T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
ÜRETİM YÖNETİMİ VE PAZARLAMA BİLİM DALI

SAĞLIK İŞLETMESİNDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ, ALGILANAN RİSK VE ALGILANAN DEĞER BOYUTLARININ HASTA MEMNUNİYETİ VE DAVRANIŞSAL NİYETİ ÜZERİNE ETKİSİNİN YAPISAL EŞİTLİK MODELİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgür YEŞİLYURT
144127021002

DOKTORA TEZİ

Danışman
Prof. Dr. Mahmut TEKİN

Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından 17401172 numaralı bilimsel araştırma projesi olarak desteklenmiştir.

KONYA - 2018

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Öğrencinin		
	Adı Soyadı	Özgür YEŞİLYURT
	Numarası	144127021002
	Ana Bilim / Bilim Dalı	İşletme/Üretim Yönetimi ve Pazarlama
	Programı	Tezli Yüksek Lisans ☐ Doktora ■
	Tez Danışmanı	Prof. Dr. Mahmut TEKİN
	Tezin Adı	Sağlık İşletmesinde Algılanan Hizmet Kalitesi, Algılanan Risk ve Algılanan Değer Boyutlarının Hasta Memnuniyeti ve Davranışsal Niyeti Üzerine Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli İle Değerlendirilmesi

ÖZET

Nitelikli personele sahip olan ve tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarında meydana gelen değişimleri yakından takip eden sağlık işletmeleri daha başarılı olmaktadırlar. Bu işletmelerin hastalarının algıladıkları kalite düzeyleri artırmaktadır. Bu artış da hasta memnuniyetini ve hasta sadakatini olumlu etkileyecek ve hastaların algıladıkları risk düzeylerinin düşürecektir. Sağlık kurumlarının insanların ihtiyaçlarına yerinde ve zamanında cevap verebilmeleri için sundukları hizmetlerin kaliteli olması kurumdan hizmet alan hastaların memnuniyet ve sadakat düzeylerini artıracaktır. Buna ek olarak da hastaların algıladıkları risk düzeylerinin düşmesi söz konusu olacaktır.

Bu çalışmanın amacı; sağlık işletmesinde algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk ve algılanan değer boyutlarının davranışsal niyet ve hasta memnuniyeti üzerine etkisinin yapısal eşitlik modeli ile yol analizi yapılarak incelenmesidir. Bu çalışmada veriler cevaplayıcılara anket soruları yöneltilerek toplanmıştır. Çalışmanın örneklemini Muş Devlet Hastanesi'nden hizmet almış hastalar oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında oluşturulmuş olan model yardımıyla algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet (sadakat) arasındaki nedensel ilişkiler ortaya koyulmuştur. Algılanan risk ve alt boyutları ile diğer kavramlar ve alt boyutları (algılanan hizmet kalitesi, algılanan değer, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet) arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Algılanan Hizmet Kalitesi, Algılanan Risk, Algılanan Değer, Hasta Memnuniyeti, Davranışsal Niyet.

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Öğrencinin		
	Adı Soyadı	Özgür YEŞİLYURT
	Numarası	144127021002
	Ana Bilim / Bilim Dalı	İşletme/Üretim Yönetimi ve Pazarlama
	Programı	Tezli Yüksek Lisans ☐ Doktora ■
	Tez Danışmanı	Prof. Dr. Mahmut TEKİN
	Tezin İngilizce Adı	Evaluation of the Effect of Dimensions of Perceived Service Quality, Perceived Risk and Perceived Value in Healthcare Enterprise on Patient Satisfaction and Behavioral Intention with Structural Equation Model

SUMMARY

Healthcare enterprises having qualified personnel and closely following the changes in the requests and needs of consumers are more successful. Patients of these enterprises increase the perceived quality levels. And this increase will a positively affect patient satisfaction and patient loyalty and reduce the risk levels perceived by patients. The quality of services provided by healthcare institutions to be able to respond to the needs of people on-site and on time shall increase the satisfaction and loyalty levels of patients who receive service from that institution. In addition to that, there will be a decrease in the risk levels perceived by patients.

The purpose of this study is to examine the effect of perceived quality of service perceived risk and perceived value dimensions on behavioural intention and patient satisfaction by using the structural equation model and path analysis. In this study, data were collected by addressing survey questions to the answerers. The sample of the study consist of the patients who received service from Muş State Hospital. Causal relationships between perceived quality of service, perceived risk, patient satisfaction and behavioural intention (loyalty) were revealed by the means of the model created within the scope of study. There is a negative correlation between perceived risk and its sub-dimensions and other concepts and their sub-dimensions (perceived quality of service, perceived value, patient satisfaction and behavioural intention).

Key Words: Perceived Service Quality, Perceived Risk, Perceived Value, Patient Satisfaction, Behavioral Intention**.**

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİK SAYFASI i

DOKTORA TEZ KABUL FORMU ii

ÖZET iii

SUMMARY i

İÇİNDEKİLER ii

TABLOLAR LİSTESİ ix

ŞEKİLLER LİSTESİ xii

GRAFİKLER LİSTESİ xiv

KISALTMALAR LİSTESİ xv

ÖNSÖZ xvii

GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM

MAL, HİZMET, SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTANE

1.1. Mal, Hizmet, Sağlık Hizmetleri, Sağlık ve Hastalık Kavramları 1

1.1.1. Mal ve Hizmetlerin Sınıflandırılması 3

1.1.2. Mal ve Hizmet Özelliklerinin Karşılaştırılması 4

1.1.3. Hizmetlerin Özellikleri 5

1.1.3.1. Soyutluk (Intangibility) 7

1.1.3.2. Ayrılmazlık (Inseparability) 7

1.1.3.3. Değişkenlik (Variability) 7

1.1.3.4. Dayanıksızlık (Perishability) 8

1.1.4. Hizmet Sektörünün Büyüme Nedenleri 8
1.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 8
1.1.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri 10
1.1.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 12
1.1.5.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri 14
1.1.5.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri 14
1.1.6. Sağlık Hizmetlerini Diğer Hizmetlerden Ayıran Özellikler 15
1.2. Hastane Kavramı 16
1.2.1. Hastanelerin İşlevleri 17
1.2.2. Hastanelerin Sınıflandırılması 19
1.2.2.1. Mülkiyetlerine Göre Hastaneler 19
1.2.2.2. Sundukları Hizmet Türlerine Göre Hastaneler 21
1.2.2.3. Ortalama Kalış Süresine Göre Hastaneler 23
1.2.2.4. Yatak Sayılarına Göre Hastaneler 25
1.2.2.5. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler 25
1.2.2.6. Dikey Bağlantı Entegrasyona Göre Hastaneler 25
1.2.2.7. Sağlık Bakanlığı'na Göre Hastaneler 26

İKİNCİ BÖLÜM

KALİTE, HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

2.1. Kalite ve Hizmet Kalitesi Kavramları 28
2.1.1. Teknik ve Fonksiyonel Kalite 31
2.1.2. Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi 32

2.1.3. Kalite Boyutları 33
2.1.4. Kalite Unsurları 37
2.1.4.1. Tasarım Kalitesi 37
2.1.4.2. Uygunluk Kalitesi 38
2.1.4.3. Kullanım Kalitesi 38
2.1.4.4. Performans Kalitesi 39
2.1.5. Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri ve Etkileyen Faktörler 39
2.1.6. Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Kalite Modelleri 39
2.1.6.1. Teknik ve Fonksiyonel Hizmet Kalitesi Modeli 42
2.1.6.2. SERVQUAL Modeli 44
2.1.6.3. SERVPERF Modeli 57
2.1.6.4. Diğer Hizmet Kalite Modelleri 58
2.1.7. Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümü 60
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Anlayışı 62
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri 64

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ALGILANAN RİSK VE ALGILANAN DEĞER

3.1. Algılanan Risk Kavramı 67
3.1.1. Tüketici Davranışlarında Algılanan Risk 68
3.1.2. Risk Algısını Etkileyen Faktörler 71
3.1.3. Algılanan Riskin Sınıflandırılması 72
3.1.4. Mal ve Hizmet Sektöründe Algılanan Risk 74

3.1.5. Tüketicilerin Algıladıkları Riskle Başa Çıkma Yolları 76
3.1.6. Algılanan Riskin Ölçümü 79
3.2. Algılanan Değer Kavramı 84
3.2.1. Algılanan Değerin Ölçümü 86

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

MÜŞTERİ/HASTA MEMNUNİYETİ VE DAVRANIŞSAL NİYET

4.1. Müşteri/Hasta Memnuniyeti Kavramı 89
4.1.1. Sağlık İşletmelerinde Memnuniyet 92
4.1.2. Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Hizmet Sunucusundan Beklentileri 95
4.1.3. Tüketici Davranışlarını (Hasta Memnuniyetini) Etkileyen Faktörler 96
4.1.3.1. Tüketici Davranışlarının Bireye (Hastaya) İlişkin Faktörleri 97
4.1.3.2. Tüketici Davranışlarının Hizmet Verenlere İlişkin Faktörleri 100
4.1.4. Müşteri Memnuniyetinin Ortaya Çıkmasına Yönelik Kuramsal Tartışmalar 102
4.1.5. Müşteri (Hasta) Memnuniyeti Ölçme Teknikleri 102
4.1.5.1. Odak Grup Görüşmeleri 103
4.1.5.2. Standartlaştırılmış Hasta Yöntemi 103
4.1.5.3. Telefon Görüşmeleri 103
4.1.5.4. Anket Uygulaması 104
4.1.6. Hasta Memnuniyetinin Ölçümü 104
4.2. Davranışsal Niyet Kavramı 106
4.2.1. Davranışsal Niyet Boyutları 107

4.2.2. Davranışsal Niyetin Ölçümü 109

BEŞİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMESİNDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ, ALGILANAN RİSK VE ALGILANAN DEĞER BOYUTLARININ HASTA MEMNUNİYETİ VE DAVRANIŞSAL NİYETİ ÜZERİNE ETKİSİNİN YAPISAL EŞİTLİK MODELİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

5.1. Araştırmanın Amacı 112

5.2. Araştırmanın Önemi ve Kapsamı 113

5.3. Araştırmanın Varsayımları 114

5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları 114

5.5. Araştırma Probleminin Belirlenmesi ve Veri Toplama Süreci 115

5.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 116

5.7. Değişkenlerin Ölçümü 118

5.8. Araştırma Modeli ve Hipotezleri 118

5.9. Araştırmada Elde Edilen Verilerin Analizleri ve Bulgular 125

9.1.1. Demografik Değişkenlere İlişkin Frekans Analizi 125

5.9.2. Güvenilirlik Analizleri 128

5.9.2.1. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Bulguları 128

5.9.2.2. Algılanan Risk Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Bulguları 129

5.9.2.3. Algılanan Değer Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Bulguları 130

5.9.2.4. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Güvenilirlik Bulguları 131

5.9.2.5. Davranışsal Niyet Ölçeğinin Güvenilirlik Bulguları 132
5.9.3. Doğrulayıcı Faktör Analizleri..... 132
5.9.3.1. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Geçerlilik Bulguları 137
5.9.3.2. Algılanan Risk Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Geçerlilik Bulguları 140
5.9.3.3. Algılanan Değer Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Geçerlilik Bulguları 142
5.9.3.4. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geçerlilik Bulguları..... 146
5.9.3.5. Davranışsal Niyet Ölçeğinin Geçerlilik Bulguları..... 148
5.9.4. Ölçeklerin Boyut ve Alt Boyutlar Arasındaki Korelasyon Analizleri.... 150
5.9.5. Yol Analizi ve Hipotez Testleri..... 159

ALTINCI BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Tartışma..... 164
6.2. Sonuçlar..... 166
6.2.1. Araştırmanın Amaçları ve Kuramsal Temelleri 166
6.2.2. Yapısal Eşitlik Modeli ve Hipotez Testlerine İlişkin Sonuçlar..... 168
6.2.3. Araştırma Bulguları ve Değerlendirmeler..... 171
6.3. Öneriler 175

KAYNAKLAR 178

EKLER 205

EK-1 (Anket Formu)..... 205

EK-2 (Araştırma İzinleri) 210

EK-3 (Etik Kurul Raporu) 211

ÖZGEÇMİŞ 213

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1. Sektörlere ve Yıllara Göre Hastane Sayıları 21

Tablo 1.2. Türkiye'de Sunulan Hizmet Türüne Göre Hastane ve Yatak Sayıları..... 23

Tablo 2.1. Hizmet Kalitesi Ölçümündeki Tartışmalı Alanlar..... 40

Tablo 2.2. SERQUAL Ölçeği Literatür Taraması (Sağlık) 52

Tablo 2.3. Diğer Hizmet Kalitesi Modelleri 59

Tablo 2.4. SERVPERF Ölçeğinde Kullanılan Boyutlar ve İfadeler..... 61

Tablo 3.1. Algılanan Riski Azaltma Stratejileri 78

Tablo 3.2. Algılanan Riski Boyutlarıyla İnceleyen Çalışmalar 80

Tablo 3.3. Satın Almada ve Hizmetleri Kullanmada Algılanan Risk..... 82

Tablo 3.4. Algılanan Risk Ölçeğinde Kullanılan Boyutlar ve İfadeler 83

Tablo 3.5. Algılanan Değer Ölçeğinde Kullanılan Boyutlar ve İfadeler 88

Tablo 4.1. Sağlık Kurumlarındaki Dış Müşteriler ve İç Müşteriler..... 90

Tablo 4.2. Müşteri Memnuniyeti Ölçümünde Yaygın Olarak Kullanılan Ölçekler 105

Tablo 4.3. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinde Kullanılan İfadeler..... 106

Tablo 4.4. Davranışsal Niyet Boyutları 108

Tablo 4.5. Davranışsal Niyetlerin Ölçümü 109

Tablo 4.6. Davranışsal Niyet Ölçeğinde Kullanılan Boyutlar ve İfadeler..... 110

Tablo 5.1. Nicel Araştırma Yöntemlerinde Örneklem Büyüklüğü..... 117

Tablo 5.2. Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri..... 126

Tablo 5.3. Araştırmaya Katılanların Hastane Hizmetlerine İlişkin Verilerin Dağılımı 127

Tablo 5.4. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Katsayıları..... 129

Tablo 5.5. Algılanan Risk Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Katsayıları 130

Tablo 5.6. Algılanan Değer Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Katsayıları 131

Tablo 5.7. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Güvenilirlik Katsayıları..... 131

Tablo 5.8. Davranışsal Niyet Ölçeğinin Güvenilirlik Katsayıları 132

Tablo 5.9. Yapısal Eşitlik Modelinde Uyum İndeksleri 135

Tablo 5.10. Modifikasyon Öncesi ve Modifikasyon Sonrası Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri 137

Tablo 5.11. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin Yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri 139

Tablo 5.12. Algılanan Risk Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri 140

Tablo 5.13. Algılanan Risk Ölçeğine İlişkin Yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri 142

Tablo 5.14. Modifikasyon Öncesi ve Modifikasyon Sonrası Algılanan Değer Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri. 143

Tablo 5.15. Algılanan Değer Ölçeğine İlişkin Yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri 145

Tablo 5.16. Modifikasyon Öncesi ve Modifikasyon Sonrası Hasta Memnuniyet Ölçeği Birinci Düzey Tek Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri . 146

Tablo 5.17. Hasta Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri 147

Tablo 5.18. Modifikasyon Öncesi ve Modifikasyon Sonrası Davranışsal Niyet Ölçeği Birinci Düzey Tek Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri . 148

Tablo 5.19. Davranışsal Niyet Ölçeğine İlişkin Yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri 149

Tablo 5.20. Algılanan Hizmet Kalitesi, Algılanan Risk, Algılanan Değer, Hasta Memnuniyeti ve Davranışsal Niyet Ölçekleri ve Boyutları Arasındaki İlişkiler..... 151

Tablo 5.21. Hipotez Testi Sonuçları 161

Tablo 6.1. Yapısal Eşitlik Modeli Uyum İndeksleri Tablosu 169

Tablo 6.2. Araştırma Hipotezleri Özet Tablosu..... 170

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Hizmetlerin Karakteristik Özellikleri 6

Şekil 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 10

Şekil 1.3. Türkiye'de Tedavi Edici Sağlık Hizmetini Sunan Kuruluşlar 13

Şekil 1.4. Mülkiyetlerine Göre Hastaneler 20

Şekil 1.5. Hastanedeki Hizmetlerin Sınıflandırılması 22

Şekil 2.1. Grönroos'a Göre Algılanan Hizmet Kalitesi 42

Şekil 2.2. Hizmet Kalitesi Boşluk (Açıklık) Analizi Modeli 46

Şekil 2.3. Algılanan Hizmet Kalitesi Belirleyicileri 49

Şekil 2.4. Sağlık Ekosistemi 62

Şekil 2.5. Donabedian'a Göre Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri 65

Şekil 3.1. Tüketici Davranışlarında Riskin Rolü 70

Şekil 3.2. Müşterilerin Risk Algısını Etkileyen Faktörler 71

Şekil 3.3. Hizmetlerin Dokunulmazlığı 75

Şekil 3.4. Tüketicilerin Algıladıkları Risk Bölgeleri 77

Şekil 3.5. Müşteriler İçin Değer Unsurları 85

Şekil 4.1. Tüketici Davranışlarının Hizmet Verenlere İlişkin Faktörleri 100

Şekil 5.1. Araştırma Modeli 120

Şekil 5.2. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model 138

Şekil 5.3. Algılanan Risk Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model 141

Şekil 5.4. Algılanan Değer Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model 144

Şekil 5.5. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Birinci Düzey Tek Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model 147

Şekil 5.6. Davranışsal Niyet Ölçeğinin Birinci Düzey Tek Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model 149

Şekil 5.7. Yol Analizi 160

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1.1. Türkiye ‘de Yatan Hasta Ortalama Kalış Süresi (Gün)..... 24

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AD	Algılanan Değer
AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
AGFI	Adjusted Goodness-of-Fit Index (Uyarlanmış Uyum İyiliği İndeksi)
AHK	Algılanan Hizmet Kalitesi
AR	Algılanan Risk
CFI	Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
CMIN/df	Chi-Square Goodness of Fit (Ki-Kare Uyum İyiliği İndeksi - X^2/sd)
DD	Duygusal Değer
df	Degree of Freedom (Serbestlik Derecesi)
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DN	Davranışsal Niyet
ED	Ekonomik Değer
Emp	Empati
FD	Fonksiyonel Değer
Fin	Finansal Risk
Fiz	Fiziksel Risk
FÖ	Fiziksel Özelikler
GFI	Goodness of Fit Index (İyilik Uyum İndeksi)
Gü	Güvenilirlik
Güv	Güvence

He	Heveslilik
HM	Hasta Memnuniyeti
IFI	Incremental Fit Index (Artırmalı Uyum İndeksi)
JACHO	The Commission on Accreditation of Health Care Organizations (Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu)
MSB	Milli Savunma Bakanlığı
NFI	Normed Fit Index (Normalleştirilmiş Uyum İndeksi)
NNFI	Non-Normed Fit Index (Düzeltilmemiş Uyum İndeksi)
Per	Performans Riski
Psi	Psikolojik Risk
PZB	Parasuraman, Zeithaml ve Berry
RMSEA	Root Mean Square Error Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
SB	Sağlık Bakanlığı
Sos	Sosyal Risk
TDK	Türk Dil Kurumu
TLI	Tucker-Lewis Index (Tucker-Lewis İndeksi)
vb.	Ve benzeri
vd.	Ve diğerleri
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
X^2/sd	Chi-Square Goodness of Fit (Ki-Kare Uyum İyiliği İndeksi - CMIN/df)
YEM	Yapısal Eşitlik Modellemesi
Za	Zaman Riski

ÖNSÖZ

Doktora eğitiminin sonu anlamına gelen ve aynı zamanda bir başlangıç olarak gördüğüm bu çalışma birçok kişinin tecrübeleri, katkıları ve destekleri ile şekillendirilmiş akademik bir üründür. Öncelikle danışmanım, değerli hocam sayın Prof. Dr. Mahmut TEKİN'e sonsuz şükranlarımı sunmak istiyorum. Çok değerli önerileri, bakış açısı ve anlayışı ile eğitim hayatım boyunca benim iyi bir araştırmacı olmam için harcamış olduğu her bir saniyeyi paha biçilemez fırsat olarak görmekteyim. Tez izleme komitesinin değerli üyelerine katkılarından dolayı teşekkür ediyorum.

Lisans yıllarımdan bu yana katkı ve desteklerini esirgemeyen İşletme Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Muammer ZERENLER'e, Doç. Dr. Vural ÇAĞLIYAN'a, Dr. Öğretim Üyesi Esen ŞAHİN'e, Dr. Öğretim Üyesi Emel CELEP'e teşekkür ediyorum.

Bu çalışmanın hemen her aşamasında desteğini esirgemeyen Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu müdürü Doç. Dr. Hanifi KÖRKOCA'ya ve destek olan çalışma arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu çalışmada desteğini esirgemeyen sevgili anneme, babama, kardeşime ve doktora tezinin her aşamasında yanımda olan, desteğini, anlayışını ve güler yüzünü esirgemeyen değerli eşime teşekkür ediyorum.

Özgür YEŞİLYURT

01/06/2018

GİRİŞ

Son yıllarda işletmeler teknolojide meydana gelen gelişmelerden kaynaklı olarak hızlı bir değişim içerisindedir. Bu değişime ayak uydurabilen işletmelerin piyasada varlıklarını devam ettirebilme imkanları vardır. Bu değişim koşulları dikkate alındığında kişilerin aldıkları mal ve hizmetlere dair bekledikleri kalite ve memnuniyet düzeyini artmıştır. İşletmelerin tüm alanlarda kaliteyi sağlamaları genellikle mümkün olmamaktadır. Genel olarak ele alındığında işletmelerin başarıları müşteri istek, ihtiyaç ve beklentilerini doğru bir şekilde algılamalarına ve bu istek, ihtiyaç ve beklentileri yakından takip etmelerine bağlıdır. Bu bağlamda iç müşteriler ve dış müşteriler açısından memnuniyet kavramı ele alındığında, müşterilerin mal ya da hizmete ilişkin beklentileri karşılandığında veya beklentileri aşıldığında memnuniyetin ortaya çıktığı bilinmektedir.

Literatüre bakıldığında hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmaların çoğunlukla tüketicilerin kullandıkları malların veya sunulan hizmetlerin kalitesini değerlendirmeye odaklandığı görülmektedir. Bunun nedeni de kalite algısının bireylerin tutum, beklenti, algı ve hislerine bağlı olmasındandır. Kalite, öngörülen niteliklere ve kullanım amacına uygunluk olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir ifadeyle kalite anlayışı mal ve hizmetlerin alternatifleri arasında sınıflandırma ve derecelendirme yapma imkanı vermektedir. Hizmetin kalitesi algılanan ve beklenen hizmet düzeyi arasındaki fark olarak ifade edilebilmektedir. Organizasyonların sundukları hizmetlerin kalitesinde tüketici beklentileri belirleyici faktördür. Bu açıdan hizmet kalitesi ele alındığında işletmelerin ne sunduklarından ziyade hizmet talep eden bireylerin ne bekledikleri ve işletmelerin bu beklentilerinin ne kadarını karşıladığı ile ilgilidir.

Bu çalışmada sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk ve algılanan değer boyutlarının hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet üzerine etkisi modellenmeye çalışılmaktadır. Kurulmuş olan bu modeller çeşitli analiz yöntemleriyle incelenmiştir. Çalışma altı bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde oluşturan mal, hizmet, sağlık hizmetleri ve hastane başlığı altında mal, hizmet, sağlık hizmetleri, sağlık, hastalık ve hastane kavramları üzerinde durulmuştur. Bunlara ek olarak malların, hizmetlerin ve sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, mal ve hizmet özelliklerin karşılaştırılması yapılmıştır. Bu bölümde hizmetlerin özellikleri, hizmet sektörünün büyüme nedenleri, sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran özellikler, hastanelerin işlevleri, hastanelerin sınıflandırılması gibi konulara da değinilmiştir.

İkinci bölümde kalite, hizmet kalitesi ve sağlık hizmetlerinde kalite başlığı altında kalite ve hizmet kalitesi kavramları, teknik ve fonksiyonel kalite, beklenen ve algılanan hizmet kalitesi, kalite boyutları, kalite unsurları, hizmet kalitesinin belirleyicileri ve etkileyen faktörler, hizmet kalitesinin daha iyi anlaşılabilmesi için hizmet kalitesi ölçümünde kullanılan modeller, hizmet kalitesi literatür taraması, algılanan hizmet kalitesinin ölçümü, sağlık hizmetlerinde kalite anlayışı, sağlık hizmetlerinde kalitenin özellikleri gibi konulara değinilmiştir.

Üçüncü bölümde algılanan risk ve algılanan değer başlığı altında algılanan risk kavramı, tüketici davranışlarında algılanan risk, risk algısını etkileyen faktörler, algılanan riskin sınıflandırılması, algılanan risk literatür taraması, risk algısını etkileyen faktörler, mal ve hizmet sektöründe algılanan risk, algılanan riskin ölçümü, algılanan değer kavramı, algılanan değer literatür taraması, algılanan değer ölçümü gibi konulara değinilmiştir.

Dördüncü bölümde müşteri/hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet başlığı altında müşteri/hasta memnuniyeti kavramı, sağlık işletmelerinde memnuniyet, sağlık hizmeti alan hastaların hizmet sunucusundan beklentileri, tüketici davranışlarını (hasta memnuniyetini) etkileyen faktörler, müşteri memnuniyetinin ortaya çıkmasına yönelik kuramsal tartışmalar, müşteri (hasta) memnuniyeti ölçme teknikleri, müşteri memnuniyeti literatür taraması, hasta memnuniyetinin ölçümü, davranışsal niyet kavramı, davranışsal niyet boyutları, davranışsal niyet literatür taraması, davranışsal niyetin ölçülmesi gibi konulara değinilmiştir.

Beşinci bölümde sağlık işletmesinde algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk ve algılanan değer boyutlarının hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet üzerine

etkisinin yapısal eşitlik modeli ile incelenmiştir. Bu bölümde araştırmanın amacı, önemi ve kapsamı, varsayımları, sınırlılıkları, veri toplama süreci, evreni ve örneklemi, değişkenlerin ölçümü, araştırma modeli ve hipotezleri, araştırmada elde edilen verilerin analizleri gibi konular üzerinde durulmuştur.

Altıncı bölümde tartışma, sonuç ve öneriler başlığı altında araştırmanın amaçları ve kuramsal temelleri, yapısal eşitlik modeli ve hipotez testlerine ilişkin sonuçlar, araştırmanın bulguları ve değerlendirmelere çalışma ile ilgili genel değerlendirmelere, yapılan analizler sonucunda elde edilmiş olan genel sonuçlar üzerinde durulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

MAL, HİZMET, SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTANE

Çalışmanın birinci bölümünde çalışmanın teorik alt yapısını oluşturan mal, hizmet, sağlık hizmetleri ve hastane konularına yer verilmiştir. Bu bölümde mal, hizmet, sağlık hizmetleri, sağlık ve hastalık kavramları, mal ve hizmetlerin sınıflandırılması, mal ve hizmet özelliklerin karşılaştırılması, hizmetlerin özellikleri, hizmet sektörünün büyüme nedenleri, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması (koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri), sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran özellikler, hastane kavramı, hastanelerin işlevleri, hastanelerin sınıflandırılması gibi konular üzerinde durulmuştur.

1.1. Mal, Hizmet, Sağlık Hizmetleri, Sağlık ve Hastalık Kavramları

Müşterilere çeşitli faydalar sağlayan değerlerden oluşan somut maddelere, nesne ve cisimlere mal denir (Tekin, 2014:138). Fiziksel mallar çoğu ülkenin üretim ve pazarlama faaliyetlerini oluşturmaktadır (Kotler ve Keller, 2012: 6).

Hizmetler genellikler bir eylem, süreç ve performans olarak tanımlanmaktadır (Gilmore, 2003: 4). Tüketicilerin karşılamak üzere üretilen, stoklanamayan, eş zamanlı olarak tüketilmesi gereken, heterojen özelliklerine sahip olan soyut etkinliklere hizmet adı verilmektedir (Gülmez ve Dörtyol, 2013: 135). Diğer bir ifadeyle hizmetler; müşterilerin faydalandığı, elle tutulamayan, soyut olan, insan veya bir araç tarafından sağlanan uygulamalardır (Tekin ve Zerenler: 2012a: 85).

Bireylerin ve toplumun sağlığının korunması, bireylerin hastalandıklarında tedavilerinin yapılması, tam olarak iyileşme durumu olmayıp sakat kalmaları halinde başkalarına bağımlılıklarını en asgari seviyeye düşürerek rehabilitasyon yapılması ve toplumların sağlık düzeylerini artırılması için yapılan düzenli planlı çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denilmektedir (Öztürk ve Özata, 2010: 8).

5/1/1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 2. maddesinde sağlık hizmetleri şu şekilde tanımlanmıştır: *"Sağlık hizmetleri: İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yokedilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir."*

Sağlık kavramı konusunda her birey fikir sahibi olsa da bu konuda çalışan sağlık uzmanları arasında bir konsensüs vardır. Sağlık tanımlamalarına geçmeden önce üzerinde durulması gereken noktalardan biri de mükemmel sağlık ve optimum sağlık kavramları arasındaki farklılıktır. Bu ayrıma bir örnekle bakıldığında; soğuk kavramı sıcaklığın olmayışı olarak, sağlık kavramı ise herhangi bir hastalık ve rahatsızlığın olmadığı durum olarak ifade edilmektedir. En iyi ve mutlak soğuk sıfır derecede var iken mükemmel sağlığın elde edilmesi oldukça güçtür. Bunun yerine insanların rahat, ağrısız ve kaliteli bir hayat sürmelerini amaçlayan optimum sağlık kavramı kolaylıkla uygulanabilir bir kavramdır (Mutlu ve Işık, 2012: 8).

Sağlığın pozitif tanımları, sağlığı ideal durum olarak algılamakta sosyal faaliyetleri yerine getirirken zorlanmamayı ve yeterli olmayı kapsamaktadır. Sağlığın negatif tanımları ise; hastalığın olmayışı veya patolojik anormalliğin olmayışı durumlarını kapsamaktadır (Çelik, 2013: 25). Sağlıkla ilgili tanımlar arasında en çok kullanılan tanım 1948 yılında yayınlanmış olan Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tüzüğünde yer alan tanımdır: "Sağlık yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak ifade edilmektedir" (WHO, 2014: 1). Dünya sağlık örgütünün yapmış olduğu tanımda vurgulanan bedensel, sosyal ve ruhsal iyilik halini tanımını da kapsaması bağlamında bireyin sosyal rol ve yükümlülüklerini yerine getirmesinde zorlanmaması olarak da ifade edebilmekteyiz (Bekaroğlu, 2011: 158).

Hastalık, sağlığın bozulması olarak tanımlanabilmektedir. Hastalık kavramı çok daha karmaşıktır ve sağlık hizmetlerinin anlaşılmasında temel oluşturmaktadır. Sağlığın olmaması durumu hastalık ve hastalığın olmaması durumu sağlık olarak tanımlanabilmektedir. Bu çerçevede sağlığın tanımlanmasında iki yaklaşım bulunmaktadır. Bunlar öz değerlendirme ve profesyonel değerlendirmedir (Black ve

Gruen, 2005: 36). İnsanların bedensel ve ruhsal durumlarındaki normal dışı olan duygu ve belirtilere gösterdikleri tepkiler farklılık gösterebilmektedir. Bu farklılıklar bireylerin sağlık konusundaki bilgi düzeylerinden ve kendi kültürlerindeki sağlık ve hastalık anlayışından ortaya çıkmaktadır (Hayran, 1997: 7).

Öz değerlendirme, bireyin öznel nitelik taşıyan ve kendi hastalığı ile ilgili yapmış olduğu değerlendirmedir. Bir bireyin sürekli baş ağrısı şikayetinin olması sağlık hizmeti gereksinimini ortaya çıkarmaktadır. Ancak baş ağrısı her bir birey tarafından farklı algılanabilmektedir. Bireylerin algıladıkları durumlar gerçekte bir hastalığın belirtisi olabileceği gibi normal bir durum da olabilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 19).

Profesyonel ya da biyomedikal değerlendirme, nesnel ve bilimsel hastalık tanımlarını temel almaktadır. Hastalıkların tanımlanmasında biyomedikal test ve işaretler kullanılmaktadır (Black ve Gruen, 2005: 36). Doktorlar muayene bulgularını ve gerekli laboratuvar test sonuçlarını değerlendirerek rahatsızlığı bulunan (baş ağrısı) hastaya bir tanı, teşhis (örneğin migren veya sinüzit) koymaktadır. Bu tanı hastalık olarak tanımlanmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 19).

1.1.1. Mal ve Hizmetlerin Sınıflandırılması

Literatürde mallarla ilgili çok sayıda sınıflandırma vardır. Bu sınıflandırmalardan biri tam mallar (diş macunu, çorba, buzdolabı gibi), hizmetlerin eşlik ettiği mallar (bilgisayar gibi), malların eşlik ettiği hizmetler (birinci sınıf uçak yolculuğu, sinema gibi), tam hizmetler (tiyatro, bebek bakıcılığı gibi)'dir (Tengilimoğlu, 2014: 42).

Hizmetler üç ana gruba ayrılmaktadır. Bunlar:

Malla ilgili hizmetler: En az soyut olan malla ilgili hizmetleri kapsayan tüketicilere sunulan garantiler, bakım-tamir, yedek parça ve kurma-takma hizmetleridir (Mucuk, 2014: 306).

Ekipmana dayalı hizmetler: Pazarlanan nesnenin, malın destekleyici nitelikte olduğu, otomatik satış yapan meşrubat makinası, kuru temizleme makinası, taksi otobüs ya da hava yolu ile seyahat uçak bakımı gibi hizmetlerdir (Mucuk, 2014: 306).

İnsana bağlı olarak verilen hizmetler: İnsanın bedenine bağlı olarak verilen, müşterinin bu hizmeti alabilmesi için iş birliği yapması, hizmeti alabilecek kadar zaman ayırmaya (hastanede tedavi için geçirilen süre, saç kesimi için geçirilen süre gibi) hazır olduğu hizmetlerdir (Yükselen, 2015: 369).

Bunlara ek olarak bazı kaynaklarda soyut varlıklara yönelik hizmetler de hizmetlerin genel sınıflandırılması içinde yer almaktadır. Teknolojide meydana gelen yenilikler ile bilgi işleme oldukça kolaylaşmış olmasına karşın makineler her türlü bilgiyi işleyememektedir. Bu bilgiler profesyonel bireyleri gerektiren hizmetlerden bazıları; finansal hizmetler, muhasebecilik hizmetleri, avukatlık hizmetler, sigorta hizmetler, tıbbi teşhis hizmetleridir (Yükselen, 2015: 371).

1.1.2. Mal ve Hizmet Özelliklerinin Karşılaştırılması

Mal ve hizmetler arasındaki temel farklılıklar şunlardır (Lovelock vd., 2011: 13):

- Müşteriler hizmetlerin sahipliğini elde edemezler.
- Hizmet üretimi soyut performanslardır.
- Üretim süreçlerine müşteriler daha fazla katılırlar.
- Diğer insanlar üretimin bir bölümünü şekillendirebilir.
- İşlemsel girdi ve çıktılarda daha fazla çeşitlilik vardır.
- Çoğu hizmetin müşteriler tarafından değerlendirilmesi zordur.
- Tipik olarak stoklama yoktur.
- Zaman faktörü nispeten daha önemlidir.
- Dağıtım sistemine hem elektronik hem de fiziksel kanallar dahil olabilir.

Tablo 1.1'de yukardaki farklılıklara ek olarak mal ve hizmetlerin işlemler, çıktılar ve çalışanlar açısından karşılaştırılması yapılmıştır.

İşlemler açısından hizmetler değerlendirildiğinde insan odaklı olma, belirsiz ve kararlı olma, esnek ve yoğun olma, merkezkaç olma, müşteri sürecin bir parçası olma, sistem müşteriyle doğrudan ilişkili olma gibi özelliklere sahiptir. İşlemler açısından mallar değerlendirildiğinde daha teknik olma, kararlı olma, sermaye yoğun olma, merkezi olma, müşterilerin süreçten ayrık olması, sistemin müşteriyle dolaylı ilişkide olma gibi özelliklere sahiptir. Çıktılar açısından hizmetler değerlendirildiğinde üretimin ve tüketimin eş zamanlı olma, stoklanamaz ve taşınamaz olma, toptan üretilemez olma, fabrikasyon olanaklarının olması, genellikle patentle korunmaz olma, soyut ve dayanıksız olma, daha az standart ve değişken olma, değişken ve belirsiz verimliliğe sahip olma, belirsiz kapasiteli olma, ölçümü zor ve öznel kapasiteli olma gibi özelliklere sahiptir. Çıktılar açısından mallar değerlendirildiğinde önce üretilir sonra tüketilir olma, stoklanabilir ve taşınabilir olma, toptan üretilebilir olma, fabrikasyonun olanaksız olması, patentle korunması, fiziksel ve dayanıklı olma, standart ve kararlı verimliliğe sahip olma, belirlenebilir kapasiteye sahip olma, ölçümünün kolay olması, nitel kapasiteli olma gibi özelliklere sahiptir. Çalışanlar açısından hizmetler değerlendirildiğinde kolay denetlenememe, insanları etkileyebilme, büyük ölçüde kişisel kararların olması, müşteriyle çok yoğun ilişkinin olması gibi özelliklerine sahiptir. Çalışanlar açısından mallar değerlendirildiğinde kolay denetlenebilir olma, sadece teknik üsteliğin olması, kişisel kararların daha sonra alınması, müşteriyle ilişkinin az olması gibi özelliklere sahiptir (Tokat ve Kara, 2013: 9).

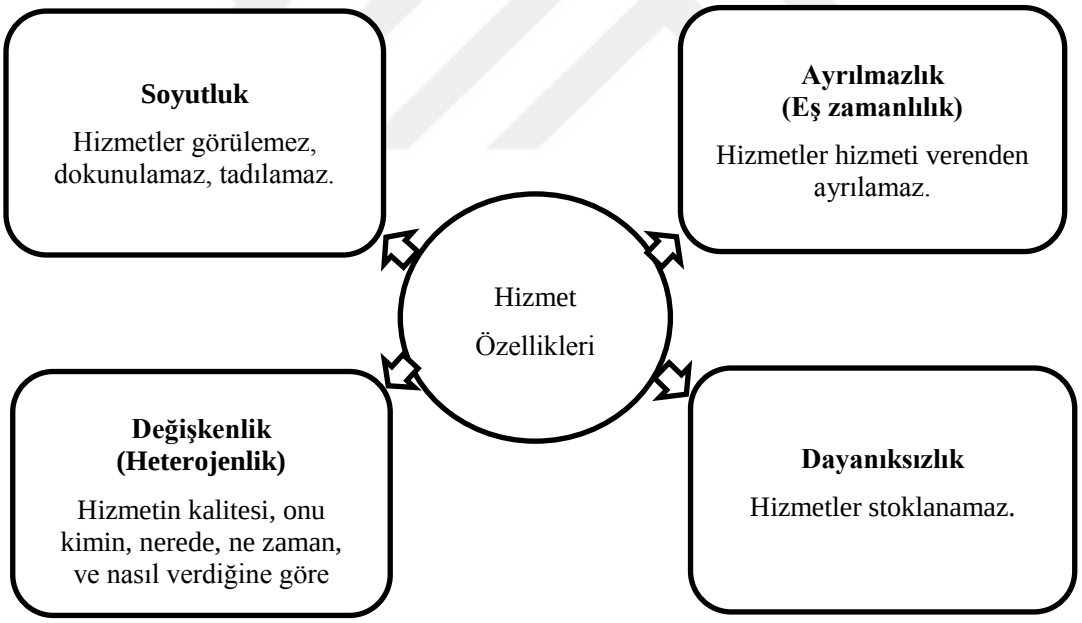
1.1.3. Hizmetlerin Özellikleri

Hizmetlerin kapsamı hizmet faaliyetleri ve hizmet kavramı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Hizmet faaliyetlerini tüketici hizmetleri, hizmete dayalı faaliyetler, katma değer yaratan faaliyetler yer almaktadır. Hizmet kavramı için farklı açılardan tanımlamalar yapılmıştır. Bir organizasyon olarak hizmetin tanımı; hizmet sektörü içinde yer alan bir işletme veya kar amacı olmayan bir yapıdır. Örneğin; bir restoran, bir sigorta firması, bir yardım derneği. Öz ürün olarak hizmetin tanımı, hizmet organizasyonunun bütünüyle ilgili olan çıktılardır. Örneğin; bir banka hesabı, bir sigorta poliçesi veya bir tatil gibi ticari bir çıktıları olarak ifade edilebilmektedir. Ürünün bir uzantısı olarak hizmetin tanımı; öz ürünün dağıtımı için geliştirilmiş

çevresel faaliyetlerdir. Kuaförde kahve ve çay servisinin yapılması gibi durumlar örnek olarak verilebilir. Ürün desteği olarak hizmetin tanımı; ürünün teslimatı sonrası verilen herhangi bir ürün veya tüketiciye yönelik faaliyetlerdir. Tamirat hizmeti ve güncelleme kolaylıkları örnek olarak verilebilir. Bir eylem olarak hizmetin tanımı ise; birine yardım etmek, tavsiye vermek gibi bir davranış biçimidir (Gilmore, 2003: 4-5).

Hizmetlerin genel özellikleri; elle tutulamazlık (soyutluk), türdeş olmama, eş zamanlılık, dayanıksızlık, talep tahmini zorluğu, mülkiyetlerinin devredilemez oluşu gibi özellikleri vardır (İslamoğlu ve Aydın, 2016: 26-27). Literatürde yer alan hizmet özelliklerine bakıldığında hizmetlerin genel olarak dört başlık altında toplandığı görülmektedir. Bunlar; soyutluk, ayrılmazlık, değişkenlik (heterojenlik), dayanıksızlık'tır (Parasuraman vd., 1985: 42; Kotler ve Amstrong, 2012: 237). Şekil 1.1'de hizmetlerin karakteristik özellikleri yer almaktadır.

Şekil 1.1. Hizmetlerin Karakteristik Özellikleri



Kaynak: Kotler ve Amstrong, 2012: 237.

Hizmet sunumunda kullanılan farklı bileşenler önem dereceleri pazar ve tüketici açısından değişiklik gösterebilmektedir. Diğer bir ifadeyle pazardan pazara ve tüketiciden tüketiciye değişebilmektedir. Bunun nedeni bir hizmetin farklı tipte birçok tüketici tarafından değerlendirilmesi gereken bir kavram olmasıdır. Örneğin; hizmet için iki kişi aynı fiyatı ödeyebilir fakat ödedikleri bedel hizmetin farklı özellikleri için

olabilir. Bir iş adamı akşam yemeğinde misafirlerini ağırlamak için algılanan statüsüne ve işine uygun olarak pahalı ve yüksek gelir grubuna hizmet veren bir restoranı tercih edebilmektedir. Başka bir tüketici ise aynı restoranı modern dekoru ve menü seçenekleri için tercih edebilmektedir (Gilmore, 2003: 5).

1.1.3.1. Soyutluk (Intangibility)

Mallar elle tutulan somut varlıklardır. Hizmetler ise soyut özellikleri olan elle tutulamayan varlıklardır. Hizmetler soyut özelliklere sahip oldukları için mülkiyetinin devri, satış işlemi gerçekleşmeden hizmetin görülmesi söz konusu değildir. Hizmetlerin satışı bir defa gerçekleşmekte aynı hizmetin ikinci bir satışı söz konusu olmamaktadır (Şimşek ve Çelik, 2013: 218).

1.1.3.2. Ayrılmazlık (Inseparability)

Hizmetlerin çoğu eş zamanlı olarak üretilmekte, dağıtılmakta ve tüketilmektedir. Bu nedenledir ki üretenle tüketen arasında karşılıklı ilişkinin olduğu bilinmektedir. Hizmeti alanlar hizmetin üretim sürecine dahil oldukları için hizmetin sunum süreçlerini doğrudan ya da dolaylı olarak gözleyebilmektedir. Bu gözleme dayalı olarak bireyler kurumlarda verilen diğer hizmetlerin düzeyleri hakkında bilgi sahibi olabilirler (İslamoğlu ve Aydın, 2016: 27).

1.1.3.3. Değişkenlik (Variability)

Hizmet kalitesi kim tarafından, nerede ve ne zaman sunulduğuna bağlı olarak oldukça değişkenlik göstermektedir. Bazı sağlık çalışanları mükemmel davranışlara sahipken diğer sağlık çalışanları onlar kadar mükemmel davranışlara sahip değillerdir. Diğer bir ifadeyle mükemmel davranışlara sahip olmayanlar daha az empati kurabilmektedirler (Kotler ve Keller, 2012: 360).

1.1.3.4. Dayanıksızlık (Perishability)

Hizmetlerin dayanıksız oluşu, sonradan satmak veya kullanmak için stoklanamaz olmasından kaynaklanmaktadır. Hizmetlerin dayanıksızlığı talebin sabit olduğu dönemlerde sıkıntı teşkil etmemektedir. Fakat talep dalgalanmalarının olduğu dönemlerde genelde sıkıntı olmaktadır (Kotler ve Amstrong, 2012: 238).

1.1.4. Hizmet Sektörünün Büyüme Nedenleri

Hizmet sektörünün büyüme nedenlerine bakıldığında çok sayıda faktörün etkili olduğu bilinmektedir. Bu faktörlerden önemli olanlar şunlardır (Tengilimoğlu, 2014: 46):

- Zenginlik düzeylerindeki artış,
- Bireylerin daha fazla boş zamana ihtiyaç duyması,
- İş gücündeki kadın çalışan oranının artması,
- Yaşama beklentilerindeki artış,
- Günümüzde ürünlerin (mal ve hizmetlerin) karmaşık hale gelmesi,
- Yaşamın karmaşık hale gelmesi,
- Ekolojiye ve kaynakların kıt oluşuna verilen önemin artması,
- Yeni ürünlerin sayısının artmasıdır.

1.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

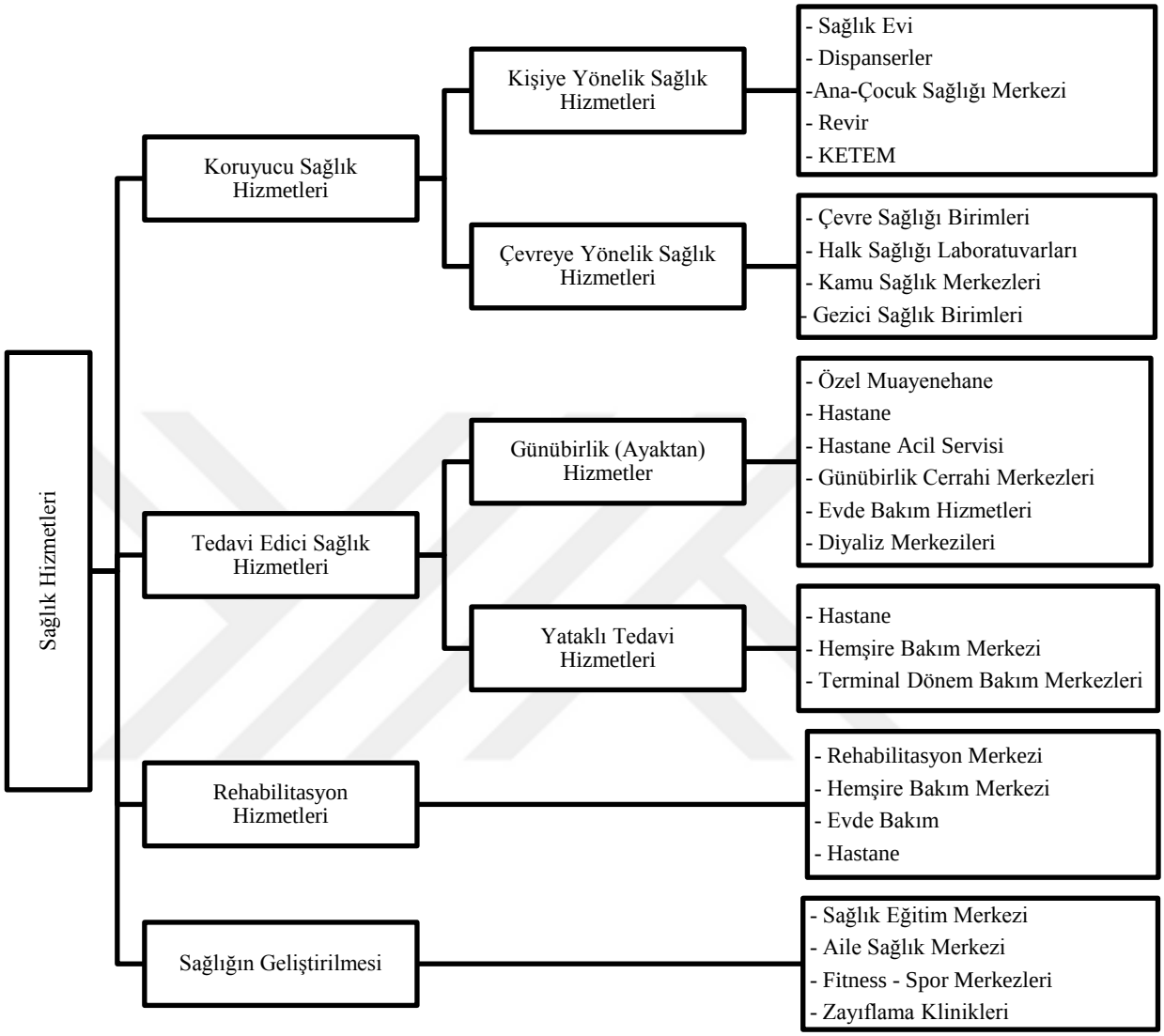
Bireylerin ve toplumların sağlığı çok sayıda faktörden etkilendiği için sağlık hizmetlerinin kapsamını belirlemek zor olabilmektedir. Eğitim barınma ve istihdam politikaları bireylerin ve toplumun sağlığı üzerinde daha fazla etkiye sahip olabilmektedir. Bu yüzden sağlık hizmetleri toplum sağlığını hedefleyen programlar bütünü olarak düşünülmesi zorunlu kılmaktadır. Barınma, eğitim ve istihdam gibi hizmetler her ne kadar sağlık açısından dolaylı etkiye sahip olsalar da öncelikli amaç sağlık durumunu yükseltmek değildir (Black ve Gruen, 2005: 22).

Sağlık hizmetlerinin tüketicileri olan hastalar tarafından aranan beklentiler farklılaşmaktadır. Hastalıkların önlenmesi, hastalık semptomlarının ortadan

kaldırılması, işlev kayıplarının azaltılması, yaşam süresinin uzatılması gibi geleneksel beklentilerin yanında toplumun geniş çapta yeni beklentileri de ortaya çıkmaktadır. Örneğin; insanların çoğu her ne kadar biyolojik olarak sağlıklı olsa bile daha güzel görünmek, daha iyi hissetmek amacıyla sağlık hizmetlerine yönelebilmektedir. Yaygınlaşan kozmetik cerrahisi, yaşam süresinin uzaması için alınan ilaçların kullanımındaki artışlar bu gelişmeleri yansıtmaktadır (Greenwald, 2010: 8).

Şekil 1.2'de görüldüğü gibi sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dörde ayrılmaktadır. Bu ayrım sağlık işletmeleri açısından ele alındığında sunulan sağlık hizmetine göre farklılık göstermekte ve bu sağlık hizmetleri farklı kurumlar tarafından farklı düzeylerde verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin kişiye yönelik ve çevreye yönelik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kişiye yönelik sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlar; Sağlık Evi, Dispanserler, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezi, Revir, KETEM'dir. Çevreye yönelik sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlar ise; Çevre Sağlığı Birimleri, Halk Sağlığı Laboratuvarları, Kamu Sağlık Merkezleri, Gezici Sağlık Birimleri'dir. Tedavi edici sağlık günübirlik (ayaktan) verilen sağlık hizmetleri ve yataklı tedavi sağlık hizmetleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Günübirlik (ayaktan) verilen sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlar; Özel Muayenehane, Hastane, Hastane Acil Servisi, Günübirlik Cerrahi Merkezleri, Evde Bakım Hizmetleri, Diyaliz Merkezileri'dir. Yataklı tedavi sağlık hizmetleri Hastane, Hemşire Bakım Merkezi, Terminal Dönem Bakım Merkezleri'dir. Rehabilite edici sağlık hizmetlerin verildiği kurumlar; Rehabilitasyon Merkezi, Hemşire Bakım Merkezi, Evde Bakım, Hastane'dir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini veren kurumlar ise; Sağlık Eğitim Merkezi, Aile Sağlık Merkezi, Fitness - Spor Merkezleri, Zayıflama Klinikleri'dir.

Şekil 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması



Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 35.

1.1.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kısa ve uzun dönemde birey ve toplumun karşılaşabileceği hastalık risklerine karşı riskleri minimum seviyeye indirmeyi ve sağlıklı yaşam potansiyelini koruyarak yaşam standartlarını yükseltmeyi amaçlayan hizmetlerdir. Özellikle yayılma ihtimali olan hastalıkları önleyen, toplumun ve bireylerin hastalıklara karşı dayanıklı hale

getirilmesini sağlayan ve bireylerin hastalıklara karşı önleme amaçlı hizmetleri esas alan, salgınlardan koruyan hizmetlerdir (Atabey, 2016: 12).

Literatürde koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili iki ayrı sınıflandırma bulunmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili birinci sınıflandırma; kişiye yönelik uygulanan koruyucu sağlık hizmetleridir. İkinci sınıflandırma ise çevreye yönelik uygulanan koruyucu sağlık hizmetleridir.

Kişiye yönelik uygulanan koruyucu sağlık hizmetleri, doğrudan bireyi ilgilendiren ve bireye yapılan hizmetlerdir. Bunlar; erken tanı, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı, ilaçla koruma, sağlık eğitimi ve kişisel hijyen, bağışıklama, sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele, ruh sağlığı ve iyi ve dengeli beslenme gibi bireylere yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir (Ünal, 2013: 90-92).

Çevreye yönelik uygulanan koruyucu sağlık hizmetleri ise çevrede sağlığı olumsuz etkileyen faktörleri ortadan kaldırarak ya da yok ederek çevreyi sağlığa zararsız hale getirmeyi amaçlayan sağlık hizmetleridir. Yeterli temiz su sağlanması, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, besin hijyeni, sağlıklı konut temini, endüstri sağlığı, hava kirliliği ile mücadele, radyasyon kirliliğinin önlenmesi gibi çevreye yönelik sağlık hizmetleridir (Önder ve Gürbüz, 2015: 4).

Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili ikinci sınıflandırmada ise koruyucu sağlık hizmetleri üçe ayrılmaktadır. Bunlar (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Madde 4, http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar /143/MEVZUAT/24_01_2011_14_52_16.pdf (Erişim Tarihi: 29.06.2017)):

"Birincil (primer) korunma: Hastalık kişide biyolojik olarak başlamadan önce bazı önlemler alarak söz konusu hastalığın görülmesini önlemektir. Bunlar, çevredeki olumsuz etmenlerin yok edilmesi, insanların maruz kalmasının önlenmesi, aşılama, iyi beslenme, kazaları önlemek için alınan önlemler, hiç sigara içmemek, kişisel hijyen kurallarına uymak, çocuk yetiştirme konusunda çocuğa bakım veren kişilerin ve toplumun eğitimi gibi önlemlerdir."

"İkincil (sekonder) korunma: Hastalıkların belirtisiz dönemlerinde ya da belirtilerin (semptomların) hafif olduğu dönemlerde teşhis edilerek tedavi edilmeleridir. İkincil korumaya "erken tanı" hizmetleri de denir."

"Üçüncül (tersiyer) korunma: Hastalığın klinik bulgu ve belirtilerinin ortaya çıkışından sonra, hastaların en iyi şekilde tedavisi, sekelli hastaların rehabilite edilmesi gibi hizmetleri kapsar. Hastaların, hastalığın kötü sonuçlarından korunmasını amaçlar."

Koruyucu sağlık hizmetlerinin özellikleri şunlardır (Tengilimoğlu vd., 2012: 82):

- Sunumu açısından tedavi edici sağlık hizmetlerine göre daha etkin ve ucuzdur.
- Diğer hizmetlere göre uygulanması daha kolaydır.
- Sağlık hizmeti sunumu esnasında fazla araç-gereç ve personel ihtiyacı olmamaktadır.
- Hizmet sunumunu gerçekleştirecek personelin niteliğinin çok yüksek olmasına gerek yoktur.
- Hastanelerin hasta yüklerini azalttığı bilinmektedir.
- İş kaybını asgari seviyeye indirmektedir.
- Bu hizmetlerin sunulmasıyla çevre de düzenlenmiş olmaktadır.

1.1.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi etme amacı taşıyan, sağlık durumu bozulan bireylerin eski sağlık düzenlerine ulaşmalarını sağlayan ve uzman hekim gözetiminde diğer sağlık personellerinin ekip halinde çalışmalarıyla sunulan hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 38).

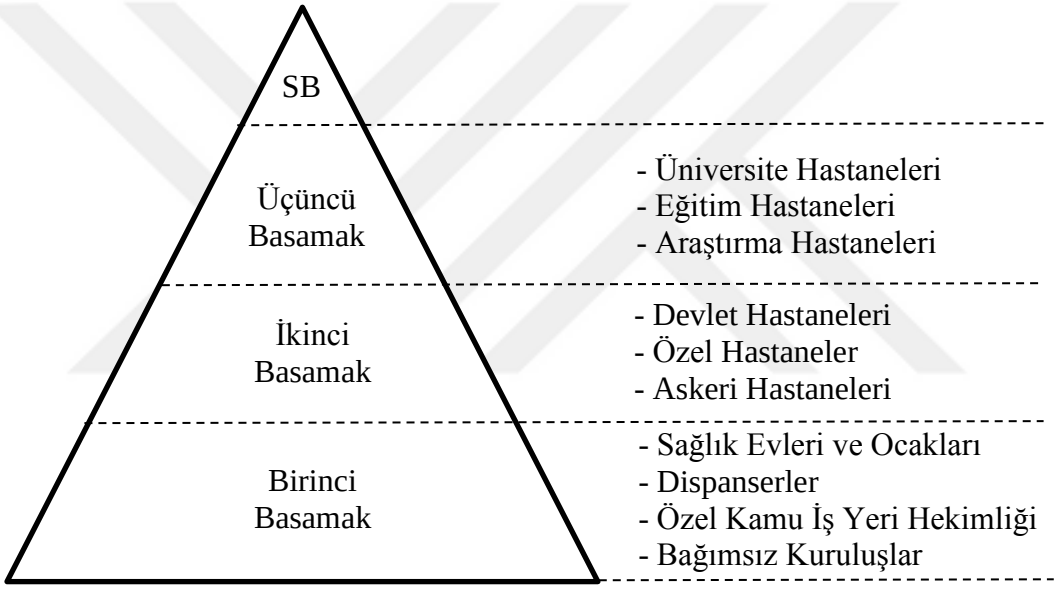
Tedavi edici sağlık hizmetleri üçe ayrılmaktadır. Bunlar (Somunoğlu, 2012: 12):

Birinci basamak sağlık hizmetleri; muayene, teşhis ve tedavi işlemlerinin yatış yapılmadan yapıldığı hizmetlerdir. Bu hizmetler sağlık ocaklarında, muayenehanelerde ve polikliniklerde verilen hizmetlerdir.

İkinci basamak sağlık hizmetleri; hastanın durumuna göre öncelikli olarak hastaneye gidilmesini gerektiren ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavi edilemeyen teşhis ve tedaviye yönelik olarak yataklı sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerdir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri; ileri düzey sağlık teknolojilerine ve farklı uzmanlık seviyesine sahip kalp hastaneleri, onkoloji hastaneleri, üniversite hastaneleri gibi hastaneler tarafından sunulan hizmetlerdir.

Şekil 1.3. Türkiye'de Tedavi Edici Sağlık Hizmetini Sunan Kuruluşlar



Kaynak: Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, 2004: 10.

Şekil 1.3'te görüldüğü gibi Türkiye'de Sağlık Bakanlığı bünyesinde birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık evleri ve ocakları, dispanserler, özel kamu iş yeri hekimliği, AÇS-AP (Ana Çocuk Sağlığı) merkezleri, bağımsız kuruluşlar tarafından verilmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri devlet hastaneleri, özel hastaneler ve askeri hastaneleridir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde verilmektedir. (Askeri hastaneler 24/11/2016 tarihinde resmi gazetede yayınlamış olan Kanun Hükmünde Kararname ile sağlık bakanlığına devredilmiştir (Madde 106)).

1.1.5.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Yataklı veya yataksız rehabilitasyon merkezleri tarafından verilen, kaza veya hastalık sonucunda kişilerin kaybetmiş oldukları bedensel veya zihinsel becerilerini düzeltmeye yardımcı olan ve bu becerilerini eski haline getirmeye yönelik olarak verilen hizmetlere rehabilite edici sağlık hizmetleri denir. Rehabilite edici sağlık hizmetleri; tıbbi rehabilitasyon hizmetleri ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 39).

Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri; bedensel kalıcı sakatlık ve bozuklukların düzeltilmesi, yaşam kalitesinde artış meydana getirilmesi amacıyla postür bozuklukların giderilmesi, ekstremite protezlerin kullanılması, işitme görme gibi kusurların düzeltilmesi için verilen hizmetlerdir (Güleş ve Özata, 2005: 4).

Sosyal rehabilitasyon hizmetleri; bireylerin yeniden topluma kazandırılması amacıyla bulunduğu duruma uygun olarak çevreye uyum sağlaması amacıyla iş bulma, öğretme ve destek programlarını içeren hizmetlerdir (Somunoğlu, 2012: 12). Yeni durumlarına uyum sağlayabilmeleri için bireylere çeşitli pedagojik destek programları sunulmaktadır. Bu hizmeti veren kuruluşlara örnek olarak özürlü çocuklara yönelik açılan merkezler verilebilir (Ateş, 2013: 12).

1.1.5.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri bedensel ve zihinsel olarak sağlık durumunu, yaşam kalitesini ve yaşam süresini artırmayı hedefleyen hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 39). Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin dışında kalan hizmetlerdir. Bunlar (Güleş ve Özata, 2005: 4): Tıbbi kimyasal maddelerin üretimi, ilaç ve eczacılık hizmetleri, tıbbi teçhizat ve sarf malzemelerinin üretimi, teşhis ve görüntüleme merkezleri, acil servis ve ambulans hizmetleri, halk sağlığı laboratuvarları, adli tıp hizmetleri ve diş hekimi muayenehaneleridir.

Sağlık Bakanlığının 2003 yılında başlatmış olduğu sağlıkta dönüşüm projesinin temel bileşenleri arasında sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi ve artırılması da yer almaktadır. Bu nedenle sağlık bakanlığı tarafından hizmet kalitesinin

artırılması amacıyla bazı çalışmalar yürütülmektedir. Dönemsel olarak kurumların değerlendirilmesi yapılmakta ve bu değerlendirmeye esas standartlar belirlenmektedir. İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri'nin yanı sıra tüm sağlık kurumlarına yol gösterici olan "Hizmet Kalite Standartları Rehberi" 21 ana başlıktan, 79 alt başlıktan ve 384 maddeden meydana gelmektedir. Ana başlıklar şunlardır (Hayali Yıldırım, 2009: 25):

- Poliklinik hizmetleri,
- Laboratuvar hizmetleri,
- Görüntüleme hizmetleri,
- Ameliyathane hizmetleri,
- Klinikler,
- Yoğun bakım üniteleri,
- Diyaliz hizmetleri,
- Acil servis hizmetleri,
- Ambulans ve ambulans hizmetleri,
- Eczane hizmetleri,
- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi,
- Hasta ve çalışan güvenliği,
- Kurumsal hizmet yönetimi,
- Hastane bilgi sistemi,
- Hasta kayıtları ve dosyası,
- Arşiv,
- Tesis yönetimi ve güvenlik,
- Depolar,
- Mutfak,
- Çamaşırhane ve
- Morg.

1.1.6. Sağlık Hizmetlerini Diğer Hizmetlerden Ayıran Özellikler

Sağlık hizmetlerinin özellikleri şunlardır (Mutlu ve Işık, 2012: 46-58; Atabey, 2016: 13-20):

- Kamusallık,
- Dışssallıklar,
- Yararlı mallar grubunda yer alması,
- Devlet müdahalelerinin söz konusu olması,
- Belirsizlik altında seçim yapılması,
- Asimetrik bilgilendirme durumunun olması,
- Hastalık riskinin ve tüketiminin önceden belirlenmemesi,
- Sağlık hizmetinin yetersiz tüketilmesi durumunun toplumu olumsuz etkilemesi gibi özellikleri vardır.

Bunlara ek olarak sağlık hizmetlerinin özellikleri şunlardır (Orhaner, 2014: 24):

- Sağlık hizmetleri ertelenemezdir,
- Sağlık hizmetlerinin ikamesi bulunmamaktadır,
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü kamu malıdır.
- Sağlık hizmetlerinin yetersizliği sağlık sorunlarına yol açacaktır,
- Sağlık hizmetlerinde boyut ve kapsam doktorlar tarafından belirlenmektedir,
- Sağlık hizmetleri tüketici davranışlarında rasyonellik yoktur,
- Sağlık hizmetlerinde fayda para ile ölçülememektedir,
- Sağlık hizmetlerinden yararlanan bireyler aynı doyum ve kaliteyi elde edemeyebilmektedir,
- Sunulan her sağlık hizmetinin iyileştirme garantisi yoktur,
- Sağlık hizmetleri sunumunun iyi veya kötü olması, dışsal yararı veya zararı ortaya çıkarabilmektedir.

1.2. Hastane Kavramı

Hastane kelimesi hastaların kabul edildiği yer olarak tanımlanmaktadır. Hastane kelimesi köken olarak latince “hospes” kelimesinden gelmektedir (Hospes:

Misafir). Daha sonra hospital olarak konuşma diline geçmiştir. Türkçede hasta ve hane kelimelerinin birleşmiş haliyle kullanılmaktadır (Benli ve Özalp, 2010: 98).

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Madde 4'te hastaneler şöyle tanımlanmıştır: *"Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır."*

Hastaneler sağlık hizmetlerinin ana unsurunu oluşturmakta ve tarihin en eski kurumları arasında yer almaktadır. Hastanelerin toplumdaki yeri ve önemi gün geçtikçe artmaktadır. Hastaneler tarafından ağırlıklı olarak tedavi hizmetlerinin yanında eğitim, araştırma ve tüm sağlık hizmetleri verilmektedir (Ağırbaş, 2016: 16).

1.2.1. Hastanelerin İşlevleri

Hastanelerin işlevleri dört temel işlevi bulunmaktadır. Bunlar:

- **Tedavi Hizmetleri:** Doktorlar tarafından sadece hastalığın teşhis ve tedavisi yeterli olmayıp hastaların korunup, gözlemlenmeye yani çeşitli bakım ve ilgiye ihtiyaçları bulunmaktadır. Dolayısıyla hastaların tedavi edilmesi ekip halinde çalışmayı zorunlu kılmaktadır. Hastanın tedavi edilmesi amacıyla bir araya gelmiş olan ekip dünyanın ilk biçimsel olmayan organizasyonlarından birini oluşturmuştur (Seçim, 1991: 10).
- **Eğitim:** Hastaneler diğer işlevlerinin yanında birer eğitim veren kurumlardır. Hastanelerdeki eğitim; hastanelerde verilen ya da hastanelerden beklenen eğitim hizmetlerinin verilmesini, hastaların ve hasta yakınlarının eğitilmesini, öğrencilerin eğitilmesini, hastane çalışanlarının hizmet içi eğitimleriyle kamuoyunun sağlık konularında eğitilmesini kapsamaktadır (Seçim, 1991: 15). Hasta ve yakınlarına verilen eğitimler; ilaç kullanımı, hastane kuralları ve bakımları ile ilgili eğitimlerin verilmesini kapsamaktadır. Personele verilen eğitimler ise; yeni başlayan personele oryantasyon eğitimini ve hizmet içi eğitimlerini kapsamaktadır (Sözen ve Özdevecioğlu, 1999: 41).

- **Tıbbi, Teknolojik ve Diğer Araştırmalar:** Hastanelerde yapılan araştırmaların içerisinde doktorların yapmış olduğu tıbbi araştırmaların yanında diğer sağlık çalışanları tarafından yapılan çeşitli bilimsel araştırmalar da bulunmaktadır. Özellikle eğitim ve araştırma hastanelerinde yapılan çalışmaların tıp alanında yapılan bilimsel gelişmelere katkı sağlaması açısından bu işlev önemlidir (Tengilimoğlu, 2012: 54-55).

- **Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri:** Sağlığa zarar veren alışkanlıklarla mücadelede hastaneler (alkol, sigara, uyuşturucu gibi) etkin bir rol üstlenmektedir. Hastanelerin anne-çocuk sağlığı hizmetleri, aşılama hizmetleri gibi hizmetler ile toplum sağlığının geliştirilmesine de katkısı bulunmaktadır. Hastaneler ilk zamanlarında hasta olan ve yaralanan insanları tedavi etmeyi amaç edinen küçük ve basit bir sağlık organizasyonları olarak kurulmuşlardır. Sonraki dönemlerde insan ihtiyaçlarının değişmesi ve gün geçtikçe artmasına paralel olarak teşhis, tedavi ve bakım hizmetleriyle birlikte insan sağlığının korunmasına yardımcı olan ve insanların sağlıklı, huzurlu ve mutlu yaşamalarına katkıda bulunan bugünkü büyük organizasyonlara dönüşmüşlerdir (Tengilimoğlu, 2012: 54). Hastaneler diğer işlevlerinin yerine getirirken dolaylı olarak sağlık seviyesinin de yükselmesini sağlamaktadır. Hastanelerin tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmetleri de vermeleri beklenmektedir.

Hastanelerin yukarıda belirtilen dört temel işlevine ek olarak idari, mali, teknik ve sosyal fonksiyonları da bulunmaktadır. Hastanelerde planlanma, örgütlenme, koordinasyon, yöneltme denetlenme gibi işlevleri gerek farklı mesleklere mensup insan kaynaklarının gerekse araç, gereç ve sermayenin etkin ve verimli bir şekilde amaçlarını gerçekleştiren işlev yönetim ya da idari işlevdir. Her türlü finansal kaynakların uygun koşullarda temin edilmesini ve verimli kullanılmasını, çalışanlara ve tedarikçilere ücretlerin zamanında ödenmesini sağlayan işlev mali ya da finansal işlevdir (Tengilimoğlu, 2012: 54-55).

1.2.2. Hastanelerin Sınıflandırılması

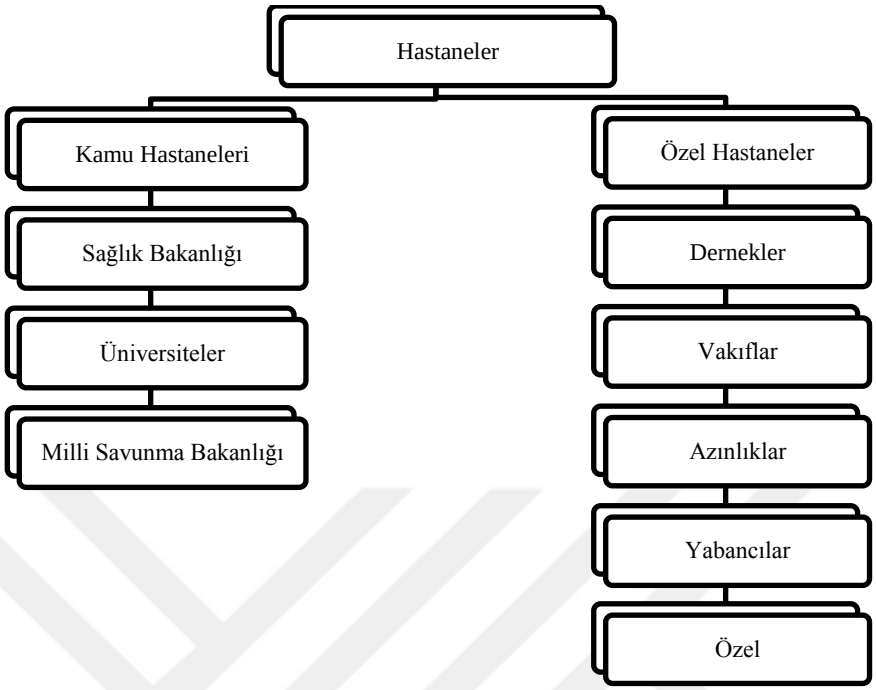
Literatürde yer alan hastane sınıflandırmaları şunlardır: Mülkiyetlerine göre hastaneler, Sundukları hizmet türlerine göre hastaneler, Ortalama kalış süresine göre hastaneler, Yatak sayılarına göre hastaneler, Akreditasyon durumuna göre hastaneler, Dikey bağlantı entegrasyona göre hastaneler, Sağlık Bakanlığına göre hastanelerdir.

1.2.2.1. Mülkiyetlerine Göre Hastaneler

Mülkiyet durumuna göre hastaneler; hastanelerin mülkiyetlerinin hangi bir kurum veya kuruluşa ait olmasına ve bu kurum veya kuruluşun niteliklerine göre sınıflandırılmasıdır. Hastanelerde kullanılan sermaye miktarı, insan kaynağı, malzeme ve diğer giderlerde farklılıklar olduğundan hastane maliyetleri ve sunulan hizmetlere ait maliyetler birbirinden farklılık göstermektedir. Sağlık sektörünün emek yoğun olmasından kaynaklı olarak insan kaynaklarının maliyeti büyük önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalar göz önünde bulundurulduğunda kamu hastanelerinde insan kaynağının ortalama maliyeti % 70 ve özel hastanelerde insan kaynağının ortalama maliyeti ortalama % 60'tır (Özgülbaş, 2013: 33).

Şekil 1.4'te görüldüğü gibi mülkiyetlerine göre hastaneler kamu mülkiyeti ve özel mülkiyet olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kamu mülkiyetli hastaneler: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri, Milli Savunma Bakanlığı Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri ve Belediye Hastaneleri'dir. Özel mülkiyetli hastaneler: Vakıf Hastaneleri, Dernek Hastaneleri, Azınlık Hastaneleri, Yabancılara Ait Hastaneler ve Özel sermaye ile kurulmuş olan hastanelerdir.

Şekil 1.4. Mülkiyetlerine Göre Hastaneler



Kaynak: Özgülbaş, 2013: 34.

Mülkiyetlerine göre hastanelerin sınıflandırması aşağıdaki gibidir (Tengilimoğlu vd., 2012: 185):

Devlete Doğrudan Bağlı Hastaneler: Devlete doğrudan bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı'na (SB) ve Milli Savunma Bakanlığı'na (MSB) bağlı olan hastanelerdir.

Devlete Dolaylı Bağlı Hastaneler: Belediye ve üniversite hastaneleri devlete dolaylı olarak bağlı olan hastaneler arasında yer almaktadır. Ancak belediye hastanelerinin sağlık hizmetlerine katkısının oldukça sınırlı olduğu bilinmektedir. Üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırmanın yanı sıra üçüncü basamak sağlık hizmetinin de sunulduğu sağlık kurumları arasında yer almaktadır.

Özel Hastaneler: Özel hastaneler girişimcilerin kar elde etme amacıyla kurmuş oldukları hastanelerdir. Piyasada varlıklarını sürdürmelerinin şartı kar elde ediyor olmalarıdır. Bu hastaneler de kendi içerisinde şahıslara, azınlıklara ve yabancılara ait olan hastaneler şeklinde sınıflandırılabilmektedir.

Tablo 1.1'de sektörel bazda hastane sayılarına yer verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastane sayılarında yıllara göre gözle görülür bir artış vardır. Buna ek

olarak sektörel bazda hastane sayıları karşılaştırıldığında birinci sırada Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin, ikinci sırada özel kurumlara ait hastanelerin, üçüncü sırada üniversite hastanelerinin olduğu görülmektedir. Hastane sayılarında artışın nedenleri arasında devletin ve özel kuruluşların sağlık alanına yaptıkları yatırımlar gösterilebilmektedir.

Tablo 1.1. Sektörlere ve Yıllara Göre Hastane Sayıları

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer*	Toplam
2002	774	50	271	61	1156
2011	840	65	503	45	1453
2012	832	65	541	45	1483
2013	854	69	550	44	1517
2014	866	69	556	37	1528
2015	865	70	652	36	1623

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015: 93.

*Not: Tabloda yer alan "Diğer" Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sektör dışında kalan Milli Savunma Bakanlığına bağlı Hastaneleri, belediyelere bağlı hastaneleri ve diğer kamu kuruluşlarına bağlı hastaneleri kapsamaktadır.

Hastane sayısının en yüksek olduğu yılın 2015 yılı olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı 865 hastane, üniversitelere bağlı 70 hastane, özel kurumlara bağlı 652 hastane ve diğer grubunda 36 hastane yer almaktadır.

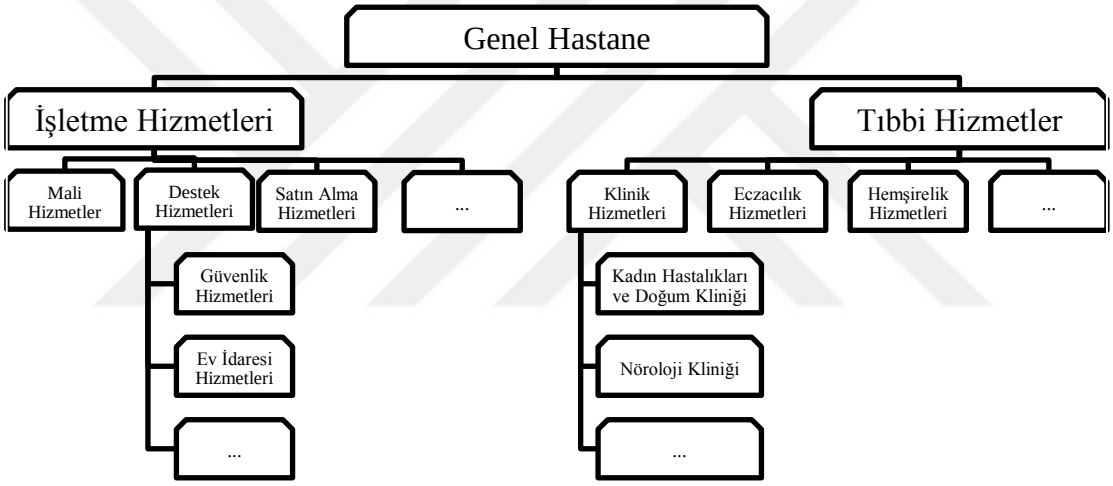
1.2.2.2. Sundukları Hizmet Türlerine Göre Hastaneler

Hastanede sunulan hizmet türünün göz önünde bulundurulduğu sınıflandırma en önemli ve en temel sınıflandırmadır. Bu sınıflandırmada satın alma ve mali işler, pazarlama ve insan kaynakları gibi kurum içinde birimler oluşturulmaktadır. Departmanların sayısı iş bölümü ve uzmanlık dereceleri organizasyonun büyüklüğüne göre değişiklik gösterebilmektedir. Departman sayısının artmasındaki kriter hastane organizasyonunun büyüklüğünden ziyade uzmanlaşma derecesi ile yakından ilgilidir.

Kısa ifadeyle görevler bütünü olarak tanımlanan işlerin sayısı hastanelerde çok fazladır (Ateş, 2012: 45).

Şekil 1.5'te hastanede yapılan işler gösterilmiştir. Buna göre hastanedeki işler işletme hizmetleri ve tıbbi hizmetler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. İşletme hizmetleri: mali hizmetler, destek hizmetleri (güvenlik hizmetleri, ev idaresi hizmetleri, ...), satın alma hizmetleri vd. olmak üzere sınıflandırılmaktadır. Tıbbi hizmetler ise: klinik hizmetleri (kadın hastalıkları ve doğum kliniği, nöroloji kliniği, …), eczacılık hizmetleri, hemşirelik hizmetleri vd. olmak üzere sınıflandırılmaktadır.

Şekil 1.5. Hastanedeki Hizmetlerin Sınıflandırılması



Kaynak: Ateş, 2012: 46.

Hastaneler verdikleri hizmetlerin türüne göre genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2012: 189). Tıp bilimi ve teknoloji alanlarındaki gelişmeler çok sayıda uzmanlık alanının oluşmasına sebep olmuştur (Ateş, 2012: 45).

Tablo 1.2'de bu uzmanlık alanlarına göre genel hastanelerin ve özel dal hastanelerinin hastane sayıları ve yatak sayıları gösterilmiştir. 2015 yılı verilerine göre genel hastane sayıları 1.406 ve genel hastane yatak sayıları 188.849'dur. Özel dal hastaneleri dahil toplam hastane sayıları 1.533; özel dal hastaneleri dahil yatak sayıları ise 209.648'dir.

Tablo 1.2. Türkiye'de Sunulan Hizmet Türüne Göre Hastane ve Yatak Sayıları

Dallar	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
Genel Hastane	1.406	188.849
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	36	6.433
Göz Hastalıkları Hastanesi	27	580
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	16	2.038
Göğüs Hastalıkları Hastanesi	15	3.660
Psikiyatri Hastanesi	11	4.231
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	5	1.759
Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi	5	609
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	436
Meslek Hastalıkları Hastanesi	2	156
Onkoloji Hastanesi	2	696
Cerrahi Hastanesi	1	70
Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi	1	29
Lepra (Cüzzam) Hastanesi	1	34
Lösemili Çocuklar Hastanesi	1	14
Spastik Çocuklar Hastanesi ve Rehabilite Merkezi	1	54
Toplam	**1.533**	**209.648**

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015: 94.

1.2.2.3. Ortalama Kalış Süresine Göre Hastaneler

Hastaların hastanede kalış süreleri dikkate alınarak yapılan sınıflandırmadır. Bu hastaneler de kendi içerisinde üçe ayrılmaktadır. Bunlar (Öztürk ve Özata, 2010: 38):

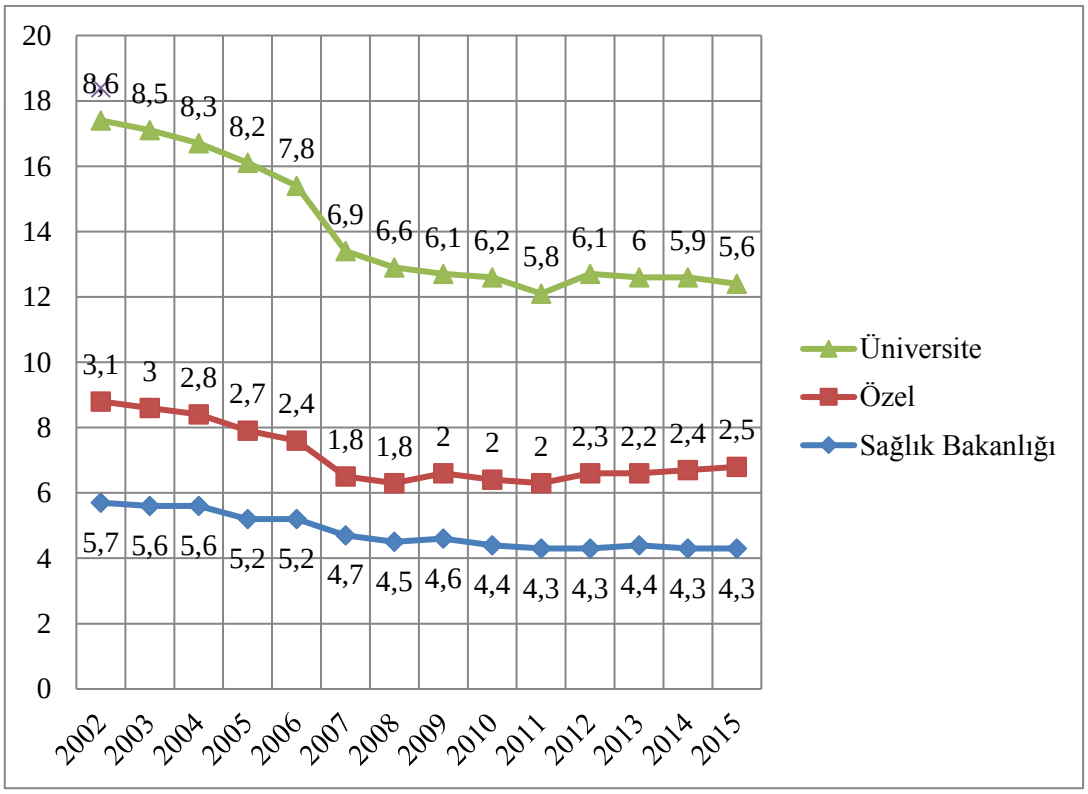
Gün Hastaneleri: Birden fazla branşta günlük ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetlerinin verildiği hastanelerdir. Asgari 5 yatak ile 24 saat sağlık hizmeti veren bu hastaneler ya bir hastane bünyesinde bulunmakta ya da bir hastane ile koordineli bir şekilde çalışmaktadır.

Kısa Yatış Süreli Hastaneler: Hastaların %50'den fazlasının hastanede kalış sürelerinin 30 günden az olduğu hastanelerdir.

Uzun Yatış Süreli Hastaneler: Hastaların %50'den fazlasının hastanede kalış sürelerinin 30 günden fazla olduğu hastanelerdir.

Grafik 1.1'de Sağlık Bakanlığının 2015 verilerine göre Türkiye 'de yıllara ve sektörlere göre hastanelerde yatan hasta ortalama kalış günlerini göstermektedir.

Grafik 1.1. Türkiye 'de Yatan Hasta Ortalama Kalış Süresi (Gün)



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015: 150.

Grafik 1.1'de görüldüğü gibi en az ortalama kalış günlerine özel hastanelerin sahip olduğu ve en fazla ortalama kalış günlerine üniversite hastanelerinin olduğu görülmektedir. Üniversite hastanelerinde hastaların ortalama kalış günlerinin fazla olmasının sebepleri arasında bu hastanelerde yatan hastaların ağır rahatsızlıklara sahip olan hastalardan oluşması gösterilebilmektedir. Özel hastanelerde hastaların ortalama kalış günlerinin az olmasının sebebi ise bu hastanelerin genelde küçük boyutlu ve ağır olmayan hastaların teşhis ve tedavi işlemlerinin yapılmasıdır. Yıllara göre incelendiğinde günümüze yaklaştıkça ortalama kalış günlerinde düşüş olduğu

görülmektedir. Bunun nedeni ise, sağlık alanında ar-ge çalışmalarına önem verilmesi ve gerekli yatırımların yapılmasıyla teknolojik gelişmelerin beraberinde getirdiği yeni tedavi imkanları gösterilebilmektedir.

1.2.2.4. Yatak Sayılarına Göre Hastaneler

Yataklı tedavi işletme yönetmeliğine göre hastaneler 20, 100, 200, 400, 600, 800 vb. yataklı olabilmektedir. Yatak sayıları hastanelerin personel sayısından verilen hizmetlerin miktarına ve çeşidine, ayrılacak ödenek miktarlarına ve yönetim kademelerine göre değişmektedir. Örneğin; hastaneye genel bütçeden ayrılacak paranın miktarı, yöneticilerin sayısı, tıbbi hizmetlerin çeşitliliği, sağlık personeli sayısı, laboratuvar hizmetlerinin çeşitliliği gibi birçok konu hastanelerin yatak sayılarına göre belirlenmektedir. Yatak sayıları hastane hizmet sınıflarının belirlenmesinde de bir ölçüt olarak kullanılmaktadır (Ateş, 2012: 48).

1.2.2.5. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler

Akreditasyon durumlarına göre hastaneler akredite edilen ve akredite edilmeyen hastaneler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Türkiye'de son yıllarda her alanda var olan akreditasyon hastanelerde de gündeme gelmiştir. Ancak milli akreditasyon kurumu olmadığı için bu hizmet yurt dışından satın alınmaktadır. Türkiye'de genelde Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu (The Commission on Accreditation of Health Care Organizations - JACHO) tarafından geliştirilmiş olan standartlara göre hastanelerin akreditasyonu sağlanmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2012: 187).

1.2.2.6. Dikey Bağlantı Entegrasyona Göre Hastaneler

Sağlık kurumlarının dikey bütünleşme basamaklarındaki konumu ve sağlık hizmetleri planı içeresindeki yeri maliyetler açısından büyük önem taşımaktadır. Dikey bütünleşme basamağına göre hastaneler şunlardır (Özgülbaş, 2013: 35):

Birinci Basamak Hastaneler: Genel olarak günübirlik(ayaktan) tanı, teşhis ve tedavi hizmetlerinin sunulduğu hastanelerdir.

İkinci Basamak Hastaneler: Kısa süreli olarak yataklı tedavi hizmetlerini gerektiren hastaların kabul edildiği hastanelerdir.

Üçüncü Basamak Hastaneler: Gelişmiş teknolojik donanıma ve olanaklara sahip olan hastanelerdir. Bu hastanelerde genel olarak tedavisi zor olan hastalıkları tedavi etmektedir (Üniversite hastaneleri ve yanık merkezleri gibi). Birinci ve ikinci basamak hastanelerde tedavisi yapılamayan hastalıklar üçüncü basamak hastanelerde tedavi edilmesinden kaynaklı olarak bu hastanelerin maliyetleri yüksektir.

1.2.2.7. Sağlık Bakanlığı'na Göre Hastaneler

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Madde 5'te hastaneler hizmet kapsamlarına göre beş grupta toplamıştır.

a) İlçe / belde hastanesi: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

b) Gün hastanesi: Birden fazla branşta, günübirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.

c) Genel hastaneler: Her türlü acil vak'a ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

d) Özel dal hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ veya organ grubu hastalarının

müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

e) Eğitim ve araştırma hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

KALİTE, HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Çalışmanın ikinci bölümünde araştırmanın teorik alt yapısını ve araştırma modelinin temelini oluşturan kalite, hizmet kalitesi ve sağlık hizmetlerinde kalite konularına yer verilmiştir. Bu bölümde kalite ve hizmet kalitesi kavramları, teknik ve fonksiyonel kalite, beklenen ve algılanan hizmet kalitesi, kalite boyutları, kalite unsurları, hizmet kalitesinin belirleyicileri ve etkileyen faktörler, hizmet kalitesinin ölçülmesi ve kalite modelleri, hizmet kalitesi literatür taraması, algılanan hizmet kalitesinin ölçümü, sağlık hizmetlerinde kalite anlayışı, sağlık hizmetlerinde kalitenin özellikleri gibi konular üzerinde durulmuştur.

2.1. Kalite ve Hizmet Kalitesi Kavramları

Bireyler tarafından çeşitli mesleki yayınlarında, endüstride ve günlük yaşantılarda kalite ile ilgili konularda kavram birliğine gidilememiştir (Kobu, 2010: 544). Kalite özünde algısal ve yorumsal bir kavram olduğu için bireylerin bakış açılarına göre farklılık arz edebilmektedir (Sezen, 2011: 59). Bu yüzden kaliteyle ilgili farklı kaynaklarda farklı tanımlara ulaşmak mümkündür.

Kalite temelde var olan ihtiyaçların karşılanmasıdır (Tengilimoğlu vd., 2012: 467). Birleşik Devletler Tıp Enstitüsü'nün yapmış olduğu tanımda ise kalite; birey ve topluma sunulmuş olan sağlık hizmetlerinde ulaşılması istenen sağlık çıktılarına ne kadar ulaşıldığını ve günün profesyonel bilgi birikimiyle ne kadar tutarlı olduğunu ifade eden bir kavramdır (Tarım, 2009: 67). Kalite, bir mal veya hizmetin tüketici istek ve ihtiyaçlarına uygunluk derecesidir (Tekin, 2010: 61). Kalite, mal ve hizmetleri diğer benzerleriyle karşılaştırıldığında müşteriler tarafından alınmasına sebep olan önemli bir kriterdir. Mal ve hizmetlerin yüksek kaliteye sahip olmasının bireyler tarafından tercih edilme sebepleri arasında olduğu bilinmektedir (Tarım vd., 2011: 129).

Kalite öncülerinden bazılarının kalite ile ilgili düşünceleri şunlardır:

B. Edwards Deming (1930-1950) istatistiksel proses kontrol kavramını kalite ve verimliliği iyileştirmenin yanında maliyetleri azaltmak için oluşturmuştur. Japonya'da bu konuyla ilgili vermiş olduğu eğitimlerle Juran tarafından daha sonraki dönemlerde verilecek olan eğitimlerin temelini oluşturmuştur. Sorunların belirlenmesi ve bu sorunlara etkin (düzeltici) önlemlerin alınması, kalitenin iyileştirilmesi gibi konularda en önemli katkının yöneticiler tarafından sunacağını ifade etmiştir (Çetin, 2010: 188).

P. B. Crosby (1979) kalitenin mükemmellik sistemi olmadığını, kalitenin ihtiyaçlara uygunluk olduğunu, hataları önleme aracı olduğunu, çalışma standardının sıfır hata olması gerektiğini, kalitenin ölçümünün ise uygunsuzluk maliyetlerinin olduğunu savunmaktadır (Kölük vd., 2012: 57).

Shewhart (1986) kaliteyi "malın mükemmelliği" olarak ele almaktadır. Buna ek olarak kaliteyi; alıcının ödemeyi kabul edeceği bir fiyatla memnuniyeti sağlayacak bir ürünün tasarımının yapılması ve bu tasarımın üretimine geçilmesi için müşterilerin gelecekte ortaya çıkacak olan ihtiyaçlarının ölçülebilir veriler haline getirilmesi olarak tanımlamaktadır (Halis, 2008: 3).

Dr. J. M. Juran (1988) kalite için basit bir tanım yapmanın kalitenin yanlış anlaşılmasına sebep olacağını, çoklu bir tanım yapmanın yerinde olacağını savunmaktadır. Ürün performansı ya da ürün memnuniyeti ve kusur içermeme ya da ürün memnuniyetsizliği yaratmama tarzındaki bir yaklaşıma sahiptir. Özetle Juran'ın kalite anlayışı "kullanıma ve amaca uygunluk" olarak ifade edilebilmektedir (Halis, 2008: 3).

Kalite yönetimi, işletme yöneticilerinin müşteri beklentilerine uygun kalite düzeylerini ve koşullarını pazarlama araştırmalarıyla belirleyerek, bu kalite düzeyine uygun olan mal ve hizmetlerin üretilebilmesi için çalışmaktadır. Kalite yönetimi üretimin girdi, işlem ve çıktı aşamalarını kapsamaktadır. Malların ve hizmetlerin üretim aşamalarından sonra müşteriye ulaştırılması, sunumu ve müşterilere yönelik kalite araştırmalarının yapılmasıdır (Tekin, 2013: 97).

Kalite yönetimi, müşterilerin beklentilerinin karşılanması amacıyla sürekli bir şekilde standartlara uygun olarak mal ve hizmet üretiminin gerçekleştirilmesi için

planlama, organizasyon ve denetleme çalışmalarının yapılmasıdır (Tekin, 2013: 97). Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edilebilmesi için hizmet sunumunda kullanılacak olan kaynakların verimli bir şekilde dağıtılarak kullanılması, hizmet sunumunun etkin bir şekilde yapılması, hem kaynakların dağıtılmasında hem de hedef kitlenin hizmetlere ulaşmasında hakkaniyetin gözetiliyor olması, hizmet sunumu sırasında ve sonrasında memnuniyetin sağlanması gerekmektedir (Tarım, 2009: 67).

Sasser, Olsen, ve Wyckoff (1978) hizmet kalitesi kavramını tanımlayabilmek için 7 hizmet özellik belirlemişlerdir. Bu özellikler şunlardır (Kitchroen, 2004, 15):

Güvenlik: Fiziksel güvenlik,

Tutarlılık: Her bir işlem için aynı uygulama,

Tutum: Nezaket,

Bütünlük: Yan hizmetlerin kullanılabilirliği,

Durum: İşletmelerin durumu,

Kullanılabilirlik: Müşterilerin hizmetlere mekânsal ve zamansal erişimi,

Eğitim: Hizmet sağlayıcılarının eğitimi.

Hizmet kalitesi; müşterilerin beklentilerini, aldıkları hizmetlerdeki algıladıkları kalite düzeyini karşılaştırdıkları değerlendirme süreci sonucunda ortaya çıkan yargı olarak ifade edilmektedir (Grönroos, 1984: 37).

Hizmet kalitesinin değerlendirilmesi bir ürünün kalitesiyle karşılaştırılması söz konusu olduğunda daha zordur. Kalite beklentiler ve performans arasında yapılan karşılaştırmadır. Kalite değerlendirmeleri, süreçleri ve çıktıları içermektedir. Kalitenin değerlendirilmesi sadece hizmetin çıktılarını içermemekte, bunun yanında hizmet dağıtım sürecinin değerlendirilmesini de içermektedir (Parasuraman vd., 1985: 42). Ancak unutulmaması gereken bir gerçek vardır ki, hizmet faaliyetlerinde görünen kısmı müşteri değerlendirmektedir. Her ne kadar hizmetlerin görünen kısmındaki her detay görülebilir ve değerlendirilebilir nitelikte olmasa da tüketicilerin aldıkları hizmetler sonucunda ulaştıkları deneyimlerle değerlendirme yaptıkları bilinmektedir (Grönroos, 1988: 10).

Ürün ve hizmetlerinde yüksek kalite algısına sahip olan işletmelerin, düşük kalite algısına sahip olan işletmelere oranla piyasada yüksek pazar paylarına sahip olduğu bilinmektedir. Bu işletmelerin yatırımlarının ve sermayelerinin geri dönüşü daha hızlıdır. Bu durum işletme performansını etkileyen en önemli faktörün rakiplerle karşılaştırıldığında uzun dönemde sunulan ürünlerin ve hizmetlerin kalitesi olduğunu göstermektedir (Ghobadian vd., 1994: 43).

Donabedian'a göre kalitenin birbiriyle yakından ilişkisi olan üç öğesi bulunmaktadır. Bunlar (Donabedian, 1988: 1743-1744; Kaya, 2005: 4):

Kalitenin birinci öğesi; teknik hizmet kalitesi olarak ifade edilmektedir. Teknik performans uygun hizmet stratejilerinin belirlemesinde kullanılan bilgilerle ve yargılarla, bu stratejileri uygularken kullandıkları beceriyle ilişkilendirilmektedir. Teknik performansın iyi olup olmaması durumuna uygulamada var olan en iyi ile karşılaştırılarak karar verilmektedir. Uygulamada kullanılan en iyinin sağlıkta en büyük iyileşmeyi ürettiğine inanılmaktadır.

Kalitenin ikinci öğesi; hizmetle ilgili herkes arasındaki durumdur. Hizmetle ilgisi olan özellikle hastalar ve sağlık hizmeti sunan bireyler arasındaki ilişkinin iyiliğidir.

Kalitenin üçüncü öğesi; hizmetlerin rahatlık ve konfor sağlayan yönlerini ifade eder. Bunlar hizmetin sunulduğu yerin istenen özelliklere sahip olmasıdır. Bu özellikler de uygunluk, sessizlik, mahremiyet, konfor hatta estetiktir.

2.1.1. Teknik ve Fonksiyonel Kalite

Kaliteyi değerlendirmenin bir yolu da teknik ve fonksiyonel kalite kavramlarıdır. Teknik kalite; müşterilerle çalışanların etkileşimi tamamlandığında kalan müşterilerle ilgilidir. Teknik kalite bir oteldeki konuk odasıyla, kiralama şirketinde kiralanan arabayla ve restorandaki yemekle ilgilidir. Fonksiyonel kalite ise; bir ürünün ya da hizmetin dağıtılma sürecine verilen isimdir (Küçükaltan, 2007: 64).

Teknik kalitede kastedilen fonksiyonel kaliteden farklı olarak hizmetlerin sunumu ve süreçlerin kalitesi değil hizmetlerin çıktısının kalitesidir. Bu nedenle teknik kalite fonksiyonel kaliteye nispeten daha dar anlamdadır (Değermen, 2006: 18).

Teknik kalitenin değerlendirilmesinde kullanılan yaklaşımlardan biri de Donabedian tarafından geliştirilmiş olan ve üç öğeyi içeren yaklaşımdır. Bunlar (Donabedian, 2003: 46-47):

1- Yapı (Structure): Hizmeti sunan sağlık kurumunun genel özelliklerini içeren öğedir. Yapı faktörü içerisinde sağlık kurumunun maddi kaynakları (bina, donanım, teknoloji, sermaye, hizmet birimleri), sağlık kurumunun insan kaynakları (kurumdaki personelin niteliği ve sayısı) ve sağlık kurumunun organizasyonel yapısı (tıbbi hizmetlerin organizasyonu, yönetim biçimleri, klinik denetim türü) gibi değişkenler yer almaktadır.

2- Süreç (Process): Üretime yönelik olan faaliyetleri kapsamaktadır. Hizmet sunumu sırasında gerçekleştirilecek olan faaliyetlere odaklanılmıştır. Hastaların muayene edilmesi, hastalığa tanı konulması, uygun tedavi planlarının oluşturulması ve uygulanması gibi faaliyetleri içerisinde barındırmaktadır.

3- Sonuç (Outcome): Verilen hizmetlerin toplumun ve hastaların sağlık statüsüne yapmış olduğu etkiyi ifade etmektedir. Sunulan hizmetler hastaların sağlıkları açısından istenilen değişiklikleri gerçekleştirmişse hizmet sonuçlarının iyi olduğu sunucuna varılabilmektedir.

2.1.2. Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi

Algılanan kalite sunulan ürünün kalitesiyle ilgili subjektif değerlendirmelerdir. Bu nedenle algılanan kalite ölçülebilen, doğruluğu kanıtlanabilen ve bazı ideal standartları olan objektif kaliteden ayrılmaktadır. Objektif kalite; bir ürünün teknik ve fonksiyonel spesifikasyonları olarak ifade edilebilmektedir. Subjektif kalite ise; müşterilerin algıları ile ilgilidir (Halis, 2008: 10-11).

2.1.3. Kalite Boyutları

Hizmet pazarlamasında hizmet kalitesi çok boyutlu bir kavramdır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışmaların hizmet kalitesinin farklı açılardan ele alarak farklı boyutlar üzerinden kaliteyi değerlendirmişlerdir. Bu boyutların içeriği konusunda farklı yapılar oluşturulmuştur.

David A. Garvin (1984) tarafından imal edilen ürünlerde tüketicilerin aradığı kalite boyutları sekize ayrılmıştır. Bu boyutlar şunlardır (Garvin, 1987:101-107; Garvin,1996: 15-23; Küçük, 2016: 40; Top, 2009: 15-16; Ersoy ve Saat Ersoy, 2011: 77-78):

- **Performans:** Üründe bulunan birincil özellikleri temel işlevleri kapsamaktadır. Hizmet işletmelerinde ise performans; servis hızı, şikayetlerin giderilme kapasiteleri ve hastaların hastaneden hizmet almalarında geçen süre olarak ifade edilebilir.

- **Özellikler:** Özellik kelimesi bir ürünün temel fonksiyonlarını tamamlayan kavramdır. Ürünün çekiciliğini sağlayan kalite algısını oluşturan karakteristiklerdir. Kalitenin bu boyutu için hava yolu şirketleri tarafından uçuş esnasında verilen ücretsiz ikramlar örnek olarak verilebilir.

- **Güvenilirlik:** Ürünün kullanım ömrü içerisinde performans özelliğinin sürekliliği ve kendisinden beklenen tüm fonksiyonları tam olarak yerine getirip getiremediğinin ölçütüdür. Ölçülebilen özellik olan güvenilirlik ürünler açısından ele alındığında ortalama ilk bozulma zamanı, bozulma süreleri arasındaki dönem vb. olarak düşünülebilir.

- **Uygunluk:** Ürünün tasarımının spesifikasyonlara, belgelere ve standartlara uyup uymama derecesini ifade etmektedir. Uygunluk boyutu tüketicilere kalitenin teknik boyutu hakkında bilgi vermektedir. Bunlara ek olarak uygunluk, istatistiksel kalite kontrolünde ürünle ilgili özelliklerin nominal değerlerden sapması olarak da ifade edilebilmektedir.

- **Dayanıklılık:** Ürünün kullanılabilirliğinin devamlılık göstermesidir. Diğer bir ifadeyle ürünlerin kullanım ömrünün uzunluğudur. Genel olarak alıcılar tarafından ürün dayanıklılıklarının belli koşullarda test edilmesi ve onaya tabi tutulması

istenmektedir. Teknolojik açıdan ele alındığında dayanıklılık, ürünlerin deformasyona uğrayıncaya kadarki kullanım süresidir.

- Hizmet Görürlük: Ürüne ilişkin sorunların ve şikayetlerin kolay çözülebilirliğidir. Hizmet görürlük; hızlılık, çabukluk, nezaket, yeterlik, ehliyet ve tamir edilebilme kolaylığı olarak da ifade edilebilmektedir. Tüketiciler; mal veya hizmetlerin bozulma, kullanılmama olasılığı ile birlikte, ürünlerin serviste kaldıkları süreleri, kullanılacak olan servislerin randevulara ne kadar sürede cevap verdiğini, servis personelinin ilgisini ve sorunlara doğru çözümler bulmalarını önemsemektedir.

- Estetik: En öznel olan kalite boyutudur. Ürünün albenisini ve tüketicilerin beş duyu organlarına seslenebilme yeteneğini ifade etmektedir. Bu boyut ürünlerin kullanıcılarının beklentilerine uygun, estetik bir yapıyı sağlayabilmeleri ile ilgilidir. Renk, ambalaj, biçim gibi özellikler ele alındığında ürünlerin performanslarını doğrudan etkilemedikleri ancak tüketicilerin beğenilerine yönelik estetik özellikler olarak değerlendirildikleri bilinmektedir.

- Algılanan Kalite: Müşteriler mal ya da hizmetler ile ilgili tam bilgiye sahip olamamaktadır. Bu durumda müşteriler dolaylı bazı ölçütleri kullanarak başka bir ifadeyle; diğer markalarla karşılaştırarak mal ve hizmetlerle ilgili fikir sahibi olmaktadırlar. Örneğin; yıllarca televizyon üretimi konusunda liderlik yapmış bir işletmenin yeni çıkaracağı televizyon bu markaya karşı oluşan güvenden dolayı tüketicilerin büyük bir bölümü tarafından kaliteli olarak algılanacaktır.

Hizmet pazarlaması literatüründe hizmet kalitesinin çok boyutlu olduğu genel kabul görmektedir. Buna karşılık hizmet kalitesinin ölçümünü farklı açılardan ele alan boyutlar ve bu boyutların içerikleri konusunda bir fikir birliği bulunmamaktadır.

Literatür incelendiğinde temel olarak iki ekol ön plana çıkmaktadır. Bunlardan biri Grönroos'un iki boyutlu modelidir. Hizmet kalitesi ile ilgili yapılmış ilk çalışma Grönroos'un 1984 yılında yapmış olduğu çalışmadır. Grönroos hizmet kalitesini bileşenlerini teknik kalite ve fonksiyonel kalite olmak üzere ikiye ayırmaktadır.

Diğeri ise Parasuraman, Zeithaml ve Berry (PZB)'nin (1985, 1988 ve 1991) yaptıkları çalışmalar, hizmet kalitesiyle ilgili yapılan çoğu çalışmaya temel oluşturmuştur. Parasuraman ve diğerleri çeşitli hizmet alanlarında (bankacılık, kredi kartı hizmetleri, tamir bakım hizmetleri, uzun mesafe telefon hizmetleri) üçer odak

grup belirleyerek 12 grup üzerinde yapmış oldukları çalışmalar sonucunda on boyut ortaya çıkmıştır (Özkul, 2007: 129). Bunlar (Parasuraman vd., 1985: 47):

Güvenilirlik (Reliability): Performans ve yükümlülüklerin tutarlı olmasını içermektedir. Hizmet işletmesinin hizmeti ilk seferde doğru yerine getirmesi ve taahhütlere saygı göstermesi anlamına gelmektedir. Bu boyut şunları içermektedir:

- Faturalarda doğruluğu,
- Kayıtların doğru bir şekilde tutulmasını,
- Hizmetin belirtilen saatte yerine getirilmesini içermektedir.

Heveslilik (Responsiveness): Bu boyut çalışanların hizmet sunmaya istekli ve gönüllü olmasını ile ilgilidir. Bu boyut hizmetlerin zamanlılığıyla birlikte şunları içermektedir:

- İşlem akdini hızlı bir şekilde postalamayı,
- Müşterileri hızlı bir şekilde aramayı,
- Hizmetleri hızlı bir şekilde sunmayı içermektedir.

Yeterlilik (Competence): Hizmet sunmak için gereken bilgi ve beceriye sahip olma anlamına gelmektedir. Bu boyut şunları içermektedir:

- Müşteriyle bağlantı kuran personelin bilgi ve becerisini,
- İşlevsel destek personelinin bilgi ve becerisini,
- Organizasyonun araştırma yeteneğini içermektedir.

Erişilebilirlik (Access): Müşterinin işletmeyle ilişki kurma kolaylığı ve işletmeye ulaşılabilirliği anlamına gelmektedir. Bu boyut şunları içermektedir:

- Telefon yoluyla hizmete kolay ulaşabilmeyi,
- Hizmeti elde etmek için geçen bekleme süresini,
- Hizmet işletmesinde zamanın kolay ve rahat geçmesini,
- Hizmet yerine ulaşım kolaylığını içermektedir.

Nezaket (Courtesy): Personelle iletişimdeki personelin kibarlığı, saygısı, müşteriye verdiği önemi ve arkadaş canlısı olması anlamına gelmektedir. Bu boyut şunları içermektedir:

- Müşteriye saygı göstermeyi,

- Müşteriye ilişki halindeki personelin temiz ve düzenli görünüşünü içermektedir.

İletişim (Communication): Müşterilere anlayacakları dilde ve düzeyde bilgi vermek ve müşteriyi anlamak anlamına gelmektedir. Bu boyut şunları içermektedir:

- Hizmetin ne olduğunun açıklanmasını,
- Hizmetin ne kadara mal olacağının açıklanmasını,
- Hizmet ve maliyet arasındaki mübadelenin açıklanmasını içermektedir.

İtibar (Credibility): İnanılırlık, güvenilirlik ve dürüstlüğü kapsayan boyuttur. Bu boyut şunları içermektedir:

- Şirketin adına güvenmeyi,
- Şirketin ününe güvenmeyi,
- Müşteriyle ilişki halindeki çalışanların kişilik özelliklerine güveni,
- Müşteriyle etkileşimde ortaya çıkan zor satış düzeyinin güvenilirliğini içermektedir.

Güvenlik (Security): Tehlike, risk ya da şüpheden uzak kalmak anlamına gelmektedir. Bu boyut şunları içermektedir:

- Fiziksel emniyeti,
- Finansal emniyeti,
- Gizliliği içermektedir.

Empati/Müşteriyi Tanıma ve Anlama (Understanding/Knowing the Customer): Müşterilerin ihtiyaçlarını anlamak için çaba göstermek anlamına gelmektedir. Bu boyut şunları içermektedir:

- Müşterilerin belli taleplerini öğrenmeyi,
- Müşteriye özel dikkat göstermeyi,
- Düzenli müşteriyi tanımayı içermektedir.

Somut Özellikler (Tangible): Hizmetlerin fiziksel boyutlarını içermektedir. Bu boyut şunları içermektedir:

- Fiziksel olanakları,
- Çalışanların fiziksel görünümü,

- Hizmeti vermek için kullanılan araçları ve ekipmanları,
- Hizmetin fiziki sunumunu,
- Hizmet işletmesindeki diğer müşterileri içermektedir.

Parasuraman ve diğerleri (1988) yapmış oldukları araştırmada bu boyutlar arasındaki karşılıklı ilişkileri analiz etmişler ve bu on boyutu birleştirerek beş boyutta incelemişlerdir (Zeithaml ve Parasuraman, 2004: 3). Bu boyutlar; fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven, empati'dir (Zeithaml vd., 1990: 26)

Parasuraman ve diğerlerinin yaptığı çalışmalar sonucunda ortaya çıkan boşluk (fark - açıklık) modeli - SERVQUAL ölçeği ile ilgili bilgiler "SERVQUAL Modeli" başlığı altında verilmiştir.

Johnston hizmet kalitesini 18 boyutta (yardımseverlik, cevap verebilirlik/heveslilik, ilgi, bulunurluk, güvenilirlik, dürüstlük, dostluk, nezaket, iletişim, yeterlilik, işlevsellik, sorumluluk (bağlılık), erişilebilirlik, esneklik, estetik, düzenlilik, konfor, güvenlik) incelemiştir (Johnston, 1995: 62).

Duggirala ve arkadaşlarının (2008) yapmış oldukları çalışmadan yararlanılarak oluşturulmuş olan sağlık kurumlarında hizmet kalitesi boyutları; altyapı, personel kalitesi (doktor bakımı, hemşire bakımı, yardımcı sağlık personeli kalitesi, iletişim kalitesi), klinik bakım süreci, idari prosedürler, güvenlik göstergeleri, genel olarak alınan tıbbi bakım deneyimleri, sosyal sorumluluk'tur (Bakan vd., 2011: 5).

2.1.4. Kalite Unsurları

Literatürde çoğu kaynakta yer alan kalite unsurları; tasarım kalitesi, uygunluk kalitesi, kullanım kalitesi ve performans kalitesidir (Korkmaz Devrani, 2003: 109; Tekin, 2013: 25; Küçük, 2016: 38).

2.1.4.1. Tasarım Kalitesi

Tasarım kalitesi ürün grubunun tüketicileri için ne kadar doyum sağladığını ifade etmektedir. Derece, tasarım kalitesi kavramı ile genellikle özdeş olarak kullanılmaktadır (Demir ve Gümüşoğlu, 2009: 574). Tasarım kalitesi genel bir

ifadeyle hedeflenmiş kalite olarak literatürde yer almaktadır. Tasarım kalitesinde detaylar arttıkça maliyetler de artmaktadır. Tasarım kalitesi için malı veya hizmeti üreten işletmeler için iki farklı durum söz konusu olabilmektedir. Bu durumlardan biri; tasarım özelliklerinin üretim yapan işletmenin inisiyatifi dışında gerçekleştiği (müşterilerin belirlediği veya sanayi sektöründeki standartların göz önünde bulundurulduğu) durumdur. Bu durumlardan diğeri ise; tasarım özelliklerinin üretim yapan işletmenin belirlediği durumdur (Halis, 2008: 7).

2.1.4.2. Uygunluk Kalitesi

Tasarım kalitesiyle belirlenmiş özelliklerin üretim işlemi sürecinin sonunda yapılabilme derecesi olarak ifade edilmektedir. Başka bir deyişle, bir mal veya hizmette tasarımın kalitesini etkileyen ve bu kaliteyi belirleyen kalitedir (Tekin, 2010: 69). Belli bir düzeyde uygunluk kalitesinin oluşturulabilmesi için maliyetler arasında bir dengenin kurulmuş olması gerekmektedir. Kalite kontrolünde etkinlik arttıkça, diğer bir ifadeyle kalite ile ilgili spesifikasyonlara uygunluk düzeyler arttıkça, istenilen kalite seviyesinde mal ve hizmet üretimi gerçekleştirilecektir. Bu durumda malzeme ve işçilik kayıpları ile tamir masraflarının azalmasının yanı sıra müşteri şikayetlerinin de azalacağı ön görülmektedir. Uygunluk kalitesinin artırılması için koruyucu önlemlerin alınması izlenebilecek en uygun politikalardan biri olacaktır (Kobu, 2010: 548).

2.1.4.3. Kullanım Kalitesi

Müşterilerin satın almış oldukları malları veya hizmetleri kullanırken karşılaşmış oldukları kalite düzeyleridir. Kullanım kalitesi olarak malların sunuş kalitesini etkileyen faktörler; koruyucu ambalajlama, taşıma, yerleştirme bakım ve onarımdır. Kullanım kalitesi olarak hizmetin sunuş kalitesini etkileyen faktörler ise; hizmetin sunuş şekli, zamanlılık, tamlık, sevgi ve saygı gibi faktörlerdir (Tekin, 2013: 28).

2.1.4.4. Performans Kalitesi

İşletmelerin ürünlerini ve hizmetlerini müşteri araştırmaları ve satış/hizmet ziyaretleri ile analiz ederek pazardaki performans düzeylerinin belirlenmesidir. Bu belirleme çalışmalarının içerisinde satış sonrası hizmetleri, bakım, güvenilirlik ve lojistik destek analizleri ile müşterilerin işletmeden neden mal veya hizmet satın almadıkları yer almaktadır (Bozkurt, 2003: 17).

Müşterilerin öncelikle bir pazar bölümüne girip girmeyecekleri konusunu ve pazar payının ölçüsünü, mal ve hizmetlerin karakteristiklerini ve fiyatlarını belirlemektedir. Bir tüketici almış olduğu malı ya da hizmeti yeniden alacak veya o mal ve hizmetten çevresine övgüyle bahsedecektir. Performans bir pazar bölümünde işletmenin pazar payını ve mal ya da hizmetlerin başarısını doğrudan etkilemektedir (Korkmaz Devrani, 2003: 110).

2.1.5. Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri ve Etkileyen Faktörler

Hizmet kalitesi, müşterilerin memnuniyet düzeylerini yükseltmenin yanı sıra işletmelerin diğer işletmelere rekabet etmeleri konusunda üstünlük sağlamalarına yardımcı olmaktadır. Hizmet kalitesini etkileyen faktörler; erişilebilirlik, itibar, anlaşılabilirlik, güvenilirlik, güvenlik, yetenek, iletişim, nezaket, cevap verilebilirlik, somutluktur (Kotler vd., 1999: 658-659):

2.1.6. Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Kalite Modelleri

Hizmetlerin karakteristik özelliklerinden kaynaklı olarak hizmeti kullanan müşterilerin hizmetlerin nasıl yerine getirildiğine karar vermeleri ve hizmet kalitesinin ölçülmesi için hangi ölçüm aracının kullanılacağına karar vermeleri oldukça zordur. Hizmet kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda ortaya çıkan sonuçlar şunlardır (Ersoy ve Saat Ersoy, 2011: 84):

- Bir tüketici tarafından hizmet kalitesinin değerlendirilmesi bir ürünün değerlendirilmesine göre daha zor olmaktadır.

- Hizmet kalite algılamaları gerçek hizmet performansı ile müşteri beklentilerinin karşılaştırılması sonucunda ortaya çıkmaktadır.
- Hizmetin değerlendirilmesi sadece hizmetin sonucuna göre yapılmakta hizmetin sunum sürecini de içine almaktadır.

Literatür incelendiğinde hizmet kalitesinin ölçümü ile ilgili fikir birliğinin olmadığı görülmektedir. Araştırmalarda farklı kalite boyutları kullanılmış ve farklı açılardan hizmet kalitesi ölçülmeye çalışılmıştır. Tablo 2.1'de hizmet kalitesinin ölçümündeki tartışmalı alanları ve fikir ayrılıklarının boyutları yer almaktadır. Buna göre tartışmalı alanlar; ölçüm araçlarının amaçları, hizmet kalitesinin tanımı, ölçüm modelleri, hizmet kalitesinin boyutları, beklentilerle ilgili sorular ve ölçüm araçlarının biçimi ile ilgilidir.

Tablo 2.1. Hizmet Kalitesi Ölçümündeki Tartışmalı Alanlar

Tartışma Alanı	**Fikir Ayrılıklarının Boyutu**
Ölçüm Araçlarının Amaçları	Öncelikli amacın tanı veya tahmin olup olmadığı
Hizmet Kalitesi Tanımı	Pozisyonun doğası: performans, beklentiler ve/veya ideal standartlarla ilgili olup olmadığı
Hizmet Kalite Ölçüm Modelleri	Beklentilerin ölçülüp ölçülmeyeceği Önem derecesinin ölçülüp ölçülmeyeceği
Hizmet Kalite Boyutları	Beş boyutlu modelin doğru olup olmadığı
Beklentilerle İlgili Sorular	Beklentilerin tanımı
Ölçüm Araçlarının Biçimi	En iyi ölçümü yapacak yaklaşım hangisidir: diferansiyel toplamlar, diferansiyel olmayan toplamlar veya semantik diferansiyel ölçekleri Önem boyutlarla mı yoksa sorularla mı veya beklenen ve gerçekleşen performans arasındaki farktan elde edilen skorlarla mı ölçülmeli

Kaynak: Robinson, 1999: 30.

Hizmet kalitesinin ölçülmesi ile ilgili 1980'li yıllarda birçok model oluşturulmuştur. Bu model araştırmaları incelendiğinde hizmet kalitesinin ölçülmesine ilişkin modellerin "Nordik Ekolü" ve "Kuzey Amerika Ekolü" olmak üzere iki akıma dayandığı söylenebilmektedir (Brogowicz vd., 1990: 27).

Nordik akımında hizmet kalitesi araştırmalarındaki Christian Grönroos en önemli katkıyı sağlayan araştırmacılardan biridir. İlk olarak alıcı satıcı etkileşimine odaklanarak hizmet pazarlamasının teknik ve fonksiyonel kalite boyutlarını birbirinden ayırmıştır (Brogowicz vd., 1990: 27). Nordik akımında hizmet kalitesi araştırmalarındaki diğer bir önemli isim ise Gummesson'dur (Brogowicz vd., 1990: 27). Gummesson yapmış olduğu çalışmalarda üretim sektöründe profesyonel hizmetlere ve kaliteye odaklanmıştır (Gummesson, 1978: 89-95; Gummesson, 1979: 308-318).

Gummesson ve Grönroos (1987) hizmet kalitesi modeli üzerine ortak bir çalışma yapmışlardır. Grönroos'un teknik ve fonksiyonel kalite boyutlarına kalitenin tasarlanması, ürün kalitesi, kalitenin teslimatı ve ilişkisel kalite boyutlarını sentezlemiş ve 4Q (tasarım kalitesi-design quality, ürün kalitesi-production quality, teslimat kalitesi-delivery quality ve ilişkisel kalite-relational quality) modelini oluşturmuştur (Brogowicz vd., 1990: 29).

Nordik ekolüne katkısı olan araştırmacılardan bir diğeri ise Lehtinen ve Lehtinen'dir. Lehtinen ve Lehtinen (1982) hizmet kalitesini; firma kalitesi (imaj), etkileşimli kalite (alıcı ve satıcı arasındaki süreç akışı) ve fiziksel kalite (hizmet ortamı ve muhtelif ekipmanlar) olarak üç boyutla tanımlamıştır. Sonraki çalışmalarında Lehtinen (1985)'in müşteri katılımı konusunda da katkısı olmuştur (Brogowicz vd., 1990: 29).

Kuzey Amerika Ekolü ekonüne en önemli katkıyı Parasuraman ve diğerleri yapmıştır. Parasuraman ve diğerleri hizmet kalitesini beş boşluğun bir fonksiyonu olarak ifade etmişlerdir. Yaptıkları çalışmada (1985) hizmet kalitesini on boyutta tanımlamışlardır. Parasuraman ve diğerlerinin sonraki zamanlarda açıklayıcı araştırmaları sonucunda SERVQUAL ölçeği adını almış ve boyut sayısı beşe düşmüştür (Brogowicz vd., 1990: 30). Bu ekole önemli bir katkı da Haywood-Farmer

ve Stuart tarafından yapılmıştır. En büyük katkıları hizmet kalitesinin belirlenmesinde önemli olan öz hizmetin ölçülmesidir (Brogowicz vd., 1990: 31).

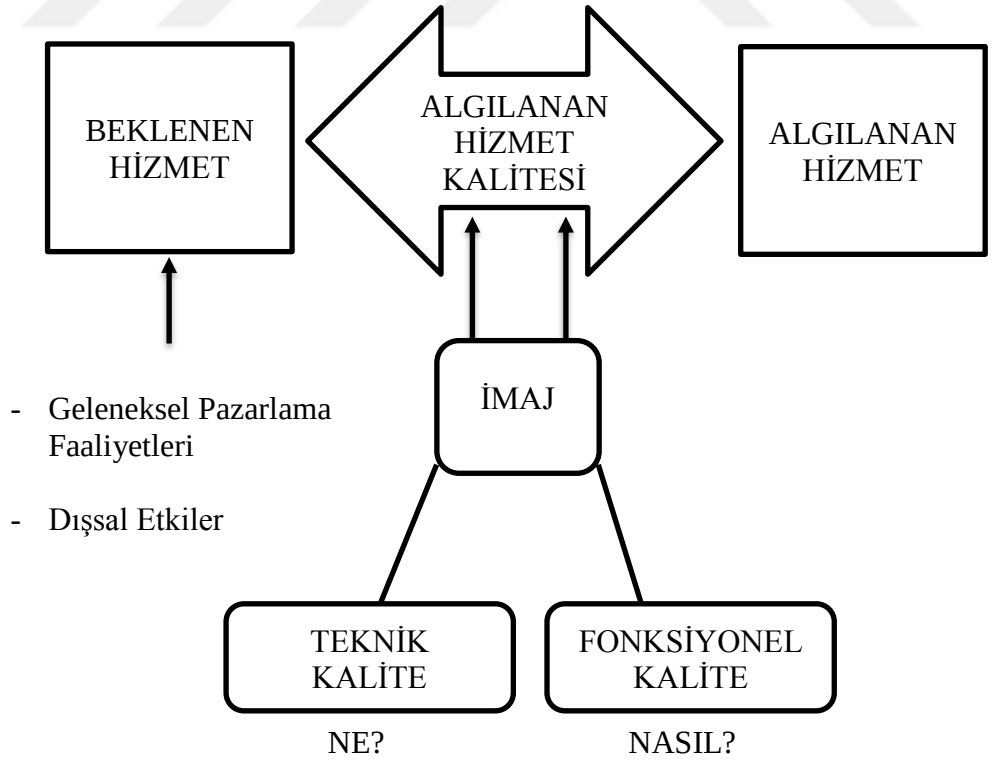
Sonraki kısımlarda Nordik Ekol'ünde ve Kuzey Amerika Ekolü'nde yer alan modellere değinilmiştir.

2.1.6.1. Teknik ve Fonksiyonel Hizmet Kalitesi Modeli

Hizmet kalitesine olan ilgi 1980'li yıllarda artmaya başlamıştır. Hizmet pazarlaması literatüründe 1982 yılında Grönroos tarafından hizmete dayalı yaklaşım (service-oriented approach) ortaya konulmuştur. Bu yaklaşım, tüketici davranışları ve ürün performansı hakkındaki tüketim sonrası değerlendirmelere bağlı araştırmaları içermektedir (Grönroos, 1988: 11).

Şekil 2.1'de Grönroos'a göre algılanan hizmet kalite boyutları gösterilmektedir.

Şekil 2.1. Grönroos'a Göre Algılanan Hizmet Kalitesi



Kaynak: Grönroos, 1984: 40.

Grönroos'a göre tüketici tarafından ortaya konulmuş olan algılanan hizmet kalitesi iki boyutludur. Bunlar; teknik boyut veya çıktı boyutu ve fonksiyonel veya süreçle ilişkili boyuttur. Teknik boyut, hizmetin üretim sürecinde ve alım-satım etkileşimleri tamamlandıktan sonra müşterilere kalan çıktıları ifade etmektedir. Fonksiyonel boyut, müşterilerin hizmetleri nasıl kabul ettikleri ve eş zamanlı üretim ve tüketim sürecinde yaşanan deneyimleri ifade etmektedir. Teknik boyutun değerlendirmesi daha çok subjektif iken fonksiyonel boyutun değerlendirilmesi ise objektif kriterlere göre yapılmaktadır. İmaj da kalite algıları üzerinde etkiye sahiptir. (Grönroos, 1988: 11).

Kalite deneyimlerinin geleneksel pazarlama anlayışıyla ilişkili olarak nasıl sonuçlandığı görülmektedir. Algılanan kalitenin yüksek olduğu durum müşteri beklentileri ile beklenen kalitenin örtüşme durumuyla ilgilidir. Beklentiler realiteye uygun değilse toplam algılanan kalite, değerlendirme aracı mükemmel olsa bile kalite düşük çıkacaktır. Ağızdan ağıza iletişim, genel/yerel imaj ve tüketici ihtiyaçları gibi faktörler beklenen kalite pazar iletişiminin bir fonksiyonudur. İşletme kontrolünde olan reklam, hakla ilişkiler ve satış kampanyaları pazarlama iletişimi oluşturmaktadır. İmaj ve ağızdan ağıza iletişim faktörleri işletmelerin dolaylı olarak kontrol edebildiği faktörlerdendir. Bu faktörler dışsal etkilerden ortaya çıksa da, işletmenin reklam gibi işletme tarafından sürekli geliştirilmeye çalışılan performansını içermektedir. Müşterilerin spesifik ihtiyaçlarının müşteri beklentileri üzerinde de etkisi vardır. Toplam algılanan kalite düzeyi sadece teknik ve fonksiyonel kalite boyutları tarafından belirlenememektedir. Algılanan kalite düzeyi ancak beklenen ve deneyimlenen kalite arasındaki açıklık oluştuğunda görülebilmektedir. Sonuç olarak, kalite planlamaları sadece insanların dahil olduğu faaliyetleri içermemekte, pazarlama iletişimini de içermektedir (Grönroos, 1988: 12).

Grönroos (1988) yaptığı çalışmada hizmet kalitesinin altı ölçütü olduğunu ifade etmiştir. Bu ölçütler (Grönroos, 1988: 13):

- **Profesyonellik ve Yetenekler:** Hizmet sağlayıcısının, çalışanların, operasyonel sistemlerin ve fiziksel kaynakların bilgi ve yetenek gerektiren müşteri sorunlarının çözümünde profesyonel bir yola sahip olmalarının gerekliliğini vurgulamaktadır. (Çıktılarla ilişkili bir ölçüttür.)

- **Tutum ve Davranışlar:** İletişim kurulacak kişilerin sorunlarını çözmede ne kadar ilgili oldukları ve ne derecede önemsedikleri ile alakalıdır. (Süreçlerle ilişkili bir ölçüttür.)

- **Erişilebilirlik ve Esneklik:** Müşterilerin hizmet sağlayıcılarına ulaşmalarını etkileyen hizmet sağlayıcının yerini, faaliyet saatlerini, çalışanların ve operasyonel sistemlerinin hizmete erişimini kolaylaştıracak şekilde dizayn edilmesini ve tüketici talep ve isteklerine göre ayarlanabilecek esneklikte hazırlanmasını ifade etmektedir. (Süreçlerle ilişkili bir ölçüttür.)

- **Güvenilirlik ve Bağlılık:** Müşterilerin hizmet sağlayıcısına, onun çalışanlarına ve faaliyetlerine güvenmesini, verilen sözlere ve taahhütlere uyulmasını ve tüketiciye yeterli ilginin gösterilmesini ifade etmektedir. (Süreçlerle ilişkili bir ölçüttür.)

- **İyileşme:** Hizmet verme sürecinde işlerin yolunda gitmemesi ya da beklenmedik anda beklenmedik olayların meydana gelmesi durumunda hemen düzeltici önlemlerin alınması ve iyileştirmenin yapılması ile ilgilidir. (Süreçlerle ilişkili bir ölçüttür.)

- **İtibar ve Kredibilite:** Müşterilerin servis sağlayıcılarının performans ve paylaşılan değerlerinin iyi ve güvenilir olduğuna inanmasıdır. (İmajla ilişkili bir ölçüttür.)

2.1.6.2. SERVQUAL Modeli

Literatürde hizmet kalitesi ölçümünde yaygın olarak kullanılan iki temel yaklaşım vardır. Bunlardan bir SERVQUAL (boşluk analizi)'dir. SERVQUAL ölçeği ile algılanan hizmet kalitesi, performans algıları ve tüketici beklentileri arasındaki fark açısından tanımlanmaktadır. Diğeri ise SERVPERF (performans temelli ölçüm)'dir. SERVPERF sadece performans algılarında kullanılan yöntemdir (Elliott, 1994: 57). SERVPERF yöntemiyle ilgili açıklamalar sonraki kısımlarda ele alınacaktır. Hizmet kalitesi SERVQUAL modelindeki boşluklar şunlardır (Parasuraman vd., 1985: 44-46):

- Boşluk 1: Tüketici Beklentileri - Yönetimin Algısı Boşluğu: Yönetimin müşteri beklentilerini tanımlaması ile tüketicilerin beklentilerini doğru bir şekilde değerlendirememesi durumunda oluşan boşluktur.

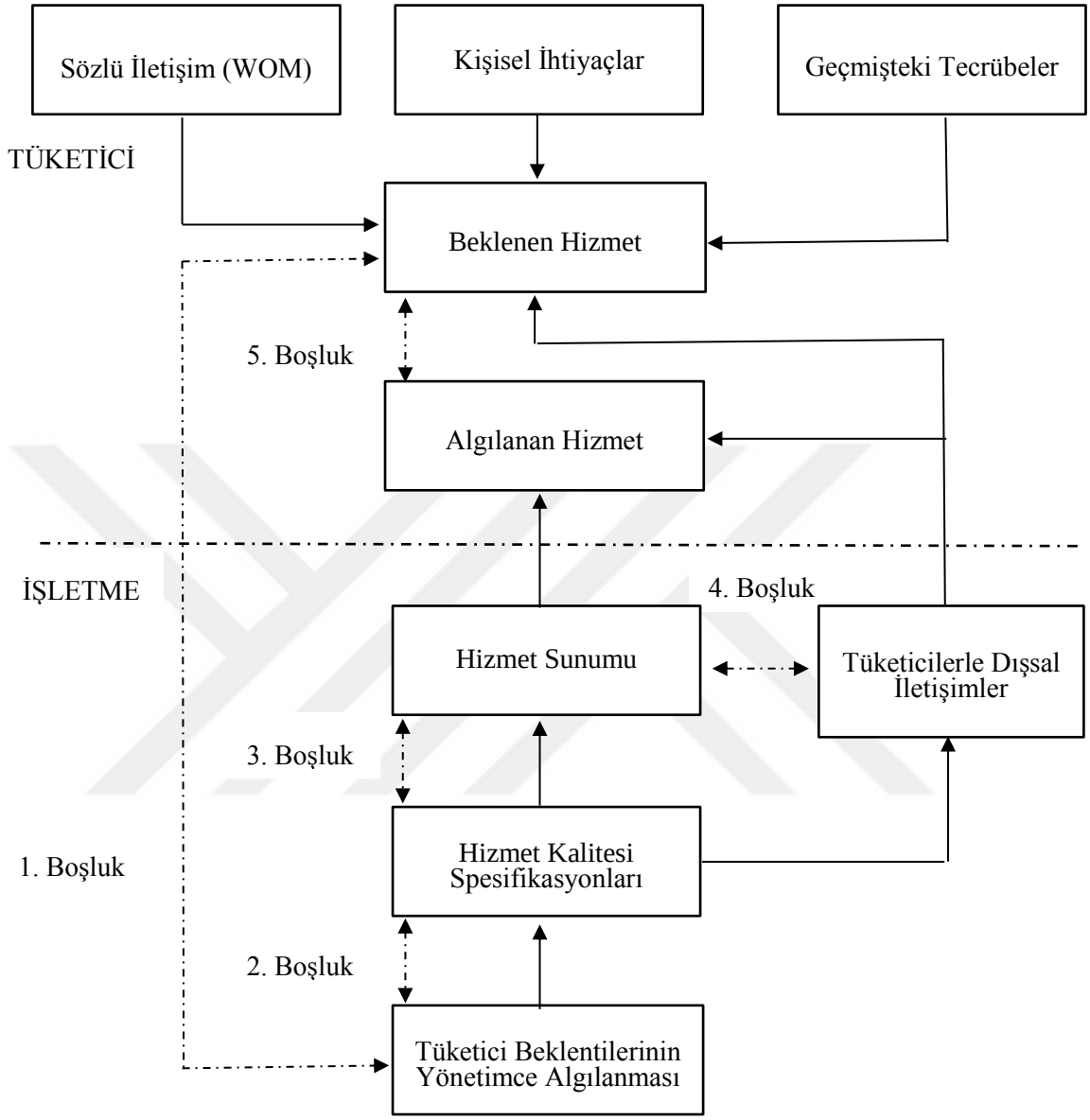
- Boşluk 2: Yönetimin Algısı - Hizmet Kalitesi Özellikleri Boşluğu: Algıların hizmet kalitesi özelliklerine aktarılması ve yönetimin tüketici beklentileri hakkındaki algılamalarında eşleşme olmadığında veya bu algılamaları aştığında yani uyumsuzluk olması durumunda ortaya çıkan boşluktur.

- Boşluk 3: Hizmet Kalitesi Özellikleri - Hizmet Sunumu Boşluğu: Doğru bir şekilde algılanan hizmet kalitesi özellikleri açısından hizmetlerin tüketicilere aktarımında eksikliklerin olması sonucu ortaya çıkan belirsizlik durumunda oluşan boşluktur.

- Boşluk 4: Hizmet Sunumu - Dışsal İletişim Boşluğu: Medya ve diğer iletişim kanalları tüketicilerin beklentilerinden etkilenebilmektedir. Beklentiler hizmet kalitesinin tüketici algılarında önemli bir role sahipse, işletmelerin tüketicileri muhatap ettiği hizmetlerin söz verilenden farklı olması durumunda ortaya çıkan boşluktur.

- Boşluk 5: Beklenen Hizmet - Algılanan Hizmet Arasındaki Boşluğu: Tüketicilerin almayı bekledikleri hizmet ile algıladıkları hizmet arasında uyumsuzluk olduğunda ortaya çıkan boşluktur. Bir tüketicinin beklediği hizmet ile algıladığı hizmet arasındaki farkın büyüklüğünü ve yönünü algıladığı hizmet kalitesinin bir fonksiyonu olması belirlemektedir. Şekil 2.2'de hizmet kalitesi boşluk modelindeki boşluklar gösterilmektedir.

Şekil 2.2. Hizmet Kalitesi Boşluk (Açıklık) Analizi Modeli



Kaynak: Parasuraman vd., 1985: 44.

Hizmet kalitesi ölçümüne büyük katkı sağlayan araştırmalar arasında Parasuraman ve diğerleri (1985) yapmış oldukları araştırmada üçü aynı sektörden olan on iki odak gruba (dört farklı sektöre) derinlemesine mülakat tekniğini kullanarak hizmet kalitesi modelinin günümüz literatürüne kazandırılmasını sağlamışlardır. Hizmet kalitesi boşluk (fark) modelinde tüketicileri ve hizmet sunanları ilgilendiren beş boşluk bulunmaktadır. Bu boşluklardan ilk dördü hizmet sunan işletme ile ilgilidir. Beşinci boşluk ise tüketicinin kendisiyle ilgilidir (Parasuraman vd., 1985: 44).

Hizmet kalitesi boşluklarına karşı alınacak önlemler şunlardır (İslamoğlu ve Aydın, 2016: 204-205):

- Boşluk 1: Müşteri istek, arzu ve beklentilerinin yönetim tarafından tam olarak anlaşılmadığında yapılması gerekenler şunlardır:

- Müşteri istek, ihtiyaç, arzu ve beklentilerini belirleyecek araştırmaların uygulamalı olarak yapılması gerekmektedir.
- Müşteri değerinin araştırılması gerekmektedir.
- İlgili araştırmalar yapılırken farklı müşteri gruplarının beklentilerine göre sonuçların farklılık gösterip göstermediği durumunun göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

- Boşluk 2: Hizmetlerin standartları ile müşteri beklentilerinin yönetimce algılanması arasında fark vardır. Bu fark için yapılması gerekenler şunlardır:

- Müşterilerin hizmet süreçlerinin doğru bir şekilde belirlenmesi için bazı araştırmaların ve düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.
- Ürün zenginleştirmeye gerek olup olmadığına; gerek varsa işletmelerin öz ürünün hangi ürünlerle destekleneceğine ilişkin araştırmalara ve uygulamalara yönelmesi gerekmektedir.
- Müşteri hizmetleri standartları konusunda bütün iş birimlerince kabul edilip uygulanan ortak bir anlayışın oluşturulması gerekmektedir.

- Boşluk 3: Sunum boşluğu olarak ifade edilmektedir. Bu boşluk için yapılması gerekenler şunlardır:

- Standartlar konusunda tanım ve inanç birliğinin sağlanması gerekmektedir.
- Teknolojilerin, ekipmanların ve süreçlerin doğru olarak belirlenmesi gerekmektedir.
- Hizmet kalitesinin müşteri odaklı olarak belirlenmesi gerekmektedir.

- Boşluk 4: İletişim boşluğu vardır. Bu boşluk için yapılması gerekenler şunlardır:

- Satış ve pazarlama birimleri başta olmak üzere bütün çalışanların yönlendirilmesi ve eğitilmesi gerekmektedir.

- Mesajların müşteri beklentilerini yansıtıp yansıtmadığını görebilmek için mesaj algılamaları ile ilgili araştırmaların yapılması gerekmektedir.
- Hizmet kalitesini somutlaştıracak mesajlarla hizmet kalitesinin açıklanması sağlanmalıdır.

- Boşluk 5: Algılanan ve beklenen hizmet arasında oluşan boşluktur. Bu boşluk için yapılması gerekenler şunlardır:

- Müşterilerin beklentilerine göre hizmetlerin standartları ve düzeyleri belirlenerek sunulmalıdır.
- Yapılamayacak veya yerine getirilemeyecek vaatlere yer verilmemesi gerekmektedir.

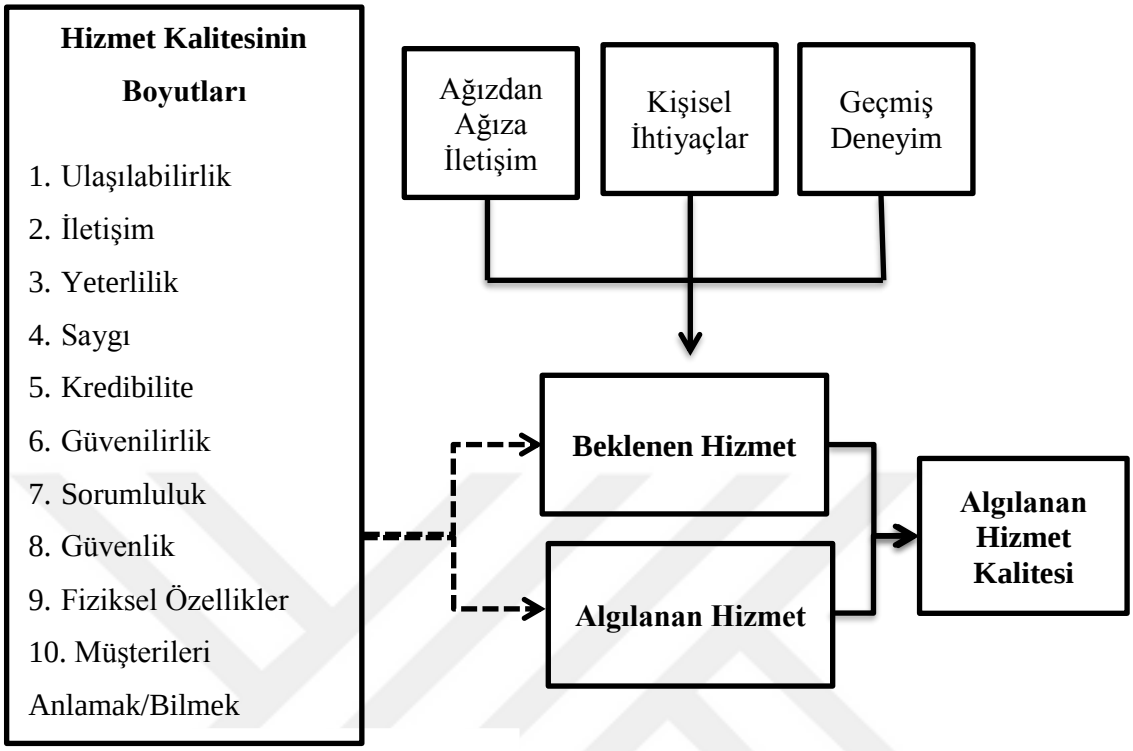
Boşluklar incelendiğinde beklenilen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki boşluğun yani "Boşluk 5"in diğer boşlukların fonksiyonu olduğu görülmektedir (Parasuraman vd., 1985: 46).

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

Boşluk modelinin beşinci boşluğu SERVQUAL ölçeğinin ortaya çıkmasında temel oluşturmuştur (Mudie ve Pirrie, 2006: 92).

Şekil 2.3'te algılanan hizmet kalitesinin belirleyicileri yer almaktadır. Hizmet kalitesi tüketiciler tarafından algılanan hizmet ile beklenen hizmetin kıyaslanması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Beklenen hizmet; ağızdan ağıza iletişimle, kişisel ihtiyaçlarla ve geçmiş deneyimlerle ortaya çıkmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi ise tüketicinin beklediği hizmetlerle algıladığı hizmetlerin karşılaştırılması sonucunda oluşmaktadır (Parasuraman vd., 1985: 48-49).

Şekil 2.3. Algılanan Hizmet Kalitesi Belirleyicileri



Kaynak: Parasuraman vd., 1985: 48.

- Beklenen hizmet algılanan hizmetten büyükse daha az tatmin edicidir ve kabul edilemez kalite düzeyine eğilim olacaktır.
- Beklenen hizmet algılanan hizmete eşitse, algılanan kalite tatmin edicidir. Beklenen hizmet algılanan hizmetten küçükse, daha fazla tatmin edicidir.
- Beklenen hizmet ve algılanan hizmet arasındaki farkın artmasıyla ideal kaliteye doğru bir eğilim olacaktır.

Parasuraman ve diğerleri SERVQUAL ölçeğini Grönroos' un çalışmalarından yola çıkarak geliştirmişlerdir. Ölçek oluşturulurken hizmet kalitesinin belirleyicisi olan on boyut belirlenmiştir. Daha sonraki çalışmalarda bu ölçek beş boyut olarak revize edilmiştir. Bu boyutlardan üçü ilk belirlenen on boyut içerisinde yer alan fiziksel özellikler, güvenilirlik ve heveslilik'dir. Diğer iki boyut güvence ve empati diğer hizmet kalitesi boyutlarının kombinasyonundan meydana gelmiştir. Güvence ve empati boyutları orijinal on boyuttan yedisini içermektedir. Bu yedi boyut; iletişim, güvenilirlik, tüketiciyi anlamak, güvenlik, yeterlilik, saygı ve erişim'dir (Parasuraman vd., 1988: 23). Bu beş boyut şunlardır (Zeithaml vd., 1990: 26):

- Fiziksel Özellikler (Tangibles): İşletmenin hizmet sunumunda kullandığı fiziksel olanaklarını, ekipmanların ve personelin görünüşünü,

- Güvenilirlik (Reliability): Sunulan hizmetin söz verildiği gibi güvenilir bir biçimde yerine getirme yeteneğini,

- Heveslilik (Responsiveness): Müşteriye yardım etmeyi ve hızlı hizmet verme istekliliğini,

- Güven (Assurance): Hizmet sunan bireylerin bilgili ve nazik olmalarını ve müşterilere güven duygusu uyandırabilme becerilerini,

- Empati (Emphaty): İşletmenin kendisini müşterilerin yerine koymasını ve müşterilere kişisel ilgi göstermesini ifade etmektedir.

SERVQUAL ölçeği 22 unsurdan (ifadeden) oluşmaktadır. Fiziksel özellikler boyutunda 1-4 arasındaki unsurlar, güvenilirlik boyutunda 5-9 arasındaki unsurlar, heveslilik boyutunda 10-13 arasındaki unsurlar, güvence boyutunda 14-17 arasındaki unsurlar ve empati boyutunda 18-22 arasındaki unsurlar şeklinde gruplandırma yapılmıştır (Parasuraman vd., 1988: 29).

SERVQUAL ölçeği aşağıdaki formülle açıklanmıştır (Jain ve Gupta, 2004: 27):

SERVQUAL Skoru = Algılama Skoru - Beklenti Skoru

$$SQ_i = \sum_{j=1}^{k} P_{ij} - E_{ij}$$

SQi = birey i'nin algıladığı hizmet kalitesini,

k = hizmet unsurlarının sayısını,

P = birey i'nin bir hizmet işletmesi unsuru "j" için performans algısını,

E = işletme algısı "j" için hizmet kalitesi beklentisini ifade etmektedir.

SERVQUAL ölçeği tüketici beklentileri ile tüketici algıları arasındaki fark esas alınarak hesaplanmaktadır.

SERVQUAL ölçeği sağlık (Reidenbach ve Sandifer-Smallwood, 1990; Babakus ve Mangold, 1991; Sohail, 2003; Akter vd., 2008; Chou vd., 2005; Hu vd.,

2010; Rad vd., 2010; Chakraborty ve Majumdar, 2011), bankacılık (Kumar vd., 2010; Filiz, 2009; Arasli vd., 2005; Yavas vd., 2004; Angur vd., 1999;), otelcilik (Akbaba, 2006; Karatepe ve Avcı, 2002; Mey vd., 2006), seyahat acenteleri (Ryan, ve Cliff, 1997; Johns vd., 2004), sigorta hizmetleri (Cuthbert, 1996; Tsoukatos ve Rand, 2006; Bala vd., 2011), yüksek öğrenim (Tan ve Kek, 2004; Smith vd., 2007; Yılmaz vd., 2007) gibi hizmet alanlarında kullanılmaktadır.

SERVQUAL ölçeği kullanılarak yapılan bir diğer çalışma; Baker ve Fesenmaier turizm işletmelerinde hizmet kalitesini SERVOUAL ölçeği yardımı ile müşteriler, çalışanlar ve yöneticiler bazında yaptığı araştırmadır. Bu çalışmayla birçok turizm işletmesinin gün geçtikçe müşteri beklentilerine daha çok ayak uydurmakta olduğunu müşteri, işletme çalışanları ve yöneticilerin beklentileri arasındaki farkın olup olmadığını tespit etmeyi amaçlamışlardır. Çalışma bir eğlence parkında 156 müşteri (ziyaretçi), 9 yönetici ve 109 çalışan arasında yapılmıştır. Yapılan araştırmada işletme yöneticilerinin ve çalışanlarının, müşteri beklentilerini müşterilerden daha yüksek gördükleri hizmet kalitesi ile ilgili bazı konulara gereğinden fazla önem verilmesinin kaynak kaybına neden olduğu sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada işletme çalışanları ve müşteriler arasındaki en belirgin farkın ise empati ve duyarlılık boyutlarında olduğu vurgulanmıştır (Baker ve Fesenrnaier: 1997: 18).

Tablo 2.2'de yukardaki çalışmalara ek olarak SERVQUAL ölçeğinin kullanıldığı sağlık alanındaki araştırmalardan bazılarına (örneklem verilerinin toplanması, örneklem büyüklüğü, anket formatı, ana kelimelerde değişiklik, orijinal SERVQUAL maddeleri, anket yöntemi, ölçek tipleri, kriter sayılarına) yer verilmiştir.

Tablo 2.2. SERQUAL Ölçeği Literatür Taraması (Sağlık)

Araştırma	Parasuraman vd. (1985;1988)	Carman (1990)	Babakus ve Mangold (1992)	O`Connor vd. (1994)	Headley ve Miller (1993)	Bowers vd. (1994)
Örneklem Verilerinin Toplanması	Banka, bakım ve onarım, sigorta, kredi kartı, telefon hizmetleri müşterileri	Diş kliniği hastaları, lastik merkezi, iş okulu yerleştirme merkezi ve hastane	Hastane	Kliniğin tüm operasyonel ve idari personeli, çalışanlar ve hastalar	Tıbbi hizmet müşterileri	Ordu hastanesi hastaları
Örneklem Büyüklüğü	298 – 487	74 - 600 +	443	775	159	298
Anket Formatı	PZB (1988) benzeri	PZB (1988) benzeri	PZB (1988) benzeri	PZB (1988) benzeri	PZB (1988) benzeri	PZB (1988) benzeri
Ana Kelimelerde Değişiklik	Negatif sorular	İşletmelere ve işe özel maddeler ilave edildi.	Negatif sorular	Önemli değişiklik yok	İşletmelere ve işe Uygun kelimeler kullanıldı.	Önemli değişiklik yok
Orijinal SERVQUAL maddeleri	22 madde	10 - 17 madde	15 madde	22 madde	22 madde	22 madde
Ölçek	7`li likert	7`li likert	5`li likert	7`li likert	7`li likert	7`li likert
Anket Yöntemi	Posta	Yerinde Mülakat	Posta	Posta	Posta	Posta
Kriter Sayısı	5	6 – 8	5 (zayıf)	5	6	5

Kaynak: Asubonteng vd., 1996, 68-73.

Hizmet kalitesinde kullanılan ölçeklerin geçerliliği güvenilirliği ve farklı alanlara uyarlanabilirliği yukarda açıklanan araştırmalarda görülmektedir. Hizmet kalitesinin ölçülmesinde kullanılması birçok araştırma ile ispatlanmış olsa da bazı araştırmacılar tarafından çeşitli eleştiriler yapılmıştır.

2.1.6.2.1. SERVQUAL Modeline Getirilen Eleştiriler ve Açıklamalar

Hizmet kalitesinin ölçüm modellerinden biri olan SERVQUAL modeli en çok kullanılan modellerden biri olmasına karşın teorisyenler tarafından sıkça eleştirilmekte ve zayıf yönlerinin olduğu iddia edilmektedir.

Parasuraman ve diğerlerinin çalışmalarında (1993,1994) algılanan hizmet kalitesinin SEVQUAL modeli ile ilişkilendirilmesinde problemler teorik ve uygulamaya yöneliktir (Teas, 1994: 132). Diğer bir ifadeyle SERVQUAL ölçeğine getirilen eleştiriler teorik ve uygulama olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Teorik açıdan eleştiriler paradigmaya yönelik itirazlar, fark (boşluk) modeli ve çok boyutluluk (faktörlülük) olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Değermen, 2006: 55).

Paradigmaya Yönelik İtirazlar: SERVQUAL ölçeği tutumlarla ilgili paradigmadan ziyade onaylamama paradigmasına dayanmaktadır (Buttle, 1996: 10). Cronin ve Taylor'un SERVQUAL modeline getirdikleri eleştiri hizmet kalitesini ölçerken algı ve beklentiyi karşılaştırarak ölçüm yapılmasıdır (Cronin ve Taylor, 1992: 58). Parasuraman ve diğerleri (1996) bu eleştiriler üzerine hizmet kalitesinin davranışsal sonuçlarını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirmiş oldukları çalışmada SERVQUAL modelini farklı hizmet sektörlerinde uygulayarak müşteri davranışlarının hizmet kalitesinden önemli ölçüde etkilendiği sonucuna varmışlardır (Zeithaml vd., 1996: 33-36).

SERVQUAL modeline yönelik onaylamama paradigmasına bağlı eleştirilerde bulunanlar, hizmet kalitesini belirlenen beş boyut doğrultusunda müşterilerin değerlendirdikleri varsayılmaktadır. Müşterilerin hizmetleri sunan kişilerle etkileşimde oldukları anda ortaya çıkan olay ve tutumlara göre de değerlendirme yapabileceklerinin göz ardı edildiğini savunmaktadırlar. Bu eleştiriyi yapanların araştırma sonuçlarına göre hizmet sunum süreci esnasında hizmeti sunan kişiyle

yaşadıkları hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde önem arz etmektedir (Odekerken-Schroèder vd., 2000: 108-109).

Parasuraman ve diğerleri bu eleştirilere, hizmet kalitesinin daha çok genel yapıya sahip olduğunu ve belli olaylardan doğrudan etkilenmeyeceği şeklinde cevap vermişlerdir (Buttle, 1996: 22).

Fark (Boşluk) Modeli: Parasuraman ve diğerleri hizmet kalitesini hizmetin performans algıları ve beklenen seviyesi arasındaki fark olarak uygulamışlardır. Bütün ölçümler bu fark skorlarına dayanmaktadır (Babakus ve Boller, 1992: 255). Yapılan eleştiri bu fark skorlarının ek bilgi sağlamadığıyla alakalıdır. Babakus ve Boller'e göre hizmet kalitesinin ölçülmesi müşterilerden belirli bir hizmetle ilgili "arzulanan (beklenen) düzeyi" ve "mevcut düzeyi" ortaya koymaları istendiğinde, bazı psikolojik baskılardan kaynaklı olarak beklenen ve algılanan hizmet kalitesi arasındaki farkın şüpheli hale getirdiğini ifade etmektedir. Buna örnek olarak müşterilerin "Arzulanan nedir?" ve "Arzulananın ne kadarı vardır?" sorularına farklı zamanlarda farklı yanıtlar vermiş olmalarını ve önceden verilen yanıta göre oluşan farkın, sonrakiyle arasındaki farkın, farklı ve genelde az olmasını gerektirmektedir (Babakus ve Boller, 1992: 256).

SERVQUAL ölçeğinin fark modeli konusunda eleştiri yapanlardan biri de Teas'tır. Hem algılama ve beklentilerin kavramsallaştırılmasında hem de beklentilerin ölçülmesinde önemli bir sorun daha olduğunu öne sürmektedir (Teas, 1994: 132). Araştırmacılar arasında hizmetlerin performansı üzerine oluşan mutabakat müşterilerin değerlendirmesi konusunu referans olarak almalarıdır. Zihinsel süreçler algıları şekillendirmekte ve tecrübe edilen bir hizmet ve beklentilerimiz arasında ortaya çıkan boşluğun ayarlanmasına yardımcı olmaktadır. Bu duruma örnek olarak bir müşteri herhangi bir hizmeti bir defa deneyerek ondan tatmin olduğunda mevcut hizmete yönelik beklentileri hizmeti kullanmadan öncekine nazaran artış gösterecektir. Bu durumda bir sonraki algıladığı hizmet kalitesinin düşmesine sebep olacaktır (Philip ve Hazlett,1997: 267).

Teas'ın eleştirilerine karşı Parasuraman ve diğerleri hizmet kalitesi olarak ifade edilen müşterilerin algılamaları ve beklentileri arasındaki farkın kavramsallaştırılmasında herhangi bir sıkıntı olmadığını ve SERVQUAL ölçeğinin bu

farkları ölçme konusunda metodolojik ve analitik açıdan yeterli olduğunu ifade etmişlerdir. Teas'ın yaptığı tüm itirazların geçersiz olduğunu savunmuşlardır (Parasuraman vd., 1994: 119-120).

Çok Boyutluluk (Faktörlülük): Araştırmacılar SERVQUAL ölçeğini oluşturan beş boyutun (güvenilirlik, yerlilik, empati, fiziksel unsurlar ve güven) tüm hizmet alanlarına uygulanacak kadar sabit olmasını eleştirmişlerdir. Parasuraman ve diğerlerinin tüm hizmet alanlarında hizmet kalitesi ile ilgili yaptıkları tüm araştırmalarda bu beş boyutu kullandıkları öne sürülmektedir. Fakat Parasuraman ve diğerleri bazı sektörlerle ilgili çalışmaları yaparken bu beş boyutu kullandıkları doğru olsa da bazı sektörlerde bu beş boyutu kullanmayıp başka değerlendirme kriterlerini göz önünde bulundurmuşlardır (Buttle, 1996: 8-32).

Babakus ve Boller de SERVQUAL ölçeğini çok faktörlülük yönünden eleştirmiştir. Babakus ve Boller'in eleştirdiği konu faktör sayılarının sektörlere göre değişiklik göstermesidir (Babakus ve Boller, 1992: 255). Parasuraman ve diğerleri bunun bu değişkenliğine iki neden sunmaktadır. Bunlardan ilki bilgi toplanması ve toplanan bilgilerin analiz edilmesinde ürün farklılıklarının olmasıdır. İkincisi ise; her bir oluşumun içerisinde yer alan spesifik bir işletmeye ait müşterilerin değerlendirmelerindeki faktörler arası benzerlikler ve faktörlerin kendi içerisindeki farklılıklarıdır (Parasuraman vd., 1991: 420-450; Aktaran: Buttle, 1996: 17).

SERVQUAL ölçeğine getirilen eleştirilerden uygulamaya yönelik olanlar anket sorularının negatif olması ve likert ölçeğin kullanılmasıdır.

Anket Sorularının Negatif Olması: Parasuraman ve diğerleri 1988 yılında yaptıkları araştırmada kullanmış oldukları 22 sorudan 13 soru pozitif geri kalan 9 soru (heveslilik ve empati boyutları) ise negatif olarak ifade edilmiştir. Babakus ve Boller'e göre anket sorularında negatif ifadelerin olması sadece cevaplayıcılar açısından değil anketi değerlendiren araştırmacılar açısından da sorun teşkil etmektedir (Babakus ve Boller, 1992: 256).

Orijinal SERVQUAL ölçeğinde negatif ifadeli soruların olması cevaplayıcıları soruları okurken daha dikkatli olmaları konusunda ve ön yargıların ortadan kaldırılması konusunda teşvik etmiştir. Fakat bu durum cevaplayıcıların kafalarını

karıştırmış ve her bir ifade bazen yeniden tasarlanmıştır. Sonuç olarak SERVQUAL çalışmalarının çoğalmasıyla negatif ifadelerden kaçınma eğilimi başlamıştır. Parasuraman ve diğerleri tarafından yapıların anlaşılırlığını artırmak için daha pozitif formatta ifadelerle yeniden oluşturulmuştur (Philip ve Hazlett, 1997: 271).

Likert Ölçeğin Kullanılması: Parasuraman ve diğerleri SERVQUAL ölçeği likert ölçeği kullanmaları yönüyle de eleştirilmişlerdir. Modelde likert ölçeğine getirilen eleştirilerden biri ölçeğin uç noktalarda sözel ifadelerin kullanılması ile ilgilidir. Diğer bir ifadeyle, orijinal likert ölçeğinde sadece uç noktalarında sözel ifadeler bulunmaktadır. Uç noktalar dışında sözel ifadelere yer verilmemesi ölçeğin uç noktalarının fazla kullanılmasına sebep olmaktadır. Bu soruna çözüm, her bir noktada sözel ifadelere yer verilmesi ile mümkün olacaktır (Lewis, 1993: 4-12; Aktaran: Buttle, 1996: 22).

Carman'ın (1990) yapmış olduğu çalışmada Parasuraman, Zeithaml ve Berry (PZB)'nin hizmet kalitesini ölçmek için geliştirdikleri SERVQUAL ölçeğini test etmek için araştırma yapmıştır. Araştırmada seçilen hizmet sektörleri PZB'nin orijinal çalışmalarındaki sektörlerden farklı sektörler seçilmiştir. Anket oluşturulurken 22 parçalı SERVQUAL aracın birimlerinde bazı değişiklikler yapılmıştır. Carman'ın elde ettiği bulgulardan Cronbach's Alpha güvenilirlik istatistiği PZB'nin çalışmalarıyla paralellik göstermektedir. Fakat güvenilirliği yüksek olan faktörlerin tutarlı olmadığı sonucuna varılmıştır. PZB tarafından öne sürülen bir çok boyut Carman'ın yaptığı çalışmada da geçerliliğini korumuştur (Örs, 2007: 153).

Carman, beklentilerin memnuniyeti açıklaması gerektiğini vurgulamıştır. Buradaki analiz birimi kişidir. Dolayısıyla beklenti ve algı kişi düzeyinde analizlerin yapılmasının doğru olacağıdır. Bunun için PZB'nin yöntemine alternatif iki öneri sunulmuştur (Carman, 1990: 48-49):

Birinci öneri, her bir birim için cevaplayıcılara beklentilerini ve algılarını sormak yerine bu farkın tek bir soruda elde edilmesidir. Bu tekniğin cevaplayıcının beyninde benzer hizmetlere ilişkin geçmiş deneyimlerden kaynaklanan beklentilerden oluşan normların iyi şekillenmiş olduğu durumlarda daha yararlı olduğu belirlenmiştir (Cadotte vd., 1987: 305-314; Aktaran: Carman, 1990: 48).

İkinci öneri, cevaplayıcılara beklenti kısmı sorulmadan ilgili hizmetlere ilişkin ne kadar deneyimli olduğunun sorulması gerektiğidir. Beklentiler benzer hizmetlerden elde edilen geçmiş deneyimlerden şekillenmektedir. Buna ek olarak kulaktan dolma bilgi ve kitle iletişim araçlarından yayınlanan mesajlarla şekillenmektedir. Fakat genel olarak kullanılan hizmetler için (perakende mağazalar, bankalar, kredi kuruluşları gibi) düzenli müşterilerin beklentileri yeterli olacaktır. Beklentileri algılardan çıkarma yönteminin kullanılabileceğini vurgulanmaktadır (Carman, 1990: 48-49).

Farklı hizmet alanlarında yapılmış olan çalışmalar, ölçekte yer alan ifadelerin hizmet türlerine göre uyarlanması gerektiğini ve araştırmanın yapıldığı hizmet alanına göre boyutlarının değişiklik gösterebileceğini ortaya koymuştur.

2.1.6.3. SERVPERF Modeli

Cronin ve Taylor'un yaptığı çalışmalarda SERVQUAL ve SERVPERF ölçeklerini kullanarak iki ölçeğin karşılaştırmasını yapmışladır. Bu çalışma ile yazarlar SERVPERF ölçeğinin hizmet kalitesinin performansa dayalı ölçümünde yeterli olduğu sonucuna varmışlardır (Cronin ve Taylor, 1992). SERVPERF ölçeği aşağıdaki gibi formülle açıklamıştır (Jain ve Gupta, 2004: 28):

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

SQi = birey i'nin algıladığı hizmet kalitesini,

k = hizmet unsurlarının sayısını,

P = birey i'nin bir hizmet işletmesi unsuru "j" için performans algısını ifade etmektedir.

SERVPERF ölçeğinde SERVQUAL ölçeğine çeşitli yönlerden iyileştirmeler yapılmıştır. SERVPERF ölçeğinde soru sayısı % 50 azaltılarak ölçeğin etkinliğinin artırılması sağlanmıştır. Bunun yanında ampirik çalışmaların sonucunda tek taraflı ölçek kullanılarak ölçülen genel hizmet kalitesinin varyansı SERVQUAL ölçeğinin varyansından daha büyük çıkmıştır (Jain ve Gupta, 2004: 28).

McAlexander ve diğerleri diş hastalıkları alanında hizmet alan hastalar üzerinde yaptıkları uygulamada SERVQUAL ve SERVPERF ölçeklerinin karşılaştırmasını yaparak performanslarını değerlendirmişlerdir. SERVPERF ölçeğinin SERVQUAL ölçeğine göre diş hastalıklarında tedavi gören hastaların kalite algısını ölçmede daha başarılı olduğu sonucuna varılmıştır (McAlexander vd., 1994: 34-40).

SERVPERF ölçeği kullanım alanları sağlık (Carrillat vd., 2007; Lee vd., 2001), bankacılık (Rodrigues vd., 2011; Zhou, 2004; Jabnoun ve Hassan Al-Tamimi, 2003; Chi Cui vd., 2003) ve otel hizmetleri (Salazar vd., 2010; Li, 2010; Hudson vd., 2006) gibi sektörlerdir. Bu sektörlerle birlikte diğer birçok sektörde yapılan çalışmalarla da SERVPERF ölçeğinin hizmet kalitesini ölçmedeki etkinliğini desteklemektedir (Ali vd. 2010; Landrum vd., 2009; Jain ve Gupta, 2004; Brady vd., 2002; Fogarty vd., 2000; Cronin ve Taylor, 1994; Elliot, 1994; Brown vd., 1993; Babakus ve Boller, 1992).

2.1.6.4. Diğer Hizmet Kalite Modelleri

Bu kısımda literatürde diğer hizmet kalitesi modelleri yer almaktadır. Tablo 2.3'te literatürde hizmet kalitesi ile ilgili yukarda ifade edilen modellere ek olarak geliştirilmiş modellerden bazılarının adları, geliştiren kişiler ve geliştirme yılları görülmektedir. Bu modeller: Beddowes ve diğerleri tarafından (1987) geliştirilmiş olan "Davranışsal Hizmet Kalite Modeli", Brogowicz ve diğerleri tarafından (1990) geliştirilmiş olan "Sentezlenmiş Hizmet Kalitesi Modeli", Mattsson tarafından (1992) geliştirilmiş olan "İdeal Değer Standartlarına Dayalı Hizmet Kalitesi Modeli", Dabholkar ve diğerleri tarafından (1994) geliştirilmiş olan "Perakende Hizmet Kalitesi Ölçeği" Teas tarafından (1994) geliştirilmiş olan "İdeal Standartlara Dayalı Performans Kıyaslama Modeli", Dabholkar tarafından (1996) geliştirilmiş olan "Nitelik Esaslı Model ve Toplam Etki Modeli", Spreng tarafından (1996) geliştirilmiş olan "Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Modeli", Philip ve Hazlett tarafından (1997) geliştirilmiş olan "P-C-P Nitelik Modeli", Haywood ve Farmer tarafından (1998) geliştirilmiş olan "Nitelik Hizmet Kalitesi Modeli", : Frost ve Kumar tarafından (2000) geliştirilmiş olan "İç Hizmet Kalitesi Modeli", McDougall ve Levesque tarafından

(2000) geliştirilmiş olan "Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli", Dabholkar ve diğerleri tarafından (2000) geliştirilmiş olan "Öncüller ve Aracı Modeli", Brady ve Cronin tarafından (2001) geliştirilmiş olan "Hiyerarşik Model", Yang tarafından (2003) geliştirilmiş olan "I-S (Importance - Satisfaction) Modeli", Chiu ve Lin tarafından (2004) geliştirilmiş olan "İhtiyaçlar Teorisine Dayalı Hizmet Kalite Modeli"dir.

Tablo 2.3. Diğer Hizmet Kalitesi Modelleri

Yılı	Yazar(lar)	Modelin Adı
1987	Beddowes ve diğerleri	Davranışsal Hizmet Kalite Modeli
1990	Brogowicz ve diğerleri	Sentezlenmiş Hizmet Kalitesi Modeli
1992	Mattsson	İdeal Değer Standartlarına Dayalı Hizmet Kalitesi Modeli
1994	Dabholkar ve diğerleri	Perakende Hizmet Kalitesi Ölçeği
1994	Teas	İdeal Standartlara Dayalı Performans Kıyaslama Modeli
1996	Dabholkar	Nitelik Esaslı Model ve Toplam Etki Modeli
1996	Spreng	Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Modeli
1997	Philip ve Hazlett	P-C-P Nitelik Modeli
1998	Haywood ve Farmer	Nitelik Hizmet Kalitesi Modeli
2000	Frost ve Kumar	İç Hizmet Kalitesi Modeli
2000	McDougall ve Levesque	Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli
2000	Dabholkar ve diğerleri	Öncüller ve Aracı Modeli
2001	Brady ve Cronin	Hiyerarşik Model
2003	Yang	I-S (Importance - Satisfaction) Modeli
2004	Chiu ve Lin	İhtiyaçlar Teorisine Dayalı Hizmet Kalite Modeli

2.1.7. Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümü

Literatürde algılanan hizmet kalitesini ölçmede yaygın olarak kullanılan iki model bulunmaktadır. Bunlar Parasuraman ve diğerlerinin oluşturmuş olduğu SEVQUAL modeli ve Cronin ve Taylor (1992)'un oluşturmuş olduğu SERVPERF modelidir. SERVPERF ölçeği hizmet sunumunda performansın ön plana çıktığı bankacılık ve sağlık sektörlerinde kullanılan geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçektir.

Cronin ve Taylor (1992) SERVQUAL modelinin algılanan hizmet kalitesini ölçmede yeterli olmadığını savunarak alternatif model olarak SERVPERF modelini önermişlerdir. SERVPERF modelinde SERVQUAL modelini oluşturan 22 ifade aynen kullanılmıştır. SERVPERF modelinde SERVQUAL modelinden farklı olarak hizmet kalitesi fonksiyonunu sadece performansın diğer bir ifadeyle algılamaların oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde SERVPERF modeline göre hizmetlerin performansının ölçülmesi yeterli görülmektedir (Bülbül ve Demirer, 2008: 183). SERVQUAL ölçeği paradigmaya yönelik itirazlar, fark (boşluk) modeli, çok boyutluluk (faktörlülük), anket sorularının negatif olması, likert ölçeğin kullanılması açılarından eleştirildiği için bu çalışmada SERVPERF ölçeği kullanılmıştır.

Tablo 2.4'te Cronin ve Taylor tarafından oluşturulmuş olan ölçek ve boyutları yer almaktadır. SERVPERF ölçeği fiziksel özellikler (4 ifade), güvenilirlik (5 ifade), heveslilik (4 ifade), güvence (4 ifade) ve empati (5 ifade) olmak üzere beş boyuttan ve 22 ifadeden oluşmaktadır.

Tablo 2.4. SERVPERF Ölçeğinde Kullanılan Boyutlar ve İfadeler

Fiziksel Özellikler	1	…… teknolojiye uygun, modern araç, gereç ve donanıma sahiptir.
	2	…… fiziksel imkanları görsel açıdan çekicidir.
	3	…… çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür.
	4	…… hizmetleri ile ilgili malzemeler/araçlar düzgün görünüşlüdür.
Güvenilirlik	5	…… hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirir.
	6	…… hizmetlerle ilgili sorun yaşanması durumunda, çalışanlar sorunu çözmek için samimi çaba gösterir.
	7	…… gerekli kayıtların doğru tutulmasında titizlik gösterir.
	8	…… sunduğu hizmetleri ilk seferinde ve eksiksiz olarak yapar.
	9	…… hizmetlerini söz verdiği zamanda gerçekleştirir.
Heveslilik	10	…… çalışanları müşterilerine/hastalarına hizmetin tam olarak hangi zamanda yerine getirileceğini söyler.
	11	…… çalışanları müşterilerine/hastalarına hizmeti mümkün olan en kısa sürede sunar.
	12	……... çalışanları müşterilere/hastalara yardım etmek için her zaman istekli olur.
	13	…… çalışanları müşterilerin/hastaların isteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul değildir.
Güvence	14	…… çalışanlarının davranışları müşterilerde/hastalarda güven uyandırır.
	15	…… müşterileri/hastaları daima güven duygusu içindedirler.
	16	…… çalışanları müşterilere/hastalara karşı daima nazik ve saygılıdır.
	17	…… çalışanları kendi alanları ile ilgili müşterilerin/hastaların sorularına cevap verebilecek kadar yeterli bilgiye sahiptir.
Empati	18	…… çalışanları müşterilere/hastalara kişisel ilgi gösterir.
	19	…… bütün müşteriler/hastalar için uygun çalışma saatlerine sahiptir.
	20	…… müşterilerle/hastalarla kişisel olarak ilgilenecek çalışanlara sahiptir
	21	…… müşterinin/hastalarının menfaatlerini her şeyin üstünde tutar.
	22	…… çalışanları müşterilerinin/hastalarının özel ihtiyaçlarını anlar.

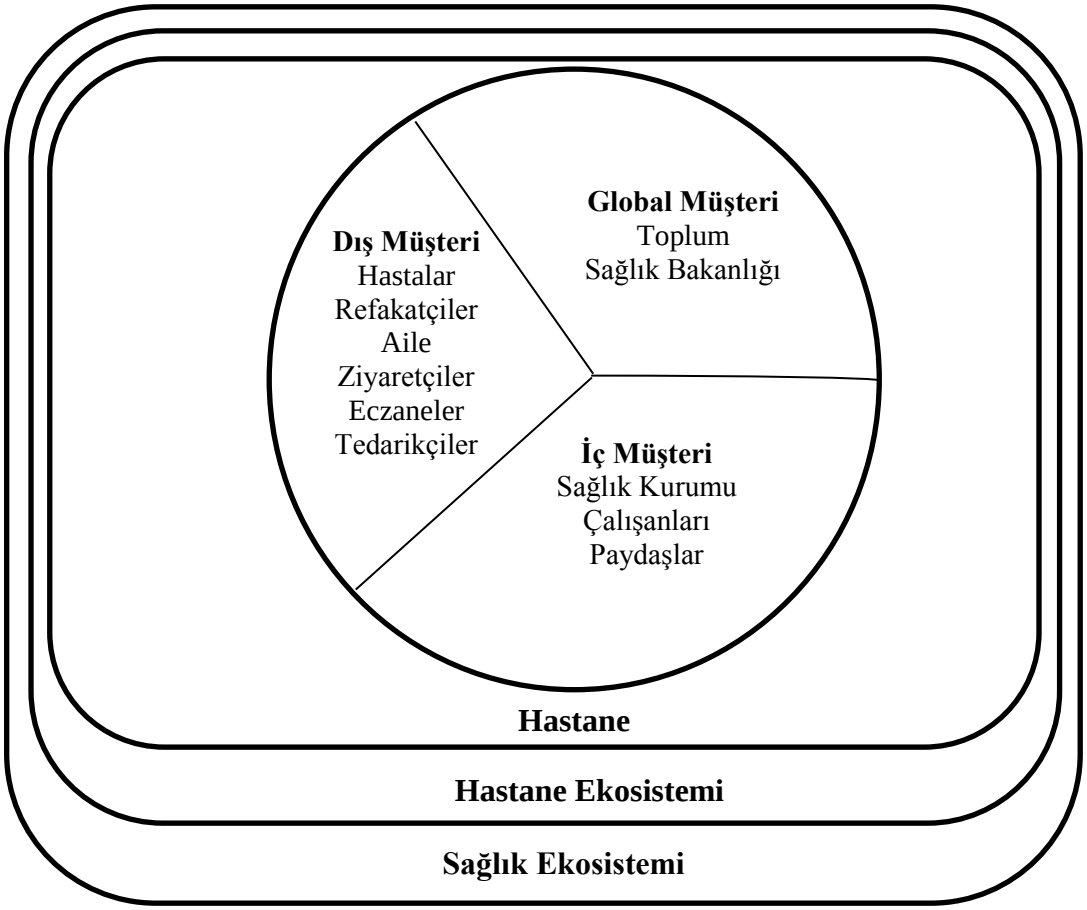
Kaynak: Cronin ve Taylor (1992)'den uyarlanmıştır.

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Anlayışı

Kalitenin çeşitli açılardan değerlendirilmesi için farklı modeller oluşturulmuştur. Bu boyutları bir bütün olarak değerlendirdiğimizde kaliteyi bir ekosistem olarak ele almak daha doğru olacaktır.

Şekil 2.4'te sağlık ekosistemi yer almaktadır.

Şekil 2.4. Sağlık Ekosistemi



Sağlık ekosisteminin bir alt kategorisinde hastane ekosistemi yer almaktadır. Hastane ekosistemini üç ana başlıkta toplayabiliriz. Bunlar; dış müşteriler, iç müşteriler ve global müşteri'lerdir. Dış müşteri grubunda hastalar, refakatçiler, aile, ziyaretçiler, eczaneler, tedarikçiler (ilaç tedarikçileri, medikalciler, elektrik, su ve doğalgaz sağlayıcıları) yer almaktadır. İç müşteri grubunda sağlık kurumu çalışanları (sağlık personeli, idari personel, teknik personel), paydaşlar yer almaktadır. Global müşteri grubunda sağlık bakanlığı ve toplum yer almaktadır. Bu ekosistem kaliteyi

meydana getiren unsurları ortaya koymaktadır. Bu unsurlardan herhangi biri ya da birleri eksik olursa bireylerin kalite algıları düşecektir. Bu durum sağlık kurumu için olumsuz bir örnek teşkil edecektir. Örneğin; elektrik olmamasından kaynaklı olarak hastanedeki teknolojik cihazların çalışmaması kaliteyi olumsuz etkileyici bir unsur olarak değerlendirilecektir. Kısaca kalite merkezde teknik olarak ifade edilebilinecek kaliteyi oluşturan hizmetin somut özelliklerini ifade etmektedir. Teknik kaliteyi çevreleyen fonksiyonel olarak ifade edilen kalite hizmetin güvenliğini, güler yüzle sunulmasını ifade etmektedir. Ekosistemi içerisindeki unsurlardan birinde yaşanacak sorun tüm süreçlerin olumsuz etkilenmesine sebep olacaktır. Diğer bir ifadeyle kaliteyi olumsuz etkileyecektir.

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışını şekillendiren Donabedian'a göre yüksek kaliteli sağlık hizmeti, "*Hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarmasıyla beklenen hizmet*" olarak ifade edilmektedir (Kaya, 2013: 4).

Sağlık hizmetlerinin beklenen sonucu vermesi ve beklenen ihtiyacı karşılaması gerekmektedir. Yani kaliteli sağlık hizmeti denilince; doğru zamanda, doğru araçlar kullanılarak, doğru yolla, doğru kişiye sunulan ve mümkün olan en iyi sonucun elde edilmesi için amaçlanan bir süreç akla gelmelidir. Sağlık bakım hizmetinin hareket noktaları üçe ayrılmaktadır. Bunlar (Tengilimoğlu vd., 2012: 467):

- **Hasta Kalitesi:** Hastaların istedikleri ve umdukları hizmetlerin sağlık bakımı sırasında ve sonrasında verilmesidir.
- **Profesyonel Kalite:** Hastaların kliniklerdeki ihtiyaçlarını en etkili şekilde yerine getirecek olan yöntem ve süreçlerin sağlık personelleri tarafından kullanılarak hizmet verilmesidir.
- **Yönetim Kalitesi:** Hasta kalitesini ve profesyonel kaliteyi en iyi şekilde temin etmek için israf etmeden hastaların ihtiyaçlarını ve haklarını göz önünde bulundurarak uygun kaynakların kullanılmasıdır.

Sağlık hizmet kalitesinin formülüzasyonu şöyledir (Brook ve Williams, 1975: 134; Taylor, 1994: 228):

Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi = (Teknik Bakım) + (Tedavi Sanatı) +
(Teknik Bakım x Tedavi Sanatı) + E

Kalitenin teknik yönü aslında teşhis ve tedavi hizmetlerinde çağdaş tıp bilimi ile bilimsel standart ve normlara uygun olmasını ifade etmektedir. Sanat yönü ise sunulan hizmetlerin hastaların beklentilerini karşılamasını ifade etmektedir (John, 1991: 51). Formülde yer alan E ise nadir hataları ifade etmektedir (Taylor, 1994: 228).

Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinde kaliteyi ölçmek için 557 standart ve 1100 değerlendirme ölçütü belirlemiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Kalite Standartları Hastane, 2016: 22). Standart ve ölçütleri beş başlık altında toplamışlardır. Bu boyutlar; kurumsal hizmetler, hasta ve çalışan odaklı hizmetler, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri ve gösterge yönetimi'dir. Kurumsal hizmetler; 58 standart ve 160 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır. Hasta ve çalışan odaklı hizmetler; 38 standart ve 98 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır. Sağlık hizmetleri; 233 standart ve 640 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır. Destek hizmetleri; 71 standart ve 192 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır. Gösterge yönetimi; 157 standart ve 10 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır. Bu standart ve ölçütlerin boyutlara göre dağılımı (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Kalite Standartları Hastane, 2016: 39). Belirli periyotlarla ilgili birimdeki kişiler hastaneleri teftiş etmekte ve bu standartlara ve değerlendirme ölçütlerine uygunluk derecelerini puanlandırmaktadır.

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Donabedian'a göre sağlık hizmetlerinde kalitenin karakteristik özellikleri şunlardır (Donabedian, 1988: 1744-1745; Donabedian, 1992: 20; Kaya, 2005: 5-12):

- Etkenlik (Efficacy): En uygun koşullar dikkate alındığında sağlık hizmetleri alanında bilim ve teknolojinin meydana getirdiği geliştirme yeteneğidir.

- Etkililik (Effectiveness): En iyi bakım ile sağlıkta başarılabilecek olan en büyük ilerlemelere ulaşma yeteneğidir.

- Verimlilik (Efficiency): Sağlıkta ulaşılabilinecek olan iyileştirmeleri azaltmaksızın hizmet maliyetlerinin azaltılmasına verilen isimdir.

- En Uygun Olma - Optimallik (Optimality): Sağlıkla ilgili bakımın etkilerine karşı maliyetlerin dengelenmesi, yani dengeye ulaşılmasıdır.

- Kabul Edilebilirlik (Acceptability): Hastaların ve ailelerin isteklerine, ihtiyaçlarına, arzu ve beklentilerine uygunluk olarak ifade edilmektedir.

- Yasallık (Legitimacy): Ahlaki prensipler, değerler, normlar, kanunlar ve düzenlemelerin sosyal tercihlere uygunluğu olarak ifade edilmektedir.

- Hakkaniyet (Equity): Bir toplumun üyeleri arasında sağlık hizmetlerinin ve faydalarının dağıtılmasında doğru ve adil olanı belirleyen prensiplere uygunluktur.

Şekil 2.5'te Donabedian'a göre sağlık hizmetlerinde kalitenin özellikleri yer almaktadır.

Şekil 2.5. Donabedian'a Göre Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri



Kaynak: Kaya, 2013: 4.

Donabedian'a göre sağlık hizmetlerinde kalitenin karakteristik özelliklerine ek olarak literatürde yer alan diğer karakteristik özellikleri şunlardır (Tarım, 2009: 68):

- **Zaman:** Sağlık hizmetinin tam zamanında, ihtiyaç ortaya çıktığında sunulması gerekmektedir.
- **Tutarlılık:** Hastalar açısından bakıldığında ilk gelen hasta bakılacak hastadır.

- **Doğruluk:** Sunulan hizmetin her seferinde doğru olarak sunulması gerekmektedir.
- **Süreklilik:** Sağlık açısından bakım önemlidir ve sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir.
- **Esneklik:** Beklenmedik bir sıkıntı oluştuğunda hizmeti sunan profesyonellerin gerekli çözümleri bulması ve hemen gerekeni yapması icap etmektedir.
- **Erişilebilirlik:** Hizmete ihtiyaç duyanlar için hizmete ulaşmanın kolaylaştırılmış olması gerekmektedir.
- **Güvenilirlik:** Hastaların aldıkları sağlık hizmeti konusunda hizmeti sunan personele ve kuruma güven duyması gerekmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ALGILANAN RİSK VE ALGILANAN DEĞER

Çalışmanın üçüncü bölümünde araştırmanın teorik alt yapısını ve araştırma probleminin temelini oluşturan algılanan risk ve algılanan değer konularına yer verilmiştir. Bu bölümde algılanan risk kavramı, tüketici davranışlarında algılanan risk, risk algısını etkileyen faktörler, algılanan riskin sınıflandırılması, algılanan risk literatür taraması, mal ve hizmet sektöründe algılanan risk, tüketicilerin riskle başa çıkma yolları, algılanan riskin ölçülmesi, algılanan değer kavramı, algılanan değer literatür taraması, algılanan değer ölçümü gibi konular üzerinde durulmuştur.

3.1. Algılanan Risk Kavramı

Risk kavramı pazarlama, ekonomi, psikoloji, karar verme, yönetim sigorta kamu yönetimi ve finans alanlarında ağırlıklı olarak kullanılmaktadır. Bu alanların her birinde risk kavramı ile ilgili herhangi bir duruma ait karakteristikler, bireylerin eğilimleri ve risk seçenekleri, bireylerin karar süreçlerinin değerlendirilmesi, gerçek seçeneklerde riskin sonuçları gibi farklı yönlere odaklanılmıştır (Conchar vd., 2004: 418-419).

Risk, zarara uğrama tehlikesi olarak Türk Dil Kurumu tarafından tanımlanmıştır. Diğer bir tanımda risk iktisadi karar birimlerinin verecekleri kararlarla ortaya çıkacak sonuçları olumsuz etkileyebilecek olayların gerçekleşme olasılığı, diğer bir deyişle olayların gerçekleşme olasılığının bilindiği durum olarak ifade edilmektedir (TDK: 2017).

Tüketicilerin risk algısı ve davranışları ekonomi teorisinde karar verme ile başlamıştır. Belirsizlik altında karar verme ve risk algısı ekonomi teorisinden türetilmiş olan beklenen fayda modeline dayanmaktadır (Nelson, 2001: 1372). Tüketiciler zihinlerindeki en düşük riskli konumlandırmalarını başarmaları için pazarlama karması kararlarını eş güdümlenmeli ve perakendeciler algılanan risk konseptini iyi bir şekilde yönetmeleri gerekmektedir (Mitchell, 1998: 172).

3.1.1. Tüketici Davranışlarında Algılanan Risk

Literatür incelendiğinde risk kavramı ekonomi, finans ve karar verme alanlarında başarılı bir şekilde kullanıldığından 1920'li yıllardan sonra ekonomi alanında popüler olmuştur (Dowling ve Staelin, 1994: 119). Pazarlama literatüründe 1960'lı yıllardan bu yana algılanan risk konusu çeşitli araştırmalara konu olmuştur (Simcock vd., 2006). Yani pazarlama literatüründe algılanan risk kavramı yaklaşık elli yıllık geçmişe sahiptir. İlk olarak 1960 yılında Bauner tarafından yapılan çalışmada tüketici davranışlarında risk konusu ele alınmıştır (Taylor, 1974: 54; Horton, 1976: 694).

Pazarlama alanında risk kavramının kullanılma konusunda beş neden bulunmaktadır. Bunlar (Mitchell, 1999: 163):

Birincisi, algılanan risk teorisi pazarlamacılara dünyayı müşterilerinin gözünden görmeyi kolaylaştırma rolü bulunmaktadır. İkincisi, hemen hemen evrensel olarak uygulanan ve çok yönlü olması spagettiden endüstriyel aletlere kadar çok geniş uygulama alanı olduğu ispatlanmıştır. Üçüncüsü, tüketiciler satın alma sonucu elde etkileri faydayı arttırmaktan daha çok satın almada yapacakları hatayı azaltmaya güdülendiği için algılanan riskin tüketici davranışını açıklamakta daha etkili olduğu iddia edilmektedir. Dördüncüsü, pazarlama dağıtım kararlarında risk analizi kullanılabilmektedir. Beşincisi ise incelenen risk algısı yeni ürün fikirleri üretebilmektedir. Mitchell ve Boustani (1993) tarafından kahvaltılık tahıllar üzerine yapılmış çalışmada, sütü sevmeme durumu bir risk algısı olarak belirlenmiştir. Bunun sonucunda Kellogg's Pop Tarts gibi süte dayalı olmayan kahvaltı tahılı geliştirilmesi ileri sürülmüştür.

Algılanan risk kavramı tüketici davranışlarının açıklanmasında kullanılan temel kavramlardandır. Tüketiciler tarafından kullanılan risk algıları ve risk azaltma yollarını açıklamakta sıkça kullanılmaktadır (Mitra vd., 1999: 211).

Bettman (1973) yapmış olduğu çalışmada tüketici açısından yapısal risk (ürünlerin özünde olan risk - inherent risk) ve katlanılan risk (üstesinden gelinen risk - handled risk) olmak üzere iki risk yapısını ele almıştır. Katlanılan risk, ürün sınıfı

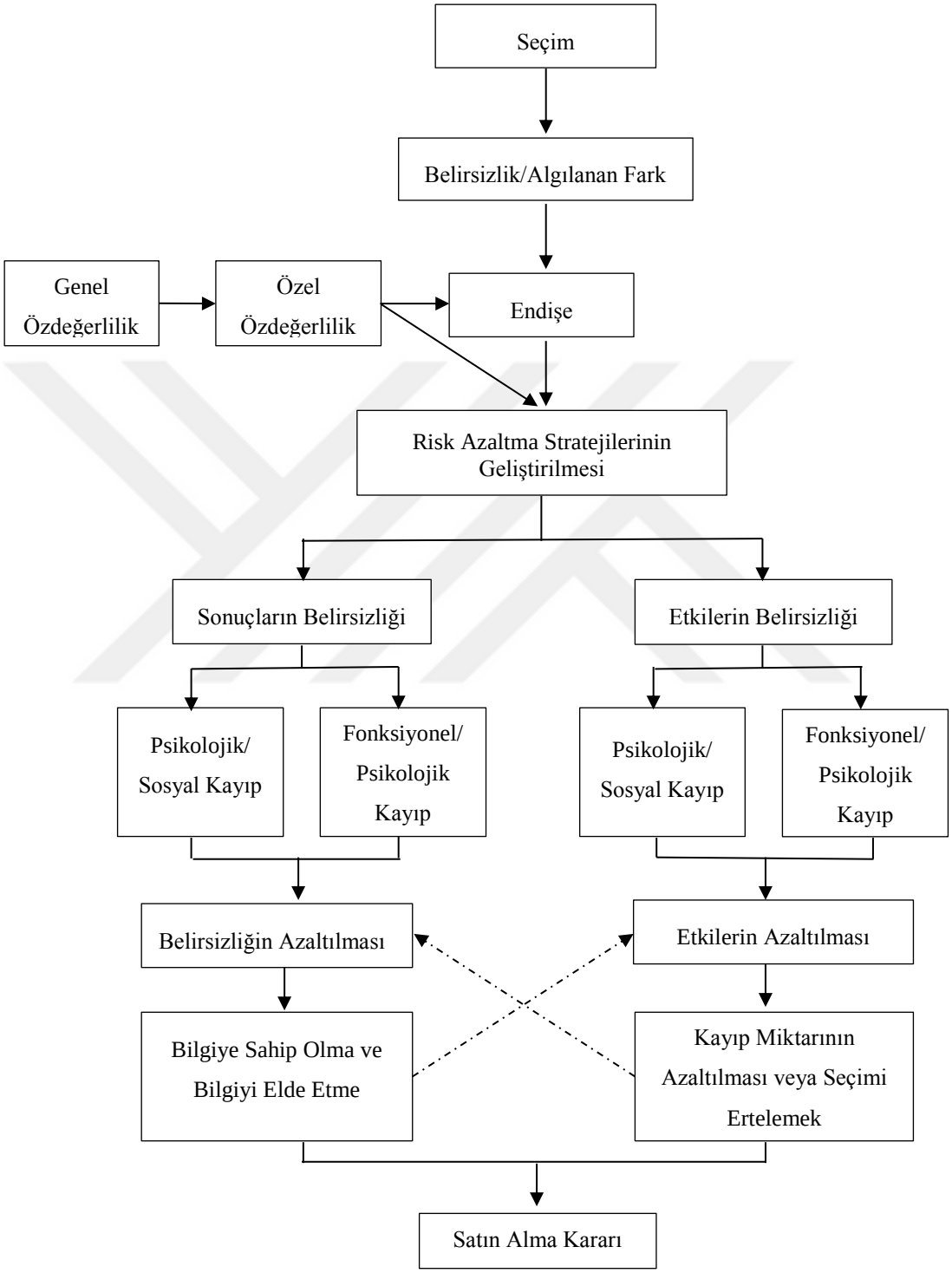
içerisinde belirli bir marka söz konusu olduğunda ortaya çıkan çatışma miktarını içeren risktir. Yapısal risk, ürün kategorisi seviyesinde tüketiciyi etkileyen gizli risktir (Bettman, 1973: 184).

Ekonomi, psikoloji, istatistiki karar teorisi ve oyun teorisi gibi bilimlerde risk kavramı hem olumlu hem de olumsuz potansiyel sonuçlar doğuran durumlarla ilişkilendirilmektedir. Tüketici davranışlarında algılanan risk sadece potansiyel olumsuz sonuçlar üzerine odaklanmıştır. Bu kritik fark pazarlama bilim dalı ile diğer bilim dalları arasında riskin anlaşılırlığı ile ilgili temel ayrım olarak ele alınmaktadır. Satın alma davranışında şüphesiz istenen sonuç satın alma kararının sonucunu istenildiği ya da beklenildiği gibi pozitif olması yani ihtiyaç duyulan tatminin sağlanmasıdır. Tecrübe edilen satın alma durumlarından olumsuz deneyimler beklenen memnuniyet seviyesinde gerçekleşmeyebilir. Pazarlama dışındaki literatürün çoğunda risk konusu ile ilgili literatürde risk ve belirsizlik üzerine odaklanmıştır (Stone ve Gronhaung, 1993: 40).

Genel olarak tüketicilerin risk algılarının kaynağı ürünün karmaşık olması ve anlaşılmasının zor olması olarak ifade edilmektedir. Bunlara ek olarak risk algıları içerinde tanınmayan bir marka olması, yeni bir ürün olması, ürünün tüketici için önemli olması da bulunmaktadır (Solomon vd., 2006: 271).

Şekil 3.1'de tüketicilerin davranışlarını etkileyen risk bileşenlerinin karşılıklı ilişkileri gösterilmiştir.

Şekil 3.1. Tüketici Davranışlarında Riskin Rolü



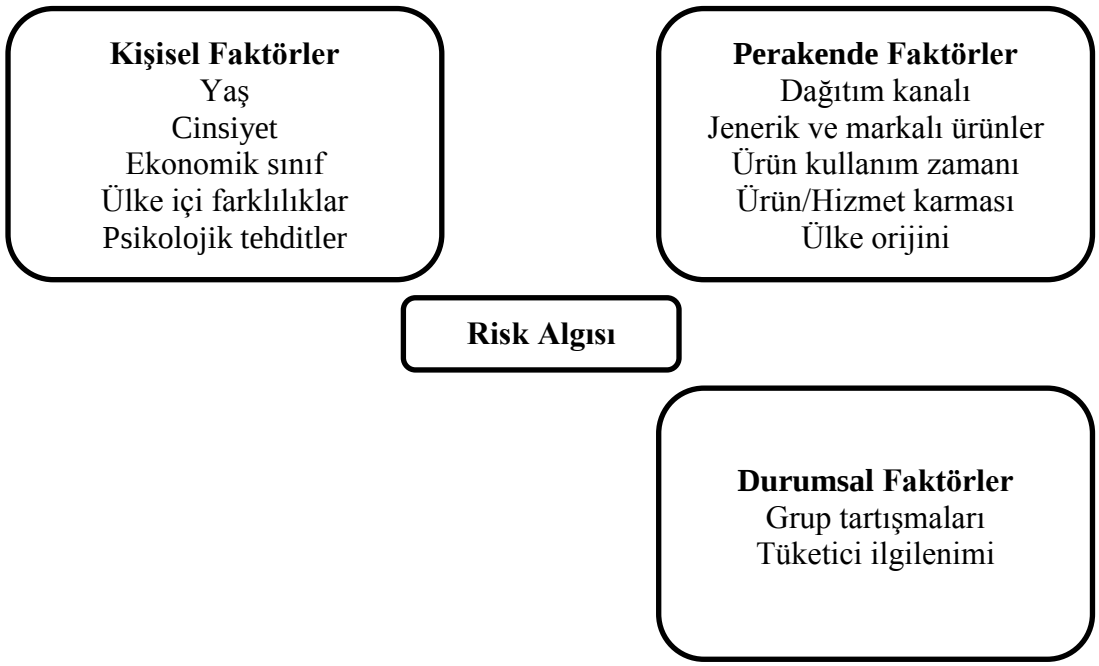
Kaynak: Taylor, 1974: 54.

Tüketici davranışlarının temel problemi seçim konusudur. Bir seçimin sonucu gelecekte anlaşılacağı için müşterileri bu durum belirsizlikle veya riskle baş etmeye zorlamaktadır. Riskin tüketici tarafından üstesinden gelinmesi gereken endişe ve acı verici olarak algılanması riski tüketici davranışının önemli bir parçası yapmıştır (Taylor, 1974: 54). Tüketicilerin algılanan risk teorisine göre belirsizlik ve potansiyel istenmeyen durumlar nedeniyle tüketici satın alma sonucunda karşılaşabileceği risk durumunu algılamaktadır. Bu yüzden tüketicilerin algıladıkları risk arttıkça satın alma ihtimalleri azalmaktadır. Tüketiciler satın alma öncesi bilgi toplama gibi stratejilerle sık sık risk durumlarını azaltma durumunu benimsemektedirler (Lim, 2003: 218).

3.1.2. Risk Algısını Etkileyen Faktörler

Algılanan risk kavramı, tüm satın alma davranışı tiplerinde ve tüketici karar verme sürecinin her aşamasında bireylerin karşısına çıkmaktadır (Yeniçeri vd., 2012: 149). Mitchell (1998) alıcıların risk algısını etkileyen faktörleri sınıflandırmıştır. Şekil 3.2'de bu faktörler yer almaktadır.

Şekil 3.2. Müşterilerin Risk Algısını Etkileyen Faktörler



Kaynak: Mitchell, 1998: 177.

Kişisel faktörler bireye özgü faktörler olarak ifade edilen yaş, cinsiyet, ekonomik sınıf gibi faktörlere ek olarak çevre ile ilgili ülke içi farklılıklar ve psikolojik tehditler gibi faktörleri içermektedir. Bireylerin risk algısı demografik özelliklerine göre değişiklik gösterebilmektedir.

Bireylerin risk algılama düzeyleri bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir. Hatta aynı bireylerin farklı durumlarla aynı sonuçlara farklı subjektif olasılıklar atayabildikleri bilinmektedir (Conchar vd., 2004: 425). Herhangi bir risk durumunun iki yönü bulunmaktadır. Bu yönler sonuçların belirsizliği ve etkilerin belirsizliğidir. Sonuçların belirsizliği riski, bilgiyi elde ederek ve bilgiyi kazanmaktır. Etkilerin belirsizliğinde seçimlerle erteleyerek ya da kayıpları azaltarak başa çıkmaktır. Bir seçim durumunda muhtemel kayıplar açısından risk yorumlanabilmektedir. Bu muhtemel kayıplar psiko/sosyal açıdan veya fonksiyonel/ekonomik açıdan veya her ikisinin bir kombinasyonu olabilmektedir (Taylor, 1974: 54).

Perakende faktörler; dağıtım kanalını, jenerik ve markalı ürünleri, ürün kullanım zamanını, ürün/hizmet karmasını, ülke orijinini kapsamaktadır. Durumsal faktörler ise; grup tartışmalarını ve tüketici ilgilemini kapsamaktadır.

3.1.3. Algılanan Riskin Sınıflandırılması

Literatür gözden geçirildiğinde, algılanan riskin aşağıdaki dokuz boyutta incelendiği görülmüştür. Bu boyutlar şunlardır (Lim, 2003: 219):

Algılanan finansal risk, algılanan performans riski, algılanan sosyal risk, algılanan fiziksel risk, algılanan psikolojik risk, algılanan zaman kaybı riski, algılanan kişisel risk, algılanan mahremiyet riski, algılanan kaynak riski' dir.

Algılanan Finansal Risk: Ekonomik risk olarak da isimlendirilmektedir (Lim, 2003: 219). Bir satın alınan mal ve hizmetlerde risk tüketicinin muhtemel en iyi kazancı elde edememesi durumunda maruz kalabileceği bir risk türüdür (Mitchell, 1992: 27).

Algılanan Performans Riski: Ürünün fonksiyonel açıları ile ilgili olan performans riskinin iki yönü bulunmaktadır. Bu yönlerden ilki, ürünün istenilen

performansı gösterememesi ve ürün için söz verilen faydaların tüketiciye ulaştırılmaması durumunda ortaya çıkan risktir. Bu yönlerden ikincisi, diğer kayıplarla bütünleşmenin bir sonucu olan genel risk için bir taşıyıcı olarak görülebilmesidir (Mitchell, 1998: 172). Müşteri memnuniyetiyle sonuçlanacak şekilde tamamlanamayacak satın almalarda ortaya çıkan risktir (Mitchell, 1992: 27).

Algılanan Sosyal Risk: Toplum içerisinde bireylerin karşılaştıkları risk durumunu yansıtmaktadır (Cases, 2002: 377). Başarısız bir ürün tercihi sonucunda başta aile ve arkadaşlar olmak üzere diğer insanlar karşısında mahcubiyet yaşama ile sonuçlanabilecek ürün seçimidir (Tsiros ve Heilman, 2005: 117).

Algılanan Fiziksel Risk: Sağlık ve güvenlikle ilişkilendirilen risk türüdür (Cases, 2002: 377). Diğer bir ifadeyle; tüketicilere sağlık tehlikesi ile sonuçlanan hizmetlerin performansı ile ilgili risktir (Mitchell, 1992: 27).

Algılanan Psikolojik Risk: Tüketicinin ürün seçimi veya ürünün performansı nedeniyle zihnindeki huzurunun ve öz algısının menfi etkilenmesi olarak ifade edilen risktir (Mitchell, 1992: 27).

Algılanan Zaman Kaybı Riski: Bir ürün satın almak için harcanan zamanla ve kötü bir satın alma deneyimi olması durumuna karşı harcanan zamanla ilişkilendirilen risktir (Cases, 2002: 377).

Risk konusunda yapılan çalışmalarda genel risk algısından bahsedilmektedir. Bazen bir veya birden fazla kaynak tüketicinin genel risk algılamasını yönlendirebilmektedir. Bu risk bir veya birden fazla risk boyutunun birleşiminden ortaya çıkmaktadır. Bu duruma örnek olarak; düzenleyeceği bir parti için şarap satın alan tüketici risk kaynağını olumsuz sonuçlar oluşturmaktadır. Bu örnekteki riskler: Performans riski, şarabın tadının iyi çıkmayacağı düşüncesi ile ortaya çıkan risktir. Psikolojik risk, kendi benlik kavramı tehdit altında ise ortaya çıkan risktir. Sosyal risk, misafirleri iyi hazırlanmadığını düşündüğünde ortaya çıkan risktir. Finansal risk, şarabın kalitesine göre fazla para ödediyse ortaya çıkan risktir. Zaman riski, seçim için fazlasıyla zaman harcadıysa ortaya çıkan risktir (Campbell ve Goodstein, 2001: 440).

3.1.4. Mal ve Hizmet Sektöründe Algılanan Risk

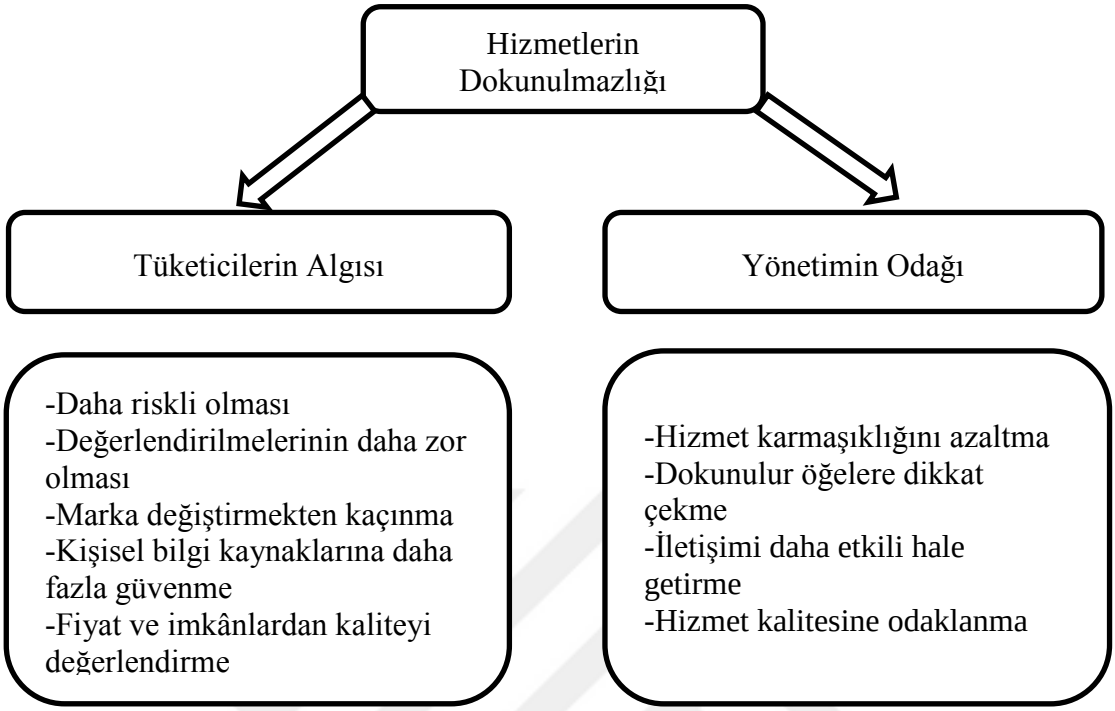
Hizmetler dokunulamaz olduklarından, hizmet sunucusunun performansına göre değiştiğinden, üretimi ve tüketimi eşzamanlı olarak gerçekleştiğinden, depolanması veya stoklanması mümkün olmadığından ve sahiplik durumu olmamasından kaynaklı olarak mallardan farklılık göstermektedir (Gilmore, 2003: 10-11). Algılanan riskin tüketicilerin satın alma davranışlarını nasıl etkilediği konusunda yapılmış bazı çalışmalar bulunmaktadır.

Murray ve Schlacter (1990) yapmış oldukları çalışmalarda ürünle karşılaştırmalı olarak hizmetleri yedi farklı boyutta inceleyerek; dokunulmazlığın algılanan riski arttırdığı ve hizmetlerde risk algısının ürünlere nazaran yüksek olduğunu sonucuna varmışlardır (Murray ve Schlacter, 1990: 62).

Hizmetlerin dokunulmazlık özelliğinden kaynaklı olarak hizmetlerin satın alma öncesi, satın alma sonrası ve hizmetlerin tüketildiği esnada hizmetlerin değerlendirilmesini zorlaştırmakta bazen de bu değerlendirmeyi imkansız hale getirmektedir. Sadece üretildiği anda performansının değerlendirilmesi sonucu memnuniyetsizlikten şikayetçi olan tüketici elinde bulundurduğu fiziksel kanıtlarla ve mevcut kanıtların varlığına bağlı olarak hafızasında kalan memnuniyetsizliğe açıklık getirememektedir. Bu durum tüketicilerin algılamış oldukları risk düzeylerini artırmaktadır (Mitchell ve Gretorex, 1993:180). Laroche ve diğerleri (2004) hizmetlerin dokunulmazlık özelliklerinin algılanan riskte belirleyici bir rol oynadığını ortaya koyan ve dokunulmazlık özelliği ile algılanan risk boyutları arasındaki ilişkileri inceleyen bir çalışma yapmışlardır (Laroche vd., 2004:385).

Şekil 3.3'te hizmetlerin dokunulmazlığı özelliğinin tüketiciler ve yönetim açısından değerlendirilmesi yer almaktadır.

Şekil 3.3. Hizmetlerin Dokunulmazlığı



Kaynak: McDougall ve Snetsinger, 1990: 28.

Hizmetlerin dokunulmazlığı tüketicilerin algısı açısından değerlendirildiğinde; tüketiciler daha fazla risk almakta, sunulan hizmeti satın almadan önce ve sonra hizmetle ilgili değerlendirmede zorlanma, tüketicilerin kullandıkları markaları değiştirme konusunda çekinceleri bulunmakta ve bu çekincelerin doğal sonucu olarak tüketiciler kullandıkları markaları değiştirmeyi düşünmemektedirler. Bunlara ek olarak tüketiciler kişisel bilgi kaynakları olarak ifade edebileceğimiz bireysel deneyimlerine daha çok güvenme yolunu seçmekte ve hizmetin fiyatına ve sunduğu imkanlara göre sunulan mal ve hizmetlerin kalitesini değerlendirmektedir. Bunun yanında yönetim odağı açısından ele alındığında hizmetlerin dokunulmaz olması nedeniyle; yönetim, hizmetlerin karmaşıklığını azaltma, dokunulur öğelere dikkat çekme, iletişimi daha etkili hale getirme, hizmet kalitesine odaklanma gibi konuları ön plana çıkarmaktadırlar.

Tekrarlı etkileşim gerektiren hizmetlerde satın alma öncesinde ortaya çıkan risk başlangıçta hizmet karşılayıcıları tarafından tamamıyla azaltılamamaktadır. Tüketicinin ilk hizmet karşılayıcısı ile gelecekteki karşılayıcılar arasında sürdürdüğü risk "satın alma sonrası risk" olarak isimlendirilmektedir. Diğer bir deyişle; satın alma

sonrası oluşan risk, satın alma sonrası elde edilen belirsiz sonuçların olasılıklı dağılımıdır. Bu noktada satın alma öncesinde var olan çıktıların belirsizliğinin olasılık dağılımı satın alma sonrası riskten farklılaşmaktadır. Satın almanın basit bir yansıması ve analizi olan ve gelecek satın alma davranışlarındaki sonuçları etkileyen belirsizliklerin değerlendirmesi satın alma öncesi değerlendirmelerden de farklılık göstermektedir (Grewal vd., 2007: 251).

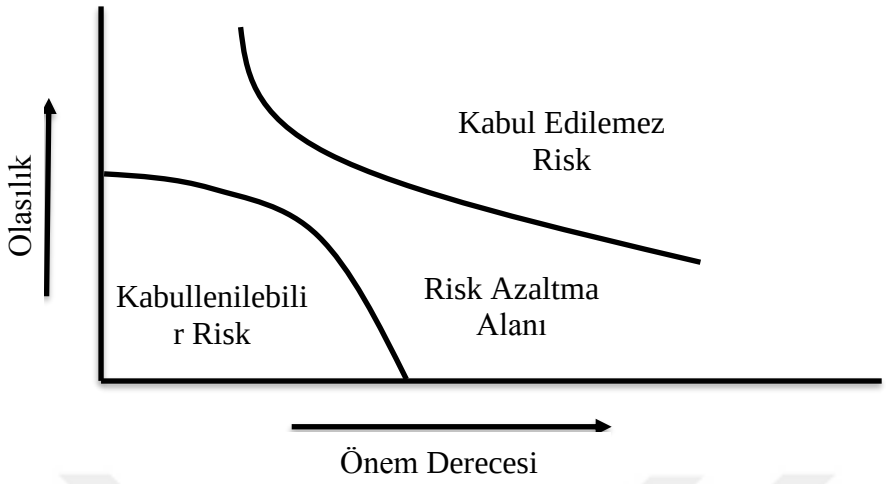
3.1.5. Tüketicilerin Algıladıkları Riskle Başa Çıkma Yolları

Tüketiciler algıladıkları risk düzeylerini makul seviyeye indirgenme, diğer bir deyişle risk düzeyinin minimum seviyeye çekme konusunda kendilerince bazı stratejiler geliştirmişlerdir. Bu stratejileri kullanarak maruz kaldıkları riskten kurtulmayı planlamaktadırlar.

Cox tarafından ev hanımları ile ilgili yapılan çalışmalar raporlanmış her satın alma davranışında algılanan riski azaltmayı amaçlamaktadır. İki ev hanımı ile 40 saatlik görüşmeye dahil edilerek sayısız satın alma davranışı rapor edilmiştir. Temel olarak algılanan riski azaltmanın iki yolu bulunmaktadır. Tüketiciler kararının muhtemel sonuçlarının tahminlerindeki kesinliği arttırmalı veya tehlike miktarını azaltmaları gerekmektedir. Cox tarafından yapılan çalışmada bir şeyler daima belirsizlikleri azaltmaya teşebbüs etmektedir. Risk miktarının azaltılması genel olarak belirsizlik azaltılamayınca başvurulan bir yoldur. Çünkü kaybın azaltılması genellikle söz konusu satın alma sadece tam olarak gerçekleşince başarılabilmektedir. Belirsizliğin azaltılmasında tüketicilerin iki stratejisinin olduğu belirlenmiştir. Bu stratejilerden ilki, satın alma kararının muhtemel sonuçların üzerine bilgi edinmek ve bununla ilgili mevcut bilgilere güvenmek; diğeri ise geçmiş deneyime veya başkalarının deneyimine göre davranmaktır (Cox ve Rich, 1964: 34).

Şekil 3.4'te tüketicilerin karşı karşıya kaldıkları risk durumları görülmektedir.

Şekil 3.4. Tüketicilerin Algıladıkları Risk Bölgeleri



Kaynak: Kirkwood, 1994: 18.

Temel olarak tüketicilerin algıladıkları risk bölgeleri üçe ayrılmaktadır. Bunlar; kabul edilebilir risk, kabul edilemez risk ve risk azaltma alanıdır. Riskin olasılığı ve önem derecesi attıkça riskin kabul edilebilirlik seviyesi düşmektedir. Kabul edilemez risk düzeyi ile kabul edilebilir risk düzeyi arasında kalan bölge risk azaltma alanı olarak ifade edilmektedir (Kirkwood, 1994: 18). Kabul edilebilir risk bölgesinde riskin azaltılması için tahsis edilen kaynakların bir anlamı bulunmamaktadır. Eğer kabul edilemez risk alanındaysa bir alternatif aranmalıdır. Eğer orta bölgeye düşerse, o zaman tüketiciler kaynaklarını riski azaltmaya adamalılardır. Bölgelerin sınırlarındaki durumlar toplumsal yapıdır ve riskin bünyesindeki doğallıkla alakalı değildir (Kirkwood, 1994: 17).

Tablo 3.1'de algılanan riskin türlerine göre algılanan riski azaltma stratejileri tüketiciler ve satıcılar açısından yer almaktadır. Buna göre tüketicilerle satıcıların risk türlerine göre farklı stratejiler geliştirdikleri görülmektedir.

Tablo 3.1. Algılanan Riski Azaltma Stratejileri

Risk Tipi	Risk Azaltma Stratejisi Tüketici	Risk Azaltma Stratejisi Satıcı
Performans	1. Önceki deneyimlere, tüketici test raporlarına, ürünlerin piyasada kullanım süresine veya üretici saygınlığına güvenme 2. Ürünleri satın alma öncesinde deneme	1. Ürünleri satın alma öncesi denemeye izin verme 2. Üçüncü taraflarca bilgi sağlama 3. Teminat, garanti ve/veya geri ödeme ayrıcalığı verme
Finansal	1. Mağazaları karşılaştırma 2. Satın alma hizmet sözleşmeleri 3. Önceki deneyim, teminat ve marka bağlılığına güvenme	1. Gecikmeli ödemeye izin verme ve ulusal kredi kartını kabul etme 2. Taşımanın dahil olduğu rekabetçi fiyatlama yapma 3. Tamirat ve geri ödeme ayrıcalığı verilmesi 4. Taşıma maliyetlerini geri ödeme garantisi verme 5. Tanıtma amacıyla yapılan fiyatlandırmanın düşük veya ücretsiz deneme hakkının sunulması
Zaman Kaybı	1. Satın almanın en uygun/en yakın dağıtımcıdan yapılması veya en kısa sürede teslimatı vaat eden dağıtımcıdan yapılma	1. Teslimatın hızlı olacağını garanti etme 2. Satın alınan ürünlerden başka yerdeki ürün geri dönüşlerine izin vermeyi içeren ürün geri dönüşlerini kolaylıkla kabul etme, 3. Hatalı olan ürünleri ya da memnum olunmayan ürünleri toplama 4. Daha uygun bölgeler/daha uygun kanallar kurma 5. Ürünün daha kolay bulunabilmesi için mağaza yerleşim planı geliştirme
Fiziksel	1. Tüketici test raporlarını, ürün içeriğini veya kullanım talimatını okuma 2. Daha önceki deneyimlere güvenme	1. Üçüncü kişilerin gözlemlerine veya test raporlarına destek verme 2. Tüketicileri uygun ürünün kullanımı konusunda eğitme 3. Potansiyel zararlı etkiler konusunda uyarılar yapma
Sosyal	1. İyi bilinen markaları satın alma 2. Ünlü kişilere özendirme 3. Diğerlerinin (aile, arkadaşlar vs.) düşüncelerine veya gözlemlenen hareketlerine güvenme	1. Prestijli markalar ortaya çıkarma 2. Promosyonlarda ünlü kişileri kullanma 3. Ürünü iyi bilinen satıcılarla ilişkilendirme 4. Bazı ürünlerin algısını iyileştirmek için fiyatların yükselmesi
Psikolojik	1. Önceki deneyimlere güvenme 2. Ünlü kişilere özendirme	1. Geri ödemeyle ilgili ayrıcalıkların sunma 2. Promosyonlarda ünlü kişileri kullanma
Kaynak	1. Üçüncü kişilerin değerlendirmelerine ve satıcıların tasarruf hakkına güvenme	1. Saygın üçüncü taraflarla bağdaşlaştırma 2. Ürünler hakkında tüketicileri eğitme veya karlılık dışındaki amaçlara odaklanıldığını yansıtma

Kaynak: McCorkle, 1990; Settle ve Alreck, 1989; Aktaran: Weathers, 2002: 19.

Tüketicilerle satıcıların risk türlerine göre farklı stratejiler geliştirdikleri görülmektedir. Örneğin; performans riski göz önünde bulundurulduğunda tüketicilerin önceki deneyimlerine, tüketici test raporlarına, ürünlerin piyasada kullanım süresine veya üretici saygınlığına güvenme ve ürünleri satın alma öncesinde deneme gibi stratejiler geliştirmektedir. Satıcılar ise ürünleri satın alma öncesi denemeye izin verme, üçüncü taraflarca bilgi sağlama ve teminat, garanti ve/veya geri ödeme ayrıcalığı verme gibi stratejiler geliştirmektedir. Fiziksel risk ile ilgili tüketiciler, tüketici test raporlarını, ürün içeriğini veya kullanım talimatını okuma ve daha önceki deneyimlere güvenme gibi stratejiler geliştirmektedir. Satıcılar ise üçüncü kişilerin gözlemlerine veya test raporlarına destek verme, tüketicileri uygun ürünün kullanımı konusunda eğitme ve potansiyel zararlı etkiler konusunda uyarılar yapma gibi stratejiler geliştirmektedir.

3.1.6. Algılanan Riskin Ölçümü

Algılanan risk kavramı, literatürde farklı açılardan ele alınmış farklı boyutlarının olduğu ortaya konulmuştur. Jacoby ve Kaplan (1972) ve Kaplan ve diğerleri (1974) riski finansal, performans, psikolojik, fiziksel ve sosyal olmak üzere beş boyutta incelemişlerdir. Yapılmış olan sonraki çalışmalarda Murray ve Schlacter (1990), Stone ve Gronhaug (1993), Cases (2002), Chen ve Chang (2005), Lifen Zhao ve diğerleri (2008), Boshoff ve diğerleri (2011) algılanan risk kavramını finansal, performans, sosyal, fiziksel, psikolojik ve zaman riski olmak üzere altı boyutta incelemiştir. Boshoff ve diğerleri (2011) tüketicilerin algıladığı performans riski ile sosyal risk satın alma niyetini olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. Bu çalışmada marka bilgisinin performans riskinin satın alma niyetine etkisinde aracı rol oynarken, sosyal ve kişisel riskte herhangi bir etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır (Boshoff vd., 2011: 45).

Yeniçeri ve diğerleri literatürde algılanan riski bir bütün olarak almak yerine fonksiyonel, fiziksel, finansal, sosyal, psikolojik ve zaman riski olarak altı boyutta ele almışlardır (Yeniçeri vd., 2012: 147).

Tablo 3.2'de algılanan riski boyutlarıyla inceleyen çalışmalardan bazıları yer almaktadır.

Tablo 3.2. Algılanan Riski Boyutlarıyla İnceleyen Çalışmalar

Çalışmalar		**Algılanan Risk Boyutları**								
Yıl	**Yazar(lar)**	Finansal	Performans	Sosyal	Fiziksel	Psikolojik	Zaman	Kişisel	Mahremiyet	Kaynak
1971	Roselius	X			X	X	X			
1972	Jacoby ve Kaplan	X	X	X	X	X				
1974	Lutz ve Reily		S	X						
1974	Kaplan ve diğerleri	X	X	X	X	X				
1986	Festervand ve diğerleri	S	S				S			
1990	Mccorkle	X	X	X			X			X
1990	Murray ve Schlacter	X	X	X	X	X	X			
1993	Stone ve Gronhaug	X	X	X	X	X	X			
1996	Jarvenpaa ve Todd	X	S	X				S	X	
1999	Korgaonkar ve Volin	S							S	
2002	Cases	X	X	X	X	X	X			
2002	Ha	X	X			X	X			
2004	Laroche ve diğerleri	X	X	X		X	X			
2005	Özer ve Gürpınar	X		X	X	X	X			
2005	Chen ve Chang	X	X	X	X	X	X			
2008	Lifen Zhao ve diğerleri	X	X	X	X	X	X			
2011	Boshoff ve diğerleri	X	X	X	X	X	X			

X: Çalışmanın ele aldığı boyutlar S: Çalışmada önemli bulunan boyutlar

Kaynak: 2000 yılına kadar yapılmış çalışmaların bazıları Lim (2003:220)'den, diğer çalışmalar ise ilgili literatür incelenerek oluşturulmuştur.

Roselius (1971) yapmış olduğu çalışmada zaman kaybı, ego kaybı, para kaybı ve tehlike kaybı olmak üzere dört kayıp türü tanımı yaparak algılanan riskte çok boyutlu bir yapısının olduğunu ortaya koymuştur. Bu kayıplar (Roselius, 1971: 58):

- **Zaman Kaybı:** Ürün bozulduğunda zaman kaybı ve ayarlama, onarma ve yer değiştirmede geçen süre, çaba ve kolaylıklardır.
- **Tehlike Kaybı:** Ürünün bozulması halinde sağlık ve güvenliğin tehlikeye düşmesidir.
- **Ego Kaybı:** Ürünün kusurlu olması ile başkaları tarafından aptal konuma düşürülmesi ya da aptal olduğunu düşündürmesi durumunda ortaya çıkan kayıptır.
- **Para Kaybı:** Ürünün bozulduğunda değiştirilmesinde ya da uygun hale getirilmesinde veya aynı ihtiyacı giderecek yeni bir ürün satın alınması için yapılan harcamalar nedeniyle görülen parasal kayıptır.

Tablo 3.3'te hizmetlerin satın alma durumunda ve kullanma durumunda algılanan risk boyutları örneklendirilerek verilmiştir.

Tablo 3.3. Satın Almada ve Hizmetleri Kullanmada Algılanan Risk

Risk Tipi	Tüketici Endişelerine Dair Örnekler
Fonksiyonel Risk (tatmin etmeyen performans çıktıları)	Daha iyi bir işe girebilmem için gereken eğitimi bu kurstan alabilecek miyim? Bu kredi kartı ile her yerde ve her zaman alışveriş yapabilecek mi? Kuru temizlemeci bu ceketten lekeleri çıkartabilecek mi?
Finansal (parasal kayıp, beklenmeyen maliyetler)	Benim brokerımın önerdiği yatırımı yaparsam para kaybeder miyim? Bu seyahate gidersem beklenmedik masraflar nedeniyle borca girer miyim? Arabamın tamir ettirmek orijinal değerinden daha fazla masrafa neden olur mu?
Geçici Risk (kaybedilen zaman, ertelemelerin sonuçları)	Sergiye girişten önce sıra beklemek zorunda kalınacak mı? Bu restorandaki yemek servisi öğleden sonraki toplantıma geç kalmaya neden olacak kadar yavaş mı? Arkadaşım bizimle kalmaya gelinceye kadar banyonun tamiri bitecek mi?
Fiziksel Risk (kişisel zarar, mülkiyetteki zarar)	Bu tatil yerinde kayak yaparken kendime zarar (yaralanma) verecek miyim? Bu posta paketinin içindekiler zarar görecek mi? Yurtdışına seyahat edersem hastalanacak mıyım?
Psikolojik Risk (bireysel korkular ve duygular)	Uçağın kaza yapmayacağından nasıl emin olabilirim? Danıştığım kişi kendimi aptal hissetmeme neden olacak mı? Doktorun koyduğu teşhis beni üzecek mi?
Sosyal Risk (Diğer kişiler nasıl tepki verecek ve ne düşünecek)	Bu ucuz motelde kaldığımı öğrenirlerse arkadaşlarım ne düşünecekler? Akrabalarım akşam yemeğinde ailemin bir araya gelmesinde seçtiğim restoranı onaylayacak mı? Avukatlık firması seçiminde meslektaşlarım benim seçimimi onaylamayacak mı?
Duyusal Risk (beş duyudan herhangi biri üzerindeki istenmeyen etkiler)	Yatak rahatsız edecek mi? Yan odalardaki misafirlerin gürültülerinden rahatsız olacak mıyım? Odam sigara içmekten kokacak mı? Kahvaltıda kahvenin tadı kötü olacak mı?

Kaynak: Lovelock ve Wright, 1999: 89.

Tablo 3.4'te görüldüğü gibi algılanan risk; psikolojik risk (3 ifade), finansal risk (3 ifade), fiziksel risk (2 ifade), performans riski (4 ifade), sosyal risk (3 ifade) ve zaman riski (3 ifade) olmak üzere altı boyuttan ve 18 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan diğer ifadeler genel olarak değerlendirildiğinde olumsuz ifadelerden oluştuğu görülmektedir. Algılanan risk ölçeği literatürde beşli likert ölçeği ve yedili likert ölçeği şeklinde kullanılmaktadır. Bu çalışma beşli likert ölçeği (1-Kesinlikle Katılmıyorum … ve 5-Kesinlikle Katılıyorum) kullanılarak yapılmıştır.

Tablo 3.4. Algılanan Risk Ölçeğinde Kullanılan Boyutlar ve İfadeler

Psikolojik Risk	1	…… aldığım hizmet beni psikolojik açıdan rahatsız ediyor.
	2	…… aldığım hizmet nedeniyle istemediğim bir endişe hissediyorum.
	3	…… aldığım hizmet beni geriyor.
Finansal Risk	4	…… tercih ederek boş yere para harcadım.
	5	…… hizmeti başka yerden satın alsaydım daha az öderdim.
	6	…… ödediğim ücretin karşılığını alamadığımı düşünüyorum.
Fiziksel Risk	7	…… verilen hizmet nedeniyle farklı sağlık sorunları yaşamaktan korkuyorum/ …… hizmetlerinin tam olarak karşılığını alamamaktan korkuyorum.
	8	…… verilen hizmetler nedeniyle fizyolojik (gerginlik, baş ağrısı, sinir vs.) rahatsızlıklar yaşamaktan korkuyorum.
Performans Riski	9	…… gerektiği gibi bir hizmet aldığımı düşünmüyorum.
	10	…… müşterisi olarak beklediğim faydaları sağlayabildiğimi düşünmüyorum.
	11	…… hizmetlerinin güvenilir ve sağlam olduğunu düşünmüyorum.
	12	…… paramı/sağlığımı kaybetme endişesi duyuyorum.
Sosyal Riski	13	…… hizmet almak çalışma arkadaşlarımın arasında itibarımın artmasını sağlıyor.
	14	…… hizmet aldığım için çalışma arkadaşlarım gösteriş yaptığımı düşünüyor.
	15	…… hizmet aldığım için değer verdiğim bazı arkadaşlarım aptalca davrandığımı düşünüyor.
Zaman Risk	16	…… aldığım hizmeti vakit kaybı olarak görüyorum.
	17	…… aldığım hizmetler nedeniyle üzerimde çok fazla zaman baskısı hissediyorum.
	18	…… hizmetlerini alırken çok fazla vakit harcamaktan korkuyorum.

Kaynak: Stone ve Gronhaug (1993)'dan uyarlanmıştır.

Algılanan risk kavramını ölçmek amacıyla literatürde yer alan Stone ve Gronhaug (1993)'un çalışmalarında kullanmış oldukları algılanan risk ölçeği sağlık sektörüne uyarlanmıştır. Literatürde aynı boyutlar kullanılarak yapılan çalışmalar ürünler (Akturan, 2007; Pope, 1999) ve hizmetler (Chang ve Liu, 2011; Halapete, 2007; Laroche vd., 2004; Cunningham ve Young, 2002) için yapılmış tüketicilerin risk algılarını ortaya koyan çalışmalardan bazılarıdır.

3.2. Algılanan Değer Kavramı

Değer ürünlerin ortaya çıkardığı toplam faydayı ifade etmektedir. Müşterilerin almış oldukları mal veya hizmetlerden algıladıkları değer müşterilerin istek ve ihtiyaçlarına göre değişiklik gösterebilmektedir. İşletmeler müşterilerine değer sağlarken sadece ürünü değil tüketicilerin tecrübelerini de göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (Başaran Alagöz vd., 2004: 26).

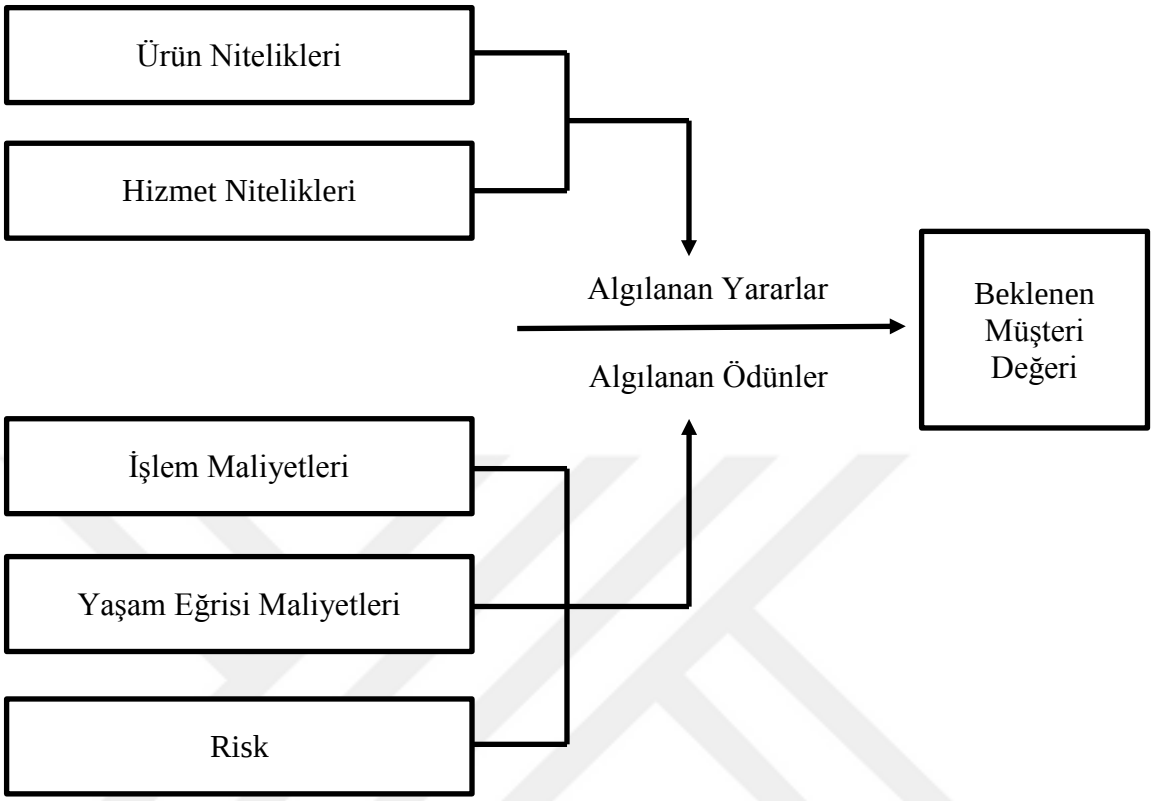
Yararları ve ödünleri müşteriler belirlediğinden işletmeler açısından bu ödün ve beklentilerin her biri ayrı bir öneme sahiptir. Algılanan yararlara yönelik müşteri beklentilerini ürün ve hizmetlerin nitelikleri oluşturmaktadır. Algılanan ödünleri ise işlem maliyetleri, yaşam eğrisi maliyetleri ve risk oluşturmaktadır. İşlem maliyetleri genel olarak ön plana çıkan faktördür. Diğer faktörler ise müşterilerin beklentilerine ve algılarına yoğun bir şekilde bağlı olduğu bilinmektedir (Odabaşı, 2000: 52).

Algılanan değer; fiyat, kalite, miktar, faydalar, harcama gibi birçok algıdan türetilmiş çok boyutlu bir yapıyı ifade etmektedir. Bu boyutlar belli ürün kategorilerinde yapılabilmektedir (Altıntaş, 2000: 108). Müşteri değeri, satın alınan mal ve hizmetlere ilişkin müşterilerin katlanmaları gereken durumlar ile elde ettikleri yararlar arasındaki ilişkidir (Selvi, 2007: 137).

Algılanan değer, hizmetlerin merkezi bir karakteristiği olup hizmetlerin deneyimi veya süreci esnasında hizmetlerin çıktısı olarak biçimlendirilen kavramdır (Lemmink vd., 1998: 162).

Şekil 3.5'te müşteriler için değerin unsurları yer almaktadır.

Şekil 3.5. Müşteriler İçin Değer Unsurları



Kaynak: Odabaşı, 2000: 52.

Her ne kadar değer olgusunu açıklamaya çalışan çalışmalarda cevaplayıcıların çoğunda değer izlenimi farklılaşsa da kalitenin değer algılamaları üzerinde etkisinin bulunduğu konusunda fikir birliği bulunmaktadır. Zeithaml yapmış olduğu keşfedici çalışmasında tüketici değer algılamaları ile ilgili dört tanım yapmıştır. Bu tanımlar (Zeithaml, 1988: 13):

a) "Değer düşük fiyattır." Cevaplayıcıların bazıları değer kavramını düşük fiyatla eşit tutmaktadırlar. Tanımlamayı bu şekilde yapanlar değer algılarında vermekten vazgeçecekleri paranın en çarpıcı unsur olduğunu ifade etmektedirler. Tanımlamayı bu şekilde yapan cevaplayıcıların kendi ifadeleri şunlardır:
   - Satışta olan şeylerde değer fiyattır.
   - Kupon kullanabildiğimde hissettiğim şey değerdir.
   - Değer düşük fiyat anlamına gelmektedir.

b) “Bir üründe istediğim her şey değerdir.” Bazı cevaplayıcılar en önemli değer bileşeni olarak ürünlerden elde ettikleri faydayı vurgulamaktadırlar. Tanımlamayı bu şekilde yapan cevaplayıcıların kendi ifadeleri şunlardır:

- Değer birey için iyi olan şeydir.
- Değer benim için uygun olandır.

Bu ikinci tanım iktisatçıların fayda tanımı ile temel olarak aynıdır. Yani değer kullanışlılığın öznel ölçümü ya da tüketimden kaynaklanan tatmindir.

c) “Değer ödediğim fiyat için elde ettiğim kalitedir.” Bazı cevaplayıcılar değeri fiyat ve kalite bileşenleri arasındaki bir ticaret olarak ifade etmektedirler. Tanımlamayı bu şekilde yapan cevaplayıcıların kendi ifadeleri şunlardır:

- Değerin birinci bileşeni fiyattır; ikinci bileşeni ise kalitedir.
- En düşük fiyat kaliteli bir marka için değerdir.
- Değer kalite ile aynıdır.

d) “Değer verdiğim şeyler karşılığında elde ettiğim şeydir.” Son olarak bazı cevaplayıcılar değeri, verilen şeylerin bileşenlerinin yanı sıra elde edilen şeylerin bileşenleri arasındaki ilişki olarak tanımlamışlardır. Tanımlamayı bu şekilde yapan cevaplayıcıların kendi ifadeleri şunlardır:

- En az para ile en iyisi hangisiyse onu yapmaktır.
- Değer elde etmek istediğin şeyler için ödediğin şeylerdir.
- Değer fiyattır ve israfın olmadığı sahip olunan tek porsiyondur.

3.2.1. Algılanan Değerin Ölçümü

Literatürde algılanan değer ile ilgili çalışmalar genel olarak dört boyut üzerine odaklanmıştır. Bu boyutlar duygusal değer, sosyal değer, ekonomik değer ve fonksiyonel değerdir.

Sweeney ve Soutar (2001) tarafından yapılmış olan çalışmada duygusal değer, ekonomik değer, sosyal değer ve fonksiyonel değer boyutlarını kullanmışlardır.

Duygusal değer, bir ürünün oluşturduğu duygulardan elde edilen faydayı ifade etmektedir. Sosyal değer, ürünlerin sosyal benlik kavramını artırabilme becerisinden elde edilen faydadır. Ekonomik değer (parasal/maddi değer), bir üründe kısa ve uzun dönemli maliyetleri azaltmasından kaynaklanan faydadır. Fonksiyonel değer (performans/kalite), ürünlerin algılanan kalitesi ve beklenen performansından kaynaklı faydadır (Sweeney ve Soutar, 2001: 211). Bu çalışmada duygusal değer, ekonomik değer ve fonksiyonel değer boyutları kullanılmıştır.

Algılanan değerin ölçülmesinde literatürde yer alan Lee ve diğerleri (2011: 82) yılında yapmış oldukları çalışma göz önünde bulundurularak oluşturulmuştur. Algılanan değer ölçeği duygusal, fonksiyonel ve ekonomik boyut olmak üzere 3 boyuttan (19 ifadeden) oluşmaktadır.

Tablo 3.5'te algılanan değerin ölçülmesinde kullanılan boyutlar ve ifadeler yer almaktadır.

Tablo 3.5. Algılanan Değer Ölçeğinde Kullanılan Boyutlar ve İfadeler

Duygusal Değer	1	Bu hastane ziyaret etmekten hoşlandığım iyi bir yerdir.
	2	Bu hastane iyi kalitede hizmet sunan bir yerdir.
	3	Bu hastaneyi ziyaret ettikten sonra, kendimi enerjik zinde hissettim.
	4	Bu hastaneyi ziyaret etmek beni memnun eder.
	5	Bu hastaneyi ziyaret ederken oldukça rahattım.
	6	Bu hastaneyi ziyaret ederken iyi hizmet aldım.
	7	Hizmet sunum süreçleri göz önünde bulundurulduğunda bu hastane iyi organize edilmişti.
	8	Bu hastaneyi ziyaretim kendimi daha iyi hissettirdi.
	9	Bu hastaneyi ziyaretimin değeri beklediğimden daha büyüktü.
Fonksiyonel Değer	10	Bu hastaneyi ziyaretim ile bilgi birikimim ve anlama yetim gelişti.
	11	Bu hastaneyi ziyaretimden dolayı gurur duyuyorum.
	12	Bu hastane benim ziyaret etmek istediğim bir yerdi.
	13	Bu hastaneye gidişim beklediğimden daha güvenli oldu.
	14	Bu hastaneyi ziyaretim kıymetliydi ve buna değerdi.
Ekonomik Değer	15	Diğer hastanelerle karşılaştırıldığında bu hastaneden alınan hizmet harcanan paranın karşılığı değerdedir.
	16	Fiyat ve giderler göz önünde bulundurulduğunda, bu hastaneden hizmet almanın iyi bir karar olduğunu düşünüyorum.
	17	Bu hastaneden hizmet almak makul fiyatlıydı.
	18	Bu hastaneden hizmet almak ekonomik, az masraflıdır.
	19	Hastane giderleri göz önünde bulundurulduğunda bu hastaneye alınan hizmet verilen ücrete değerdi.

Kaynak: Lee vd. (2011: 82)'den uyarlanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

MÜŞTERİ/HASTA MEMNUNİYETİ VE DAVRANIŞSAL NİYET

Çalışmanın dördüncü bölümünde araştırmanın teorik alt yapısını ve araştırma modelinin temelini oluşturan müşteri/hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet (sadakat) konularına yer verilmiştir. Bu bölümde müşteri/hasta memnuniyeti kavramı, sağlık işletmelerinde memnuniyet, sağlık hizmeti alan hastaların hizmet sunucusundan beklentileri, tüketici davranışlarını (hasta memnuniyetini) etkileyen faktörler, müşteri memnuniyetinin ortaya çıkmasına yönelik kuramsal tartışmalar, müşteri (hasta) memnuniyeti ölçme teknikleri, müşteri memnuniyeti literatür taraması, hasta memnuniyetinin ölçümü, davranışsal niyet kavramı, davranışsal niyet boyutları, davranışsal niyet literatür taraması, davranışsal niyetin ölçülmesi gibi konular üzerinde durulmuştur.

4.1. Müşteri/Hasta Memnuniyeti Kavramı

Tüketici, pazarlama bileşenlerini satın alan veya alma potansiyeli olan, kişisel istek, arzu ve ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla mal ve hizmet talebinde bulunan mal, hizmet veya nihai hizmet kullanıcılarıdır (Gülmez ve Dörtyol, 2013: 350). En genel tanımla müşteri; ikili olarak ilişkide bulunulan ve sorumlu olunan, tutum ve davranışlardan etkilenen, ikinci ve üçüncü derece kişi, kurum veya kuruluşlara verilen isimdir (Engiz,1997: 61). Sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin üretim ve sunum sürecine katılan tüm birey ve kurumlara müşteri adı verilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:490). Sağlık kurumlarında müşteri hastalardır. Sağlık kurumlarında sağlık hizmetinin alıcısı konumunda bulunanlar içerisinde ilk akla gelen grup hastalardır.

Hasta, sağlık kurumunda üretilen ve sunulan hizmetten haberdar olan ve bu hizmetten yararlanma imkanı olan veya yararlanmış kişilerin genel adıdır (Tengilimoğlu, 2014: 61).

Modern yönetim yaklaşımlarında bir organizasyon içerisinde görev alıp çalışan bireylerin profesyonel tutum ve davranışları açısından sorumlu olunan üç temel müşteri grubu literatürde yer almaktadır. Bunlar (Tengilimoğlu, 2014: 61):

- **Global Müşteri:** Mal veya hizmetlerden dolaylı olarak etkilenen kişi ya da kuruluşları ifade etmektedir. Sağlık kurum ve kuruluşlarının sunulduğu bölgede ve dış ülkelerde yaşayan insanlar ve organizasyonlar global müşteri grubunda yer almaktadır.
- **Dış Müşteri:** Mal ve hizmetleri kullanan veya birinci derecede etkileşimde olunan kişi, kurum veya kuruluşlardır.
- **İç Müşteriler:** Mal veya hizmet üretim sürecine katılan faaliyetlerin yerine getirilirken etkileşimde bulunulan kişi, kurum veya kuruluşlardır.

Tablo 4.1'de sağlık kurumlarındaki global müşteri, dış müşterileri ve iç müşterileri yer almaktadır. Global müşteri grubunu toplum, tıbbi etik, sağlık bakanlığı oluşturmaktadır. Dış müşteri grubunu hastalar, hasta ailesi ve çevresi, refakatçiler ve ziyaretçiler, eczaneler, devlet ve diğer sağlık kuruluşları oluşturmaktadır. İç müşteri grubunu ise sağlık kurumunda çalışanlar (doktorlar, hemşireler vb.), pay sahipleri ve danışmanlar oluşturmaktadır.

Tablo 4.1. Sağlık Kurumlarındaki Dış Müşteriler ve İç Müşteriler

Global Müşteri	Dış Müşteri	İç Müşteri
Toplum Tıbbi etik Sağlık Bakanlığı	Hastalar Hasta ailesi ve çevresi Refakatçiler ve ziyaretçiler Eczaneler Devlet Diğer sağlık kuruluşları	Sağlık kurumunda çalışanlar (Doktorlar, Hemşireler vb.) Pay sahipleri Danışmanlar
Kaynak: Engiz,1997: 61	Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:491.	

İç müşteriler birlikte çalışılan bireyler diğer departmanlar olarak düşünülebilmektedir (Leebov ve Eroz, 1991: 6). İç müşteriler, dış müşterilere nihai ürünlerin sunulmasında görevli olan işletme içerisindeki çalışanlardır. Dış müşteri, sunulan mal ya da hizmetleri nihai olarak kullanan kişiler olarak ifade edilmektedir (Akın Acuner, 2004: 27).

İşletmedeki bütün çalışanların müşteri olarak birlikte çalıştıkları kişiler vardır. Birlikte çalışan bireyler arasındaki ilişkilerin, iş yaşamlarının kalitesi ve dış müşterilerle ilişkiler üzerinde güçlü bir etkisinin olduğu bilinmektedir (Kaya, 2005: 64). Hastalara sunulan hizmetlerin kalitesini bütünüyle iç müşterilerin ve tedarikçilerin bağlantıları içerisinde sunulan hizmetin kalitesine bağlıdır. İşletme açısından çok önemli olan bu öğeye kalite zinciri denmektedir. Kalite zinciri içerisinde yer alan hastanenin her bir departmanındaki bireyler hem müşteri olabilmekte hem de tedarikçi haline gelebilmektedir. Hastaların memnuniyetini sağlayan etken bu zincirin bağlantıları arasındaki güçtür (Roberts, 1993: 28). Örneğin eczane bölümünün başlıca müşterilerinden biri hemşirelerdir. Hemşireler de hastalara zamanında doğru dozda ilaç vermekle yükümlülerdir. Bu zorunluluktan dolayı eczanenin yöneticisi hastaların ihtiyaçlarını karşılayamayacak ilaç dağıtım sistemine sahipse hemşireler de hastaların ihtiyaçlarını karşılayamaz. Bu durumda hemşirelerin ya hastalarına zamanında ilaç verememelerine ya da ilaç temin etmek için kendi yöntemlerini geliştirmelerine sebep olabilir. Hemşireler çok miktarda ilaç stoklamadıklarında hemşirelik biriminden birini eczaneye gönderebilirler. Her iki durum için de iş yapmanın maliyeti artacaktır. Hemşirelerin memnuniyeti azalacak, hastaya zamanında ilaç verilmesi ve hastanın memnun edilmesi güçleşecektir (Leebov ve Eroz, 1991: 7).

Kalite yönetimini benimseyen her işletme her adımda müşteri ihtiyaçlarını ve taleplerini karşılayacak ‘en uygun maliyet’ stratejilerini belirlemek için işletme bünyesindeki tedarikçi-müşteri zincirindeki tüm oyuncuları bağlantılı hale getiren süreçler oluşturması gerekmektedir. İç müşteriler açısından değerlendirdiğimizde; birincil olarak işletmedeki faaliyetlerin gerçekleştirilebilmesi için ihtiyaç duyulan beşeri kaynaklar potansiyel müşterilerdir. İkincil olarak da makro çevrenin işletmeden beklediği ürün ya da hizmetleri üretmeye aday personellerin faaliyet alanlarının belirlediği sınırlara ve rollere uyması gerekmektedir (Halis, 2004: 18).

İç müşteriler ve dış müşteriler ürün ya da hizmetlere ilişkin beklentileri karşılandığında belli bir doyuma ulaşmaktadır (Krajewski vd., 2014: 178). Müşterilerin beklentileri karşılanmadığında kalite zarar görmektedir. Kalite iyileştirme çabalarına rehberlik edilmesi için hem iç müşteri hem de dış müşteri kavramları kullanılarak da doğru şeyler yapıldığında kalite artacaktır (Leebov ve Eroz, 1991: 7). Bazen işletmeler sadece dış müşteri grubunun nezaket, saygı ve sevecenliği artırma ihtiyacını vurgularlar. Halbuki iç müşteriler de aynı etkileşimi hak ederler (Kaya, 2005: 64). İşletmede bu etkileşimin olması kalite konusunda katkıları olacaktır. Memnuniyet için hizmet sunan çalışanın yaptığı işten, hastalarından ve çalışma arkadaşlarıyla ilişkilerinin iyi gerekmektedir. Hizmet sunumu esnasında bir çalışan, diğer bir çalışanı memnun edilmesi gereken bir hastası gibi görürse çalışma ortamında karşılıklı memnuniyet ortaya çıkabilecektir. Bu durum da çalışanların iş doyumunu artıracak hizmetlerdeki verimliliğin artmasını sağlayacaktır (Uz, 1997: 125).

İç müşterilerin ve dış müşterilerin aldıkları hizmetlere dair beklentileri karşılandığında ya da bu beklenti aşıldığında müşteri memnuniyeti oluşmaktadır (Krajewski vd., 2014: 178).

4.1.1. Sağlık İşletmelerinde Memnuniyet

Müşteri memnuniyetinin temelini toplam kalite yönetimi oluşturmakla birlikte daha önceleri pazarlama kuramcıları tarafından sosyal ve psikolojik açılardan incelenmiştir (Vavra, 1999: 32). Müşteri tatmini kavramı uygulamada ve düşüncede pazarlama literatüründe merkezi bir konumdadır. Tatmin pazarlama aktivitelerinin önemli bir sonucu olması ve müşterilerin yeniden satın alma davranışının oluşmasına sebep olmaktadır. Bu durum da marka sadakatine yol açmaktadır (Churchill ve Surprenant, 1982: 491).

Memnuniyet birçok faktörle ilişkili olan kompleks bir kavramdır. Bu faktörler; yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekten beklentiler, bireysel ve toplumsal değerleri içermektedir (Tarım, 2009: 69). Tanımlamalar memnuniyetin belli bir konuya ilişkin olması bakımından değişiklik gösterebilmektedir. Bunlar (Bozkurt, 2016: 31):

- Bir üründen duyulan memnuniyettir.
- Satın alma kararından sonra yaşanan tecrübeden duyulan memnuniyettir.
- Mal ya da hizmetin özelliklerinden duyulan memnuniyettir.
- Bireylerin tüketim durumlarından duyulan memnuniyettir.
- Bir işletmeden duyulan memnuniyettir.
- Satın alma öncesinde yaşanan deneyimden duyulan memnuniyettir.

Memnuniyetin bir kontrol ve revizyon işlemi olduğu bilinmektedir. Kontrol kavramını fiili durumla reel durum arasındaki farkın tespit edilmesi olarak değerlendirdiğimizde, memnuniyet; herhangi bir mal, hizmet ya da ilişkiden beklentileri ile mevcut mal, hizmet ve ilişkinin müşteri beklentilerini karşılayabilme durumu arasındaki farkın pozitif olmasıdır. Kontrol işleminde ortaya konulan açık genellikle kantitatif olarak ifade edilmektedir. Ancak beklentilerle algıların karşılaştırılması sonucunda farkın genel olarak ölçülemez olduğu bilinmektedir (Halis, 2004: 28).

Mal ve hizmetler tüketicilerin beklentilerine uyarsa memnuniyet ortaya çıkmaktadır. Tüketicilerin memnun olmama durumu ise beklentilerle sonuç arasında fark oluştuğunda ortaya çıkmaktadır. Ürünlerin performansları tüketicilerin beklentilerinden daha iyi ise olumlu bir karşılanma vardır. Bu durum tüketicinin oldukça memnun olduğunu ve kullanmış olduğu mal veya hizmeti yeniden kullanmak isteyebileceğini göstermektedir. Ürünlerin performansı tüketicinin beklentilerinden az ise olumsuz karşılanma ortaya çıkmaktadır. Bu durumda tüketicilerin kullandıkları mal veya hizmetlerden memnun olmadıkları ve alternatif ikame ürünleri tercih edecekleri anlamına gelmektedir. Mal veya hizmetlerle ilgili algılamalar tam olarak beklentilerle buluştuğunda, tüketicilerin beklentilerini karşılamış olacaklardır (Demir ve Kozak, 2013: 195).

Müşteri memnuniyeti, mal ve hizmetleri kullandıktan sonra müşterilerin bilişsel ve duygusal olarak yapmış oldukları değerlendirmeleri barındıran tüketici yargılarına verilen isimdir (Saydan, 2010: 110).

İşletmelerin müşteri ihtiyaçları ile ilgili bir defa karşılandığında biteceğini düşünmeleri doğru değildir. Çünkü müşterilerin ihtiyaçlarında bir süreklilik söz

konusudur. Bu nedenle müşteri memnuniyeti ulaşılması zor bir dinamik olarak karşımıza çıkmaktadır. Başka bir değişle, geçmişte mal ya da hizmet almış ve memnun kalmış müşterilerin gelecekte de memnun kalacakları anlamına gelmemektedir. Dolayısıyla müşteri ihtiyaçlarının ilerleyen zamanlarda da karşılanması, müşterilerin alışkanlık ve tercihlerindeki değişimlerin takip edilmesi, bu değişimleri karşılamak için gerekli teknolojilerin edinilmesi, teknolojik gelişmelere ayak uydurulması gerekmektedir (Tekin ve Zerenler, 2012b: 211).

Memnuniyet sürecinin özünü, beklenen ve algılanan ile mal ve hizmetin performansı arasındaki karşılaştırma oluşturmaktadır. Bu sürece geleneksel olarak uyum çelişki süreci adı verilmektedir. Oliver (1980) beklentilerin müşterilerin deneyimlerini ölçmede kullanılabilecek bir araç olduğunu ileri süren ilk araştırmacıdır (Vavra, 1999: 58). Oluşturulan modelde "onay", "uyum" ve "çelişki" mantığı kullanılmaktadır. Algılanan performans beklentileri karşılıyorsa beklentilerle performans arasında uyum olduğu sonucuna varılabilmektedir. Algılanan performans beklentileri aşıyorsa beklentilerin onaylandığı diğer bir ifadeyle olumlu bir çelişki ile pekiştirildiği sonucuna varılabilmektedir. Algılanan performans beklentilerin gerisinde kalıyorsa beklentileri ile performans arasında bir çelişkinin olduğu sonucuna varılabilmektedir (Vavra, 1999: 59).

Hem sağlık hizmetlerinin yapısından hem de sağlığın kavramının karmaşıklığından kaynaklı olarak bazen memnuniyetsizlik ortaya çıkabilmektedir. Örneğin kemoterapi alan bir kanser hastasının ya da aşı olan bir çocuğun müdahaleler esnasında, hatta müdahalenin sonrasında yapılan işlemlerden memnun kaldığı söylenememektedir. Ama hizmetin sunulmasından dolayı toplumun genelinin elde edeceği kazançlar, özellikle pozitif dışsallıkları olan müdahaleler göz önünde bulundurulduğunda bu tür memnuniyetsizliklerin ihmal edilerek verimlilik, etkinlik gibi unsurların gerçekleşmesinin önemi yadsınamayacaktır. Ancak sağlık hizmeti sunumunda karşılaşılan en istenilmeyen durumda bile hastaların memnun edilmesi en ideal olanıdır (Uz, 1997: 125).

Sağlık kurumlarında hasta tatminini önemli kılan nedenler şunlardır (Tengilimoğlu, 2013: 49-50):

- Hastaların tatmin olması sağlık hizmetlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.
- Tatmin sağlık hizmetlerinin yapısının, süreçlerinin ve sonucunun irdelenmesini sağlamaktadır. Bunlar hakkında bilgi sağlamaktadır.
- Hasta tatmini ölçüm sonuçları, örgüte bir ayna görevi yaparak kurum ve kuruluşların kendilerini değerlendirmelerini sağlamaktadır.
- Tatmin düzeyi hastaların davranışları üzerinde etkilidir.
- Maliyetleri azaltıcı bir etkendir.
- Hasta sadakatini sağlamaktadır.
- Hastaların memnun olması, sağlık kuruluşlarının üstün veya zayıf yönlerinin ortaya koymalarına yardımcı olmaktadır.
- Hizmetlerden memnun olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uyma eğilimi gösterirler.
- Sağlık hizmetlerinden memnun olan hastalar, ihtiyaç duyduklarında yine aynı sağlık kurumunu tercih ettikleri görülmektedir. Memnun kalmayan hastalar ise hastane hizmetlerine ilişkin deneyimlerini başkalarıyla paylaşmaktadırlar.
- İşletme ve işletmenin ürettiği hizmetlerle ilgili pozitif düşünceler beslenilmesinden kaynaklı olarak işletmenin olumlu bir imaja sahip olmasına katkıda bulunmaktadır.
- İşletmenin ürettiği diğer hizmetlerden/ürünlerden de satın alma eğilimi gösterirler.
- Rakip işletmelerin markalarına, ürünlerine karşı duyarlılıkları daha azdır.

Bu çalışmada müşteri tatmini ve müşteri memnuniyeti, hasta tatmini ve hasta memnuniyeti kavramları eşanlamlı olarak kullanılmıştır.

4.1.2. Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Hizmet Sunucusundan Beklentileri

Müşterilerin istek ve gereksinimlerinin neler olduğunun belirlenmesi operasyonel yönetim açısından yöneticiler için son derece önemli bir pazarlama bilgisidir. Hem süreçlerin hem de mal ve hizmetlerin tasarlanması açısından müşterilerin istek ve ihtiyaçlarının doğru şekilde belirlenmesi, sağlıklı bir strateji

oluşturmanın temelini oluşturmaktadır. Genellikle müşterilerin satın aldıkları mal ve hizmetlerden beklentileri altı başlık altında toplanmaktadır. İlk üç unsur müşteri memnuniyetine yol açan ve sürekli iyileştirmeye ihtiyaç duyulan unsurlarken diğer üç unsurun düşürülmesi müşteriler tarafından işletmenin mal ve hizmetlerini tercih sebebi olacaktır. Bunlar (Tarım vd., 2011: 129-130):

- **Kalite,** mal ve hizmetlerin diğer benzerlerine nispeten tercih edilmesine sebep olan bir kriterdir.
- **Esneklik,** müşteri istek ve ihtiyaçlarıyla uyumlu ürün yelpazelerinin (çeşitliliklerinin) olmasını ve üretim sisteminin yeni ürünlere adapte olmasının kolay olmasını ifade etmektedir.
- **Hizmet,** sunulan ürünlerin nasıl sunulduğu ve destek hizmetlerinin nasıl sağlandığı müşterilerin tercihlerini belirlemede önemli rolü vardır.
- **Maliyetler,** gereksinimlerin minimum maliyetle karşılanması işletmeyi tercih sebebidir.
- **Reaksiyon süreleri,** müşteri isteklerinin ne kadar sürede karşılandığını ifade etmektedir. Mal ve hizmetlerin temin süresinin düşük olması müşterilerin beklentileri arasındadır.
- **Değişkenlik,** teknolojik gelişmeler dikkate alındığında değişkenliklerin az olması işletmeye avantaj sağlayacaktır. Mal ve hizmetlerin değişkenliklerin düşük olması müşterilerin beklentileri arasındadır.

4.1.3. Tüketici Davranışlarını (Hasta Memnuniyetini) Etkileyen Faktörler

Tüketici davranışlarını (hasta memnuniyetini) etkileyen faktörler, bireye (hastaya) ilişkin faktörler ve hizmet verenlere ilişkin faktörler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bireye (hastaya) ilişkin faktörler; yaş ve cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum, gelir düzeyi ve sosyal sınıf, yaşam biçimi ve kişilik, aile ve kültür'dür. Hizmet verenlere ilişkin faktörler ise personel - hasta etkileşim (hekim - hasta ilişkisi hemşire - hasta ilişkisi - diğer sağlık personeli hasta ilişkisi), hizmet ortamı (fiziksel ve çevresel koşullar beslenme hizmetleri), bürokrasi, ücret, mahremiyet, bilgilendirme ve güven'dir.

4.1.3.1. Tüketici Davranışlarının Bireye (Hastaya) İlişkin Faktörleri

İşletme yöneticileri, hedef pazarlarının kimlerden oluştuğunu ve mal ve hizmetlerin kimler tarafından satın alındığını sorularını cevaplayabilmek için tüketici pazarının genel ve yapısal özelliklerinin bilmesi gerekmektedir. Tüketici pazarı bireysel ve ailesel ihtiyaçların tatmin edilmesi için karşılamak için mal veya hizmetleri satın alanların oluşturdukları piyasadır (Korkmaz vd., 2009: 248).

4.1.3.1.1. Yaş ve Cinsiyet

İnsanların farklı yaşlarda farklı hayat tarzları bulunmaktadır. Yiyecek, giyecek, mobilya, eğlence gibi ihtiyaçlar tüketicilerin yaşlarıyla orantılı olarak değişiklik göstermektedir (Marangoz, 2014: 152).

Yaşa ve cinsiyete bağlı olarak insanların yakalandıkları hastalıklar, ihtiyaç duydukları sağlık hizmeti de farklılık göstermektedir.

4.1.3.1.2. Eğitim Düzeyi ve Medeni Durum

Eğitim, bireyin davranış kalıplarının belirlenmesinde önemli bir faktördür. Eğitim sayesinde bireylerin olayları ve durumları kavrama kabiliyetleri gelişmektedir. Buna bağlı olarak tüketicilerin alışkanlıkları ve beklentileri değişmektedir. Bunlara ek olarak tüketicilerin tutumları da değişmektedir (Altunışık vd., 2006: 72).

Medeni durum satın alma davranışlarını etkileyen diğer bir faktördür. Evli olan bir tüketici ile evli olmayan bir tüketicinin tüketim davranışları istek ve ihtiyaçları farklılık göstermektedir (Tengilimoğlu, 2014: 70). Bireyler medeni durumlarına göre sağlık ihtiyaçları açısından da farklılık göstermektedir.

4.1.3.1.3. Gelir Düzeyi ve Sosyal Sınıf

Tüketicilerin gelir düzeyleri onların satın alma davranışlarını ve memnuniyet düzeylerini etkileyen faktörlerden biridir. Gelirin büyük olması satın alma davranışlarına gelir düzeyinin düşük olması harcama düzeyinin düşük olması harcamaları kısmaya sebep olmaktadır. Dolayısıyla satın alma davranışından kaçınmayı ya da satın alma şeklini değiştirmeyi beraberinde getirdiği bilinmektedir (Altunışık vd., 2011: 52). Gelirle birlikte sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaçlar sosyal güvence kapsamında olması sağlık hizmetlerine olan talep üzerinde etkilidir. Sosyal güvencesi olan hastaların ücretli hastalara nispeten sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıkları bilinmektedir. Sağlık bakanlığı verilerine göre sağlık güvenlik kapsamının genişletilmesi sonucunda sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuru oranlarını 2'den 6,28'e çıkarmıştır (Tengilimoğlu, 2014: 71).

Bireylerin fiziksel ihtiyaçlarının dışında refah düzeyinin artırılması, diğer insanlar tarafından fark edilmek ve takdir edilmek, kişisel seçimlerini ve alternatiflerini genişletmek gibi ihtiyaçları da ortaya çıkabilmektedir. Kişiler bu ihtiyaçları bulundukları sosyal sınıf içerisinde giderirler. Daima üst düzey sosyal sınıfa geçme isteğinin nedeni ise bu ihtiyaçların orada daha kolay giderileceğine inanmalarıdır. Hastalara verilen hizmetlerde de bu ihtiyaçlara dikkat edilmeli ve gerekirse bu ihtiyaçların tatmini de sağlanmalıdır (Engiz, 1997: 63).

4.1.3.1.4. Yaşam Biçimi ve Kişilik

Benlik kavramının bir yansıması olarak tanımlanan yaşam biçimi aslında bireylerin nasıl yaşadığıdır. Benlik kavramının bireylerin yaşam biçimlerinin temelini oluşturduğu söylenebilir. Tüketicilerin satın alma kararlarını etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır (Odabaşı ve Barış, 2017: 218-219).

Kişilik; bireylerin kendilerine özgü olan biyolojik ve psikolojik özelliklerdir. Yaşam biçimi bireylerin uğraşları, ilgi alanları, nasıl zaman geçirdiği düşünce biçiminin yansımasıdır. Yaşam biçimi kişiliğin bir parçasıdır. Kişilerin pazardan aldıkları mal ve hizmetlerle yaşam tarzları arasında önemli bir ilişki vardır. Belli bir yaşam tarzına sahip olan bireyler belli mağazalardan alış veriş yapmaktadır. Sağlık

hizmetlerini de belirli sağlık kurumlarından ve hekimlerden almaktadırlar. Sağlık kuruluşlarının hastanın gözünde önemli bir konumu bulunmaktadır (Tengilimoğlu, 2014: 82-83).

4.1.3.1.5. Aile ve Kültür

Aile bir danışma grubu olarak kabul edilmektedir. İnsanların satın alma davranışları aileden aldıkları özelliklerle küçük yaşlardan itibaren şekillenmektedir. Bu özelliklerden kaynaklı olarak satın almaya karar veren kişilerle satın alan kişiler farklı olabilmektedir. Kimi ailelerde ise bu etkileşim çok fazla olabilmektedir (Yükselen, 2015: 116). Öğrenme ailede başlamakta ve kimi ailelerde bu etkileşim düzeyi düşük olsa da pek çok karar aile içerisinde alınmaktadır. Aileler kültür taşıyıcısı olarak karşımıza çıkmaktadır (İslamoğlu ve Aydın, 2016: 93).

Hastaların tek başlarına birer tüketici olarak düşünülmemesi gerekir. Hasta tatmininin sağlanması için gerekenlerden biri de hastaya sunulan hizmetin hasta yakınları tarafından beğenilmesidir (Engiz, 1997: 64).

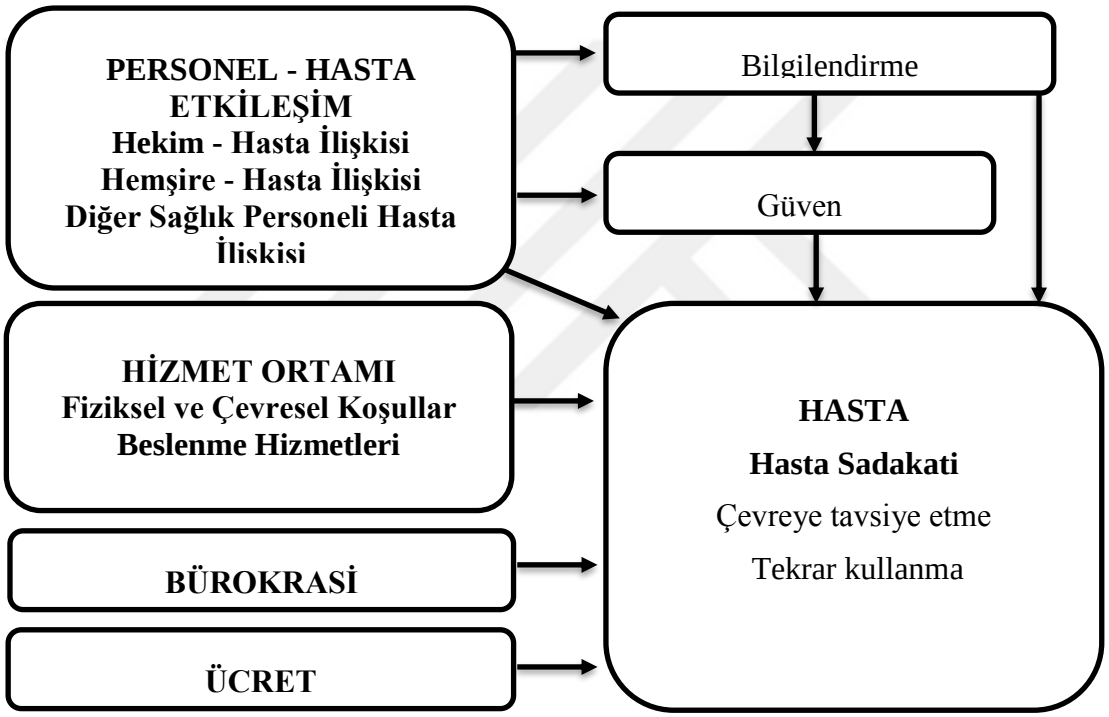
Kültür, bir toplumun yaşama tarzı olarak bilinen bilgi, inanç, örf, adet, sanat, araç-gereç, teknik gibi maddi olan veya maddi olmayan unsurları içerisinde barındıran karmaşık bir bütündür (Şimşek vd., 2014a: 33). Kültür ve alt kültür; bireylerin çalışma alışkanlıklarını, insanlarla ilişkilerini, kendilerine karşı hassasiyetlerini, zaman hassasiyetini ve bilicini, insanlarla iletişimini ve dilini, değerlerini ve normlarını, akıl yürütme metotlarını ve öğrenmelerini, inançlarını ve değer yargılarını, yemek yeme ve beslenme alışkanlıklarını, giyim tarzı ve görünümlerini etkileyen, değiştiren ve düzenleyen kavramlardır. Hastaların tatmini sağlamak için sadece fiziksel ve medikal ihtiyaçlarının karşılanması yeterli olmayacaktır. Buna ek olarak hasta tatmini için sunulan hizmetin yansıttığı kültürün ve değerlerin hastanın kültürü ve değerleri ile uyumuna dikkat edilmesi gerekmektedir (Engiz, 1997: 63-64).

4.1.3.2. Tüketici Davranışlarının Hizmet Verenlere İlişkin Faktörleri

Birden fazla faktörün etkilediği memnuniyet kavramı ile ilgili literatürde görüş birliği bulunmamaktadır. Memnuniyeti etkileyen faktörler irdelendiğinde bu faktörler arasında sağlık kurumlarında hizmet sunmakla yükümlü olan çalışanlarla ilgili faktörlerin daha çok etkiye sahip olduğu bilinmektedir.

Şekil 4.1'de tüketici davranışlarını (hasta memnuniyetini) etkileyen faktörler arasında yer alan hizmet verenlere ilişkin faktörler yer almaktadır.

Şekil 4.1. Tüketici Davranışlarının Hizmet Verenlere İlişkin Faktörleri



Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 497.

Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktör sağlık işletmelerinde hizmet verenlerin hastalara karşı tutum ve davranışlarıdır. Hekim - hasta ilişkileri, hemşire - hasta ilişkileri ve diğer personellerin hastalarla ilişkileridir.

Özellikle yataklı tedavi kurumlarında hastaların tedavi, süreçlerinde en fazla etkileşimde oldukları personel grubunu hemşireler oluşturmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin davranışları hasta memnuniyeti üzerinde etkisi büyüktür. Hemşirelerin güler yüz, nezaket ve saygılı davranışları hasta memnuniyetinde olumlu etkisi bulunmaktadır (Marşap, 2014: 196).

Hizmet ortamı ile ilgili ortaya konulmuş olan iki faktör bulunmaktadır. Bunlar: fiziksel ve çevresel koşullarla ilgili faktörler ve beslenme hizmetlerine ilişkin faktörlerdir.

Hizmet sunumunun yapıldığı fiziksel ve çevresel koşulların durumu hastaların memnuniyet düzeyleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu koşullar arasında havalandırma, gürültü, temizlik, bekleme odaları gibi özellikler bulunmaktadır. Sağlık işletmelerinde beslenme hizmetlerine ilişkin faktörler ise hastaların memnuniyet düzeylerini etkileyen diğer bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Beslenme hizmetlerinde yemeğin kalitesi kadar yemeğin yenildiği yer, yemeğin sunuş şekli ve yemeğin sunulduğu yerin temizliği de önem taşımaktadır.

Bürokrasi de hastaların memnuniyet düzeylerini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Hastaların hastaneye başvuru yaparken ve sağlık kurumundan hizmet alırken karşılaştıkları formaliteler ve bu formalitelerin ne kadar sürede tamamlandığını ifade etmektedir. Hastalar en kısa sürede ihtiyaç duydukları hizmetleri almak istemektedirler. Sağlık kurumlarında formalite sayısı arttıkça hastaların zaman kaybı da artmakta, hizmete ulaşmaları gecikmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 500).

Mahremiyet (bilgi gizliliği) konusu da hastaların kurum ile ilgili izlenimlerini etkilemektedir. Hastalarla ilgili bilgilerin gizli kalması kurum dışına çıkarılmaması ve üçüncü kişilerle paylaşılmadığından emin olunması gerekmektedir. Mahremiyet konusuna dikkat edilmemesi memnuniyetsizliğe ve sağlık kurumunun müşteri (hasta) kaybetmesine sebep olacaktır.

Bilgilendirme, güven ve ücretlendirme konuları da memnuniyeti etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Tengilimoğlu, 2014: 330-331).

Bilgilendirme: Hastalara ve hasta yakınlarına teknik olmayan anlaşılır sade bir dille bilgilendirmenin yapılması bireylerin hastalık durumlarını daha kolaylıkla kabullenmelerini ve gerekli önlemleri almalarını sağlamaktadır. Hastalar tedavinin ne kadar süreceğini ve tedavi süreçlerini merak etmektedir.

Güven: Hastalar aldıkları hizmetlerin ihtiyaçlarına uygun şekilde yeterli olmasını istemektedir. Hastalara alacakları sağlık hizmeti ile ilgili yeterli bilginin verilmesi ve emniyetli bir ortam içerisinde olduklarının hissettirilmesi gerekmektedir.

Buna ek olarak tedavi kararlarına katılımlarının sağlanması da hastalarda güven duygusunu oluşturacaktır.

Ücretlendirme: Sosyal güvencesi olmayan hastalar için önem arz eden durumdur. Hastalar ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini en kaliteli şekilde en düşük ücretle almayı istemektedir.

4.1.4. Müşteri Memnuniyetinin Ortaya Çıkmasına Yönelik Kuramsal Tartışmalar

Literatürde müşteri tatmininin oluşumu ve tatmini etkileyen faktörler hakkında birbirinden farklı kuramlar ortaya atılmıştır. Bu kuramlar "Beklentinin Onaylanmaması (Expectancy Disconfirmation)", "Bilişsel ya da Bilişsel Uyumsuzluk (Çelişki) (Cognitive Or Cognitive Dissonance)", "Benzeşim (Assimilation)", "Benzeşim - Karşıtlık (Assimilation - Contrast)", "Denksellik (Equity)", "Atfetme (Attribution)", "Kıyaslama Düzeyi (Comparison Level)" ve "Uyumlaştırma Düzeyi (Adaptation Level)"dir (Özer, 1999: 163). Bu kuramlar arasında en çok kabul gören kuram "Beklentinin Onaylanmaması Kuramı"dır.

4.1.5. Müşteri (Hasta) Memnuniyeti Ölçme Teknikleri

Ürünlerde çeşitlilik, müşterilere sunulan hizmetlerin kalitesindeki artış, yoğun küresel rekabet, sürekli iyiyi arayan müşteri profili gibi nedenlerden kaynaklı olarak işletmeler sürekli yenilik peşinde koşmakta ve işletmeleri daha iyi hizmet sunmaya zorlamaktadır (Baydaş, 2011: 355). Hasta memnuniyeti programının temelini hastaların hastaneden ne beklediğinin ve ne istediğinin belirlenmesi ve buna bağlı olarak bu beklentilerin ne ölçüde karşılandığının araştırılması ve ölçülmesi oluşturmaktadır (Zehir vd., 2009: 110).

Sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin düşünceleri ve memnuniyetleri hastanelerin ve sağlık çalışanlarının performanslarının ölçülmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinde hastaların memnuniyetlerinin değerlendirilmesi giderek önem kazanmaktadır. Sağlık kurumlarında "hasta

odaklılığa" ve "hasta memnuniyetine" dayalı sağlık hizmetlerinin sunumu çerçevesinde hastaların sunulan hizmete bakış açısını ölçmek için ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi için hastalara anketler yapılmaktadır (Marşap, 2014: 446).

4.1.5.1. Odak Grup Görüşmeleri

Sağlık kurumlarının sunmuş oldukları hizmetlerden yararlanan kişilerin deneyim ve öneri öğrenimi amacıyla kullanılan yöntemdir. Önceden belirlenmiş konular etrafında 8-12 hasta belli bir süre belli bir konu üzerinde tartışmaktadır. Bunun sonucunda hasta tatminini etkileyen faktörlerin tüm detayları ortaya konulmaktadır. Bu yöntemin tek olumsuz yönü hastaların tartışma sırasında birbirlerini etkilemeleridir (Marşap, 2014: 198).

4.1.5.2. Standartlaştırılmış Hasta Yöntemi

Standartlaştırılmış hasta yöntemi, hem hasta memnuniyetinin hem de hekim performansının ölçülüp değerlendirilmesinde son yıllarda en çok kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır. Standartlaştırılmış hastalar grubunu kısmen tıbbisi olan ve aynı zamanda gerçek hastaların rahatsızlığını taklit konusunda eğitim almış kişiler oluşturmaktadır. Standartlaştırılmış hasta yönteminde hasta rolünde bulunan kişi sağlık işletmesine başvurmakta; almış olduğu sağlık hizmetinin içeriği, sağlık hizmetinin sunuş şekli, hizmeti sunan çalışanların davranışları, hizmet sunulan ortamın fiziki durumu gibi konularda gözlemlerde bulunulmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 503).

4.1.5.3. Telefon Görüşmeleri

Sağlık hizmetlerinden yararlanmış kişilere telefonla ulaşılarak yapılan araştırmalardır. Telefon görüşmeleri hızlı ve kolay uygulanabilen bir yöntemdir. Fakat potansiyel araştırma bazı riskleri taşımaktadır. Telefonla yapılan araştırmalarda karşılaşılan hatalar görüşmenin zamanlaması, süresi ve görüşmecilerle ilgili hataları

kapsamaktadır. Telefonla görüşme için iyi bir konuşma metninin ve iyi tasarlanmış anket formunun olması gerekmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 504).

4.1.5.4. Anket Uygulaması

Anket yöntemi en yaygın olarak kullanılan yöntemlerden biridir. Anket yöntemi, hasta memnuniyetine ilişkin çok çeşitli ve son derece ekonomik bilgiler toplamayı mümkün kılmaktadır. Anketler yazılı olabilir, mektup yoluyla ve görüşme yoluyla yapılabilmektedir (Marşap, 2014: 197).

4.1.6. Hasta Memnuniyetinin Ölçümü

İşletmelerin piyasadaki konumlarını koruyabilmeleri ve rakiplerle rekabet edebilmeleri için müşteri memnuniyetini (tatminini) sağlamış olmaları işletmeler açısından önemli bir faktördür. Müşteri memnuniyetini sağlamış işletmelerin etkin bir yönetim şekline sahip oldukları ve işletmelerin müşteri memnuniyetini ölçebildikleri kadar başarılı oldukları bilinmektedir. Tablo 4.2'de Weirtz ve Lee (2003)'nin müşteri memnuniyetinin ölçümünde kullanılan ölçekleri karşılaştırdıkları ölçekler yer almaktadır. Karşılaştırılan bu dokuz ölçek, müşteri memnuniyetini ölçmede en fazla kullanılan ölçeklerdir.

Tablo 4.2. Müşteri Memnuniyeti Ölçümünde Yaygın Olarak Kullanılan Ölçekler

ÖLÇEK	ÖRNEK	ARAŞTIRMA
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 ölçeği: 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)
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 "	Eroğlu 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- 7 noktalı Likert tip ölçeği: • Bu elde ettiğim (ürün) en iyi deneyimlerinden birisi • 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)nun benim için doğru bir şey olduğuna eminim • Eğer bir daha gerekseydi, onu (ürünü) almazdım	Westbrook ve Oliver (1981)

Kaynak: Weirtz ve Lee, 2003: 348.

Hasta memnuniyetinin ölçülmesinde literatürde yer alan Oliver (1980), Westbrook ve Oliver (1981), Swan ve Oliver (1989) gibi literatürde yer alan diğer çalışmalar göz önünde bulundurularak oluşturulmuş olan Sütütemiz (2005)'in çalışmasında yer alan ölçekten yararlanılarak memnuniyetin ölçümünde kullanılacak ifadeler (9 ifade) oluşturulmuştur.

Tablo 4.3'te hasta memnuniyeti ölçeğinde kullanılan değişkenler ve ifadeler yer almaktadır.

Tablo 4.3. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinde Kullanılan İfadeler

1	Bu hastaneye zorunlu olduğum için gidiyorum.
2	Bu hastanenin hizmetleri beklentilerimi tamamen karşılıyor.
3	Gelecekte de bu hastaneden hizmet almaya devam edeceğim.
4	Muayene ücretleri ne kadar yükselirse yükselsin bu hastaneye gelmeye devam ederim.
5	Bu hastanede bir problem yaşarsam başka bir hastaneye giderim.
6	Bu hastane hakkında eş, dost ve akrabalarıma olumlu şeyler söylerim.
7	Bu hastanenin hizmetleri diğer hastanelerden daha iyi olduğunu düşünüyorum.
8	Bu hastaneyi seçmekte doğru bir şey yaptığımı düşünüyorum.
9	Bu hastanenin hizmetleri beni her yönüyle tatmin etmektedir.

Kaynaklar: Oliver (1980), Westbrook ve Oliver (1981), Swan ve Oliver (1989), Sütütemiz (2005)'in çalışmalarından yararlanılmıştır.

Muş Devlet Hastanesi'nde memnuniyetin ölçülmesi için memnuniyet anketleri aylık olarak yapılmaktadır.

4.2. Davranışsal Niyet Kavramı

En genel anlamıyla davranış insanların bütün eylemlerini konu alan bir kavramdır. Bu eylemden kasıt etki tepki meselesidir. Psikoloji alanının konusu içerisinde yer alan davranış kavramının en önemli özellikleri arasında davranışların birçok nedene dayanmasının yanında karmaşık oluşu bulunmaktadır (Şimşek vd., 2014: 13). Psikoloji biliminde davranış kavramı organizmaların çevrelerindeki

uyarıcılara vermiş oldukları tepki olarak tanımlanmıştır (Beraha, 2013:1). Diğer bir ifadeyle davranış, tutum, gidiş, hareket tarzı bireylerin tek tek veya toplu olarak gösterdikleri faaliyetler bütünüdür (Bedük, 2012: 39).

Niyet belli şartların oluşması durumunda bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla belli mal ve hizmetleri elde etme amacını taşıyan tahmin edilmiş ve planlanmış davranışlardır (Gülmez ve Dörtyol, 2013: 229).

4.2.1. Davranışsal Niyet Boyutları

Müşteri sadakati, gelecekte daha önceden bilinen veya tavsiye edilen mal/hizmeti yeniden satın alma veya yeniden satın alma eğilimine yoğun biçimde katılması şeklinde tanımlanmaktadır (Altıntaş, 2000: 29). Gremler ve Brown (1996) sadakati, davranışsal sadakat, tutumsal sadakat ve bilişsel sadakat olmak üzere üçe ayırmıştır (Gremler ve Brown, 1996: 172). Hallowell (1996) ise sadakatin davranışsal ve tutumsal yönüne değinmiştir (Hallowell, 1996: 28). Bilişsel sadakat; müşterinin hizmeti ilk aldıktan sonra, tekrar satın alma kararı verirken, alternatifler arasındaki ilk tercihi olarak ifade edilmektedir (Alexandris vd., 2002: 225).

Literatürde davranışsal niyetin boyutları farklı çalışmalarda farklı şekillerde ifade edilmiştir. Tüketicilerin gelecekteki davranışlarını şekillendirecek eğilimleri beş boyut altında toplanmıştır. Bunlar (Zeithaml vd., 1996: 38):

- Sadakat (Pozitif sözlü iletişim ve yeniden satın alma niyeti),
- Firmadan ayrılma (Değiştirme),
- Firmaya daha fazla para ödemek,
- Şikayetler için dışsal cevap,
- Şikayetler için içsel cevaptır.

Tablo 4.4'te davranışsal niyet boyutları ve bu boyutların kapsamları yer almaktadır.

Tablo 4.4. Davranışsal Niyet Boyutları

Davranışsal Niyet Boyutları	Boyutların Kapsamı
Sadakat	XYZ hakkında diğer insanlara pozitif şeyler söylemek. XYZ'yi tavsiye arayan bazı insanlara tavsiye etmek. Arkadaşları ve akrabaları XYZ ile iş yapmaları için cesaret vermek. XYZ'nin ilk seçiminin ……. hizmetlerini almak olduğunu düşünmek. Gelecek birkaç yılda XYZ ile daha fazla iş yapmak.
Firmadan Ayrılma	Gelecek birkaç yılda XYZ ile daha az iş yapmak. (-) Daha iyi fiyat sunan bir rakiple anlaşmak.
Daha Fazla Ödemek	XYZ ile iş yapmaya fiyatları bir miktar arttırmış olsa bile devam etmek. XYZ'den aldığınız yararlar için rakiplerinkinden daha fazla fiyat ödemek.
Dışsal Cevap	XYZ'nin hizmetiyle bir problem yaşadıysanız, bir rakiple iş yapmak. XYZ'nin hizmetiyle ilgili bir problem yaşadıysanız, diğer müşterilere şikayet etmek. XYZ'nin hizmetiyle ilgili bir problem yaşadıysanız, işletme dışındaki bir acenteye şikayet etmek.
İçsel Cevap	XYZ'nin hizmetiyle ilgili bir problem yaşadıysanız, XYZ'nin çalışanlarına şikayet etmek

Kaynak: Zeithaml vd., 1996: 38.

Tüketicilerin memnuniyetsizliğinden tüketicilerin hizmet aldıkları firmayı değiştirme durumu ortaya çıkmaktadır. Keaveney (1995)'e göre bu değiştirme durumu sekiz nedenden kaynaklanmaktadır. Bunlar; fiyatlandırma, uygunsuzluk, öz hizmet başarısızlıkları, başarısız hizmet karşılaşmaları, başarısız hizmete yanıt, rekabet, etik sorunları ve istemsiz değiştirmedir (Keaveney, 1995: 76).

Müşteriler satın alma sonrasında aldıkları mal ve hizmetlerle ilgili beklentilerinin karşılanmaması durumunda, pişmanlık duyma ve hayal kırıklığına

uğrama gibi hislerle açıklanabilecek bir tatminsizlik durumuyla karşı karşıya kalabilmektedirler (Zeelenberg ve Pieters, 2002: 447).

4.2.2. Davranışsal Niyetin Ölçümü

Taylor ve Baker (1994) ve Blodgett ve diğerleri (1997) yapmış oldukları çalışmalarda davranışsal niyetlerin ölçümünde tekrar satın alma niyetini üç maddeli olarak 7 noktalı (l-Kesinlikle katılmıyorum ... ve 7-Kesinlikle katılıyorum) ölçek kullanmışlardır. Tablo 4.5'te davranışsal niyetlerin ölçümünde kullanılan ifadeler yer almaktadır.

Tablo 4.5. Davranışsal Niyetlerin Ölçümü

Sadakat	1	1. XYZ hakkında diğer insanlara pozitif şeyler söylemek.
	2	XYZ'yi tavsiye arayan bazı insanlara tavsiye etmek.
	3	Arkadaşları ve akrabaları XYZ ile iş yapmaları için cesaret vermek.
	4	XYZ'nin ilk seçiminin ……. hizmetlerini almak olduğunu düşünmek.
	5	Gelecek birkaç yılda XYZ ile daha fazla iş yapmak.
Firmadan Ayrılma	6	Gelecek birkaç yılda XYZ ile daha az iş yapmak. (-)
	7	Daha iyi fiyat sunan bir rakiple anlaşmak.
Daha Fazla Ödemek	8	XYZ ile iş yapmaya fiyatları bir miktar arttırmış olsa bile devam etmek.
	9	XYZ'den aldığınız yararlar için rakiplerinkinden daha fazla fiyat ödemek.
İçsel Cevap	10	XYZ'nin hizmetiyle bir problem yaşadıysanız, bir rakiple iş yapmak.
	11	XYZ'nin hizmetiyle ilgili bir problem yaşadıysanız, diğer müşterilere şikayet etmek.
	12	XYZ'nin hizmetiyle ilgili bir problem yaşadıysanız, işletme dışındaki bir acenteye şikayet etmek.
Dışsal Cevap	13	XYZ'nin hizmetiyle ilgili bir problem yaşadıysanız, XYZ'nin çalışanlarına şikayet etmek

Kaynak: Zeithaml vd., 1996: 38.

Tablo 4.5'te yer alan ifadelerden 1. 2. 3. 4. ve 5. ifadeler sadakat boyutunu; 6. ve 7. ifadeler firmadan ayrılmayı; 8. ve 9. ifadeler daha fazla ödemeyi; 10. 11. ve 12. ifadeler içsel cevabı; 13. ifadeler dışsal cevabı ölçmede kullanılmaktadır.

Teo ve Lim (2001: 114) yapmış oldukları çalışmada tüketicilerin davranışsal niyetleri ve memnuniyetleri üzerinde algılanan adaleti ölçtükleri çalışmada (l-Kesinlikle katılmıyorum … ve 5-Kesinlikle katılıyorum) şeklinde 5 noktalı likert ölçeği kullanmışladır. Zeithaml ve diğerleri (1996: 37) davranışsal niyetlerin ölçümünde kullanılması amacıyla tarafından önerilmiş olan ifadeler 7 noktalı olasılık ölçeğidir (1: Hiç mümkün değil … ve 7: Tamamen mümkün).

Davranışsal niyetin ölçülmesinde Zeithaml ve diğerleri (1996)'nin geliştirmiş olduğu davranışsal niyet bataryası kullanılmaktadır. Davranışsal niyet bataryası sadakat (5 ifade), firmadan ayrılma (2 ifade), daha fazla ödemek (2 ifade), içsel cevap (3 ifade) ve dışsal cevap (2 ifade) olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır.

Tablo 4.6'da davranışsal niyet ölçeğinde kullanılan değişkenler ve ifadeler yer almaktadır. Bu çalışmada tabloda yer alan sadakat boyutunun beş ifadesi sağlık sektörüne uyarlanarak kullanılmıştır.

Tablo 4.6. Davranışsal Niyet Ölçeğinde Kullanılan Boyutlar ve İfadeler

Sadakat	1	Çevremdeki insanlara bu hastaneyle ilgili olumlu şeyler söylerim.
	2	Tavsiye isteyen kişilere bu hastaneyi tavsiye ederim.
	3	Arkadaşlarımı ve akrabalarımı bu hastaneden hizmet almaları için teşvik ederim.
	4	Bu hastane sağlık hizmeti alma konusunda ilk tercih edeceğim yerdir.
	5	Gelecekte de bu hastaneden hizmet almaya devam edeceğim.

Kaynak: Zeithaml vd. (1996: 38)'den uyarlanmıştır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMESİNDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ, ALGILANAN RİSK VE ALGILANAN DEĞER BOYUTLARININ HASTA MEMNUNİYETİ VE DAVRANIŞSAL NİYETİ ÜZERİNE ETKİSİNİN YAPISAL EŞİTLİK MODELİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Günümüzde artan rekabet koşulları göz önüne alındığında ve pazar yapısı incelendiğinde müşteri odaklı bir yaklaşımın benimsendiği görülmektedir. Hastanelerde de bu anlayış hakim olmaya başlamıştır. Hastaların istekleri, ihtiyaçları ve şikayetleri çeşitli yollarla alınarak hastalara daha kaliteli hizmet sunumunun sağlanması müşteri odaklı olmanın bir sonucu olarak ifade edilmektedir. Bu istek, ihtiyaç ve şikayetler değerlendirilerek sağlık hizmet sunumunun iyileştirilmesi, problemlere hızlı ve etkili çözümlerin bulunması sağlanacaktır. Diğer bir ifadeyle kaliteli hizmet sunumu için engeller ortadan kaldırılmış olacak, sağlık kurumlarında müşteri konumunda olan hastaların istek ve beklentilerine uygun kaliteli hizmet sunumu ortaya konulmuş olacaktır.

Sağlık yöneticileri, sağlık kurumlarında hizmet sunarken kaliteli sağlık hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi için gereken ne varsa yapmak istemeleri amaçlarının en başında gelmektedir. Bu amacı gerçekleştirmek için sağlık profesyonelleri algılanan hizmet kalitesi ve algılanan risk faktörlerini ölçerken bazı göstergelerden yararlandıkları bilinmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesinde temel gösterge olarak hasta memnuniyeti yer almaktadır. Sağlık hizmetleri kalitesinin ölçülmesinde hasta memnuniyetini bir kalite göstergesi olarak gören sağlık kurumları, hasta memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi ve bu ölçümlerin analizlerinin yapılması ile ilgili bir sistem kuracaklardır. Hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik yapılan araştırmalarda ve ilgili literatüre göz önünde bulundurulduğunda hasta memnuniyeti üzerinde etkili olan faktörler şunlardır:

Hastaya ilişkin faktörler (hastanın demografik özellikleri), hizmet verene ilişkin faktörler (sağlık çalışanlarının hizmet sunumu sırasında tutum ve davranışları), fiziksel koşullar faktörler, güven ve mahremiyet konularına ilişkin faktörler olarak ifade edilmektedir. Sağlık işletmeleri özellikle fiziksel koşullar, güven ve mahremiyet gibi konulara dikkat ettikleri ölçüde hasta memnuniyetini artıracaklardır. Bu durum da hizmet kalitesinin artmasını sağlayacaktır.

Sağlık işletmesinde algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk ve algılanan değer boyutlarının hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet üzerine etkisinin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesi bu çalışmanın konusunu oluşturmaktadır.

Çalışmanın beşinci bölümünde sağlık işletmesinde algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk ve algılanan değer boyutlarının hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet üzerine etkisinin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesi konusuna yer verilmiştir. Literatürde yer alan çalışmalar dikkate alınarak çizilmiş olan araştırmanın modeli de bu bölümde yer almaktadır. Bunlara ek olarak araştırmanın amacı, önemi ve kapsamı, varsayımları, sınırlılıkları, veri toplama süreci, evreni ve örneklemi, değişkenlerin ölçümü, araştırma modeli ve hipotezleri, araştırmada elde edilen verilerin analizleri (demografik değişkenlere ilişkin frekans analizi, güvenilirlik analizleri, doğrulayıcı faktör analizleri, ölçeklerin boyut ve alt boyutları arasındaki korelasyon analizleri, yol analizi ve hipotez testleri) gibi konulara değinilmiştir.

5.1. Araştırmanın Amacı

Hizmet kalitesinin ölçülmesinde hasta memnuniyetinin ölçülmesi bir araç olarak kullanılmıştır. Hizmet kalitesi ile hasta memnuniyeti kavramları birbiri ile yakından ilişkili kavramlardır. Diğer bir ifadeyle hizmet kalitesindeki artış müşteri memnuniyetindeki artışı da beraberinde getirmektedir.

Araştırmanın amacı; sağlık kurumunda algılanan kalite, algılanan risk, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak oluşturulmuş olan modelin doğruluğunu yapısal eşitlik modellemesiyle test etmektir.

Bunlara ek olarak:

Hasta beklenti, öneri ve geri bildirimlerini almak, tanı teşhis ve tedaviye dair hizmet süreçlerinde kalitenin iyileştirilmesini sağlamak, tedavi süreçlerine etki eden değişkenlerin irdelenmesi,

Hasta memnuniyetine etki eden faktörlerin ortaya konulmasının sağlanması,

Sağlık hizmetini alırken hastaların yaşadıkları olumsuzlukların ortadan kaldırılması için idare talep ederse bir raporun sunulması,

Hizmet sunumunun hastanın istek ve ihtiyaçlarına uygun şekilde gerçekleştirilmesi için dikkat edilmesi gereken faktörlerin ortaya konulması amaçlanmaktadır.

5.2. Araştırmanın Önemi ve Kapsamı

Sağlık kurumlarında hasta memnuniyeti kavramının önemi gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık kuruluşlarının hasta memnuniyetini sağlamaları en çok zorlandıkları ve en hassas olmaları gereken konular arasında yer almaktadır. Hasta memnuniyetinde birincil faktör hastanın beklentileridir. Hastaların bu beklentilerine ne ölçüde cevap verildiği memnuniyeti veya memnuniyetsizliği ortaya çıkarmaktadır. Verilen hizmet ile hastanın sağlık kurumundan beklediği hizmet arasındaki pozitif fark memnuniyet, verilen hizmet ile hastanın sağlık kurumundan beklediği hizmet arasındaki negatif fark ise memnuniyetsizlik olarak ifade edilmektedir.

Sağlık işletmeleri hasta memnuniyetini sağladıkları ölçüde hizmet kalitesi artmaktadır. Hizmet kalitesinin artırılması sağlık işletmesinin tercih edilmesi konusunda işletmeye katkı yapacaktır.

Hastaneler açısından ele alındığında algılanan hizmet kalitesinin, algılanan riskin, algılanan değerin, hasta memnuniyetinin ve davranışsal niyetin ölçülmesi önem arz etmektedir. Bu ölçüm sonucunda; sağlık kurumunun eksikliklerini görmesi, sağlık çalışanlarının performanslarını değerlendirilmesi ve çalışanları için yeni eğitim programlarına ihtiyaç varsa bu eğitim programlarının yapılmasına dair planlamanın yapılması sağlanacaktır. Bunlara ek olarak sağlık profesyonelleri, sunulan hizmetin kalitesine dair yapılan çalışmalardan aldıkları geri bildirim sayesinde kurumun amaç,

hedef ve stratejilerini gözden geçirecekler ve kurumla ilgili kalite planlaması konusunda alınması gereken kararların doğru ve etkin bir şekilde alınması sağlanacaktır.

Çalışmanın kapsamını algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk, algılanan değer, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet kavramları oluşturmaktadır. Bu kavramlar açıklanarak ve ilgili literatür taranıp bir model oluşturulmuştur. Bu model doğrulayıcı faktör analizi ve yol analizi yardımıyla test edilmiştir.

5.3. Araştırmanın Varsayımları

Muş Devlet Hastanesi'nde yapılan çalışmanın varsayımları şunlardır:

Hastanelerde sunulan hizmetin kalitesinin hasta memnuniyetini arttırdığı, hasta memnuniyetinin de sadakati arttırdığı,

Algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk, algılanan değer, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyetler arasında ilişkinin olduğu,

Ankete cevap veren hastaların soruları içtenlikle cevapladıkları sayıltıları üzerine kurulmuştur.

5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, hastaların sağlık kurumundan aldıkları hizmetten algıladıkları kalite, risk, değer, memnuniyet ve davranışsal niyet algılarının ölçülmesi ile sınırlandırılmıştır. Bunlara ek olarak diğer sınırlılıklar ise:

1) Muş Devlet Hastanesi'nde hastaların hizmet kalitesi, algılanan risk, algılanan değer, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet tutumlarının ölçülmesi ile sınırlandırılmıştır.

2) Elde edilen veriler anket sorularına verilen cevaplar ile sınırlıdır.

3) Hasta memnuniyeti araştırmalarında karşılaşan en önemli sınırlılıklardan biri de asimetrik bilgidir. Diğer bir ifadeyle hizmet sunan sağlık personelinin hizmet alan hasta arasındaki tanı, teşhis ve tedaviye dair süreçler göz önüne alındığında sağlık

çalışanının hastaya nispeten daha fazla bilgiye sahip olması durumudur. Hastaların algıladıkları hizmet ile verilen hizmeti kıyaslama konusunda hastaya sunulan hizmetin teknik bilgilerinin yeterli düzeyde olmamasıdır.

4) Algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk, algılanan değer, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet (sadakat) araştırmalarında karşılaşan diğer bir sınırlılık da katılımcıların doldurdukları anketlere verilecek cevapların sağlık hizmeti sunan personeli olumsuz yönde etkileyeceğinden endişe edilmesidir. Bunun için de anketlerin bağımsız kişi ya da kuruluşlar tarafından yapılması ve katılımcı bilgilerinin hiçbir suretle dışardan birileriyle paylaşılmaması araştırmanın objektif olarak yapılmasını ve objektif olarak değerlendirilmesini sağlayacaktır.

5) Araştırmanın yapılmış olduğu ilde Muş Devlet Hastanesi'ne alternatif olabilecek kamu hastanesinin olmayışı bu çalışmanın diğer bir sınırlılığıdır.

5.5. Araştırma Probleminin Belirlenmesi ve Veri Toplama Süreci

Araştırmalarda problemin net olarak tanımlanması araştırmanın planlanması aşamasında kolaylık sağlamaktadır. Araştırma en önemli süreci olarak ifade edilmektedir. Araştırmanın problemi ilgili literatür göz önünde bulundurularak ve alanında uzaman kişilerle görüşülerek oluşturulmuştur.

Sağlık kurumlarında kalite düzeyinin düşük olması bu çalışmanın temel problemini oluşturmaktadır. Kalite düzeyindeki bu düşüklük hastadan ya da hastaneden kaynaklanabilmektedir. Teknik kaliteye diğer bir ifadeyle beklenen kaliteye odaklanılmış olması fonksiyonel kalitenin diğer bir ifadeyle algılanan kalitenin göz ardı edilmesi kalite ölçüm sorununu beraberinde getirmiştir. Kalite sorunu; algılanan değer, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet (sadakat)'le ilgili sorunları beraberinde getirmektedir. Bunlara ek olarak hastaların algıladıkları risk düzeylerini artırıcı bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hastaneden algılanan hizmet kalitesi, algılanan değer, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyetinin düşük algılanan risk düzeyinin yüksek olmasının hastane

ekosisteminden kaynaklanmaktadır. Diğer bir ifadeyle yaşanan sorunlar hastadan veya hastaneden kaynaklı olabilmektedir.

Bilimsel araştırma sonuçlarının var olan gerçekleri yansıtabilmesi için çalışma verilerinin uygun ve doğru araçlar kullanılarak toplanmış olması gerekmektedir. Buna ek olarak bu araçların doğru bir şekilde kullanılmış olması da gereklidir. Veri toplama araçları yapılacak olan art arda işlemlerde tutarlı ve benzer sonuçlar vermesi önem arz etmektedir. Diğer bir ifadeyle veri toplama araçları geçerli olmalı; yapılan ölçümler ve toplanan veriler güvenilir olmalıdır (Can, 2016: 22).

Anketin pilot uygulaması ve saha testleri, ölçme aracında elde edilen puanların yapı geçerliliğinin sağlanması, anketteki soruların anket formatının ve ölçek birimlerinin iyileştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Ölçme aracının kaç kişi tarafından inceleneceğinin belirlenmesi gerekmektedir (Creswell, 2013: 161). Asıl araştırmaya geçilmeden yapılan pilot uygulamalarla ve ön denemelerle araştırmaya yapılacak olan para, zaman ve enerji kaybının önüne geçecektir. Diğer bir ifadeyle araştırmanın ön güvencesi olacaktır (Balcı, 2013: 163).

Anket formundaki ölçekler sağlık sektörüne uyarlandıktan sonra 50 kişilik bir hastaya pilot uygulama yapılarak anketlerin anlaşılırlığı ölçülmüştür. Ankete katılan hastaların görüşleri değerlendirilerek anketin anlaşılırlığının artıracak bazı değişiklikler yapılmıştır.

Anket formları EK-1'de sunulmuştur.

5.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Örnek bir kütleden elde edilen verileri değerlendirerek evren hakkında genellemeler yapmak olasılığa dayanmaktadır. Bu sebepledir ki örnek kütle büyüdükçe evren hakkında yapılacak olan genellemelerde yanılma olasılığı azalacaktır. Bu durum dikkate alındığında araştırmacının uygun bir örnek için; hem maliyet, zaman ve veri analizi şartlarını dikkate alan hem de temsil yeteneğini sağlayan örneklem büyüklüğüne ulaşması gerekmektedir (Altunışık vd., 2012: 136).

Örneklemin evreni doğru bir şekilde temsil edebilmesi için örneklemin rasgele seçilmiş olması gerekmektedir (Özdemir, 2006: 15-16).

Tablo 5.1'de nicel araştırma yöntemlerinde örneklem büyüklüğü verilmiştir.

Tablo 5.1. Nicel Araştırma Yöntemlerinde Örneklem Büyüklüğü

Evren Büyüklüğü	Hesaplanan Örneklem Büyüklüğü		
	%90 güvenilirlik düzeyi ve evrenin heterojen varsayımı	%95 güvenilirlik düzeyi ve evrenin heterojen varsayımı	%99 güvenilirlik düzeyi ve evrenin heterojen varsayımı
100	74	80	88
1,000	214	278	400
10,000	264	370	623
50,000	270	381	655
100,000	270	383	660
500,000	271	384	663
1,000,000	271	384	664
10,000,000	271	384	664
100,000,000	271	384	664

Kaynak: Kozak: 2014: 113.

Verilerden bazılarının araştırmaya uygun olmaması, örneklem çerçevesinde listelenememesi, ulaşılamaması, cevaplamayı reddetmesi, cevaplama kapasitesinin olmaması gibi nedenlerden dolayı ana kütledeki verilerden bazıları örneklemeye dahil edilmemektedir (Karagöz, 2016: 259).

Ana kütledeki birimlerin her birinin örnekleme girme konusunda eşit şansı varsa tercih yapılma durumu yoksa ve birimler arasında fark gözetilmiyorsa bu örnekleme şekline tesadüfi örnekleme denir (Arslantürk, 2004:103). Basit tesadüfi örneklemede her elemanın kümeye girme şansının eşit olduğu örneklemedir (Arıkan, 2011: 121).

Araştırmanın evrenini Muş Devlet Hastanesi'nden hizmet alan bireyler oluşturmaktadır. Muş ilinin nüfusu 90.000 ile 100.000 arasındadır. Örneklem büyüklüğü ile ilgili verilmiş tablo göz önünde bulundurulduğunda %95 güvenirliğe sahip olması için 383 sayısı yeterlidir.

Çalışma için 600 anket dağıtılmış, 540 anket geri toplanabilmiştir. Bu 540 anket içerisinden de bazı anketlerde cevap verilmemiş sorular bulunmaktadır. Cevap verilmeyen soruların bulunduğu 36 anket araştırmaya verileri içerisine dahil edilmemiştir. Toplamda 504 anket verisi kullanılarak analizler yapılmıştır.

5.7. Değişkenlerin Ölçümü

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özelliklerinin ölçülmesi için 5 soru oluşturulmuştur. Bu sorular; cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu ve gelir seviyesi'dir. Bu sorulara ek olarak alınan hizmetlerle ilgili; hizmet alınan birimin adı, sağlık hizmeti almak için hastaneye gidildiğinde işlemlerin ortalama olarak ne kadar sürmesi gerektiği ve bir hastanın ortalama olarak ne kadar beklemesinin uygun olduğu sorulmuştur.

Algılanan hizmet kalitesinin ölçümü, algılanan riskin ölçümü, hasta memnuniyetinin ölçümü, algılanan değerin ölçümü ve davranışsal niyetin ölçümü konuları önceki bölümlerde ele alınmıştır.

5.8. Araştırma Modeli ve Hipotezleri

Bu çalışmada kullanılan değişkenler algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk, algılanan değer, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyettir. Bu başlık altında bu değişkenler arasındaki ilişkiler literatürdeki çalışmalar irdelenerek değişkenler arasındaki ilişkilere yer verilmiştir.

Çalışma modelinde kullanılmış değişkenler $\mathrm{DN} = f(\mathrm{AHK}, \mathrm{AR}, \mathrm{AD}, \mathrm{HM})$ ve $\mathrm{HM} = f(\mathrm{AHK}, \mathrm{AR}, \mathrm{AD})$ ifade edilebilmektedir.

Burada ifade edilen AHK: algılanan hizmet kalitesini, AR: algılanan riski, AD: algılanan değeri, HM: hasta memnuniyetini ve DN: davranışsal niyeti ifade etmektedir.

Çalışmada kullanılan algılanan hizmet kalitesi ölçeğinin boyutları şunlardır:

- Fiziksel Özellikler
- Güvenilirlik
- Heveslilik
- Güvence
- Empati

Çalışmada kullanılan algılanan risk ölçeğinin boyutları şunlardır:

- Psikolojik risk
- Finansal risk
- Fiziksel risk
- Performans riski
- Sosyal risk
- Zaman riski

Çalışmada kullanılan algılanan değer ölçeğinin boyutları şunlardır:

- Duygusal değer
- Fonksiyonel değer
- Ekonomik değer

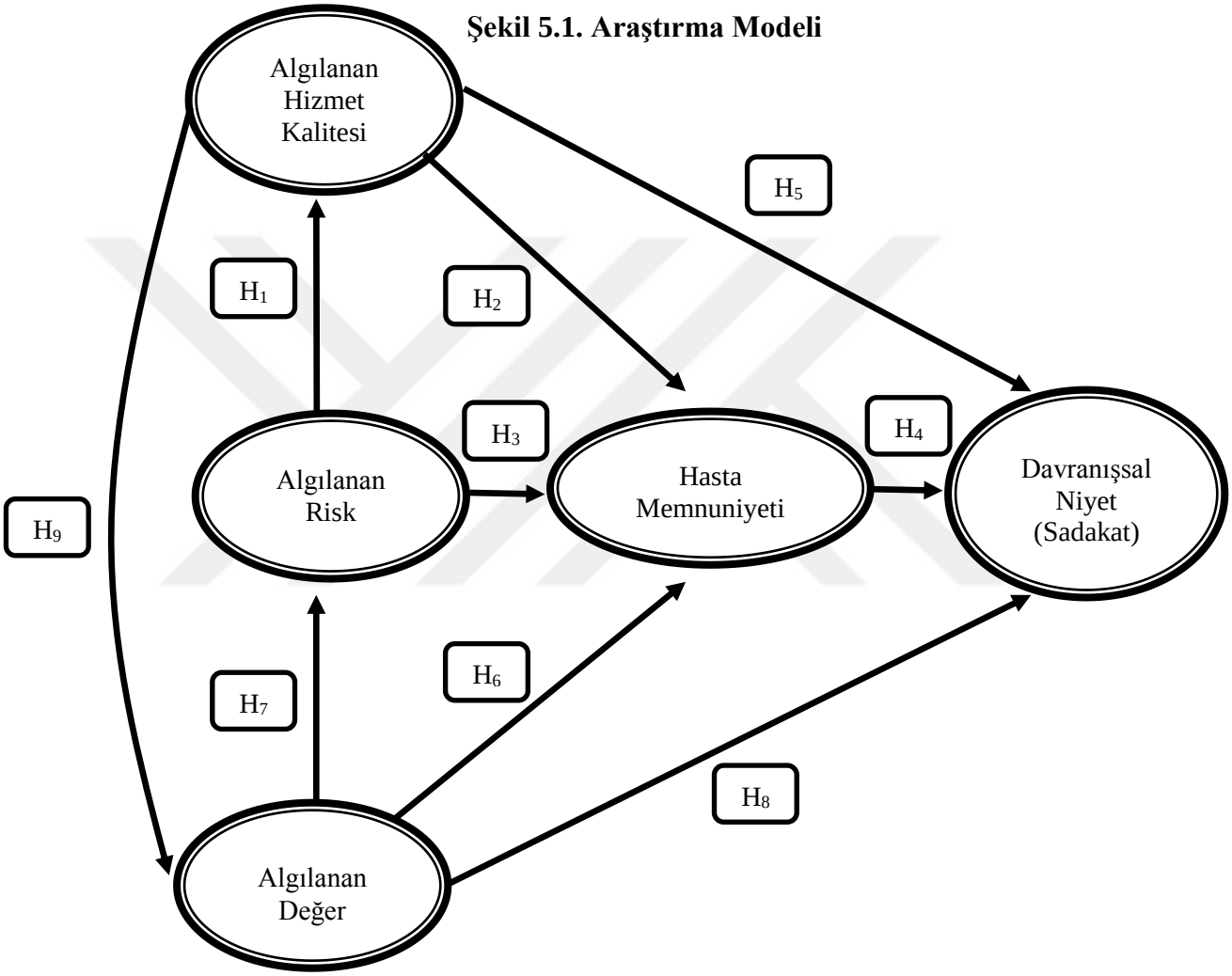
Çalışmada kullanılan hasta memnuniyeti ölçeğinin alt boyutu bulunmamaktadır.

Çalışmada kullanılan davranışsal niyet ölçeğinin boyutları şunlardır:

- Sadakat

Şekil 5.1'de araştırmanın konusunu oluşturan değişkenler ve bu değişkenler arasındaki, ilişkiler yer almaktadır. Değişkenler arasındaki oklar değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü göstermektedir. Çizilmiş olan bu oklar aynı zamanda çalışma hipotezlerinin bir kısmını oluşturmaktadır. Şekil 5.1'de araştırma modeli yer almaktadır.

Şekil 5.1. Araştırma Modeli



H_1: Hastane hizmetlerinden algılanan riskin algılanan hizmet kalitesi üzerinde olumlu bir etkisi vardır.

H_1 hipotezi algılanan risk ile algılanan hizmet kalitesi arasında pozitif ilişki olduğunu ifade etmektedir. Şekil 5.1'de H_1 ile gösterilmiş olan algılanan hizmet kalitesi ve algılanan risk arasındaki ilişkiler ile ilgili çalışmalardan bazılarına yer verilmiştir. Clow ve diğerleri (1996) yapmış oldukları çalışmada hizmet kalitesi ve

algılanan risk arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bu çalışmada profesyonel hizmet reklamlarında hizmet kalitesi boyutlarının (güvenilirlik, fiziksel özellikler, heveslilik ve empati boyutlarının) tüketicilerin algıladıkları riski azalttığı sonucuna varmışlardır. Bu yazarlar (1998) yapmış oldukları bir diğer çalışmada ise hizmet kalitesinin empati boyutu dışında kalan diğer boyutların (fiziksel özellikler, güvenilirlik, güvence ve heveslilik) tüketicileri algıladıkları riski azalttığı sonucuna varmışlardır.

H_2: Hastane hizmetlerinden algılanan hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerinde olumlu bir etkisi vardır.

H_2 hipotezi algılanan hizmet kalitesi ile hasta memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki olduğunu ifade etmektedir. Şekil 5.1'de H_2 ile gösterilmiş olan algılanan hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti kavramları arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalardan bazılarına yer verilmiştir. Algılanan hizmet kalitesi ile müşteri memnuniyeti arasında bir ilişkinin olduğu literatürdeki çalışmalar incelendiğinde görülmektedir. Yaygın olan iki anlayış vardır. Bunlardan biri, müşteri memnuniyetinin algılan hizmet kalitesine yol açtığıdır. İkincisi ise, hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetine yol açtığıdır. Hizmet kalitesi bir hizmet hakkında uzun bir dönemi kapsayan genel bir değerlendirmedir. Memnuniyet ise belli bir alışverişe bağlı olarak ortaya çıkan kısa vadeli yargıları içermektedir. Müşteri memnuniyet düzeyi, müşterinin beklediği hizmet kalitesi ile algılamış olduğu hizmet kalitesinin karşılaştırılması sonucu ortaya çıkan bir sonuçtur. Tatmin konusunda müşterinin bir değerlendirmede bulunabilmesi için malı veya hizmeti tüketmiş veya yaşamış olması gerekmektedir (Korkmaz vd., 2009: 520).

H_3: Hastane hizmetlerinden algılanan riskin hasta memnuniyeti üzerinde olumlu bir etkisi vardır.

H_3 hipotezi algılanan risk ile hasta memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki olduğunu ifade etmektedir. Şekil 5.1'de H_3 ile gösterilmiş olan algılanan risk ve hasta memnuniyeti kavramları arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalardan bazılarına yer verilmiştir. Brady ve Robertson (2001) yapmış oldukları çalışmada hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyet arasındaki ilişkiyi Amerika'daki ve Ekvador'daki tüketicilerde denemişlerdir. Kurmuş oldukları nedensel modellerden; birinci modelde sıralama hizmet kalitesi → müşteri tatmini → davranışsal niyet

şeklindedir. İkinci modeldeki sıralama ise müşteri tatmini → hizmet kalitesi → davranışsal niyet şeklindedir. Çalışma sonucunda elde edilmiş olan bulgular iki ülkedeki hizmet kalitesinin tatminin önceli olduğudur. Bendall-Lyon ve Powers (2004) yapmış oldukları çalışmada sağlık sektöründe müşterilerin hastanedeki fiziksel yapılar ve süreçler konusunda tatminin davranışsal niyet üzerine etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda hem fiziksel yapının hem de hizmet süreçlerinin bütünsel tatmin üzerinde anlamlı etkilerinin olduğu sonucuna varılmıştır. Buna ek olarak, bütünsel tatminin hastaların sağlık kurumundan sağlık tekrar hizmeti almak üzere geri dönüş niyetleri doğrudan etkilediği sonucuna varılmıştır.

H_4: Hastane hizmetlerinden hasta memnuniyetinin davranışsal niyet üzerinde olumlu bir etkisi bulunmaktadır.

H_4 hipotezi hasta memnuniyeti ile davranışsal niyet arasında pozitif bir ilişki olduğunu ifade etmektedir. Şekil 5.1'de H_4 ile gösterilmiş olan müşteri (hasta) memnuniyeti ve davranışsal niyet kavramları arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalardan bazılarına yer verilmiştir. Swan ve Oliver (1989) yapmış oldukları çalışmada müşteri tatmininin hizmet deneyimleri için duygusal bir cevap olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Artan tatminin pozitif etkisinin olduğu ve tatminsizliğin ise negatif bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Woodside ve diğerleri (1989) yapmış oldukları çalışmada müşterilerin algıladıkları hizmet kalitesini, tatmin algılarını ve davranışsal niyeti açıklamaya çalışan bir model önermişlerdir. Çalışmanın deneysel sonuçlarına bakıldığında müşteri tatmininin hizmet kalitesi ve davranışsal niyet arasında aracı bir rol oynadığı sonucuna varılmıştır. Brady ve diğerleri (2002) yapmış oldukları çalışmada hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyet arasındaki ilişkiyi ele almışlardır. Çalışma sonucunda hizmet kalitesinin tatminin bir önceli olduğu sonucuna varmışlardır. Buna ek olarak çalışma sonucunda hizmet kalitesinin ve tatminin davranışsal niyetler üzerinde doğrudan etkiye sahip olduğu sonucuna da varılmıştır. Petrick (2004) yapmış olduğu çalışmada hizmet kalitesinin davranışsal niyet öngörüsünde tatminden dolaylı etkisinin yanında doğrudan etkisinin de olduğu sonucuna varılmıştır.

H_5: Hastane hizmetlerinden algılanan hizmet kalitesinin davranışsal niyet üzerinde olumlu bir etkisi bulunmaktadır.

H_5 hipotezi algılanan hizmet kalitesi ile davranışsal niyeti arasında pozitif bir ilişki olduğunu ifade etmektedir. Şekil 5.1'de H_5 ile gösterilmiş olan algılanan hizmet kalitesi ve davranışsal niyet kavramları arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalardan bazılarına yer verilmiştir. Zeithaml ve diğerleri (1996) yapmış oldukları çalışmada hizmet kalitesinin davranışsal niyetlerin olumlu ve olumsuz sonuçlarıyla ilişkisinin test edildiği bir model oluşturmuşlardır. Araştırmacılar bu oluşturdukları modelle elde ettikleri bulgular hizmet kalitesinin davranışsal niyetin olumlu sonuçlarıyla pozitif bir ilişkinin olduğunu, olumsuz sonuçlarıyla ise negatif bir ilişkinin olduğunu ortaya koymuşlardır. Dabholkar ve diğerleri (2000) yapmış oldukları çalışmada hizmet kalitesi boyutlarının davranışsal niyetler üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Buna ek olarak hizmet kalitesinin boyutlarının aracı değişken olarak kullanıldığı iki model oluşturulmuştur. Birinci modele hizmet kalitesinin önceller modeli, ikinci modele ise müşteri tatmininin aracı modeli adını vermişlerdir. İlk modelin sonuçları değerlendirildiğinde boyutların davranışsal niyet kavramını açıklamakta yetersiz kaldığı, ikinci modelin sonuçları değerlendirildiğinde davranışsal niyet kavramını daha iyi açıkladığı görülmüştür.

H_6: Hastane hizmetlerinden algılanan değerin hasta memnuniyeti üzerinde olumlu bir etkisi vardır.

H_6 hipotezi algılanan değer ile hasta memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki olduğunu ifade etmektedir. Şekil 5.1'de H_6 ile gösterilmiş olan algılanan değer ve hasta memnuniyeti kavramları arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalardan bazılarına yer verilmiştir. Choi ve diğerleri (2004) Güney Kore'deki sağlık sektöründe yapmış oldukları çalışmada yeniden satın alma niyeti üzerinde üç yapının da etkisinin olduğu görülmüştür. Çalışmada algılanan hizmet kalitesinin hem müşteri tatmini hem de davranışsal niyet üzerinde algılanan değerden daha büyük bir etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır.

H_7: Hastane hizmetlerinden algılanan değerin algılanan risk üzerinde olumsuz bir etkisi vardır.

H_7 hipotezi algılanan değer ile algılanan risk arasında negatif bir ilişki olduğunu ifade etmektedir. Şekil 5.1'de H_7 ile gösterilmiş olan algılanan risk ve algılanan değer kavramları arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalardan bazılarına yer

verilmiştir. Özbek (2016) Kocaeli ve Balıkesir illerinde ikamet eden ve otomobilinin bakımı için sadece yetkili servisleri tercih ettiğini ifade eden 378 bireyden oluşturmaktadır. Çalışmada müşterilerin otomobil satın almadan önce algıladıkları finansal risk ve performans riskinin, otomobili satın aldıktan sonraki algılanan değer üzerinde olumsuz bir etkisinin olduğu sonucuna varılmıştır. Bu çalışma literatürdeki benzer araştırmaların (Sweeney vd., 1999; Agarwal ve Teas, 2001) sonuçlarıyla uyumludur.

H_8: Hastane hizmetlerinden algılanan değerin davranışsal niyet üzerinde olumlu bir etkisi vardır.

H_8 hipotezi Algılanan değer ile davranışsal niyeti arasında pozitif bir ilişki olduğunu ifade etmektedir. Şekil 5.1'de H_8 ile gösterilmiş olan algılanan değer ve davranışsal niyet kavramları arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalardan bazılarına yer verilmiştir. Küpeli (2014) algılanan risk ve algılanan değer arasındaki ilişkileri Türkiye genelinde farklı otellerde konaklamakta olan müşterilerden, çeşitli ören yerlerinde seyahat etmekte olan yerli ve yabancı 747 otel müşterisi üzerinde incelenmiştir. Tezde kurulmuş olan müşteri değerinin davranışsal niyeti pozitif yönde etkilediği hipotezi kabul edilmiştir.

H_9: Hastane hizmetlerinden algılanan hizmet kalitesinin algılanan değer üzerinde olumlu bir etkisi vardır.

H_9 hipotezi Algılanan hizmet kalitesi ile algılanan değer arasında pozitif bir ilişki olduğunu ifade etmektedir. Şekil 5.1'de H_9 ile gösterilmiş olan algılanan hizmet kalitesi ve algılanan değer arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalardan bazılarına yer verilmiştir. Sweeney ve diğerleri (1999) yapmış oldukları çalışmada algılanan kalite ve algılanan değer arasındaki ilişkilerde algılanan riskin rolünü perakendecilik sektöründe araştırmışlardır. Bu çalışmada performans riskinin ve finansal riskin ürün, teknik ve fonksiyonel kalite olarak belirlenen kalite boyutlarına negatif etkisi olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Çalışmada algılanan hizmetin kalitesi arttıkça tüketicilerin algıladıkları riskin algılanan değere olan etkisi azaldığını ifade edilmiştir. Algılanan riskin parasal ilişkiler için algılanan hizmet kalitesi ve algılanan değerin önemli rol oynadığını ve bu ilişkinin parasal ilişkiler için algılanan değerin algılanan kalite, fiyat ve satın alma isteğinde önemli bir aracı rolü olduğunu ortaya koymuşlardır.

5.9. Araştırmada Elde Edilen Verilerin Analizleri ve Bulgular

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 24.0 ve AMOS (Analysis of Moment Structures) 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygunluk "Histogram" ve "Q-Q Plot Çizimi" ile incelenebilmektedir. Histogram grafiğindeki görüntü normal dağılım görüntüsüne yakınsa verilerin normal dağıldığı söylenebilir. Q-Q Plot çizimi sonuçlarında veriler 45 derecelik doğru üzerinde veya yakınında dağılıyorsa normal dağılım gösterdiği söylenebilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2016: 218).

Likert tipi ölçek kullanılan anketlerde, çoğu zaman veriler normal dağılım göstermemektedir. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı incelenirken çarpıklık ve basıklık (±3 arasında) değerlerine bakılarak değerlendirme yapılmaktadır. Anket sayısına göre, verilerin normal dağılıma yakınlaşacağı varsayılmaktadır. Aykırı değerler, hata varyans değerini yükselttiğinden istatistiksel testlerin güçleri üzerinde de etkisi bulunmaktadır. Aykırı değerlerin araştırmaya konu olan veri setinde var olup olmadığına istatistiki testlerden önce bakılması gerekmektedir.

Veri setleri normal dağılım gösterdiği için parametrik testler istatistiki değerlendirmelerde kullanılmıştır. Daha sonra yapısal eşitlik modellemesi kullanılarak değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkileri sınanmış, önerilen modelin elde edilen verileri ne kadar açıkladığını belirlemek için uyum iyiliği ölçümü yapılmış ve elde edilen sonuçlar yorumlanmıştır.

9.1.1. Demografik Değişkenlere İlişkin Frekans Analizi

Bu bölümde araştırma anketinin birinci bölümünde yer alan altı farklı demografik çoktan seçmeli soruya verilen cevaplar frekans analizi ile incelenmiştir. Cevaplayıcılar demografik olarak cinsiyet, medeni durum, yaş, gelir durumu, eğitim durumu hizmeti değerlendirilen birimin adı, hastanedeki ortalama işlem süresi (saat), hastaların muayenede ortalama bekleme süresi (dk) gibi sorulara cevap verilmiştir.

Tablo 5.2‘de araştırmaya katılanların kişisel bilgilerine ilişkin verilerin dağılımına yer verilmiştir.

Tablo 5.2. Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri

Değişkenler	Gruplar	N	%
Cinsiyet	Kadın	278	55,2
	Erkek	226	44,8
Medeni Durum	Evli	200	39,7
	Bekâr	304	60,3
Yaş	25 ve aşağısı	248	49,2
	26-35	166	32,9
	36-45	56	11,1
	46 ve üzeri	34	6,8
Eğitim Durumu	İlköğretim ve ortaöğretim	50	9,9
	Ön lisans	89	17,7
	Lisans	335	66,5
	Lisansüstü	30	6,0
Aylık Gelir Durumu (TL)	1000 ve daha az	79	15,7
	1001-2000	49	9,7
	2001-3000	114	22,6
	3001-4000	184	36,5
	4001 ve üzeri	78	15,5
Toplam		**504**	**100,0**

Araştırmaya katılanların kişisel bilgilerine ilişkin dağılımları frekans analizi aracılığıyla yapılmıştır. Buna göre katılımcıların %55,2’sinin kadın ve %44,8’inin erkek olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların %60,3’ünün bekar ve %39,7’sinin evli olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların yaş grupları incelendiğinde; %49,2’sinin 25 yaş ve aşağısında, %32,9’unun 26-35 yaş arasında olduğu, %11,1’inin 36-45 yaş aralığında ve %6,8’inin 46 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların %66,5’ini lisans mezunu, %17,7’sini ön lisans, %9,9’unu ilköğretim ve ortaöğretim ve %6,0’ını lisans üstü mezunu olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların aylık gelir durumu incelendiğinde, %36,5’inin 3001-4000 TL, %22,6’sının 2001-3000 TL, %15,7’sinin 1000 TL ve daha az, %15,5’inin 4001 TL ve üzeri, %9,7’sininde 1001-2000 TL arasında gelire sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 5.3‘te araştırmaya katılanların hastane hizmetlerine ilişkin verilerin dağılımına yer verilmiştir.

Tablo 5.3. Araştırmaya Katılanların Hastane Hizmetlerine İlişkin Verilerin Dağılımı

Değişkenler	Gruplar	N	%
Hizmeti Değerlendirilen Birimin Adı	Ameliyathane	28	5,6
	Acil	92	18,3
	Cildiyye	12	2,4
	Çocuk	21	4,2
	Dahiliye	28	5,6
	Genel Cerrahi	8	1,6
	Göğüs Hastalıkları	8	1,6
	Göz	14	2,8
	Heyet	9	1,8
	Kadın Doğum	35	6,9
	KBB	16	3,2
	Laboratuvar	12	2,4
	Ortopedi	15	3,0
	Poliklinik	149	29,6
	Yoğun Bakım	25	5,0
	Kardiyoloji	6	1,2
	Radyoloji	9	1,8
	Diğer	17	3,4
Hastanedeki Ortalama İşlem Süresi (Saat)	1 saatten az	131	26,0
	1-3	251	49,8
	4-6	70	13,9
	7-9	39	7,7
	1 günden fazla	13	2,6
Hastaların Muayenede Ortalama Bekleme Süresi (dk)	10’dan az	96	19,0
	10-20	254	50,4
	21-30	106	21,0
	31-45	34	6,7
	46-60	14	2,8
Toplam		**504**	**100,0**

Araştırmaya katılanların hastane hizmetlerini değerlendirdikleri birimlerin dağılımları için frekans analizi aracılığıyla yapılmıştır. Buna göre katılımcıların

hizmeti değerlendiren birimi incelendiğinde, %29,6'sının poliklinik ve %18,3'ünün acil ağırlıkta oldukları görülmektedir. Hastanedeki ortalama işlem süresi incelendiğinde, %49,8'inin 1-3 saat, %26,0'ının 1 saatten az, %13,9'unun 4-6 saat, %7,7'sinin 7-9 saat arasında olduğu ve %2,6'sının 1 günden fazla olduğu görülmektedir. Katılımcıların ortalama hastanın muayene bekleme süresi incelendiğinde, %50,4'ünün 10-20 dakika, %21,0'ının 21-30, %19,0'ının 10 dakikadan az, %6,7'sinin 31-45 dakika ve %2,8'inin 46-60 dakika arasında olduğu tespit edilmiştir.

5.9.2. Güvenilirlik Analizleri

Güvenilirlik en genel tanımı ile ölçmenin hatalardan arındırılmış olmasıdır. Ölçümlerde güvenilirlik katsayısı olarak ifade edilen katsayı güvenilirliğini ifade etmektedir. Bu sayı korelasyona dayalı olarak hesaplanmaktadır. Cronbach's Alpha olarak bilinen bu katsayı korelasyona dayalı olarak hesaplanmaktadır. Cronbach's Alpha -1 ile +1 arasında değer almaktadır. Aldığı değer +1'e yaklaştıkça güvenilirlik oranı artmaktadır (Can, 2016: 387-387). Alfa katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği şu şekilde yorumlanabilmektedir (Karagöz, 2016: 941).

0,00≤ a <0,40 aralığında ise ölçek güvenilir değil,

0,40≤ a <0,60 aralığında ise ölçeğin güvenilirliği düşük,

0,60≤ a <0,80 aralığında ise ölçek oldukça güvenilir ve

0,80≤ a <1.00 aralığında ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektedir.

5.9.2.1. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Bulguları

Araştırmada kullanılan algılanan hizmet kalitesi ölçeği daha önce belirtildiği gibi beş boyuttan oluşmaktadır. Buna göre, ölçeğin içsel tutarlılığına ilişkin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı önce her bir boyut için ayrı ayrı hesaplanmış, daha sonra ise ölçeğin geneli hesaplanmıştır.

Tablo 5.4'te algılanan hizmet kalitesi ölçeğinin ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları yer almaktadır.

Tablo 5.4. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Katsayıları

Boyutlar ve Ölçek	İfade Sayısı	Cronbach's Alpha (α)
Fiziksel Özellikler	4	0,79
Güvenilirlik	5	0,84
Heveslilik	4	0,75
Güvence	4	0,82
Empati	5	0,89
Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği	**22**	**0,94**

Tablo 5.4'te görüldüğü üzere, fiziksel özellikler boyutunun Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,79, güvenilirlik boyutunun 0,84, heveslilik boyutunun 0,75, güvence boyutunun 0,82 ve empati boyutunun 0,89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0,94 olarak tespit edilmiştir. Algılanan hizmet kalitesi ölçeğinin ve alt boyutlarının sosyal bilimler araştırmaları için oldukça yüksek güvenilirlik düzeylerine sahip oldukları söylenebilir. Sonuç olarak, yüksek güvenilirlik düzeyine sahip ölçekler kullanılarak toplanan verilerden elde edilen sonuçlar tutarlı olmaktadır.

5.9.2.2. Algılanan Risk Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Bulguları

Araştırmada kullanılan algılanan risk ölçeği daha önce belirtildiği gibi altı boyuttan oluşmaktadır. Buna göre, ölçeğin içsel tutarlılığına ilişkin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı önce her bir boyut için ayrı ayrı hesaplanmış, daha sonra ise ölçeğin geneli için hesaplanmıştır.

Tablo 5.5'te algılanan risk ölçeğinin ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları yer almaktadır.

Tablo 5.5. Algılanan Risk Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Katsayıları

Boyutlar ve Ölçek	İfade Sayısı	Cronbach's Alpha (α)
Psikolojik Risk	3	0,85
Finansal Risk	3	0,85
Fiziksel Risk	2	0,74
Performans Riski	4	0,83
Sosyal Risk	3	0,78
Zaman Riski	3	0,80
Algılanan Risk Ölçeği	**18**	**0,91**

Tablo 5.5'te görüldüğü üzere, psikolojik risk boyutunun Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,85, finansal risk boyutunun 0,85, fiziksel risk boyutunun 0,74, performans riski boyutunun 0,83, sosyal risk boyutunun 0,78 ve zaman riski boyutunun 0,80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0,91 olarak tespit edilmiştir. Algılanan risk ölçeğinin ve alt boyutlarının sosyal bilimler araştırmaları için oldukça yüksek güvenilirlik düzeylerine sahip oldukları söylenebilir. Sonuç olarak, yüksek güvenilirlik düzeyine sahip ölçekler kullanılarak toplanan verilerden elde edilen sonuçlar tutarlı olmaktadır.

5.9.2.3. Algılanan Değer Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Bulguları

Araştırmada kullanılan algılanan değer ölçeği daha önce belirtildiği gibi üç boyuttan oluşmaktadır. Buna göre, ölçeğin içsel tutarlılığına ilişkin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı önce her bir boyut için ayrı ayrı hesaplanmış, daha sonra ise ölçeğin geneli hesaplanmıştır.

Tablo 5.6'da algılanan değer ölçeğinin ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları yer almaktadır.

Tablo 5.6. Algılanan Değer Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Katsayıları

Boyutlar ve Ölçek	İfade Sayısı	Cronbach's Alpha (α)
Duygusal Değer	9	0,94
Fonksiyonel Değer	5	0,92
Ekonomik Değer	5	0,89
Algılanan Değer Ölçeği	**19**	**0,96**

Tablo 5.6'da görüldüğü üzere, duygusal değer boyutunun Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,94, fonksiyonel değer boyutunun 0,92 ve ekonomik değer boyutunun 0,89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0,96 olarak tespit edilmiştir. Algılanan değer ölçeğinin ve alt boyutlarının sosyal bilimler araştırmaları için oldukça yüksek güvenilirlik düzeylerine sahip oldukları söylenebilir. Sonuç olarak, yüksek güvenilirlik düzeyine sahip ölçekler kullanılarak toplanan verilerden elde edilen sonuçlar tutarlı olmaktadır.

5.9.2.4. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Güvenilirlik Bulguları

Araştırmada kullanılan hasta memnuniyeti ölçeği daha önce belirtildiği gibi bir boyuttan oluşmaktadır. Buna göre, ölçeğin içsel tutarlılığına ilişkin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır.

Tablo 5.7'de hasta memnuniyeti ölçeğinin güvenilirlik katsayıları yer almaktadır.

Tablo 5.7. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Güvenilirlik Katsayıları

Ölçek	İfade Sayısı	Cronbach's Alpha (α)
Hasta Memnuniyeti Hasta Memnuniyeti Ölçeği	7	0,91

Tablo 5.7'de görüldüğü üzere, hasta memnuniyeti ölçeğinin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur. Hasta memnuniyeti ölçeğinin sosyal bilimler araştırmaları için oldukça yüksek güvenilirlik düzeylerine sahip olduğu söylenebilir. Sonuç olarak, yüksek güvenilirlik düzeyine sahip ölçekler kullanılarak toplanan verilerden elde edilen sonuçlar tutarlı olmaktadır.

5.9.2.5. Davranışsal Niyet Ölçeğinin Güvenilirlik Bulguları

Araştırmada kullanılan davranışsal niyet ölçeği daha önce belirtildiği beş boyuttan oluşmaktadır. Ancak bu çalışmada bu beş boyuttan sadece biri kullanılmıştır. Buna göre, ölçeğin içsel tutarlılığına ilişkin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır.

Tablo 5.8'de davranışsal niyet ölçeğinin güvenilirlik katsayıları yer almaktadır.

Tablo 5.8. Davranışsal Niyet Ölçeğinin Güvenilirlik Katsayıları

Ölçek	İfade Sayısı	Cronbach's Alpha (α)
Sadakat Davranışsal Niyet Ölçeği	5	0,92

Tablo 5.8'de görüldüğü üzere, davranışsal niyet ölçeğinin sadakat boyutunun Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur. Davranışsal niyet ölçeğinin sosyal bilimler araştırmaları için oldukça yüksek güvenilirlik düzeylerine sahip olduğu söylenebilir. Sonuç olarak, yüksek güvenilirlik düzeyine sahip ölçekler kullanılarak toplanan verilerden elde edilen sonuçlar tutarlı olmaktadır.

5.9.3. Doğrulayıcı Faktör Analizleri

Geçerlilik kavramının temelini ölçüm aracının ölçülmek istenen özelliğe uygun olması, ölçümün kurallara uygun yapılıp yapılmadığı ve ölçülmek istenen durumu gerçekten ölçebilme derecesi gibi konular oluşturmaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2016: 165). Geçerlilik, ölçüm değerlerindeki gözlemlenen farklılığın, sistematik veya tesadüfi hatadan kaynaklanmaktan ziyade, ölçülen özellikler açısından nesneler

arasındaki gerçek farklılığı yansıtma derecesi olarak ifade edilmektedir. Gerçek anlamda geçerliliğe sahip olan ölçümlerde sistematik hata ve tesadüfi hata bulunmamaktadır. Literatürde geçerliliğin test edilmesinde kullanılan testlerden biri içerik geçerliliğidir. İçerik geçerliliği anketin yeterli sayıda ve ölçülmek istenen olguyu temsil edebilecek soruları içerdiğinden emin olmak için yapılan geçerliliktir (Altunışık vd., 2012: 123). Kapsam geçerliliği testi oluşturan maddelerin ölçülmesi istenen davranışları ölçmede nicelik ve nitelik olarak yeterli olup olmadığının göstergesidir (Büyüköztürk, 2016: 179). Literatürde içerik geçerliliğine kapsam geçerliliğine ek olarak birçok geçerlilik çeşidi bulunmaktadır. Bunlar (Gürbüz ve Şahin, 2016: 165-170):

- Yapı geçerliliği: Araştırma içerisinde yer alan kavramsal yapının tam olarak açığa çıkarılmasıyla ilgili bir kavramdır. Birleşim geçerliliği, ayrışım geçerliliği, tek ve çok boyutluluk gibi çeşitleri bulunmaktadır.

- Ölçüt geçerliliği: Ölçüm aracından elde edilen puanların ölçüm kriterine ait puanlarla karılaştırılması sonucunda elde edilen korelasyon kat sayısı kullanılarak yapılan tutarlı çıkarımlardır. Bu geçerliliğin analizinde korelasyon analizinin yanında regresyon analizi de bulunmaktadır. Yordama geçerliliği ya da tahmin geçerliliği ve eş zamanlı geçerlilik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

- İç ve dış geçerlilik: Literatür incelendiğinde diğer geçerlilik türlerinin daha çok ölçüm araçlarına yönelik olduğu görülecektir. İç ve dış geçerlilik araştırmanın geneline yönelik olan geçerliliktir. İç geçerlilik bir deneyde bağımlı değişkendeki değişimin gerçekten bağımsız değişkenden kaynaklandığının bir göstergesidir. Dış geçerlilik ise diğer kişi, olay ve bağlamlara genellenebilme özelliğini ifade etmektedir.

En kısa ve öz haliyle geçerlilik ölçümü yapılan konu ile ilgiliyken güvenilirlik ölçümdeki hatalarla ilgilidir (Can, 2016: 387). Ölçme aracının taşıması gereken en önemli nitelik güvenilirlik ve geçerliliktir. Eğer bir ölçme aracının geçerliliği ve güvenilirliği istenen düzeyde değilse ölçülmeye çalışılan nitelikler veya kullanılan bilimsel araştırmalardan elde edilecek sonuçlar da güvenilir ve geçerli olamayacaktır. Bu nedenle ölçme araçlarının güvenilirlik ve geçerlilik düzeylerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olması gerekmektedir (Seçer, 2015: 211).

Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) bazı olgulara dayanarak hipotez testi gibi yapısal bir teoriyi açıklamaya yönelik istatistiksel yaklaşımdır. Bu teori genellikle çok değişkenli yapılar üzerine gözlemler oluşturan nedensel bir süreci ortaya koymaktadır (Bryne, 2010: 3). Yapısal eşitlik modeli şematik olarak gösterilen yapıları içermektedir. Bu şematik yapıların gösteriminde kullanılan temel ifadeler (şekiller) şunlardır (Meydan ve Şeşen, 2015: 11):



Daire ya da Elips: Çalışmadaki gizil değişkenleri ifade etmektedir.



Kare ya da Dikdörtgen: Çalışmadaki gözlenen değişkenleri ifade etmektedir.

Tek Yönlü Ok: Bir değişkenin diğer değişken üzerinde etkisini göstermektedir.

Cift Yönlü Ok: Bir değiskenin diğer değisken üzerinde etkisini göstermektedir.

Sosyal bilimlerde nedensellikle ilgili tartışmalar, yüzyılı aşan bir geçmişe sahiptir. Nedensellik ilişkileri deneysel desenler yardımıyla bulunuyorken; yapısal eşitlik modellemesi nedensel ilişkilerin bulunması konusuna önemli bir boyut kazandırmıştır (Çokluk vd., 2016: 251).

Yapısal eşitlik modellemesinde gözlenen ve gizil değişkenler arasındaki ilişkiler değişkenler arasındaki ilişkiler doğrudan, dolaylı ve toplam etki olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Bu bağ yönsüz olarak iki değişken arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Bu genel olarak korelasyon analizi ile hesaplanmaktadır. Doğrudan etki, iki değişken arasındaki yönsel ilişkiyi ifade etmektedir. Bu ilişkiler genellikle ANOVA ve regresyon analizi ile değerlendirilmektedir. Bir modelde, her ne kadar doğrudan etkideki bağımlı değişken diğer bir değişkenin bağımsız değişkeni olabilse de her bir doğrudan etki, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki yönsel bir ilişkidir ve yapısal eşitlik modellerinin temelini oluşturmaktadır. Dahası çoklu regresyonda olduğu gibi bağımlı değişken birden fazla bağımsız değişkenle ilişkili olabilmekte ve çoklu varyans analizindeki gibi bağımsız değişken birden fazla bağımlı değişkenlerle ilişkili olabilmektedir. Dolaylı etki ise bağımsız değişkenin bir veya birden fazla aracı değişken aracılığıyla bağımlı değişkene olan etkisini ifade etmektedir (Baron ve Kenny, 1986; Aktaran: Hoyle, 1995: 3-4). En basit dolaylı etki

iki doğrudan ilişkiyi içermektedir. Örneğin x'in y üzerinde doğrudan bir etkisi varsa, y'nin z üzerinde doğrudan bir etkisi varsa ve x'in z üzerinde y aracılığıyla bir etkisi olduğunu ifade etmektedir. Bir bağımsız değişkenin bir bağımlı değişken üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkisinin toplamı bağımlı değişkenin toplam etkisini ifade etmektedir (Hoyle, 1995: 4).

Literatürde yapısal eşitlik modellemesinde ve doğrulayıcı faktör analizinde model uygunluğunun değerlendirilmesinde kullanılan birden fazla farklı uyum indeksleri bulunmaktadır. Tablo 5.9'da literatürde yer alan uyum indekslerinden bazıları yer almaktadır.

Tablo 5.9. Yapısal Eşitlik Modelinde Uyum İndeksleri

Ölçüm (Uyum İstatistiği)	**İyi Uyum**	**Kabul Edilebilir Uyum**
Genel Model Uyumu		
X^2/sd Uyum Testi	≤3	≤4-5
Karşılaştırmalı Uyum İndeksleri		
NFI	≥0,95	0,94-0,90
TLI	≥0,95	0,94-0,90
IFI	≥0,95	0,94-0,90
CFI	≥0,97	≥0,95
RMSEA	≤0,05	0,06-0,08
Mutlak Uyum İndeksleri		
GFI	≥0,90	0,89-0,85
AGFI	≥0,90	0,89-0,85
Kaynak: Meydan ve Şeşen (2015: 37); Karagöz (2016: 969-972)'den yararlanılarak oluşturulmuştur.		

En yaygın kullanılanlar benzerlik oranı Ki kare testi (Chi-Square Goodness of Fit - Ki-Kare Uyum İyiliği İndeksi), NFI (Normed Fit Index - Düzeltilmiş Uyum İndeksi), NNFI (Non-Normed Fit Index - Düzeltilmemiş Uyum İndeksi), CFI (Comparative Fit Index - Mukayeseli Uyum Endeksi), RMSEA (Root-Mean-Square

Error Approximation - Ortalama Hata Karekök Yaklaşımı), GFI (Goodness-of-Fit Index - Uyum İyiliği İndeksi) ve AGFI (Adjusted Goodness-of-Fit Index - Uyarlanmış Uyum İyiliği İndeksi) 'dir. Literatürde Ki-kare testi X^2/sd olarak bilinmekte ve AMOS programında CMIN/df olarak kullanılmaktadır (Karagöz, 2016: 969-973). NNFI (Non-Normed Fit Index-Düzeltilmemiş Uyum İndeksi) bazı kaynaklarda TLI (Tucker-Lewis Index-Tucker-Lewis İndeksi) olarak geçmektedir. AMOS programında da TLI olarak kullanılmaktadır (Meydan ve Şeşen, 2015: 37).

YEM'in uygulanmasına dair aşamalar şunlardır (Çelik ve Yılmaz, 2016: 8):

1) Kuramsal bir modelin geliştirilmesi,
2) Geliştirilen model için nedensel ilişkilerin gösterildiği yol (path) diyagramının çizilmesi,
3) Yol diyagramı kullanılarak yapısal ve ölçüm modellerinin ayrıştırılması,
4) Önerilen modele ilişkin tahminlerin elde edilmesi ve
5) Yapısal modelin değerlendirilmesi, modelin uygunluğunun değerlendirilmesi ve sonuçların yorumlanmasıdır.

Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla kullanılan ölçeklere "Güvenilirlik Analizi", yapı geçerliliği test etmek için kullanılan ölçeklere "Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)" yapılmıştır.

Ölçüm modellerinde yapılan analizler sonucunda uyum indekslerine göre yeterli değilse kuramsal ilişkilere bağlı kalınmak kaydıyla model uyumunun geliştirilmesi için bazı modifikasyonlara ihtiyaç duyulmaktadır. Modifikasyonlar modelin orijinalinde ön görülemeyen fakat yapılacak düzeltmelerle modelde kazanılacak ki kare miktarını ifade etmektedir. Modifikasyon gözlenen ve gizil değişkenler arasında yeni bağlantıların oluşturularak değişkenlerin modelden çıkarılması ve değişkenler arasında uygun görülen kovaryansların eklenmesini ifade etmektedir (Karagöz, 2016: 976).

5.9.3.1. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Geçerlilik Bulguları

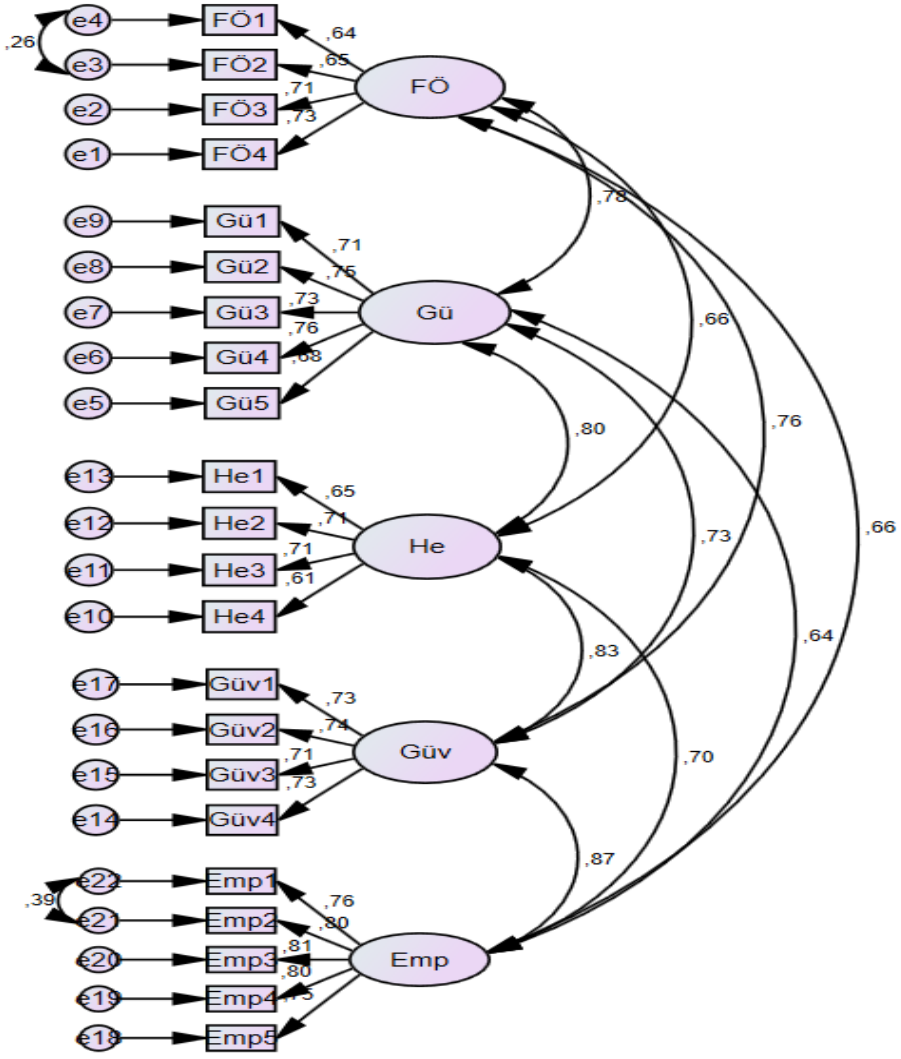
Tablo 5.10'da hizmet kalitesi ölçeği birinci düzey çok faktörlü model doğrulayıcı faktör analizi uyum indeksleri yer almaktadır.

Tablo 5.10. Modifikasyon Öncesi ve Modifikasyon Sonrası Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

RMSEA	NFI	CFI	IFI	GFI	TLI	AGFI	CMIN	CMIN/df
0,066	0,883	0,916	0,916	0,884	0,910	0,864	695,913	3,222
RMSEA	**NFI**	**CFI**	**IFI**	**GFI**	**TLI**	**AGFI**	**CMIN**	**CMIN/df**
0,060	**0,898**	**0,931**	**0,931**	**0,898**	**0,926**	**0,879**	**607,734**	**2,840**

Doğrulayıcı faktör analizine göre ölçeğin yapısal eşitlik model sonucunun P=0.000 düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 22 madde ve beş alt boyutun ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Modelde iyileştirme yapılmaktadır. İyileştirme yapılırken uyumu azaltan değişkenler belirlenmiş, artık değerler arasında kovaryansı yüksek olanlar için yeni kovaryanslar oluşturulmuştur (e3-e4; e21-e22). Sonrasında yenilenen uyum indeksi hesaplamalarında uyum indeksleri için kabul edilen değerlerin sağlandığı tabloda gösterilmiştir. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçlarına göre hizmet kalitesi ölçeğinin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; RMSEA 0,060; CFI 0,931; GFI 0,898; AGFI 0,879; CMIN/df (X^2/sd) ise 2,840 (p=,000) değerleri ile kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilmektedir (Tablo 5.10).

Şekil 5.2. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model



FÖ: Fiziksel Özelikler, Gü: Güvenilirlik, He: Heveslilik, Güv: Güvence, Emp: Empati

Her bir maddeye ilişkin faktör yükleri Tablo 5.11'de ve algılanan hizmet kalitesi ölçeğinin birinci düzey doğrulayıcı faktör analizine ilişkin model ise Şekil 5.2'de yer almaktadır. Görüldüğü üzere, faktör yükleri 0,64 ile 0,81 arasında

değişkenlik göstermektedir. Sosyal bilimlerde faktör yüklerinin 0,40'tan yüksek olması yeterli kabul edilmektedir.

Tablo 5.11. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin Yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri

Boyutlar ve İfadeler		Faktör Yükleri
Fiziksel Özellikler	1. Hastanede modern araç-gereç ve teknolojiye sahiptir.	0,64
	2. Hastanenin fiziksel ortamı görsel olarak çekicidir.	0,65
	3. Hastanenin çalışanları bakımlı ve iyi giyimlidir.	0,71
	4. Hastanenin fiziksel görünümü sunduğu hizmete uygundur.	0,73
Güvenilirlik	5. Hastane herhangi bir hizmeti belirli bir sürede yapmaya söz verdiğinde sözünü tutar.	0,71
	6. Müşteriler herhangi bir sorunla karşılaştıklarında hastane sorunları çözmektedir.	0,75
	7. Hastane güvenilirdir.	0,73
	8. Hastane her türlü hizmeti söz verdiği zamanda sunmaktadır.	0,76
	9. Hastane kayıtlarını doğru tutmaktadır.	0,68
Heveslilik	10. Hastane sunacağı hizmetin zamanını müşterilere söylemektedir.	0,65
	11. Hastanenin çalışanlarından anında hizmet alınmaktadır.	0,71
	12. Hastane çalışanları her zaman müşterilerine yardımcı olmaya isteklidirler.	0,71
	13. Hastane çalışanları müşteri isteklerini aksatacak ölçüde yoğun değildir.	0,61
Güvence	14. Hastane çalışanları müşterilerine güvenilirdir.	0,73
	15. Müşteriler bir hastaneden hizmet alırken kendilerini güvende hissederler.	0,75
	16. Hastanenin çalışanları kibardır.	0,71
	17. Hastanenin çalışanları yeterli bilgi düzeyine sahiptir.	0,73
Empati	18. Hastanenin yöneticileri müşterilerine bireysel özen göstermektedir.	0,76
	19. Hastanenin çalışanları müşterilerine bireysel özen göstermektedir.	0,80
	20. Hastanenin çalışanları müşteri ihtiyaçlarını bilmektedir.	0,81
	21. Hastanenin çalışanları müşteriler ile içtenlikle ilgilenmektedir.	0,80
	22. Hastanenin tüm müşterilerine uygun olan saatlerde hizmet sunmaktadır.	0,75

5.9.3.2. Algılanan Risk Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Geçerlilik Bulguları

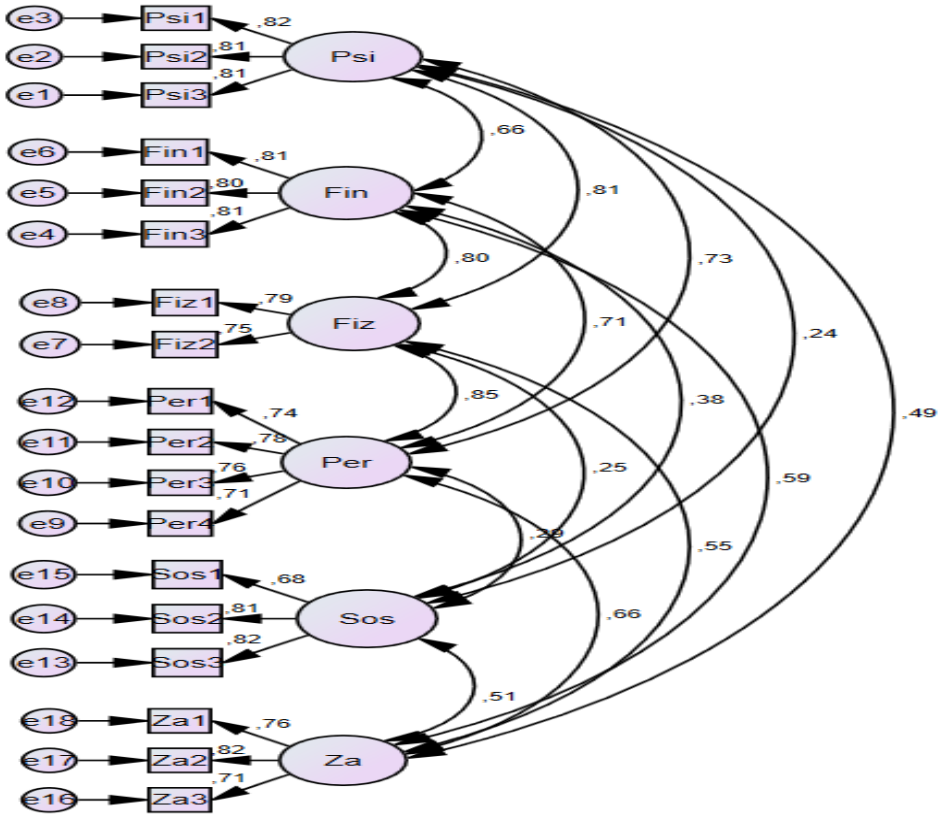
Tablo 5.12'de algılanan risk ölçeği birinci düzey çok faktörlü model doğrulayıcı faktör analizi uyum indeksleri yer almaktadır.

Tablo 5.12. Algılanan Risk Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

RMSEA	NFI	CFI	IFI	GFI	TLI	AGFI	CMIN	CMIN/df
0,069	0,908	0,933	0,933	0,909	0,923	0,882	450,430	3,412

Doğrulayıcı faktör analizine göre ölçeğin yapısal eşitlik model sonucunun P=0.000 düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 18 madde ve altı alt boyutun ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçlarına göre algılanan risk ölçeğinin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; RMSEA 0,069; CFI 0,933; GFI 0,909; AGFI 0,882; CMIN/df (X^2/sd) ise 3,412 (p=,000) değerleri ile kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilmektedir (Tablo 5.12).

Şekil 5.3. Algılanan Risk Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model



Psi: Psikolojik Risk, Fin: Finansal Risk, Fiz: Fiziksel Risk, Per: Performans Riski, Sos: Sosyal Risk, Za: Zaman Riski

Her bir maddeye ilişkin faktör yükleri Tablo 5.13'te ve algılanan risk ölçeğinin birinci düzey doğrulayıcı faktör analizine ilişkin model ise Şekil 5.3'te verilmektedir. Görüldüğü üzere, faktör yükleri 0,68 ile 0,82 arasında değişkenlik göstermektedir. Sosyal bilimlerde faktör yüklerinin 0,40'tan yüksek olması yeterli kabul edilmektedir.

Tablo 5.13. Algılanan Risk Ölçeğine İlişkin Yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri

Boyutlar ve İfadeler		Faktör Yükleri
Psikolojik Risk	1. Aldığım hastane hizmetleri beni psikolojik açıdan rahatsız ediyor.	0,82
	2. Aldığım hastane hizmetleri nedeniyle istemediğim bir endişe hissediyorum.	0,81
	3. Aldığım hastane hizmeti beni geriyor.	0,81
Finansal Risk	4. Bu hastaneyi tercih ederek boş yere para harcadım.	0,81
	5. Bu hastane hizmetini başka yerden satın alsaydım daha az öderdim.	0,80
	6. Ödediğim ücretin karşılığını alamadığımı düşünüyorum.	0,81
Fiziksel Risk	7. Hastane hizmetlerinin tam olarak karşılığını alamamaktan korkuyorum.	0,79
	8. Hastanede verilen hizmetler nedeniyle fizyolojik (gerginlik, baş ağrısı, sinir vs.) rahatsızlıklar yaşamaktan korkuyorum.	0,75
Performans Riski	9. Bu hastaneden gerektiği gibi bir sağlık hizmeti aldığımı düşünmüyorum.	0,74
	10. Bu hastanenin hastası olarak beklediğim faydaları sağlayabildiğimi düşünmüyorum.	0,78
	11. Bu hastanenin hizmetlerinin güvenilir ve sağlam olduğunu düşünmüyorum.	0,76
	12. Sağlığımı kaybetme endişesi duyuyorum.	0,71
Sosyal Risk	13. Bu hastaneden hizmet almak çalışma arkadaşlarımın arasında itibarımın artmasını sağlıyor.	0,68
	14. Hastaneden hizmet aldığım için çalışma arkadaşlarım gösteriş yaptığımı düşünüyor.	0,81
	15. Hastaneden hizmet aldığım için değer verdiğim bazı arkadaşlarım aptalca davrandığımı düşünüyor.	0,82
Zaman Riski	16. Hastaneden aldığım hizmeti vakit kaybı olarak görüyorum.	0,76
	17. Hastaneden aldığım hizmetler nedeniyle üzerimde çok fazla zaman baskısı hissediyorum.	0,82
	18. Hastanenin hizmetlerini alırken çok fazla vakit harcamaktan korkuyorum.	0,71

5.9.3.3. Algılanan Değer Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Geçerlilik Bulguları

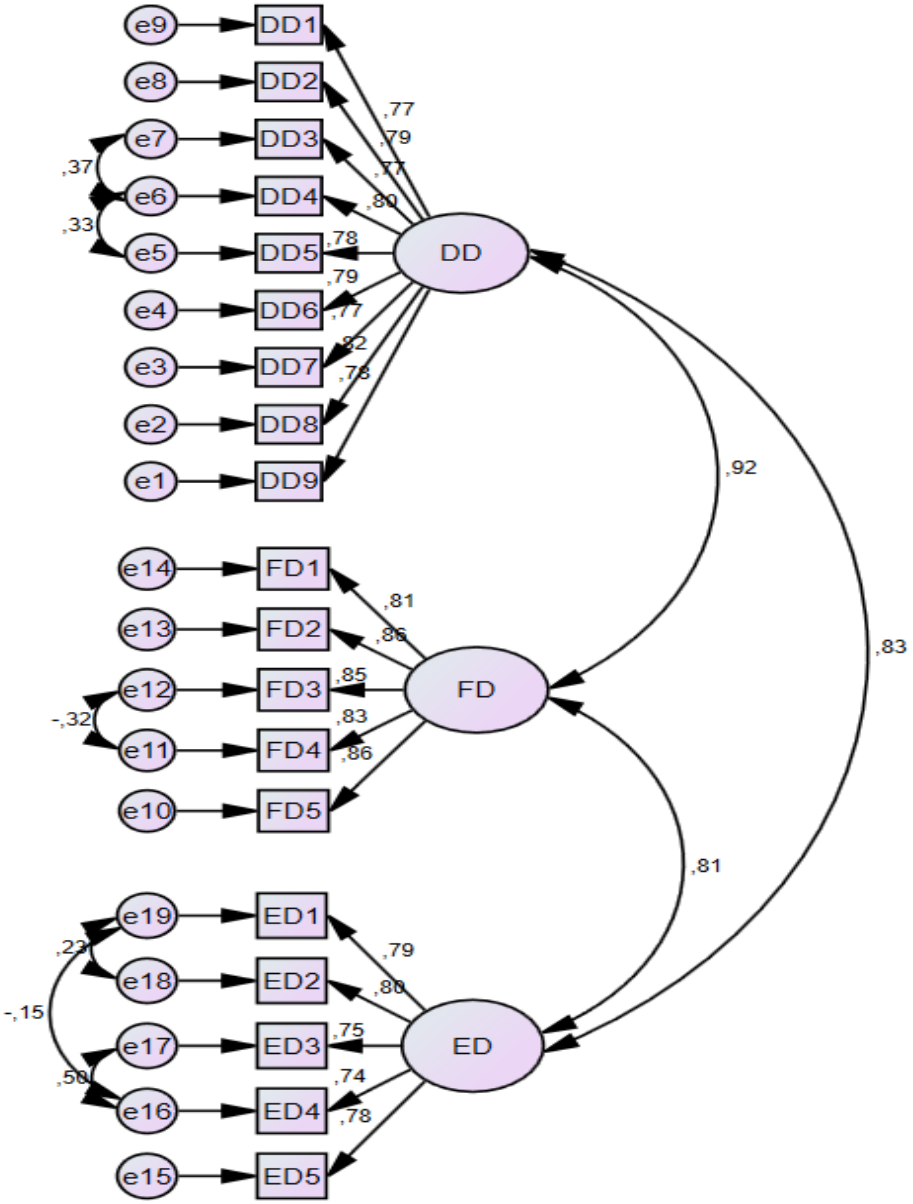
Tablo 5.14'te algılanan değer ölçeği birinci düzey çok faktörlü model doğrulayıcı faktör analizi uyum indeksleri yer almaktadır.

Tablo 5.14. Modifikasyon Öncesi ve Modifikasyon Sonrası Algılanan Değer Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

RMSEA	NFI	CFI	IFI	GFI	TLI	AGFI	CMIN	CMIN/df
0,103	0,872	0,890	0,890	0,804	0,886	0,774	1044,703	6,332
RMSEA	**NFI**	**CFI**	**IFI**	**GFI**	**TLI**	**AGFI**	**CMIN**	**CMIN/df**
0,080	**0,915**	**0,933**	**0,933**	**0,869**	**0,928**	**0,843**	**699,062**	**4,397**

Doğrulayıcı faktör analizine göre ölçeğin yapısal eşitlik model sonucunun P=0.000 düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 19 madde ve üç alt boyutun ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Modelde iyileştirme yapılmaktadır. İyileştirme yapılırken uyumu azaltan değişkenler belirlenmiş, artık değerler arasında kovaryansı yüksek olanlar için yeni kovaryanslar oluşturulmuştur (e5-e6; e6-e7; e11-e12; e19-e18; e16-e19; e16-e17). Sonrasında yenilenen uyum indeksi hesaplamalarında uyum indeksleri için kabul edilen değerlerin sağlandığı tabloda gösterilmiştir. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçlarına göre algılanan değer ölçeğinin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; RMSEA 0,080; CFI 0,933; GFI 0,869; AGFI 0,843; CMIN/df (X^2/sd) ise 4,397 (p=,000) değerleri ile kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilmektedir (Tablo 5.14).

Şekil 5.4. Algılanan Değer Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model



DD: Duygusal Değer, FD: Fonksiyonel Değer, ED: Ekonomik Değer

Her bir maddeye ilişkin faktör yükleri Tablo 5.15'te ve algılanan değer ölçeğinin birinci düzey doğrulayıcı faktör analizine ilişkin model ise Şekil 5.4'te verilmektedir. Görüldüğü üzere, faktör yükleri 0,74 ile 0,86 arasında değişkenlik göstermektedir. Sosyal bilimlerde faktör yüklerinin 0,40'tan yüksek olması yeterli kabul edilmektedir.

Tablo 5.15. Algılanan Değer Ölçeğine İlişkin Yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri

Boyutlar ve İfadeler		Faktör Yükleri
Duygusal Değer	1. Bu hastane ziyaret etmekten hoşlandığım iyi bir yerdir.	0,77
	2. Bu hastane iyi kalitede hizmet sunan bir yerdir.	0,79
	3. Bu hastaneyi ziyaret ettikten sonra, kendimi enerjik zinde hissettim.	0,77
	4. Bu hastaneyi ziyaret etmek beni memnun eder.	0,80
	5. Bu hastaneyi ziyaret ederken oldukça rahattım.	0,78
	6. Bu hastaneyi ziyaret ederken iyi hizmet aldım.	0,79
	7. Hizmet sunum süreçleri göz önünde bulundurulduğunda bu hastane iyi organize edilmişti.	0,77
	8. Bu hastaneyi ziyaretim kendimi daha iyi hissettirdi.	0,82
	9. Bu hastaneyi ziyaretimin değeri beklediğimden daha büyüktü.	0,78
Fonksiyonel Değer	10. Bu hastaneyi ziyaretim ile bilgi birikimim ve anlama yerim gelişti.	0,81
	11. Bu hastaneyi ziyaretimden dolayı gurur duyuyorum.	0,86
	12. Bu hastane benim ziyaret etmek istediğim yerdi.	0,85
	13. Bu hastaneye gidişim beklediğimden daha güvenli oldu.	0,83
	14. Bu hastaneyi ziyaretim kıymetliydi ve buna değerdi.	0,86
Ekonomik Değer	15. Diğer hastanelerle karşılaştırıldığında bu hastaneden alınan hizmet harcanan paranın karşılığı değerdedir.	0,79
	16. Fiyat ve giderler göz önünde bulundurulduğunda, bu hastaneden hizmet almanın iyi bir karar olduğumu düşünüyorum.	0,80
	17. Bu hastaneden hizmet almak makul fiyatlıydı.	0,75
	18. Bu hastaneden hizmet almak ekonomik az masraflıdır.	0,74
	19. Hastane giderleri göz önünde bulundurulduğunda bu hastaneye alınan hizmet verilen ücrete değerdi.	0,78

5.9.3.4. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geçerlilik Bulguları

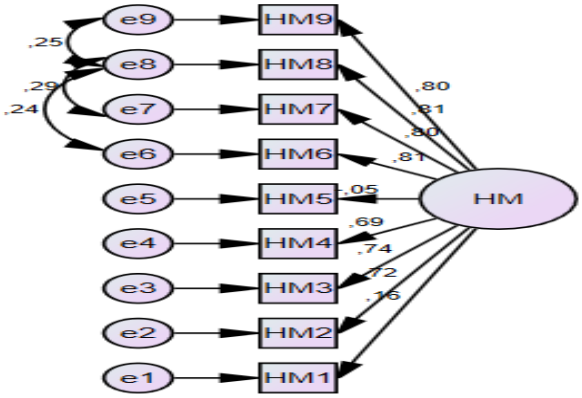
Tablo 5.16'da hasta memnuniyet ölçeği birinci düzey tek faktörlü model doğrulayıcı faktör analizi uyum indeksleri yer almaktadır.

Tablo 5.16. Modifikasyon Öncesi ve Modifikasyon Sonrası Hasta Memnuniyet Ölçeği Birinci Düzey Tek Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

RMSEA	NFI	CFI	IFI	GFI	TLI	AGFI	CMIN	CMIN/df
0,113	0,932	0,940	0,903	0,940	0,937	0,873	149,498	7,475
RMSEA	**NFI**	**CFI**	**IFI**	**GFI**	**TLI**	**AGFI**	**CMIN**	**CMIN/df**
0,080	**0,967**	**0,975**	**0,975**	**0,960**	**0,969**	**0,934**	**71,708**	**4,218**

Doğrulayıcı faktör analizine göre ölçeğin yapısal eşitlik model sonucunun P=0.000 düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 7 madde ve tek boyutun ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Modelde iyileştirme yapılmaktadır. İyileştirme yapılırken uyumu azaltan değişkenler belirlenmiş, artık değerler arasında kovaryansı yüksek olanlar için yeni kovaryanslar oluşturulmuştur (e4-e6; e5-e6; e6-e7). Sonrasında yenilenen uyum indeksi hesaplamalarında uyum indeksleri için kabul edilen değerlerin sağlandığı tabloda gösterilmiştir. Birinci düzey tek faktör analizi sonuçlarına göre hasta memnuniyeti uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; RMSEA 0,080; CFI 0,975; GFI 0,960; AGFI 0,934; CMIN/df (X^2/sd) ise 4,218 (p=,000) değerleri ile kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilmektedir (Tablo 5.16).

Şekil 5.5. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Birinci Düzey Tek Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model



HM: Hasta Memnuniyeti

Her bir maddeye ilişkin faktör yükleri Tablo 5.17'te ve hasta memnuniyeti ölçeğinin birinci düzey doğrulayıcı faktör analizine ilişkin model ise Şekil 5.5'te verilmektedir. Görüldüğü üzere, faktör yükleri -0,05 ile 0,81 arasında değişkenlik göstermektedir. Sosyal bilimlerde faktör yüklerinin 0,40'tan yüksek olması yeterli kabul edilmektedir. Hasta memnuiyeti ölçeğinde iki maddenin faktör yük değerleri 0,40'ın altında olduğu için bu maddeler çıkarılmıştır.

Tablo 5.17. Hasta Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri

İfadeler	Faktör Yükleri
1. Bu hastaneye zorunlu olduğum için gidiyorum.	0,16
2. Bu hastanenin hizmetleri beklentilerimi tamamen karşılıyor.	0,72
3. Gelecekte de bu hastaneden hizmet almaya devam edeceğim.	0,74
4. Muayene ücretleri ne kadar yükselirse yükselsin bu hastaneye gelmeye devam ederim.	0,69
5. Bu hastanede bir problem yaşarsam başka bir hastaneye giderim.	-0,05
6. Bu hastane hakkında eş, dost ve akrabalarıma olumlu şeyler söylerim.	0,81
7. Bu hastanenin hizmetleri diğer hastanelerden daha iyi olduğunu düşünüyorum.	0,80
8. Bu hastaneyi seçmekte doğru bir şey yaptığımı düşünüyorum.	0,81
9. Bu hastanenin hizmetleri beni her yönüyle tatmin etmektedir.	0,80

5.9.3.5. Davranışsal Niyet Ölçeğinin Geçerlilik Bulguları

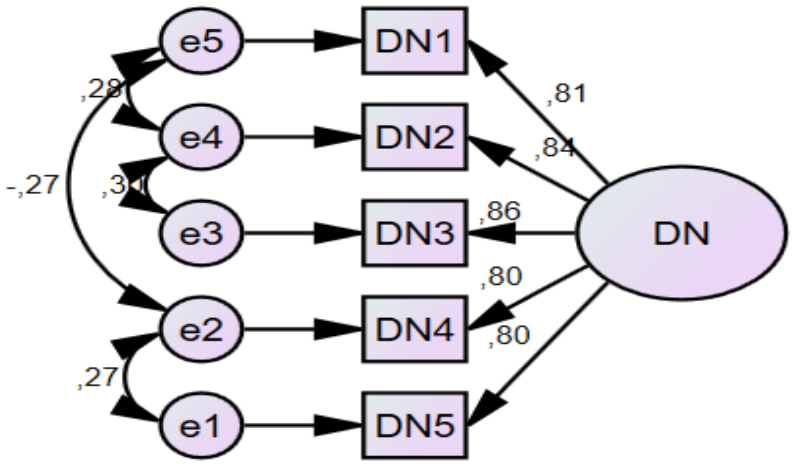
Tablo 5.18'de davranışsal niyet ölçeği birinci düzey tek faktörlü model doğrulayıcı faktör analizi uyum indeksleri yer almaktadır.

Tablo 5.18. Modifikasyon Öncesi ve Modifikasyon Sonrası Davranışsal Niyet Ölçeği Birinci Düzey Tek Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

RMSEA	NFI	CFI	IFI	GFI	TLI	AGFI	CMIN	CMIN/df
0,168	0,928	0,933	0,933	0,900	0,925	0,833	136,690	15,188
RMSEA	**NFI**	**CFI**	**IFI**	**GFI**	**TLI**	**AGFI**	**CMIN**	**CMIN/df**
0,056	**0,993**	**0,996**	**0,996**	**0,990**	**0,992**	**0,970**	**12,840**	**2,568**

Doğrulayıcı faktör analizine göre ölçeğin yapısal eşitlik model sonucunun P=0.000 düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 5 madde ve tek boyutun ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Modelde iyileştirme yapılmaktadır. İyileştirme yapılırken uyumu azaltan değişkenler belirlenmiş, artık değerler arasında kovaryansı yüksek olanlar için yeni kovaryanslar oluşturulmuştur (e1-e2; e2-e5; e3-e4; e4-e5). Sonrasında yenilenen uyum indeksi hesaplamalarında uyum indeksleri için kabul edilen değerlerin sağlandığı tabloda gösterilmiştir. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçlarına göre davranışsal niyet ölçeğinin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; RMSEA 0,056; CFI 0,996; GFI 0,990; AGFI 0,970; CMIN/df (X^2/sd) ise 2,568 (p=,000) değerleri ile kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilmektedir (Tablo 5.18).

Şekil 5.6. Davranışsal Niyet Ölçeğinin Birinci Düzey Tek Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model



DN: Davranışsal Niyet (Sadakat)

Her bir maddeye ilişkin faktör yükleri Tablo 5.19'da ve davranışsal niyet ölçeğinin birinci düzey doğrulayıcı faktör analizine ilişkin model ise Şekil 5.6'da verilmektedir. Görüldüğü üzere, faktör yükleri 0,80 ile 0,86 arasında değişkenlik göstermektedir. Sosyal bilimlerde faktör yüklerinin 0,40'tan yüksek olması yeterli kabul edilmektedir.

Tablo 5.19. Davranışsal Niyet Ölçeğine İlişkin Yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri

İfadeler	Faktör Yükleri
1. Çevremdeki insanlara bu hastaneyle ilgili olumlu şeyler söylerim.	0,81
2. Tavsiye isteyen kişilere bu hastaneyi tavsiye ederim.	0,84
3. Arkadaşlarımı ve akrabalarımı bu hastaneden hizmet alımları için teşvik ederim.	0,86
4. Bu hastane sağlık hizmeti alma konusunda ilk tercih edeceğim yerdir.	0,80
5. Gelecekte de bu hastaneden hizmeti almaya devam edeceğim.	0,80

5.9.4. Ölçeklerin Boyut ve Alt Boyutlar Arasındaki Korelasyon Analizleri

Algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk, algılanan değer, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet boyutları arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek için korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 5.20'de algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk, algılanan değer, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet boyutları arasındaki ilişki yer almaktadır.

Tablo 5.20. Algılanan Hizmet Kalitesi, Algılanan Risk, Algılanan Değer, Hasta Memnuniyeti ve Davranışsal Niyet Ölçekleri ve Boyutları Arasındaki İlişkiler

Değişkenler	**1. AR**	2. Psi	3. Fin	4. Fiz	5. Per	6. Sos	7. Za	**8. AHK**	9. FÖ	10. Gü	11. He	12. Güv	13.Emp	**14. DN**	**15. HM**	**16.AD**	17.DD	18. FD	19. ED
1. AR	**1**																		
2. Psi	0,773*	1																	
3. Fin	0,805*	0,563*	1																
4. Fiz	0,780*	0,646*	0,627*	1															
5. Per	0,845*	0,614*	0,601*	0,669*	1														
6. Sos	0,515*	0,206*	0,322*	0,201*	0,246*	1													
7. Za	0,740*	0,413*	0,490*	0,435*	0,557*	0,379*	1												
8. AHK	**-0,220***	**-0,149***	**-0,229***	**-0,181***	**-0,249***	**0,054**	**-0,199***	**1**											
9. FÖ	-0,164*	-0,100*	-0,182*	-0,159*	-0,185*	0,031	-0,124*	**0,778***	1										
10. Gü	-0,194*	-0,117*	-0,237*	-0,151*	-0,199*	0,058	0-,196*	**0,837***	0,629*	1									
11. He	-0,097*	-0,075	-0,118*	-0,062	-,0146*	0,087	-0,088	**0,799***	0,499*	0,646*	1								
12. Güv	-0,228*	-0,168*	-0,205*	-0,174*	-0,265*	0,026	-0,199*	**0,863***	0,584*	0,606*	0,635*	1							
13.Emp	-0,210*	-0,148*	-0,189*	-0,185*	-0,227*	0,026	-0,195*	**0,842***	0,530*	0,560*	0,564*	0,745*	1						
14. DN	**-0,295***	**-0,206***	**-0,250***	**-0,215***	**-0,326***	**0-,027**	**-0,258***	**0,705***	**0,552***	**0,547***	**0,495***	**0,652***	**0,646***	**1**					
15. HM	**-0,254***	**-0,186***	**-0,220***	**-0,227***	**-0,310***	**0,030**	**-0,192***	**0,691***	**0,548***	**0,530***	**0,487***	**0,638***	**0,634***	**0,812***	**1**				
16. AD	**-0,294***	**-0,249***	**-0,275***	**-0,240***	**-0,323***	**0,030**	**-0,220***	**0,684***	**0,547***	**0,541***	**0,467***	**0,600***	**0,643***	**0,700***	**0,760***	**1**			
17. DD	-0,279*	-0,246*	-0,255*	-0,245*	-0,321*	0,063	-0,207*	**0,664***	0,539*	0,520*	0,434*	0,587*	0,636*	**0,683***	**0,731***	**0,961***	1		
18. FD	-0,242*	-0,209*	-0,222*	-0,195*	-0,280*	0,053	-0,195*	**0,623***	0,464*	0,480*	0,452*	0,562*	0,592*	**0,621***	**0,717***	**0,927***	0,857*	1	
19. ED	-0,288*	-0,225*	-0,286*	-0,209*	-0,278*	-0,062	-0,206*	**0,582***	0,490*	0,484*	0,406*	0,488*	0,518*	**0,605***	**0,634***	**0,852***	0,717*	0,703*	1

AR: Algılanan Risk, **Psi:** Psikolojik Risk, **Fin:** Finansal Risk, **Fiz:** Fiziksel Risk, **Per:** Performans Riski, **Sos:** Sosyal Risk, **Za:** Zaman Riski, **AHK:** Algılanan Hizmet Kalitesi, **FÖ:** Fiziksel Özelikler, **Gü:** Güvenilirlik, **He:** Heveslilik, **Güv:** Güvence, **Emp:** Empati, **DN:** Davranışsal Niyet (Sadakat), **HM:** Hasta Memnuniyeti, **AD:** Algılanan Değer, **DD:** Duygusal Değer, **FD:** Fonksiyonel Değer, **ED:** Ekonomik Değer

Araştırmanın değişkenlerinin korelasyon katsayılarına bakıldığında algılanan risk ölçeği ile algılanan hizmet kalitesi ölçeği arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,220; p<0,05). Algılanan risk ölçeği ile davranışsal niyet ölçeği arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,295; p<0,05). Algılanan risk ölçeği ile hasta memnuniyet ölçeği arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,254; p<0,05). Algılanan risk ölçeği ile algılanan değer ölçeği arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,294; p<0,05). Algılanan risk ölçeği ile fiziksel özellikler alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,164; p<0,05). Algılanan risk ölçeği ile güvenilirlik alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,194; p<0,05). Algılanan risk ölçeği ile heveslilik alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,097; p<0,05). Algılanan risk ölçeği ile güvence alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,228; p<0,05). Algılanan risk ölçeği ile empati alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,210; p<0,05). Algılanan risk ölçeği ile duygusal değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,279; p<0,05). Algılanan risk ölçeği ile fonksiyonel değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,242; p<0,05). Algılanan risk ölçeği ile ekonomik değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,288; p<0,05).

Araştırmanın değişkenlerinin korelasyon katsayılarına bakıldığında algılanan hizmet kalitesi ile davranışsal niyet ölçeği arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,705; p<0,05). Algılanan hizmet kalitesi ölçeği ile hasta memnuniyeti ölçeği arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,691; p<0,05). Algılanan hizmet kalitesi ölçeği ile algılanan değer ölçeği arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,691; p<0,05). Algılanan hizmet kalitesi ölçeği ile fiziksel özellikler alt boyutu arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak

anlamlı ilişki vardır (r=0,778; p<0,05). Algılanan hizmet kalitesi ölçeği ile psikolojik risk alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,149; p<0,05). Algılanan hizmet kalitesi ölçeği ile finansal risk alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,229; p<0,05). Algılanan hizmet kalitesi ölçeği ile fiziksel risk alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,181; p<0,05). Algılanan hizmet kalitesi ölçeği ile performans alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,249; p<0,05). Algılanan hizmet kalitesi ölçeği ile zaman riski alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,199; p<0,05). Algılanan hizmet kalitesi ölçeği ile duygusal değer alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,664; p<0,05). Algılanan hizmet kalitesi ölçeği ile fonksiyonel değer alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,623; p<0,05). Algılanan hizmet kalitesi ölçeği ile ekonomik değer alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,582; p<0,05).

Davranışsal niyet ölçeği ile hasta memnuniyet ölçeği arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,812; p<0,05). Davranışsal niyet ölçeği ile algılanan değer ölçeği arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,700; p<0,05). Davranışsal niyet ölçeği ile fiziksel özellikler alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,512; p<0,05). Davranışsal niyet ölçeği ile güvenilirlik alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,547; p<0,05). Davranışsal niyet ölçeği ile heveslilik alt boyutu arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,495; p<0,05). Davranışsal niyet ölçeği ile güvence alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,645; p<0,05). Davranışsal niyet ölçeği ile empati alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,646; p<0,05). Davranışsal niyet ölçeği ile duygusal değer alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır

(r=0,683; p<0,05). Davranışsal niyet ölçeği ile fonksiyonel değer alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,621; p<0,05). Davranışsal niyet ölçeği ile ekonomik değer alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,605; p<0,05). Davranışsal niyet ölçeği ile psikolojik risk alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,206; p<0,05). Davranışsal niyet ölçeği ile finansal risk alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,250; p<0,05). Davranışsal niyet ölçeği ile fiziksel risk alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,215; p<0,05). Davranışsal niyet ölçeği ile performans alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,326; p<0,05). Davranışsal niyet ölçeği ile zaman riski alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,258; p<0,05).

Hasta memnuniyet ölçeği ile algılanan değer ölçeği arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,760; p<0,05). Hasta memnuniyet ölçeği ile fiziksel özellikler alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,548; p<0,05). Hasta memnuniyet ölçeği ile güvenilirlik alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,530; p<0,05). Hasta memnuniyet ölçeği ile heveslilik alt boyutu arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,487; p<0,05). Hasta memnuniyet ölçeği ile güvence alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,638; p<0,05). Hasta memnuniyet ölçeği ile empati alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,634; p<0,05). Hasta memnuniyet ölçeği ile duygusal değer alt boyutu arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,731; p<0,05). Hasta memnuniyet ölçeği ile fonksiyonel değer alt boyutu arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,717; p<0,05). Hasta memnuniyet ölçeği ile ekonomik değer alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,634; p<0,05). Hasta memnuniyet ölçeği ile psikolojik risk alt boyutu

arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,186; p<0,05). Hasta memnuniyet ölçeği ile finansal risk alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,220; p<0,05). Hasta memnuniyet ölçeği ile fiziksel risk alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,227; p<0,05). Hasta memnuniyet ölçeği ile performans alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,310; p<0,05). Hasta memnuniyet ölçeği ile zaman riski alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,192; p<0,05).

Algılanan değer ölçeği ile fiziksel özellikler alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,547; p<0,05). Algılanan değer ölçeği ile güvenilirlik alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,541; p<0,05). Algılanan değer ölçeği ile heveslilik alt boyutu arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,467; p<0,05). Algılanan değer ölçeği ile güvence alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,600; p<0,05). Algılanan değer ölçeği ile empati alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,643; p<0,05). Algılanan değer ölçeği ile psikolojik risk alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,249; p<0,05). Algılanan değer ölçeği ile finansal risk alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,275; p<0,05). Algılanan değer ölçeği ile fiziksel risk alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,240; p<0,05). Algılanan değer ölçeği ile performans alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,323; p<0,05). Algılanan değer ile zaman riski alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,220; p<0,05).

Psikolojik risk alt boyutu ile fiziksel özellikler alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,100; p<0,05). Psikolojik risk alt boyutu ile güvenilirlik alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,117; p<0,05). Psikolojik

risk alt boyutu ile heveslilik alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0075; p<0,05). Psikolojik risk alt boyutu ile güvence alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,168; p<0,05). Psikolojik risk alt boyutu ile empati alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,148; p<0,05). Psikolojik risk alt boyutu ile duygusal değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,246; p<0,05). Psikolojik risk alt boyutu ile fonksiyonel değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,209; p<0,05). Psikolojik risk alt boyutu ile ekonomik değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,225; p<0,05).

Finansal risk alt boyutu ile fiziksel özellikler alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,182; p<0,05). Finansal risk alt boyutu ile güvenilirlik alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,237; p<0,05). Finansal risk alt boyutu ile heveslilik alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,118; p<0,05). Finansal risk alt boyutu ile güvence alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,205; p<0,05). Finansal risk alt boyutu ile empati alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,189; p<0,05). Finansal risk alt boyutu ile duygusal değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,255; p<0,05). Finansal risk alt boyutu ile fonksiyonel değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,222; p<0,05). Finansal risk alt boyutu ile ekonomik değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,286; p<0,05). Fiziksel risk alt boyutu ile fiziksel özellikler alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,159; p<0,05). Fiziksel risk alt boyutu ile güvenilirlik alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,151; p<0,05). Fiziksel risk alt boyutu ile güvence alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak

anlamlı ilişki vardır (r=-0,174; p<0,05). Fiziksel risk alt boyutu ile empati alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,185; p<0,05). Fiziksel risk alt boyutu ile duygusal değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,245; p<0,05). Fiziksel risk alt boyutu ile fonksiyonel değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,195; p<0,05). Fiziksel risk alt boyutu ile ekonomik değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,209; p<0,05).

Performans riski alt boyutu ile fiziksel özellikler alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,185; p<0,05). Performans riski alt boyutu ile güvenilirlik alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,199; p<0,05). Performans riski alt boyutu ile heveslilik alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,146; p<0,05). Performans riski alt boyutu ile güvence alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,265; p<0,05). Performans riski alt boyutu ile empati alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,227; p<0,05). Performans riski alt boyutu ile duygusal değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,321; p<0,05). Performans riski alt boyutu ile fonksiyonel değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,280; p<0,05). Performans riski alt boyutu ile ekonomik değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,278; p<0,05).

Zaman riski alt boyutu ile fiziksel özellikler alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,124; p<0,05). Zaman riski alt boyutu ile güvenilirlik alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,196; p<0,05). Zaman riski alt boyutu ile heveslilik alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,088; p<0,05). Zaman riski alt boyutu ile güvence alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak

anlamlı ilişki vardır (r=-0,199; p<0,05). Zaman riski alt boyutu ile empati alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,195; p<0,05). Zaman riski alt boyutu ile duygusal değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,207; p<0,05). Zaman riski alt boyutu ile fonksiyonel değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,195; p<0,05). Zaman riski alt boyutu ile ekonomik değer alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,206; p<0,05).

Fiziksel özellikler alt boyutu ile duygusal değer alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,539; p<0,05). Fiziksel özellikler alt boyutu ile fonksiyonel değer alt boyutu arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,464; p<0,05). Fiziksel özellikler alt boyutu ile ekonomik değer alt boyutu arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,490; p<0,05).

Güvenilirlik alt boyutu ile duygusal değer alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,520; p<0,05). Güvenilirlik alt boyutu ile fonksiyonel değer alt boyutu arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,480; p<0,05). Güvenilirlik alt boyutu ile ekonomik değer alt boyutu arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,484; p<0,05).

Heveslilik alt boyutu ile duygusal değer alt boyutu arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,434; p<0,05). Heveslilik alt boyutu ile fonksiyonel değer alt boyutu arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,452; p<0,05). Heveslilik alt boyutu ile ekonomik değer alt boyutu arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,406; p<0,05).

Güvence alt boyutu ile duygusal değer alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,587; p<0,05). Güvence alt boyutu ile fonksiyonel değer alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,562; p<0,05). Güvence alt boyutu ile

ekonomik değer alt boyutu arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,488; p<0,05).

Empati alt boyutu ile duygusal değer alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,636; p<0,05). Empati alt boyutu ile fonksiyonel değer alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,592; p<0,05). Empati alt boyutu ile ekonomik değer alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,518; p<0,05).

5.9.5. Yol Analizi ve Hipotez Testleri

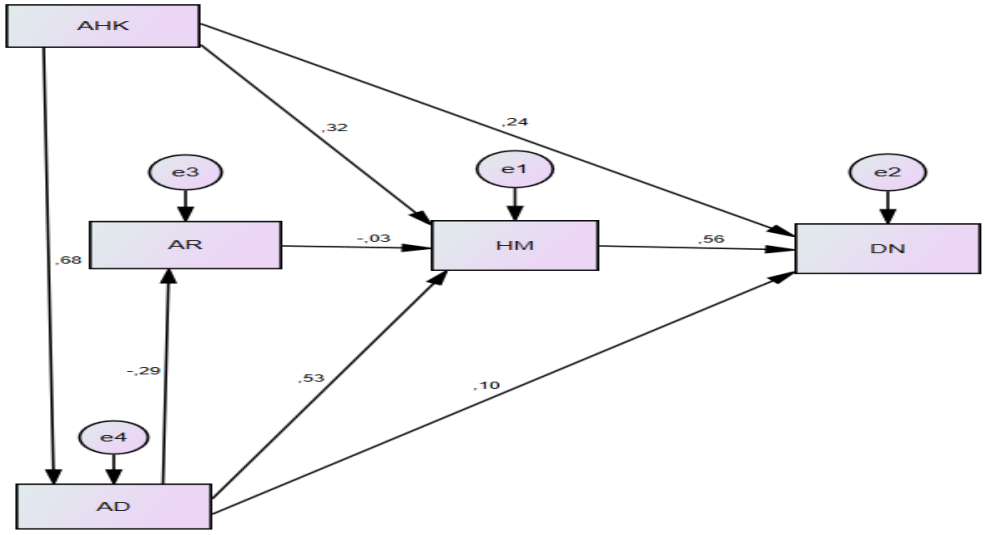
Bu bölümde yol analizi ile değişkenler arasındaki nedensel ilişkiler değerlendirilmiştir. Bunlara ek olarak hipotez ve hipotez test sonuçlarının desteklenip desteklenmediği irdelenmiştir.

Değişkenler arasındaki doğrusal ilişkilerin ortaya konulmasında korelasyon katsayısı önem arz etmektedir. Fakat istisna durumlar vardır ki korelasyon katsayısı, başka değişken veya değişkenlerden etkileniyorsa bu ilişkilerin açıklanmasında korelasyon katsayısı yetersiz kalmaktadır. Buna ek olarak; modeldeki değişkenlerle ilişkili olduğu düşünülen farklı değişkenlerinde etkisi olabilmektedir (Wright, 1960). Yol analizinde araştırmacı kuramsal olarak kurgulamış olduğu modelde değişkenler arasındaki ilişkilerin (yolların) gücünü sınamaktadır. Buna ek olarak bu ilişkilerin anlamlılık düzeylerinin test edilmesinde kullanılmaktadır. Test yapılırken birden çok değişkenin karşılıklı etkileşimleri analiz edilerek bütüncül bir bakış açısıyla modelin değerlendirilmesi sağlanmaktadır (Meydan ve Şeşen, 2015: 97).

Çalışmalarda değişkenler arasında hesaplanan korelasyon katsayısında diğer değişkenlerle ilgili olan ilişkiden kaynaklanan kısımların bulunması istenildiğinde, Wright tarafından geliştirilen "Yol (path) Analizi" genellikle kullanılmaktadır. Yol analizinin kullanılma amacı değişkenler arasında varsayılan nedensellik bağlarının önemini ortaya koymak, büyüklüğünü öngörmek ve çıkarımlar yapmaktır. Yol analizi sonuçlarına göre bütün hipotezler değerlendirilmiştir.

Şekil 5.7'de SPSS-AMOS ile çizilen yol analizi modeli gösterilmektedir. Şekilde gösterilen değerleri standardize edilmemiş değerlerdir.

Şekil 5.7. Yol Analizi



AHK: Algılanan Hizmet Kalitesi, AR: Algılanan Risk, AD: Algılanan Değer, HM: Hasta Memnuniyeti, DN: Davranışsal Niyet

Kurulan yapısal eşitlik modelinin uygunluğu test etmek için uyum indeksleri kullanılmıştır. Uyum indeksleri RMSEA (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü) 0,080; NFI (Normalleştirilmiş Uyum İndeksi) 0,994; CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi) 0,995, IFI (Artımsal Uyum İndeksi) 0,995; GFI (İyilik Uyum İndeksi) 0,993; AGFI (Uyarlanmış Uyum İyiliği İndeksi) 0,948 ve CMIN/df (Ki-Kare Uyum İyiliği İndeksi - X^2/sd) 4,462 olarak elde edilmişlerdir. Bu sonuçlar, kurulan modelin uygun olduğunu göstermektedir.

Tablo 5.21'de hipotez test sonuçları yer almaktadır.

Tablo 5.21. Hipotez Testi Sonuçları

Hipotez İlişkileri	Standart β	P	Kabul/Ret
H_1: Algılanan Risk → Algılanan Hizmet Kalitesi	-0,038	0,543	Ret
H_2: Algılanan Hizmet Kalitesi → Hasta Memnuniyeti	0,321	0,000	Kabul
H_3: Algılanan Risk → Hasta Memnuniyeti	-0,030	0,341	Ret
H_4: Hasta Memnuniyeti → Davranışsal Niyet	0,564	0,000	Kabul
H_5: Algılanan Hizmet Kalitesi → Davranışsal Niyet	0,244	0,000	Kabul
H_6: Algılanan Değer → Hasta Memnuniyeti	0,530	0,000	Kabul
H_7: Algılanan Değer → Algılanan Risk	-0,294	0,000	Kabul
H_8: Algılanan Değer → Davranışsal Niyet	0,104	0,000	Kabul
H_9: Algılanan Değer → Algılanan Hizmet Kalitesi	0,684	0,000	Kabul
RMSEA= 0,080 **NFI**= 0,994 **CFI**= 0,995 **IFI**= 0,995 **GFI**= 0,993 **AGFI**= 0,948 **X^2/df**= 4,462			

H1 hipotezi, algılanan riskin algılanan hizmet kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etki olmadığını varsaymış, yol analizi sonucunda elde edilen standart β katsayısı -0,038 değeri ile 0,05 anlamlılık düzeyinde bu hipotez reddedilmiştir. Buna göre hastane hizmetlerinden yararlanan bireylerin algıladıkları riskin algıladıkları hizmet kalitesi üzerinde anlamlı ilişki bulanamamıştır. Fakat algılanan risk ile algılanan hizmet kalitesi arasında negatif yönde etkilemektedir.

H2 hipotezi, algılanan hizmet kalitesi hasta memnuniyetini pozitif yönde etkilediğini varsaymış, yol analizi sonucunda elde edilen standart β katsayısı 0,321 değeri ile 0,05 anlamlılık düzeyinde bu hipotez kabul edilmiştir. Buna göre hastane hizmetlerinden yararlanan bireylerin algıladıkları hizmet kalitesi ile hastaların

memnuniyeti arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Yani hizmet alan bireylerin algıladıkları hizmet kalitesi arttıkça memnuniyet düzeyleri de artmaktadır.

H3 hipotezi, algılanan risk hasta memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etki olmadığını varsaymış, yol analizi sonucunda elde edilen standart β katsayısı -0,030 değeri ile 0,05 anlamlılık düzeyinde bu hipotez reddedilmiştir. Buna göre hastane hizmetlerinden yararlanan bireylerin algıladıkları riskin hasta memnuniyeti üzerinde negatif yönlü anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Yani hizmet alan bireylerin algıladıkları risk arttıkça hasta memnuniyet düzeyleri azalmaktadır.

H4 hipotezi, hasta memnuniyetinin davranışsal niyeti (sadakati) pozitif yönde etkilediğini varsaymış, yol analizi sonucunda elde edilen standart β katsayısı 0,564 değeri ile 0,05 anlamlılık düzeyinde bu hipotez kabul edilmiştir. Buna göre hastane hizmetlerinden yararlanan bireylerin hasta memnuniyeti ile davranışsal niyet (sadakat) arasında anlamlı pozitif bir ilişki vardır. Yani hizmet alan bireylerin memnuniyeti arttıkça sadakat düzeyleri de artmaktadır.

H_5 hipotezi, algılanan hizmet kalitesinin davranışsal niyeti (sadakati) pozitif yönde etkilediğini varsaymış, yol analizi sonucunda elde edilen standart β katsayısı 0,244 değeri ile 0,05 anlamlılık düzeyinde bu hipotez kabul edilmiştir. Buna göre hastane hizmetlerinden yararlanan bireylerin algıladıkları hizmet kalitesi ile sadakati arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki vardır. Yani hizmet alan bireylerin algıladıkları hizmet kalitesi arttıkça sadakat düzeyleri de artmaktadır.

H_6 hipotezi, algılanan değer hasta memnuniyetini pozitif yönde etkilediğini varsaymış, yol analizi sonucunda elde edilen standart β katsayısı 0,530 değeri ile 0,05 anlamlılık düzeyinde bu hipotez kabul edilmiştir. Buna göre hastane hizmetlerinden yararlanan bireylerin algıladıkları değer ile hasta memnuniyeti arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Yani hizmet alan bireylerin algıladıkları değer arttıkça hasta memnuniyeti de artmaktadır.

H_7 hipotezi, algılanan değer algılanan riski negatif yönde etkilediğini varsaymış, yol analizi sonucunda elde edilen standart β katsayısı -0,294 değeri ile 0,05 anlamlılık düzeyinde bu hipotez kabul edilmiştir. Buna göre hastane hizmetlerinden yararlanan bireylerin algıladıkları değer ile algıladıkları risk arasında negatif yönlü

anlamlı bir ilişki vardır. Yani hizmet alan bireylerin algıladıkları değer arttıkça algıladıkları risk azalmaktadır.

H_8 hipotezi, algılanan değer davranışsal niyeti (sadakati) pozitif yönde etkilediğini varsaymış, yol analizi sonucunda elde edilen standart β katsayısı 0,104 değeri ile 0,05 anlamlılık düzeyinde bu hipotez kabul edilmiştir. Buna göre hastane hizmetlerinden yararlanan bireylerin algıladıkları değer ile sadakat arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Yani hizmet alan bireylerin algıladıkları değer arttıkça sadakat düzeyleri de artmaktadır.

H_9 hipotezi, algılanan hizmet kalitesi algılanan değeri pozitif yönde etkilediğini varsaymış, yol analizi sonucunda elde edilen standart β katsayısı 0,684 değeri ile 0,05 anlamlılık düzeyinde bu hipotez kabul edilmiştir. Buna göre hastane hizmetlerinden yararlanan bireylerin algıladıkları hizmet kalitesi ile algıladıkları değer arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Yani hizmet alan bireylerin algıladıkları hizmet kalitesi arttıkça algıladıkları değer de artmaktadır.

ALTINCI BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın altıncı bölümünde çalışma ile ilgili tartışma, sonuç ve önerilere yer verilmiştir. Bunlara ek olarak, çalışma ile ilgili genel değerlendirmelere, yapılan analizler sonucunda elde edilmiş olan genel sonuçlar gibi konular üzerinde durulmuştur. Bunlara ek olarak; öneriler ana hatlarıyla ikiye ayrılmıştır. Bunlardan birincisi; hastaların algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk, algılanan değer, hasta memnuniyet ve davranışsal niyet (sadakat) düzeylerini artırmaları için hastaneye öneriler sunulmuştur. Diğeri ise; sonraki çalışmalara öncülük etmesi adına araştırmacılara öneriler sunulmuştur.

6.1. Tartışma

Sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler hem kamuda hem de özelde hizmet sunan işletme sayısını ve işletmeler arasındaki rekabeti arttırmıştır. Bu rekabetin doğal sonucu olarak da işletmelerin değişen koşullara ayak uydurmasını, kalite ile ilgili çalışmalara önem vermesini ve müşteri-memnuniyet odaklı çalışmasını zorunlu kılmıştır. Kalite, risk, değer, memnuniyet ve davranışsal niyet (sadakat) kavramlarının hem akademisyenler hem de sağlık yöneticilerinin dikkatini çekmektedir. Sağlık işletmelerinde sunulan hizmetlerin sunum şekli, niteliği, çeşitliliği ve fiyatı hizmet alan bireylerin memnuniyet ve sadakat düzeyleri üzerinde etkisi bulunmaktadır.

Tüketici memnuniyeti kavramı piyasada benzer hizmetleri üreten işletmeler arasındaki rekabet konusunda ayrı bir öneme sahiptir. Gelecekte müşterileri cezbetmek amacıyla zayıflıkların nerede olduğunun tespit edilmesi konusunda işletmelere geri bildirim sağlamaktadır. Müşteri memnuniyetinin tam olarak ölçülebilmesi için müşteri deneyimlerinin doğru anlaşılması gerekmektedir. Müşterilerin akıllarında kalabilmenin bir yolu olarak memnuniyet kavramı kullanılmaktadır. Memnuniyet kavramı ile sadakat kavramı birbiri ile ilişkili kavramlar olduğundan bireyler tarafından karıştırılabilmektedir. Memnuniyet

kavramı, sadakat kavramından önce gelmektedir. Diğer bir ifadeyle memnun olmuş müşterilerin işletmeye bağlılıkları artmaktadır. Bu durumda bireylerin satın alma sonrası davranışlarını etkilemekte; ihtiyaç olması halinde işletmeden tekrar satın alma faaliyetinde bulunmalarını sağlamaktadır. Sunulan hizmetleri bireyleri nasıl değerlendirdikleri ve ilerleyen dönemlerde bu işletmeden tekrar hizmet alıp almayacağının bilinmesi işletmeler açısından önem taşımaktadır. Tüketicileri davranışları incelendiğinde gelecek dönemlerde müşterilerin nasıl hareket edeceğinin yani gelecek dönemlerde bireylerin işletmeyi tercih edip etmeyeceğinin bilinmesi mümkün değildir. Bu durumda memnuniyet ve sadakatle ilgili yapılacak araştırmalarla bireylerin gelecekteki davranış eğilimleri hakkında fikir sahibi olunmasına imkan vermektedir.

Memnuniyet ve sadakat konuları müşterilerin algıladıkları değerin bir sonucu olarak ifade edilmektedir. Bu açıdan ele alındığında tüketiciler kendilerine sunulmuş olan değerden memnun olmaktadır veya olmamaktadır. Tüketiciler sonraki dönemlerde algıladıkları değeri göz önünde bulundurarak hareket etmekte tekrar satın alma davranışında bulunarak veya almış oldukları hizmeti insanlara anlatarak sadakatlerini göstermiş olmaktadırlar.

Memnuniyet, sadakat ve algılanan değer konularında olumlu etkisi bulunan diğer bir kavram kalitedir. Kalite kavramı memnuniyet, sadakat ve algılanan değer değişkenlerinin belirleyicisi olarak ifade edilebilmektedir. Diğer bir ifadeyle kalitede meydana gelecek artışlar memnuniyeti, sadakati ve algılanan değeri artırmaktadır.

Tüketici davranışlarında temelde karşılaşılan sorunlardan biri seçim sorunudur. Bu sorun beraberinde endişeyi ve belirsizlikleri getirmekte; bireylerin algıladıkları riski düzeyini artırmaktadır. Bireylerin belirsizlikler ve riskle baş etmelerinde işletmelere çok iş düşmektedir. İşletmeler risk düzeylerini kabul edilebilir risk düzeyine çekmelidirler. Çünkü tüketiciler kabul edilemez düzeyde riskle karşılaştıklarında alternatif arama çabasına girişmektedirler. Bu durum memnuniyeti, sadakati, algılanan değeri olumsuz etkilemektedir.

Günümüzdeki müşteri odaklı pazarlama anlayışının bir sonucu olarak ele alındığında işletmeler kaliteyi, memnuniyeti, sadakati ve algılanan değeri artırmayla

ilgili çalışmalarına önem vermelidir. Bunlara ek olarak da algılanan risk faktörlerini endişe ve belirsizlikleri azaltarak karlılığını artırmak zorundadır.

Bu çalışmada önceki bölümlerde yer alan algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk, algılanan değer, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet (sadakat) kavramları ele alınmıştır. Anketler yardımıyla toplanmış olan birincil veriler yardımıyla çalışmada oluşturulmuş olan modelin sınanması sağlanmış, bu kavramlar arasındaki ilişkiler ortaya konulmaya çalışılmış ve kurulmuş olan hipotezler test edilmiştir.

6.2. Sonuçlar

Araştırmanın amaçları ve kuramsal temelleri, yapısal eşitlik modeli ve hipotez testlerine ilişkin sonuçlara, araştırmanın bulguları ve değerlendirmelere, çalışma ile ilgili genel değerlendirmelere, yapılan analizler sonucunda elde edilmiş olan genel sonuçlara bu kısımda yer verilmiştir.

6.2.1. Araştırmanın Amaçları ve Kuramsal Temelleri

Günümüz pazarlama anlayışının temelini oluşturan müşteri odaklılık sektörlerin odak noktasını müşterilere çevirmiştir. Bunun sonucunda müşterileri yakından takip eden işletmelerin piyasadaki varlığını sağlamlaştırmalarında ana bir etmen olmuştur. Teknolojik gelişmelerden kaynaklı olarak dünya koşulları değiştirirken sektörlerin yapılarında da ciddi değişimler yaşanmaktadır. Kurumlar bilişim teknolojilerinden yararlanarak işlemleri hızlandırmakta, verilerin depolanmasını kolaylaştırmakta, ihtiyaç duyulduğunda verilere ulaşımı kolaylaştırmakta, hastaların bekleme sürelerini minimum seviyeye indirmektedirler. Dolayısıyla da müşterilerin memnun olmaları ve hizmet aldıkları kurumdan tekrar hizmet almaları için bir neden sunmaktadırlar.

Hastaların almış oldukları hizmetlerde algıladıkları hizmet kalitesi, algıladıkları değer, hasta memnuniyet ve davranışsal niyet (sadakat) düzeylerinin yüksek olması, hizmet sunan bireylerin hastalara genel itibariyle çok iyi hizmet

vermek için çaba harcadıkları anlamını taşımaktadır. Bu çaba da müşterilerin kalite, değer, memnuniyet ve sadakat düzeylerinin artırılmasını sağlayan bir unsurdur.

Sağlık kurumunda algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk, algılanan değer, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet kavramları hayati öneme sahip olmaya başlamıştır. Bu kavramlar arasındaki ilişkilerin net olarak ortaya konulması sağlık yöneticilerine kurumun durumunu ortaya koymakta ve dikkat edilmesi gereken alanları ifade etmektedir. Bu bağlamda ele alındığında bu çalışmanın amaçları:

- Sağlık kurumunda algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk, algılanan değer, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet (sadakat) arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak yapısal eşitlik modellemesiyle araştırmaktır.
- Algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk, algılanan değer, davranışsal niyet ve hasta memnuniyeti konularında sistem, süreçlerin ve modellerin geliştirilmesine katkı sağlamak,
- Hasta beklenti, öneri ve geri bildirimlerini almak, tanı teşhis ve tedaviye dair hizmet süreçlerinde kalitenin iyileştirilmesi sağlamak, tedavi süreçlerine etki eden değişkenleri irdelenmesi,
- Algılanan hizmet kalitesine, algılanan riske, algılanan değere, hasta memnuniyetine ve davranışsal niyete (sadakate) etki eden faktör yüklerinin ortaya konulmasını sağlanması,
- Hizmet sunumunun hastanın istek ve ihtiyaçlarına uygun şekilde gerçekleştirilmesi için dikkat edilmesi gereken faktörlerin ortaya konulması amaçlanmaktadır.

Çalışmada erişilen sonuçlar ana hatlarıyla şunlardır:

Araştırma kurgulanırken çalışma modelinde kullanılmış değişkenler $\mathrm{DN} = f(\mathrm{AHK}, \mathrm{AR}, \mathrm{AD}, \mathrm{HM})$ ve $\mathrm{HM} = f(\mathrm{AHK}, \mathrm{AR}, \mathrm{AD})$ ifade edilmiştir. Diğer bir ifadeyle davranışsal niyet; algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk, algılanan değer ve hasta memnuniyeti bileşenlerinin bir fonksiyonu olarak gösterilmiştir. Bir diğer fonksiyon ise hasta memnuniyeti için oluşturulmuştur. Bu fonksiyon da algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk, algılanan değer bileşenlerinden oluşmaktadır. Hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet (sadakat) kavramlarının algılanan hizmet kalitesi,

algılanan risk, algılanan değer ve hasta memnuniyeti kavramları arasında bir korelasyon bulunmaktadır. Ölçekler değerlendirildiğinde; korelasyon analizi sonuçlarındaki korelasyon katsayıları ve hipotez testi sonuçlarındaki standart β katsayısından da anlaşılacağı üzere algılanan risk değişkeni dışında kalan algılanan hizmet kalitesi, algılanan değer, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet (sadakat) değişkenleri arasında pozitif yönlü genel itibari ile anlamlı ilişki bulunmaktadır. Algılanan risk değişkeninin yukarıda ifade edilen dört değişkenle arasında negatif yönlü genelde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Boyutlara arasında sadece sosyal risk boyutu ile algılanan hizmet kalitesi ve boyutları, davranışsal niyet, hasta memnuniyeti, algılanan değer ve boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

- Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk, algılanan değer, davranışsal niyet ve hasta memnuniyeti kavramları arasındaki ilişkiler raporlanmıştır.
- Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk, davranışsal niyet ve hasta memnuniyeti kavramları arasındaki ilişkileri korelasyon analizi ile incelenmiştir. Literatür göz önünde bulundurularak oluşturulmuş olan yapısal eşitlik modeli test edilmiştir.
- Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi, algılanan risk, algılanan değer, davranışsal niyet (sadakat) ve müşteri memnuniyeti konularında sağlık profesyonelleri ve sağlık kurumlarından hizmet alan bireyler bilgilendirilerek farkındalık sağlanmıştır. Bu farkındalıkla hedeflenen sağlık işletmesinden hizmet alan müşteri gruplarının hizmet kalitesi, davranışsal niyet (sadakat) ve müşteri memnuniyeti düzeylerinin artırılmasını sağlamaktır. Algılanan risk düzeylerinin de azalmasını sağlamaktır.

6.2.2. Yapısal Eşitlik Modeli ve Hipotez Testlerine İlişkin Sonuçlar

Ölçeklerin ve veri setinin genel olarak değerlendirildiğinde yapısal eşitlik modeli ile araştırma hipotezlerinin analizine uygun olduğunu göstermektedir. Bundan hareketle uygulanan modelin mükemmel düzeyli uyum indekslerine sahip olduğu sonucuna varılabilir.

Tablo 6.1'de çalışmada yapılan analizler sonucunda elde edilmiş olan yapısal eşitlik modeli uyum indeksleri yer almaktadır.

Tablo 6.1. Yapısal Eşitlik Modeli Uyum İndeksleri Tablosu

Ölçüm (Uyum İstatistiği)	Uyum Değerleri	İyi Uyum*	Kabul Edilebilir Uyum*
RMSEA	0,080	≤0,05	0,06-0,08
NFI	0,994	≥0,95	0,94-0,90
CFI	0,995	≥0,97	≥0,95
IFI	0,995	≥0,95	0,94-0,90
GFI	0,993	≥0,90	0,89-0,85
AGFI	0,948	≥0,90	0,89-0,85
X2/df	4,462	≤3	≤4-5

* Kaynak: İyi uyum ve kabuledilebilir uyum değerleri Meydan ve Şeşen (2015: 37) ve Karagöz (2016: 969-972)'den alınmıştır.

Kurulan yapısal eşitlik modelinin uygunluğu test etmek için uyum indeksleri kullanılmıştır. Uyum indeksleri x^2 = 4,462; karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) = 0,995, artımsal uyum indeksi (IFI) = 0,995 ve yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) = 0,080 olarak elde edilmişlerdir. Bu sonuçlar, kurulan modelin uygun olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın konusunu oluşturan kavramlar hastaların aldıkları hizmetlerden algıladıkları hizmet kalitesi, algıladıkları risk, algılanan değer, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet'dir. Kavramlar itibariyle genel olarak değerlendirildiğinde algılanan hizmet kalitesi, davranışsal niyet ve hasta memnuniyeti kavramları arasında pozitif yönlü bir algılanan risk ile diğer kavramlar arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Bu kavramları kullanılarak oluşturulmuş olan model test edilmiş ve hipotezler oluşturulmuştur. Bu hipotezlerden bazıları kabul edilmiş bazıları ise reddedilmiştir.

Tablo 6.2'de araştırmada öne sürülen hipotezlerle ilgili temel bulgular, analiz yöntemi, sonuç (kabul edilip edilmediği) ve açıklamaları özetle sunulmuştur.

Tablo 6.2. Araştırma Hipotezleri Özet Tablosu

Hipotez	Analiz Yöntemi	Sonuç	Açıklama
H1 Hastane hizmetlerinden algılanan riskin algılanan hizmet kalitesi üzerinde olumlu bir etkisi vardır.	Yapısal Eşitlik Modeli	Ret	β = -0,038; p = 0,543 Bu sonuçlara göre algılanan hizmet kalitesi ile algılanan risk arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. β katsayısının negatif olması ilişkinin negatif olduğunu ifade etmektedir. Hastaların aldıkları hizmetlerden algıladıkları hizmet kalitesini artırmak için algıladıkları risk faktörlerini minimum düzeye çekmeleri gerekmektedir.
H2 Hastane hizmetlerinden algılanan hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerinde olumlu bir etkisi vardır.	Yapısal Eşitlik Modeli	Kabul	β = 0,321; p<0,05 Hastane hizmetlerinden algılanan kalite ile hasta memnuniyeti arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
H3 Hastane hizmetlerinden algılanan riskin hasta memnuniyeti üzerinde olumlu bir etkisi vardır.	Yapısal Eşitlik Modeli	Ret	β = -0,030; p = 0,341 Hastane hizmetlerinden algılanan risk ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. β katsayısının negatif olması ilişkinin negatif olduğunu ifade etmektedir.
H4 Hastane hizmetlerinden hasta memnuniyetinin davranışsal niyet üzerinde olumlu bir etkisi bulunmaktadır.	Yapısal Eşitlik Modeli	Kabul	β = 0,564; p<0,05 Hastane hizmetlerinden yararlanan bireylerin hasta memnuniyeti ile davranışsal niyet (sadakat) arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Yani hizmet alan bireylerin memnuniyeti arttıkça sadakat düzeyleri de artmaktadır.
H5 Hastane hizmetlerinden algılanan hizmet kalitesinin davranışsal niyet üzerinde olumlu bir etkisi bulunmaktadır.	Yapısal Eşitlik Modeli	Kabul	β = 0,244; p<0,05 Hastane hizmetlerinden algılanan hizmet kalitesi ile davranışsal niyet (sadakat) arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Yani algılanan hizmet kalitesi arttıkça hastaların kuruma olan sadakati de artmaktadır.
H6 Hastane hizmetlerinden algılanan değerin hasta	Yapısal Eşitlik Modeli	Kabul	β = 0,530; p<0,05 Hastane hizmetlerinden algılanan değer ile hasta memnuniyeti arasında pozitif

memnuniyeti üzerinde olumlu bir etkisi vardır.			yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Yani hizmet alan bireylerin memnuniyeti arttıkça algıladıkları değer düzeyleri de artmaktadır.
H7 Hastane hizmetlerinden algılanan değerin algılanan risk üzerinde olumsuz bir etkisi vardır.	Yapısal Eşitlik Modeli	Kabul	$\beta = -0,294$; $p<0,05$ Hastane hizmetlerinden algılanan değer ile algılanan risk arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Yani hizmet alan bireylerin algıladıkları değer arttıkça algıladıkları risk düzeyleri de azalmaktadır.
H8 Hastane hizmetlerinden algılanan değerin davranışsal niyet (sadakat) üzerinde olumlu bir etkisi vardır.	Yapısal Eşitlik Modeli	Kabul	$\beta = 0,104$; $p<0,05$ Hastane hizmetlerinden algılanan değer ile davranışsal niyet arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Yani hizmet alan bireylerin algıladıkları değer arttıkça sadakat düzeyleri de artmaktadır.
H9 Hastane hizmetlerinden algılanan hizmet kalitesinin algılanan değer üzerinde olumlu bir etkisi vardır.	Yapısal Eşitlik Modeli	Kabul	$\beta = 0,684$; $p<0,05$ Hastane hizmetlerinden algılanan kalite ile algılanan değer arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Yani hizmet alan bireylerin algıladıkları değer arttıkça algıladıkları kalite düzeyleri de artmaktadır.

Genel olarak araştırma sonuçları değerlendirildiğinde Muş Devlet Hastanesi'nden hizmet almış hastaların algıladıkları hizmet kalite düzeyleri, memnuniyet düzeyleri ve sadakat düzeyleri oldukça yüksektir. Algılanan risk düzeyleri de çok düşük çıkmamıştır. Bunun sebebi olarak hastanedeki personel sayısının yetersiz oluşu, çalışan personelin tecrübesiz oluşu, bilişim teknolojilerinin yeterli olmayışı, bilişim teknolojilerinin yazılım ve donanım açısından güncellemelerinin geç yapılması veya hiç yapılmaması önemli bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

6.2.3. Araştırma Bulguları ve Değerlendirmeler

Algılanan kalitenin ölçülebilmesinde kullanılan modeller iki ana başlık altında toplanmıştır. Bunlar "Nordik Ekolü" ve "Kuzey Amerikan Ekolü"dür.

Nordik ekolüne en fazla katkısı olan araştırmacı Grönroos'tür. Grönroos kaliteyi teknik kalite ve fonksiyonel kalite olmak üzere iki açıdan ele almıştır. Teknik kalite standartları olan hard yeteneklerle ilgili bir kavramdır. Fonksiyonel kalite ise ürünü çevreleyen ve soyut unsurlarla ilgili olan soft yeteneklerle ilgilidir.

Kuzey Amerikan Ekolü'nün öncüleri Parasuraman, Zeithaml, Berry, Cronin ve Taylor'dur. Parasuraman, Zeithaml, Berry (1985) "SEVQUAL Ölçeği" ilk olarak on boyutlu olarak oluşturulmuştur. Sonraki çalışmalarda beş boyut (fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven, empati) olarak kullanılmıştır. Cronin ve Taylor SEVQUAL Ölçeği'ni çeşitli açılardan eksikleri olduğunu ifade etmişler ve bu eksikleri giderebilmek için hizmet kalitesini performans açısından değerlendiren "SERVPERF Ölçeği"ni geliştirmişlerdir. Bu çalışmada algılanan hizmet kalitesini ölçmek amacıyla Cronin ve Taylor (1992) tarafından geliştirilen "SERVPERF Ölçeği" olarak ifade edilen beş boyutlu ölçek uyarlanarak kullanılmıştır. Bu boyutlar; hizmet kalitesinin fiziksel unsurlarını içeren "fiziksel özellikler", işletmenin söz verdiğinde sözünü tutması, sorunlara hızlı çözümler bulması, hastanenin güvenilir olması gibi konuları içeren "güvenilirlik", müşteriye kısa sürede cevap vermeyi, personelin ilgisini içeren "heveslilik", çalışanların kibar ve güvenilir olması, yeterli bilgi düzeyine sahip olması gibi konuları içeren "güvence", müşterilere bireysel özen gösterilmesi ile ilgili olan "empati"dir. SERVPERF ölçeğine yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's Alpha katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur. Araştırma sonuçları yüksek güvenilirlik düzeyine sahiptir. Yüksek güvenilirlik düzeyine sahip verilerin ürettikleri sonuçların tutarlı olacağını söylemek mümkündür. Ölçeğe birinci düzey çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Yapısal denklem sonucunun anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. SERVPERF ölçeği için birinci düzey tek faktörlü uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde elde edilen değerlerin kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilmektedir.

Algılanan riski ölçmek amacıyla Stone ve Gronhaug (1993) tarafından geliştirilmiş olan "Algılanan Risk Ölçeği" olarak ifade edilen altı boyutlu ölçek uyarlanarak kullanılmıştır. Bu boyutlar; riski finansal açıdan değerlendiren riski "finansal risk", psikolojik açıdan değerlendiren riski "psikolojik risk", fiziksel açıdan değerlendiren "fiziksel risk", riski performans açıdan değerlendiren "performans

riski", riski sosyal açıdan değerlendiren "sosyal risk", riski zaman açıdan değerlendiren "zaman risk"dir. Algılanan risk ölçeğine yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's Alpha katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur. Araştırma sonuçları yüksek güvenilirlik düzeyine sahiptir. Yüksek güvenilirlik düzeyine sahip verilerin ürettikleri sonuçların tutarlı olacağını söylemek mümkündür. Ölçeğe birinci düzey çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Yapısal denklem sonucunun anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Algılanan risk ölçeği için birinci düzey tek faktörlü uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde elde edilen değerlerin kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilmektedir.

Algılanan değeri ölçmek amacıyla Lee ve diğerleri (2011) tarafından geliştirilmiş olan "Algılanan Değer Ölçeği" olarak ifade edilen üç boyutlu ölçek uyarlanarak kullanılmıştır. Bu boyutlar; değeri duygusal açıdan değerlendiren "duygusal değer", değeri fonksiyonel açıdan değerlendiren "fonksiyonel değer", değeri ekonomik açıdan değerlendiren "ekonomik değer"dir. Algılanan değer ölçeğine yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's Alpha katsayısı 0,96 olarak bulunmuştur. Araştırma sonuçları yüksek güvenilirlik düzeyine sahiptir. Yüksek güvenilirlik düzeyine sahip verilerin ürettikleri sonuçların tutarlı olacağını söylemek mümkündür. Ölçeğe birinci düzey çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Yapısal denklem sonucunun anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Algılanan değer ölçeği için birinci düzey tek faktörlü uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde elde edilen değerlerin kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilmektedir.

Hasta memnuniyetini ölçmek amacıyla Oliver (1980), Westbrook ve Oliver (1981), Swan ve Oliver (1989) gibi literatürde yer alan çalışmalar göz önünde bulundurularak oluşturulmuş olan Sütütemiz (2005)'in çalışmasında yer alan ölçek kullanılmıştır. Hasta memnuniyeti ölçeğine yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's Alpha katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur. Araştırma sonuçları yüksek güvenilirlik düzeyine sahiptir. Yüksek güvenilirlik düzeyine sahip verilerin ürettikleri sonuçların tutarlı olacağını söylemek mümkündür. Ölçeğe birinci düzey çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Yapısal denklem sonucunun anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Modelde uyumu azaltan değişkenler belirlenmiş, artık değerler arasında kovaryansı yüksek olanlar arasında yeni kovaryanslar oluşturulmuştur. Hasta

memnuniyeti ölçeği için birinci düzey tek faktörlü uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde elde edilen değerlerin kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilmektedir.

Davranışsal niyetin ölçülmesinde Zeithaml ve diğerleri (1996) tarafından geliştirilmiş olan "Davranışsal Niyet Bataryası" olarak ifade edilen beş boyutlu (sadakat, firmadan ayrılma, daha fazla ödemek, içsel cevap ve dışsal cevap) ölçeği sadece sadakat boyutu uyarlanarak kullanılmıştır. Davranışsal niyet ölçeğine yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's Alpha katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur. Araştırma sonuçları yüksek güvenilirlik düzeyine sahiptir. Yüksek güvenilirlik düzeyine sahip verilerin ürettikleri sonuçların tutarlı olacağını söylemek mümkündür. Ölçeğe birinci düzey çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Yapısal denklem sonucunun anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Davranışsal niyet ölçeği için birinci düzey tek faktörlü uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde elde edilen değerlerin kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilmektedir.

Algılanan hizmet kalitesi ile algılanan değer, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır. Algılanan risk ile algılanan hizmet kalitesi, algılanan değer, davranışsal niyet ve hasta memnuniyeti arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır. Algılanan değer ile davranışsal niyet ve hasta memnuniyeti arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır. Davranışsal niyet ile hasta memnuniyeti arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır. Tüketicilerin algıladıkları risk ile algıladıkları kalite düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinde kaliteyi ölçmek için 557 standart ve 1100 değerlendirme ölçütü belirlemiştir. Belirli periyotlarla (yılda bir) ilgili birimdeki kişiler hastaneleri verimlilik ve kalite açısından teftiş etmekte ve bu standartlara uygunluk derecelerini puanlandırmaktadır. Bu standartlara örnek olarak; hasta güvenliği komitesi bulunup bulunmaması, çalışsan sağlığı ve güvenliği ile ilgili komitenin bulunup bulunmaması, hemşire çağrı butonunun olup olmaması, kamera kayıtlarının saklanma süresiler (2 ay), otoparkların durumları verilebilmektedir.

Kaliteyi standartlara bağlı olarak ölçmek sadece teknik kaliteyi ölçmek anlamını taşımaktadır. Halbuki kalitenin fonksiyonel olan tarafı göz ardı

edilmemelidir. Bu açıdan değerlendirildiğinde bu çalışma fonksiyonel açıdan kalitenin ölçülmesine katkı sağlamıştır.

Muş Devlet Hastanesi'nde memnuniyetin ölçülmesi için memnuniyet anketleri aylık olarak yapılmaktadır. Muş Devlet Hastanesi 400 yataklı bir hastanedir. Aylık yapılan bu memnuniyet anketleri 201-500 arasında yatak kapasitesine sahip olan hastaneler için ayaktan hastalara (35 kişiye), yatan hastalara (20 kişiye) ve acile gelen hastalara (20 kişiye) anket yapılması gerekmektedir. Özellikle hijyen, lavabo temizliği konuları üzerinde durulmaktadır. Ayrıca hastaneden memnuniyet düzeyini artırmak için istek ve şikayet kutuları belirli periyotlarla kontrol edilmektedir. Bu istek ve şikayetler göz önünde bulundurularak yapılması gereken düzenlemeler yapılmaktadır.

Özgün olarak oluşturulmuş modelin sektöre ve sahaya uygulanması yapılmıştır. Oluşturulmuş olan modelin uyum indeksleri göz önünde bulundurulduğunda genel itibari ile literatürde kabul edilen aralıklarda olduğu sonucuna varılmıştır. Diğer bir ifadeyle kurulmuş olan model doğrulayıcı faktör analizi ve yol analizi ile test edilmiş yapısal geçerliliğe sahip olduğu ortaya konulmuştur. Literatürde yer alan ölçekler kalite, risk, değer, memnuniyet ve davranışsal niyet ölçeklerinin araştırmaya konu olan hastane için uygulanmıştır. Bu hastaneye bu kavramlarla ilgili hastanenin durumunu görmeleri ve kuruma bilgi verilmesi açsından bu çalışma önem arz etmektedir.

Korelasyon analizi ve hipotez testi sonuçlarından anlaşılacağı algılanan risk boyutlarından biri olan sosyal risk boyutu ile algılanan hizmet kalitesi ve boyutları, davranışsal niyet, hasta memnuniyeti, algılanan değer ve boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

6.3. Öneriler

Araştırmanın yapılmış olduğu işletmeye yönelik öneriler şunlardır:

Sağlık işletmelerinde hasta beklenti, istek ve ihtiyaçlarının karşılanması, hastaların algıladıkları hizmet kalitesini, algıladıkları değeri, hasta memnuniyetini ve hasta sadakatini artırılması; hastaların algıladıkları risk düzeylerini azaltması için

hastanelere yapılabilecek öneriler şunlardır: Hastane personelinin belli dönemlerde bilgisini ve becerisini artıracak eğitimler verilmesi, gelen hastalara ilgili davranılması, sağlık hizmetlerinde aksaklıkların yaşanmaması için kurumda bulunması gereken tıbbi cihazların kullanılabilir şekilde mevcut bulunması, bekleme sürelerini azaltmak için gerekli sistemin oluşturulması, hastaneye başvuru ve ayrılma durumlarında istenen bürokratik işlemlerin en aza indirgenmesi gerekmektedir. Sunulan hizmetin fiyatlandırmasının makul bir düzeyde yapılması gerekmektedir. Özellikle özel hastanelerde alınan muayene ve tetkik ücretleri makul bir seviyede tutulması gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunan organizasyonların kaliteye odaklaması hem memnuniyeti hem de sadakati etkileyecektir. Buna ek olarak; hastalardan aldıkları hizmetlerle ilgili geri dönüşlerin alınması, istek ve şikayet kutularının takibinin düzgün bir şekilde yapılması hastaların karşılaştıkları sorunlara ve/veya isteklerine zamanında müdahale edilmesini kolaylaştıracaktır. Bu durum da hastaların algıladıkları hizmet kalitesi, algıladıkları değer, memnuniyet ve davranışsal niyet (sadakat) düzeyleri de artacaktır.

Araştırma sınırlılıkları içerisinde yer alan hizmet sunan çalışanlar ile hizmet alan hastalar arasındaki asimetrik bilginin olması hastaların algıladıkları risk düzeylerini artırırken algıladıkları hizmet kalitesi, algıladıkları değer, memnuniyet ve davranışsal niyet (sadakat) düzeylerini de azaltan bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun için hastaya aydınlatılmış onamın iyi yapılması gerekmektedir. Birey hastalığı ile ilgili, yapılacak iş ve işlemlerle ilgili ne kadar bilgi sahibi olursa algıladıkları risk düzeyleri azalacak ve algıladıkları hizmet kalitesi, algıladıkları değer, memnuniyet ve davranışsal niyet (sadakat) düzeyleri de artacaktır. Hastanenin bu konuda dikkatli olması çalışanlarına belli aralıklarla bu konularda bilgilendirme yapması gerekmektedir.

Sonraki çalışmalara öncü olması için araştırmacılara yapılacak öneriler şunlardır:

Çalışma hastaneden en az bir defa hizmet almış bireylere yapılmıştır. Gelecek çalışmalarda örneklem grubu genişletilerek hastaneden en az bir defa hizmet almış hem hasta hem de çalışan gruplarını kapsayacak şekilde her biri için ayrı ayrı örneklem sayısı belirlenerek yapılabilir. Böylelikle her iki grubunda hizmet kalitesi, risk, değer,

hasta memnuniyeti ve davranışsal niyeti konularını algı düzeyleri ölçülebilir. Çalışan grubunun ankete dahil edilmesi hastane personelinin kendi kurumunu ve çalışma arkadaşını değerlendirmesi objektif sonuçlar vermeyebilir. Bu yüzden anketi yapacak kişinin bu konuda cevaplayıcıları uyarması önem arz etmektedir.

Araştırmanın sınırlılıkları içerisinde yer alan Muş Devlet Hastanesi'ne alternatif sayılabilecek hastanenin olmayışı sorunu önümüzdeki yıllarda yapılması planlanan eğitim ve araştırma hastanesi açılırsa bir nebze olsun giderilmiş olacaktır. Şehirdeki hastane alternatifi (kamu ve/veya özel hastane) sayısındaki artışla sağlık hizmetlerinde kalite, memnuniyet, değer, sadakat sorunları ortadan kalkacaktır. Gelecek çalışmalarda birden fazla kamu ve/veya özel hastane ele alınarak bu hastanelerin sundukları hizmetlerden algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk, algılanan değer, memnuniyetleri ve davranışsal niyet ölçülerek hastaneler arasında karşılaştırma yapılarak özgün olarak oluşturulmuş olan model tekrar test edilebilecektir.

KAYNAKLAR

Ağırbaş, İsmail (2016). Hastane Yönetimi ve Organizasyon. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Akbaba, Atilla (2006). Measuring Service Quality in the Hotel Industry: A Study in a Business Hotel in Turkey. International Journal of Hospitality Management, 25 (2), 170-192.

Akın Acuner, Şebnem (2004). Müşteri İlişkilerinde Hareket Noktası: Müşteri Memnuniyet Ölçümü. (5. Baskı). Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi.

Akter, Shahriar Md. Upal, M. ve Hani, Umme (2008). Service Quality Perception and Satisfaction: A Study Over Sub-Urban Public Hospitals in Bangladesh. Journal of Service Research, Special Issue, 125-146.

Akturan, Ulun (2007). Satın Alma Karar Sürecinde Markaya Yönelik Algılanan Riskin Algılanan Değer Üzerine Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Alexandris, K. Dimitriadis, N. ve Markata, D. (2002). Can perceptions of Service Quality Predict Behavioral Intentions? An Exploratory Study in the Hotel Sector in Greece. Managing Service Quality: An International Journal, 12 (4), 224-231.

Ali, Mass H., Ali, Noor A. ve Radam, A. (2010). Validating SERVPERF Model in Government Agencies. The Journal of Human Resource and Adult Learning, 6 (1), 84-93.

Altıntaş, Murat H. (2000). Tüketici Davranışları: Müşteri Tatmininden Müşteri Değerine. Alfa Yayınlan: İstanbul.

Altunışık, R. Coşkun, R. Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım, E. (2012). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı. (7. Geliştirilmiş Baskı). Sakarya: Sakarya Yayıncılık.

Altunışık, R. Özdemir, Ş. ve Toplak, Ö. (2006). Modern Pazarlama. (Genişletilmiş 4. Baskı). Sakarya: Değişim Yayınları.

Altunışık, R. Özdemir, Ş. ve Toplak, Ö. (2011). Pazarlamaya Giriş. (Genişletilmiş 3. Baskı). İstanbul: Sakarya Yayıncılık.

Angur, M. G. Nataraajan, R. ve Jahera Jr, J. S. (1999). Service Quality in The Banking İndustry: An Assessment in a Developing Economy. International journal of Bank Marketing, 17 (3), 116-125.

Arasli, H. Katircioglu, Salih T. ve Mehtap-Smadi, S. (2005). A Comparison of Service Quality in The Banking İndustry: Some Evidence from Turkish-and Greek-Speaking Areas in Cyprus. International Journal of Bank Marketing, 23 (7), 508-526.

Arıkan, Rauf (2011). Araştırma Yöntem ve Teknikleri. (Genişletilmiş 2. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Arslantürk, Zeki (2004). Sosyal Bilimler İçin Araştırma Metod ve Teknikleri. (6. Baskı). İsyanbul: Çamlıca Yayınları.

Asubonteng, P. McCleary, K. J. ve Swan, J. E. (1996). SERVQUAL Revisited: A Critical Review of Service Quality. Journal of Services Marketing, 10 (6), 62-81.

Atabey, Selin E. (2016). Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikaları. (2. Baskı). Ankara: Gazi Kitabevi.

Ateş, Metin (2012). Hastane Yönetim ve Organizasyonu. (Editör: Metin Ateş). Sağlık İşletmeciliği. (2. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım, 27-93.

Ateş, Metin (2013). Sağlık Sistemleri. (2. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım.

Babakus, Emin ve Boller, Gregory W. (1992). An Empirical Assessment of the SERVQUAL Scale. Journal of Business Research, 24 (3), 253-268.

Babakus, Emin ve Mangold, W. Glynn (1992). Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. Health Services Research, 26 (6), 767-786.

Bakan, İ. Erşahan, B. Kefe, İ. ve Bayat, M. (2011). Kamu ve Özel Hastanelerde Tedavi Gören Hastaların Sağlıkta Hizmet Kalitesine İlişkin Algılamaları. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 1 (2), 1-26.

Baker, D. A. ve Fesenrnaier, D. R. (1997). Effects of Service Climate on Managers' and Employees' Rating of Visitors' Service Quality Expectations. Journal of Travel Research, 36 (l), 15-23.

Bala, N. Sandhu, H. S. ve Nagpal, N. (2011). Measuring Life Insurance Service Quality: An Empirical Assessment of SERVQUAL Instrument. International Business Research, 4 (4), 176-190.

Balcı, Ali (2013). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntem, Teknik ve İlkeler. (Genişletilmiş 10. Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Baron, R. M. ve Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. Journal of Personality and Social Psychology, 51 (6), 1173-1182; Aktaran: Hoyle, Rick H. (1995). Structural Equation Modeling Concept, Issues, and Application. SAGE Publication. USA: California.

Başaran Alagöz, S. Alagöz, M. İnce, M. ve Oktay E. (2004). Müşteri İlişkileri Yönetimi (CRM) Bilişim Teknolojilerinin Etkisi ve Bankacılık Sektöründeki Gelişim. (1. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Baydaş, Abdulvahap (2011). Müşteri İlişkileri Yönetimi, (Editör: İsmail Bakan). Çağdaş Yönetim Yaklaşımları İlkeler, Kavramlar ve Yaklaşımlar. (2. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım, 355-392.

Bedük, Aykut (2012). Karşılaştırmalı İşletme Terimler Sözlüğü. (3. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Bekaroğlu, Ş. Burak (2011). Sağlık Kurumlarında Pazarlama Yönetimi ve Organizasyonu. (Editör: Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu). Sağlık Yönetimi. (1. Baskı). İstanbul: Beşir Kitabevi, 151-185.

Bendall-Lyon, D. ve Powers, Thomas L. (2004). The Impact of Structure and Process Attributes on Satisfaction and Behavioral Intentions. Journal of Services Marketing. 18 (2). 114-121.

Benli, Doğan ve Özalp Hüseyin (2010). Sağlık Hizmetlerinde Yönetim. Ankara: Songür Eğitim Hizmetleri.

Beraha, Aydın (2013). Örgütsel Davranış: Kavramlar ve Bilimsel Temelleri. (Editör: Alptekin Sökmen). Davranış Bilimleri. (1. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık. 1-28.

Bettman, James R. (1973). Perceived Risk and Its Components. Journal of Marketing Research, Sayı 10, 84-90.

Black, Nick ve Gruen, Reinhold (2005). Understanding Health Services. Berkshire: Open University Press.

Blodgett, Jeffrey G. Hill, Donna J. ve Tax, Stephan S. (1997). The Effects of Distributive, Procedural, and Interactional Justice on Postcomplaint Behavior. Journal of Retailing, 73 (2), 185-210.

Boshoff, C. Schlechter, C. ve Ward, S.-J. (2011). Consumers' Perceived Risks Associated with Purchasing on A Branded Web Site: The Mediating Effect Of Brand Knowledge. South African Journal of Business Management, Cilt 42, 45-54.

Bozkurt, Mesut (2016). Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Şikayet Yönetimi. Çanakkale: Paradigma Akademi.

Bozkurt, Rıdvan (2003). Kalite İyileştirme Araç ve Yöntemleri (İstatistiksel Teknikler). (3. Baskı). Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi.

Brady, Michael K. Cronin, J. J. ve Brand, Richard R. (2002). Performance-only Measurement of Service Quality: A Replication and Extension. Journal of Business Research, 55 (1), 17-31.

Brady, Michael K. ve Robertson, Christopher J. (2001). Searching for a Consensus on the Antecedent Role of service Quality and Satisfaction: An Exploratory Cross-National Study. Journal of Business Research, 51 (1), 53-60.

Brady, Micheal K. ve Cronin Jr., Joseph J. (2001). Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach. Journal of Marketing, 65 (3), 34-49.

Brogowicz, Andrew A. Delene, Linda M. ve Lyth, David M. (1990). A Synthesised Service Quality Model with Managerial Implications. International Journal of Service Industry Management, 1 (1), 27-45.

Brook, Robert H. ve Williams, Kathleen N. (1975). Quality of Health Care for the Disadvantaged. Journal of Community Health, 1 (2), 132-156.

Brown, Tom J. Churcill, Gilbert A. ve Peter, J. Paul (1993). Improving the Measurement of Service Quality. Journal of Retailing, 69 (1), 127-139.

Buttle, Francis (1996). SERVQUAL: Review, Critique, Research Agenda. European Journal of Marketing, 30 (1), 8-32.

Bülbül, Hasan ve Demirer, Ömür (2008). Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri SERVQUAL ve SERVPERF'in Karşılaştırmalı Analizi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (20), 181-198.

Büyüköztürk, Şener (2016). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı-İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum. (22. Baskı). Ankara: PEGEM Akademi.

Byrne, Barbara M. (2010). Structural Equation Modeling with AMOS Basic Concept, Application, and Programming. (Second Edition). Routledge Taylor and Francis Group. USA: New York.

Cadotte, Ernest R. Woodruff, Robert B. Jenkins, Roger L. (1987). Expectations and Norms in Models of Consumer Satisfaction. Journal of Marketing Research (JMR). 305-314; Aktaran: Carman, James M. (1990). Customer Perception of Service Quality: An Assessment of the SERQUAL Dimension. Journal of Retailing, 66 (1), 33-55.

Campbell, Margaret C. ve Goodstein, Ronald C. (2001). The Moderating Effect of Perceived Risk on Consumers' Evaluations of Product Incongruity: Preference for Norm. Journal of Consumer Research, 28 (3), 439-449.

Can, Abdullah (2016). SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi. (4. Baskı). Ankara: PEGEM Akademi.

Carman, James M. (1990). Customer Perception of Service Quality: An Assessment of the SERQUAL Dimension. Journal of Retailing, 66 (1), 33-55.

Carrillat, François A. Jaramillo, F. ve Mulki, Jay P. (2007). The validity of the SERVQUAL and SERVPERF Scales: A Meta-Analytic View of 17 Years of Research Across Five Continents. International Journal of Service Industry Management, 18 (5), 472-490.

Cases, Anna-Sophie (2002). Perceived Risk and Risk Reduction Strategies in Internet Shosing. Distribution and Consumer Research, 12 (4), 375-394.

Chakraborty, R. ve Majumdar, A. (2011). Measuring Customer Satisfaction in Health Sector: The Applicability of SERVQUAL. International Refereed Research Journal, 2 (4), 149-160.

Chen, Tser-Yieth ve Chang, Hong-Sheng (2005). Reducing Consumers' Perceived Risk Through Banking Service Quality Cues in Taiwan. Journal of Business and Psychology, 19 (4), 521-540.

Chi Cui, C. Lewis, B. R. ve Park, W. (2003). Service Quality Measurement in the Banking Sector in South Korea. International Journal of Bank Marketing, 21 (4), 191-201.

Chiu, Hung-Chang ve Lin, Neng-Pai (2004). A Service Quality Measurement Derived From the Theory of Needs. The Service Industries Journal, 24 (1), 187-204.

Choi, Kui-Son Cho, Woo-Hyun Lee, S. Lee, H. ve Kim, C. (2004). The Relationships Among Quality, Value, Satisfaction and Behavioral İntention in Health Care Provider Choice: A South Korean Study. Journal of Business Research, 57 (8), 913-921.

Chou, Shieu-Ming Chen, Thai-Form Woodard, B. ve Yen, Miao-Fen (2005). Using SERVQUAL to Evaluate Quality Disconfirmation of Nursing Service in Taiwan. Journal of Nursing Research, 13 (2), 75-84.

Churchill Jr, Gilbert A. ve Surprenant, C. (1982). An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction. Journal of Marketing Research, 491-504.

Clow, Kenneth E. Baack, D. ve Fogliasso, C. (1998). Reducing Perceived Risk Through Advertising Service Quality Cues. Service Marketing Quarterly, 16 (2), 151-162.

Clow, Kenneth E. Tripp, Crolyn ve Kenny, James T. (1996). The Importance of Service Quality Determinants in Advertising A Professional Service: An Exploratory Study. Journal of Services Marketing, 10 (2), 59-74.

Conchar, Margy P. Zinkhan, George M. Peters, C. ve Olavarrieta, S. (2004). An Integrated Framework for the Conceptualization of Consumers' Perceived Risk - Risk Processing. Academy of Marketing Science, 32 (4), 418-435.

Cox, Donald F. ve Rich, Stuart U. (1964). Perceived Risk and Consumer Decision-Making: The Case of Telephone Shopping. Journal of Marketing Research, 32-39.

Creswell, John W. (2013). Nicel Yöntemler. (Çev. Murat Bursal). Araştırma Deseni Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları. (Çeviri Editörü: Selçuk Beşir Demir). (4. Baskıdan Çeviri). Ankara: Eğiten Kitap.155-182.

Cronin Jr, J. J. ve Taylor, S. A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. The Journal of Marketing, 55-68.

Cunningham, Lawrence F. ve Young, Clifford E. (2002). Cross-cultural Perspectives of Service Quality and Risk in Air Transportation. Journal of Transportation, 7 (1), 1-20.

Cuthbert, Peter F. (1996). Managing Service Quality in HE: is SERVQUAL the Answer? Part 2. Managing Service Quality: An International Journal, 6 (3), 31-35.

Çelik, H. Eray ve Yılmaz, Veysel (2016). LISREL 9.1 ile Yapısal Eşitlik Modellemesi Temel Kavramlar-Uygulamalar-Programlama. (Yenilenmiş 3. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.

Çelik, Yusuf (2013). Sağlık Ekonomisi. (2. Baskı). Ankara: Ekinoks Yayın Dağıtım.

Çetin, Canan (2010). Toplam Kalite Yönetimi - İlke Süreç - Uygulama. (3. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayın.

Çokluk, Ö. Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2016). Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli SPSS ve LISREL Uygulamaları. (4. Baskı). Ankara: PEGEM Akademi.

Dabholkar, Pratibha A. (1996). Consumer Evaluations of New Technology-Based Self-Service Options: An Investigation of Alternative Models of Service Quality. International Journal of Research in Marketing, 13 (1), 29-51.

Dabholkar, Pratibha A. Shepherd, C. D. ve Thorpe, Dayle I. (2000). A Comprehensive Framework for Service Quality: An Investigation of Critical Conceptual and Measurement Issues Through a Longitudinal Study. Journal of Retailing, 76 (2), 139-173.

Dabholkar, Pratibha A. Thorpe, Dayle I. ve Rentz, Josep O. (1996). A Measure of Service Quality for Retail Stores: Scale Development and Validation. Journal of the Academy of Marketing Science, 24 (1), 3-16.

Değermen, H. Anıl (2006). Hizmet Ürünlerinde Kalite Müşteri Tatmini ve Sadakati (Hizmet Kalitesi ile Müşteri Sadakatinin Sağlanması ve GMS Sektöründe Bir Uygulama). İstanbul: Türkmen Kitabevi.

Demir, M. Hulusi ve Gümüşoğlu, Ş. (2009). Üretim Yönetimi (İşlemler Yönetimi). (7. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayın.

Donabedian, Avedis (1988). The Quality of Care. How Can It Be Assessed?, 260 (12), 1743-1748.

Donabedian, Avedis (1992). Kalite Güvencesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 1 (1), 15-48.

Donabedian, Avedis (2003). An Introduction to Quality Assurance in Health Care. (Edited by Rashid Bashshur). New York: Oxford University Press.

Dowling, Grahame R. ve Staelin, R. (1994). A Model of Perceived Risk and Intended Risk-Handling Activity. Journal of Consumer Research, 21 (1), 119-134.

Duggirala, M. Rajendran, C. ve Anantharaman, R. N. (2008). Provider-Perceived Dimensions of Total Quality Management in Healthcare, Benchmarking: An International Journal, 15 (6), 693-722.

Elliott, Kevin M. (1994). SERVPERF Versus SERVQUAL: A Marketing Management Dilemma When Assessing Service Quality. The Journal of Marketing Management, 4 (2), 56-61.

Engiz, Oğuz (1997). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini. (Editörler: Osman Hayran, Haydar Sur). Hastane Yöneticiliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 61-87.

Ersoy, Abdullah ve Saat Ersoy, Mesiha (2011). Üretim/İşlemler Yönetimi. (Genişletilmiş 2. Baskı). Ankara: İmaj Yayınevi.

Festervand, T. A. Snyder, D. R. ve Tsalikis, J. D. (1986). Influence of Catalog vs. Store Shopping and Prior Satisfaction on Perceived Risk. Journal of the Academy of Marketing Science, 14 (4), 28-36.

Filiz, Zeynep (2009). Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Yöntemi ile Ölçülmesi ve Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama. Finans Politik & Ekonomik Yorumlar. 46 (538). 75-86.

Fogarty, G. J. Catts, R. ve Forlin, C. (2000). Identifying Shortcomings in the Measurement of Service Quality. Journal of Outcome Measurement, 4 (1), 425-447.

Frost, Frederick A. ve Kumar, Mukesh (2000). INTSERVQUAL - An İnternal Adaptation of the GAP Model in A Large Service Organization. Journal of Services Marketing, 14 (5), 358-377.

Garvin, David A. (1987). Competing on the Eight Dimensions of Quality. Harvard Business Review, November–December, 101-109.

Ghobadian, A. Speller, S. ve Jones, M. (1994). Service Quality: Concepts and Models, International Journal of Quality & Reliability Management, 11 (9), 43-66.

Gilmore, Audrey (2003). Service Marketing. (First Edition). London: Sage Publications.

Greenwald, Howard P. (2010). Health Care in the United States: Organızatıon, Management and Policy. San Francisco: Jossey-Bass.

Gremler, Dwayne D. ve Brown, Stephen W. (1996). Service Loyalty: its nature, Importance and Implications. Advancing Service Quality: A Global Perspective, 5, 171-181.

Grewal, D. Iyer, G. R. Gotlieb, J. ve Levy, M. (2007). Developing a Deeper Understanding of Post-Purchase Perceived Risk and Behavioral İntentions in a Service Setting. Journal of the Academy of Marketing Science, 35 (2), 250-258.

Grönroos, Chiristian (1984). A Service Quality Model and Its Marketing Implication. European Journal of Marketing, 18 (4), 36-44.

Grönroos, Christian (1988). Service Quality: The Six Criteria of Good Perceived Service. Review of Business, 9 (3), 10-13.

Gummesson, E. ve Grönroos, C. (1987). Quality of Products and Services: A Tentative Synthesis Between Two Models. Science Research Center, CTF, University of Karlstad.

Gummesson, Evert (1978). Toward A Theory of Professional Service Marketing. Industrial Marketing Management, 7 (2), 89-95.

Gummesson, Evert (1979). The Marketing of Professional Services - An Organizational Dilemma. European Journal of Marketing, 13 (5), 308-318.

Güleş, Hasan K. ve Özata, M. (2005). Sağlık Bilişim Sistemleri. (1. Baskı). İstanbul: Nobel Basımevi.

Gülmez, M. ve Dörtyol, İbrahim T. (2013). Açıklamalı Pazarlama Sözlüğü. (2. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.

Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2016). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Felsefe-Yöntem-Analiz. (Gözden Geçirilmiş ve Güncellenmiş 3. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Ha, Hong-Youl (2002). The Effects of Consumer Risk Perception on Pre-purchase Information in Online Auctions: Brand, Word-of-Mouth, and Customized Information Journal of Computer-Mediated Communication, 8 (1), http://online library.wiley.com/doi/10.1111/j.1083-6101.2002.tb00160.x/full (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

Halapete, Jaya (2007). Consumer Attitudes and Intentions Toward Personalization of Fair Trade Apparel. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Iowa State University, USA.

Halis, Muhsin (2004). İşletmelerde İç müşteri Memnuniyeti Ölçülmesi ve Yönetimi. (1. Baskı). Ankara: Roma Yayınları.

Halis, Muhsin (2008). Toplam Kalite Yönetimi & ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemleri. (2. Baskı). İstanbul: Sakarya Yayıncılık.

Hallowell, Roger (1996). The Relationships of Customer Satisfaction, Customer Loyalty, and Profitability: An Empirical Study. International Journal of Service Industry Management, 7 (4), 27-42.

Hayali Yıldırım, Demet (2009). Hizmet Kalite Standartları ve Etkileri. (Editör: Harun Kırılmaz). Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Antalya: Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Cilt 3, 25-29.

Hayran, Osman (1997). Sağlık ve Hastalık Kavramları. (Editörler: Osman Hayran ve Haydar Sur). Hastane Yöneticiliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 3-14.

Haywood-Farmer, John (1988). A Conceptual Model of Service Quality. International Journal of Operations & Production Management, 8 (6), 19-29.

Horton, Raymond L. (1976). The Structure of Perceived Risk: Some Further Progress. Journal of Academy of Marketing Science, 4 (4), 694-706.

Hoyle, Rick H. (1995). Structural Equation Modeling Concept, Issues, and Application. SAGE Publication. USA: California.

Hu, Hsiu-Yuan Lee, Yu-Cheng ve Yen, Tieh-Min (2010). Service Quality Gaps Analysis Based on Fuzzy Linguistic SERVQUAL with a Case Study in Hospital Out-Patient Services. The TQM Journal, 22 (5), 499-515.

Hudson, S. Miller, Graham A. ve Hudson, P. (2006). The Role of Research in Improving Tourism and Hospitality Services: Measuring Service Quality. (Editörler: Bruce Prideaux, Gianna Moscardo ve Eric Laws). Managing Tourism and Hospitality Services: Theory and International Applications. London: CABI International, 237-250.

İslamoğlu, Ahmet H. ve Aydın, K. (2016). Hizmet Pazarlaması. (4. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.

Jabnoun, N. ve Hassan Al-Tamimi, H. A. (2003). Measuring Perceived Service Quality at UAE Commercial Banks. International Journal of Quality & Reliability Management, 20 (4), 458-472.

Jacoby, J. ve Kaplan, Leon B. (1972). The Components of Perceived Risk. ACR Special Volumes.

Jain, Sanjay K. ve Gupta, Garima (2004). Measuring Service Quality: SERVQUAL vs. SERVPERF Scales. Vikalpa, 29 (2), 25-38.

Jarvenpaa, Sirrka L. ve Todd, Peter A. (1996). Consumer Reactions to Electronic Shopping on the World Wide Web. International Journal of Electronic Commerce, 1 (2), 59-88.

John, Joby (1991). Improving Quality Through Patient-Provider Communication. Journal of Health Care Marketing, 11 (4), 51-60.

Johns, N. Avcí, T. ve Karatepe, O. M. (2004). Measuring Service Quality of Travel Agents: Evidence from Northern Cyprus. The Service Industries Journal, 24 (3), 82-100.

Johnston, Robert (1995). The Determinants of Service Quality: Satisfiers and Dissatisfiers. International Journal of Service Industry Management, 6 (5), 53-71.

Kaplan, Leon B. Szbillo, George J. ve Jacoby, Jacop (1974). Components of Perceived Risk in Product Purchase: A Cross-Validation. Journal of Applied Psychology, 59 (3), 287-291.

Karagöz, Yalçın (2016). SPSS 23 ve AMOS 23 Uygulamalı İstatistiksel Analizler. (1. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Karatepe, Osman M. ve Avci, T. (2002). Measuring Service Quality in the Hotel Industry: Evidence from Northern Cyprus. Anatolia: An International Journal of Tourism and Hospitality Research, 13 (1), 19-32.

Kavuncubaşı, Şahin ve Yıldırım, Selami (2012). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. (3. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kaya, Sıdıka (2005). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme. Ankara: Pelikan Yayınları.

Kaya, Sıdıka (2013). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı. (Editör: Sıdıka Kaya). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını, 2-29.

Kayral, İbrahim H. (2015). Beklenen-gerçekleşen-Algılanan Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerinde Çok Boyutlu Kalite. (1. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.

Keaveney, Susan M. (1995). Customer Switching Behavior in Service Industries: An Exploratory Study. The Journal of Marketing, Cilt 58, 71-82.

Kirkwood, Alan Sidney (1994). Why Do We Sorry When Scientists Say There is No Risk?. Disaster Prevention and Management, 3 (2), 15-22.

Kitchroen, Krisana (2004). Literature Review: Service Quality in Educational Institutions. ABAC Journal, 24 (2), 14-25.

Kobu, Bülent (2010). Üretim Yönetimi. (15. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım.

Korkmaz Devrani, Tülay (2003). Toplam Kalite Yönetimi. (Editör: Birol Bumin). İşletmecilikte Çağdaş Yönelimler. Ankara: Gazi Kitabevi.

Korkmaz, S. Eser, Z. Öztürk, Sevgi A. ve Işın, F. B. (2009). Pazarlama Kavramlar-İlkeler-Kararlar. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kotler, P. Armstrong, G. Saunders, J ve Wong, V. (1999). Principle of Marketing. (Second European Edition). New Jersey: Prentice Hall Inc.

Kotler, P. ve Keller Kevin L. (2012). Marketing Management. (14. Baskı). New Jersey: Prentice Hall.

Kotler, Philip ve Amstrong, Gary (2012). Principle of Marketing. (14th ed.). New Jersey: Prentice Hall.

Kozak, Metin (2014). Bilimsel Araştırma: Tasarım, Yazım ve Yayım Teknikleri. (1. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.

Kölük, N. Dilsiz, İ. ve Kartal, Cafer S. (2012). Kalite Güvencesi ve Standartları (İKMEP Projesine Göre Güncellenmiş). (7. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.

Krajewski, Lee J. Ritzman, Larry P. ve Malhotra, Manoj K. (2014). Kalite ve Performans. (Çev. Hilmi Yüksel). Üretim Yönetimi Süreçler ve Tedarik Zincirileri. (Çeviri Editörü: Semra Birgün). (9. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 174-214.

Kumar, S. A. Mani, B. T. Mahalingam, S. ve Vanjikovan, M. (2010). Influence of Service Quality on Attitudinal Loyalty in Private Retail Banking: An Empirical Study. IUP Journal of Management Research, 9 (4), 21-38.

Küçük, Orhan (2016). Toplam Kalite Yönetimi Sınırsız İyileşme - EFQM Mükemmellik Modeli. (3. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Küçükaltan, Gül (2007). Hizmet Kalitesi Kavramına Genel Bir Yaklaşım ve Hizmet Kalitesinin Önemi. (Editörler: Şevkinaz Gümüşoğlu, İge Pınar, Perran Akan ve Atilla Akbaba, Hizmet Kalitesi Kavramlar Uygulamalar ve Yaklaşımlar. Ankara: Detay Yayıncılık, 57-71.

Landrum, H. Prybutok, V. Zhang, X. ve Peak, D. (2009). Measuring IS System Service Quality with SERVQUAL: Users' Perceptions of Relative Importance of the Five SERVPERF Dimensions. Informing Science: The International Journal of an Emerging Transdiscipline, 12, 17-35.

Laroche, M. McDougall, Gordon H. G. Bereron, J. ve Yang, Z. (2004). Exploring How Intangibility Affects Perceived Risk. Journal of Service Research, 6 (4), 373-389.

Lee, Choong-Ki Bendle, L. J. Yoon, Yoo-Shik ve Kim, M. J. (2011). Thanatourism or Peace Tourism: Perceived Value at a North Korean Resort from an Indigenous Perspective. International Journal of Tourism Research, 14 (1), 71-90.

Lee, S. Cho, W. H. Choı, K. S. ve Kang, M. (2001). Comparative Analysis of Models for Measuring Consumer Satisfaction in Health Care Organization. Korean J. Prev Med, 34 (1), 55-60.

Leebov, W. ve Ersoz, Clara J. (1991). The Health Care Manager's Guide to Continuous Quality Improvement. American Hospital Publishing. Inc. USA.

Lehtinen, J. R. ve Lehtinen, U. (1982). Service Quality: A Study of Quality Dimensions. Unpublished Working Paper, Service Management Institute, Helsinki, Finland.

Lemmink, J. de Ruyter, K. ve Wetzels, M. (1998). The Role of Value in the Delivery Process of Hospitality Services. Journal of Economic Psychology, 19 (2), 159-177.

Lewis, Barbara R. (1993). Service Quality Measurement. Marketing Intelligence & Planning, 11(4), 4-12; Aktaran: Buttle, F. (1996). SERVQUAL: Review, Critique, Research Agenda. European Journal of Marketing, 30 (1), 8-32.

Li, Zhihui (2010). Measuring Customer Perceptions of Hotel Service Quality Based on a SERVPERF Approach. Journal of China Tourism Research, 6 (1), 22-28.

Lifen Zhao, A., Hanmer-Lloyd, S., Ward, P. ve Goode, M. M. (2008). Perceived Risk and Chinese Consumers' Internet Banking Services Adoption. International Journal of Bank Marketing, 26 (7), 505-525.

Lim, Nena. (2003). Consumers' Perceived Risk: Sources Versus Consequences. Electronic Commerce Research and Applications, 2 (3), 216-228.

Lovelock, Christopher H. Vandermerwe, S. Lewis, B. ve Fernie S. (2011). Service Marketing. United Kingdom: Edinburgh Business School Heriot-Watt University.

Lovelock, Christopher ve Wright, Lauren (1999). Principles of Service Marketing and Management, Prentice Hall.

Marangoz, Mehmet (2014). İnternette Pazarlama. İstanbul: Beta Yayınları

Maşrap, Akın (2014). Sağlık İletmelerinde Kalite Sağlıkta Kaliteşim Sistemi ve Sağlıkta Mükemmellikte Süreklilik. (1. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayın.

Mattsson, Jan (1992). A Service Quality Model Based on An Ideal Value Standard. International Journal of Service Industry Management, 3 (3), 18-33.

McAlexander, James H. Kaldenburg, Dennis O. ve Koenig, Harold F. (1994). Service Quality Measurement. Marketing Health Services, 14 (3), 34-40.

McCorkle, Denny E. (1990). The Role of Perceived Risk in Mail Order Catalog Shopping. Journal of Direct Marketing, 4 (4), 26-35.

McCorkle, Denny E. (1990). The Role of Perceived Risk in Mail Order Catalog Shopping. Journal of Direct Marketing, 4 (4), 26-35; Settle, Robert B. ve Alreck, Pamela L. (1989). Reducing Buyers' Sense of Risk. Marketing Communications, 14 (January), 34-40; Aktaran: Weathers, Peter Daniel (2002). Purchase Channel and Product Characteristic Effects on Consumer Risk Perceptions, (Doktora Tezi), USA: University of South Carolina.

McDougall, G. H. ve Levesque, T. (2000). Customer Satisfaction with Services: Putting Perceived Value into the Equation. Journal of Services Marketing, 14 (5), 392-410.

McDougall, Gordon H. G. ve Snetsinger, Douglas W. (1990). The Intangibility of Services: Measurement and Competitive Perspectives. Journal of Services Marketing, 4 (4), 27-40.

Meng, J. Summey, John H. Herndon, Neil C. ve Kwong, K. K. (2009). Some Retail Service Quality Expectations of Chinese Shoppers. International Journal of Market Research, 51 (6), 773-796.

Mey, L. P. Akbar, A. K. ve Fie, D. Y. G. (2006). Measuring Service Quality and Customer Satisfaction of the Hotels in Malaysia: Malaysian, Asian and Non-Asian Hotel Guests. Journal of Hospitality and Tourism Management, 13 (2), 144-160.

Meydan, Cem Harun ve Şeşen, Harun (2015). Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları. (2. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.

Mitchell, Vincent-Wayne (1992). Understanding Consumers' Behavior: Can Perceived Risk Theory Help?. Management Decision, 30 (3), 26-31.

Mitchell, Vincent-Wayne (1998). A Role for Consumer Risk Perceptions in Grocery Retailing. British Food Journal, 100 (4), 171-183.

Mitchell, Vincent-Wayne ve Greatorex, M. (1993). Risk Perception and Reduction in the Purchase of Consumer Services. The Services Industries Journal, 13 (4). 179-200.

Mitchell, Vincent-Wayne. (1999). Consumer Perceived Risk: Conceptualizations and Models. European Journal of Marketing, 33 (1/2), 163-195.

Mitra, K. Reiss, Michelle C. ve Capella, Louis M. (1999). An Examination of Perceived Risk, Information Search, Experience and Credence Services. The Journal of Services Marketing, 13 (3), 208-228.

Mucuk, İsmet (2014). Pazarlama İlkeleri. (20. Baskı). İstanbul: Türkmen Kitabevi.

Mudie, Peter ve Angela, Pirrie (2006). Service Marketing Management, Third Edition. Burlington (USA): Elsevier.

Murray, Keith B. ve Schlacter, John L. (1990). The Impact of Services Versus Goods on Consumers' Assessment of Perceived Risk and Variability. Journal of the Academy of Marketing Science, 18 (1), 51-65.

Mutlu, Ayşegül ve Işık, Kadir (2012). Sağlık Ekonomisine Giriş. (3. Baskı). Bursa: Ekin Yayıncılık.

Nelson, Carl H. (2001). Risk Perception, Behavior and Consumer Response to Genetically Modified Organisms. American Behavioral Scientist, 44 (8), 1371-1388.

Odabaşı, Yavuz (2000). Satışta ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi. (1. Baskı). İstanbul: Sistem Yayıncılık.

Odabaşı, Yavuz ve Barış, Gülfidan (2017). Tüketici Davranışı. (17. Baskı). İstanbul: MediaCat Akademi.

Odekerken-Schröder, G. Van Birgelen, M. Lemmink, J. De Ruyter, K. ve Wetzels, M. (2000). Moments of Sorrow and Joy: An Empirical Assessment of the Complementary Value of Critical Incidents in Understanding Customer Service Evaluations. European Journal of Marketing, 34 (1/2), 107-125.

Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Tedbirler Alınması ve Milli Savunma Üniversitesi Kurulması İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabul Edilmesi Hakkında Kanun. (2016). T.C. Resmi Gazete, 29898, 24/11/2016.

Oliver, Richard L. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. Journal of Marketing Research, XVII (November), 460-469.

Orhaner, Emine (2014). Türkiye'de Sağlık Sigortası. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Önder, Ömer R. ve Gürbüz, H. (2015). Toplum Sağlığı. Ankara: Songür Eğitim Hizmetleri.

Örs, Hüsniye (2007). Hizmet Pazarlaması Etkinliği ve Kalite. Ankara: Gazi Kitabevi.

Özbek, Volkan (2016). Algılanan Risk ve Algılanan Değer Arasındaki İlişkide Algılanan Hizmet Kalitesinin Düzenleyici Etkisi. International Review of Economics and Management, 4 (3), 62-83.

Özdemir, Oktay (2006). Medikal İstatistik. (1. Baskı). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.

Özer, Leyla Ş. (1999). Müşteri Tatminine Yönelik Literatürdeki Kuramsal Tartışmalar, Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 17 (2), 159-180.

Özer, Leyla ve Gülpınar, Serdar (2005). Hizmet Sektöründe Tüketicinin Algıladığı Riskler: Hava Yolları Sektöründe Bir Araştırma. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı 1, 49-63.

Özgülbaş, Nermin (2013). Sağlık Kurumlarında Maliyet Yönetimi, Organizasyonu ve Kayıt Düzeni. (Editör: Mehmet Top). Sağlık Kurumlarında Maliyet Yönetimi. (1. Baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 30-53.

Özkul, Emrah (2007). SERQUAL Kavramsal Çerçevesinde Turizm İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Geliştirilme Süreci. (Editörler: Şevkinaz Gümüşoğlu, İge Pınar, Perran Akan ve Atilla Akbaba, Hizmet Kalitesi Kavramlar Uygulamalar ve Yaklaşımlar. Ankara: Detay Yayıncılık,124-145.

Öztürk, Yunus Emre ve Özata, Musa (2010). Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı. Konya: Eğitim Kitabevi.

Parasuraman, A. Berry, L. L. ve Zeithaml, V. A. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. Journal of Retailing, 67(4), 420-450; Aktaran: Buttle, F. (1996). SERVQUAL: Review, Critique, Research Agenda. European Journal of Marketing, 30 (1), 8-32.

Parasuraman, A. Zeithaml, V. A. ve Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. Journal of Marketing, 49 (4), 41-50.

Parasuraman, A. Zeithaml, V. ve Berry, L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing, 64 (1), 12-40.

Parasuraman, A. Zeithaml, V. ve Berry, L. L. (1994). Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research. Journal of Marketing, 58 (1),111-124.

Petrick, James F. (2004). The Roles of Quality, Value, and Satisfaction in Predicting Cruise Passengers' Behavioral Intentions. Journal of Travel Research. 42 (May). 397-407.

Philip, G. ve Hazlett, S. A. (1997). The Measurement of Service Quality: A New PCP Attributes Model. International Journal of Quality & Reliability Management, 14 (3), 260-286.

Pope, N. K. Brown, M. R. ve Forrest, E. J. (1999). Risk, Innovativeness, Gender, and Involvement Factors Affecting the Intention to Purchase Sport Product Online. Sport Marketing Quarterly, 8 (2), 25-34.

Rad, N. F. Som, A. P. M. ve Zainuddin, Y. (2010). Service Quality and Patients' Satisfaction in Medical Tourism. World Applied Sciences Journal, 10 (1), 24-30.

Reidenbach, R. E. ve Sandifer-Smallwood, B. (1990). Exploring Perceptions of Hospital Operations by a Modified SERVQUAL Approach. Marketing Health Services, 10 (4), 47-55.

Roberts, Ivor L. (1993). Quality Management in Health Care Environments. International Journal of Health Care Quality Assurance, 6 (2), 25-35.

Robinson, Stewart (1999). Measuring Service Quality: Current Thinking and Future Requirements. Marketing Intelligence & Planning, 17 (1), 21-32.

Rodrigues, Lewlyn L. Barkur, G. Varambally, K. V. M. ve Golrooy Motlagh, F. (2011). Comparison of SERVQUAL and SERVPERF Metrics: An Empirical Study. The TQM Journal, 23 (6), 629-643.

Roselius, Ted (1971). Consumer Rankings of Risk Reduction Methods. Journal of Marketing, Sayı 35, 56-61.

Ryan, C. ve Cliff, A. (1997). Do Travel Agencies Measure Up to Customer Expectation? An Empirical Investigation of Travel Agencies' Service Quality

as Measured by SERVQUAL. Journal of Travel & Tourism Marketing, 6 (2), 1-31.

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (1982). T.C. Resmi Gazete, 2889, 10 Eylül 1982.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. (1961). T.C. Resmi Gazete, Sayı:10705, 12 Ocak 1961.

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. (Madde 4). http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/MEVZUAT/24_01_2011_14_52_16.pdf (Erişim Tarihi: 29.06.2017)

Salazar, A. Costa, J. ve Rita, P. (2010). A Service Quality Evaluation Scale for the Hospitality Sector: Dimensions, Attributes and Behavioral Intentions. Worldwide Hospitality and Tourism Themes, 2(4), 383-397.

Saydan, Reha (2010). Müşteri Memnuniyeti (Ya Memnun Et ya da Terk Et). (Editörler: İnci Varinli ve Kahraman Çatı). Güncel Pazarlama Yaklaşımlarından Seçmeler. (2. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık, 105-128.

Seçer, İsmail (2015). SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi - Analiz ve Raporlaştırma. (Genişletilmiş 2. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.

Seçim, Hikmet (1991). Hastane Yönetim ve Organizasyonu: Türkiye'deki Hastanelerin Organizasyonu için Bir Model Önerisi. İstanbul: Küre Ajans.

Selvi, Murat Selim (2007). Müşteri Sadakati. Ankara: Detay Yayıncılık.

Seth, N. Desmukh, S. G. ve Vrat, P. (2005). Service Quality Models: A Review. International Journal of Quality&Reliability Management, 22 (9), 913-949.

Sezen, Bülent (2011). Üretim Yönetiminde Yeni Yaklaşımlar ve Uygulamalar. (1. Baskı). Ankara: Efil Yayıncılık.

Simcock, P. Sudbury, L. ve Wright, G. (2006). Age, Perceived Risk and Satisfaction in Consumer Decision Making: A Review and Extension. Journal of Marketing Management, 22 (3-4), 355-377.

Smith, G. Smith, A. ve Clarke, A. (2007). Evaluating Service Quality in Universities: a Service Department Perspective. Quality Assurance in Education, 15 (3), 334-351.

Sohail, M. Sadiq (2003). Service Quality in Hospitals: More Favourable Than You Might Think. Managing Service Quality: An International Journal, 13 (3), 197-206.

Solomon, M. Bamossy, G. Askegaard, S. ve Hogg, Margaret K. (2006). Consumer Behavior A European Perspective. Third Edition, Pearson Education, USA.

Somunoğlu, Sinem (2012). Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi. (Editör: Mehtap Tatar). Sağlık Kurumları Yönetimi I. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını, 2-25.

Sözen, Cemil ve Özdevecioğlu, Mahmut (1999). Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Spreng, R. A. ve Mackoy, R. D. (1996). An Empirical Examination of a Model of Perceived Service Quality and Satisfaction. Journal of Retailing, 72 (2), 201-214.

Stone, Robert N. ve Gronhaug, K. (1993). Perceived Risk: Further Considerations for the Marketing Discipline. European. Journal of Marketing, 27 (3), 39-50.

Sütütemiz, Nihal (2005). Müşteri Sadakati Belirleyicileri ve Modellerinin Karşılaştırılması: Bankacılık ve Sağlık Sektöründe Bir Araştırma, Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.

Swan, John E. ve Oliver, Richard L. (1989). Postpurchase Communications by Consumers. Journal of Retailing. 65 (4). 516-534.

Sweeney, Jillian C. Soutar, Geoffrey N. ve Johnson, Lester W. (1999). The Role of Perceived Risk in the Quality-Value Relationship: A Study in a Retail Environment. Journal of Retailing. 75 (1). 77-105.

Sweeney, Jillian C. ve Soutar, Geoffrey N. (2001). Consumer Perceived Value: The Development of a Multiple Item Scale. Journal of Retailing, 77 (2), 203-220.

Şen Demir, Şirvan ve Kozak, Metin (2013). Tüketici Davranışları. Ankara: Detay Yayıncılık.

Şen Küpeli, Tuğba (2014). Algılanan Risk ve Algılanan Değer Arasındaki İlişkilerin Otel Müşterileri Üzerinde İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Şimşek, Mehmet Ş. Çelik, A. ve Akgemci, T. (2014a). Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış. (8. Baskı). Konya: Eğitim Yayınevi.

Şimşek, Mehmet Ş. Çelik, A. ve Akgemci, T. (2014b). Davranış Bilimleri. (2. Baskı). Konya: Eğitim Yayınevi.

Şimşek, Mehmet Şerif ve Çelik, Adnan (2013). İşletme Bilimine Giriş. (20. Baskı). Konya: Eğitim Yayınevi.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2015). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2015). Sağlık Kalite Standartları Hastane, (2. Baskı). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı.

Tan, Kay C. ve Kek, Sei W. (2004). Service Quality in Higher Education Using an Enhanced SERVQUAL Approach. Quality in Higher Education, 10 (1), 17-24.

Tarım, M. Zaim, S. ve Bayraktar, E. (2011). Üretim Yönetimi (Operasyonel Yönetim). (Editör: Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu). Sağlık Yönetimi. (1. Baskı). 121-150.

Tarım, Mehveş (2009). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. (Editörler: Ali Coşkun ve Ahmet Akın). Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 65-90.

Taylor, James W. (1974). The Role of Risk in Consumer Behavior. Journal of Marketing, 38 (2), 54-60.

Taylor, Steven A. ve Baker, Thomas L. (1994). An Assessment of the Relationship Between Service Quality and Customer Satisfaction in the Formation of Consumers' Purchase Intentions. Journal of Retailing, 70 (2), 163-178.

TDK (2017). Büyük Türkçe Sözlük. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.59ea738fafca83.83095156, (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

Teas, R. Kenneth (1994). Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: An Assessment of a Reassessment. The Journal of Marketing, 132-139.

Tekin, Mahmut (2010). Kalite Güvence ve Standartları (Meslek Yüksekokulları İçin). (4. Baskı). Konya: Günay Ofset.

Tekin, Mahmut (2013). Toplam Kalite Yönetimi. (8. Baskı). Konya: Günay Ofset.

Tekin, Mahmut (2014). İşletme Bilimi. (5. Baskı). Konya: Günay Ofset.

Tekin, Mahmut ve Zerenler, Muammer (2012a). Pazarlama. (1. Baskı). Konya: Günay Ofset.

Tekin, Mahmut ve Zerenler, Muammer (2012b). Rekabetin Anahtarı: Esnek İşletme. (3. Baskı). Konya: Günay Ofset.

Tengilimoğlu, D. Işık, O. ve Akbolat, M. (2012). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. (5. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Tengilimoğlu, Dilaver (2012). Hastane Yönetimi ve Organizasyonu. (Editör: Mehtap Tatar). Sağlık Kurumları Yönetimi-I. (1.Baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını, 46-75.

Tengilimoğlu, Dilaver (2013). Sağlık Kurumlarında Müşteri Memnuniyeti. (Editör: Sıdıka Kaya). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. (1.Baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını, 30-59.

Tengilimoğlu, Dilaver (2014). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. (3. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Teo, Thompson S. H. ve Lim, Vivien K. G. (2001). The Effects of Perceived Justice on Satisfaction and Behavioral intentions: The Case of Computer Purchase. International Journal of Retail & Distribution Management, 29 (2), 109-124.

Tokat, Bülent ve Kara, Hakan (2013). İşletmelerde Müşteri Hizmetleri Yönetimi ve Örgüt Yapısı (Türkiye'deki Uygulamalardan Örnekler). Ankara: Yargı Yayınevi.

Top, Seyfi (2009). Toplam Kalite Yönetimi Bağlamında Sürekli İyileştirme Anlayışı. (1. Baskı). İstanbul: Beta Yayıncılık.

Tsiros, M. ve Heilman, C. M. (2005). The Effect of Expiration Dates and Perceived Risk on Purchasing Behavior in Grocery Store Perishable Categories. Journal of Marketing, 69 (2), 114-129.

Tsoukatos, E. ve Rand, G. K. (2006). Path Analysis of Perceived Service Quality, Satisfaction and Loyalty in Greek Insurance. Managing Service Quality: An International Journal, 16 (5), 501-519.

Türkiye Sağlık Bilgi sistemi Eylem Planı, (2004). T.C. Sağlık Bakanlığı.

Uz, M. Hulki (1997). Hastanelerde Kalite Yönetimi. (Editörler: Osman Hayran, Haydar Sur). Hastane Yöneticiliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri,115-131.

Ünal, Erdinç (2013). Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi. Bursa: Ekin Yayıncılık.

Vavra, Terry G. (1999). Müşteri Tatmini Ölçümlerinizi Geliştirmenin Yolları: Müşteri Tatmin Ölçüm Programları Oluşturma Uygulama, İnceleme ve Raporlama Rehberi. (1. Baskı). (Çeviren: Günhan Günay). İstanbul: Kalder Yayınları No.28.

Weirtz, Jochen ve Lee, Meng 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.

Westbrook, Robert A. ve Oliver, Richard L. (1981). Developing Better Measures of Consumer Satisfaction: Some Preliminary Results. Advances in Consumer Research, Cilt 8, 94-99.

WHO (2014). Basic Documents. Forty-Eighth Edition. Italy: WHO Library Cataloguing in Publication Data.

Woodside, A. G. Frey, L. L. ve Daly, R. T. (1989). Linking Service Quality, Customer Satisfaction and Behavioral Intentions. Journal of Health Care Marketing. 9 (4). 5-17.

Wright, Sewall (1960). Path Coefficients and Path Regressions: Alternative or Complementary Concepts? International Biometric Society, 16 (2), 189-202.

Yang, Ching-Chow (2003). Improvement Actions Based on the Customers' Satisfaction Survey. Total Quality Management & Business Excellence, 14 (8), 919-930.

Yavas, U. Benkenstein, M. ve Stuhldreier, U. (2004). Relationships Between Service Quality and Behavioral Outcomes: A Study of Private Bank Customers in Germany. International Journal of Bank Marketing, 22 (2), 144-157.

Yeniçeri, T. Yaraş E. ve Akın, E. (2012). Tüketicilerin Riskten Kaçınma Düzeylerine Göre Sanal Alışveriş Risk Algısı Ve Sanal Plansız Tüketim Eğilimlerinin Belirlenmesi. International Journal of Economic and Administrative Studies, Sayı 9, 145-164.

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

Yükselen, Cemal (2015). Pazarlama İlkeler-Yönetim-Örnek Olaylar. (12. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.

Zeelenberg, M. ve Pieters, R. (2002). Beyond Valence in Customer Dissatisfaction A Review and New Findings on Behavioral Responses to Regret and Disappointment in Failed Services. Journal of Business Research, 57 (4), 445-455.

Zehir, C. Taşkın, N. ve Özşahin, M. (2009). Sağlık Organizasyonlarında Halkla İlişkiler Yönetimi. (Editörler: Ali Coşkun ve Ahmet Akın). Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 93-114.

Zeithaml, Valarie A. (1988). Consumer Perception of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. Journal of Marketing, Cilt 52, 2-22.

Zeithaml, Valarie A. Berry, Leonard B. ve Parasuraman, A. (1996). The Behavioral Consequences of Service Quality. Journal of Marketing. 60 (2). 31-46.

Zeithaml, Valarie A. Parasuraman, A. ve Berry, Leonard B. (1990). Delivering Quality Service Balancing Customer Perception and Expectation. United State of America (New York): The Free Press.

Zeithaml, Valarie A. ve Parasuraman, A. (2004). Service Quality. United State of America (Cambridge): Marketing Science Institute.

Zhou, Lianxi (2004). A Dimension-Specific Analysis of Performance-Only Measurement of Service Quality and Satisfaction in China's Retail Banking. Journal of Services Marketing, 18 (7), 534-546.

EKLER

Bu bölümde çalışmada veri kullanımında kullanılan anket formu, araştırma izinleri ve etik kurul raporu yer almaktadır.

EK-1 (Anket Formu)

ANKET FORMU

Sağlık kurumunda algılanan kalite, algılanan risk, algılanan değer, hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak yapısal eşitlik modellemesiyle araştırmayı amaçlamaktadır. Bilimsel bir çalışmanın bir parçası olan bu çalışmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Özgür YEŞİLYURT /Muş Alparslan Üniversitesi/Sağlık Yüksekokulu/Sağlık Yönetimi Bölümü E-Mail: o.yesilyurt@alparslan.edu.tr

1. Cinsiyetiniz	Bayan (1)	Bay (2)	Bu bölümdeki sorulardan size uygun olan seçeneği (x) şeklinde işaretleyiniz.		
2. Medeni Durum	Evli (1)	Bekar (2)			
3. Yaşınız	25 yaş ve altı (1)	26-35 yaş (2)	36-45 yaş (3)	46-55 yaş (4)	56 yaş ve üzeri (5)
4. Eğitiminiz	İlköğretim (1)	Ortaöğretim (2)	Ön lisans (3)	Lisans (4)	Lisansüstü (5)
5. Gelir Seviyeniz	1000 TL'den az (1)	1001-2000 TL(2)	2001-3000 TL(3)	3001-4000 TL(4)	4001 TL üzeri (5)
6. Hizmetini değerlendirdiğiniz birimin adı:	Lütfen belirtiniz: …….……				
7. Sağlık hizmeti almak için hastaneye gittiğinizde işlemleriniz ortalama ne kadar sürmektedir.	(1) 1 saatten az (2) 1-3 saat (3) 4-6 saat (4) 7-9 saat (5) 1 günden fazla				
8. Sizce ortalama olarak bir hastanın muayene için ne kadar beklemesi uygundur.	(1) 10 dk az (2) 10-20 dk (3) 21-30 dk (4) 31-45 dk (5) 46-60 dk				

		Yukarda sağlık hizmeti aldığınızı belirttiğiniz servis/birim açısından ölçek maddelerini okuduktan sonra kendinize en uygun gelen Kesinlikle Katılmıyorum (1), Kısmen Katılmıyorum (2), Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (3), Kısmen Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5) seçeneklerinden birini işaretlemeniz yeterlidir. İFADELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Fiziksel Özellikler	1	Hastane modern araç – gereç ve teknolojiye sahiptir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	2	Hastanenin fiziksel ortamı görsel olarak çekicidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	3	Hastanenin çalışanları bakımlı ve iyi giyimlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	4	Hastanenin fiziksel görünümü sunduğu hizmete uygundur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Güvenilirlik	5	Hastane herhangi bir hizmeti belirli bir sürede yapmaya söz verdiğinde sözünü tutmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	6	Müşteriler herhangi bir sorunla karşılaştıklarında hastane sorunları çözmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	7	Hastane güvenilirdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	8	Hastane her türlü hizmeti söz verdiği zamanda sunmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	9	Hastane kayıtlarını doğru tutmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Heveslilik	10	Hastane sunacağı hizmetin zamanını müşterilere söylemektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	11	Hastanenin çalışanlarından anında hizmet alınmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	12	Hastane çalışanları her zaman müşterilerine yardımcı olmaya isteklidirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	13	Hastane çalışanları müşteri isteklerini aksatacak ölçüde yoğun değildir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Güvence	14	Hastane çalışanları müşterilerine güvenilirdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	15	Müşteriler bir hastaneden hizmet alırken kendilerini güvende hissederler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	16	Hastanenin çalışanları kibardır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	17	Hastanenin çalışanları yeterli bilgi düzeyine sahiptir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Empati	18	Hastanenin yöneticileri müşterilerine bireysel özen göstermektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	19	Hastanenin çalışanları müşterilerine bireysel özen göstermektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	20	Hastanenin çalışanları müşteri ihtiyaçlarını bilmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	21	Hastanenin çalışanları müşteriler ile içtenlikle ilgilenmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	22	Hastanenin tüm müşterilerine uygun olan saatlerde hizmet sunmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Yukarda sağlık hizmeti aldığınızı belirttiğiniz servis/birim açısından ölçek maddelerini okuduktan sonra kendinize en uygun gelen Kesinlikle Katılmıyorum (1), Kısmen Katılmıyorum (2), Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (3), Kısmen Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5) seçeneklerinden birini işaretlemeniz yeterlidir. İFADELER			Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Psikolojik Risk	1	Aldığım hastane hizmetleri beni psikolojik açıdan rahatsız etmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	2	Aldığım hastane hizmetleri nedeniyle istemediğim bir endişe hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	3	Aldığım hastane hizmetleri beni germektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Finansal Risk	4	Bu hastaneyi tercih ederek boş yere para harcadım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	5	Bu hastane hizmetini başka yerden satın alsaydım daha az öderdim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	6	Ödediğim ücretin karşılığını alamadığımı düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Fiziksel Risk	7	Hastane hizmetlerinin tam olarak karşılığını alamamaktan korkuyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	8	Hastanede verilen hizmetler nedeniyle fizyolojik (gerginlik, baş ağrısı, sinir vs.) rahatsızlıklar yaşamaktan korkuyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Performans Riski	9	Bu hastaneden gerektiği gibi bir sağlık hizmeti aldığımı düşünmüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	10	Bu hastanenin hastası olarak beklediğim faydaları sağlayabildiğimi düşünmüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	11	Bu hastanenin hizmetlerinin güvenilir ve sağlam olduğunu düşünmüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	12	Sağlığımı kaybetme endişesi duyuyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sosyal Riski	13	Bu hastaneden hizmet almak çalışma arkadaşlarımın arasında itibarımın artmasını sağlıyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	14	Hastaneden hizmet aldığım için çalışma arkadaşlarım gösteriş yaptığımı düşünüyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	15	Hastaneden hizmet aldığım için değer verdiğim bazı arkadaşlarım aptalca davrandığımı düşünüyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Zaman Risk	16	Hastaneden aldığım hizmeti vakit kaybı olarak görüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	17	Hastaneden aldığım hizmetler nedeniyle üzerimde çok fazla zaman baskısı hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	18	Hastanenin hizmetlerini alırken çok fazla vakit harcamaktan korkuyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

		Yukarda sağlık hizmeti aldığınızı belirttiğiniz servis/birin açısından ölçek maddelerini okuduktan sonra kendinize en uygun gelen Kesinlikle Katılmıyorum (1), Kısmen Katılmıyorum (2), Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (3), Kısmen Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5) seçeneklerinden birini işaretlemeniz yeterlidir. İFADELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Davranışsal Niyet (Sadakat)	1	Çevremdeki insanlara bu hastaneyle ilgili olumlu şeyler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	2	Tavsiye isteyen kişilere bu hastaneyi tavsiye ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	3	Arkadaşlarımı ve akrabalarımı bu hastaneden hizmet almaları için teşvik ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	4	Bu hastane sağlık hizmeti alma konusunda ilk tercih edeceğim yerdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	5	Gelecekte de bu hastaneden hizmet almaya devam edeceğim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hasta Memnuniyeti	1	Bu hastaneye zorunlu olduğum için gidiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	2	Bu hastanenin hizmetleri beklentilerimi tamamen karşılıyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	3	Gelecekte de bu hastaneden hizmet almaya devam edeceğim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	4	Muayene ücretleri ne kadar yükselirse yükselsin bu hastaneye gelmeye devam ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	5	Bu hastanede bir problem yaşarsam başka bir hastaneye giderim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	6	Bu hastane hakkında eş, dost ve akrabalarıma olumlu şeyler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	7	Bu hastanenin hizmetleri diğer hastanelerden daha iyi olduğunu düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	8	Bu hastaneyi seçmekte doğru bir şey yaptığımı düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	9	Bu hastanenin hizmetleri beni her yönüyle tatmin etmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

		Yukarda sağlık hizmeti aldığınızı belirttiğiniz servis/birin açısından ölçek maddelerini okuduktan sonra kendinize en uygun gelen Kesinlikle Katılmıyorum (1), Kısmen Katılmıyorum (2), Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (3), Kısmen Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5) seçeneklerinden birini işaretlemeniz yeterlidir. İFADELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Duygusal Değer	1	Bu hastane ziyaret etmekten hoşlandığım iyi bir yerdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	2	Bu hastane iyi kalitede hizmet sunan bir yerdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	3	Bu hastaneyi ziyaret ettikten sonra, kendimi enerjik zinde hissettim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	4	Bu hastaneyi ziyaret etmek beni memnun eder.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	5	Bu hastaneyi ziyaret ederken oldukça rahattım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	6	Bu hastaneyi ziyaret ederken iyi hizmet aldım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	7	Hizmet sunum süreçleri göz önünde bulundurulduğunda bu hastane iyi organize edilmişti.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	8	Bu hastaneyi ziyaretim kendimi daha iyi hissettirdi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	9	Bu hastaneyi ziyaretimin değeri beklediğimden daha büyüktü.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Fonksiyonel Değer	10	Bu hastaneyi ziyaretim ile bilgi birikimim ve anlama yetim gelişti.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	11	Bu hastaneyi ziyaretimden dolayı gurur duyuyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	12	Bu hastane benim ziyaret etmek istediğim bir yerdi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	13	Bu hastaneye gidişim beklediğimden daha güvenli oldu.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	14	Bu hastaneyi ziyaretim kıymetliydi ve buna değerdi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Ekonomik Değer	15	Diğer hastanelerle karşılaştırıldığında bu hastaneden alınan hizmet harcanan paranın karşılığı değerdedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	16	Fiyat ve giderler göz önünde bulundurulduğunda, bu hastaneden hizmet almanın iyi bir karar olduğunu düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	17	Bu hastaneden hizmet almak makul fiyatlıydı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	18	Bu hastaneden hizmet almak ekonomik az masraflıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	19	Hastane giderleri göz önünde bulundurulduğunda bu hastaneye alınan hizmet verilen ücrete değerdi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK-2 (Araştırma İzinleri)



T.C
MUŞ VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Muş Devlet Hastanesi



Sayı : 61908725-799
Konu : Özgür YEŞİLYURT Anket

MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(SAĞLIK YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜNE)

Sn: Özgür YEŞİLYURT
Öğretim Görevlisi

İlgi : 29.09.2017 tarih 11695 sayılı dilekçe.

Hastanemiz Yöneticiliğine ilgi tarih sayılı dilekçe ile ' Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Algılanan Risk Boyutlarının Davranışsal Niyet ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli İncelenmesi' konulu araştırma dilekçeniz incelenmiş olup, kurumumuzda uygulama yapmanız uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Kenan AKPOLAT
Hastane Yöneticisi v.

Bitlis Yolu Üzeri Saray Mah. Eski tekel depoları yanı 49100/MUŞ
Faks No:04362121360
e-Posta:ozgen.gok@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
Bilgi için:Özgen GÖK
Unvan:TIBBİ SEKRETER
Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden cab33ca1-0df9-4ab8-8ea9-7db175c99268 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3 (Etik Kurul Raporu)

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/07/2017-E.8114

T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Bilimsel Araştırma Yayın Etiği Kurulu

Sayı : 10879717-050.01.04
Konu : Kurul Kararı

SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 23/06/2017 tarihli ve E.7840 sayılı yazınız.

Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulunun, 28/06/2017 tarihli ve 11 sayılı toplantısında alınan 5 numaralı kararı ve değerlendirme formu yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Cevad SELAM
Kurul Başkanı

Ek:
1- Kurul Kararı (1 sayfa)
2- Değerlendirme Formu (1 sayfa)

Adres:Muş Alparslan Üniversitesi Güzeltepe Kampüsü, 49250- MUŞ
Telefon:(0436) 249 49 49 Faks(0436) 249 10 22
e-Posta:genel.sekreterlik@alparslan.edu.tr Elektronik Ağ:www.alparslan.edu.tr
Ayrıntılı bilgi için irtibat: Yusuf ERBAY
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Dahili No: (436) 249 49 49

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ

BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULU DEĞERLENDİRME FORMU

Araştırmanın Başlığı:	"Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Algılanan Risk Boyutlarının Davranışsal Niyet ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli ile İncelenmesi" adlı çalışma.
Başvuru Formunun Etik Kurula geldiği tarih:	23/06/2017
Başvuru Formunun Etik Kurulda incelendiği tarih:	28/06/2017
Karar tarihi	28/06/2017

SONUÇ

1.	■ Kabul
2.	☐ Düzeltme gereklidir: Etik sorun olabilecek sorular/maddeler, süreçler ya da unsurlar bulunmaktadır. Açıklama:
3.	☐ Red Gerekçe, Görüş, Tavsiye ve Açıklamalar:

Başvuru dosyasının incelenmesinde hazır bulunan ve araştırmayla doğrudan veya dolaylı olarak ilişkisi bulunmayan Etik Kurul başkan ve üyelerinin ad soyad ve imzaları.

Başkan
Prof. Dr. Ceyad SELAM

Üye
Doç. Dr. Harun POLAT

Üye
Doç. Dr. Talat KÖRPINAR

Üye
Doç. Dr. Cemil ORUÇ

Üye
Doç. Dr. Abdülcelil BİLGİN

Üye
Doç. Dr. Yusuf BATAR

Üye
Yrd. Doç. Dr. Hanifi KÖRKOCA

Üye
Yrd. Doç. Dr. Atik ASLAN

Üye
Yrd. Doç. Dr. Hasan TASALI

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı	Özgür YEŞİLYURT			
Doğum Yeri	Erzurum/Oltu			
Doğum Tarihi	01.10.1989			
Medeni Durumu	Evli			
Öğrenim Durumu				
Derece	**Okulun Adı**	**Program**	**Yer**	**Yılı**
İlköğretim	İbrahim Hakkı Konyalı İlköğretim Okulu		Konya	2000
Ortaöğretim	İbrahim Hakkı Konyalı İlköğretim Okulu		Konya	2003
Lise	Meram Muhittin Güzelkılınç Lisesi		Konya	2006
Lisans	Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	İşletme	Konya	2012
Yüksek Lisans	Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü	İşletme/Üretim Yönetimi ve Sayısal Yöntemler	Isparta	2014
İş Deneyimi	Öğretim Görevlisi, Muş Alparslan Üniversitesi, 2015 - Devam ediyor.			
Tel	0 436 249 49 49 Dahili No: 5002			
E-Posta	o.yesilyurt@alparslan.edu.tr			
Adres	Muş Alparslan Üniversitesi Külliyesi, Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü, MUŞ/Merkez			