

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI**

**ALGILANAN KALİTENİN HASTANE MARKA DEĞERİNE ETKİSİ:
TÜKETİCİ DEĞERLENDİRMESİ**

DOKTORA TEZİ

**Hazırlayan
Oğuz IŞIK**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU**

Ankara-2011

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI**

**ALGILANAN KALİTENİN HASTANE MARKA DEĞERİNE ETKİSİ:
TÜKETİCİ DEĞERLENDİRMESİ**

DOKTORA TEZİ

**Hazırlayan
Oğuz IŞIK**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU**

Ankara-2011

ONAY

Oğuz IŞIK tarafından hazırlanan “Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisi: Tüketici Değerlendirmesi” başlıklı bu çalışma, 05/01/2011 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından İşletme Anabilim Dalı/Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalında Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Burhan AYKAÇ (Başkan)

Prof. Dr. M. Mithat ÜNER

Prof. Dr. Sıdıka KAYA

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

Doç. Dr. Nurettin PARILTI

ÖNSÖZ

İşletmelerin rakipleriyle rekabet edebilmeleri ve onlara karşı rekabet üstünlüğü sağlayabilmeleri için gerekli bir zorunluluk haline gelen markalaşma, sağlık işletmeleri açısından da gün geçtikçe önemi anlaşılır hale gelmektedir. Bu çalışmada genel marka değeri belirleyicileri olarak literatürde yer alan marka farkındalığı, marka çağrışımı, marka bağlılığı ve algılanan kalitenin hastane marka değerine olan etkisinin ortaya konması amaçlanmıştır. Hastane marka değeri konusunda daha önce Türkiye’de yapılan bu kapsamda bir çalışma bulunmaması nedeniyle, sektörde yer alan işletme yöneticilerine ve araştırmacılara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Gerek bu çalışma esnasında gerekse tüm doktora eğitimim süresince bana rehberlik eden, hiçbir zaman yardım ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU’na şükran ve saygılarımı sunarım. Ayrıca akademisyenliğe başlamamda büyük emeği olan ve çalışmalarım esnasında her zaman desteğini hissettiğim değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT; gerek doktora eğitimim süresince gerekse tez izleme sürecinde katkılarını esirgemeyen değerli hocalarım, Prof. Dr. Burhan AYKAÇ, Prof. Dr. M. Mithat ÜNER ve Prof. Dr. Birol BUMİN’e sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Tez çalışmamın konusunun belirlenmesinde değerli fikirlerinden yararlandığım Prof. Dr. Sanem ALKİBAY’a teşekkür ederim.

Özellikle beni her zaman sevgisiyle destekleyen eşim Hatice’ye, mutluluk kaynağım olan oğlum Ahmet Doğan’a, maddi ve manevi desteklerini her zaman hissettiğim saygıdeğer babam, annem ve sevgili kardeşlerime şükran ve minnetlerimi sunarım.

Oğuz IŞIK
Ankara-2011

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
TABLolar	ix
ŞEKİLLER.....	xii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE ALGILANAN KALİTE

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ.....	4
1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri	6
1.1.1.1. Sağlık Hizmeti Tüketiminin Rastlantısal Yönü	6
1.1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Ertelenememe Özelliği.....	7
1.1.1.3. Sağlık Hizmetinin Boyut ve Kapsamının Belirsizliği	8
1.1.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Davranışları	8
1.1.1.5. Sağlık Hizmetlerinden Sağlanan Doyum ve Kalite Belirlemenin Zorluğu.....	9
1.1.1.6. Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Nitelik ve Kamu Malı Olma Özelliği.....	10
1.1.1.7. Sağlık Hizmetinin Çıktısının Doğrudan Paraya Çevrilememesi.....	10
1.1.1.8. Diğer Özellikler	11
1.1.2. Hastanelerin Tanımı, Özellikleri, İşlevleri ve Sınıflandırması	12
1.1.2.1. Hastanelerin Tanımı	12
1.1.2.2. Hastanelerin Özellikleri.....	15
1.1.2.2.1. Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri.....	18
1.1.2.3. Hastanelerin İşlevleri	20
1.1.2.4. Hastanelerin Sınıflandırması	21
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ALGILANAN KALİTE.....	23
1.2.1. Algılama-Kalite-Kalite Algısı	24

1.2.1.1. Algılama	24
1.2.1.2. Kalite	26
1.2.1.3. Kalite Algısı Oluşturmak	28
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	29
1.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite	32
1.2.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Belirleyicileri	34
1.2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalitenin Önemi	37
1.2.3.2.1. Algılanan Kalitenin Finansal Performansı Yönlendirmesi.....	39
1.2.3.2.2. Stratejik Bir İtici Güç Olarak Algılanan Kalite.....	40
1.2.3.2.3. Marka İyiliğinin Bir Ölçüsü Olarak Algılanan Kalite.....	41
1.2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Kalite Ölçüm Modelleri	42
1.2.4.1. Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli	44
1.2.4.2. SERVPERF Hizmet Kalite Modeli.....	46
1.2.4.3. Kritik Olaylar Tekniği.....	47
1.2.4.4. Hizmet Kalitesi (SERVQUAL) Modeli	48
1.2.4.4.1. SERVQUAL Ölçeğın Üstün Yönleri	52
1.2.4.4.2. SERVQUAL Ölçeğe Yapılan Eleştiriler.....	53
1.2.4.5. Sağlık Hizmetleri Kalite Ölçümünde SERVQUAL Uygulamaları.....	55

İKİNCİ BÖLÜM

MARKA VE MARKA DEĞERİ:

TANIMLAMALAR, TARİHSEL GELİŞİMİ, ÖLÇÜM MODELLERİ VE BOYUTLARI

2.1. MARKA KAVRAMI.....	61
2.1.1. Marka İle İlgili Kavramlar	61
2.1.1.1. Marka Tanımları	61
2.1.1.2. Marka Kişiliği	64
2.1.1.3. Marka Kimliğı	65
2.1.1.4. Marka İmajı.....	66

2.1.2. Marka Kavramının Tarihsel Gelişimi	67
2.1.3. Marka Fonksiyonları	69
2.1.3.1. Tüketiciler Açısından Marka Fonksiyonları	70
2.1.3.2. İşletmeler Açısından Marka Fonksiyonları	71
2.1.4. Hizmetlerde Markalama	72
2.1.5. Sağlık Hizmetlerinde Marka Kavramı	75
2.1.5.1. Sağlık İşletmelerinde Markanın Önemi	78
2.1.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Marka Oluşturma	81
2.1.5.2.1. Sağlık İşletmelerinde Marka Geliştirme	82
2.1.5.2.2. Sağlık İşletmelerinde Marka Değeri Ölçümü	85
2.1.5.2.3. Sağlık İşletmelerinde Markayı Yeniden Konumlandırma	88
2.1.5.3. Sağlık Hizmetlerinde Markalaşma Sürecinde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar	90
2.2. MARKA DEĞERİ KAVRAMI	92
2.2.1. Marka Değerinin Önemi ve Faydaları	94
2.2.2. Marka Değeri Boyutları	95
2.2.2.1. Marka Farkındalığı	97
2.2.2.2. Marka Çağrışımları	99
2.2.2.3. Marka Bağlılığı	103
2.2.2.4. Algılanan Kalite	107
2.3. MARKA DEĞERLEME VE ÖLÇÜM MODELLERİ	109
2.3.1. Tüketici Temelli Marka Değerleme Modelleri	111
2.3.1.1. Aaker'ın Marka Değeri Modeli	113
2.3.1.2. Keller'in Kavramsal Modeli	115
2.3.1.3. Icon Buzdağı Modeli	117
2.3.1.4. Young & Rubicam Group Modeli	119
2.3.1.5. McKinsey Marka Değeri Modeli	120
2.3.1.6. Marka Değeri-Kapfarer Modeli	120
2.3.2. Marka Değeri Ölçüm Kriterleri	121
2.3.3. Tüketici Temelli Marka Değeri Uygulamaları	122

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
ALGILANAN KALİTENİN HASTANE MARKA DEĞERİNE ETKİSİ:
SAKARYA İLİ ALAN ARAŞTIRMASI

3.1. SAKARYA İLİNİN DEMOGRAFİK YAPISI VE SAĞLIK SEKTÖRÜ	126
3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	128
3.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	129
3.4. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI	130
3.4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	130
3.4.1. Veri Toplama Aracı	131
3.4.2. Evren ve Örneklem	132
3.4.3. Araştırmanın Hipotezleri	134
3.4.4. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	137
3.5. ARAŞTIRMA BULGULARI	138
3.5.1. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri	138
3.5.1.1. Güvenilirlik Analizi	138
3.5.1.2. Geçerlilik Analizi	139
3.5.1.2.1. Hastane Marka Değeri Boyutlarını Oluşturan İfadelere İlişkin Faktör Analizi	141
3.5.2. Tüketicilerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	145
3.5.2.1. Demografik Özellikler ile Marka Değeri Boyutları Arasındaki Farkların Analizi İle İlgili Bulgular	151
3.5.2.2. Tüketicilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hizmet Kalitesi Boyutlarına İlişkin Analiz Bulguları	160
3.5.2.3. Hastanelerin Mülkiyet Biçimine Göre Marka Değeri Boyutlarına İlişkin Bulgular	180
3.5.2.4. Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşma İle İlgili Tutumlarına İlişkin Bulgular	182
3.5.3. Hastane Marka Değeri Boyutlarına İlişkin Yapısal Model Analizi	190

3.5.3.1. Hastane Marka Değeri Boyutlarına İlişkin Yapısal Modelleme (Genel)	195
3.5.3.2. Kamu Hastaneleri İçin Hastane Marka Değeri Boyutlarına İlişkin Yapısal Modelleme	202
3.5.3.3. Özel Sektör Hastaneleri İçin Hastane Marka Değeri Boyutlarına İlişkin Yapısal Modelleme	208
3.5.3.4. Hastane Marka Değeri Modellerinin Karşılaştırılması	213
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	215
KAYNAKÇA	222
EKLER.....	243
ÖZET	249
ABSTRACT	251

SİMGELER VE KISALTMALAR

A.Ş.	: Anonim Şirket
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AGFI	: Adjusted Goodness of Fit Index (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi)
AK	: Algılanan Kalite
AMA	: American Marketing Association (Amerikan Pazarlama Birliği)
AMOS	: Analysis of Moment Structures (Faktör Yapılarının Analizi)
CFI	: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EOQ	: European Organization for Quality (Avrupa Kalite Örgütü)
GFI	: Goodness-of-Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)
HMD	: Hastane Marka Değeri
IFI	: Incremental Fit Index (Artırımlı Uyum İyiliği İndeksi)
Ltd. Şti.	: Limited Şirket
MB	: Marka Bağlılığı
MÇ	: Marka Çağrışımı
MF	: Marka Farkındalığı
MÖ	: Milattan Önce
NFI	: Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)
PGFI	: Parsimony Goodness of Fit Index (Tutarlı Uyum İyiliği İndeksi)
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
SB	: Sağlık Bakanlığı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
YEM	: Yapısal Eşitlik Modeli
YTKİY	: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

TABLOLAR

Tablo 1: Marka Anlamının Düzeyleri	63
Tablo 2: Tüketici Temelli Modeller	112
Tablo 3: Yataklı Tedavi Kuruluşları	127
Tablo 4: Anket Sayısının Bölgelere Göre Dağılımı.....	134
Tablo 5: KMO ve Bartlett's Test Sonucu	143
Tablo 6: Hastane Marka Değeri Boyutlarına İlişkin Faktör Analizi Sonuçları	144
Tablo 7: Ankete Katılan Bireylerin Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı	145
Tablo 8: Ankete Katılan Bireylerin Yaş Değişkenine Göre Dağılımı	145
Tablo 9: Ankete Katılan Bireylerin Eğitim Değişkenine Göre Dağılımı	146
Tablo 10: Ankete Katılan Bireylerin Meslek Değişkenine Göre Dağılımı....	146
Tablo 11: Ankete Katılan Bireylerin Gelir Değişkenine Göre Dağılımı	147
Tablo 12: Ankete Katılan Bireylerin Birlikte Yaşadıkları Kişi Sayısı Değişkenine Göre Dağılımı	147
Tablo 13: Sakarya İlinde İlk Akla Gelen Hastane İle Tercih Edilen Hastanenin Karşılaştırılması	148
Tablo 14: Tercih Edilen Hastaneye Yönelik Davranışsal Tutum Göstergeleri.....	150
Tablo 15: Tüketicilerin Marka Değeri Boyutları İle İlgili Değerlendirmelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı	151
Tablo 16: Tüketicilerin Marka Değeri Boyutları İle İlgili Değerlendirmelerinin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	152
Tablo 17: Tüketicilerin Marka Çağrışımları İle İlgili Değerlendirmelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	154
Tablo 18: Tüketicilerin Marka Farkındalığı İle İlgili Değerlendirmelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	156
Tablo 19: Tüketicilerin Marka Bağlılığı İle İlgili Değerlendirmelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	157
Tablo 20: Tüketicilerin Algılanan Kalite İle İlgili Değerlendirmelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	159

Tablo 21: Tüketicilerin Hizmet Kalitesi Boyutlarındaki İfadelere İlişkin Değerlendirmeleri	162
Tablo 22: Hizmet Kalitesi Boyutlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Analizi	164
Tablo 23: Hizmet Kalitesi Boyutlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Analizi.....	166
Tablo 24: Hizmet Kalitesi Boyutlarının Meslek Değişkenine Göre Analizi ..	169
Tablo 25: Hizmet Kalitesi Boyutlarının Yaş Değişkenine Göre Analizi	172
Tablo 26: Hizmet Kalitesi Boyutlarının Aylık Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Analizi.....	175
Tablo 27: Hizmet Kalitesi Boyutlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Analizi.....	177
Tablo 28: Hizmet Kalitesi Boyutlarının Birlikte Yaşanan Kişi Sayısı Değişkenine Göre Analizi	179
Tablo 29: Tüketicilerin Marka Değeri Boyutları İle İlgili Değerlendirmelerinin Hastane Mülkiyetine Göre Dağılımı	180
Tablo 30: Tüketicilerin Hizmet Kalitesi Hakkındaki Beklenti ve Algılarının Hastane Mülkiyetine Göre Analizi	181
Tablo 31: Tüketicilerin Hizmet Kalitesi Hakkındaki Değerlendirmelerinin Hastane Mülkiyetine Göre Analizi	182
Tablo 32: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumları	183
Tablo 33: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	184
Tablo 34: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	184
Tablo 35: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumlarının Hastane Tercihlerine Göre Dağılımı	185
Tablo 36: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumlarının Mesleklere Göre Dağılımı.....	186
Tablo 37: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumlarının Yaşlarına Göre Dağılımı	187

Tablo 38: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumlarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı	188
Tablo 39: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumlarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı	189
Tablo 40: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumlarının Birlikte Yaşanan Kişi Sayısına Göre Dağılımı	190
Tablo 41: Uyum İyiliği İndislerine Ait Kabul Ölçü Aralıkları.....	194
Tablo 42: Marka Değeri Boyutları Arasındaki Kovaryans İlişki.....	196
Tablo 43: Marka Değer Boyutlarının Hastane Marka Değerine Etkisini Gösteren Modelin Uyum Ölçütleri	198
Tablo 44: Marka Değeri Boyutlarının Hastane Marka Değerine Olan Etkisi.....	199
Tablo 45: Hastanelere ilişkin Logo ve Slogan Bilinilirlik Düzeyleri.....	199
Tablo 46: Araştırma Modeli Uyum Ölçütleri	201
Tablo 47: Modeli Oluşturan Boyutların Etkileri	202
Tablo 48: Marka Değer Boyutlarının Hastane Marka Değerine Etkisini Gösteren Modelin Uyum Ölçütleri (Kamu Hastaneleri).....	204
Tablo 49: Marka Değeri Boyutlarının Hastane Marka Değerine Olan Etkisi (Kamu Hastaneleri).....	205
Tablo 50: Araştırma Modeli Uyum Ölçütleri (Kamu Hastaneleri).....	207
Tablo 51: Modeli Oluşturan Boyutların Etkileri (Kamu Hastaneleri)	208
Tablo 52: Marka Değer Boyutlarının Hastane Marka Değerine Etkisini Gösteren Modelin Uyum Ölçütleri (Özel Hastaneler).....	210
Tablo 53: Marka Değeri Boyutlarının Hastane Marka Değerine Olan Etkisi (Özel Hastaneler).....	211
Tablo 54: Araştırma Modeli Uyum Ölçütleri (Özel Hastaneler).....	212
Tablo 55: Modeli Oluşturan Boyutların Etkileri (Özel Hastaneler)	213
Tablo 56: Yapısal Denklem Modellerin Karşılaştırması.....	214

ŞEKİLLER

Şekil 1: Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar.....	5
Şekil 2: Açık Bir Sistem Olarak Hastane	14
Şekil 3: Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri	31
Şekil 4: Hizmet Kalite Algısının Belirleyicileri	32
Şekil 5: Grönroos'un Hizmet Kalite Modeli.....	45
Şekil 6: Hizmet Kalitesi Modeli.....	50
Şekil 7: Marka Fonksiyonları	70
Şekil 8: Bir Hizmet Markalama Modeli	73
Şekil 9: Sağlık Hizmetleri Markalaşma Süreci.....	85
Şekil 10: Marka Konumu.....	88
Şekil 11: Marka Değeri.....	96
Şekil 12: Marka Farkındalığının Değeri.....	98
Şekil 13: Marka Çağrışımları.....	101
Şekil 14: İsim/Logonun Kişilerde Oluşturduğu Çağrışım	102
Şekil 15: Bağlılık Piramidi	104
Şekil 16: Algılanan Kalitenin Değer Yaratması	109
Şekil 17: Marka Değerleme Modellerinin Sınıflaması.....	110
Şekil 18: Marka Değerini Oluşturan Bileşenler.....	114
Şekil 19: Keller Marka Bilgisi Modeli	116
Şekil 20: Icon Buz Dağı Modeli	118
Şekil 21: Young&Rubicam Marka Dinamikleri Modeli	119
Şekil 22: Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisini Gösteren Araştırma Modeli	137
Şekil 23: SERVQUAL Algı ve Beklenti Ölçeği İfadeleri İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi	142
Şekil 24: Marka Değer Boyutlarının Hastane Marka Değerine Etkisini Gösteren Model Testinin AMOS Çıktısı.....	197
Şekil 25: Araştırma Modeli Testinin AMOS Çıktısı	200
Şekil 26: Marka Değer Boyutlarının Hastane Marka Değerine Etkisini Gösteren Model Testinin AMOS Çıktısı (Kamu Hastaneleri).....	203

Şekil 27: Araştırma Modeli Testinin AMOS Çıktısı (Kamu Hastaneleri)	206
Şekil 28: Marka Değer Boyutlarının Hastane Marka Değerine Etkisini Gösteren Model Testinin AMOS Çıktısı (Özel Hastaneler).....	209
Şekil 29: Araştırma Modeli Testinin AMOS Çıktısı (Özel Hastaneler)	211

GİRİŞ

Her geçen gün önemi daha iyi anlaşılan marka kavramının ortaya çıkması ve gelişmesi oldukça eski tarihlere dayanmaktadır. Dolayısıyla tarihi süreç içerisinde bu kavram sadece bir isim olmaktan çok, işletmelerin rakiplerine karşı en önemli silahları ve güçleri haline gelmiştir. Son yıllarda sağlık işletmeleri özellikle de hastaneler arasında yaşanan yoğun rekabet ortamı ve değişen tüketici özellikleri bu işletmeleri de rekabet edebilecek yeni stratejiler geliştirmeye ve güçlü birer marka olmaya yöneltmektedir.

Güçlü bir marka oluşturmanın temel adımlarından biri, işletmenin ürettiği mal veya hizmetlerin, tüketicilerin zihninde rakiplerinkinden farklı olarak algılanmasının sağlanmasıdır. Bunun için de kuşkusuz tüketici istek ve beklentilerinin önceden belirlenerek, hizmetlerin ona göre geliştirilmesi gerekmektedir. Dolayısıyla marka oluşturmada tüketici memnuniyeti büyük öneme sahiptir.

Markanın ek kazanç sağlamak, itibarı artırmak ve rekabet üstünlüğü sağlamak gibi işletmeye sağladığı önemli avantajların yanında tüketicilere de ürünün kalitesinin tanınması, satın alma kararına yardımcı olması ve ürünü güvenilir kılarak alış-veriş riskini azaltması gibi bir takım faydalar sunmaktadır. Mal veya hizmetler aracılığıyla markaların tüketiciye sağlamış olduğu katma değer olarak ifade edilen marka değeri kavramı ise son yıllarda işletmelere stratejik karar almada önemli katkı sağlamaktadır. Marka oluşturmanın önemli bir parçası, marka değeri oluşturmak olarak kabul edilmektedir. Hem finansal değer hem de ilişkilerin bir karması olarak ifade edilen marka değeri, tüketicinin ürüne kattığı ek değerleri ifade etmektedir.

Günümüzde sağlık hizmeti sunan organizasyonlar artan müşteri ihtiyaçları, bu ihtiyaçları karşılamak için gerekli sağlık işgücü ve bu hizmetlerin kalitesi konusunda verilen güvence gibi çözülmesi gereken önemli pazarlama sorunları ile karşı karşıyadır. Aynı zamanda çözülmesi gereken bu sorunlar sağlık hizmeti sunan organizasyonların tüm bölümlerini etkilemekte ve pazarlama için büyük önem arz etmektedir (Clark, Wolosin ve Gavran, 2006: 80).

Markalaşma sağlık hizmetlerinde önemi yeni yeni fark edilmeye başlanan bir kavramdır. Özellikle tüketicilerin hastaneleri tercih etmelerindeki süreçlerin değişmesi ve özel sektöre ait sağlık işletmelerindeki nicel ve nitel artış, tüketicilerin bu işletmeleri seçiminde, daha iyi kalitede hizmet verme esasını gündeme getirmiştir. Bu nedenle sağlık işletmelerinde marka oluşturmada tüketicilerin (hastaların) kalite algıları ilk ve en önemli etken olarak görülmeye başlanmıştır.

Marka ile ilgili literatürde yer alan kavramsal modellerden hareketle, marka değerini belirleyen ve etkileyen boyutların (algılanan kalite, marka bağlılığı, marka farkındalığı ve marka çağrışımı) birbirleri ile olan ilişkileri ve hastane marka değerine olan etkilerinin, özellikle de algılanan kalitenin hastane marka değerine olan etkisinin analizi bu çalışmanın asıl amacını oluşturmuştur. Bu amaçtan yola çıkarak hazırlanan bu çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık hizmetlerinin temel özellikleri, sağlık işletmelerinin tanımı, özellikleri ve işlevlerine yer verilmiştir. Ayrıca, yine bu bölümde, sağlık hizmetlerinde algılanan kalite kavramı, tanımı ve önemi ile sağlık hizmetlerinde kullanılan kalite ölçümüne ilişkin literatürde geçen modeller ele alınmıştır. Bu modellerden özellikle SERVQUAL ölçeği ayrıntılı olarak açıklanmış ve sağlık hizmetlerinde kalite ölçümünde SERVQUAL uygulama örneklerine yer verilmiştir.

Marka, marka değeri ve sağlık hizmetlerinde marka kavramının tartışıldığı ikinci bölümde ise, marka ile ilgili kavramlar, sağlık hizmetlerinde marka kavramı, marka değeri yaklaşımları ve ölçüm modelleri ile marka değerini oluşturan boyutlar temel konular olmuştur. Bu bölümde öncelikle marka ile ilgili kavramlar, marka kavramının tarihsel gelişimi, marka değerinin yanı sıra sağlık hizmetlerinde marka kavramı ve marka değerine ilişkin konular üzerinde durulmuştur. Ayrıca marka değeri ölçümünde kullanılan finansal ve tüketici temelli yaklaşımlardan, çalışmanın amacı doğrultusunda tüketici temelli yaklaşımlar ayrıntılı olarak incelenmiştir. Bu bölümde ayrıca, marka değeri boyutları olarak tanımlanan marka farkındalığı, marka çağrışımı, marka bağlılığı ve algılanan kalite kavramları derinlemesine

incelenmiştir. Bölüm sonunda ise literatürde yer alan tüketici temelli marka değeri yöntemi ile yapılan çalışmalardan örnekler sunulmuştur.

Üçüncü bölümde, araştırmanın amacı, önemi, kapsamı, sınırlılıkları ve yöntemi tartışılmıştır. Ayrıca uygulamada sorgulanacak kavramsal model ve hipotezlerin açıklandığı bu bölümde, çalışmanın uygulama aşamasında kullanılan veri toplama aracına ilişkin detaylı bilgiler yer almıştır. Bu bölümde çalışmada kullanılan ölçeğe ait veriler analiz edilmiştir. Bu kapsamda ölçekten elde edilen veriler kullanılarak yapısal modelleme yöntemi ile hastane marka değeri belirleyicileri ve bunların hastane marka değerine etki derecelerini gösteren model test edilmiştir. Ayrıca tüketicilerin sosyo-demografik özelliklerinin hastane marka değeri belirleyicileri üzerinde farklılık oluşturup oluşturmadığı analiz edilmiştir.

Çalışmanın son bölümünü çalışmadan elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlardan yararlanılarak sunulan öneriler oluşturmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

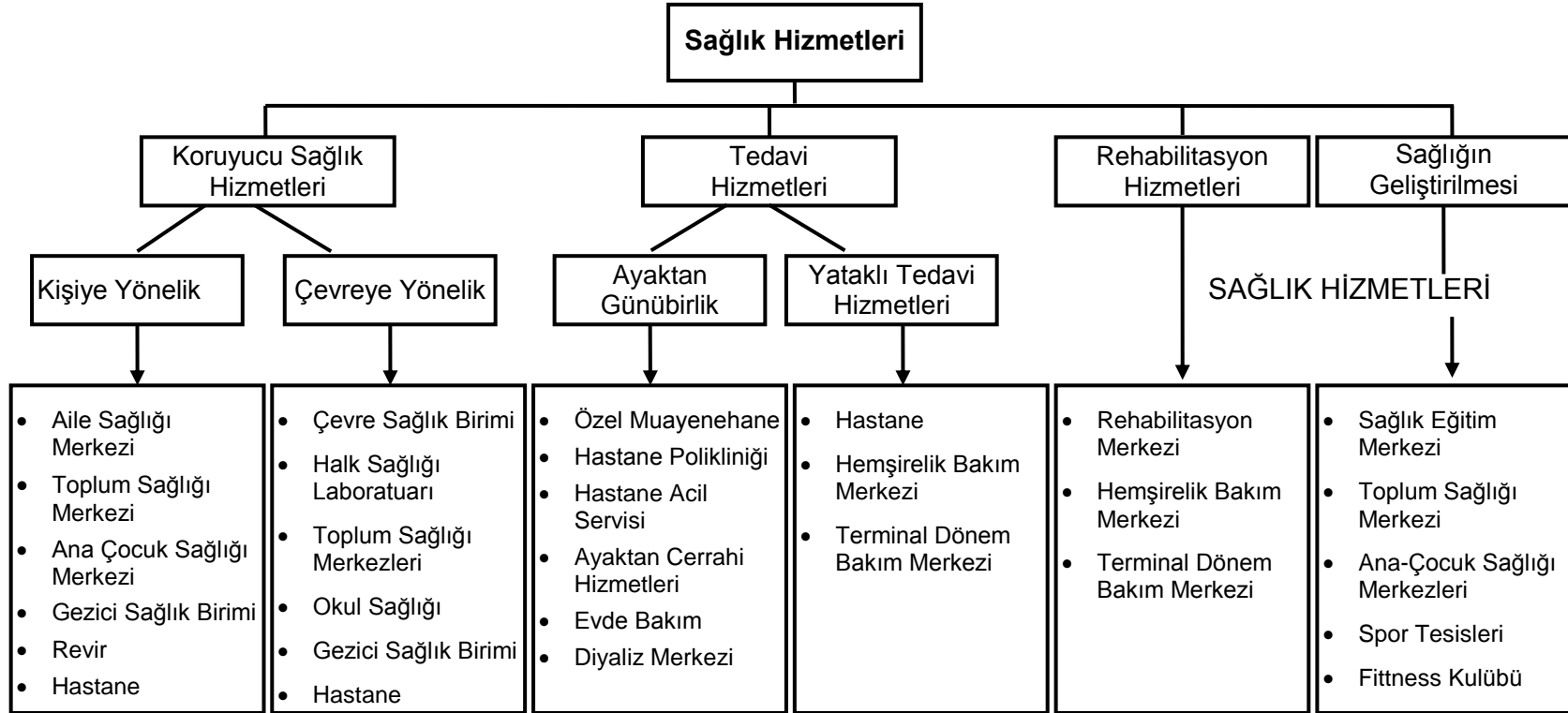
SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE ALGILANAN KALİTE

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 34). Başka bir ifadeyle, sağlık hizmetleri insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına etki eden bütün faaliyetleri kapsamaktadır (Orhaner, 2006: 4).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (12.01.1961/10705) sağlık hizmetlerini, “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler” şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanıma göre sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirici hizmetler olmak üzere dört grupta toplanabilir (Şekil 1). Sağlık hizmetleri, insanların fiziki ve mental durumlarının korunması, onarılması ve iyileştirilmesi amacı ile gerçekleştirilen faaliyetlerdir. Başka bir tanıma göre sağlık hizmetleri; insanın sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve mental kabiliyetleri azalmış olanların sağlıklarına kavuşturulması amacıyla uygulanan tıbbi faaliyetlerdir (Köroğlu, 1987: 216).

Sağlık hizmetleri kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetler olarak daha açıklayıcı biçimde tanımlanabilir (Odabaşı, 2001: 25).



Şekil 1: Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar

Kaynak: Kavuncubaşı, 2000: 35.

1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

Hizmetlerin genel özelliklerini, soyut olmaları, heterojen olmaları, üretim ve tüketimin eş zamanlılığı ve stoklanamamaları olarak dört grupta incelemek mümkündür (Üner, 1994: 2-7). Hizmetlerin bu sıralanan genel özelliklerine ek olarak sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri vardır.

Bu özelliklerden bazıları şu şekilde sıralanabilir (Odabaşı, 2001: 27–29):

- Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır.
- Sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümü ertelenemez.
- Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim belirler.
- Sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir.
- Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur.
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır.
- Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez.
- Diğer özellikler (stoklanamaması, teknoloji yoğun emek işletmesi olması, hizmet sunumunda garantinin söz konusu olmaması vb.)

Yukarıda sıralanan özellikler hakkında aşağıda kısaca açıklama yapılmıştır.

1.1.1.1. Sağlık Hizmeti Tüketiminin Rastlantısal Yönü

Sağlığı diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli özelliklerden biri talebin ne zaman ortaya çıkacağına belli olmamasıdır. Buna ilave olarak hastalığın maliyeti de belirsiz ve büyük boyuttadır. Yani kimin, ne zaman, hangi hastalığa yakalanacağı önceden kestirilemez. Başka bir ifade ile sağlık hizmetlerine nerede, ne zaman ve ne kadar gereksinim duyulacağı kolayca öngörülemez. Bu sebeple devlet sağlık hizmetleri alanında tam olarak çıkamaz. Belirli bir yaşa kadar çok fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duymayan

ya da ciddi bir sağlık hizmetleri tüketicisi olmayan bir kişi, kronik bir hastalığa yakalanarak çok ciddi bir hizmet kullanıcısı olabilir.

Sağlık hizmetlerinde talep ya da hizmet tüketiminin tam olarak belirlenememesi ekonomik fizibilite yapmayı güçleştirmekte ve ekonomik riski artırmaktadır. Sağlık hizmetleri talebinin ne zaman ortaya çıkacağının bilinmemesi, kişilerin bu harcamalarını karşılamak üzere bütçelerinde plan yapmamış olmaları ve sağlık hizmeti maliyetlerinin bir kerede ödenemeyecek kadar fazla olması hem bireysel hem de kamusal anlamda tedbir alınmasını gerektirmektedir. Bu amaçla sağlık sigortaları geliştirilmiştir. Sağlık sigortası sistemi ile önceden ödeme yöntemiyle risk bölüşümü sağlanmakta ve ani ve çok yüksek maliyetlere karşı, hem bireysel hem de kamusal anlamda destek sağlanmaktadır.

1.1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Ertelenememe Özelliği

Sağlık sektörü dışındaki birçok mal ve hizmet için kişiler başta ekonomik sebep olmak üzere çeşitli sebeplerle taleplerini erteleyebilirler. Ancak sağlık hizmetlerinin doğası gereği pek çok durumda hizmetin kullanımı ertelenemez. Özellikle akut ve kişiye acı veren ya da sağlığını tehlikeye düşüren acil karakter taşıyan hizmetlerin ertelenmesi mümkün değildir.

Ayrıca tedavide erken tanının önemi dikkate alındığı zaman hizmetlerin ertelenmesi daha büyük ekonomik kayıplara neden olabilir. Hizmetlerin kullanımının ertelenmesi kişide kalıcı hastalık ya da sakatlıkların oluşmasında veya yaşamını yitirmesinde etkili olabilmektedir. Dolayısı ile ihtiyaç duyduğu anda kişinin herhangi bir etmene ya da kısıtlamaya bağlı olmaksızın sağlık hizmetlerine ulaşması sağlanmalıdır.

1.1.1.3. Sağlık Hizmetinin Boyut ve Kapsamının Belirsizliği

Tam rekabet ortamında kişiler ya piyasa hakkında tam bilgi sahibidirler ya da bilgiye kolaylıkla ve çok düşük maliyetlerle ulaşabilmeleri mümkündür. Piyasa hakkında tüketicinin tam bilgiye sahip olması varsayımı, satın alınması muhtemel farklı mal ve hizmetlerin kendisine ne tür faydalar getireceğini hesap edebilmesinin mümkün olduğu fikrinden kaynaklanmaktadır. Bu durum büyük oranda tüketicinin ilgili ürüne ödemeyi göze aldığı fiyatla ilgilidir. Ancak sağlık hizmetlerinde bu durum söz konusu değildir (Kurtulmuş, 1998: 52).

Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli özelliklerden biri, hizmeti sunan doktor ile hasta arasında bilgi asimetrisi olmasıdır. Sağlık hizmetlerinde tüketiciler satın alacakları hizmet konusunda yeterli bilgiye sahip değildirler. Hangi hekime ya da kuruma başvurmaları gerektiği, tedavileri için hangi uzmanlık dallarının gerekli olduğu, hangi tetkikleri yaptırmaları gerektiği ya da hangi tedavi yöntemlerini uygulamaları gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip değildirler. Ayrıca tüketici diğer sektörlerde olduğu gibi tatmin olmadığı bir hizmeti satın almaktan vazgeçemez, çünkü yapılacak bir hata telafisi mümkün olmayan kötü sonuçları beraberinde getirebilir. Bu nedenle tüketici uzmanın bilgisine güvenmek ve o bilgiyi kullanmak zorundadır.

1.1.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Davranışları

Genel olarak, ürünlerin ve hizmetlerin satın alınmasında, tüketicilerin akılcı seçimlerde bulunacağı ve kendisi için en iyi olanı seçeceği varsayılmıştır. Başka bir ifade ile tüketicinin rasyonel (akılcı) davranışı, harcadığı paranın sağlayacağı faydanın en yüksek olmasını gerektirir. Bu da ancak tüketicinin tüketimini yaptığı mal veya hizmetin kalitesini ölçebilmesiyle mümkün olabilir. Ancak tüketicinin sağlık hizmetleri hakkındaki bilgisinin

sınırlılığı, aldığı hizmetin kalitesini ölçme ve yaptığı harcamanın ekonomik olup olmadığını değerlendirme şansını ortadan kaldırmaktadır.

Sağlık hizmetleri uygulamalarında pek çok akılcı olmayan davranışa rastlamak mümkündür. Birçok tüketici hasta olmalarına rağmen tedavi talebinde bulunmamakta, hatta hastalıklarının farkında bile olmamaktadırlar. Hatta dişlerin çürümesi gibi, önemli hastalıklara sebep olan rahatsızlıklar önemsizmemekte, ağrısı rahatsız etmediği sürece hekime dahi başvurulmamaktadır. Akıl hastaları gibi gruplar serbest iradeleriyle seçim yapabilme yeteneğine sahip olmadıklarından “tüketicinin üstünlüğü” kavramı tamamen ortadan kalkmaktadır. Acil sağlık hizmetleri tüketicileri rahatsızlıklarını belirtemeyecek durumda dahi olabilmektedirler. Tüm bu ve buna benzer sebeplerle diğer ürünlerin ve hizmetlerin tersine sağlık hizmetlerinde talep ve tercihlerin belirlenmesinde tüketicinin rasyonel davranışları yerine, dış faktörler etkili olmaktadır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009: 42).

1.1.1.5. Sağlık Hizmetlerinden Sağlanan Doyum ve Kalite Belirlemenin Zorluğu

Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sonuçta hastanın elde edeceği doyumu önceden belirlemek son derece zordur. Hatta “güven hizmetleri” (Zeithaml ve Bitner, 2000) olarak adlandırılan hizmetlerden olan sağlık hizmetlerinde, hizmetin tüketiminden sonra dahi değerlendirilmesi çok zor olabilmektedir. Bu belirsizlik, hizmetin getireceği doyumu etkileyen birçok kontrol edilemeyen faktörün bulunmasına da bağlıdır. Sağlık hizmetini talep edenler, hastalık hakkında çok fazla bilgiye sahip olmamaları nedeniyle, riski azaltıp yanılıklarını en aza indirmek için başta hekim olmak üzere sağlık personeline güven duymak zorundadırlar. Buna karşılık sağlık hizmetlerini sunanlar için uyulması zorunlu olan ahlâki ve sosyal standartlar vardır. Sağlık hizmetini önceden alıp denemek ve test etmek mümkün olmadığından, hizmet veren ve hizmet alan ilişkisi tamamen etik kurallar ve güven

duygusuna bağılıdır. Ancak bu yolla sağık hizmetlerinin kalitesini kontrol etmek her zaman mümkün olmayabilir. Bununla birlikte, toplumun kùltür ve eğıitim düzeyinin artması, sigorta kuruluşları ve sosyal güvenlik kurumunun denetimi, sektörde gelişen rekabet ve mesleki ve sivil toplum kuruluşlarının gelişmesi, vb. unsurlar hem ahlâki ve sosyal standartlarının gelişmesine hem de sağık hizmeti tüketicilerinin doyumunun olumlu yönde gelişmesine etki etmektedir.

1.1.1.6. Sağık Hizmetlerinin Toplumsal Nitelik ve Kamu Malı Olma Özelliğı

Sağık sektöründe özellikle topluma yönelik koruyucu sağık hizmetleri tamamıyla kamu malı olma özelliğine sahiptir. Salgın hastalıklarda hasta ya da hastaların tedavisi bütün toplumun yararına olmaktadır. Koruyucu sağık hizmetleri, kamu tarafından yerine getirilirken, toplumun her ferdi maliyetlere katılmakta, olumlu sonuçlarından da yararlanmaktadır. Sağık hizmetlerine şimdilik gerek duymayanlara da ileride hizmet sunabilmek için kapasite artırma çabalarına devam etmek gerekmektedir. Bazı durumlarda, zorlayıcı seçim ile sağılanan fayda, kişinin kendi seçiminden elde edebileceğinden daha fazla olabilmektedir (Odabaşı, 2001: 27–29). Örneğın sıtma, verem ve kızamık gibi hastalıklarla mücadele hastalık ortaya çıkmadan ve kişinin para ödeyip ödememesine bakılmaksızın tüm topluma sunulmaktadır. Yani bu tür hizmetlerde sadece ödemeye istekli olanlara verip, diğervalerine vermemek söz konusu olamaz. Bu tür hizmetlerin kamu malı olması özelliğı nedeniyle serbest piyasa koşullarında üretilmesi ve tüketilmesi mümkün olmamakta ve piyasaya müdahale edilmesi gerekmektedir.

1.1.1.7. Sağık Hizmetinin Çıktısının Doğrudan Paraya Çevrilememesi

Sağık, fiyatı biçilemeyen, dolayısı ile iktisadi ölçülerin dışında tutulması gereken bir hizmettir. Örneğın diğı ağırıyan bir insanın o anda

yapamayacağı bir fedakârlık düşünülemez. Sağlık piyasası sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerine ilave olarak fiyatların oluşması mekanizması bakımından diğer piyasalardan ayrılmaktadır. Ekonomik olarak kabul edilen yaygın yaklaşıma göre, ideal bir rekabet piyasasında fiyatlar üretimin marjinal sosyal maliyetlerini yansıtmaktadır. Yani tüketiciler marjinal değer, marjinal üretim maliyetini aşması halinde söz konusu ürünü satın alırlar. Ancak sağlık piyasasında fiyatların oluşması ile marjinal sosyal maliyetler arasında çoğu zaman herhangi bir korelasyon söz konusu değildir (Kurtulmuş, 1998: 58).

1.1.1.8. Diğer Özellikler

Sağlık hizmetlerinin depolanamaması nedeniyle sağlık kuruluşu kapasitesini talebin en yüksek olduğu düzeye göre belirlemek zorunda kalabilir. Arz ve talep arasındaki dengeyi oluşturmak için ya arzı talebe veya talebi arza uydurmak zorunludur. Talebin yüksek olduğu dönemlerde part-time elaman çalıştırarak hizmetin aksaması engellenebilir (Menderes, 1995).

Sağlık hizmeti sunan işletmeler diğer hizmet işletmelerinden ayrı olarak teknoloji yoğun emek işletmeleridir. Bu nedenle yüksek maliyet gerektiren hizmetler sunmaktadırlar.

Sağlık hizmetlerinin diğer bir özelliği hata ve belirsizliklere izin vermemesidir. Çünkü yapılacak hata doğrudan hastanın hayatına mal olabilir.

Sağlık hizmetlerinin bir özelliği de hizmet sunumunda garantinin söz konusu olmamasıdır. En küçük bir enjeksiyon uygulamasında bile hastanın hayati tehlikesi söz konusu olabilir.

Sağlık hizmetleri iyi ya da kötü oluşu dışsal yarar ve zarar doğurabilir. Bir ülkede sağlık hizmetlerinin iyi olması, diğer sektörler de (özellikle turizm sektörüne) önemli fayda sağlar. Enfeksiyonun yaygın (örneğin kuş gribi, kolera vb.) olduğu bir ülkeye turist gitmez (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009: 43).

1.1.2. Hastanelerin Tanımı, Özellikleri, İşlevleri ve Sınıflandırması

Bu bölümde sağlık işletmeleri içerisinde büyük bir yer tutan hastaneler üzerinde durulacaktır. Hastanelerin tanımı, özellikleri, işlevleri ve sınıflandırması aşağıda detaylı olarak incelenmiştir.

1.1.2.1. Hastanelerin Tanımı

Hastaneler, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar olarak tanımlanmaktadır (SB: YTKİY, Madde 4). Dünya Sağlık Örgütü hastaneleri, müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruptandırılacak sağlık hizmetlerini sunan, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri kuruluşlar olarak tanımlamaktadır (SB, 1992: 193).

Hastanelerin yukarıdaki tanımları işlevsel tanımlardır ve yalnızca hastanelerin tanı, tedavi ve hasta bakımına yönelik işlevlerini dikkate almaktadır. Hâlbuki hastaneleri, sistem yaklaşımı içerisinde de ele alıp tanımlamak mümkündür. Buna göre hastaneler, dinamik, değişken bir çevre içinde aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren geri bildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanelerin girdileri, insan gücü, hasta, malzeme, teknoloji, bilgi ve sermayedir. Çıktıları ise hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimi, araştırma-geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktadır. Dönüştürme süreçleri ise planlama, örgütleme, yürütme, kontrol ve yeniden düzenleme faaliyetlerini içermektedir (Seçim, 1991: 6).

05.05.2005 tarih ve 25806 Sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik ile hastaneler işlevlerine göre beş gruba ayrılmıştır (Madde 3):

İlçe/Belde Hastaneleri: 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 sevkini sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

Gün hastaneleri: Birden fazla branşta, gününbirlik 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.

Genel hastaneler: Her türlü acil vaka 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.

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.

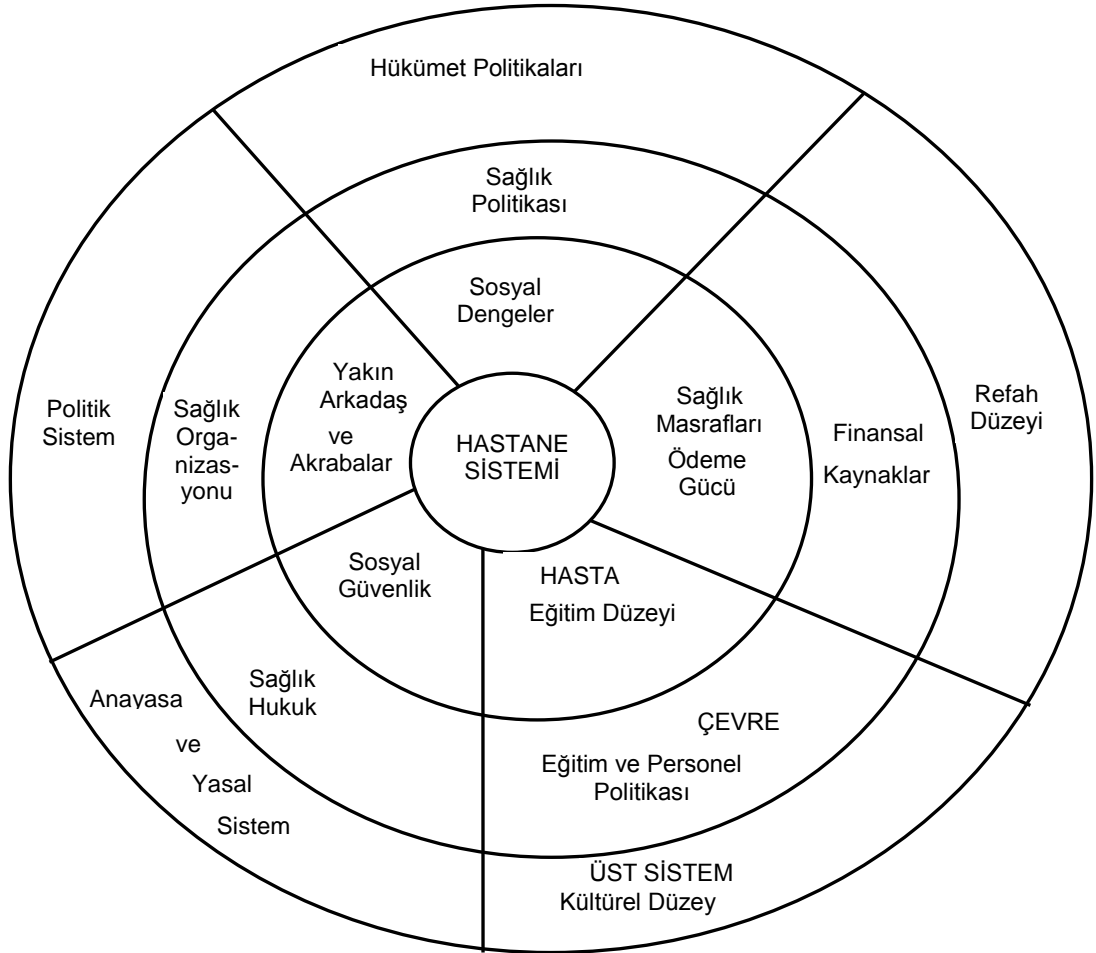
Eğitim ve Araştırma Hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

Bu ayırımın hastanelerin özerkleştirilmesi ile kendi kaynaklarını yaratmaları gerekeceğinden küçük hastanelerin kaynak sorunu yaşayacağı dikkate alınarak yapıldığı düşünülmektedir. Özellikle ilçe hastanelerinin daha basit ve rutin vakalarla ilgilenmesi öngörülmektedir. İleri uzmanlık ve teknoloji gerektiren hasta gruplarının stabilize edilerek diğer hastanelere sevkini öngörülmektedir (Akbolat, 2009: 19).

Şekil 2’de de görüldüğü gibi, sağlık işletmeleri de diğer işletmelerde olduğu gibi çok geniş bir çevre ve bu çevrede yer alan sistemlerle ilişki içerisinde. Bu ilişkilerden önemli olanlar ana başlıklar halinde şu şekilde sıralanabilir:

Hasta-Hastane İlişkileri: Ana hedefi hastaların ihtiyaçlarına cevap vermek olan hastaneler hasta ve yakın çevresinin tutum ve davranışları,

sağlık alışkanlıkları, toplumun değer yargıları, hastanın bilinç ve eğitim düzeyi, sosyal güvenlik sistemi ve bireylerin harcama güçlerinin etkileri altındadırlar (Menderes ve Ersoy, 1995: 62).



Şekil 2: Açık Bir Sistem Olarak Hastane

Kaynak: Menderes ve Ersoy, 1995: 62

Dış Çevre: Hastane hizmetlerine olan talep büyük ölçüde hasta davranışları ile ilgili olmakla birlikte, dış çevredeki sistemle de etkileşim halindedir. Hastanenin hizmet verdiği toplumdaki sistemler hem hasta davranışını, hem de direkt olarak hastane sistemini etkilemektedir. Bu bağlamda eğitim ve istihdam politikaları sağlık insan gücü arzını etkilerken;

sağlık politikası, sağlıkla ilgili hukuki düzenlemeler ve sosyal güvenlik sistemi, sağlık hizmetlerine olan talebi ve hastane hizmetlerini birçok açıdan etkilemektedir (Kurtulmuş, 1998: 232-233).

Hastane-Üst Sistem İlişkileri: Genel devlet politikaları, yönetim biçimi, ekonomik ve kültürel gelişmişlik seviyesi, anayasal ve yasal düzenlemeler sağlık sistemini etkilemektedir. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası örgütlerin kararları da hastane sistemleri üzerinde etkili olmaktadır (Menderes ve Ersoy, 1995: 63).

Tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak hastaneler hızla değişmiş, önemleri giderek artmış ve ülkelerin sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü tüketen sosyo-ekonomik kurumlar haline gelmişlerdir (Menderes, 1995:311). Hastanelerin ekonomik kurumlar haline gelmesi ve ülke kaynaklarının büyük bir bölümünü tüketmeye başlaması, hastanecilik sektörüne özel sektörün girmesini sağlamıştır. Kamu hastanelerinin yanı sıra özel hastanelerin de hizmet vermeye başlaması rekabetçi bir bakış ve stratejik düşünmeyi zorunlu hale getirmiştir (Akbolat, 2009: 20).

1.1.2.2. Hastanelerin Özellikleri

Bir hizmet işletmesi olan hastaneler hizmetlerin sahip olduğu özellikleri taşımakla birlikte diğer mal ve/veya hizmet üreten işletmelerden farklı özellikleri ve amaçları bünyesinde barındıran organizasyonlar olarak faaliyetlerini sürdürmektedirler.

Dolayısıyla özel, kamu veya kar amacı gütmeyen üçüncü sektöre ait olması veya araştırmaya dayalı üniversite ya da ihtisas hastanesi olması, hastanelerin hizmet sunma stratejilerinde önceliklerini değiştirebilmektedir. Ancak yönetimde etkinlik sağlanması tüm hastaneler için ortak bir hedef niteliği taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin niteliğinden kaynaklanan deontolojik kuralları göz ardı etmeksizin, hastane yönetimlerinin ekonomik ilkeleri de göz önünde bulundurmaları zorunluluğu vardır. Bu hastanelerin esasen bir hizmet işletmesi olmasından kaynaklanmaktadır. Dolayısı ile yönetim biliminin

yöntemleri hastane işletmeciliği için de geçerlidir. Özellikle kâr amacı ile kurulup işletilen sağlık kurumları olan özel hastanelerin piyasada varlıklarını sürdürebilmeleri büyük ölçüde kârlılıklarına bağlıdır. Sağlık piyasasında kâr elde edebilmek ise doğru yerde, istenilen nitelik ve türde, beklenen kalitede sağlık hizmetini sunabilmesine bağlıdır (Kurtulmuş, 1998: 232–233).

Shotell ve Kaluzny'ye (aktaran Kavuncubaşı, 2000: 52) göre sağlık kurumlarının ayırt edici özellikleri şunlardır:

- Çıktının tanımlanması ve ölçümü güçtür.
- Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir.
- Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.
- Yapılan işler hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez.
- Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir.
- Hastaneler başta olmak üzere tüm sağlık kuruluşlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır. Bu durum eşgüdümleme, denetim ve çatışma sorunlarına yol açmaktadır.
- Sağlık kurumlarında insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden daha çok mesleki hedeflere önem vermektedir.
- Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde etkililiği yüksek olan yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulamamıştır.

Hastanelere gelen her hasta farklı teşhis ve tedavi özellikleri göstermektedir. Temel amacı tedavi hizmeti üretmek olan hastaneler bu nedenle verdiği hizmetin tümünü önceden belirleme ve değerlendirme imkânına sahip değildir. Yani hastaneler önceden kendisine olan talebi tam olarak belirleyemez ve sınırlandıramaz. Bu durum belli başlıları aşağıda sayılan

hastane özelliklerinden kaynaklanmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 236-237; Ak, 1990: 88):

- Hastane hizmetlerine olan talep büyük ölçüde hekimler tarafından belirlenmektedir ve hastanelerin sunduğu hizmetlerde talep esnekliği sifıra yakındır.
- Her an, her türlü hizmete hazır bulunulması zorunluluğu, başka işletmelerde görülmeyen, kapasite üstü istihdamı zorunlu kılmakta, zarar eden bir ünitenin bu gerekçeyle kapatılması söz konusu olamamaktadır.
- Hastaneler talep değişikliklerine kısa dönemde ayak uyduramamakta ve buna bağlı olarak kapasite artırma veya azaltma uygulamalarına gidememektedirler.
- Sağlık hizmetleri üretimi stoklanamaz. Üretildiği anda tüketilmesi zorunludur. Ancak hizmetlerin üretilebileceği mutlaka tüketileceği anlamına gelmez. Bir sağlık işletmesinin hizmet sunabilme yeteneği, sahip olduğu araç, gereç ve personelle sınırlıdır. Ancak diğer işletmelerden farklı olarak, sağlık işletmelerinin üretimde bulunabilmesi devletin sağladığı imkânlar başta olmak üzere işletme dışı başka faktörlere de bağlıdır.
- Hizmet işletmelerinin çoğu emek yoğun işletmeler olmakla birlikte, sağlık kurumları sermaye ve teknoloji yoğun işletmelerdir. Tıp bilimi ve tıp teknolojisindeki gelişmeler ve sağlık talebini karşılayabilmek için belli düzeyde tutulmak zorunda kalınan kapasite büyük yatırımlar gerektirmektedir.
- Tıp bilimindeki aşırı iş bölümü ve uzmanlaşmanın giderek gelişmesi hastanelere de yansımış ve böylece hem nitelikli personel sayısı artmış, hem de hizmet birimlerinin çeşitlenerek artmasına neden olmuştur. Bu da işgücü giderlerinin, dolayısı ile de hizmet maliyetlerinin artmasına yol açmıştır.
- Her hastanın kişisel özelliklerinin farklı olması nedeniyle farklı teşhis ve tedavi özellikleri göstermesi ve bunun sonucu olarak sunulan hizmetlerden yararlanmalarının da farklı olması nedeniyle hizmetin

tanımlanması zorlaşmakta, bu yüzden de sağlık işletmeleri için standart çıktı birimi bulmak güçleşmektedir.

Brown hastaneleri, bünyesinde farklı özellikleri bulunduran ve bunlardan kaynaklanan farklı amaçları gerçekleştirmek için örgütlenmiş kurumlar şeklinde tanımlamaktadır (aktaran Alpugan ve Haftacı, 1995: 273). Buna göre hastaneler,

- Tedavi hizmetlerini gerçekleştirdikleri için bir tıbbi kuruluş,
- Yönetimlerde ekonomik ilkeleri de göz önünde bulundurmamak zorunda oldukları için bir işletme,
- Doktorlar ve diğer sağlık personelinin eğitimlerindeki rolleri nedeni ile eğitim kurumları,
- Tıbbi araştırmalarındaki katkıları nedeni ile araştırma kurumu,
- Ödeme gücüne sahip olmayanlara da hizmet sunulması dolayısı ile sosyal bir kurum,
- Belirli bir coğrafi bölgeye hizmet edilmesi nedeni ile toplumsal bir girişim,
- Devletin hastaneler üzerindeki denetimleri dolayısı ile bir kamu kuruluşu,
- Kısmen veya tamamen toplumun yardımları ile varlıklarını sürdürmelerine göre de bir hayır kurumudur.

1.1.2.2.1. Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri

Organizasyon açısından ele alındığında hastanelerin özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009: 131-135):

- *Hastaneler birer hizmet organizasyonudur.* Genel olarak yukarıda belirtilen hizmetlerin özellikleri hastaneler içinde geçerlidir. Hizmetin genel özelliklerine ilave olarak sağlık hizmetleri sunumunda, bilgi asimetrisi nedeniyle hizmetin kalitesini hizmeti alanlar belirleyemez. Hizmetin kalitesi ve kapsamı hizmet sunucuları tarafından ortaya konulur.

➤ *Hastaneler Karmaşık Yapıda Açık - Dinamik Sistemlerdir.* Benzer büyüklükteki diğer organizasyonlarla karşılaştırıldığında hastaneler daha karmaşık yapıya sahiptir. Hastanelerin karmaşık yapıda olmalarının başlıca nedenlerinden biri hastaneyi etkileyen etmenlerin yani çevrenin çok karmaşık olmasıdır. Bu karmaşıklığın en belirgin nedenlerinden biri çok sayıda farklı hastalıklardan şikâyetçi olan hastaların hastaneye gelişlerindeki düzensizliktir. Hastaneye olan talebin tam olarak hesaplanamaması ve gelen hastaların tedavi talebinin acillik özelliği göstermesi ve reddedilemez nitelikte oluşu gerek donanım, gerekse personel açısından hastanenin her zaman kullanıma hazır tutulmasını gerekli kılmaktadır. Buna bağlı olarak hastanede tam kapasite çalışmayan ve zarar eden servisler veya birimler kapatılamamaktadır.

Hastanedeki aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma, yapısal karmaşıklığa yol açan nedenlerden bir diğeridir. Özellikle 20. yüzyıldan sonra tıp ve teknolojide görülen hızlı değişim ve gelişim yeni mesleklerin ortaya çıkmasına ve tıpta uzmanlaşmaya yol açmıştır. Bu durum hastanelerde hem personel çeşidinin hem de hizmet birimlerinin artmasına yol açmıştır. Gelişen tıbbi teknoloji sonucunda, teşhis ve tedavide kullanılan cihazların hem sayı hem de nitelik olarak artması ve gelişmesi karmaşıklığı artırmıştır. Dolayısıyla hastaneler diğer hizmet organizasyonlarından farklı olarak teknoloji yoğun işletmeler olarak faaliyetlerini sürdürür hale gelmiştir.

➤ *Hastaneler Matriks Yapıda Faaliyet Gösteren Organizasyonlardır:* Matriks organizasyon, işletme faaliyetlerinin fonksiyon ve mal/hizmet esaslı birlikte ele alındığında ortaya çıkan yapıyı ifade etmektedir. Diğer bir ifadeyle matriks organizasyon, faaliyetlerin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı bir organizasyonun üstüne proje organizasyonunun monte edilmesiyle ortaya çıkan bir yapıyı ifade etmektedir.

Matriks organizasyonda fonksiyonel ve proje yöneticisi olmak üzere iki tür yönetici bulunmaktadır. Fonksiyonel yönetici, gruplandırılmış bir takım faaliyetlerin, yani ilgili bölümün yönetimini üstlenmiş idarecidir. Hastanedeki tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri gibi gruplandırmalar fonksiyonel yapıyı ifade etmektedir. Tıbbi hizmetlerden sorumlu baştabip veya hemşirelik

hizmetlerinden sorumlu başhemşire fonksiyonel yöneticiye örnek verilebilir. Proje yöneticisi ise, belirli bir malın/hizmetin üretilmesi ile ilgili her türlü faaliyetin, planlanması, organizasyonu ve yürütülmesi sorumluluğunu üstlenmiş idarecidir. Yani tıbbi hizmetlerin kendi içerisinde dâhiliye, hariciye, göz hastalıkları şeklinde gruplandırılması ise hizmet esasına göre gruplandırmadır. Burada projenin konusu belirli türde hastaların tedavi edilmesidir. Projenin kendisi ise herhangi bir hastanın tedavisidir. Çünkü hastalara verilen tedavi “özelştirilmiş” tedavidir. Dolayısıyla her hasta hekim için bir projedir. Projenin sorumlusu ve yöneticisi de hastanın hekimidir. Tedavi ekibinde yer alan sağlık personeli ise hizmetin yürütülmesi açısından hekime, tedarik ve mesleki konularda da bağlı oldukları fonksiyonel yöneticilere karşı sorumludur.

➤ *Hastaneler Günün 24 Saati Hizmet Veren Organizasyonlardır:* Hastaneye başvuran hastaların acilliği nedeniyle reddedilemezliği söz konusu olduğundan ve yatarak tedavi gören birtakım hastaların sürekli sağlık hizmeti alması gerektiğinden hastaneler 24 saat hizmet vermek zorundadır.

➤ *Hastaneler Personelinin Önemli Bir Kısmı Bayanlardan Oluşan Organizasyonlardır:* Hastanedeki insan gücünün önemli bölümünü bayanlar oluşturmaktadır. Bunun bir özellik olarak ele alınmasının sebebi, bayan personel arasında devir hızının yüksek olmasıdır. Akşam ve gece vardiyalarında, tatil günlerinde çalışıyor olmaları, ulaşım zorlukları, çocuklarının bakımı vb. nedenler bayan personelin çalıştırılmasında problemlere neden olmaktadır.

1.1.2.3. Hastanelerin İşlevleri

Hastanelerin dört temel işlevi bulunmaktadır. Bunlar (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009: 135-136):

- Tedavi hizmetleri,
- Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri,
- Eğitim ve

➤ Araştırmadır.

Tedavi hizmetleri hastanelerin en eski ve en temel işlevidir. Hastaneler hasta ve yararlılara ayaktan veya yatış yoluyla tanı ve tedavi hizmetleri sağlayan sağlık işletmeleridir.

Hastaneler, hasta ve yaralıların tedavisi yanında koruyucu sağlık hizmetleri de sunmaktadır. Hastaneler ayrıca alkol, sigara, uyuşturucu gibi sağlığa zararlı alışkanlıklara karşı mücadelede etkin rol oynamaktadırlar ve bu yolla toplum sağlığının geliştirilmesine katkı sağlamaktadırlar.

Hastaneler aynı zamanda birer eğitim kurumudur. Hastanelerde verilen eğitim ya da hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri hasta ve yaralıların eğitimi, öğrencilerin eğitimi, hastane personelinin hizmet içi eğitimi ve sağlık konularında kamuoyunun eğitimi olarak sıralanabilir.

Hastanelerin diğer bir işlevi de araştırmadır. Hastaneler tıp bilimleri alanında araştırmaların yapıldığı merkezler olmanın yanında, bu tür araştırmalara sponsorluklar da yapmaktadır.

1.1.2.4. Hastanelerin Sınıflandırması

Hastaneler eğitim statüsü, büyüklük, dikey bütünleşme, topluma açık olup olmaması, akreditasyon durumu, hizmet türü, hastaların yatış süresi ve mülkiyet gibi çeşitli ölçülere göre sınıflandırılabilir (Wolper ve Peña, 2004: 646-649; Kavuncubaşı, 2000: 77; Ak, 1990: 82-84; Seçim, 1991: 7-9).

Eğitim verme statüsü bakımından hastaneler, eğitim amaçlı olmayan hastaneler ve eğitim hastaneleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Eğitim hastaneleri tanı ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra sağlık profesyonellerinin eğitimine yönelik hizmetleri de sunmaktadır.

Organizasyon açısından önemli bir sınıflandırmada; hastanelerin büyüklüklerine göre sınıflandırılmasıdır. Hastaneler büyüdükçe yeni hizmet birimlerine ihtiyaç duyulacağı gibi, bazı birimler yeterli büyüklüğe ulaştıklarında organizasyonlarında değişiklikler olacak; böylece hastane

içindeki idari kademelerin ve pozisyonların sayısında artışlar olabilecektir. Büyüklüğüne göre hastaneler yatak sayıları dikkate alınarak da gruplandırılmaktadır.

Dikey bütünleşme dikkate alınarak hastaneler verdikleri hizmetin kapsamı esas alınarak birinci basamak (primary) hastaneler, ikinci basamak (secondary) hastaneler ve üçüncü basamak (tertiary) hastaneler olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır.

Topluma açık hastaneler, kurumların hastane ya da sağlık birimleri dışında kalan ve imkân ve hizmetleri kamu tarafından elde edilebilen kısa dönemli bakım veren tüm genel ve özel hastaneleri kapsamaktadır. Topluma açık olmayan hastaneler ise uzun dönemli bakım veren psikiyatri, tüberküloz ve diğer solunum yolu hastalıkları hastanelerini; kronik hastalıklar hastaneleri, zekâ geriliği olanlar için kurulan kurumlar ve alkol ve kimyasal bağımlılığı olanların tedavi edildiği hastaneleri kapsamaktadır.

Hastanelerin akreditasyon durumuna göre, akredite edilen ve edilmeyen hastaneler olmak üzere sınıflandırma yapmak mümkündür. Türkiye’de hastaneler daha çok, ABD merkezli Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu (The Commission on Accreditation of Health Care Organizations-JACHO) tarafından geliştirilen standartlara göre akredite edilmektedir. Hizmet türü esas alınarak genel hastaneler ve özel dal hastaneleri şeklinde ayırım yapılmaktadır.

Hastaların hastanede kalış süreleri esas alınarak yapılan sınıflandırmada hastaneler kısa ve uzun süreli kalınan hastaneler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kısa süreli kalınan hastaneler, hastaların ortalama kalış sürelerinin 30 günden daha az olan hastanelerdir. Türkiye'deki tüm genel devlet hastaneleri ve doğumevleri bu gruba örnek olarak gösterilebilir. Uzun süreli kalınan hastaneler ise hastalarının ortalama kalış süreleri 30 günden daha fazladır.

Hastaneler mülkiyeti dikkate alınarak devlete bağlı hastaneler, özel hastaneler ve kâr amacı gütmeyen özel hastaneler şeklinde bir ayrıma tabi tutulabilir. Bu sınıflandırmada hastanelerin politika ve faaliyetlerini kontrol edenler veya hastanelerin mülkiyeti dikkate alınmaktadır (Wolper ve Peña,

2004:647). Duruma Türkiye açısından bakınca devlet hastaneleri, Mili Savunma Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri ve belediye hastaneleri kamu hastaneleri olarak değerlendirilmektedir. Buna karşılık, özel ya da kuruluşlara ait hastanelerin yanı sıra, azınlıklar, dernek ve vakıflar ve yabancılara ait hastaneler özel hastane kapsamında değerlendirilmektedir.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda (2001: 58) Özel Sağlık Kuruluşları Yasasının güncelleştirilmesi, ileri teknoloji tanı merkezleri ve özel tedavi kuruluşlarının kurulmasının ulusal nitelikteki kısıtlı kaynakların adaletli kullanılması ilkesi doğrultusunda, belirli ölçüt ve standartlara bağlanması, sağlık sektörü için uygun olmayan ticari tutum ve motivasyonların tanımlanması ve önlenmesi önerilmektedir. Ayrıca özel sağlık kuruluşları kendi hizmet fiyatlarını kendileri doğrudan belirleyememekte, her yıl sağlık uygulama talimatları ile belirlenen fiyatlar ve şartlar dâhilinde hizmet sunmaktadır. Bu yönüyle bakıldığı zaman özel hastanelerin kendi pazarlarında serbestçe rekabet eden işletmeler olmadığı, sınırlı rekabet pazarında kamu hastaneleri ile birlikte çalışmak zorunda kalan sağlık işletmeleri oldukları söylenebilir.

Bütün dünyada kapsam itibarı ile özel hastaneler kavramı, yalnızca kâr amacı güden müteşebbisler tarafından kurulan ve işletilen hastaneleri değil, aynı zamanda kâr amacı gütmeyen vakıf, dini kurumlar ve dernekler (üçüncü sektör) tarafından kurulan ve yönetilen hayır amaçlı kurumları da kapsamaktadır (Kurtulmuş, 1998: 248). Bu kapsamda Türkiye'de Diyanet Vakfı, Kızılay ve Vakıf Üniversiteleri tarafından kurulup işletilen hastaneler özel hastane kapsamında değerlendirilmektedir.

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ALGILANAN KALİTE

Sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımlanması ve ölçülmesi diğer mal/hizmet endüstrilerine göre yukarıda belirtilen sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerinden dolayı daha karmaşık ve zordur. Diğer taraftan tüketici davranışlarına açıklık getirmeyi amaçlayan modellerin birçoğunda, ister

davranışsal olan göstergeleri, ister davranışsal olmayan göstergeleri ele alsınlar, algılama faktörüne yer vermişlerdir. Dolayısıyla sağlık hizmet sunumunda tüketicilerin algılama biçimleri ve düzeyleri önemlidir. Bu nedenle bu bölümde öncelikli olarak algı-kalite ve kalite algısı kavramları açıklanarak daha sonra sağlık hizmetlerinde algılanan kalite, önemi ve sağlık hizmetlerinde kullanılan kalite ölçüm modelleri detaylı bir şekilde ele alınmaktadır.

1.2.1. Algılama-Kalite-Kalite Algısı

Bu bölümde algılama, kalite ve kalite algısı oluşturma kavramları üzerinde durulmuştur. Algılama, algılama süreci; kalite ve kalite ile ilgili literatür incelendikten sonra kalite algısı üzerinde durulmuştur.

1.2.1.1. Algılama

Algılama bilincin önemli bir ögesidir. Algılama davranışı etkileyen bilişsel bir süreçtir; duyu organları ile beyin arasındaki örgütlü faaliyetleri içermektedir. Bu nedenle algılama, çevremizdekileri anlamamız, değerlendirmeler ve anlamlandırmalar yapmamız için gerekli olan ve üzerinde önemle durulması gereken bir süreçtir (Barlı, 2010: 106).

Algılama sadece fizyolojik bir olay değil, aynı zamanda, bireyin inançlarından, tutumlarından, kişilik özelliklerinden vb. gibi etkilenen sübjektif bir yorumdur. Birey, kendi dünya görüşüne, inançlarına, değer yargılarına göre algılamaktadır (Kardeş, 1991: 20-21). Bir başka deyişle, algılama kişinin dünyayı kavraması halidir. Bireyin çevresindeki olayları, cisimleri ve durumları kavraması, gereğinde arayıp bulması, elde ettiklerini bir bilgi sistemi içerisinde düzenlemesi, çevreyi algılaması halidir (Hellriegel, Slocum ve Woodman, 1986: 87).

Kişinin çevresindeki çeşitli uyarıcıları duyu organları ile tanıması algılama olarak adlandırılır. Algılama iki yönlü bir süreçtir; güdüler ve tutumlar hem algılamayı etkiler, hem de algılama, güdüler ve tutumları etkiler. Ayrıca bu fizyolojik faktörlerin dışında algılama, duyum süreçleri, simgesel süreçler ve duygusal süreçleri de kapsar. Duyum süreçleri, uyarıcıların beş duyu organı ile algılanmasıyla, simgesel süreçler, uyarıcının tüketici belleğinde bir imaj yaratmasıdır. Duygusal süreçler ise, uyarıcıların, ilgili hoşlanma düzeyini belirlemesidir (Yükselen,1994: 46).

Algılar, duyumların sonucu olarak ortaya çıkarlar. Algılar, ferdin eski yaşantılarına ya da bilgilerine göre şekil alırlar. Bu sebeple, algı, bir kişilik tepkisidir. En önemli belirtisi de duyumların, belli bir nesne ve şekle ait olduğuna dair bir bilinç halinin kişide ortaya çıkmasıdır. Bunun için, kişide, bir şeyin algısı olduğu zaman, o şeyi tanıyor, biliyor demektir (Binbaşıoğlu ve Binbaşıoğlu, 1992: 34).

Bireysel ya da çevresel etkenlerin etkisiyle oluşan algılama tüketici davranışlarını etkiler. Algılamanın sübjektif olma özelliği, her bireyin ürün ve markayı farklı biçimde algılamasına yol açar. Hedef tüketicilerin pazarlama bileşenlerini, kendi inanç ve değer yargılarına göre yorumlamaları pazarlama programının uygulanmasını güçleştirir (Tüylü, 1995: 34).

Son yıllarda tüketicilerin marka, ürün ve hizmetleri hangi durum ve duygu içerisinde, ne zaman ve nasıl algıladıklarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tüketici davranış ve tutum incelemeleri önem kazanmıştır. Çünkü tüketiciler marka ve ürünleri algılarına göre değerlendirmekte ve tercihlerini bu algılamaları doğrultusunda gerçekleştirmektedirler (Childers vd., 2001: 513).

Gerek kişisel, gerekse çevresel etmenlerin etkisinde oluşan algılama birçok bakımdan tüketici davranışlarını etkiler. Bu etkiler; reklamın algılanması, ürün imajı, fiyata yönelik algılar, kurum imajı ve malın üretildiği ülkeye yönelik algıları da (Odabaşı ve Barış, 2002:147-148) kapsamına alan hedonik ve faydacıl (utilitarian) algılar olmak üzere iki bölümde incelenebilir (Na, Son ve Marshall, 2007: 17-18);

Hedonik Marka Algılamaları; Hedonizm tüketici davranışı kapsamında, satınalmanın duygusal yönünü ifade eder (Na, Son ve Marshall, 2007: 18). Markalar özel bir takım duygular ile ilişkilendirildiğinde, duyguları rahatlattığında yada duyguların devamını sağladığına inanılırsa hedonik algılama olarak anlam kazanırlar (Erciş vd., 2009:14). Hedonik algılamanın kuvvetli bir bileşeni olan tecrübe, markanın geçmişteki kullanım ve bu kullanım sonucu oluşan olumlu veya olumsuz uyarıcılar ile yakından ilişkilidir. Geçmiş tecrübelerin sayesinde oluşan olumlu durumlar sonraki satın alımlar esnasında markaya karşı duygusal bir tutumun oluşmasında etkili olmaktadır (Altunışık ve Çatlı, 2004: 236).

Faydacıl (Utilitarian) Marka Algılamaları; Rasyonel marka algılamaları olarak da tanımlanan faydacıl marka algılamaları, markanın fonksiyonel, nesnel ve işlevsel özellikleri ile yakından ilgilidir. Tüketicinin fiyat, kalite, ambalaj, performans, vb. ürün özelliklerinden elde ettiği faydalara rasyonel fayda denilmektedir. Bu belirleyicilerin etkisiyle alışveriş yapan tüketiciler haz unsurlarını dikkate almadan ekonomik ve faydacı algılamalarıyla hareket etmektedirler. Rasyonel marka algılamasını oluşturan belirleyicilerden birisi olan kalite, markanın tüketicinin beklediğinden daha fazla performans göstermesidir (Erciş vd., 2009: 12).

1.2.1.2. Kalite

Kaliteye ilk referans olarak M.Ö. 3000. yıllarda Babil’de Hammurabi kanunları gösterilebilir. Kanunda; “eğer bir adam ev yaparsa ve bu ev çökerse ve ölen olursa yapan da öldürülmelidir” denilmektedir. Bu ceza ilkel de olsa kalite olgusunu açık bir şekilde anlatmaktadır. Herkes mühendis değildir ve içinde oturduğu evin güvenliğini test edemez. Ancak herkesin aldığı evde güvenle oturmak hakkıdır. Bu yüzden kontrolünü de evi yapan yapmalıdır (Özevren, 1997: 6).

Kalitenin bir kavram olarak ortaya çıkması 19. yüzyıla rastlamaktadır. Frederick Taylor’un iş planlamasını işçi ve ustabaşların inisiyatifinden alıp,

endüstri mühendislerinin kontrolüne vermesiyle başlattığı uygulama, sanayi devriminin tohumlarını atmıştır. Taylor'a göre kalitenin gerçekleştirilmesi uzmanların dediklerinin çalışanlar tarafından yapılmasıyla sağlanmalıydı (Ersen, 1997: 31). Kalite ve kalite kontrolü kavramı, ABD'de silah ve savunma sektöründe tutarlı kalitede ürünler sağlamak ve sürdürmek amacıyla askeri idarece geliştirilmiştir (Miyauchi, 1999: 10).

II. Dünya Savaşı ve Büyük Bunalımın etkisi ile kalite değerlendirme alanında 1920'lerden 1940'lara kadar çok az ilerleme kaydedilmiştir. 1960'lar ve 1970'ler formal kalite güvencesinin başlangıcı olarak düşünülmektedir. Bu dönemde, kalite artık sadece profesyonelleri ilgilendiren bir konu değildir; maliyetleri azaltmak ve kaliteyi iyileştirmek için, hükümet ve ödeme yapan diğer üçüncü taraflar için de önemli hale gelmiştir (Kaya, 2005: 19).

Kalite olgusu çok boyutlu ve geniş kapsamlı bir olgudur. Bu durum, kalite için hem net ve somut bir tanım yapmayı zorlaştırmakta hem de kalite kavramının çok farklı şekillerde tanımlanmasına neden olmaktadır (Avcı ve Sayılır, 2006: 123).

Tüm sektörleri kapsayacak genel bir kalite tanımı yapmanın zorluğu, hizmet sektörü için de geçerlidir. Dolayısıyla hizmet kalitesi tanımı da, hizmetin türüne göre değişiklik gösterebilmektedir. Amerikan Kalite Kontrol Derneği genel olarak kaliteyi "bir ürün veya hizmette bulunan, ifade edilmiş veya ima edilmiş gereksinimleri tatmin etme yeteneğine sahip özellik ve niteliklerin bütünüdür" şeklinde tanımlamıştır (Kotler ve Keller, 2006: 146).

Amerikalı bir kalite uzmanı olan Juran kaliteyi "kullanıma uygunluk" olarak tanımlarken, Avrupa Kalite Organizasyonu (EOQ) ise, "bir ürün veya hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesi" olarak tanımlamıştır (Ersen, 1997: 25). Diğer bir kalite uzmanı olan Feigenbaum kaliteyi, "kullanılmakta olan ürün veya hizmetin tüketicilerin beklentilerine yanıt verebilmesini sağlayan, pazarlanabilir, üretim ve bakım özelliklerinin toplamıdır" şeklinde tanımlamıştır (Peker, 1993: 201).

Avrupa standardizasyon komitesi 1994'te kalite için "kalite bir varlığın açık ve gizli ihtiyaçlarını karşılama yeteneğine dayanan tüm özelliklerinin bütünüdür" şeklinde daha genel bir tanım yapmıştır (Helminen, 2000: 9).

Ovretveit (1992) kaliteyi “yüksek otoriteler ve alıcılar tarafından oluşturulan sınırlamalar ve direktifler dâhilinde, organizasyonlara en düşük seviyede maal olacak, hizmete en çok ihtiyacı olanların ihtiyaçlarının tamamının karşılanması” şeklinde tanımlamıştır (aktaran: Piligrimiene ve Buciuniene, 2008: 105).

1.2.1.3. Kalite Algısı Oluşturmak

Kalite iddiası gerçek olmadıkça kalite algısı oluşturmak genellikle imkânsızdır. Yüksek kaliteye ulaşmak; kalitenin, tüketiciler için ne anlam ifade ettiğini anlamayı ve kurumun kaliteli ürünler ve hizmetler sunabilmesine imkân sağlayacak destekleyici bir kültür ve bir kalite yükseltme süreci gerektirir. Ancak kaliteli bir ürün ya da hizmet oluşturmak sadece kısmi bir zaferdir; algılarında oluşturulması gerekir. Dolayısıyla algılanan kalite çeşitli sebeplerden gerçek kaliteden farklılık gösterebilir (Aaker, 1996a: 19-20);

Öncelikle tüketiciler daha önceki kötü kalite imajından fazlaca etkilenmiş olabilirler. Bu sebepten, yeni iddialara inanmayabilirler ya da bunları doğrulamak için zaman ayırmaya istekli olmayabilirler. Bu sebeple bir markanın toparlanmasının çok zor hatta bazen imkânsız olduğu kalitesizlikle adının çıkmasını önlemek çok önemlidir.

İkinci olarak; işletme tüketicilerin önemli olarak algılamadığı bir boyutta kaliteye ulaşıyor olabilir. Başka bir ifade ile tüketiciler işletmedeki değişimi ya da bu değişimlerden herhangi bir fayda sağladıklarını fark etmedikleri anlaşılabilir. Bu nedenle, kaliteye yatırımların tüketicilere uyacak alanlarda gerçekleştiğinden emin olmaya ihtiyaç vardır.

Üçüncü olarak; tüketiciler nadiren kalite üzerine rasyonel ve objektif bir yargıda bulunabilmek için gerekli tüm bilgilere sahip olabilirler (bu bilgiye sahip olsalar bile bunu değerlendirecek zamana ve motivasyona sahip olmayabilirler). Sonuç olarak kalite ile ilişkilendirdikleri bir ya da iki ipucuna bel bağlarlar; algılanan kaliteyi etkilemenin kilit noktası bu ipuçlarını doğru bir şekilde anlayıp yönetmektir. Bu sebeple, tüketicilerin kalite ile ilgili bir yargıda

bulunmalarında temel olarak kullandıkları küçük şeyleri anlamak önemlidir. Eğer tüketiciler bir arabanın tekerleğinin sağlamlığını anlamak için tekerleği tekmeliyorlarsa o tekerlekler sağlam olsa iyi olur.

Son olarak tüketiciler kaliteyi en iyi şekilde değerlendirmeyi bilmedikleri için yanlış ipuçlarına bakıyor olabilirler. Örneğin mücevher satan dükkânlar ilk kez elmas alacak alıcıları, kalitenin fiyat etiketlerinde ya da karat hesaplarında yatmadığı konusunda eğitmeleri gerekir. Bir metafor ya da bir görsel bir imge, tüketicilerin bu durumu en iyi şekilde görmelerine yardımcı olabilir.

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Somut ürünlerin pazarlanmasında kalite tanımını kolaylıkla yapabilmekte ve kalite ölçümü artan bir hassasiyetle gerçekleştirilebilmektedir. Buna karşılık, hizmet pazarlamacıları kaliteyi kontrol edebilmek ve onu anlamak konusunda zorluklar yaşamaktadırlar. Bunun sebebi, hizmetlerin çıktı olarak somut bir üründen ziyade bir performans olmasıdır ki, hizmet firmaları için standart üretim özelliklerini belirleyip uygulayabilmek nadir bir durumdur (Akıncı vd., 2009:64).

Sağlık kurumları, geçmişe oranla rekabetin daha yoğun olduğu bir ortamda çalışmaktadırlar. Bu kurumlarda çevresel baskılara yanıt vermek, rekabetçi üstünlük sağlamak, önemli değişimleri başarmak, maliyetleri aşağı çekmek ve verimliliği artırmak amacıyla performans ölçümü ve kalite geliştirme çalışmaları başlatılmıştır. Kurumsal kaliteyi geliştirmeye yönelik olarak tanımlanmış olan yaptırımların bir kısmı uluslararası kabul görmüş hastane kalite ölçütlerini kapsamaktadır (Aslantekin vd., 2007: 58).

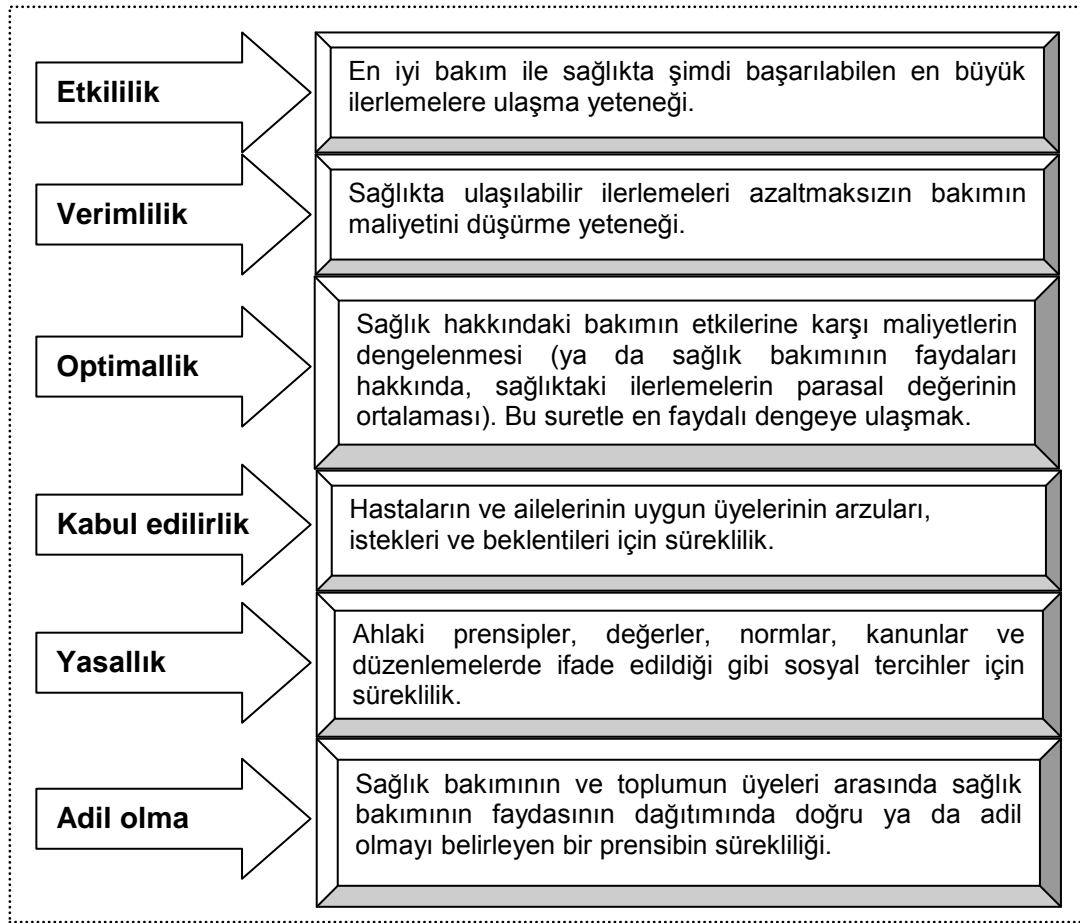
Sağlık hizmetlerinde kalite tanımı yapmak, genel olarak hizmet sektörüne oranla daha güç bir iştir. Bununla birlikte sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı “uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet

süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması” şeklinde tanımlanabilir (Zorlutuna, 1997:185).

Sağlık hizmetlerinde kalite tanımı yapılırken üç tanımına sıklıkla atıfta bulunmaktadır. Bu tanımlar Donabedian, Amerikan Tabipler Birliği ve ABD Tıp Enstitüsü tarafından yapılan tanımlardır (Kaya, 2005: 3):

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışını şekillendiren bir lider olan Avedis Donabedian, yüksek kaliteli hizmeti “hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet” olarak tanımlamaktadır. Buna karşılık Donabedian’a göre sağlık konusunda “kalite”, tamamen açıklanması çok güç belki de imkânsız bir kavramdır. Ancak, etkililik, verimlilik, optimallik (en uygun değer noktası), kabul edilebilirlik, yasallık ve adil olma olarak tanımlanan altı özelliğin kalite kavramının çoğunu kapsadığı bir öneri olarak ileri sürülmektedir (Şekil 3) (Donabedian, 1992: 22). Tek tek veya çeşitli kombinasyonlarıyla alındıklarında, bunlar kalitenin bir tanımını oluşturur ve bir şekilde ölçüldüklerinde, kalitenin derecesini gösterir (Kaya, 2005: 5).

Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) 1984 yılında yüksek kaliteli hizmeti, “yaşam boyu kalitenin korunması veya geliştirilmesine sürekli olarak katkıda bulunan hizmettir” şeklinde tanımlamıştır: (Blumenthal, 1992: 892; Piligrimiene ve Buciuniene, 2008: 104). Esasen bu tanım, sürekli olarak uygun hasta sonuçları ile ilgili olan hizmeti nitelendirmektedir. Tanım, sonucu etkileyebilecek diğer değişkenler (örneğin, hastanın yaşı, cinsiyeti, yaşam koşulları, hastalığa karşı tutumu, hastalığın şiddeti vs.) uygun şekilde ölçülüp etkisiz hale getirildiğinde, hastanın elde ettiği sonucun, sağlık profesyonellerinin kendi becerileri ile hastanın yararına teknolojinin kullanımını birleştirmelerinin etkililik derecesini yansıttığını kabul etmektedir (Kaya, 2005: 14).



Şekil 3: Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Kaynak: Donabedian'dan (1992: 22) yararlanılarak oluşturulmuştur.

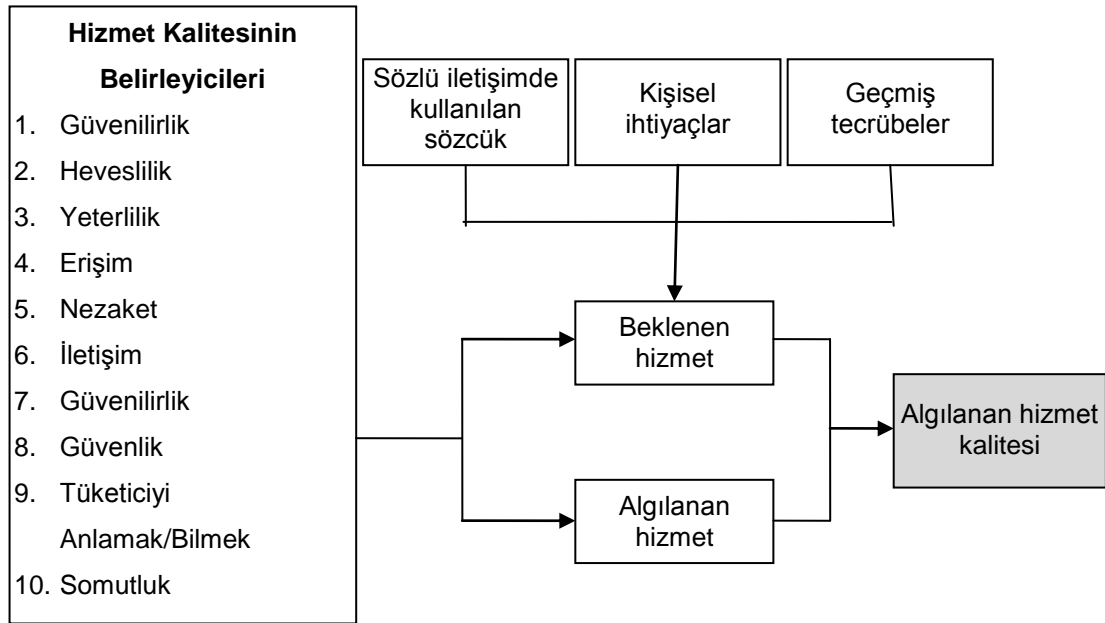
Sağlık hizmetleri kalitesinin en çok kabul görmüş tanımlardan biri de 1990 yılında ABD'de Tıp Enstitüsü tarafından önerilmiştir. Burada sağlık hizmetlerinin kalitesi, "bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanen sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırma ve mevcut profesyonel bilgiyle uyum derecesi" şeklinde tanımlanmıştır (Piligrimiene ve Buciuniene, 2008: 104; Kaya, 2005: 15).

Farklı insanlara farklı düşünceler veya farklı anlamlar ifade eden kalite kavramı bir hastane sistemine göre, hizmet verilen toplumun, ödeyicilerin (payers), çalışanların, hekimlerin ve hastaların beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılamak için verilen hizmetlerde devamlı geliştirmeyi (iyileştirmeyi) içermektedir (Nelson vd., 1992: 284).

1.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite

Algılanan kalite ürünün gerçek kalitesi değil, ürünü müşterinin kişisel değerlendirmesidir (Zeithaml, 1988: 4). Bir başka ifadeyle algılanan kalite, ürünün veya hizmetin niyet edilen amacına göre, rakiplerine kıyasla genel kalite veya üstünlüğüne ilişkin müşteri algılamasıdır (Aaker, 1991: 85).

Algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmet sunumu sırasında, hizmetin performansına yönelik oluşan algılarının yönünün bir sonucudur. Müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmete yönelik algılarının karşılaştırılması esasına dayanan bu yaklaşıma göre, beklenen hizmet, algılanan hizmetten büyük olursa algılanan kalite tatmin edici olmayacaktır. Beklenen hizmetin, algılanan hizmete eşit olması durumunda ise algılanan kalite tatmin edici olacaktır. Müşteriler tarafından algılanan kalitenin ideal kalite olarak kabul edilmesi için ise; beklenen hizmetin algılanan hizmetten küçük olması gerekmektedir (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985: 48-49).



Şekil 4: Hizmet Kalite Algısının Belirleyicileri

Kaynak: Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985: 48

Algılanan kalite, bir markanın kullanıcılarının algılarında, markadan beklentilerinin karşılanma derecesiyle belirlenir. Bu beklentiler değişiktir. Örneğin; hizmet markalarında bunlar hizmetin kendisi; fiziksel koşullar; hizmetin güvenilirliği; hizmet sağlayıcının yardım severliği, dakikliği ve empati yeteneği; güvenlik vb. konulara ilişkin olabilir (Franzen, 2002: 109).

Sağlık hizmetlerinin iyileştirmeye ihtiyacı olan yönlerine dikkat çekmek ve performansı ve bakım kalitesini izlemek için hastalardan geri bildirim almaya artan bir ilgi vardır. Uzun süredir profesyonel standartların uygulanmasına dayalı olan bakım kalitesinin değerlendirilmesi, hasta algıları ölçümlerini gittikçe daha fazla içermektedir. Hasta algılarının ölçümü, hastaları kendilerini ilgilendiren kararlara daha fazla katma, beklentilerini daha iyi karşılama, ya da bütçe kısıtlamalarının ulaşılabilirlik ve kalite üzerindeki etkilerini değerlendirme arzusu gibi çeşitli düşüncelerle desteklenmektedir (Kaya vd., 2003: 90-91). Dolayısı ile sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi ve hizmet kalitesinin ölçülmesi büyük önem taşımaktadır. Bu alanda yapılan bilimsel araştırmalar, algılanan kalitenin hastaların hizmet aldıkları hastaneyi başkalarına tavsiye etme ve ihtiyacı olduğunda aynı hastaneyi tekrar tercih etme eğilimlerini etkileyen önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır (Headley ve Miller, 1993; Lim ve Tang, 2000; Mangold ve Babakuş, 1990).

Güzellik gibi, kalite de, en azından kısmen, bakanın gözündedir. Kalitenin iki yönü vardır; faaliyetin kalitesi ve algının kalitesi. Dışarıdan bir kişinin gözlemleriyle her zaman orantılı olmasa da, algılar güçlüdür. Algılar hastaların memnuniyetini belirler ve davranışlarına gerçekler kadar rehberlik eder. Memnuniyet derecesi, bir hastanın alternatif bakım yerine resmi bakımı, rakibi yerine bu hastaneyi, caddenin karşısındaki yerine bu muayenehaneyi seçip seçmeyeceğini veya dava etmek yerine doktora çiçekler gönderip göndermeyeceğini belirleyebilir (Kaya vd., 2003: 92).

Hastaların sağlık hizmet kalitesini algılaması sağlık hizmet organizasyonu için hastanenin kârlılığı ve tatmin üzerindeki etkisi açısından da kritik öneme sahiptir. Önceden yapılan araştırmalar, algılanan sağlık hizmet kalitesinin hasta davranışlarını önemli ölçüde etkilediğini

göstermektedir. Bu etki kendini bağlılık ve sözlü olarak başkalarına aktarma olarak göstermektedir. Ayrıca hizmet kalitesinin algılanması, sağlık hizmet sunucularına geliştirilmesi gereken faaliyet alanlarını belirlemek için imkân vermektedir. Bununla birlikte tatmin edilmiş hastalar, hasta şikâyetlerinin çözümlenmesi için gerekli çabayı ortadan kaldırdığından, hastanelere zaman ve para tasarrufu sağlar (Qin, 2009: 8).

1.2.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Belirleyicileri

Grönroos (1984) hizmet kalitesi kavramını teknik kalite ve fonksiyonel kalite olmak üzere iki kavram üzerinden incelemiştir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri kalitesinin de iki farklı yönü bulunmaktadır: Teknik kalite (aslında kalite olarak da adlandırılmaktadır) ve fonksiyonel kalite (Lin, Xirasagar ve Laditka, 2004: 437).

Sağlık hizmetleri alanında fonksiyonel kalite sağlık hizmetleri sunucularının tutumları sonucunda oluşmasına karşılık, teknik kalitede tıbbi tanı ve prosedürlerin doğruluğu anlamına gelmekte ve genellikle profesyoneller tarafından anlaşılabilir (Bopp, 1990: 6). Bu nedenle sağlık hizmetleri kapsamında, teknik kalitenin tüketiciler tarafından değerlendirilmesi zordur ve bu durum pek çok hastanın sağlık hizmetlerini sadece fonksiyonel açıdan değerlendirmesi ile sonuçlanmaktadır (Lin vd., 2009: 64).

Buna göre, hastalar genellikle sunulan hizmetteki tutumlardan oluşan fonksiyonel kaliteyi algılamaktadırlar. Fonksiyonel kalite algısı hastaların hizmet almak için tesise geri dönmelerine yönelik gelecekteki kararlarını etkileyebilmektedir. Ancak, bazı ampirik kanıtlar göstermektedir ki, tıbbi koşullar sebebiyle hastaneye yatırılan hastalar arasındaki mortalite riskinin değerlendirilmesi gibi çıktıların bir yansıması olarak hastaların kalite yargısı, teknik kalite ile olumlu bir şekilde de ilişkilendirilebilmektedir (Jaipaul ve Rosenthal, 2003: 65).

Diğer bir tanıma göre de, fiziksel kalite, etkileşimli kalite ve kurumsal kalite olmak üzere kalitenin üç türü bulunmaktadır. Fiziksel kalite, resepsiyon alanı, muayene odası ve tıbbi malzemeler gibi hizmetlerle ilgili yapısal özellikleri; etkileşimli kalite, müşteri ve hizmeti sunan personel arasındaki ilişkiyi; kurumsal kalite ise kurumun kaliteli görünüm ve itibarını içermektedir (Lehtinen ve Lehtinen, 1991: 288-290).

Sağlık çıktıları ile ilişkisinden farklı olarak hasta beklentilerine yanıt verme, hem bir pazarlama aracı ve hem de gerçek saygın bir amaç olarak kıymetlidir. 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü hasta beklentilerine cevap verebilirliği, hastaların ihtiyaç duydukları hizmetleri muhtemelen daha fazla kullandıkları için, daha iyi sağlık hizmeti sunumunda, sağlık sistemi performansının önemli bir ölçütü olarak tanımlamıştır (Lin, Xirasagar ve Laditka, 2004: 437).

Hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme temel alınarak sağlık hizmet kalitesinin ölçülebileceği ileri sürülebilmektedir. Bu yaklaşım verilen sağlık hizmetinin yalnızca teknik kalite boyutu ile ilgilidir. Bu açıdan sağlık hizmet kalitesi, verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesidir. Ancak hizmet alanların sosyal ve psikolojik istek, beklenti ve ihtiyaçlarını göz ardı eden bir hizmet sunumu da (ne kadar bilimsel olursa olsun) kalite hedefini gerçekleştirmede yetersiz olacaktır (Devebakan, 2006: 130).

Sağlık profesyonelleri, sağlık hizmetlerini öncelikle teknik koşullar altında değerlendirirler. Buna karşılık tüketiciler sağlık hizmetlerini değerlendirirken çoğunlukla farklı kriterler kullanırlar. Onlar hizmetlerin dağıtımında, hizmetten bekledikleri faydalar ve değerler gibi teknik olmayan bileşenlere önem verirler. Bu faydalar sağlık hizmetlerinin teknik parçaları içinde tüketicinin görüşü olarak yer alır. Teknik olmayan bu yararlar içinde; hizmetlerden kolayca yararlanmak, çalışanlarla etkili iletişim imkânına sahip olmak, fiziksel konfor, hoş görünüm gibi tüketicilerin sağlık hizmetlerinden arzu ve beklentileri yer alır (Flexner ve Berkowitz, 1979: 504).

Ayrıca Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985: 46) algılanan kalitenin bileşenleri ile ilgili olarak yönetici ve odak gruplar üzerinde yapmış oldukları çalışma sonucunda hizmet türü ne olursa olsun, odak grubun tüketici hizmet

kalitesini değerlendirirken temelde benzer kriterleri kullandığını saptamışlardır. "Hizmet kalitesi belirleyicileri" olarak adlandırdıkları bu kriterleri 10 ana kategoriye ayırmışlardır:

- *Güvenilirlik*; performans ve güvenilirliğin tutarlılığını gerektirmektedir. Bu durum bir işletmenin hizmeti ilk defada doğru gerçekleştirdiği ve vermiş olduğu sözleri onur kabul ettiği anlamına gelmektedir. Özellikle, faturalamada doğruluk, kayıtların doğru bir şekilde tutulması ve hizmetlerin belirlenen zamanda yapılmasını kapsamaktadır.
- *Cevap verebilirlik*; çalışanların hizmet sunmaya istekli ve hazır bulunmaları ile ilişkilidir. Dolayısıyla hizmetlerin zamanında verilmesini gerektirir. Verilen randevuların hızlı bir şekilde gerçekleştirilerek işlemlerin en kısa sürede yapılmasını kapsamaktadır.
- *Yeterlilik*; hizmeti gerçekleştirmek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olmak demektir. Yeterlilik, hizmet sunan ve operasyonel destek personelinin bilgi ve iletişim becerisi ile işletmenin araştırma yeteneğini kapsamaktadır.
- *Erişim*; ulaşılabilirliği ve iletişim kolaylığını içermektedir. Dolayısıyla erişim, telefonla hizmete kolay bir şekilde ulaşılabilme (hatların meşgul olmaması ve kişileri beklemede tutmaması), hizmeti almak için gerekli bekleme süresinin (örneğin bir hastane polikliniğinde) uzun olmaması, işlem saatlerinin ve hizmet sunulan tesisin uygun olması anlamına gelmektedir.
- *Nezakət*; iletişim personelinin nezaket, saygı, dikkat ve dostluğunu gerektirmektedir. Müşterinin mallarına dikkatli davranma ve hizmet sunan personelin temiz ve düzgün görünümlü olması bu kapsamda değerlendirilebilir.
- *İletişim*; müşterilerin anlayabildikleri ve dinleyebildikleri bir dilde bilgilendirilmesi anlamına gelmektedir. Bu işletmenin farklı müşteri gruplarının anlayabileceği bir dil ile iletişim kurmasını zorunlu kılmaktadır. İyi eğitilmiş müşterilerle entelektüel seviyeyi artırarak, entelektüel seviyesi daha düşük biri ile ise basit ve sade bir şekilde konuşmak bu durumu ifade etmektedir. Dolayısıyla, hizmeti açıklama, hizmet maliyetini açıklama, hizmet ve maliyet arasındaki dengeyi açıklama ve tüketiciye probleminin ele alınacağı konusunda güvence vermeyi kapsamaktadır.

- *İnanılrlık*; inanılrlık ve dürüstlük gerektiren güvenilirlik, müşteri çıkarlarını ön plana koymayı gerektirmektedir. Dolayısıyla inanılrlığa, işletmenin adı, itibarı, hizmet sunan personelin kişisel özellikleri ve müşteri ile etkileşim içerisinde gerçekleştirilen hizmetin zorluk derecesi katkıda bulunmaktadır.
- *Güvenlik*; tehlike, risk veya şüpheli olmaksızın seçim yapmaktır. Fiziksel güvenlik, finansal güvenlik ve gizlilik hususlarını kapsamaktadır.
- *Tüketiciyi anlamak/bilmek*; müşteri ihtiyaçlarını anlamaya çaba sarf etmeyi gerektirmektedir. Dolayısıyla da, tüketicinin özel ihtiyaçlarını öğrenmek, bireyselleştirilmiş hizmet sunumuna dikkat etmek ve düzenli gelen müşterilerini tanımayı kapsamaktadır.
- *Somutluk*; hizmetin fiziksel kanıtlarını kapsamaktadır. Bunlar da, fiziksel tesisler, personelin görünümü, hizmet sunumunda kullanılan ekipman ve araçlar olarak sıralanabilir.

Sonuç olarak bu konuda yapılan çalışmalar, hastalar ve toplum açısından kalitenin en önemli belirleyicileri olarak genellikle süreklilik, konfor (hayatı kolaylaştıran aktiviteler) (Brand, Cronin ve Routledge, 1997: 2), etkililik, erişilebilirlik ve kişiler arası ilişkilere odaklanmaktadır (Brown vd., 1992: 11).

1.2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalitenin Önemi

Hizmet kalitesi üretim sektörünün ekonomik öneminin azaldığı ve hizmet sektörünün geliştiği 1980'lerde ABD'de ortaya çıkan görece yeni bir akademik disiplindir. Rekabet gibi özel sektörün merkezine yerleşen hizmet kalitesi, yönetimin önemli bir konusu haline gelmeye başlamıştır. Müşterilerin daha kaliteli hizmet talep etmeye başlaması ve artan ticari rekabetin devam ettirilebilmesi, daha kaliteli hizmetler sunulması için baskı meydana getirmiştir. Bu durum, işletmeleri hizmet kalitesinin ne anlama geldiğini daha iyi anlamaya ve onu nasıl ölçebileceğini geliştirmeye zorlamıştır (Wisniewski ve Wisniewski, 2005: 218).

Sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma düşüncesi 1980'li yıllardan itibaren öne çıkmış ve tüm ülkeler sağlığa ayrılan kaynakları düşürmek için ne olursa olsun yeni arayışlara yönelmişlerdir. Sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri sebebiyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini artırmıştır (Aslantekin vd., 2007: 59).

Yukarıda söz edilen yapılanma sonucunda sağlık kurumları, gittikçe rekabetin daha yoğun yaşandığı bir ortamda hizmet sunmaya başlamıştır. Dolayısıyla çevresel baskılara yanıt vermek, rekabette üstünlük sağlamak, önemli değişimleri başarmak, maliyetleri aşağı çekmek ve verimliliği artırmak için performans değerlendirme ve kalite geliştirme çalışmalarının önemi gün geçtikçe artmaktadır.

Bu durum hasta bakımı kadar hasta görüşleri dikkate alınarak sunulan hizmetin kalitesinin ölçülmesini de önemli hale getirmiştir. Çünkü hastalara sunulan hizmetin daha iyi olması kavramı ile hizmet odaklılık kavramları ayrılmaz parçalardır. Dolayısıyla, kaliteli bir hizmet sunumu için hastane yönetimlerinin, hastaların ihtiyaçları, beklentileri ve algıları hakkındaki düşüncelerini bilmeleri gerekmektedir. Uzun zamandır devam eden "hizmetlerin, insanlar için uygun hale getirilmesi gerekirken, insanların hizmetler için uygun hale getirilmesi" (Wisniewski ve Wisniewski, 2005: 218) anlayışından vazgeçilmelidir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi, sadece sağlık hizmetleri sağlayıcıları ve hastalar açısından değil, hükümetler açısından da önemli bir konudur. Kaliteli sağlık hizmetleri, insanların daha sağlıklı ve daha mutlu olmalarına katkıda bulunacaktır (Aslantekin vd., 2007: 68). Ayrıca, sağlık hizmetleri sektöründe en önemli rekabet algısı da kalitedir. 2002 yılında Tayvan'da ulusal düzeyde 6725 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, sağlık hizmetlerinde temel ilgi alanının fiyattan ziyade bakımın kalitesi olduğu bulunmuştur (Cheng, Wei ve Chang, 2006: 68).

Kalitenin sağlık hizmetlerinde önem kazanmasının diğer bazı sebeplerini ise şu şekilde sıralayabiliriz (Öznlbant, 2010: 45):

- Tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmeler,
- Tanı ve tedavi yöntemindeki gelişmeler, sağlık düzeyi göstergelerindeki olumlu değişimler ve sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması,
- Kitle iletişim olanaklarının artması,
- Hasta hakları, hekim hataları tartışmalarının yaygınlaşması ve özellikle ABD'de tıbbi uygulamalardaki hatalar nedeniyle kişi ve kurumların ağır cezalar alması,
- Genel kültür düzeyinin ve kişilerin kendi sağlıklarına verdikleri önemin artması ve
- Önceleri yalnızca hizmet sunanların sahip olduğu sağlık ve hastalıklarla ilgili bazı temel kavram ve yöntemlerin, kısmen de olsa hizmeti alanlarca da öğrenilmiş olması ve böylece kendi bakımlarıyla ilgili görüş bildirir olmalarıdır.

Algılanan kalite marka değeri konusunda da çeşitli sebeplerden dolayı önem arz etmektedir. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz (Aaker, 1996a: 17);

- Tüm marka çağrışımları arasında sadece algılanan kalitenin finansal performansı yönlendirdiği ortaya konulmuştur.
- Algılanan kalite genelde, bir işin başlıca (beklide en önemli) stratejik itici gücüdür.
- Algılanan kalite, bir markanın nasıl algılandığı, konusundaki diğer olguları yönlendirir ve onlarla ilişkilendirir.

Algılanan kalitenin marka değeri konusundaki önemi hakkında yukarıda belirtilen ifadeler aşağıda kısaca açıklanmıştır.

1.2.3.2.1. Algılanan Kalitenin Finansal Performansı Yönlendirmesi

Marka değeri üzerine yapılan yatırımların işe yarayacağını göstermek için yaygın bir istek vardır. Finansal performansı herhangi bir maddi olmayan varlıkla (bu; insan, bilişim teknolojileri ya da marka özvarlığı olabilir) ilişkilendirmek zor olduğu halde, üç çalışma algılanan kalitenin finansal performansı yönlendirdiğini göstermiştir:

➤ PIMS¹ veri tabanını kullanan çalışmalar (3000'den fazla iş kolu için yüzden fazla değişkeni ölçen yıllık veriler) algılanan kalitenin bir işletmenin yatırımının geri dönüşüne (Return on Investment-ROI) en önemli katkıyı yapan unsur olduğunu göstermiştir. Bu katkının pazar payı, AR-GE ya da pazarlama harcamalarından daha büyük etki yaptığı ortaya konulmuştur (Jacobson ve Aaker, 1987). Algılanan kalite, fiyatları ve pazar payını artırarak kısmen kârlılığa da katkıda bulunur. Bu ilişki Kmart ve Tiffany'de geçerli olmuştur. Algılanan kaliteyi yükselt; ROI artacaktır.

➤ İsveç'te Michigan Üniversitesi'nden bir grup araştırmacı tarafından 77 işletme ile yapılan ve beş yıl süren bir araştırma; algılanan kalitenin müşteri memnuniyetini ve buna bağlı olarak yatırımın geri dönüşünü en fazla etkileyen unsur olduğunu ortaya çıkarmıştır (Anderson, Fornell ve Lehmann, 1994).

➤ Dört yıl boyunca süren ve 33 halka açık işletmeyi kapsayan bir diğer çalışmada; algılanan kalitenin nihai finansal ölçü olan hisse senedi kazancı üzerinde etkisi olduğunu göstermiştir (Aaker ve Jacobson, 1994). Çalışma ile kurumsal markanın önemli ölçüde satış ve kâra yol açtığı Amerikan Express, AT&T, Avon, Citicorp, Coca-Cola, Kodak, Ford, Goodyear, IBM, Kellogg's ve bunlar gibi 23 işletme incelenmiştir. Çalışma sonucunda dikkat çekici bir bulgu olarak, algılanan kalitenin etkisinin neredeyse ROI kadar büyük olduğu ifade edilmiştir.

1.2.3.2.2. Stratejik Bir İtici Güç Olarak Algılanan Kalite

Algılanan kalite çoğu işletme için kilit bir stratejik değişkendir. Toplam Kalite Yönetimi ya da onun benzerlerinden birisi, geçmiş on yılda çoğu

¹ PIMS programı General Elektrik Firması tarafından ABD'de geliştirilmiş bulunan 3000'den fazla işletmeye ait nicel ve nitel başarı bilgilerinden oluşan veri tabanıdır. Bu veri tabanına katılan işletmeler, rakipleri ve diğer endüstri dalından firmalarla kendi verilerini karşılaştırma olanağına sahip olmaktadır.

işletme için merkezde yer alıyordu ve algılanan kalite de genelde toplam kalite yönetimi programlarının nihai hedefi idi.

Çoğu işletme, açık bir şekilde kaliteyi temel değerlerden biri olarak kabul etmekte ve misyonlarına eklemektedir. 250 yöneticiye kendi işletmelerinin sürdürülebilir rekabet avantajının ne olduğunun sorulduğu bir araştırmada, algılanan kalite en fazla dile getirilen değer olmuştur (Aaker, 1989).

Algılanan kalite çoğu zaman kurumsal markalar ve ürün kategorileri arasında farklılık gösteren markalar için kilit konumlandırma boyutudur. Bu markalar birden çok ürün kategorisine yayıldığı için, fonksiyonel fayda tarafından yönlendirilme olasılığı azdır ve algılanan kalitenin marka ve ürün kategorileri üzerinde daha büyük bir rol oynaması muhtemeldir (Aaker, 1996a: 19).

1.2.3.2.3. Marka İyiliğinin Bir Ölçüsü Olarak Algılanan Kalite

Algılanan kalite, tüketicilerin aldıklarının ne olduğunun merkezindedir. Dolayısıyla bu anlamda marka kimliğinin etkisinin temel ölçüsüdür. Daha ilgi çekici bir şekilde ifade etmek gerekirse; algılanan kalite, markanın tüm unsurları üzerine pasta kreması gibi yayılan “iyiliğin” bir ölçüsünü yansıtır. Algılanan kalite geliştiği zaman tüketicilerin marka algılarındaki diğer unsurlar da genellikle değişir (Aaker, 1996a: 19).

Türkiye’de sağlık kuruluşlarının sayısı giderek artmaktadır. Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde kamu hastanelerinin özel hastanelerle kalite, verimlilik ve etkinlik esas alınarak aynı rekabet çevresinde hizmet sunması için çalışmalar devam etmektedir. Dolayısı ile kamu ya da özel ayrımı yapmaksızın sağlık kuruluşlarının büyük çoğunluğu, daha fazla hasta çekmek ve mevcut hasta potansiyelini kaybetmemek amacıyla çeşitli kalite standartlarını uygulamak için girişimlerde bulunmaktadır. Ancak, yalnızca yüzeysel girişimlerde bulunmak hizmet kalitesini arttırıcı bir sonuç

vermeyecektir. Bu süreçte müşterilerin kalite algılamalarının sürekli olarak ölçülmesi gerekmektedir.

Yukarıda belirtilen nedenlerle, tüketici görüşlerinin hesaba katılması, bakım kalitesini değerlendirmenin faydalı bir tamamlayıcısı, gerçekte gerekli bir ögesi olarak gittikçe daha fazla dikkate alınmaktadır. Bu ilgi birçok ölçüm araçlarının yani anketlerin geliştirilmesine yol açmaktadır. Aşağıda hizmet kalitesi ölçümünde kullanılan modellerden özellikle sağlık hizmetlerinde uygulama alanı bulan modeller ayrıntılı olarak incelenmiştir.

1.2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Kalite Ölçüm Modelleri

Kalitenin ölçümü yönetimin temel alanlarından biridir. Yeni hizmetlerin uygulanması, mevcut hizmetlerin farklılaştırılması veya ortadan kaldırılmasında stratejik kararlar için gerekli bilgiyi üretir (Snoj, 1994: 160). Başlangıçta kalitenin yükseltilmesine yönelik çalışmalar somut ürünler sunan imalat sanayinde uygulama alanı bulmasına karşılık, hizmet sektörünün büyüyüp gelişmesi ve ekonomide dikkate değer bir yer tutması nedeniyle bu sektöre de uyarlanmıştır. Ancak, kalitenin iyileştirilmesi için her şeyden önce ölçülebilir olması gerekmektedir. İmalat sektöründe kalite düzeyinin ölçülmesi nispeten kolaydır. Nitekim ürünün fiziksel özellikleri, dayanıklılığı ve kendisinden beklenen işlevi yerine getirip getirmediği gibi değerlendirmede ipucu olarak kullanılacak özellikler, çeşitli şekillerde kolayca ölçülebilmektedir (Atan, Baş ve Tolon, 2006: 164).

Hizmetlerin kalitesi, baskın olarak öznel ve psikolojik bir kavram olarak tanımlanmıştır. Bu tür öznel kavramlarla ölçüm ve araştırma yapmak bazı zorluklara neden olmaktadır (Snoj, 1994: 160). Özellikle, hizmetlerin kendilerine has soyutluk, heterojenlik, eş zamanlılık (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985: 42) ve stoklanamama şeklinde sıralanan özellikleri, hizmet kalitesinin ölçülmesi, kontrolü ve yönetilmesi ile ilgili konuların, fiziki mal üreten işletmelerde olduğundan farklı olarak incelenmesini gerektirmektedir (Çatı ve Şahin, 2007: 134).

Kalite, sağlık sektöründe farklı paydaşlar için farklı anlamlar taşımaktadır. Kaliteyi sisteme entegre etmenin en önemli aracı ise, farklı paydaş beklentilerinin dikkate alınması ve izlenmesidir. Tedarikçilerin, hastaların ve doktorların farklı beklentileri arasında mutlaka denge kurulmalı ve hesap verebilir (accountable) niteliklere sahip bir sistem tasarlanmalıdır (Zerenler ve Öğüt, 2007: 504).

Esasen hastanın kaliteye bakış açısı, hekimin kaliteye bakış açısı ile tam olarak uyumsuz değildir. Sağlık uzmanları, hizmet sunucular ve müşteriler arasında kişisel etkileşimin kalitesiyle ilgili olarak, hastaları tatmin etmenin aslında yüksek kalitede hizmeti sağlamak için gerekli olduğunu her zaman kabul etmişlerdir. Ancak hastaların görüşlerini doğru ve güvenilir bir şekilde ölçmenin zorluğundan dolayı, hekimler, hastaların teknik kaliteyi nelerin oluşturduğu hakkında çok sınırlı bilgilerini ifade eden görüşlerini çoğu zaman dikkate almamışlardır (Piligrimiene ve Buciuene, 2008: 105).

Sağlık hizmeti kalitesinin zor açıklanabilen bir kavram olması, sağlık alanının özelliklerinden ileri gelmektedir. Hizmet kalitesinin çok sayıda değişikenden etkilenmesi ve bunların açık bir şekilde tanımlanmayışı, özellikle de sübjektif faktörlerin etkilerine açık oluşu, doğrudan doğruya nesnel ölçütler kullanılarak ölçülmesi ve tanımlanmasını güçleştirmekte ve sağlık hizmeti kalitesinin sezgisel olarak algılanmasını gündeme getirmektedir (Şahin ve Yılmaz, 2007: 126).

Bu nedenle kalite algıları kişilere, bölgelere ve hatta ülkelere göre farklılık gösterebilmektedir. Buna göre, hizmet kalitesinin ölçümünde tüketicinin değerlendirmesinin zaman, mekân ve sektör itibarıyla farklı olacağını, bu anlamda evrensel bir hizmet kalitesi ölçeğinin tartışmalı olduğu, ancak uyarılmanın daha uygun olacağı (Aksoy, 2005: 95) da yazarlar tarafından belirtilen hususlardandır.

Müşteriye dayalı kalite ölçütleri hastanelerin; müşterilerinin ne istediğini, hastanenin hizmetlerini nasıl gördüğünü, kalitenin iyileşmekte olup olmadığını ve iyileştirme için nereye enerji harcamalarının gerektiğini öğrenmelerine yardımcı olmak için geliştirilmektedir (Nelson vd., 1992: 284).

Hizmet kalitesindeki bakış açılarının farklı olması, hizmet kalitesi ölçüm modellerinin de çeşitlilik göstermesine sebep olmuştur (Gürbüz vd., 2008: 789). Hizmet kalitesinin ölçümüne ilişkin ilk model Grönroos (1984) tarafından geliştirilen “Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli” dir. Daha sonra Parasuraman, Zeithaml ve Berry, (1988) tarafından SERVQUAL ve Cronin ve Taylor (1992) tarafından hizmet kalitesi ölçümünde sadece müşteri algılarını esas alan SERVPERF modeli geliştirilmiştir. Ayrıca son zamanlarda müşterilerin hizmet satın alırken karşılaştıkları en olumlu ya da en olumsuz olayları hikâye etmesini esas alan bir model olarak “Kritik Olaylar Tekniği” de hizmet kalitesi ölçümünde kullanılan modeller arasındadır. Aşağıda hizmet sektörü için geliştirilen ve sağlık hizmetlerinde de uygulama alanı bulan kalite ölçüm modelleri ve bu ölçüm modelleri kullanılarak sağlık sektöründe gerçekleştirilen araştırmalardan örnekler incelenmektedir.

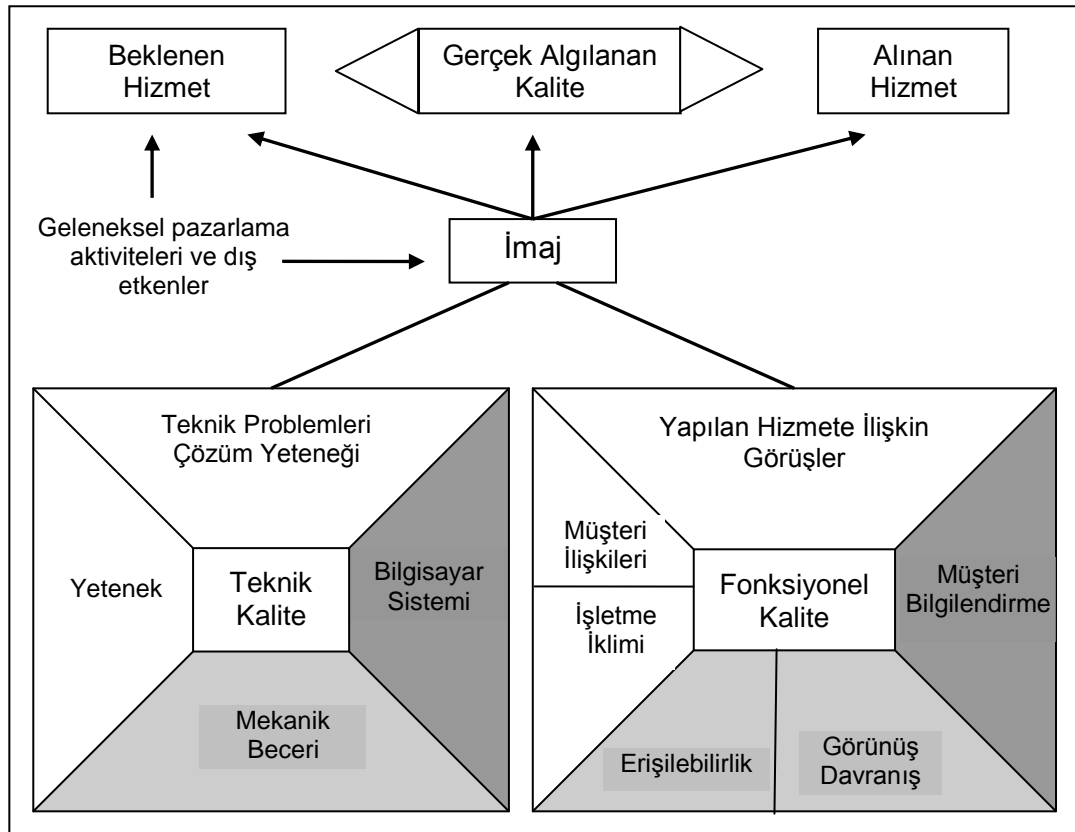
1.2.4.1. Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli

Algılanan hizmet kalite modeli, hizmet kalitesinin ölçümünde işlevsel bir model olma amacı ile tasarlanmamıştır. Model, akademisyenler ve uygulayıcıların hizmet işletmelerinin üretim kaybının nedenini anlamalarına yardımcı olacak teorik bir yapı olarak tanıtılmış ve geliştirilmiştir (Grönroos, 1998: 329).

Modeli geliştiren Christian Grönroos (1984: 40) hizmetlerin kalitesini; teknik kalite, işlevsel kalite ve firma imajı olarak belirlediği üç bileşende toplamıştır (Şekil 5). Teknik kaliteyi; sunulan hizmetin sonucu ile ilgili, yani müşterilerin hizmetten elde ettikleri kazanımların neler olduğu şeklinde tanımlamıştır.

Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde teknik kalite, çalışanların rutin olan bilgilerini sunmadaki becerileri ile ilgilidir. Örneğin hemşirelerin ilaçları iyi tanınması, bir hekimin klinik ve ameliyattaki becerisi veya bir laboratuvar teknisyeninin kan testlerini yapmadaki uzmanlığı, hastaların hastanede ortalama yatış süresi, hastaların aynı hastaneye geri gelme oranları,

enfeksiyon oranları, vb. sorunların ölçümü teknik kaliteyi kapsamaktadır (Berwick, 1988: 254).



Şekil 5: Grönroos'un Hizmet Kalite Modeli

Kaynak: Koniczny, 2001:31.

İşlevsel kalite Grönroos (1984: 40) tarafından, hizmet sunumunda personel davranışlarının nasıl olduğu, yani müşteriye nasıl hizmet edildiği ile ilgili boyut olarak açıklanmıştır. Aslında algılanan kalite, yani beklenen hizmet ile alınan hizmetin karşılaştırılması esasına dayanmaktadır. Üçüncü boyutu oluşturan imaj ise, hizmet üreten işletmenin tüketiciler tarafından nasıl algılandığının bir sonucudur.

Bu üç boyut hizmet sunumunun kurumun ve güncel ürünlerin imajına olabilecek etkisini anlatmaktadır. Grönroos kaliteyi teknik ve fonksiyonel kavramlara ayırmasına rağmen, bu boyutların alt bileşenlerini potansiyel-

süreç ve sonuç kalitesi şeklinde düzenleyerek sıralamıştır (Konieczny, 2001: 32).

1.2.4.2. SERVPERF Hizmet Kalite Modeli

Model performansın algılaması üzerine kurulmuştur. Cronin ve Taylor (1992: 58) performansı ölçmenin, uzun dönem hizmet kalitesi tutumlarını daha iyi yansıttığını belirtmişlerdir. SERVQUAL ölçeğinde belirtilen beklenti unsurunun yerine performans unsurunu kullanmışlardır. SERVQUAL ölçeğinin bir çeşidi olan ve algılanan performans unsurunu içeren başarı ölçeği, sadece 22 parçayı içermektedir. Daha yüksek algılanan performans, daha yüksek hizmet kalitesi anlamına gelmekte ve SERVPERF modeli olarak bilinmektedir. SERVPERF ölçeğinin 22 maddesi somutluk, güvenilirlik, cevap verebilirlik, güvence ve empati boyutları içerisinde sınıflanarak, analiz edilmektedir (Cronin ve Taylor, 1994: 125-126).

Model ile hizmet kalitesi, tüketici memnuniyeti ve satın alma niyeti arasındaki ilişkiler araştırılmaktadır. Performans tabanlı model teorisi, satın alma niyetine etki eden hizmet kalitesi değil tüketici memnuniyeti üzerine kurulmuştur. Yöneticiler bilmelidir ki, tüketiciler aslında hizmet kalite algısının daha yüksek olduğu işletmelerden ya da onlardan en çok memnun olunanlardan satın almak istemektedirler. İşletmelerin kazançlarını gösteren ana nokta olması nedeniyle, tüketici memnuniyeti ölçümünün yönü oldukça önemlidir. Dolayısıyla SERVPERF yöntemi kısaca hizmet kalitesi=performans şeklinde formüle edilebilir (Baggs ve Kleiner, 1996: 38).

SERVPERF, SERVQUAL'ın beş boyutunu temel alarak müşterinin sadece algılamasını ölçer. SERVPERF modelinin sadece müşteri algılamalarını ölçmesi, bu modelin, pratik ve kolay uygulanabilir bir araç olarak çeşitli araştırmacılardan destek görmesini sağlamıştır. Aralarındaki farka rağmen, araştırmacıların her iki modeli de kullanmaları günümüze kadar süre gelmiştir. Ancak hangi modelin evrensel olarak en uygun olduğu

hususunda pek uzlaşma yoktur ve dolayısıyla en uygun modeli seçmek her araştırmacının kendi yargısına kalmaktadır (Yıldız, 2009: 1216).

Hindistan'da Madurai şehrinde kâr amaçlı ve kâr amaçlı olmayan iki tip sağlık merkezinde 100'er hasta üzerinde sağlık kuruluşlarında önemli hizmet kalitesi faktörlerinin belirlenmesi, bu faktörlerin hastalar tarafından nasıl algılandığı, sağlık kuruluşlarına olan hasta bağlılığı ve hizmet kalite faktörlerinin sağlık kuruluşlarına bağlılığa etkisinin araştırıldığı çalışmada SERVPERF yöntemi kullanılmıştır. Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesine ilişkin 34 ifadenin yer aldığı ölçek, yapılan faktör analizi sonucu hekim davranışları (physician behaviour), destekleyici personel (supportive staffs), fiziksel görünüm (atmospherics) ve operasyonel performans (operational performance) olmak üzere dört faktörde toplanmıştır (Vanniarajan, 2009: 69-72).

Kore'de 430 yataklı bir hastanede ayakta tedavi gören hastalardan 167 kişi üzerinde yapılan ve hastaların memnuniyet ve satınalma niyetlerinin ölçüldüğü bir çalışmada SERVQUAL ve SERVPERF yöntemlerinin karşılaştırılması yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda SERVPERF ölçeğinde tüketici memnuniyeti SERVQUAL'e göre daha iyi çıkmıştır (Lee vd., 2001: 55).

1.2.4.3. Kritik Olaylar Tekniği

Kritik olaylar tekniği, insan davranışlarının gözlemlenmesi sonucu günlük problemlerin belirlenmesi ve onların yararlı hale getirilmesinde kullanılan yolların sınıflandırılması için özel tanımlanmış prosedürler kümesinden oluşur. Sınıflandırma yöntemi olarak Kritik Olaylar Tekniği, faktör analizi, kümeleme analizi, çok boyutlu ölçekleme gibi diğer mantıksal gruplama işlemleri ile kategorize edilebilir (Bitner, Booms ve Tetreault, 1990: 73).

Kritik olaylar tekniği, esas itibarıyla, müşterinin hizmet alma durumunda beklentilerinin karşılandığı veya karşılanmadığı durumları veya

yaşadığı “kritik olayları” sınıflandırarak kayıt almayı içerir. Bu olaylar nitel görüşmeler yoluyla tüketicilere hizmet sunanlarla kayda değer bir durum yaşayıp yaşamadıkları sorularak, ayrıntılı bir şekilde toplanır. Daha sonra toplanan bu olaylar içerik analizi yapılarak belirli kategorilerde toplanır (Stauss ve Weinlich, 1997: 35).

Ayrıca bu yöntemde değerleyici çalışanı iş başında gözlemleyerek onun etkili ve etkisiz yönlerini belirleyebilir ve kayıt eder. Bu kayıtlar, iş sırasında meydana gelen çalışanın başarı ya da başarısızlıklarını belirleyen olaylardır ve bu çalışanın iş davranışı ve çalışma koşulları ile ilgili tanımlamaları içermektedir. Bu yöntemde değerlendirme, çalışanın bağımsızlık, sadakat gibi kişisel özellikleri yerine işe yönelik davranışlarına dayalı olarak yapılmaktadır (Erdoğan, 1991: 202).

Günümüzde uygulama alanı pek geniş olmayan bu yöntemin çeşitli sakıncaları bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi, çalışanın değerlendiriciyi sürekli olarak onu izleyen, kara kaplı defterine not alan birisi olarak algılayıp rahatsız olacağıdır. Ayrıca, kritik olayların kişilerin performanslarında ne oranda etkili olduğu belirlenemediğinden, kişiler arası performans farklılıklarını ortaya koymak da bu yöntemle kolay gerçekleştirilmemektedir (Helvacı, 2002: 165).

1.2.4.4. Hizmet Kalitesi (SERVQUAL) Modeli

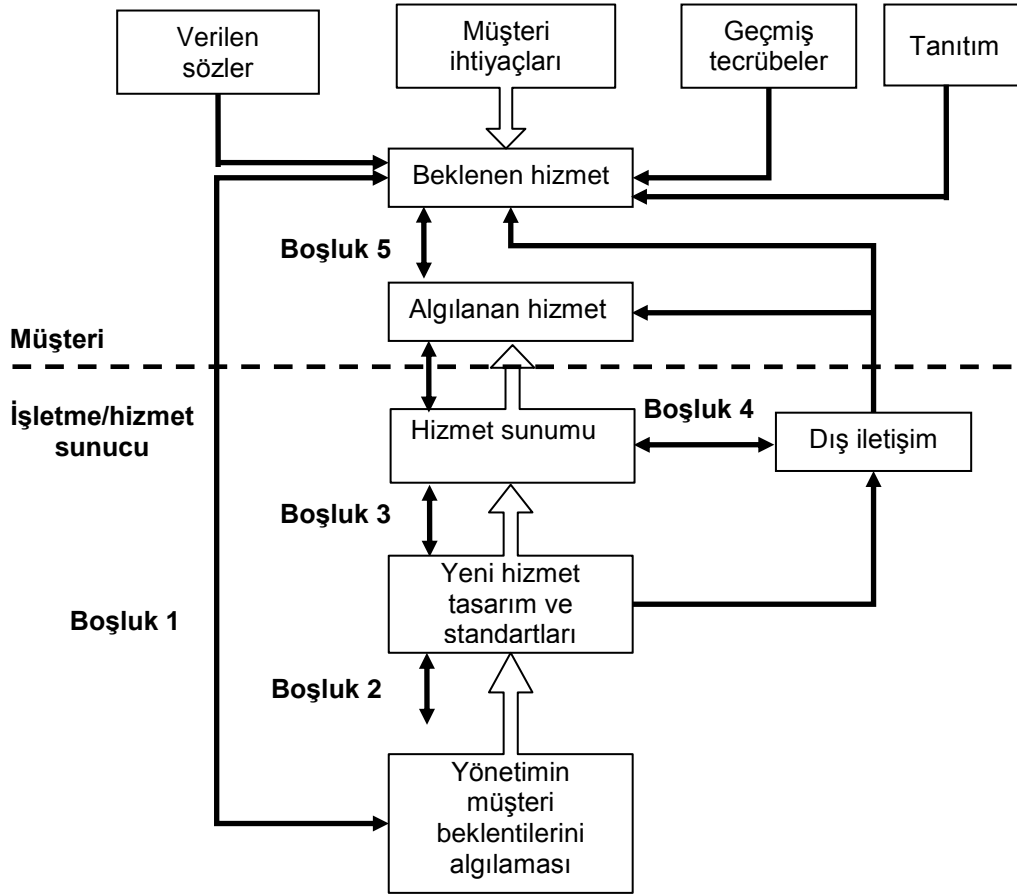
Hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetten beklentileri ile algıları arasındaki fark olarak tanımlanmaktadır. Eğer algılanan hizmet, beklenen hizmetin altında yer alırsa, müşteri hayal kırıklığına uğrayacaktır. Eğer algılanan hizmet beklentileri karşılırsa, müşteriler tatmin olacaktır. Ayrıca müşteri tatmininin sağlanması için performansın da yükselmesi gerekmektedir (Chowdhury, 2008: 134).

Hizmet alıcısının bakış açısıyla hizmet kalitesinin ölçümünde en yaygın olarak bilinen ölçek SERVQUAL'dir (Piligrimiene ve Buciuniene, 2008: 105). SERVQUAL ölçeği Pazarlama Bilim Enstitüsü'nün desteği ile

pazarlama bakış açısı temel alınarak geliştirilmiştir (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1986; Babakuş ve Mangold, 1992: 769). Ölçeğin amacı, geniş bir hizmet yelpazesi arasında ölçekte küçük değişikliklerle hizmet kalitesini ölçecek bir araç oluşturmayı sağlamaktır (Babakuş ve Mangold, 1992: 769). Ölçek, özellikle boşluk (gap) kavramı ve hizmet kalitesi boyutlarını birlikte ele alarak hizmet kalitesi ölçümünde kullanılmak üzere tasarlanmıştır (Wisniewski ve Wisniewski, 2005: 220). Parasuraman ve arkadaşlarının boşluk olarak ifade ettikleri bu noktalar, hizmet verenin hizmet kalite anlayışı ile uygulamaları veya müşterilerin hizmet beklentileri ile yararlandıkları esas hizmet arasındaki farklar şeklinde özetlenmiştir (Ersöz vd., 2009: 21).

Hizmet kalitesi modeli (Şekil 6) olarak ifade edilen modelin alt kısmında müşteri tatminsizliklerine neden olan işletme/hizmet sunucularından kaynaklanan ilk dört boşluk ve üst kısmında müşteri boşluğu olarak ifade edilen beşinci boşluk yer almaktadır (Chowdhury, 2008: 134-135):

- *Boşluk 1 Müşterilerin beklentilerine karşı yönetimin algıları:* Yönetim her zaman müşterilerin ne istediklerini doğru olarak anlayamayabilir.
- *Boşluk 2 Yönetim algılarına karşı hizmetin özellikleri:* Yönetim müşteri isteklerini doğru olarak algılamasına rağmen bazen müşterinin ihtiyaçlarını karşılayacak hizmet standartlarını sağlayamaz.
- *Boşluk 3 Yeni hizmet tasarım ve standardına karşı hizmet sunumu:* Personel standart hizmet sunumu için kötü eğitilmiş, yetersiz veya isteksiz olabilir. Personel, bazen müşterileri dinlemek ve onlara hızlı hizmet etme konusunda tembel ve yetersiz olabilir.
- *Boşluk 4 Hizmet sunumuna karşı dış iletişim:* Müşteri beklentilerini işletme temsilcileri tarafından yapılan açıklamalar ve reklamlar etkiler.
- *Boşluk 5 Algılanan hizmete karşı beklenen hizmet:* Bu boşluk hizmet kalitesi müşteriler tarafından yanlış algılandığı zaman oluşur. Tam olarak işletme 1 ila 4. boşlukları en aza indirebilirse, 5. boşluğu da azaltmış olacaktır. Dolayısıyla beşinci boşluk diğer dört boşluğun sonucunda ortaya çıkar ki, SERVQUAL model bu beşinci boşluğun sayısal bir ifadesi olarak geliştirilmiştir.



Şekil 6: Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak: Zeithaml ve Bitner, 2003; aktaran: Chowdhury, 2008: 134.

Hizmet sektöründe yer alan farklı kuruluşlara küçük uyarlamalar yapılarak uygulanabilecek şekilde geliştirilen SERVQUAL ölçeğinin (Wisniewski ve Wisniewski, 2005: 220) orijinal formunda kavramsallaşmış on boyut mevcuttur. Yapılan istatistikî analizler sonucunda bu boyutların bazılarının birbiri ile bağlantılı olduğu ve bu boyutların birleşiminden oluşan yeni boyutlara ihtiyaç olduğu belirlenmiştir (Ersöz vd., 2009: 20). Gerçekleştirilen yeni düzenlemeler neticesinde SERVQUAL, beş hizmet kalitesi boyutu içerisinde yapılandırılmış yirmi iki çift (22+22=44) sorudan oluşmaktadır (Wisniewski ve Wisniewski, 2005: 220). SERVQUAL'in beş boyutu kısaca şu hususlardan oluşmaktadır (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988: 23; Kilbourne vd., 2004: 524):

- *Somutluk (tangibles)*: Fiziksel özellikler, donanım ve personelin görünüşü.
- *Güvenilirlik (reliability)*: Güvenilir ve doğru bir şekilde söz verilen hizmeti yapabilme becerisi.
- *Cevap verebilirlik (responsiveness)*: Müşteriye yardımcı olmak ve hızlı hizmet sunmak için istekli olmak.
- *Güvence (assurance)*: Güven telkin edebilmesi için çalışanların nezaketi ve bilgisi.
- *Empati (empathy)*: İşletmenin kendi müşterilerine gösterdiği özel ilgi.

Son iki boyut (güvence ve empati), orijinal boyutlardan 7'sini (iletişim-communication, güvenilirlik-credibility, güvenlik-security, yeterlilik-competence, nezaket-courtesy, müşterileri anlama/bilme-understanding/knowing customers ve ulaşım-access) oluşturan ifadeler sadeleştirilerek oluşturulmuştur (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988: 23).

SERVQUAL ölçeğinin kullanım alanlarını Zeithaml ve arkadaşları (1990: 176-180) maddeler halinde şu şekilde belirtmişlerdir:

- Ayrı zamanlardaki müşteri beklenti ve algılarının karşılaştırılması,
- İşletmenin SERVQUAL skorlarının rakip işletmenin SERVQUAL skorları ile karşılaştırması,
- Kalite algısı farklı olan farklı müşteri kesimlerinin incelenmesi ve
- İç müşterilerin kalite algılarının değerlendirilmesi.

Sağlık işletmeleri açısından incelendiğinde, SERVQUAL aynı zamanda, hastane yöneticilerine kendi organizasyonlarında fonksiyonel kalitenin ölçümünde bir araç olma özelliği sağlamaktadır. Bu sebeple SERVQUAL'in sağlık hizmetleri endüstrisine en büyük katkılarından biri kaliteli hizmet sunumuna engel olan sorunların incelenmesi için önceden belirtileri tanımlaması ve bir başlangıç noktası oluşturması bakımından sektörün yeteneğini geliştirmesidir (Babakuş ve Mangold, 1992: 780).

Çünkü tüketiciler sağlık hizmetlerini değerlendirirken çoğunlukla farklı kriterler kullanırlar. Onlar hizmetlerin dağıtımında, hizmetten bekledikleri faydalar ve değerler gibi teknik olmayan bileşenlere önem verirler. Bu faydalar sağlık hizmetlerinin teknik parçaları içinde tüketicinin görüşü olarak

yer alır. Teknik olmayan bu yararlar içinde; hizmetlerden kolayca yararlanmak, çalışanlarla etkili iletişim imkânına sahip olmak, fiziksel konfor, hoş görünüm gibi tüketicilerin sağlık hizmetlerinden arzu ve beklentileri yer alır (Flexner ve Berkowitz, 1979: 504).

Son yıllarda pazarlama çabalarına hasta bakış açısıyla sağlık hizmetleri kalitesinin anlaşılması ve ölçülmesi egemen olmaktadır. Yazarlar, kalite ölçümünde odak olarak sağlık hizmetlerine erişim, hastaların tatmini ve endişeleri ve personel boyutları ile birlikte tıbbi sonuçları da içine alan daha geniş bir sağlık hizmetleri kalite modeli önermektedirler (Turner ve Pol, 1995: 45).

1.2.4.4.1. SERVQUAL Ölçeğin Üstün Yönleri

Hizmet sektöründe çok çeşitli alanlarda kullanılan SERVQUAL ölçeğinin avantajları aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Rohini ve Mahadevappa, 2006: 60):

- Hizmet kalitesinin farklı boyutlarını değerlendirmek için bir standart olarak kabul edilmektedir.
- Çok sayıda hizmet durumları için geçerli olarak gösterilmiştir.
- Güvenilir olarak bilinmektedir.
- Sınırlı sayıda maddeden oluşan bir araç olduğu için tasarruf sağlamaktadır. Ölçek, müşterilerin beklentileri ile işletmenin hizmet performansı arasındaki farkları belirleyerek basit ve anlaşılır sonuçlara ulaşmaktadır. SERVQUAL uygulanma kolaylığını ve esnekliğini basit bir kuram ile birleştirdiği için araştırmacılar ve işletme yöneticileri tarafından geniş kabul görmektedir
- Yorum ve sonuçlara yardım eden standart bir analiz prosedürü vardır.
- SERVQUAL eski ve yeni müşterilere belirli zaman aralıklarıyla kolaylıkla uygulanabilir. Böylece, zamanla müşteri beklentilerinde meydana gelen değişiklikler izlenebileceği gibi, işletmenin hizmet

kalitesini geliştirmeye yönelik çabalarının ne derece etkili olduğu da tespit edilebilir.

1.2.4.4.2. SERVQUAL Ölçeğe Yapılan Eleştiriler

Birçok hizmet kalitesi ölçümünde kullanılan SERVQUAL ölçeğinin yukarıda sayılan üstün yönlerinin yanı sıra eleştirilen yönleri de bulunmaktadır. Bu eleştiriler aşağıda şu şekilde belirlenmiştir (Stauss ve Weinlich, 1997: 34-35);

- Bu yöntemle toplanan veriler tamamen müşterinin kalite algılarını yansıtamamaktadır. Çünkü bütün kalite unsurlarının kapsamlı bir şekilde listelenmesi normal bir müşterinin isteyerek yanıtlayabileceği bir ankette daha geniş olacaktır. Bu nedenle, müşteri aldığı hizmet ile ilgili birçok olumlu ve olumsuz deneyimini aktaramamaktadır
- Diğer bir eleştiri, cevaplayıcıların kalite deneyimleri sorunlu bir şekilde toplanmaya zorlandığı yönündedir. Örneğin, bir hastane müşterisinden hastane çalışanlarının tutum ve davranışları hakkındaki deneyimini öğrenmek için sorduğunuz sorudan, müşteri tutum ve davranışları farklı olan birçok çalışanla iletişim içerisinde olacaktır. Dolayısıyla değerlendirmenin tek bir noktada yapılması kişinin doğru değerlendirme yapmasında zorluklar yaşamasına neden olacaktır.
- Ölçekte yer alan kalite boyutlarının soyut bir biçimde ifade edilmesi, araştırma sonuçlarının da soyut olduğu yönündeki eleştirilere neden olmaktadır. Örneğin; “personelin dostça davranışları” konusundaki müşteri beklentileri ile algılamaları arasında önemli fark çıkması kalitenin düşük olduğunu göstermektedir. Ancak, Ölçek personelin hangi davranışlarının dostça olmadığı hususunda ipucu vermemektedir. Bu nedenle, SERVQUAL kullanılarak gerçekleştirilen bir çalışmadan elde edilen sonuçların kalite yönetiminde yol gösterip göstermediği tartışılabilir (Stauss ve Weinlich, 1997: 35).

- Beklenen ya da arzu edilen hizmet seviyesi çoğu zaman hizmetle ilgili algılamadan yüksektir. Bu da, hizmeti kaliteli olarak nitelendiren cevaplayıcılar için fark değerlerinin çok az değişkenlik göstermesi anlamına gelmektedir. Öte yandan, cevaplayıcılara genel hizmet kalitesi ve tatmin düzeyi ile ilgili düşünceleri tek bir soru ile sorulduğunda verdikleri cevaplar ile fark puanları arasındaki ilişkinin tutarsız olduğu ifade edilmektedir. Örneğin; SERVQUAL kullanılarak yapılan çalışmalarda fark puanlarının genellikle negatif çıkmasına karşın, cevaplayıcıların “size göre, genel anlamda bu işletmenin hizmet kalitesi nasıl” sorusuna “çok iyi” şeklinde cevap verebildikleri yönünde eleştiri yapılmaktadır (Smith, 1995: 264- 265).
- SERVQUAL ölçeğinin tüm hizmetlerin algılanan kalitesinde kullanılan standart bir ölçek olduğu, ancak profesyonel hizmet kalite ölçümleri için boyutların yeterli olmadığı görüşü de araştırmacılar tarafından vurgulanmaktadır (Piligrimiene ve Buciuniene, 2008: 105).
- Bir diğer eleştiri de hizmet kalitesi ölçümünde tüketicilerin beklentilerinin ölçülmesine gerek olmadığı, sadece tüketicilerin hizmet performansındaki algılarının ölçülmesinin hizmet kalitesi için yeterli olacağı görüşüdür (Cronin ve Taylor, 1992).
- Hasta tatmini üzerindeki teknik olmayan faktörlerin etkisini analiz etmek için alternatif bir model olan SERVQUAL yaklaşımı, iletişim, personelin kibar ve saygılı oluşu ile yardımcı olmaya hazır bulunması gibi özellikleri içermektedir. Bu kalite algılamaları genel memnuniyet ile ilişkilidir. Personel davranışlarını yansıtan faktörlere ek olarak, diğer bazı genel özelliklerde dâhil olmak üzere konfor ve görünüm gibi atmosferik faktörler de hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerdir (Peyrot, Cooper ve Schnaph, 1993: 25).

1.2.4.5. Sağlık Hizmetleri Kalite Ölçümünde SERVQUAL Uygulamaları

Bu bölümde sağlık hizmetlerinde kalite ölçümü uygulamaları hakkında bazı örnekler verilecektir. Pek çok araştırmacı sağlık hizmetleri kalite ölçümünde kullanılan SERVQUAL yönteminin profesyonel hizmet kalitesinin tüm boyutlarını kapsamadığını ve sağlık hizmetlerinde çok önemli olan daha teknik kalite yönlerini temsil eden ilave boyutların eklenmesi gerektiğini savunmaktadır (örneğin temel tıbbi hizmet) (Piligrimiene ve Buciuniene, 2008: 105). Ancak, sağlık hizmetleri alanında SERVQUAL birçok araştırmada kullanılmıştır (Choi vd., 2005; Duggirala, Rajendran ve Anantharaman, 2008).

Babakuş ve Mangold (1992) tarafından yapılan çalışmada hastanelerde geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu belirtmelerine karşılık, yine sağlık hizmetlerinde yapılan bazı çalışmalarda SERVQUAL testlerinde farklı bulgular elde edilmiştir. Örneğin Bowers ve arkadaşları (1994) çalışmalarında SERVQUAL'de bulunmayan "bakım ve hasta çıktıları" olarak adlandırdıkları iki büyük boyut eklemiştir. Bakım boyutu, "hastaya sevgiyle yaklaşma duygusu ve özel insan ilişkilerini", çıktılar boyutu ise ağrının dindirilmesi, hayat kurtarma veya tıbbi müdahale sonrası yaşanan öfke ya da hayal kırıklığını kapsamaktadır (aktaran: Ramsaran-Fowdar, 2008: 111).

Turner ve Pol (1995) SERVQUAL kullanarak yaptıkları çalışmalarında hasta bakış açısıyla ele aldığı sağlık hizmetlerinin kalitesini, odak noktaya, erişim, sağlık personeli, klinik çıktılar ve müşteri tatmini boyutlarını yerleştirerek ölçmeye çalışmıştır.

Sağlık hizmetlerinden özellikle hekim-hasta ilişkisinin ele alındığı bir başka çalışmada da "profesyonel güvenilirlik", "mesleki yeterlilik" ve "iletişim" in hem hekimlerin hem de hastaların hizmet kalitesi değerlendirmesinde önemli faktörler olduğu belirlenmiştir (Brown ve Swartz, 1989: 95).

Orta Atlantik bölgesinin küçük bir şehrinde bulunan özel bir tanısal görüntüleme merkezine gelen hastalar üzerinde hizmet planı ve SERVQUAL yaklaşımına dayanarak gerçekleştirilen bir çalışmada, yapılan faktör analizi sonucunda hizmet kalitesi, personel davranışı, ön inceleme konforu ve

muayene konforu olmak üzere üç faktöre ayrılmıştır (Peyrot, Cooper ve Schnapf, 1993: 26):

- *Personel davranışı* (dostluk, yardımseverlik, açıklama);
- *Ön inceleme konforu* (bekleme odası, bekleme süresi, kullanımı kolay formlar gibi);
- *Muayene konforu* (fiziksel rahatlık ve muayene odasındaki süre).

Avustralya'da beşi tıp merkezi, on ikisi anne ve çocuk sağlığı merkezi olmak üzere birbirinden farklı sağlık hizmeti sunan kuruluşların hizmet kalitesi boyutlarını karşılaştırmak için SERVQUAL ölçeği kullanılarak 490 kişi üzerinde bir araştırma yapılmış ve araştırma sonucunda dört istikrarlı boyut tespit edilmiştir (Dean, 1999: 10):

- *Güvence*
- *Somutluk*
- *Empati*
- *Güvenilirlik ve cevap verebilirlik*

Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda doktorlar ve uygulamaları hakkında 594 kişi üzerinde yapılan bir çalışma temel bileşenler analizi ve varimax rotasyonu kullanılmış, analiz sonucunda tüketici tatminin etkileyen altı faktör olduğu belirlenmiştir (Gabbott ve Hogg, 1994: 30):

- *Servis çeşitliliği* (örneğin özürülüler için uzmanlar, tesisler gibi);
- *Empati* (resepsiyonistin tavrı, hasta bakıcı tutumu, ev ziyaretleri gibi);
- *Fiziksel erişim* (park alanı, toplu taşıma araçları ile erişim, randevu zamanının uygunluğu gibi);
- *Doktor özelliği* (yaş, cinsiyet, doktor sayısı gibi);
- *Hizmet alını* (bekleme odasının fiziksel durumu, dekorasyon gibi);
- *Cevap verebilirlik* (doktorla geçirilen zaman ve bekleme odasında geçirilen zaman).

Ülkeler arasında sağlık hizmet kalitesi ölçümünün karşılaştırmasında SERVQUAL ölçeğinin kullanılabilirliğini ortaya koymak amacıyla ABD ve İngiltere'yi kapsayan bir çalışmada, SERVQUAL'in hizmet kalite boyutlarından, somutluk, cevap verebilirlik, güvenilirlik ve empati boyutlarını ihtiva ettiği bulunmuştur (Kilbourne vd., 2004: 528).

Avustralya'da 1297 kişi üzerinde yapılan bir başka çalışmada, kişilerin pratisyen hekim hizmetlerini tercih etmelerinde etkisi olan, iletişim, doktor-hasta ilişkisi, aynı cinsiyetteki hastalar, tavsiye ve verilen kararlarda hastaların güçlendirilmesi gibi beş ana hizmet niteliği tanımlanmıştır (Morrison, Murphy ve Nalder, 2003: 10).

Houston üniversitesi sağlık kliniğinde tedavi olan 431 hasta üzerinde yapılan araştırmada SERVQUAL'in beş boyutunu temsil eden 15 maddelik bir ölçek kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre, güvence boyutu en olumsuz olmak üzere tüm boyutlar olumsuz olarak ölçülmüştür (Anderson, 1995: 34).

Singapur hastanelerinde 252 kişi üzerinde hastaların beklenti ve algılarını belirleyemeye yönelik yapılan bir çalışmada SERVQUAL ölçeği kullanılmış, ancak ölçeğe somutluk (tangibles), güvenilirlik (reliability), cevap verebilirlik (responsiveness), güvence (assurance) ve empati (empathy) boyutlarının yanı sıra erişebilirlik ve uygunluk (accessibility and affordability) boyutu da eklenmiştir. Dolayısıyla ölçekte 6 boyutu oluşturan toplam 25 ifadeye yer verilmiştir (Lim ve Tang, 2000: 291).

Devebakan ve Aksaraylı (2003) tarafından SERVQUAL ile özel bir hastanede algılanan hizmet kalitesi düzeyinin ölçülmesi amacıyla yapılan araştırmada özetle şu sonuçlara ulaşılmıştır: Araştırmaya katılan hastaların en önemli buldukları hizmet kalitesi boyutları sırasıyla; güvenilirlik, güvence, anında hizmet, fiziksel özellikler ve empatidir.

Bangalore'de beş hastanede toplam 500 hasta üzerinde, hastanelerin hizmet kalite boyutlarının hastaların beklentilerini ne kadar karşıladığı, hasta beklentilerini yönetimin algılama düzeyini ve kalite boyutlarının hastalara göre önem derecelerinin araştırıldığı çalışmada; hastaların sağlık hizmetlerinin kalitesini maddi varlıklar, güvenilirlik, cevap verebilirlik, güvence ve empati açısından tanımladıklarını ortaya koymaktadır. Ayrıca çalışmadan elde edilen bulgular, SERVQUAL'in sağlık hizmet kalitesini ölçmek için tutarlı ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir. Sonuçlar sağlık hizmetleri kalitesinin geliştirilmesi için gerekli alanların belirlenmesine dikkat çekmektedir (Rohini ve Mahadevappa, 2006: 81).

Diğer taraftan Haywood-Farmer ve Stuart (1990) hizmet kalitesi için profesyonel kararları, fiziksel unsurlar ve çalışan davranışlarını içeren bir model önerdiği çalışmasında, “öz hizmet”, “hizmet özelleştirme” ve “mesleki bilgi” boyutlarını dışarıda bıraktığı için SERVQUAL’in profesyonel hizmet kalitesi ölçümü için uygun olmadığını ileri sürmektedir.

Yukarıda verilen çalışmaların özetlerinde de görüldüğü gibi sağlık hizmetleri alanında SERVQUAL’in kullanımı bir yeknesaklık göstermemektedir. Bazı çalışmalarda SERVQUAL yönteminin hem tutarlı, hem de güvenilir olduğu ileri sürülmektedir (Rohini ve Mahadevappa, 2006; Babakus ve Mangold, 1992; Cronin Taylor, 1994). Buna karşılık bazı çalışmalarda SERVQUAL yetersiz bulunduğundan yeni boyutlar eklenmiştir (Haywood-Farmer ve Stuart,1990; Lim ve Tang, 2000); bazı çalışmalar da ise SERVQUAL’in standardize edilmiş beş boyutu yerine farklı boyutlar elde edilmiştir (Gabbott ve Hogg, 1994; Dean, 1999; Peyrot, Cooper ve Schnapf, 1993). Dolayısıyla SERVQUAL ölçeğinin sağlık hizmetlerinde kalite ölçümünde kullanılan önemli bir araç olduğu, ancak tüm çalışmalarda aynı boyutların kullanılmadığı ifade edilebilir.

Özet olarak ifade edilecek olursa, teknolojiye paralel olarak tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, kitle iletişim araçlarının kullanımının yaygınlaşması, tıbbi hataların tartışılır hale gelmesi gibi faktörler sağlık hizmet sunumunda önemli bir yere sahip olan hastanelerin yoğun rekabet ortamında faaliyetlerini sürdürmelerine neden olmaktadır. Böyle bir ortamda hastanelerin verimli ve etkili bir hizmet sunarak rekabet üstünlüğünü sağlamaları kaliteli hizmet sunmalarına bağlıdır. Ancak sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerinden dolayı, sunulan hizmetin kalitesinin ölçülmesi somut ürünlerdeki gibi kolay olmamaktadır. Özellikle sağlık hizmetleri kalitesinin teknik ve fonksiyonel kalite olmak üzere iki farklı yönünün bulunması ve tüketicilerin sağlık hizmetleri sunucularının tutumları sonucu oluşan algılarını ifade eden fonksiyonel kaliteyi değerlendirmeleri bu durumu daha da zorlaştırmaktadır. Tüketicilerin hizmet kalitesi ile ilgili bakış açılarının farklı olması bu konudaki ölçüm modellerinin de çeşitlilik göstermesine neden olmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında hizmet kalitesi değerlendirmesinde

kullanılan birçok yöntem olmakla birlikte, bunlardan en yaygın kullanılanı tüketicilerin hizmetten beklentileri ile algıları arasındaki farkın oluşturduğu hizmet kalitesini ifade eden SERVQUAL yöntemidir. Hizmet kalitesinin ölçülmesinde önemli bir araç olarak kabul edilen SERVQUAL yöntemi, yapılan birçok eleştiriye rağmen sağlık hizmet kalitesinin ölçümünde de kullanılan önemli bir araç olduğu söylenebilir.

İKİNCİ BÖLÜM

MARKA VE MARKA DEĞERİ: TANIMLAMALAR, TARİHSEL GELİŞİMİ, ÖLÇÜM MODELLERİ VE BOYUTLARI

Son yıllarda işletmeler arasında rekabette önemli bir araç da markalaşmadır. Markalaşmayı gündeme getiren gelişmelerden en önemlisi, üreticilerin ticaret ve tüketiciler üzerinde belli bir denetim ve etkinlik sağlama gerekliliğidir. Bu gereklilik sanayi devrimi sonucunda üretici-tüketici ilişkisinin farklılaşması, toptancıların hâkim olduğu bir pazar yapısı ile doğrudan ilişkilidir. Bu dönemde artan nüfus ve şehirleşmeye paralel olarak talepte de bir artış olmuş, talep artışı ve ulaşımın genişlemesi, pazar yapılarını değiştirmiş genişletmiş ve perakendeci sayısını da artırmıştır. Bu da üretimde belirgin bir artışı ortaya çıkarmıştır. Ancak üretici ve tüketici arasındaki iletişim için benzer gelişmeler henüz ortaya çıkmamıştır. Dağıtım kanalları toptancı ve perakendecilerin elinde olduğundan üreticilerin bağımsız hareket edebilme olanakları söz konusu değildir. Üreticilerin bu dönemde markasız mallar sattıkları; çok az iletişim reklam ve çabasında buldukları ve toptancıların düşük ücret taleplerine boyun eğdikleri gözlenmektedir. Üreticilerin bu koşullara isyanı markalaşma sürecinin ilk ateşini vermiş görünmektedir (Uztuğ, 2008: 14-15). Dolayısıyla markalaşma, ürününüzü veya işletmenizi müşterinizin zihninde farklılaştırma ile ilgilidir (Trout, 2005: 38).

Günümüzde markalar, ekonomik, sosyal, kültürel, sportif hatta dinsel hayatımızın her alanına nüfuz etmektedir. Bu nedenle markalar modern toplumun önemli bir oyuncusu haline gelmiştir (Kapferer, 2008: 9).

2.1. MARKA KAVRAMI

Bilgi ve iletişim teknolojilerinde yaşanan hızlı gelişim ve bunun getirdiği yoğun rekabet ortamı pazarlama anlayışında da değişimi beraberinde getirmiştir. Bu değişimin en önemli kavramlarında birisi de marka olmuştur. Bu bölümde marka ile ilgili kavramların tanımı, markanın gelişimi, marka fonksiyonlarına ilişkin bilgiler, hizmetlerde ve sağlık hizmetlerinde markalaşma ve marka değeri konuları aşağıda başlıklar halinde ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır.

2.1.1. Marka İle İlgili Kavramlar

Bu bölümde marka konusunda literatürde yapılmış çeşitli tanımlamalar, marka kişiliği, marka kimliği ve marka imajı hakkında bilgi verilecektir.

2.1.1.1. Marka Tanımları

Marka konusunda önemli çalışmalara sahip olan Aaker markayı, “bir ya da bir grup satıcının, mallarını veya hizmetlerini ayırt etmeye yarayan ve rakiplerinden farklı kılan, ayırt edici isim ve/veya sembol (logo, ticari isim veya paket tasarımı gibi) olarak tanımlamıştır (Aaker, 1991: 7). Amerikan Pazarlama Birliği (AMA) de markanın tanımlanmasında bu tanıma benimsemiştir.

Bir diğer tanıma göre marka, herhangi bir işletme tarafından üretilerek ya da birçok aracı kurum tarafından piyasaya arz edilmekte olan, mal ve hizmetlere bir kimlik kazandırarak, ilgili ürünü rakiplerinden farklı kılan bir isim, sembol, terim ya da bunların birleşimidir (Kotler, 2001: 188). Diğer bir ifadeyle marka, işletmelere ürünleri için spesifik imajlar geliştirmesine

yardımcı olurken rakipler tarafından taklit edilmemesine yardımcı olan bir etkidir (Ar, 2007: 8).

Türkiye’de 27/06/1995 tarihli Resmi Gazete’nin yayımı ile yürürlüğe giren Markaların Korunması Hakkındaki Kanun Hükmündeki Kararnameye göre marka; “bir teşebbüsün mal veya hizmetlerini bir başka teşebbüsün mal veya hizmetlerinden ayırt etmeyi sağlaması koşuluyla, kişi adları dâhil, özellikle sözcükler, şekiller, harfler, sayılar, malların biçimi veya ambalajları gibi çizimle görüntülenebilen veya benzer biçimde ifade edilebilen, baskı yoluyla yayımlanabilen ve çoğaltılabilen her türlü işaretler” olarak tanımlanmıştır (556 Sayılı KHK, 1995: Madde 5).

Marka, Türk Dil Kurumu Sözlüğü’nde; “bir ticari malı, herhangi bir nesneyi tanıtmaya, benzerinden ayırmaya yarayan özel isim veya işaret.” olarak tanımlanmaktadır (www.tdk.org.tr).

Styles ve Ambler (1995) marka kavramına iki farklı bakış açısıyla yorum getirmişlerdir. İlk olarak ürün bazında düşünüldüğünde, markayı ürüne değer yaratan ilave bir katkı olarak değerlendirmişlerdir. Marka ürünün bir çok boyutuna ilave değer katarak, imaj ve prestij yönünde bir katma değer oluşturmaktadır. İkinci yaklaşımda ise, markanın kendisi esas alınmaktadır. Pazarlama karmasının unsurları marka tarafından birleştirilmekte ve markayı destekler biçimde yönetilmektedir (aktaran: Erdil ve Uzun, 2009: 23).

Marka bir patent ya da şöhret değildir (Abrahams, 2008: 17). Marka müşterinin ürün veya hizmetler ile bunların üretildiği işletme hakkında sahip olduğu toplam algısal deneyimdir (Hammond, 2008: 14). Marka, içerdiği somut değerlerin ötesinde hedeflenen algılar gibi soyut değerleri de kapsamaktadır. İşletmeler tüketici odaklı marka oluşturma gereğinin bir sonucu olarak, hedef kitleye yönelik olarak marka imajı ve algılarını oluşturmaya çalışmalıdır (Erdil ve Uzun, 2009: 20). Esas itibarıyla, etkin ve iyi yönetilen bir marka, yasal bir varlık olarak hakları karşılamak, ilişkisel bir varlık olarak yakınlık inşa etmek ve ekonomik bir varlık olarak değer yaratmak gibi üç çeşit soyut değeri içerir (Abrahams, 2008: 17).

Pazarlamacılar marka kimliğinin oluşumunda dayanak noktasını hangi kısım veya kısımların oluşturacağına karar vermek zorundadırlar. Sadece

markanın öz niteliklerini tanıtmak veya teşvik etmek bir hata olur: Çünkü alıcılar markanın sadece öz nitelikleri ile değil aynı zamanda sağladığı faydalarla da ilgilenmektedirler. Ayrıca rakipler marka özelliklerini kolayca kopyalayabilirler. Diğer taraftan, bugün tüketici için özellikli olan bir marka, yarın cazibesini kaybedebilir (Kotler, 2001: 188).

Ürünün rengi, tadı, kokusu ve malzemesi gibi markanın ismine, imajına ve ambalajına etki eden faktörlerin uyumlu dizaynı markalama olarak tanımlanmaktadır (Bell, 2008: 42). Sonuçta bir markayı daha çok kalıcı kılan anlamlar, onun özünü tanımlayan değeri, kültürü ve kişiliğidir. Dolayısıyla, marka farklı düzeylerde anlamlar içerebilir (Tablo 1).

Tablo 1: Marka Anlamının Düzeyleri

Anlam	Tanımlama	Örnek
Öznitelikler	Bir marka belirli özellikleri akla getirmektedir.	Mercedes denince, pahalı, iyi yapılı, dayanıklı, yüksek prestijli arabalar anlaşılıyor.
Yararlar	Özniteliklerini fonksiyonel ve duygusal faydaları açıklamalıdır.	Fonksiyonel bir fayda sağlayan “dayanıklı” öznitelik; “satın almak istediğim takdirde birkaç yıl boyunca başka bir araç almak zorunda olmayacağım” şeklinde açıklanabilir.
Değerler	Marka, üreticinin değerleri hakkında birkaç şey söylüyor.	Mercedes, yüksek performans, güvenlik ve prestiji sayesinde ayakta duruyor.
Kültürü	Marka belli bir kültürü temsil edebilir.	Mercedes Alman kültüründeki; organize olmayı, verimliliği ve yüksek kaliteyi temsil ediyor.
Kişilik	Marka belirli bir kişiliği yansıtıyor olabilir.	Mercedes’in insanlarda patron kişiliğini temsil ediyor olması.
Kullanıcı	Marka, ürünü kullanan veya satın alan müşteri kesimi hakkında belirli bir fikir vermektedir.	Mercedes araçları 20 yaşındaki mağaza çalışanlarından daha çok 55 yaşındaki üst düzey yöneticiler satın alır.

Kaynak: Kotler, 2001:188.

Özetle ürünlerin fabrikada üretilmelerine karşılık, markaların zihinlerde oluşturulması (Trout, 2005: 31), markanın tüketiciye hem ürünü tanıtmayı hem de karar verme sürecinde yardımcı olacak sembolik bir anlam taşımasına neden olmaktadır. İyi seçilmiş bir marka ismi, ürünün yararlarını

ortaya koymak, markanın kimliğine katkıda bulunmak, alışverişini kolaylaştırmak, kaliteyi belirtmek, güvenlik, güç, dayanıklılık, hız, statü, seçkinlik ve tek olmak duygularını ortaya koymak gibi spesifik birçok avantaj sağlayabilir. Aynı türden olan mallar pazarlandığı zaman marka ürünün ayırt edici özelliği olabilir (Turley ve Moore, 1995: 42).

2.1.1.2. Marka Kişiliği

Marka kişiliği, bir marka ile ilişkili insan özelliklerinin kümesi olarak tanımlanmaktadır. Bu ilişkiler insan dışı varlıklara insan özellikleri atfetmek için daha genel bir eğilimi yansıtır olabilir. Bununla birlikte marka kişiliği ve insan kişiliği tam olarak benzememektedir. Aaker (1997) tarafından yürütülen kapsamlı bir araştırmada, markaların tüketicilerin zihninde kişilik özellikleri ile ilişkili farklılıkların olabileceği belirlenmiş ve marka kişiliğinin beş boyutu samimiyet, heyecan, yetkinlik, sofistike ve sağlamlık olarak tanımlanmıştır (Sung ve Tinkham, 2005: 336-337).

Bu boyutlardan *samimiyet*, neşeli, samimi, dürüst ve milli ifadelerini; *heyecan*, cesur, canlı, yaratıcı ve güncel ifadelerini; *yetkinlik* güvenilir, sorumluluk sahibi, güvenli ve etkili ifadelerini; *sofistike*, büyüleyici, iddialı, çekici ve romantik ifadelerini ve *sağlamlık* ise dayanıklı, güçlü, açık ve sağlam ifadelerini içermektedir (Aaker, 1997: 351).

Marka kişiliği, bir marka ile bağdaştırılan insani özelliklerin bir kümesi olarak tanımlanabilir. Bu nedenle cinsiyet, yaş ve sosyoekonomik sınıf gibi özelliklerin yanı sıra sıcakkanlı, ilgili ve duygusal olma gibi klasik insan kişilik özelliklerini de içerir (Aaker, 1996a: 141).

Markaya çeşitli yönlerden yardımcı olabilen marka kişiliği, ilk olarak müşterilerin kendi kişiliklerini ifade etmek için bir aracı olabilir. Eğer marka güçlü bir kişiliğe sahipse kendini ifade etme çoğunlukla daha canlıdır; çünkü ifade etmekte olduğu bir kişiliktir. İkinci olarak marka kişiliği, kişiler arası ilişkiler örnek alınarak oluşturulan ve müşterinin marka ile içinde olması

gereken ilişki tipini ortaya koymaktadır. Son olarak marka kişilikleri fonksiyonel fayda ve ürün özelliklerini etkin bir biçimde temsil edip, bununla ilgili ipuçları verebilmektedir (Aaker, 1996a: 173-174).

2.1.1.3. Marka Kimliği

Marka kimliği, herhangi bir ürün üzerine bir giysi giydirmektir. İnsan özelliklerinin yaşamsal içerikle evcilleştirdiği bir oluşumdur. İnsani özellik vermek, markanın bir insan karakterine sahip olması ve tüketici ile konuşan, duygularına ortak olan, vb. özellikler sergilemesidir. Tüm diğer marka özellikleri arasında marka kimliği belki de marka düşüncesinin ilk ve temel odak noktasıdır (Elitok, 2003: 47-48).

Bir kişinin kimliği, kişinin amacını, yönelimini ve anlamını bulmak için kullanılmaktadır. Şu soruların ne kadar önemli olduğu göz önünde bulundurulmalıdır:

- Benim öz değerlerim nelerdir?
- Ben neyi simgelemekteyim?
- Nasıl algılanmayı istemekteyim?
- Hangi kişisel özellikleri yansıtmaktayım?
- Hayatımdaki önemli ilişkiler hangileridir?

Bir marka kimliği de, markanın amacını, yönelimini ve anlamını içermektedir. Marka kimliği, bir markanın stratejik vizyonunun merkezinde bulunmaktadır. O halde tam olarak marka kimliği, marka stratejistlerinin oluşturmayı ya da elde etmeyi amaçladığı yegâne marka bütünlüğüdür. Bu bütünlük markanın neyi simgelediğini ve tüketiciye neyi çağrıştırdığını sergilemektedir” (Aaker, 1996a: 68).

Dolayısıyla aşağıdaki sorulara cevap vermek marka kimliğinin açıkça tanımlanmasına neden olacaktır (Kapferer, 2008: 172):

- Markanın belirlenmiş vizyon ve amacı nedir?
- Markayı farklılaştıran nedir?
- Marka olmak için ne gerekmektedir?

- Markanın değişmez yapısı nedir?
- Markanın sahip olduğu değer (veya değerler) nedir?
- Markanın meşruiyeti ve yetki alanı nedir?
- Markayı tanınabilir yapan işaretleler nelerdir?

Bu soruların cevapları markanın gerçek farklılıklarını oluşturmaktadır.

2.1.1.4. Marka İmajı

Marka imajı uzun zamandır pazarlamada önemli bir kavram olarak kabul görmüş olsa da, tanımı üzerinde henüz bir anlaşma sağlanamamıştır. Böyle olmakla birlikte marka imajı, tüketici hafızasında yer eden marka ilişkisinin yansımalarının algısı olarak tanımlanabilmektedir. Marka ilişkisi ile markanın özelliği, faydası ve hafızadaki yeri ifade edilmektedir (Keller, 1993: 3). Marka imajı, tüketicinin zihninde işletmenin sahip olduğu marka kişiliği ve marka tutumlarının toplamından oluşmaktadır (Pitta ve Katsanis, 1995: 54).

Marka imajı, markanın güçlü, zayıf, olumlu ve olumsuz yönleri ile ilgili büyük ölçüde kontrol edilemeyen algılamaların toplamıdır. Bu algılar zamanla marka ile doğrudan veya dolaylı olarak gerçekleşen deneyimler sonucu oluşur. Tüketicilerde oluşan bu algılar markanın imajını oluşturur. Dolayısıyla algılar değiştikçe imaj da değişir (Perry ve Wisnom, 2003: 7).

Marka imajı bir kişinin veya kişiler grubunun bir ürüne gösterdiği duygusal olduğu kadar rasyonel bağdaştırmalar bütünü, bir başka deyişle ürünün, kişiye çağrıştırdığı duygu ve düşünceler bütünüdür. Yapılan çalışmalar tüketicilerin, markaların işlevsel ve sembolik yönlerini bir arada gördüklerini, hem işlevsel hem de sembolik çekiciliğe sahip markaları kabullenmede bir sorun yaşamadıklarını göstermektedir. Örneğin yapılan bir çalışmaya göre Nike işlevsel ve prestijli bir marka olarak algılanmaktadır. Zippo çakmakları salt yakma işlevini değil, statü imajını da taşımaktadır. Harley-Davidson sahipleri için bu motosikletler sadece işlevsel olarak tatmin edici araçlar değil, bir deneyim, tutum, bir yaşam biçimi ve kim olduklarını açıklama araçlarıdır (Hill ve Rifkin, 2001: 149-150).

İmajın temel özelliklerinden biri de görsel sunumdur. Görsel sunum, marka imajının sözel olmayan güçlü bir bileşeni olarak değerlendirilir. Görsel sunumun bir diğer önemli ayağı, markanın sahip olduğu özgün ve biricik sembollerin tüketici zihninde saklanma ve hatırlanmasına olan etkisidir. Pazarlama iletişimi kaynaklı görsel kimlikli uygulamaları ve mesajlar, markaya yönelik resmin tüketici zihninde oluşmasında temel bir etkidir. Bu anlamda marka imajı, tüketicilerin marka ismiyle ilişkilendirdikleri özellik ve çağrışımların bütündür. Marka imajı, pazarlama iletişim stratejisi ve uygulamalarının ürünle ilişkilendirdiği çağrışımlarla tüketici zihninde biçimlenmektedir (Uztuğ, 2008: 40).

Marka imajı tüketicilerin algısıdır. Markayla ilgili olan marka imajına bağlı olan nitelikler tüketiciler arasında farklı şekilde algılanabilir. Marka imajı, markanın önceki performansına göre tüketicilerin zihninde oluşur. Yani önceki tüketim deneyimi ve markanın tüketici ihtiyaçlarını karşılama becerisi, bu imajın oluşmasında rol oynar (Erdil ve Uzun, 2009: 107).

2.1.2. Marka Kavramının Tarihsel Gelişimi

Marka kavramı yüzyıllar öncesine dayanmaktadır. Eski Mısır'da tuğla ustalarının, kendi tuğlalarını tanımlamak için üzerlerine işaretler koydukları görülmektedir. Avrupa'da markalamanın ilk sinyalleri ise ortaçağda görülmektedir. Bu dönemdeki markalaşma girişimleri, ürünlerin taklit edilmemesi ve müşterilere kaliteli ürün sunulması çabalarını kapsamaktadır (Batey, 2008: 2).

“Marka isimleri” ilk olarak 16. yüzyılda ortaya çıkmıştır. Viski üreticileri o dönemde ürünlerini ahşap variller içinde gemilerle satış noktalarına gönderirlerdi. Her bir varilin üzerine üretici ismi ya da marka ismi yakılarak yazılırdı. Bu marka isimleri sadece tüketici tarafından üreticinin tanınması için değil, aynı zamanda bar veya meyhane sahiplerinin ucuz ürünleri bu ürünler adı altında kullanmasını da engelliyordu. Markalaşmanın bu temel amacı bugün de hala önemini korumaktadır (Farquhar, 1989: 24).

Tarihi süreç içerisinde gözlenen markalama çalışmalarının ve faaliyetlerinin hep birlikte cevap aradığı sorular şunlardır (Atılğan, 2005: 4);

- Bunu kim yaptı?
- Hangi yıl yaptı?
- Sahibi kim?
- Bu nedir?
- Bunu özel yapan nedir?

Marka kavramı zaman içerisinde gelişerek 18. yüzyılda birçok üreticinin isimlerinin yerini ünlü kişi, yer ve hayvanların resim ve isimlerine bırakmasıyla farklı bir sürece girmiştir. Bu yenilikler ürün ile marka ismi arasındaki çağrışımın güçlendirilmesini amaçlamıştır. Firmalar tüketicilerin, kendi ürünlerini rakiplerinkinden ayırt etmelerini ve daha kolay hatırlamalarını istemişlerdir.

Bu gelişmelere paralel olarak 19. yüzyılda markalamanın yeni bir amacı ortaya çıkmıştır. Bu dönemde marka, ürünü çağrıştıracak bir yolla, ürünün algılanan değerini artırmak için kullanılmıştır. Örneğin kaçak İskoç viskisi özel damıtma süreci sayesinde tadı bakımından mükemmel bir itibar elde etmiştir. 1835 yılında "Eski Kaçakçı" olarak adlandırılan bir İskoç markası bu belirlenmiş çağrışım ile oluşan kaliteden yararlanarak tanıtımını gerçekleştirmiştir.

Markalaşmanın amaç ve stratejileri 20. yüzyıla gelindiğinde daha da gelişmiştir. Bu yüz yılda,

- Güçlü bir marka nasıl oluşturulur?
- Markayı zaman geçtikçe nasıl koruyacaksınız? (sürdürülebilirlik)
- Markanızı kullanarak işletmeyi nasıl genişleteceksiniz? sorularına cevap aranmaya başlanmıştır (Farquhar, 1989: 24).

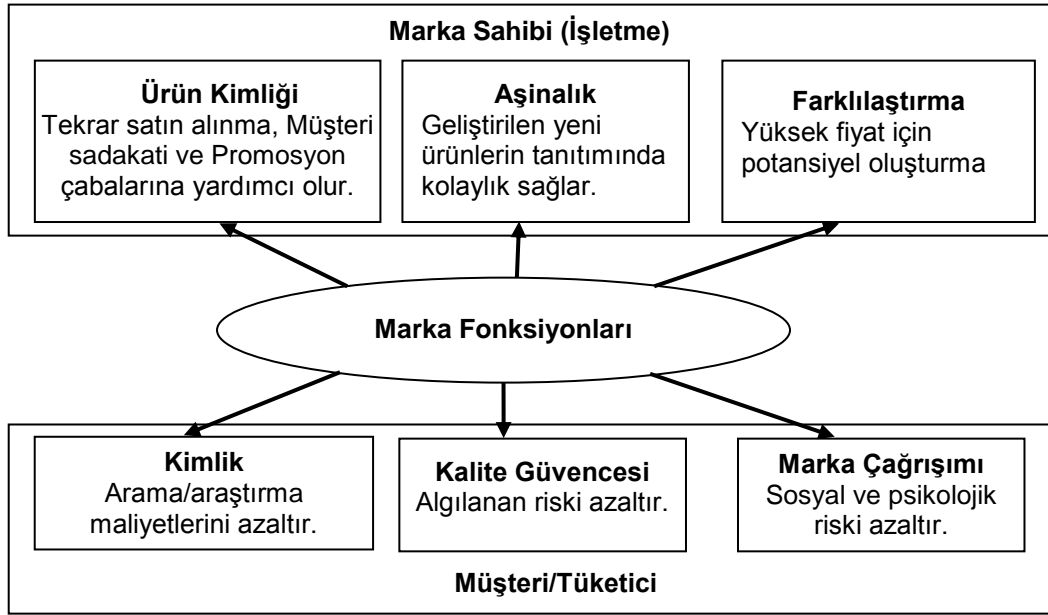
Bu amaçla birçok organizasyonun bilinen temel amacı pazarda güçlü bir marka oluşturmaktır. Çünkü marka, bir firma için çok sayıda fayda sağlar. Bunlar; rekabetçi pazarlama işlemleri için daha az güvenlik açığı ve büyük kârlar sağlamak, büyük işbirliklerine aracı ve destek olmak ve marka genişletme fırsatları yaratmak olarak sıralanabilir (Delgado-Ballester ve Munuera-Alema'n, 2005: 187).

Günümüzde markalaşma, farklılaşma için güçlü bir anlam ifade etmektedir. Farklılaşma, Porter tarafından rekabetçi pozisyon stratejileri için bir anahtar olarak ifade edilmiştir. Markalaşmanın stratejik etkisi pazarlama literatüründe layıkıyla bilinmektedir. Markalar firmalar için sürdürülebilir rekabet avantajları geliştirebilir. Yani, eğer belirli markalara müşterilerin algısı olumlu ise, bu durum firmaya rekabet avantajı sağlar. Dolayısıyla, geçerli ve güvenilir müşteri tabanlı marka değeri araçlarına erişebilmek marka yöneticileri için hayati öneme sahiptir (Pappu, Quester ve Cooksey, 2005: 143).

2.1.3. Marka Fonksiyonları

İşletmeler marka aracılığı ile ürünlerinin sağlam ve güvenilir olduğunun sözünü vermektedir. Dolayısıyla marka işletmenin dış yüzünü ifade etmektedir. Marka ürün ve hizmetler için değiştirilemeyen bir işarettir. İşletmenin ürünlerini dış piyasadaki rakiplerinden ayıran “kartvizit” özelliği taşımaktadır. Ayrıca markaya bakarak tüketiciler, pay sahipleri ve toplum, ürünün veya hizmetin değerini belirlemektedirler (Zimmermann vd., 2001: 9).

Şekil 7’de görüldüğü gibi, marka fonksiyonları tüketiciler (müşteri) ve işletmeler (marka sahibi) açısından olmak üzere iki şekilde ele alınabilir.



Şekil 7: Marka Fonksiyonları

Kaynak: Pringle ve Field, 2008: 6.

2.1.3.1. Tüketiciler Açısından Marka Fonksiyonları

Günümüzde rekabet ortamında marka, tüketiciler için de önemli işlevler görmektedir. Marka, tüketicilerin hem bilgi işleme sürecinde hem de ürüne duydukları güven açısından yönlendirici bir işleve sahiptir. Bu nedenle ürünün adı ya da görsel kimliği ürünü tanımlamanın çok ötesine geçmiştir (Uztuğ, 2008: 18).

Tüketicie ulaşmak ve tüketicinin gözünde değer kazanarak kalıcı hale gelebilmek, markalamanın temel amaçlarının en önemlisidir. Bu itibarla markalar öncelikle tüketicilere hitap etmektedir (Bursalı, 2007: 20). Bu bağlamda markalı ürünlerin tüketicilere sağladığı başlıca faydalar şu şekilde sıralanabilir (Zimmermann vd., 2001: 9):

- Markalar iletişim ve tanınma fonksiyonunu üstlenirler. Markalar tüketicilerin yönlendirilmesi ve ürünün kalitesini tanıma konusunda yardımcı olurlar. Böylelikle alış-verişte tüketicilere destek sağlarlar.

- Marka, tüketiciler için, ürünün işlevsel ve duygusal özelliklerini özetlemekte, bellekteki bilgilerin hatırlanmasına ve satın alma kararına yardımcı olmaktadır (Uztuğ, 2008: 20).
- Marka ürünü güvenilir kılarak alış-veriş riskini azaltır (Zimmermann vd., 2001: 9). Böylece markalar satın almada karar vermeyi kolaylaştırır (Erdil ve Uzun, 2009: 30). Bir başka ifadeyle marka tüketicinin kalite garantisidir (Ar, 2007: 11).
- Marka bir gruba ait olduğunu göstererek sosyal kartvizit olma özelliği taşır. Örneğin lüks markalar, kullanan kişilerin prestij sahibi olduğunu ifade eder.
- Yani belirli markaların kullanılması tüketicide belirli değerleri ifade eder. Böylece marka “bir mozaik taşı gibi” tanınmak için bir alet haline gelir.

2.1.3.2. İşletmeler Açısından Marka Fonksiyonları

Markaya yapılacak olan yatırımlar, firmalara ancak uzun vadede geri dönecektir. Söz konusu yatırımlar; markanın tanıtımı ve tutundurulması amacıyla yapılacak yatırımlar olabileceği gibi, kalite standardı ve geliştirme yatırımları da olabilmektedir (Bursalı, 2007: 19). Markaya yapılan yatırım geleceğe yapılan yatırımdır. İşletme için en önemli değerlerden biridir. Dolayısıyla markaların işletmeler açısından faydaları şu şekilde ifade edilebilir (Zimmermann vd., 2001: 9-10):

- Marka güvenilirliği ve tüketici bağlılığını sağlar. Özel olarak güçlü markalar pazarda söz sahibidirler. Tüketicilerin fiyat değişmelerine karşı reaksiyonunu azaltabilir. Özellikle fiyatı değil de markayı göz önünde bulunduran tüketiciler rekabet ortamlarında işletmeye yardımcı olurlar ve fiyatları göz önünde tutmadıkları için işletmenin daha değerli müşterileri olarak görülür.
- Marka tescil edilerek yasal bir konum kazanır ve marka sahibine yasal bir güvence sağlar (Ar, 2007: 11). Böylece üretmiş oldukları ürünlerin rakip üreticiler tarafından taklit edilmemesi kanuni güvence altına alınır.

- Tüketicie güven sağlayarak alım riskini azaltır. Böylece markalar müşteri bağlılığını sağlarlar (Zimmermann vd., 2001: 10). Dolayısıyla bir Şirket bir marka için belirli derecede bir müşteri bağlılığı geliŐtirdiđinde, daha yüksek bir fiyat oluşturmak mümkün olur (Erdil ve Uzun, 2009: 34).
- Marka işletmenin büyüyen pazara ayak uydurmasını sağlar. Özellikle güçlü markalar ciroyu ve pazar payını yükseltir.
- Bir marka ayrıca lisans olanakları sayesinde büyük bir potansiyel sahibi olur ve arzu edilen uluslararası açılımı sağlar.
- Marka, günümüzde finansal bağlamda satılabilir bir değer olma özelliği kazanmıştır (Uztuğ, 2008: 21).
- Tutundurmaya yardımcı olur ve talep yaratmada etkilidir (Ar, 2007: 10). Markalar sağlamış oldukları potansiyel sayesinde rakipleri ile olan farklılıkları ortaya koyar. Güçlü markalar yeni bir ürün tanıtımında ürünün tutunmama olasılığını düşürür.

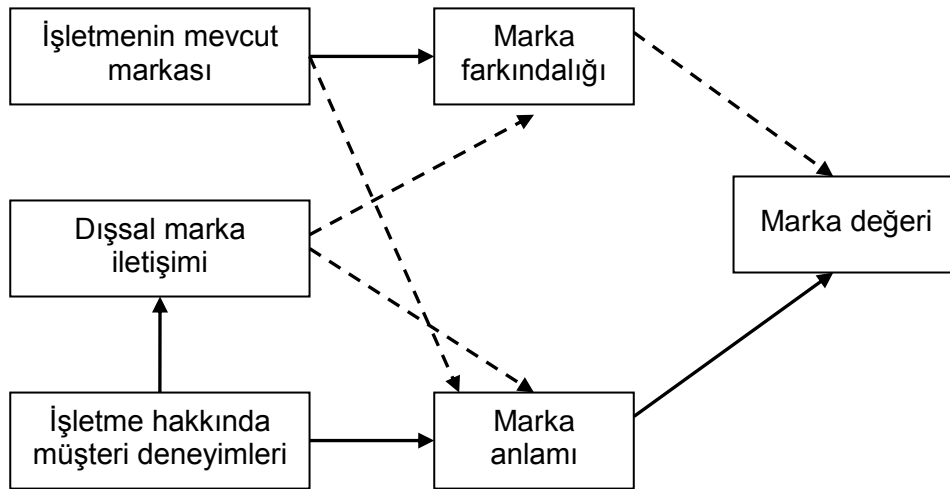
2.1.4. Hizmetlerde Markalama

Markalama, son yıllarda işletmelerde pazarlama fonksiyonunun oldukça dikkatini çekmiŐ olmasına rağmen, bu ilginin ezici çoğunluğu hizmetten ziyade fiziksel ürünlere yönelmiŐtir. Çünkü hizmetlerin soyut olması durumu; hizmetler için markalama ve imaj yaratma çalışmalarını zorlaştırmaktadır (Onkvisit ve Shaw, 1989: 13).

Marka oluşturmanın gerekçeleri hizmetler ve ürünler için aynıdır. Ancak pazarlama literatüründe ürünlerle ilişkili olarak yer alan markalama kavramlarının bazıları hizmet sektöründe uygulanamayabilir. Hizmet ve hizmet sunumunun heterojen yapısından dolayı; yazarlar, markalama stratejilerinden özellikle marka ismi stratejilerinin kullanımının hizmetlerin türüne göre farklılık gösterebileceğini ileri sürmektedirler (Turley ve Moore, 1995: 42).

Birçok hizmet işletmesi, finansal yetersizlik nedeniyle, farklı markalar yaratamayabilirler. Bu durum özellikle tesise dayalı hizmetlerde ortaya çıkmaktadır. Tesise dayalı hizmetler; müşteri ile hizmet tesisi arasında karşılaşmanın esas olduğu eğlence parkı, tiyatro gibi hizmetlerdir (Turley ve Moore, 1995: 44).

Bir hizmet markası için, hizmet sağlayıcı olarak bir örgütün ya da bir bireyin gelecek bir deneyimin doğası hakkında söz vermesi gereklidir. Berry'nin yaptığı çalışmalara dayanan Şekil 8'de bir hizmet örgütü markasının asıl bileşenleri arasındaki ilişki görülmektedir. Koyu çizgiler birincil etkileri kesik çizgiler ikincil etkileri göstermektedir (Berry ve Seltman, 2007: 200).



Şekil 8: Bir Hizmet Markalama Modeli

Kaynak: Berry, 2000: 130; Berry ve Seltman, 2007: 200.

Gösterilen marka, arzu edilen bir marka imajının iletişimi organize ve kontrol etmesidir. Reklâmlar, marka adı, logo, web siteleri, çalışan kıyafetleri ve araç yazıları arzu edilen marka mesajının yayılmasında önemli noktalardır. Marka sunumu, marka farkındalığı üzerinde direkt etki yapar. Bu

farkındalık markanın hatırlanması ve fark edilmesi için müşterinin tecrübesidir ve markanın anlamı da önemlidir (Berry ve Seltman, 2007: 200).

Dış marka iletişimi marka hakkında örgütün etkilenmiş iletişimidir. Genel ve sözel iletişim (internet siteleri, mesaj kutuları ve kişisel web siteleri aracılığıyla sağlanmaktadır) iletişimin genel şekilleridir. Bu iletişimler marka farkındalığı ve anlamını etkileyebilirler, fakat arzu edilen tarz gerekliliktir ve bu iletişimler bilgi kaynağından bağımsız iletilirler. Müşteriler bir hizmet hakkında tarafsız bilgi bulma eğilimindedirler. Müşteriler aynı zamanda soyut kavramlar ve satın alma önceliğiyle değerlendirerek meydan okurlar. Bir hizmet satın alacakları zaman dışlamaktan yorulmazlar. Sonuç ne kadar karmaşık ve hizmet ne kadar değerli olursa, ilgilenmesi beklenen müşteriler de hizmet tecrübesi olan müşterilerin fikirlerine o kadar eğilim gösterir. Genel olarak sözel ve genel iletişim büyük kitlelere hitap eden ve güçlü bir marka geliştiren örgütsel iletişimden daha az etkili olabilir. Fakat özel uzmanlar bir senaryo yönetmeni gibi, işletme hakkında hizmet markası modelinin kesik çizgilerini (ikincil etki) koyu çizgilere (birincil etki) taşıyabilirler (Berry ve Seltman, 2007: 200).

Temel olarak marka değeri müşterilerin belli bir markaya diğer rakiplerine olduğundan daha fazla güven duymalarından ortaya çıkmaktadır. Bu güven müşterilerin sadakatine ve o markalı ürün için ilave bir fiyat ödemeye gönüllü olmalarına sebep olmaktadır. Örneğin, McKinsey ve Ortakları Ltd. Şti. ve Intelliquest A.Ş. tarafından yaptırılan bir çalışmada müşterilerin Compaq ve IBM gibi daha yüksek fiyat talep eden markalar yerine daha düşük marka değeri olan Packard Bell gibi markaları satın almayı ancak oldukça yüksek oranda bir fiyat indirimine gidildiği takdirde tercih ettiği sonucuna ulaşılmıştır (Lassar, Mittal ve Sharma, 1995: 11).

Müşterinin örgüt ile ilgili tecrübesi müşterinin örgütle etkileşimden sağladığı tecrübenin toplamıdır. Müşterilerin bir örgütten edindiği izlenimler, sadece örgüt tarafından verilen biçim ve başkalarının söylediklerinden oluşmamaktadır. Bununla birlikte müşteriler kendi tecrübelerini örgüte güvenmek suretiyle edinirler ve bu tecrübeler markanın anlamının biçimlendirilmesinde (markanın müşteri üzerinde oluşturduğu baskın algı gibi)

emsalsiz bir etki sağlar. Markanın anlamı, markadan söz edildiğinde müşterinin zihnine hızlı bir şekilde gelen kavram veya etkidir. Bu etki, müşteride oluşan örgütün itibarı veya imajıdır. İyi bir şekilde yönetilen örgüt müşterilerine uygun bir tecrübe kazandırmanın yollarını sağlar. Ancak müşterilerin gerçek tecrübeleri örgüt tarafından kendi sunduğu markadan daha az kontrol edilebilir. Resmi olarak örgütün müşterileri ile iletişimini sağlayan mesaj, müşteriler üzerindeki etkisinin ne olduğunu anlamaktan daha kolay kontrol edilir (Berry ve Seltman, 2007: 201).

Dışarıdan sağlanan bilgi ve kişisel deneyimler arasında çatışma olursa müşteri deneyimlerini esas alan algı üstün gelir. Böylece mevcut marka ve dış marka bilgisi gerçek deneyimlerden etkilenen koyu çizgilerle karşılaştırıldığında markanın anlamını etkileyen kesik çizgilere dönüşür. Müşterilerin gerçek marka deneyimi üzerinde hiçbir güç etkili değildir. Reklam hizmet markasında önemli bir rol oynayabilir. Ancak bu rol önemsiz şeyleri elimine etmek ve marka farkındalığı yaratmak yönünde etkili olabilir. Bununla birlikte en zekice hazırlanmış reklamların bile güçsüz bir hizmeti kurtaramayabileceği gözden ırak tutulmamalıdır. Müşterilerin gerçek deneyiminin sözel iletişim üzerindeki etkileri koyu çizgilerle gösterilmiştir. Bu etkileşim özellikle hizmet sektörü için aşırı pozitif ya da negatif yönde olabilir ve bu pozitif ya da negatiflik önemlilik, karmaşıklık ve değerlilik gibi kriterleri karşılar (Berry ve Seltman, 2007: 201).

2.1.5. Sağlık Hizmetlerinde Marka Kavramı

Pazarlama faaliyetlerine sağlık hizmetleri alanında resmi olarak 1970'lerde başlanmıştır. 1976'da Evanston Hastanesi geniş yetkilerle donatılmış bir pazarlama yöneticisi atadığını ileri sürmesine rağmen bu alanda çalışan pek çok profesyonel sağlık hizmetleri pazarlamasında birkaç yıl sonra ortaya çıkan Philip Kotler'in "Marketing for Non-profit Organizations" yayınına atıfta bulunmaktadır. Bugünkü anlamda bildiğimiz pazarlama,

1970'lerin sonuna gelindiğinde hastanelerde hâlâ yerleşmemiştir (Hicks, 2000: 5).

Pazarlamada olduğu gibi, markalama kavramı da sağlık bakımı alanında oldukça yenidir. Sağlık bakım kuruluşları, bu pazarlama yaklaşımlarını diğer birçok sektörden daha sonra benimsemiştir.

Bu amaçla diğer işletmelerde olduğu gibi sağlık hizmetleri organizasyonları da markalaşma tekniği adı verilen uygulamayı kendi pazarlama faaliyetlerinde kullanmaya başlamışlardır. Markalaşma, sağlık hizmetlerinde kendi rekabet üstünlüklerini korumak ve sürdürmek için kullanılan yeni bir kavramdır. Geleneksel olarak pazarlama sağlık işletmelerinde diğer yönetim ihtiyaçlarına destek görevi görmektedir. Önceleri hastalar hastanelere kendi hekimleri veya sağlık planları (sigortalar) hastane ile ilişkili olduğu için giderken, günümüzde hastaların hastane seçimleri bir kurumun diğerinden daha iyi kalitede hizmet vermesi esasına dayanmaktadır (Greenawalt, 2001: 27). Sürekli olarak gelişen teknoloji bu müşteri seçimini desteklemekte ve hastanelerin buldukları yüksek düzeydeki rekabetçi çevrede başarılarını sürekli kılmak için markalaşmalarını mecbur kılmaktadır.

Verilen hizmetlerin görünmez nitelikte olması, müşterilerinin hizmetle ilgili değerlendirme yapamayacağı boyutlarda teknik bilginin bulunması, güven unsurunun önemi ve hizmet kalitesinin ancak deneyim kazanıldıktan sonra anlaşılması sağlık sektöründeki hizmetlerin başlıca özellikleridir. Sağlık sektöründe teknik bilgi yoğun olarak kullanıldığından tüketicilerin işletmeler arası karşılaştırma yapması da zor olmaktadır. Buna bağlı olarak markalaşmayla tüketicilerde sağlık işletmelerinin kaliteli hizmet verdiği algılamasının oluşturulması gerekmektedir. Özellikle önemli rahatsızlık ve tedavilerde hastaların kaliteli hizmet arayışı daha da yüksek olmaktadır. Marka tüketicilere güven verdiği ve belirli kalite düzeyini temsil ettiği için sağlık sektörünün markalaşması tüketici tatmininin sağlanması ve işletme gelirlerinin artması için gerekmektedir (Apaydın, 2009: 123).

Markalar müşterilere, arama süreçlerine yardım ederek değer yaratır. Günümüzde müşteriler birçok tedarikçiyle ve ihtiyaçlarını tatmin etme vaadiyle sunulan birçok ürünle karşı karşıyadır. Doğru seçimi yapmak

çoğunlukla risklidir. Çünkü ürünler yeni ve karmaşıktır ya da müşteri bu tür bir kararı daha önce hiç vermemiştir. Alıcı alternatifler üzerinde zaman harcamaya istekli olsa bile, ürünler hakkında yargılara varmak zor olabilmektedir. Danışmanların, kuaförlerin ya da tamircilerin sunduğu hizmetler bu konuya örnektir, yani hizmet sunulmadan önce sonucun ne olabileceğini kestirebilmek zordur. Pek çoğunun “deneyim sonrası” değerlendirilmesi gerekir. Buna rağmen bazı ürünler ve hizmetlerin satış sonrasında bile değerlendirilmeleri zordur. Örneğin, tıbbi kontrollerin ya da yapılan bir araştırmanın kalitesi, hizmetin alımından hemen sonra ortaya çıkmaz. Bu tür ürün ve hizmetlerin yüksek “inandırma” özelliği olduğu söylenir. Onları almak, inancın sonucudur. Ekonomide teknoloji arttıkça ve hizmetler daha baskın hale geldikçe tüketici karar süreci zorlaşmaktadır (Doyle, 2004: 397).

Sağlık hizmeti sunumunda çok güçlü bir marka olarak tanınan hastane ve hekimler, hastaların zihninde çok büyük bir yer işgal ederler. Bir hastane markası fiyatlandırma, müşteri hizmetleri, personel davranışları ve tesis görünümü gibi ayırt edici ve hafızada yer eden kimlik oluşturma özellikleri ile tanımlanabilir (Petromilli ve Michalczyk, 1999: 5). Oysa hastanelerdeki pazarlama yetkilileri genellikle markalaştırma kavramını yanlış kullanırlar ve karıştırırlar. Genellikle, logolar ve sloganlar şeklinde, basitçe, tüzel kimlik ve imaj geliştirme olarak düşünürler (Mangini 2002: 20). Bunun sonucu olarak da çoğu hastane temel marka kavramını anlamakta başarısızdır. Bu şekilde, marka imajı, marka değeri, marka bağlılığı, marka çağrışımları, marka farkındalığı, marka niteliği, markanın faydaları ve marka konumlandırma gibi kavramlar markalaştırmayı anlamayı daha da zorlaştırmaktadır.

Bolton ve Lemon (1999: 171) araştırmalarında sürekli hizmet veren sektörlerdeki pazarlama yetkililerinin, başarılı bir pazarlama için tüketicinin işletme ile ilişkisinin nasıl başladığının anlaşılmasının farkında olmaları gerekliliğini vurgulamışlardır. Bu durumda sağlık bakımı gibi kesintisiz hizmet vermek zorunda olan sağlık işletmeleri de hastalarının hastane ile olan ilişkilerinin nasıl başladığının farkında olmaları gerekmektedir. Bu ilişki genellikle marka ile başlar. Bu konuda araştırmacılar, marka adı ve temsil

ettiği ürün veya hizmetin, bir işletme (hastane) için en önemli aktif ve yeni müşteriler kazanmak ve onlarla ilişki kurmak için temel oluşum olduğu konusunda hemfikirdirler (Aaker, 1991; Farquhar, 1989; Keller, 1993).

Sağlık işletmelerinde markalaşmayı sağlayacak çeşitli eylemler ve kararlar bulunmaktadır. Bu eylem ve kararların sistematik ve bilinçli olarak yapılması markalaşmanın başarısını artırmaktadır. Bu eylem ve kararlar güçlü marka kişiliği oluşturmayı, rakiplerinden farklı olmayı, belirli alan ya da alanlarda ünlü olmayı, çalışanlarca ve yöneticilerce markanın içselleştirilmesini, insan kaynakları eylemlerini, işletme içi ve dışı iletişimi ve marka liderliğini içermektedir. Bu eylem ve kararlar birbirlerini desteklemekte ve birinin eksik ya da yetersiz yapılması diğer eylem ve kararların da etkinliğini azaltmaktadır (Apaydın, 2009: 124).

2.1.5.1. Sağlık İşletmelerinde Markanın Önemi

Markalaşmanın amacı ürünün farklı özelliklerini ve bir ürünün tüketicilerin duygusal ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağına gösterilmesini ortaya koymaktır. Hastane ve diğer sağlık hizmeti organizasyonları sahip oldukları değerlerini ve markalarını geliştirmeden önce kendileri için en önemli şeyin ne olduğunu kararlaştırmak zorundadırlar (Greenawalt, 2001: 28).

Hastanelerin tedavi hizmetlerinin merkezi olmaları ve yönettikleri kaynakların kapsamlılığından dolayı bu kurumların odak noktalarındaki ufak bir değişikliğin sağlığın geliştirilmesine tahsis edilecek kaynaklarda ve zamanla toplumun elde edeceği faydalarda artışa sebep olacağı öngörülmektedir (Johnson ve Baum, 2001: 282). Nitekim 1990'larda sağlık hizmetlerindeki kazancın değişimi markalaşmanın önemini vurgulamaktadır (Hicks, 2000: 13).

Bir sağlık hizmeti sunumunda marka oluşturmak demek; müşterilere kalitenin ilk ve en önemli şey olduğunu vaat etmek anlamına gelmektedir (Greenawalt, 2001: 28). Sağlık hizmetlerinin somut ürünlerinin az olması,

ürün geliştirilmesi ve kavramsallaştırılması çok zor olan bir hizmet olması bu gerçeği değiştirmemelidir. Dolayısıyla hizmet markası, fiziksel tesis, konfor, fiyat, yerleşim ve avantajlar gibi unsurları da kapsamaktadır. Bu nedenle hizmet markasının özdeşliklerinden biri de müşterilerle konuşmak, örgütün faaliyetleri hakkında bilgi vermek, kendine özgü değerlerini ve pozisyonunu güçlendirmektir.

Müşteri ilişkilerinin dinamik doğası, marka değer yönetimi ihtiyacını ve bunun etkinliğinin anlaşılabilmesini gerektirir (Bolton ve Lemon, 1999: 171). Birçok pazarlama programının nihai hedefi, satışları, kârı ve marka değerini artırmaktır. Fakat en önemli ve muhtemelen en gerekli aşama, tüketicilerin markayı tercih etmeleri için, marka değer stratejilerinin bilgi yapılarını oluşturmaktır (Washburn ve Plank, 2002: 59).

Rekabet stratejisinin amacı farklılık oluşturmaktır. Yani benzersiz değer karmasını taşıyacak farklı faaliyetlerin bilinçli bir seçimidir. Stratejinin özü, faaliyetleri rakiplerden farklı bir şekilde uygulamak ya da rakiplerin faaliyetlerinden farklı faaliyetleri ortaya koymaktır. Aksi durumda strateji, rekabete karşı direnemeyen bir slogandan başka bir şey olmayacaktır (Trout, 2005: 33).

Sağlık sektöründe markalaşma, hastalarla güçlü ilişkilerin kurulmasını ve bu ilişkilerin uzun süreli olmasını sağlamaktadır. Bu da sağlık işletmelerinin marka değerini artırmaktadır. Hizmet alımı esnasında doktorların hastalarla samimi olmaları ve onlara sevgiyle yaklaşmaları doktorlara güveni artırmaktadır. Bu psikolojik olarak hassas olan hastalarda işletmeye olan güveni de artırmaktadır. Dolayısıyla markalar tüketici davranışlarını ve tutumlarını etkilemektedir (Apaydın, 2009: 131-132).

Sağlık hizmetlerinde markalaşma çabaları, tüketici kolaylığı, uygulama ortamı ve profesyonel tutum sayesinde sağlık hizmetleri ihtiyaç ve isteklerine odaklanarak tüketicilere yardımcı olabilir. Dolayısıyla klinik hizmetlerde mükemmelliğe ulaşmada etkili rol oynayabilir. Ayrıca markalaşma çabaları sağlık hizmet profesyonellerine sağlık hizmet pazarlamacılarına karşı mevcut veya eski güvenilir hastalarını kullanarak pazarlama mesajlarını yayarak farkındalığı artırmayı sağlayabilir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde

markalaşma farkındalığın yanı sıra güven ve standardizasyonun sağlanmasında da katkı sağlamaktadır (Corbin, Kelley ve Schwartz, 2001: 4).

Başarılı bir markalaşma, sağlık hizmetleri ürün ve hizmet sunucularına aşağıdaki faydaları sağlayabilir (Kotler, Lowitz ve Stevens, 2008: 299):

- Sipariş sürecini satıcı ve alıcılar için daha kolay hale getirir,
- Benzersiz ürün özelliklerini yasal olarak korur (özellikle tescilli markalar için),
- Bağlılığı çekici hale getirmek için satıcılara izin verir, müşterilere fayda sağlayabilir,
- Örgüte daha yüksek fiyat için izin verir, çünkü marka yüksek düzeyde algılanan kaliteye sahiptir,
- Farklı yararlar sağlamak için farklı özellikleri olan farklı markaların sunulduğu pazar bölümlerinde satıcılara yardım sağlar
- Yüksek marka farkındalığı ve bağlılığı sayesinde pazarlama maliyetlerinin azalmasına yardım eder,
- Organizasyonların kanal üyeleri ile yaptıkları görüşmelerde daha fazla kaldıraç etkisi yapmasını sağlar,
- Fiyat rekabetlerine karşı bazı savunma imkânları sunar,
- Müşterilerin kalite farklılıklarını ve daha verimli işleri ayırt etmesine yardımcı olur.

Ayrıca, Friedrich ve Witt (1996) tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık hizmeti sunucularının, güvenli bir pazar paylaşımı, marka değeri oluşturulması ve kârlılığın artırılması için tüketim ürünleri markalama stratejilerini benimseyebilecekleri ileri sürülmektedir. Dolayısıyla marka değeri işletme için uzun dönemli kâr sağlamak ve bağlılık kurulması için önemlidir.

Sonuç olarak marka değerinin artması dört nedenden dolayı sağlık işletmelerine avantaj sağlamaktadır. İlk olarak, tüm pazarlama maliyetini azaltır. Farkındalığı artırmak için planlar oluşturulurken bazı maliyetler olmasına karşın, zaman içerisinde müşterilerin markaya bağlılığının artmasıyla ve satın alma davranışını tekrarlamalarıyla birlikte, reklam gibi pazarlama eylemlerinin maliyetleri düşer. İkinci olarak, markanın büyütülmesi

girişimini kolaylaştırır. Marka değeri arttıkça, marka adıyla ilave ürünler yapmak daha kolaylaşır. Üçüncü olarak, marka değeri, rakiplere karşı hastaneyi savunma pozisyonuna getirmek için bir metot sunarken büyük giriş engellerine yol açar. Son olarak da, hastanenin pazar değerini artırır. Yüksek marka tanınırlığı olan bir hastane, olmayanla kıyaslandığında daha değerlidir (Bohrer, 2007: 30–31).

2.1.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Marka Oluşturma

Pazarlamacıların en önemli becerilerinden birisi de ürün markalarını oluşturmak, geliştirmek ve korumak olabilir. Stratejik marka yönetimi pazarlama uygulamalarının etkinliğini, programların oluşumunu ve ölçümünü dizayn etmeyi ve marka değerini maksimize edecek yönetimi içerir. Çok büyük somut ürün üreten şirketler, becerilerin stratejik ihtiyaçları ve marka kimliği yönetiminin farkındadırlar. Ne yazık ki, pek çok sağlık hizmeti organizasyonunun markalaşma stratejileri yoktur. Ancak sadece kurumsal kimliği kullanmaya yönelik taktiksel ve sıklıkla da kontrol ile sınırlıdır (Kotler, Lowitz ve Stevens, 2008: 296).

Sağlık hizmeti sunan işletmelerin tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarına cevap verebilmek için markalaşmaları gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde markalaşma henüz yeni bir fikirdir. Ancak müşteri isteklerinin karşılanarak memnuniyetin artması, işletmenin popülaritesini de artıracaktır. Ayrıca, farklı sağlık hizmeti kuruluşları, yakında tüketici değeri ve güvenli pazar payı oluşturmak için hizmeti özelleştirerek ve tutarlılığı sağlayarak kârlılıklarını artırmaya çaba göstereceklerdir. Bu girişimlerin başarısı genel olarak tüketici istekleri, güven ve hasta memnuniyeti için önemli bir unsur olan markalaşmayı zorunlu kılmaktadır (Corbin, Kelley ve Schwartz, 2001: 4).

Sağlık hizmeti kuruluşları genellikle üretim işletmeleri kadar markalaşmaya önem vermezler. Örneğin, tüm hekimlerin ve hastanelerin isimleri olmasına rağmen, onlar markaların statüsünü ifade etmeyebilir. Bununla birlikte, bazı doktorlar tamamen yaptıkları işlerinin kaliteli olması

veya bazı kişisel pazarlama çalışmalarının kaldıraç etkisine bağlı olarak yaygın bir şekilde tanınma ve tercih edilmeyi başarabilirler (Kotler, Lowitz ve Stevens, 2008: 298).

Stratejik marka yönetim süreci üç ana aşamadan oluşmaktadır (Kotler, Lowitz ve Stevens, 2008: 299):

- Marka geliştirme,
- Marka değeri ölçümü,
- Markayı yeniden konumlandırma.

Başarılı bir marka oluşturmak isteyen sağlık işletmeleri de ürünlerini, onların sağladığı ek değerleri ve rakiplerinden ayırt eden kimliklerini yukarıda belirtilen stratejik marka yönetim sürecinde yer alan aşamaları gerçekleştirerek sağlayabilirler.

2.1.5.2.1. Sağlık İşletmelerinde Marka Geliştirme

Sağlık hizmetleri pazarında yaşanan rekabet, büyük çocukların küçük çocukları ele geçirmesine, küçük çocukları ise büyük çocuklarla birlikte yarışmak için grup oluşturmaya zorlamaktadır. Bunun sonucu olarak, solo hizmet sağlayıcıları bile A'dan Z'ye tüm sağlık hizmetlerini sunmak zorunda kalmaktadır. Yaşanan tüm bu değişimler sağlık hizmetlerinin markalaşması sorununu ortaya çıkarmaktadır. Başarılı bir marka stratejisi oluşturmak için ise aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir (Speak, 1996: 40):

- Müşteri algılarının yeni bir geleceğin sinyali olarak kabul edilerek sağlık hizmetleri organizasyonunun yeniden biçimlendirilmesi-stratejiye odaklanma,
- Mevcut kimliklerin birleştirilmesi ve koordine edilmesi,
- Sağlık hizmetleri kimliklerinin temel yapısı ile öz kaynakların muhafaza edilmesi ve bu öz kaynakların, güven ve yeni kimliğin öz kaynağını inşa etmek için kaldıraç olarak kullanılması ve
- Örgütün değerlerinin "yaşayan markayı" güçlendirmek için bir araya getirilmesi.

Sağlık hizmetleri organizasyonları markalaşmaya, bir marka ismi seçerek başlamalıdır. Marka ismi için arzu edilen nitelikler ise şunları içermelidir (Kotler, Lowitz ve Stevens, 2008: 300):

- Marka ismi ürünün faydaları hakkında bir şeyler önermelidir. Örneğin, Hemopure, Biopure insan kanı yerine kullanılacak yapay kan üreten bir işletme,
- Marka ismi ürünün kalitesini akla getirmelidir. Örneğin, Health Stream Express, daha küçük sağlık kuruluşlarının ihtiyaçlarını karşılamak için tasarlanmış bağlantılı bir eğitim çözümü,
- Telaffuzu kolay, tanınabilir ve hatırlanabilir olmalıdır ve
- Markayı ayırt edici olmalıdır. Örneğin Aircast, ortopedik destek malzemeleri üreticisi.

Elbette marka kimliği oluşturmak bir isim, logo, renk, slogan ve sembol seçmeyi içerir. Ancak bu süreç bütün bu görsel ipuçlarının ötesine geçer. Marka isteklerin nasıl yerine getirileceği konusunda müşteriye bir sözleşme sunar ki; bu sözleşme doğru olmalıdır (Kotler, Lowitz ve Stevens, 2008: 300). Örneğin müşteriler X hastanesi markası için belirli beklentilere sahiptirler. Eğer bir hastane markası, hastanenin acil departmanının 24 saat açık olduğunu taahhüt ediyorsa ve ziyaretlerde hastane acil departmanının akşam saat 10'dan sonra kapalı olduğunu ortaya çıkıyorsa, hastane 24 saat boyunca acil departmanının açık kalması için önlem almalıdır. Çünkü tüketici bakış açısına göre bu durum markanın yalan söylemesi olarak algılanabilir. Günümüzde tüketiciler markanın vaat ettiği her şeyi sorgulamaya başlamıştır. Müşteri seçimlerinin değişkenliği markanın rekabet gücünü olumsuz etkileyecektir. Markanın başarısı için hayati öneme sahip bu durumun çözümü ise tutarlı olmaktır (Zakoor ve Quinley, 2000: 49).

Tüm organizasyonlar için markalaşma sorununa rehberlik edebilecek bir süreç bulunmaktadır. Bu sürecin zorlu ve yorucu üç farklı boyutu vardır (Speak, 1996: 40):

- *Duygular (Emotions)*: Bir kimlik değişiminin doğası, insanların mevcut kimliklerine olan bağlılıkları nedeni ile duygusal olarak sorumluluk hissetmelerine neden olabilir.

- *Politikalar (Politics)*: Bir kimlik ve o kimliğin hiyerarşik ilişkisi, kesinlikle güç anlamına gelmektedir.
- *Marka yönetimi tecrübesi (Brand management experience)*: Sağlık hizmetleri çevresinin sorunları için markalaşma disiplininin dönüştürülmesi tecrübe ve esneklik gerektirmektedir.

Marka stratejisi, markanın fonksiyonel marka, imaj markası veya deneyimsel marka olmasına göre değişiklik göstermektedir (Kotler, Lowitz ve Stevens, 2008: 300).

Fonksiyonel marka, müşterilerin küçük müdahaleler için gerekli acil hizmetler, incinme veya yaraların sarılması için bandaj gibi fonksiyonel ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik yaptıkları satın almadır. Fonksiyonel marka ürün veya fiyat özellikleri temeline dayanmaktadır.

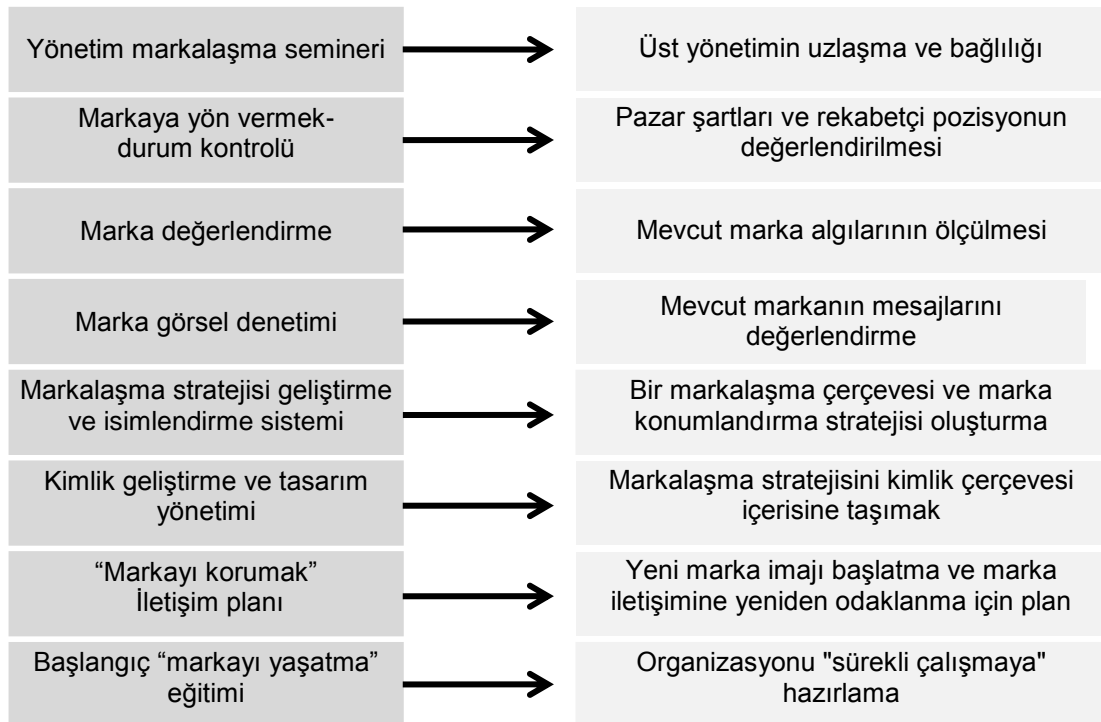
İmaj markası, tüketicilerin farklı seçenekler arasından kalite gibi özellikleri temel alarak seçim yapmasıdır. İmaj markası, ürün veya hizmetlerin kalite özellikleri dışında onu farklılaştıran ve ön plana çıkaran özelliklerinin müşteriler tarafından seçilmesidir. İmaj markaları tüketiciye genellikle olumlu yönde bazı vaatler vermektedir. Sağlık hizmetlerinde imaj marka seçimine örnek olarak, kişilerin medya aracılığıyla hastanenin alanında önde gelen bir hastane olduğunu öğrenmeleri ve bu nedenle de henüz hasta olmadan o hastaneyi tercih etmek istemeleri gösterilebilir.

Deneyimsel markalar, tüketicilerden daha ziyade basitçe ürünün elde edilmesini kapsamaktadır. Dolayısıyla tüketiciler bir hastalığa çare olmak için gitmiş oldukları sağlık kuruluşunda markayı oluşturan insanlar ve fiziksel ortam ile karşılaşmaktadırlar ve bu iki faktörün onlar üzerinde bıraktığı izlenim tekrar aynı markayı tercih etmelerinde etkili olabilmektedir.

Başarılı markalaşma sürecinin sonunda, sağlık hizmetleri organizasyonu, markalaşma stratejisinin işletme stratejisi ile ilişkisini kurmak sureti ile marka değerinin önemli tanımlarını ortaya koyan bir çerçeveye sahip olmaktadır. Bu çerçeve kimlik kullanımı ve marka yönetimi faaliyetlerinde tutarlı bir marka iletişiminin kullanılmasına destek olur ve marka kimliğinin temel unsuru olarak kendi kültürel değerlerini organizasyonla birleştirmeye yardımcı olur. Bu çerçeve bir kere

tamamlandığında, organizasyon kendi tüketicileri ile birlikte marka değeri inşa etmek için ileri doğru hareket edebileceği bir pozisyona girmiş olur.

Tüm başarılı markalaşma stratejileri, yönetim ekibinin bağlılık ve katılımı ile başlar ve iyi anlaşılır, kullanışlı çerçevede başlayan markalaşma sisteminin belgelenmesi sıkı bir çalışmayı gerektirir. Şekil 9'da sağlık hizmetleri organizasyonları için adapte edilmiş ve çok farklı tip ve büyüklükte sağlık hizmetleri organizasyonlarında kullanılan bir markalaşma süreci diyagramı görülmektedir (Speak, 1996: 41).



Şekil 9: Sağlık Hizmetleri Markalaşma Süreci

Kaynak: Speak, 1996: 41.

2.1.5.2.2. Sağlık İşletmelerinde Marka Değeri Ölçümü

Marka değeri ölçüm sistemi, pazarlamayla uğraşanlar için zamanında, doğru ve uygun bilgiyi sağlamak için araştırma yöntemleri kümesi olarak

tasarlanmakta, bundan dolayı kısa dönemde en iyi olası taktik kararları ve uzun dönemde en iyi stratejik kararları gerçekleştirmektedir (Keller, 2003: 390).

Markalar piyasadaki güç ve değerlerine göre değişiklik göstermektedir. Yelpazenin bir ucunda bilinmeyen markalar, diğer ucunda ise farkındalığı yüksek olan markalar yer almaktadır. Aaker (1991: 40), genel olarak müşterilerin marka tutumları konusunda beş düzey belirlemiştir.

1. Müşteri markaları özellikle fiyat sebebiyle değiştirir. Marka bağlılığı yoktur.
2. Müşteri memnundur. Markayı değiştirmesi için bir sebep yoktur.
3. Müşteri memnundur ve markayı değiştirmesi durumunda maliyete katlanacaktır.
4. Müşteri markayı değerli bulur ve onu bir dost gibi görür.
5. Müşteri markaya bağlıdır.

Bu çerçeve içerisinde marka değeri ile yüksek seviyede ilişkili olan tüketiciler 3, 4 ve 5. sınıfta yer almaktadır. Hastalar doktor, hastane veya sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan ürünlerin markası hakkında çok olumlu duygu besledikleri zaman, bu varlıkların marka değerinin yüksek olduğu söylenebilir (Kotler, Lowitz ve Stevens, 2008: 302).

Marka değeri genellikle farkındalık, kabul edilebilirlik, tercih, pazar payı ve rakiplere kıyasla göreceli fiyat gibi bir dizi ölçütlerle izlenir. Diğer yandan marka değerlendirme (brand valuation), markanın toplam mali değeri tahmin etmek anlamına gelmektedir. Bu değer, stok fiyatı ve birleşme ve devralmaların mali şartları için önemli etkilere sahiptir (Kotler, Lowitz ve Stevens, 2008: 303).

Her ne kadar bu ilişkiyi kurmak çok zor olsa bile, pazarlama yöneticileri müşterinin yapmak istediği ile markanın algılanan başlıca nitelikleri arasındaki ilişkileri anlamak sureti ile kendi marka değerlerini maksimize edebilirler. Böylece, bir hastane markası müşteri algılarının yanı sıra, "tıbbi araştırmalarda liderlik", "ülkenin en iyi doktorlarını istihdam etme" ve "ülke çapında tanınmayı" da markası ile ilişkilendirebilir.

İşletmelerde olduğu gibi sağlık kuruluşları da periyodik olarak markalarının güçlü ve zayıf yönlerini denetlemeleri gerekmektedir. Bu araçlardan biri olan marka rapor kartı (brand report card), güçlü bir markanın on özelliğine sahip olup olmadığını değerlendirmek amacı ile tasarlanmıştır. Bu özellikler aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (Keller, 2000:148-154):

- Gerçekten müşterilerin arzu ettiği avantajı sunmada üstünlük sağlamaktadır,
- Zaman içinde tüketiciler için uygun kalmayı sürdürür,
- Müşteri algılarını gerçek bir şekilde yansıtan fiyatlandırma yapılmaktadır,
- Uygun bir şekilde konumlandırılmaktadır,
- Tutarlı kalmaktadır,
- Marka portföyü içerisinde alt markalar diğer markalarla düzenli bir şekilde ilişkilidir,
- Marka değeri oluşturmak için pazarlama araçlarının tamamı kullanılmaktadır,
- Marka yöneticileri müşteriler için markanın ne anlama geldiğini anlamaktadır,
- Organizasyon markaya uygun desteği vermektedir ve uzun vadede bu desteği sürdürmektedir,
- Organizasyon sürekli marka değeri kaynaklarını ölçmektedir.

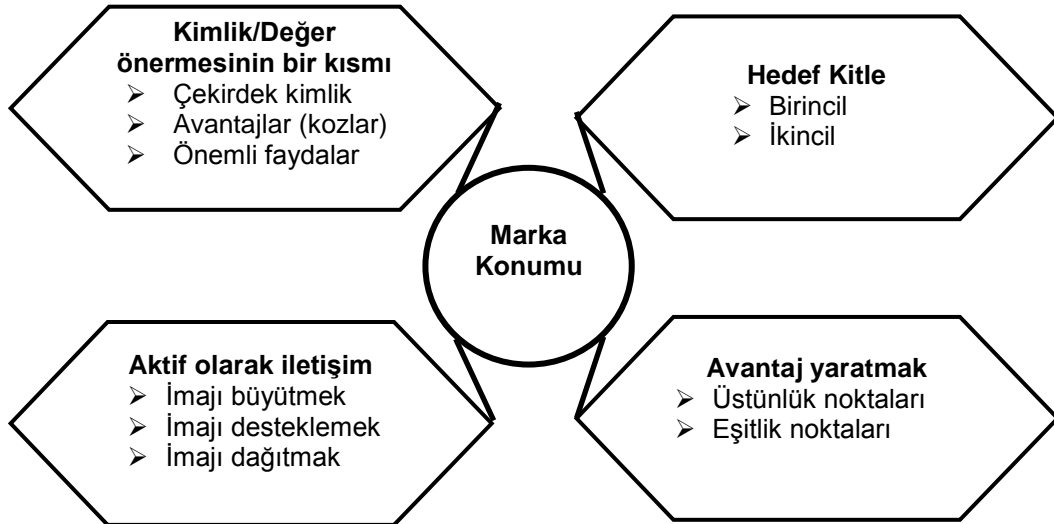
Markanın her bir özelliği ile ilişkili derecelendirilmiş bir ölçek geliştirmek suretiyle, yöneticiler kapsamlı bir marka rapor kartı hazırlayabilirler. Yöneticilerin kendilerinin görece zayıf ve güçlü yönlerini anlayabilmeleri için aynı skor kartını rakiplerinin markalarına da uygulamaları gerekmektedir.

Marka değeri ölçümü ile ilgili olarak özellikle hizmet işletmeleri tarafından sıklıkla kullanılan tüketici temelli marka değer ölçüm modelleri ayrı bir başlık altında ayrıntılı incelenmiştir.

2.1.5.2.3. Sağlık İşletmelerinde Markayı Yeniden Konumlandırma

Konumlandırma stratejisi genel olarak, bir ürün ve onun en önemli bileşeni olan markaların tüketiciler tarafından tanımlanması ve rakiplere göre tüketici zihninde belirli bir yer edinmesine yönelik uygulamalar biçiminde ifade edilmektedir. Marka yönetiminde konumlandırma stratejilerinin yeri oldukça önemlidir. Çünkü bir markayı tanımlayan, farklılaştıran bir öge de iletişim çabalarıyla sürekli olarak desteklenen tüketici zihninde markanın algılanış biçimidir (Kırdar, 2003: 241).

Marka konumu, marka kimliğinin ve değer önermesinin hedef kitleye aktif bir şekilde iletilecek ve rakip markalara göre bir avantaj ortaya koyan kısmıdır. Marka konumunun belli başlı dört özelliği, “kısım”, “hedef kitle”, “aktif olarak iletişim” ve “avantaj yaratmak” deyimleri ile yansıtılmıştır (Aaker, 1996a: 176):



Şekil 10: Marka Konumu

Kaynak: Aaker, 1996a: 184.

Marka konumu, hedef tüketicilerle iletişim kurabilen ve diğer rakip markalara göre daha fazla avantaj sunduğunu gösteren marka kimliği ve marka değerinin önemli bir parçası olarak tanımlanabilmektedir (Aaker, 1996a: 184).

Piyasaya sunulan markanın konumu için; rakiplerinden farklılıklarını, hedef tüketicilerini ve ürünün üstün yönlerinin sistemli ve bilinçli olarak planlanması gereklidir. Bu doğrultuda başarılı bir marka konumu için bazı kararlar alınmaktadır (Bir, 1998: 24). Bunlar; rakip ürünlerin tanımlanması, rakip ürünlerin nasıl algılandığı ve değerlendirildiğinin ortaya çıkarılması, rakip ürünlerin konumlarının tanınması, tüketici analizi, konum seçimi ve konumun test edilmesi şeklinde ifade edilebilir (Kırdar, 2003: 241).

Rekabetçi bir strateji olarak da ifade edilen konumlandırma süreci, rekabet ortamı ve işletmenin sahip olduğu imkânlara bağlı olarak hedef tüketicilerin bir markanın ürünlerine yönelik algılarını, tutumlarını ve tüketim alışkanlıklarını istenildiği gibi yönlendirebilmeyi kapsar. Burada temel amaç tüketici zihnindeki ayırt edici algılamayı farklılaştırabilmektir (Erdil ve Uzun, 2009: 63).

Yeni rakipler veya tüketici tercihlerinde yaşanan değişimin bir sonucu olarak mevcut markanın aynı konumlandırma ile piyasada bulunması işletmeyi risk altına sokabilir. Dolayısıyla rekabet yoğunluğunun yüksek olduğu bir çevrede faaliyetlerini sürdüren sağlık işletmeleri de zaman zaman yeni rakipler veya değişen müşteri tercihleri nedeniyle markalarının yeniden konumlandırılması gerekliliğini fark edebilirler. Bu nedenler dışında da işletmeler yeniden konumlandırmaya gidebilirler. Örneğin X markası gibi tanınmış bir hastane, yeni yerlerde şubeler açmaya ve dolayısıyla ulusal veya uluslararası bir hastane sistemi olarak ün yapmaya karar verebilir. Diğer taraftan çok saygın bir hastane iken, yaşanan olumsuzluklar (enfeksiyon ölümleri vb.) nedeniyle çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalabilir ve kendini yeniden konumlandırmak isteyebilir.

Yeniden pozisyon oluşturma genellikle hastanelerde birleştirmeler gerçekleştirildiğinde görülmektedir. New York Hastanesi ve Presbyterian Hastanesinin 1998 yılında New York-Presbyterian Healthcare System ismi

altında birleşmeleri bu kapsamda düşünülebilir (Kotler, Lowitz ve Stevens, 2008: 304).

2.1.5.3. Sağlık Hizmetlerinde Markalaşma Sürecinde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

Sağlık kuruluşları markalaşma sürecinden elde edilen tecrübeler aşağıdaki derslerin çıkarılmasını sağlamıştır (Speak, 1996: 41-42):

Fikir Birliği Oluşturulmalı; işletme stratejisi konusunda yönetim ekibinde fikir birliği olması önemlidir. Gerçek bir marka stratejisi, organizasyonun işletme stratejisi ile marka kimliklerini senkronize eder. Bu nedenle, yönetim ekibinin organizasyonun işletme stratejisi üzerinde fikir birliğine ulaşması ve stratejinin açık bir şekilde ifade edilebilmesi hayati önem kazanmaktadır. Bu söylendiği kadar kolay bir iş değildir. Aslında, bu genellikle sürecin başında çok sık ortaya çıkan bir durumdur. Bu sorun organizasyonun strateji ve marka hakkında genel bir vizyon oluşturmak için yönetimin bir seminer yapması ile çözülebilir.

Yavaş İlerlenmeli; uzun süredir hizmetlerini sürdüren sağlık kuruluşları genellikle dâhili olarak ve müşterileri ile sadakat oluşturan bir imtiyaz meydana getirebilmektedir. Herhangi bir değişiklik yapılmadan önce değerli marka kimliklerini ortaya çıkarmak için dikkatli davranılmalıdır. Bu var olan kimliklerin kutsal olduğu anlamına gelmemektedir, kimlik değişimi gereklidir, fakat değişim dikkatli bir şekilde ve sağlam bir gerekçe ile gerçekleştirilmek zorundadır.

Esnek Olunmalı; bir marka sistemi üzerinde karar vermek, dikkatli bir şekilde değerlendirilmeyi ve dengede kalmayı gerektirir. Bir marka sisteminin geliştirilmesi nadiren temiz ve düzenli bir süreçtir. Sağlam bir sistem bir rehberler seti ile başlamasına rağmen, rollerde istisnalar olabilir. Dolayısıyla olabilecek bu istisnalar için yer açılmalı, fakat mücadele dikkatli bir şekilde seçilmelidir. Tüm marka kimlikleri aynı ağırlığı taşımazlar. Markalama stratejileri ile uyumlu gerçek sembolik değerleri olan kimlikleri korumak için

zor kararlar almaya hazır olunmalıdır. (Bu yönetimin taahhütlerini yerine getirebileceği bir alandır).

Rakipler Dikkate Alınmalı; yeni bir markalama stratejisi oluştururken, rakiplerin markalarını ve onların gelecekteki yönelimlerinin anlaşılması gerekmektedir. Kıymetli bir marka değeri inşa etmek özgün, amaçlara yönelik ve tutarlı olmalıdır. Marka stratejisi ile ilgili becerileri ortaya koymadan önce, rakiplerin marka pozisyonları ve geleceğe yönelik niyetlerinden emin olunmalıdır. Markanızın konumunu eşsiz kılmak ve markanız konusunda verdiğiniz sözleri rakiplerinizden daha iyi bir şekilde yerine getirmek önemlidir.

Bağlılık Sağlanmalı; bağlılık boyun eğmek değil, mükemmel bir başarının anahtarıdır. Pek çok durumda, her büyüklükteki kuruluşlar kendi markalaşma stratejilerinin temellerini ihlal etmeye meyillidirler. Tutarsızlık tüm markalaşma çabalarının en büyük düşmanıdır. Bu nedenle, markanın önemli paydaşları arasında uzlaşma sağlamak çok önemlidir. Markalaşma sisteminin uyumunu güçlendirmek için marka polisleri veya gerekli büyüklükte güç oluşturmak yeterli değildir. Markalaşma sürecine iletişim ve eğitim unsurlarının eklenmesi unutulmamalıdır.

Değerler Açıklanmalı; markanın değerleri ve kişiliği vardır. Marka sadakati duygusal bir bağlılığa dayanmaktadır. Kuruluşunuzun markası etrafında duygu geliştirmek için, ona bir kişilik kazandırılmalı ve değerleri belirtilmelidir. Marka karakterinin markalaşma stratejisinin temelindeki değerlerle organizasyonun değer sistemine özlü bir mesaj gönderen bir söz deyimi (slogan) ile desteklenmesi, markalaşma sorununun kritik bir unsurudur.

Bu konuda Heidi ve Don Schultz'da pazarlama yöneticilerine marka geliştirme süreci hakkında 6 adım önermektedir (Kotler, Lowitz ve Stevens, 2008: 302);

1. Örgütsel değerler markayı desteklemek için kullanılmalıdır,
2. Çalışanların değerli tekliflerini yaşatmak için ihtiyaçları karşılanmalıdır,
3. Organizasyonun her müşteri temas noktalarında olumlu müşteri deneyimleri oluşturulmalıdır,

4. İşletmeler markanın temel niteliklerini tanımlamalıdır,
5. İşletmeler strateji, işlem ve ürün geliştirme ile ilgili marka değer önerilerini sürdürmelidirler,
6. İşletmeler markalaşma sonuçlarını, müşteri farkındalığı ve müşteri bağlılığı gibi sonuçlara göre ölçmelidir.

2.2. MARKA DEĞERİ KAVRAMI

Raggio ve Leone (2007) yaptıkları çalışmada “brand equity” ve “brand value” olarak tanımlanan marka değeri arasındaki farklılığı gösteren bir teori geliştirmişlerdir. Buna göre, “brand equity” tüketicilerin zihninde oluşan ve pazarlama faaliyetlerini yönlendiren yapıyı, “brand value” ise, markanın yerine koyma veya satış değerini ifade ettiğini belirtmektedirler. Dolayısıyla “brand equity”, tüketici temelli perspektife, “brand value” ise işletmenin perspektifinden finansal temelli değerlendirmeye dayanmaktadır. Bu çalışmada da tüketici bakış açısına yönelik olarak marka değeri kavramı “brand equity” kavramının karşılığı olarak kullanılmıştır.

Marka değeri iki şekilde göz önüne çıkmaktadır. İlk olarak kurumun kimliğinden kaynak bulurlar ki bu da kurucunun veya yöneticilerin etkisinden kaynaklanmaktadır. İkinci olarak da tüketicilerin bakış açısından kaynaklıdır (dışsal süreç) ki işletme imajının bir parçasını oluşturmaktadır. Bu ayrım marka değerlerinin tanımlanmasında kullanılan metotların yansıtılmasında verilmektedir: içsel metotlar kurum kimliğine bakarken dışsal metotlar markanın dışında olan tüketicilerin algıladığı imaj gibi faktörlere odaklanır. Marka değerlerini derinlemesine anlamak ve işletmenin imajı ve kimliği arasındaki çelişkileri anlamak için dışsal ve içsel metotların her ikisine de bakılması gerekmektedir (De Chernatony, Drury ve Segal-Horn, 2004: 77).

Marka değeri hem finansal değer hem de ilişkilerin bir karması olarak tanımlanır. Marka değeri tüketici gözünde ürüne eklenen değerdir. Marka değeri ürünün markasız değeri ile markalı değeri arasındaki fark olarak da tanımlanır (Kim vd., 2008: 77). Bir başka tanıma göre de marka değeri,

“tüketicilerin markalanmış bir ürünün objektif olarak algılanan değerinin üzerinde ve ötesindeki öznel değerlendirmeleridir” şeklinde ifade edilmiştir (Rust, Zeithaml ve Lemon, 2004: 116).

Bir diğer tanıma göre de marka değeri, bir markanın gelecekte yaratacağı nakit akışlarının net şimdiki değeri olarak tanımlanır. Başka bir ifadeyle, markasız bir ürünün sahip olabileceği değer, marka sahibi olmakla artırılmasıdır (Doyle, 2004: 390). Marka değeri bu boyutuyla ele alındığında sadece tüketicilerine değil hissedarlarına da bir değer katacağı anlamını kazanmaktadır.

Marka değeri iş dünyasında olduğu gibi akademik araştırma açısından da önemli bir kavramdır (Kim vd., 2008: 75). Çünkü pazarlamacılar başarılı markalar yoluyla rekabet avantajına sahip olurlar. Yüksek değerli markalara sahip firmaların rekabet avantajı başarılı bir genişleme olanağına sahip olmayı, diğer rakiplerinin promosyon baskılarına karşı dirençli olmayı ve diğer olası rakiplerin de kendi pazarlarına girmelerinin önüne set çekebilme kabiliyetlerini kapsar (Lassar, Mittal ve Sharma, 1995: 11).

Marka değeri, güçlü bir marka isminin ve sembolünün tüketicinin zihninde yarattığı olumlu izlenimlerin ürün ve tüketiciye kattığı ek değerdir. Bu değer, tüketicinin olumlu tutumları nedeniyle ürünün ve işletmenin pazardaki değerini işletmenin aktiflerinden daha kıymetli bir duruma getirmesidir (Alkibay, 2005 : 85).

Yaygın kanının aksine, çoğu kuruluş veya ürünler büyük bütçeleri ile marka değeri yaratamazlar. Onlar sürekli olarak kaliteli ürün ve hizmetler sunmak, müşterilerle ilişkileri geliştirmek ve tutarlı, anlamlı mesajlar vererek bunu gerçekleştirmektedirler. Değer oluşturmak için, bir organizasyon sağlam bir marka stratejisi ile başlamak ve markanın arkasındaki "söz"ü güçlendirmek için organizasyondaki herkesin katılımını istemek zorundadır (Speak, 1996: 40).

Müşteri odaklı marka değerinin tüketici algılarına dayanmakta olduğunu ifade eden görüşe göre, marka değerini; “bir marka adının bir ürün üzerine yüklediği algılanan fayda ve arzu edilirlikteki artış ve diğer markalarla karşılaştırıldığında, tüketicilerin o marka adını taşıyan ürünün bütüncül

üstünlüğünü algılaması” olarak tanımlanmıştır (Lassar, Mittal ve Sharma, 1995: 13). Sonuç olarak, marka değeri müşteri tercihlerini, satın alma niyetini ve marka tercihini etkilemektedir (Cobb-Walgren, Ruble ve Donthu, 1995: 28).

2.2.1. Marka Değerinin Önemi ve Faydaları

Marka oluşturmanın önemli bir parçası, marka değeri oluşturmak olarak kabul edilir. Marka değerinin bir firma için beraberinde çeşitli avantajlar getirdiği var sayılır. Örneğin, yüksek marka değeri düzeyleri, yüksek müşteri tercihi ve satın alma niyeti için yönlendirici olarak bilinir (Pappu, Quester ve Cooksey, 2005: 143).

Marka değerinin önemini arttıran faktörler incelendiğinde; firmaların sahip oldukları ürün ve hizmetlerin kalite, etkinlik, güvenilirlik, ikna ve itina yönünden birbirine benzer olmasıdır. Bu açıdan markalar, bu ürün ve hizmetlere duygu ve güven ekleyerek tüketicinin seçimini kolaylaştırıcı ipuçları sağlamaktadırlar. Eklenen bu duygu ve güven, tüketicilerle markalar arasında bir ilişkinin oluşturulmasına yardım ederek, tüketicilerin markaya olan sadakatini sağlayacaktır. Markalar ayrıca, tüketiciye arzulanan hayat tarzını sunarak, markanın kullanımıyla birlikte, bu yaşam tarzını tüketicilere aktarmaktadırlar. Bu şekilde, marka diğer markalı ürünleri önüne geçerek, kâr sağlayacak ve yeni markaların geliştirilmesinde maliyet ve güçlüklerden kaçınabilecektir. Dolayısıyla, işletmeler açısından marka değeri, azalan maliyetler, ticari üstünlük ve yeni tüketici grupları anlamını da içermektedir (Aktuğlu, 2005: 326).

Marka değerinin önemi, markanın seçilme olasılığını arttırmakta, marka bağlılığına yol açmakta ve rekabet tehditlerine karşı markayı korumaktadır. Bu şekilde değerlendirildiğinde birçok etkileri söz konusudur. Bu etkilerden ilki, markanın sahip olduğu olumlu imaj konumunu sağlamlaştırmak, onu rakiplere karşı farklılaştırmak ve daha özel ürün kategorilerine yönlendirmektir. Dolayısıyla, işletme yüksek fiyat

önerebilmekte ve tüketiciyi markayı araştırmaya teşvik etmektedir. İkinci olarak, marka değeri pazarlama iletişiminin etkinliğini arttıran marka farkındalığının yüksek derecede olduğunu ima etmektedir (Pitta ve Katsanis, 1995: 56).

Markanın içinde bulunduğu pazardaki konumunu ve başarısını belirleyen en önemli faktörlerden biri olan marka değeri (Kim vd., 2008: 75);

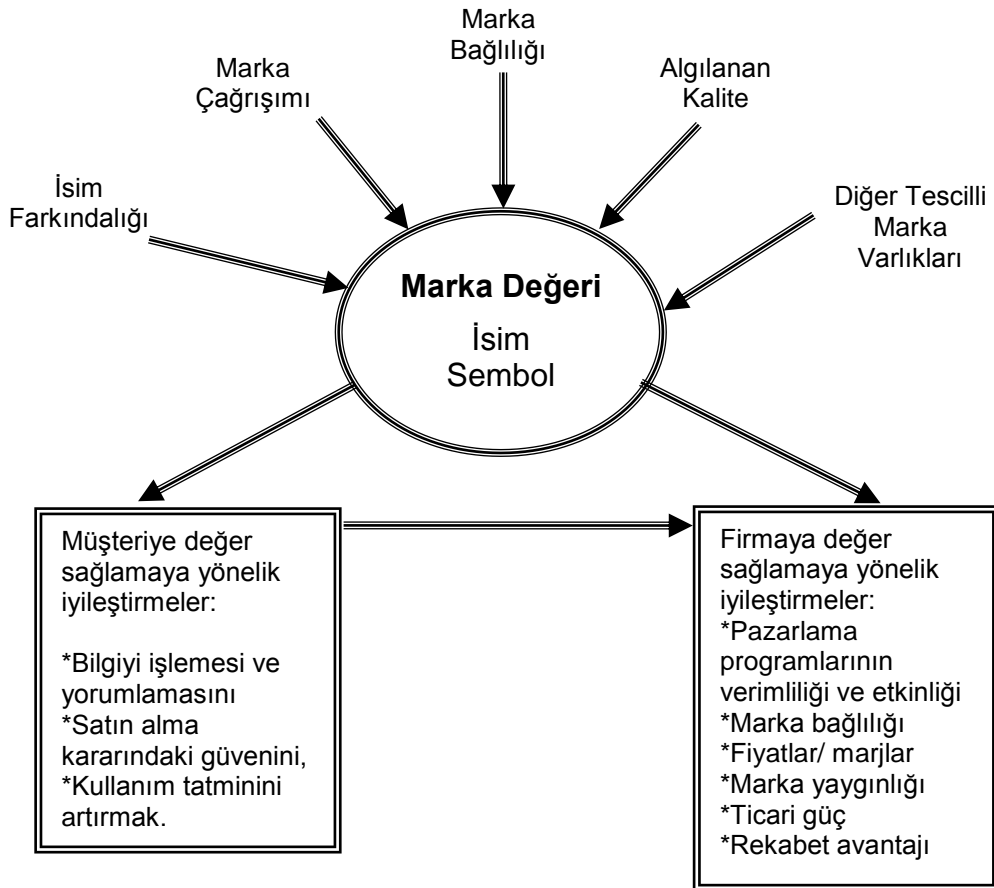
- Rekabet avantajı sağlar,
- Başarılı büyüme sağlar, rakiplerin baskılarına direnci artırır ve rekabetçi girişleri azaltır,
- Özellikle hizmet sektöründe önemlidir ve
- Müşterinin risk algısını azaltır, müşteri tatmini, yeniden satın alma isteği ve bağlılığı artırır.

2.2.2. Marka Değeri Boyutları

Marka değeri, bir markayla ilişkili isim ve sembolün bir işletme ve/veya o işletmenin müşterileri için üretilen mal veya hizmete değer katan ya da değerini azaltan sorumlulukların bir setidir. Marka değerini oluşturan değerler veya sorumluluklar markanın ismi ve/veya sembolü ile ilişkili olmalıdır. Bazıları yeni bir isim ve sembolle değiştirilebilir olmasına rağmen, eğer markanın ismi veya sembolü değişirse değerler veya sorumlulukların bazıları veya tamamı etkilenebilir hatta kaybolabilir. Marka değerinin esasını oluşturan değerler ve sorumluluklar durumdan duruma farklılık gösterecektir. Bununla birlikte marka değeri boyutları kullanışlı bir şekilde beş grup altında sınıflandırılabilir (Aaker, 1991: 15-16):

1. Marka farkındalığı
2. Marka bağlılığı
3. Algılanan kalite
4. Algılanan kaliteye ilave marka çağrışımları
5. Diğer tescilli marka varlıkları (patentler, ticari markalar, kanal ilişkileri vb).

Marka değeri boyutları Şekil 11'de özetlenmiştir. Marka değeri boyutları 5 kategoride marka değerinin esasları olarak gösterilmiştir. Şekil aynı zamanda marka değerinin müşteri ve işletmeler için yarattığı değeri de göstermektedir (Aaker, 1991: 16).



Şekil 11: Marka Değeri

Kaynak: Aaker, 1991: 17.

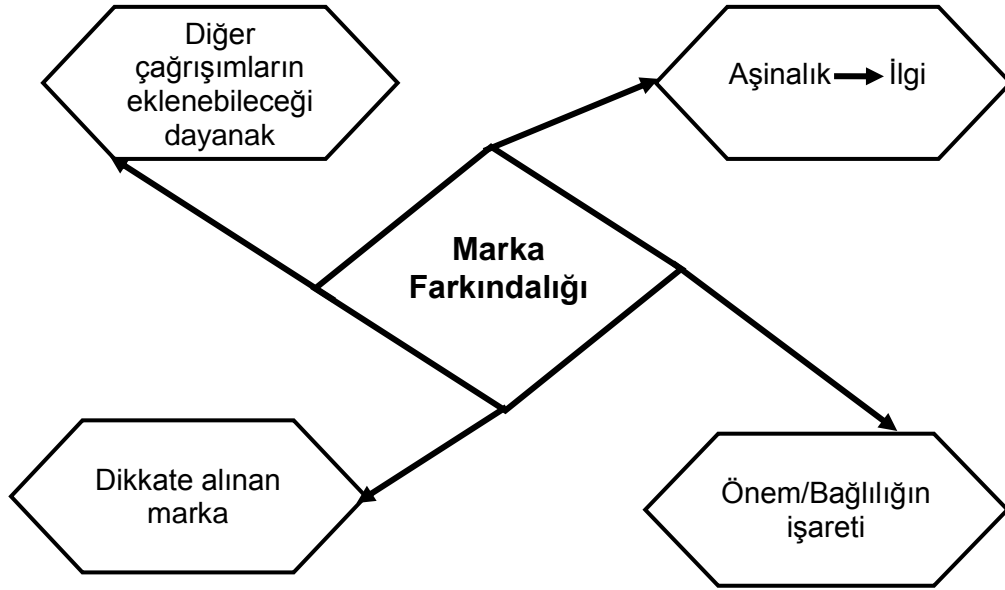
Bu konuda yapılan pek çok çalışma, marka farkındalığı, marka bağlılığı, marka bilgisi, müşteri tatmini, algılanan değer ve marka ilişkileri gibi marka değerinin birçok boyutunun olduğunu göstermektedir (Kim vd., 2008: 77). Yoo ve Donthu (2001) da müşteri temelli marka değeri bilişsel ve davranışsal marka değerinin ölçümünü temsil ettiğini dolayısıyla da Aaker

tarafından beşinci bileşen olarak ifade edilen diğer tescilli marka varlıklarının tüketici algısı ile ilgili olmadığını, bu yüzden de ilk dört boyutun müşteri odaklı marka değeri olarak kabul edilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (aktaran: Kim, Jin-Sun ve Kim, 2008: 237). Dolayısıyla bu çalışmada Aaker'in tanımladığı ilk dört boyut ele alınacaktır.

2.2.2.1. Marka Farkındalığı

Rossiter ve Percy marka farkındalığını tüketicilerin imkânları doğrultusunda ürün kategorisine göre marka konusundaki hafızalarının tekrar tazelenmesi veya farkına varmasının sağlanması şeklinde tanımlamaktadırlar (aktaran: Faircloth, 2005: 4). Aaker marka farkındalığını, marka değerinin bir kıymeti olarak belirtmiştir (Aaker, 1991: 61).

Ayrıca marka farkındalığı, markayı güvence altına almada da yardımcı olur. Bu yardım markanın hatırlanması ve tanınmasının tüketicilerin karar verme sürecinde göz önünde bulundurdıkları bir etken olması şeklindedir. Düşünülmeyen marka seçilemeyeceği için, ilk olarak akla gelen markanın tüketici tarafından seçilme olasılığı yüksektir. Cato (1993), "farkındalığın yaygınlaşmasının daha fazla üye, daha fazla gönüllü ve daha fazla başışa dönüşebileceğini" ileri sürerken, Aaker farkındalığın geleneksel ölçülerinin yalnızca anımsatma veya kabul etmeye odaklandığı için tüketicilerin marka hakkındaki bilgilerinin ne olduğu konusunun gözden kaçmasına neden olduğunu ileri sürmektedir (aktaran: Faircloth, 2005: 4).



Şekil 12: Marka Farkındalığının Değeri

Kaynak: Aaker, 1991: 63.

Aaker'e (1991: 63-67) göre marka farkındalığı minimum dört yolla değer yaratır (Şekil 12).

➤ *Diğer çağrışımların eklenebileceği dayanak*; markanın tanınması iletişim görevinin ilk temel adımıdır. Markanın özellikleri ile ilişkili bir isim olmadan, marka özneliklerini iletmeye çalışmak boşa zaman kaybı olarak görülmektedir. İsim, hafızada içi gerçek olgu ve düşüncelerle doldurulabilir özel bir alan gibidir. Hafızada her an kolayca ulaşılabilen bir alan olmadığı takdirde, olgular ve duygular dışarı çıkarılamayabilir ve gerektiğinde kolayca ulaşılamayabilir.

➤ *Aşinalık ve İlgi*: Tanınma tüketicilere markaya aşına olmalarını sağlar. Böylece insanlar aşına oldukları şeyleri beğenirler. Özellikle sabun, sakız, kâğıt havlu, şeker, tükenmez kalem, kâğıt mendil gibi ucuz veya kolayda mallar için aşinalık zaman zaman satın alma kararını hızlandırır. Motivasyonun olmadığı kullanımlarda, öz niteliklerin değerlendirmesinde aşinalık yeterli olabilir.

➤ *Önem/Bağlılık*: İsim farkındalığı, gerek büyük alımlar yapan endüstriyel alıcılar ve gerekse de dayanıklı tüketim malları alıcıları için

markaya verilen önemin ve bağlılığın bir işaretidir. Mantıken eğer bir isim tanınıyor ise, bunun nedenlerini şu şekilde açıklayabiliriz;

- İşletme reklamları çok kapsamlı olabilir,
- İşletme uzun süreden beri ilgili işi yapıyor olabilir,
- İşletmenin dağıtım ağı çok geniş olabilir,
- Marka başarılıdır-diğerleri de onu kullanıyordur.

➤ *Dikkate alınan marka:* Çoğunlukla satın alma sürecindeki ilk adım, seçim yapılacak bir grup markayı belirlemektir. Bu durumda markanın seçim esnasında göz önüne alınacak markalar arasına girebilmesi kritik önem taşımaktadır. Dolayısıyla akla ilk gelen markalar, her zaman avantajlı konuma sahiptirler. Buna karşı hiç anımsanmayan markaların satın alınma şansları oldukça düşüktür.

Farkındalığı elde etme hem tanıma hem de hatırlama ile mümkündür. Farklı olmak hatırlamayı kolaylaştırır. Bir farkındalık mesajı fark etmek için bir sebep sunmalıdır ve hatırlanabilir olmalıdır. Farklı ve alışılmamış olmalıdır. Çünkü insanlar farklı olanı daha kolay hatırlarlar (Erdil ve Uzun, 2009: 250).

Hastalar, farkında oldukları sağlık hizmet sunucularını seçmek isteyeceklerdir. Ayrıca göz önünde bulundurulması gereken bir durum da, hastalar seçeceği marka ile aynı düzeyde konfor, erişim, kullanım kolaylığı ve değer sağladığı takdirde diğer işletmelerin tüketim ürünlerinden de talep edecektir (Petromilli ve Michalczyk, 1999: 4).

2.2.2.2. Marka Çağrışımları

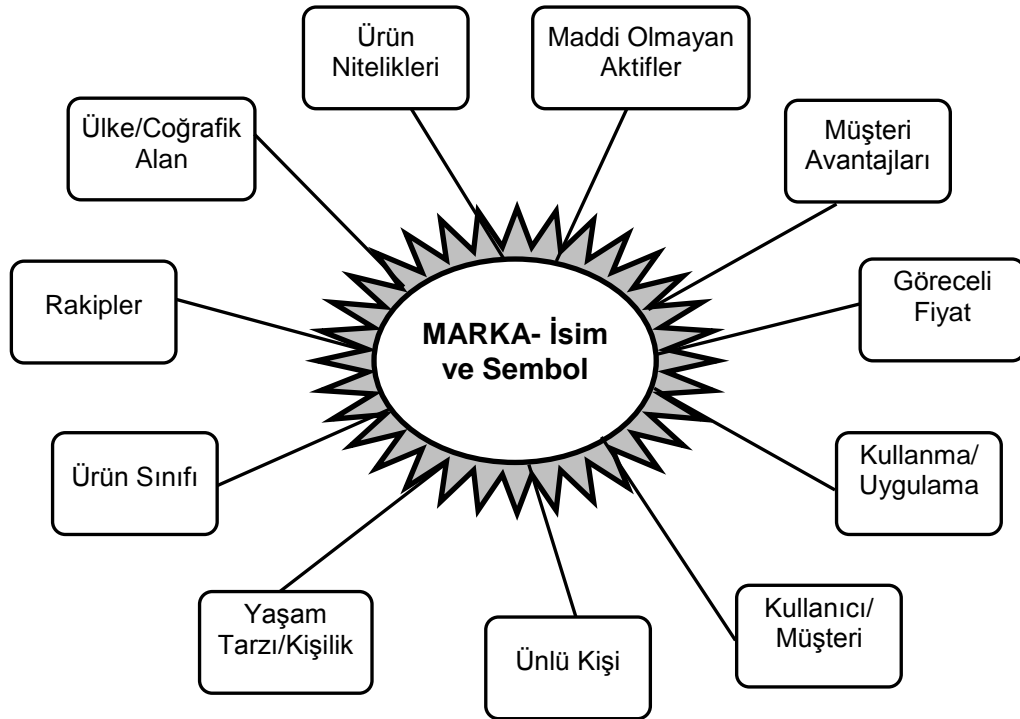
Marka çağrışımı, markayla ilişkilendirilen ve tüketici açısından markanın anlamını ifade eden bilgilerdir. Diğer bir deyişle marka çağrışımı marka hakkında hafızalarda oluşan her şeydir. Marka çağrışımının eşsiz, güçlü ve üstün olması marka değeri oluşumuna etki eden önemli bir faktördür (Tek ve Özgül, 2005: 309).

Marka çağrışımları, pazarlama iletişimi için çok yönlü ve önemli işlevlere sahiptir. Aaker (1991: 111) marka çağrışımlarının bilgi işlem sürecinde yardım, farklılaştırmada, satın alma nedenini geliştirmede, olumlu tutumlar/duygular yaratmada ve genişleme için temel oluşturmada markaya değer yarattığını ifade etmiştir.

Markalar zihinlerde yaratıldığı için en önemli pazarlama kararı, ürüne hangi ismin konulacağıdır. İsim, bir markanın, markaların depolandığı zihinlere takılmasını sağlar. Hatırlanması kolay iyi bir isim hızlı bir başlangıç sağlayabilir (Trout, 2005: 31). Marka çağrışımları, herhangi bir markaya ait hafızaya “bağlanmış” şeylerdir (Aaker, 1991: 109). Diğer bir ifadeyle, markaya ilişkin zihinde oluşan bilgi ağlarıdır ve tüketiciler için markanın anlamını içerirler (Keller, 2003: 66).

Bir marka yöneticisi, tüm çağrışımlarla eşit olarak ilgilenme yerine, daha çok, doğrudan ya da dolaylı yoldan satın alma davranışını etkileyen çağrışımlarla ilgilenir. Dolayısıyla bu ilgi, sadece, çağrışımın türü değil, ayrıca güçlü ve birçok kişi tarafından paylaşılıp paylaşılmadığı ya da zayıf ve kişiden kişiye değişip değişmediği konusunu da içerir (Aaker, 1991: 113).

Genellikle ürün özellikleri veya müşteri faydaları algısal boyutta baskın olan çağrışım türleridir. Markaların, çağrışım boyutları açısından nasıl konumlandığı, tüketicinin marka seçiminde hayati rol oynar. Aaker (1991: 114-115) marka çağrışımlarını on bir sınıf altında detaylandırmıştır (Şekil 13).



Şekil 13: Marka Çağrışımları

Kaynak: Aaker, 1991: 115.

Tanınmış bir markada ürünün marka ismi veya logosu tüketicilerin, ürünün resmini zihinlerinde oluşturmalarını sağlayabilmektedir. Bu ürünün dizaynı ve özellikleri iç marka değerlendirmesini inşa etmeye yardımcı olur (Kehrer, 2005: 9). Buna karşılık hastanelerin marka ismi veya logolarını tüketiciler net bir resme dönüştürmekte zorluk çekebilirler. Bu durum tüketicilerde markanın tanınmasına ancak onlarda marka ile ilgili herhangi bir çağrışım yapmamasına neden olmaktadır (Şekil 14).



Şekil 14: İsim/Logonun Kişilerde Oluşturduğu Çağrışım

Kaynak: Kehrer, 2005: 9'dan yararlanılarak oluşturulmuştur.

Bir hastane için, marka çağrışımını etkileyebilecek faktörler hastanın aşağıdaki konulardaki algılarını kapsar (Bohrer, 2007: 48);

- Hastanenin imajı,
- Hastanenin etik standardı,
- Diğer hastaları da içeren toplumun algısı,
- Hastanenin çeşitli aktiviteler yoluyla topluma katkısı,
- Hastanın markayla ilgili algılanan çağrışımı,
- Dini bakış açısı ve
- İyi kurulmuş olma ve güvenli bir geleceğe sahip olma.

Marka çağrışımı hastaya dayalı marka değeri açısından önemlidir. Çünkü hastanın hafızasında belirli bir markayla bağlantısı olan tek faktördür. Anlamlı bir şekilde organize edilen bir grup marka çağrışımı, tüketicinin zihnindeki genel marka imajını oluşturur. Hastaneler bundan büyük ölçüde faydalanabilir. Çünkü tüketicilerin rakip markalar arasında ayırım yapabilmelerine yardımcı olur ve oldukça rekabetçi bir ortamda belli bir markayı hatırlatmada tetikleyici olarak hizmet verebilir.

2.2.2.3. Marka Bağlılığı

Markaya bağlılık, kişinin makul diğer seçenekleri görmeksizin, sürekli aynı markayı satın almasıdır (Schultz, 2005: 10). Aaker'a (1991: 39) göre, tüketicinin markaya bağlılığı, genellikle marka değerinin çekirdeğini oluşturur.

Marka bağlılığı, rakipleri düşük fiyatlar ve promosyonlar teklif etseler dahi, bir tüketicinin tekrar tekrar herhangi bir rakip marka yerine tek bir markayı arama ve satın alma yetisi olarak tanımlanabilmektedir (Palumbo ve Herbig, 2000: 116; aktaran: Kurtuldu ve Çilingir, 2009: 250). Dolayısıyla marka bağlılığı, tekrar satın almanın uzun dönemde devam etmesidir. Bağlılık düzeyi yüksek müşteriler işletmeye nakit girişi sağlayan ve rakip markaların pazara girmesine önemli ve aşılması güç bir sermaye unsurudur. Şüphesiz işletmenin sahip olduğu müşterilerin bağlılık derecesi aynı değildir. Satın alma alışkanlıklarına göre marka bağlılığı dereceleri değişecektir. İşletmenin ana amacı hiç kuşkusuz tam bağlılığa sahip müşterilerin sayısını arttırmaktır (Marangoz, 2007: 462).

Amine (1998: 309) bağlılığın nedenlerini iki ana grupta incelemiştir. Bunlardan ilki, markaya duyulan ilgiyi içeren duygusal nedenlerdir (duygusal bağlılık); diğeri ise, rakip markalara kıyasla algılanan risk ya da algılanan performans değişiklikleridir (hesaplı bağlılık). Duygusal bağlılık, tüketicinin markayla duygusal ilgi ve özdeşleştirilmesine dayanan ilişkisini sürdürme isteğinin derecesidir. Hesaplı bağlılık ise, tüketicinin sürekli satın alma davranışını, markaya ilişkin faydaların başka bir markaya geçme maliyetini aştığı sürece sürdürmesine bağlıdır.

Herhangi bir örgüt için markaya bağlılık önemlidir. Çünkü güçlü marka bağlılığı olan tüketiciler genel sektör fiyatlarını düşürebilirler, böylece bağlılık organizasyona kâr akımı sağlar (Aaker, 1991).

Aaker markaya bağlılığın çeşitli seviyeleri olduğunu vurgulayarak, bu seviyeleri 5 kategoriye ayırmış ve bir sadakat piramidi oluşturmuştur. Piramidin en tabanından üste doğru boyutları sırasıyla; fiyat alıcıları/değiştirenler, alışkın alıcılar, değişken maliyetli sadık alıcılar,

markanın arkadaşları ve kararlı alıcılar olarak sıralamıştır (Şekil 15) (Aaker, 1991: 39-41):



Şekil 15: Bağlılık Piramidi

Kaynak: Aaker, 1991: 40,

Piramidin tabanında yer alan fiyat alıcıları/değiştirenler; markaya tamamen kayıtsız, bağlılıkları geçici olan, sadık olmayan, sadece fiyata ve fiyat indirimlerine karşı duyarlı olan, marka ile ilgili hiçbir bilgiye sahip olmayan; bu nedenle de marka adının satın alma kararlarında çok küçük rol oynadığı alıcılardır. Bu seviyedeki alıcılar satışa sunulmuş veya uygun olan her markayı ayırt etmeksizin yeterli olarak algılar ve tercih ederler. Bu nedenle kazanılması gereken potansiyel müşteri grubunu oluştururlar.

Piramidin ikinci seviyesindeki alışkın alıcılar, markadan tatmin olmuş ya da en azından herhangi bir tatminsizliğe uğramamış tüketici grubunu temsil etmektedir. Marka değiştirme çabasını gerekli kılacak bir tatminsizlik boyutu yoktur. Bu tüketici grubu, genellikle alışkanlıklarından dolayı markayı tercih ederler. Bundan dolayı rakiplerinin sunacağı gözlenebilir bir faydada markayı değiştirme riski oluştururlar. Ancak, alternatif bir marka

aramadıklarından dolayı kendilerine ulaşmak oldukça güçtür (Aaker, 1991: 40).

Üçüncü seviyede yer alan değiştirme maliyeti ile tatmin olmuş alıcılar; kullandıkları markayı değiştirdiğinde, zaman, para ve performans riski gibi ek değiştirme maliyetlerine maruz kalacaklarından, bu tüketici grubunu firmaya çekmek için, markayı değiştirmek için tüketicinin maliyetlerini aşan bir teşvik sunmaları veya bu maliyetin üzerinde fayda sağlamaları gerekmektedir (Aaker, 1991: 40). Dolayısıyla bağlılık kavramına fiyat duyarlılığı ve şikâyet edilen davranış boyutları etki etmektedir (Ferguson, Paulin ve Leiriao, 2006: 63).

Markanın arkadaşları boyutunu içeren dördüncü seviyedekiler, markayı gerçekten sevenlerden oluşur. Tercihlerinin nedeni bir sembole, kullanım deneyimine veya üstün algılanan kaliteye dayanabilir. Kişiler, her zaman-özellikle bu süre uzadığında, bir şeyi (ya da birisini) neden beğendiklerini tanımlayamayabilirler. Uzun süredir kullanıyor ya da birlikte olabilme bile güçlü bir beğenme etkisi yaratabilmektedir. Bu düzeydeki tüketiciler, kurdukları duygusal bağ ile markanın arkadaşı olarak nitelendirilirler (Aaker, 1991: 40–41).

Piramidin en üst seviyesinde yer alan bağlı alıcılar, markayı keşfetmiş olmaktan veya onun kullanıcısı olmanın gururunu taşırlar. Marka, bağlı alıcılar için ya fonksiyonellik açısından ya da bir kimlik ifadesi olarak çok önemlidir. Markaya güvenleri büyük olduğundan markayı diğer kişilere de önerirler. Markaya bağlı tüketiciler, başkalarını ya da pazarı etkileyerek, firmaya kendilerinin yarattıkları değerden daha fazla değer yaratırlar (Aaker, 1991: 41).

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerinden dolayı, sağlık hizmet tüketicilerinin sağlık işletmelerine olan bağlılığı tüketicinin isteğinden ziyade hastalığının özelliğine bağlıdır. Ancak diş-protez, estetik cerrahi gibi kişilerin seçeneklerinin olduğu hizmetleri sunan sağlık işletmelerinde, bağlılığı gerçekleştirmek mümkündür.

Tüketici tatmini ve marka bağlılığı kavramları pazarlama yazınında çok ilgi çeken kavramlar olmuştur. Pazarlama yazını çerçevesinde, marka

bağlılığının önemli bir öncülüğünün tüketici tatmini olduğu bilinmektedir (Armutlu ve Üner, 2009: 8). Marka bağlılığının en önemli etkenlerinden birisinin müşteri tatmini olması ve tüketicilerin yukarıda belirtilen bağlılık düzeyleri arasında yer alabileceği unutulmamalıdır. Önemli olan, değişik biçimlerdeki marka bağlılık düzeylerinin ve marka değerine sundukları farklı etkilerin farkında olunmasıdır. Bağlılık, tüketicide tekrar satın alma davranışına yol açacaktır. Bu da marka değerini ve böylece de uzun dönem kârlılığı artıracaktır.

Sağlık kurumları hasta bağlılığını sağlamak amacıyla hasta tatmini üzerinde odaklaşmaktadırlar. Hasta bağlılığı, hastaların gereksinimleri olduğunda, hizmetlerinden yararlandıkları sağlık kurumunu tekrar kullanmaları veya tercih etmeleridir. Hastaların hizmetten tatmin düzeyleri arttıkça, hasta bağlılığı oranı da artmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 296).

Flexner ve Berkowitz'in (1979) 1465 kişi üzerinde yaptıkları ve kişileri doktoru olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayırdıkları çalışmada da, her iki grubunda hastane seçiminde daha iyi muayene eden hastanelere öncelik verdikleri bulunmuştur. Dolayısıyla hastanelerin öncelikli olarak temel işlevleri olan tedaviye ilişkin unsurlarını ve fiziksel imkânlarını tüketicilerin beklentilerini karşılayacak şekilde geliştirmeleri önemli bulunmaktadır.

Erdem ve arkadaşlarının (2008: 107) Elazığ'da hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada; hasta bağlılığının en fazla ilgi ve nezaket boyutundan etkilendiği bulunmuştur.

Torres, Vasquez-Parraga ve Barra'nın (2009) Şili'de hastaların sağlık kuruluşuna olan bağlılığını geliştirme sürecine, doktorun ve doktorun sahip olduğu itibarın etkisini araştırdıkları çalışmalarında, doktorun itibarının olumlu olmasının hasta güven ve memnuniyetini de olumlu etkileyerek hasta bağlılığını sağlayacağı bulunmuştur. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin genel değerlendirilmesinde hasta-hekim ilişkisi kritik öneme sahiptir. Hasta bağlılığında genellikle öncelikle doktor, arkadaş ve aile tavsiyeleri etkili olmaktadır (Spake ve Bishop, 2009: 2–3).

Türkiye'de hastane reklâmlarının yapılmasının önündeki yasal engeller (Özel Hastaneler Yönetmeliği, İlkyardım Yönetmeliği, Sağlık Uygulama

Tebliği vb.) marka bağlılığının sağlanmasını güçleştirmektedir. Dolayısıyla hastaneler marka bağlılığını müşteri ilişkileri yönetimini kullanarak gerçekleştirmeye çalışmaktadırlar.

2.2.2.4. Algılanan Kalite

Algılanan kalite ile ilgili detaylı bilgilere ilk bölümde yer verildiği için burada kısaca değinilmiştir. Marka oluşturmanın en temel yapı taşlarından birisi hiç şüphesiz kalitedir (Ar, 2007: 29). Bu nedenle marka değerini oluşturan önemli boyutlardan birisi de algılanan kalitedir (Aaker, 1991; Pappu, Quester ve Cooksey, 2005: 145).

Algılanan kalite, öncelikle müşterilerin bir algısıdır. Bu anlamda aşağıda belirtilen diğer kavramlardan farklılık gösterir (Aaker, 1991: 85):

- Gerçek ya da nesnel kalite: Mal ya da hizmetin üstün hizmet sunma derecesi,
- Ürün-tabanlı kalite: İçeriklerin, özelliklerin ya da hizmetlerin doğası ve miktarı,
- İmalat kalitesi: Standartlara uygunluk, “sıfır hata” hedefi.

Özetle algılanan kalite bir ürünün genel mükemmelliği veya üstünlüğü hakkında tüketicinin kararı olarak tanımlanabilir (Chueh ve Kao, 2004: 71). Dolayısıyla işletmeler marka değeri için müşteri değerine odaklanmalıdırlar (Rust, Zeithaml ve Lemon, 2004: 112).

Algılanan kalite tatminden farklıdır. Performans düzeyleri ile ilgili düşük beklentileri olan müşteriler tatmin olabilir. Ancak yüksek algılanan kalite düşük beklentiler ile tutarlı değildir. Dolayısıyla tutumlar farklıdır: Örneğin, olumlu bir tutum geliştirilmiş olabilir, çünkü çok düşük kalitedeki bir ürün çok pahalı değildir. Buna karşı, yüksek kaliteli ürünlerin fiyatları pahalı olduğundan kişiler olumsuz tutum sergileyebilirler (Aaker, 1991: 86).

Algılanan kalite, bir marka hakkında genel soyut duygulardan oluşmaktadır. Bununla birlikte, markanın kendisine özgü çoğu ürün için geçerli olan ve markanın ilişkilendirildiği, güvenilirlik, performans, standartlara

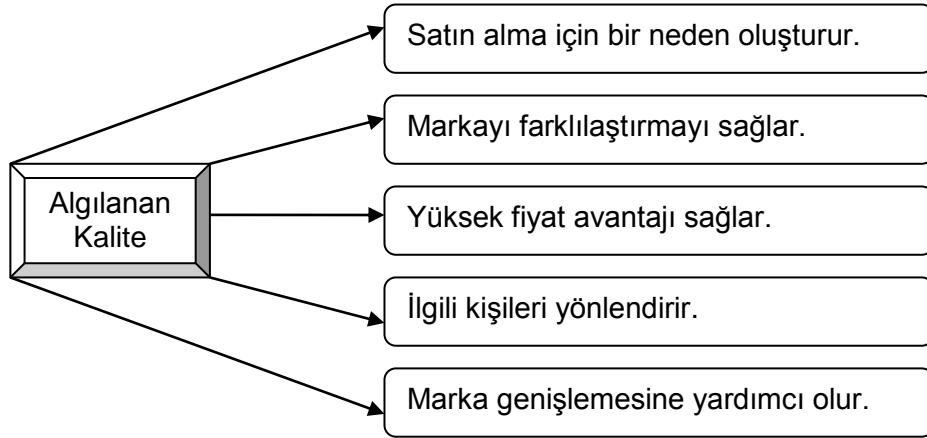
uygunluk, dayanıklılık gibi özelliklerini vurgulayan bazı temel boyutları da esas almaktadır (Aaker, 1991: 86).

Algılanan kalitenin geliştirmesinde ilk adım, işletmenin üstün kaliteli mal/hizmet sunma yeteneğinin geliştirilmesidir. Kalite yüksek olmadığı halde, müşterileri bu duruma ikna etmeye çalışmak çoğunlukla zaman israfıdır. Müşterilerin deneyimleri kalite konumuyla tutarlı olmadığı sürece istenen imajı elde etmek oldukça güçtür (Aaker, 1991: 94).

Sonuç olarak algılanan kalite, ürünün önceden belirlenmiş ölçülebilir üstünlüğünü ifade eden objektif veya gerçek kaliteden farklıdır. Algılanan kalite ürünün içsel ve dışsal özelliklerinden etkilenir ve tüketici zihninde oluşur. Dolayısıyla üreticinin kalite algısıyla tüketicinin kalite algısı birbirinden farklılık gösterebilir (Grewal, 1995: 237). Bu nedenle kalite hem tüketicileri hem de üreticileri ilgilendirmektedir. Tüketiciler açısından bakıldığında, tüketici kaliteye ödeme yapmaktadır. Üreticiler açısından bakıldığında da üretici kaliteyi geliştirebilmek amacıyla yatırım yapmaktadır. Aynı şekilde, tüketiciler faydalarını, üreticiler de kârlarını maksimize etmeye çalışmaktadır. Bu nedenle işletmelerin rekabet güçlerini geliştirmede tüketicilerin zihninde olumlu algılar geliştirmeleri ve bu algıları artırmaları yönünde stratejiler geliştirmeleri etkili olacaktır.

Algılanan kalite, müşterilerin satın alması için bir neden oluşturma, marka ile ürünün diğerlerinden farklılaşmasını sağlama, işletmeye yüksek fiyat avantajı sağlama, ilgili kişileri yönlendirme ve marka genişlemesine yardımcı olmak gibi çeşitli şekillerde değer sağlar (Şekil 16):

Bir markanın algılanan kalitesi, hangi markaların değerlendirmenin içinde ve dışında kaldığını ve seçilecek markayı etkileyerek önemli bir satın alma nedeni sunar. Algılanan kalite satın alma kararına bağlantısı nedeniyle, pazarlama programının tüm bileşenlerini daha etkili kılabilir. Algılanan kalite yüksekse ve tanıtım işinin etkili olması daha olasıdır (Aaker, 1991: 87).



Şekil 16: Algılanan Kalitenin Değer Yaratması

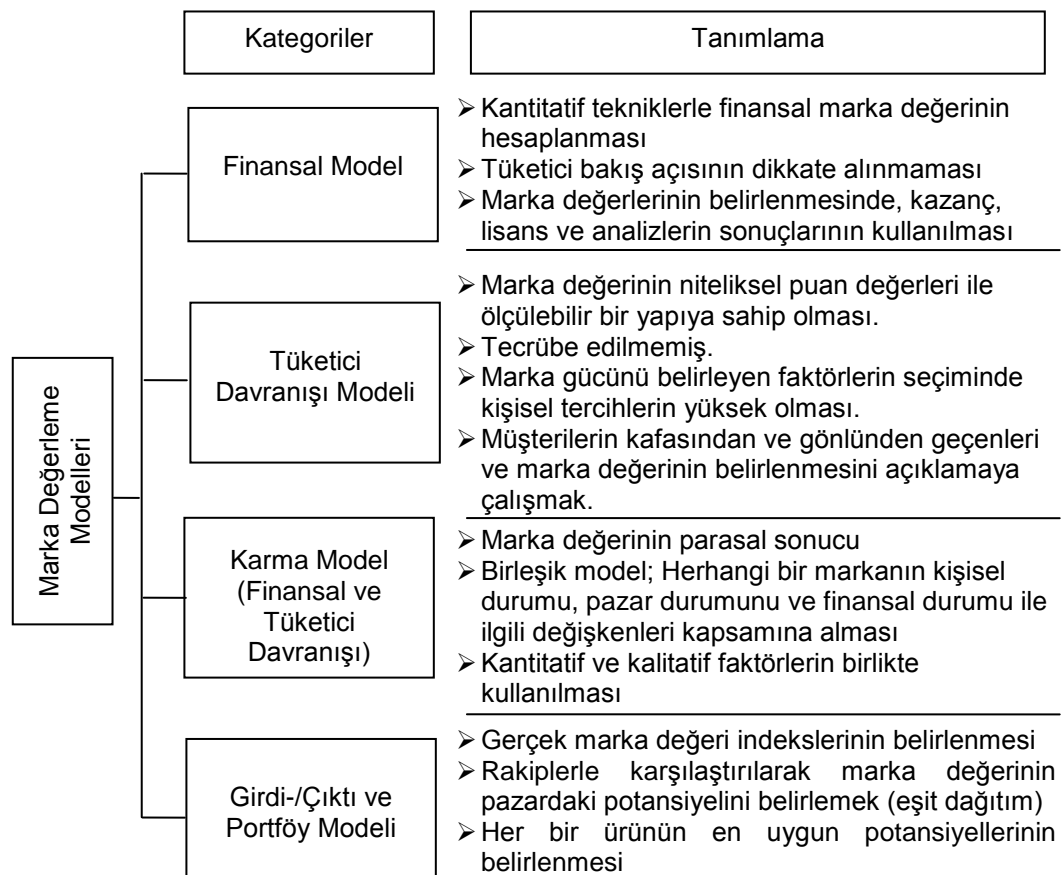
Kaynak: Aaker, 1991: 86.

Bir markanın, algılanan kalite düzeyinin yüksek olması tüketicilerin satın alma karar sürecinde çok önemli rol oynamaktadır. Tüketicilerin hangi markaları tercih edeceklerini veya tercih etmeyeceklerini etkileyerek tüketicinin markayı satın alma nedenleri arasında markanın algılanan kalite düzeyi önemli rol oynamaktadır. Algılanan kalite, markayı rakiplerden farklılaştırmada ve markayı tüketici zihninde konumlandırmada kullanılmaktadır. Yine algılanan yüksek kalite düzeyi markaya yüksek fiyat uygulamaya imkân vermektedir. Yüksek fiyat uygulaması işletmenin kârlılığını arttırmakta ve markaya tekrar yatırım yapılması için kaynak yaratabilmektedir (Akın ve Avcılar, 2007: 44).

2.3. MARKA DEĞERLEME VE ÖLÇÜM MODELLERİ

Marka değerini ölçmeye ve açıklamaya yönelik çeşitli tanımlamaların yer aldığı birçok değişik yaklaşım geliştirilmiştir. Literatürde bunlardan geniş oranda kabul görmüş olanları finansal odaklı marka değeri, müşteri odaklı marka değeri, bu ikisinin birlikte kullanılması ile oluşan karma marka

değerleme modeli ve ürünlerin en uygun potansiyellerini belirlemek amacıyla kullanılan portföy modelidir.



Şekil 17: Marka Değerleme Modellerinin Sınıflaması

Kaynak: Zimmermann vd., 2001:22.

Tüketici temelli marka değerlendirme modellerinin büyük çoğunluğunu, markanın tüketici zihninde oluşturduğu algılamayı, doğrudan tüketiciyle yapılan röportaj, anket veya deney yoluyla birincil veri olarak toplanması şeklindeki çalışmalar oluşturmaktadır (Kartono ve Rao, 2005: 7).

Bir markanın değerini belirleyecek yaklaşımlar geliştirmenin çeşitli açılardan önemli olduğunu vurgulayan Aaker (1991: 21-22), bunları şu şekilde belirtmiştir;

- İlk olarak, markalar alınıp satıldıklarından dolayı, alıcılar ve satıcılar arasında bir değer belirleme gerekliliği doğar.
- İkinci olarak, marka değerini arttırmak için markalara yapılan yatırımların sorgulanmasıdır.
- Son olarak ise, marka değerinin tespiti, değer kavramına derinlemesine bir bakış açısı ile yaklaşılmasını sağlar.

Markanın değerinin belirlenmesinin en önemli nedeni ise, yatırımcıların firmaya yapmayı planladıkları yatırım kararlarını etkilemesidir (Doyle, 2004: 126).

Finansal yöntemler, genellikle sadece finansal verilerden yola çıkarak marka değerini hesaplamaya çalışırlar. Dolayısıyla, finansal yöntemler müşteri davranışlarını, zevk ve tercihlerini doğrudan dikkate almamaktadır. Bunun yerine genellikle, maliyet ya da hisse fiyatları üzerine yoğunlaşan yöntemlerdir (Myers, 2003: 39).

Bu çalışmanın kapsamı gereğince, finansal ve karma yöntemler yerine, marka değerinin tüketici değerlendirmesi ile ilgili yöntemlerle belirlenmesi konusu üzerinde yoğunlaşılacaktır. Literatürde genel olarak kabul görmüş çeşitli tüketici temelli marka değerlendirme modelleri bulunmaktadır. Aşağıda bu modellerden bazıları incelenmiş olup, araştırmanın uygulamasında Aaker modeli temel alınmıştır.

2.3.1. Tüketici Temelli Marka Değerleme Modelleri

Fiyat primleri, lisans bedelleri gibi sayısal değerler üzerinden markanın parasal değerlerini tespit etmeye yoğunlaşan finansal yöntemler, markanın gücünü oluşturan tüm unsurları kavrayamadıkları, müşteri davranış ve eğilimlerini dikkate almadıkları gerekçesiyle eleştirilmektedirler (Baydaş ve Çakmak, 2004: 222). Bu yüzden marka gücünü talep doğrultusunda bir unsur olarak gören kavramlar oluşturulmuş ve tüketicinin görüşlerinin ön plana çıktığı, bilimsel olarak hem kalitatif hem de puanlı-değerleme (scoring-werten) yöntemleri ile marka değeri ölçümü araştırılmıştır. Böylece tüketicinin

kafasından neler geçtiği ve markanın onların gözünde nasıl bir değer ifade ettiğini anlamaya çalışan modeller geliştirilmiştir (Tablo 2) (Zimmermann vd., 2001: 46).

Tablo 2: Tüketici Temelli Modeller

Aaker Modeli (1991)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Marka farkındalığı ➤ Marka çağrışımları ➤ Marka bağlılığı ➤ Algılanan kalite (imaj)
Keller Modeli (1993)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Marka farkındalığı ➤ Marka imajı
Icon'un Marka Buzdağı Modeli (1999)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Marka imajı (marka farkındalığı, hafızada yer etmesi, marka tanıtımı, markanın iç imajının netliği ve çekiciliği) ➤ Marka varlıkları (markaya olan sempati, markaya olan güven, marka sadakati)
Young&Rubicam Marka Varlığı Değer Ölçeği	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Marka gücü (farklılıkları, relevanz) ➤ Marka statüsü (görünüşü, güvenilirliği)
McKinsey Modeli	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Marka payı ➤ Fiyat farkı ➤ Pazarlama giderlerinden tasarruf ➤ Kaldıraç gücü potansiyeli
Kapferer Modeli	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fonksiyonel marka kullanımı: <ul style="list-style-type: none"> • Riskin azalması (güvenlik, işlem masraflarının azaltılması) • Kalite göstergeleri • Satın almayı alışkanlık haline getirme

Kaynak: Hammerschmidt, 2006: 62

Tüketici temelli marka değeri, tüketicilerin kişisel olarak markaya ilişkin verdikleri değerleri ortaya koyacak bir hesaplamayı gerektirmektedir. Literatürde tüketici temelli marka değerinin hesaplanmasındaki yaklaşımlarda farklı yöntemler geliştirilmiştir (Koçak ve Özer, 2004: 192).

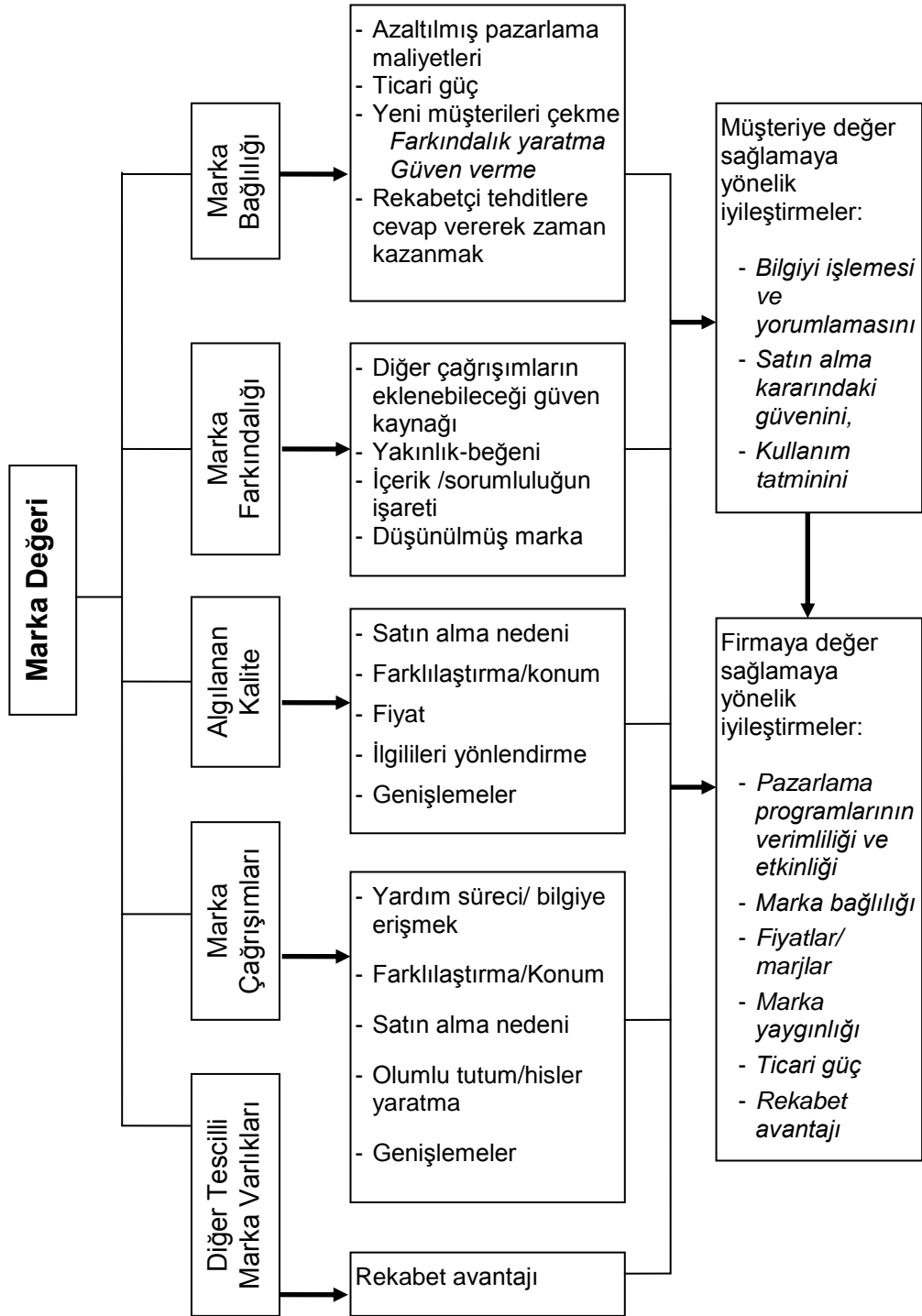
Tüketici temelli marka değeri marka hakkındaki bilginin, müşterilerin markanın pazarlanmasına verdikleri cevap üzerindeki farklılaştırılmış etkisi olarak tanımlanmaktadır Buna göre marka değeri tüketici bakış açısına bağlı olarak kavramsallaştırılmakta ve tüketici temelli marka değeri, tüketicilerin

markaya aşına oldukları ve hafızalarında tercih edilebilir, güçlü ve eşsiz bazı marka bileşenlerini tuttıkları zaman oluşmaktadır. Bu tanım esas alındığında, marka değerini tanımlamak için beş önemli hususun dikkate alınması uygun görülmektedir (Lassar, Mittal ve Sharma, 1995: 12);

- İlk olarak marka değeri herhangi bir objektif göstergeden ziyade tüketicinin algılarıyla ilgili bir konudur.
- İkinci olarak marka değeri markayla bütünleşen global bir değere işaret eder.
- Üçüncü olarak markayla bütünleşen bu global değer markanın isminden ileri gelir ve bu da sadece fiziksel özelliklerinden ileri gelmediğinin bir göstergesidir.
- Dördüncü olarak marka değeri mutlak değildir ve rekabetle görelilik olarak değişebilir.
- Son olarak marka değeri finansal performansı kesinlikle pozitif yönde etkilemektedir.

2.3.1.1. Aaker'ın Marka Değeri Modeli

Aaker'a göre (1991), marka değeri teorisi, tüketicilerin marka farkındalığı, marka bağlılığı, algılanan kalite ve marka çağrışımına yanıt olarak bir markanın algısını oluşturdukları düşüncesine dayanmaktadır. Aaker, marka değeri modelini; bağlılık, farkındalık, algılanan kalite, çağrışım ve diğer tescilli marka varlıkları olmak üzere beş temel üzerine inşa etmiştir (Şekil 18).



Şekil 18: Marka Değeri Oluşturan Bileşenler

Kaynak: Aaker, 1991: 270.

Aaker modeline göre işletmeler; marka değeri boyutları (marka bağlılığı, marka farkındalığı, algılanan kalite, marka çağrışımları) sayesinde pazarda güven ve farkındalık sağlayarak yeni müşteriler çekebilecek ve pazarlama maliyetlerini azaltarak ticari güç elde etme yoluna gideceklerdir.

Aynı zamanda tüketicilerin markanın kalitesi ile ilgili algılamaları, tüketici zihnindeki konumlamayı belirleyecek, bu durum işletmeye ürünlerini daha yüksek fiyatlardan satma imkânı verecektir. Ayrıca marka çağrışımları sayesinde tüketicilerde satın alma nedeni oluşturacaktır. Son olarak diğer tescilli marka varlıkları aşamasında da marka değerinin işletmeye sağladığı rekabet avantajları üzerinde durulmuştur.

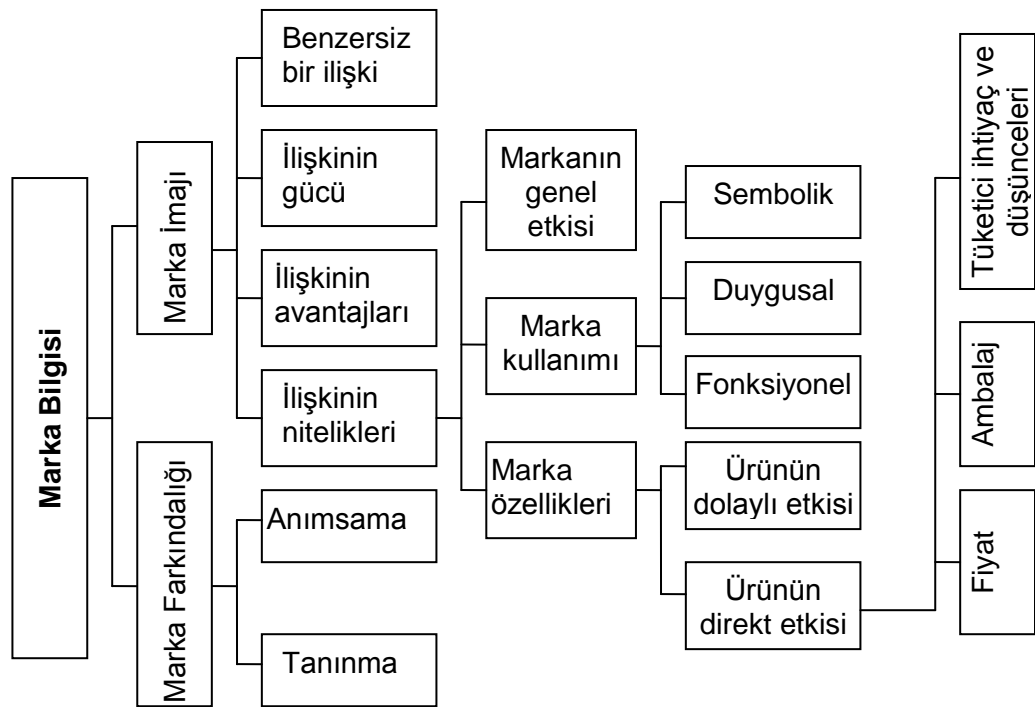
Sonuç olarak Aaker, tüm bu bileşenlerin marka değerini meydana getirerek, işletme ve tüketiciler açısından marka değerinden sağlanması beklenen faydaların ortaya çıkmasına neden olacağını ileri sürmüştür (Aaker, 1991).

2.3.1.2. Keller'in Kavramsal Modeli

Keller marka değerini, "tüketicilerin bir markanın pazarlanmasında verdikleri tepkiler üzerindeki marka bilgisine bağlı fark etkisidir" (Keller, 2003: 60) şeklinde tanımlamıştır. Diğer bir ifadeyle, tüketiciye dayalı marka değeri marka bilgisine bağlıdır ve aynı olan başka marka ürünlerle karşılaştırılmasında görülür (Keller, 1993: 8).

Keller'e göre (1993: 8), marka bilgisi; marka farkındalığı ve marka imajı ile birlikte ortaya çıkar. Marka farkındalığı bir markayı hatırlama veya o markayı tanıma şeklinde gerçekleşebilir. Markanın imajı birçok marka bağlantıları ile belirlenir. Keller marka bağlantılarını, ürünün çeşitliliği, avantajları, gücü ve eşsiz olması ile tanımlamaktadır. Markanın özelliklerini ürünü etkileyen direkt ve dolaylı özellikler (fiyat, ambalaj gibi) oluşturur. Markanın kullanımı tüketicilerin farklı isteklerine bağlı olarak fonksiyonel, duygusal ya da sembolik nitelik taşır. Sonuç olarak markanın belirlenmesinde tüketicilerin görüşü önem taşır (Zimmermann vd., 2001: 48).

Modele getirilen eleştiriler ise şu şekildedir; Keller marka değeri oluşumunu çözümlmeli (analytic) ve kavramsal (conceptional) bir biçimde anlattığı halde, uygulama kısmı hakkında yeterli açıklamada bulunmamıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda tanımlanan belirleyici etkilerin birbirine bağlı problemleri artırarak büyüttüğü ortaya çıkmış ve kalitesi ölçülmüş marka değerlerinin finansal işlere nasıl uyarlanacağı konusunda da açıklık getirilmemiştir. Sonuç olarak, Keller'in marka değer tahmini modelinin hâlâ deneysel olarak onaylanmamış olduğu ileri sürülmektedir (Zimmermann vd., 2001: 50).



Şekil 19: Keller Marka Bilgisi Modeli

Kaynak: Zimmermann vd., 2001: 49

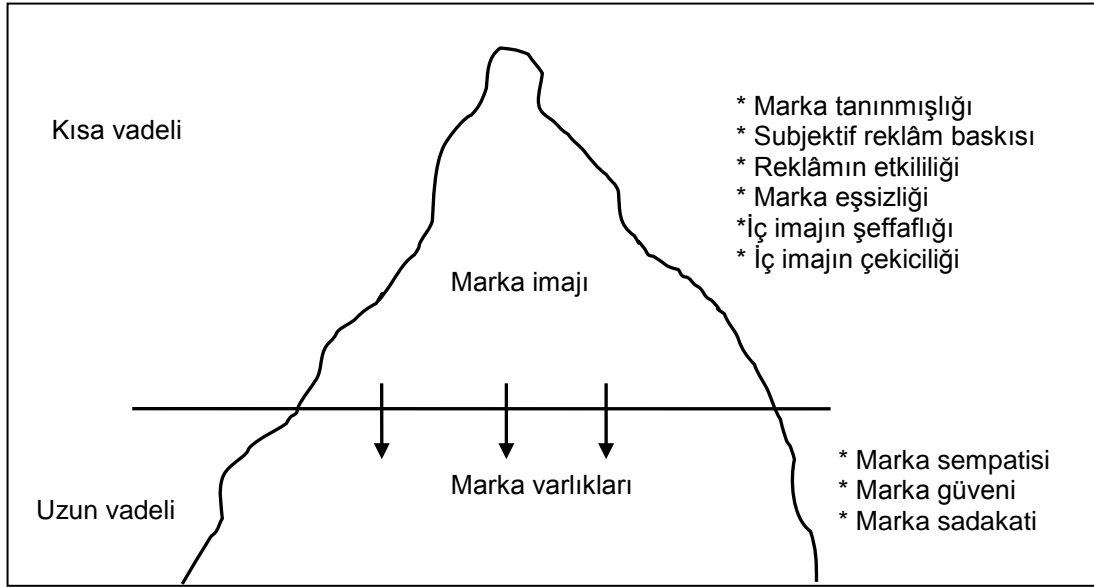
2.3.1.3. Icon Buzdağı Modeli

Icon'un marka değerini araştırdığı model de tüketici temelli marka değerlendirme modelleri arasında yer almaktadır. Bu modele göre marka değeri, marka imajı ve marka varlıklarından elde edilmiştir (Jucaityte ve Virvilaite, 2007: 378).

Bu model çoğu kez markanın değerinin bir buz dağı ile eşleştirildiği "marka buz dağı" olarak da adlandırılmaktadır. Marka imajı ürünün şekli, ambalajı, reklâmı, promosyonu, etkinlikleri gibi tüketiciler tarafından kısa vadede dikkate alınan kısımdır (Zimmermann vd., 2001: 50). Diğer bir ifadeyle marka imajı, genellikle birtakım anlamlı şekillerde örgütlenmiş, çağrışımlar kümesidir (Aaker, 1991: 109–110).

Marka imajı; marka farkındalığı, marka imajının iç çekiciliği ve şeffaflığı, markanın özü, reklamın etkisi ve subjektif olarak görünen baskısı ile şekillenir. Marka varlıkları ise buz dağının görünmeyen "su altındaki" kısmını oluşturur. Daha çok, tüketicilerin düşünce ve davranışlarının uzun vadede değişen ve önceden markaya yapılan yatırımları temsil eder. Marka varlıkları, marka sempatisi ve marka sadakatini içerir. Marka imajının ve marka varlıklarının toplamı da markanın iç değerini oluşturur (Zimmermann vd., 2001: 50).

Marka değerinin hesaplanması için bu iki boyutun katkısı markanın yaşına bağlıdır. Böylelikle yeni markaların marka varlıkları eski markalarinkine kadar güçlü değildir. Icon'a göre marka varlıkları marka başarısını doğrudan etkiler ama sadece marka imajı tarafından etkilenir. Marka buzdağı göstergelerinin her biri için markanın bulunan değeri Icon-Veri tabanı yardımıyla marka için araştırılmış değerler ilgili branşların uygun referans değerleri ile veya ürünün bölümlerine göre karşılaştırılabilir (Zimmermann vd., 2001: 51). Bu sayede markanın kısım ortalamasına göre hangi bölümlerde daha iyi veya kötü olduğu hakkında bilgiler alınabilir. Böylece kıyaslama (benchmarking) yapılmasına imkân verir (Esch, 1999: 986).



Şekil 20: Icon Buz Dağı Modeli

Kaynak: Zimmermann vd., 2004: 51.

Icon buz dağı modelinde bazı problemler de oluşabilmektedir. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz (Zimmermann vd., 2001: 51):

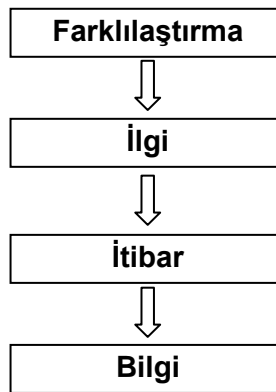
- İlk olarak markanın mutlak değerini değil, olası değerini göstermektedir.
- Marka imajı ile marka varlıklarının karşılaştırılması yerine, marka imajı ile başka bir markanın ürünleri karşılaştırılmaktadır.
- Eğer marka değeri bu modele göre hesaplanırsa, marka değerinin en alt sınırı belirlenebilir. Marka değeri başka markalarla ne kadar az karşılaştırılırsa, marka değeri gerçek değere o kadar yakın olur.

Bir başka soru da, marka değerini gerçekten markanın mı yoksa ürünün mü oluşturduğudur. Sonuç itibarıyla bu modelin kalitatif marka değeri tanımlamasına odaklanan davranış bilimine yönelik bir çalışma olduğu görülmektedir. Dolayısıyla marka değeri hesaplaması olası değerlerin hesaplanabilmesi ile sınırlıdır.

2.3.1.4. Young & Rubicam Group Modeli

Bir reklam ajansı olan Young & Rubicam, marka kazancı ölçeği modeli ile davranış bilimlerine yönelik uluslararası bir marka değerlendirme sistemi geliştirmiştir. Bu model de Icon'ın buz dağı modeli gibi marka yönetiminde kullanılmakta ve bu yüzden finansal marka değerini belirtmemektedir (Zimmermann vd., 2001: 51).

Young & Rubicam modeline göre marka değeri; farklılaştırma, ilgi, itibar ve bilgi olmak üzere Şekil 21'de gösterildiği gibi dört boyut boyunca sıra ile oluşturulduğu hipotezine dayanmaktadır (Aaker, 1996a: 306);



Şekil 21: Young&Rubicam Marka Dinamikleri Modeli

Kaynak: Aaker, 1996a: 306.

Farklılaştırma modelin ilk sırasındır ve markanın pazarda ne kadar farklı olduğunu ölçer ve marka gücü için bir temel sağlar. Dolayısıyla farklılaşmadaki bir kayıp, güçlü bir markanın gücünü yitirmeye başladığının bir işareti olarak nitelendirilir. İkinci sırada yer alan ilgi derecesi ile bir markaya ait kişisel ilgi olup olmadığının cevaplanması; itibar derecesi ile ilgili markaya olan saygının yüksek düzeyde tutulup tutulmadığı ve kendi sınıfında en iyi nitelendirilip nitelendirilmediği ve son olarak bilgi derecesi, bir markanın nasıl ayakta durduğunu ortaya koymaktadır (Aaker, 1996a: 304).

Young ve Rubicam'a göre marka değeri, marka gücü ve marka kişiliğinin (stature) bir fonksiyonudur (Isbrecht, 2008: 9). Burada marka gücünü, farklılaştırma ve ilgi, marka kişiliğini ise itibar ve bilgi oluşturur (Jucaityte ve Virvilaite, 2007: 379). Farklılaştırma ve ilgi markanın gelecekteki gelişimi için, itibar ve bilgi ise markanın şimdiki durumu için daha önemlidir (Zimmermann vd., 2001: 52).

2.3.1.5. McKinsey Marka Değeri Modeli

Bu model, marka gücünün tam ve eksiksiz olarak ölçülebilir olduğu varsayımına dayanmaktadır. McKinsey markanın 3 P'sini; performans (performance), kişilik (personality) ve görünüm (presence) olarak tanımlamaktadır. Ona göre bu üç faktör, güçlü bir marka olmada önemli belirleyicilerdir. McKinsey, 3 P'lerin görevinin ölçülebilir bir marka gücü değeri oluşturmak olduğunu varsayar. Yine belirtmek gerekir ki, McKinsey'in marka değerlendirme sistemi bireysel marka gücü değerleri ve tanımlamalarını ölçülebilir olarak varsaymaktadır (Jucaityte ve Virvilaite, 2007: 378).

2.3.1.6. Marka Değeri-Kapferer Modeli

Bu model, bir markanın değerinin, marka ve onun müşterisi arasında oluşan zımni bir sözleşme ile olduğu temeline dayanan bir varsayım üzerine kurulmuştur. Alışverişin tekrarlanması ve otomatik hale gelmesi kaliteyi taahhüt etmek ile gerçekleşir. Marka, üretici ve tüketici için işlem riskini aynı şekilde azaltarak faydayı oluşturur. J.N. Kapferer'e göre, marka değeri, müşterilerin satın alma riskinin azaltılmasına bağlıdır. Yine de model, marka değeri büyümesi üzerinde yavaşlatıcı bir etkiye sahip olan değişen tüketici değerleri, rakiplerin stratejileri ya da diğer faktörleri dikkate almaz (Jucaityte ve Virvilaite, 2007: 378).

Kapfarer'e (2008) göre marka değeri; müşteriler, marka ve marka sembolünün arasındadır. Kalite güvencesi otomatik olarak tekrar satın almayı sağlamaktadır. Böylece hem tüketici hem de işletme için büyük oranda ticari faaliyet riskini azaltmaktadır. Tüketici ve marka arasındaki sözleşme işletmeye finansal kazanç, tüketiciye de marka sembolü sayesinde tasarruflu fiyat güvencesi sağlamaktadır.

Kapfarer marka sisteminde tüketiciyi ve tüketicinin satın alma davranışını ön planda tutmaktadır. Başarı ihtimaline yönelik olarak hazırlanan reklam ve ürün tanıtımı ile tüketici deneme alımına yönlendirilir. Tüketicinin marka tercihini ise alış-veriş deneyimi, markanın kalitesi ve fiyatı belirler. Bu da ürünün tekrar alımı ile ispatlanmış olmaktadır (Zimmermann vd., 2001: 48).

Kapfarer'e (2008) göre marka kazancı ile olumlu anlamda bağlantılı olan markanın pazar payı öncelikle markaya sadık olan tüketicilerin sayısı tarafından belirlenir. Bu marka gelirleri ile yeniden yatırım yapıldığında marka sistemi güçlendirilebilir. Çünkü bu durumda mevcut sözleşmelerin sağlamaştırılması ile ve yeni sözleşmelerin yapılması ile marka değeri yükselir.

Aaker'de olduğu gibi burada da markanın değeri tüketicinin satın alma davranışını değiştirmesine bağlıdır. Aaker'in değişikliklerin marka bağlılığı ile ilgili olduğu görüşüne karşı Kapfarer'e göre bu durum satın alma riskinin azalmasına bağlıdır.

2.3.2. Marka Değeri Ölçüm Kriterleri

Yukarıda belirtilen modeller kullanılarak marka değerinin en etkin şekilde ölçülmesi, değerlendirilmesi ve izlenmesi açısından ölçüm kriterlerinin bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir (Aaker, 1996b: 104):

İlk olarak, marka değeri olarak adlandırılan ölçütler, ölçümü yapılan yapıyı göstermelidir. Marka değerinin yapısı ve kavramsallaştırılması ölçüm setinin geliştirilmesine rehberlik etmelidir. Bir anlamda, hedeflerden biri,

farkındalık, algılanan kalite, bağlılık ve çağrışımı kapsamına alan marka değerinin bütün boyutlarını incelemek olmalıdır. Özellikle ölçümler mevcut markanın değerini göstermeli ve rakipler tarafından kolayca taklit edilemeyen sürdürülebilir bir avantaja odaklanmalıdır. Pazarlama karması veya reklam harcamalarının düzeyi gibi taktik göstergeler olmamalıdır. Çünkü taktikler kolayca kopya edilebilir ve değerleri gösteremeyebilir.

İkinci olarak, ölçümler, gelecekteki satışlarla ve kârlılıkla ilişkili olacakları için gerçek anlamda pazarın gidiş yönünü de gösterecek bir yapıyı ortaya koymalıdır. Marka değeri yöneticileri ölçümler üzerindeki devinimin eninde sonunda fiyat seviyeleri, satışlar ve kârlılığı harekete geçireceğine inanmalıdır.

Üçüncü olarak, seçilmiş ölçütler hassas olmalıdır. Marka değeri değiştiği zaman, ölçümler bu değişiklikleri ortaya çıkarmalıdır. Örneğin, eğer taktiksel hatalar veya rakiplerin faaliyetleri sebebi ile marka değerinde bir düşme olursa, ölçümler buna cevap verebilmelidir. Eğer marka değerinin bir unsuru durağan kalırsa, ölçümler durağanlığı göstermeli ve kirlilik sebebiyle markanın gerçek değeri maskelenmemelidir.

Son olarak ölçümler, markalar, ürün kategorileri ve pazarlar arasında kabul edilebilir olmalıdır. Bu yöntemlerin, işlevsel faydaları ve marka kişilikleri bakımından daha özgün olabilecek markaların ölçüm yöntemlerinden daha genel kapsamlı olmaları tercih edilmektedir. Bununla birlikte, kanıtlanmış ve test edilmiş genel ölçütler seti, özel bir marka için de bir yapı ve rehber olarak kullanılabilir. Aslında, bir ürün/pazar bağlamında seçilmiş ölçütler, özel bir markanın değerlendirilmesine yönelik uygun özellikleri taşımalıdır.

2.3.3. Tüketici Temelli Marka Değeri Uygulamaları

Bu bölümde tüketici temelli marka değeri yaklaşımlarına ilişkin incelenen çeşitli çalışmalardan elde edilen bulgular yer almaktadır.

İki ülke arasında tüketici temelli marka değer ölçeğinin ölçüm değişmezliğini araştırmak için İngiltere ve İspanyada yapılan bir araştırmada dört farklı ürün grubundan ikişer marka incelenmiştir. Araştırmada marka değeri çok boyutlu bir kavram olarak marka farkındalığı, algılanan kalite, marka çağırışımı ve marka bağlılığından oluşmaktadır. Araştırmada incelenen markaları 2006 yılı en iyi markalar sıralaması kullanılarak elde edilen; yumuşak içecekler grubunda Coca-Cola ve Pepsi; spor grubunda Adidas ve Nike; elektronik eşya grubunda Sony ve Panasonic; otomobil grubunda da BMW ve Volkswagen markaları oluşturmaktadır. İki ülkeden de 411'er anket değerlendirmeye alınmıştır. Araştırma sonucunda tüketici temelli marka değeri ölçeğinin genellenebilir olduğu ve farklı ülkelerde kullanılmasının uygun olduğu sonucu elde edilmiştir (Buil, Chernatony ve Martí'nez, 2008).

Lojistik hizmetlerde marka farkındalığı ve marka imajının marka değerine olan etkisini ortaya koymak amacıyla Kuzey Amerika'da Davis ve arkadaşları tarafından bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada 672 hizmet sunucusu ve 669 müşteri olmak üzere toplam 1341 kişiye mail yoluyla anket gönderilmiş, bunlardan 142 hizmet sunucusundan ve 71 müşteriden geri dönüş gerçekleşmiştir. Araştırma sonucunda her iki grup içinde marka farkındalığı ve marka imajının marka değerine olan etkisi pozitif ve anlamlı bulunmuştur. Müşteriler için marka değeri üzerinde marka imajının etkisi daha fazla iken hizmet sunucular için marka farkındalığının etkisi daha yüksek bulunmuştur (Davis, Golicic ve Marquardt, 2008).

Midwest City'de 225 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada; marka değerini oluşturan boyutlar ile hastalar tarafından farkında olunan hastanenin seçilmesi arasında bir ilişki olup olmadığı test edilmiştir. Araştırma bulgularına göre hastane marka değeri boyutlarından olan marka bağlılığı ile hastalar tarafından farkında olunan hastanenin seçimi arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunamamıştır (Bohrer, 2007).

Avustralya'da 539 kişi üzerinde tüketici temelli marka değeri ölçümü için otomobil ve televizyon olmak üzere iki ürün kategorisi üzerinde yapılan bir çalışmada, marka değeri boyutları marka farkındalığı, marka çağırışımı,

marka bağıllığı ve algılanan kalite olarak belirlenmiş olup; çalışmadan elde edilen bulgulara göre marka farkındalığı ve marka çağrışımı marka değerinin iki farklı boyutu olarak pazarlama literatüründe kavramlaştırılabilir bulunmuştur (Pappu, Quester ve Cooksey, 2005).

Kore’de 532 kişi üzerinde marka değerini ve hastane imajını yaratan yapısal ilişkilerin ve müşteri ilişkilerinde etkili olan faktörlerin incelendiği bir çalışma yapılmıştır. Araştırma modelinde güven, müşteri memnuniyeti, ilişki bağıllığı ve marka değerinin hastane imajına olan etkisi test edilmiştir. Marka değerini oluşturan boyutlar olarak ise marka bağıllığı ve marka farkındalığı ele alınmıştır. Araştırma sonucunda marka farkındalığının marka değerini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilediği bulunurken marka bağıllığının marka değerine anlamlı bir etkisi bulunamamıştır (Kim vd., 2008).

İspanya’da süt, diğ macunu ve zeytinyağı kategorilerinde altı marka üzerinde yapılan ve tüketici temelli marka değeri üzerinde ailenin rolünün araştırıldığı araştırmada, örneklemini 18-35 yaş grubundaki geçlerin oluşturduğu 360 anket toplanmıştır. Araştırma bulgularına göre aileler tarafından sağlanan olumlu marka bilgilerinin marka değeri oluşum sürecinde önemli bir etkiye sahiptir. Aileler tarafından sağlanan bilgilerin en fazla etkiye sahip olduğu boyutlar ise sırasıyla marka farkındalığı ve çağrışımı ile algılanan kalitedir (Gil, Andre’s ve Salinas, 2007).

Amerika Birleşik Devletleri’nde tüketici bakış açısına göre markanın değeri ile pazardaki performansı arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla otomotiv sektörü üzerine yapılan bir araştırmada, tüketici temelli marka değeri ile marka pazar performansı arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca tüketicilerin marka tercihi ve satınalma niyeti üzerinde en güçlü etkiye sahip belirleyici tutumsal sadakat ve memnuniyet olarak bulunmuştur (Tolba ve Hassan, 2009).

Orta büyüklükteki otellerde kalan 264 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada otellerin marka değeri ile müşterilerin algılanan değer ve tekrar tercihleri arasındaki ilişki test edilmiştir. Genel olarak bu çalışmada müşterilerin zihninde oluşan algılanan değerın önemi vurgulanmaktadır. Araştırma sonucunda marka değerini oluşturan tüm boyutların (marka

bağlılığı, algılanan kalite, marka çağırışımı/farkındalığı) algılanan değeri olumlu yönde etkilediği ve marka değerinin boyutlarından marka bağlılığı ve marka çağırışımı/farkındalığının tüketicilerin tekrar tercih etmelerinde etkili olduğu bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise, algılanan kalitenin tekrar tercih etme niyetine direk etkisinin olmamasına rağmen, algılanan değer aracılığı ile etkisinin olduğudur (Kim, Jin-Sun ve Kim, 2008).

Kullanılan yöntem bakımından diğer araştırmalardan farklı olan bir başka araştırmada marka değerinin somut mallar kadar hizmetler içinde önemli olup olmadığını test etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda, marka değerinin hem maddi mallar hem de hizmetler de eşit derecede önemli olduğu bulunmuştur. Araştırma sonuçlarının literatürle karşılaştırıldığında sonuç açısından benzerinin olmaması uygulanan yöntemden kaynaklanabileceği araştırmacılar tarafından belirtilmiştir. Çünkü bu araştırma anket yöntemi yerine odak grup görüşmesi şeklinde gerçekleştirilmiştir (Krishnan ve Hartline, 2001).

Tüketici algı ve tutumlarına dayalı marka değeri belirleyicilerinin etki derecelerinin tespiti amacıyla küresel mal ve hizmet markalarından McDonald's ve Coca Cola markalarının ülkeler arası (A.B.D, Türkiye ve Rusya) kıyaslamasının yapıldığı bir çalışmada; marka değerini oluşturan boyutlar olarak marka sadakati, marka güvenilirliği ve ülke menşei ele alınmıştır. Çalışmada algılanan kalite, marka farkındalığı, marka çağırışimleri ve marka güvenilirliği boyutları ise marka sadakatini belirleyen ve etkileyen boyutlar olarak ele alınmıştır. Çalışma sonucunda, herhangi bir pazar sunumu ve pazar ortamı açısından, marka değerinin temel yapı taşlarının (algılanan kalite, marka çağırışimleri, marka güvenilirliği, marka sadakati) büyük ölçüde değişmediği ve etki derecelerinin de kısmen benzerlik gösterdiği sonucuna ulaşıldığı belirtilmiştir (Atılğan, 2005).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ALGILANAN KALİTENİN HASTANE MARKA DEĞERİNE ETKİSİ: SAKARYA İLİ ALAN ARAŞTIRMASI

Araştırma Sakarya Büyükşehir Belediye sınırları içerisinde ikamet eden sağlık hizmeti tüketicilerinin hastane marka değerine etki eden faktörler hakkındaki değerlendirmelerini ortaya koymayı amaçlayan bir alan araştırmadır. Bu itibarla çalışmanın bu bölümünde Sakarya ilinin demografik yapısı ve sağlık sektörünün yapısal özellikleri kısaca tanıtılarak, araştırma yöntemi ile ilgili detaylar ve sonuçlar incelenecektir.

3.1. SAKARYA İLİNİN DEMOGRAFİK YAPISI VE SAĞLIK SEKTÖRÜ

Adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre nüfusu 851.292 olan Sakarya'da nüfusun %73,1'i kentsel bölgelerde yaşamaktadır. Toplam 16 ilçe ve 428 köyden oluşan Sakarya'nın yüzölçümü ise 4.817 Km²'dir. Sakarya, Resmi Gazetede yayımlanan 06.03.2000 tarih ve 593 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Büyükşehir statüsüne kavuşmuştur. Halen Sakarya Büyükşehir Belediyesi; Adapazarı (nüfus: 224.962), Akyazı (nüfus: 41.157), Arifiye (nüfus: 32.121), Erenler (nüfus: 65.992), Ferizli (nüfus: 31.191), Hendek (nüfus: 45.017), Karapürçek (nüfus: 7.547), Sapanca (nüfus: 31.535), Serdivan (nüfus: 67.549) ve Söğütü (nüfus: 8.242) olmak üzere 10 ilçe belediyesinden müteşekkildir (<http://www.sakarya.bel.tr/>).

Sakarya Sağlık Müdürlüğü verilerine göre 2008 yılı sonu itibari ile Sakarya nüfusunun %11,4'ü (91.844 kişi) sağlık hizmetlerinin kullanılmasında yeşil karttan yararlanmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan (SGK) elde edilen veriler ilde yaşayan nüfusun %13,67'sinin (114.185) Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan emekli olduğunu, %23,39'unun (195.333) sosyal güvenlik kapsamında aktif olarak çalıştığını ve yeşil kartlılar

hariç nüfusun %86,76'sinin (724.648) sosyal güvenlik kapsamı içerisinde olduğunu göstermektedir (www.sgk.gov.tr).

İlde biri eğitim ve araştırma hastanesi, biri doğum ve çocuk bakım evi olmak üzere toplam 9 devlet hastanesi, 3 ilçe hastanesi ve 6 özel hastane hizmet sunmaktadır. Devlet hastanelerinin 4'ü ve özel hastanelerin tamamı Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde yer almaktadır. Ayrıca 3 ilçe hastanesi diğer hastanelerle entegre olarak faaliyetlerini sürdürmektedirler (Tablo 3).

Tablo 3: Yataklı Tedavi Kuruluşları

Yataklı Tedavi Kurumları Adı	Yatak sayısı	Yatak işgal oranı (%)
Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi*	420	64,6
Yenikent Devlet Hastanesi*	252	59,6
Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi*	201	68,9
Toyotasa Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi*	89	71,4
Akyazı Devlet Hastanesi	64	26,1
Hendek Devlet Hastanesi	55	51,6
Geyve Devlet Hastanesi	52	30,5
Karasu Devlet Hastanesi	41	33,7
Pamukova Devlet Hastanesi	50	25,7
TOPLAM	1224	58,2
Özel Ada Tıp Merkezi*	60	46,2
Özel Vatan Hastanesi*	21	22,6
Özel Beyhekim Hastanesi*	17	52,0
Özel Bilge Hastanesi*	49	21,9
Özel İnci Göz Hastanesi*	10	111,7
Özel Altınova Hastanesi*	38	62,0
Özel Toplam	195	44,5
Genel Toplam	1475	56,4

*Sakarya il merkezinde faaliyet gösteren hastaneler.

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın temel amacı, algılanan kalitenin hastane marka değerine olan etkisini belirlemektir. Bununla birlikte, genel olarak marka değeri boyutları olarak tanımlanan (algılanan kalite, marka bağlılığı, marka farkındalığı ve marka çağrışımı) boyutların hastane marka değeri üzerindeki etkilerinin test edilmesi ve sağlık işletmelerinde markalaşmanın tüketici tercihlerini etkileyip etkilemediğinin tespit edilmesi hedeflenmiştir.

Günümüz mal ve hizmet üreten işletmelerinin vazgeçilmez faaliyetleri arasında yer alan pazarlama faaliyetleri diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de gün geçtikçe önemini artırmaktadır. Müşteri istek ve beklentilerinin günden güne bireyselleştiği ve özelleştiği; buna karşılık rekabetin sürekli arttığı bir çevrede faaliyetlerini sürdüren tüm organizasyonlarda olduğu gibi hastaneler de mevcut müşterilerini elinden alabilecek rakiplerinin tehditlerine karşılık vermek ve yeni müşteriler çekmek için başarılı pazarlama stratejileri geliştirmek zorundadır. Bu bakımdan günümüzde sağlık işletmelerinin önemli eksiklikleri arasında yer alan, pazarlama tekniklerinin kullanımı ve marka değer yönetimi konusundaki deneyim eksiklikleri gelecekte önemli bir problem haline dönüşme riski taşımaktadır.

Dolayısıyla hastane yöneticileri, pazarlama çalışmalarının yanı sıra hastane marka değer yönetiminin gerekli olduğunun farkına vararak, etkili bir pazar bölümü hedefleme, pazar payını güvende tutma, marka değerini (marka farkındalığı, marka bağlılığı, algılanan kalite, marka çağrışımı) ve karlılığı artırma gibi sonuçlara ulaştıracak çeşitli stratejiler benimseyebilirler. Çünkü potansiyel sağlık hizmeti tüketicilerinin zihinlerinde farkındalığın oluşturulması ve geliştirilmesi, hastanenin tercih edilme seçeneğine dönüştürülerek hizmetin alınmasını sağlamak önemlidir.

Bu kapsamda bu çalışmanın amaçlarını aşağıdaki şekilde özetlemek mümkündür;

- Sağlık hizmeti tüketicilerinin hastanelerden beklenti ve hastane hizmetlerini algılama düzeylerini belirlemek,

- Sağlık hizmeti tüketicilerinin bakış açısıyla marka değeri boyutlarının, hastane marka değerine olan etkisinin ölçülmesi ve algılanan kalitenin marka değerine olan etkisinin belirlenmesi,
- Sağlık işletmelerinde markalaşmanın gerekli olup olmadığının ortaya konmasıdır.

3.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de rekabet olgusu her geçen gün ivme kazanmaktadır. Bu nedenle geleneksel hizmet işletmeleri gibi sağlık işletmelerinin de yeni pazarlara açılabilmesi ve bu pazarlarda büyüebilmesi için hedef pazardaki potansiyel gücünü bilmesi gerekmektedir. Özellikle de hastanelerin, tüketicilerin hastane ile ilgili algılarını anlaması ve ona göre stratejiler geliştirmesi gerekmektedir (Flexner ve Berkowitz, 1979: 505). Dolayısıyla bu çalışmanın, pazarın tanınması ve ona uygun stratejiler geliştirme bakımından sağlık işletmelerine, tüketici bakış açısı ile marka değeri belirleme ve ölçüm yaklaşımları geliştirmede fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın bir diğer önemli katkısı, diğer mal ve hizmet markaları için kullanılan marka değeri boyutlarının (algılanan kalite, marka bağlılığı, marka farkındalığı ve marka çağrışımları) sağlık işletmelerindeki önem ve etki derecelerinin tespiti yönündedir. Bu nedenle tüketici temelli marka değerlemede temel belirleyici olarak kullanılan algılanan kalite, marka bağlılığı, marka farkındalığı ve marka çağrışımları boyutlarından hastane marka değerini belirlemek amacıyla bir model oluşturulmuştur.

Ayrıca bu çalışmadan önce Türkiye’de hastanelerde marka değeri konusunda herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla çalışmanın ilk olması ve daha sonra bu alanda çalışma yapmak isteyen araştırmacılara öncülük etmesi bakımından da önemli olacağı düşünülmektedir.

3.4. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI

Marka değeri kavramı, 1980'lerde ortaya çıktığından beri pazarlama araştırmacı ve uygulayıcıları için gelişen bir ilgi alanı olmuştur. Ancak, bu konuya yoğun ilgi gösterilmesine rağmen, literatürde marka değerinin nasıl oluşturulacağı ve kesin etkilerinin neler olduğu konusunda çok az deneysel kanıt vardır (Wisniewski ve Wisniewski, 2005). Bu nedenle sağlık işletmelerinde markalaşma ve marka değeri ölçümüne yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışma ile hastane marka değeri üzerinde algılanan kalitenin etkisinin ortaya konulması amaçlanmaktadır. Dolayısıyla bu çalışmanın kapsamını, tüketicilerin hastanelerden beklentileri ve algılamalarının yer aldığı hizmet kalitesinin belirlenmesi; genel olarak marka değeri belirleyicileri ve özel olarak algılanan kalitenin hastane marka değeri üzerindeki etkilerinin ortaya konulması oluşturmaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın soruları şu şekilde düzenlenmiştir.

- Hastaneler tüketiciler tarafından nasıl algılanmaktadır?
- Marka farkındalığı, marka bağlılığı, algılanan kalite ve marka çağrışımının hastane marka değerine etkisi nedir?
- Hastane marka değeri boyutları arasında ilişki var mıdır?

Her araştırmanın kısıtlarının bulunması hem araştırma etiği hem de doğru sonuçlara ulaşma bakımından önemlidir. Bu çalışmanın en önemli kısıtları Sakarya il merkezinde bulunan hastaneler ve bu hastaneleri kullanan ya da kullanma olasılığı bulunan tüketicilerle sınırlı olmasıdır.

3.4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde veri toplama aracı, evren ve örneklem, araştırmanın hipotezleri ve verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler açıklanmaktadır.

3.4.1. Veri Toplama Aracı

Araştırma tanımlayıcı ve betimleyici bir çalışma olup, alan incelemesine dayanmaktadır. Bu tür çalışmalarda bir olay hakkında mevcut durumun ortaya konulması amaçlanmaktadır. Bu çalışmada da bu yönde hazırlanmış bir anket formu kullanılmıştır. Veriler 22 Eylül -10 Ekim 2010 tarihleri arasında tüketicilerle yüz yüze görüşmek suretiyle toplanmıştır.

Çalışmada kullanılan anket sorularının hazırlanmasında Aaker (1991) marka değeri modeli esas alınmış olup, algılanan kalite ile ilgili sorular SERVQUAL ölçeğinden (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988), marka farkındalığı, marka çağrışımı ve marka bağlılığı ile ilgili sorular ise benzer çalışmalardan (Aaker, 1996b; Andaleeb, Sddiqui, Khandakar, 2007; Atılğan, 2005; Bohrer, 2007; Buil, Chernatony ve Martı´nez, 2008; Kim vd., 2008) ve uzman görüşlerinden de yararlanılarak oluşturulmuştur.

Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde Türkiye genelinde ve çalışma yapılan bölgede ilk akla gelen hastanenin hangisi olduğu ve niçin bu hastanenin seçildiği, ilgili hastaneden hizmet alınıp alınmadığı, çalışma yapılan bölgede hatırlanan hastanelerin hangileri olduğu, bu hastanelerden hizmet alınıp alınmadığı gibi genel ifadelerin yanı sıra hatırlanan hastanelerin sloganları ve logolarının bilinirlik düzeylerini ölçen sorular yer almaktadır.

Anketin ikinci bölümü algılanan hizmet kalitesi ölçümünde kullanılan ve 7’li Likert ölçeğe (1= Kesinlikle katılmıyorum - 7= Kesinlikle katılıyorum) göre hazırlanmış 22’si tüketicilerin sağlık hizmetinden beklentilerini ölçen ve 22’si de tüketicilerin sağlık hizmetleri ile ilgili algılarını ölçen toplam 44 ifadenin yer aldığı SERVQUAL ölçekten oluşmaktadır. Ayrıca bu bölümde marka değerini oluşturan diğer boyutları (marka çağrışımı, marka farkındalığı ve marka bağlılığı) ölçmek için kullanılan 15, genel olarak hastane marka değerini belirlemek için 2 ve sağlık hizmetlerinde markalaşma kavramını ölçmeye yönelik 2 soru yer almaktadır.

Son bölümde ise, anketi cevaplayanların kişisel bilgilerini belirlemeye yönelik yedi soru yer almaktadır.

Araştırmada kullanılan ankete son şekli verilmeden önce 50 kişiye uygulanarak bir pilot çalışma yapılmış ve bu çalışma sonucunda anketin anlaşılamayan ifadeleri değiştirilmiştir. Ayrıca, bu değişiklikler sonucunda bu alanda çalışmaları olan öğretim üyelerinin görüşleri de alınarak yeniden düzenlenmiş ve danışmana sunulmuştur. Danışman görüşleri de alındıktan sonra ankete son hali verilerek uygulamaya geçilmiştir.

Anketin güvenilirliğini test etmek amacıyla ön uygulamadan elde edilen veriler SPSS paket programına girilmiştir. 7'li likert ölçeğe göre hazırlanan ölçekten; SERVQUAL beklenti ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,793, SERVQUAL algı ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,883 ve tüm ifadelerin yer aldığı genel ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,896 bulunmuştur. Kabul edilebilir bir alfa değerinin en az 0,70 olması arzu edilmektedir. Ancak bazı araştırmacılar inceleme türü çalışmalarında 0,5'e kadar makul kabul edilebileceğini öngörmektedirler (Altunışık vd., 2005:116). Bu değerlendirmeler ışığında çalışmada kullanılacak anketin Cronbach Alpha değerinin yüksek derecede güvenilir olduğu görülmüş ve araştırmada kullanılmasına karar verilmiştir.

3.4.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın ana kütesini Sakarya Büyük Şehir Belediye sınırları içerisinde ikamet eden sağlık hizmeti tüketicileri oluşturmaktadır. Zaman ve kaynak yetersizliği nedeni ile araştırma Sakarya İli ile sınırlı tutulmuştur. 2008 yılı adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre Sakarya Büyükşehir Belediye sınırları içerisinde ikamet eden kişi sayısı 555.313'dür. Ancak il nüfusunun tamamına ulaşılması güçlüğü nedeni ile örneklem seçilmiştir. Çalışmanın örnekleme olasılıklı örnekleme yöntemlerinden tabakalı rast gele örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiş olup, örneklem büyüklüğü aşağıdaki formüle göre hesaplanmıştır (Bal 2001: 113–114; Güredin 1987: 368–370).

Formüle göre %95 güven aralığında evreni temsil edecek örneklem büyüklüğü 384'tür. Ayrıca çalışmada Sakarya Büyük Şehir Belediye sınırları içerisinde yer alan on ilçenin tabaka ağırlıkları belirlenerek, bu bölgelerden toplanması gereken asgari anket sayıları belirlenmiştir (Tablo 4).

N = Evren

n = Örneklem sayısı

p = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülme sıklığı (0,50 alınmıştır)

q = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülmemeye sıklığı (1-p)

Z = Güven düzeyine göre standart değer (normal dağılım tablolarından bulunur %95 için 1,96)

t = Göz yumulabilir yanılğı (0,05 alınmıştır)

$$n = \frac{N \times p \times q \times Z^2}{[(N-1) \times t^2] + (p \times q \times Z^2)}$$

$$n = \frac{555.313 \times 0,5 \times 0,5 \times 1,96^2}{[(555.313-1) \times 0,05^2] + (0,5 \times 0,5 \times 1,96^2)}$$

$$n = \frac{533.323}{1389} = 384$$

Tablo 4'de görüldüğü gibi, nüfus oranına göre bölgelerden toplanması gereken asgari anket sayıları göz önünde bulundurularak araştırma için toplam 625 anket toplanmış, ancak bu anketler arasından 610 adetinin analize uygun olduğuna karar verilmiştir.

Tablo 4: Anket Sayısının Bölgelere Göre Dağılımı

	İlçe*	Nüfus*	Toplam Nüfusa Oranı	Asgari Yapılması Gereken Anket Sayısı	Yapılan Anket Sayısı
1	Adapazarı	224.962	%41	156	250
2	Akyazı	41.157	%7	28	40
3	Arifiye	32.121	%6	22	50
4	Erenler	65.992	%12	46	75
5	Ferizli	31.191	%6	22	30
6	Hendek	45.017	%8	31	40
7	Karapürçek	7.547	%1	5	10
8	Sapanca	31.535	%6	22	35
9	Serdivan	67.549	%12	47	85
10	Söğütü	8.242	%1	6	10
	Toplam	555.313	100	384	625

* **Kaynak:** <http://www.sakarya.bel.tr/>

3.4.3. Araştırmanın Hipotezleri

Algılanan kalite özellikle alıcıların motive olmadığı ya da ürün/hizmet hakkında ayrıntılı bir analiz yapamadıkları durumlarda marka bağlılığı ve satın alma kararına direkt etki edebilmektedir (Aaker, 1991: 19). Babakuş ve arkadaşları (2004) tarafından mağaza müşterileri üzerinde yapılan bir çalışmada algılanan kalitedeki artışın, müşteri memnuniyeti ve bağlılığında da bir artışa yol açtığı, maliyetleri azalttığı ve finansal performansı pozitif yönde etkilediği bulunmuştur. Ayrıca algılanan kalite birçok işletme için önemli bir stratejik değişkendir. Son zamanlarda birçok işletmede uygulanan toplam kalite yönetimi ve ona ilişkin uygulamaların merkezi haline gelen algılanan kalite, genellikle toplam kalite yönetimi programlarının son hedefidir (Aaker, 1996a: 18–19).

Çeşitli pratik, amprik ve teorik tartışmalar hasta algılarını değerlendirmek için güçlü bir temel sağlamaktadır. Uygun olmayan süreçlerin ya da istenmeyen sonuçların ölçümüne odaklanan negatif yaklaşımların aksine, hasta algılarının ölçümü, kalitenin değerlendirilmesine pozitif bir yaklaşım oluşturur ve yeni kalite iyileştirme modellerini daha iyi tanımlar.

Ayrıca hastalar, hizmetin ulaşılabilirliği ve etkililiği hakkında temel ve hatta diğerlerini dışarıda bırakan bir kaynağı oluştururlar. Bu nedenle hastalar, hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan yönleri ile kişiler arası ilişkiler gibi belirli yönlerinin de en iyi hakemleridir (Kaya, 2005: 67-68). Dolayısıyla algılanan kalite sıra sağlık işletmeleri veya hastaneler açısından, vermiş oldukları hizmetin doğası gereği daha da önem arz etmektedir. Çünkü söz konusu tüketicilerin kendi sağlıkları olduğunda, bunun en üst düzeyde gerçekleşmesi kişiler açısından önemlidir. Bu nedenle insan sağlığını doğrudan ilgilendiren ve hataların telafisinin zor olduğu hizmetleri sunan işletmeler için algılanan kalitenin geliştirilmesi temel hedeflerden biri olmalıdır.

Hizmet işletmelerinde müşteri tatmini konusunda yapılan araştırmalar (Cronin ve Taylor, 1992; Oliver, 1981), işletmenin sunduğu hizmetlerden duyulan tatminin ve hizmet kalitesi ile ilgili olumlu algılamaların davranışsal niyetleri olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bu sebeple almış olduğu hizmetten tatmin olan bir hasta olumlu bir tutum sergileyecek, tatmin olmayan hasta ise başka sağlık işletmelerini tercih etme yoluna gidebilecektir.

Bu nedenle, algılanan kalite, marka değeri çalışmasında ele alınan önemli bir unsurdur. Eğer algılanan kalite yüksekse, marka değeri üzerindeki etki de olumlu olabilir. Ayrıca hastaların kaliteyi tüm hizmetleri göz önünde tutarak algılayacakları gerçeğine bağlı olarak, hastanenin hizmetlerinin tamamını pazarlamaya imkân sağlama fırsatı yaratacaktır.

Marka değerinin önemli bileşenlerinden birisi olan marka farkındalığını kısaca markanın tüketici zihninde sahip olduğu izlerin gücü olarak ifade edebiliriz. Diğer bir ifadeyle marka farkındalığı, bir kişinin belirli bir marka hakkında sahip olduğu iyi veya kötü bilgiler toplamından oluşmaktadır (Aktepe ve Baş, 2008: 84). Dolayısıyla farkındalık ve çağrışım marka ile ilgili algılamaların ve fikirlerin oluşması için bir nevi ön koşul niteliğindedir. Bu nedenle de tüketicinin satın alma sürecinde önemli rol oynamaktadır.

Marka bağlılığı kavramı, tüketicinin markaya olan inancının gücü olarak tanımlanabilir. Tüketicilerin bir markada belirleyici özellikler algılaması ve bu özelliklerinden etkilenmesi, o markaya duyulacak bağlılığın artmasına neden olmaktadır (Uztuğ, 2008: 33).

Araştırmanın amaçları kapsamında, yukarıdaki açıklamalar da dikkate alınarak Şekil 22'de kavramsallaştırılan modelle, tüketici temelli marka değerini belirleyen boyutların, hastane marka değeri üzerindeki etkisi hastaneler arası karşılaştırmalarla sorgulanmıştır. Marka farkındalığı, marka çağrışımı, marka bağlılığı ve algılanan kalite arasında ilişki olduğu ve algılanan kalitedeki farklılığın (düşük/yüksek) hastane marka değerini de aynı yönde etkileyeceği beklenmektedir. Bu durum aşağıdaki hipotezlerle (H_{1a} , H_{1b} , H_{1c} , H_{1d} , H_{1e} , H_{1f} , H_{1g} , H_2 , H_{3a} , H_{3b} , H_{3c} , H_{3d}) sorgulanmıştır.

H_{1a} : Tüketicilerin algılanan kalite boyutu ile ilgili değerlendirmeleri cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H_{1b} : Tüketicilerin algılanan kalite boyutu ile ilgili değerlendirmeleri medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H_{1c} : Tüketicilerin algılanan kalite boyutu ile ilgili değerlendirmeleri mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H_{1d} : Tüketicilerin algılanan kalite boyutu ile ilgili değerlendirmeleri yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H_{1e} : Tüketicilerin algılanan kalite boyutu ile ilgili değerlendirmeleri eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H_{1f} : Tüketicilerin algılanan kalite boyutu ile ilgili değerlendirmeleri gelir düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H_{1g} : Tüketicilerin algılanan kalite boyutu ile ilgili değerlendirmeleri birlikte yaşadıkları kişi sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

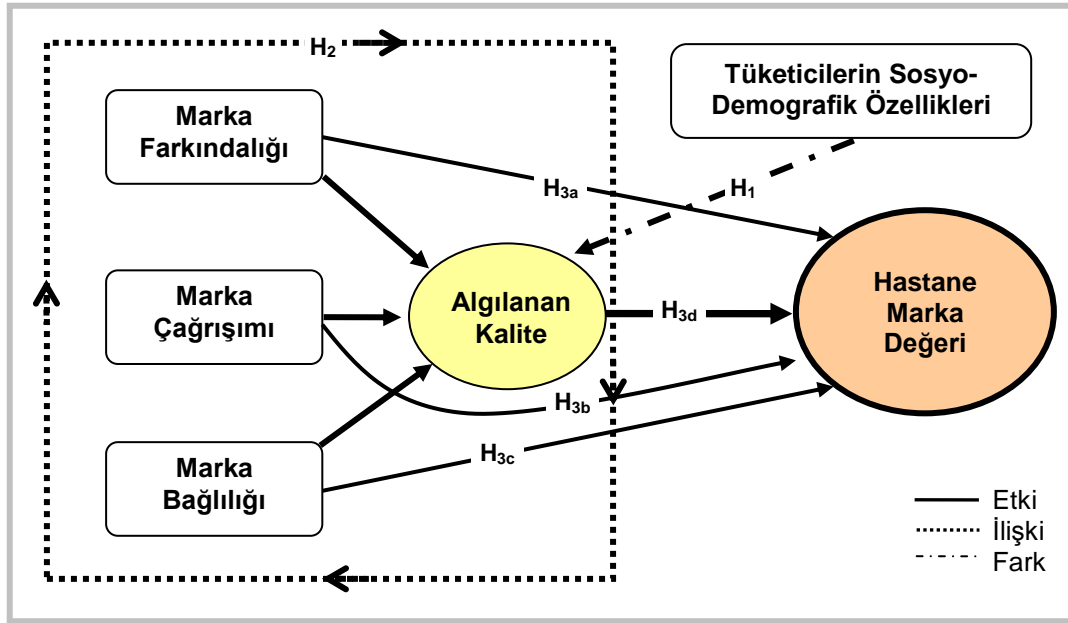
H_2 : Hastane marka değerini oluşturan boyutlar arasında anlamlı ilişki vardır.

H_{3a} : Marka farkındalığının hastane marka değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H_{3b} : Marka çağrışımının hastane marka değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H_{3c} : Marka bağlılığının hastane marka değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır

H_{3d} : Algılanan kalitenin hastane marka değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.



Şekil 22: Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisini Gösteren Araştırma Modeli

3.4.4. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS ve AMOS paket programları yardımıyla değerlendirilmiştir. Öncelikle ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılmasında Cronbach Alpha katsayısı değerinden yararlanılmıştır. Faktör analizi ve Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) analizleri yapılarak hastane marka değerini etkileyen belirleyiciler ortaya konulmuştur. Ayrıca tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) yanı sıra katılımcıların demografik özelliklerine göre farklılıkların ortaya çıkarılması için iki ortalama arasındaki farkın önem kontrolü (bağımsız örneklerde t testi) ve ANOVA (tek yönlü varyans analizi) testleri kullanılmıştır. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan gruplarda, farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için Tukey HSD testi uygulanmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.5. ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde öncelikle araştırmada kullanılan ölçeğe ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Daha sonra geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçekten elde edilen veriler ile tüketicilerin demografik özelliklerine ilişkin bulgular, demografik özellikleri ile ölçeği oluşturan boyutlar arasındaki farkları gösteren bulgular ve hastane marka değerine ilişkin yapısal model analizi sonucunda elde edilen bulgulara yine bu bölüm içerisinde yer verilmiştir.

3.5.1. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Güvenilirlik ve geçerlilik bilimsel bir araştırmanın iki temel ölçütüdür. Araştırma verilerinin analizinde kullanılan yöntemlerin ve araştırma sonucunda elde edilen bulguların güvenilirliği ve geçerliliği araştırmanın başarısı açısından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, her araştırmacıdan güvenilirlik ve geçerliliği test etmesi ve sonuçlarını rapor etmesi beklenmektedir (Yüksel ve Yüksel, 2004: 71).

3.5.1.1. Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik, ölçmelerin tekrarlanması halinde ortaya çıkan tutarlı sonuçlardır (Nakip, 2003: 123). Bir başka deyişle güvenilirlik, toplanan verilerin ne ölçüde tesadüfi hatadan arındığını gösteren bir ölçüttür (Kurtuluş, 2004: 303).

Bir ölçeğin geçerli olması için öncelikle güvenilir olması gerekmektedir. Ölçeğin güvenilirliğini değerlemede üç farklı yöntem kullanılmaktadır. Bunlar, test yeniden test yöntemi, eşdeğer ölçekler yöntemi ve içsel tutarlılık yöntemidir. En yaygın yöntemi ise, iç tutarlılık kapsamında hesaplanan Cronbach Alfa değeridir (Atılğan, 2005: 109). Alfa değeri 0 ve 1 arasında değişen rakamlar alır. Cronbach Alpha katsayısının 0,00-0,40 arasında

olması anketin güvenilir olmadığını, 0,40-0,60 arasında olması anketin düşük güvenilirlikte olduğunu, 0,60-0,80 arasında olması anketin oldukça güvenilir olduğunu ve 0,80-1,00 arasında olması ise yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Alfa değeri 1'e yaklaştıkça ölçeğin güvenilirliği artmaktadır (Özdamar, 1999: 522).

Bu araştırmada, kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla alfa değeri yöntemi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,915 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca ölçekte algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde kullanılan SERVQUAL ölçeğe ilişkin birinci bölümde yer alan beklenti ifadelerinin yer aldığı ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,829, ikinci bölümde yer alan algı ifadelerinin yer aldığı ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,890 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.5.1.2. Geçerlilik Analizi

Araştırmada kullanılan çok değişkenli bir ölçeğin doğruluğunun ve uygulanabilirliğinin değerlendirilmesinde dikkate alınan ikinci önemli kriter ölçeğin geçerliliğidir. Geçerlilik, davranış bilimlerinde, toplanan verilerin tarafsızlığının ve ölçülen olayın veya değişkenin niteliklerine uygunluğunun ölçüsüdür.

Ölçeğin geçerliliğine ilişkin olarak içerik geçerliliği, tahmin geçerliliği ve yapısal geçerlilik olmak üzere üç farklı geçerlilik üzerinden değerlendirilmektedir. İçerik geçerliliği, ölçeğin içeriğinin ölçülmek istenen durumu ne derece temsil ettiğinin sistematik olarak değerlendirmesidir. Uzman kişiler, ölçeğin temsil gücüne ilişkin olarak kişisel yargılarını belirtirler ve bu yargılar esas alınarak ölçeğin içerik geçerliliği hakkında bir sonuca varılır (Kurtuluş, 2004: 302). İçerik geçerliliği subjektif bir değerlendirme olup, ölçeğin geçerliliğini tespit etmede tek başına yeterli değildir (Nakip, 2003: 124).

Tahmin geçerliliği, ölçeğin ölçtüğü niteliklerle gerçek nitelik arasındaki korelasyon derecesidir. Bu bağlamda araştırmacının gerçek durumla ilgili bir

dış değişkene ihtiyacı vardır. Bunun sağlanabilmesi olanaksız olduğundan, tahmin geçerliliği için aynı konuda farklı ölçmeler yapılarak bunlar karşılaştırılabilir (Kurtuluş, 2004: 302). Yapısal geçerlilik, ölçeğin gerçekte ne ölçtüğünün göstergesidir. Yapısal geçerlilik ölçekle ilgili genellemelerin yapılabilmesine olanak verdiği için önemlidir. Zira yapısal geçerlilikte, bir değişkeni ölçmek üzere geliştirilen soruların, o değişkeni ölçüp ölçmediğinin ya da o değişkenle ne derece ilişkili olduklarının kuramsal analizi yapılmaktadır. Bir ölçeğin yapısal geçerliliğinin test edilmesinde en yaygın kullanılan yöntemlerden biri faktör analizidir.

Faktör analizinin amacı, aralarında ilişki bulunan çok sayıda değişkenden oluşan bir veri setine ait temel faktörlerin ortaya çıkarılarak araştırmacı tarafından veri setinde yer alan kavramlar arasındaki ilişkilerin daha kolay anlaşılmasına yardımcı olmaktır (Altunışık vd., 2005: 212). Bununla birlikte faktör analizi araştırmacı tarafından kullanılan bir veri setinin tek boyutlu olup olmadığını test etmek, başka bir ifade ile araştırmacı tarafından daha önceden belirlenen bir ilişkinin doğruluğunu test etmek amacı ile (Altunışık vd., 2005: 214) de kullanılmaktadır,

Faktör analizi, keşfedici faktör analizi (KFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Loehlin, 2004: 16).

Keşfedici faktör analizinde faktör yapıları önceden bilinmemekte ve bu yapıların tanımlanması amaçlanmakta, doğrulayıcı faktör analizinde ise önceden bilinen faktör yapılarının doğrulanması amaçlanmaktadır (Altunışık vd., 2005: 216). Faktör analizi sonuçlarını değerlendirmede temel ölçüt, ölçekte yer alan ve değişkenlerle faktör arasındaki korelasyonlar olarak yorumlanabilen faktör yükleridir. Faktör yüklerinin yüksek olması, değişkenin söz konusu faktör altında yer alabileceğinin bir göstergesi olarak görülür (Büyüköztürk, 2003: 120). 0,5'in üzerindeki faktör yükleri 100'ün üzerindeki tüm örneklerde istatistiksel açıdan anlamlı olabilmektedir (Altunışık vd., 2005: 231). Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeğe ilişkin algı ve beklenti ifadelerinin belirlenmesinde doğrulayıcı faktör analizi, ölçekte yer alan hastane marka değeri boyutlarını oluşturan ifadelerin geçerlilik analizinde ise keşfedici faktör analizi kullanılmıştır.

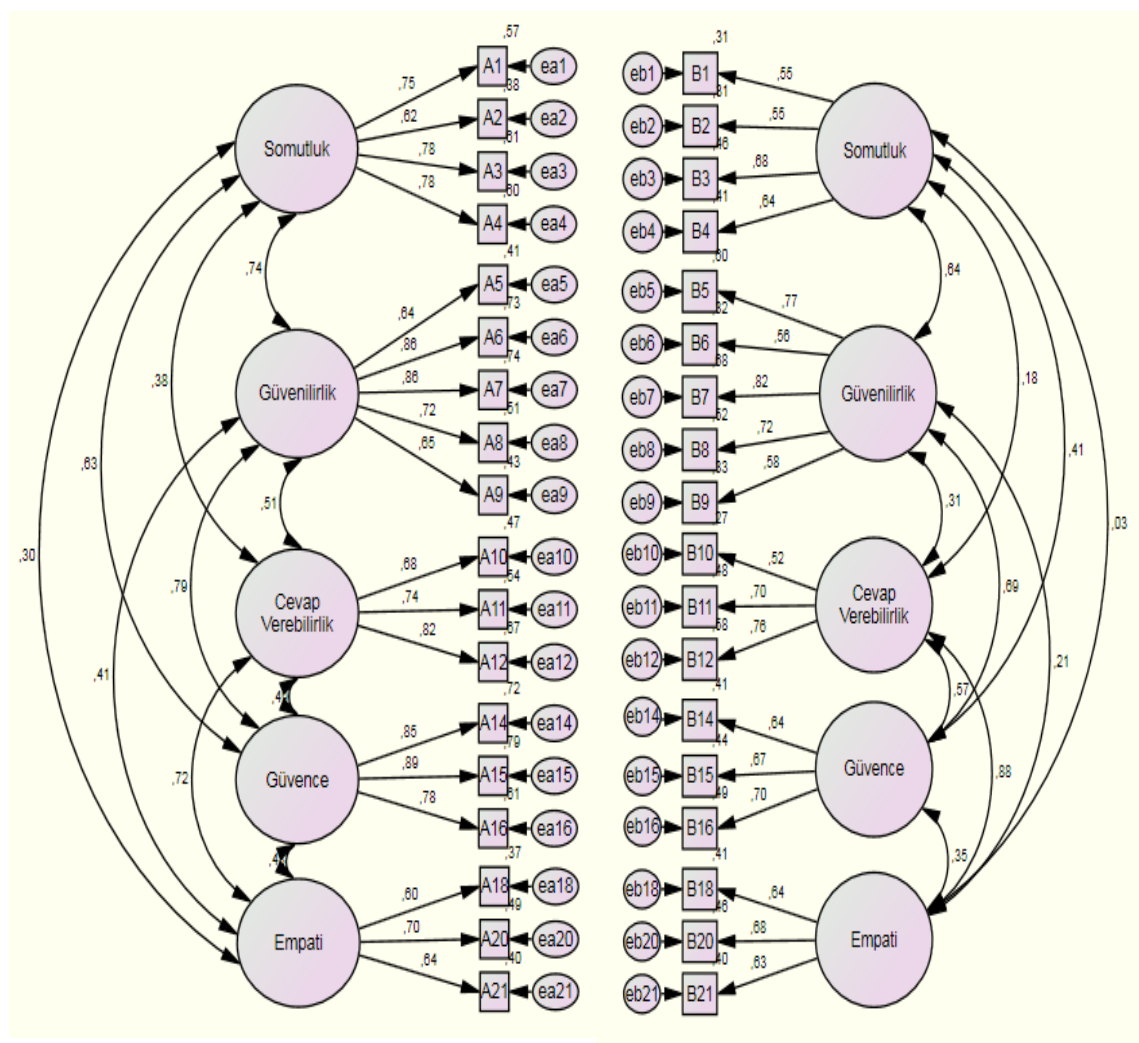
3.5.1.2.1. Hastane Marka Değeri Boyutlarını Oluşturan İfadelere İlişkin Faktör Analizi

Hastane marka değerini oluşturan boyutlardan birisi olan algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde kullanılan SERVQUAL ölçeği oluşturan algı ve beklenti ölçeklerini temsil eden ifadeler doğrulayıcı faktör analizine (DFA) tabi tutulmuştur.

Ölçeklerin değerlendirilmesinde, her ne kadar, Cronbach's alfa, ifade-boyut korelasyonları ve tanımlayıcı faktör analizi gibi geleneksel yöntemler sıklıkla kullanılsa da, doğrulayıcı faktör analizi, tek boyutluluğun yorumlanmasında, son zamanlarda benimsenen, daha katı ve güvenilir bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu anlamda, tanımlayıcı faktör analizinin ölçek oluşturmada ilk aşama olarak kullanılması faydalı iken, ölçeklerin son halinin değerlendirilmesinde ve saflaştırılmasında doğrulayıcı faktör analizine ihtiyaç duyulmaktadır. Doğrulayıcı faktör analizi, temel olarak hipotezdeki faktör modelinin verilerle uygunluğuna (fit) odaklıdır. Faktörlerin sayısı, faktör yapısı (faktörde yer alan ifadeler gibi) ve faktörler arası ilişki (ilişkili olup olmadıkları gibi) önceden belirlenir (Atılgan, 2005: 115).

SERVQUAL ölçeği oluşturan algı ve beklenti ölçeklerini oluşturan 22+22 ifadeyi (somutluk için 4, güvenilirlik için 5, cevap verebilirlik için 4, güvence için 4 ve empati için 5 ifade) AMOS 18 kullanılarak doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Yapılan analiz sonucunda hem algı hem de beklenti ölçeğinde bozucu etkiye sahip olan dört ifade çıkartılmıştır. Bu ifadeler beklenti ölçeği için cevap verebilirlik boyutundan "Hastane çalışanları çok yoğun olsalar bile, müşteri isteklerine hızlı bir şekilde cevap vermeleri uygundur", güvence boyutundan "Hastane çalışanları işlerini iyi bir şekilde yapabilmeleri için kurumları tarafından yeterince desteklenmelidir" ve empati boyutundan "Hastane çalışanlarının müşterilere kişisel ilgi göstermeleri beklenilemez" ve "Hastanelerin çalışma saatlerinin tüm müşterilerine uygun olması beklenmemelidir"; algı boyutu için ise aynı beklentilere karşılık gelen, "X hastanesi çalışanları müşteri isteklerine hızlı bir şekilde cevap vermek için uğraşırlar", "X hastanesi çalışanları işlerini iyi bir şekilde yapabilmeleri için

kurumları tarafından yeterince desteklenirler”, “X hastanesi çalışanları müşterilere kişisel ilgi göstermez” ve “X hastanesinin çalışma saatleri tüm müşterileri için uygun değildir” ifadeleridir. Bundan sonraki analizlerde algılanan hizmet kalitesi ölçümünde somutluk için 4, güvenilirlik için 5, cevap verebilirlik için 3, güvence için 3 ve empati için 3 ifade olmak üzere toplam 18 ifade kullanılmıştır (Şekil 23).



Şekil 23: SERVQUAL Algı ve Beklenti Ölçeği İfadeleri İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi

Algılanan hizmet kalitesine ilişkin ifadeler belirlendikten sonra hastane marka değeri boyutlarından marka çağrışımı, marka farkındalığı, marka bağlılığı ve algılanan kaliteyi oluşturan ifadelerle ilişkin faktör analizi yapılmıştır. Yapılan ilk analiz sonucunda KMO değeri 0,839 hesaplanmış olup Bartlett Sphericity Testi anlamlı çıkmıştır (Tablo 5). Bu sonuç faktör analizi yapmak için örneklemin uygun olduğunu göstermektedir.

Tablo 5: KMO ve Bartlett's Test Sonucu

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,839
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3818,252
	df	190
	Sig.	,000

Yirmi değişkenin dâhil edildiği ilk faktör analizi sonucunda dört faktör elde edilmiştir. Ancak faktör yükleri incelenerek yapılan değerlendirme sonucunda “X hastanesi toplumsal olaylara aktif olarak destek vermektedir” ve “X hastanesini çevremdeki insanlara önerebilirim” ifadelerinin bozucu etkiye sahip olduğu tespit edildiği için ölçekten çıkartılmıştır. Kalan 18 ifadeye tekrar faktör analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda dört faktör altında toplanan ifadelerden; marka çağrışımını oluşturan 6 ifade, marka bağlılığını oluşturan 4 ifade, marka farkındalığını oluşturan 3 ifade ve algılanan kaliteyi oluşturan 5 boyut ifadeleri sonraki analizlere temel oluşturmuştur. .Analiz sonucunda ölçeğin toplam açıklanan varyansı %57,642 ve Cronbach Alpha Değeri 0,824 bulunmuştur (Tablo 6).

**Tablo 6: Hastane Marka Değeri Boyutlarına İlişkin Faktör Analizi
Sonuçları**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			0,838
Bartlett's Test of Sphericity			Anlamlı
df	153	Sig.	0,000
Cronbach Alpha	0,824	Açıklanan Toplam Varyans	57,642
Algı Boyutları	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Cronbach Alpha
Marka Çağırışımı		27,329	0,802
S35. X hastanesi kişilerin dini inançlarına ve etnik kökenlerine karşı saygılı davranmaktadır.	,782		
S34. "Tedavi" denince şehirdeki ilk aklıma gelen X hastanesidir.	,752		
S31. X hastanesinde hasta şikâyetleri dikkate alınır.	,652		
S28. X hastanesinin tıbbi konulardaki teknolojik gelişmelere ayak uydurduğunu düşünüyorum.	,625		
S36. "Başarı" X hastanesini tasvir eden kelimelerden bir tanesidir.	,593		
S37. Diğer hastanelerle kıyaslandığında, X hastanesi hastalara daha fazla önem verir.	,547		
Marka Bağlılığı		12,315	0,752
S23. Çevremdeki insanlarda öncelikle X hastanesini tercih ederler.	,766		
S25. İkamet ettiğim yere X hastanesinden daha yakın bir hastane olsa dahi ben X hastanesini tercih ederdim.	,755		
S26. X hastanesi benim ilk tercihimdir.	,702		
S24. Kendimi X hastanesine bağlı olarak hissediyorum.	,664		
Marka Farkındalığı		9,376	0,796
S29. Logo ve sloganlar hastaların hastane hakkında fikir edinmesine katkı sağlamaktadır.	,868		
S33. Tüm hastane logoları içinde X hastanesinin logosunu tanıyabilirim.	,832		
S27. X hastanesinin yapmış olduğu tanıtım faaliyetleri dikkatimi çekmektedir.	,801		
Algılanan Kalite		8,623	0,698
Cevap Verebilirlik	,772		
Güvenilirlik	,630		
Empati	,628		
Güvence	,609		
Somutluk	,509		

3.5.2. Tüketicilerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışma, Sakarya il merkezinde gerçekleştirilmiş olup, çalışmada 610 kullanılabilir anket elde edilmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyleri, ortalama gelir düzeyleri ve ailede birlikte yaşadığı kişi sayısına ait dağılımlar frekans tabloları ile gösterilmiştir.

Çalışmaya katılanların %41,3'ü kadınlardan ve %58,7'si erkeklerden oluşmaktadır (Tablo 7).

Tablo 7: Ankete Katılan Bireylerin Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı

Cinsiyet	n	%
Kadın	252	41,3
Erkek	358	58,7
Toplam	610	100

Çalışmaya katılanların %15,6'sı ≤ 25 yaş grubunda ve %37'si 26-35 yaş grubunda, %29,2'si 36-45 yaş grubunda ve %18,2'si ≥ 46 yaş grubunda yer almaktadır (Tablo 8).

Tablo 8: Ankete Katılan Bireylerin Yaş Değişkenine Göre Dağılımı

Yaş	n	%
≤ 25	95	15,6
26-35	226	37,0
36-45	178	29,2
≥ 46	111	18,2
Toplam	610	100,0

Çalışmaya katılanların %19,7'si ilköğretim, %36,2'si lise, %18,5'i ön lisans, %21,5'i lisans, ve %4,1'i ise lisansüstü eğitim almıştır (Tablo 9).

Tablo 9: Ankete Katılan Bireylerin Eğitim Değişkenine Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	n	%
İlköğretim	120	19,7
Lise	221	36,2
Ön Lisans	113	18,5
Lisans	131	21,5
Lisansüstü	25	4,1
Toplam	610	100,0

Çalışmaya katılanların mesleklerine göre dağılımına bakıldığında işçi (%28,5) ve esnafın (%16,9) üst sıralarda yer aldığı; bunu memur (%14,6), eğitimci (%9,8) ve emeklilerin (%7,5) izlediği görülmektedir. Burada çalışma yapılan ilin sanayi bölgesinde yer almasının önemli olduğu düşünülmektedir (Tablo 10).

Tablo 10: Ankete Katılan Bireylerin Meslek Değişkenine Göre Dağılımı

Meslek	n	%
İşçi	174	28,5
Esnaf	103	16,9
Memur	89	14,6
Eğitimci	60	9,8
Emekli	46	7,5
Ev hanımı	43	7,0
Teknik eleman	34	5,6
Çiftçi	31	5,1
Öğrenci	30	4,9
Toplam	610	100,0

Katılımcılar daha çok 751-1500 TL arasında (%39,3) gelir elde etmektedir. Bunu 1501-2250 TL arasında gelir elde edenler (%22,9) ve ≤750 TL gelir elde edenler (%30) izlemektedir. 2251-3000 arasında gelir elde

edenlerin oranı %6,6 olup, katılımcıların %7,7'si ≥ 3001 TL gelir elde ettiklerini bildirmişlerdir (Tablo 11).

Tablo 11: Ankete Katılan Bireylerin Gelir Değişkenine Göre Dağılımı

Gelir Durumu	n	%
≤ 750	100	16,4
751-1500	240	39,3
1501-2250	183	30,0
2251-3000	40	6,6
≥ 3001	47	7,7
Toplam	610	100,0

Çalışmaya katılanlar daha çok (%53,3) 4-6 kişiden oluşan ailelerde yaşamakta olup, bunu %35,7 ile 1-3 kişilik aileler izlemektedir. Katılımcıların yalnızca %5,1'i 7 ve daha üzeri kişiden oluşan ailelerle ve %5,9'u ise yalnız yaşadıklarını bildirmişlerdir (Tablo 12).

Tablo 12: Ankete Katılan Bireylerin Birlikte Yaşadıkları Kişi Sayısı Değişkenine Göre Dağılımı

Birlikte Yaşanılan Kişi Sayısı	n	%
Yalnız	36	5,9
1-3	218	35,7
4-6	325	53,3
≥ 7	31	5,1
Toplam	610	100,0

Araştırmaya katılan cevaplayıcıların demografik profillerinin yanı sıra, bu kişilerin hastanelere yönelik olarak davranışsal tutum göstergelerinin de belirtilmesinde yarar vardır. Bu kapsamda, Tablo 13'de sağlık hizmeti tüketicilerinin ilk akıllarına gelen hastaneler ve tercih ettikleri hastanelerin

karşılaştırması yer almaktadır. Tablo 14’de ise Türkiye’de akıllarına ilk gelen hastane olma nedeni ve buldukları ildeki hastanelerin tercih edilme nedeni, ilk akla gelen hastaneyi tercih etme oranları, tercih edilen hastaneden hizmet alma sayıları, hastaneye en son gittiğinde ne kadar süre kaldığı ve ne amaçla gittiği belirlenmiştir. Katılımcılar Türkiye genelinde ilk akla gelen hastane olarak Acıbadem Sağlık Grubu Hastanelerini belirtirken (EK-I), Sakarya genelinde ise bir kamu hastanesi olan A1 kodlu hastaneyi belirtmişlerdir.

Tablo 13’de görüldüğü gibi, cevaplayıcılar tarafından ilk akla gelen hastane olan A1 hastanesi (%29,3), %22,8’lik bir oranla en fazla tercih edilen üçüncü hastanedir. Buna karşılık %26,4’lük oranla ilk akla gelen hastaneler arasında ikinci sırada yer alan A2 hastanesi, %28,7’lik oranla tercih edilen hastaneler sıralamasında ilk sırada, %22,6’lık bir oranla üçüncü sırada akla gelen hastane ise tercih edilme açısından %27,4 ile ikinci sırada yer almaktadır. A4 hastanesi ise hem ilk akla gelen hastaneler (%11,3) arasında hem de tercih edilen hastaneler (%13,9) sıralamasında dördüncü sırada yer almaktadır.

Tablo 13: Sakarya İlinde İlk Akla Gelen Hastane İle Tercih Edilen Hastanenin Karşılaştırılması

İlk Akla Gelen Hastane			Tercih Edilen Hastane		
Hastane	n	%	Hastane	n	%
1 A1	179	29,3	1 A2	175	28,7
2 A2	161	26,4	2 A3	167	27,4
3 A3	138	22,6	3 A1	139	22,8
4 A4	69	11,3	4 A4	85	13,9
5 A5	15	2,5	5 A8	14	2,3
6 A6	13	2,1	6 A7	13	2,1
7 A7	12	2,0	7 A5	9	1,5
8 A8	12	2,0	8 A6	8	1,3
9 A9	9	1,5	9 -	-	-
10 A10	2	0,3	10 -	-	-
Toplam	610	100,0	Toplam	610	100,0

İlk akla gelen markalar sıralamasında beşinci sırada %2,5 ile A5, %2,1 ile A6, %2,0 ile A7 ve A8, %1,5 ile A9 ve son olarak %0,3 ile A10 markası izlemektedir. Tercih edilen markalar sıralamasında beşinci ve altıncı sırada %2,3 ile A8, %2,1 ile A7, %1,5 ile A5 yedinci ve son olarak %1,3 ile A6 sekizinci sırada yer almaktadır.

Tablo 14'de görüldüğü gibi, hastanelerin kişiler tarafından ilk akla gelen hastane olma nedenlerinde, hastaneden almış oldukları hizmet sonucundaki memnuniyetleri, hastanenin kaliteli hizmet sunduğunu düşünmeleri, hastaneye veya hekimlere olan güvenleri, ulaşım kolaylığı, hastanenin sahip olduğu donanım, çevresindeki kişilerin önerileri ve hastanelerin yapmış olduğu tanıtım ve reklam faaliyetleri etkili olmaktadır. Bu etkiler ülke genelinde ve buldukları ildeki faaliyet gösteren hastaneler açısından da benzerlikler göstermektedir.

Tüketiciler hem Türkiye'de (%23,4) hem de buldukları ilde (%31,4) ilk akla gelen hastane olma nedenini; hastanenin sunduğu hizmetin kaliteli olması şeklinde ifade etmişlerdir. Tüketicilerin %97'si ilk akıllarına gelen hastaneden hizmet aldıklarını ifade ederken, sadece %3'lük oranı hizmet almadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca tabloda tüketicilerin büyük bir oranının (%71,5) ilk akıllarına gelen hastanenin aynı zamanda tercih ettikleri hastane olduğu görülmektedir. Ayrıca tüketicilerin %18,1'i hizmet almak istedikleri hastaneden en az bir defa, %31,9'u ise beş ve daha fazla sayıda hizmet aldıklarını belirtmişlerdir. Yine tüketicilerin %42'si hastaneye son gittiklerinde bir saatten az kaldıklarını belirtirken; %29,3'ü 1-2 saat, %12,2'si 3-4 saat ve %16,5'i beş ve daha fazla sürede hastanede kaldıklarını belirtmişlerdir. Sağlık hizmet tüketicilerinin %74,4'ü tercih ettikleri hastaneye en son tedavi amaçlı gittiklerini belirtirken; 11,3'ü refakatçi, %12,2'si hasta ziyareti, %1,6'sı personel ziyareti ve %0,5'i ise iş amaçlı olarak gittiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 14: Tercih Edilen Hastaneye Yönelik Davranışsal Tutum Göstergeleri

		n	%
Türkiye’de akla ilk gelen hastane olma nedeni (n=471)	Kaliteli hizmet sunması	110	23,4
	Memnuniyet	110	23,4
	Güven	87	18,5
	Tanıtım ve reklam	56	11,9
	Tavsiye	49	10,4
	İleri teknolojiye sahip olma	34	7,2
	Askeri hastane olması	16	3,4
	Ulaşım	9	1,9
Bulduğunuz ilde hastane tercihinde etkili olan neden (n=433)	Kaliteli hizmet sunması	136	31,4
	Güven	102	23,6
	Memnuniyet	80	18,5
	Ulaşım	57	13,2
	İleri teknolojiye sahip olma	41	9,5
	Tavsiye	11	2,5
	Tanıtım ve reklam	6	1,4
İlk aklınıza gelen hastaneden hizmet aldınız mı? (n=610)	Evet	592	97,0
	Hayır	18	3,0
İlk aklınıza gelen hastane tercih ettiğiniz hastane mi? (n=610)	Evet	436	71,5
	Hayır	174	28,5
Tercih edilen hastaneden hizmet alma sayısı (n=592)	1 defa	107	18,1
	2 defa	138	23,3
	3 defa	113	19,1
	4 defa	45	7,6
	5 ve üzeri	189	31,9
Son gittiğinizde hastanede kalış süresi (n=600)	1 saatten az	252	42,0
	1-2 saat	176	29,3
	3-4 saat	73	12,2
	5 saat ve üzeri	99	16,5
Tercih ettiğiniz hastaneye en son hangi amaçla gittiniz? (n=610)	Tedavi	454	74,4
	Refakatçi	69	11,3
	Hasta ziyareti	74	12,2
	Personel ziyareti	10	1,6
	İş	3	,5

3.5.2.1. Demografik Özellikler ile Marka Değeri Boyutları Arasındaki Farkların Analizi İle İlgili Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan tüketicilerin sosyo-demografik özelliklerine göre marka değeri ile ilgili boyutlara (algılanan kalite, marka bağlılığı, marka farkındalığı ve marka çağrışımları) ilişkin değerlendirmeleri verilmektedir. Boyutların değerlendirmesinde iki ortalama arasındaki farkın önem kontrolü (bağımsız örneklerde t testi) testi ve ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılmıştır. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan boyutlar için farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır.

Tüketicilerin cinsiyetlerine göre marka değeri ile ilgili boyutlar hakkındaki değerlendirmeleri bağımsız örneklerde t testi kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonucunda tüketicilerin marka farkındalığı ve marka bağlılığı boyutları ile ilgili değerlendirmeleri cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 15: Tüketicilerin Marka Değeri Boyutları İle İlgili Değerlendirmelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Boyut	Cinsiyet	n	Ort.	S.S	t	p
Marka Çağrışımları	Kadın	252	5,77	1,13	-1,803	0,001
	Erkek	358	5,92	0,92		
Marka Farkındalığı	Kadın	252	3,64	1,79	-0,502	0,096
	Erkek	358	3,71	1,90		
Marka Bağlılığı	Kadın	252	5,27	1,34	-0,440	0,078
	Erkek	358	5,32	1,18		
Algılanan Kalite	Kadın	252	-0,37	0,94	-0,943	0,010
	Erkek	358	-0,30	0,76		

Diğer taraftan tüketicilerin cinsiyetlerine göre marka çağrışımı ve algılanan kalite boyutları ile ilgili değerlendirmeleri istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p < 0,05$). Marka çağrışımı boyutunda kadınlar ($5,77 \pm 1,13$) erkeklere ($5,92 \pm 0,92$) göre daha az katılım göstermişlerdir. Algılanan kalite boyutunda ise, hem kadınlar ($-0,37 \pm 0,94$) hem de erkekler ($-0,30 \pm 0,76$) hastanelerin sunmuş olduğu hizmetleri beklentilerinin altında algılamaktadırlar. Ancak kadınların erkeklere göre kalite algıları daha düşüktür. Bu durumda H_{1a} hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 15).

Tüketicilerin medeni durumlarına göre marka değeri ile ilgili boyutlar hakkındaki değerlendirmeleri bağımsız örneklerde t testi kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonucunda tüketicilerin marka çağrışımı, marka farkındalığı ve marka bağlılığı boyutları ile ilgili değerlendirmeleri medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ($p > 0,05$).

Tüketicilerin medeni durumlarına göre algılanan kalite boyutu ile ilgili değerlendirmeleri istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p < 0,05$). Algılanan kalite boyutunda, hem evli tüketiciler ($-0,35 \pm 0,89$) hem de bekâr tüketiciler ($-0,27 \pm 0,71$) hastanelerin sunmuş olduğu hizmetleri beklentilerinin altında algılamaktadırlar. Ancak evli olan tüketicilerin bekârlara göre kalite algıları daha düşüktür. Bu durumda H_{1b} hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 16).

Tablo 16: Tüketicilerin Marka Değeri Boyutları İle İlgili Değerlendirmelerinin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Boyut	Medeni durum	n	Ort.	S.S	t	p
Marka Çağrışımı	Evli	432	5,89	1,04	1,051	0,148
	Bekâr	178	5,79	0,94		
Marka Farkındalığı	Evli	432	3,53	1,82	-3,184	0,546
	Bekâr	178	4,05	1,89		
Marka Bağlılığı	Evli	432	5,28	1,26	-0,545	0,677
	Bekâr	178	5,34	1,22		
Algılanan Kalite	Evli	432	-0,35	0,89	-1,226	0,014
	Bekâr	178	-0,27	0,71		

Tüketicilerin marka değeri ile ilgili boyutlardan marka çağrışımı boyutu hakkındaki değerlendirmelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan özellikler için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır (Tablo 17).

Tüketicilerin marka değeri boyutlarından marka çağrışımı boyutu ile ilgili değerlendirmeleri yaş, eğitim durumu ve aylık gelir düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Tüketicilerin marka değeri boyutlarından marka çağrışımı boyutu ile ilgili değerlendirmeleri mesleklerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi meslek grubundan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın memurlar ($5,45\pm 1,25$) ile işçi ($6,01\pm 0,90$) ve esnaflardan ($5,99\pm 0,94$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Memurların, işçi ve esnaflara göre marka çağrışımı ile ilgili ifadelere katılımı daha düşük düzeydedir.

Tüketicilerin marka değeri boyutlarından marka çağrışımı boyutu ile ilgili değerlendirmeleri birlikte yaşadıkları kişi sayısına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın 4-6 kişilerden oluşan gruplar ($5,92\pm 1,01$) ile 7 ve daha üzeri sayıda kişilerle birlikte kalanlardan ($5,38\pm 1,06$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre birlikte yaşanan kişi sayısı yedi ve üzerinde olanlar marka çağrışımını oluşturan ifadelerle daha düşük katılım sağlamışlardır.

Tablo 17: Tüketicilerin Marka Çağrışımı İle İlgili Değerlendirmelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Marka Çağrışımı	n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc.	
Meslek	Ev hanımı ¹	43	5,80	1,05	3,084	0,002	2-3 p=0,001 2-4 p=0,006
	Memur ²	89	5,45	1,25			
	İşçi ³	174	6,01	0,90			
	Esnaf ⁴	103	5,99	0,94			
	Teknik eleman ⁵	34	5,91	0,71			
	Öğrenci ⁶	30	5,69	1,08			
	Emekli ⁷	46	6,01	0,88			
	Çiftçi ⁸	31	5,61	1,11			
	Eğitimci ⁹	60	5,88	1,05			
Toplam	610	5,86	1,01				
Yaş	≤25 ¹	95	5,64	1,01	2,389	0,068	
	26-35 ²	226	5,92	0,97			
	36-45 ³	178	5,82	1,09			
	≥46 ⁴	111	5,97	0,96			
	Toplam	610	5,86	1,01			
Eğitim Durumu	İlköğretim ¹	120	5,83	1,06	1,448	0,217	
	Lise ²	221	5,97	0,95			
	Ön lisans ³	113	5,82	1,06			
	Lisans ⁴	131	5,80	0,93			
	Lisansüstü ⁵	25	5,53	1,39			
	Toplam	610	5,86	1,01			
Aylık Gelir Düzeyi	≤750 ¹	100	5,79	0,98	1,773	0,133	
	751-1500 ²	240	5,88	1,11			
	1501-2250 ³	183	5,76	0,96			
	2251-3000 ⁴	40	6,00	0,89			
	≥3001 ⁵	47	6,16	0,81			
	Toplam	610	5,86	1,01			
Birlikte Yaşadığı Kişi Sayısı	Yalnız ¹	36	5,99	1,04	3,138	0,025	3-4 p=0,027
	1-3 kişi ²	218	5,81	1,00			
	4-6 kişi ³	325	5,92	1,01			
	≥7 kişi ⁴	31	5,38	1,06			
	Toplam	610	5,86	1,01			

Not: Sosyo-Demografik özellikler üzerindeki rakamlar Post Hoc. karşılaştırmasında kullanılmıştır.

Tüketicilerin marka değeri boyutlarından marka farkındalığı boyutu hakkındaki değerlendirmelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi ile incelenmiştir. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan boyutlar için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır (Tablo 18).

Tüketicilerin marka değeri boyutlarından marka farkındalığı boyutu ile ilgili değerlendirmeleri mesleklerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi meslek grubundan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; öğrenciler ($4,76\pm 1,71$) ile ve memur ($3,52\pm 1,71$), işçi ($3,51\pm 1,92$), emekli ($4,04\pm 1,93$) ve çiftçilerden ($3,20\pm 1,73$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre marka farkındalığı boyutunu oluşturan ifadeler öğrenciler, diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır.

Tüketicilerin marka değeri boyutlarından marka farkındalığı boyutu ile ilgili değerlendirmeleri yaşlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi yaş grubundan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; ≤ 25 yaş ($4,22\pm 1,92$) ile 26-35 yaş ($3,76\pm 1,87$) ve 36-45 yaş grubundan ($3,56\pm 1,70$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Tüketicilerin yaşları arttıkça marka farkındalığı boyutunu oluşturan ifadeler katılım oranları düşmektedir.

Tüketicilerin marka değeri boyutlarından marka farkındalığı boyutu ile ilgili değerlendirmeleri aylık gelir düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; aylık gelir düzeyi 1501-2250 TL ($3,49\pm 1,75$) olanlar ile 2251-3000 TL ($4,49\pm 1,65$) geliri olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Aylık gelir düzeyi 2251-3000 TL arasında olan tüketiciler marka farkındalığını oluşturan ifadeler en yüksek katılımı sağlamışlardır.

Tüketicilerin marka değeri boyutlarından marka farkındalığı boyutu ile ilgili değerlendirmeleri eğitim durumu ve birlikte yaşadığı kişi sayısına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 18: Tüketicilerin Marka Farkındalığı İle İlgili Değerlendirmelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Marka Farkındalığı		n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc.
Meslek	Ev hanımı ¹	43	3,92	1,62	3,607	0,000	6-2 p=0,037 6-3 p=0,018 6-7 p=0,002 6-8 p=0,027
	Memur ²	89	3,52	1,71			
	İşçi ³	174	3,51	1,92			
	Esnaf ⁴	103	4,05	1,90			
	Teknik eleman ⁵	34	4,22	1,70			
	Öğrenci ⁶	30	4,76	1,71			
	Emekli ⁷	46	3,04	1,93			
	Çiftçi ⁸	31	3,20	1,73			
	Eğitimci ⁹	60	3,52	1,82			
	Toplam	610	3,68	1,86			
Yaş	≤25 ¹	95	4,22	1,92	5,045	0,002	1-3 p=0,024 1-4 p=0,001
	26-35 ²	226	3,76	1,87			
	36-45 ³	178	3,56	1,70			
	≥46 ⁴	111	3,26	1,91			
	Toplam	610	3,68	1,86			
Eğitim Durumu	İlköğretim ¹	120	3,60	1,93	0,689	0,600	
	Lise ²	221	3,74	1,82			
	Ön lisans ³	113	3,87	1,94			
	Lisans ⁴	131	3,51	1,78			
	Lisansüstü ⁵	25	3,61	1,87			
	Toplam	610	3,68	1,86			
Aylık Gelir Düzeyi	≤750 ¹	100	3,89	1,80	2,926	0,020	3-4 p=0,017
	751-1500 ²	240	3,65	1,93			
	1501-2250 ³	183	3,49	1,75			
	2251-3000 ⁴	40	4,49	1,65			
	≥3001 ⁵	47	4,45	1,98			
	Toplam	610	3,68	1,86			
Birlikte Yaşadığı Kişi Sayısı	Yalnız ¹	36	3,82	1,99	0,939	0,422	
	1-3 kişi ²	218	3,58	1,79			
	4-6 kişi ³	325	3,69	1,89			
	≥7 kişi ⁴	31	4,14	1,81			
	Toplam	610	3,68	1,86			

Not: Sosyo-Demografik özellikler üzerindeki rakamlar Post Hoc. karşılaştırmasında kullanılmıştır.

Tüketicilerin marka değeri boyutlarından marka bağlılığı boyutu hakkındaki değerlendirmelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi ile incelenmiştir. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan boyutlar için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır (Tablo 19).

Tüketicilerin, marka değeri boyutlarından marka bağlılığı boyutu ile ilgili değerlendirmeleri mesleklerine, yaşlarına, eğitimlerine ve birlikte yaşadığı kişi sayılarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Tüketicilerin, marka değeri boyutlarından marka bağlılığı boyutu ile ilgili değerlendirmeleri aylık gelir düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi gelir düzeyinden kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; aylık gelir düzeyi ≤ 750 TL geliri olan ($5,12\pm 1,50$) tüketiciler ile ≥ 3000 TL geliri olan ($5,78\pm 0,85$) tüketicilerden kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Aylık gelir düzeyi ≥ 3000 TL olan tüketiciler marka bağlılığını oluşturan ifadelerle en yüksek katılımı sağlamışlardır.

Tablo 19: Tüketicilerin Marka Bağlılığı İle İlgili Değerlendirmelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Marka Bağlılığı	n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc.
Meslek	Ev hanımı ¹	43	5,47	1,54	1,725	0,090	
	Memur ²	89	5,01	1,29			
	İşçi ³	174	5,24	1,21			
	Esnaf ⁴	103	5,48	1,25			
	Teknik eleman ⁵	34	5,19	0,86			
	Öğrenci ⁶	30	5,57	1,21			
	Emekli ⁷	46	5,43	1,12			
	Çiftçi ⁸	31	4,95	1,66			
	Eğitimci ⁹	60	5,47	1,00			
	Toplam	610	5,30	1,25			

Tablo 19 (Devam): Tüketicilerin Marka Bağlılığı İle İlgili Değerlendirmelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Marka Bağlılığı	n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc.
Yaş	Yalnız ¹	36	5,54	1,22	1,923	0,125	
	1-3 kişi ²	218	5,18	1,24			
	4-6 kişi ³	325	5,37	1,25			
	≥7 kişi ⁴	31	5,06	1,25			
	Toplam	610	5,30	1,25			
Eğitim Durumu	İlköğretim ¹	120	5,33	1,48	0,508	0,730	
	Lise ²	221	5,23	1,26			
	Ön lisans ³	113	5,37	1,20			
	Lisans ⁴	131	5,36	0,99			
	Lisansüstü ⁵	25	5,13	1,36			
Toplam	610	5,30	1,25				
Aylık Gelir Düzeyi	≤750 ¹	100	5,12	1,50	2,523	0,040	1-5 p=0,025
	751-1500 ²	240	5,31	1,28			
	1501-2250 ³	183	5,23	1,13			
	2251-3000 ⁴	40	5,41	1,22			
	≥3001 ⁵	47	5,78	0,85			
Toplam	610	5,30	1,25				
Birlikte Yaşanan Kişi Sayısı	≤25 ¹	95	5,36	1,34	0,802	0,493	
	26-35 ²	226	5,29	1,21			
	36-45 ³	178	5,20	1,27			
	≥46 ⁴	111	5,42	1,20			
Toplam	610	5,30	1,25				

Not: Sosyo-Demografik özellikler üzerindeki rakamlar Post Hoc. karşılaştırmasında kullanılmıştır.

Tüketicilerin marka değeri ile ilgili boyutlardan algılanan kalite boyutu hakkındaki değerlendirmelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan özellikler için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır (Tablo 20).

Tüketicilerin marka değeri boyutlarından algılanan kalite boyutu ile ilgili değerlendirmeleri meslek, yaş, eğitim durumu ve birlikte yaşadığı kişi

sayısına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$). Bu durumda H_{1c} , H_{1d} , H_{1e} ve H_{1g} hipotezleri kabul edilmemiştir. Mesleklere göre yapılan değerlendirmeye göre hastanelerin sunmuş oldukları hizmetlerin en çok memurların ($-0,50\pm 1,10$) beklentilerini karşılayamadığı bulunmuştur. Esnaf ($-0,17\pm 0,88$) ise hizmet kalitesini olumsuz değerlendirmelerine karşılık, mesleklere göre beklentilerinin karşılanması açısından en yüksek olan grubu oluşturmaktadır. Yaş, eğitim durumu ve birlikte yaşanan kişi sayısı açısından da gruplar arasında önemli bir fark olmadığı ve tüm grupların hastane hizmetlerini olumsuz olarak algıladıkları bulunmuştur.

Tüketicilerin, hastane marka değeri boyutlarından algılanan kalite boyutu ile ilgili değerlendirmeleri gelir düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p=0,003$). Bu durumda H_{1f} hipotezi kabul edilmiştir. Farkın hangi gelir düzeyinden kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın ≤ 750 TL ($-0,51\pm 1,07$) geliri olanlar ile 22511-3000 TL ($-0,01\pm 0,58$) gelir düzeyine sahip tüketicilerden kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Hastanelerin sundukları hizmetlerin 750 TL ve daha az gelir elde edenlerin beklentilerini karşılamadığı, buna karşılık 2251-3000 TL arası geliri olanların hastane hizmetlerinin beklentilerini karşılayabilecek durumda oldukları söylenebilir.

Tablo 20: Tüketicilerin Algılanan Kalite İle İlgili Değerlendirmelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Algılanan Kalite	n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc.
Meslek	Ev hanımı ¹	43	-0,43	0,76	1,235	0,276	
	Memur ²	89	-0,50	1,10			
	İşçi ³	174	-0,30	0,76			
	Esnaf ⁴	103	-0,17	0,88			
	Teknik eleman ⁵	34	-0,36	0,67			
	Öğrenci ⁶	30	-0,38	0,83			
	Emekli ⁷	46	-0,38	0,67			
	Çiftçi ⁸	31	-0,39	1,11			
	Eğitimci ⁹	60	-0,21	0,59			
	Toplam	610	-0,33	0,84			

Tablo 20 (Devam): Tüketicilerin Algılanan Kalite İle İlgili Değerlendirmelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Algılanan Kalite	n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc.
Yaş	≤25 ¹	95	-0,28	0,78	0,932	0,425	
	26-35 ²	226	-0,30	0,89			
	36-45 ³	178	-0,41	0,86			
	≥46 ⁴	111	-0,28	0,74			
	Toplam	610	-0,33	0,84			
Eğitim Durumu	İlköğretim ¹	120	-0,38	0,91	0,411	0,801	
	Lise ²	221	-0,27	0,85			
	Ön lisans ³	113	-0,36	0,91			
	Lisans ⁴	131	-0,34	0,70			
	Lisansüstü ⁵	25	-0,33	0,77			
Toplam	610	-0,33	0,84				
Aylık Gelir	≤750 ¹	100	-0,51	1,07	3,182	0,013	1-4 p=0,014
	751-1500 ²	240	-0,35	0,89			
	1501-2250 ³	183	-0,30	0,72			
	2251-3000 ⁴	40	-0,01	0,58			
	≥3001 ⁵	47	-0,16	0,47			
Toplam	610	-0,33	0,84				
Birlikte Yaşadığı Kişi Sayısı	Yalnız ¹	36	-0,35	0,97	0,056	0,983	
	1-3 kişi ²	218	-0,31	0,87			
	4-6 kişi ³	325	-0,33	0,80			
	≥7 kişi ⁴	31	-0,36	0,87			
Toplam	610	-0,33	0,84				

Not: Sosyo-Demografik özellikler üzerindeki rakamlar Post Hoc. karşılaştırmasında kullanılmıştır.

3.5.2.2. Tüketicilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hizmet Kalitesi Boyutlarına İlişkin Analiz Bulguları

Araştırmaya katılan tüketicilerin hizmet kalitesini oluşturan boyutlarda yer alan ifadelerle ilişkin değerlendirmeleri Tablo 21’de verilmiştir. Tüketicilerin sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili beklenti düzeylerini boyutlara göre incelediğimizde en yüksek beklenti “Güvenilirlik (6,82±0,46)”

boyutunda gerçekleşmiştir. Dört ifadenin yer aldığı güvenilirlik boyutunda tüm ifadeler için beklenti düzeyi çok yüksek olmakla beraber en yüksek beklenti “Güvenilirlik-5 (6,84±0,56) “Hastaneler teşhis ve tedavi hizmetlerini, verdikleri randevu saatinde gerçekleştirmelidir” ifadesinde gerçekleşmiştir. Tüketicilerin güvenilirlik konusundaki algıları da (6,15±0,97) oldukça yüksektir. Ancak beklentilerini karşılayacak kadar yüksek değildir. Algılara ilişkin güvenilirlik boyutunda en yüksek algı Güvenilirlik-9 (6,35±1,11) “X hastanesi kayıtlarını doğru bir şekilde tutar” ifadesinde olmuştur.

Boyutlar içerisinde en yüksek ikinci beklenti düzeyi ise “Güvence (6,56±0,72)” boyutu olmuştur. Güvence boyutunda en yüksek beklenti Güvence-16 (6,62±0,88) “Hastane çalışanları kibar olmalıdır” ifadesinde olmuştur. Algılara ilişkin güvence boyutunda en yüksek algı Güvence-16 (6,09±1,23) “X hastanesi çalışanları kibar davranırlar” ifadesinde olmuştur.

Diğer bir boyut olan “Somutluk (6,43±0,75) en yüksek üçüncü beklenti düzeyine sahiptir. Somutluk boyutunda en yüksek beklenti Somutluk-1 (6,87±0,66) “Hastanelerin teçhizatı modern olmalıdır” ifadesinde olmuştur. Bu ifade ayrıca tüm ifadeler içerisinde de en yüksek beklentiye sahip ifadedir. Tüketicilerin somutluk konusundaki algıları da (6,14±0,93) oldukça yüksektir. Ancak beklentilerini karşılayacak kadar yüksek değildir. Somutluk boyutunda en yüksek algı düzeyi Somutluk-1 (6,47±1,00) “X hastanesinin teçhizatı moderndir” ifadesinde olmuştur. Ayrıca bu ifade tüm algı ifadeleri içerisinde en yüksek algılanma düzeyine sahiptir.

Beklenti düzeyleri açısından dördüncü sırada yer alan boyut “Cevap verebilirlik (5,44±1,64)” boyutudur. Üç ifadenin yer aldığı cevap verebilirlik boyutunda en yüksek beklenti “Cevap verebilirlik-12 (5,66±2,02) “Hastane çalışanları hastalara yardım konusunda her zaman istekli olmak zorunda değildir” ifadesinde gerçekleşmiştir. Tüketicilerin cevap verebilirlik konusundaki algıları da (5,30±1,63) ortalamanın üzerindedir. Ancak beklentilerini karşılayacak kadar değildir. Algılara ilişkin cevap verebilirlik boyutunda en yüksek algı Cevap verebilirlik-12 (5,49±1,97) “X hastanesi çalışanları müşteriye yardım etme konusunda her zaman istekli değildir” ifadesinde olmuştur.

Son olarak hem beklenti (4,66±1,81) hem de algı (4,63±1,67) düzeyleri bakımından en düşük boyut Empati'dir. Empati boyutunda en yüksek beklenti "Empati-21 (4,92±2,29) "Hastanelerden müşteri çıkarlarını ön planda tutmasını beklemek gerçekçi değildir" ifadesinde gerçekleşirken, en yüksek algı düzeyi "Empati-20 (4,81±2,09) "X hastanesi çalışanları müşterilerinin ihtiyaçlarının ne olduğunu bilmez" ifadesinde olmuştur.

Genel olarak tüketicilerin tercih ettikleri hastanelerin hizmet kalitesi ile ilgili değerlendirmeleri olumsuzdur (SERVQUAL Puan= -0,328).

Tablo 21: Tüketicilerin Hizmet Kalitesi Boyutlarındaki İfadelere İlişkin Değerlendirmeleri

İfade	n	Beklenti		Algı		Hizmet Kalitesi	
		Ort.	S.S	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.
Somutluk-1	610	6,87	0,66	6,47	1,00	-0,40	1,00
Somutluk-2	610	5,84	1,54	5,77	1,41	-0,07	1,61
Somutluk-3	610	6,53	0,89	6,17	1,09	-0,37	1,20
Somutluk-4	610	6,46	1,07	6,16	1,13	-0,30	1,29
Somutluk Ortalama	610	6,43	0,75	6,14	0,93	-0,29	0,90
Güvenilirlik-5	610	6,84	0,56	6,03	1,29	-0,81	1,29
Güvenilirlik-6	610	6,75	0,67	6,10	1,22	-0,65	1,24
Güvenilirlik-7	610	6,83	0,55	6,27	1,14	-0,56	1,13
Güvenilirlik-8	610	6,83	0,62	6,00	1,26	-0,82	1,31
Güvenilirlik-9	610	6,83	0,64	6,35	1,11	-0,49	1,13
Güvenilirlik Ortalama	610	6,82	0,46	6,15	0,97	-0,67	0,94
Cevap Verebilirlik-10	610	5,56	2,06	5,22	1,97	-0,33	2,19
Cevap Verebilirlik-11	610	5,09	2,17	5,20	1,90	0,11	2,32
Cevap Verebilirlik-12	610	5,66	2,02	5,49	1,97	-0,17	2,32
Cevap Verebilirlik Ortalama	610	5,44	1,64	5,30	1,63	-0,13	1,67
Güvence-14	610	6,54	0,90	6,04	1,20	-0,50	1,29
Güvence-15	610	6,52	0,93	5,99	1,24	-0,54	1,36
Güvence-16	610	6,62	0,88	6,09	1,23	-0,53	1,25
Güvence Ortalama	610	6,56	0,72	6,04	1,08	-0,52	1,07
Empati-18	610	4,63	2,31	4,50	2,18	-0,13	2,67
Empati-20	610	4,43	2,32	4,81	2,09	0,38	2,39
Empati-21	610	4,92	2,29	4,59	2,15	-0,33	2,41
Empati Ortalama	610	4,66	1,81	4,63	1,67	-0,03	1,68
SERVQUAL HİZMET KALİTESİ= -0,328							

Araştırmaya katılan tüketicilerin hizmet kalitesini oluşturan boyutlara ilişkin değerlendirmelerinin cinsiyetlerine göre fark gösterip göstermediği t testi ile analiz edilmiştir. Tablo 22’de görüldüğü gibi tüketicilerin cinsiyetlerine göre değerlendirmelerinde beklenti ölçeğinin “güvenilirlik”; boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Güvenilirlik boyutunda kadınların beklentileri ($6,85 \pm 0,41$) erkeklerden ($6,79 \pm 0,49$) daha yüksek olmasına karşılık; erkeklerin kalite algıları ($6,18 \pm 0,92$) kadınlardan ($6,11 \pm 1,03$) daha yüksektir. Bunun sonucu olarak kadınların hizmet kalitesi değerlendirmesi ($-0,74 \pm 1,00$) erkeklerden ($-0,61 \pm 0,88$) daha düşük bulunmuştur. Sonuç olarak hastaneler sundukları hizmetlerde kadın ve erkeklerin güvenilirlik konusundaki beklentilerini karşılamamakla birlikte; kadınların bu konuda daha olumsuz düşündükleri söylenebilir.

Tüketicilerin cinsiyetlerine göre değerlendirmelerinde algı ölçeğinin “güvence” boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre kadın tüketicilerin ($5,95 \pm 1,21$) “güvence” boyutuna ilişkin algılarının, erkek tüketicilere ($6,11 \pm 0,98$) daha düşük olmasına rağmen; güvence boyutuna ilişkin beklentileri daha yüksektir. Sonuçta hastaneler hem erkek hem de kadın tüketicilerin hizmet kalitesi ile ilgili güvence boyutuna ilişkin beklentilerini karşılayamadıkları ve bu konuda kadınların daha olumsuz düşündükleri söylenebilir.

Tüketicilerin hastane hizmetlerinin kalitesini oluşturan boyutlardan “güvenilirlik”, “cevap verebilirlik”, “güvence” ve “empati” hakkındaki görüşleri cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ($p < 0,05$). Hastaneler hizmet sunumlarında hem “güvenilirlik” ve “cevap verebilirlik” hem de “güvence” boyutunda her iki cinsiyetteki tüketicilerin de beklentilerini karşılayamadıkları görülmektedir. Buna karşılık “empati” boyutunda kadın tüketicilerin ($0,04 \pm 1,90$) beklentilerinin karşılandığı, erkek tüketicilerin ($-0,08 \pm 1,151$) beklentilerinin ise karşılanamadığı söylenebilir.

Sonuç olarak hastane hizmet kalitesinin cinsiyetlere göre değerlendirmesinde, hem kadın hem de erkek tüketicilerin en olumsuz gördükleri boyutun “güvenilirlik” boyutu, beklentilerini karşılamada en olumlu boyutun ise “empati” boyutu olduğu söylenebilir.

Tablo 22: Hizmet Kalitesi Boyutlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Analizi

Hizmet Kalitesi Boyutları	Cinsiyet	Beklenti					Algı				Hizmet Kalitesi			
		n	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p
Somutluk	Kadın	252	6,46	0,72	0,926	0,073	6,11	0,97	-0,667	0,116	-0,35	0,87	-1,463	0,895
	Erkek	358	6,40	0,77			6,16	0,91			-0,24	0,92		
Güvenilirlik	Kadın	252	6,85	0,41	1,684	0,006	6,11	1,03	-0,939	0,111	-0,74	1,00	-1,743	0,028
	Erkek	358	6,79	0,49			6,18	0,92			-0,61	0,88		
Cevap Verebilirlik	Kadın	252	5,34	1,67	-1,265	0,330	5,21	1,65	-1,253	0,630	-0,13	1,83	0,016	0,010
	Erkek	358	5,51	1,62			5,37	1,62			-0,13	1,54		
Güvence	Kadın	252	6,59	0,71	0,915	0,737	5,95	1,21	-1,726	0,001	-0,65	1,19	-2,358	0,025
	Erkek	358	6,54	0,72			6,11	0,98			-0,43	0,96		
Empati	Kadın	252	4,53	1,83	-1,472	0,501	4,57	1,68	-0,723	0,586	0,04	1,90	0,827	0,010
	Erkek	358	4,75	1,79			4,67	1,67			-0,08	1,51		

Araştırmaya katılan tüketicilerin hizmet kalitesini oluşturan boyutlara ilişkin değerlendirmelerinin medeni durumlarına göre fark gösterip göstermediği t testi ile analiz edilmiştir. Tablo 23’de görüldüğü gibi tüketicilerin medeni durumlarına göre değerlendirmelerinde beklenti ölçeğinin “güvenilirlik”, “cevap verebilirlik”, “güvence” ve “empati” boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Fark olan tüm boyutlarda evli olan tüketicilerin beklenti düzeyleri bekâr olan tüketicilere göre daha yüksektir. Hizmet kalitesi ile ilgili beklenti düzeyi en yüksek olan boyutu, hem evli olanlarda ($6,84\pm 0,43$), hem de bekârlarda ($6,76\pm 0,53$) “güvenilirlik” oluşturmaktadır.

Tüketicilerin medeni durumlarına göre değerlendirmelerinde algı ölçeğinin “cevap verebilirlik” boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre evli tüketicilerin ($5,44\pm 1,54$) “cevap verebilirlik” boyutuna ilişkin algılarının, bekâr tüketicilere ($4,97\pm 1,78$) oranla daha yüksektir. Ancak evli tüketicilerin beklenti düzeylerinin de bekâr tüketicilerden yüksek olması, hizmet kalitesini bekârlara oranla daha düşük değerlendirmelerine neden olmuştur.

Sonuç olarak hastane hizmet kalitesinin tüketicilerin medeni durumlarına göre değerlendirmesinde, evli tüketicilerin tüm boyutları olumsuz değerlendirdikleri, bekâr tüketicilerin ise sadece “empati” boyutunu olumlu değerlendirdikleri söylenebilir (Tablo 23).

Tablo 23: Hizmet Kalitesi Boyutlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Analizi

Hizmet Kalitesi Boyutları	Özellik	Beklenti					Algı				Hizmet Kalitesi			
		n	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p
Somutluk	Evli	432	6,41	0,77	-0,945	0,097	6,15	0,93	0,591	0,784	-0,25	0,93	1,400	0,505
	Bekâr	178	6,47	0,71			6,11	0,93			-0,37	0,82		
Güvenilirlik	Evli	432	6,84	0,43	1,698	0,004	6,15	0,99	0,178	0,497	-0,69	0,96	-0,728	0,351
	Bekâr	178	6,76	0,53			6,14	0,92			-0,62	0,88		
Cevap Verebilirlik	Evli	432	5,60	1,54	3,617	0,004	5,44	1,54	3,126	0,010	-0,15	1,70	-0,530	0,743
	Bekâr	178	5,04	1,80			4,97	1,78			-0,08	1,59		
Güvence	Evli	432	6,60	0,67	2,261	0,009	6,05	1,12	0,438	0,122	-0,55	1,11	-1,190	0,111
	Bekâr	178	6,45	0,81			6,01	1,00			-0,44	0,97		
Empati	Evli	432	4,88	1,72	4,650	0,011	4,77	1,64	3,309	0,345	-0,11	1,70	-1,859	0,378
	Bekâr	178	4,11	1,90			4,28	1,71			0,17	1,62		

Tüketicilerin hizmet kalitesi ile ilgili boyutlar hakkındaki değerlendirmelerinin mesleklerine göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan meslekler için farkın hangi mesleklerden kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır (Tablo 24).

Tablo 24'de görüldüğü gibi tüketicilerin beklenti ölçeğinde yer alan boyutlardan "cevap verebilirlik" ve "empati" hakkındaki değerlendirmeleri mesleklerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p < 0,05$). Farkın hangi meslek grubundan kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla yapılan Tukey HSD testi sonucu; "cevap verebilirlik" boyutu için farkın öğrenciler ($4,20 \pm 2,09$) ile ev hanımı ($5,64 \pm 1,54$), işçi ($5,68 \pm 1,42$), esnaf ($5,31 \pm 1,73$) ve emekliler ($6,30 \pm 1,13$) arasında olduğu saptanmıştır. Ayrıca emekliler ($6,30 \pm 1,13$) ile esnaf ($5,31 \pm 1,73$) ve çiftçiler ($4,87 \pm 1,55$) arasında da fark olduğu saptanmıştır. Cevap verebilirlik boyutunda en az beklenti öğrencilerde iken, en yüksek beklenti düzeyi emeklilerde olduğu görülmektedir. "Empati" boyutu için ise farkın öğrenciler ($3,14 \pm 1,88$) ile ev hanımı ($4,53 \pm 1,66$), memur ($4,86 \pm 1,78$), işçi ($5,06 \pm 1,68$), emekli ($5,37 \pm 1,60$) ve eğitimciler ($4,56 \pm 1,78$) arasında olduğu saptanmıştır. Empati boyutunda öğrenci beklentileri diğerlerine göre daha düşüktür.

Tüketicilerin algı ölçeğinde yer alan boyutlardan "güvenilirlik", "cevap verebilirlik" ve "empati" hakkındaki değerlendirmeleri mesleklerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p < 0,05$). Farkın hangi meslek grubundan kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla yapılan Tukey HSD testi sonucu; "güvenilirlik" boyutu için farkın memurlar ($5,80 \pm 1,18$) ile işçi ($6,30 \pm 0,84$) ve esnaflar ($6,30 \pm 0,88$) arasında olduğu saptanmıştır. "Cevap verebilirlik" boyutu için farkın öğrenciler ($3,88 \pm 2,06$) ile ev hanımı ($5,15 \pm 1,61$), memur ($5,27 \pm 1,51$), işçi ($5,59 \pm 1,41$), esnaf ($5,36 \pm 1,76$), emekli ($6,01 \pm 1,27$) ve eğitimciler ($5,37 \pm 1,72$) arasında olduğu saptanmıştır. "Empati" boyutu için farkın ise, işçiler ($4,99 \pm 1,51$) ile esnaf ($4,28 \pm 1,83$) ve öğrenciler ($3,62 \pm 1,55$) arasında olduğu saptanmıştır.

Tüketicilerin hizmet kalitesini oluşturan boyutlardan “güvenilirlik” ve “güvence” boyutları hakkındaki değerlendirmeleri mesleklerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p < 0,05$). Farkın hangi meslek grubundan kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla yapılan Tukey HSD testi sonucu; güvenilirlik boyutu için farkın memurlar ($-1,01 \pm 1,19$) ile işçi ($-0,59 \pm 0,79$) ve esnaflar ($-0,44 \pm 0,88$) arasında olduğu saptanmıştır. Buna göre “güvenilirlik” boyutu hakkında her üç meslek grubu da olumsuz düşünmekle birlikte, en olumsuz düşünceye sahip olanlar memurlardır. “Güvence” boyutu için ise farkın memurlar ($-0,87 \pm 1,16$) ile esnaflar ($-0,33 \pm 1,18$) ve eğitimciler ($-0,37 \pm 0,69$) arasında olduğu saptanmıştır. Memurların esnaf ve eğitimcilere göre hizmet kalitesinin güvence boyutu hakkında daha olumsuz düşünceye sahip oldukları söylenebilir.

Sonuç olarak hastane hizmet kalitesinin mesleklere göre değerlendirmesinde, “cevap verebilirlik” boyutunda memur ve esnaflar; “empati” boyutunda da esnaf, teknik eleman, öğrenci, çiftçi ve eğitimcilerin olumlu düşünceye sahip oldukları, bunun dışındaki diğer tüm hizmet kalitesi boyutları hakkındaki meslek gruplarının düşüncelerinin olumsuz olduğu söylenebilir.

Tablo 24 (Devam): Hizmet Kalitesi Boyutlarının Meslek Değişkenine Göre Analizi

Hizmet Kalitesi Boyutları	Meslek	Beklenti					Algı				Hizmet Kalitesi			
		n	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p
Güvence	Ev hanımı ¹	43	6,41	1,06			5,89	1,42			-0,52	1,44		
	Memur ²	89	6,60	0,61			5,74	1,18			-0,87	1,16		
	İşçi ³	174	6,60	0,65			6,12	1,03			-0,48	1,02		
	Esnaf ⁴	103	6,48	0,76			6,16	1,18			-0,33	1,18		
	Teknik eleman ⁵	34	6,75	0,38	0,909	0,509	6,01	0,88	1,543	0,139	-0,74	0,91	2,209	0,025
	Öğrenci ⁶	30	6,56	0,86			6,08	1,03			-0,48	0,95		
	Emekli ⁷	46	6,63	0,76			6,14	1,01			-0,49	0,84		
	Çiftçi ⁸	31	6,52	0,81			5,85	0,97			-0,67	1,12		
	Eğitimci ⁹	60	6,49	0,67			6,18	0,81			-0,31	0,69		
	Post Hoc										2-4 p=0,014, 2-9 p=0,043			
Empati	Ev hanımı ¹	43	4,53	1,66			4,31	1,66			-0,22	1,43		
	Memur ²	89	4,86	1,78			4,70	1,68			-0,16	2,01		
	İşçi ³	174	5,06	1,68			4,99	1,51			-0,06	1,54		
	Esnaf ⁴	103	4,20	1,92			4,28	1,83			0,09	1,68		
	Teknik eleman ⁵	34	4,44	1,81	6,128	0,000	4,53	1,70	3,587	0,000	0,09	1,61	0,935	0,486
	Öğrenci ⁶	30	3,14	1,88			3,62	1,55			0,48	2,20		
	Emekli ⁷	46	5,37	1,60			4,98	1,75			-0,39	1,34		
	Çiftçi ⁸	31	4,39	1,50			4,44	1,71			0,05	2,31		
	Eğitimci ⁹	60	4,56	1,78			4,71	1,55			0,15	1,28		
	Post Hoc						6-1 p=0,025; 6-2 p=0,000; 6-3 p=0,000; 6-7 p=0,000; 6-9 p=0,010				3-4 p=0,017; 3-6 p=0,001			

Tüketicilerin hizmet kalitesi ile ilgili boyutlar hakkındaki değerlendirmelerinin yaş gruplarına göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan meslekler için farkın hangi mesleklerden kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır (Tablo 25).

Tablo 25’de görüldüğü gibi tüketicilerin beklenti ölçeğinde yer alan boyutlardan “cevap verebilirlik”, “güvence” ve “empati” hakkındaki değerlendirmeleri yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi meslek grubundan kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla yapılan Tukey HSD testi sonucu; “cevap verebilirlik” boyutu için farkın; ≤ 25 yaş grubu ($4,77\pm 1,82$) tüketiciler ile 26-35 ($5,32\pm 1,67$), 36-45 ($5,65\pm 1,48$) ve ≥ 46 yaş grubu ($5,90\pm 1,46$) tüketiciler arasında olduğu saptanmıştır. “Güvence” boyutu için farkın ≤ 25 yaş grubu ($6,36\pm 0,95$) tüketiciler ile 36-45 yaş grubu ($6,66\pm 0,63$) ve ≥ 46 yaş grubu ($6,65\pm 0,63$) tüketiciler arasında olduğu saptanmıştır. “Empati” boyutu için ise ≤ 25 yaş grubu ($3,85\pm 1,82$) tüketiciler ile 26-35 yaş grubu ($4,66\pm 1,84$) ve ≥ 46 yaş grubu ($5,23\pm 1,60$) tüketiciler arasında olduğu saptanmıştır.

Tüketicilerin algı ölçeğinde yer alan boyutlardan “cevap verebilirlik” ve “empati” hakkındaki değerlendirmeleri yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi meslek grubundan kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla yapılan Tukey HSD testi sonucu; “cevap verebilirlik” boyutu için farkın ≤ 25 yaş grubu ($4,76\pm 1,91$) tüketiciler ile ≥ 46 yaş grubu ($5,78\pm 1,38$) tüketiciler arasında olduğu saptanmıştır. “Empati” boyutu için farkın ise, ≤ 25 yaş grubu ($4,02\pm 1,61$) tüketiciler ile 26-35 yaş grubu ($4,67\pm 1,65$), 36-45 yaş grubu ($4,66\pm 1,70$) ve ≥ 46 yaş grubu ($5,01\pm 1,61$) tüketiciler arasında olduğu saptanmıştır.

Tüketicilerin hizmet kalitesini oluşturan boyutlardan “somutluk” boyutu hakkındaki değerlendirmeleri yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Yapılan analiz sonucu farkın 26-35 yaş grubu ($-0,38\pm 0,92$) tüketiciler ile ≥ 46 yaş grubu ($-0,10\pm 0,77$) tüketiciler arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 25: Hizmet Kalitesi Boyutlarının Yaş Değişkenine Göre Analizi

Hizmet Kalitesi Boyutları	Yaş	Beklenti					Algı				Hizmet Kalitesi			
		n	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p
Somutluk	≤25 ¹	95	6,54	0,81			6,13	0,98			-0,40	0,80		
	26-35 ²	226	6,44	0,70	1,358	0,255	6,07	0,94	0,949	0,416	-0,38	0,92	3,241	0,022
	36-45 ³	178	6,40	0,76			6,17	0,92			-0,22	0,99		
	≥46 ⁴	111	6,34	0,77			6,24	0,89			-0,10	0,77		
	Post Hoc	2-4 (p=0,036)												
Güvenilirlik	≤25 ¹	95	6,77	0,57			6,05	1,07			-0,72	1,03		
	26-35 ²	226	6,83	0,43	0,611	0,608	6,16	0,90	1,688	0,168	-0,67	0,84	1,985	0,115
	36-45 ³	178	6,84	0,44			6,09	1,02			-0,75	1,04		
	≥46 ⁴	111	6,80	0,46			6,32	0,91			-0,48	0,85		
	Post Hoc													
Cevap Verebilirlik	≤25 ¹	95	4,77	1,82			4,76	1,91			-0,01	1,81		
	26-35 ²	226	5,32	1,67	9,941	0,000	5,31	1,58	6,901	0,000	-0,02	1,64	1,571	0,195
	36-45 ³	178	5,65	1,48			5,30	1,60			-0,35	1,68		
	≥46 ⁴	111	5,90	1,46			5,78	1,38			-0,11	1,55		
	Post Hoc	1-2 p=0,025; 1-3 p=0,000; 1-4 p=0,000												
Güvence	≤25 ¹	95	6,36	0,95			5,91	1,13			-0,45	1,16		
	26-35 ²	226	6,52	0,69	4,491	0,004	6,08	1,05	1,088	0,353	-0,44	1,02	1,849	0,137
	36-45 ³	178	6,66	0,63			5,98	1,14			-0,67	1,12		
	≥46 ⁴	111	6,65	0,63			6,15	1,02			-0,50	0,99		
	Post Hoc	1-3 p=0,005; 1-4 p=0,017												
Empati	≤25 ¹	95	3,85	1,82			4,02	1,61			0,18	1,88		0,382
	26-35 ²	226	4,66	1,84	10,571	0,000	4,67	1,65	6,277	0,000	0,02	1,76	1,023	
	36-45 ³	178	4,74	1,74			4,66	1,70			-0,07	1,65		
	≥46 ⁴	111	5,23	1,60			5,01	1,61			-0,22	1,36		
	Post Hoc	1-2 p=0,001; 1-4 p=0,029												
							1,2 p=0,008; 1-3 p=0,013; 1-4 p=0,000							

Tüketicilerin hizmet kalitesi ile ilgili boyutlar hakkındaki değerlendirmelerinin aylık gelir düzeylerine göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan gruplar için farkın hangi aylık gelir düzeyine sahip gruptan kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır (Tablo 26).

Tablo 26’da görüldüğü gibi tüketicilerin beklenti ölçeğinde yer alan boyutlardan “somutluk” ve “güvence” hakkındaki değerlendirmeleri aylık gelir düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi aylık gelir düzeyine sahip gruplardan kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla yapılan Tukey HSD testi sonucu; “somutluk” boyutu için farkın 2251-3000 TL gelir düzeyine sahip ($6,15\pm0,95$) tüketiciler ile ≥ 3001 TL gelir düzeyine sahip ($6,60\pm0,62$) tüketiciler arasında olduğu saptanmıştır. “Güvence” boyutu için farkın ise ≤ 750 TL gelir düzeyine sahip ($6,66\pm0,78$) tüketiciler ile 1501-2250 TL ($6,45\pm0,74$) ve 2251-3000 TL gelir düzeyine sahip ($6,38\pm0,81$) tüketiciler arasında olduğu saptanmıştır. Ayrıca 751-1500 TL ($6,62\pm0,68$) aylık gelire sahip olan tüketiciler ile 1501-2500 TL ($6,45\pm0,74$) gelir elde eden tüketiciler arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Tüketicilerin algı ölçeğinde yer alan boyutlardan “cevap verebilirlik” ve “empati” hakkındaki değerlendirmeleri aylık gelir düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi aylık gelir düzeyine sahip gruplardan kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla yapılan Tukey HSD testi sonucu; “cevap verebilirlik” boyutu için farkın ≥ 3001 TL gelir düzeyine sahip ($6,08\pm1,17$) tüketiciler ile ≤ 750 TL ($4,84\pm1,73$), 751-1500 TL ($5,29\pm1,77$) ve 1501-2250 TL ($5,34\pm1,46$) gelir düzeyine sahip tüketiciler arasında olduğu saptanmıştır. “Empati” boyutu için farkın ise, ≤ 750 TL gelir düzeyine sahip ($4,15\pm1,67$) tüketiciler ile 1501-2250 TL ($4,79\pm1,59$) gelir düzeyine sahip tüketiciler arasında olduğu saptanmıştır.

Tüketicilerin hizmet kalitesini oluşturan boyutlardan “somutluk” hakkındaki değerlendirmeleri aylık gelir düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi aylık gelir düzeyine sahip

gruplardan kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla yapılan Tukey HSD testi sonucu; farkın 2251-3000 TL gelir düzeyine sahip ($0,10 \pm 0,88$) tüketiciler ile ≤ 750 TL gelir düzeyine ($-0,39 \pm 0,95$) ve 1501-2250 TL ($-0,34 \pm 0,90$) gelir düzeyine sahip tüketiciler arasında olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak hizmet kalitesi boyutlarından “güvenilirlik” ve “güvence” boyutları tüm gelir grupları açısından olumsuz olarak değerlendirilmiştir. Ancak “cevap verebilirlik” ve “empati” boyutlarında olumlu olmak üzere, tüm boyutlarda gelir düzeyi yüksek olan tüketiciler düşük olanlara göre hizmet kalitesini daha olumlu buldukları söylenebilir.

Tablo 26: Hizmet Kalitesi Boyutlarının Aylık Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Analizi

Hizmet Kalitesi Boyutları	Aylık Gelir Düzeyi	Beklenti					Algı				Hizmet Kalitesi			
		n	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p
Somutluk	≤750 ¹	100	6,34	0,84			5,94	1,11			-0,39	0,95		
	751-1500 ²	240	6,47	0,72			6,21	0,89			-0,26	0,87		
	1501-2250 ³	183	6,44	0,71	2,707	0,030	6,10	0,94	1,923	0,105	-0,34	0,90	2,439	0,046
	2251-3000 ⁴	40	6,14	0,95			6,24	0,86			0,10	0,88		
	≥3001 ⁵	47	6,60	0,62			6,29	0,73			-0,31	0,88		
	Post Hoc													
		<i>4-5 p=0,032</i>									<i>1-4 p=0,028; 3-4 p=0,041</i>			
Güvenilirlik	≤750 ¹	100	6,83	0,45			6,04	1,08			-0,79	1,10		
	751-1500 ²	240	6,85	0,41			6,17	1,00			-0,68	1,01		
	1501-2250 ³	183	6,75	0,56	1,775	0,132	6,08	0,92	2,136	0,075	-0,67	0,82	1,596	0,174
	2251-3000 ⁴	40	6,79	0,50			6,26	0,95			-0,53	0,81		
	≥3001 ⁵	47	6,89	0,23			6,48	0,61			-0,41	0,63		
Cevap Verebilirlik	≤750 ¹	100	5,19	1,67			4,84	1,73			-0,34	1,91		
	751-1500 ²	240	5,51	1,70			5,29	1,77			-0,22	1,75		
	1501-2250 ³	183	5,42	1,61	2,044	0,087	5,34	1,46	4,925	0,001	-0,08	1,59	1,786	0,130
	2251-3000 ⁴	40	5,15	1,58			5,49	1,41			0,34	1,21		
	≥3001 ⁵	47	5,92	1,34			6,08	1,17			0,16	1,17		
Post Hoc														
							<i>1-5 p=0,000; 2-5 p=0,019; 3-5 p=0,042</i>							
Güvence	≤750 ¹	100	6,66	0,78			5,91	1,29			-0,74	1,37		
	751-1500 ²	240	6,62	0,68			6,12	1,10			-0,50	1,11		
	1501-2250 ³	183	6,45	0,74	2,673	0,031	5,91	0,99	2,333	0,055	-0,54	0,85	2,231	0,064
	2251-3000 ⁴	40	6,38	0,81			6,07	0,94			-0,32	0,89		
	≥3001 ⁵	47	6,61	0,54			6,35	0,92			-0,26	0,96		
Post Hoc														
		<i>1-3 p=0,020; 1-4 p=0,041; 2-3 p=0,014</i>												
Empati	≤750 ¹	100	4,43	1,64			4,15	1,67			-0,28	2,13		0,216
	751-1500 ²	240	4,77	1,83			4,67	1,72			-0,10	1,64		
	1501-2250 ³	183	4,68	1,86	1,479	0,207	4,79	1,59	2,954	0,020	0,11	1,56	1,449	
	2251-3000 ⁴	40	4,20	1,71			4,53	1,58			0,33	1,52		
	≥3001 ⁵	47	4,89	1,89			4,93	1,69			0,04	1,27		
Post Hoc														
							<i>1-3 p=0,017</i>							

Tüketicilerin hizmet kalitesi ile ilgili boyutlar hakkındaki değerlendirmelerinin eğitim düzeylerine göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan gruplar için farkın hangi eğitim düzeyine sahip gruptan kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır (Tablo 27).

Tablo 27’de görüldüğü gibi tüketicilerin beklenti ve algı ölçeği ile hizmet kalitesi boyutları hakkındaki değerlendirmeleri eğitim düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Tüketicilerin hastanelerden beklentileri genel olarak ortalamanın (Ort=4,00) üzerinde olmakla birlikte, en yüksek beklenti boyutu tüm eğitim düzeyine sahip tüketiciler tarafından “güvenilirlik” boyutu olarak ifade edilmiştir. Benzer durum algılama düzeyleri için de geçerlidir.

Sonuç olarak hizmet kalitesi boyutlarından “somutluk”, “güvenilirlik”, “cevap verebilirlik” ve “ güvence” boyutları tüm eğitim düzeyine sahip tüketiciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmektedir. Sadece “empati” boyutunda lise, ön lisans ve lisans düzeyinde eğitim alan tüketicilerin olumlu düşünceye sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 27: Hizmet Kalitesi Boyutlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Analizi

Hizmet Kalitesi Boyutları	Eğitim Düzeyi	Beklenti					Algı				Hizmet Kalitesi			
		n	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p
Somutluk	İlköğretim ¹	120	6,34	0,79			6,14	1,02			-0,20	0,81		
	Lise ²	221	6,43	0,75			6,17	0,97			-0,26	1,00		
	Ön lisans ³	113	6,44	0,71	0,681	0,605	6,10	0,88	0,141	0,967	-0,33	0,81	0,776	0,541
	Lisans ⁴	131	6,49	0,74			6,11	0,81			-0,38	0,82		
	Lis. üstü ⁵	25	6,44	0,81			6,18	1,07			-0,26	1,16		
Güvenilirlik	İlköğretim ¹	120	6,81	0,47			6,13	1,04			-0,68	0,97		
	Lise ²	221	6,82	0,49			6,23	0,93			-0,59	0,93		
	Ön lisans ³	113	6,87	0,33	0,724	0,576	6,11	1,02	0,771	0,544	-0,76	0,99	0,728	0,573
	Lisans ⁴	131	6,77	0,49			6,06	0,91			-0,71	0,88		
	Lis. üstü ⁵	25	6,81	0,60			6,22	0,97			-0,58	0,89		
Cevap Verebilirlik	İlköğretim ¹	120	5,55	1,60			5,30	1,71			-0,24	1,71		
	Lise ²	221	5,41	1,63			5,39	1,51			-0,03	1,71		
	Ön lisans ³	113	5,17	1,79	1,307	0,266	4,99	1,87	1,363	0,245	-0,17	1,85	0,422	0,793
	Lisans ⁴	131	5,61	1,53			5,43	1,49			-0,19	1,38		
	Lis. üstü ⁵	25	5,39	1,75			5,33	1,78			-0,05	1,69		
Güvence	İlköğretim ¹	120	5,44	1,64			6,03	1,28			-0,13	1,67		
	Lise ²	221	6,62	0,76			6,06	1,10			-0,59	1,25		
	Ön lisans ³	113	6,56	0,74	0,674	0,610	6,07	1,05	0,167	0,955	-0,50	1,14	0,199	0,939
	Lisans ⁴	131	6,60	0,66			6,02	0,91			-0,53	1,06		
	Lis. üstü ⁵	25	6,50	0,67			5,89	1,06			-0,48	0,73		
Empati	İlköğretim ¹	120	4,68	1,70			4,48	1,84			-0,20	1,72		0,723
	Lise ²	221	4,66	1,81			4,68	1,66			0,02	1,71		
	Ön lisans ³	113	4,55	1,86	0,158	0,959	4,55	1,66	0,707	0,587	0,01	1,82	0,518	
	Lisans ⁴	131	4,73	1,87			4,79	1,57			0,07	1,50		
	Lis. üstü ⁵	25	4,65	1,90			4,48	1,64			-0,17	1,43		
	Post Hoc													

Tüketicilerin hizmet kalitesi ile ilgili boyutlar hakkındaki değerlendirmelerinin birlikte yaşanan kişi sayısına göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan gruplar için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır (Tablo 28).

Tablo 28’de görüldüğü gibi tüketicilerin beklenti ölçeğinde yer alan boyutlardan “cevap verebilirlik”, “güvence” ve “empati” hakkındaki değerlendirmeleri birlikte yaşadıkları kişi sayısına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi meslek grubundan kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla yapılan Tukey HSD testi sonucu; “cevap verebilirlik” boyutu için farkın 4-6 kişilik ($5,62\pm 1,53$) ailelerde yaşayan tüketiciler ile 1-3 kişi ($5,31\pm 1,73$) ve ≥ 7 kişi birlikte yaşayan ($4,86\pm 1,42$) tüketiciler arasında olduğu saptanmıştır. “Güvence” boyutu için farkın, ≥ 7 kişi birlikte yaşayan ($6,14\pm 1,04$) tüketiciler ile 1-3 kişi ($6,59\pm 0,70$) ve 4-6 kişilik ($6,59\pm 0,69$) ailelerde yaşayan tüketiciler arasında olduğu saptanmıştır. “Empati” boyutu için de farkın, 4-6 kişilik ($4,83\pm 1,76$) ailelerde yaşayan tüketiciler ile ≥ 7 kişi birlikte yaşayan ($3,89\pm 1,49$) tüketiciler arasında olduğu saptanmıştır.

Tüketicilerin algı ölçeğinde yer alan boyutlardan “empati” hakkındaki değerlendirmeleri birlikte yaşadıkları kişi sayısına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi meslek grubundan kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla yapılan Tukey HSD testi sonucu; farkın ile ≥ 7 kişi birlikte yaşayan ($3,61\pm 1,67$) tüketiciler ile 1-3 ($4,63\pm 1,67$) ve 4-6 kişilik ($4,75\pm 1,63$) ailelerde yaşayan tüketiciler arasında olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak hizmet kalitesi boyutlarından “cevap verebilirlik” boyutunda 7 ve daha fazla kişi ile yaşayanlar ve “empati” boyutunda yalnız ve 1-3 kişi yaşayanlar olumlu düşüncelere sahipken, diğer bütün boyut ve gruplarda hizmet kalite algılarının beklentilere cevap vermediği söylenebilir.

Tablo 28: Hizmet Kalitesi Boyutlarının Birlikte Yaşanan Kişi Sayısı Değişkenine Göre Analizi

Hizmet Kalitesi Boyutları	Kişi Sayısı	Beklenti					Algı				Hizmet Kalitesi			
		n	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p
Somutluk	Yalnız ¹	36	6,47	0,62			6,10	0,97			-0,38	0,84		
	1-3 kişi ²	218	6,38	0,80	0,505	0,679	6,08	0,99	0,746	0,525	-0,29	0,98	0,385	0,764
	4-6 kişi ³	325	6,45	0,74			6,19	0,89			-0,26	0,86		
	≥7 kişi ⁴	31	6,44	0,64			6,04	0,91			-0,40	0,80		
	Post Hoc													
Güvenilirlik	Yalnız ¹	36	6,81	0,39			5,92	1,25			-0,89	1,28		
	1-3 kişi ²	218	6,81	0,50	1,513	0,210	6,16	0,98	1,759	0,154	-0,64	0,93	0,962	0,410
	4-6 kişi ³	325	6,84	0,43			6,19	0,90			-0,65	0,86		
	≥7 kişi ⁴	31	6,66	0,60			5,88	1,15			-0,78	1,22		
	Post Hoc													
Cevap Verebilirlik	Yalnız ¹	36	5,04	2,00			4,85	2,04			-0,19	1,45		
	1-3 kişi ²	218	5,31	1,73	3,841	0,010	5,21	1,64	2,197	0,087	-0,10	1,77	0,536	0,658
	4-6 kişi ³	325	5,62	1,53			5,44	1,60			-0,18	1,61		
	≥7 kişi ⁴	31	4,86	1,42			5,06	1,23			0,20	1,77		
	Post Hoc		1-3 p=0,042; 2-3 p=0,029; 4-5 p=0,013											
Güvence	Yalnız ¹	36	6,49	0,61			6,09	0,98			-0,40	1,08		
	1-3 kişi ²	218	6,59	0,70	3,990	0,008	6,00	1,15	2,370	0,070	-0,59	1,12	0,588	0,623
	4-6 kişi ³	325	6,59	0,69			6,10	1,03			-0,48	0,99		
	≥7 kişi ⁴	31	6,14	1,04			5,58	1,19			-0,56	1,42		
	Post Hoc		2-5 p=0,006; 4-5 p=0,005											
Empati	Yalnız ¹	36	4,40	2,09			4,50	1,80			0,10	1,89		
	1-3 kişi ²	218	4,56	1,83	3,330	0,019	4,63	1,67	4,490	0,004	0,07	1,78	0,658	0,578
	4-6 kişi ³	325	4,83	1,76			4,75	1,63			-0,08	1,58		
	≥7 kişi ⁴	31	3,89	1,49			3,61	1,67			-0,28	1,75		
	Post Hoc		3-4 p=0,030				2-4 p=0,008; 3-4 p=0,002							

3.5.2.3. Hastanelerin Mülkiyet Biçimine Göre Marka Değeri Boyutlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde tüketicilerin hastane marka değeri boyutlarına ilişkin değerlendirmeleri hastanelerin mülkiyet biçimleri esas alınarak incelenmiştir. Tüketicilerin marka değeri boyutları hakkındaki değerlendirmelerinin hastane mülkiyetlerine göre fark gösterip göstermediği bağımsız örneklerde t testi kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonucunda marka değerini oluşturan boyutlardan sadece marka çağrışımında tüketicilerin tercih ettiği hastane mülkiyetine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre özel hastaneler ($5,95 \pm 0,93$) kamu hastanelerine ($5,78 \pm 1,08$) oranla marka çağrışımı konusunda daha yüksek ortalamaya sahiptir (Tablo 29).

Tablo 29: Tüketicilerin Marka Değeri Boyutları İle İlgili Değerlendirmelerinin Hastane Mülkiyetine Göre Dağılımı

Marka Değeri Boyutları	Hastane Mülkiyeti	n	Ort.	S.S.	t	p
Marka Çağrışımı	Kamu	321	5,78	1,08	-2,092	0,006
	Özel	289	5,95	0,93		
Marka Farkındalığı	Kamu	321	3,34	1,77	-4,915	0,236
	Özel	289	4,06	1,87		
Marka Bağlılığı	Kamu	321	5,36	1,27	1,233	0,832
	Özel	289	5,23	1,22		
Algılanan Kalite	Kamu	321	-0,40	0,87	-2,165	0,555
	Özel	289	-0,25	0,80		

Tablo 30'da görüldüğü üzere, tüketicilerin hizmet kalitesi hakkındaki beklenti ve algılarının tercih ettikleri hastanelerin mülkiyetine göre değerlendirmesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Hizmet kalitesini oluşturan boyutlardan "somutluk" ve "güvenilirlik" boyutlarında özel hastanelerden beklenti yüksek iken; "cevap verebilirlik", "güvence" ve "empati" boyutlarında kamu hastanelerinden beklenti daha

yüksektir. Buna karşılık tüketici algılarında ise sadece “empati” boyutunda kamu hastanelerinin algılanma oranı özel hastanelere göre daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 30: Tüketicilerin Hizmet Kalitesi Hakkındaki Beklenti ve Algılarının Hastane Mülkiyetine Göre Analizi

Kalite Boyutları	n	Beklenti				Algı				
		Ort.	S.S	t	p	Ort.	S.S	t	p	
Somutluk	Kamu	321	6,39	0,74	-1,319	0,416	6,11	0,95	-0,933	0,104
	Özel	289	6,47	0,76			6,18	0,92		
Güvenilirlik	Kamu	321	6,80	0,46	-0,799	0,257	6,05	0,99	-2,733	0,600
	Özel	289	6,83	0,46			6,26	0,93		
Cevap verebilirlik	Kamu	321	5,48	1,65	0,709	0,935	5,22	1,61	-1,387	0,919
	Özel	289	5,39	1,63			5,40	1,66		
Güvence	Kamu	321	6,58	0,68	0,683	0,174	6,00	1,06	-0,994	0,153
	Özel	289	6,54	0,75			6,09	1,11		
Empati	Kamu	321	4,80	1,83	2,099	0,450	4,70	1,65	1,102	0,591
	Özel	289	4,50	1,78			4,55	1,70		

Tablo 31’de görüldüğü üzere tüketicilerin tercih ettikleri hastanelerin hizmet kalitelerini oluşturan boyutların mülkiyet biçimine değerlendirmesinde sadece “güvenilirlik” boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre güvenilirlik konusunda kamu hastaneleri ($-0,75 \pm 1,01$) özel hastanelere ($-0,57 \pm 0,83$) oranla tüketiciler tarafından daha olumsuz değerlendirilmektedir. Dikkat çekici bir husus hizmet kalitesi boyutlarından sadece “somutluk” boyutunda kamu hastaneleri özel hastanelerden az da olsa iyi durumda değerlendirilmiştir. Diğer tüm boyutlarda özellikle “cevap verebilirlik” ve “empati” boyutlarında özel hastaneler kamu hastanelerine göre tüketiciler tarafından daha olumlu değerlendirildiği söylenebilir (Tablo 31).

Sonuç olarak mülkiyet biçimine göre hastanelerin SERVQUAL puanlarını incelediğimizde; kamu hastaneleri (SERVQUAL puan= $-0,394$)

özel sektör hastanelerine (SERVQUAL puan= -0,246) göre tüketiciler tarafından daha olumsuz değerlendirilmektedir.

Tablo 31: Tüketicilerin Hizmet Kalitesi Hakkındaki Değerlendirmelerinin Hastane Mülkiyetine Göre Analizi

Algılanan Hizmet Kalitesi	Hastane Mülkiyeti	n	Ort.	S.S.	t	p
Somutluk	Kamu	321	-0,28	0,94	,130	0,218
	Özel	289	-0,29	0,86		
Güvenilirlik	Kamu	321	-0,75	1,01	-2,446	0,012
	Özel	289	-0,57	0,83		
Cevap verebilirlik	Kamu	321	-0,26	1,72	-2,061	0,100
	Özel	289	0,02	1,59		
Güvence	Kamu	321	-0,58	1,10	-1,469	0,114
	Özel	289	-0,45	1,03		
Empati	Kamu	321	-0,10	1,76	-1,154	0,324
	Özel	289	0,06	1,58		
SERVQUAL Puan	Kamu		-0,394			
	Özel		-0,246			

3.5.2.4. Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşma İle İlgili Tutumlarına İlişkin Bulgular

Tüketicilerin sağlık hizmetlerinde markalaşmaya ilişkin tutumları ile ilgili iki ifadenin yer aldığı Tablo 32’de görüldüğü gibi, tüketicilerin %73,4’ü sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmanın kendileri için önemli olduğu hakkında ortalamanın üzerinde katılım göstermişlerdir. Buna karşılık %16,9’u ise önemli olmadığı düşüncesini ifade edebilecek ortalamanın altında görüş bildirmişlerdir. Ayrıca çalışmaya katılan tüketicilerin büyük

çoğunluğu (%86,9) hizmet alınan hastanenin bölgede tanınmış bir hastane olmasının kendileri için önemli olduğu görüşündedirler.

Tablo 32: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumları

Sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmak benim için önemlidir.	n	%
Kesinlikle katılmıyorum	38	6,2
Katılmıyorum	29	4,8
Kısmen katılmıyorum	36	5,9
Ne katılıyor ne katılmıyorum	59	9,7
Kısmen katılıyorum	122	20,0
Katılıyorum	110	18,0
Kesinlikle katılıyorum	216	35,4
Toplam	610	100,0
Hizmet aldığım hastanenin bölgesinde tanınmış bir hastane olması benim için önemlidir.	n	%
Kesinlikle katılmıyorum	23	3,8
Katılmıyorum	5	,8
Kısmen katılmıyorum	13	2,1
Ne katılıyor ne katılmıyorum	39	6,4
Kısmen katılıyorum	50	8,2
Katılıyorum	75	12,3
Kesinlikle katılıyorum	405	66,4
Toplam	610	100,0

Tüketicilerin sağlık hizmetlerinde markalaşmaya ilişkin tutumları hakkındaki değerlendirmelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre fark gösterip göstermediği iki ortalama arasındaki farkın önem testi (t testi) ve ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan özellikler için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır.

Tüketicilerin cinsiyetlerine göre sağlık hizmetlerinde markalaşmaya ilişkin tutumları hakkındaki düşüncelerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 33: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

		n	Ort.	S.S.	t	p
Sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmak benim için önemlidir.	Kadın	252	5,26	1,81	-0,275	0,566
	Erkek	358	5,30	1,82		
Hizmet aldığım hastanenin bölgesinde tanınmış bir hastane olması benim için önemlidir.	Kadın	252	6,25	1,40	1,068	0,223
	Erkek	358	6,11	1,56		

Tüketicilerin medeni durumlarına göre sağlık hizmetlerinde markalaşmaya ilişkin tutumları hakkındaki düşüncelerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 34: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

		n	Ort.	S.S.	t	p
Sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmak benim için önemlidir.	Evli	432	5,28	1,82	0,009	0,821
	Bekâr	178	5,28	1,79		
Hizmet aldığım hastanenin bölgesinde tanınmış bir hastane olması benim için önemlidir.	Evli	432	6,22	1,45	1,372	0,062
	Bekâr	178	6,04	1,60		

Tüketicilerin tercih ettikleri hastanelere (özel/kamu) göre sağlık hizmetlerinde markalaşmaya ilişkin tutumları hakkındaki düşüncelerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Hem kamu hastanesini hem de özel hastaneyi tercih eden tüketiciler, hizmet aldıkları hastanenin bölgesinde tanınmış bir hastane olmasının kendileri için önemli olduğunu belirtmiştir. Ayrıca özel hastaneyi tercih edenler kamu

hastanesini tercih edenlere göre, sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmanın kendileri için daha önemli olduğu görüşündedirler (Tablo 35).

Tablo 35: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumlarının Hastane Tercihlerine Göre Dağılımı

		n	Ort.	S.S.	t	p
Sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmak benim için önemlidir.	Kamu	321	5,15	1,87	-1,862	0,069
	Özel	289	5,43	1,73		
Hizmet aldığım hastanenin bölgesinde tanınmış bir hastane olması benim için önemlidir.	Kamu	321	6,16	1,55	-0,173	0,555
	Özel	289	6,18	1,44		

Tüketicilerin sağlık hizmetlerinde markalaşmaya ilişkin tutumları hakkındaki değerlendirmelerinin mesleklerine göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda tüketicilerin mesleklerine göre “sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmak benim için önemlidir” ifadesinin istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$). Farkın hangi meslek grupları arasında olduğunu ortaya koymak için Tukey HSD testi sonucunda; farkın işçiler ($5,49 \pm 1,65$) ile esnaflar ($4,98 \pm 1,96$), emekliler ($4,70 \pm 1,85$) ve çiftçiler ($4,68 \pm 2,24$) arasında olduğu saptanmıştır. Buna göre sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmanın işçiler için esnaf, emekli ve çiftçilere göre daha önemli olduğu görülmektedir (Tablo 36).

Tablo 36: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumlarının Mesleklere Göre Dağılımı

		n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc.
Sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmak benim için önemlidir.	Ev hanımı ¹	43	5,09	1,97	2,626	0,008	3-4 p=0,023 3-7 p=0,008 3-8 p=0,021
	Memur ²	89	5,26	1,83			
	İşçi ³	174	5,49	1,65			
	Esnaf ⁴	103	4,98	1,96			
	Teknik eleman ⁵	34	5,62	1,88			
	Öğrenci ⁶	30	5,60	1,67			
	Emekli ⁷	46	4,70	1,85			
	Çiftçi ⁸	31	4,68	2,24			
	Eğitimci ⁹	60	5,78	1,33			
Toplam	610	5,28	1,81				
Hizmet aldığım hastanenin bölgesinde tanınmış bir hastane olması benim için önemlidir.	Ev hanımı ¹	43	5,91	2,07	1,634	0,112	
	Memur ²	89	5,91	1,48			
	İşçi ³	174	6,41	1,19			
	Esnaf ⁴	103	6,06	1,54			
	Teknik eleman ⁵	34	6,00	1,81			
	Öğrenci ⁶	30	5,80	1,94			
	Emekli ⁷	46	6,24	1,54			
	Çiftçi ⁸	31	6,29	1,68			
	Eğitimci ⁹	60	6,40	1,08			
Toplam	610	6,17	1,50				

Not: Sosyo-Demografik özellikler üzerindeki rakamlar Post Hoc. karşılaştırmasında kullanılmıştır.

Tüketicilerin sağlık hizmetlerinde markalaşmaya ilişkin tutumları hakkındaki değerlendirmelerinin yaşlarına göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda yaş değişkeni ile sağlık hizmetlerinde markalaşmaya ilişkin tutumlarını belirten ifadeler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 37: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumlarının Yaşlarına Göre Dağılımı

		n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc.
Sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmak benim için önemlidir.	≤25 ¹	95	5,16	1,81	0,597	0,617	
	26-35 ²	226	5,39	1,74			
	36-45 ³	178	5,28	1,88			
	≥46 ⁴	111	5,16	1,85			
	Toplam	610	5,28	1,81			
Hizmet aldığım hastanenin bölgesinde tanınmış bir hastane olması benim için önemlidir.	≤25 ¹	95	5,89	1,77	1,308	0,271	
	26-35 ²	226	6,23	1,43			
	36-45 ³	178	6,24	1,33			
	≥46 ⁴	111	6,17	1,63			
	Toplam	610	6,17	1,50			

Not: Sosyo-Demografik özellikler üzerindeki rakamlar Post Hoc. karşılaştırmasında kullanılmıştır.

Tüketicilerin sağlık hizmetlerinde markalaşmaya ilişkin tutumları hakkındaki değerlendirmelerinin eğitim düzeylerine göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda tüketicilerin eğitim düzeyine göre “sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmak benim için önemlidir” ifadesinin istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$). Farkın eğitim düzeyleri açısından hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak için Tukey HSD testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda farkın ilköğretim ($4,93 \pm 2,05$) mezunları ile lisans ($5,69 \pm 1,47$) düzeyinde eğitim almış kişiler arasında olduğu saptanmıştır. Buna göre sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmanın önemli olduğu düşüncesi, eğitim düzeyinin artmasına paralel olarak artış gösterdiği söylenebilir (Tablo 38).

Tablo 38: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumlarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

		n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc.
Sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmak benim için önemlidir.	İlköğretim ¹	120	4,93	2,05	3,527	0,007	1-4 p=0,008
	Lise ²	221	5,17	1,84			
	Ön lisans ³	113	5,29	1,78			
	Lisans ⁴	131	5,69	1,47			
	Lisansüstü ⁵	25	5,76	1,74			
	Toplam	610	5,28	1,81			
Hizmet aldığım hastanenin bölgesinde tanınmış bir hastane olması benim için önemlidir.	İlköğretim ¹	120	6,32	1,49	0,856	0,490	
	Lise ²	221	6,07	1,62			
	Ön lisans ³	113	6,12	1,65			
	Lisans ⁴	131	6,19	1,22			
	Lisansüstü ⁵	25	6,48	0,87			
	Toplam	610	6,17	1,50			

Not: Sosyo-Demografik özellikler üzerindeki rakamlar Post Hoc. karşılaştırmasında kullanılmıştır.

Tüketicilerin sağlık hizmetlerinde markalaşmaya ilişkin tutumları hakkındaki değerlendirmelerinin aylık gelir düzeylerine göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda tüketicilerin aylık gelir düzeyine göre “sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmak benim için önemlidir” ifadesinin istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$). Farkın aylık gelir düzeyleri açısından hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak için Tukey HSD testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda farkın ≤ 750 TL ($4,89 \pm 2,02$) aylık geliri olanlar ile 2251-3000 TL ($5,95 \pm 1,38$) ve ≥ 3001 TL ($5,85 \pm 1,61$) aylık geliri olan tüketiciler arasında olduğu saptanmıştır. Buna göre sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmanın kendileri için önemli olduğu düşüncesi, aylık gelir düzeyi yüksek olanlarda düşük olanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir (Tablo 39).

Tablo 39: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumlarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

		n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc.
Sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmak benim için önemlidir.	≤750 ¹	100	4,89	2,02	4,261	0,002	1-4 p=0,014 1-5 p=0,021
	751-1500 ²	240	5,15	1,88			
	1501-2250 ³	183	5,38	1,66			
	2251-3000 ⁴	40	5,95	1,38			
	≥3001 ⁵	47	5,85	1,61			
	Toplam	610	5,28	1,81			
Hizmet aldığım hastanenin bölgesinde tanınmış bir hastane olması benim için önemlidir.	≤750 ¹	100	6,10	1,77	1,439	0,221	
	751-1500 ²	240	6,21	1,52			
	1501-2250 ³	183	6,07	1,44			
	2251-3000 ⁴	40	6,03	1,44			
	≥3001 ⁵	47	6,62	0,85			
	Toplam	610	6,17	1,50			

Not: Sosyo-Demografik özellikler üzerindeki rakamlar Post Hoc. karşılaştırmasında kullanılmıştır.

Tüketicilerin sağlık hizmetlerinde markalaşmaya ilişkin tutumları hakkındaki değerlendirmelerinin birlikte yaşanan kişi sayısına göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda tüketicilerin birlikte yaşadıkları kişi sayısına göre “hizmet aldığım hastanenin bölgesinde tanınmış bir hastane olması benim için önemlidir” ifadesinin istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır (p<0,05). Farkın birlikte yaşanan kişi sayısı açısından hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak için Tukey HSD testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda farkın yalnız (6,39±1,50) yaşayanlar ile 1-3 kişi (6,11±1,55), 4-6 kişi (6,26±1,39) ve 7 ve daha fazla kişi (5,35±1,91) ile birlikte yaşayan tüketiciler arasında olduğu saptanmıştır. Buna göre hizmet alınan hastanenin bölgesinde tanınmış bir hastane olmasının önemli olduğu düşüncesine, kalabalık ailede yaşayan kişiler daha fazla katılım sağlamıştır (Tablo 40).

Tablo 40: Tüketicilerin Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmaya İlişkin Tutumlarının Birlikte Yaşanan Kişi Sayısına Göre Dağılımı

		n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc.
Sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmak benim için önemlidir.	Yalnız ¹	36	5,44	1,84	0,901	0,441	
	1-3 kişi ²	218	5,34	1,75			
	4-6 kişi ³	325	5,27	1,82			
	≥7 kişi ⁴	31	4,81	2,04			
	Toplam	610	5,28	1,81			
Hizmet aldığım hastanenin bölgesinde tanınmış bir hastane olması benim için önemlidir.	Yalnız ¹	36	6,39	1,50	3,849	0,010	4-1 p=0,024 4-2 p=0,040 4-3 p=0,007
	1-3 kişi ²	218	6,11	1,55			
	4-6 kişi ³	325	6,26	1,39			
	≥7 kişi ⁴	31	5,35	1,91			
	Toplam	610	6,17	1,50			

Not: Sosyo-Demografik özellikler üzerindeki rakamlar Post Hoc. karşılaştırmasında kullanılmıştır.

3.5.3. Hastane Marka Değeri Boyutlarına İlişkin Yapısal Model Analizi

Bu bölümde Aaker (1991) tarafından geliştirilen ve marka değeri boyutları olarak ortaya konan marka çağrışımı, marka farkındalığı, marka bağlılığı ve algılanan kalitenin; hastane marka değerine olan etkilerini, özellikle de algılanan kalitenin hastane marka değerine olan etkisi ortaya konmaya çalışılmıştır. Ayrıca model, tüm hastaneleri kapsayan genel analiz dışında, kamu ve özel hastanelerinin karşılaştırılması açısından bu iki grup içinde uygulanmıştır. Analiz yöntemi olarak yapısal eşitlik modeli (YEM) seçilmiş olup, AMOS istatistik programı kullanılmıştır.

Yapısal eşitlik modelleri (YEM) gözlenen ve gözlenemeyen (gizil-latent) değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin sınanmasında kullanılan kapsamlı bir istatistiksel tekniktir. Kuramsal yapıların formüle edilmesiyle ilgili karşılaşılan problemlerin çözümünde de yararlı bir teknik olduğu kanıtlanmıştır. Özellikle psikoloji, sosyoloji, pazarlama ve eğitim bilimlerinde değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde ve kuramsal modellerin

sınanmasında kullanılan sistemli bir araç (Yılmaz, 2004: 79) ve kuvvetli bir analiz tekniğidir.

YEM, ölçme hatalarının açık bir biçimde modellenmesini sağladığından dolayı eşsiz bir özelliğe sahiptir. YEM'in tersine geleneksel regresyon modellerinde, açıklayıcı değişkendeki ölçme hataları etkin bir biçimde önemsenmez. YEM, hataların modele alınmasına ek olarak, verilen bir modelin içerdiği değişkenlerin doğrudan ve dolaylı etkilerinin her ikisinin ele alınmasıyla birlikte, çok değişkenli karmaşık modellerin test edilmesi, tahmini ve geliştirilmesi için olanaklar sunar (Yılmaz ve Çelik, 2009: 7).

YEM'in geleneksel yöntemlere göre çok sayıda üstünlükleri vardır. Bunların başında YEM'in daha dakik ve basit olması gelir (Sümer, 2000: 51). Bilindiği üzere açıklayıcı ve doğrulayıcı olmak üzere iki tür faktör analizi yaklaşımı vardır. YEM analizinin temelinde doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yer almaktadır.

Geleneksel açıklayıcı faktör analizinin tersine DFA faktör ağırlıkları ve bunlara ilişkin parametrelerin yanı sıra faktörlerin ve sınanan modelin genel kalitesine ilişkin bilgiler verir. Ayrıca geleneksel yöntemler karmaşık ilişki örüntüsüne sahip olan ve özellikle çok sayıda aracı (mediator) ve biçimlendirici (moderator) değişken içeren modelleri sınamada yetersiz kalmakta ve bir model çok sayıda istatistiksel aşama ve eşitlikle sınanabilmektedir. YEM ile test edilmek istenen bütün ilişkiler aynı anda test edilebilmektedir. YEM testlerinde "parametlerin her birine ilişkin anlamlılık ve karşılaştırma istatistikleri tek analizden elde edilebilmektedir" (Sümer, 2000: 51). Dolayısıyla YEM'nin en önemli üstünlüğü, görece ölçüm hatalarından arınmış olan gizil (latent) değişkenler arasındaki ilişkileri hesaplama ve yordama kapasitesine sahip olmasıdır.

YEM, Ölçüm Modeli ve Yapısal Model olmak üzere iki temel modelden oluşmaktadır. Ölçüm modeli, gizil değişkenlerin tanımlandığı ve bütün değişkenler arasındaki yönü belirtilmemiş ilişkilerin (korelasyonların) hesaplandığı modeldir. Bu modelde bütün parametreler serbest bırakılmaktadır. Yapısal model ise, gizil değişkenler ve bir gizil değişkenin

göstergesi olan değişkenler arasındaki ilişkilerin yönünün belirlendiği ve bazı parametrelerin sabitlendiği modeldir (Şimşek, 2007: 7-9).

YEM'in uygulamaya dair aşamaları sırasıyla, (1) kuramsal bir modelin geliştirilmesi, (2) geliştirilen kuramsal model için nedensel ilişkilerin gösterildiği path diyagramının çizilmesi, (3) path diyagramını kullanarak yapısal ve ölçüm modelinin ayrıştırılması, (4) önerilen modele ilişkin tahminlerin elde edilmesi, (5) yapısal model ve modelin genel olarak değerlendirilmesi, modelin uygunluğunun değerlendirilmesi ve sonuçların yorumlanmasıdır (Yılmaz ve Çelik, 2009: 8).

YEM ilişkileri göstermede Path Analizi yönteminden faydalanılmaktadır. Path sözcüğünün Türkçe kelime anlamı "Yol (Rota)" dur. Buradan da anlaşılacağı gibi Path analizinin mantığı ilişkilerini belirlemek istediğimiz değişkenler arasındaki ilişki yolunu göstermektir. Bu ilişki tek yönlü (nedensel) olabileceği gibi çift yönlü (korelasyonel) de olabilmektedir (Ersöz vd., 2009: 21). Path analizinin üç bileşeni bulunmaktadır, (1) path diyagramı, (2) modeldeki parametrelere göre kovaryansların ve korelasyonların ayrıştırılması ve (3) bir değişkendeki başka bir değişkenin doğrudan, dolaylı ve toplam etkilerinin ayrıştırılmasıdır.

YEM'de önceden belirtilen modelin elde edilen veriyi ne kadar iyi açıkladığı uyum ölçütleri ile belirlenir. Uyum ölçütleri modelin kabul edilmesi veya reddedilmesi kararının verildiği aşamadır. Eğer modelin tamamı uyum ölçütleri sonucunda reddedilirse model içindeki katsayıların veya parametrelerin bir önemi kalmaz ve bunlar değerlendirilmez. Dolayısıyla katsayıların anlamlılıklarının irdelenebilmesi için öncelikle modelin kabul edilmesi gerekmektedir. Modelde yer alan uyum ölçütlerinden literatürde sıkça kullanılan değerlendirme ölçütleri aşağıda kısaca açıklanmıştır (Sümer, 2000).

KI-Kare Uyum İyiliği (Chi-Square Goodness of Fit): Gözlenen kovaryans matrisinin beklenen kovaryans matrisinden ne derecede uzaklaştığının ölçüsünü verir. Yüksek X^2 değerleri toplanan veriler ile önerilen model arasındaki uyumun kötü olduğunun göstergesidir. Ayrıca Ki-kare/sd değerinin (CMIN/df) ≤ 5 olması da olumlu ve istenen bir sonuçtur. Böylece Ki-

karenin serbestlik derecesine bağımlılığını ortadan kaldırarak daha anlamlı sonuç vermektedir.

Uyum iyiliği İndeksi (GFI-Goodness-of-Fit Index) ve Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI- Adjusted Goodness-of-Fit Index): GFI varsayılan modelce hesaplanan gözlenen değişkenler arasındaki genel kovaryans miktarını gösterir 0 ile 1 değerleri arasında değişmektedir. 0.90 ve üzeri iyi uyum olarak kabul edilir. Örneklem büyüklüğünden etkilenir. Büyük N'lerde daha küçük değerler verir.

Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI- Comprative Fit Index): DELTA 1 olarak da adlandırılan CFI, bağımsızlık modelinin (gizil değişkenler arasında ilişkinin olmadığını öngören model) ürettiği kovaryans matrisi ile önerilen YEM modelinin ürettiği kovaryans matrisini karşılaştırır ve ikisi arasındaki oranı yansıtan "0" ve "1" arasında bir değer verir. Değerler "1" e yaklaştıkça modelin daha iyi bir uyum verdiği kabul edilir. 0.90 ve üzerindeki değerler iyi uyum olarak değerlendirilir.

Artırımlı Uyum İyiliği İndeksi (IFI- Incremental Fit Index): DELTA2 olarak da bilinir. 0,90 ve üzerindeki değerler iyi uyum olarak değerlendirilir.

Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI- Normed Fit Index) ve Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI- Nonnormed Fit Index): Bentler tarafından Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index, NFI) ve Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (Non-normed Fit Index, NNFI) geliştirilmiştir. CFI'a benzer biçimde NFI ve NNFI değerleri "0" ile "1" arasında değişir ve 0,95 ve üzeri mükemmel bir uyuma, 0,90-0,94 arası değerler de kabul edilir uyuma karşılık gelirler.

Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation): GFI ve AGFI dışında, gözlenen değişkenler arasındaki kovaryans ile modelde önerilen parametreler arasındaki kovaryans matrisi arasındaki farkın, diğer bir deyişle hatanın, derecesi temelinde geliştirilmiş olan mutlak uyum indeksleri de kullanılmaktadır. Bunlarında başında ortalama hataların karekökü (Root Mean Square Residuals, RMS Residuals) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) indeksleri gelir. Her iki

değerin de GFI ve AGFI'nin aksine 0'a yakın değerler vermesi (gözlenen ile üretilen matrisler arasında minimum hata olması) istenir. RMSEA değeri 0,05 ile 0,08 arası bir değer alan modelin uyumu yeterlidir.

Tutarlı Uyum İyiliği İndeksi (PGFI- Parsimony Goodness-of-Fit Index) ve Tutarlı Normlaştırılmış Uyum İndeksi (PNFI- Parsimony Normed Fit Index): PGFI, bir anlamda, GFI önerilen ve bağımsızlık modellerinin oranını dikkate alarak yeniden yorumlar ve modelin ne ölçüde yalın bir model olduğu konusunda bir uygunluk değeri verir. Modelin ne kadar yalın/basit bir model olduğunu gösteren indekstir. 0 ile 1 değerleri arasında değer almaktadır. 1'e yaklaştıkça basit bir model olduğunu gösterir.

Akaike Bilgi Kriteri (AIC- Akaike Information Criterion): AIC tahmin edilen parametreler için X^2 'yi ayarlayarak, kıyaslanan modellerin karşılaştırılması için kullanılmaktadır. AIC rakip modeller arasında seçim yapmakta işe yaramaktadır (Yılmaz ve Çelik, 2009: 45).

Uyum ölçülerine ait genelleştirilmiş değer aralıkları Tablo 41'de verilmiştir (Tezcan, 2008: 43).

Tablo 41: Uyum İyiliği İndislerine Ait Kabul Ölçü Aralıkları

Uyum Ölçütleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
RMSEA	$0 < RMSEA < 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,10$
RMR	$0 \leq RMR \leq 0,05$	$0,05 < RMR \leq 0,10$
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1$	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$
NNFI	$0,97 \leq NNFI \leq 1$	$0,95 \leq NNFI \leq 0,97$
CFI	$0,97 \leq CFI \leq 1$	$0,95 \leq CFI \leq 0,97$
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1$	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$

Kaynak: Tezcan, 2008: 43

3.5.3.1. Hastane Marka Değeri Boyutlarına İlişkin Yapısal Modelleme (Genel)

Marka değeri ve boyutlarına ilişkin Şekil 22'de gösterilen kavramsal modelin teorik ilişkilerin test edilmesi ve bir değişkenin diğeri üzerindeki etkisini göstermek amacıyla yapısal denklem modellemesinden yararlanılmıştır. Teorik alt yapı ile oluşturulan bu nedensel ilişkiler, yol (path) diyagramları aracılığıyla yapısal modeli oluşturan bir dizi yapısal denkleme dönüştürülmüştür (Hair vd., 1998: 629-630).

Hastaneler için genel bir modellemeye ulaşabilmek amacıyla, öncelikle kamu ve özel tüm hastanelere ait gözlemler bir arada değerlendirilerek toplam 610 gözlem AMOS istatistik programı ile analiz edilmiştir (Şekil 24).

Modelde yer alan boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde, en yüksek ilişki marka çağrışımı ile marka bağlılığı arasındadır ($\rho=0,716$). İkinci ve üçüncü en yüksek ilişki sırasıyla algılanan kalite ile marka çağrışımı ($\rho=0,678$) ve algılanan kalite ile marka bağlılığı ($\rho=0,524$) arasındadır. Ayrıca marka bağlılığı ile marka farkındalığı ($\rho=0,125$) ve marka çağrışımı ile marka farkındalığı ($\rho=0,124$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

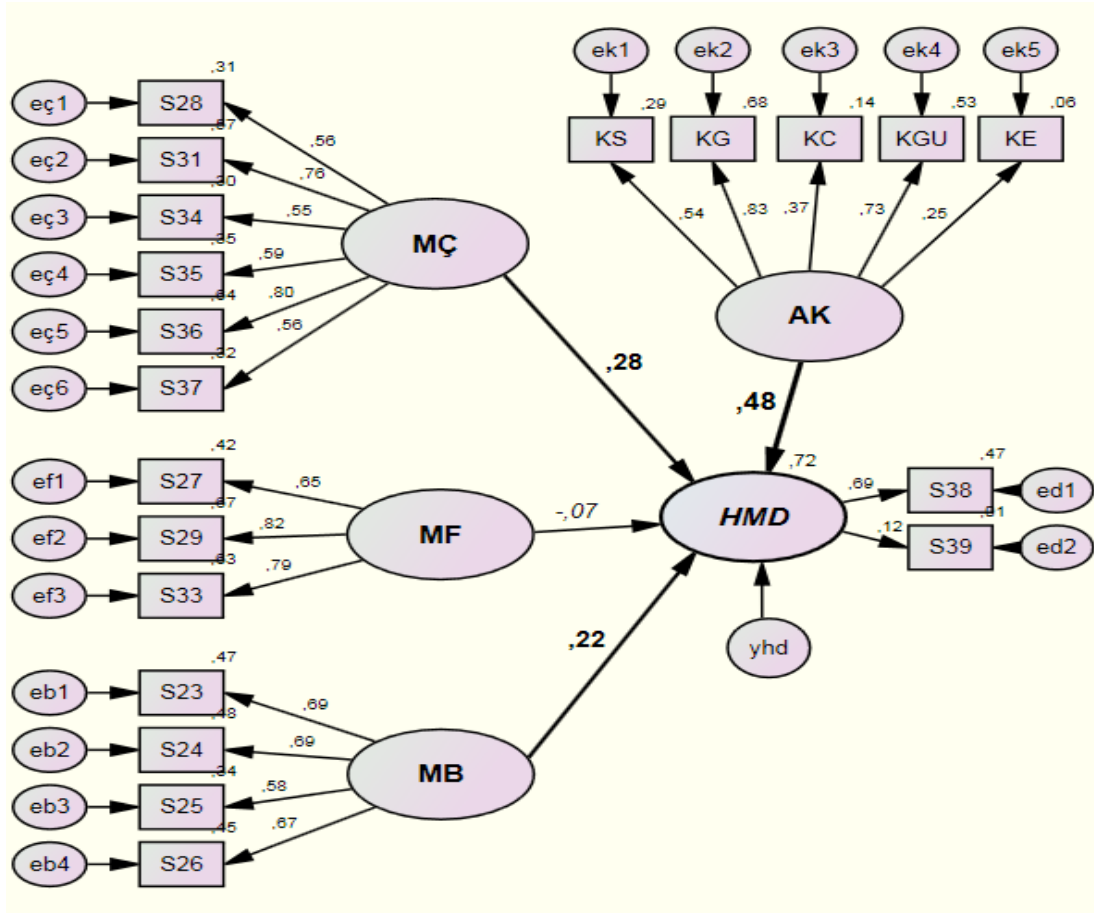
Boyutlar arasındaki kovaryansa göre sadece marka bağlılığı ile marka farkındalığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu durumda hastane marka değeri boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır hipotezi (H_2); algılanan kalite ile marka farkındalığı, marka bağlılığı ve marka çağrışımı; marka çağrışımı ile marka bağlılığı ve marka farkındalığı boyutları için kabul edilmiş olup; marka bağlılığı ile marka farkındalığı boyutları bakımından reddedilmiştir (Tablo 42).

Tablo 42: Marka Değeri Boyutları Arasındaki Kovaryans İlişki

Boyut ilişkileri		ρ	SH	t	H ₂ Hipotezi
Marka Çağrışıımı	↔ Marka Bağlılığı*	,716	,031	23,013	Kabul
Marka Bağlılığı	↔ Marka Farkındalığı***	-,076	,053	-1,423	Red
Marka Farkındalığı	↔ Algılanan Kalite**	,125	,049	2,532	Kabul
Marka Çağrışıımı	↔ Marka Farkındalığı**	,124	,047	2,656	Kabul
Marka Bağlılığı	↔ Algılanan Kalite*	,524	,043	12,171	Kabul
Marka Çağrışıımı	↔ Algılanan Kalite*	,678	,031	21,886	Kabul

* $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, *** $p > 0,05$

Modelde hastane marka değerini etkileyen boyutlar olan, algılanan kalite (AK), marka çağrışıımı (MÇ), marka farkındalığı (MF) ve marka bağlılığı (MB) bağımsız değişkenler (dışsal-exogenous) olarak isimlendirilirken, bağımlı değişken olarak (içsel-endogenous) hastane marka değeri (HMD) tanımlanmıştır. Modelde marka çağrışıımını oluşturan 6 ifade, marka farkındalığını oluşturan 3 ifade ve marka bağlılığını oluşturan 4 ifade yer almaktadır. Ayrıca algılanan kalite boyutunu oluşturan ifadeler SERVQUAL ölçeğinde yer alan ifadelerin oluşturduğu boyutlardan oluşmaktadır. Dolayısıyla modeldeki algılanan kaliteyi oluşturan boyutlardan KS= somutluğu, KG= güvenilirliği, KC= cevap verebilirliği, KGU= güvenceyi ve KE= empatiyi ifade etmektedir.



Şekil 24: Marka Değer Boyutlarının Hastane Marka Değerine Etkisini Gösteren Model Testinin AMOS Çıktısı

Yapısal veya ölçüm modellerini değerlendirmeden önce, tüm nedensel ilişkiler kümesinin gösteriminin yeterli olduğundan ve yapısal modelin kabul edilebilirliğinden emin olmak amacıyla modelin uyum istatistiklerine bakılmıştır. Tablo 43’de görüldüğü üzere, modelin uyum iyiliği (GFI) değeri 0,95 ile kabul edilebilir düzeydedir. Yaklaşık hataların ortalama karekökü (root mean square error of approximation, RMSEA) değeri ise 0,045’dir. Bu değer 0,05’in altında olması iyi uyumu ve 0,05 ile 0,08 arasındaki değerlerin kabul edilebilir uyumu (Byrne, 2009: 80) gösterdiği düşünüldüğünde RMSEA değerine göre model iyi uyum göstermiştir. Ayrıca Tucker-Lewis İndeksi (TLI) 0,94 ve normalize edilmiş uyum indeksi (Normed fit index-NFI) ise 0,91 değerleri ile kabul edilebilir düzeydedir.

Tablo 43: Marka Değer Boyutlarının Hastane Marka Değerine Etkisini Gösteren Modelin Uyum Ölçütleri

Uyum Ölçütleri	Tahmini Model
Ki-kare	332,047
Serbestlik Derecesi (sd)	149
p değeri	0,000
Ki-kare/sd	2,229
Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA)	0,045
Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	0,95
Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)	0,93
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	0,95
Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI)-Delta 1	0,91
Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI veya Tucker-Lewis İndeksi (TLI))	0,94
Artırımlı Uyum İyiliği İndeksi (IFI)- Delta 2	0,95
Tutarlı Uyum İyiliği İndeksi (PGFI)	0,67
Model (AIC)	454,047

Modelin uyum ölçütlerinin tahmin edici düzeylerde sağlanmasının ardından, yapısal denklem modelinin değerlendirilmesi yapılabilir. Şekil 24'de görüldüğü üzere, hastane marka değeri algılanan kalite, marka çağrışımları ve marka bağlılığı boyutları ile pozitif anlamlı bir ilişkiye sahiptir ($p < 0,05$). Buna karşılık marka farkındalığı ile hastane marka değeri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Ayrıca boyutları oluşturan ifadeler incelendiğinde ise, tüm ifadeler anlamlı ilişki göstermiştir ($p < 0,01$).

Algılanan kalite (tahmin değeri=0,48, t-değeri=5,370), marka çağrışımları (tahmin değeri=0,28, t-değeri=2,840) ve marka bağlılığı (tahmin değeri=0,22, t-değeri=2,536) boyutları karşılaştırıldığında, hastane marka değerini en fazla etkileyen boyut algılanan kalitedir. Algılanan kaliteyi sırayla marka çağrışımları ve marka bağlılığı takip etmektedir (Tablo 44).

Tablo 44: Marka Değeri Boyutlarının Hastane Marka Değerine Olan Etkisi

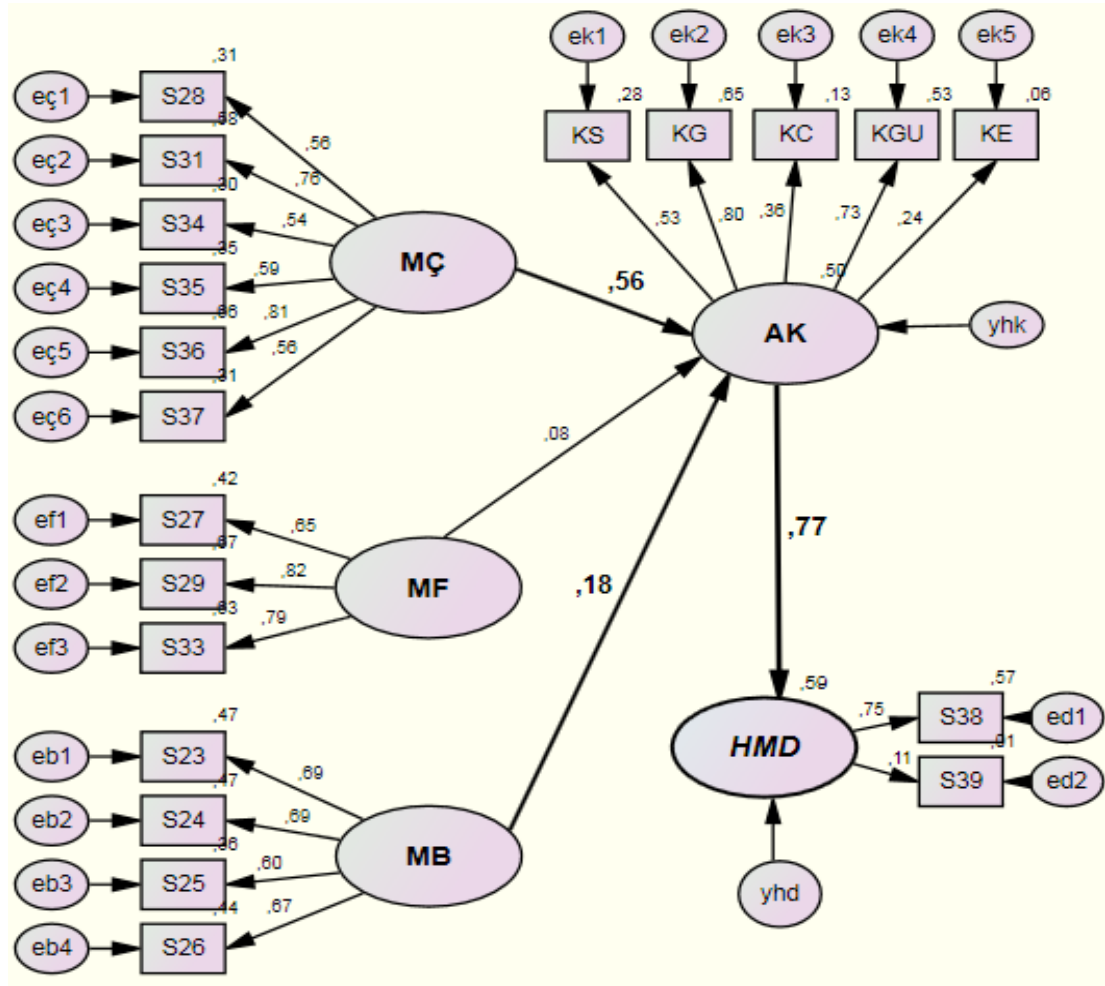
Boyutlar			ρ	Standart Hata	t	p
MF	→	HMD	-,07	,029	-1,246	0,213
MÇ	→	HMD	,28	,120	2,840	0,005
MB	→	HMD	,22	,079	2,536	0,011
AK	→	HMD	,48	,166	5,370	0,000

Ayrıca marka farkındalığı (tahmin değeri=-0,07, t-değeri=-1,246) boyutunun hastane marka değerine negatif yönlü bir etkisi olduğu saptanmıştır. Ancak bu etki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca hastane logo ve sloganlarının tüketiciler tarafından yeterince bilinmemesi (Tablo 45), marka farkındalığı boyutunun anlamsız olan etkisini, destekler niteliktedir.

Tablo 45: Hastanelere ilişkin Logo ve Slogan Bilinirlik Düzeyleri

Hastane Markası		Slogan		Logo	
		n	%	n	%
A1	Bilen	0	-	226	37,0
	Bilmeyen	493	80,8	382	62,6
A2	Bilen	0	-	257	42,1
	Bilmeyen	473	77,5	351	57,5
A3	Bilen	17	2,8	402	65,9
	Bilmeyen	504	82,6	205	33,6
A4	Bilen	4	0,7	295	48,4
	Bilmeyen	405	66,4	313	51,3
A5	Bilen	0	-	48	7,9
	Bilmeyen	163	26,7	560	91,8
A6	Bilen	0	-	234	38,4
	Bilmeyen	179	29,3	374	61,3
A7	Bilen	0	-	393	64,4
	Bilmeyen	244	40,0	215	35,2
A8	Bilen	0	-	227	37,2
	Bilmeyen	158	25,9	381	62,5
A9	Bilen	2	0,3	117	19,2
	Bilmeyen	51	8,4	490	80,3
A10	Bilen	0	-	437	71,6
	Bilmeyen	69	11,3	170	27,9

Araştırma modelinin temelini oluşturan ve algılanan kalitenin dışındaki boyutlar olan marka çağrışımı, marka farkındalığı ve marka bağlılığının algılanan kaliteye, algılanan kalitenin de hastane marka değerine olan etkisini ortaya koyan model denenmiştir. Modelde hastane marka değerini etkileyen boyutlar olan, marka çağrışımı (MÇ), marka farkındalığı (MF) ve marka bağlılığı (MB) bağımsız değişkenler (dışsal-exogenous) olarak isimlendirilirken, algılanan kalite (AK) hem bunların bağlandığı bağımlı değişken hem de hastane marka değerini etkileyen bağımsız değişken olarak isimlendirilmiştir. Ayrıca hastane marka değeri (HMD) bağımlı değişken olarak (içsel-endeogenous) tanımlanmıştır (Şekil 25).



Şekil 25: Araştırma Modeli Testinin AMOS Çıktısı

Yapısal veya ölçüm modellerini değerlendirmeden önce, tüm nedensel ilişkiler kümesinin gösteriminin yeterli olduğundan ve yapısal modelin kabul edilebilirliğinden emin olmak amacıyla modelin uyum istatistiklerine bakılmıştır. Tablo 46'da görüldüğü üzere, modelin uyum iyiliği (GFI) değeri 0,95 ile kabul edilebilir düzeydedir. Yaklaşık hataların ortalama karekökü (root mean square error of approximation, RMSEA) değeri 0,048, Tucker-Lewis İndeksi (TLI) 0,93 ve normalize edilmiş uyum indeksi (Normed fit index-NFI) ise 0,91 değerleri ile kabul edilebilir düzeydedir.

Tablo 46: Araştırma Modeli Uyum Ölçütleri

Uyum Ölçütleri	Tahmini Model
Ki-kare	366,447
Serbestlik Derecesi (sd)	152
p değeri	0,000
Ki-kare/sd	2,411
Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA)	0,048
Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	0,95
Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)	0,92
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	0,94
Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) -Delta 1	0,91
Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI veya Tucker-Lewis İndeksi (TLI))	0,93
Artırımlı Uyum İyiliği İndeksi (IFI)- Delta 2	0,94
Tutarlı Uyum İyiliği İndeksi (PGFI)	0,68
Model (AIC)	482,447

Modelin uyum ölçütlerinin tahmin edici düzeylerde sağlanmasının ardından, yapısal denklem modelinin değerlendirilmesi yapılabilir. Şekil 25'de görüldüğü üzere, hastane marka değeri algılanan kalite, algılanan kalite de marka çağrışımı ve marka bağlılığı ile pozitif anlamlı bir ilişkiye sahiptir ($p < 0,05$). Buna karşılık marka farkındalığı ile algılanan kalite arasında

anlamli bir iliski bulunmamaktadır. Ayrıca boyutları oluşturan ifadeler incelendiğinde ise, tüm ifadeler anlamlı iliski göstermiştir ($p < 0,01$).

Marka çağrışımı (tahmin değeri=0,56, t-değeri=7,034), marka farkındalığı (tahmin değeri=0,08, t-değeri=1,845) ve marka bağlılığı (tahmin değeri=0,18, t-değeri=2,726) boyutları karşılaştırıldığında, algılanan kaliteyi en fazla etkileyen boyut marka çağrışımıdır. Marka çağrışımını marka bağlılığı ve marka farkındalığı takip etmektedir. Ancak marka farkındalığının algılanan kaliteye olan etkisi anlamlı çıkmamıştır. Diğer taraftan algılanan kalitenin (tahmin değeri=0,77, t-değeri=10,063) hastane marka değerine olan etkisi üç boyutun etkisiyle daha da artmıştır. (Tablo 47).

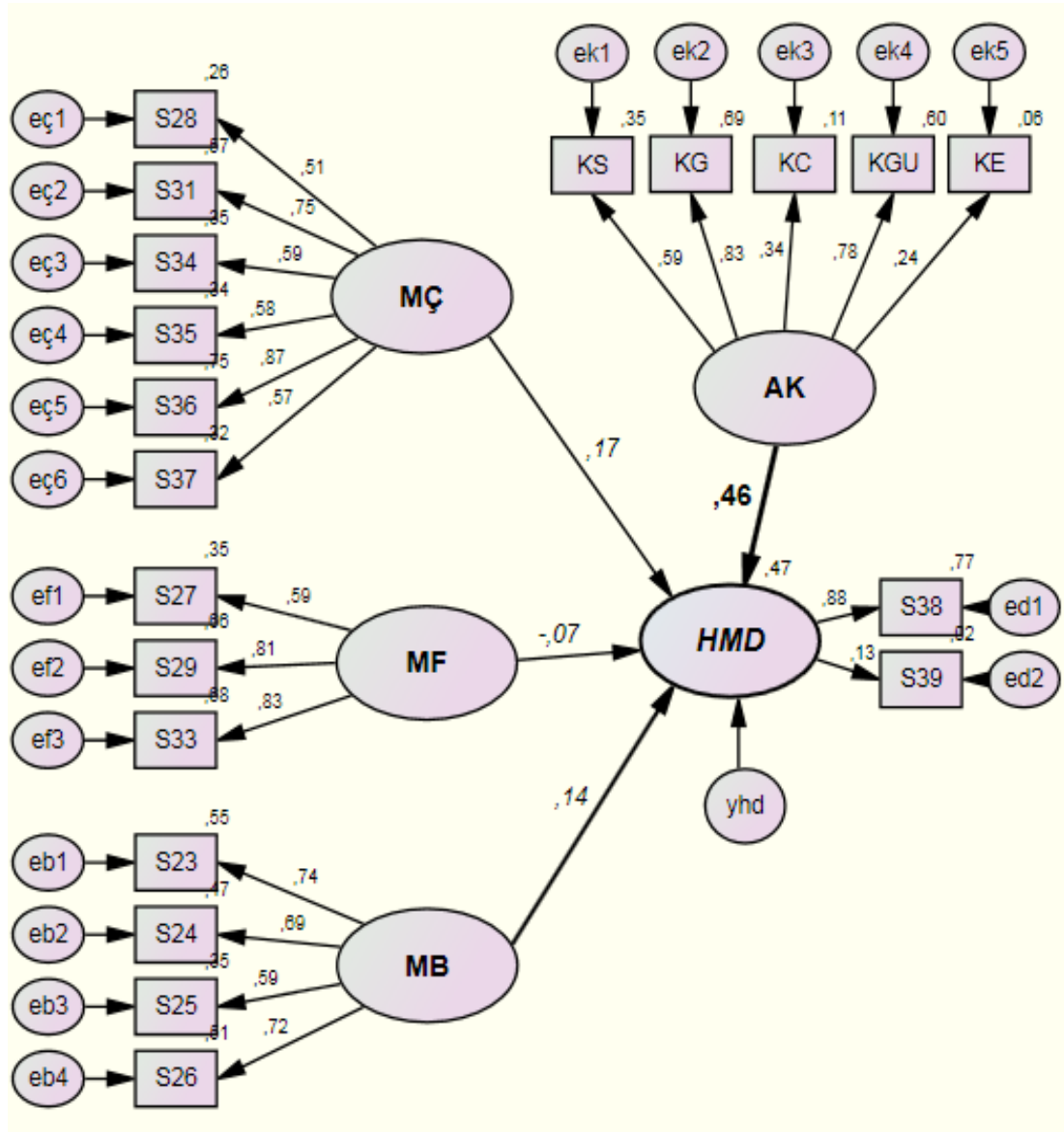
Tablo 47: Modeli Oluşturan Boyutların Etkileri

Boyutlar		ρ	Standart Hata	t	p
MF	→ AK	,08	,011	1,845	0,065
MÇ	→ AK	,56	,052	7,034	0,000
MB	→ AK	,18	,032	2,726	0,006
AK	→ HMD	,79	,154	10,137	0,000
Marka Değeri Boyutlarının Hastane Marka Değerine Dolaylı Etkileri					
	MB	MF	MÇ	AK	
AK	,18	,08	,56		
HMD	,12	,06	,43	,77	

3.5.3.2. Kamu Hastaneleri İçin Hastane Marka Değeri Boyutlarına İlişkin Yapısal Modelleme

Genel modelde olduğu gibi kamu hastaneleri için yapılan modelde de hastane marka değerini etkileyen boyutlar olan, algılanan kalite (AK), marka çağrışımı (MÇ), marka farkındalığı (MF) ve marka bağlılığı (MB) bağımsız değişkenler (dışsal-exogenous) olarak isimlendirilirken, bağımlı değişken

olarak (içsel-endogenous) hastane marka değeri (HMD) tanımlanmıştır (Şekil 26).



Şekil 26: Marka Değer Boyutlarının Hastane Marka Değerine Etkisini Gösteren Model Testinin AMOS Çıktısı (Kamu Hastaneleri)

Hastaneler için yapılan genel modele benzer olarak, kamu hastaneleri için de, önce tüm nedensel ilişkiler kümesinin gösteriminin yeterli olduğundan

ve yapısal modelin kabul edilebilirliğinden emin olmak amacıyla modelin uyum istatistiklerine bakılmıştır (Hair vd., 1998: 633). Tablo 48'de görüldüğü üzere modelin uyum iyiliği (GFI) değeri 0,92 ile kabul edilebilir düzeydedir. Yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) değeri ise 0,055 ile iyi uyumu ifade eden 0,05'den biraz üzerinde bir değer almaktadır. Ayrıca Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI veya TLI) 0,92 ve Artırmalı Uyum İyiliği İndeksi (IFI) 0,94 değerlerle tatmin edici düzeydedirler.

Tablo 48: Marka Değer Boyutlarının Hastane Marka Değerine Etkisini Gösteren Modelin Uyum Ölçütleri (Kamu Hastaneleri)

Uyum Ölçütleri	Tahmini Model
Ki-kare	291,018
Serbestlik Derecesi (sd)	149
p değeri	0,000
Ki-kare/sd	1,953
Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA)	0,055
Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	0,92
Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)	0,90
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	0,94
Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) -Delta 1	0,90
Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI veya Tucker-Lewis İndeksi (TLI))	0,92
Artırmalı Uyum İyiliği İndeksi (IFI)- Delta 2	0,94
Tutarlı Uyum İyiliği İndeksi (PGFI)	0,66
Model (AIC)	413,018

Kamu hastaneleri için yapısal modeli değerlendirdiğimizde ise, Şekil 26'da görüldüğü üzere, hastane marka değeri algılanan kalite, marka bağlılığı ve marka çağrışımı boyutları ile pozitif yönlü, marka farkındalığı boyutu ile ise negatif yönlü bir ilişkiye sahiptir.

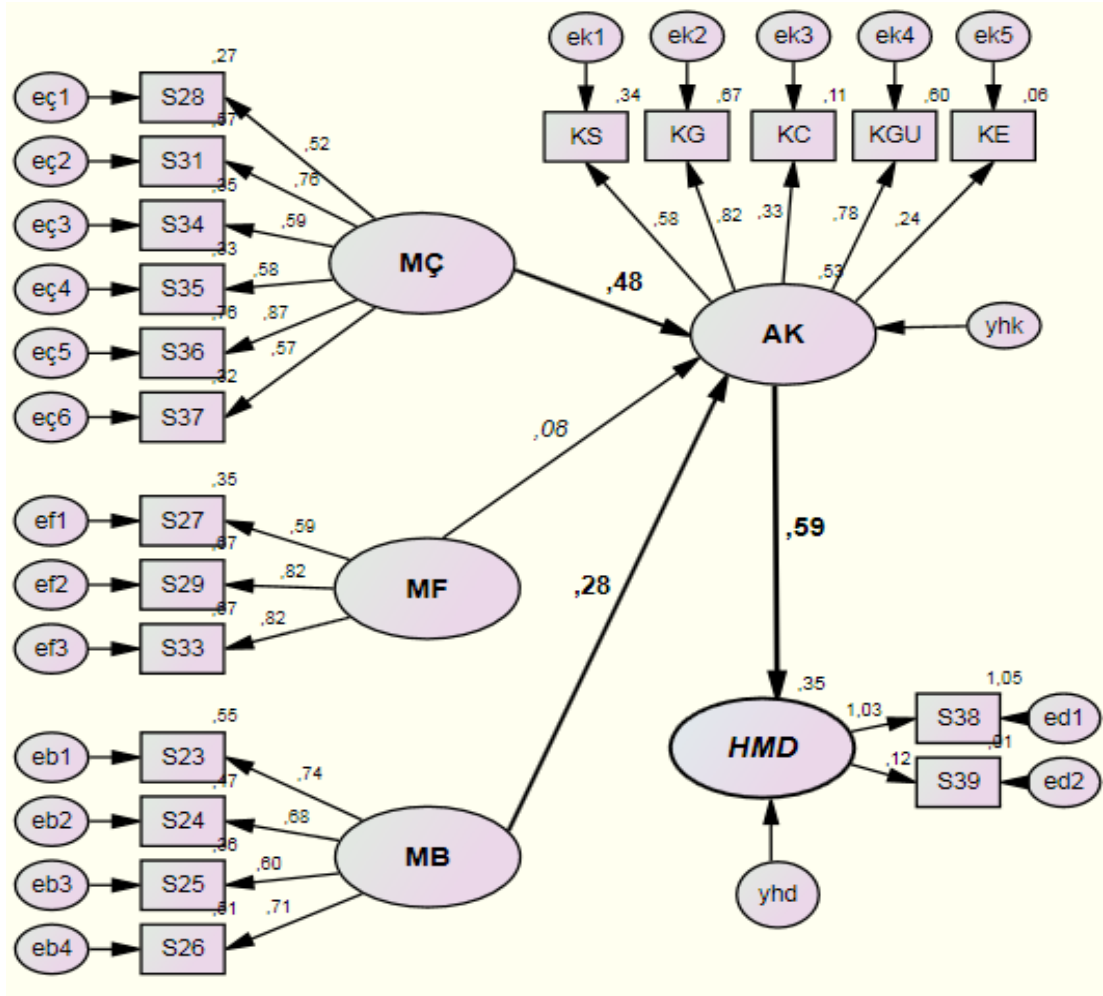
Hastane marka değeri boyutlarından sadece algılanan kalitenin (tahmin değeri=0,47, t-değeri=4,577) etkisi anlamlıdır ($p < 0,05$). Diğer boyutlardan hem pozitif yönlü olan marka çağrışımı (tahmin değeri=0,17, t-değeri=1,490) ve marka bağlılığı (tahmin değeri=0,14, t-değeri=1,283), hem

de negatif yönlü etkisi görünen marka farkındalığı (tahmin değeri=-0,07, t-değeri=-1,215) boyutlarının etkisi istatistiksel açıdan anlamlı değildir (Tablo 49). Ayrıca boyutları oluşturan ifadeler incelendiğinde ise, tüm ifadeler anlamlı ilişki göstermiştir ($p < 0,01$).

Tablo 49: Marka Değeri Boyutlarının Hastane Marka Değerine Olan Etkisi (Kamu Hastaneleri)

	Boyutlar		ρ	Standart Hata	t	p
MF	→	HMD	-,07	,041	-1,215	0,199
MÇ	→	HMD	,18	,175	1,490	0,136
MB	→	HMD	,14	,123	1,283	0,224
AK	→	HMD	,47	,218	4,577	0,000

Araştırma modelinin temelini oluşturan ve algılanan kalitenin dışındaki boyutlar olan marka çağrışımı, marka farkındalığı ve marka bağlılığının algılanan kaliteye, algılanan kalitenin de hastane marka değerine olan etkisini ortaya koyan modelin aynısı sadece kamu hastaneleri üzerinde denenmiştir.



Şekil 27: Araştırma Modeli Testinin AMOS Çıktısı (Kamu Hastaneleri)

Yapısal veya ölçüm modellerini değerlendirmeden önce, tüm nedensel ilişkiler kümesinin gösteriminin yeterli olduğundan ve yapısal modelin kabul edilebilirliğinden emin olmak amacıyla modelin uyum istatistiklerine bakılmıştır. Tablo 50’de görüldüğü üzere, modelin uyum iyiliği (GFI) değeri 0,92 ile kabul edilebilir düzeydedir. Yaklaşık hataların ortalama karekökü (root mean square error of approximation, RMSEA) değeri 0,056, Tucker-Lewis İndeksi (TLI) 0,92 ve normalize edilmiş uyum indeksi (Normed fit index-NFI) ise 0,90 değerleri ile kabul edilebilir düzeydedir.

Tablo 50: Araştırma Modeli Uyum Ölçütleri (Kamu Hastaneleri)

Uyum Ölçütleri	Tahmini Model
Ki-kare	304,636
Serbestlik Derecesi (sd)	152
p değeri	0,000
Ki-kare/sd	2,004
Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA)	0,056
Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	0,92
Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)	0,90
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	0,93
Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) -Delta 1	0,90
Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI veya Tucker-Lewis İndeksi (TLI))	0,92
Artırımlı Uyum İyiliği İndeksi (IFI)- Delta 2	0,93
Tutarlı Uyum İyiliği İndeksi (PGFI)	0,66
Model (AIC)	420,636

Modelin uyum ölçütlerinin tahmin edici düzeylerde sağlanması ardından, yapısal denklem modelinin değerlendirilmesi yapılabilir. Şekil 27’de görüldüğü üzere, hastane marka değeri algılanan kalite, algılanan kalite de marka çağrışımı ve marka bağlılığı ile pozitif anlamlı bir ilişkiye sahiptir ($p < 0,05$). Buna karşılık marka farkındalığı ile algılanan kalite arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Ayrıca boyutları oluşturan ifadeler incelendiğinde ise, tüm ifadeler anlamlı ilişki göstermiştir ($p < 0,05$).

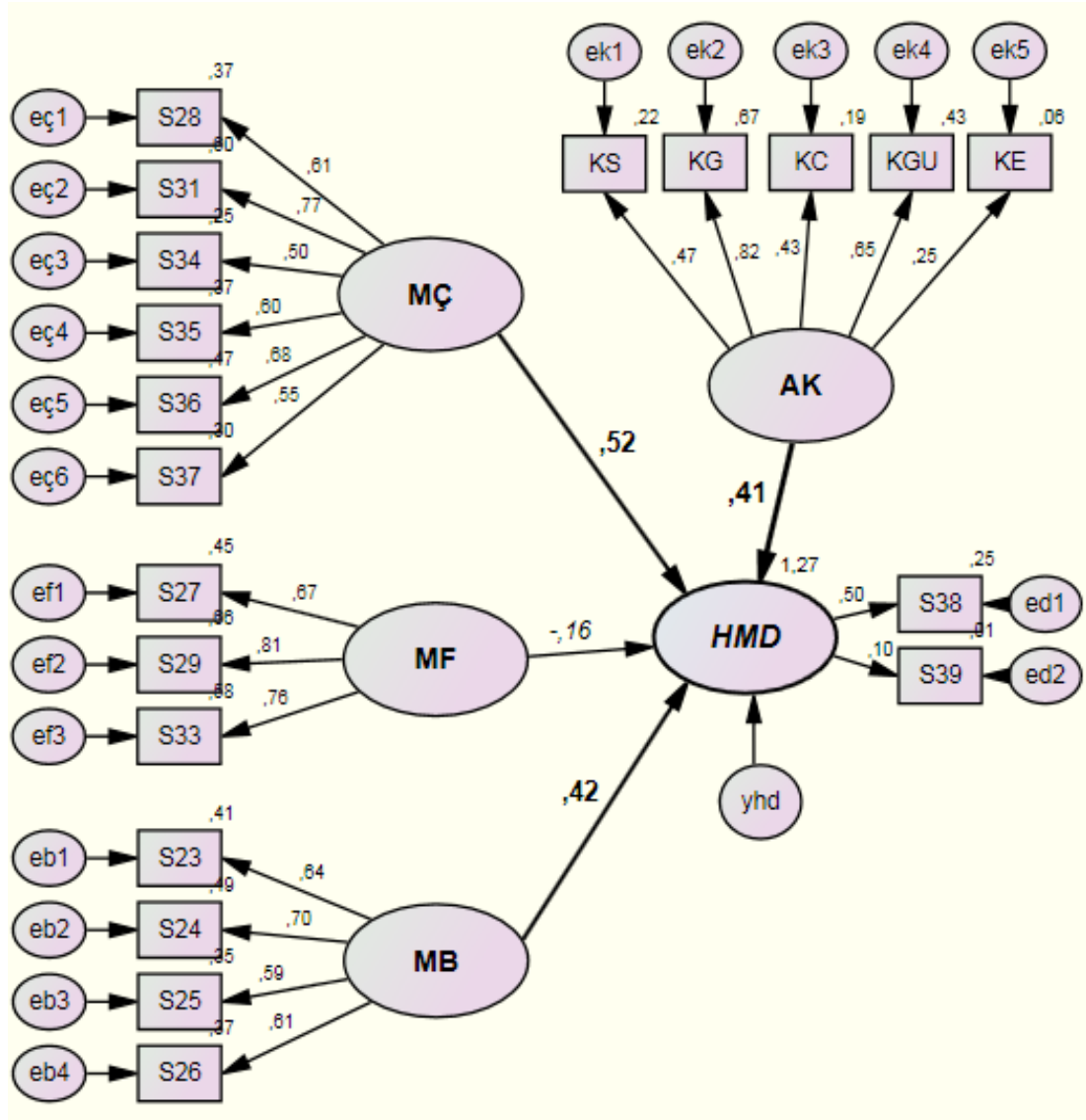
Marka çağrışımı (tahmin değeri=0,48, t-değeri=4,500), marka farkındalığı (tahmin değeri=0,08, t-değeri=1,586) ve marka bağlılığı (tahmin değeri=0,28, t-değeri=2,842) boyutları karşılaştırıldığında, algılanan kaliteyi en fazla etkileyen boyut marka bağlılığıdır. Marka bağlılığını marka çağrışımı ve marka farkındalığı takip etmektedir. Ancak marka farkındalığının algılanan kaliteye olan etkisi anlamlı çıkmamıştır. Diğer taraftan algılanan kalitenin (tahmin değeri=0,59, t-değeri=8,307) hastane marka değerine olan etkisi üç boyutun etkisiyle daha da artmıştır. (Tablo 51).

Tablo 51: Modeli Oluşturan Boyutların Etkileri (Kamu Hastaneleri)

Boyutlar		ρ	Standart Hata	t	p
MF	→ AK	,08	,017	1,586	0,113
MÇ	→ AK	,48	,077	4,500	0,000
MB	→ AK	,28	,052	2,842	0,004
AK	→ HMD	,59	,182	8,307	0,000
Marka Değeri Boyutlarının Hastane Marka Değerine Dolaylı Etkileri					
	MB	MF	MÇ	AK	
AK	,28	,08	,48	,000	
HMD	,17	,05	,28	,59	

3.5.3.3. Özel Sektör Hastaneleri İçin Hastane Marka Değeri Boyutlarına İlişkin Yapısal Modelleme

Genel ve kamu modelinde olduğu gibi özel hastaneler için yapılan modelde de hastane marka değerini etkileyen boyutlar olan, algılanan kalite (AK), marka çağrışımı (MÇ), marka farkındalığı (MF) ve marka bağlılığı (MB) bağımsız değişkenler (dışsal-exogenous) olarak isimlendirilirken, bağımlı değişken olarak (içsel-endogenous) hastane marka değeri (HMD) tanımlanmıştır (Şekil 28).



Şekil 28: Marka Değer Boyutlarının Hastane Marka Değerine Etkisini Gösteren Model Testinin AMOS Çıktısı (Özel Hastaneler)

Genel ve kamu hastaneleri için yapılan modele benzer olarak özel hastaneler için de modelin uygunluğundan emin olmak için modelin uyum istatistiklerine bakılmıştır. Tablo 52'de görüldüğü üzere, modelin uyum iyiliği (GFI) değeri 0,91 ile kabul edilebilir düzeydedir. Yaklaşık hataların ortalama karekökü (root mean square error of approximation, RMSEA) değeri 0,055 ve Tucker-Lewis İndeksi (TLI) 0,90 değerleri ile kabul edilebilir düzeydedir.

Tablo 52: Marka Değer Boyutlarının Hastane Marka Değerine Etkisini Gösteren Modelin Uyum Ölçütleri (Özel Hastaneler)

Uyum Ölçütleri	Tahmini Model
Ki-kare	276,959
Serbestlik Derecesi (sd)	149
p değeri	0,000
Ki-kare/sd	1,859
Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA)	0,055
Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	0,91
Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)	0,89
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	0,94
Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) -Delta 1	0,86
Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI veya Tucker-Lewis İndeksi (TLI))	0,90
Artırımlı Uyum İyiliği İndeksi (IFI)- Delta 2	0,92
Tutarlı Uyum İyiliği İndeksi (PGFI)	0,65
Model (AIC)	398,959

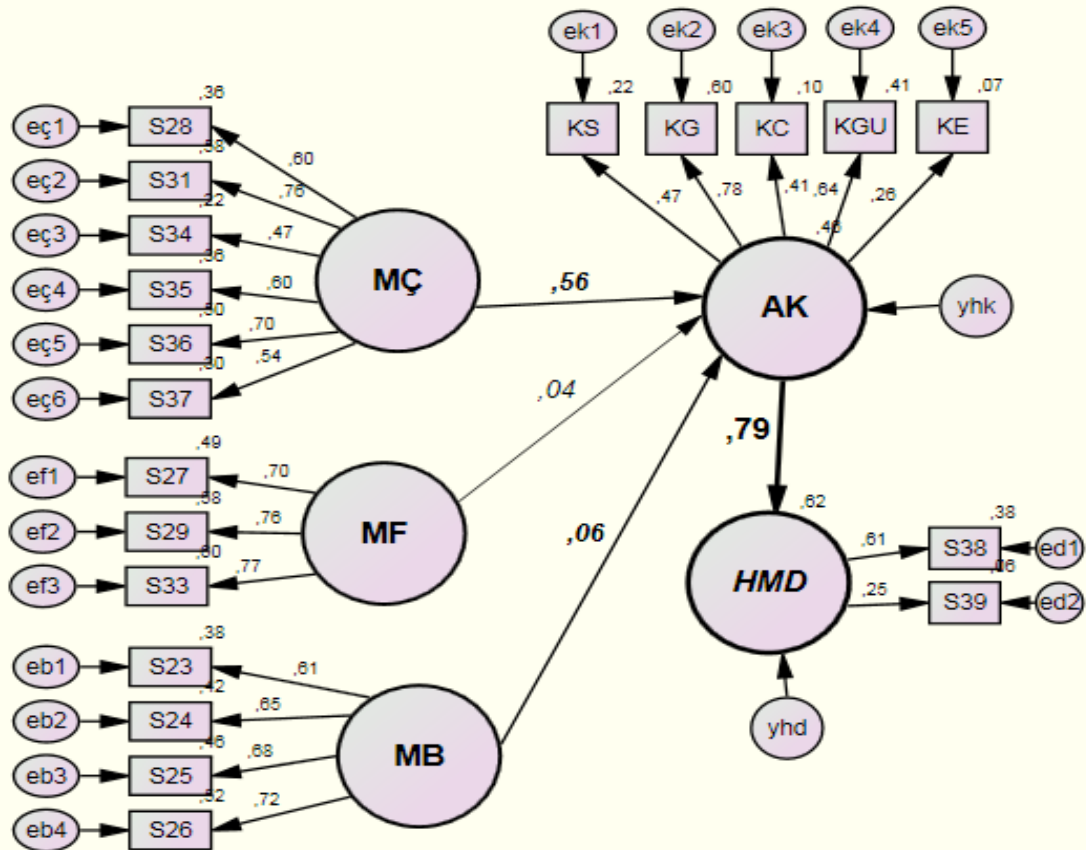
Şekil 28’de görüldüğü üzere, algılanan kalite, marka çağrışımı ve marka bağlılığı hastane marka değeri üzerinde pozitif yönlü bir etkiye sahipken, marka farkındalığı negatif yönlü bir etki göstermektedir.

Hastane marka değerine etki eden boyutlardan algılanan kalite (tahmin değeri=0,41, t-değeri=2,424), marka çağrışımı (tahmin değeri=0,52, t-değeri=2,710) ve marka bağlılığını (tahmin değeri=0,42, t-değeri=2,612) karşılaştırdığımızda en yüksek etkiyi marka çağrışımı göstermektedir. Ayrıca bu üç boyutun etkisi de istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Diğer taraftan marka farkındalığının (tahmin değeri=-0,16, t-değeri=-1,425) hastane marka değerine olan negatif yönlü etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 53). Ayrıca boyutları oluşturan ifadeler incelendiğinde ise, tüm ifadeler anlamlı ilişki göstermiştir ($p < 0,01$).

Tablo 53: Marka Değeri Boyutlarının Hastane Marka Değerine Olan Etkisi (Özel Hastaneler)

	Boyutlar		ρ	Standart Hata	t	p
MF	→	HMD	-,16	,040	-1,425	0,154
MÇ	→	HMD	,52	,170	2,710	0,007
MB	→	HMD	,42	,109	2,612	0,009
AK	→	HMD	,41	,256	2,424	0,015

Genel ve kamu hastaneleri için uygulanan, araştırma modelinin temelini oluşturan ve algılanan kalitenin dışındaki boyutlar olan marka çağrışımı, marka farkındalığı ve marka bağlılığının algılanan kaliteye, algılanan kalitenin de hastane marka değerine olan etkisini ortaya koyan özel hastaneler üzerinde de denenmiştir (Şekil 29).



Şekil 29: Araştırma Modeli Testinin AMOS Çıktısı (Özel Hastaneler)

Yapısal veya ölçüm modellerini değerlendirmeden önce, tüm nedensel ilişkiler kümesinin gösteriminin yeterli olduğundan ve yapısal modelin kabul edilebilirliğinden emin olmak amacıyla modelin uyum istatistiklerine bakılmıştır. Tablo 54’de görüldüğü üzere, modelin uyum iyiliği (GFI) değeri 0,92 ile kabul edilebilir düzeydedir. Yaklaşık hataların ortalama karekökü (root mean square error of approximation, RMSEA) değeri 0,054, Tucker-Lewis İndeksi (TLI) 0,90 ve normalize edilmiş uyum indeksi (Normed fit index-NFI) ise 0,86 değerleri ile kabul edilebilir düzeydedir.

Tablo 54: Araştırma Modeli Uyum Ölçütleri (Özel Hastaneler)

Uyum Ölçütleri	Tahmini Model
Ki-kare	274,512
Serbestlik Derecesi (sd)	152
p değeri	0,000
Ki-kare/sd	1,806
Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA)	0,054
Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	0,92
Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)	0,88
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	0,93
Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) -Delta 1	0,86
Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI veya Tucker-Lewis İndeksi (TLI))	0,90
Artırımlı Uyum İyiliği İndeksi (IFI)- Delta 2	0,93
Tutarlı Uyum İyiliği İndeksi (PGFI)	0,61
Model (AIC)	398,545

Modelin uyum ölçütlerinin tahmin edici düzeylerde sağlanmasının ardından, yapısal denklem modelinin değerlendirilmesi yapılabilir. Şekil 29’da algılanan kalitenin hastane marka değeri üzerine, marka çağrışımı, marka farkındalığı ve marka bağlılığının da algılanan kalite üzerinde etkisi görülmektedir.

Marka çağrışımı (tahmin değeri=0,56, t-değeri=3,073), marka farkındalığı (tahmin değeri=0,05, t-değeri=0,684) ve marka bağlılığı (tahmin değeri=0,06, t-değeri=0,622) boyutları karşılaştırıldığında sadece en fazla

etkiye sahip olan marka çağrışımının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Diğer taraftan algılanan kalitenin (tahmin değeri=0,79, t-değeri=5,502) hastane marka değerine olan etkisi üç boyutun etkisiyle daha da artmıştır. (Tablo 55).

Tablo 55: Modeli Oluşturan Boyutların Etkileri (Özel Hastaneler)

Boyutlar			ρ	Standart Hata	t	p
MF	→	AK	,05	,015	0,684	0,494
MÇ	→	AK	,56	,108	3,073	0,002
MB	→	AK	,06	,038	0,622	0,534
AK	→	HMD	,79	,264	5,502	0,000
Marka Değeri Boyutlarının Hastane Marka Değerine Dolaylı Etkileri						
		MB	MF	MÇ	AK	
AK		,06	,05	,56		
HMD		,05	,04	,44		,79

3.5.3.4. Hastane Marka Değeri Modellerinin Karşılaştırılması

Hastaneler için yapılan gerek tüm hastaneleri kapsayan genel model, gerekse de kamu ve özel olarak mülkiyet biçimlerine göre ayrılan modeller, hastane marka değeri üzerinde etkisi olduğu düşünülen boyutların etkilerini ve etki derecelerini ölçmeye odaklıdır.

Bu kapsamda genel marka değeri boyutları olarak ele alınan algılanan kalite, marka bağlılığı, marka farkındalığı ve marka çağrışımı (Aaker, 1991), boyutlarından, algılanan kalitenin her üç modelde de hastane marka değerine olan etkisi pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca hem genel modelde hem de kamu hastaneleri için uygulanan modelde algılanan kalitenin hastane marka değeri üzerinde en fazla etkiye sahip olduğu, özel modelde ise en yüksek ikinci etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla algılanan kalite hastane marka değeri belirleyicileri açısından

önemli bir unsur olarak değerlendirilebilir. Diğer taraftan marka farkındalığı boyutunun hiçbir modelde anlamlı etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Tablo 56: Yapısal Denklem Modellerin Karşılaştırması

Model	Yol	Yük	t değeri	Model uyum Ölçütleri	Hipotez	Sonuç
Genel I. Model (n=610)	MF---→HMD	-,07	-1,246	χ^2 / sd=2,229	H _{3a}	Red
	MÇ--→HMD	,28	2,840	RMSEA=0,045	H _{3b}	Kabul
	MB---→HMD	,22	2,536	GFI=0,95	H _{3c}	Kabul
	AK---→HMD	,48	5,370	TLI=0,94 IFI=0,95	H _{3d}	Kabul
Genel II. Model (n=610)	MF---→AK	,08	1,845	χ^2 / sd=2,411		
	MÇ--→AK	,56	7,034	RMSEA=0,048		
	MB---→AK	,18	2,726	GFI=0,95		
	AK---→HMD	,79	10,137	TLI=0,93 IFI=0,94		
Kamu I. Model (n=321)	MF---→HMD	-,07	-1,215	χ^2 / sd=1,953	H _{3a}	Red
	MÇ--→HMD	,18	1,490	RMSEA=0,055	H _{3b}	Red
	MB---→HMD	,14	1,283	GFI=0,92	H _{3c}	Red
	AK--→HMD	,47	4,577	TLI=0,92 IFI=0,94	H _{3d}	Kabul
Kamu II. Model (n=321)	MF---→AK	,08	1,586	χ^2 / sd=2,004		
	MÇ--→AK	,48	4,500	RMSEA=0,056		
	MB---→AK	,28	2,842	GFI=0,92		
	AK--→HMD	,59	8,307	TLI=0,92 IFI=0,93		
Özel I. Model (n=289)	MF---→HMD	-,16	-1,425	χ^2 / sd=1,859	H _{3a}	Red
	MÇ--→HMD	,52	2,710	RMSEA=0,055	H _{3b}	Kabul
	MB---→HMD	,42	2,612	GFI=0,91	H _{3c}	Kabul
	AK--→HMD	,41	2,424	TLI=0,90 IFI=0,92	H _{3d}	Kabul
Özel II. Model (n=289)	MF---→AK	,06	0,622	χ^2 / sd=1,806		
	MÇ--→AK	,56	3,073	RMSEA=0,054		
	MB---→AK	,05	0,684	GFI=0,92		
	AK--→HMD	,79	5,502	TLI=0,90 IFI=0,93		

MF: Marka Farkındalığı, MÇ: Marka Çağrışımı, MB: Marka Bağlılığı, AK: Algılanan Kalite, HMD: Hastane Marka Değeri

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde önemi yeni yeni fark edilen, işletmelerin faaliyetlerini sürdürmede önemli bir etkisi bulunan ve işletmelerin finansal kazançları üzerinde belirleyici rol oynayabilen tüketici temelli marka değeri yaklaşımı benimsenmiştir. Bu amaçla çalışma ile sağlık hizmeti tüketicilerinin genel olarak hastane marka değeri algılarını belirlemede temel rol oynadığı düşünülen marka çağrışımı, marka farkındalığı, marka bağlılığı ve özellikle de algılanan kalite boyutları ampirik olarak incelenmiştir.

Her geçen gün hızla değişen teknolojik gelişmelerin yanı sıra politik ve ekonomik çevredeki değişim de hastanelerin faaliyetlerini devam ettirebilmeleri için yeni stratejiler uygulamalarını zorunlu kılmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların büyük çoğunluğunun yataklı tedavi kurumlarına ayrılması, ödemeler açısından sosyal güvenlik kurumlarını sıkıntıya sokmakta ve kamu giderleri içerisinde sosyal güvenlik açıklarının giderek büyümesine neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak kamu hastanelerinin de özel hastanelere benzer bir yapıya dönüştürülerek, kendi gelirleri ile giderlerini karşılaması için çalışmalar yapılmaktadır. Kamu ve özel hastanelerin benzer koşullar içerisinde hizmet vermeleri yoğun bir rekabet ortamının oluşmasını sağlayacaktır. Dolayısıyla hastanelerin, tüketicilerin zihninde olumlu bir düşünce ve farklılık yaratarak rekabet üstünlüğü sağlamaları markalaşmaları sayesinde mümkün görülmektedir.

Hastane marka değerinin belirlenmesinde, tüketici algı, tutum ve davranışlarının hastane yönetimlerinde bilinmesi stratejik planlama ve uygulamalar için oldukça önemlidir. Bu nedenle çalışmada öncelikli olarak hastane markalarına ait tüketicilerin zihninde oluşan algılamalar ortaya konmaya çalışılmıştır. Bu doğrultuda tüketicilerin tercih ettikleri hastaneler hakkındaki tercih nedenlerini de etkileyen düşünceleri sorgulanmıştır. Bununla birlikte tüketicilerin hastanelerin sunmuş oldukları hizmetlerden beklentileri ve tercih etmiş oldukları hastanelerin hizmetlerini nasıl algıladıkları tespit edilerek hastane hizmetlerine ilişkin kalite algıları ortaya konmuştur.

Tüketicilerin marka değerini oluşturan tüm boyutlara ilişkin değerlendirmelerinin sosyo-demografik özelliklerine ve hastane mülkiyet biçimlerine göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin analizler yapılmıştır. Ayrıca tüketicilerin sağlık hizmetlerinde markalaşmaya ilişkin tutumları değerlendirilerek, marka çağrışımı, marka farkındalığı, marka bağlılığı ve algılanan kalitenin marka değerini belirlemedeki rolleri tartışılmıştır. Sonuç olarak teorik çerçevede oluşturulan marka değeri boyutlarının ve hastane marka değeri üzerine kurgulanan modelin, kamu ve özel sektöre ait hastaneler için ampirik olarak test edilmesine ilişkin sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

Hastanelerin rekabet güçlerini geliştirmede tüketicilerin zihninde olumlu algılar geliştirmeleri önemli etkiye sahiptir. Çünkü bir markanın kalite algısı, satın alma nedeni oluşturmada etkili bir unsurdur. Araştırmanın sonuçlarına göre, tüketici tercihinde hastanelerin gelişmişlik düzeyleri, sundukları hizmetin kalitesi, hastaneye duyulan güven ve hizmetlerden memnun kalma önemli sebepler arasındadır. Bu nedenle hizmet sunumunda stratejilerini müşteri memnuniyeti, yüksek kalitede hizmet sunumu ve tüketicilerle karşılıklı güven üzerine geliştiren hastanelerin rakiplerine göre daha fazla tercih edileceği söylenebilir.

Tüketicilerin hastane marka değeri boyutları ile ilgili değerlendirmeleri sosyo-demografik özelliklerine göre değişkenlik göstermektedir. Tüketicilerin cinsiyet, meslek ve birlikte yaşanan kişi sayısı ile marka çağrışımı hakkındaki değerlendirmeleri arasında anlamlı fark bulunmaktadır: Kadın tüketicilerde erkeklere, memur olarak çalışanlarda işçi ve esnaflara, yedi ve daha fazla nüfuslu ailelerde yaşayanlarda ise daha az nüfuslu ailelerde yaşayanlara göre hastane markalarına ilişkin çağrışım düzeyleri daha düşüktür. Hastane ile ilgili tüketici hafızasındaki bilgileri ifade eden marka çağrışımı, rakip hastaneler arasında ayırım yapılmasında yardımcı olmanın yanı sıra yoğun rekabet ortamında markayı hatırlama konusunda tetikleyici unsur olarak etkili olabilmektedir. Dolayısıyla anlamlı bir şekilde organize edilen ve çeşitli aktiviteler yoluyla topluma sunulan katkılar, hastaların hafızasında hastane

imajının olumlu bir şekilde gelişmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Tüketicilerin marka farkındalığı hakkındaki değerlendirmeleri meslek, yaş ve aylık gelir düzeyi değişkenlerine göre farklılık göstermektedir. Buna göre öğrenciler, genç yaşlardaki bireyler ve yüksek düzeyde geliri olan tüketiciler, hastanelerin markaları hakkındaki farkındalık düzeyleri daha yüksektir. Tüketiciler farkında olduğu hastaneleri seçmek isteyeceklerdir. Yine araştırma bulguları tüketicilerin büyük bir çoğunluğunun akıllarına ilk gelen hastanenin aynı zamanda tercih ettikleri hastane olduğunu ortaya koymaktadır. Dolayısıyla akla ilk gelen hastaneler tercih edilme konusunda rakiplerine göre daha avantajlıdır. Hastanelerin tüketiciler tarafından kolayca tanınma ve hatırlanmasını sağlayacak unsurları, rakiplerinden farklı bir şekilde kullanmalarının farkındalığın oluşturulması ve geliştirilmesinde etkili olacağı düşünülmektedir.

Tüketicilerin marka bağlılığı hakkındaki değerlendirmeleri aylık gelirlerine göre farklılık göstermektedir. Buna göre yüksek gelir düzeyine sahip tüketicilerin tercih ettikleri hastaneye bağlılıkları daha yüksektir. Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerinden dolayı, tüketicilerin sağlık işletmelerine olan bağlılığı tüketicilerin isteklerinden çok hastalığın özelliğine bağlıdır. Ancak tüketicilerin sunulan hizmetten memnun ve tatmin olmaları onların hizmeti tekrar satın almalarına neden olabilmektedir. Bu nedenle hastanelerin hizmet sunumunda bu durumu göz önünde bulundurmaları ve kurum-çalışan, kurum-tüketici ve çalışan-tüketici ilişkilerini güçlendirici uygulamalar yapmaları önerilebilir.

Tüketicilerin algılanan kalite hakkındaki değerlendirmeleri cinsiyet, medeni durum ve aylık gelir düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Araştırma bulgularına göre sadece yüksek gelir düzeyindeki tüketiciler hastane hizmetlerini kaliteli bulmaktadır. Bu sonuçta yüksek gelir düzeyine sahip kişilerin daha çok özel hastanelere yönelmelerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca araştırmada hizmet kalitesini oluşturan somutluk, güvenilirlik, cevap verebilirlik, güvence ve empati boyutlarına ilişkin ifadeler tüketicilerin

beklenti ve algıları temel alınarak ayrıntılı bir şekilde analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, hastaneler hizmet kalitesi ile ilgili boyutların hiç birisinde tüketici beklentilerini karşılayamamaktadırlar. Tüketicilerin hizmet aldıkları hastanenin donanımının modern olması, güvenilir olması ve özellikle hizmetlerini söz verdikleri zamanda yerine getirmeleri konusundaki beklentileri daha yüksektir. Ayrıca tüketiciler, hastanelerin kendilerine yeterince ilgi göstermediği kanaatini taşımaktadırlar. Dolayısıyla hastanelerin tüketici tatminini sağlamaları için tüketicilerin güvenini kazanacak, onların hafızalarında olumlu iz bırakacak uygulamalar yapmaları önerilebilir. Bu uygulamalara örnek olarak ise; hastanelerin modern tıbbi teknolojiye sahip olmaları, hasta ile sağlık çalışanları arasındaki iletişimin nasıl olması gerektiği konusunda hizmet içi eğitimlerin verilmesi, hastalara verilen randevu saatlerine sadık kalınması ve konforlu bir ortamın sağlanması verilebilir.

Hastanelerin hizmet kalitesi ile ilgili mülkiyet biçimine göre yapılan analiz sonucunda özel hastanelerin kamu hastanelerine göre tüketicilerinin beklentilerini karşılamada daha üstün olduğu, ancak genel olarak her iki gruba giren hastanelerin hizmet kaliteleri tüketici beklentilerini tam olarak karşılayamadıkları görülmüştür. Hizmet kalitesi boyutları bazında incelendiğinde ise, kamu hastaneleri hiçbir boyutta tüketici beklentilerini tam olarak karşılayamaz iken, özel hastaneler cevap verebilirlik ve empati boyutlarında tüketicilerinin beklentilerini karşıladıkları görülmüştür. Bu sonuçta, özel hastane çalışanlarının kişilerin hastaneye müracaatından çıkışına kadar ki süreçte gösterdiği özel ilginin etkisi olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla bu konuda kamu hastanelerine de, tedavi sürecinde bekleme sürelerinin azaltılması, hastalara özel ilgi gösterildiğinin hissettirilmesi ve onların ihtiyaçlarının ne olduğunun bilinmesi konusunda çalışmalar yapmaları önerilebilir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, tüketicilerin büyük bir bölümü sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmanın kendileri için önemli olduğunu ifade etmektedirler. Benzer şekilde sağlık hizmeti tüketicileri hizmet aldıkları hastanenin bölgesinde tanınmış bir hastane olmasının önemli olduğu görüşündedirler. Bu nedenle, hastanelerin tanınmışlığı ve markalaşmış ürün

kullanmaları tüketiciler tarafından tercih edilmelerinde önemli rol oynayan bir faktördür.

Araştırma ile ulaşılmak istenilen önemli sonuçlardan biri de, hastane marka değeri boyutlarının hastane marka değeri üzerindeki önem ve etki düzeylerinin göreceli olarak belirlenmesidir. Araştırmada, öncelikli olarak marka çağrışımı, marka farkındalığı, marka bağlılığı ve algılanan kalitenin hastane marka değerine doğrudan etkileri ele alınmıştır. Daha sonra da marka çağrışımı, marka farkındalığı ve marka bağlılığı boyutları, algılanan kaliteyi belirleyen ve etkileyen boyutlar olarak ele alınmış; dolayısıyla hastane marka değerine dolaylı etkileri sorgulanmıştır. Sonuçta, marka değeri boyutlarını oluşturan temel yapı taşlarından biri olan algılanan kalite, hastane marka değerinin temel belirleyicisi olarak modelde yer almıştır. Bu sonuçta, sunulan hizmetleri diğer hizmetlerden ayırmada önemli bir faktör olan diğer marka değeri boyutlarının algılanan kaliteyi olumlu yönde etkilemesi önemli olmuştur. Başka bir ifade ile algılanan kalitenin yüksek bulunmasında diğer marka değeri boyutları etkili olmuştur.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre hastane marka değerini doğrudan etkileyen boyutlar arasında en yüksek etkiye, algılanan kalite sahiptir. Marka değerinin, bir markanın hem soyut hem de somut kalite algısı ile belirlendiği yönündeki görüşler de algılanan kalitenin en temel hastane marka değeri belirleyicisi olduğunu teyit eder niteliktedir.

Araştırmada “hastanenin kişilerin inançlarına ve etnik kökenlerine saygılı davranması, şikâyetlerin dikkate alınması, teknolojik gelişmelere ayak uydurması, başarılı olması ve hastalara rakiplerine göre daha fazla önem vermesi” gibi ifadelerin yer aldığı marka çağrışımı boyutu hastane marka değeri boyutlarından algılanan kaliteden sonra ikinci yüksek etkiye sahip boyuttur. Ayrıca marka çağrışımı, marka farkındalığı ve marka bağlılığına göre hem algılanan kaliteye en fazla etki eden hem de algılanan kalite üzerinden hastane marka değerine en fazla dolaylı etkisi olan boyuttur. Dikkat çekici diğer bir sonuç, marka çağrışımının hastane marka değerine algılanan kalitenin üzerinden olan dolaylı etkisinin, doğrudan etkisinden daha yüksek olmasıdır. Bu sonuçlardan hareketle, hastanelerin, hastaların istek ve

beklentilerini dikkate alarak, onlara önem verildiğini hissettirmesinin tüketicilerdeki marka çağrışım düzeyini olumlu yönde etkileyeceği söylenebilir.

Araştırmada marka farkındalığının hastane marka değeri üzerinde doğrudan veya dolaylı anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Logo ve sloganların tüketiciler tarafından yeterince bilinmiyor olması da bu sonucu desteklemektedir. Hastanelerin marka değerlerini ön plana çıkaracak şekilde reklam yapmalarının kısıtlanmış olmasının bu sonucun çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle hastanelerin marka farkındalığını oluşturmak ve geliştirmek için çarpıcı logo ve sloganlar kullanmaları ve yeni hizmet alanlarına girdiklerinde kurumsal reklamcılık gibi aktiviteler ile müşterilerinin dikkatini çekecek faaliyetlerde bulunmaları önerilmektedir.

Hastane marka değerini etkileyen bir diğer boyut ise marka bağlılığıdır. Araştırmanın sonuçlarına göre marka bağlılığı algılan kalite ve marka çağrışımından sonra hastane marka değerini etkileyen üçüncü boyuttur. Markaya bağlı müşteriler oluşturmak ve bunu sürekli kılmamanın en büyük getirisi, yüksek değerde bir markaya sahip olmaktır. Hastane yöneticilerinin tüketicilerin hastaneye bağlılık düzeylerini geliştirmeleri bu bakımdan önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinde müşteri bağlılığı ihtiyaç duyulan hizmetten önemli düzeyde etkilenmekle birlikte, resepsiyon, tetkik, teşhis ve ev idaresi gibi süreçlerde sunulan kaliteli hizmet müşteri bağlılığını ve buna bağlı olarak hastane marka değerini olumlu yönde etkileyebilir.

Araştırmada genel hastane marka değeri modeli, hastanelerin mülkiyet biçimi esas alınarak özel sektör ve kamu hastaneleri için ayrı ayrı test edilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre algılanan kalite hem kamu hem de özel hastane marka değeri üzerinde çok önemli bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Ancak çalışmanın sonucunda ulaşılan dikkat çekici bir diğer sonuç, özel hastaneler için hastane marka değerine marka değeri boyutlarının doğrudan etkilerinin test edildiği modelde, marka çağrışımının algılanan kaliteden daha yüksek bir etkiye sahip olmasıdır. Başka bir ifade ile özel hastanelerde marka çağrışımının hastane marka değerini daha fazla etkilediği görülmüştür. Bu sonuçta özel hastanelerin toplumsal olaylarda

kamu hastanelerine göre daha etkili olmaları, kentin kalabalık bölgelerinde yer alan reklam panolarını kullanmaları ve yerel medyadan yararlanmaları sureti ile yaptıkları tanıtım faaliyetleri ve çalışanların tüketicilere daha olumlu bir tutum ve davranış geliştirmelerinin etkili olduğu söylenebilir.

Buna karşılık, algılanan kalite üzerinden test edilen modelde, algılanan kalitenin hem kamu hem de özel hastane marka değerlerini önemli ölçüde etkilediği görülmüştür. Marka değeri kaynağının müşterilerin algılarından oluştuğu dikkate alındığında, hastane yöneticilerinin müşteri kalite algılarını izleyip ölçmesi büyük önem arz etmektedir. Dolayısıyla hastane yöneticilerine hizmet sunum planlarını hazırlarken tüketicilerin algılama düzeylerini dikkate almaları ve bu algıyı geliştirici çalışmalar yapmaları önerilmektedir.

Bu araştırma ile hastane marka değeri üzerinde genel olarak marka değeri boyutları, özelde ise algılanan kalitenin etkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır. Hem genel hem de kamu ve özel ayırımı yapılarak test edilen modellerden elde edilen sonuçlar, yönetici ve araştırmacıların hastane marka değeri ve bu değeri oluşturan boyutları inceleyerek bir takım stratejik sonuçlara ulaşabileceklerini göstermektedir. Dolayısıyla hastane marka değeri hastane yönetiminde stratejik bir araç olarak kullanılabilir ve bu araçtan yararlanarak sağlık işletmeleri daha verimli, etkili ve kaliteli hizmet sunarak, müşteriler nezdinde olumlu imaj geliştirebilirler. Sonuç olarak tüketiciler tarafından olumlu algılanan marka değeri önemli bir rekabet unsuru olarak kullanılabilir.

Bu çalışma Sakarya il merkezinde faaliyet gösteren hastaneler ile sınırlı tutulmuştur. Dolayısıyla farklı bölge ve şehirlerde hizmet veren hastaneleri de kapsayacak şekilde bu türden çalışmaların tekrarlanması, farklı bölgelerdeki farklı hastanelerin karşılaştırılmasına imkân sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

AAKER, David A., JACOBSON, Robert; “The Financial Information Content of Perceived Quality”, **Journal of Marketing Research**, 1994, s. 191-201.

AAKER, David A.; “Managing Assets and Skills: The Key to a Sustainable Competitive Advantage”, **California Management Review**, 1989, s.91-106.

AAKER, David A.; “Measuring Brand Equity Across Products and Markets”, **California Management Review**, Vol. 38, No.3, 1996b, s.102-120.

AAKER, David A.; **Managing Brand Equity: Capitalizing on the Value of a Brand Name**, The Free Press, 1991.

AAKER, David, A; **Building Strong Brands**, New York, The Free Press, 1996a.

AAKER, Jennifer L.; “Dimensions of Brand Personality”, **Journal of Marketing Research**, Vol. 34, No. 3, 1997, s. 347-356.

ABRAHAMS, David; **Brand Risk: Adding Risk Literacy to Brand Management**, Gower, 2008.

AK, Bilal; **Hastane Yöneticiliği**, Özkan Matbaacılık, Ankara, 1990.

AKBOLAT, Mahmut; “Türkiye Sağlık Sektöründe Rekabet Stratejileri: Hastaneler Üzerine Bir Araştırma”, **Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Sakarya, 2009.

AKIN, M. ve AVCILAR M. Y.; “Tüketici Temelli Marka Değeri Kavramı”, **Pazarlama Dünyası Dergisi**, Şubat sayısı, 2007, s. 39-46.

AKINCI, Serkan, İNAN ATILGAN, Eda, AKSOY, Şafak, BÜYÜKKÜPCÜ, Aslıhan; “Pazarlama Literatüründe Hizmet Kalitesi Kavramının Dünü ve Bugünü”, **H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt. 27, Sayı. 2, 2009, s. 61-82.

AKSOY, Ramazan; “Zonguldak'ta Ayakta Tedavi Tüketicilerinin Sağlık Hizmeti Kalite Değerlemesi”, **ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi**, 1(1), 2005, s. 91-104.

AKTEPE, Cemalettin, BAŞ, Mehmet; “Marka Bilgisi Sürecinde Marka Farkındalığı ve Algılanan Kalite (Beklenti) İlişkisi ve GSM Sektörüne Yönelik Bir Analiz”, **G.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 10(1), 2008, s.81-96.

AKTUĞLU, Işıl Karpaz; “Pazarlama Stratejileri İçinde Marka Değeri ve Önemi”, **TMMOB Makine Mühendisleri Odası Marka Yönetimi Sempozyumu**, 14-15 Nisan, Gaziantep, 2005.

ALKİBAY, Sanem; “Profesyonel Spor Kulüplerinin Taraftar İlişkileri Yoluyla Marka Değeri Yaratmaları Üzerine Bir Araştırma”, **Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 23, Sayı: 1, Haziran 2005, s. 83-108.

ALPUGAN, Oktay, HAFTACI Vasfi; “Muhasebe Uygulama Genel Tebliğine Göre Hastane İşletmelerinde Maliyet Hesaplarının İşleyişi”, **Hastane İşletmeciliği: Seçme Yazılar**, Editör, Hikmet Seçim, Eskişehir, 1995, s.271–297.

ALTUNIŞIK, Remzi, ÇALLI, Levent; “Plansız Alışveriş ve Hazcı Tüketim Davranışları Üzerine Bir Araştırma. Satınalma Karar Sürecinde Bilgi Kullanımı”, **3. Ulusal Bilgi Ekonomi ve Yönetim Kongresi**, 2004, s. 231-239.

ALTUNIŞIK, Remzi, COŞKUN, Recai, BAYRAKTAROĞLU, Serkan, YILDIRIM, Engin; **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı**, Sakarya Kitabevi, Sakarya, 2005.

AMINE, Abdelmajid; “Consumers’ true brand loyalty: the central role of commitment”, **Journal of Strategic Marketing**, 6, 1998, s. 305-319.

ANDALEEB, Syed Saad, SIDDIQUI, Nazlee, KHANDAKAR, Shahjahan; “Patient satisfaction with health services in Bangladesh”, **Health Policy and Planning**, 22, 2007, s. 263–273.

ANDERSON, Elizabeth A.; "Measuring Service Quality At a University Health Clinic", **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 8, No. 2, 1995, s. 32-37.

- ANDERSON, Eugene W., FORNELL, Claes, LEHMANN, Donald R.; "Customer Satisfaction, Market Share and Profitability: Findings from Sweeden", **Journal of Marketing**, 1994, s. 53-66.
- APAYDIN, Fahri; "Sağlık İşletmelerinde Marka Yönetimi", **Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi**, Edit. Ali ÇOŞKUN ve Ahmet AKIN, Seçkin, 2009.
- AR, Aybeniz Akdeniz; **Marka ve Marka Stratejileri**, Nobel Yayın Dağıtım, 2. Basım, Ankara, 2007.
- ARMUTLU, Can, ÜNER, Mithat M.; "Benlik İmajı Uyumu, Tüketici Tatmini ve Marka Sadakati İlişkisi Üzerine Görgül Bir Araştırma", **Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt 11, Sayı 3, 2009, s. 1-26.
- ASLANTEKİN, Filiz, GÖKTAŞ, Bayram, ULUŞEN, Mesude, ERDEM, Ramazan; "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği", **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 2(6), 2007, s.55–71.
- ATAN, Murat, BAŞ, Mehmet, TOLON Metehan; "Servqual Analizi ile Migros ve Gima Süpermarketlerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Alan Çalışması", **Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, 7(2), 2006, s. 159-180.
- ATILGAN, Eda; "**Marka Değeri Belirleyicilerinin Uluslararası Analizi**" Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2005.
- AVCI, Umut, SAYILIR, Ali; "Hizmet Kalitesi Çerçevesinde Çalışanların Rolüne ve Yeterliliklerine İlişkin Karşılaştırmalı Bir İnceleme", **G.Ü. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Sayı:1, 2006, s.23–48.
- BABAKUŞ Emin, MONGOLD W. Glynn; "Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation", **Health Services Research**, 26:6, 1992, s.767–786.
- BABAKUŞ, Emin, BIENSTOCK, Carol C., SCOTTER, James R. Van; "Linking Perceived Quality and Customer Satisfaction to Store Traffic and Revenue Growth", **Decision Scienses**, Vol. 35, No.4, 2004, s.713-737.
- BAGGS, Scott C., KLEINER, Brian H.; "How to measure customer service effectively", **Managing Service Quality**, Vol. 6, No. 1, 1996, s. 36-39.

- BAL, Hüseyin, **Bilimsel Araştırma Yöntem ve Teknikleri**, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Basımevi, SDÜ yayın no:20, 2001.
- BARLI, Önder; **Davranış Bilimler ve Örgütlerde Davranış**, Genişletilmiş ve Geliştirilmiş 4. Baskı, Aktif Yayınevi, Erzurum, 2010.
- BATEY, Mark; **Brand Meaning**, Roudledge, Taylor&Francis Group, 2008.
- BAYDAŞ, Abdulvahap, ÇAKMAK, Ali Çağlar; “Marka ve Markanın Finansal Değerini Oluşturma Çabaları: Dış Ticaret Firmalarında Amprik Bir Uygulama”, **9. Ulusal Pazarlama Kongresi Bildiri Kitabı**, Gazi Üniversitesi, Ankara, 2004. s.217-236.
- BELL, Sandra; **International Brand Management of Chinese Companies**, Physica-Verlag, A Springer Company, 2008.
- BERRY, Leonard L., SELTMAN, Kent D.; “Building a strong services brand: Lessons from Mayo Clinic”, **Kelley School of Business**, 50, 2007, s. 199-209.
- BERRY, Leonard L.; “Cultivating Service Brand Equity”, **Journal of the Academy of Marketing Science**, 28 (1), 2000, s. 128-137.
- BERWICK, Donald M.; “Toward an Applied Technology for Quality Measurement in Health Care”, **Medical Desicion Making**, 8 (4), 1988, s.253-261.
- BİNBAŞIOĞLU, Cavit, BİNBAŞIOĞLU, **Etkin; Endüstri Psikolojisi**, Gül Yayınevi, Ankara, 1992.
- BİR, Ali Atif; “Konumlandırma-Reklam Stratejisi”, **Pazarlama Dünyası Dergisi**, Yıl: 2, Sayı 10, İstanbul, Temmuz-Ağustos 1998, s. 21-29.
- BITNER, Mary Jo, BOOMS, Bernard H., TETREAUULT, Mary Stanfield; “Diagnosing Favorable and Unfavorable Incidents”, **The Journal of Marketing**, Vol. 54, No. 1, 1990, s. 71-84.
- BLUMENTHAL, David; “Quality of Health Care: Part 1: Quality of Care-What Is It?”, **The New England Journal of Medicine**, Vol.335, No,12, 1992, s.891–894.

BOHRER, Monty F.; “**Discriminant Analysis of Aaker’s Brand Equity Model on Top-Of-Mind Awareness/Brand Preference Congruence In Prospective Hospital Patients**”, Anderson University, Doctor of Business Administration, 2007.

BOLTON, Ruth N., LEMON, Katherine N.; “A Dynamic Model of Customers’ Usage of Services: Usage as an Antecedent and Consequence of Satisfaction”, **Journal of Marketing Research**, 36(2), 1999, s. 171-186.

BOPP K.D.; “How patients evaluate the quality of ambulatory medical encounters: a marketing perspective”, **J Health Care Mark**, 10:1990, s. 6-15.

BRAND, R. Richard, CRONIN, J. Joseph, ROUTLEDGE, Jeffrey B., “Marketing to Older Patients: Perceptions of Service Quality”, **Health Marketing Quarterly**, Vol. 15(2), 1997, s.1-31.

BROWN, Lori DiPrete, FRANCO, Lyne Miller, RAFEH, Nadwa, HATZELL, Theresa; “Quality Assurance of Health Care In Developing Countries” **Quality Assurance Methodology Refinement Series, Quality Assurance Project**, USA, 1992.

BROWN, Stephen W., SWARTZ, Teresa A.; “A Gap Analysis of Professional Service Quality”, **Journal of Marketing**, Vol. 53 No. 4, 1989, s. 92-98.

BUIL, Isabel, CHERNATONY, Leslie de, MARTINEZ, Eva; “A cross-national validation of the consumer-based brand equity scale”, **Journal of Product & Brand Management** 17/6, 2008, s. 384–392.

BURSALI, Osman Barlas; “**Marka Değerinin Tespiti ve Denizli Tekstil Sektörü Üzerinde Uygulanması**”, Ankara, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2007.

BÜYÜKÖZTÜRK, Şener; **Sosyal Bilimler İçin Veri Hazırlama El Kitabı**, Pegem A Yayıncılık, Ankara, 2003.

BYRNE, Barbara M; **Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Application, and Programming**. Second Edition, Routledge, New York, 2009.

CHENG, Shou-Hsia, WEI, Yu-Jung, CHANG; "Quality Competiton among Hospitals: The Effects of Perceived Quality and Perceived Expensiveness on Health Care Consumers", **American Journal of Medical Quality**, Vol. 21, No. 1, 2006, s. 68-75.

CHILDERS, Terry L., CARR, Christopher L., PECK, Joann, CARSON, Stephen; "Hedonic and Utilitarian Motivations for Online Retail Shopping Behavior", **Journal of Retailing**, Vol. 77, 2001, s. 511-535.

CHOI, Kui-Son, LEE, Hanjoon, KIM, Chankon, LEE, Sunhee; "The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service", **The Journal of Services Marketing**, 19(3), 2005, s.140-149.

CHOWDHURY, Muslem Uddin; "Customer Expectations And Management Perceptions In Healthcare Services Of Bangladesh: An Overview", **Journal of Services Research**, Volume 8, Number 2, 2008, s.121-140.

CHUEH, Ting-Yu, KAO, Danny T.; "The Moderating Effects of Consumer Perception to the Impacts of Country-of-Design on Perceived Quality", **The Journal of American Academy of Business**, Cambridge, March 2004, s. 70-74.

CLARK, Paul Alexander, WOLOSIN, Robert J., GAVRAN, Goran; "Customer Convergence: Patients, Physicians, and Employees Share in the Experience and Evaluation of Healthcare Quality", **Health Marketing Quarterly**, Vol. 23, No. 3, 2006, s. 79-99.

COBB-WALGREN, Cathy J., RUBLE, Cynthia A., DONTU, Naveen; "Brand Equity, Brand Preference, and Purchase Intent", **Journal of Advertising**, Vol. 24, No.3, 1995, s. 25-40.

CORBIN, Christopher L., KELLEY, Scott W., SCHWARTZ, Richard W.; "Concepts in service marketing for healthcare professionals", **The American Journal of Survey**, 181, 2001, s. 1-7.

CRONIN, J. Joseph, TAYLOR, "Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality", **The Journal of Marketing**, Vol. 58, No 1, 1994, s. 125–131.

CRONIN, J. Joseph, TAYLOR, Steven A.; "Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension", **The Journal of Marketing**, Vol. 56, No 3, 1992, s. 55–68.

ÇATI, Kahraman, ŞAHİN, Süleyman; "Perakendecilik Hizmetlerinde Kalite", **Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, 25 (2), 2007, s.129–149.

DAVIS, Donna F., GOLICIC, Susan L., MARQUARDT, Adam J.; "Branding a B2B service: Does a brand differentiate a logistics service provider?", **Industrial Marketing Management**, 37, 2008, s. 218-227.

DE CHERNATONY, Leslie, DRURY, Susan, SEGAL-HORN, Susan; "Identifying and sustaining services brands' values", **Journal of Marketing Communications**, 10: 2, 2004, s. 73-93.

DEAN, Alison M.; "The Applicability of SERVQUAL in Different Health Care Environments", **Health Marketing Quarterly**, 16: 3, 1999, s. 1-21.

DELGADO-BALLESTER, Elena, MUNUERA-ALEMAN, Jose Luis; "Does brand trust matter to brand equity?" **Journal of Product & Brand Management**, 14 (3), 2005, s. 187-196.

DEVEBAKAN, Nevzat, AKSARAYLI, Mehmet; "Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması", **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt. 5, Sayı: 1, 2003, s.38-54.

DEVEBAKAN, Nevzat; "Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite", **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt 8, Sayı:1, 2006, s. 120-149.

DONABEDIAN, Avedis; "The Process of Quality Assurance", **Hacettepe Journal of Health Administration**, 1(1), 1992, s.17–52.

DOYLE, Peter, **Değer Temelli Pazarlama: Şirketinizi Büyütmek ve Hissedar Değeri Yaratmak İçin Pazarlama Stratejileri**, Çev. Yrd. Doç. Dr. Gülfidan Barış, Kapital Medya Hizmetleri, 2. baskı, İstanbul, 2004.

DPT (Devlet Planlama Teşkilatı), **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, DPT: 2561, ÖİK: 577, Ankara, 2001, <http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik/oik577.pdf>. 8.

- DUGGIRALA, Mayuri, RAJENDRAN, Chandrasekharan, ANANTHARAMAN, R.N.; "Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare", **Benchmarking: An International Journal**, Vol. 15, No.5, 2008, s.560-583.
- ELİTOK, Bülent; **Hadi Markalaşım**, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 2003.
- ERCİŞ, Aysel, YAPRAKLI, Şükrü, CAN, Polat, YILMAZ, M. Kemal; "Tüketicilerin Markaya İlişkin Hedonik ve Faydacı Algılamalarının Marka Değeri Boyutlarına Etkisi: Ulusal ve Global Markalar Üzerine Karşılaştırmalı Bir Uygulama", **14. Ulusal Pazarlama Kongresi Bildiriler Kitabı**, 14-17 Ekim 2009, s. 12-34.
- ERDEM, Ramazan, RAHMAN, Süheyla, AVCI, Levent, DEMİREL, Bülent, KÖSEOĞLU, Seda, FIRAT, Gülhan, KESİCİ, Tuğba, KIRMIZIGÜL, Şule, ÜZEL, Seda, KUBAT, Cemile; "Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi", **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Sayı 31, Temmuz-Aralık 2008, s.95-118.
- ERDİL, T. Sabri, UZUN, Yeşim; **Marka Olmak**, Beta Basım Yayım, 1. Baskı, İstanbul, 2009.
- ERDOĞAN, İlhan; **İşletmelerde Personel Seçimi ve Başarı Değerleme Teknikleri**, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayın No:248, İstanbul. 1991.
- ERSEN, Haldun; **Toplam Kalite ve İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi: Verimli ve Etkin Olmanın Yolu**, Sim Matbaacılık, 2. Basım, İstanbul. 1997.
- ERSÖZ, Süleyman, PINARBAŞI, Mehmet, TÜRKER, A. Kürşad, YÜZÜKIRMIZI, Mustafa; "Hizmet Kalitesinin Servqual Metodu İle Ölçümü ve Sonuçlarının Yapısal Eşitlik Modelleri İle Analizi: Öğretmen Evi Uygulaması", **Int. J. Eng. Research & Development**, Vol. 1, No.1, 2009, s.19-27.
- ESCH, F.R.; **Markenwertmessung**, in: Herrmann, A.; **Hamburg. C. Marktforschung: Methoden-Anwendungsbeispiele-Praxisbeispiele Wiesbaden**: Gabler, S., 1999, s. 981-1023.
- FAIRCLOTH, James B.; "Factors Influencing Nonprofit Resource Provider Support Decisions: Applying The Brand Equity Concept to Nonprofits", **Journal of Marketing**, Summer 2005, s.1-15.
- FARQUHAR, Peter H.; "Managing Brand Equity", **Marketing Research**, September 1989, s. 24-33.

FERGUSON, Ronald J., PAULIN, Michele, LEIRIAO, Elizabeth; "Loyalty and Positive Word-of-Mouth: Patients and Hospital Personnel as Advocates of a Customer-Centric Health Care Organization", **Health Marketing Quarterly**, Vol.23, No.3, 2006, s.59-77.

FLEXNER, William A., BERKOWITZ, Eric N.; "Marketing Research in Health Services Planning: a Model", **Public Health Reports**, Vol. 94, No. 6, 1979, s. 503-513.

FRANZEN, Giep; **Reklamın Marka Değerine Etkisi**, Çev: Fevzi Yalım, MediaCat Kitapları, Kapital Medya Hizmetleri A.Ş., İstanbul, 2002.

FRIEDRICH, Harvey, WITT, Jerome; "Consumer Product Branding Strategy and the Marketing of Physician' Services", **Health Marketing Quarterly**, Vol.13, No.2, 1996, s.87-98.

GABBOTT, Mark, HOGG, Gillian; "Uninformed Choice: Investigation of evaluative criteria in U.K. primary health care uncovers market segments, but no one to target them", **Journal of Health Care Marketing**, Vol. 14 No. 3, 1994, s. 28-33.

GIL, R. Bravo, ANDRE'S E. Fraj, SALINAS, E. Martinez; "Family as a source of consumer-based brand equity", **Journal of Product & Brand Management**, 16/3, 2007, s. 188–199.

GREENAWALT, Bethann J.; "Can branding curb burnout?", **Nursing Management**, 32 (9), 2001, s. 26-31.

GREWAL, Dhruv; "Product Quality Expectations: Towards An Understanding of Their Antecedents and Consequences," **Journal of Business and Psychology**, 9 (Spring), 1995, s.225- 240.

GRÖNROOS, Christian, "Marketing services: the case of a missing product", **Journal of Business & Industrial Marketing**, Vol:13 No. 4/5, 1998, s.322-338.

GRÖNROOS, Christian; "A Service Quality Model and its Marketing Implications", **European Journal of Marketing**, 18(4), 1984, s.36-44.

GÜRBÜZ, Esen, BÜYÜKKEKLİK, Arzum, AVCILAR, Mutlu Yüksel, TOKSARI, Murat; “Algılanan Hizmet Kalitesinin Tatmin ve Davranışsal Niyet Üzerine Etkisi: Niğde İlindeki Süper Marketler Üzerine Ampirik Bir Çalışma”, **Ege Akademik Bakış**, 8(2), 2008, s.785–812.

GÜREDİN Ersin; **Denetim**, Avcıol Matbaası, Muhasebe Enstitüsü yayın No:50, İstanbul, 1987.

HAIR, J., ANDERSON, R.E., TAHTAM, R.L., BLACK, W.C.; **Multivariate Data Analysis**, Fifth Edition, Prentice Hall Inc, New Jersey, U.S.A. 1998.

HAMMERSCHMIDT, Maik; **Effizienzanalyse im Marketing**, Deutscher Universitäts-Verlag, GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, 2006.

HAMMOND, James; **Branding Your Business; promoting your business, attracting customers and standing out in the market place**, Kogan Page, 2008.

HAYWOOD-FARMER, John, STUART, F. Ian; “An Instrument to Measure the ‘Degree of Professionalism’ in a Professional Service”, **Service Industries Journal**, Vol. 10, No. 2, 1990, s. 336-347.

HEADLEY, Dean E., MILLER, Stephen; “Measuring Service Quality and Its Relationship to Future Consumer Behavior”, **Journal of Health Care Marketing**, 13(4), 1993, s.32-42.

HELLRIEGEL, Don, SLOCUM, John W., WOODMAN, Richard W.; **Organizational Behavior**, New York, 1986.

HELMINEN, Sari Elita; “Quality of care provided for young adults and adolescents in the Finnish public oral health service”, **Academic Dissertation**, Helsinki 2000.

HELVACI, Akif M.; “Performans Yönetimi Sürecinde Performans Değerlendirmenin Önemi”, **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi**, Cilt. 35, Sayı. 1-2, 2002, s. 155-169.

HICKS, Nancy J.; “From Ben Franklin to Branding: The Evolution of Health Services Marketing”, **Branding Health Services: Defining Yourself in the Marketplace**, Edit. Gil BASHE, Nancy J. HICKS, Aspen Publishers, Gaithersburg, Maryland, 2000, s. 1-18.

HILL, Sam, RIFKIN, Glenn; **Radikal Marketing**, (Çeviren: Kıvanç Kutmandu), MediaCat Kitapları, Ankara, 2001.

ISBRECHT, Henning; **Die Messung der Markenstärke zum Aussagewert alternativer Ansätze Studienarbeit**, GRIN Verlag, 2008.

JACOBSON, Robert, AAKER, David A.; "The Strategic Role of Product Quality", **Journal of Marketing**, 1987, s. 31-44.

JAIPAUL C.K., ROSENTHAL G. E.; "Do hospitals with lower mortality rate have higher patient satisfaction? A regional analysis of patients with medical diagnoses", **Am J. Med Qual**, 2003; 18: 59–65.

JOHNSON, Anne, BAUM, Fran; "Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion", **Health Promotion International**, Oxford University Press, Vol. 16, No.3, 2001.

JUCAITYTE, Indre, VIRVILAITE, Regina; "Integrated Model of Brand Valuation", **Economics and Management**, 12, ISSN 1822-6515, 2007, s. 376-383.

KAPFERER, Jean-Noël; **The New Strategic Brand Management; Creating And Sustaining Brand Equity Long Term**, 4 th Ed., Kogan Page, 2008.

KARDEŞ, Semra; "Gençliğin Spor Ayakkabı Satın Almasında Tercihlerinin Belirlenmesi", **Pazarlama Dünyası Dergisi**, 5(26), 1991.

KARTONO, Benjamin, RAO, Vithala R.; "Linking Consumer-Based Brand Equity to Market Performance: An Integrated Approach to Brand Equity Management", **Zyman Institute of Brand Science Report**, November 2005.

KAVUNCUBAŞI, Şahin; **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000.

KAYA, Sıdıka, YİĞİT, Çetin, PEKER, Suat, CANKUL, H. İbrahim; "Bir Askeri Hastanenin Dahiliye Polikliniğini Kullanan Hastaların Kalite Algıları", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 6, Sayı 1, 2003, s.89-113.

KAYA, Sıdıka; **Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme**, Pelikan Yayınları, Nisan 2005.

KEHRER, Rico; **“Service Branding; Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten des Aufbaus innerer Markenbilder für Dienstleistungen am Beispiel des Telekommunikationsmarktes”**, Universität St. Gallen, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Frankfurt am Main 2005.

KELLER Kevin Lane; **Strategic Brand Management: Building, Measuring and Managing Brand Equity**, 2.edition, New Jersey, Prentice Hall, 2003.

KELLER, Kevin Lane; “Conceptualizing, Measuring, and Managing Customer-Based Brand Equity”, **Journal of Marketing**, Vol. 57, No.1, 1993, s. 1-22.

KELLER, Kevin Lane; “The Brand Report Card: The world’s strongest brands share ten attributes. How does your brand measure up?”, **Harvard Business Review**, January-February 2000, s. 147-157.

KILBOURNE, William E., DUFFY, Jo Ann, DUFFY, Michael, GIRARCHI, George; “The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality”, **The Journal of Services Marketing**, Vol. 18, No.7, 2004, s. 524-533.

KIM, Kyung Hoon, KIM, Kang Sik, KIM, Dong Yul, KIM, Jong Ho, KANG, Suk Hou; “Brand equity in hospital marketing”, **Journal of Business Research**, 61, 2008, s. 75-82.

KIM, Woo-Gon, JIN-SUN, Bongran, KIM, Hyun Jeong; “Multidimensional Customer-Based Brand Equity and Its Consequences in Midpriced Hotels”, **Journal of Hospitality & Tourism Research**, Vol. 32, No. 2, 2008, s. 235-254.

KIRDAR, Yalçın; “Marka Stratejilerinin Oluşturulması; Coca-Cola Örneği”, **Review of Social, Economic & Business Studies**, Vol.3(4), 2003. s. 233-250.

KOÇAK, Akın, ÖZER, Alper; “Marka Değeri Belirleyicileri: Bir Ölçek Değerlendirmesi”, **9. Ulusal Pazarlama Kongresi Bildiri Kitabı**, Gazi Üniversitesi, Ankara, 2004. s.191-203.

KONIECZNY, Gordon; "Die Messung Und Steigerung Der Qualität Von Dienstleistungen In Der Flugzeugkabine– Ein Beitrag Zur Kundenorientierten Flugzeugentwicklung", Technische Universität Berlin, **Yayımlanmamış Doktora Tezi**, Berlin und Frankfurt am Main, 2001.

KÖROĞLU, Ertuğrul; **Sağlık Mevzuatı**, 2. Baskı Ankara. 1987.

KOTLER, Philip, KELLER, Kevin Lane; **Marketing Management**, 12th Edition, Pearson Education Inc., Upper Saddle River, New Jersey, 2006.

KOTLER, Philip, LOWITZ, Joelshal, STEVENS, Androbert J.; **Strategic Marketing For Health Care Organizations: Building a Customer-Driven Health System**, Published by Jossey-Bass, San Francisco, 2008.

KOTLER, Philip; **Marketing Management**, Millenium Edition, Pearson Custom Publishing, 2001.

KRISHNAN Balaji C. HARTLINE Michael D.; "Brand equity: is it more important in services?", **Journal Of Services Marketing**, Vol. 15, No. 5, 2001, s. 328-342.

KURTULDU, Hüseyin, ÇİLİNGİR, Zühal; "Gerçek ve İdeal Öz Kimlik Uyumunun Marka Sadakati Üzerindeki Etkisi: Sigara Sektöründe Bir Uygulama", **Atatürk University Journal of Economics&Administrative Sciences**, 23(1), 2009, s. 247–260.

KURTULMUŞ, Sevgi; **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998.

KURTULUŞ, Kemal; **Pazarlama Araştırmaları**, Genişletilmiş 7. Basım, Literatür Yayıncılık, İstanbul, 2004.

LASSAR, Walfried, MITTAL, Banwari, SHARMA, Arun; "Measuring customer-based brand equity", **The Journal of Consumer Marketing**, Vol. 12, No. 4, 1995, s. 11-19.

LEE, S., CHO, W. H., CHOI, K. S., KANG, M.; "Comparative Analysis of Models for Measuring Consumer Satisfaction in Health Care Organization", **Korean J. Prev Med.**, 34 (1), 2001, s. 55-60.

LEHTINEN, Uolevi, LEHTINEN, Jarmor, R.; "Two Approaches to Service Quality Dimensions", **The Service Industries Journal**, Vol. 2, No.3, July 1991, s. 287-303.

- LIM, Puay Cheng, TANG, Nelson K.H.; “A Study of Patients’ Expectations and Satisfaction in Singapore Hospitals”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 13(7), 2000, s.290-299.
- LIN, Deng-Juin, SHEU, Ing-Cheau, PAI, Jar-Yuan, BAIR, Alex, HUNG, Che-Yu, YEH, Yuan-Hung ve CHOU Ming-Jen; “Measuring Patient's Expectation and the Perception of Quality in LASIK Services”, **Health and Quality of Life Outcomes**, 7: 2009, s. 63-70.
- LIN, Heng-Ching, XIRASAGAR, Sudha ve LADITKA James N.; “Patient Perceptions of Service Quality in Group Versus Solo Practice Clinics”, **International Journal for Quality in Health Care**, 16(6), 2004, s. 437-445.
- LOEHLIN, John C.; Latent Variable Models; an Introduction to Factor, Path, and Structural Equation Analysis, Fourth Edition, Lawrence Erlbaum Associates, London, 2004.
- MANGINI, Mary Kate; “Branding 101”, **Marketing Health Research**, Fall 2002, s. 20-23.
- MANGOLD, W. Glynn, BABAKUŞ, Emin; “Monitoring Service Quality”, **Review of Bussiness**, 11(4), 1990, s.21-33.
- MARANGOZ, Mehmet; “Marka Değeri Algılamalarının Marka Yayılmaya Etkileri”, **Ege Akademik Bakış**, 7 (2), 2007, s.459–483.
- MARKALARIN KORUNMASI HAKKINDAKİ 556 SAYILI KANUN HÜKMÜNDEKİ KARARNAME, **Resmi Gazete**, No: 22326, 1995.
- MENDERES, Münevver, ERSOY, Korkut; “Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi”, **Hastane İşletmeciliği: Seçme Yazılar**, Editör: Hikmet Seçim, Eskişehir, 1995, s.43–72.
- MENDERES, Münevver; “Sağlık Kurumlarında Muhasebenin Önemi”, **Hastane İşletmeciliği: Seçme Yazılar**, Editör: Hikmet Seçim, Eskişehir, 1995, s.311–327.
- MIYAUCHI, Ikuo; **Japonya’da Kalite Yönetimi**, (Çeviren: Salim Atay) Seminer Notları, 21–23 Haziran 1999 İstanbul Lütfi Kırdar Uluslararası Kongre ve Sergi Sarayı, İstanbul, 1999.

MORRISON, Mark, MURPHY, Tom, NALDER, Craig; “Consumer Preferences for General Practitioner Services”, **Health Marketing Quarterly**, 20: 3, 2003, s. 3-19.

MYERS, Chris A.; “Managing brand equity: a look at the impact of attributes”, **Journal of Product & Brand Management**, 12(1), 2003, s.39-51.

NA, Woonbong, SON, Youngseok, MARSHALL, Roger; “Why Buy Second-best? The Behavioral Dynamics of Market Leadership”, **Journal of Product and Brand Management**, Vol.16, No.1, 2007, s.16-22.

NAKİP, Mahir; **Pazarlama Araştırmaları: Teknikler ve (SPSS Destekli) Uygulamalar**, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2003.

NELSON, E.C., LARSON, C.O., HAYS, R.D., NELSON, S.A., WARD, D., BATALDEN, P; “The Physician and Employee Judgment System: Reliability and Validity of a Hospital Quality Measurement Method”, **Quality Review Bulletin**, 18 (9), 1992, s.284-292.

ODABAŞI, Yavuz, BARIŞ, Gülfidan; **Tüketici Davranışı**, 4. Baskı, MediaCat Akademi, 2002.

ODABAŞI, Yaşar; **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2001.

OLIVER, Richard L.; “Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Settings”, **Journal of Retailing**, Vol.57, No 3, 1981, s.25-48.

ONKVISIT, Sak, SHAW, John J.; “Service Marketing: Image, Branding, and Competition”, **Business Horizons**, 13-18, January-February 1989.

ORHANER, Emine; “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, **G.Ü. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Sayı:1, 2006, s.1–22.

ÖZDAMAR, Kazım, **Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi**, Kaan Kitabevi, Eskişehir, 1999.

ÖZEVREN, M; **Toplam Kalite Yönetimi: Temel Kavramlar ve Uygulamalar**, Alfa Yayınları, İstanbul, 1997.

- ÖZNALBANT, Zehra; **Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü ve Bir Uygulama**, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayını, No:77, Afyonkarahisar, 2010.
- PALUMBO, Fred, HERBIG, Paul; "The Multicultural Context of Brand Loyalty", **European Journal of Innovation Management**, Vol. 3, No. 3, 2000, s. 116-124.
- PAPPU, Ravi, QUESTER, Pascale G., COOKSEY, Ray W.; "Consumer-based brand equity: improving the measurement – empirical evidence", **Journal of Product & Brand Management**, 14/3, 2005, s. 143-154.
- PARASURAMAN, A., ZEITHAML Valarie A., BERRY, Leonard L.; "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality", **Journal of Retailing**, Vol. 64, No.1, 1988, s.12-40.
- PARASURAMAN, A., ZEITHAML Valarie A., BERRY, Leonard L.; "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality." Technical Report, Report no. 86-108, **Marketing Science Institute**, Cambridge, MA, 1986.
- PARASURAMAN, A., ZEITHAML, Valarie A., BERRY, Leonard L; "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", **Journal of Marketing**, Vol. 49, No. 4, 1985, s.41-50.
- PEKER, Ömer; "Toplam Kalite Yönetimi", **Amme İdaresi Dergisi**, 26 (1), 1993, s.197–215.
- PERRY, Alycia, WISNOM, David; **Before the brand: creating the unique DNA of an enduring brand identity**, Professional Publishing, McGraw-Hill, New York, 2003.
- PETROMILLI, Michael, MICHALCZYK, Dorothy; "Your Most Valuable Asset: Increasing the value of your hospital through its brand", **Marketing Health Services**, 19(2), 1999, s. 4-9.
- PEYROT, Mark, COOPER, Philip D., SCHNAPH, Donald; "Consumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services", **Journal of Health Care Marketing**, Winter, 1993, s. 24-31.

PILIGRIMIENE, Zaneta, BUCIUNIENE, Ilona; “Different Perspectives on Health Care Quality: Is the Consensus Possible?”, **Economics of Engineering Decisions**, No 1(56), 2008, s.104–110.

PITTA, Dennis A., KATSANIS, Lea Prevel; “Understanding brand equity for successful brand extension”, **Journal of Consumer Marketing**, Vol. 12, No. 4, 1995, s. 51-64.

PRINGLE, Hamish, FIELD, Peter; **Brand Immortality; How Brands Can Live Long and Prosper**, Kogan Page Limited, United States, 2008.

QIN, Hong; **Links Among Perceived Service Quality, Patient Satisfaction and Behavioural Intentions in the Urgent Care Industry: Empirical Evidence From College Students**, University of North Texas Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2009.

RAGGIO, Randle D. ve LEONE, Robert P.; “The Theoretical Separation Of Brand Equity and Brand Value: Managerial Implications for Strategic Planning” **Brand Management** Vol. 14, NO. 5, 2007, s. 380–395.

RAMSARAN-FOWDAR, Rooma Roshnee; “The relative importance of service dimensions in a healthcare setting”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, (21)1, 2008, s.104-124.

RESMİ GAZETE, **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**, Kanun no: 224, 12.01.1961 / 10705.

ROHINI, R., MAHADEVAPPA, B.; “Service Quality in Bangalore Hospitals – An Empirical Study”, **Journal of Services Research**, 6: 1, 2006, s. 59-84.

RUST, Roland T., ZEITHAML, Valarie A., LEMON, Katherine N.; “Customer-Centered Brand Management”, **Harvard Business Review**, 82(9), September 2004, s. 110-118.

SB (T.C. Sağlık Bakanlığı); **I. Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları**, Ankara, 1992.

SB (T.C. Sağlık Bakanlığı); **Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği**, 13.1.1983 tarih ve 17927 mükerrer sayılı Resmi Gazete, Yapılan Değişiklikler için 05/05 2005 tarih ve 25806 sayılı Resmi Gazete, Ankara, 1983.

SCHMIT, Anne, M.; “Measuring Service Quality: is SERVQUAL now Redundant?”, **Journal of Marketing Management**, 11, 1995, s. 257-276.

SCHULTZ, Don E.; “The Loyalty Paradox; what is brand loyalty after all?” **Marketing Management**, 14(5), 2005, s. 10-11.

SEÇİM, Hikmet; **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu: Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi**, İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yayınları, İstanbul, 1991.

ŞİMŞEK, Ömer Faruk, **Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: Temel İlkeler ve Lisrel Uygulamaları**, Ekinoks, Ankara, 2007.

SNOJ, Boris; “Measurement of the Services Quality from the Customers Perspective”, **Systems Research**, Vol. 11, No. 1, 1994, s.155-165.

SPAKE, Deborah F., BISHOP, John S.; “The Impact of Perceived Closeness on the Differing Roles of Satisfaction, Trust, Commitment, and Comfort on Intention to Remain with a Physician”, **Health Marketing Quarterly**, 26, 2009, s.1-15.

SPEAK, Karl D.; “The Challenge of Health Care Branding”, **Journal of Health Care Marketing**, 16(4), 1996, s. 40-42.

STAUSS, Bernd, WEINLICH, Bernhard; “Process-oriented measurement of service quality: Applying the sequential incident technique”, **European Journal Marketing**, Vol. 31, No. 1, 1997, s. 33-55.

SÜMER, Nebi; “Yapısal Eşitlik Modelleri: Temel Kavramlar ve Örnek Uygulamalar”, **Türk Psikoloji Yazıları**, 3(6), 2000, s.49-74.

SUNG, Yongjun, TINKHAM, Spencer F.; “Brand Personality Structures in the United States and Korea: Common and Culture-Specific Factors”, **Journal Of Consumer Psychology**, 15 (4), 2005, s. 334–350.

ŞAHİN Bayram, YILMAZ F.; “Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Bir Göstergesi Olarak Hasta Tatmini: Bir Eğitim Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, **MPM Verimlilik Dergisi**, 1: 2007. s.125–146.

TEK, Ömer Baybars, ÖZGÜL, Engin; **Modern Pazarlama İlkeleri**, Birleşik Matbaacılık, İzmir, 2005.

TENGİLİMOĞLU, Dilaver, IŞIK, Oğuz, AKBOLAT, Mahmut; **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, Genişletilmiş İkinci Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2009.

- TEZCAN, Cem, **Yapısal Eşitlik Modelleri**, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.
- TOLBA, Ahmed H., HASSAN, Salah S.; “Linking customer-based brand equity with brand market performance: a managerial approach”, **Journal of Product & Brand Management**, 18/5, 2009, s. 356–366.
- TORRES, Eduardo, VASQUEZ-PARRAGA, Arturoz, BARRA, Cristobal; “The Path of Patient Loyalty and the Role of Doctor Reputation”, **Health Marketing Quarterly**, 26, 2009, s.183-197.
- TROUT, Jack; **Pazarlamanın Sihirli Lambası**, (Çeviren: Hakan TUNCEL), MediaCat Kitapları, İstanbul 2005.
- TURLEY, L. W., MOORE, Patrick A.; “Brand name strategies in the service sector”, **Journal of Consumer Marketing**, Vol. 12, No. 4, 1995, s. 42-50.
- TURNER, Paul D., POL, Louis G.; “Beyond Patient Satisfaction: Broaden the scope of quality measurement by integrating the marketing view with other perspectives”, **Journal of Health Care Marketing**, Vol.15, No.3, 1995, s. 45-53.
- TÜYLÜ, Vesile; “Üniversite Öğrencilerinin Giyim Eşyası Satın Alınmasında Yerli İthal Malı Tercihlerinin Belirlenmesi”, **Pazarlama Dünyası Dergisi**, 9(51), 1995.
- ÜNER, M. Mithat; “Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karmaşı Elemanları Değişiklik Gösterir mi?” **Pazarlama Dünyası**, Yıl:8, Sayı:43, Ocak-Şubat, 1994, s. 2–11.
- UZTUĞ, Ferruh; **Markan Kadar Konuş: Marka İletişimi Stratejileri**, MediaCat Kitapları, 4. Basım, İstanbul, 2008.
- VANNIARAJAN, T.; “Service Quality for Patient’s Loyalty”, **SCMS Journal of Indian Management**, January-March, 2009, s.68-80.
- WASHBURN, Judith H., PLANK, Richard E.; “Measuring Brand Equity: An Evaluation of A Consumer-Based Brand Equity Scale”, **Journal of Marketing Theory and Practice**, winter 2002, s. 46-61.
- WISNIEWSKI, Mik, WISNIEWSKI, Hazel; “Measuring Service Quality In A Hospital Colposcopy Clinic”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 18, No. 3, 2005, s.217-228.

- WOLPER, Lawrence F., PEÑA, Jesus J.; "The History of Hospitals", **Health Care Administration Planning, Implementing and Managing Organized Delivery Systems**, (Edit. Lawrence F. Wolper), Fourth Edition, Chapter 18, 2004, s. 637-650.
- YILDIZ, Süleyman; "Katılıma Dayalı Spor Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi Modelleri", **Ege Akademik Bakış**, 9 (4), 2009, s. 1213-1224.
- YILMAZ, Veysel, ÇELİK, H. Eray; **Lisrel İle Yapısal Eşitlik Modellemesi-I; Temel Kavramlar, Uygulamalar, Programlar**, Pegem Akademi, Ankara, 2009.
- YILMAZ, Veysel; "Lisrel İle Yapısal Eşitlik Modelleri: Tüketici Şikâyetlerine Uygulanması", **Sosyal Bilimler Dergisi**, 1, 2004, s. 77-90.
- YÜKSEL, Atila, YÜKSEL, Fisun; **Turizmde Bilimsel Araştırma Yöntemleri**, Turhan Kitabevi, Ankara, 2004.
- YÜKSELEN, Cemal; **Temel Pazarlama Bilgileri**, Adım Yayıncılık, Ankara, 1994.
- ZAKOOR, Renée, QUINLEY, Hal E.; "Consumers' Use of Brands: Implications for Health Care", **Branding Health Services: Defining Yourself in the Marketplace**, Edit. Gil BASHE, Nancy J. HICKS, Aspen Publishers, Gaithersburg, Maryland, 2000, s. 37-51.
- ZEITHAML, Valarie A., BITNER, Mary Jo; **Service Marketing: Integrating Customer Focus across the Firms**, McGraw-Hill, New York, 2000.
- ZEITHAML, Valarie A., PARASURAMAN, A, BERRY, Leonard L.; **Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectation**, Free Press. USA, 1990.
- ZEITHAML, Valarie, "Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence", **Journal of Marketing**, Vol. 52, July 1988, s. 2-22.
- ZERENLER, Muammer, ÖĞÜT, Adem; "Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği" **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı:18, 2007, s.501–519.

ZIMMERMANN, Rainer, KLEIN-BÖLTING, Udo, SANDER, Björn, MURAD-AGA, Tharek; **Brand Equity Excellence**, Edt. Rainer ZIMMERMANN, BBDO Group Germany, Dezember 2001.

ZORLUTUNA, Yaman; "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, Edt. Mithat ÇORUH, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1997.

<http://www.sgk.gov.tr>, Erişim tarihi: 03.05.2009.

<http://www.tdk.org.tr> Erişim tarihi: 05.05.2009.

<http://www.sakarya.bel.tr/> Erişim tarihi: 20.09.2010.

EKLER

EK-I: Türkiye’de İlk Akla Gelen Hastaneler

Hastane Adı	Sayı	Yüzde
Acıbadem Sağlık Grubu Hastaneleri	87	14,26
İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesi	72	11,80
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi	66	10,82
Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri	63	10,33
Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	56	9,18
Gülhane Askeri Tıp Akademisi	42	6,89
Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	24	3,93
Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi	18	2,95
Amerikan Hastanesi	16	2,62
Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	16	2,62
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	14	2,30
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	12	1,97
Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Arş. Hast.	12	1,97
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	12	1,97
Dünya Göz Hastanesi	10	1,64
Alman Hastanesi	7	1,15
Süreyyapaşa Göğüs Kalp Damar Hastalıkları Eğitim ve Arş. Hastanesi	6	0,98
Florence Nightingale Hastanesi	5	0,82
Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	5	0,82
Johns Hopkins Anadolu Sağlık Merkezi	5	0,82
Özel Adatıp Hastanesi	5	0,82
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Arş. Hastanesi	5	0,82
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi	4	0,66
İstanbul Medipol Hastanesi	4	0,66
Memorial Sağlık Grubu - Memorial Hastanesi	4	0,66
Özel Altınova Hastanesi	4	0,66
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	3	0,49
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi	3	0,49
Avcılar Hospital	2	0,33
Erzurum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2	0,33
Heybeli Ada Verem Hastanesi	2	0,33
Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1	0,16

EK-I (Devam): Türkiye’de İlk Akla Gelen Hastaneler

Hastane Adı	Sayı	Yüzde
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1	0,16
Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	1	0,16
Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi	1	0,16
Boğaziçi Tıp Merkezi	1	0,16
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi	1	0,16
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	1	0,16
İstanbul Samatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1	0,16
Kadıköy Vatan Hastanesi	1	0,16
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1	0,16
Kırklareli Devlet Hastanesi	1	0,16
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	1	0,16
Marmara Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	1	0,16
Medical Park Hastaneler Grubu	1	0,16
Metin Sabancı Balta Limanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Arş. Hastanesi	1	0,16
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1	0,16
Özel Avrasya Hastanesi	1	0,16
Özel İsviçre Hastanesi	1	0,16
Piri Reis Hastanesi	1	0,16
Sakarya Özel Bilge Hastanesi	1	0,16
Toyotasa Acil Yardım Hastanesi	1	0,16
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi	1	0,16
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	1	0,16
Yalova Devlet Hastanesi	1	0,16
Toplam	610	100,00

EK-II: Çalışmada Kullanılan Anket Formu

MARKA DEĞERİ ÖLÇEĞİ

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma ile hastanelerin marka değeri, hastaların bakış açısı ile ölçülmek istenmektedir. Çalışma tamamıyla bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışmada hastane isimleri yayımlanmayacaktır. Değerli katılımınız için çok teşekkür ederim.

Oğuz IŞIK
Gazi Üniversitesi
İşletme Anabilim Dalı
Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı

1. Türkiye’de hastane denince ilk olarak aklınıza gelen hastane hangisidir?	
Aklınıza niçin bu hastane gelmektedir?	
2. Bulduğunuz ilde hastane denince ilk olarak aklınıza gelen hastane hangisidir?	
3. Sakarya’da hangi hastanede tedavi olmak istersiniz?	
Neden?.....	
4. Belirttiğiniz hastaneden daha önce hizmet aldınız mı?	
<input type="checkbox"/> Evet (cevabınız evet ise kaç defa) <input type="checkbox"/> Hayır	
<input type="checkbox"/> 1 defa	<input type="checkbox"/> 2 defa <input type="checkbox"/> 3 defa <input type="checkbox"/> 4 defa <input type="checkbox"/> 5 ve üzeri
5. En son gittiğinizde bu hastanede yaklaşık ne kadar kaldınız?	
<input type="checkbox"/> 1 saatten az	<input type="checkbox"/> 1-2 saat <input type="checkbox"/> 3-4 saat <input type="checkbox"/> 5 saat üzere
6. En son hastaneye hangi amaçla gittiniz?	
<input type="checkbox"/> Tedavi	<input type="checkbox"/> Refakatçi <input type="checkbox"/> Hasta ziyareti <input type="checkbox"/> Personel ziyareti <input type="checkbox"/> İş
7. Bulduğunuz ildeki hatırladığınız ilk 5 hastaneyi yazarak bu hastanelerden hizmet alıp almadığınızı belirtiniz.	
Hastane Adı	Hizmet Alma Durumu
1.	<input type="checkbox"/> Aldım <input type="checkbox"/> Almadım
2.	<input type="checkbox"/> Aldım <input type="checkbox"/> Almadım
3.	<input type="checkbox"/> Aldım <input type="checkbox"/> Almadım
4.	<input type="checkbox"/> Aldım <input type="checkbox"/> Almadım
5.	<input type="checkbox"/> Aldım <input type="checkbox"/> Almadım
8. Yukarıda sıralamış olduğunuz hastanelere ait sloganları biliyorsanız sıralamayı dikkate alarak ilgili hastanenin karşısına yazınız.	
1. Hastane	
2. Hastane	
3. Hastane	
4. Hastane	

5. Hastane	
9. Aşağıdaki logoların ait oldukları hastaneleri belirtiniz.	
	
	
	
	
	

II. Genel Anlamda Hastanelerin Sunmuş Oldukları Hizmetlerden Beklentiler

2.1. Bir vatandaş olarak genel anlamda hastanelerden beklentileriniz nelerdir?

Kesinlikle Katılıyorum 7---6---5---4---3---2---1 Kesinlikle Katılmıyorum,

	7	6	5	4	3	2	1
1 Hastanelerin teçhizatı modern olmalıdır.	7	6	5	4	3	2	1
2 Hastanelerin binaları görsel olarak çekici olmalıdır.	7	6	5	4	3	2	1
3 Hastanelerin çalışanları iyi giyimli ve düzgün görünümlü olmalıdır.	7	6	5	4	3	2	1
4 Hastane tesislerinin görünümü sunduğu hizmetin tipi ile uyumlu olmalıdır.	7	6	5	4	3	2	1
5 Hastaneler teşhis ve tedavi hizmetlerini verdikleri randevu saatinde gerçekleştirmelidir.	7	6	5	4	3	2	1
6 Müşterilerin problemleri olduğu zaman, hastaneler bu problemlerin çözümünde sempatik ve güven verici olmalıdır.	7	6	5	4	3	2	1
7 Hastaneler güvenilir olmalıdır.	7	6	5	4	3	2	1
8 Hastaneler hizmetlerini söz verdikleri zamanda yerine getirmelidir.	7	6	5	4	3	2	1
9 Hastaneler kayıtlarını doğru bir şekilde tutmalıdır.	7	6	5	4	3	2	1
10 Hastanelerden müşterilerine hizmetin ne zaman yapılacağını tam olarak söylemeleri beklenmemelidir. (-)	7	6	5	4	3	2	1
11 Müşterilerin hastane çalışanlarından hızlı hizmet sunmayı beklemesi gerçekçi değildir. (-)	7	6	5	4	3	2	1
12 Hastane çalışanları hastalara yardım konusunda her zaman istekli olmak zorunda değildir. (-)	7	6	5	4	3	2	1
13 Hastane çalışanları çok yoğun olsalar bile, müşteri isteklerine hızlı bir şekilde cevap vermeleri uygundur.	7	6	5	4	3	2	1
14 Müşteriler hastane çalışanlarına güvenmelidir.	7	6	5	4	3	2	1
15 Müşteriler hastaneden aldıkları hizmetlere ilişkin işlemlerde çalışanlara güven hissetmelidir.	7	6	5	4	3	2	1
16 Hastane çalışanları kibar olmalıdır.	7	6	5	4	3	2	1
17 Hastane çalışanları işlerini iyi bir şekilde yapabilmeleri için kurumları tarafından yeterince desteklenmelidir.	7	6	5	4	3	2	1

18	Hastanelerin müşterilerine özel ilgi göstermeleri <u>beklenmemelidir.</u> (-)	7	6	5	4	3	2	1
19	Hastane çalışanlarının müşterilere kişisel ilgi göstermeleri beklenilemez. (-)	7	6	5	4	3	2	1
20	Hastane çalışanlarının müşterilerin ihtiyaçlarının ne olduğunu bilmelerini beklemek gerçekçi <u>değildir.</u> (-)	7	6	5	4	3	2	1
21	Hastanelerin müşteri çıkarlarını ön planda tutmasını beklemek gerçekçi <u>değildir.</u> (-)	7	6	5	4	3	2	1
22	Hastanelerin çalışma saatlerinin tüm müşterilerine uygun olması <u>beklenmemelidir.</u> (-)	7	6	5	4	3	2	1

Hastane Hizmetleri ile İlgili Algılara İlişkin Sorular

2.2. Aşağıdaki soruları X hastanesi yerine üçüncü soruda belirttiğiniz tedavi olmak istediğiniz hastaneyi koyarak cevaplayınız. Hizmet aldığınız hastaneyi 1-7 arasında ölçeğe göre puanlayınız.								
Kesinlikle Katılıyorum 7---6---5---4---3---2---1 Kesinlikle Katılmıyorum,								
1	X hastanesinin teçhizatı moderndir.	7	6	5	4	3	2	1
2	X hastanesinin binaları görsel olarak çekicidir.	7	6	5	4	3	2	1
3	X hastanesinin çalışanları iyi giyimli ve düzgün görünümlüdür.	7	6	5	4	3	2	1
4	X hastanesinin tesislerinin görünümü sunduğu hizmetin tipi ile uyumludur.	7	6	5	4	3	2	1
5	X hastanesi teşhis ve tedavi hizmetlerini verdikleri randevu saatinde gerçekleştirir.	7	6	5	4	3	2	1
6	Herhangi bir probleminiz olduğunda, X hastanesi bu problemin çözümünde sempatik ve güven vericidir.	7	6	5	4	3	2	1
7	X hastanesi güvenilirdir.	7	6	5	4	3	2	1
8	X hastanesi hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirir.	7	6	5	4	3	2	1
9	X hastanesi kayıtlarını doğru bir şekilde tutar.	7	6	5	4	3	2	1
10	X hastanesi müşterilerine hizmetin ne zaman yapılacağını tam olarak söylemez. (-)	7	6	5	4	3	2	1
11	X hastanesi çalışanlarından hızlı hizmet alınamaz. (-)	7	6	5	4	3	2	1
12	X hastanesi çalışanları müşteriye yardım etme konusunda her zaman istekli değildir. (-)	7	6	5	4	3	2	1
13	X hastanesi çalışanları müşteri isteklerine hızlı bir şekilde cevap vermek için uğraşırlar.	7	6	5	4	3	2	1
14	X hastanesinin çalışanları güvenilirdir.	7	6	5	4	3	2	1
15	X hastanesi müşterileri hastaneden aldıkları hizmetlere ilişkin işlemlerde çalışanlara güven duyarlar.	7	6	5	4	3	2	1
16	X hastanesi çalışanları kibar davranırlar.	7	6	5	4	3	2	1
17	X hastanesi çalışanları işlerini iyi bir şekilde yapabilmeleri için kurumları tarafından yeterince desteklenirler.	7	6	5	4	3	2	1
18	X hastanesi müşterilerine özel ilgi göstermez. (-)	7	6	5	4	3	2	1
19	X hastanesi çalışanları müşterilere kişisel ilgi göstermez. (-)	7	6	5	4	3	2	1
20	X hastanesi çalışanları müşterilerinin ihtiyaçlarının ne olduğunu bilmez. (-)	7	6	5	4	3	2	1
21	X hastanesi müşteri çıkarlarını ön planda tutmaz. (-)	7	6	5	4	3	2	1
22	X hastanesinin çalışma saatleri tüm müşterileri için uygun değildir. (-)	7	6	5	4	3	2	1
23	Çevremdeki insanlarda öncelikle X hastanesini tercih ederler.	7	6	5	4	3	2	1
24	Kendimi X hastanesine bağlı olarak hissediyorum.	7	6	5	4	3	2	1

25	İkamet ettiğim yere X hastanesinden daha yakın bir hastane olsa dahi ben X hastanesini tercih ederdim.	7	6	5	4	3	2	1
26	X hastanesi benim ilk tercihimdir.	7	6	5	4	3	2	1
27	X hastanesinin yapmış olduğu tanıtım faaliyetleri dikkatimi çekmektedir.	7	6	5	4	3	2	1
28	X hastanesinin tıbbi konulardaki teknolojik gelişmelere ayak uydurduğunu düşünüyorum.	7	6	5	4	3	2	1
29	Logo ve sloganlar hastaların hastane hakkında fikir edinmesine katkı sağlamaktadır.	7	6	5	4	3	2	1
30	X hastanesini çevremdeki insanlara önerebilirim.	7	6	5	4	3	2	1
31	X hastanesinde hasta şikâyetleri dikkate alınır.	7	6	5	4	3	2	1
32	X hastanesi toplumsal olaylara aktif olarak destek vermektedir.	7	6	5	4	3	2	1
33	Tüm hastane logoları içinde X hastanesinin logosunu tanıyabilirim.	7	6	5	4	3	2	1
34	“Tedavi” denince şehirdeki ilk aklıma gelen X hastanesidir.	7	6	5	4	3	2	1
35	X hastanesi kişilerin dini inançlarına ve etnik kökenlerine karşı saygılı davranmaktadır.	7	6	5	4	3	2	1
36	“Başarı” X hastanesini tasvir eden kelimelerden bir tanesidir.	7	6	5	4	3	2	1
37	Diğer hastanelerle kıyaslandığında, X hastanesi hastalara daha fazla önem verir.	7	6	5	4	3	2	1
38	X hastanesi hakkında genel olarak olumlu düşüncelere sahibim.	7	6	5	4	3	2	1
39	Aynı özelliklere sahip bir başka hastane olsa bile ben X hastanesine gitmeyi tercih ederim.	7	6	5	4	3	2	1
40	Sağlık hizmetlerinde markalaşmış ürün kullanmak benim için önemlidir.	7	6	5	4	3	2	1
41	Hizmet aldığım hastanenin bölgesinde tanınmış olması benim için önemlidir.	7	6	5	4	3	2	1

*(-) Bu ifadelerde analizden önce ters kodlama yapılmıştır.

III. Bölüm: Kişisel Bilgiler

Kişisel Bilgiler				
1. Mesleğiniz:				
2. Cinsiyet <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek				
3. Medeni Durum..... <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekâr				
4. Yaşınız:				
5. Aylık Geliriniz (TL)				
<input type="checkbox"/> 0–750	<input type="checkbox"/> 751–1500	<input type="checkbox"/> 1501–2250	<input type="checkbox"/> 2251–3000	<input type="checkbox"/> 3001 ve üzeri
6. Eğitim Durumunuz				
<input type="checkbox"/> İlköğretim	<input type="checkbox"/> Lise	<input type="checkbox"/> Ön Lisans	<input type="checkbox"/> Lisans	<input type="checkbox"/> Lisans Üstü
7. Ailenizde birlikte yaşadığınız kişi sayısı				
<input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyorum	<input type="checkbox"/> 1–3	<input type="checkbox"/> 4–6	<input type="checkbox"/> 7–9	<input type="checkbox"/> 10 ve üzeri

ÖZET

İŞİK, Oğuz. Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisi: Tüketici Değerlendirmesi, Doktora Tezi, Ankara, 2011.

Günümüz iş dünyasında her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe yer alan işletmelerinde artan rekabet şartlarına uyum gösterebilmek için, kaliteli ve etkin hizmet sunmanın yanında rakiplerinden farklı kılacak uygulamalara ihtiyaçları vardır. Bu farklılığı yaratacak en önemli uygulamalardan birisi olan markalaşma, kendine özgü özellikleri ile diğer mal ve hizmet üreten işletmelerden farklı olan sağlık işletmeleri için oldukça önemlidir. Marka oluşturmanın önemli bir parçası ise, müşterinin risk algısını azaltan, müşteri tatminini ve rekabet avantajı sağlayan marka değeri oluşturmak olarak kabul edilir.

Marka değeri konusunda farklı sektör ve işletmelerde yürütülen birçok bilimsel çalışma olmasına rağmen, sağlık sektöründe uygulama alanı henüz yeterli çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çerçeveden yola çıkılarak yapılan bu çalışmada amaç, tüketicilerin bakış açısıyla literatürde marka değeri boyutları olarak tanımlanan algılanan kalite, marka bağlılığı, marka farkındalığı ve marka çağrışımının, hastane marka değerine olan görece önem ve etki derecelerinin tespit edilmesi, özellikle de algılanan kalitenin hastane marka değerine olan etkisini ortaya koymaktır. Çalışmanın uygulama kısmında kullanılan anket soruları, Aaker tarafından önerilen marka değerlendirme yöntemlerinden tüketici algı ve tercihleri dikkate alınarak gerçekleştirilen tüketici temelli model temel alınarak hazırlanmıştır.

Çalışma sonucunda, tüketicilere göre Sakarya il merkezinde faaliyet gösteren hastanelerin marka değerlerinde en etkili boyutun algılanan kalite olduğu ortaya çıkmıştır (tahmin değeri=0,48, t-değeri=5,370). İkinci en yüksek etkiyi ise marka çağrışımı boyutu göstermektedir (tahmin değeri=0,25, t-değeri=2,840). Ancak marka farkındalığının hastane marka değerine anlamlı bir etkisinin olmadığı (tahmin değeri=-0,07, t-değeri=-1,246), marka bağlılığının ise gösterdiği etkinin beklenenin altında olduğu saptanmıştır

(tahmin değeri=0,22, t-değeri=2,536). Dolayısıyla bu sonuçlardan yola çıkılarak hastane yöneticilerine, yapmış olduğu faaliyetler ile ilgili çeşitli halkla ilişkiler metotları kullanarak tüketicilerin bilinçlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler

1. Hastane marka değeri
2. Algılanan kalite
3. Marka Farkındalığı
4. Marka Çağrışımı
5. Marka Bağlılığı

ABSTRACT

IŞIK, Oğuz. The Effect of Perceived Quality on Hospital Brand Equity: Consumer Assessment, PhD Thesis, 2011.

In order to adjust to the increasing competitive conditions in the health sector, as in all sectors in today's business world, practices that will make a difference among the rivals are required along with offering quality and effective service. Brandization, which is one of the most important applications in order to achieve this difference, is substantially important of health managements that are different from other hoods and service providing managements with it's characteristic features. The most important piece in forming a brand is accepted to be creating the value of the brand that provides customer satisfaction and an advantage of competition.

Although there are many scientific studies conducted in different sectors and management regarding the value of brands there has not been an adequate amount of studies found in the health sector. The aim of this study, which was launched according to this situation, is to determine the relative importance and degrees of effect of what is named the aspects of the brand value in literature that is the perceived quality, brand loyalty, brand awareness and brand association on the brand of the hospital from the point of view of the consumer and particularly present the effect of the perceived quality on the brand of the hospital. The survey questions used in the practice section of the study have been prepared according to the consumer based model that was created by considering the consumer perception and preferences of the brand assessment methods, which were suggested by Aaker.

As a result of the study, it has been revealed that according to the consumers the most effective aspect in the brand values of the hospitals, that are located in the centre of the Sakarya province, was quality (estimation value=0,48, t-value=5,370). The second highest effect was the brand association aspect (estimation value=0,25, t-value=2,840). However, it has been determined that

the brand awareness does not have a meaningful effect on the brand value of the hospital (estimation value=-0,07, t-value=-1,246), and that the brand loyalty was under what was expected (estimation value=0,22, t-value=2,536). For this reason, it is suggested to the hospital managers to raise awareness in the consumers by using various public relations methods regarding their activities.

Key Words

1. Hospital Brand Equity
2. Perceived Quality
3. Brand Awareness
4. Brand Associations
5. Brand Loyalty