

**T.C. İSTANBUL KÜLTÜR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK KURUMLARINDA PAZARLAMA BİLEŞENLERİNİN
KULLANICILARIN TEKRAR SATIN ALMA NİYETİNE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

Roĵan GÜMÜŞ

Ana Bilim Dalı : İŞLETME

Programı: İŞLETME

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Çağla ARIKER

HAZİRAN 2019

**T.C. İSTANBUL KÜLTÜR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK KURUMLARINDA PAZARLAMA BİLEŞENLERİNİN
KULLANICILARIN TEKRAR SATIN ALMA NİYETİNE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

Rojan GÜMÜŞ

1600006523

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 15.05.2019

Tezin Savunulduğu Tarih : 12.06.2019

Tez Danışmanı: Dr. Öğr.Üyesi Çağla Arıker

Jüri Üyeleri : Prof.Dr. Emine Müge Çetiner

Dr.Öğr. Üyesi Andaç Toksoy

Prof Dr. Aypar Uslu (M.Ü.)

Prof.Dr. Uğur Yozgat (A.U.)

HAZİRAN 2019

ÖNSÖZ

Bu çalışmada değerli katkılarını esirgemeyen başta tez danışmanım Dr.Öğr.Üyesi Çağla Arıker olmak üzere, Prof.Dr. Aypar Uslu'ya, Prof.Dr. Emine Müge Çetiner'e, Prof.Dr. Uğur Yozgat'a ve Dr.Öğr.Üyesi Andaç Toksoy'a teşekkürü borç bilirim. Doktora çalışmamın tüm süreçlerinde bana destek olan eşim Doç.Dr. Bilal Gümüş'e ve manevi desteğini esirgemeyen aileme sonsuz teşekkürler.

12 Haziran 2019

Rojan GÜMÜŞ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	ii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ÖZ	xiii
ABSTRACT	xiv
1 GİRİŞ	1
2 GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Sağlık Kurumları Yönetimi.....	3
2.2 Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi.....	6
2.3 Sağlık Hizmetlerinde Müşteri	10
2.4 Pazarlama	12
2.4.1 Pazar Yönlü Olma (Market/CustomerOrientation).....	13
2.4.2 Bütünleşik (Koordineli) Pazarlama.....	13
2.4.3 Uzun Dönemde Karlılık	13
2.4.4 Müşteri, Toplum ve Çevre Odaklı Pazarlama.....	13
2.4.5 Elektronik Pazarlama	15
2.4.6 Çevrimiçi Pazarlama Araçları	17
2.4.7 Pazarlama Araştırmaları.....	19
2.4.8 Pazarlama Bileşenleri Stratejileri.....	20
2.4.8.1 Ürün (Mal/Hizmet).....	21
2.4.8.2 Fiyat	21
2.4.8.3 Tutundurma.....	22
2.4.8.4 Dağıtım/Yer.....	22
2.5 Sağlık Hizmetleri	23
2.5.1 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Özellikleri.....	23
2.5.2 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	24
2.5.3 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	25
2.5.4 Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Unsurlar.....	26
2.5.5 Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama	27
2.5.6 Sağlık Hizmetlerinde Pazarlamanın Gelişimi	29
2.5.7 Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Üzerine Tartışmalar	30
2.5.8 Sağlık Kurumlarında Reklam Ve Tanıtım Faaliyetlerindeki Kısıtlamalar.....	31
2.6 Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Bileşenleri Unsurları.....	36
2.6.1 Sağlık Hizmetlerinde Ürün	37
2.6.2 Sağlık Hizmetlerinde Fiyat	39
2.6.2.1 Maliyete Dayalı Fiyatlandırma	39

2.6.2.2	Rekabete Dayalı Fiyatlandırma.....	39
2.6.2.3	Talebe Dayalı Fiyatlandırma.....	40
2.6.2.4	Zorunlu (Devlete ve Meslek Odalarına göre) Fiyatlandırma.....	40
2.6.3	Sağlık Hizmetlerinde Tutundurma Faaliyetleri.....	41
2.6.3.1	Tutundurma Bileşeni Unsurları.....	42
2.6.4	Sağlık Hizmetlerinde Yer/Dağıtım	45
2.6.5	Sağlık Hizmetlerinde Katılımcılık	46
2.7	Sağlık Hizmetlerinde Kalite Algısı ve Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi.....	50
2.8	Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Tatmini	53
2.9	Marka Değeri, Marka Güveni ve Marka Sadakati	55
2.9.1	Marka kavramı	56
2.9.2	Markanın Bileşenleri.....	56
2.9.2.1	Marka ismi	56
2.9.2.2	Marka işareti.....	57
2.9.2.3	Menşe Adı	57
2.9.2.4	Logo	57
2.9.2.5	İşletme Adı.....	57
2.9.3	Marka Değeri	57
2.9.4	Marka Güveni.....	58
2.9.5	Marka Sadakati.....	59
2.9.6	Tekrar Satın Almayı Etkileyen Unsurlar	60

3 SAĞLIK KURUMLARINDA PAZARLAMA BİLEŞENLERİNİN KULLANICILARIN TEKRAR SATIN ALMA NİYETİNE ETKİSİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

3.1.	Literatür Taraması.....	62
3.2.	Araştırma.....	72
3.2.1.	Araştırmanın Amacı ve Önemi	72
3.2.2.	Araştırmanın Kapsamı ve Kısıtlılıkları	73
3.2.3.	Araştırma Modelinin Oluşturulması ve Kullanılan Ölçekler.....	75
3.2.4.	Pazarlama Bileşenleri, Marka bağlılığı, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyeti İlişkisine Ait Araştırma Modeli.....	75
3.2.4.1.	Pazarlama Bileşenleri, Katılımcılık Değişkeni, Marka Bağlılığı, Marka Güveni İlişkisi.....	76
3.2.4.2.	Fiyat, Marka Sadakati ve Marka Güveni İlişkisi	77
3.2.4.3.	Ürün, Marka Güveni ve Marka Sadakati İlişkisi	78
3.2.4.4.	Yer (Dağıtım), Marka Sadakati ve Marka Güveni İlişkisi.....	79
3.2.4.5.	Katılımcılık, Marka Sadakati ve Marka Güveni İlişkisi	80
3.2.4.6.	Tutundurma, Marka Sadakati ve Marka Güveni İlişkisi.....	81
3.2.4.7.	Marka Güveni, Marka Sadakati ve Tekrar Satın Alma İlişkisi.....	82
3.2.5.	Anket Sorularının Oluşturulmasında Kullanılan Ölçekler.....	84
3.2.5.1.	Pazarlama Bileşenlerinden Ürün (mal ve hizmet) Algısı ile İlgili Kavramlar.....	85
3.2.5.2.	Pazarlama bileşenlerinden fiyat algısı ile ilgili ifadeler:.....	85

3.2.5.3.	Pazarlama Bileşenlerinden Yer/Dağıtım Algısı ile İlgili İfadeler..	86
3.2.5.4.	Pazarlama Bileşenlerinden Tutundurma Algısı ile İlgili İfadeler ..	86
3.2.5.5.	Katılımcılık Algısı ile İlgili İfadeler	87
3.2.5.6.	Marka Sadakati ile İlgili İfadeler	88
3.2.5.7.	Marka Güveni ile İlgili İfadeler	88
3.2.5.8.	Tekrar Satın Alma Niyeti ile İlgili İfadeler.....	89
3.2.6.	Örneklem Seçimi.....	90
3.2.7.	Veri Toplama Yöntemi	92
3.2.8.	Araştırmanın Hipotezleri.....	92
3.2.8.1.	Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Bileşenlerinden Ürün (Mal/Hizmet) Algısı ile İlgili Hipotezlerin Test Edilmesi	92
3.2.8.2.	Sağlık Hizmetlerinde Verilen Hizmetlerin Dağıtıldığı Yer ile İlgili Hipotezlerin Test Edilmesi.....	93
3.2.8.3.	Sağlık Hizmetlerinde Uygulanan Fiyat Algısına Ait Hipotezlerin Test Edilmesi.....	94
3.2.8.4.	Sağlık Hizmetlerinde Uygulanan Tutundurma Algısına Ait Hipotezlerin Test Edilmesi.....	95
3.2.8.5.	Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Katılımcılık Algısına Ait Hipotezlerin Test Edilmesi.....	96
3.2.8.6.	Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Tercih Ettikleri Hastaneye Duydukları Marka Sadakatine Ait Hipotezlerin Test Edilmesi	96
3.2.8.7.	Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının En Çok Başvurdıkları Hastaneye Duydukları Marka Güvenine ve Tekrar Satın Alma Niyetine Ait Hipotezlerin Test Edilmesi.....	97
3.2.9.	Veri Analizinde Kullanılan Yöntemler	98
3.2.9.1.	Güvenilirlik Analizi	98
3.2.9.2.	Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizi	99
3.2.9.3.	Yapısal Eşitlik Modeli	100
3.2.10.	Araştırmanın Bulguları.....	100
3.2.10.1.	Örnekleme Ait Demografik Özellikler.....	100
3.2.10.2.	Tercih Edilen Hastanelere Ait Özellikler.....	104
3.2.10.3.	Yapı Geçerliliği, Güvenirlik Analizi ve Faktör analizi sonuçları	105
3.2.10.4.	Sağlık Hizmetleri kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri Algısına ait İstatistiksel Sonuçlar	111
3.2.10.5.	Marka Güveni, Marka Sadakati, Tekrar Satın Alma Niyeti Değişkenlerine Ait İstatistiksel Sonuçlar.....	120
3.2.11.	Pazarlama bileşenleri, katılımcılık algısı, marka güveni, marka sadakati ve tekrar satın alma niyetinin tercih edilen hastane türlerine göre karşılaştırılması	128
3.2.12.	Ölçeğin Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	133
3.2.13.	Yapısal Eşitlik Modellemesi	140
4	SONUÇLAR	143
4.1	Araştırmanın sonuçları	143

4.2 Genel Sonuçlar	149
5 KAYNAKLAR	152
EKLER.....	177
ÖZGEÇMİŞ.....	180



KISALTMALAR LİSTESİ

AMA	: Amerikan Pazarlama Birliği
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
EUROPEP	: European Patients Evaluate General/Family Practice
HQT	: Hospital Quality Trend
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
KFA	: Keşfedici Faktör Analizi
KMO	: Kaiser Meyer Olkin
KQCAH	: Key Quality Characteristics Assesment for Hospitals
PRIVHEALTHQUAL	: Private Health Quality
SEO	: Arama Motoru Optimizasyonu
SERVIOR	: Organizational Service Orientation Scale
SERVQUAL	: Service Quality
TDK	: Türk Dil Kurumu
TSE	: Türk Standartları Enstitüsü
WEBQUAL	: Web Quality
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YEM	: Yapısal Eşitlik Modeli

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Sağlık ve Kurumlarının Etkileşimde Olduğu Faktörler	5
Şekil 2.2. Stratejik Planlama Süreci	20
Şekil 2.3. Sağlık Hizmetleri Endüstrisi	24
Şekil 3.1 Pazarlama Bileşenleri DFA Sonuçları	135
Şekil 3.2 Katılımcılık Algısının DFA Sonuçları	136
Şekil 3.3 Marka Sadakati Ölçeğinin DFA Sonuçları	137
Şekil 3.4 Marka Güveni DFA Sonuçları	138
Şekil 3.5 Tekrar Satın Alma Niyeti Ölçeğinin DFA Sonuçları.....	139
Şekil 3.6 YEM Analizi için Path Diyagramı.....	141

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1 30 Haziran 2017 İtibariyle Dünyada İnternet Kullanan Nüfus ve Kıtalara Dağılımı.....	16
Tablo 2.2 Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Kolaylaştırıcı Faktörler	26
Tablo 2.3. Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Hazırlayıcı Faktörler	27
Tablo 2.4 Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen İhtiyaç Faktörleri.....	27
Tablo 2.5 Sağlık Hizmetlerinde Pazarlamanın Aşamaları	30
Tablo 2.6 Hastane Üretim Sistemi Unsurları.	38
Tablo 2.7. Farklı Araştırmacılar Tarafından Geliştirilen Hizmet Kalitesi Boyutları. 51	
Tablo 2.8 Hastanelerde Hizmet Kalitesi Boyutlarını Araştıran Çalışmalar.	52
Tablo 2.9. Marka ile Ürün Arasındaki Farklılıklar	58
Tablo 3.1. Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Sağlık Kurumlarını Tercihlerinde Öne Çıkan Sebepler	62
Tablo 3.2. Pazarlama Bileşenlerinden Ürün Algısı Kavramları ve Alındığı Kaynaklar	85
Tablo 3.3 Pazarlama Bileşenlerinden Fiyat Algısı İfadeleri ve Alındığı Kaynaklar. 86	
Tablo 3.4 Pazarlama Bileşenlerinden Yer Algısı İfadeleri ve Alındığı Kaynaklar....	86
Tablo 3.5. Pazarlama Bileşenlerinden Tutundurma Algısı İfadeleri ve Alındığı Kaynaklar	87
Tablo 3.6 Katılımcılık Algısı İfadeleri ve Alındığı Kaynaklar	88
Tablo 3.7. Marka Sadakati İle İlgili İfadeler ve Alındığı Kaynaklar	88
Tablo 3.8 Marka Güveni ile İlgili İfadeler ve Alındığı Kaynaklar	89
Tablo 3.9. Tekrar Satın Alma Niyeti ile İlgili İfadeler ve Alındığı Kaynaklar.....	89
Tablo 3.10 Cronbach Alfa Değerleri için Güvenilirlik Seviyeleri.....	98
Tablo 3.11. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı	101
Tablo 3.12. Katılımcıların Yaş Dağılımı.....	101
Tablo 3.13. Katılımcıların Medeni Durumları	101
Tablo.3.14. Katılımcıların Gelir Düzeyi	102

Tablo 3.15. Katılımcıların Eğitim Düzeyi.....	102
Tablo 3.16. Katılımcıların Çalıştıkları Sektörler.....	103
Tablo 3.17. Katılımcıların Sosyal Güvenlik Durumları.....	103
Tablo 3.18. Katılımcıların Oturdıkları Semtlere Göre Dağılımı.....	103
Tablo 3.19. Katılımcıların En Çok Başvurdukları Hastanelerin Dağılımı.....	104
Tablo 3.20 Katılımcıların En Çok Başvurdukları Hastanelerin Uzaklıklarının Dağılımı	104
Tablo 3.21. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Bileşenleri Algısı Ölçeği Faktör Analizi	107
Tablo 3.22 Sağlık Hizmetlerinde Katılımcılık Algısı Ölçeği Faktör Analizi	108
Tablo.3.23. Sağlık Hizmetlerinde Marka Sadakati Ölçeği Faktör Analizi	109
Tablo.3.24. Sağlık Hizmetlerinde Marka Güveni Ölçeği Faktör Analizi	110
Tablo 3.25. Sağlık Hizmetlerinde Tekrar Satın Alma Ölçeği Faktör Analizi.....	111
Tablo.3.26. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri Algısı Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri ve Güvenilirlik Ölçütü.....	112
Tablo 3.27 Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Katılımcılık Algısının Tanımlayıcı İstatistikleri ve Güvenilirlik Ölçütü	112
Tablo 3.28. Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısına Verilen Önemin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	113
Tablo.3.29. Sağlık hizmeti kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	114
Tablo.3.30. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.....	115
Tablo.3.31. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısının Gelir Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	116
Tablo.3.32. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması.....	117
Tablo 3.33. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısının İş Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	118
Tablo 3.34. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısının Sigortalı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	119
Tablo 3.35. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısının Oturulan İlçelere Göre Karşılaştırılması.....	120

Tablo.3.36 Marka Güvenine ait Ortalama ve Güvenilirlik Değerleri	120
Tablo.3.37. Marka Sadakatine Ait Ortalama ve Güvenilirlik Değerleri	121
Tablo.3.38 Tekrar Satın Alma Niyetine Ait Ortalama ve Güvenilirlik Değerleri ...	121
Tablo.3.39. Marka Güveni, Marka Sadakati ve Tekrar Satın Alma Niyetinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	122
Tablo 3.40. Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyetinin Yaşa Göre Karşılaştırılması	122
Tablo.3.41. Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyetinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	123
Tablo.3.42. Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyetinin Gelir Gruplarına Göre Karşılaştırılması	124
Tablo 3.43. Marka sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyetinin Eğitim Düzeyine göre Karşılaştırılması	125
Tablo 3.44. Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyetinin İş Gruplarına göre Karşılaştırılması	126
Tablo 3.45. Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar satın alma Niyetinin Sigortalı Olma Durumuna göre Karşılaştırılması	127
Tablo 3.46. Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyetinin Oturulan İlçelere göre Karşılaştırılması	127
Tablo 3.47. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenlerinden Ürün Algısının Hastane Türlerine göre Karşılaştırılması.....	129
Tablo 3.48. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenlerinden Yer Algısının Hastane Türlerine göre Karşılaştırılması.....	129
Tablo 3.49. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenlerinden Fiyat Algısının Hastane Türlerine göre Karşılaştırılması.....	130
Tablo 3.50. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenlerinden Tutundurma Algısının Hastane Türlerine göre Karşılaştırılması.....	130
Tablo 3.51. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Katılımcılık Algısının Hastane Türlerine göre Karşılaştırılması	130
Tablo 3.52. Marka Sadakatinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması.....	131
Tablo 3.53. Marka Güveninin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması.....	131
Tablo 3.54. Tekrar Satın Alma Niyetinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması	131

Tablo 3.55 Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısının Birbiri ile İlişkileri	132
Tablo.3.56. Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyeti ile Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısı Unsurları Arasındaki Korelasyonlar .	132
Tablo 3.57. Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyeti Arasındaki Korelasyonlar	133
Tablo 3.58 Pazarlama Ölçeğinin DFA Uyum İndeksleri	134
Tablo 3.59 Pazarlama Bileşenlerinin Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları	134
Tablo 3.60 Katılımcılık Ölçeğinin DFA Uyum İndeksleri	135
Tablo 3.61 Katılımcılık Ölçeğinin Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları	136
Tablo 3.62 Marka Sadakati Ölçeğinin DFA Uyum İndeksleri	136
Tablo 3.63 Marka Sadakati Ölçeğinin Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları ..	137
Tablo 3.64 Marka Güveni Ölçeğinin DFA Uyum İndeksleri	137
Tablo 3.65 Marka Güveni Ölçeğinin Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları	138
Tablo 3.66 Tekrar Satın Alma Niyeti Ölçeğinin DFA Uyum İndeksleri.....	139
Tablo 3.67 Tekrar Satın Alma Niyeti Ölçeğinin Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları	139
Tablo 3.68 YEM Analizi Uyum İndeksleri.....	140
Tablo 3.69 YEM Analizi Sonuçları	142

Enstitü : **Lisansüstü Eğitim Enstitüsü**
AnaBilim Dalı : **İşletme**
Programı : **İşletme**
Tez Danışmanı : **Dr. Öğr.Üyesi Çağla Arıker**
Tez Türü ve Tarihi : **Doktora, Haziran 2019**

ÖZ

SAĞLIK KURUMLARINDA PAZARLAMA BİLEŞENLERİNİN KULLANICILARIN TEKRAR SATIN ALMA NİYETİNE ETKİSİ

Rojan GÜMÜŞ

Sağlık sektöründe hergün artan rekabet ve daha eğitilmiş hale gelen sağlık hizmeti kullanıcılarının, beklentilerini karşılayan sağlık kurumlarına yönelmesi sağlık yöneticilerinin bu hareketli sektörde değişen stratejiler uygulamalarını zorunlu kılmaktadır. Sağlık kurumlarının da sundukları kaliteli hizmetlerin yanında, reklam ve tanıtım faaliyetlerinden yararlanmaları ve tedavi süreçlerinde hasta katılımını sağlamaları hasta sayılarını arttırmada önemli bir faktör haline gelmektedir.

Bu çalışmanın amacı pazarlama bileşenlerinin sağlık hizmeti kullanıcılarının tekrar satın alma niyetine etkisini ortaya koymaktır. Bu amaçla, sağlık hizmeti kullanıcılarının pazarlama bileşenlerinden ürün, fiyat, tutundurma ve yer algısının marka sadakati ve marka güvenine etkisi bunun da tekrar satın alma niyetine etkisi incelenmiştir. Bunun yanında tedavi süreçlerinde hasta katılımının da sağlık hizmeti kullanıcılarının tekrar satın alma niyetine katkısı araştırılmıştır. Araştırmada Diyarbakır ilinde farklı sosyo-ekonomik düzeyden 681 sağlık hizmeti kullanıcılarına sorular yöneltilerek anketler Yapısal Eşitlik Modeli ile test edilmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, katılım ve tutundurma değişkenleri marka güveni oluşturmada en önemli etken olarak bulunmuştur. Kullanıcılar özellikle özel hastanelerin içinde katkı payı düşük olanları tercih etmekte ve fiyat önemli bir etken olarak ortaya çıkmaktadır. Marka güveni ve marka sadakati tekrar satın almaya etki etmektedir. Yer değişkeni ile marka sadakati ve marka güveni arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Hastanelerde sunulan hizmetler de marka güvenine olumlu etki eden bir husustur. Sağlık hizmeti kullanıcıları için marka sadakati ve marka güveni tekrar satın alma eğilimine katkıda bulunmaktadır.

Anahtar Sözcükler : Sağlık kurumları, pazarlama bileşenleri, katılım, marka güveni, marka sadakati, tekrar satın alma niyeti

Bilim Dalı Sayısal Kodu :

University : **Istanbul Kültür University**
Institute : **Graduate Education Institute**
Department : **Business Administration**
Programme : **Business Administration**
Supervisor : **Dr. Öğr.Üyesi Çağla Arıker**
Degree Awarded and Date : **Ph.D., June, 2019**

ABSTRACT

EFFECT OF MARKETING MIX ELEMENTS ON REPURCHASE INTENTION OF CONSUMERS IN HEALTH INSTITUTIONS

Rojan GÜMÜŞ

Due to increasing competition in health care market day by day, administrators must be prepared to shift their strategies in order to meet this dynamic market. Additionally, more educated health consumers are beginning to choose the best institution fulfilling their demands. Besides quality of care provided by health institutions, promotion activities and making patients a part of treatment process becomes more significant for hospitals in order to raise their patient number.

The aim of this study is to examine the effect of marketing mix elements on repurchase intention of health service consumers. Therefore the effect of marketing mix elements such as product, price, promotion and place perception of health service consumers on brand trust, brand loyalty and repurchase intention has been investigated. Also another variable called participation has been added in order to investigate the factors affecting repurchase intention of consumers. A survey was conducted with 681 samples from different socio-economic groups in the city of Diyarbakır, Turkey. Structural equation modeling was used to test the research hypothesis and the research model.

According to the results of the study, it is found that participation and promotion are the most important factors for brand trust. Price is also an important factor for health service consumers especially for private hospital users. Brand trust and brand loyalty affect repurchase intention. There isn't a meaningful relationship between place and brand trust or brand loyalty. Quality of goods and services affect brand trust and brand loyalty. Brand trust and brand loyalty lead to repurchase intention.

Key Words : Health institutions, marketing mix elements, participation, brand trust, brand loyalty, repurchase intention

Science Code :

1 GİRİŞ

Son on yıl süresince teknoloji, iletişim, sosyal ilişkiler, küresel ekonomi ve siyaset alanındaki gelişmeler pazarlama alanında büyük yeniliklere yol açmıştır. Küreselleşme ve bilgi çağı iş dünyasının da tüm bildiklerini yeniden gözden geçirmesini zorunlu kılmıştır. Teknolojideki yenilikler yöneticilerin değişen dünya ekonomisine ayak uydurmalarına olanak sağlarken bir yandan da rekabet ortamını daha önce hiç olmadığı kadar hızlı bir şekilde değiştirmeye devam etmektedir.

Mobil araçların kullanımının hızla yaygınlaşması tüm bilgilere ulaşmayı parmak uçlarımıza kadar getirmiştir. Sosyal medya insanların birbiri ile irtibatta kalmasına olanak verirken, müşteri tatminini ön plana çıkaran satış ve pazarlama politikalarının benimsenmesi kaçınılmaz olmuştur.

Değişen ve gelişen dünyada sağlık hizmetleri de bu gelişimden etkilenmiştir. Yaşlanan dünya nüfusu, gelişen teşhis ve tedavi olanakları, bunların yanında doğal ortamdaki gittikçe uzaklaşan toplumda ortaya çıkan yeni hastalıklar sağlık hizmetlerinin de gelişmesine neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinin kamu dışında özel müteşebbisler tarafından yürütülmesinin gelişmesiyle de bu alanda daha rekabetçi bir ortamın oluşmasını sağlamıştır. Günümüzde sağlık bileşenleri ile dev bir endüstri (sektör) haline gelmiştir.

Teknolojik iletişimin dünyayı değiştiren toplumsal olaylarda, meydana gelen afetlerde, ekonomik çalkantılar yaratmada, insan ilişkilerini düzenlemede, dünyadaki eğilimleri belirlemede ne kadar büyük bir rolü olduğu düşünüldüğünde sağlık hizmetlerinde de önemli bir yeri olması şaşırtıcı değildir.

Son yüzyılda tüm sektörlerde müşteri merkezli pazarlama anlayışının hakim olması gibi sağlık hizmetlerinde de reklam ve tanıtımdan daha çok halkla ilişkiler ve müşteri memnuniyetine önem veren pazarlama stratejileri sürdürülmüştür.

Diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi sağlık kurumları da artan rekabet ortamı ve tüketicinin gün geçtikçe bilinçlenmesi ve teknoloji ile birlikte bilgiye ulaşmanın kolaylaşması sebebiyle hizmet merkezli politikalara yönelmişlerdir. Yaşadığımız çağda hastalar sağlık kurumlarına gitmeden önce internette tarama yaparak, hastalığı

hakkında bilgi alarak, hastane ve doktor seçimini özgürce yaparak, randevularını kendine uygun saatlere ayarlayarak daha başlangıcında sağlık hizmetinin bir parçası olmaktadır. Bu yüzden sağlık kurumlarının hastayı dışlayıcı değil tam aksine onu da tedavinin bir parçası yapacak bir anlayışı benimsemesi gerekmektedir.

Bu çalışmada sağlık alanına özel olarak, pazarlamanın 4P'si diye adlandırdığımız Ürün (Product), Fiyat (Price), Dağıtım (Place), Tutundurma/Tanıtıma (Promotion), ve Katılımcılık değişkeni incelenecek ve pazarlama bileşenlerinin sağlık hizmeti kullanıcılarının yeniden satın alma niyetine ne kadar etkide bulunduğu belirlenecektir.



2 GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık Kurumları Yönetimi

Kişilerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne, sağlık hizmetleri denir. Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olarak sınıflanan sağlık hizmetleri gereksinim duyan kitlelere özel ve devlete ait yataklı olarak tanımlanan hastaneler vasıtası ile ulaştırılabileceği gibi, Aile sağlığı Merkezleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Dispanserler, Muayenehaneler ve Laboratuvarlar, Toplum Sağlığı Merkezleri, Ağız ve Diş sağlığı Merkezleri, Acil Sağlık Hizmeti Merkezleri, DAL Merkezleri gibi çok çeşitli sağlık kurumları ile de sunulabilirler. Tüm bu kurum ve kuruluşlarla ilgili ortak nokta sunulan hizmetlerin kalitesinin yükseltilmesi, toplum ve çevre sağlığının korunmasına katkıda bulunulmasıdır. Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de bunun tek yolu iyi bir yönetim anlayışından geçer.

“İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi” ne göre sağlık hizmetlerinden yararlanmak insan hakkıdır. Ülkelerin sağlık örgütlerinin çabaları, çoğu ülkelerin sağlık sorunlarını çözüme yeterli olamamış, bu durum sağlık alanında iş birliğini zorunlu kılmıştır. Böylece çeşitli alanlarda sağlık hizmeti yapan kuruluşlar ortaya çıkmıştır. Dünya milletlerinin sağlık standartlarını yükseltmek amacı ile kurulan bu örgütlerin başında Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Teşkilatı (UNESCO), Birleşmiş Milletler Çevre Programı (UNEP) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) gelir.

Tüm bu uluslararası örgütlerin amacı, milliyet, din, ırk ayrılığına bakılmaksızın herkesin en yüksek sağlık düzeyinde sağlık hizmetlerinin alınmasını sağlamak, çocukların; sağlık, beslenme, eğitim ve genel esenlik düzeyini yükseltmek, ülkelere

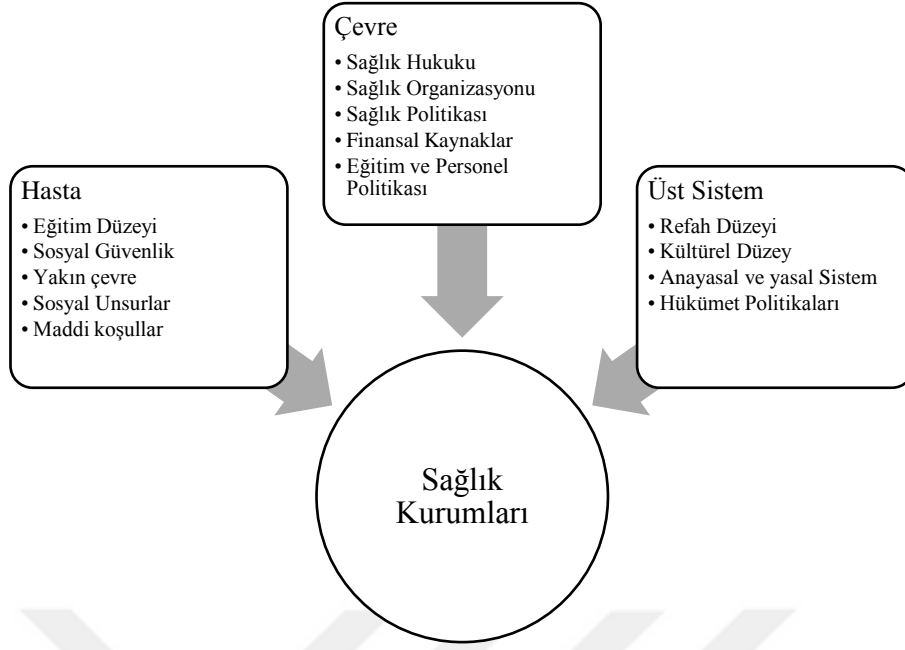
çevre politikaları konularında yardımcı olarak çevre tehlikeleri konusunda bilgilendirmek ve gereken önlemleri almasına yardımcı olmak, dünyada işçilerin çalışma şartlarını ve yaşam düzeylerini ileriye götürmektir.

Dünyada uluslararası düzeyde hizmet veren kuruluşların yanında devletler de herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir. Gerek uluslararası gerek ulusal, tüm bu denetleme mekanizmalarının tek amacı toplumun aldığı sağlık hizmetlerini belirli bir kalitenin üzerinde tutmaktır.

Özel ve devlete bağlı sağlık kuruluşları 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 kurumlardır. Bu tanım sağlık kurumlarının işlevsel tanımıdır. Halbuki sağlık kuruluşlarını, özellikle de hastaneleri sistem yaklaşımı içerisinde ele alıp tanımlamak gerekir. Buna göre hastaneler, dinamik, değişken bir çevre içinde aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geri bildirim mekanizmalarına sahip sistemlerdir (Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat 2015).

Tüm sağlık kurumlarının 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. O halde sağlık kurumu yönetimi açısından bakıldığında zaman hastaneler ve diğer sağlık kurum ve kuruluşları sadece tıbbi hizmetleri sunan fiziki mekanlar değil, refah düzeyi, tüketim alışkanlıkları, bireylerin eğitim durumu, aile yapısı, kültürel düzey, sağlık sisteminin yapısı, sosyal güvenlik, siyasal sistem, sağlık politikaları gibi, birçok bireysel, çevresel ve üst sisteme ait faktörlerin etkisine açık bir sistemdir (Kurtulmuş 1998).

Sağlık kurumlarını bir sistem olarak kabul ettiğimizde çok geniş bir dış çevre ve tüm diğer sistemlerle etkileşim halinde olduğunu görürüz. Sağlık kurumlarının etkileşim halinde bulunduğu diğer faktörler Şekil 2.1'de sunulmuştur (Menderes ve Ersoy 1995).



Şekil 2.1. Sağlık ve Kurumlarının Etkileşimde Olduğu Faktörler

Şekil 2.1 incelendiğinde sağlık kurumlarının etkileşim olduğu faktörler üç ana başlık altında toplanmıştır. Birincisi hasta ve hastanın yakın çevresinin düzeyi, gücü ve eğilimleri ile ilgili olanlardır. Bir diğeri dış çevredeki sistem kapsamında bulunan sağlık politikası, hukuki düzenlemeler, organizasyon ve finansal kaynaklardır. Üst sistem olarak adlandırılan faktörler ise ülkenin yönetim biçimi, yasal düzenlemeler ve ülkenin gelişmişlik düzeyidir. Tüm bunların yanında daha önce sözü edilen, Dünya Sağlık Örgütü, İLO gibi örgütlerin de aldığı ve uyguladığı kararlar tüm ülkelerin ve sağlık kurumlarının aldığı kararları ve uygulamalarını etkiler.

Sağlık kurumlarının sayısının, tüketicilerin bilinç düzeyinin ve sektördeki rekabetin gün geçtikçe artması sağlık kurumlarının sayısını gün geçtikçe arttırmaktadır. Ayrıca özel sağlık kurumlarının sağlık alanında neredeyse devlet kurumları kadar yer alması ülkelerin gelirlerinin çok büyük bir kısmının sağlık harcamalarına yönelmesine yol açmıştır. Ancak bu durum sağlık hizmetlerinin kamu malı olma niteliğini değiştiremez. Sağlık hizmetleri tüm bireylere en kaliteli ve bedeli en uygun şekilde, ihtiyacı olduğu kadar sağlanmalıdır. Bu döngüyü sağlamak devletin sorumluluğundadır. Devlet düzenleme ve kontrol yetkisini kullanarak sağlık hizmetlerinin en verimli şekilde halka ulaşmasını sağlar. Hem özel hem devlete ait sağlık kurumlarının hem müşteri odaklı pazarlama anlayışını göz önünde bulundurarak hem de toplam kalite anlayışını kurumlarında benimseyerek, en iyi sağlık hizmetini en uygun koşullarda belirlenen kurallar içinde sunması gerekir.

Sağlık kurumlarının özel, kamu veya kar amacı gütmeyen üçüncü sektöre ait olması veya araştırmaya yönelik üniversite hastanesi olması hizmet sunum şekillerini ve yönetim stratejilerini değiştirse de yönetimde etkinlik sağlanması hepsi için birinci önceliktir. Yönetim biliminin yöntemleri sağlık sektörü için yol göstericidir. Hangi tür sağlık kurumu olursa olsun hepsinin amacı en doğru, en kaliteli hizmeti etik kuralları gözeterek vermek ve bunu kara çevirmektir.

Sağlık kurumları diğer işletmelerden farklı özelliklere sahiptir. Bunlardan birincisi çıktının tanımlanmasının ve ölçümünün güç olmasıdır. Ayrıca sağlık kurumlarında işler karmaşık ve değişkendir, acildir ve ertelenemez. Sağlık kurumlarında yapılan hataların bedelleri ağırdır ve telafisi zordur. Farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasındaki eşgüdüm çok yüksektir. Sağlık hizmetlerinde üretim stoklanamaz. Talep değişikliklerine hızlıca ayak uydurulması gereken sağlık sektöründe, ileri düzey uzmanlaşma ve üst kalitede hizmet zorunludur. Sağlık kurumları hem tıbbi kuruluş hem eğitim kurumu, hem sosyal hizmet kurumu hem de bir işletme özelliği taşır. Tüm bu özelliklerinin yanı sıra hem toplumun faydasına çalışmak hem de çevreye saygılı politikalar uygulamalıdır (Kavuncubaşı 2010; Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat 2015).

2.2 Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi

Yönetim biliminin en önemli amacı sonuç almak, üretim yapmak ve değer yaratmaktır. Bu ise çeşitli kaynakların organize edilmesi ve faaliyetlerin bir organizasyon-düzenleme içinde yürütülmesi ile mümkün olur. Küresel rekabet, yönetimde mükemmellik anlayışı, insan hakları, bilgi çağı, telekomünikasyon, yalın yönetim ve organizasyon, bilgiye dayalı organizasyon, sistemler arası yakınlaşma ve toplam kalite anlayışı gibi gelişmeler organizasyonların yapılandırılmaları ve işleyişlerini değiştiren en önemli çevresel faktörlerdir.

Koçel'e göre tüm bu gelişmeler üç ana başlık altında incelenebilir. Bunlardan birincisi iletişim ve bilgi teknolojisindeki gelişmelerdir. İnternet ve sosyal medya kavramı sayesinde iletişimde mesafenin ortadan kalkması herkesin her bilgiye kolayca ulaşabilmesini sağlamıştır. İkincisi küreselleşme ve rekabetin artmasıdır. İşletmelerin şebeke organizasyonların yanında sanal organizasyonlara yönelmesi, tedarik zinciri yönetiminde stratejik birliktelikler oluşturması ülkeler arasında ticari sınırlar oluşturmaya başlamıştır. Üçüncü gelişme ise insan hakları ve kişilik kavramını öne

çıkaran insanı her şeyden daha önemli kılan bir anlayışın gelişmesidir. Artık işletmelerin varlığı sermaye ile sınırlı olmayıp bünyesindeki çalışanların kalitesi ve yaratıcı güçleri işletmelerin entelektüel varlıkları sayılmaktadır (Koçel 2014).

Yukarıda bahsedilen yeni akımlar yönetim ve organizasyon kavramını klasik anlayıştan çıkarıp farklı bakış açıları ile değerlendirme ve uygulamayı mecbur kılmıştır. Bu yeni yönetim ve organizasyon anlayışı en bilinen tanımı ile Toplam Kalite Anlayışı ile başlayarak müşteri odaklı pazarlama anlayışına yol vermiştir.

“Kalite müşterilerin mal ve hizmetlerden beklentilerinin karşılanması, hatta daha fazlasının verilmesidir.” Toplam kalite felsefesinden önce kalite, üretilen mal ve hizmetlerin belirlenmiş bulunan teknik standartlarda olup olmadığını anlamak amacı ile örnekleme ve diğer istatistik tekniklerin kullanıldığı ve bunun belirli kişiler tarafından yapılan bir faaliyet olarak bilinmekteydi. Toplam kalite felsefesi kalite kavramını istatistik uygulama olmaktan çıkarmış ve nihai ürünün müşteriye ulaşmasına kadar üretim ve dağıtım zinciri üzerinde yer alan tüm işletmelerin sorunu ve sorumluluğu haline getirmiştir (Koçel 2014).

Toplam kalite anlayışına göre, yönetim sürekli gelişmeyi hedeflemeli, bu felsefeyi en üst kademedен en alta kadar tüm mensuplarına benimsetmeli, kalite analizinde istatistik teknikler kullanmalı, iş başında eğitimle, güven ve yaratıcılığı esas alarak, verimliliği hedefleyerek, departmanlar arasında bariyerleri kaldırarak kaliteyi artıracak önlemleri almalıdır. Kalite anlayışı sadece ürün ve hizmetin kaliteli olmasını aşarak işletmenin tüm faaliyetlerinde kaliteye dönüşerek, tüm çalışanlar kalite sorumlusu olarak görülmelidir. Müşteri memnuniyetini sağlamak temel amaç haline gelmeli, müşteriye daha ucuz, daha kaliteli ve daha hızlı bir şekilde mal ve hizmet sunmak için işletmeler kendi iç işleyişlerini düzenlemeli, dış kaynak kullanımından faydalanmalı, şebeke organizasyonlar geliştirmeli ve stratejik birliktelikler oluşturmalıdırlar (Koçel 2014).

Sağlık sektörünün çok dinamik bir yapıya sahip olması kaliteli hizmetin sunulmasını zorlaştırmaktadır. Teknolojideki hızlı değişimler, tedavi yöntemlerinin sürekli gelişmesine yol açmakta, buna demografik değişikliklerin eklenmesi ile sağlık hizmetlerinin sunumunda zorluklara sebep olmaktadır. Halkın beklentilerinin de daima arttığı düşünülürse sağlık hizmetlerinde kalite müşterinin beklediği düzey ile (beklenen kalite) algıladığı kalite düzeyi arasındaki farktan meydana gelmektedir (Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat 2015).

Sağlık hizmeti kalitesi Donabedian tarafından “Sağlık hizmeti sunumu süresince kurumu oluşturan birimlerin ortaya koyduğu yarar ve zarar dengelerinin yargısı neticesinde varılan maksimum bir iyileşme beklentisi” olarak tanımlanmıştır. Çoruh ise yüksek kaliteli sağlık hizmetini “Hastanın mümkün olabilecek en iyi fonksiyonel ve psikososyal iyileşmesini sağlayan teknik veya ilmi olanaklarla iyi insan ilişkilerinin ortaya konması” şeklinde ifade etmiştir (Çoruh 1995; Donabedian 2005).

Donabedian kalitenin üç ögesi olduğunu öne sürmüştür:

1. Teknik Hizmet Kalitesi: Sağlık kurumlarının teknik performansı uygun hizmet stratejilerini belirlemede kullanılan bilgi ve yargı ile bu stratejileri uygulamadaki becerilerin kalitesi
2. Kişilerarası iletişimin düzeyi: Sağlık hizmetleri ile ilgili herkes, özellikle hastalar ve sağlık hizmeti sunanlar arasındaki bilgi alışverişi, ilgi, empati, dürüstlük ve davranış inceliği, mahremiyet ve erdem tedavi sürecinin en verimli şekilde gerçekleşmesini sağlar.
3. Rahatlık ve Konfor: Sağlık hizmetinin sunulması sürecinde hastalar ve çalışanlar için her türlü rahatlığın ve fiziksel kolaylığın sağlanması kaliteye en olumlu katkıyı sunar.

Uz’a göre, sağlık hizmetlerinde kalite kavramı “Uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanmasıdır”. Başka bir tanımla Uz, kaliteyi “Sağlık hizmetlerinde gerekli kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili bir şekilde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında, gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması” olarak ifade etmektedir (Uz 1995).

Aydın, sağlık alanında kaliteyi “sağlık ürünlerinin ihtiyacı karşılaması ve beklenen sonucu vermesi” olarak tanımlar. Yani kaliteli sağlık hizmeti doğru kişiye, doğru işi, doğru zamanda, doğru yolla, doğru araçlar kullanarak yapmak ve mümkün olduğunca en iyi sonucu elde etmektir. Aydın sağlık hizmetlerinde kalite için üç açıdan yaklaşmak gerektiğini belirtmiştir.

1. Hasta kalitesi: Hastalara hizmet sunumu sırasında ve sonrasında istedikleri ve umdukları hizmetlerin verilmesidir.

2. Profesyonel kalite: Sağlık personeli tarafından belirlenen hastanın tüm klinik ihtiyaçlarının en etkili şekilde sağlayacak yöntem ve süreçlerdir.
3. Yönetim Kalitesi: Hastaların ihtiyaçlarını ve yasal haklarını gözeterek, israf etmeksizin hasta kalitesi ve profesyonel kaliteyi en iyi şekilde temin etmek için uygun kaynakların kullanılmasıdır (Aydın 2008).

Sağlık hizmeti sunan kurumlar (Özel Hastaneler, Kamu Hastaneleri, Dal merkezleri, Sağlık Ocakları, Laboratuvar Merkezleri, Medikal Şirketler, Eczaneler, Ecza Depoları) için kalite yönetimi sistemi faaliyet ve süreçlerde kaliteyi geliştirme, sürekliliğini sağlama, iyileştirme ve tüm paydaşlar tarafından talep edilen memnuniyeti kazanmayı hedefleyen, bunu yaparken maliyetleri ekonomik düzeyde tutmayı hedefleyen çabaların birleşimidir.

Sağlık kurumlarında kalite çalışmalarının yoğunlaştığı üç temel nokta vardır. Bunlar kurumun performansının ölçülmesi, performansın standartlara uygunluğunun değerlendirilmesi, standartların karşılanmadığı durumlarda performansın geliştirilmesidir.

Kalite tüm sektörler için gereklilik iken sağlık sektörü için zorunluluktur. Bu yüzden sağlık kurumları yöneticileri kurumdaki tüm faaliyetlerin düzenli olarak gözden geçirilmesini, iyileştirilmesini ve tüm çalışanların iş birliği içinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamasını sağlamak için kalite yönetimi anlayışını benimsemişlerdir. Sağlıkta kaliteyi yakalamak müşteri ve çalışan memnuniyetinin yanında kurumun çalışanlarının ve kaynakların en verimli şekilde yönlendirilmesini, iş süreçlerinin takip edilmesini ve doğru politikalar ve stratejilerin belirlenmesini kapsar (Grönroos 1984; Haywood ve Farmer 1988).

Kalite çalışmalarına önem veren kurumlar takım ruhu içerisinde, iş doyumuna ulaşmış ve nitelikli çalışanlara sahip olurlar. Kaynaklar daha etkin ve verimli kullanılarak, süreçler devamlı geliştirilerek, hatalar en aza indirilir ve iş sonuçlarında mükemmellik yakalanır. Tüm bu iyileştirmeler sonucunda çevre ve topluma karşı sorumluluğu artan ve yaşam kalitesine önem veren işletmeler ortaya çıkar (Becker ve Wellins 1990; Hasin, Seeluangsawat, ve Shareef 2001; Øvretveit 2000).

Kalite çalışmaları kapsamında sağlık kurumları da sık sık algılanan hizmet ile beklenen hizmeti karşılaştıran çalışmalar yaparlar. Öz değerlendirme ile pazardaki yerlerini, hedeflerine ne kadar ulaştıklarını ve kalite çalışmalarının sonuçlarını gözden geçirirler. Kalite ölçümü için sağlık kurumları şikâyet analizleri, personel

araştırmaları, dzenli yapılan anketler, mşşteri panelleri, niteliksel araştırmalar, gizli mşşteri ve ynetici araştırmalarını kullanabilirler. Tm bu yntemlerin yanında daha nceden bilimsel geçerlilik ve gvenilirliği kanıtlanmış işyerlerinde kalite olęmü için hazırlanmış olęekler vardır.

işyerinde kalitenin olęmü için en fazla bilinen SERVQUAL olęęidir. SERVQUAL olęęi tm hizmetleri beş boyutta (fiziksel unsurlar, gvenilirlik, heveslilik, gvence ve empati) olęerek kalite ynetimine katkıda bulunur. Ayrıca SERVPERF, İdeal Hizmet Kalitesi Modeli, Değerlendirilmiş Performans ve Normlandırılmış Kalite Modeli, Nitelik ve Genel Etki Modeli, Mşşteri Değeri ve Mşşteri Tatmini Modeli ve İ Hizmet Kalitesi Modeli de işyerlerinde hizmet kalitesini olen yntemlerdir. İşletmelerin sunduğu web hizmetlerini değerlendiren olęekler, WEBQUAL, e-SQ, PeSQ ve ES-QUAL gibi olęekler de hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının online hizmetlerinin olęümünde kullanılabilir (Barnes ve Vidgen 2002; Cristobal, Flavián, ve Guinalú 2007; Dabholkar, Thorpe, ve Rentz 1996; Frost ve Kumar 2000; Mattsson 1992; Oh 1999; Parasuraman, Zeithaml, ve Berry 1985; Parasuraman, Zeithaml, ve Malhotra 2005; Teas 1993; Zeithaml, Parasuraman, ve Malhotra 2000).

2.3 Sağlık Hizmetlerinde Mşşteri

Tm sektörlerde olduğu gibi sağlık alanında da mşşteri memnuniyeti en önem verilen konulardan biri olmalıdır. Bunun için sağlık kurumlarındaki tm yapı ve srece mşşteri istekleri doğrultusunda planlanmalıdır. Sağlık hizmetlerinde de mşşteriler i mşşteri, dış mşşteri olarak ayrılır. Sağlık kurumlarına başvuran hastalar ve yakınları, sigortacılar, medikal şirketler, gibi birlikte iş yapılan tm kurum, kuruluş ve topluluklar dış mşşteri, kurumda çalışanlar ve yneticiler i mşşteri olarak kabul edilebilir.

Toplam Kalite Ynetimini benimsemiş sağlık kuruluşları için “mşşteri” hastadan çok daha fazlasını ifade eder. Bu yzden hastaların yanında, çalışanların ve diğer paydaşların da memnuniyeti yapılan işlerin kalitesine önemli bir katkı sunacaktır. Sağlık kurumlarının temel çıktılarından biri olan mşşteri tatmini “mşşterilerin istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerinin üstünde hizmet verilmesi” olarak tanımlanabilir.

Sağlık hizmeti veren kuruluşların sayısındaki hızlı yükselme, hastaların bilgi ve bilinç düzeyindeki artış, hasta haklarındaki düzeltilmeler, teknoloji sayesinde bilginin yayılmasındaki kolaylık sağlık kuruluşlarının hastayı sağlık hizmetinin merkezine koymasını ve tüm gücüyle memnun etmeye yönelmesini sağlamıştır.

Sağlık kurum ve kuruluşları için hasta memnuniyeti düzeyleri kendi performanslarını ölçmek için de en iyi araçlardan biridir. Memnun ayrılan hastalar, kendilerinden başkalarını da sağlık kuruluşlarına yönlendirerek, işletmelerin kar oranlarını dolayısı ile pazar paylarını arttırmaları.

Pazarlama araştırmalarında birincil ve ikincil olarak toplanan verilerden birincil olarak sınıflanan anket, gözlem ve deneyler için bilimsel olarak geliştirilen ölçekler vardır. Birincil verileri toplamak için kullanılan anketler pazarlama araştırmalarında en sık kullanılan ölçme araçlarıdır. Ölçüm işleminin en az hata ile yapılması amaçlanan araştırmalarda, daha önceki bilimsel çalışmalarda kullanılmış ölçeklerden yararlanılması gerekmektedir.

Araştırmalarda kullanılan ölçeklerin standartlığına, nesnellğine, geçerliliğine ve güvenilirliğine çok dikkat edilmelidir. Pazarlama alanındaki literatür incelendiğinde, MARKOR, SERVIOR (Organizational Service Orientation Scale), Boyutsal Araştırma Ölçeği, EUROPEP (European Patients Evaluate General/Family Practice), gibi kullanıcılara yönelik geliştirilen ölçeklere rastlanmaktadır (Cronin ve Taylor 1992, 1994; Grol vd. 1999; Kohli, Jaworski, ve Kumar 1993; Lytle, Hom, ve Mokwa 1998; Taylor ve Cronin 1994).

Tüm hizmet sektörlerinde olduğu gibi, sağlık alanında da iş görenler hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmada kilit rol oynar. Doktorlar, hemşireler, idari personel, laboratuvar çalışanları, sağlık teknisyenleri, güvenlik görevlileri, hizmetliler, temizlik görevlileri ve danışmada çalışanlar sağlık alanında kalitenin yakalanmasında sağlık kurumlarına en fazla katkıyı sunanlardır. Mutlu ve iş doyumuna ulaşmış sağlık çalışanları mutlu sağlık hizmeti kullanıcıları demektir. Bu yüzden sağlık kuruluşlarında çalışan personelin iş doyumunu ve motivasyonu sık sık işverenler ve yöneticiler tarafından ölçülür.

Geçmişte yapılan çalışmalarda görülmüştür ki çalışanlarla ilgili kişilik, tecrübe, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, beklentiler, sosyo-kültürel çevre, yaptığı işin zorluk derecesi, ücret, terfi imkanları ve sosyal imkanlar gibi iş doyumunu etkileyen pek çok etken vardır. Sağlık hizmeti alanında çalışanlarda bu faktörlerin incelenmesi,

iş doyumunun, motivasyon ve tükenmişliklerinin ölçülmesi sağlık kuruluşlarının, devlet kurumlarının, bakanlıkların, derneklerin, sivil toplum örgütlerinin ve bilim insanlarının sıklıkla yaptığı araştırmalardandır.

Sağlık hizmetlerinde çalışanlarla ilgili yapılan araştırmalarda güvenilirliği ve geçerliliği bilimsel olarak kanıtlanmış ölçekler kullanılmaktadır. Minnesota İş Doyumu Ölçeği, Spector İş Doyumu Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, İş Betimlemesi Ölçeği (JobDescriptive Index) ve İş Doyumu Ölçeği bu ölçeklerden bazılarıdır (Maslach, Jackson, ve Leiter 1997; Smith, Kendall, ve Hulin 1969; Spector 1997; Weiss vd. 1967).

Sağlık kurumlarında kaliteyi artırmak için sıkça başvurulan yollardan biri pazarlama araştırmalarıdır. Kurumlar kendi düzeylerini belirlemek ve mevcut durumlarını analiz etmek, iç ve dış müşterilerinin memnuniyet ve beklentilerini ölçmek, daha etkili ve verimli bir şekilde sağlık hizmeti sunmak için pazarlama biliminin tüm öğelerinden faydalanırlar.

2.4 Pazarlama

Pazarlama kavramının pek çok tanımı yapılmıştır. Fakat en çok bilinen ve kullanılan tanım, APD Amerikan Pazarlama Derneği (AMA) tarafından yapılandır. “Pazarlama; tüketiciler, müşteriler, ortaklar ve toplum için değer taşıyan tekliflerin oluşturulması, iletişimi, ulaştırılması ve mübadelesinde rol oynayan kurumlar, faaliyetler ve süreçlerdir.”(American Marketing Association 1960)

En genel tanıma göre, pazarlama mal ve hizmetlerin üreticiden tüketiciye veya kullanıcıya doğru akışını yönelten işletme faaliyetlerinin yerine getirilmesidir. Mucuk’a göre pazarlama, “müşteriler, işletme, paydaşlar ve genelde toplum için değer ifade eden sunulanları yaratma, duyurma, teslim ve mübadele faaliyeti ve güçlü ilişkileri geliştirme sürecidir”(Mucuk 2016).

Philip Kotler ise pazarlamanın bir süreç olarak ele alınmasını ön plana çıkarmış ve “değer” kavramının ortaya çıkmasını sağlamıştır. Kotler’e göre, “değer hedef kitle için kalite, hizmet ve fiyatın doğru bileşimini bir araya getirmek, müşteri ihtiyaçlarını mümkün olan en düşük edinim ve kullanım maliyeti ile karşılamaktır.” (Kotler ve Armstrong 2010).

Tüm bu yeni tanımlar, “pazarlama” kavramını sadece mal ve hizmetlerle ilgili bir “değişim işlemi” ya da “pazar işlemi” olmaktan çıkarmış ve pazarlamanın kar

amacı gütmeyen kuruluşları da içine alacak şekilde kapsamının genişletilmesine yol açmıştır. Örneğin bir siyasetçi için yürütülen seçim kampanyası, meme kanserine karşı farkındalık yaratma kampanyası, sigaranın zararları veya aile planlaması kampanyaları pazarlama biliminin konuları arasındadır (Mucuk 2016).

Modern pazarlamanın en büyük özelliği pazar yönlü/ müşteri odaklı olması, yani tüketici tatmininin ön plana çıkarılmasıdır (Mucuk 2016; Perreault ve McCarthy 1997). Lamb ve vd.'ne göre ise Pazar Yönlü Olma ancak diğer iki kavram olan Bütünleşik (koordineli) Pazarlama Çabaları ve Uzun Dönemde Karlılık ile ele alınırsa faydalı olabilir(Lamb, Hair, ve McDaniel 2012).

Modern pazarlamada günümüzde kullanılan yaklaşımlar aşağıda açıklanmıştır.

2.4.1 Pazar Yönlü Olma (Market/CustomerOrientation)

Pazar yönlü olma anlayışı pazarlamayı bir bilgi sistemi olarak ele alır. Mal ve hizmetin üretim öncesinden ele alınması gerektiğini savunur ve hedef pazarın tüketici ihtiyaçları ve tatmini göz önünde bulundurularak bugünkü ve gelecekteki beklentilerini karşılamayı amaçlar.

2.4.2 Bütünleşik (Koordineli) Pazarlama

Bütünleşik yani koordineli pazarlama anlayışı pazarlama birimlerinin hem diğer bölümlerle uyum ve iletişiminin sağlandığı hem de kendi içinde ve alt bölümleri ile koordineli bir şekilde çalışmasının amaçlandığı pazarlama stratejileri yürütme üzerine kurulmuştur.

2.4.3 Uzun Dönemde Karlılık

Uzun dönemde karlılık anlayışı bir işletme için sadece satışları artırmanın veya tüketiciyi tatmin etmenin değil, uzun dönemde karlılığını da planlaması ve eylemde bulunmasını ön plana çıkarır. Bu anlayışa göre, işletmeler kendi çıkarları ile tüketici çıkarlarını uygun bir dengede tutmalıdırlar. Stratejik planlar yapmak tüm işletmeler için küreselleşen dünyada uzun dönemli düşünmenin gereği olmalıdır(Lamb, Hair, ve McDaniel 2012).

2.4.4 Müşteri, Toplum ve Çevre Odaklı Pazarlama

1980'lerden itibaren işletmeler yalnızca tüketicinin tatmini değil, aynı zamanda toplumun ve çevrenin yararına yapılan pazarlama faaliyetlerini

benimsemişlerdir (Ecer ve Cantaş 2004). Bu anlayışa göre pazarlama hem bireye hem içinde yaşadığı topluma fayda sağlamalıdır. Toplumun hayat standartlarını yükseltmek ve bunun devamını sağlamak, iş imkanları yaratmak, milli gelire katkıda bulunmak, işletmelere gelir oluşturmada destekler sağlamak, tüketici ve üretici arasında köprü olmak, ülke ekonomisine katkıda bulunmak gibi konular işletmelerin benimsediği pazarlama politikalarının içinde yer almalıdır (Şantaş, Kurşun, ve Kar 2016; Yozgat 1993).

İşletmeler de itibarlarını ve imajlarını sadece ürün veya hizmet üreterek değil aynı zamanda toplumun faydasına işler yaparak da korumak zorundadırlar. İşletmeler sosyal sorumluluk anlayışı içinde toplumsal çıkarları da gözetmeli ve toplumun kendilerinden kaynaklanan ya da kendileri dışında oluşan çeşitli sosyal sorunların çözümünde etkin bir rol üstlenmelidirler. İşletmeler pazarlamanın tüm aşamalarında politika ve eylemlerini belirlerken, topluma zararlı etkileri sınırlamak, çevreye zarar vermemek ve toplumun refahına katkıda bulunmak üzere planlama yapmalıdırlar. Şirketlerin yöneticileri ve pazarlama sorumluları pazara sunulan ürün veya hizmetlerin fiyatlandırılması, promosyonu ve dağıtım faaliyetlerinde sosyal sorumluluklarını unutmamalıdırlar. Üretim ve ambalajlama sırasında çevre ve insan sağlığını düşünmeli, fiyatlandırmada yanlış ve eksik bilgi vermekten kaçınmalı, müşterinin tercihlerini kısıtlayacak promosyonlara yönelmemelidirler.

Pazarlama aşamasında, ürün seçimi ve kullanımında doğru bilgilendirme yaparak tüketicinin uygun fiyata ihtiyaç ve isteklerini ve satın alma gücüne göre en yüksek faydayı elde etmesine yardımcı olmalıdırlar. Pazarlama stratejilerinde bu ilkeleri benimseyen şirketler uzun vadede kaynakların israfını ve çevrenin kirletilmesini önleyerek gelecek nesle daha yaşanılır bir dünya bırakırken, kendi marka imajlarını da en üst seviyeye çıkarırlar (Becerikli 2000; Canan ve Ecevit 2005; Özkaya 2010; Prakash 2002).

Pazarlamanın geleceğini toplum, çevre ve müşteri odaklı gören şirketler, gün geçtikçe küreselleşen ve teknolojik unsurların öne çıktığı dünyamızda rakipleri ile baş edebilmek ve doğru pazarlama stratejileri belirlemek için daha fazla çaba sarf etmektedirler. Yeni müşteri edinmek mevcut müşteriye ulaşmaktan daha zordur. Bu yüzden var olan müşteri bağlılığını korumak ve artırmak müşteri odaklı pazarlamadan geçer.

İletişim teknolojilerinin sunduğu olanaklar ve veri tabanı yönetim sistemlerinde yaşanan gelişmeler müşteri ile kurulacak ilişkiyi kolaylaştırmakta, gün geçtikçe müşteri memnuniyeti ve sadakati pazarlamanın en önemli unsuru olmaktadır. Müşteri ile ilişkileri artırma, onun beklenti ve algılarını anlama, veri tabanları oluşturarak daima bağlantıda olma, satış ve servis süreçlerini takip etme, müşteriye uygun yeni ürün ve hizmetler geliştirme müşteri odaklı pazarlamanın konuları arasındadır (Demir ve Kırdar 2007).

2.4.5 Elektronik Pazarlama

Geleneksel pazarlama yöntemlerinden modern pazarlama yöntemlerine geçişin üç ana sebebi, teknolojik gelişmeler, küreselleşme ve toplumun tüketim konusunda günden güne daha bilinçli ve eğitilmiş hale gelmesidir. Bilgi teknolojilerindeki hızlı gelişim her alanda olduğu gibi pazarlama alanında da bu teknolojilerin kullanımını zorunlu hale getirmiştir.

Dünya genelinde internet kullanımının artması, yeni nesil teknolojiler ile internet hızının ve kullanım alanının gelişmesi, Nesnelerin İnterneti (Internet of Things/IoT) çağının elektronik pazarlamanın kullanım alanını ve kullanım araçlarını artırmaktadır (Jara, Parra, ve Skarmeta 2012). Günümüzde dünya nüfusunun yarısından fazlası internete ulaşabilmektedir. Bu oran Tablo 2.1’de görüldüğü gibi dünyanın gelişmiş bölgelerinde %80’lerin üzerine çıkmaktadır (Internet World Stats 2017). 2000 ile 2017 yılları arasında internet kullanıcılarının sayısı yaklaşık on kat artmıştır. Bu hızlı gelişim bilişim teknolojilerinin hayatın her alanında olduğu gibi pazarlamada da kullanılmasını beraberinde getirmiştir.

Kotler ve vd. pazarlamanın gelişimini açıklarken, pazarlamanın ürün odaklıdan (1.0), müşteri odaklıya (2.0), ondan da insan odaklı pazarlamaya (3.0) ve sonunda da geleneksel pazarlamadan elektronik pazarlamaya (4.0) doğru geliştiğini açıklar (Kotler, Kartajaya, ve Setiawan 2011). Elektronik pazarlamada yaşanan bu gelişmeler, bir yandan işletmeleri elektronik pazarlama araçlarına yöneltirken, araştırmacıları da elektronik pazarlama konusunda araştırmalar yapmaya ve bunların etkilerini ölçmeye itmiştir (Pomirleanu vd. 2013).

Teknolojik gelişmeler ve bilgiye ulaşmanın kolaylığı tüm şirketleri internet ve mobil pazarlama imkanlarını kullanmaya zorunlu kılmıştır. İşletmeler müşteri bilgilerini depolama ve işleme, reklam, müşteri hizmetleri gibi faaliyetleri elektronik yollardan yapmayı tercih etmektedirler. Daha önceden pazarlamada tv, radyo ve

gazete gibi araçlar kullanılırken, son dönemlerde daha çok sosyal medya ve diğer internet araçları kullanılmaktadır (Morris, Neil 2009,).

Tablo 2.1 30 Haziran 2017 İtibariyle Dünyada İnternet Kullanan Nüfus ve Kıtalara Dağılımı (Internet World Stats 2017)

Bölgeler	Nüfus (2017 Tah.)	Dünya Nüfusuna Oranı %	İnternet Kullanıcı Sayısı	Toplam Nüfusa Oranı (%)	Gelişim 2000- 2017	İnternet Kul. Oranı %
Afrika	1.246.504.865	%16,6	388.376.491	%31,2	%8.503,1	%10,0
Asya	4.148.177.672	%55,2	1,938.075.631	%46,7	%1.595,5	%49,7
Avrupa	822.710.362	%10,9	659.634.487	%80,2	%527,6	%17,0
Güney Amerika	647.604.645	%8,6	404.269.163	%62,4	%2.137,4	%10,4
Orta Doğu	250.327.574	%3,3	146.972.123	%58,7	%4.374,3	%3,8
Kuzey Amerika	363.224.006	%4,8	320.059.368	%88,1	%196,1	%8,2
Okyanusya/ Avustralya	40.479.846	%0,5	28.180.356	%69,6	%269,8	%0,7
DÜNYA TOPLAMI	7.519.028.970	%100,0	3.885.567.619	%51,7	%976,4	%100,0

Müşteri tarafından bakıldığında tüketicilerin ürün araştırma ve seçme aşamasında, şikâyet ve isteklerini belirtmede elektronik pazarlama sayesinde, günün yirmi dört saati şirketlerle iletişimi mümkün olabilmektedir. Müşteriler, tüm ürünleri birbiriyle kıyaslama imkanı bulurken, iade ve tamir taleplerini de çevrimiçi yollardan doğrudan iletebilmektedirler. Küreselleşme ve teknolojik gelişmeler tüm dünyayı tek bir pazar haline getirmiş bilgiye ulaşma ve iletişimi kolaylaştırmıştır. Bu kolaylık yanında bazı zorluklar da getirerek rekabeti artırmıştır. Şirketler artık rakiplerini daha yakından takip etmek ve küresel şartlara uyum sağlamak zorundadırlar (Alabay 2010). İşletmelerin sayısının artması ve benzer ürün ve hizmetlerin çokluğu üreticilerin de pazarlama anlayışlarını yeniden gözden geçirmelerini zorunlu kılmıştır. Pazarlama süreci artık üretimden değil de müşterinin istek ve ihtiyaçlarından başlamakta, üretim ve kar elde etme süreci arkadan gelmektedir. Bütünleşik pazarlama kavramı sayesinde de pazarlama yalnızca sorumlu birimin değil işletmelerde çalışan herkesin görevi haline gelmiştir (Kotler 2000).

Bilgisayar, internet ve bilgi taşımacılığındaki gelişmeler, işletmelerin müşterilerine değer sağlama imkanını ve yollarını önemli ölçüde artırmıştır. Hedef

kitleyi tanıma ve izleme, ihtiyaç ve talebe göre mal ve hizmet geliştirme, dağıtımda verimliliği ve etkililiği artırma ve tüketici gruplarıyla gerek bireysel, gerekse topluca ilişkiler kurma konularında teknolojik gelişmelerin ciddi yardımı olmuştur (Kannan ve Li 2017).

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere artık tüm ülkeler bilgi teknolojilerine yatırımlara öncelik vermektedirler. Teknoloji işletmelerin imkanlarını artırırken, ne yazık ki pazarları da daha rekabetçi ve saldırgan hale getirmektedir (Mucuk 2016).

Tüm diğer pazarlar gibi sağlık sektöründe de elektronik pazarlama çok yaygın ve etkilidir. Sağlık alanında elektronik araçları kullanmanın en büyük faydaları hastalar ile sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki iletişimin kalitesini yükseltmek, sağlık harcamaları maliyetlerini azaltmak ve tedavi süreçlerini hızlandırmaktır.

Sağlık kurumları elektronik araçlardan yararlanarak hastaların takibini yapabilir, veri tabanları oluşturarak bunları tanıtım aşamasında kullanabilir, hedef pazarlarda daha büyük gruplara ulaşabilirler. Hastalar ise elektronik sağlık araçlarını ve diğer imkanları kullanarak, hastaneye gitmeden, elektronik reçetelerden faydalanabilir, elektronik tıbbi ölçüm cihazları ile ölçümler yapabilir ve kendi sağlık kayıtlarına internetten ulaşabilirler (Patil 2011).

2.4.6 Çevrimiçi Pazarlama Araçları

Çevrimiçi pazarlama bir markanın çeşitli web araçlarını kullanarak saygınlığını ve çevrimiçi konumlanmasını oluşturmaya yardımcı olur ve güçlü stratejiler belirlemesini sağlar. Çevrimiçi pazarlama, internet pazarlaması ya da çevrimiçi reklamcılık olarak da adlandırılır. Bir işletmenin ürün ve hizmetlerinin internet üzerinden pazarlanabilmesi ve çevrimiçi bulunma yeteneğinin artırılması çevrimiçi pazarlamanın en önemli işlevleridir (Uslu, 2000; Winterberg 2013).

Web pazarlaması internet üzerinden sağladığı sonsuz imkanlar ve kanallar sebebiyle geleneksel satışlardan daha detaylı unsurlar içerir. Bir işletmenin çevrimiçi tanıtım unsurlarından en önemlisi kaliteli, ilgi çekici, güncel ve değerli içeriklerin olduğu web hizmeti sunmasıdır. İkinci önemli husus ise Arama Motoru Optimizasyonu (SEO)'dur. İşletmenin web sitesinin çevrimiçi aramalarda üst sıralarda yer alması kaynağına yeni ziyaretçiler sağlamaya yardımcı olur.

Çevrimiçi hedeflere ulaşmanın önemli bir diğer unsuru da sosyal medyayı kullanarak mümkün olduğunca çok takipçi çekmektir. Müşterilerle karşılıklı iletişim

kurmak için, Facebook, Twitter, Instagram, Pinterest ve Google+'da görünür ve etkin olmanın markanın pazarlamasına etkisi büyüktür (Tiago ve Verissimo 2014).

Çevrimiçi pazarlamanın en etkili araçlarından bir diğeri ise mobil pazarlamadır. Akıllı telefonlar ve tabletler aracılığıyla, web sitenizin “mobil cihazlara uygun” bir sürümünü üretmek ve kolay erişilebilir hale getirmek en etkili pazarlama yöntemlerinden biridir (Dyhan 2017).

Günümüz dünyasında küçük çocukların bile ellerinde tablet ve akıllı telefonlar olduğu düşünüldüğünde markanızın tanıtımı için çevrimiçi pazarlama hizmetlerinin kullanılmasının kaçınılmaz olduğu aşikardır. Ev yemekleri yapan iki ortaklı bir lokantadan tutun da dünya çapında dev şirketlere kadar, hepsi web sayfası, mobil uygulama ve sosyal medyadan yararlanmaktadır. Bu sayede en uzak mesafelere bile ulaşmakta, müşterileri ile birebir iletişim kurmakta yeniliklerini ve hizmetlerini güncel olarak duyurmaktadır.

Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetleri pazarlamasında da çevrimiçi hizmetler oldukça yoğun ve verimli bir şekilde kullanılmaktadır. Hastaneye gitmeden önce hastanenin web sayfasından bilgi toplamaya başlayan hasta, çevrimiçi randevu alabilir, hastane ve doktorlar hakkında bilgi edinebilir, hastanenin adresine, ulaşımına ve sağladığı olanaklara erişebilir. Hastalar tedavisi bittikten sonra yine web sayfasından laboratuvar ve tetkik sonuçlarına ve geçmiş kayıtlarına ulaşabilir, doktorlara çevrimiçi bağlanarak sorularını sorabilir (Usher ve Skinner 2011).

Sağlık hizmetlerinde çevrimiçi tanıtım şu anda tüm diğer pazarlama araçlarının önünde seyretmektedir. Hastalar da, sağlık hizmeti sağlayıcıları da çevrimiçi hizmetlerin olanaklarından ve kolaylıklarından yararlanmaktadır (Gümüş ve Sönmez 2018).

Sağlık hizmetlerinde çevrimiçi hizmetlerin dünya genelinde pazar değerinin 2018 yılında 12.005 milyon ABD Doları'na ulaşacağı tahmin edilmektedir. Tahminler pazarın yılda %14,5 oranında büyümesini öngörmektedir. Pazarda kronik hastalıklar arasında en büyük payı kalp yetmezliği alırken onu diyabet ve hipertansiyon alanları izlemektedir. Pazar bileşenleri içerisinde evden bağlanılabilen medikal cihazlar, ücretli uygulamalar ve tele medikal servisler ile uzaktan hasta izlenmesi yer almaktadır. En çok kullanıcı ise diyabet alanında hizmet almaktadır. Türkiye'deki çevrimiçi sağlık pazarının büyüklüğünün ise 2018 yılında 152 milyon ABD dolarına ulaşacağı tahmin edilmektedir (Statista,2017).

2.4.7 Pazarlama Araştırmaları

Tüm işletmeler teknoloji, iletişim, küresel, sosyal ve ekonomik alandaki hızlı değişimlerden yoğun olarak etkilenirler. Pazarlama araştırmaları yöneticilerin daha doğru kararlar vermesine yarayacak bilgileri elde etmelerini sağlar. Pazarlama stratejisi ise bir işletmenin hedef pazar olarak seğtiği bir bölümdeki tüketicilerin ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması amacıyla promosyon, ürün, fiyat ve yer değişkenlerinden en uygun şekilde faydalanılmasına olanak sunar. Günümüzde bu pazarlama bileşenlerine başkaları da eklenmekle birlikte, doğru stratejinin geliştirilebilmesi için doğru kararların verilmesi gerektiği açıktır. Pazarlama araştırması sayesinde yöneticiler objektif, doğru ve güncel bilgilere ulaşabilirler (Burns ve Bush 2015).

Pazarlama araştırması, pazarlamadaki problemlerin çözümü, pazardaki fırsatların yakalanması ve belirlenmesine ilişkin, yöneticilere karar verme sürecinde gerekli olan verinin toplanması, analizi, bilgi haline getirilmesi ve bunların kullanılmasını içeren objektif ve sistematik bir süreçtir. Bu tanımda üzerinde önemle durulması gereken nokta pazarlama araştırmasının sistematik olmasıdır. Sistematik olması bu sürecin planlanmasını ve bilimsel yöntemlerle uygulanmasını, elde edilen verilerin bilimsel bir şekilde değerlendirilmesini ve bilgiye dönüştürülmesini zorunlu kılar. Sistematik yürütülmeyen bir pazarlama araştırması emek ve maliyetin plansız bir şekilde israfına yol açar (Kavak 2017).

Pazarlama araştırmasının başlıca üç amacı vardır:

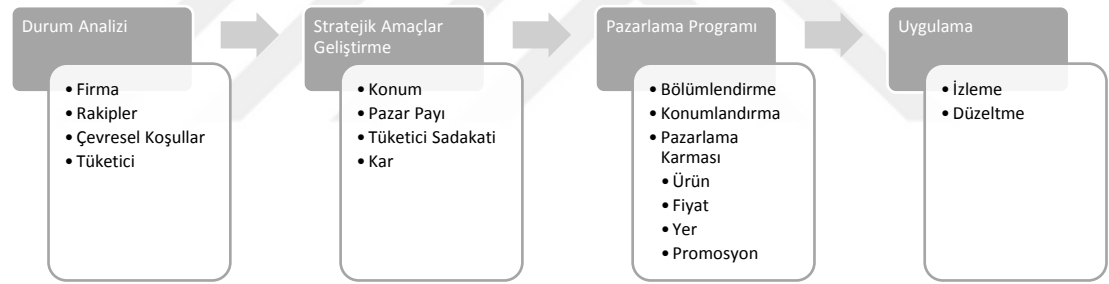
1. Durum Analizi Yapmak:

Stratejik planlama sürecinde piyasayı etkileyebilecek tüm bileşenlerin doğru bilinmesi ve etkilerinin analiz edilmesi gerekir. Durum analizi çerçevesinde firmanın kendisi, rakipler, çevresel koşullar ve tüketiciler incelenir. Durum analizi sürecinde firmanın dış çevresindeki fırsat ve tehditler ile kendi güçlü ve zayıf yönleri incelenir. Bu kapsamda firmanın geçmişteki kar ve satış verileri, reklam, satış arttırma, pazar payı, ar-ge faaliyetleri, mevcut stratejilerin başarı düzeyi ve piyasadaki mevcut durumu incelenir. Tüm bu değişkenlerin rakip firmalar için de incelenmesi gerekir. Rakiplerin güçlü ve zayıf yönlerini ortaya çıkarmak, durum analizi için çok önemlidir. Çevresel koşullar denildiğinde ise, akla ilk olarak ülkenin ekonomik, sosyal, teknolojik, politik ve diğer koşulları gelir. Bunun yanında gayri safi milli hasıla, enflasyon oranları, yasal düzenlemelerin sektöre etkisi, ekolojik değişmeler de en önemli analiz edilmesi

gereken konulardır. Tüketicilerin pazardaki eğilimleri, istek ve beğenileri, memnuniyet ve şikayetleri, satın alma gücü gibi özellikleri de en çok analiz edilmesi gereken konular içindedir.

2.Problem saptamak: Durum analizi yapıldıktan sonra firmalar, kendi eksiklerini ve mevcut konumlarını saptarlar ve problemleri belirlerler. Problemin saptanması pazarlama araştırmasının en önemli aşamasıdır. Bu aşamadan sonra sıra Firmanın ilerlemesini ve problemlerini çözmesini sağlayacak doğru stratejilerin belirlenmesine gelir.

3.İleriye dönük strateji belirlemek: Tüm işletmeler için en önemli amaçlardan biri rakiplerin içinde farklılığını ortaya koyarak kendine bir konum yani imaj oluşturmaktır. Diğer önemli amaçlardan biri ise piyasadaki payını arttırmak ve kar sağlamaktır. Pazarlama bilimine ilgi duyan ve faydalanan yöneticilerin tümü bilir ki, bu faktörler yalnız başına başarıyı getirmez, tüketici sadakati olmazsa, işletmenin uzun vadede başarısı söz konusu olamaz. Tüm bu amaçlar doğrultusunda, işletmeler doğru stratejiler belirlemek ve bunları uygulamak zorunadırlar (Kavak 2017).



Şekil 2.2. Stratejik Planlama Süreci

2.4.8 Pazarlama Bileşenleri Stratejileri

İşletmelerin kısa, orta ve uzun vadeli stratejilerini belirlemeleri için pazarlama bileşenleri olarak adlandırılan tutundurma, fiyat, yer ve ürün değişkenlerinden doğru şekilde faydalanması gerekmektedir. Bu çalışmanın kapsamında tüketici eğilimlerinde önemli bir faktör olan olan katılımcılık değişkeni tartışılacaktır. Pazarlama bileşenlerinin doğru stratejiler belirlemedeki öneminin tam olarak anlaşılabilmesi için bu değişkenleri açıklamamızda fayda vardır.

İlk olarak 1964 yılına McCarty'nin ortaya attığı pazarlamada 4P (Price, Promotion, Place, Product) kavramı ilerleyen teknoloji ile birlikte günümüz şartları pazarlamanın 4P'sinin evrimleşmesine sebep oldu. Teknoloji, internet, sosyal medya

ve en önemlisi tüketicinin rolündeki değişimler McCarthy'nin "**Pazarlamanın 4P'si**" olarak bilinen anlayışının, modern ve post-modern pazarlamaya ayak uyduramamasına yol açtı. Bunun üzerine üzerine, Booms ve Bitner 1981 yılında **7P** olarak adlandırılan yeni pazarlama bileşenlerini ortaya attı. Bomms ve Bitner insan, süreç ve fiziksel kanıtlar bileşenlerini 4P'ye ekleyerek daha geniş kavramlar oluşturdular. Bu çalışmanın kapsamına ise 4p olarak bilinen fiyat, yer,ürün ve tutundurma bileşenleri ele alınacaktır (Booms ve Bitner 1981; Donnelly ve George 1981; Mccarthy 1964).

2.4.8.1 Ürün (Mal/Hizmet)

Ürün hem üreticilerin hem de tüketicilerin gözünde bir değeri olan , ihtiyaç ya da telebi tatmin edecek özellikleri olan hemen hemen herşeye verilen addır.Ürünler kimi zaman elle tutulur gözle görülür nesnelere olabilirken, bazen gözle görülemeyen bir hizmet ya da bir düşünceyi de temsil edebilir. Bir işletmede yöneticilerin en önemli sorumluluğu ürün üretilecek mal ve hizmetlerin planlaması ve geliştirilmesidir. Mevcut ürünlerde değişiklik yapılması, yeni ürünlerin geliştirilmesi, üretilecek malın kalitesi, çeşitleri, stil, marka, ambalaj, garanti konuları ile, ek hizmetler sağlanması ve benzeri kararlar pazarlama stratejilerini belirlemede büyük önem taşır. Pazarlamanın ilk P'si Product kavramını temsil eden ürün hem somut malları hem de soyut hizmetleri kapsar (Mucuk 2016).

Üretim yapılırken yenilik boyutunun yanında türü de göz önüne alınmalıdır. Kolayda, beğenmeli ve özellikli olarak üç kategoride ele alınabilecek ürünlerin tüketici tarafından hangi pazarlama faaliyeti ile daha fazla talep edileceğinin bilinmesi gerekir. Tüketici fiyata duyarlı ise bu ürün beğenmeli mallar kategorisine girer, eğer değilse özellikli olarak tanımlanır. Doğru bir yönetim anlayışına sahip işletmeler, üretilecek ürünlerin tasarımı sürecinde tüketici gruplarının beklenti ve görüşlerini dikkate alır, ve buna göre strateji belirler.

2.4.8.2 Fiyat

Bir işletmedeki pazarlama sorumluları üretilecek mal ve hizmetler için en uygun fiyatın belirlenmesi, kampanyalar, indirimler, kredi imkanları gibi fiyat politikalarını belirlemekle yükümlüdürler. (Mucuk 2016). Pazarlamanın ikinci P'si olarak tanımlanan Price (Fiyat) tüketicinin en önem verdiği özelliktir. Teknoloji ve iletişimin gelişmesi ile fiyat kavramına tüketici grupları daha ilgili duruma gelmiş ve

artık tüm tüketiciler ürünlerin fiyatlarını farklı üreticilerden ayrı ayrı araştırmakta ve en doğru karşılaştırmaları yapmaktadırlar. Teknoloji ve internet sayesinde geleneksel alışveriş yöntemleri yerini uzaktan alışverişe bırakmaktadır.

2.4.8.3 Tutundurma

İşletmeler sundukları mal veya hizmetle ilgili hitap ettikleri pazara bilgi vermeli, tüketicileri satın almaya ikna edecek çalışmalar yapmalıdırlar. Kişisel satış, reklam halkla ilişkiler, tanıtım, doğrudan satış geliştirme ve doğrudan pazarlama gibi faaliyetler en doğru şekilde uygulanmalıdır. Pazarlama bileşenlerinden 3. P olarak bilinen Promotion (Tutundurma) bir ürünün satışı için vazgeçilmezdir. İşletmeler tutundurma stratejilerini belirlerken, öncelikle tüketicilerin marka güvenini ve marka sadakatini artırma, karlarını yükseltme ve konumlarını kuvvetlendirmeyi amaçlarlar. Tutundurma stratejisi uzun dönemde amaçlara ulaşmada en etkili pazarlama fonksiyonudur (Mucuk 2016).

Tüm diğer pazarlama bileşenleri gibi tutundurma fonksiyonu da teknolojik gelişmelerden fazlasıyla etkilenmiş, klasik pazarlama yöntemleri yerini internet ve sosyal medya araçlarına bırakmıştır. Neredeyse tüm işletmeler web sayfaları üzerinden müşterileri ile ilişkilerini yürütmekte ve ürünlerinin tanıtımını yapmaktadırlar. Eskiden yaygın olan televizyon, gazete, dergi, radyo reklamları yerini sosyal medya hesapları, video kanalları gibi dijital platformlara bırakmıştır.

2.4.8.4 Dağıtım/Yer

İşletmeler mevcut dağıtım yapısı içinde en uygun dağıtım kanalını seçerek ürünlerini uygun pazarlara uygun zamanda ulaştırmak, uygun bir dağıtım sistemi oluşturarak fiziksel dağıtımın bu kanallarla yapılmasını sağlamak zorundadır. Pazarlamanın 4.P'si olan Place (Yer/Dağıtım) tüketicilerin ürünlere ulaşmasını kolaylaştıran pazarlama bileşeni elemanıdır (Mucuk 2016).

Pazar şartlarının değişmesi, internet alışverişinin yaygınlaşması, pazarlamada yer kavramında değişiklikler meydana getirmiştir. Daha önceleri mağaza gezilerek alışveriş yapılırken, tüketicilerin kendi alışverişini yapmayı azaltması sonucu, mal ve hizmetleri nihai tüketiciye ulaştırma işini aracı kuruluşlar yapmaya başlamıştır. Günümüzde tüketiciler web hizmetleri üzerinden istediği ürünü güvenli bir şekilde satın alabilmektedir. Satın aldığı ürünün evinin kapısına kadar gelmesini sağlayan bu alışveriş biçimi tüketiciler tarafından her gün daha da benimsenmektedir.

2.5 Sağlık Hizmetleri

Sağlık bireylerin sadece vücut yönünden herhangi bir hastalığı olmaması değil, aynı zamanda kişilerin ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmalarını ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlığın üç temel ölçütü aşağıdaki gibidir (WHO 2013):

1. **Bedensel iyilik:** Vücudu oluşturan doku ve organlarda eksiklik, işlev bozukluğu, mikrop taşıma gibi durumların olması halidir.
2. **Ruhsal iyilik:** Yaşına uygun olarak düşünebilen, düşündüklerini anlaşılır şekilde ifade edebilen, başkalarını anlayabilen, yerinde ağlamasını ve gülmesini bilen, güçlüklerle mücadele edebilen, koşullara uygun hareket edebilen, başarılarında mutlu olup başarısızlıkları kabullenebilen, kendisiyle barışık olma halidir.
3. **Sosyal iyilik:** Nerede, nasıl davranacağını ve sorumluluklarını bilen, insanlarla iyi ilişkiler içinde olup büyüğünü, küçüğünü severek hoşgörülü davranan, çevresiyle barışık olma halidir.

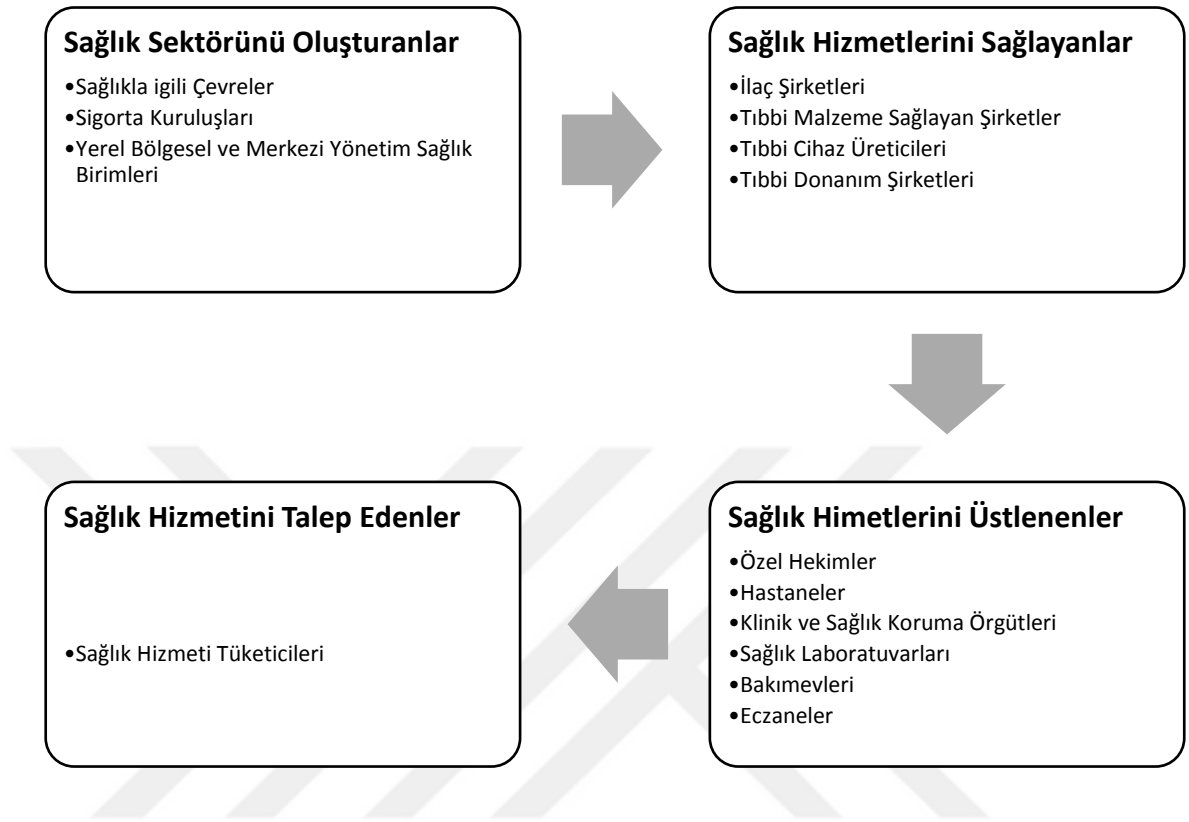
Ülkeler sağlık sistemlerini, politikalarını ve sağlık hizmetlerini Dünya Sağlık Örgütü'nün bu tanımı üzerine geliştirmişlerdir. Her insan doğduğu andan itibaren sağlıklı bir ortamda yaşama hakkına sahiptir. Sağlıklı olma hakkı insan hakları kapsamında olup aynı zamanda devlet güvencesi altındadır. Sosyal devlet olmanın sorumluluğu içinde devletler kamu yararına sağlık hizmetlerini yürütürler.

2.5.1 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Özellikleri

Sağlık hizmetleri önceleri sadece hastalıkların tedavisi diye algılanmaktaydı ancak zamanla hastalık ya da insan sağlığına zararlı etkenlerin öğrenilmesi sonucu kişisel hijyen, çevre sağlığı, mikroplarla mücadele gibi konular önem kazanmıştır. Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplumun-bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesine yönelik bütün faaliyetlerdir (WHO 2013).

Sağlık hizmetlerinin kapsamı ve çevresi genişledikçe sağlık sektörü pek çok iç ve dış ortaklarla iş birliği yapmaya başlamıştır. Özel ve kamuya ait farklı hizmetler sunan kurum ve kuruluşlar toplum sağlığını korumak için el ele vermiştir. Odabaşı sağlık hizmetlerini bir endüstri olarak tanımlamış ve bu endüstriyi sağlık sektörünü oluşturanlar, sağlık hizmetini sağlayanlar ve sağlık hizmetini üstlenenler şeklinde üç

grupta toplamıştır. Odabaşı'nın oluşturduğu model Şekil 2.3'de görülmektedir (Odabaşı 2001)



Şekil 2.3. Sağlık Hizmetleri Endüstrisi

2.5.2 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık Hizmetleri diğer hizmet sektörlerinden bazı özellikleri ile farklılık gösterir. Kamu ve özel kurumlar tarafından sunulan sağlık hizmetleri kamusal, dışsallık ve belirsizlik altında seçim özelliklerini içerir.

Kamusalılık: Sağlık hizmetleri halkın yararı için sunulan bir hizmettir. Halktan toplanan vergi ve bağışlar gibi kaynaklarla, devlet toplumun sosyal ihtiyaçlarını gideren çeşitli mal ve hizmet üretir ve bunları kamu hizmetleri şeklinde tüketicilere sunar.

Kamusal mallar, hizmetler toplumda yaşayan herkes tarafından eşit ve birlikte tüketilir. Bu hizmetlerin faydaları bölünemez ve bedel ödemeyenler bu hizmetten dışlanamaz.

Sağlık hizmetleri yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılır. Tüketimi sonucu topluma yoğun dışsal fayda sağlarken, kişilere de özel fayda sağlayan mal ve

hizmetlerdir. Ayrıca bedelini ödemeyenler için hizmetin faydasından dışlanması da söz konusudur.

Dışsallıklar: Bir bireyin yarattığı bir dışsallığın tüm etkileri, ekonomideki herkes tarafından hissedilmektedir. Mübadele konusu olamayacak, kimi zaman pozitif, kimi zaman negatif olabilen karşılıklı esasa dayanan malları içerir.

Belirsizlik altında seçim; İki sebepten ötürü sağlık hizmetlerinde seçim hakkı bazen hastaya bırakılmaz. *Birincisi* Sağlık hizmetlerinin soyut olması ve sonuçlarının ve belirtilerinin tam olarak ölçülmesi zor dur, ikincisi ise hastaların doktorlar kadar bilgisi yoktur. Bu sebeplerden bazı belirsiz durumlarda karar doktora bırakılır ve hasta da doktoruna güvenmek zorundadır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat 2015).

2.5.3 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Türkiye’de ve dünyada sağlık hizmetlerini genel olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olmak üzere üç başlık altında tanımlayabiliriz.

Koruyucu sağlık hizmetleri: Koruyucu sağlık hizmetleri doğrudan insanların hastalıklarını tedavi etmeye yönelik değil de hastalanmadan önce koruyucu tedbirleri almayı amaçlar. Kişilerin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümü koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamındadır. Dışsal faydası en fazla olan, tüm toplumun yararlandığı sağlık hizmetidir.

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Herhangi bir hastalık ve sakatlık durumunun ortaya çıkması durumunda ihtiyacı olan kişinin doğrudan yararlanabildiği tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamakta ele alınır:

Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri; Muayenehaneler, sağlık ocakları, verem-savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri tarafından sunulan ve kişilerin evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir.

İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri; hastaların teşhis ve yatılarak tedavi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde tam teşekküllü devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmetler veren kuruluşlardan bazılarıdır.

Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri; ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, onkoloji hastaneleri, kadın doğum hastaneleri meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlardır.

Rehabilite Edici Hizmetler; kişilerin günlük hayatını etkileyebilecek hastalıkların ve kazaların etkisini en aza indirmek amacı ile başkasına bağımlı olmadan yaşamasını sağlayan sağlık hizmetleridir. Doktorlar ve diğer sağlık personeli tarafından verilen bu hizmetler hastalara verilen tıbbi rehabilitasyonun yanında onlara iş bulma ve daha sonra da işe uyum sürecinde yanında olma gibi sosyal hizmetleri kapsar (Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat 2015).

2.5.4 Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Unsurlar

Sağlık hizmetlerini sunan özel ve kamu sektörüne ait kurum ve kuruluşlar tüm bireylere her zaman eşit ve yeterli şekilde sağlık hizmetlerini sunamaz. Bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşım ve kullanım şeklini etkileyen pek çok etken vardır. Anderson ve arkadaşlarının öncülük ettiği, daha sonra Kavuncubaşı ve Kısa tarafından geliştirilen sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen bu unsurlar Tablo 2.2, Tablo 2.3 ve Tablo 2.4’de özetlenmiştir (Kavuncubaşı ve Kısa 2008).

Sağlık hizmetlerini etkileyen faktörler:

- Kolaylaştırıcı faktörler,
- Hazırlayıcı faktörler,
- İhtiyaç faktörleri

olarak sınıflandırılır. Kolaylaştırıcı faktörler arasında kamusal özellikler ve aileye bağlı özellikler yer alır. Hazırlayıcı faktörleri ise tutum ve davranış, sosyoekonomik özellikler ve demografik özellikler etkilemektedir. İhtiyaç faktörleri, algılanan hastalık derecesi ve gerçek hastalık ile ilişkilidir.

Tablo 2.2 Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Kolaylaştırıcı Faktörler

Kamusal Özellikler	Aile
İkamet	Ailenin toplam geliri
Bölge	Sigorta kurumu
Yatak başına düşen kişi sayısı	Ulaşım süresi
Nüfus hizmet kullanım oranı	Başvuru süresi
Hizmetin sürekliliği	Hastaların bekleme süresi
Hizmetin ulaşılabilirliği	Düzenli bakım
Ekonomik Sistem	Özel muayene olanağı

Tablo 2.3. Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Hazırlayıcı Faktörler

Tutum ve Davranış	Sosyo Ekonomik	Demografik
Bireye göre sağlık hizmetinin değeri	Gelir	Yaş
Koruyucu hizmetlerin kullanımına ilişkin tutumlar	Eğitim düzeyi	Cinsiyet
Hekimlik hizmetlerini kullanma eğilimi	Meslek	Hane halkı sayısı
Hastalık bilgisi	Toplumsal sınıf	Medeni durum
Tepki eşiği	İstihdam durumu	Hizmet kullanımı ile ilgili geçmiş
Tıbbi bakımdan tatmin	Dinsel köken	Komşuluk ilişkileri
Sigorta planından tatmin	Etnik köken	İrk

Tablo 2.4 Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen İhtiyaç Faktörleri

Algılanan Hastalık Derecesi	Gerçek Hastalık
Semptomlar	Semptomlar
Rahatsızlık süresi	Tanı
Algılanan sağlık düzeyi	
Ağrı sızının yoğunluğu	
Sağlıkla ilgili endişeler	

2.5.5 Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama

Sağlık işletmelerinin sayısı her gün artmakta ve rekabet koşulları da bununla birlikte daha da güçleşmektedir. Hastane yönetimleri sağlık işletmelerinin kaynaklarını etkin ve verimli olarak kullanılmasını artırmak için zamanla geleneksel olanı terk edip, modern yönetim şekillerine yönelmişlerdir (Tengilimoğlu 2016). Böylelikle günümüzde modern yönetim anlayışına dayalı “sağlık yönetimi” kavramı ortaya çıkmıştır. Sağlık yönetiminin önemli bileşenlerinden biri de sağlık pazarlamasıdır.

Sağlık hizmetleri pazarlamasının ilk amacı sağlık hizmeti tüketicilerinin ihtiyaçlarının belirlenmesidir. Sağlık hizmetlerinin bu ihtiyaçlara göre planlanması, uygulanması ve sağlık hizmeti kullanıcılarının bu hizmetleri kullanmaya yönlendirilmesi sağlık hizmeti pazarlamasının diğer amaçlarıdır (Karafakioğlu 1998). Hedef pazarın istek ve ihtiyaçlarının anlaşılması sürecini yönetmek hastane yönetiminin en önemli amacı olmakla birlikte, bütünleştiren bir bakış açısı kazandırarak hedef pazar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki olanak ve memnuniyet değişimini yani değerlerin gelişmesini sağlamak bir diğer görevidir (Cooper 1994).

Sağlık işletmelerinde yöneticilerin pazarlama disiplini öğrenme sebepleri aşağıda sıralanmıştır:

- Teknolojik gelişmelerin hızı
- Uzmanlaşmanın ileri boyutlara ulaşması
- Finans bulmadaki zorluklar
- Sağlık sektöründeki rekabet artışı
- Yasal kısıtlamalar
- Tüketici odaklı pazarlama anlayışının gelişimi
- Bilinçli tüketici sayısındaki artış ve hasta hak aramalarındaki gelişmeler (Tengilimoğlu 2016).

Sağlık hizmetlerinde pazarlama başlı başına uzmanlık gerektiren bir alandır. Hem reklam ve tanıtımlara getirilen kısıtlamalar, hem de sağlık sektörünün müşterisi olan hastaların en kırılgan ve stresli müşteri kitlesi olmasından ötürü, sağlık hizmetlerinde pazarlama araştırmaları ve tanıtım faaliyetleri yapmak oldukça zordur.

Sağlık kurumlarındaki pazarlama veya halkla ilişkiler birimi yöneticileri bilir ki en iyi pazarlama yöntemi müşterileri memnun etmektir. Groot, Yılmaz, Öz, Zerenler, Purcea ve Uzunal'a göre hastaların sağlık kurumlarına gelmelerinin en önemli etkeni aile üyeleri veya arkadaş çevresinden aldıkları tavsiyelerdir (De Groot vd. 2012; Purcărea, Gheorghe, ve Petrescu 2013; Uzunal ve Uydacı 2010). Ağızdan ağza pazarlama sağlık kurumları için en etkili pazarlama aracı olduğundan, hastaneden memnun ayrılmış tek bir hasta bile onlarca hastanın kuruma gelmesini sağlar (Yozgat ve Deniz 2011).

2.5.6 Sağlık Hizmetlerinde Pazarlamanın Gelişimi

Sağlık hizmeti pazarlamasında etik kaygılar ve yasalardan ötürü karşılaşılan engeller bu sektörde pazarlama çalışmalarının diğer sektörlerden daha geç başlamasına sebep olmuştur.1970'lerden itibaren sağlık alanında pazarlama çalışmalarının başladığı görülmektedir. 1980'lerden sonra ise, daha profesyonel bir pazarlama anlayışı benimsenmiştir.

Dewitt sağlık kurumları yöneticilerinin pazarlamaya yönelmesini dört evre olarak ifade etmiş ve her evredeki pazarlama çalışmalarının etkisini göstermesi için bir sürenin geçmesine ihtiyaç olduğunu ileri sürmüştür. Dewitt'in teorisine göre ilk iki evrede hastane yöneticileri hastane ihtiyaçlarını ön planda tutmuşlardır. Onlara göre "Hastane için en iyi olan hastalar için de en iyidir" ve "hastane için neyin iyi olduğunu yöneticiler belirler".

İlk iki aşamada pazarlama, halkla ilişkiler ve promosyon eş anlamlı olarak değerlendirilmiş ve hastane üst düzey yöneticileri pazarlama stratejilerinde karar vericiler olarak belirlenmiştir. Yöneticiler hastane imaj çalışmalarını, hasta tatmini ve tanıtım çalışmalarını kendileri yürütmüşlerdir.

Üçüncü ve dördüncü evrelerde ise sağlık kurumları yöneticileri müşteri (hasta) odaklı pazarlama anlayışını benimsemişler ve pazarlama faaliyetlerinin konunun uzmanları tarafından yürütülmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir. Artık pazar bölümlendirme çalışmaları, tüketici davranışlarını araştırma, çalışan memnuniyetini ölçme, imaj oluşturma ve hasta memnuniyeti ölçme çalışmaları pazarlama birimlerine devredilmiş veya dışarıdan profesyonel destek almaya başlanmıştır. Pazarlama stratejileri ve pazarlama bileşenleri unsurları ön plana çıkmış ve asıl amaç maksimum hasta tatmini olmuştur (Dewitt 1987).

Berkowitz'e göre ise sağlık hizmetlerinde pazarlama tıpkı ürün pazarlamasında olduğu gibi üç aşamadan oluşmaktadır (Berkovitz 2017). Bu aşamalar üretim, satış ve pazarlama aşamalarıdır. Tablo 2.5'de üretim işletmesi odak noktası ile bir sağlık hizmeti ögesi olan hastanelerin odak noktası karşılaştırılmalı olarak sunulmuştur.

Tablo 2.5 Sağlık Hizmetlerinde Pazarlamanın Aşamaları

Dönem	Üretim İşletmesi Odak Noktası	Hastaneler Odak Noktası
Üretim	Ürün kalitesi üzerinde odaklaşma	Klinik kalite üzerinde odaklaşma
Satış	Satış hacmini artırma	Yatakların doluluk oranını artırma
Pazarlama	İhtiyaç ve isteklerin tatmini	Sağlık ihtiyacını belirleme ve karşılama

Berkowitz'e göre üretim aşamasında hastane yöneticileri çalışmaların merkezine en yüksek kalitede sağlık hizmeti vermeyi ve hastanede ileri teknolojilere sahip olmayı koyarlar. Satış aşamasında en önemli konu, hasta sayısını artırmak ve hekimlerin çalışma koşullarını maksimum düzeyde iyileştirmektir. Pazarlama aşamasında ise, sağlık yöneticileri entegre sağlık hizmeti sunmaya yönelmiş, bu kapsamda yalnızca klinik sağlık hizmetleri değil, yaşlanan dünyamızda evde bakım hizmeti vermek gibi tüketiciye odaklanan sağlık hizmeti stratejileri benimsemişlerdir (Flexner ve Berkowitz 1979).

Sağlık sektörünün büyümesi ve pazarlama çalışmalarının kaçınılmaz hale gelmesi sağlık hizmetleri pazarlamasını ayrı bir uzmanlık durumuna getirmiştir. Teknolojideki hızlı ilerlemeler, modern alet ve yöntemlerin kullanılması maliyetleri artırırken rekabeti de kızıştırmıştır.

Modern hastaneler çok önemli görevler üstlenen ileri düzeyde sosyal işletmecilik kurumlarıdır. Bu yüzden "modern işletmecilik" kurallarına göre yönetilmektedirler. Klasik hastane organizasyonlarının aksine, modern hastanelerde yönetim ve tıbbi hizmetlerin birbirinden farklı kollardan yürütüldüğü, pek çok işletme fonksiyonunun yanında "pazarlama" fonksiyonunun da ön plana çıktığı görülmektedir (Tengilimoğlu 2016).

2.5.7 Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Üzerine Tartışmalar

1980'li yıllardan sonra benimsenen sağlık hizmetleri pazarlamasına olumlu düşüncelerle yaklaşıldığı gibi, pek çok olumsuz eleştiri de gelmiştir. Bu eleştirilerin başında kıt kaynakların boşa harcanması, hastalar arasında ayrıma yol açması, yönlendirici ve rekabetçi olması ve gereksiz talep yaratarak kaliteyi düşürmesi vardır. Sağlık hizmeti pazarlaması için yöneltilen bu eleştirilerin haklı yönleri de vardır ancak bu eleştiriler pazarlamanın sadece reklam, promosyon ve satış şeklinde algılanmasından kaynaklanmaktadır. Oysa çağdaş pazarlama anlayışını benimsemiş

sağlık kuruluşları reklam ve promosyondan çok kaliteli hizmet ve müşteri tatmini odaklı bir pazarlama stratejisi izlemeyi tercih ederler.

Serbest piyasa ve rekabet koşullarında, müşteri odaklı pazarlama stratejisi izlenmesi tüketicilerin (hastaların) lehinedir. Kaynakların daha verimli kullanılması, kaynakların çeşitlendirilmesi, çalışan memnuniyetinin üst düzeye çıkarılması, çağdaş pazarlama anlayışının diğer getirileridir. Çağdaş pazarlama anlayışı sağlık hizmetlerinde pazarlama, profesyonel yönetim, hizmetlerin geliştirilmesi, dağıtım ve sunulmasını uzman ellere ve profesyonellere bırakır. Ayrıca hizmetlerin planlanması kontrol ve iletişimi konularına ilişkin karar alma süreçlerinde üst düzey yönetim tarafından profesyonel destek alarak gerçekleştirilir. Böylece daha kaliteli hizmet sunan hastanelere ve daha fazla doyuma ulaşmış hastalara ulaşmak mümkün olur (Paul ve Honeycutt 1995; Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat 2015).

Sağlık alanında pazarlama çalışmalarına tüketicilerin mağdur olmaması ve yanıltılmaması için devlet ve meslek odaları tarafından pek çok yasal kısıtlama getirilmiştir. Tüm sağlık kurumları tanıtım ve bilgilendirme yaparken bu düzenlemelere uymak zorundadırlar.

2.5.8 Sağlık Kurumlarında Reklam Ve Tanıtım Faaliyetlerindeki Kısıtlamalar

Reklam ve tanıtım faaliyetleri ve reklam veren tanımları, mevzuatta yer alan kanun ve yönetmeliklerde tanımlanmıştır. Tüketicinin Korunması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair 4822 sayılı kanununun 3/1 maddesinde “Reklam Veren” tanımı şu şekildedir:

“Ürettiği ya da pazarladığı malın/hizmetin tanıtımını yaptırmak, satışını artırmak veya imajını yaratıp güçlendirmek amacıyla hazırladığı, içinde firmasının ya da mal/hizmet markasının yer aldığı reklamları yayınlatan, dağıtan ya da başka yollarla sergileyen gerçek ya da tüzel kişiyi, ifade eder”(T.C. Resmi Gazete 2003b).

14.06.2003 tarih ve 25318 Sayılı Resmi Gazetede Yayınlanan Ticari Reklâm Ve İlanlara İlişkin İlkeler Ve Uygulama Esaslarına Dair Yönetmelik’in 4. maddesinde ise reklâm ve ilan “Mal, hizmet veya marka tanıtmak, hedef kitleyi oluşturanları bilgilendirmek ve ikna etmek, satışını veya kiralanmasını sağlamak ya da artırmak amacıyla reklâm veren tarafından herhangi bir mecrada yayımlanan pazarlama iletişimi niteliğindeki duyuru” şeklinde tanımlanmıştır (T.C. Resmi Gazete 2003a).

Sağlık hizmeti veren kurumlar da yasal sınırlar çerçevesinde kendi tanıtımlarını yapabilirler. Ancak olumsuz etkileri olabileceği düşünülerek sağlık kurumlarında

reklam yasaklanmıştır. Bu yasakların çeşitli sebepleri vardır. Birincisi sağlık alanındaki reklamların giderleri hizmetlere yansıtılabilir ve bu sağlık harcamalarını artırır. Bir diğer sebep ise, hastalarda kafa karışıklığı ve tedirginlik yaratma olasılığıdır. “Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 5. Maddesine göre doktorların ilk görevi, hastalıkları önlemek ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. “ Dolayısıyla doktorların ticari kaygı taşıması etik değildir. Sağlık hizmeti doktorların sorumluluğundadır. Aynı zamanda görev yapılan sağlık kurumu da bu sorumluluğu taşımak zorundadır (Ersoy, Güler, ve Giritlioğlu 2008).

Bazı sağlık kurumları yasal sınırlamalardan kurtulmak için örtülü reklam yapmayı tercih edebilmektedirler. Ancak sağlık hizmetlerinde açık veya örtülü her türlü reklamın yasak olduğu unutulmamalıdır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerindeki tanıtımın sınırlarını belirleme süreci çeşitli aşamalardan geçmiştir. Bu konudaki İlk mevzuat 1928 tarih ve 863 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 24. Maddesidir. Bu maddede “İcrayı sanat eden tabipler hasta kabul ettikleri mahal ile muayene saatlerini ve ihtisaslarını bildiren ilanlar tertibine mezun olup diğer suretlerle ilan, reklam ve saire yapmaları memnudur”(T.C. Resmi Gazete 1928). Ayrıca 1960 tarih ve 10436 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 9. Maddesinde “ Tabip ve dış tabibi, gazete ve sair neşir vasıtaları ile yapacağı ilânlarda ve reçete kâğıtlarında, ancak ad ve soyadı ile adresini, Tababet İhtisas Nizamnamesine göre kabul edilmiş olan ihtisas şubesini, akademik unvanını ve muayene gün ve saatlerini yazabilir (T.C. Resmi Gazete 1960).

Muayenehane kapılarına veya binaların dışına asılacak tabelâların ebadı ve adedi, mahalli tabip odaları tarafından tespit edilebilir. Tabipler ve dış tabipleri, tabip odalarının bu husustaki kararlarına riayet etmekle mükelleftirler.” İfadesi yer almıştır. Aynı tüzüğün 8. Maddesinde ise “Tabiplik ve dış tabipliği mesleklerine ve tedavi müesseselerine, ticari bir veçhe verilemez. Tabip ve dış tabibi, yapacağı yayınlarda tababet mesleğinin şerefini üstün tutmaya mecbur olup, ne suretle olursa olsun, yazılarında kendi **reklâmını yapamaz**. Tabip ve dış tabibi, gazetelerde ve diğer neşri vasıtalarında, **reklâm mahiyetinde teşekkür ilânları yazdıramaz.**”

Türk Tabipleri Birliği tarafından 26.8.2015 tarihinde güncellenerek yayımlanan Hekimlik Mesleği Etiği Kuralları'nın 11. Maddesinde reklam yasağı konusunda Őöyle denmektedir (Türk Tabipler Birliği 1999):

“Madde 11-Hekim, mesleğini uygularken **reklam yapamaz, ticari reklamlara araç olamaz**, çalışmalarına ticari bir görünüm veremez; insanları yanıltıcı, paniğe düşürücü, yanlış yönlendirici, meslektaşlar arasında haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamaz. Hekim, yayın araçlarıyla yapacağı duyurularda varsa, Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne göre kabul edilmiş olan uzmanlık alanını, çalışma gün ve saatlerini bildirebilir. Tabela ve benzeri tanıtım araçlarının biçim ve boyutları yerel tabip odası tarafından saptanır.”

Ayrıca 15.2.2008 tarih ve 26788 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik; 29.06.1996 tarihinde toplanan 44. Büyük Kongre'de kabul edilen Türk Tabipleri Birliği Soruşturma ve Yargılama Yönetmeliği; Türk Tabipleri Birliği tarafından 28.4.2004 tarih ve 25446 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği, sağlık kurumları ile ilgili tanıtımlarda uyulacak disiplin kurallarını düzenleyen hükümler içermektedirler. Öte yandan tüketicileri (hasta) korumak amacı ile Basın ve Ahlak Yasası, Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu Reklam Yönetmeliği, Reklam Kurumu Yönetmeliği gibi yasal düzenlemelerle sağlık kurumlarının tanıtımları sıkı bir şekilde denetlenmektedir (T.C. Resmi Gazete 2004; T.C. Resmî Gazete 2008).

Yukarıda sözü edilen düzenlemelerden de açıkça görölmektedir ki, hekimlerin ve sağlık kurumlarının reklam yapmaları yasal olarak mümkün değildir.

Bununla beraber sağlık kuruluşlarının bu düzenlemelere aykırı olmayacak şekilde “Bilgilendirme ve Tanıtım” yapabilmeleri mümkündür.

Sağlık hizmetleri tanıtımlarına getirilen en önemli koşul, gerçekleri yansıtmaması ve aldatıcı olmamasıdır. Örneğin hekimlerin kendi uzmanlık alanlarının tanıtımını yapmaları serbestken, uzmanı olmadığı bir konuda beyanda bulunmaları yasaktır. Ayrıca hekimler bilimsel bir konuda basında fikirlerini beyan edebilme özgürlüğüne sahipken, kendi tanıtımlarına sınırlandırmalar getirilmiştir. Örneğin bir hekim bir sağlık programında sağlık konusunda söyleşi yapabilir ama aynı programda iletişim bilgilerini veremez.

Ayakta teşhis ve tedavi yapan sağlık kuruluşları için de benzer düzenlemeler yapılmıştır. Binanın içinde doktorların isimleri tabelalarda yazılabilirken, binanın dışında hiçbir sağlık uzmanının ismi tabelalarda gösterilemez.

27.3.2002 tarih ve 24708 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin 60. maddesinde bilgilendirme ve tanıtımla ilgili şu düzenlemeler yer almaktadır (T.C. Resmî Gazete 2006):

“Özel hastaneler; tıbbî deontoloji ve meslekî etik kurallarına aykırı şekilde, insanları yanıltan, yanlış yönlendiren ve talep yaratmaya yönelik, ruhsatında yazılı kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarından başka hastaları kabul ve tedavi ettiği intibainı uyandıran, diğer hastaneler aleyhine haksız rekabet yaratan davranışlarda bulunamazlar ve bu mahiyette tanıtım yapamazlar.

Özel hastaneler tarafından; sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikteki bilgilendirme ve tanıtımlar yapılabilir. Bilgilendirme ve tanıtım faaliyetleri kapsamında, yanıltıcı, abartılı, doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış bilgilere ve talep yaratmaya yönelik açıklamalara yer verilemez.

Özel hastaneler; hizmet alanları ve sunacağı hizmetler ile açılış bilgileri ve benzeri konularda toplumu bilgilendirmek amacıyla tanıtım yapabilir ve ilan verebilir.

Özel hastaneler tarafından oluşturulan internet sitelerinde; yer alan her türlü sağlık bilgisi, alanı ile ilgili bilgi ve tecrübeye sahip sağlık meslek mensupları tarafından verilmek zorundadır. Bu siteler aracılığıyla hiçbir şekilde tedavi edici sağlık hizmetine yönelik bilgiler verilemez. İnternet sayfalarında verilen bilginin, son güncelleme tarihi açıkça belirtilir.

Yukarıda belirtilen esaslara uymayan özel hastane sahipleri ve mesul müdürleri hakkında ilgili mevzuat hükümlerindeki müeyyideler uygulanır.”

Benzer şekilde Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'te de benzer hükümler yer almaktadır. Bilgilendirme ve tanıtım başlıklı 29. Maddesinde (T.C. Resmî Gazete 2008);

- (1) Sağlık kuruluşları tarafından **reklam yapılamaz.**
- (2) Sağlık kuruluşları tarafından, tıbbi deontoloji ve mesleki etik kurallarına aykırı, insanları yanıltan, yanlış yönlendiren, talep yaratmaya yönelik, doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış veya yerleşik tıbbi metot haline gelmemiş uygulamalara dayalı tanıtım yapılamaz ve diğer sağlık kuruluşları aleyhine haksız rekabet yaratan davranışlarda bulunulamaz.

- (3) Tabelaları ile basılı ve elektronik ortam materyallerinde, ruhsatnamesinde kayıtlı sağlık kuruluşu ismi dışında başka bir isim kullanılamaz.
- (4) Sağlık kuruluşları, sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikte bilgilendirme yapabilir. Birinci fıkra hükümlerine aykırı olmamak kaydıyla açılışı, hizmet alanları ve sunduğu hizmetler ile ilgili konularda toplumu bilgilendirmek amacıyla tanıtım yapabilir ve ilan verebilir. Ancak, bilgilendirme ve tanıtım faaliyetleri kapsamında yanıltıcı, abartılı, doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış bilgilere ve talep yaratmaya yönelik açıklamalara yer verilemez.
- (5) Sağlık kuruluşları tarafından her türlü yayın mecralarında yer alan sağlık bilgileri, konusuna göre yetkili sağlık meslek mensupları tarafından verilmek zorundadır. Bu mecralar yoluyla yapılan bilgilendirme ve tanıtımlar, hastayı ilgili sağlık kuruluşuna doğrudan veya dolaylı biçimde yönlendirecek içerikte olamaz.
- (6) Bu maddede belirtilen esaslara uymayan sağlık kuruluşlarının işletenleri ve mesul müdürleri hakkında ilgili mevzuat hükümlerindeki müeyyideler uygulanır.

ifadeleri yer almaktadır.

Özetle ifade etmek gerekirse, hekimler ve sağlık kuruluşları reklam kapsamına girmeyen ve mevzuat hükümlerine aykırı olmayan tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinde bulunabilirler. Aykırı davranışların karşılığı ise, söz konusu yayının durdurulması, para cezası, disiplin cezası, sağlık kuruluşunun geçici olarak kapatılması gibi yaptırımlar olabilecektir. Yasal düzenlemelere uyulup uyulmadığı, tabip odaları, il sağlık müdürlükleri ve Reklam Kurulu tarafından izlenir (Ersoy, Güler, ve Giritlioğlu 2008).

Özel sağlık kuruluşları tüm bu mevzuatları göz önünde bulundurarak kurumlarının tanıtımlarını yapmak zorundadırlar. Sağlık kuruluşları kendi marka değerlerine zarar vermeyecek şekilde hizmetlerinden sağlık hizmeti kullanıcılarının bilgilendirmelidirler.

2.6 Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Bileşenleri Unsurları

Tüm pazarlarda ürün çeşitliliği ve firmaların sayısının artması işletmeleri hayatta kalabilmek ve karlılığını arttırabilmek için profesyonel pazarlama çalışmaları yapmaya mecbur kılmıştır.

Bir işletmenin pazarlamaya nasıl başlayacağı, hangi unsurlara önem vermesi gerektiği ile ilgili unsurlar ilk kez pazarlamanın öncülerinden McCarthy (1964) tarafından öne sürülmüş ve pazarlamanın 4P'si ürün (Product), Fiyat(Price), Dağıtım(Place) ve Tutundurma/Tanıtım (Promotion) olarak adlandırılmıştır.Booms ve Bitner (1981) ise pazarlamanın 4P' sinini İnsan (People), Fiziksel kanıtlar (Physical evidence) ve süreç (process) bileşenlerini ekleyerek 7P'ye çıkararak en bilinen pazarlama stratejisi kavramını geliştirmişlerdir. Tüm işletmeler pazarlama bileşenlerinin işletmenin pazarlama stratejilerinde nasıl yer alacağına karar vermelidirler (Booms ve Bitner 1981).

Pazarlamanın temel işlevi, müşterilerin gereksinimlerini ve beklentilerini anlama ve bu çerçevede sunulacak hizmetleri planlanmasıdır. Wilson, Zeithaml ve Bitner'e göre, pazarlama bileşenleri stratejisi pazarlama teorilerinin en önemli kavramıdır. Pazarlama yöneticileri bir ürünü pazarlarken, ürünün nitelikleri, fiyatı, dağıtım kanalları, promosyon ve diğer pazarlama unsurlarına ilişkin işletmeyi örgütsel amaçlarına ulaştıracak en doğru faktörleri seçerek bir pazarlama bileşenleri stratejisi oluşturur (Wilson vd. 2012). Pazarlama stratejileri geliştirilirken her bir pazarlama bileşeni göz önüne alınmalı ve her bir alanda alt stratejiler geliştirilerek kararlar verilmelidir (Kotler ve Keller 2009; Sreenivas vd. 2013a).

Bir işletmenin stratejik planlarında yer alan amaç ve hedeflere en kısa ve verimli şekilde ulaştıracak stratejik silahları, o işletmenin pazarlama bileşenleridir. Sadece mal pazarlaması söz konusu ise, ürün, fiyat, tutundurma ve dağıtım bileşenleri çoğu zaman yeterli olmaktadır. Ama işletmeler bir hizmeti pazarlıyorsa geleneksel pazarlama bileşenlerinin yanında başka bazı değişkenlerden de faydalanırlar. Bu değişkenler işletmedeki çalışanlar, çalışma ortamı ve iş süreçleri yönetimidir.

Sağlık hizmetlerinde 4P olarak adlandırılan pazarlama bileşenleri ve bu bileşenlere bu tezde eklenen katılımcılık değişkeni aşağıda detaylı olarak açıklanacaktır.

2.6.1 Sağlık Hizmetlerinde Ürün

Pazarlama stratejilerinin merkezinde pazara sunulacak herhangi bir mal veya hizmet bulunur. Pazarlama literatüründe ürün; mal, hizmet, fikir bazen de insan etkinlikleri olabilir. Belirli bir ihtiyacı doyurma özelliği bulunan ambalajlı tüketim malları, endüstriyel mallar, fikirler, sosyal davranışlar, ülkeler hatta siyasi adaylar pazarlama alanının çok geniş ürün yelpazesine bazı örneklerdir. Tüm bunların yanında işletmelerin sunduğu eğitim, temizlik, yemek vb. hizmetler de ürün kapsamındadır. Sağlık hizmetlerinin pazarlamasında sunulan tıbbi ve idari hizmetlerin kalitesinin tekrar satın alma niyetini attırdığı bilinmektedir (Al-Doghaither vd. 2003; Berkovitz 2017; Flexner ve Berkowitz 1979; Karaçor ve Arkan 2014; Marcus, Aaker, ve Cohen 1975). Bu yüzden sağlık kurumlarının hastalara sunduğu ürün ve hizmetlerin kalitesine ve müşteri tatminine önem vermeleri, hayati değerdedir.

Sağlık kuruluşları tarafından ortaya konulan ürünler hem soyut (tedavi, laboratuvar, röntgen, temizlik, otelcilik, yemek ve benzer hizmetler) hem de somut (ilaç, tıbbi cihazlar, protez, ortez vb.) malları içerir.

Sağlık kurumlarınca ortaya konulan en önemli ürün tıbbi bakım yani bir hastalığın önlenmesi veya tedavisidir. Genel olarak sağlık kuruluşlarının sağladığı hizmetler, sağlık tüketicilerine sundukları tıbbi hizmetlerin yanında, bakım, sosyal ve beslenme hizmetleri de sayılabilir (Berkovitz 2017; Liberman ve Rotarius 2001; Sezer 1999).

Tengilimoğlu sağlık hizmetleri pazarlaması değişkenlerinden ürünü şu şekilde tanımlamıştır: Somut olan mallar; tıbbi araç ve gereçler, tıbbi cihazlar, laboratuvar malzemeleri, ilaçlar, tedavi malzemeleri, protez gibi elle tutulup gözle görülen ürünlerdir. Soyut olan hizmetler ise; muayene, ameliyat, checkup, rehabilitasyon, fizik tedavi, laboratuvar ve röntgen hizmetleri gibi ürünlerdir (Tengilimoğlu 2016).

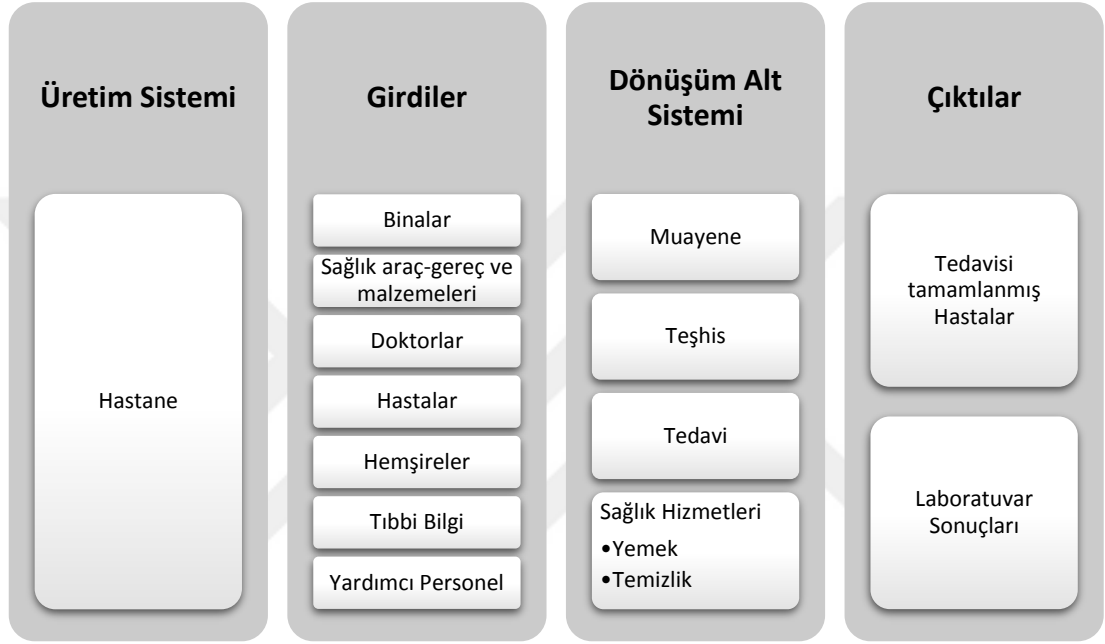
Tengilimoğlu'na göre sağlık kurumlarındaki genişletilmiş hizmetler ise; tıbbi olmayan dolaylı hasta bakımı, teknik hizmetler, idari hizmetler, otelcilik hizmetleri, yemek, ambulans hizmetleri, otopark, danışma ofisleri ve mali işler gibi hizmetlerdir (Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat 2015).

Hasta memnuniyetine etki eden sebepler araştırıldığında sağlık kurumlarında hastalara sunulan tıbbi ve diğer hizmetlerin en önemli etkenlerden olduğu görülmüştür (Choi vd. 2005; Shrimali ve Motwani 2014). Vinodhini ve Wu' da hizmet ve ürünleri

güçlü olan hastanelerin fark yaratmada avantajlı olduğunu ifade etmiştir (Vinodhini ve Kumar 2010; Wu 2011).

Üreten (2004) bir sağlık kurumunda üretilen mal ve hizmetleri özetlemiştir. Üreten'in kurduğu model Tablo 2.6'da görülmektedir. Buna göre hastane üretim sistemi unsurları; üretim sistemi, girdiler, dönüşüm alt sistemi ve çıktılardan oluşan dört ana unsurdan oluşmaktadır (Üreten 2004).

Tablo 2.6 Hastane Üretim Sistemi Unsurları(Üreten 2004).



Özel ve kamu sektöründeki sağlık kurumlarının tümünün hizmet yarışında olduğu pazarda hastaneler kendi farklılıklarını ortaya koyarak pazarda lider konuma gelebilirler. Sağlık kurumları verdikleri hizmetin kalitesini yükselterek, en son teknolojiye sahip cihazlarla hastaneyi donatarak, organ nakli gibi üst düzey ameliyatlarda öne çıkarak, çok yaygın olmayan özel hizmetlere yönelerek (evde hasta bakımı, vb.) veya tıp fakülteleri ve sağlık yüksek okulları ile işbirliği yaparak farklılık yaratabilirler. Ayrıca belirli hizmet alanlarına (kadın doğum, el mikro cerrahisi, kardioloji, onkoloji, vb.) odaklanarak bazı alanlarda uzmanlaşma yoluna giderek de rakipler arasında lider olabilirler. Sağlık kuruluşlarında en önemli unsur sürekliliği sağlamaktır ve bunun en etkili yolu da ürün ve hizmetlerin kalitesini artırmaktan geçer (Johnson ve Johnson 2012).

2.6.2 Sağlık Hizmetlerinde Fiyat

Brichard ve Greble hastane yöneticileri ve pazarlama sorumlularına daha yüksek hasta memnuniyeti için fiyat politikalarında şeffaflığı tavsiye eder (Bichard 2007). Consuegra, Molina ve Esteban ise fiyatlar yüksek bile olsa eğer bir sağlık kurumunda adil bir fiyatlandırma politikası varsa hasta memnuniyetinin yüksek olacağını ve marka bağlılığı yaratacağını ifade eder (Martín-Consuegra, Molina, ve Esteban 2007). Tüfekçi de benzer şekilde sağlık hizmeti kullanıcılarının fiyatları yüksek bulsalar bile, marka güvenlerinin yüksek olduğu hastaneleri tercih ettiklerini bildirmiştir (Tüfekçi, İnce, ve Tüfekçi 2016).

Fiyat işletmelerin karlılığını sürdürebilmesi, sermaye yatırımlarını yapabilmesi ve hedeflerini gerçekleştirebilmesi için en çok kullanılan pazarlama bileşenidir (Mucuk 2016).”Fiyat işletmenin ürettiği mal ve hizmetler için belirlediği ve tüketicinin ödeyebileceği değeri ifade eder.” Bu yüzden işletmeler fiyatlandırma stratejilerinden yararlanarak kendilerine en uygun fiyatlandırma yöntemlerini seçerler (Tengilimoğlu 2016). Bu yöntemler; Maliyete Dayalı Fiyatlandırma, Rekabete Dayalı Fiyatlandırma, Talebe Dayalı Fiyatlandırma ve Zorunlu (Devlet veya Meslek odalarınca belirlenen) Fiyatlandırma yöntemleridir.

2.6.2.1 Maliyete Dayalı Fiyatlandırma

En yaygın fiyatlandırma yöntemi olan Maliyete Dayalı Fiyatlandırma yönteminin hizmet sektörüne uygulanması kolay değildir. Özellikle sağlık sektöründe hizmetlerin çokluğu ve karmaşıklığı maliyetlerin hesaplanmasını güçleştirir. Hizmetler soyuttur ve bir paket olarak satılması hepsinin fiyatlandırma yönteminin farklılıklar göstermesine neden olur. Örneğin bir apandisit ameliyatı ile bir kadın doğum ameliyatı maliyetleri aynı sınıfta kabul edilebilir fakat fiyatları farklı olmak zorundadır (Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat 2015).

2.6.2.2 Rekabete Dayalı Fiyatlandırma

Bir işletme fiyatlarını olası rakiplerinin belirlediği fiyat temelleri üzerine oluşturuyorsa Rekabete Dayalı Fiyatlandırma stratejisi izliyor demektir. Rekabetin çok yoğun, mal ve hizmetlerin birbirine benzer olduğu pazarlarda işletmeler pazar fiyatından farklı fiyatlandırma yapmaya cesaret edemez. Tüketicilerin satın alma kararı verirken pazardaki tüm rakip firmaların ürünlerini ve fiyatlarını kıyasladığını

bilen üreticiler fiyatlarını belirlerken rakiplerin oluşturduğu fiyatları göz önüne almak zorundadırlar.

Bir sağlık kuruluşu rakiplerine göre fiyat belirlerken zaman zaman üç yoldan birini tercih eder:

- 1) Daha yüksek fiyat,
- 2) Rakiplerin altında fiyat,
- 3) Diğer firmalarla aynı düzeyde fiyat (Kotler ve Keller 2009).

Bunun da bazı sebepleri vardır. Örneğin hastaneler kimi zaman seçkin görünmek veya üst düzey hastaya hizmet vermek için fiyatlarını yukarı çıkarabilirler. Bazen de fiyat düşürerek geniş bir hasta yelpazesini hastaneye çekmek isteyebilirler. Ancak, genel olarak hastaneler, misyonları ve imajları farklı olsa da hem sektörde lider durumda olan rakiplerinin davranışlarını takip ederler, hem de rakipler tarafından belirlenmiş ortalama düzeydeki fiyatları korumaya çalışırlar. (Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat 2015). Rekabete Dayalı Fiyatlandırma sağlık hizmeti veren kuruluşlar için en doğru fiyatlandırma yöntemidir.

2.6.2.3 Talebe Dayalı Fiyatlandırma

Ürüne dayalı bir temele dayanan Maliyete Dayalı Fiyatlandırma'nın tersine Talebe Dayalı Fiyatlandırma'da malın fiyatı tüketicinin gözündeki değerine göre belirlenir. İşletmeler müşteri davranışlarını ve ödeme kapasitelerine göre maliyetleri de dikkate alarak fiyatları belirlerler. Bu durumda işletmeler talep yüksek ise fiyatları yükseltirler, talep düşük ise fiyatları düşük tutarlar.

Talebe Dayalı Fiyatlandırma'da ön koşul talep yaratmadır. Sağlık kurumları hedefledikleri fiyatlara ulaşmak için kendi farklılıklarını ortaya koymalı, verdiği hizmetlerin kalitesini yükseltmeli ve bu yolla tüketicinin gözündeki değer algısını yükseltmelidir. Hastaneler marka algısını yükselttikçe yüksek talep kendiliğinden gelecektir.

2.6.2.4 Zorunlu (Devlete ve Meslek Odalarına göre) Fiyatlandırma

Maliyet Odaklı Fiyatlandırma, Rekabete Dayalı Fiyatlandırma ve Talebe Dayalı Fiyatlandırma stratejilerinden farklı olarak, fiyatların dahili ve harici yaptırımlar doğrultusunda belirlenmesidir. Ülkemizde kamu hastaneleri her yıl SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) tarafından yayınlanan taban ve tavan fiyat uygulaması ile belirlenen fiyatlandırmayı kullanır. Özel hastaneler de bu fiyatlar üzerinden veya

sosyal güvenlik kuruluşları ile yaptıkları paket anlaşmalar çerçevesinde fiyat belirlemesi yaparlar. Fiyatların tabanları bazen de Türk Tabipler Birliği tarafından belirlenir. Sonuç olarak, sağlık kurumlarında fiyatlar belirlenirken, devletin yaptığı düzenlemelerin yanında hem dernek ve odaların belirlediği fiyatlar, hem de pazar koşulları göz önüne alınır (Karafakioğlu 1998; Tengilimoğlu 2016; Usta 2000).

Sağlık kuruluşları çok çeşitli fiyatlandırma politikaları uygularlar. Son yıllarda ülkemizde çok yaygınlaşan sağlık turizmi kapsamında yurt dışından gelen hastalara yol, otelcilik, sigorta ve sağlık bakım ücretlerinin paket halinde satılması ve fiyatlandırılması buna en güzel örnektir. Zaman zaman kadınlar, çocuklar, yaşlılar veya diyabet hastaları gibi gruplara uygulanan kampanyalarda indirimli fiyatlar belirlenmektedir. Meme kanseri, menopoz veya kalp hastaları için özel checkup programları indirimli fiyatlardan sunulabilmektedir. Kimi kamu ve özel kuruluşlarla yapılan özel indirim anlaşmaları, özel sağlık sigortalarıyla yapılan anlaşmalar ve tamamlayıcı sağlık sigortaları kapsamında yapılan anlaşmalarla farklı fiyat stratejileri uygulanabilmektedir.

Sağlık insan için dünyadaki en kıymetli unsurdur. Bu yüzden hastalar imkanları el verdiği ölçüde en iyi sağlık hizmetini almaya çalışırlar ve aldıkları hizmetin fiyatını çok önemsemezler (Sunal 2016; Tüfekçi, İnce, ve Tüfekçi 2016; Zerenler ve Öğüt 2013). Benzer olarak Karaçor ve Arkan da hastane seçimine etki eden unsurların içinde fiyat bileşeninin en sonda geldiğini fakat hasta grupları içinde fiyat unsurunu ilçe ve köylerden gelen veya gelir düzeyi düşük grupların nispeten daha fazla önemseydiğini ortaya koymuşlardır (Karaçor ve Arkan 2014).

2.6.3 Sağlık Hizmetlerinde Tutundurma Faaliyetleri

Bir işletmenin ürünlerini uygun bir şekilde planlayıp geliştirmesi ve en uygun fiyatı belirleyip hazır bulundurması ürünün pazarlanması için yeterli değildir. Bunun yanında satış artırıcı faaliyetlerle maksimum fayda sağlayacak en iyi tutundurma stratejisini belirlemesi gerekir (Mucuk 2016).

Tutundurma, hedef kitlenin detaylı bir şekilde incelenerek onları tanıtılacak ürün, fikir, hizmet, kişi veya kurum hakkında bilgilendirmek ve almaya ikna etmek için kullanılan etkili ve verimli bir iletişim sistemidir (Oluç 1989).

Tutundurmanın günümüzde çok önem kazanmasının sebeplerini Mucuk şu şekilde sıralamaktadır.

1. Tüketici sayısının nüfus artışının sonucu olarak artması.

2. Pazarların gelir artışı sonucu büyümesi.
3. Tüketicilerin bilinçlenmesi sonucu farklılık ve üstün kalite talebi.
4. Pazardaki rekabetin artışı.
5. Aracı kurumların ve dağıtım kanallarının artması.
6. Teknolojinin gelişmesi ile tüketicinin fiyat ve kalite kıyaslaması yapabilecek duruma gelmesi.
7. Dünyanın internet ve erişim ağı sayesinde küçülmesi (Kotler ve Keller 2009; Mucuk 2016).

Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de tutundurma stratejilerinden faydalanmadan sağlık kurumlarının pazarda yerini koruması ve karlılığını sürdürmesi mümkün değildir.

2.6.3.1 Tutundurma Bileşeni Unsurları

Tutundurma bileşeni unsurları, halkla ilişkiler, satış geliştirme, kişisel satış ve reklam faaliyetleridir. Kotler ve Keller buna halkla ilişkiler, etkinlik ve tecrübeler ve doğrudan pazarlamayı da eklemişlerdir (Kotler ve Keller 2009).

Reklamlar, bir ücret karşılığında uzman kuruluşlar tarafından hedef kitlelere yazılı, görsel, çevrimiçi veya kimi zamanda dolaylı yoldan (gizli) yapılan sunumdur.

Kişisel satış, hedef kitle ile yüz yüze görüşmeler yaparak, toplantılar, örnek ürün dağıtımları, fuar ve sergiler ile ürün tanıtımı yapmaya dayanır.

Satış geliştirme, kampanyalar, yarışmalar, prim veya hediye verme gibi çeşitli araçlarla bir ürün veya hizmetin denenmesini ve satışını artırmayı hedefler. Tüm sektörlerde tutundurma çalışmaları, rahatça uygulanabilirken sağlık hizmetlerinde bazı kısıtlamalar ve etik engellerle karşılaşılır. Bu yüzden sağlık hizmetleri pazarlamasında en fazla tedirginlikle karşılanan pazarlama bileşeni tutundurma çalışmasıdır. Sağlık söz konusu olduğunda, yapılan tanıtımlar hedef kitleyi yanlış yönlendirme, haksız rekabete neden olma, hastaları istismar etme veya talep fazlası arz yaratma gibi hatalara yol açabilir (Nitin, Narendranath, ve Devakumar 2016; Pitt 1993; Shrimali ve Motwani 2014; Usta 2000).

Türkiye’de ve dünyada pek çok ülkede sağlık hizmetleri veren kuruluşlara doğrudan reklam yasağı getirilmiş, diğer tanıtım faaliyetleri de sınırlarla belirlenmiştir. Bu yüzden sağlık kuruluşları doğrudan reklam ve tanıtım yerine, dolaylı yoldan tanıtım ve halkla ilişkiler çalışmalarına yoğunlaşmayı tercih etmişlerdir.

Sağlık hizmetlerinin müşterisi hastalardır. Bu yüzden sağlık kuruluşlarındaki pazarlama veya halkla ilişkiler birimi yöneticileri bilirler ki, en iyi reklam memnun ayrılan bir hastadır. Ağızdan ağza pazarlamanın en önemli faktör olduğunu bilen uzman yöneticiler imaj yönetimi, hasta tatmini ve halkla ilişkileri tutundurma faaliyetleri içinde en üst sıraya koyarlar (Kitapci, Akdoğan, ve Dörtöy 2014; Yılmaz 2014; Yozgat ve Deniz 2011).

Günümüzde teknolojinin de yardımıyla sağlık kurumları hedef kitleleri ile doğrudan hatta interaktif ilişkiler kurmakta, kurumlarındaki yeniliklerden, fırsatlardan zamanında haberdar edebilmektedirler. Hastanelerin web siteleri buna en güzel örnektir. İnternetin artık her yerde ulaşılabilen bir imkan olduğu, akıllı telefonların ve tabletlerin çok kişide bulunduğu günümüzde hemen herkes ihtiyaç duyduğu tedaviyi almadan önce internette tarama yapabilir, doktorlar ve tıbbi olanaklar hakkında bilgi alabilir, çevrimiçi randevu talep edebilir, laboratuvar sonuçlarına ulaşabilir, hatta hastanedeki doktorlar ile görüntülü görüşme yapabilir. Ayrıca hastalar hastane web sitelerinde kurumun aldığı ödülleri, sertifikaları inceleyerek, basında kurum hakkında çıkan olumlu haberleri okuyarak kuruma olan güvenini artırabilir. Hastaneler web sitelerinde yeni getirdiği cihazları, bünyesinde çalışan doktor ve uzmanları veya yeni açılan özel bir bölümü duyurarak kendi farklılığını ve kalitesini ortaya koyabilir(Flexner ve Berkowitz 1979; Gümüş 2016; Karaçör ve Arkan 2014).

Sağlık kurumları için web sitelerinin yanında, çok önemli bir diğör fırsat da facebook, twitter, instagram gibi sosyal medya araçlarıdır. Hastanelerin pek çoğu bu sosyal mecralardan yeniliklerini ve kampanya duyurularını yapabilirler, binlerce takipçi ile birebir iletişim kurabilir ve onların istek şikayet ve önerilerine anında cevap verebilirler.

Sağlık kurumlarının en önemli reklam araçlarından biri sponsorluklardır. Bilimsel toplantılara, çeşitli kampanyalara, projelere, yardım kuruluşlarına, sosyal ve kültürel faaliyetlere, spor müsabakaları ve kulüplerine yapılan sponsorluklar bir sağlık kurumunun en etkili tanıtım araçlarından biridir ve bu tanıtımların önünde yasal bir engel bulunmamaktadır. Örneğin milyonlarca kişinin izlediği bir maçta, yıldız futbolcuların sırtında sağlık kurumunun ambleminin bir an görünmesi bile saatlerce yapılan reklamdan daha etkili olabilmektedir (Gümüş ve Sönmez 2018; Karaçör ve Arkan 2014; Öz ve Uyar 2014).

Sigorta şirketleri ve kamuya ait veya özel kuruluşlarla yapılan karşılıklı hizmet ve indirim kampanyaları, yılbaşı, bayram, anneler günü, çocuk bayramı gibi özel günlerdeki paket program ve kampanyalar yine önünde engel olmayan tanıtım faaliyetleridir. Okullarda, alışveriş merkezlerinde, yoğunluğu yüksek olan açık alanlarda yapılan sağlık taramaları, aşı kampanyaları, konferanslar, sergiler ve fuarlar dolaylı tanıtım faaliyetlerine örnek olarak sayılabilir(Gümüş ve Sönmez 2018; Karaçor ve Arkan 2014; Yılmaz 2014).

Tanınmış bir hastanede ünlü bir kişinin tedavisi sürerken televizyon ve internet aracılığıyla hastane yöneticileri veya doktorlar tarafından açıklama yapılırken arkada buğulu olarak gösterilse de sağlık kurumunun ismi ve logosunun fark edilmesi gizli reklam faaliyetine bir örnektir. İzlenme oranı yüksek olan bir televizyon programında, programa konuk olan doktorlardan birisi güncel bir sağlık problemi konusunda açıklama yaparken doktorun adı ve çalıştığı kurumun yazılması da yine dolaylı bir reklam aracıdır. Televizyon ve radyo programlarında aniden yayınlanan kamu spotuna benzer yayınlarda “X hastanesi bilgilendiriyor” diye bir duyuru yapılması da önünde engel olmayan tanıtım faaliyetleridir.

Sağlık hizmet kurumunun hastaları için uyguladığı üyelik programları, hastaların bilgilerinden oluşan veri tabanı sayesinde düzenli SMS ve e posta gönderme ve birebir ziyaretler de etkili tanıtım yöntemlerindedir. Ayrıca basın ve diğer medya kuruluşları ile iş birliği yaparak kurum hakkında medyada olumlu haberler çıkmasını sağlamak da başarılı bir halkla ilişkiler sorumlusunun işidir. Acil durum ve afetlerde en hızlı şekilde olay yerine sağlık personeli ve ambulansları göndermek, ihtiyaç sahibi kişilere yardım sağlamak veya göçmenlerle ilgili sorumluluklar üstlenmek hem halk tarafından hem de devlet tarafından takdir sağlayacak tanıtım çalışmalarıdır (Gümüş ve Sönmez 2018; Öz ve Uyar 2014; Yılmaz 2014).

Sağlık sektöründe tutundurma çalışmalarında en çok dikkat edilmesi gereken nokta hastayı gereksiz tüketime yöneltmemektir. İlk amaç hastalara yeterli bilgi vermek, onların tedavi sürecine katılımını sağlamak ve kendi yararlarına olacak kararları almaya ikna etmektir. Bu sayede toplum yararına olan işlere de imza atılması mümkündür. Örneğin başarılı ve doğru yürütülen bir meme kanseri kampanyası, pek çok hasta için erken tanı ve tedavi fırsatı olacaktır (Flexner 1979; Tengilimoğlu 2016; Yılmaz 2014).

Tüm bu bahsedilen reklam ve tanıtım araçlarının içinde en önemli olanı memnun kurum çalışanları ve memnun hastalar yaratmaktır. İşinden ve çalıştığı kurumdan mutlu olan personel hastalara da en iyi hizmeti verecek ve maksimum düzeyde hasta memnuniyetine sebep olacaktır. Sağlık kurumlarının hedefi hizmet kalitesini en üst seviyeye ulaştırmak ve kalitede sürekliliği sağlamak olmalıdır.

2.6.4 Sağlık Hizmetlerinde Yer/Dağıtım

Pazarlama bileşenlerinden “Dağıtım” ürün veya hizmetin satışının veya pazarlamasının yapıldığı “Yer” olarak tanımlanır. İşletmeler için dağıtım kanalları birkaç şekilde olur: Müşterinin hizmet kurumuna gitmesi (kuaför, lokanta, sağlık kurumu, vb.), hizmet kurumunun müşteriye gitmesi (ev temizliği, boya, vb.) müşteri ve hizmet kurumunun uzaktan iş yapması (yayıncılık, internet alışveriş siteleri, vb) (Lovelock 1996; Wirtz,2000).

Sağlık kurumlarında ise bu üç yöntemin hepsi kullanılmaktadır. Hasta kuruma kendisi gelebilir, evde bakım için kurum eve hizmet götürebilir, telefon veya internet aracılığı ile hasta hizmet alabilir veya web sayfasından istediği bilgilere ulaşabilir. Sağlık kurumlarında kullanıcı tercihlerinin araştırıldığı çalışmaların bazılarında hastanenin yakınlığı hastanenin tercih edilmesini artırırken (Al-Doghaither vd. 2003), diğerleri de hastaların nitelikli bir sağlık hizmetini almak için mesafeyi önemsemeyip uzaktaki hastaneleri de kullanmaya hazır olduklarını ortaya koymuşlardır (Lin, Lee, ve Chen 2010).

Öncelikle hizmetin sunumunun yapıldığı binanın yeri ve konumu sağlık hizmeti alanlar için çok önemlidir. Binanın ve yerin bir sağlık kurumu olmaya elverişli olması gerekir. Koutelekos, bir bölgeye sağlık hizmeti götürmeden önce sağlık kurumunun yerini GIS (Geographical Information Systems) metodu ile belirlenmesini önermiştir (Koutelekos vd. 2008). Lin ve Lee ise bir sağlık kuruluşunun inşa edilmesi gereken yerin sağlık hizmetine en çok ihtiyaç duyulan ve rekabetin en az olduğu bölge olduğunu ifade ederek bu bölgenin saptanmasında DEA (Data Envelopment Analysis) yönteminin kullanılmasını tavsiye etmiştir (Lin, Lee, ve Chen 2010). Bazı araştırmalar, hastanelerin çevresindeki yerleşik gruplara hizmet vermesi gerektiğini savunurken (Miller 2018), Goldstein hastanenin değişim ve gelişime açık olmasını ve uzak mesafelerden gelecek hastalara da hizmete hazır ve uygun olması gerektiğini ifade etmiştir (Goldstein vd. 2002).

Bir sağlık kurumunda hastaların sağlık hizmetine ulaşma kolaylığı, istediği saatte randevu bulabilme ve muayene olma seçeneğinin olması, uzun bekleme sürelerinin olmaması, uzaktan da olsa bilgiye ulaşabilmesi; çevrimiçi ve web hizmetlerinin kalitesi yani zaman ve yer kullanımından fayda sağlaması kurumun dağıtım işlevini doğru olarak yerine getirdiğini gösterir.

2.6.5 Sağlık Hizmetlerinde Katılımcılık

Sağlık hizmetlerinde hasta katılımıcılığı, hastaların sağlık hizmeti almaları sürecinde merkezi konumda olmalarını, kendi hakları ve seçeneklerinin bilinci ile kendi faydalarına olacak şekilde kararlar alınmasına dahil olmalarıdır. Hasta katılımıcılığı hastaların sadece tıbbi konularda bilgi sahibi veya sağlık okur yazarı olmasından çok temelinde doktor-hasta iletişimi barındıran tedavinin en önemli unsurlarından biridir.

Çok uzun yıllar öncesinde hastaların sağlık personelinden beklentilerinin araştırıldığı çalışmalarda bile hastaların en önemli beklentilerinin kişilik ve haklarına saygı duyulması, muayene ve tedavi sırasında kendisiyle sağlıklı bir iletişim kurulması, doktorun dinlemek ve anlamak için yeterli zaman ayırması, sağlık personeli ile tüm seçeneklerini konuşabilmesi ve aklından geçenleri karşısındakine tam olarak anlatma fırsatı verilmesi olduğu tespit edilmiştir (Grol vd. 1999; De Groot vd. 2012).

Hastaların son yıllardaki bilinç ve farkındalık düzeylerinin yükselmesi ve müşteri/hasta odaklı pazarlama yöntemlerinin kabullenilmesi sebebiyle, hasta katılımıcılığı yukarıda bahsettiğimiz kavramların ötesine geçmiş, yalnızca teşhis ve tedavide katılımcı olan hastalar sağlık hizmetinin her aşamasında etkili bir hale gelmiştir. Artık pasif ve sağlık personelinin her talimatına uyan hasta profili yerini, araştıran, sorgulayan, hakkını arayan, memnuniyet düzeyine göre ağızdan ağza pazarlama yolu ile sağlık kurumunun karlılığına doğrudan etki eden ve kontrolün kendisinde olmasını isteyen bir hasta profiline bırakmıştır (Öz ve Uyar 2014).

Hasta katılımıcılığı hem hastalar hem de sağlık personeli için çok farklı anlamlar ifade etmektedir. Örneğin hastaların ve sağlık personelinin bir kısmı hasta katılımını sadece tıbbi tavsiye ve emirlere uymak ve tedavi sürecinde doktorların dediklerini uygulamak olarak görmektedirler. Çoğunluk için hastaların ortalama bir bilgi sahibi olması yeterlidir. Onlar için daha ileri düzeyde hasta-sağlık personeli iletişimi veya hastadan bilgi geri dönüşü sağlanması gereksiz ve sadece zaman kaybıdır. Buna karşılık kimi sağlık personeli ise tedavi süreci ve hastanın sağlık hizmetlerini en doğru

şekilde alabilmesi için iletişimin en önemli unsur olduğunu düşünürler (European Commision 2012; Öz ve Uyar 2014). Daha önce yapılan bir çalışmada hastanelerin marka değerine ve marka çağrışımına olumlu etki yapan nedenler arasında hastanenin kişilerin dini inanç ve etnik kökenlerine karşı saygılı davranması birinci sırada gelirken, şikayetlerin dikkate alınması ve hastalara ilgi gösterilip önem verilmesinin bunu takip ettiği ortaya konulmuştur (Işık 2016).

İletişim doktorlar için hastanın belirtileri hakkında yeterli bilgi vermesi ve tedavi sürecine katılımı iken, hastalar için de doktorların teşhis ve tedavi hakkında yeterli bilgi vermeleri olarak algılanmaktadır. Hasta-sağlık personelinin arasındaki iletişimin önündeki en önemli engel iki tarafın da ifade ettiği gibi sağlık personelinin çalışma koşullarından ötürü hastaya ayıracak zamanlarının sınırlı olmasıdır. Oysa hastalar doktorla sadece orta düzeyde bir iletişim değil, tedaviye karar verme aşamalarında kendilerine tüm seçeneklerin detaylı bir şekilde anlatılmasını ve en ekonomik ve en az zaman alıcı yöntemin kararında söz sahibi olmak istemektedirler (European Commision 2012; Işık 2016)

Hastaların bazıları kendisinin sağlık konularında bilgisiz olduğunu kabul edip, kontrol ve sorumluluğu tamamen sağlık personeline bırakmak isterken, bazı hastalar ise doktorun ilgisizliğinden ve kendisine danışılmamasından yakınmaktadır. Doktorların kendileriyle göz teması bile kurmadığını belirten hastalar, kendileri konuşurken doktorların bilgisayarda bir şeyler yazarak zaman kazandıklarını, doktorla konuşamadıkları konuları bekleme salonlarında diğer hastalarla bazen yanlış bilgilenerenek olsa da paylaştıklarını ifade etmektedirler. Doktorun Latince bazı ifadeler kullanarak açıklama yapması yerine kendilerinin daha kolay anlayacakları detaylı bilgileri vermesini istemektedirler. Doktorlar hastaların sağlığı ile ilgili tüm bilgileri ve önceki test sonuçlarını vermelerini ve tedavi sürecinde talimatlara uymalarını yeterli görürken, hastalar tedavilerine yardımcı olabilecek bitkiler, fiziksel tedaviler, çeşitli terapiler hakkında doktorları ile konuşmak ve fikir almak istemektedirler (European Commision 2012; Öz ve Uyar 2014; Varinli ve Çakır 2004).

Hastalar tedavileri sırasında günlük olarak değişimler yaşadıklarını, bazen uygulanan tedavi ve ilaçlar yüzünden kilo aldıklarını, ilaçların ağrı, halsizlik veya başka fiziksel ve psikolojik değişimlere yol açtığını, bu hususları doktorun dikkate alıp ilaçların yan etkileri hakkında daha fazla bilgi verip, kendileriyle daha fazla iletişim kurmasını istemektedirler (European Commision 2012).

Tedaviye katılıma daha fazla sıcak bakan ve çok mesafeli davranan hastalar olduğu gibi bu konuda farklı fikirleri olan sağlık personeli de oldukça çoktur. Doktorların pek çoğu hastaların araştırmaya ve bilgilenmeye açık olmalarını tercih etmekte ve iş işten geçmeden veya hastalık çok ileri seviyeye gelmeden kendilerine başvurulmasını olumlu karşılamaktadır. Öte yandan hasta katılımılığı kavramında en çok tartışılan husus da hastanın muayeneye gelmeden önce internetten veya başka kaynaklardan kendi kendine bilgi toplamasıdır. Doktorlar internette çok araştırma yapıp bir fikirle gelen hastaları ikna etmek için çok uzun bir zaman harcadıklarını düşünseler de bilgi sahibi olan hastayı tercih etmektedirler (European Commision 2012; Öz ve Uyar 2014; Varinli ve Çakır 2004).

Doktorlar kendilerinin yılda birkaç kez gördükleri hastalarının yılın geri kalan zamanında kendileriyle baş başa kaldıklarını bu sürede kendi tedavilerine katılmaları gerektiğini, tek başlarına bu işi yapamayacaklarını belirtmişlerdir. Örneğin hasta zaten hap aldığı ve istediği yemeği yiyebileceğini iddia ediyorsa bu doktorun işini zorlaştırmaktadır. Hastaların tedavi sürecinde hatta daha önceden hastalıkları önlemek için kendi diyetlerine, fiziksel aktivitelerine, sigara içmemeye ve alkol tüketimine dikkat etmeleri gerekmektedir (European Commision 2012).

Hasta katılımılığına ait önemli bir husus da hasta güvenliği ve kalite standartları konusunda hastanın ne kadar bilinçli olduğu ile ilgilidir. Hastanedeki hijyen ve emniyet kuralları ile ilgili bilgilendirme talep eden hasta sayısının artırılması gerekmektedir. Sağlık personeli ise bunun için zamanları olmadığını ve hastalara imzalatılan belgelerin veya duvarlardaki bilgilendirmelerin takip edilmesini yeterli bulmaktadırlar (European Commision 2012; Gumus ve Sahin 2015; Gümüş ve Sönmez 2018).

Hastaların kendi tıbbi kayıtlarını kurumdan talep etmesi ve bu konuda araştırma yapmak istemesi de hasta katılımılığıının bir parçasıdır. Bazı doktorlar hastaların hasta kayıtlarını inceleyerek kafa karışıklığı yaşamasını gereksiz bulmakta ve kararların kendilerine bırakılmasını isterken hastalar da kendi kayıtlarına ulaşma özgürlüklerinin olmasını istemektedirler (European Commision 2012; Gumus ve Sahin 2015; Gümüş ve Sönmez 2018).

Avrupa Birliği'nin 15 Avrupa ülkesinde hastalar ve sağlık personeli ile hasta katılımılığıyla ilgili yüz yüze detaylı görüşmeler sonucu yaptığı araştırmada yukarıdaki hususlara ek olarak hasta katılımılığıının farklı değişkenlere göre farklı

düzeylede olduğu belirtilmiştir. Örneğın, refah düzeyi yüksek olan batı Avrupa ülkelerinde hasta ve sağlık personeli katılımıcılık konusunda daha talepkar iken doğu Avrupa ve Yunanistan'daki hastaların katılımıcılık isteği daha düşüktür. Genç ve eğitim seviyesi yüksek olan hastalar daha fazla katılımcı olmayı isterken, yaşlılar kontrolün doktora bırakılmasından memnundurlar. Hastalar yaşlı doktorların kendileriyle çok mesafeli ilişki yürüttüğünü iddia ederken, genç nesil doktorların bunu tersine çevirmeye çalıştıklarını ve hastaya daha fazla katılım imkanı sunduklarını belirtmişlerdir (European Commision 2012).

Geçmiş yıllarda hasta katılımıcılığı sadece hastanın tedavi sürecine katkısı olarak değerlendirilirken, günümüzde hasta katılımıcılığı çok yönlü olarak ele alınmaktadır:

- Hastalar daha tedaviyi almaya başlamadan teknolojik araç gereçleri kullanarak veya çevre tavsiyesi ile, hastalıkları, seçenekleri, tedavi yöntemleri, doktorlar ve sağlık kurumları ile ilgili yanlış veya doğru pek çok bilgi ile donatılmış olarak gelmektedirler.
- Hastalar kendi teşhis ve tedavileri ile ilgili sağlık personelinden yeterli bilgilendirme yapmalarını, tüm seçeneklerin kendilerine sunulmasını istemektedirler.
- Hastalar/müşteriler, ağızdan ağza pazarlama yolu ile, sosyal medya ve teknolojik araçları da kullanarak bir sağlık kurumundaki hizmetlerin pazarlanması ile ilgili olumlu veya olumsuz pek çok duyuru yaparak etkili olabilmektedirler.
- Hastalar tüketici haklarındaki iyileştirmeler doğrultusunda, diğer sektörlerde olduğu gibi, sağlık sektöründe de, kendisine değer verilmesini, ürün ve hizmetlerin en kaliteliğini en uygun fiyata almayı, seçeneklerinin çokluğunu kendi lehine olacak şekilde değerlendirme hakkının olduğunun bilincindedirler.
- Hastalar sağlık kurumuna gitmeden önce randevularını kendileri alarak istedikleri doktorla istedikleri saatte görüşme yaparak kontrolü ellerinde tutmaktadırlar.
- Hastalar sağlık kurumlarındaki kalite standartları ve hasta güvenliği konusunda daha fazla bilinçlenmiş ve eksiklikleri gördüklerinde hastane idaresini kendileri uyarabilmekte veya ilgili yerlere şikayette bulunabilmektedirler.

- Hastalar elektronik araçlar ve internet sayesinde, evde sağlık ölçümlerini yapabilir, sağlık kayıtlarına ulaşabilir ve internet üzerinden doktorları ile görüşebilmektedirler.
- Hastalar hasta hakları konusunda bilinçlenmiş olup, kendilerine yapılan hatalar ve haksızlıklar için şikayet, dava açma vb. tüm yolları takip etme yetkisindedirler.

Hastalar kadar sağlık kurumları da bilmektedir ki, hastaların katılımı olmadan bir sağlık kurumunun başarılı olması mümkün değildir, bu yüzden sağlık personeli tüm hastaların sağlık hizmetleri sürecinin bir parçası olmasına yardımcı olmak zorundadırlar.

2.7 Sağlık Hizmetlerinde Kalite Algısı ve Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi

Kalite hizmet sektöründe vazgeçilmez bir öneme sahiptir. Kurum ve kuruluşlar kalite sayesinde kaynaklarını en etkin ve verimli şekilde kullanabilir ve beklentiler ile performansa yönelik algıların karşılaştırmasını yapabilirler (Karaca 2015). Türk Standartları Enstitüsü kalite kavramını “bir ürün veya hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamıdır” (TSE- Kütüphane) diye tanımlar.

Sağlık alanında sunulan hizmetlerin en belirgin özelliği soyut, değişken, dayanıksız ve heterojen olmasıdır. Bu farklı özellikler sağlık hizmetlerinde hizmet üretimini ve kalite ölçümünü önemli ölçüde zorlaştırmaktadır. Sağlık personelinin seçiminde dikkatli olunması ve düzenli eğitimlere tabi tutulması hizmet kalitesini arttırmada katkı sunacaktır (Berkovitz 2017; Liberman ve Rotarius 2001; Song, Hur, ve Kim 2012).

Yüksek kalitede hizmet sunmanın yolu tüketicilerin beklenti ve isteklerini anlamaktan geçer. Bir işletme hizmet kalitesini artırdıkça yeni müşteriler kazanacak, iş hacmi artacak, işletme daha rekabetçi bir duruma gelecek ve hataları minimuma indirerek telafi etmek için harcanan emek ve masrafları azaltabilecektir (Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat 2015).

Sağlık hizmetlerinin sonuçları tam olarak somut olmadığından ve kısa vadede görülemediğinden, ayrıca hastaların tam bir iyilik halinde bulunmamasından, bu hizmetlerin çıktılarını tam olarak doğru değerlendirilemeyebilir. Öte yandan hastaların hizmet kalitesi ile ilgili algılamalarının hastane karlılığına etkisi düşünüldüğünde

sağlık hizmetlerinde kalite bir sağlık kurumunun başarısında kilit öneme sahiptir (Al-Doghaither vd. 2003; De Groot vd. 2012).

Parasuraman ve ark (1988) hizmet kalitesini ölçerken ele almamız gereken boyutları fiziksel özellikler, güvenilirlik, isteklilik, yeterlilik iletişim, anlayış, ulaşılabilirlik, güvenlik, inanılabilirlik ve nezaket olarak belirlemiştir (Parasuraman, Zeithaml, ve Berry 1988). Hizmet kalitesinin ölçümü için Parasuraman tarafından geliştirilen SEVQUAL yöntemi dışında farklı ülkelerde birçok araştırmacı tarafından geliştirilen yöntemler de kullanılmaktadır. Bu yöntemler Tablo 2.7’de gösterilmiştir.

Tablo 2.7. Farklı Araştırmacılar Tarafından Geliştirilen Hizmet Kalitesi Boyutları

Araştırmacı	Yıl	Ülke	Hizmet kalitesi Boyutları
Grönroos	1984	Finlandiya	Teknik kalite, işlevsel kalite, kurum imajı
Haywood-Farmer	1988	Kanada	Fiziksel aktiviteler, süreçler, prosedürler, çalışanların davranışları
Parasuraman Zeithaml and Berry	1988	ABD	Fiziksel varlık, güvenilirlik, empati, yetkinlik, heveslilik
Becker-Wellins	1990	Almanya	İletişim, esneklik, dinamizm, etkinlik, uzmanlık, motivasyon, çalışma standartları
Reidenbach-Sandifer-Smallwood	1990	ABD	Tedavinin kalitesi, yardımcı hizmetler, doktorların ve işletmenin görünüşü, empati
Gross-Nirel	1998	İrlanda	Hastanenin yapısı, ulaşım, hastanenin genel havası
Cunningham	1991	ABD	Ekonomi temelli, hasta temelli ve hizmet temelli kalite
Ovretveit	2000	İsveç	Müşteri kalitesi, İdari kalite, profesyonel kalite
Walters-Jones	2001	Yeni Zelanda	Güvenirlilik, Estetik, rahatlık, performans, ekonomi
Fisk-Groove-John	2004	ABD	Müşteri ihtiyaçları, verilen sözler, geçmiş tecrübeler, tanıtım
Hasin	2001	Tayland	Nezaket, iletişim, maliyet, temizlik, yetkinlik

Kaynak: Becker ve Wellins 1990; Grönroos 1984; Hasin, Seeluangsawat, ve Shareef 2001; Haywood-Farmer 1988; Øvretveit 2000; Parasuraman, Zeithaml, ve Berry 1988

Işık, Zerenler ve Kitapçıya göre sağlık hizmeti kullanıcılarına sunulan hizmetlerle ilgili kalite algısı tüketicilerde tekrar satın alma isteğini teşvik etmektedir (Işık 2016; Kitapci, Akdoğan, ve Dortyol 2014; Zerenler ve Öğüt 2013). Purcarea hastaların beklentilerini göz önünde bulundurmadan hizmet vermenin kötü sonuçlar doğuracağını işaret etmiş ve hastane yönetimlerinin algılanan kaliteye önem

vermelerini önermiştir (Purcărea, Gheorghe, ve Petrescu 2013). Nitin hastanelerin doluluk oranlarını artırmak için tıbbi hizmetlerin yanında pazarlama bileşenleri unsurlarına da yönelmeleri gerektiğini ifade etmiştir (Nitin, Narendranath, ve Devakumar 2016).

Sağlık hizmetleri veren kurumlardaki hizmetlerin kalite boyutları ile değerlendiren pek çok çalışma vardır. Tablo 2.8’de Yogeshi ve Satyanarayana’ nın derlediği hastane hizmet kalitesi boyutlarının hizmet kullanıcıları ve çalışanlar üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar görülmektedir.

Tablo 2.8 Hastanelerde Hizmet Kalitesi Boyutlarını Araştıran Çalışmalar.

Yazar	Tarih	Ülke	Boyut Sayısı
Babakuş ve Mangold	1992	ABD	5
Nelson ve vd.	1992	ABD	4
Vandamme ve Leunis	1993	Belçika	6
Headley ve Miller	1993	ABD	6
McAlexander ve vd.	1994	ABD	5
Taylor ve Cronin	1994	İngiltere	5
Anderson	1995	ABD	5
Tomes ve Ng	1995	İngiltere	7
Youssef ve vd.	1995	İngiltere	5
Butler ve vd.	1996	ABD	2
Zifko-Baliga ve Krampf	1997	ABD	14
Lam	1997	Hong Kong	2
Angelopoulou ve ark	1998	Yunanistan	5
Camilleri ve O’Callaghan	1998	Malta	5
Gross ve Nirel	1998	İsrail	8
Fuentes	1999	İspanya	3
Lawthers ve vd.	1999	Polonya	3
Shemwell ve Yavaş	1999	ABD	3
Lim ve Tang	2000	Singapur	6
Sower ve vd.	2001	ABD	8
Baltussen ve vd.	2002	Burkina Faso	4
Baldwin ve Sohal	2003	Avustralya	4
Sohail	2003	Malezya	5
Jabnoun ve Chakar	2003	BAE	5
Kilbourne ve vd.	2003	ABD ve İngiltere	4
Rose ve vd.	2004	Malezya	9
Choi ve vd.	2005	Güney Kore	4

Tablo 2.8. devam ediyor.

Yazar	Tarih	Ülke	Boyut Sayısı
Kara ve vd.	2005	Türkiye	6
Lee	2005	Ukrayna	4
Mostafa	2005	Mısır	3
Wisniewski ve Wisniewski	2005	İskoçya	5
Rao ve vd.	2006	Hindistan	5
Taner ve Anthony	2006	Türkiye	10
Dagger ve vd.	2007	Avustralya	4
Duggirala ve vd.	2008	Hindistan	7
Bakar ve vd.	2008	Türkiye	5
Ramsaran-Fowdar	2008	Mauritius	7
Akter ve vd.	2008	Bangladeş	5
Amira	2008	Japonya	2
Karasavidou ve vd.	2009	Yunanistan	3
Raposo ve vd.	2009	Portekiz	4
Aargia ve Garg	2010	Hindistan	5
Narang	2010	Hindistan	4

Kaynak: Yogeshi P.P. Satyanarayana T.C., 2013, Dimensions of hospital service quality: A critical review: Perspective of patients from global studies, International J of Health Care Quality Assurance, 26(4), 308-340

Tablo 2.8'deki çalışmalar incelendiğinde sağlık alanında hizmet kalitesi ölçülürken çoğunlukla SERVQUAL ölçeğinin kullanıldığını ve bu ölçeğe ek olarak farklı boyutlar eklendiği görülmektedir. PRIVATEHEALTHQUAL, KQCAH ve HQT gibi ölçeklerin yanında farklı boyutlarda bilinmeyen anket sorularının da hizmet kalitesini ölçmek için kullanıldığı görülmektedir sıkça kullanıldığıdır (Zifko ve Krampf 1997; Torres ve Ng 1995; Rose vd. 2004).

2.8 Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Tatmini

Hasta/müşteri tatmini sağlık kurumlarının temel çıktılarında biridir. Hasta tatmini “hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesidir.”

Tatmin edilmiş ve tatmin edilmemiş tüketici davranışlarının işletme açısından doğuracağı olumlu ve olumsuz sonuçları mevcuttur. Bu davranışların analizi ile sağlık

hizmetlerinde müşteri tatmini konusunda olumlu çalışmalar yapılabilir. Tatmin edilmiş tüketici davranışları aşağıdaki gibi özetlenebilir (Odabaşı ve Gülfidan 2002).

Tatmin edilmiş tüketici davranışları

- İşletmenin ürün ve hizmetleri hakkında başkalarına olumlu tavsiyelerde bulunur.
- Rakip firmaların ürünlerine yönelmez.
- İşletmenin diğer ürün ve hizmetlerinin de alıcısı olmaya adaydır.
- İşletmenin ürünlerine karşı olumlu tutum geliştirerek tekrar satın alma niyetine sahip olur.
- İşletmeye karşı marka bağlılığı oluşur(Odabaşı ve Gülfidan 2002).

Tatmin edilmemiş tüketicilerin davranışlarının belli başlı özellikleri aşağıdaki gibi özetlenebilir.

Tatmin edilmemiş tüketici davranışları

- İşletmenin ürün ve hizmetleri hakkında başkalarına şikayetlerde bulunur.
- Rakip firmaların ürünlerine yönelir.
- İşletmenin diğer ürün ve hizmetlerine de olumsuz tutum geliştirir.
- İşletmenin ürünlerine karşı olumlu tutum geliştirerek tekrar satın alma niyetine sahip olur.
- İşletmeye karşı marka bağlılığının tersine marka kayması yaşar.

Tatmin edilmemiş tüketici davranışlarının sonucu olarak, sağlık kurumları da diğer sektörlerde olduğu gibi karlılığını ve hastane doluluk oranlarını artırmak için hasta tatminine önem vermelidirler.

Leebov ve Scott (1994) hasta tatminine dört nedenden ötürü önem verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu nedenler; insancıl, ekonomik, pazarlama ve klinik etkililik olarak sıralanır ve aşağıdaki gibi açıklanabilir (Leebov ve Scott 1994).

1. İnsancıl nedenler: Hastanelerde verilen hizmetler teknik ve bilimsel yönden olması gereken kalitesi dışında hastaların kişiliğine düşüncelerine, değerlerine saygı duyularak en kaliteli hizmet verilmelidir.
2. Ekonomik nedenler: Müşteriler/hastalar ödedikleri ücretin karşılığını almak istedikleri gibi seçicidirler. Müşteri tatmini de hastanelere karlılık olarak döner. İki yönlü bir ekonomik fayda söz konusudur.

3. Pazarlama: Tatmin olmuş hastalar çevrelerine ağızdan ağıza yaptıkları reklam ve pazarlama faaliyetleri ile hastanelerin müşteri potansiyelini ve pazardaki payını artırır.
4. Klinik etkililik: Tatmin olan hastalar tedavileri süresince doktorların ve diğer sağlık personelinin önerilerine uyarlar ve tedavi sürecine olumlu katkıda bulunurlar.

Sağlık kurumları hasta memnuniyetini ve marka sadakatini artırmak için bazı önlemler alabilirler. Bu önlemler:

- Hasta memnuniyeti ve bağlılığı için ölçülebilir hedefler koymak ve bu yolda emek harcamak,
- Sadece hastalar değil, hasta yakınları, misafirler ve diğer ziyaretçilerle de ilişkiler geliştirmek,
- Sık sık hizmet kalitesi ölçümleri yaparak hasta tatminini etkileyen hususları belirlemek,
- Belirli aralıklarla araştırmalar yaparak hastaların şikayetlerini, beklenti, ihtiyaç ve önceliklerini saptamak,
- Hastaların şikayet ve önerilerini iletebilmeleri için kanallar yaratarak açık tutmak,

şeklinde özetlenebilir. Görüldüğü üzere hasta memnuniyetini sağlamak anlık veya bir süreye yönelik bir inceleme ve çalışma değil, hasta ve hizmete ilişkin veri tabanlarını güncelleyerek, sürekli takip ve araştırma gerektiren devamlı bir süreçtir.

Sağlık kurumlarında hasta tatmini tüm çalışanların sorumluluğunda olup doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin hastaya karşı tutumu, hastaların durumları ve tedavileri konusunda bilgilendirme, hastane yiyecek içecek hizmetleri, binanın hem çevresi hem de içinin fiziksel şartları, markaya duyulan güven ve ödenen katkı payı önem taşımaktadır (Kavuncubaşı 2010; Odabaşı 2001; Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat 2015).

2.9 Marka Değeri, Marka Güveni ve Marka Sadakati

Pazarlamanın en önemli unsurlarından biri de markadır. Markanın değeri, tüketicide yarattığı güven duygusu ve tüketicinin markaya olan sadakati oldukça önemli unsurlardır. Bu kısımda marka kavramı açıklanacak ve marka ile ilgili öne çıkan unsurlar ile ilgili bilgiler verilecektir.

2.9.1 Marka kavramı

Marka, üretici veya satıcıların malını tanıtan, onu başkalarının mallarından ayırmaya yarayan, isim, terim, sembol, şekil veya bunların bileşimi şeklinde tanımlanır. Marka sembolü markanın gözle görülebilen ama sözle söylenemeyen kısmıdır. Marka tescil edildiğinde yasallaşır ve yasal korunma sağlar. Markalar tüketicilerin işletmeye bağlılığını artırırken, tutundurmaya yardımcı olur ve talep yaratmaya etkide bulunur (Sunal 2016; Wood 2004; Yozgat ve Deniz 2010). Tüketici açısından ise marka malın tanınmasına yardımcı olur, tüketiciye korunma imkanı verir ve kalite açısından güven unsuru olur (Mucuk 2016).

Dilimize, İtalyanca'daki “*marca*” sözcüğünden geçen “*marka*”, etimolojik kökenine baktığımızda; Eski Nors dilinde “*yakmak*” anlamına gelen “*brandr*” sözcüğünden türemiştir. “Brand” ve trademark” kavramlarının ise marka kavramının İngilizce karşılığı olarak kullanıldığı görülmektedir (Dictionary.com).

Sözlük anlamıyla marka, bir ticari malı, herhangi bir nesneyi tanıtmaya, benzerinden ayırmaya yarayan özel ad veya işarettir(TDK).Amerikan Pazarlama Birliği'ne (AMA) göre marka sadece bir isim değil, aynı zamanda bir satıcının veya satıcılar grubunun mal veya hizmetlerini tanımlamayı amaçlayan ve onları rakiplerinden ayırt eden terim, işaret, sembol, şekil ya da bunların bir kombinasyonu şeklinde tanımlanmıştır (Gundlach 2007).

İyi bir marka adı kulağa kolay gelmeli, olumsuz bir içeriğe sahip olmamalı, her türlü reklam aracında kullanılmaya uygun olmalı ve diğer dillerde de telaffuzu kolay olmalıdır. İşletmeler güçlü ve kalıcı bir marka yaratmak için markayı oluşturan tüm bileşenlere dikkat etmelidirler (Moisescu 2006; Solomon 2006; Yousaf vd. 2012).

2.9.2 Markanın Bileşenleri

Güçlü, akılda kalan, kulağa hoş gelen ve güvenilirliği ile bilinen markalar tüketici tarafından da kolayca benimsenir ve bağlılık yaratır. Markalar ismi, işareti, logosu, işletmenin adı ve ticaret ünvanı ile bilinir ve ayırt edilir (Mucuk 2016).

2.9.2.1 Marka ismi

Marka bileşenlerinden marka ismi, en önemli olanıdır. Kolay hatırlanacak, kısa ve basit, başka bir firmayı çağrıştırmayan, tescil edilmeye uygun, tüm reklam ve tanıtım araçlarına uyarlanabilir olmalıdır. Bir marka ismi asla kötü anlamlar veya hakaret

içermemeli, her dilde söylenebilmelidir. Etiketleme ve ambalajlama işlemlerine uyum sağlayabilmeli, başka bir firma tarafından kullanılmamalıdır (Perreault ve McCarthy 1997)

2.9.2.2 Marka İşareti

İyi bir marka işareti ilgi çekici ve akılda kalıcı olmalıdır. Markanın gözle görülen kısmıdır. Logolar, sayılar, kişi adları, renkler, tasarımlar, sloganlar üç boyutlu biçimler vb. marka işaretlerine örnekler teşkil eder (Chaudhuri ve Holbrook 2001; Mucuk 2016; Sunal 2016; Wood 2004).

2.9.2.3 Menşe Adı

TDK'ya göre başlangıç, bir şeyin çıktığı yer, köken, kaynak ve sebep anlamına gelen “menşe” bir ürünün ekonomik milliyeti olarak tanımlanabilir(TDK y.y.). Bir eşyanın menşe bilgisi, ithalat sürecinde, kota, gözetim, koruma, gibi uygulamaların takibi açısından önemlidir.

2.9.2.4 Logo

Latince konuşma ve mantık anlamına gelen “logos” sözcüğünden türemiştir. Markanın hedeflerine ulaşmasına çok büyük katkısı olan logo insan beyninde görsel bir imge oluşturarak tüketicilerin hafızasında kalır. Logo markanın grafik tasarımı yoluyla oluşturulan ve sözle ifade edilemeyen bölümüdür (Chaudhuri ve Holbrook 2001; Mucuk 2016; Wood 2004).

2.9.2.5 İşletme Adı

İşletme adı, doğrudan doğruya işletmeyi hedef alan ve işletmeyi tanıtmak, benzeri işletmelerden ayırmak için kullanılan unvanlardır.

2.9.3 Marka Değeri

Rekabet ortamının pazarları her gün daha da zorladığı çağımızda işletmeler markalarına duyulan güveni ve bağlılığı artırarak sadık müşteriler yaratmayı ve pazarda kalıcı olmayı hedeflerler. “Marka bir ürün veya hizmetin satıcılar tarafından ürünü benzerlerinden ayırarak tanınmasını sağlayan sembol, işaret, isim, tasarım ve/veya bunların bileşimidir.”(Kotler ve Armstrong 2010; Mucuk 2016).

Marka tüketicilere satın aldığı ürünün hangi nitelikleri taşıdığını ve kendilerine sağlayacağı faydaları çağrıştırır. Ürünler ve markalar arasındaki farklar Tablo 2.8.' de görülmektedir.

Tablo 2.9. Marka ile Ürün Arasındaki Farklılıklar

Ürün	Marka
Fabrikada üretilir	Yaratılır
Nesne ya da hizmettir	Tüketici tarafından algılanır
Değiştirilebilir ya da geliştirilebilir	Kahıcdır
Somuttur, fiziksel bileşenleri vardır	Soyuttur, duygusal bileşenleri vardır
Biçimi, özellikleri vardır	Kişiliği vardır
Beynin sol (rasyonel) tarafına hitap eder	Beynin sağ (duygusal) tarafına hitap eder
Tüketiciye fiziksel yarar sağlar	Tüketici için statü göstergesidir

Satın alma sürecinde müşterinin etkilendiği kültürel, sosyal, kişisel ve psikolojik unsurlar dışındaki en önemli faktörlerden biri de “marka” dır. Marka bir ürünü rakiplerinden ayıran, onu tanıtan ve tüketiciyi kendine bağlayan en önemli unsurlardandır.

2.9.4 Marka Güveni

Bir işletme iyi bir imaja sahip olduğu zaman müşterilerinin güvenini sağlayarak hedeflerine ulaşmada avantajlı duruma geçer. Tüketiciler satın alma kararı verirken, pazardaki rakip ürünler yerine imajı güçlü ve güven duydukları ürünleri almayı tercih ederler. Tüketici bir markayı satın almadan önce o markaya inanmak ister. İşletmeler bu güveni sağlamak için sorumluluklarını iyi niyetle yerine getirmek zorundadırlar. İşletmeler yeni müşteriler elde etmek yerine mevcut müşterileri elde tutmayı ister, bunun yolu da müşteri güvenini sağlamaktan geçer (Song, Hur, ve Kim 2012; Torres, Vasquez-Parraga, ve Barra 2009; Wood 2004; Yousaf vd. 2012).

Tüketicilerin daha önceki satın alma deneyimleri markaya duyulan güvenin temelini oluşturur. Satın alma sürecindeki yaşanan zorluklar ve hayal kırıklıkları müşterinin markaya duyduğu güveni azaltır. Tüketicilerin bir markaya güveni, satın almasından önce başlar. Marka hakkında çıkan olumsuz haberler, kötü müşteri deneyimleri veya yanıltıcı reklamlar tüketiciyi markadan uzaklaştıran etkenlerdir. Satış sürecindeki ilgi, sunum şekli, ürün çeşitliliği ve kalitesi, mağazanın ve elemanların nitelikli olması tüketicinin markaya olan güvenini arttırmaktadır. Satış

sonrasında verilen garanti, servis, memnuniyet araştırmaları gibi faktörler de tüketiciyi markaya bağlayacak ve güvenini üst sınırlara taşıyacaktır.

Tüm diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetleri pazarlamasında da marka güveninin satın alma niyetini teşvik etmesi kaçınılmazdır. Tüfekçi sağlık hizmeti kullanıcılarının hastanenin fiyatını yüksek bulsalar bile marka güveni duydukları hastaneleri tercih ettiklerini ortaya koymuştur (Tüfekçi, İnce, ve Tüfekçi 2016).

Sağlığın insan hayatı için en önemli unsur olduğunu vurgulayan Wu kuruma duyulan güvenin marka bağlılığına katkısı olduğunu bulmuştur (Wu 2011). Aynı şekilde Kim vd. (2008) sağlık hizmetlerinde marka güveni ile marka bağlılığı arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu ileri sürmüştür (Kim vd. 2008).

Hastalar sağlık kurumu çalışanlarının dürüstlüğüne inandığı, bir sorun yaşadığında kurum tarafından hemen çözüleceğini düşündüğu, kişisel bilgilerinin korunacağını, ödediği fiyatın aldığı hizmete değeceğini ve sağlık personelinin bilgisine güvendiği bir sağlık kurumuna bağlılık duyar ve tercihinde ilk sıraya koyar. Kullanıcılarında marka güveni oluşturan hastaneler hasta sayılarını artırır ve bu da karlılığına yansır.

2.9.5 Marka Sadakati

Müşterilerin pazardaki tüm rekabetçi ikna etme çabalarına karşı koyarak bir işletmenin ürün ve hizmetlerini istikrarlı bir şekilde satın almaya devam etmesi marka sadakati olarak tanımlanmaktadır (Chaudhuri ve Holbrook 2001).

Solomon marka sadakatini tüketicilerde markaya karşı oluşmuş ve tekrarlı satın alımları teşvik eden güçlü inanç ve tutumlar olarak tanımlamıştır (Solomon 2006). Odabaşı ve Barış ise, marka sadakatini “tüketicinin markaya karşı olumlu hisler duyması, bağlı olduğu markayı diğer markalardan daha sık satın alması, satın almaya devam etmesi ve markayı daha uzun süreler kullanması” olarak tanımlar (Odabaşı ve Gülfidan 2002).

Güçlü bir marka imajı olan ürünler tüketiciler tarafından markası bilinmeyenlere oranla daha kaliteli olarak algılanır. Tüketiciler ürünü daha önceden de kullanmışlar ise o marka hakkında bir fikirleri oluşmuştur ve bilmedikleri bir markaya bütçe ayırıp risk almak yerine tekrar aynı markayı tercih ederler. Marka tüketici için garanti demektir. Bir markaya tüketicilerin bağlılığı ne kadar yüksekse, o markanın gücü artar. İşletmeler tüketiciler üzerinde marka bağlılığı oluşturursa müşteriler fiyat

veya promosyonlara bakmaksızın diğer markalarla ilgilenmeyerek tekrar satın alma eğilimini sürdürür (Wood 2004).

Markanın başka bir önemi de tüketici tarafından kendisine statü ve kimlik kazandıracağını düşündürmesidir. Kalite, fiyat/fayda ilişkisi ve güven unsurlarının yanında statü kazandırma da marka bağlılığının en güçlü sebeplerindendir.

Hausman pazarlama çalışmalarının hastaları tatmin etmekten başlaması gerektiğini, çünkü bunun marka değeri ve marka sadakatini artırmanın tek yolu olduğunu ifade etmiştir (Hausman 2004). Benzer olarak Kim vd. (2008) de müşteri memnuniyetinin marka sadakatine olumlu etkisi olduğunu bulmuştur (Kim vd. 2008). Işık sağlık kuruluşlarında verilen hizmetler için algılanan kalitenin yükselmesiyle marka sadakatinin arttığını ortaya koymuştur (Işık 2016).

Sağlık hizmetlerinde tanıtım ve reklamlardaki kısıtlamalara vurgu yapan Kim vd.(2008) hastanelerin marka sadakati oluşturmak için elindeki en etkili pazarlama aracının marka güveni oluşturma ve ilişkisel pazarlama olduğunu ortaya koymuştur (Kim vd. 2008).

2.9.6 Tekrar Satın Almayı Etkileyen Unsurlar

Tüketicilerin tekrar satın alma davranışını etkileyen pek çok unsur vardır. Tüketicilerin yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitimi, ekonomik durumu önemli olduğu gibi, statüsü, sosyal sınıfı, aile yapısı da en etkin sebeplerdir. Bunun yanında kişilerin hayat tarzı, motivasyon, inanç ve tutumları da tekrar satın almaya etki eden faktörlerdendir. (Kotler 2000). Tüketicinin daha önceki deneyimleri de ürünleri tekrar satın almalarını ve başkalarına da tavsiye etmelerini pozitif yönde etkiler (Uzunal ve Uydacı 2010; Yılmaz 2014; Yozgat ve Deniz 2011).

Tüketiciler bir ürün veya hizmeti satın almadan önce belirli bir süreci takip ederler. Tüketici önce gereksinimlerini belirler, bu konuda araştırmalar yaparak alternatifleri değerlendirir ve satın almaya karar verirler. Sağlık hizmeti kullanıcıları ise tüm bu süreçleri çok daha hassas olarak geçirir. Hastalar en kırılgan ve hassas müşteri grubudur. Kendi özel durumlarından ötürü hastalar güvensizlik, kaygı ve moral bozukluğu içindedirler. Sağlık kurumlarının ilk görevi hastaların güvenini kazanarak ve en iyi hizmeti sunarak bu özel ilgi gereken grubun kurumlarına tekrar gelmesini sağlamaktır. Hastaların bir sağlık kurumunu tekrar tercih etmeleri için o kuruma güven ve bağlılık duymaları gerekir.

Varinli, Şantaş Flexner ve Kitapçı hastanede sunulan hizmetlerden memnuniyeti yüksek olan hastaların tekrar satın alma niyetinin yüksek olduğunu bulmuşlardır (Flexner 1979; Kitapçı, Akdoğan, ve Dortyol 2014; Şantaş, Kurşun, ve Kar 2016; Varinli ve Çakır 2004). Şantaş sağlık kurumunun temizliği, doktorlar ve diğer çalışanların davranışları ve kurumun teknik donanımını ilk sıraya koyarken Flexner hastalara verilen tedavinin kalitesinin tekrar satın alma üzerinde olumlu etkisi olduğunu bulmuşlardır.

Wu marka güveninin hastaların tekrar satın almasını teşvik eden bir sebep olduğunu ileri sürerken, Özkoç sağlık kurumuna ulaşımın kolaylığını marka güveni yaratmada ilk sıraya koymuştur (Wu 2011; Özkoç 2013).

Sağlık kurumları teşhis ve tedavi süreçlerinin kalitesini artırarak, sık sık çalışanlarına eğitimler vererek, hastaların istek, şikayet ve önerilerine ciddiyle önem vererek hastalarının tekrar satın alma niyetini teşvik edebilirler.

3 SAĞLIK KURUMLARINDA PAZARLAMA BİLEŞENLERİNİN KULLANICILARIN TEKRAR SATIN ALMA NİYETİNE ETKİSİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

3.1. Literatür Taraması

Sağlık hizmetleri kullanıcılarının sağlık kurumlarından beklentilerini araştıran ve hasta tercihlerine etki eden sebepleri ortaya koyan pek çok çalışmaya rastlanmıştır. Bu sebepleri araştıran çalışmalar alan yazında taranmış ve bulgular Tablo 3.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Sağlık Kurumlarını Tercihlerinde Öne Çıkan Sebepler

Yazar Adı	Yayın yılı	Çalışmanın yeri	Örneklem (N)	Hastane tercihinde öne çıkan sebepler
Flexner ve Berkowitz	1979	A.B.D.	1465	Doktorların davranışı ve sunulan hizmetlerin kalitesi
Grol vd.	1999	8 Avrupa Ülkesi	3540	Hastaya değer verilmesi Bilgilerin paylaşılması Tedavi seçeneklerinin paylaşılması
Choi ve vd.	2005	Güney Kore	557	İnanç ve etnik kökene saygı duyulması Şikâyetlerin dikkate alınması Hastalarla ilgilenilmesi
Kim vd.	2008	Güney Kore	498	Güvenilirlik Eve yakınlık
Özaktan vd.	2008	Ankara	304	Güvenilirlik Fiziksel koşullar
Şule	2008	Ankara	307	Hekimlerin tanınırlığı Fiziksel özellikler
Demir	2008	Kocaeli	120	Doktorların bilgi ve tecrübesi Mahremiyete saygı Fiyatların makullüğü Kayıt ve taburculuk işlemlerinin kolaylığı
Demirel ve vd.	2009	Aksaray	124	Kurumun modern ve bakımlı olması Çevrenin tavsiyesi Doktorların bilgisi Hizmet kalitesi

Tablo 3.1. Devam Ediyor

Yazar Adı	Yayın yılı	Çalışmanın yeri	Örneklem (N)	Hastane tercihinde öne çıkan sebepler
Torres vd.	2009	Şili	250	Doktorların hastaya davranışı Fiziksel koşullar
Zaim ve Tarım	2010	İstanbul	800	Muayene odaları Doktorların görünüşü Hastaya ayrılan vakit ve ilgi
Yılmaz	2011	İstanbul	342	Çevrenin tavsiyesi İnternetteki yorumlar
Şahin	2013	Malatya	167	Randevu sisteminin düzenliliği Gösterilen ilgi
Zerenler ve Ögüt	2013	Konya	374	Sosyal güvenlik anlaşması Çevrenin tavsiyesi Doktorların tanınmışlığı Fiziksel unsurlar Yakınlık
Purcarea vd.	Romanya	2013	183	Çevrenin tavsiyesi İnternette edinilen bilgi
Edinsel ve Adıgüzel	2014	Türkiye	524	Özel sağlık kuruluşu olması Göz, diş ve saç ekimi uzmanlaşması
Öz ve vd.	2014	Karaman	326	Çevrenin tavsiyesi Doktor ve hemşirelerin yeterliliği
Karaçor vd..	2014	Konya	160	Personelin davranışı Sağlık personelinin bilgi düzeyi
Kıray	2015	Pamukkale	1071	Doktor ve hemşirelerin davranışı Hastanenin temizliği
Tüfekçi vd.	2016	Isparta	336	Doktorların ilgisi Temizlik İleri teknoloji kullanımı Kurum imajı
Işık	2016	Sakarya	610	İnanç ve etnik kökene saygı Şikayetlerin dikkate alınması Hastalara gösterilen ilgi
Santaş vd.	2016	Giresun	283	Temizlik ve hijyen Doktorların tutumu Teknolojik olanaklar Personelin davranışı
Sunal	2016	Ankara	300	Ulaşım kolaylığı Randevu saatlerine uyma Ödül ve kalite Fiziksel koşullar
Nitin vd.	2016	Hindistan	200	Yardım masası olanağı Doktor ve hemşirelerin tutumu
T.C. Sağlık Bakanlığı	2017	Türkiye	8360	Eve yakınlık Güvenilirlik Hasta hakkına saygı Teknolojik olanaklar

Flexner ve Berkowitz 1979 yılında Amerika’da 1465 sağlık hizmeti kullanıcısı ile gerçekleştirdikleri çalışmada sağlık hizmeti kullanıcıları için hastane tercihindeki en önemli etkenin hastanede sunulan hizmetler ve kendilerine sunulan tedavinin kalitesi olduğunu bulmuşlardır (Flexner ve Berkowitz 1979).

Grol vd. 1999 yılında Avrupa'da 8 ülkeyi kapsayan çalışmada 3540 hastanın sağlık kurumlarını ziyaret etme alışkanlıklarını araştırmışlar, en az hastane ziyareti yapanların Portekiz ve Almanya'da yaşayanlar olduğunu, Hollanda ve Norveç'tekilerin en çok migren şikâyeti ile başvurduğunu, Portekiz'dekilerin depresyon, Almanya ve İsveç'tekilerin ise en fazla kardiyovasküler hastalıklar için sağlık kurumlarına başvurduğunu ortaya koymuşlardır. Tüm bu hastalıklar için başvuranların farklı hasta gruplarından olduğunu saptamışlardır. Hasta katılımcılığına dair güzel bulgulara işaret eden bu sonuçlar içinde hastaların tedavilerinde en önem verdikleri hususların başında doktorun yeterli zaman ayırması ve gerekli açıklamaları yapması gelmiştir. Hastalık hakkında tüm açıklamaların yapılması ve bilgilerinin gizli kalması da diğer beklentileridir. Doktorla tedavi yöntemlerini ve seçeneklerini tartışabilmek, kişiliğine ve inançlarına saygı duyulması da hastalar için çok önemli bulunmuştur. Acil ve bekleyemeyecek durumda iken hızlı hizmet sağlanması da en önemli beklentiler arasındadır. Doktorun bilgisi ve ek özellikleri de önemli bir etken olarak bulunmuştur (Grol vd. 1999).

Choi ve vd. 2005 yılında Güney Kore'de hizmet kalitesi boyutları ve hasta tatmini arasındaki ilişkiyi 430 yataklı bir devlet hastanesinde 557 hasta ile yaptıkları görüşmeyle ortaya koymuşlardır. Çalışma grubunun %70'inin kadın ve %50'sinden fazlasının 40 yaşından büyük hastalardan oluştuğu araştırmada yaşlı hastaların hastane memnuniyeti daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya göre, hizmet kalite algısına en fazla etki eden faktörler, doktorlar dışındaki personelin davranışı ve ilgisi olmuştur. Hasta memnuniyetinin sebepleri arasında ikinci sırada tedavi süreci gelirken, bunu doktorların ilgisi izlemiştir. Choi ve vd. bu durumu hastaların hemşire, laborant, danışma ve güvenlik görevlileri gibi personelle doktordan daha fazla zaman geçirmelerine bağlamıştır (Choi vd. 2005).

Kim (2008) ve vd. 2008 yılında hastanelerde sağlık hizmetleri pazarlamasını araştırdıkları çalışmada, marka güveni, marka bağlılığı, marka farkındalığı ve hasta memnuniyeti üzerinden marka değerini incelemişlerdir. Kore hastanelerinde 498 kişiyle yapılan çalışmada, katılımcılarının %50'sinden fazlasının üniversite mezunu, %60'tan fazlasının 35 yaşından büyük olduğu ifade edilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, hastaneye duyulan güven ve hasta memnuniyeti marka bağlılığı ve marka farkındalığı üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir. Hastaların sağlık kurumlarını evlerine yakınlığına göre seçtiği de başka bir bulgudur. Marka güveni ve hasta

memnuniyetinin hastane imajı üzerinde pozitif bir etkisi olduğu ortaya konulmuştur (Kim vd. 2008).

Özaktan 2008’de Ankara’da bir üniversite hastanesinde hastane hizmetlerinde algılanan hizmet kalitesi düzeyini ölçmek ve hastaların demografik ve sosyo-kültürel özelliklerinin algılanan kalite düzeyi ile ilişkisini ortaya çıkarmak için 304 hasta ile yüz yüze görüşme yapmıştır. Çalışmaya katılanların %75’i 50 yaşın üstünde, %76’sı lise ve altında eğitime sahip, %77’si Emekli Sandığı ve SSK güvencesine sahiptir. Çalışmanın sonuçlarına göre kalite algısında güvenilirlik ve fiziksel özellikler üst sıralarda yer alırken heveslilik ve empati alt sıralarda yer bulmuştur. Genç yaştaki hastaların beklentileri daha az karşılanırken, eğitim seviyesinin yükselmesi de memnuniyeti azaltmaktadır. Aylık geliri fazla olanların da memnuniyet düzeyi daha düşük bulunmuştur.

Şule 2008 yılında Ankara’da 307 sağlık hizmeti kullanıcısı ile yaptığı çalışmada hastane tercihinin etki eden unsurları araştırmıştır. Çalışma grubunun %65’i üniversite mezunu olup, %70’i 50 yaş ve altı kişilerden oluşmaktadır. Çalışmanın sonunda görülmüştür ki, eğitim düzeyi yüksek olanlar ve genç yaşta kişiler marka daha fazla bilinen hastaneleri tercih etmektedir. Hastane seçiminde birinci sırada hekimlerin tanınırlığı gelirken, logo ve isim yazılışı en son sırada gelen sebeplerdir. Gençler çalışanların görüntüsünü çok önemli bulurken kadınlar da hastanenin dekorasyonunda kullanılan renklere ve iç dizayna çok önem verdiğini ifade etmiştir. Hastane hakkında çıkan olumsuz haberlere eğitim seviyesi yüksek olanlar itibar etmediklerini belirtmişlerdir (Şule 2008).

Demir’in 2008’de Kocaeli’nde bir devlet hastanesinde yatan hastalarda hizmet kalitesi algısına etki eden faktörleri araştırdığı çalışmasında 120 hasta ile yüz yüze görüşme yapılmıştır. Çalışma grubunun %62’si kadın, %40’ından fazlası 40 yaşından büyük, %8’i üniversite mezunu ve %50’si ev hanımıdır. Katılımcıların %85’i SSK ve Emekli Sandığı’na bağlıdır. Kalite algısına en büyük etkenin doktorların bilgi ve tecrübesi olduğu ifade edilirken, kişisel mahremiyete saygı gösterilmesi ve ücretlerin makul olması, kabul/giriş ve taburcu işlemlerinin kolaylığı ve hızı bunu izlemiştir. Gelir düzeyi ve eğitim düzeyi düşük olanlar ve yaşı büyük katılımcılar hizmet kalitesini daha yüksek seviyede algılamaktadırlar (Demir 2008).

Demirel ve vd. 2009 yılında sağlık sektöründe hastalar tarafından algılanan hizmet kalitesinin, hastane tercihi ve başkalarına tavsiye etme üzerine etkisini

araştırmışlardır. Aksaray’da özel bir hastanede yüz yüze görüşme yapılan 124 hastanın %80’i kadın, %30’u üniversite ve üzeri eğitime sahiptir. Hastaların %80’i hastanede sunulan hizmetlerden memnun, %30’u da fiyatların bütçelerine uygun olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %80’i tekrar geleceğini ve başkalarına da tavsiye edeceğini belirtmiştir. Hastanenin modern ve bakımlı olması birinci tercih sebebi olurken, çevrenin tavsiyesi ve doktorların bilgisi ve tanınırlığı bunu takip etmiştir. Tercih sebepleri içinde dördüncü sırada ise hastanede çalışan personelin içinde bir tanıdığın olması gelmiştir. Algılanan hizmet kalitesi ile hastaneyi tekrar tercih etme ve başkalarına tavsiye etme arasında pozitif bir ilişki belirlenmiştir. Özellikle hemşirelik hizmetleri ve kuruma duyulan güven ile tavsiye etme ve tekrar tercih etme arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Demirel, Yoldaş, ve Divanoğlu 2009).

Torres ve vd. tarafından 2009 yılında Şili’de 250 sağlık hizmeti kullanıcısı ile görüşülerek yapılan araştırmada, marka güveni ve hasta memnuniyetini en çok etkileyen faktörün doktorların davranışı olduğu bulunmuştur (Torres, Vasquez-Parraga, ve Barra 2009).

Zaim ve Tarım, Sağlık Bakanlığı’na bağlı beş devlet hastanesinde 800 hastadan toplanan verilerle hastaların doktorlardan ve hizmetlerden memnuniyetini incelemiştir. Katılımcıların %94’ü muayene odalarından, %97’si doktorların dış görüntüsünden memnun olduğunu bildirirken, %78’i doktorların kendisini yeterince bilgilendirdiğini, %70’i yeterince vakit ayırdığını, %92’si ise nezaket ve gülyüz gösterdiğini ifade etmiştir (Tarım ve Zaim 2010).

Yılmaz ve arkadaşlarına göre sağlık hizmetlerinde alıcıların en önem verdiği faktör başkalarının tavsiyesi ve deneyimleridir. Bir sağlık kuruluşu ya da hekim hakkında arkadaş, akraba veya başkalarının verdikleri tavsiyeler, sağlık hizmeti kullanıcıları üzerinde tüm tanıtım faaliyetlerinden daha büyük etkiye sahiptir. İstanbul’da üç büyük devlet hastanesinde 346 sağlık hizmeti kullanıcısı ile gerçekleştirilen çalışmada hastaların %95’inin sağlık kuruluşu ve hekim tercihini tavsiye yoluyla yaptığını ortaya çıkarmıştır. Hastaların en fazla tavsiye aldıkları kişiler aile ve akrabalar olup, bunu arkadaşlar ve yakınlar izlemektedir. İnternetteki yorumlar da üçüncü sırada gelmiştir (Yılmaz 2014).

Şahin, 2013 yılında Malatya’da bir ağız ve diş sağlığı merkezinde merkezi randevu sistemin uygulamasının hasta memnuniyetine etkisini incelemiştir. Yüzyüze yapılan görüşmelerde önemli sonuçlara ulaşmıştır. Çalışma grubunda önceden

randevu ile başvuranların %40'ı kadınsa, randevusuz gelenlerin %60'ı kadınsa. Randevu alanların %56'sı üniversite mezunu iken, randevusuz gelenlerin %33'ü üniversite mezunudur. Randevusuz hastaların %87'si şehir merkezinde otururken, randevulu hastaların %65'i şehir merkezinde oturmaktadır. Katılımcıların %80'inden fazlası randevu alırken sorun yaşadığını belirtmiştir. Randevu alanların %70'inden fazlası başvuru gerçekleştikten sonra bir sorun yaşamadığını, hizmetlerden memnun kaldığını belirtmiştir. Randevulu hastaların ortalama muayene bekleme süreleri 22 dakika iken, randevusuz gelenlerin bekleme süresi 42 dakikadır. Doktorlar tarafından bakıldığında ise, doktorların randevulu gelen hastalardan çok şikayetçi olduğu, onları sabırsız ve saygısız olmakla suçladıkları, eğer önceden gelip bekleyen hasta varsa onları randevulu hastadan önce aldıklarını ifade etmişlerdir (Şahin 2013).

Zerenler ve vd. 2013 yılında Konya ilinde dördü kamuya ait olmak üzere on hastanede yaptıkları çalışmada, sağlık hizmeti kullanıcılarının aldıkları hizmet kalitesinin hastane tercihine etkilerini araştırmışlardır. Toplam 374 hasta üzerinden gerçekleşen çalışmada hastane tercihinde en önemli etken sağlık kuruluşunun sosyal güvenlik kurumu ile anlaşması olarak bulunmuştur. İkinci tercih sebebi de çevrenin tavsiyesi olurken, üçüncü sırada doktorların bilinirliği gelmiştir. Reklam ve tanıtım faaliyetleri ise hastane tercihini en son sırada etkilemektedir.

Zerenler'in çalışmasında algılanan hizmet kalitesinde sırasıyla en önem verilen unsurların başında, fiziksel ortam, hizmetlerin kalitesi ve yemek/kantin hizmetleri gelmiştir. Bunu ziyaret saatleri, hastane içindeki işaret levhaları ve ulaşım kolaylığı izlemiştir. Bekleme süreleri, kayıt işlemlerinin kolay ve hızlı olması gibi süreçler en son sırada gelmiştir. Katılımcıların çoğu Emekli Sandığı veya Bağkur'lu ve devlet hastanesi kullanıcısı, %70'i ilköğretim ve lise mezunudur. 50 yaş ve üzerinin çoğunluğunu oluşturduğu hasta grubunda çalışanlarla ilgili sorularda doktora güven duyma ve alanında uzmanlık derecesi birinci sırada gelirken, hastalara kullandıkları ilaçlar, tedavi ve tetkikler hakkında yeterince bilgi verilmesi, hastaları dinlemesi ve ilgilenmesi daha az önemsenen sebepler arasındadır (Zerenler ve Ögüt 2013).

Purcarea ve vd.'nin 2013 yılında Romanya'da kamu hastanelerindeki kalite algısını ölçmek için yaptıkları çalışmada 183 kişi ile yüz yüze görüşme yapılmıştır. Katılımcıların %82'si üniversite ve üzeri eğitim görmüş kişilerden oluşmaktadır. Sağlık hizmeti kullanıcılarının %26'sı aile fertlerinin tavsiyesi, %12'si arkadaşlarının önerisi, %15'i ise hastaneyi internetten arayarak geldiğini ifade etmiştir. Kalite algısı

sıralamasında güvenilirlik, bağlılık ve empati yüksek bulunurken, fiziksel koşullardan memnuniyet düşük çıkmıştır (Purcărea, Gheorghe, ve Petrescu 2013).

Edinsel ve Adıgüzel tarafından 2014 yılında gerçekleştirilen çalışmada Türkiye'ye sağlık turizmi için gelen yabancı hastalar incelenmiş, sağlık turizmi, termal turizm, güzellik ve zindelik (spa, wellness) turizmi ve tedavi amaçlı sağlık turizmi olmak üzere üç başlık altında tanımlanmıştır. Çalışmanın sonucunda 2009-2013 yılları arasında Türkiye'ye sağlık turizmi amacıyla gelen turistlerin çoğunun Almanya, Libya, Rusya, Irak, Hollanda, Azerbaycan ve İngiltere vatandaşı olduğu bulunmuştur. En fazla başvurulanan tedavi hizmetlerinin ise göz ameliyatları, saç ektirme, checkup, diş tedavileri, ortopedi ameliyatları, KBB sorunları ve diyaliz hizmetleri olduğu bildirilmiştir. Edinsel ve Adıgüzel 2009-2013 yıllarında yabancıların %91'inin özel sağlık kuruluşlarını diğerlerinin ise devlet kurumlarını tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Edinsel ve Adıgüzel 2014).

Öz ve Uyar 2014'de Karaman'daki hastanelerden sağlık hizmeti alan kullanıcıları incelemişler ve sağlık hizmetleri pazarlamasında, ağızdan ağıza pazarlamanın müşteri memnuniyeti ve algılanan hizmet kalitesi üzerine etkisini araştırmışlardır. Katılımcıların %50'den fazlasının üniversite ve üzeri eğitime sahip, %40'ının da 50 yaşından büyük olduğu belirtilmiştir. Bir sağlık kuruluşuna gelirken tavsiyeye çok önem verdiğini ifade edenlerin oranı %85'tir. Katılımcıların çoğunluğu verilen sağlık hizmetlerinden memnun olurlarsa yine aynı sağlık kuruluşuna başvuracaklarını, başkalarına da tavsiye edeceklerini, sosyal medyadan duyuracaklarını ve hastaneye olumlu geri bildirim yapacaklarını belirtmişlerdir. Anketi cevaplayanlar memnun olmazlarsa hizmet almayı sonlandıracaklarını, resmi makamlara şikâyet edeceklerini, daha da ötesi başkalarının bu hizmeti almaması için çabalayacağını belirtmiştir. Katılımcıların en düşük katılım gösterdiği ifade, böyle bir durumda herhangi bir şey yapmayacakları ifadesidir. Hastane kalite algısında en yüksek beklenti, doktor ve hemşirelerin yüksek bilgiye sahip ve güvenilir olmaları olarak belirlenmiştir (Öz ve Uyar 2014).

Karaçor ve vd. tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada pazarlama bileşenlerinin demografik verilerle ilişkisi araştırılmış, Konya'da 4 özel hastanede 160 kişi ile görüşülmüştür. Sağlık hizmeti kullanıcılarının en fazla önem verdiği özellikler personelin davranışı ve doktorların bilgisi olurken, en az fiyat ve tutundurma değişkeni önemli bulunmuştur. Çalışmanın bulgularına göre, 50 ve üzeri yaş grubu hastalar için

sunulan hizmetler önem taşırken, 18-23 yaş grubundakiler fiziksel ortama daha fazla önem vermektedirler. Eğitimi ve gelir düzeyi düşük olanların reklamlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir. En az önem verilen pazarlama bileşeni unsur fiyat ve promosyon, en çok önem verilenler ürün, süreç ve insan olarak ortaya konulmuştur (Karaçor ve Arkan 2014) .

Kıray'ın (2015) acil servisteki 1071 hasta ile yürüttüğü çalışmasında hasta memnuniyetinde doktor ve hemşire davranışları ilk sıralarda gelmiştir. Personelin hastayı kontrol etme sıklığı ve hastanenin temizliği hasta memnuniyeti üzerindeki diğer önemli faktörler olarak bulunmuştur (Kıray 2015).

Tüfekçi ve vd. 2016 yılında, sağlık kurumlarındaki markalaşma ve marka stratejilerinin hastane tercihine etkisini ortaya çıkarmak amacıyla Isparta'da bulunan bir özel hastane kullanıcılarından 336 kişiyle bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Görüşülenlerin %65'inden fazlasının lisans ve lisansüstü mezunu olduğu ifade edilirken, %60'ının 50 yaşından genç olduğu belirtilmiştir. Sağlık hizmeti kullanıcılarının hizmetlere dair kalite algısına etki eden nedenler, sırasıyla; doktorların tanınmışlığı, hastanenin temiz ve hijyenik olması, ileri teknolojik cihazların kullanımı, hizmet kalitesi, kurumun tanınmışlığı/ımanı ve hastanenin güvenilirliği olarak belirlenmiştir. En son sıralarda reklam ve tanıtım, hastanenin iç dizaynı, kullanılan renkler, logo ve binanın tasarımı gelmiştir (Tüfekçi, İnce, ve Tüfekçi 2016).

Işık'ın 2016 yılında algılanan kalitenin hastane marka değerine etkisini araştırdığı makalesinde Sakarya ilinde 610 sağlık hizmeti kullanıcısı ile görüşme yapılmıştır. Çalışmaya katılanların %52'si kamu hastanelerini tercih ettiğini, %50'si 50 yaşından küçük olduğunu, %50'si üniversite ve üzeri eğitim gördüğünü ifade etmiştir. Çalışmanın bulgularına göre, hastanelerin marka değerine ve marka çağrışımına olumlu etki yapan nedenler arasında hastanenin kişilerin dini inanç ve etnik kökenlerine karşı saygılı davranması birinci sırada gelirken, şikâyetlerin dikkate alınması ve hastalara ilgi gösterilip önem verilmesi bunu takip etmektedir (Işık 2016).

Santaş ve vd. tarafından 2016 yılında Giresun'da bir kamu hastanesinde 283 sağlık hizmeti kullanıcısı ile gerçekleştirilen çalışmada, sağlık hizmeti pazarlamasında hastane tercihine etki eden faktörler araştırılmıştır. Çalışma grubunun %50'sinden fazlası üniversite mezunu, %92'si sağlık güvencesi sahibi, %60'ı 50 yaş ve üzeridir. Sağlık kurumunu tercih etmede ilk sıralarda hastanenin ortamının hijyenik olması, doktorların tutumu, tıbbi ve teknik donanım ve personelin davranışı gelmiştir.

Hastanenin logosu, tabelası, medyada çıkan olumsuz haberler ve tanınmışlığı en son sırada yer almıştır. Sağlık hizmetlerinde kalite algısına dair unsurlardan hizmet kalitesi ve personelin davranışı ilk sıralarda yer alırken, hastanenin tanınırlığı ve fiziki unsurları son sıralarda yer almıştır. Hasta grubunda yaşı genç olanlar, kadınlar, eğitilmiş olanlar ve yüksek gelirli kişiler hizmete diğerlerinden daha çok önem vermektedirler. Hastanenin imajına ve tanınmışlığına kadınlar daha fazla önem vermektedirler (Şantaş, Kurşun, ve Kar 2016).

Sunal 2016 yılında Ankara'da Keçiören semtinde 300 sağlık hizmeti kullanıcısı ile yüz yüze görüşme yolu ile hastane seçiminde hastanenin tanınırlığı ve kurumsal marka imajının etkisini araştırmıştır. Katılanların %55'i 50 yaşından büyük, %60'ı lise ve daha düşük eğitime sahip, %90'ı Emekli Sandığı'na mensuptur. Araştırmanın sonuçlarına göre, bireylerin eğitim seviyeleri arttıkça doktorların uzmanlığına daha fazla önem verilmekte ve sosyal medyadaki reklam ve tanıtımlardan daha fazla etkilenilmektedir. Ulaşımı kolay olan hastaneler tercih edilmekte, randevu saatlerine uygun hareket edilmesi memur ve ücretli çalışanlar için çok önem taşımaktadır. Tüm araştırma gruplarının hastanenin aldığı ödüllere ve kalite belgelerine önem verdiği bulunmuştur. Yine tüm hasta grupları için hastanenin fiziksel koşulları ve personelin ilgili ve güler yüzlü davranması önem taşımaktadır (Sunal 2016).

Nitin ve vd. tarafından 2016 yılında Hindistan'da 200 hasta üzerinde yapılan pazarlama bileşenlerinin hasta tercihlerine etkisi konulu araştırmada, yardım masası, doktor ve hemşirelerin tutumu önemli bulunmuş, fiziksel ortam önemli bulunmamıştır. Nitin ve arkadaşları araştırmanın sonunda, tıbbi hizmetlerin yanı sıra pazarlama bileşenlerinden faydalanmanın hastanelerin doluluk oranlarını artırmaları için şart olduğunu ortaya koymuşlardır (Nitin, Narendranath, ve Devakumar 2016).

Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye genelinde 2017 yılında 18 ve üstü yaş grubundaki sağlık hizmeti kullanıcılarına yönelik yürüttüğü araştırmada 12 bölgeden 8360 kişi ile görüşme yapılmış ve sonuçlar kamuoyu ile paylaşılmıştır (Sağlık Bakanlığı 2017)

Çalışmada tüm katılımcıların sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranı %76 olarak belirlenmiş, en yüksek oran Batı Karadeniz, en düşük oran ise Batı Marmara bölgesinde görülmüştür. En fazla tercih edilen ve ziyaret edilen sağlık kuruluşları Aile Sağlığı Merkezleri ve Aile Hekimliği (%75) olurken, ikinci sırada devlet hastaneleri, üçüncü sırada ise üniversite hastaneleri gelmektedir.

Araştırmada hastaların sağlık kurumlarını tercih etme sebepleri araştırılmış, Aile Hekimliği ve Aile Sağlığı Merkezlerinin eve yakınlık, üniversite hastanelerinin hizmet kalitesi ve tavsiye edilme, devlet hastanelerinin ulaşım kolaylığından ve hizmetlerinden ötürü, özel hastanelerin ise yüksek kalitedeki hizmetleri için tercih edildiği bulunmuştur. Kullanıcıların %95'i en son gittikleri sağlık kuruluşunu başkalarına tavsiye edeceğini belirtmiş, %53'ü telefonla, %17'si internetle randevu aldığını ifade etmiştir.

Sağlık kurumlarının zorunlu sebepler dışındaki en çok tercih edilme sebepleri kuruma duyulan güven, hekimlerin bilinirliği, teknolojik olanaklar, tanı ve tedavi süreçlerinin hızı olarak bulunmuştur. İmkân olduğu durumda ilk sırada özel hastaneleri tercih edeceklerini ifade eden kullanıcılar, bunun sebebini de tedavi ve bakım hizmetlerinin kalitesi, fiziki koşullar ve çalışanlarının ilgisi ve nezaketi olarak belirtmişlerdir.

Çalışmada, sağlık kuruluşlarının hastaların beklentilerini karşılama oranı %85 ile özel hastaneler için en yüksek bulunurken bunu %81 ile üniversite hastaneleri takip etmiştir. En çok karşılanan beklenti mahremiyete saygı (%85) ve sağlık kurumu içinde süreçlerin kolaylaştırılmasıdır (%85). En az karşılanan beklenti ise tuvaletlerin temizliği (%75) ve kafeterya hizmetleridir (%77).

Giriş bölümünde ve literatür taraması bölümünde adı geçen çalışmalar incelendiğinde, sağlık hizmeti kullanıcılarının hizmet kalite algısının yaşa, cinsiyete, gelire ve eğitime göre farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Ayrıca sağlık kurumunun kamu veya özel sektöre ait olmasından ötürü de sonuçlarda çok büyük farklılıklar gözlenmiştir. Hastaların sağlık kurumları ile ilgili marka algısı, marka güveni, marka sadakati ve tekrar satın alma niyeti ile ilgili de farklı hasta gruplarında ve farklı sağlık hizmeti veren kurumlarda birbirine benzemeyen sonuçlarla karşılaşılmıştır. Literatürde sağlık hizmetlerinde tüm pazarlama bileşenlerinin bir arada detaylı bir şekilde araştırıldığı ve bunun marka güveni, marka bağlılığı ve tekrar satın alma niyetine etkisinin ölçüldüğü bir çalışma modeline rastlanmamıştır. Pek çok pazarlama bileşeninin alt bileşenleri ile ilgili soruların ihmal edildiği ve çağımızla ilgili pek çok yeniliğin araştırmalarda ele alınmadığı belirlenmiştir.

3.2.Araştırma

3.2.1.Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlık hizmetlerinde pazarlama konusu, hem hasta haklarını korumak hem de gereksiz sağlık hizmeti talebini önlemek amacı ile kimi zaman yasaklarla, kimi zaman da etik sebeplerle her zaman ihtiyatla yaklaşılan bir alan olmuştur. Oysa sağlık hizmeti kullanıcılarına doğru zamanda, doğru miktarda, doğru yerde ve doğru şekilde hizmet verebilmenin yolu doğru bir pazarlama anlayışından geçer. Bu şekilde sağlık kurum ve kuruluşları da en az zarar ile en verimli şekilde çalışabilir, sonuçta da mutlu hastalar (müşteriler) ve mutlu çalışanlara ulaşabilirler. Reklam ve tanıtım önündeki yasal ve etik engeller, sağlık kurumlarının hizmet ve ürünlerini tanıtmak ve hasta sayılarını artırmak için geleneksel yöntemlerden çok farklı ve yaratıcı promosyon stratejileri uygulamalarına yol açmıştır. Sağlık hizmetlerinde tutundurma çalışmalarını inceleyen çalışmaların taranması ve sektörden uzmanlarla yapılan görüşmelerden yola çıkılarak, hastanelerin doğrudan uyguladığı SMS, e-mail, bill board, broşür, tv, radyo, vb. yöntemlere ek olarak yasal ve etik kurallara aykırı olmayan dolaylı reklam yöntemleri kullandıkları da belirlenmiştir. Örneğin hastane web sayfalarının ve sosyal medya hesaplarının sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından sıklıkla takip edildiği ve sağlık kurumları ile ilgili en doğru ve güncel bilgiyi bu kanallardan elde ettikleri bilinmektedir (Gümüş, Kaya, 2018; Gümüş, Sönmez, 2018; Gümüş, 2018). Teknolojinin getirdiği yeni tutundurma araçlarının yanında, sponsorluklar, sosyal sorumluluk projeleri, seminer, eğitim, sempozyum, özel günlerde (kadınlar günü, yaşlılar haftası, vb.) özel tanıtım faaliyetleri ve kampanyaları gibi dolaylı reklam yolları bulunmaktadır. Ayrıca her zaman geçerli olan başarılı ilişkisel pazarlama ve ağızdan ağıza pazarlama gibi yöntemlerin sağlık kurumları için en etkili reklam aracı olduğu bilinmektedir (Gümüş, Kaya,2018; Gümüş, Sönmez, 2018; Gümüş, 2018).

Teknolojik ve güncel gelişmelerin sonucu olarak, sağlık hizmetlerinde de tüm diğer sektörlerde olduğu gibi pazarlama bileşenlerinden “yer” kavramının hizmetin verildiği yere ek olarak uzaktan da ulaşılabilir olmasıdır. Uzaktan online bilgi alma, telemedicine hizmetleri, doktorla video görüşmeleri, online randevu ve sonuç alma gibi kavramlar “Yer” bileşenine yeni kavramlar getirmiştir. (Gümüş, Kaya,2018; Gümüş, Sönmez,2018; Gümüş, 2018). “Yer” ve Tutundurma” kavramının sağlık hizmetleri için özel olarak tanımlanması gibi, “Fiyat” da sağlık hizmeti kullanıcıları açısından farklı anlamlar taşımaktadır. Fiyat değişkenininin, sağlık söz konusu

olduğunda neredeyse tüm hasta gruplarında en son önem verilen konu olduğu, sağlık kuruluşlarının, farklı hasta gruplarına farklı fiyatlar uyguladığı ve gerek kurum gerekse sigorta anlaşmaları yanında düzenlenen fiyat kampanyaları ile daha çok hastayı kendi kurumlarına çekmek için çalıştıkları belirtilmiştir (Gümüş, Kaya,2018; Gümüş, Sönmez,2018; Gümüş,2018).

Günümüzde tüketici odaklı pazarlama anlayışı ve teknolojik gelişmeler sonucu olarak, sağlık hizmeti kullanıcıları bilinçli bir şekilde sunulan tüm olanakları inceleme ve kendisi için en doğru kararı verebilme şansına sahiptir. Görüldüğü gibi günümüz çetin rekabet ortamında sağlık kurumlarının hasta sayısını ve doluluk oranlarını yükseltebilmek için pazarlama bileşenlerinden faydalanmaları bir ihtiyaçtır. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin sadece hedef kitlelere ulaştırılması bir pazarlama unsuru olarak ele alınmamış, hem mal ve hizmetler (ürün), hem de çalışanlar boyutunu ele alan, tanıtım ve reklam yöntemleri üzerinde duran, teknolojinin tüm imkânlarını dâhil eden, verimliliğe ve etkinliğe katkıda bulunurken sağlık kurumlarını da kâr ettirecek bir pazarlama anlayışı üzerinde durulmuştur. Bu kapsamda hem sağlık hizmeti kullanıcılarını bilinçlendirecek hem de sağlık kurumlarına değerli çıkarımlar ile tavsiyelerde bulunabilecek bir araştırma planlanmıştır.

Bu çalışma hem sağlık kullanıcılarının tercihlerini analiz etmek hem de sunulan sağlık hizmetlerinde öncelik verilmesi gereken noktaları ortaya çıkarmak açısından literatüre katkı sağlayacaktır.

3.2.2. Araştırmanın Kapsamı ve Kısıtlılıkları

Sağlık hizmetlerinde kullanıcı tercihlerini etkileyen sebeplerle ilgili literatür tarandığında, hastane hizmet kalitesini araştıran çalışmaların, karşımıza ilk çıkan konular arasında yer aldığı görülmektedir. Bu çalışmaların hastane yöneticileri ve sağlık politikası belirleyicileri açısından çok yararlı olduğu açıktır. Hastanelerin hizmet kalitesinin sağlık hizmeti kullanıcıları üzerindeki etkisini ölçen çalışmalar Servqual, Servperf gibi ölçekler ile pek çok boyutta defalarca incelenmiştir. Bu çalışmada ise sağlık hizmetlerinde mal ve hizmetlerin (Ürün) yanında tutundurma, yer ve fiyat bileşenlerinin de araştırılması ön plana çıkarılmıştır. Ayrıca son yıllarda satış süreçlerinde müşteri ilişkileri ve katılımcılığının ne kadar önemli olduğu düşünülerek katılımçılık değişkeni incelenmiştir. Sağlık hizmetlerinde yalnızca kalite algısı değil tüm pazarlama bileşenleri algısının kullanıcılar üzerindeki etkisi araştırılmıştır.

Sağlık hizmetlerindeki rekabet unsurları göz önüne alındığında, devlet hastanelerinin de tüm özel hastaneler kadar reklam ve tanıtıma önem verdikleri, hatta en etkili tanıtım yöntemi olan web sayfaları kalitesinin en üst düzeylerde olduğu bilinmektedir (Gümüş, Kaya, 2018; Gümüş, Sönmez, 2018; Gümüş, 2018). Bu yüzden araştırmada herhangi bir hastane veya hastane grubu (özel/devlet/üniversite) ele alınmamıştır. Buna ek olarak belirli bir hastanenin içinde hastalarla yapılacak anketlerin hem yanlı olacağı hem de hastaların duygusal ve fiziksel durumlarının uzun bir anketi cevaplamaya uygun olmayacağı düşünülmüştür. Tek bir hastane veya hastane grubunda anketlerin uygulanmamasının başka bir sebebi ise, sağlık hizmeti kullanıcılarının hastane kullanımında kesin sınırlar olmadığı ve geçişler olduğu, birçoğunun hem özel hem devlet hem üniversite hastanelerini kullanmalarıdır. Anket sorularının, en çok tercih edilen hastane için cevaplanmasının istenmesi, kullanım kolaylığı ve cevaplayıcıların zihninde kavramları somutlaştırma açısındandır. Bir diğer sebep ise, özel hastanelerin de kendi içinde gruplara ayrıldığı ve bazı özel hastanelerin devlet hastanesi kadar hastalardan katkı payı aldığı ve orta düzeyde hizmet verdiğidir. Üst düzey özel hastaneler ise yüksek kalitede hizmetin yanında, hastalardan yüksek miktarda katkı payı almaktadırlar. Bu sebeplerden ötürü, herhangi bir hastane veya hastane türü sağlık kullanıcısı örneklem olarak alınmamış, yansız olması ve çok geniş bir kullanıcı kitlesine ulaşılması amacıyla Diyarbakır ilindeki tüm sağlık hizmeti kullanıcıları çalışmanın evreni olarak ele alınmıştır.

Daha geniş bir araştırma planlanmakla beraber, bu çalışma gerek büyükşehir olması gerekse tüm Güneydoğu Anadolu Bölgesi halkına yaygın bir sağlık hizmeti sunması göz önüne alınarak Diyarbakır ili ile sınırlı tutulmuştur. İkinci kısıtlama, hane halkından bilinçli birisinin anketi cevaplaması istenip genelde evin reisi ile görüşme yapıldığından, cevaplayanların kadın-erkek oranının eşit olmamasıdır. İnsan ömrünün gittikçe uzaması nedeniyle yaşlı nüfusun sağlık hizmetlerinden yararlanmasının önemi her geçen gün artmaktadır (Gümüş, Sarıbaş, 2016; United Nations). Bu yüzden yaşlı bireylerin sağlık hizmeti pazarlama bileşenleri algılarının tespit edilebilmesi önemli bir noktadır. Bu nedenle, çalışmadaki bir diğer kısıt, çalışmayı en çok ilgilendiren örneklem grubu yaşlılar olmasına rağmen, hem Diyarbakır ilindeki yaşlı nüfusunun azlığından hem de yaşlıların iletişim kurmadaki güçlüklerinden kaynaklı olarak yaşlı katılımcı sayısının istenen düzeye ulaşamamış olmasıdır. İleride yapılacak

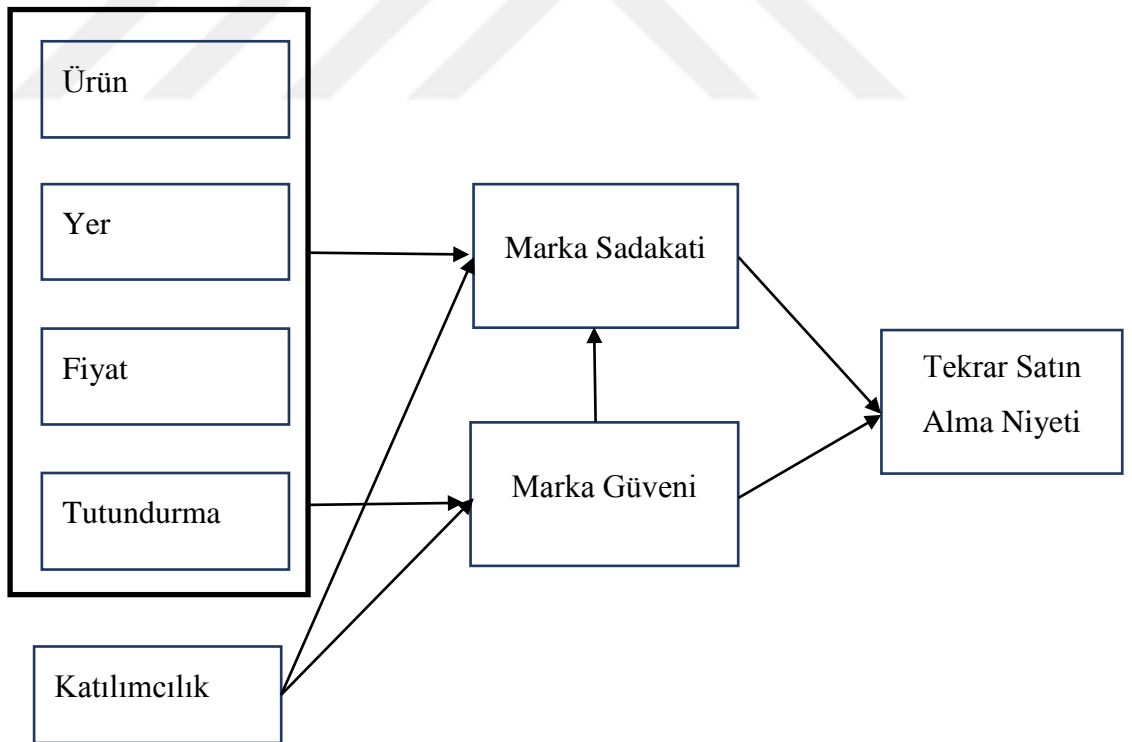
çalışmalarda daha alt gruplara ayrılarak farklı örneklerde bu çalışma tekrarlanabilir.

3.2.3. Araştırma Modelinin Oluşturulması ve Kullanılan Ölçekler

Sağlık kurumlarının faydalandığı pazarlama bileşenlerinin hizmet kullanıcılarının tercih ettikleri kurumlara olan marka sadakatine, marka güvenine, bunların da tekrar satın alma niyetine etkisini ortaya çıkarmak amacıyla yapılan bu çalışmanın tahmini modeli Şekil.3.1.'deki gibidir. Model, araştırma kapsamına alınan değişkenlerin birbiri ile olan ilişkileri literatür çalışmalarına dayanılarak oluşturulmuştur.

3.2.4. Pazarlama Bileşenleri, Marka bağlılığı, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyeti İlişkisine Ait Araştırma Modeli

Pazarlama bileşenleri ve katılımcılık algısının, marka bağlılığı, marka güveni ve tekrar satın alma niyeti ile ilişkisini ifade eden araştırma modeli Şekil 3.1.'de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısı, Marka bağlılığı, Marka Güveni Tekrar Satın Alma Niyeti İlişkisi Araştırma Modeli

Literatür taramasındaki bulgulara dayanarak, pazarlama bileşenleri algısının markaya duyulan güven ve marka sadakati üzerinde hem olumlu hem olumsuz etkileri olabileceği ifade edilebilir. Ayrıca marka sadakati ve marka güveni değişkenlerinin tekrar satın alma niyetini pozitif yönde etkileyeceği öngörülmektedir. Söz konusu değişkenlerin birbiri ile olan ilişkisine ait çalışmalar incelenmiş ve modeldeki bağlantı sıralarına göre vurgulanmıştır.

3.2.4.1. Pazarlama Bileşenleri, Katılımcılık Değişkeni, Marka Bağlılığı, Marka Güveni İlişkisi

Tutundurma, mal ve hizmetlerin kalitesi, fiyat stratejileri ve hizmetlerin dağıtımını sağlık kuruluşlarının hasta güveni ve hasta sadakati yaratmada önemli araçlardır. Sağlık hizmetlerinde tanıtım ve reklamlardaki kısıtlamaları da vurgu yapan Kim vd. (2008) hastanelerin marka sadakati oluşturmak için elindeki en etkili pazarlama aracının marka güveni oluşturma ve ilişkisel pazarlama olduğunu ortaya koymuştur (Kim vd. 2008). İlişkisel pazarlamanın yanında kurum ile ilgili çıkan olumlu reklamların ve ağızdan ağıza pazarlama olarak bilinen arkadaş, akraba ve sosyal medya üzerinden yapılan tavsiyelerin de hastanelere duyulan marka güvenini artırmakta olduğu farklı araştırmacılar tarafından vurgulanan diğer tutundurma araçlarıdır (Zerenler, Öğüt 2013; Purcarea vd, 2013).

Tedavi süreçlerinde önemli rol oynayan ürün ve hizmetler de pek çok bilim insanı tarafından marka güveni oluşturmada en etkili unsurlar olarak öne çıkarılmıştır. Tüfekçi ve arkadaşları, marka imajı ve marka güvenine en fazla etki eden unsurların hastanedeki ürün ve hizmetler, fiziksel unsurlar ve iç tasarım olduğunu, reklam ve tanıtım unsurlarının son sırada geldiğini bulmuşlardır (Tüfekçi vd, 2016).

Hastaların tedavi süreçlerine katılımının ve sağlık personelinin hastalara karşı tutumunun araştırıldığı çalışmalarda, bu unsurların marka güveni yaratmada katılımcılığın etkili olduğu sıkça belirtilmektedir. Torres ve Vd.'nin 2009 yılında Şili'de 250 sağlık hizmeti kullanıcısı ile görüşerek yaptıkları araştırmada, marka güveni ve hasta memnuniyetini en çok etkileyen faktörün doktorların davranışı olduğunu bulmuşlardır (Torres, Vasquez-Parraga, ve Barra 2009). Bir başka çalışmada ise hasta katılımcılığının marka sadakati oluşturmada en önemli etken olduğu belirtilmiştir (Işık 2016).

Pazarlama bileşenlerinden “fiyat” değişkeninin, marka güvenine olumlu ve olumsuz etkileri ise tartışmalı bir konu olup, fiyat değişkeni başlığı altında incelenecektir.

Pazarlama bileşenlerinden fiyat, ürün, yer, tutundurma ve katılımcılık değişkenlerinin marka sadakati ve marka güveni ile ilişkisi aşağıda detaylı olarak tartışılmıştır.

3.2.4.2. Fiyat, Marka Sadakati ve Marka Güveni İlişkisi

Rust ve Zahorik (1993)’e göre marka sadakati, tüm işletmeler için en çok istenen unsurlardandır. Çünkü yeni bir müşteriyi kazanmaktansa mevcut olanı elde tutmak daha kârlıdır. Marka sadakati yaratmak için işletmeler pek çok yöntem kullanır. Şüphesiz ki bunlardan en tartışmalı olanı fiyat politikalarıdır. Fiyatlarda yapılan indirim ve kampanyaların marka güveni ve marka sadakati üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkileri olduğu kimi yazarlar tarafından tartışılmıştır.

Lau, Chang, Moon and Liu (2006) tarafından yapılan çalışmada, fiyat indirimlerinin tüketicilerin sadakati üzerinde olumlu etkisi olduğunu ve marka değiştirmeye engel olduğunu bulmuşlardır. Oyeniyi (2011), telekomünikasyon sektöründe fiyat indirimlerinin marka sadakatine etkisini araştırdığı çalışmasında ilkin hipotezlerinde tam tersini iddia etse de çalışma sonucunda fiyat indirimlerinin müşteri sadakatine olumlu etkisi olduğunu kabul etmiştir. Beristain ve Zorilla (2011) ise fiyat indirimlerinin marka sadakatinde önemli bir rolü olduğunu belirtirken, Datta (2003) tüketicilerin indirimlerden faydalanmak için geçici olarak başka markalara kayabileceklerini, ancak daha sonra eski markalarına dönebildiklerini öne sürmüştür.

Diğer taraftan, fiyat indirimlerinin marka sadakati ve güveni üzerinde olumsuz etkisi olduğunu savunan araştırmacılardan Mela vd. (1997) uzun vadeli fiyat indirim politikalarının tüketici davranışlarına etkisini araştırmışlar, sadık olmayan müşterilerin fiyat indirimlerinden daha fazla etkilendiğini, sadık müşterilerin ise bundan çok etkilenmediğini ortaya koymuştur. Doyle (2003) ise, fiyat indirimlerine rağbet eden müşterilerin sadakat konusunda zayıf olduklarını ifade ederken, bu müşterilerin başka bir marka indirim yaptığında ona gideceğini savunmaktadır. Ayrıca fiyat indirimlerinin müşterilere markanın kalitesini veya başarısını sorgulatabileceğini iddia etmektedir.

Çalışmamızın ana modelini oluşturmada faydalanılan Yoo, Donthu ve Lee (2000)’nin çalışmasında ise, sık yapılan fiyat indirimlerinin müşterilerin ürün

kalitesinin düşük olduğunu düşünmesine neden olabileceğini belirtirken, bunun yerine reklam ve yatırıma ağırlık verilmesini tavsiye etmiştir.

Mulhern vd. (1998) fiyat esnekliklerinin perakende mağazacılıkta etnisite, gelir düzeyi ve diğer marka bileşenleri arasındaki ilişkileri inceledikleri çalışmalarında, sıklıkla promosyon yapan markaların tüketicilerin kampanya dönemlerini beklemesine yol açabileceğini ön plana çıkarmış ve çok sık kampanya yapılmasının markaya zarar verebileceğini ortaya koymuştur. Aynı şekilde Gedenkve Neslin (1999) de fiyat promosyonlarının marka güveni üzerinde negatif etkileri olduğunu ifade etmişlerdir.

Tüm bu tartışmalar ekseninde sağlık hizmetlerinde bir taraftan sağlık söz konusu olduğunda fiyatı önemsemeyen hasta gruplarının varlığı (Karaçor vd. 2014; ; Gümüş 2018), diğer taraftan ise katkı payı az olan hastaneleri sürekli kullanan grupların varlığı diğer gerçeklerdendir (Zerenler ve Öğüt 2013; Sağlık Bakanlığı 2017; Demir 2008).

3.2.4.3. Ürün, Marka Güveni ve Marka Sadakati İlişkisi

İmalat sektöründe ürünün kalitesinin, hizmet sektöründe ise özellikle marka güveni ve marka bağlılığının en önemli faktörlerden olduğu bilinmektedir. Parasuraman (1985) tarafından akademik olarak da ortaya konulan bu bulguya göre hizmet kalitesi marka güvenini pozitif yönde etkilemektedir. Daha sonra da pek çok araştırmacı hizmet kalitesinin marka güveni üzerinde olumlu etkilerini ortaya koymuşlardır (Morgan ve Shelby 1994; Moorman vd. 1993; Zeitham vd. 1996).

Doaei ve Hosseini (2011) ise mobil telefon endüstrisinde pazarlama bileşenleri unsurlarının marka sadakati üzerindeki etkisini araştırmış ve pazarlama bileşenlerinden ürün ve hizmetlerin en önemli müşteri sadakati etkeni olduğunu belirtmişlerdir. Aynı şekilde Allameh ve Noktedan (2011) da dört ve beş yıldızlı otellerde izmet kalitesinin mümüşterilerde marka sadakatine en büyük etkiyi ürün ve hizmetlerinden duyulan memnuniyet olarak açıklamışlardır.

Zehir ve vd. (2011)'nın global markalarda tanıtım ve hizmet kalitesinin marka sadakatine marka güveni üzerinden yaptığı etkinin araştırıldığı çalışmada, hizmet kalitesi ile marka güveni ve marka sadakati arasında yüksek korelasyon bulunmuştur. Alexandreakis ve vd. (2008) spor merkezleri için düzenledikleri araştırmada hizmet kalitesinin marka sadakati oluşturmada önemli bir etken olduğunu bulmuştur.

Pourdeghan 2015 yılında pazarlama bileşenleri ile marka güveni ve marka sadakati arasındaki ilişkileri incelediği çalışmada ürün ve hizmet algısının marka güveni üzerinde pozitif bir algı yarattığını, ancak marka sadakati üzerinde etkisi olmadığını bulmuştur.

Zeithaml ve vd. (1990) hizmet kalitesi algısının, fiyat artışı olsa bile marka sadakati ile arasında pozitif ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Rust ve Zahorik (1993) bankacılık sektörü için yürüttükleri çalışmada yüksek hizmet kalitesi algısının müşteri sadakati yaratacağını ifade etmiştir.

1996 yılında Aaker, 1999 yılında Pritchard ve vd. ürün ve hizmetlerin kalitesinin marka sadakatının en önemli unsuru olduğunu vurgulamışlardır. Aynı şekilde Auh ve Johnson (2005) da kalitenin, marka sadakati üzerinde etkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Sherriff ve leslie araştırmalarında tüketicilerin ürün ve hizmetlerden tatmininin marka güveni için ön koşul olduğunu ve bunun da satın almayı teşvik ettiğini vurgulamışlardır. İngiltere’de büyük bir tüketici grubu üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada Datta (2003) ürün algısının marka bağlılığına doğrudan etkide bulunduğunu açıklamıştır.

Sağlık hizmetlerinde de mal ve hizmetlerin kullanıcı algı ve davranışlarını çok önemli düzeyde etkilediği daha önce pek çok araştırmacı tarafından ortaya konulmuştur. (Zerenler ve Ögüt 2013; Öz ve Uyar 2014; Flexner ve Berkowitz 1979; Demir 2008; Torres vd. 2009; Tarım ve Zaim 2010).

3.2.4.4. Yer (Dağıtım), Marka Sadakati ve Marka Güveni İlişkisi

Her sektörde olduğu üzere, ürünlerin kullanıcılara en doğru ve uygun miktarda kolaylıkla ulaştırılması tüketiciler için büyük önem taşır. Bu nedenle mal ve hizmetlerin dağıtım yerinin ve erişim kolaylığının müşteriler üzerinde olumlu etkisinin olduğu ve satışlara katkısı olduğu açıktır. Mal ve hizmetlerin ulaşılabilirliği ile marka algısı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalardan Hosseini ve Rezvani günlük tüketim maddeleri pazarında yaptıkları çalışmada bulunurluk yani ulaşılabilirlik faktörünün (yer) marka sadakati üzerinde pozitif etkisi olduğunu vurgulamıştır.

Kim ve Hyun (2011) IT yazılım sektöründe pazarlama bileşenlerinin rolünü araştırdıkları çalışmada dağıtım kanallarının marka sadakati üzerinde pozitif etkisi olduğunu ifade ederken, Hung Fu da eğitim sektöründe gerçekleştirdiği çalışmada bu pozitif etkiye katkı sunacak bulguları elde etmiştir. Aynı şekilde Ünal (2013) da perakendecilik sektöründeki araştırmasında hizmetlerin sunulduğu yerin ve

ulaşılabilirliğin marka sadakatine olumlu etkisi olduğunu vurgulamıştır.Doaei ve Hosseini (2011) dağıtım kanallarının marka sadakatine olumlu etkisi olduğunu ortaya koymuştur.

Çalışmamızın ana modelini oluşturan Yoo, Donthu ve Lee (2000)' nin çalışmasında mal ve hizmetlerin dağıtılmasında bulunurluk ve ulaşılabilirlik ile marka sadakati arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.

Sağlık kurumlarında hizmetlerin sunulduğu yerler, hizmetlere ulaşım kolaylığı, hastanelere ulaşımın rahatlığı gibi unsurlar bazı araştırmacılar tarafından sağlık hizmeti kullanıcıları için en önemli unsurlar olarak tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı; Sunal 2016; Kıray 2015 Zerenler ve Öğüt 2013; Kim vd. 2008). Hastane ne kadar uzakta olursa olsun yine de hizmet kalitesini önemsemiği için kullandığı hastaneden vazgeçmeyen hasta grupları da vardır (Lin vd. 2010).

3.2.4.5. Katılımcılık, Marka Sadakati ve Marka Güveni İlişkisi

Tüketicilerin satış süreçlerine dâhil edilmesinin diğer pek çok yararları yanında, bunun marka sadakatine yol açtığı da bilinmektedir. Müşteri katılımıcılığının markaya yaptığı katkıları araştıran çalışmalardan, Vivek vd.(2012)' nin araştırmasında müşteri katılımıcılığının marka değer, marka güveni, ağızdan ağıza tavsiye ve marka sadakatine olumlu katkısı ortaya konulmuştur. Casalo ve Flovan (2010) ise müşterilerin satış süreçlerine dâhil olmasının marka sadakati üzerinde pozitif etkisini bulmuştur.

So vd. (2016) turizm sektöründe marka güveni ve marka sadakati yaratmanın yolunun sadece hizmet kalitesi ile olmadığını, müşteri katılımıcılığı ile artacağını ortaya koymuşlardır. Brodie vd. (2011) ile Kumar ve Bhagwat (2010) da aynı şekilde müşteri katılımıcılığının marka sadakati ve marka güveni üzerinde olumlu etkisi olduğunu belirtmişlerdir.

Datta (2003) marka sadakatine etki eden sebepleri açıkladığında ürün, fiyat gibi etkenlerin yanında müşteri katılımıcılığının özellikle kadınlar tarafından çok önemsendiğini bulmuştur.

Günümüz koşullarında hasta haklarına ve hasta memnuniyetine özen göstermeyen sağlık kurumlarının başarılı olması olanaksızdır. Ayrıca hastaların tedavi süreçlerine katılımı da tedavi sürecini hızlandırmaktadır.

Hasta katılımıcılığının hasta algısı ve davranışı üzerinde olumlu etkisi olduğunu ortaya koyan pek çok çalışma vardır (Grol vd. 1999; Tarım ve Zaim 2010; Işık 2016).

Hastalara değer veren, onları dinleyen, tedavi süreçlerine katılımlarına izin veren sağlık personelinin bu davranışları, tatmin olmuş ve sadık hasta gruplarının oluşmasını sağlayacaktır.

3.2.4.6. Tutundurma, Marka Sadakati ve Marka Güveni İlişkisi

Ambler (1997)'e göre, müşteriler üzerinde etki yaratan reklamlar mevcut müşterileri korur, yeni müşteriler kazanılmasını sağlar ve şirketlerin karlılığını artırır. İletişim ve halkla ilişkiler faaliyetleri de güven ve sadakati artırır. Keller(1993) ise sponsorluk çalışmalarının markanın olumlu olarak tanınmasına katkıda bulunduğunu ifade eder. Kotler (2000), halkla ilişkiler faaliyetlerinin tüm reklam araçları içinde en az maliyetli olmasının yanında en geniş halk kitleleri tarafından benimsenmeyi sağladığını belirtir.

Hem marka sadakati hem de marka güveni ile tutundurma çalışmaları arasında yüksek korelasyon bulan Zehir ve vd.(2011) halkla ilişkiler, reklam ve müşteri ilişkileri sayesinde işletmelerin markalarını kolayca benimseteceğini vurgulamışlardır. Aynı şekilde Grönroos (1984) halkla ilişkiler çalışmalarının marka güveni üstünde olumlu etki yaptığını ortaya koymuştur. Morgan ve Hunt (1994) iyi bir halkla ilişkiler faaliyetinin marka güveninin en önemli etkeni olduğunu bulmuşlardır. Doaei ve Hosseini (2011) promosyon unsurunun marka sadakati üzerindeki etkisine vurgu yapmıştır.

Grace, Debra ve O'Cass (2005), reklam ve promosyon çalışmalarının marka güveni üzerinde olumlu etkisini ortaya koymuşlardır. Aynı şekilde Moorman ve arkadaşları marka güveninde reklam ve tüm tutundurma çabalarının olumlu etkileri olduğunu bulmuşlardır. Casalo ve Flavon (2007) da tutundurma çalışmaları ile marka sadakati arasında olumlu ilişki bulmuştur. Pourdeghan (2015) mobil telefon endüstrisinde marka sadakatini araştırdığı çalışmasında pazarlama bileşenlerinden reklam ve tanıtım çalışmalarının marka sadakati üzerinde olumlu etkisi olduğunu ifade etmiştir.

Ağızdan ağıza pazarlamanın ise marka güveni oluşturmada en önemli unsurlardan olduğunu ortaya koyan pek çok çalışma vardır (Fournier ve Yao, 1997; Iglesias vd., 2001; Martin, 1996; Parasuraman 1988). Aynı şekilde Ha vd.(2010), ağızdan ağıza pazarlama ile marka güveni arasında güçlü bir bağ olduğunu vurgulamıştır.

Ramos vd. (2005), e-pazarlama alanında gerçekleştirdikleri çalışmada reklam harcamaları ile marka bağlılığı arasında pozitif ilişki bulmuşlardır. Laroche vd. (2012) sosyal medyada ilişkisel pazarlamaya önem veren şirketlerin marka sadakati ve marka güveni oluşturduğunu ortaya koymuştur.

Çalışmamızın ana modelini oluşturan Yoo, Donthu ve Lee (2000)'nin araştırmasında reklam ve tanıtım harcamaları ile marka sadakati arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Hatta Yoo, Donthu ve Lee (2000) işletmeler için marka sadakati oluşturmada en etkili yolun tutundurma çalışmalarından geçtiğini iddia etmektedir. Yoo, Donthu ve Lee işletmelerin fiyat ve diğer promosyonlardan çok, tanıtım ve ilişkisel pazarlama üstünde durmalarını tavsiye etmiştir.

Sağlık hizmetlerinde reklam ve pazarlama faaliyetlerinin önündeki etik ve yasal engeller düşünüldüğünde, en başta halkla ilişkiler çalışmaları ve ağızdan ağıza pazarlama olmak üzere tüm tutundurma çabalarının, sadık ve güven duyan hastalar yaratmada ne kadar önemli olduğu açıktır.

Bazı çalışmalarda sağlık hizmetlerinde reklam ve tanıtım faaliyetlerinin hasta gruplarını etkilemede son sırada geldiği gözükmeyle birlikte (Tüfekçi, İnce ve Tüfekçi 2016, Şantaş vd. 2016), sosyal medya hesapları, internetteki yorumlar (Yılmaz 2014; Sunal 2016), tanıdıkların tavsiyesi (Purcarea vd. 2013; Öz ve Uyar 2014; Zerenler ve Ögüt 2013; Demirel vd. 2009) ve halkla ilişkiler çalışmalarının hasta gruplarının algı ve davranışlarını etkilediğinde şüphe bulunmamaktadır.

3.2.4.7. Marka Güveni, Marka Sadakati ve Tekrar Satın Alma İlişkisi

Uzun dönemli ilişkileri sürdürmek için en önemli faktörlerden birisi de güvendir. Güven bir işletmenin tüketici sadakatini oluşturulmasına ve devam etmesine yardım eder (Nguyen, 2013). Yani sadakat eğer güven varsa gelişir (Anwar,2011). Griffin (1995) müşteri sadakatini davranışa dayalı olduğunu ve bazı bireyler tarafından verilen tesadüfi olmayan bir alışveriş olduğunu, tekrar satın alan bir müşterinin o işletme, ürün veya hizmete bir bağlılık hissederek davrandığını belirtmiştir.

Chiu ve vd.(2010)'nin yaptığı derleme çalışmasında tekrar satın alma niyetine en büyük etkenin marka güveni olduğu vurgulanmıştır. Zhang ve vd. ise, (2011) tekrar satın alma niyetinde marka sadakatini önemli bir rol oynadığını ortaya koymuşlardır. Marka güveni tüketicilerin herhangi bir ürün veya markaya yönelik risk algısını azaltır. Marka güveni markaya ilişkin riski azaltarak tekrar satın alma niyetine yol açar.

Howard ve Sheth (1969) marka sadakati arttıkça marka satışlarının da arttığını vurgulamıştır. Doyle (2003) ise sadık müşterilerin ağızdan ağıza olumlu reklamlar yaparak pazarda yer alan potansiyel müşterilerin işletmeyi tercih etmelerini ve fiyata daha az duyarlı olarak bu sayede daha yüksek kârlı satış yapma imkânı bulunduğunu ifade eder.

Tüketiciler bir markayı tekrar satın almadan önce o markaya inanmak ister. İşletmeler yeni müşteriler elde etmek yerine mevcut müşterileri elde tutmayı ister, bunun yolu da müşteri güvenini sağlamaktan geçer. Müşterilerin güvenini sağlayan markaların tekrar satın alınma olasılıklarını artırdığı yönünde pek çok çalışma vardır. (Song vd. 2012; Torres, Vasquez-Parraga, ve Barra 2009; Wood 2004; Yousaf vd. 2012).

Tüm diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetleri pazarlamasında da marka güveninin satın alma niyetini teşvik etmesi kaçınılmazdır. İşletmeler tüketiciler üzerinde marka güveni yaratmaya çalışırlar. Marka güveni marka ile ilgili belirsizlikleri ve riski azaltarak tüketicilerin dürüst markaları seçmesine yol açacaktır. Kişilerarası ilişkilerde olduğu gibi iş ilişkisi içerisinde olan taraflardan birinin diğerine güvenmesi olumlu davranışsal niyetlerin ortaya çıkmasına neden olur. Bu yaklaşımla tüketicinin markaya olan güveni, tüketicinin markayı satın alma niyeti üzerinde olumlu bir etki yaratacaktır (Lau ve Lee,1999).

Tüm diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetleri pazarlamasında da marka güveninin satın alma niyetini teşvik etmesi kaçınılmazdır. Tüfekçi sağlık hizmeti kullanıcılarının hastanenin fiyatını yüksek bulsalar bile marka güveni duydukları hastaneleri tercih ettiklerini ortaya koymuştur (Tüfekçi, İnce, ve Tüfekçi 2016).

Torres ve vd. 2009 yılında yaptıkları çalışmada marka güveninin sağlık hizmeti kullanıcılarının hastane ziyaretlerini etkilediğini bulmuşlardır (Torres vd. 2009). Uzunkaya 2016 yılındaki çalışmasında marka sadakatinin tekrar satın alma niyetine pozitif etkisi olduğunu vurgulamıştır.

Van Vuuren (2012) markaya duyulan güvenin tüketicilerde markaya karşı olumlu davranış gelişmesine yol açtığını, bu yolla marka sadakatine etkide bulunduğunu vurgulamıştır. Güven yüksek değerli değişim ilişkileri yaratarak marka sadakati ve bağlılığı oluşturur.

Wood (2004) işletmelerin tüketiciler üzerinde marka bağlılığı oluşturduğu sürece müşterilerin fiyat veya promosyonlara bakmaksızın diğer markalarla

ilgilenmeyerek tekrar satın alma eğilimini sürdürdüğünü belirtmiştir. Eğer tüketiciler bir ürün hakkında olumlu kullanım tecrübesine sahiplerse, markayı tekrar kullanma eğiliminde olurlar.

Marka sadakati tüketicinin markaya karşı olumlu hisler duymasını, sadık olduğu markayı daha fazla tercih etmesini sağlar (Odabaşı, Gülfidan,2002). Sadakat ve güven arasındaki ilişkileri irdeleyen araştırmalar incelendiğinde, sadakatin en önemli koşulunun markaya güven duyma olduğu görülmektedir (Laroche vd. 2012;, Chaudri ve Holbrook 2001; Chiu, Chan, Yeng, 2010 ; Lau ve Lee 1999).

Sağlığın insan hayatı için en önemli unsur olduğunu vurgulayan Wu, kuruma duyulan güvenin marka bağlılığına katkısı olduğunu bulmuştur (Wu 2011). Aynı şekilde Kim vd.(2008) sağlık hizmetlerinde marka güveni ile marka bağlılığı arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu ileri sürmüştür (Kim vd. 2008).

Pourdeghan (2015) pazarlama bileşenlerinin marka sadakati ve marka güveni üzerindeki ilişkisini araştırdığı çalışmasında, marka güveni ile marka sadakati arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Marka güveni ile marka sadakati arasında olumlu ilişkiler Taylor vd. (2004) ile Sirdeshkmukh vd. (2002)'nin çalışmalarında da vurgulanmıştır.

3.2.5. Anket Sorularının Oluşturulmasında Kullanılan Ölçekler

Anket soruları hazırlanırken Yoo, Donthu ve Lee (2000) 'nin pazarlama bileşenleri algısının marka değeri algısı üzerine etkisini araştırdığı çalışma esas alındı. Çalışmamızın modeli Yoo, Donthu ve Lee 'den farklı olduğundan, marka güveni, marka sadakati ve katılımçılık değişkeni için oluşturulan sorular farklı kaynaklardan yararlanılarakdesteklendi. Yoo, Donthu ve Lee'nin pazarlama bileşenleri ile ilgili oluşturduğu sorular, sağlık alanına uyarlanarak, daha geniş içeriklerle soruldu. Sorular hazırlanırken, Yoo, Donthu ve Lee'nin ölçeğini geliştirerek araştırmasında kullanan Bradley (2001) ve daha sonra bu ölçeği Türkçe'leştiren Yaraş (2003)'in çalışmasından faydalanıldı.

Sağlık hizmetlerinde tutundurma algısı sorularına, Sağlık hizmetleri pazarlaması alanında uzman kişilerle görüşülerek ve literatürden faydalanılarak günümüz teknolojik koşullarına uygun web hizmetleri ve sosyal medya ile ilgili iki soru eklendi. Hasta katılımçılığı algısını ölçmek için Sower vd. (2001) tarafından oluşturulan KQCAH ölçeği ve Grol vd. tarafından 20 Avrupa ülkesini kapsayan çalışmasında oluşturulan EUROPEP ölçeğinden faydalanıldı.

Bu çalışmanın başında Türkiye’de en önce gelen iki hastane zincirinin halkla ilişkiler müdürü ile derinlemesine görüşme yapıldı. Kendi sağlık kurumlarında ve dünyada güncel olarak kullanılan reklam, tanıtım ve pazarlama çalışmaları ile ilgili detaylı sorular soruldu ve önemli veriler elde edildi. Bu araştırmaya ölçekler dışından eklenen sorularda yapılan derinlemesine görüşmelerde elde edilen verilerden faydalanıldı. Yine de bu sorular ilgili literatür incelenerek benzer çalışmalardan alınarak, Türkçe’ye çevirildi.

3.2.5.1. Pazarlama Bileşenlerinden Ürün (mal ve hizmet) Algısı ile İlgili Kavramlar

Sağlık hizmetlerinde Ürün (Mal ve Hizmetler) kavramı diğer sektörler ile benzerlik gösterse de kendi içinde belirli özellikler barındıran çok geniş bir kavramdır. Genel olarak yapılan tetkik ve tedaviler, doktorların ve hemşirelerin verdiği hizmetler, girişten çıkışa kadar tüm aşamalardaki hizmetler ve kullanılan fiziki materyaller hastanelerde sunulan mal ve hizmetlerin kapsamındadır. Hastanedeki mal ve hizmetler (Ürün) ile ilgili sorular Yoo, Donthu ve Lee (2000), Bradley(2001) ve Yaraş(2003)’ın çalışmasından alınmış, soruların soruluş biçimi sağlık hizmeti alanındaki mal ve hizmetlerin özel koşullarından ötürü, alana uyarlanmıştır. Ürünle ilgili sorular ve alındığı kaynaklar Tablo. 3.2’de görülmektedir.

Tablo 3.2. Pazarlama Bileşenlerinden Ürün Algısı Kavramları ve Alındığı Kaynaklar

Ü1.X Hastanesinde doktorların ve branşların sayısı yeterlidir.	Yoo, Donthu ve Lee 2000,Yaraş 2003, Bradley 2001
Ü2.X hastanesindeki tıbbi hizmetlerin kalitesi tatmin edicidir.	Yoo, Donthu ve Lee 2000,Yaraş 2003, Bradley 2001
Ü3.X hastanesinde kullanılan tıbbi cihazlar yüksek teknolojidir.	Yoo, Donthu ve Lee 2000,Yaraş 2003, Bradley 2001

3.2.5.2. Pazarlama bileşenlerinden fiyat algısı ile ilgili ifadeler:

Sağlık hizmetlerinde pazarlama bileşenlerinden “Fiyat” değişkeni en tartışmalı olanıdır. Hastanelerde ödenen bedelin katkı payı üzerinden yapılması ve özel hastanelerin de ödenen katkı paylarına göre alt-orta –üst düzey olarak ayrılması fiyat değişkeni hakkında sorulan soruları alana uygun hale getirmeyi zorunlu kılmıştır. Temel olarak Yoo, Donthu ve Lee (2000) ve Bradley (2001)’in çalışmalarından alınan

fiyat değişkenleri ile ilgili soruların alındığı kaynaklar Tablo.3.3’de verilmiştir. Sorular Türkçe’ye çevrilmiş ve sağlık alanına uyarlanmıştır.

Tablo 3.3 Pazarlama Bileşenlerinden Fiyat Algısı İfadeleri ve Alındığı Kaynaklar.

F1.X hastanesinde sık sık uygun fiyat kampanyaları düzenlenir.	Bradley 2001, Yoo, Donthu ve Lee 2000
F2.X hastanesinde farklı gruplara yapılan indirimleri olumlu buluyorum.	Bradley 2001, Yoo, Donthu ve Lee 2000
F3.X hastanesine ödediğim paranın aldığı hizmete değdiğine inanıyorum.	Bradley 2001
F4.X hastanesinde ödenen katkı payı yüksektir.	Yoo, Donthu ve Lee 2000

3.2.5.3. Pazarlama Bileşenlerinden Yer/Dağıtım Algısı ile İlgili İfadeler

Pazarlama bileşenleri ve marka ilişkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde, “Yer/dağıtım” ile ilgili soruların farklı biçimlerde sorulduğu ama genel olarak mal ve hizmetlerin sunulduğu yerin erişiminin kolaylığı, binanın veya ürünlerin ulaşılabilir oluşu ve hizmet sunulan binanın iç ve dış mekânlarının dizaynı kavramları üzerinde durulduğu görülmektedir. Çalışmada kullanılan yer ile ilgili sorular Bradley (2001) ve Yaraş (2003)’in çalışmaları dikkate alınarak oluşturulmuştur.

Tablo 3.4 Pazarlama Bileşenlerinden Yer Algısı İfadeleri ve Alındığı Kaynaklar

Y1.X hastanesinde hizmetlere ulaşım rahattır.	Bradley 2001
Y2.X hastanesinden ayrıldıktan sonra uzaktan da hizmet almak mümkündür.	Bradley 2001
Y3.X hastanesinin içi iyi dizayn edilmiştir.	Yaraş 2001
Y4.X hastanesinde hizmetler zamanında verilir.	Bradley 2001
Y5.X Hastanesi içindeki yönlendirmeler yetersizdir.	Uzman görüşlerine dayanarak eklenmiştir.

3.2.5.4. Pazarlama Bileşenlerinden Tutundurma Algısı ile İlgili İfadeler

Sağlık hizmetlerinde “Tutundurma” algısı ile ilgili sorular hazırlanırken, sağlık hizmetleri alanındaki yasak ve kısıtlamalara rağmen sağlık işletmelerinin kullandığı farklı reklam ve tanıtım araçları göz önünde bulundurulmuş ve teknolojik gelişmeler

dikkate alınarak, geçmişte oluşturulan ölçeklere yeni kavramlar eklenmiştir. Sorular oluşturulurken hastanelerin halkla ilişkiler müdürleri ile yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda edinilen hastanelerin kullandığı reklam ve pazarlama yöntemlerinden de yararlanılmıştır. Soruların çoğu Yoo, Donthu ve Lee (2000) ve Yoo ve Donthu (2001), Bradley (2001) ve Ha (2010)'nın çalışmasından faydalanılarak hazırlanmıştır. Farklı literatürden alınan örneklerle desteklenmiştir (Kim vd. 2008, Kim ve Hyun 2011, Yaraş 2003). Tutundurma çalışmalarının sağlık hizmeti kullanıcıları üzerindeki etkisi bu çalışmanın en önemli sorularından biri olduğundan, literatüre de dayanarak, bu konuda oldukça detaylı bilgi edinilmeye çalışılmıştır. Tüm bu soruların alındıkları kaynaklar Tablo.3.5' de verilmiştir.

Tablo 3.5. Pazarlama Bileşenlerinden Tutundurma Algısı İfadeleri ve Alındığı Kaynaklar

T1.X Hastanesi sık sık farklı reklam araçlarını (SMS, Billboard, E-Posta vb.) kullanır.	Yoo, Donthu ve Lee 2000
T2.X hastanesinin web sayfasında aradığım bilgilere ulaşabiliyorum	Yoo, Donthu ve Lee 2000, Kim, Hyun 2012, Yoo ve Donthu 2001
T3.X hastanesinin tanıtımı için düzenlediği aktiviteler (Sponsorluk, yardım kampanyaları, seminer,vb.) ilgimi çeker.	Bradley 200, Yoo, Donthu ve Lee 2000
T4.X hastanesini kişiler birbirine tavsiye eder.	Kim,Hyun, 2012, Ha 2010
T5.X Hastanesinin sosyal medya hesapları bilgilendiricidir.	Bradley 2001, Ha 2010
T6.X hastanesinin basında çıkan haberleri ilgi çekicidir.	Bradley 2001 ,Yaraş 2003

3.2.5.5. Katılımcılık Algısı ile İlgili İfadeler

Müşteri odaklı pazarlama haytımıza girdiğinden beri hastaların tedavi sürecine katılımlarının hem memnuniyete hem de tedavi sürecinin hızlanmasına olumlu katkısı olduğu bilinmektedir (Grol vd. 2001; Sower vd. 2001). Çalışmaya eklenen “katılımcılık” ile ilgili soru cümleleri oluşturulurken, Grol (1999), Sower (2001) ve Kullberg (2015)'in daha önceki çalışmalarından faydalanılmıştır. Çalışmalar incelendiğinde ortak noktalarından hareket edilerek hazırlanan sorular, cevaplayıcıların rahat anlayabileceği ve cevaplayabileceği duruma getirilmiştir. Ortak bir havuzda toplanan sorularla oluşturulan ölçek istatistiksel yöntemlerle en uygun

hale durumuna getirilmiştir. Katılımcılık ile ilgili sorular ve alındığı kaynaklar Tablo.3.6' da görülmektedir.

Tablo 3.6 Katılımcılık Algısı İfadeleri ve Alındığı Kaynaklar

K1.X Hastanesinde benim de fikrimi alırlar ve beni dinlerler.	Grol 1999, Sower 2001
K2.X hastanesinde yardımcı tedaviler (Şifalı bitki, besin, geleneksel yöntemler, vb.) uygulamama izin verilir.	Sower 2001, Grol 1999 , Kullberg 2015
K3.X hastanesinde benim üstüme düşen görevler (Fiziksel aktivite, beslenme, vb.) hakkında bilgi verilir.	Sower 2001
K4.X hastanesinde hasta güvenliği (İlaç kullanımı, hastane içi tehlikeler,vb.) hakkında bilgilendirilirim	Sower 2001, Kullberg 2015
K5.Hastaneye gitmeden önce internetten hastalığım ve hastane hakkında bilgi alırım.	Uzman görüşlerine dayanarak eklenmiştir.
K6.Hastaneden randevularımı telefon veya internetten kendim alırım.	Uzman görüşlerine dayanarak eklenmiştir.

3.2.5.6. Marka Sadakati ile İlgili İfadeler

Marka sadakati ile ilgili sorular Aaker (1996)'in çalışması temel alınarak oluşturulmuştur. Sorular sağlık hizmetleri alanına uygulanmıştır. Ankette sorulan sorular ve alındığı kaynaklar Tablo.3.7' de görülmektedir.

Tablo 3.7. Marka Sadakati İle İlgili İfadeler ve Alındığı Kaynaklar

MS1.Bu hastane her zaman ilk tercihim olur.	Aaker 1996
MS2.Bu hastaneyi başkalarına tavsiye ederim.	Aaker 1996
MS3.Eğer istediğim gün için randevu alamazsam uygun zaman için beklerim.	Aaker 1996
MS4.Başka bir hastanede daha iyi bir doktor veya hizmet olsa bile yine bu hastaneye gelirim	Aaker 1996

3.2.5.7. Marka Güveni ile İlgili İfadeler

Marka Güveni ile ilgili sorular oluşturulurken, Chaudri ve Holbrook (2001) ile Doney ve Cannon(1997)'un çalışmalarından faydalanılmıştır. Sorular sağlık

hizmetleri alanına uygulanmıştır. Ankette sorulan sorular ve alındığı kaynaklar Tablo.3.8’de görülmektedir.

Tablo 3.8 Marka Güveni ile İlgili İfadeler ve Alındığı Kaynaklar

MG1.Bu hastanede kendimi güvende hissedirim.	Chaudri,Holbrok 2001
MG2.Yapılan tetkik ve tedavilere güven duyarım.	Chaudri,Holbrok 2001
MG3.Bir sorunla karşılaşsam eğer hastane yetkililerinin hemen çözeceğinden eminim.	Doney,Cannon 1997
MG4.Bu hastane beni asla hayal kırıklığına uğratmaz.	Doney,Cannon 1997

3.2.5.8. Tekrar Satın Alma Niyeti ile İlgili İfadeler

Tekrar satın alma niyeti ile ilgili sorular oluşturulurken, Hellier vd. (2003) ve Kim vd. (2011)’ in çalışmalarından faydalanılmıştır. Sorular sağlık hizmetleri alanına uygulanmıştır. Ankette sorulan sorular ve alındığı kaynaklar Tablo 3.9.’da görülmektedir.

Tablo 3.9. Tekrar Satın Alma Niyeti İle İlgili İfadeler ve Alındığı Kaynaklar

TS1.Kendimi bu hastanenin sadık bir müşterisi olarak görüyorum.	Hellier vd. 2003
TS2.Yakın gelecekte bu hastaneye tekrar gelmeyi düşünüyorum.	Hellier vd. 2003
TS3.Bu hastanenin hasta sayısının yükselmesi için çabalarım.	Kim vd. 2011
TS4.Yakınlarımdan veya arkadaşlarımdan hastalanan olursa buraya gelmesini sağlarım.	Kim vd. 2011

Bu çalışma hem tanımsal hem de keşifsel bir araştırmadır. Çalışma kapsamında ele alınan değişkenlere ilişkin literatür taraması yapılması, değişkenler hakkında bilgi toplanması ve derinlemesine görüşmeler ile anketlerde kullanılacak soru yapılarının oluşturulması çalışmanın keşifsel niteliğini ortaya koymaktadır. Araştırma problemini, bu problemle ilgili durumları, değişkenleri ve değişkenler arasındaki ilişkileri tanımlama amacı taşıması bakımından da tanımsal bir araştırmadır.

Çalışmada anketler vasıtasıyla katılımcılara 46 adet soru sorulmuştur. İlk 10 soruda katılımcılara dair demografik ve diğer bilgiler elde edilmiştir. Kalan 36 soruda ise, 4 boyutta pazarlama bileşenlerinden ürün, fiyat, tutundurma ve yer algısı: 1 boyutta katılımcılık, 1 boyutta marka güveni, 1 boyutta marka sadakati ve 1 boyutta

tekrar satın alma niyeti üzerine sorular yöneltilmiştir. Sağlık hizmetleri kullanıcılarına en çok tercih ettikleri hastane sorulmuş ve tüm soruları bu hastaneyi göz önünde bulundurarak cevaplamaları istenmiştir. Yapılan faktör analizi sonucunda Katılımcılık boyutundan 2, Yer boyutundan 1 soru analizlerden çıkarılmıştır.

Cevaplar kapalı uçlu olup beşli Likert tipindedir. Katılımcılara “Kesinlikle katılıyorum, Katılıyorum, Ne katılıyorum ne katılmıyorum, Katılmıyorum, Kesinlikle katılmıyorum” seçenekleri sunulmuştur. Olumsuz şekilde sorulan sorular için ters kodlama yapılmıştır (Likert 1932; Likert, Roslow, ve Murphy 1934).

3.2.6. Örneklem Seçimi

Çalışmanın evreni tam olarak temsil edebilmesi için dikkatli bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Örneklem işlemi iki aşamalı olarak uygulanmıştır. Önce Diyarbakır ilindeki merkez ilçeler sosyo ekonomik düzeyine göre tabakalara ayrılmış daha sonra tabakalara göre kolayda örneklem yöntemi uygulanmıştır.

Çalışmanın evrenini Diyarbakır ilindeki 15 yaş ve üzeri nüfus oluşturmaktadır. İl merkezinde toplam 4 ilçe vardır (Nufusu.com 2017). Bu ilçeler Bağlar, Sur, Kayapınar ve Yenişehir’dir. Diyarbakır ilindeki ilçeler sosyo ekonomik bakımdan birbirinden farklıdır. Bu farklılık tabaka olarak kullanılmıştır. İlçelerin sosyo ekonomik olarak farklılıklarını belirlerken daha önce Diyarbakır Kalkınma Ajansı tarafından yürütülmüş olan ve TRC2 bölgesini oluşturan Şanlıurfa ve Diyarbakır’daki ilçelerin yaşam kalitesine yönelik yapılan bir araştırmadan destek alınmıştır (Şeker, Saldanlı, ve Bektaş 2014). TRC2 Bölgesi’ni kapsayan bu araştırmada, Diyarbakır’da 1500 kişi ile görüşmeler yapılmış, hem nitel hem de nicel yöntemler kullanılarak yaşam kalitesi endeksleri elde edilmiştir (Şeker, Saldanlı, ve Bektaş 2014). Bu verilere de dayanarak Diyarbakır’daki ilçeler Sur (En düşük), Bağlar (Düşük), Yenişehir (Orta) ve Kayapınar (Yüksek) sosyo-ekonomik düzeye sahip ilçeler olarak tabakalanmıştır.

Örneklemimizin ikinci aşamasında, her bir tabakada nüfusla orantılı kolayda örneklem yöntemi kullanılarak örneklem yapılmıştır. (Bu yöntem olasılıklı olmayan örneklem yöntemidir). Kolayda örneklem yöntemi yapılırken, bina seçiminin mümkün olduğu kadar farklı coğrafi alanlardan seçilmesine özen gösterilmiştir. Örneğe seçilen hane halkı üyelerinden eğitim düzeyi yüksek ve kendini ifade edebilen bireylerle anket uygulaması yapılmasına özen gösterilmiştir.

Son nüfus sayımına göre Diyarbakır ilinin nüfusu 1 699 000'dir (Nufusu.com 2017). 15 yaş ve üzeri nüfus ise 720 000'dir. Bağlar, Sur, Yenişehir ve Kayapınar ilçelerinde ise 15 yaş ve üzeri nüfus sırası ile 262 480, 74 000, 138 000, 246 000'dir. Araştırmada evrenin %0,1'ine ulaşılması hedeflenmiş ve 720 kişilik bir örneklem belirlenmiştir. Bu 720 kişinin de, 262'si Bağlar, 74'ü Sur, 138'i Yenişehir ve 246'sı Kayapınar'dan seçilmiştir. Son nüfus sayımından bu yana, Sur ilçesindeki popülasyon kentsel dönüşüm kapsamında değişikliğe uğramıştır. Bu yüzden sosyo-ekonomik yapısı birbirine çok benzeyen Bağlar ve Sur ilçelerinden elde edilen anketler tek başlıkta toplanmıştır. Anketlerin uygulanmasından sonra 681 kişi ile yapılan anketler geçerli olarak kabul edilmiştir. Örneklemin 242'si bağlar ve Sur, 211'i Yenişehir, 228'i de Kayapınar ilçesindedir. Örneğe erişim oranı %95 olarak tespit edilmiştir. Diyarbakır'da 7 özel hastane, 15 devlet hastanesi ve bir de üniversite hastanesi vardır. Bu hastanelerden devlet hastanelerine 2017 yılında 6144954 kişi başvurmuştur. Devlet hastanelerinin toplam yatak sayısı 3812, özel hastanelerinki ise 660'dır. Devlet hastaneleri özel hastanelerin yaklaşık 6 katı bir kapasiteye sahiptir.

Bir araştırmaya ilişkin kitleyi, örneklemini ve örnekleme yöntemini belirledikten sonraki süreç kitle büyüklüğüne bağlı olarak örnek sayısını belirlemektir. Çalışma için örneklem büyüklüğü belirlenirken aşağıdaki formülden yararlanılmıştır. Bu formüle göre %95 güven olasılığı ile 384 kişilik bir örneklem evreni temsil etme yeterliliğine sahiptir (Özdamar 2002):

N: Evren birim sayısı,

n: Örneklem büyüklüğü

P: Evrendeki X'in gözlenme oranı,

Q (1-P): X'in gözlenmeme oranı

Z_{α} : $\alpha= 0.05, 0.01, 0.001$ için 1.96, 2.58 ve 3.28 değerleri

d= Örneklem hatası (0,05)

σ = Evren standart sapması

$t_{\alpha, sd}$ = sd serbestlik dereceli t dağılımı kritik değerleridir

$$n = \frac{P \cdot Q \cdot Z_{\alpha}^2}{d^2} \quad (3.1)$$

Ankete katılım sayısının 681 olması dolayısıyla yeterli bir örnek hacmine ulaşıldığı söylenebilir.

3.2.7. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada görev alan anketörler, üniversite öğrencileri arasından iletişimi ve bilgi edinme kapasitesi yüksek öğrencilerden oluşacak şekilde seçilmiş ve anketörlük eğitimine tabi tutulmuşlardır. Daha sonra bu öğrenciler çoğunlukla kendi ikamet ettikleri bölgelerde anketleri uygulamak üzere görevlendirilmiştir. Ön ankette 50 kişiye anket yapılmış ve çıkabilecek sorunlar tespit edilmiştir. Örneğin anlaşılması zor olan sorularda katılımcılara yardımcı olunması kararlaştırılmıştır. Cevap vermekte tereddütü olan katılımcılarda güven sağlayıp katılımlarının sağlanmasının yolları araştırılmıştır. Ankete katılan bireylerin bağımsız ve özgür yanıt vermeleri bakımından kimlik bilgileri alınmamıştır.

Anketlerin merkeze ulaşma önceliklerine göre her bir ankete bir kod verilmiş ve anketler bu kodlar üzerinden kimliklendirilmiştir. Anketlerin uygulanması 15.01.2018-15.05.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Anketlerin bilgisayar ortamına aktarılmasında azami dikkat gösterilmiş, olumsuz sorulan sorulara ters kodlama yapılmıştır.

3.2.8. Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışmanın temel amacı sağlık hizmeti kullanıcılarının pazarlama bileşenlerinden ürün, fiyat, tutundurma, yer/dağıtım ve katılımcılık değişkeni algısının en çok başvurdukları hastane üzerinde marka güveni ve marka sadakati algısı oluşmasına etkisini ve bunun da tekrar satın alma üzerine etkisini ortaya çıkarmaktır. Araştırmanın amacı ve kapsamı doğrultusunda, konuyla ilgili geçmişte yapılan ve benzer problemleri araştıran literatüre de dayanarak, aşağıda sunulan hipotezler geliştirilmiştir.

3.2.8.1. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Bileşenlerinden Ürün (Mal/Hizmet) Algısı ile İlgili Hipotezlerin Test Edilmesi

Tengilimoğlu sağlık hizmetleri pazarlaması değişkenlerinden “ürünü” şu şekilde tanımlamıştır: Somut olan mallar; tıbbi araç ve gereçler, tıbbi cihazlar, laboratuvar malzemeleri, ilaçlar, tedavi malzemeleri, protez gibi elle tutulup gözle görülen ürünlerdir. Soyut olan hizmetler ise; muayene, ameliyat, checkup, rehabilitasyon, fizik tedavi, laboratuvar ve röntgen hizmetleri gibi ürünlerdir (Tengilimoğlu 2016). Sağlık kurumlarındaki genişletilmiş hizmetler ise; tıbbi olmayan

dolaylı hasta bakımı, teknik hizmetler, idari hizmetler, otelcilik hizmetleri, yemek, ambulans hizmetleri, otopark, danışma ofisleri ve mali işler gibi hizmetlerdir (Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat 2015).

Gerek diğer sektörlerde gerekse sağlık hizmetlerinde sunulan ürünlerin (mal ve hizmet) kullanıcıların tercih etme sebeplerinde önemli rol oynadığı ve tekrar satın alma niyetini artırdığı bilinmektedir (Al-Doghaither vd. 2003; Berkovitz ve Eric 2017; Flexner ve Berkowitz 1979; Karaçor ve Arkan 2014; Marcus, Aaker, ve Cohen 1975). Hasta memnuniyetine etki eden sebepler araştırıldığında sağlık kurumlarında hastalara sunulan tıbbi ve diğer hizmetlerin en önemli etkenlerden olduğu görülmüştür (Choi vd. 2005; Shrimali ve Motwani 2014). Vinodhini ve vd. (2016) ve Wu da hizmet ve ürünleri güçlü olan hastanelerin fark yaratmada avantajlı olduğunu ifade etmiştir (Vinodhini ve Kumar 2010; Wu 2011). Bu çalışmada literatürdeki bulgulara da dayanarak sağlık hizmetlerinde Ürün (Mal ve Hizmetler) ile ilgili aşağıdaki hipotezler kurulmuştur.

H₀=Sağlık hizmetlerinde kullanıcıların ürün (mal ve hizmet) algısı ile marka sadakati ve marka güveni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H₁=Sağlık hizmetlerinde kullanıcıların ürün (mal ve hizmet) algısı ile marka sadakati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₂= Sağlık hizmetlerinde kullanıcıların ürün (mal ve hizmet) algısı ile marka güveni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

3.2.8.2. Sağlık Hizmetlerinde Verilen Hizmetlerin Dağıtıldığı Yer Algısına Ait Hipotezlerin Test Edilmesi

Başka müşteri grupları için fazla önem taşımayan bazı fiziksel unsurlar hasta gruplarında rahatsızlık hissettirebilir. Bu yüzden sağlık kurumlarının hizmet verdikleri binanın fiziksel koşullarına da çok önem vermeleri gerekir (Merlis 2007; Stodolak 2008; Tengilimoğlu 2016). Şantaş, Tengilimoğlu ve Doghaither sağlık kurumlarının fiziksel koşullarının hasta memnuniyeti için en üst sıralarda olduğunu belirtirken (Al-Doghaither vd. 2003; Şantaş, Kurşun, ve Kar 2016; Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat 2015), Choi ve Nitin fiziksel ortamın özelliklerinin tedavi hizmetleri ve insan faktöründen sonra geldiğini ifade etmişlerdir (Choi vd. 2005; Nitin, vd. 2016).

Sağlık hizmetinin ulaşılabilir olması kullanıcılar için önemli bir faktördür. Sağlık kurumlarında kullanıcı tercihlerinin araştırıldığı çalışmaların bazılarında hastanenin yakınlığı hastanenin tercih edilmesini artırırken (Al-Doghaither vd. 2003;

Özkoç 2013), başka bir çalışmada ise hastaların nitelikli bir sağlık hizmetini almak için mesafeyi önemsemeyip uzaktaki hastaneleri de kullanmaya hazır olduklarını ortaya koymuşlardır (Lin vd. 2010). Araştırmacılar tarafından hizmetin dağıtıldığı yerin ulaşılabilirliği kadar, hizmetin zamanında verilmesi ve hizmetin verildiği binanın içi ve etrafı da önemli bulunmuştur (Yaraş 2003; Bradley 2001, Yoo, Donthu ve Lee 200). Yer/Dağıtım ile ilgili hipotezler aşağıdaki gibidir.

H₀= Sağlık hizmetlerinde kullanıcıların yer /dağıtım algısı ile marka sadakati ve marka güveni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H₃= Sağlık hizmetlerinde kullanıcıların yer /dağıtım algısı ile marka sadakati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₄= Sağlık hizmetlerinde kullanıcıların yer/dağıtım algısı ile marka güveni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

3.2.8.3. Sağlık Hizmetlerinde Fiyat Algısına Ait Hipotezlerin Test Edilmesi

Merlis (2007) hastane yöneticileri ve pazarlama sorumlularına daha yüksek hasta memnuniyeti için fiyat politikalarında şeffaflığı tavsiye eder. Consuegra, Molina ve Esteban ise fiyatlar yüksek bile olsa eğer bir sağlık kurumunda adil bir fiyatlandırma politikası varsa hasta memnuniyetinin yüksek olacağını ve marka sadakati yaratacağını ifade eder (Martín-Consuegra vd. 2007). Tüfekçi de benzer şekilde sağlık hizmeti kullanıcılarının fiyatları yüksek bulsalar bile, marka güvenlerinin yüksek olduğu hastaneleri tercih ettiklerini bildirmiştir (Tüfekçi, İnce, ve Tüfekçi 2016). Konu sağlık olduğunda sağlık hizmeti kullanıcılarının bu konuya pek önem vermediği literatürde ortaya konulsa da herkesin kendi bütçesine göre hareket ettiği ve katılım paylarının hastane tercihinde önemli rol oynadığı fikrinden hareketle fiyatla ilgili aşağıdaki hipotezler ortaya konulmuştur

H₀= Sağlık hizmetlerinde kullanıcıların fiyat algısı ile marka sadakati ve marka güveni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H₅= Sağlık hizmetlerinde kullanıcıların fiyat algısı ile marka sadakati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₆= Sağlık hizmetlerinde kullanıcıların fiyat algısı ile marka güveni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

3.2.8.4. Sağlık Hizmetlerinde Uygulanan Tutundurma Algısına Ait Hipotezlerin Test Edilmesi

Konu sağlık olduğunda reklam ve tanıtım faaliyetlerinin denetimli olarak yapılması, gereksiz sağlık hizmeti talebi yaratmaması ve hasta haklarının korunması için bu konuda sınırlılıklar olmasına rağmen, sağlık kurumları müşteri (hasta) gruplarına ulaşmayı pek çok yolla gerçekleştirmektedir. Şüphesiz en geçerli reklam müşteri memnuniyetidir. Bu yüzden sağlık kuruluşlarındaki pazarlama veya halkla ilişkiler birimi yöneticileri bilirler ki, en iyi reklam memnun ayrılan bir hastadır. Ağızdan ağıza pazarlamanın en önemli faktör olduğunu bilen uzman yöneticiler imaj yönetimi, hasta tatmini ve halkla ilişkileri tutundurma faaliyetleri içinde en üst sıraya koyarlar (Kitapci vd. 2014; Yılmaz 2014; Yozgat ve Deniz 2011). Sağlık kurumunun hastaları için uyguladığı üyelik programları, hastaların bilgilerinden oluşan veri tabanı sayesinde düzenli SMS ve e-posta gönderme ve birebir ziyaretler de etkili tanıtım yöntemlerindedir. Ayrıca basın ve diğer medya kuruluşları ile iş birliği yaparak kurum hakkında medyada olumlu haberler çıkmasını sağlamak da başarılı bir halkla ilişkiler sorumlusunun işidir. Acil durum ve afetlerde en hızlı şekilde olay yerine sağlık personeli ve ambulansları göndermek, ihtiyaç sahibi kişilere yardım sağlamak veya göçmenlerle ilgili sorumluluklar üstlenmek hem halk tarafından hem de devlet tarafından takdir sağlayacak tanıtım çalışmalarıdır. Yapılan çalışmalarda görülmüştür ki sağlık kurumları tarafından gerçekleştirilen reklam ve tanıtım çalışmaları farklı hasta grupları arasında farklı şekilde karşılık bulmuştur (Gümüş ve Sönmez 2018; Öz ve Uyar 2014; Yılmaz 2014). Literatürden de faydalanarak oluşturulan süreçle ilgili hipotezler aşağıdaki gibidir.

H₀= Sağlık hizmetlerinde kullanıcıların Tutundurma algısı ile marka sadakati ve marka güveni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H₇= Sağlık hizmetlerinde kullanıcıların Tutundurma algısı ile marka sadakati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₈= Sağlık hizmetlerinde kullanıcıların Tutundurma algısı ile marka güveni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

3.2.8.5. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Katılımcılık Algısına Ait Hipotezlerin Test Edilmesi

Hasta katılımcılığına ait en önemli hususlardan biri hasta güvenliği ve kalite standartları konusunda hastanın ne kadar bilinçli olduğu ile ilgilidir. Hastanedeki hijyen ve emniyet kuralları ile ilgili bilgilendirme talep eden hastalara gerekli bilgilerin verilmesi, hastalığı hakkında bilinçlendirilmesi, ek tedavi ve uygulamalara katılması çok önemlidir. Hastaların daha fazla katılımcılık talebi olduğuna ve bunun hastane tercihini ve memnuniyeti etkilediğine dair bazı çalışmalara rastlanmıştır. (European Commission 2012; Grol vd. 1999). Sağlık personelinin içinde de tedavi sürecinde hastanın sağlık hizmetlerini en doğru şekilde alabilmesi için iletişimin en önemli unsur olduğunu düşünenler çoğunluktadır (European Commission 2012; Öz ve Uyar 2014). Hastanelerin marka değerine ve marka çağrışımına olumlu etki yapan nedenler arasında hastanenin kişilerin dini inanç ve etnik kökenlerine karşı saygılı davranması birinci sırada gelirken, şikâyetlerin dikkate alınması ve hastalara ilgi gösterilip önem verilmesinin bunu takip ettiği bilinmektedir (Işık 2016). Literatürdeki tüm bu bulgulardan da faydalanarak hasta katılımcılığı ile ilgili hipotezler aşağıda gösterilmiştir.

H_0 = Sağlık hizmetlerinde kullanıcıların Katılımcılık algısı ile marka sadakati ve marka güveni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H_9 = Sağlık hizmetlerinde kullanıcıların Katılımcılık algısı ile marka sadakati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H_{10} = Sağlık hizmetlerinde kullanıcıların Katılımcılık algısı ile marka güveni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

3.2.8.6. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Tercih Ettikleri Hastaneye Duydukları Marka Sadakatine Ait Hipotezlerin Test Edilmesi

Tüm diğer mal ve hizmet sunan sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de marka güveni ve marka sadakati yaratmanın ve bunun sonucu olarak tekrar satın alma niyeti oluşturmanın hem çalışanlar ve hastalar hem de kurum açısından önemi büyüktür.

İşletmeler tüketiciler üzerinde marka sadakati oluşturursa müşteriler fiyat veya promosyonlara bakmaksızın diğer markalarla ilgilenmeyerek tekrar satın alma eğilimini sürdürür (Wood 2004). Hausman pazarlama çalışmalarının hastaları tatmin

etmekten başlaması gerektiğini, çünkü bunun marka değeri ve marka sadakatini artırmanın tek yolu olduğunu ifade etmiştir (Hausman 2004). Benzer olarak Kim vd. (2008)'de müşteri memnuniyetinin marka sadakatine olumlu etkisi olduğunu bulmuştur (Kim vd. 2008). Işık, sağlık kuruluşlarında verilen hizmetler için algılanan kalitenin yükselmesiyle marka sadakatinin arttığını ortaya koymuştur (Işık 2016).

Sağlık hizmetlerinde tanıtım ve reklamlardaki kısıtlamalara vurgu yapan Kim vd. (2008), hastanelerin marka bağımlılığı oluşturmak için elindeki en etkili pazarlama aracının marka güveni oluşturma ve ilişki pazarlama olduğunu ortaya koymuştur (Kim vd. 2008). Sağlık kurumlarında marka sadakatinin diğer değişkenlerle ilişkilerini ortaya koymak amacı ile tüm bu bulgulardan da faydalanarak aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur.

H_0 = Sağlık Hizmetleri kullanıcılarının tercih ettikleri hastaneye duydukları Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H_{11} = Sağlık Hizmetleri kullanıcılarının tercih ettikleri hastaneye duydukları Marka Sadakati ile Marka Güveni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H_{12} = Sağlık Hizmetleri kullanıcılarının tercih ettikleri hastaneye duydukları Marka Sadakati ile Tekrar Satın Alma Niyeti Arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

3.2.8.7. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının En Çok Başvurdukları Hastaneye Duydukları Marka Güvenine ve Tekrar Satın Alma Niyetine Ait Hipotezlerin Test Edilmesi

İşletmeler yeni müşteriler elde etmek yerine mevcut müşterileri elde tutmayı ister, bunun yolu da müşteri güvenini sağlamaktan geçer (Song, Hur, ve Kim 2012; Torres, Vasquez-Parraga, ve Barra 2009; Wood 2004; Yousaf vd. 2012). Sağlık insan hayatı için en önemli unsur olduğunu vurgulayan Wu kuruma duyulan güvenin marka sadakatine katkısı olduğunu bulmuştur (Wu 2011). Aynı şekilde Kim vd. (2008) sağlık hizmetlerinde marka güveni ile marka sadakati arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu ileri sürmüştür Kim vd. 2008). Tüm diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetleri pazarlamasında da marka güveninin satın alma niyetini teşvik etmesi kaçınılmazdır. Tüfekçi, sağlık hizmeti kullanıcılarının hastanenin fiyatını yüksek bulsalar bile marka güveni duydukları hastaneleri tercih ettiklerini ortaya koymuştur

(Tüfekçi, İnce, ve Tüfekçi 2016). Literatürdeki bulgulardan da yararlanılarak sağlık hizmetlerinde marka güveni ile ilgili aşağıdaki hipotezler ortaya konulmuştur

H_0 = Sağlık Hizmetleri kullanıcılarının tercih ettikleri hastaneye duydukları Marka Güveni ile Tekrar Satın Alma Niyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H_{13} = Sağlık Hizmetleri kullanıcılarının tercih ettikleri hastaneye duydukları Marka Güveni ile Tekrar Satın Alma Niyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

3.2.9. Veri Analizinde Kullanılan Yöntemler

Sağlık hizmeti kullanıcılarına uygulanan anketler aracılığıyla elde edilen veriler araştırmanın amaç ve kapsamı doğrultusunda analizlere uygulanmadan önce geçerlilik ve güvenilirliği teste tabi tutulmuştur. İstatistiksel analizler için SPSS 21 ve AMOS 21 programı kullanılmıştır.

3.2.9.1. Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik; bir ölçekte tüm değişkenlerin birbiri ile tutarlılığını ve iç uyumunu ortaya koyan bir süreçtir (Cronbach 1951). Çalışmalarda güvenilirlik testi için Cronbach alfa testi kullanılır. Cronbach alfa katsayıları 0 ile 1 arasında değerler alır ve bu katsayının en az 0,70 olması beklenir. 0,70 değerinden düşük güvenilirlik değeri elde edilmiş ise, ölçek güvenilirliğini düşüren bazı değişkenler ölçekten çıkarılabilir. Cronbach alfa değerlerinin karşılık geldiği güvenilirlik düzeyleri Tablo.3.10' da verilmiştir.

Tablo 3.10 Cronbach Alfa Değerleri İçin Güvenilirlik Seviyeleri

Cronbach Alfa	Güvenilirlik Düzeyi
$0,9 < \alpha < 1,0$	Mükemmel
$0,8 < \alpha < 0,9$	İyi
$0,7 < \alpha < 0,8$	Kabul edilebilir
$0,7 < \alpha < 0,6$	Orta
$0,5 < \alpha < 0,6$	Kötü
$0,0 < \alpha < 0,5$	Güvenilmez

Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda düşük bulunan bir Cronbach alfa değeri verilerin toplanmasında veya kodlanmasında bir sorun olduğunu gösterir. Düşük bir Cronbach alfa değeri ölçüm aracından, araştırıcıdan veya cevaplayıcılardan kaynaklanabileceği gibi ters kodlamanın unutulması veya verilerin yanlış girilmesinden de kaynaklanabilir. Bu durumda, gerekiyorsa bazı değişkenler çıkarılıp analiz tekrar edilebilir (Cronbach 1951, 1990). Çalışmamızda 0,70 den büyük alpha katsayıları geçerli kabul edilmiştir. 0,60 ile 0,70 arasında çıkan Cronbach katsayısı da orta derecede güvenilir kabul edilmiştir.

Tüm değişkenlere güvenilirlik analizi yapıldıktan sonra Keşfedici faktör analizi ile tüm boyutlar son halini almıştır.

3.2.9.2. Keşfedici ve Doğrulatoryı Faktör Analizi

Faktör analizi, birbirleriyle orta düzeyde ya da oldukça ilişkili değişkenleri birleştirerek az sayıda ancak bağımsız değişken kümeleri elde etmeyi sağlayan bir tekniktir. Böylece pek çok değişkenin birkaç küme ya da boyuta indirgenmesi mümkün olmaktadır. Bu boyut ya da kümelerden her birine faktör adı verilir. Örneğin tüketicilerin kişilik özellikleri (içe dönük, dışa dönük, nevrotik), hastaların özellikleri (zor beğenirliği, etki altında kalması, olumlu veya olumsuz propaganda yapma), hastanenin büyüme göstergeleri (verimlilik, kar, iş gücü) bu faktörlere örnek olarak gösterilebilir.

Faktör analizi, ölçümün kalitesini ve geçerliliğini ortaya koymak için en önemli analizlerdendir. Burada önemli iki nokta söz konusudur; bunlardan ilki hangi faktör analizinin kullanılacağı, ikincisi ise kullanılacak olan bu faktör analizinin hangi istatistiki araçlarla yapılacağıdır. Uygulanacak yöntem araştırmanın sonuçlarını, dolayısıyla ölçmeye çalışılan “yapısal geçerliliği” etkileyecektir. Faktör analizinin ana amacı boyut indirgemedir (dimension reduction). Boyut indirgemenin en yaygın uygulaması olan keşfedici faktör analizinin (KFA) amacı ise veri setini küçülterek daha kolay açıklanabilir hale getirmektir (Brown 2009). Boyut indirgeme ve beraberinde indirgenmiş yapıyı doğrulama amacıyla kullanılan bir diğer faktör analizi ise onaylayıcı faktör analizi (OFA) olarak karşımıza çıkmaktadır.

Faktör Analizinin üç temel amacı vardır:

- Ölçme aracına ait puanların geçerliliğini değerlendirmek
- Yapıların doğasıyla ilgili kuram geliştirmek

- Daha sonraki analizlerde (varyans analizi, regresyon vb.) kullanılabilen faktör puanları arasındaki ilişkileri özetlemek.

Faktör analizi kapsamında temelde iki uygulamadan söz edilmektedir. Bunlardan birincisi, yeni oluşturulmuş veya bir dilden başka bir dile çevrilmiş bir ölçeğin değişkenlerini temsil eden ifadelerin altında yatan faktör yapısını ortaya koymayı ve keşfetmeyi amaçlayan “Keşfedici Faktör Analizi” (Exploratory Factor Analysis) iken; bir diğeri ise daha önce kullanılmış olan bir ölçeğin, güncel olan araştırmada kullanıldığında orijinal faktör yapısına uyup uymadığını, uyuyor ise ne derece uygun olduğunu denetlemeye yarayan “Doğrulayıcı Faktör Analizidir (DFA)” (Confirmatory Factor Analysis) (Child 2006; Suhr 2006).

Faktör analizi yapılırken takip edilen en önemli aşamalar; problem tanımı ve veri toplama, korelasyon matrisini oluşturma, faktör sayısına karar verme ve faktör eksen döndürme (Factor Rotation) işlemleridir.

Faktörlerin hesaplanmasında, eigen değerlerden (öz değerlerden) yararlanılır, faktör sayısı kadar öz değeri hesaplanır. Öz değerler faktör yüklerinin karelerinin toplamıdır.

Faktör analizi, tüm veri yapıları için uygun olmayabilir. Verilerin faktör analizi için uygunluğu Kaiser- Meğher-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett küresellik (sphericity) testiyle incelenebilir. KMO katsayısı, veri matrisinin faktör analizi için uygun olup olmadığını, veri yapısının faktör çıkarma için uygunluğu hakkında bilgi verir. Faktörleşebilirlik (factorability) için KMO’ nun 0.60’tan yüksek çıkması beklenir. Barlett testi, değişkenler arasında ilişki olup olmadığını, kısmi korelasyonlar temelinde inceler.

Analiz sonucunda yorumlanması güç, çok sayıda ilişkili orijinal değişkenden bağımsız, kavramsal olarak anlamlı az sayıda faktörün (hipotetik değişken) bulunması amaçlanmaktadır. Analiz sonunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olmaktadır.

3.2.10. Araştırmanın Bulguları

3.2.10.1. Örnekleme Ait Demografik Özellikler

Ankete katılan sağlık hizmeti kullanıcılarının demografik özellikleri incelenmiş ve sonuçlar tablolar halinde sunulmuştur. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.11’ de görülmektedir.

Tablo 3.11. Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	Kişi Sayısı(n)	Yüzde (%)
Kadın	313	46,0
Erkek	368	54,0
Toplam	681	100

Tablo.3.11 incelendiğinde kadın katılımcı oranının (%46,0) erkek katılımcı oranından (%54,0) az olduğu görülmektedir. Bunun sebebi hanelerde soruları cevaplamayı tercih edenlerin daha çok evin reisi veya erkek katılımcılar olduğu söylenebilir.

Ankete katılanların yaş dağılımı incelenmiş ve sonuçlar Tablo 3.12’de sunulmuştur.

Tablo 3.12. Katılımcıların Yaş Dağılımı

Yaş Grupları	Kişi Sayısı(n)	Yüzde (%)
20’den küçük	31	4,6
21-30 Yaş	151	22,2
31-40 Yaş	210	30,8
41-50 Yaş	140	21,4
51-60 Yaş	85	12,5
60’tan büyük	58	8,5
Toplam	681	100

Tablo.3.12 incelendiğinde en fazla katılımcının 21-30 Yaş (%22,2), 31-40 Yaş (%30,8) ve 41-50 Yaş (%21,4) gruplarından olduğu görülmektedir. 65 yaş ve üzeri hedef kitlenin hastane kullanımı ile ilgili tercihleri çok önemlidir. Buna rağmen hem Diyarbakır nüfusunda yaşlı popülasyonun az olması (%8) hem de yaşlı bireylerin cevaplamayı reddetmesi ve ifade güçlüğü sebebiyle 65 yaş üzeri grup, 60 yaş üzeri grupla birleştirilmiştir. Örneklemimizde de yaşlı bireylerin oranı tüm nüfusa oranlı çıkmıştır.

Katılımcıların medeni durumları incelenmiş ve sonuçlar Tablo 3.13’de sunulmuştur.

Tablo 3.13. Katılımcıların Medeni Durumları

Medeni Durum	Kişi Sayısı(n)	Yüzde (%)
Evli	417	61,2
Bekâr	221	32,5
Boşanmış	25	3,7
Eşi vefat etmiş	18	2,6
Toplam	681	100

Ankete katılanların medeni durumları incelendiğinde katılımcıların %61,2'sinin evli, yüzde 32,5'inin bekâr, geri kalanının boşanmış veya eşi vefat etmiş kişilerden oluştuğu görülmektedir.

Sağlık hizmeti kullanıcılarının gelir düzeyine göre dağılımı Tablo.3.14.'de sunulmuştur.

Tablo.3.14. Katılımcıların Gelir Düzeyi

Gelir	Kişi Sayısı(n)	Yüzde (%)
Çok düşük	59	8,7
Düşük	189	27,3
Orta	238	34,9
Yüksek	146	21,4
Çok Yüksek	49	7,2
Toplam	681	100

Tablo 3.14. incelendiğinde katılımcıların büyük kısmının düşük (%27,3) ve orta (%34,9) gelir grubundan oluştuğu görülebilir. Bunun sebebi semtlerin nüfuslarına orantılı örneklem kullanılması ve yüksek gelir grubunun oturduğu semtlerden katılımcı sayısının daha az olmasıdır.

Katılımcıların eğitim düzeyleri incelenmiş ve sonuçlar Tablo.3.15.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.15. Katılımcıların Eğitim Düzeyi

Eğitim	Kişi Sayısı(n)	Yüzde (%)
Okuryazar değil	18	2,6
İlköğretim	65	9,5
Lise	143	21,0
Ön Lisans	149	21,9
Lisans	195	28,6
Lisansüstü	111	16,3
Toplam	681	100

Tablo 3.15 göz önüne alındığında katılımcıların %28,6'sının lisans, %21,9'unun ön lisans, %21,9'unun lise mezunu olduğu görülmektedir. Bunun sebebi örneklemimizin çoğunluğunun orta ve düşük sosyo-ekonomik düzeydeki kişilerden oluşmasıdır. Lisansüstü eğitim görenlerin oranı %16,3 olurken, lise bitirmeyenlerin oranı %10'dan fazladır.

Ankete katılanların çalıştığı sektörler incelenmiş ve sonuçlar Tablo.3.16'da sunulmuştur.

Tablo 3.16. Katılımcıların Çalıştıkları Sektörler

Çalışılan Sektör	Kişi Sayısı(n)	Yüzde (%)
İşsiz	70	10,3
Özel Sektör	180	26,4
Kamu Sektörü	283	41,6
Ev kadını	61	9,0
Emekli	25	3,7
Öğrenci	62	9,1
Toplam	681	100

Tablo.3.16.'da görüldüğü gibi katılımcıların büyük çoğunluğu Kamu (%41,6) ve özel sektörde (%26,4) çalışanlardan oluşmaktadır. Anketi cevaplayanların %10'u işsiz olduğunu belirtirken, %9,1'i öğrenci, %9,0'ı ev hanımıdır.

Katılımcıların sosyal güvenlik durumu incelenmiş ve sonuçlar Tablo 3.17.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.17. Katılımcıların Sosyal Güvenlik Durumları

Sigorta Durumu	Kişi Sayısı(n)	Yüzde (%)
SGK	360	52,9
Emekli Sandığı	167	24,5
Devlet memuru	82	12,0
Diğer	72	10,6
Toplam	681	100

Tablo 3.17. incelendiğinde katılımcıların çoğunluğunun SGK'lı (%52,9) olduğu görülmektedir. Bunu Emekli Sandığına bağlı olanlar %24,5 ile takip ederken, 82 (%12) kişinin de devlet memuru olduğu görülebilir. Geri kalan %10,6'lık grup Genel Sağlık Sigortası, özel sağlık sigortası, primini kendi ödeyenler gibi sayıları az olan diğer gruplardan oluşmaktadır.

Katılımcıların oturdukları semte göre dağılımı Tablo 3.18'de sunulmuştur.

Tablo 3.18. Katılımcıların Oturdukları Semtlere Göre Dağılımı

Oturulan İlçe	Kişi Sayısı(n)	Yüzde (%)
Bağlar ve Sur	242	35,5
Yenişehir	211	31,0
Kayapınar	228	33,5
Toplam	681	100

Örnekleminizin oturduğu semtler seçilirken sosyo-ekonomik düzeye göre farklı özellikler gösteren üç ilçe seçilmiştir. Tablo 3.18'de görüldüğü üzere en çok

katılımcı %35,5 oranı Bağlar ve Sur İlçelerinden olup, bunu %33,5 ile Kayapınar ilçesi izlemiştir. Orta gelir düzeyine sahip olarak nitelendirdiğimiz Yenişehir ilçesinden ise %31,5' lik bir örnekleme ulaşılmıştır.

3.2.10.2. Tercih Edilen Hastanelere Ait Özellikler

Katılımcılara en çok başvurdukları hastaneyi belirtmeleri ve soruları bu hastaneye göre cevaplamaları istenmiş ve verdikleri cevaba göre kullandıkları hastaneler, devlet, özel ve üniversite hastanesi olarak sınıflandırılmış, sonuçlar Tablo 3.19'da sunulmuştur.

Tablo 3.19. Katılımcıların En Çok Başvurdukları Hastanelerin Dağılımı

Hastane türü	Kişi Sayısı(n)	Yüzde (%)
Devlet	290	42,6
Özel	261	38,3
Üniversite	130	19,1
Toplam	681	100

Tablo.3.19 incelendiğinde en fazla başvuru alan hastanelerin %42,6 ile devlete ait olduğu, bunu %38,3 ile özel hastanelerin izlediği görülmüştür. Özel hastanelerin içinde de katkı payı düşük olan hastanelerin tercih sebebi olduğu belirlenmiştir. Üniversite hastanesine olan talebin nispeten düşük olduğu (%19,1) belirlenmiştir. Katılımcıların ev veya işyerlerine tercih ettikleri hastanelerin mesafesi hesaplanmış ve tercih edilen hastaneler yakınlıklarına göre sınıflandırılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.20' de görülmektedir.

Tablo 3.20 Katılımcıların En Çok Başvurdukları Hastanelerin Uzaklıklarının Dağılımı

Yakınlığına göre hastane tercihi	Kişi Sayısı(n)	Yüzde (%)
Çok uzak	41	6,0
Uzak	145	21,3
Orta yakınlıkta	203	29,8
Yakın	204	30,0
Çok yakın	88	12,9
Toplam	681	100

Tercih edilen hastanelerin ev ve işyerlerine yakınlığı incelendiğinde %43'e yakın bir oranda katılımcının yakınlığı önemseydiği görülmüştür. Diğer katılımcıların tercih ettikleri hastane uzakta da olsa kullandıkları belirlenmiştir.

3.2.10.3.Yapı Geçerliliği, Güvenirlik Analizi ve Faktör analizi sonuçları

Ölçeğin yapı geçerliğinin belirlenmesi amacıyla keşfedici faktör analizi (KFA), güvenirlüğünün belirlenmesi amacıyla Cronbach's alfa güvenirlilik katsayıları hesaplanmıştır.

Keşfedici Faktör Analizi

Araştırmalarda kullanılan ölçeklerin yapı geçerliliğini belirlemek için Keşfedici Faktör Analizi (KFA) kullanılır. Kullanılan ölçeğin faktör analizi uygulamasına uygun olup olmadığını ölçmek için KMO ve Bartlett testleri yapılır. Örneklem büyüklüğünü test etmek amacıyla KMO katsayısı hesaplanır. Test sonucu bulunan KMO katsayısı 1 değerine yaklaştıkça mükemmel, 0,5 değerinin altında ise kabul edilemez olarak tanımlanır (Child 2006, Suhr 2006).

Keşfedici Faktör Analizi'nde araştırmanın evreninin normal dağılması gerekir, bu durum da Bartlett küresellik testi ile ölçülür. Bartlett küresellik testinin sonucunda istatistiksel olarak anlamlılık bulunması gerekir. Ölçekte yer alan maddelerinin faktörlere atanması ya da ölçekten çıkarılmasına karar verilirken faktör yükü değerlerine bakılır. Faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Her bir maddenin faktörlerle olan ilişkisi bu değer ile belirlenir. Faktör yük değerinin yüksek olması beklenir. 0,30'dan düşük faktör yükü taşıyan maddeler ölçekten çıkarılarak istatistiksel analizler bu sonuçlara göre yapılır.

Araştırmada kullandığımız ankette 10 adet demografik özelliklerle ilgili soruların dışında, 24 adet pazarlama bileşenlerinden ürün, fiyat, tutundurma, yer ve bunlara ek olarak katılımçılık değişkeni ile ilgili sorular sorulmuştur. 24 soruya marka sadakati, marka güveni ve tekrar satın alma niyeti ile ilgili 12 soru eklenmiştir. Pazarlama bileşenleri 4 ayrı boyutu ile faktör analizine tabi tutulmuştur. Katılımcılara sorulan sorulardan pazarlama bileşenleri ölçeğine dahil edilen Yer bileşenine ait 5. "X Hastanesinin içindeki yönlendirmeler yetersizdir." sorusuna verilen cevaplar yer boyutu altında toplanamadığı ve çıkarıldığı zaman faktör yükü yükseldiği için değerlendirme dışı bırakılmıştır. Katılımcılık değişkeni altında sorulan 5. ve 6.

"Hastaneye gitmeden önce internetten hastalığım ve hastane hakkında bilgi alırım." ve "Hastaneden randevularımı telefon veya internetten kendim alırım." sorularına verilen cevaplar katılımçılık boyutu altında toplanamadığı ve çıkarıldığı zaman faktör yükü yükseldiği için değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Rotasyon yöntemi olarak varimax yöntemi kullanılmıştır. Marka güveni, marka sadakati ve tekrar satın alma niyeti ölçekleri de faktör analizine tabi tutulmuştur.

Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Bileşenleri Algısı Ölçeği Faktör Analizi

Pazarlama bileşenlerine ait sorular ürün, tutundurma, fiyat, yer, alt boyutları ile sorulmuştur. Yapılan keşfedici faktör analizi sonucunda, oluşan boyutlar ve alt boyutları için varyans açıklama oranları ve güvenilirlik düzeyleri Tablo 3.21'de sunulmuştur.

Pazarlama bileşenleri faktör analizi sonuçları incelendiğinde, Tutundurma boyutunda 6 madde olduğu görülmektedir. Tutundurma faktör yükleri 0,731 ile 0,572 arasında değişen 6 maddeden oluşmaktadır. Faktörün toplam varyansı açıklama oranı %18,035 ve güvenilirlik katsayısı 0,823'tür. Buna göre ölçeğin güvenilirlik düzeyi çok yüksektir.

Pazarlama bileşenleri faktör analizinde Fiyat boyutunda 4 madde olduğu görülmektedir. Faktörün toplam varyansı açıklama oranı %16,210 ve güvenilirlik katsayısı 0,831'dir. Buna göre ölçeğin güvenilirlik düzeyi çok yüksektir.

Pazarlama bileşenleri faktör analizinde Ürün boyutunun 3 maddeden oluştuğu görülmektedir. Faktörün toplam varyansı açıklama oranı %13,619 ve güvenilirlik katsayısı 0,805'tir. Buna göre ölçeğin güvenilirlik düzeyi çok yüksektir.

Pazarlama bileşenleri faktör analizinde Yer/Dağıtım boyutu 4 maddeden oluşmaktadır. Faktörün toplam varyansı açıklama oranı %12,287 ve güvenilirlik katsayısı 0,660'dır. Buna göre ölçeğin güvenilirlik düzeyi yüksektir.

Pazarlama bileşenleri ölçeği faktör analizi sonucunda ölçeğin KMO katsayısının 0,897 değeri ile çok yüksek bir değer olduğu söylenebilir. Araştırmanın örneklem büyüklüğü yeterlidir. Bartlett küresellik testi sonucu 4234,59 olarak bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Ölçeğin açıklanan varyans oranı %60,16 olup kabul edilebilir bir değerdir. Ölçeğin güvenilirlik değeri 0,912 olup, çok yüksek bir değerdir.

Tablo 3.21. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Bileşenleri Algısı Ölçeği Faktör Analizi

Maddeler		Faktör					Güvenilirlik
		1	2	3	4		
Tutundurma	Tut3	0,731					0,823
	Tut5	0,728					
	Tut2	0,711					
	Tut4	0,639					
	Tut1	0,591					
	Tut6	0,572					
Fiyat	Fiy2		0,797				0,831
	Fiy4		0,763				
	Fiy3		0,747				
	Fiy1		0,716				
Ürün	Ürün2			0,831			0,805
	Ürün1			0,800			
	Ürün3			0,753			
Yer	Yer1				0,778		0,660
	Yer2				0,752		
	Yer3				0,667		
	Yer4				0,443		
Açıklanan Varyans (%)		18,03	16,21	13,61	12,41	60,16	
Pazarlama Bileşenleri Ölçeği Güvenirlik Değeri :0,912				KMO Analizi Ölçüm Değeri		0,897	
				Barlett Küresellik Testi Ki Kare		4234,59	
				Serbestlik Derecesi (df)		136	
				P Değeri		0,000	

Tablo 3.21’de gösterilen faktör analizi tablosundaki ifadelerin açılımı aşağıdaki gibidir:

Ü1.X Hastanesinde doktorların ve branşların sayısı yeterlidir.
 Ü2.X hastanesindeki tıbbi hizmetlerin kalitesi tatmin edicidir.
 Ü3.X hastanesinde kullanılan tıbbi cihazlar yüksek teknolojidir.

F1.X hastanesinde sık sık uygun fiyat kampanyaları düzenlenir.
 F2.X hastanesinde farklı gruplara yapılan indirimleri olumlu buluyorum.
 F3.X hastanesine ödediğim paranın aldığım hizmete değdiğine inanıyorum.
 F4.X hastanesinde ödenen katkı payı yüksektir.

Y1.X hastanesinde hizmetlere ulaşım rahattır.
 Y2.X hastanesinden ayrıldıktan sonra uzaktan da hizmet almak mümkündür.
 Y3.X hastanesinin içi iyi dizayn edilmiştir.
 Y4.X hastanesinde hizmetler zamanında verilir.

T1.X Hastanesi sık sık farklı reklam araçlarını kullanır.
 T2.X hastanesinin web sayfasında aradığım bilgilere ulaşabiliyorum
 T3.X hastanesinin tanıtımı için düzenlediği aktiviteler ilgimi çeker.
 T4.X hastanesini kişiler birbirine tavsiye eder.
 T5.X Hastanesinin sosyal medya hesapları bilgilendiricidir.

T6.X hastanesinin basında çıkan haberleri ilgi çekicidir.

Sağlık Hizmetlerinde Katılımcılık Algısı Ölçeği Faktör Analizi

Sağlık Hizmetlerinde Katılımcılık algısı faktör analizi sonuçları Tablo 3.22’de gösterilmiştir.

Tablo 3.22 Sağlık Hizmetlerinde Katılımcılık Algısı Ölçeği Faktör Analizi

Maddeler		Faktör	Güvenilirlik
		1	
Katılımcılık	Katılım2	0,820	0,810
	Katılım3	0,811	
	Katılım1	0,805	
	Katılım4	0,760	
Açıklanan Varyans (%)		63,899	
		KMO Analizi Ölçüm Değeri	0,810
		Barlett Küresellik Testi Ki Kare	872,310
		Serbestlik Derecesi (df)	6
		P Değeri	0,000

Sağlık hizmetlerinde katılımcılık algısı ölçeğine yapılan faktör analizi sonucu KMO katsayısı 0,810 bulunmuştur, bu değer yüksek bir değerdir. Bartlett küresellik testi sonucu 0,810 bulunmuş ve bu değer de istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir. Faktörün toplam varyansı açıklama oranı %63,899 ve güvenilirlik katsayısı 0,810’dur. Buna göre ölçeğin güvenilirlik düzeyi çok yüksektir.

Tablo 3.22’de gösterilen faktör analizi tablosundaki ifadelerin açılımı aşağıdaki gibidir:

- K1.X Hastanesinde benim de fikrimi alırlar ve beni dinlerler.
- K2.X hastanesinde yardımcı tedaviler uygulamama izin verilir.
- K3.X hastanesinde benim üstüme düşen görevler hakkında bilgi verilir.
- K4.X hastanesinde hasta güvenliği hakkında bilgilendirilirim

Sağlık Hizmetlerinde Marka Sadakati Ölçeği Faktör Analizi

Sağlık Hizmetlerinde Marka Sadakati algısı faktör analizi sonuçları Tablo 3.23’de gösterilmiştir.

Marka sadakati ile ilgili faktörün ölçeği açıklama dereceleri, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği testi ve Bartlett testinin sonuçları Tablo.3.23’de verilmiştir. Marka sadakati ölçeğine yapılan faktör analizi sonucunda KMO katsayısı 0,700 bulunmuştur. Bartlett küresellik testi sonucu 585,924 olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirlik düzeyi 0,707 olup yüksek bir değerdir.

Tablo.3.23. Sağlık Hizmetlerinde Marka Sadakati Ölçeği Faktör Analizi

Maddeler		Faktör	Güvenilirlik
		1	
Marka sadakati	MSad1	0,830	0,707
	MSad2	0,829	
	MSad3	0,641	
	MSad4	0,618	
Açıklanan Varyans (%)		54,218	
		KMO Analizi Ölçüm Değeri	0,700
		Barlett Küresellik Testi Ki Kare	585,924
		Serbestlik Derecesi (df)	6
		P Değeri	0,000

Güvenilirlik analizi yapıldığında marka sadakati faktörünün 0,700 güvenilirlik düzeyinin üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Toplam açıklanan varyans %54,218 olarak bulunmuştur. Ölçeğin KMO değeri 0,700'dür. Bu değer marka sadakati değişkeninin faktör analizi için uygun olduğunu gösterir.

Tablo 3.23'de gösterilen faktör analizi tablosundaki ifadelerin açılımı aşağıdaki gibidir:

- MS1.Bu hastane her zaman ilk tercihim olur.
- MS2.Bu hastaneyi başkalarına tavsiye ederim.
- MS3.Eğer istediğim gün için randevu alamazsam uygun zaman için beklerim.
- MS4.Başka bir hastanede daha iyi bir doktor veya hizmet olsa bile yine bu hastaneye gelirim.

Sağlık Hizmetlerinde Marka Güveni Ölçeği Faktör Analizi

Sağlık Hizmetlerinde Marka Güveni algısı ölçeği faktör analizi sonuçları Tablo 3.24'de gösterilmiştir.

Faktörlerin güvenilirlik analizleri yapıldığında marka güveni faktörünün 0,70 güvenilirlik düzeyinin üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Toplam açıklanan varyans %67,991 olarak bulunmuştur. Ölçeğin KMO değeri 0,785 ve güvenilirlik katsayısı 0,843'tür. Buna göre ölçeğin güvenilirlik düzeyi çok yüksektir (Tablo 3.24). Bu değer marka güveni değişkeninin faktör analizi için uygun olduğunu gösterir. Ölçeğin açıklanan varyans oranı %67,991 olup kabul edilebilir bir değerdir.

Tablo.3.24. Sağlık Hizmetlerinde Marka Güveni Ölçeği Faktör Analizi

Maddeler		Faktör	Güvenilirlik
		1	
Marka Güveni	MG3	0,844	0,843
	MG2	0,827	
	MG1	0,823	
	MG4	0,791	
Açıklanan Varyans (%)		67,991	
		KMO Analizi Ölçüm Değeri	0,785
		Barlett Küresellik Testi Ki Kare	1110,020
		Serbestlik Derecesi (df)	6
		P Değeri	0,000

Tablo 3.24’de gösterilen faktör analizi tablosundaki ifadelerin açılımı aşağıdaki gibidir:

MG1.Bu hastanede kendimi güvende hissederim.

MG2.Yapılan tetkik ve tedavilere güven duyarım.

MG3.Bir sorunla karşılaşırsam hastane yetkililerinin hemen çözeceğinden eminim.

MG4.Bu hastane beni asla hayal kırıklığına uğratmaz.

Sağlık Hizmetlerinde Tekrar Satın Alma Niyeti Ölçeği Faktör Analizi

Tekrar satın alma niyeti ile ilgili faktörün ölçeği açıklama dereceleri, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği testi ve Bartlett testinin sonuçları Tablo.3.25’de verilmiştir. Ölçeğin KMO katsayısı 0,805 olup yüksek bir değerdir. Bartlett küresellik testi sonucu 1116,704 olup istatistiksel olarak anlamlıdır. Ölçeğin açıklanan varyansı %68,277 olup kabul edilebilir bir değerdir. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,845 olup oldukça yüksek bir değerdir.

Tablo 3.25. Sağlık Hizmetlerinde Tekrar Satın Alma Ölçeği Faktör Analizi

Maddeler		Faktör	Güvenilirlik
		1	
Tekrar Satın Alma Nivevi	TS1	0,839	0,845
	TS2	0,822	
	TS3	0,822	
	TS4	0,822	
Açıklanan Varyans (%)		68,277	
		KMO Analizi Ölçüm Değeri	0,805
		Barlett Küresellik Testi Ki Kare	1116,704
		Serbestlik Derecesi (df)	6
		P Değeri	0,000

Tablo 3.25’de gösterilen faktör analizi tablosundaki ifadelerin açılımı aşağıdaki gibidir:

TS1.Kendimi bu hastanenin sadık bir müşterisi olarak görüyorum.

TS2.Yakın gelecekte bu hastaneye tekrar gelmeyi düşünüyorum.

TS3.Bu hastanenin hasta sayısının yükselmesi için çabalarım.

TS4.Yakınlarımdan veya arkadaşlarımdan hastalanan olursa buraya gelmesini sağlarım.

3.2.10.4.Sağlık Hizmetleri kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri Algısına ait İstatistiksel Sonuçlar

Faktör analizi sonucunda elde edilen Pazarlama Bileşenleri Algısı ölçeğine dair istatistiksel analizler yapılmıştır. Pazarlama bileşenlerine ait ortalama, standart sapma ve güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 3.26’da verilmiştir.

Tablo 3.26 incelendiğinde, en yüksek ortalamanın “Yer” boyutunda olduğu ($\bar{x}=3,655\pm 0,708$), bunu “Ürün”ün izlediği ($\bar{x}=3,360\pm 0,948$) görülmektedir. En düşük ortalamanın “Fiyat” boyutunda olduğu ($\bar{x}= 2,911\pm 0,895$) olduğu belirlenmiştir.

Tüm boyutlarda Chronbach alpha katsayısı 0,70’in üzerindedir. Sadece “Yer” boyutu güvenilirlik katsayısı orta düzeydedir. Beş boyutun birlikte Cronbach alpha katsayısı 0,947’dir.

Tablo.3.26. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri Algısı Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri ve Güvenilirlik Ölçütü

		\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	Güvenilirlik
Ürün	Ürün1	3,251	1,206	3,360	,948	0,805
	Ürün2	3,417	1,087			
	Ürün3	3,414	1,053			
Tutundurma	Tut1	2,950	1,135	3,049	,790	0,823
	Tut2	3,306	1,053			
	Tut3	2,809	1,102			
	Tut4	3,202	1,128			
	Tut5	2,939	1,079			
	Tut6	3,089	1,008			
Fiyat	Fiyat1	2,961	1,173	2,911	,895	0,831
	Fiyat2	2,835	1,073			
	Fiyat3	3,036	1,055			
	Fiyat4	2,812	1,090			
Yer	Yer1	3,681	1,092	3,655	,708	0,660
	Yer2	3,842	0,918			
	Yer3	3,583	1,096			
	Yer4	3,434	1,058			
Genel Pazarlama Bileşenleri Ortalaması				3.243	,832	0,947

Sağlık Hizmetleri kullanıcılarının katılımcılık algısının tanımlayıcı istatistikleri ve güvenilirlik ölçütü ise Tablo 3.27’de verilmiştir. Tablo 3.27 incelendiğinde, Cronbach alpha güvenilirlik katsayısının 0,810 olduğu görülmektedir.

Tablo 3.27 Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Katılımcılık Algısının Tanımlayıcı İstatistikleri ve Güvenilirlik Ölçütü

		\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	Güvenilirlik
Katılım	Katılım1	3,218	1,145	3,148	,869	0,810
	Katılım2	3,148	1,041			
	Katılım3	3,277	1,057			
	Katılım4	2,950	1,106			

Sağlık hizmetlerinde Pazarlama bileşenleri ve Katılımcılık algısının cinsiyet değişkeni ile ilişkisi araştırılmış ve sonuçlar Tablo.3.28’da sunulmuştur.

Tablo 3.28. Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısına Verilen Önemin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Kadın(n=313)	Erkek (n=368)		
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	t	p
Ürün	3,317±0,832	3,165±0,849	2,350	0,019*
Yer	3,761±0,739	3,652±0,824	1,807	0,071
Fiyat	2,957±0,845	2,872±0,935	1,240	0,215
Tutundurma	3,150±0,755	2,953±0,810	3,093	0,002**
Katılımcılık	3,187±0,842	3,115±0,890	1,081	0,280

*p<0,05, **p<0,01

Tablo 3.28’da görülen iki grup ortalaması Student t testi sonuçlarına göre, sağlık hizmetleri veren kurumlardaki ürün ve hizmetlerin kalitesi algısı kadın ve erkekler tarafından farklı yorumlanmakta ve hastane tercihinine etki etmektedir. En çok tercih ettikleri hastane için ürün ve hizmetler algısında kadınların ortalaması erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (t=0,019, p<0,05). Sağlık kurumlarının uyguladığı tutundurma algısı ortalaması kadınlar tarafından daha yüksektir. (t=0,002, p<0,01)

Sağlık hizmetlerinde Pazarlama bileşenleri ve Katılımcılık algısının yaş değişkeni ile ilişkisi araştırılmış, Tek yönlü Varyans analizi ve Sheffe Testi ile test edilmiş ve sonuçlar Tablo.3.29’da sunulmuştur.

Tablo.3.29’daki sonuçlara 20 yaşından küçük grupların 31-40 yaş grubundan farklı sonuçlar gösterdiği görülmektedir. Sağlık kurumlarında hizmetlerin verildiği yer algısı ortalamasınının 31-40 yaş grubu için daha yüksek olduğu bulunmuştur (F=2,665, p<0,05).

Tablo.3.29. Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısının Yaş Gruplarına göre Karşılaştırılması

	Yaş	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Ürün	<20	31	2,938±0,708	1,680	0,137	Gruplar arasında fark yok
	21-30 yaş	151	3,195±0,869			
	31-40 yaş	210	3,326±0,829			
	41-50 yaş	146	3,253±0,848			
	51-60 yaş	85	3,094±0,892			
	>60	58	3,304±0,781			
Yer	<20	31	3,215±0,781	2,665	,021*	(<20-31-40) p=0,041
	21-30 yaş	151	3,741±0,854			
	31-40 yaş	210	3,742±0,757			
	41-50 yaş	146	3,728±0,670			
	51-60 yaş	85	3,662±0,758			
	>60	58	3,706±0,961			
Fiyat	<20	31	2,717±0,706	,675	,643	
	21-30 yaş	151	2,841±0,914			
	31-40 yaş	210	2,951±0,903			
	41-50 yaş	146	2,955±0,897			
	51-60 yaş	85	2,897±0,888			
	>60	58	2,965±0,924			
Tutundurma	<20	31	2,790±0,648	1,947	,085	
	21-30 yaş	151	2,964±0,849			
	31-40 yaş	210	3,134±0,824			
	41-50 yaş	146	3,116±0,707			
	51-60 yaş	85	2,958±0,710			
	>60	58	3,069±0,853			
Katılımcılık	<20	31	3,193±0,820	1,281	,270	
	21-30 yaş	151	3,251±0,924			
	31-40 yaş	210	3,192±0,859			
	41-50 yaş	146	3,036±0,844			
	51-60 yaş	85	3,047±0,818			
	>60	58	3,129±0,897			

*p<0,05, **p<0,01

Sağlık hizmetlerinde pazarlama bileşenlerine katılımcılık algısının medeni durum ile ilişkisi araştırılmış ve Tablo.3.30’da sunulmuştur.

Tablo.3.30. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

	Medeni Durum	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Ürün	Evli	417	3,279±0,826	1,241	,294	Gruplar arasında fark yok
	Bekar	221	3,161±0,874			
	Boşanmış	25	3,286±0,842			
	Eşi vefat etmiş	18	3,055±0,849			
Yer	Evli	417	3,710±0,769	,143	,934	
	Bekar	221	3,680±0,834			
	Boşanmış	25	3,773±0,598			
	Eşi vefat etmiş	18	3,685±0,889			
Fiyat	Evli	417	2,950±0,878	1,875	,132	
	Bekar	221	2,805±0,919			
	Boşanmış	25	3,130±0,981			
	Eşi vefat etmiş	18	3,013±0,792			
Tutundurma	Evli	417	3,066±0,750	,679	,565	
	Bekar	221	3,000±0,852			
	Boşanmış	25	3,073±0,964			
	Eşi vefat etmiş	18	3,231±0,671			
Katılımcılık	Evli	417	3,182±0,841	2,277	,078	
	Bekar	221	3,135±0,903			
	Boşanmış	25	3,060±0,947			
	Eşi vefat etmiş	18	2,652±0,870			

*p<0,05, **p<0,01

Tablo.3.30’da tek Yönlü Varyans Analizi sonuçlarına göre gruplar arasında bir fark bulunamamıştır.

Sağlık hizmetlerinde Pazarlama bileşenleri ve katılımcılık algısının gelir grupları ile ilişkisi araştırılmış ve sonuçlar Tablo.3.31’de sunulmuştur.

Tablo.3.31. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısının Gelir Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Gelir Düzeyi	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Ürün	Çok düşük	59	3,039±0,816	5,606	,000**	Çok düşük-Yüksek P=0,012
	Düşük	189	3,121±0,889			
	Orta	238	3,197±0,882			
	Yüksek	146	3,501±0,722			
	Çok Yüksek	49	3,299±0,669			
Yer	Çok düşük	59	3,502±0,931	3,774	,005**	Çok düşük-Yüksek P=0,038
	Düşük	189	3,606±0,827			
	Orta	238	3,704±0,842			
	Yüksek	146	3,888±0,588			
	Çok Yüksek	49	3,748±0,563			
Fiyat	Çok düşük	59	2,961±1,003	,636	,637	
	Düşük	189	2,918±0,873			
	Orta	238	2,857±1,000			
	Yüksek	146	2,919±0,729			
	Çok Yüksek	49	3,066±0,899			
Tutundurma	Çok düşük	59	3,087±0,834	,257	,905	
	Düşük	189	3,067±0,838			
	Orta	238	3,044±0,845			
	Yüksek	146	3,053±0,583			
	Çok Yüksek	49	2,949±0,638			
Katılımcılık	Çok düşük	59	3,105±0,960	1,053	,379	
	Düşük	189	3,124±0,831			
	Orta	238	3,095±0,987			
	Yüksek	146	3,272±0,686			
	Çok Yüksek	49	3,183±0,758			

*p<0,05, **p<0,01

Gelir gruplarına göre yapılan Tek Yönlü Varyans analizi sonucu incelendiğinde Tablo.3.29'a göre, ürün algısı ortalaması (F=5,606, p<0,01) ve yer algısı ortalaması (F=3,774, p<0,01) yüksek ve düşük gelir grubundaki katılımcılar için farklılık göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinde pazarlama bileşenlerine katılımcılık algısının eğitim düzeyi ile ilişkisi ve sonuçlar Tablo.3.32'de sunulmuştur.

Tablo.3.32. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

	Eğitim	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Ürün	Okuryazar değil	18	2,768±0,934	2,062	0,068	Gruplar arasında fark yok
	İlköğretim	65	3,151±0,854			
	Lise	143	3,308±0,850			
	Önlisans	149	3,176±0,0818			
	Lisans	195	3,228±0,906			
	Lisansüstü	111	3,355±0,703			
Yer	Okuryazar değil	18	3,814±0,538	1,413	0,218	
	İlköğretim	65	3,471±0,849			
	Lise	143	3,745±0,819			
	Önlisans	149	3,695±0,874			
	Lisans	195	3,707±0,799			
	Lisansüstü	111	3,762±0,556			
Fiyat	Okuryazar değil	18	2,833±0,939	1,099	0,359	
	İlköğretim	65	2,911±0,948			
	Lise	143	3,040±0,897			
	Önlisans	149	2,906±0,954			
	Lisans	195	2,814±0,922			
	Lisansüstü	111	2,936±0,702			
Tutundurma	Okuryazar değil	18	3,101±0,775	2,470	0,031*	Lise-lisans (p=0,047)
	İlköğretim	65	3,046±0,747			
	Lise	143	3,240±0,824			
	Önlisans	149	3,039±0,856			
	Lisans	195	2,948±0,807			
	Lisansüstü	111	2,989±0,603			
Katılımcılık	Okuryazar değil	18	3,055±1,155	1,514	0,183	
	İlköğretim	65	3,146±0,775			
	Lise	143	3,187±0,887			
	Önlisans	149	3,286±0,891			
	Lisans	195	3,037±0,878			
	Lisansüstü	111	3,126±0,783			

*p<0,05, **p<0,01

Tablo 3.32'deki sonuçlara göre hastaneler tarafından uygulanan tutundurma çalışmaları algısı eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir. (F=2,470, p<0,05).

Katılımcıların mevcut iş durumlarına göre sağlık kurumlarında pazarlama bileşenleri ve katılımcılık algısı karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 3.33'de sunulmuştur.

Tablo 3.33. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısının İş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	İş Grupları	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Ürün	İşsiz	70	3,240±0,854	1,464	,199	Gruplar arasında fark yok
	Özel sektör	180	3,335±0,901			
	Kamu sektörü	283	3,242±0,828			
	Ev kadını	61	3,142±0,845			
	Emekli	25	3,173±759			
	Öğrenci	62	3,024±0,737			
Yer	İşsiz	70	3,590±0,860	1,536	,176	
	Özel sektör	180	3,779±0,849			
	Kamu sektörü	283	3,709±0,727			
	Ev kadını	61	3,754±0,688			
	Emekli	25	3,760±0,920			
	Öğrenci	62	3,500±0,800			
Fiyat	İşsiz	70	2,867±0,966	1,057	,383	
	Özel sektör	180	3,023±0,990			
	Kamu sektörü	283	2,856±0,893			
	Ev kadını	61	2,909±0,774			
	Emekli	25	3,060±0,814			
	Öğrenci	62	2,826±0,626			
Tutundurma	İşsiz	70	2,995±0,901	1,846	,102	
	Özel sektör	180	3,081±0,864			
	Kamu sektörü	283	3,029±0,741			
	Ev kadını	61	3,297±0,656			
	Emekli	25	2,926±0,880			
	Öğrenci	62	2,916±0,705			
Katılımcılık	İşsiz	70	3,314±0,855	1,690	,135	
	Özel sektör	180	3,238±0,913			
	Kamu sektörü	283	3,046±0,847			
	Ev kadını	61	3,147±0,837			
	Emekli	25	3,140±0,774			
	Öğrenci	62	3,169±0,893			

*p<0,05, **p<0,01

Tablo 3.33'deki sonuçlara göre, katılımcıların mevcut iş durumlarına göre pazarlama bileşenleri algısı arasında önemli bir fark bulunamamıştır.

Sağlık kurumlarında pazarlama bileşenleri ve katılımcılık algısı farklı sağlık güvencesi olan katılımcılara göre karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 3.34'de sunulmuştur.

Tablo 3.34. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısının Sigortalı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Sigorta	N	$\bar{x} \pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Ürün	SGK	360	3,215±0,828	,954	,414	Gruplar arasında fark yok
	Diğer	72	3,120±0,958			
	Emekli Sand	167	3,290±0,808			
	Devlet Mem	82	3,308±0,876			
Yer	SGK	360	3,720±0,755	,385	,764	
	Diğer	72	3,611±0,905			
	Emekli Sand	167	3,700±0,787			
	Devlet Mem	82	3,707±0,827			
İnsan	SGK	360	3,182±0,869	,949	,416	
	Diğer	72	3,175±0,911			
	Emekli Sand	167	3,277±0,899			
	Devlet Mem	82	3,331±0,910			
Tutundurma	SGK	360	3,084±0,783	2,008	,111	
	Diğer	72	2,858±0,803			
	Emekli Sand	167	3,018±0,735			
	Devlet Mem	82	3,130±0,900			
Katılımcılık	SGK	360	3,183±0,871	,459	,711	
	Diğer	72	3,090±0,978			
	Emekli Sand	167	3,128±0,816			
	Devlet Mem	82	3,088±0,870			

*p<0,05, **p<0,01

Tablo.3.34'deki Tek Yönlü varyans analizi sonuçlarına göre katılımcıların mevcut iş durumlarına göre pazarlama bileşenleri algısı arasında önemli bir fark bulunamamıştır.

Katılımcılar üç farklı sosyo ekonomik düzeydeki semtlerden seçilmişlerdir. Pazarlama bileşenleri ve katılımcılık algısının oturulan semtlere göre farklılığı araştırılmış ve sonuçlar Tablo 3.35'de sunulmuştur.

Tablo 3.35. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısının Oturulan İlçelere Göre Karşılaştırılması

	Oturulan semt	N	$\bar{x} \pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Ürün	Bağlar	242	3,124±0,844	3,435	,033*	Bağlar-Kayapınar (p=0,043)
	Yenişehir	211	3,270±0,851			
	Kayapınar	228	3,320±0,827			
Yer	Bağlar	242	3,651±0,810	,792	,454	
	Yenişehir	211	3,725±0,807			
	Kayapınar	228	3,735±0,744			
Fiyat	Bağlar	242	2,895±0,905	,553	,576	
	Yenişehir	211	2,964±0,894			
	Kayapınar	228	2,879±0,886			
Turundurma	Bağlar	242	3,032±0,834	,844	,430	
	Yenişehir	211	3,107±0,796			
	Kayapınar	228	3,014±0,736			
Katılımcılık	Bağlar	242	3,187±0,841	,836	,434	
	Yenişehir	211	3,169±0,924			
	Kayapınar	228	3,088±0,845			

*p<0,05, **p<0,01

Tablo 3.35'e göre sadece ürün algısı (F=3,435, p<0,05) bileşeninde daha üst düzeyde yaşayanların semti olan Kayapınar'da algı ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

3.2.10.5. Marka Güveni, Marka Sadakati, Tekrar Satın Alma Niyeti Değişkenlerine Ait İstatistiksel Sonuçlar

Sağlık hizmeti kullanıcılarının en çok tercih ettikleri sağlık kurumu hakkında hissettiği marka güveni ile ilgili alt boyutlar için ortalama ve standart sapmalar ile güvenilirlik katsayısı hesaplanmış ve sonuçlar Tablo.3.36'da sunulmuştur.

Tablo.3.36 Marka Güvenine ait Ortalama ve Güvenilirlik Değerleri

		\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	Güvenilirlik
Marka Güveni	MG1	3,1366	1,04480	3,0734	0,83299	0,843
	MG2	3,3113	1,02470			
	MG3	2,9589	1,07296			
	MG4	2,8076	1,03881			

Tablo.3.36'ya göre, 0,843'lük bir Cronbach alpha değeri ile Marka Güveni genel ortalaması 3,073 bulunmuştur.

Ankete katılanların marka sadakatine ait cevaplarının tanımlayıcı istatistikleri hesaplanmış ve sonuçlar Tablo.3.37’de gösterilmiştir.

Tablo.3.37. Marka Sadakatine Ait Ortalama ve Güvenilirlik Değerleri

		\bar{x}	ss	\bar{x}	ss.	Güvenilirlik
Marka sadakati	MS1	3,2408	1,141	3,248	1.114	0,843
	MS2	3,2570	1,086			
	MS3	3,2482	1,122			
	MS4	3,223	1,003			

Sağlık hizmeti kullanıcılarının tercih ettiği hastaneye karşı duyduğu marka sadakati için bulunan tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde, 3,248 ortalama, 0,843 güvenilirlik düzeyi elde edilmiştir. Alt boyutlardaki sorulara verilen cevapların ortalaması birbirine yakın bulunmuştur.

Sağlık hizmeti kullanıcılarının tercih ettikleri hastaneyi tekrar ziyaret etme niyetleri araştırılmış ve sonuçlar Tablo.3.38’de sunulmuştur.

Tablo.3.38 Tekrar Satın Alma Niyetine Ait Ortalama ve Güvenilirlik Değerleri

		\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	Cronbach
Tekrar Satın Alma Niyeti	TSA1	2,9192	1,13925	2,9717	0,92027	0,848
	TSA2	3,1439	1,05990			
	TSA3	2,7342	1,09201			
	TSA4	3,0896	1,15015			

Tablo.3.38 incelendiğinde, tekrar satın alma niyeti ortalamasının ($X=2,971\pm 0,920$), Cronbach alpha değerinin 0,848 olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların cinsiyetlerinin sağlık kurumlarına duyulan güven, bağlılık ve tekrar satın alma niyeti üzerindeki etkisinin ölçülmesi amacıyla istatistik analiz yapılmış ve sonuçlar Tablo.3.39’da sunulmuştur.

Tablo.3.39. Marka Güveni, Marka Sadakati ve Tekrar Satın Alma Niyetinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Kadın(n=313)	Erkek (n=368)	t	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Marka Sadakati	3,153±0,815	3,005±0,842	2,317	0,021*
Marka Güveni	3,126±0,810	2,991±0,899	2,032	0,043*
Tekrar satın alma	3,056±0,871	2,899±0,955	2,229	0,026*

*p<0,05, **p<0,01

Tablo 3.39'deki sonuçlar incelendiğinde, kadınların ziyaret ettikleri hastaneye karşı duydukları marka güveni (t=2,032, p<0,05), marka sadakati (t=2,317, p<0,05) ve tekrar satın alma niyeti ortalamasının (t=2,229, p<0,05) daha fazla olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yaşlarının sağlık kurumlarına duyulan güven, bağlılık ve tekrar satın alma niyeti üzerindeki etkisinin ölçülmesi amacıyla istatistik analiz yapılmış ve sonuçlar Tablo 3.40'da sunulmuştur.

Tablo 3.40. Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyetinin Yaşa Göre Karşılaştırılması

	Yaş	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Marka Sadakati	<20	31	3,113±0,788	0,889	0,46	Gruplar arasında fark yok
	21-30 Yaş	151	3,020±0,891			
	31-40 Yaş	210	2,970±0,881			
	41-50 Yaş	146	2,944±1,016			
	51-60 Yaş	85	3,113±0,788			
	60'tan büyük	58	3,020±0,891			
Marka Güveni	<20	31	3,066±0,852	0,192	0,902	
	21-30 Yaş	151	3,030±0,897			
	31-40 Yaş	210	3,110±0,848			
	41-50 Yaş	146	2,958±0,687			
	51-60 Yaş	85	3,113±0,788			
	60'tan büyük	58	3,020±0,891			
Tekrar satın alma	<20	31	3,000±0,896	0,617	0,607	
	21-30 Yaş	151	2,915±0,981			
	31-40 Yaş	210	2,890±0,866			
	41-50 Yaş	146	3,111±0,758			
	51-60 Yaş	85	3,113±0,788			
	60'tan büyük	58	3,020±0,891			

*p<0,05, **p<0,01

Tablo 3.40'daki sonuçlar incelendiğinde, yaş gruplarına göre farklılık yoktur. Farklı medeni durumdaki kişilerin marka sadakati, marka güveni ve tekrar satın alma niyetinin farkı araştırılmış ve sonuçlar Tablo 3.41'de sunulmuştur.

Tablo.3.41. Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyetinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

	Medeni durum	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Marka Sadakati	Evli	417	3,113±0,788	0,889	0,46	Gruplar arasında fark yok
	Bekar	221	3,020±0,891			
	Boşanmış	25	2,970±0,881			
	Eşi vefat etmiş	18	2,944±1,016			
Marka Güveni	Evli	417	3,066±0,852	0,192	0,902	
	Bekar	221	3,030±0,897			
	Boşanmış	25	3,110±0,848			
	Eşi vefat etmiş	18	2,958±0,687			
Tekrar satın alma	Evli	417	3,000±0,896	0,617	0,607	
	Bekar	221	2,915±0,981			
	Boşanmış	25	2,890±0,866			
	Eşi vefat etmiş	18	3,111±0,758			

*p<0,05, **p<0,01

Tablo.3.41'e göre marka güveni, marka sadakati ve tekrar satın alma niyeti açısından medeni durum arasında fark yoktur.

Farklı gelir gruplarından olan katılımcıların tercih ettikleri hastanelere duyduğu marka sadakati, marka güveni ve tekrar satın alma niyeti araştırılmış ve sonuçlar Tablo 3.42'de sunulmuştur.

Tablo.3.42. Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyetinin Gelir Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Gelir Düzeyi	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Marka Sadakati	Çok düşük	59	2,855±0,867	1,505	0,199	Gruplar arasında fark yok
	Düşük	189	3,082±0,885			
	Orta	238	3,080±0,863			
	Yüksek	146	3,161±0,681			
	Çok Yüksek	49	3,005±0,823			
Marka Güveni	Çok düşük	59	2,983±0,691	1,282	0,275	
	Düşük	189	3,001±0,935			
	Orta	238	3,020±0,972			
	Yüksek	146	3,186±0,616			
	Çok Yüksek	49	3,107±0,787			
Tekrar Satın alma niyeti	Çok düşük	59	3,046±0,804	0,763	0,199	
	Düşük	189	2,998±1,000			
	Orta	238	2,896±0,987			
	Yüksek	146	2,989±0,761			
	Çok Yüksek	49	3,091±0,820			

*p<0,05, **p<0,01

Tablo 3.42'ye göre marka güveni, marka sadakati ve tekrar satın alma niyeti açısından gelir grupları arasında fark yoktur.

Eğitim durumunun sağlık kurumlarına olan marka sadakati, marka güveni ve tekrar satın alma niyetine etkisi araştırılmış ve sonuçlar Tablo.3.43' de sunulmuştur.

Tablo 3.43. Marka sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyetinin Eğitim Düzeyine göre Karşılaştırılması

	Eğitim	N	$\bar{x} \pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Marka Sadakati	Okuryazar değil	18	2,930±0,995	3,262	0,006**	Lise-önlisans(p=0,008)
	İlköğretim	65	2,996±0,924			Lise-lisans(p=0,009)
	Lise	143	3,218±0,862			
	Önlisans	149	3,219±0,830			
	Lisans	195	2,941±0,833			
	Lisansüstü	111	2,991±0,650			
Marka Güveni	Okuryazar değil	18	3,111±0,728	1,278	0,272	
	İlköğretim	65	2,976±0,900			
	Lise	143	3,185±0,862			
	Önlisans	149	3,088±0,922			
	Lisans	195	2,964±0,900			
	Lisansüstü	111	3,029±0,678			
Tekrar satın alma niyeti	Okuryazar değil	18	3,291±0,900	4,302	0,001**	Lise-önlisans(p=0,008)
	İlköğretim	65	3,015±0,948			Lise-lisansüstü(p=0,042)
	Lise	143	3,243±0,910			
	Önlisans	149	2,907±0,973			
	Lisans	195	2,846±0,918			
	Lisansüstü	111	2,851±0,769			

*p<0,05, **p<0,01

Tablo 3.43' deki sonuçlara göre, Marka Sadakati (F=3,262, p<0,01) ve Tekrar satın alma niyeti (F=4,302, p<0,01) açısından lise ve önlisans eğitimi alanlar arasında fark bulunmuştur. Lise mezunları daha fazla sadakat göstermektedir.

Farklı iş gruplarında çalışanların Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar satın alma niyeti incelenmiş ve sonuçlar Tablo 3.44' de sunulmuştur.

Tablo 3.44. Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyetinin İş Gruplarına göre Karşılaştırılması

	İş Grupları	N	$\bar{x} \pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Marka Sadakati	İşsiz	70	3,107±0,887	3,232	0,007**	Özel-kamu(p=0,040)
	Özel sektör	180	3,218±0,857			
	Kamu sektörü	283	2,948±0,766			
	Ev kadını	61	3,127±0,920			
	Emekli	25	3,380±0,677			
	Öğrenci	62	3,008±0,880			
Marka Güveni	İşsiz	70	3,082±0,888	2,386	0,037*	Özel-kamu(p=0,020)
	Özel sektör	180	3,179±0,918			
	Kamu sektörü	283	2,960±0,808			
	Ev kadını	61	3,131±0,857			
	Emekli	25	3,310±0,899			
	Öğrenci	62	2,903±0,840			
Tekrar satın alma niyeti	İşsiz	70	2,992±0,861	2,164	0,056	
	Özel sektör	180	3,119±0,979			
	Kamu sektörü	283	2,849±0,823			
	Ev kadını	61	3,082±0,964			
	Emekli	25	3,040±0,909			
	Öğrenci	62	2,939±0,866			

*p<0,05, **p<0,01

Tablo.3.44'deki sonuçlara göre özel sektörde çalışanlar ziyaret ettikleri sağlık kuruluşuna kamu çalışanlarından daha fazla marka sadakati (F=3,232, p<0,01) ve marka güveni(F=2,386, p<0,05) duymaktadırlar.

Sigortalı olma durumunun marka güveni, marka sadakati ve tekrar satın alma niyeti üzerindeki etkisini ölçmek amacı ile analiz yapılmış ve sonuçlar Tablo 3.45'de sunulmuştur.

Tablo 3.45. Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyetinin Sigortalı Olma Durumuna göre Karşılaştırılması

	Sigorta	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Marka Sadakati	SGK	360	3,137±0,846	1,564	0,197	Gruplar arasınd fark yok.
	Diğer	72	2,968±0,889			
	Emekli Sand	167	2,992±0,792			
	Devlet Mem	82	3,061±0,793			
Marka Güveni	SGK	360	3,087±0,874	0,500	0,681	
	Diğer	72	2,965±0,911			
	Emekli Sand	167	3,026±0,831			
	Devlet Mem	82	3,036±0,829			
Tekrar Satın Alma Niyeti	SGK	360	3,017±0,929	0,703	0,550	
	Diğer	72	2,875±1,048			
	Emekli Sand	167	2,937±0,831			
	Devlet Mem	82	2,926±0,938			

*p<0,05, **p<0,01

Tablo.3.45'e göre marka güveni, marka sadakati ve tekrar satın alma niyeti açısından yaş grupları arasında fark yoktur.

Ankete katılanlar farklı sosyo-ekonomik düzeyden üç ilçeden seçilmiştir. Bu üç ilçede oturanların ziyaret ettikleri hastane hakkında duyduğu marka sadakati, marka güveni ve tekrar satın alma niyeti incelenmiş sonuçlar Tablo 3.46'de sunulmuştur.

Tablo 3.46. Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyetinin Oturulan İlçelere göre Karşılaştırılması

	Oturulan semt	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Marka Sadakati	Bağlar	242	3,089±0,815	0,435	0,648	Gruplar arasında fark yok
	Yenişehir	211	3,099±0,870			
	Kayapınar	228	3,031±0,817			
Marka Güveni	Bağlar	242	3,059±0,878	1,620	0,199	
	Yenişehir	211	3,126±0,886			
	Kayapınar	228	2,979±0,817			
Tekrar Satın Alma Niyeti	Bağlar	242	3,021±0,943	3,825	0,022*	Yenişehir-Kayapınar (p=0,039)
	Yenişehir	211	3,060±0,935			
	Kayapınar	228	2,836±0,868			

*p<0,05, **p<0,01

Tekrar satın alma niyeti (F=3,825, p<0,05) açısından Yenişehir'de oturanların puanları, Kayapınar'da oturanlardan daha yüksek bulunmuştur.

3.2.11. Pazarlama bileşenleri, katılımcılık algısı, marka güveni, marka sadakati ve tekrar satın alma niyetinin tercih edilen hastane türlerine göre karşılaştırılması

Sağlık hizmetleri alanında hizmet kalitesi boyutlarının hastane türlerine göre karşılaştırıldığı ve bunun hasta tatmini, hasta memnuniyeti ve tekrar satın alma ile ilişkisinin incelendiği pek çok çalışmaya rastlanmıştır. Kamu, özel ve üniversite hastaneleri kullanıcısı olan katılımcılar üzerinde gerçekleştirilen bu çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Sağlık hizmeti kullanıcıları gruplara göre veya hizmet kalitesi algısına göre farklı beklentiler içindedirler. Demirer ve Bülbül, kamu ve özel hastanelerdeki hizmet kalitesi algısının tekrar satın alma niyeti üzerindeki etkisini incelediklerinde özel hastanelerde hizmet kalitesi ön plana çıkarken, kamu hastanelerinde daha az önemsendiğini bulmuşlardır (Demirer ve Bülbül 2014). Yağcı ve Duman (2011), sağlık hizmeti kullanıcılarının tekrar satın almasını etkileyen unsurları araştırdığı çalışmasında devlet hastanelerinde muayene öncesi hizmetler ön plana çıkarken, üniversite hastanelerinde hekimlerin düzeyinin önemli bulunduğunu belirtmiştir. Ateş ve vd.(2004) ise, sağlık hizmetinde hastane tercihinde en önemli unsurun sağlık güvencesi olması ve katkı payı olduğunu bulmuş, katılımcıların maddi durum yetersizliğinden devlet hastanesini tercih ettiğini belirtmişlerdir. Tekin, devlet hastanelerinde bekleme sürelerinin çok uzun olduğunu ve özel hastaneler ile arasındaki en belirgin farkı oluşturduğunu ortaya koymuşlardır. Taner ve Anthony (2006)' nin çalışmasında devlet hastanelerinin tercih edilme sebebinin fiyat olduğunu özel hastanelerin ise doktor, hemşire ve yardımcı hizmetlerin kalitesi ile hastalar tarafından tercih edildiğini ileri sürmüşlerdir. Camilleri ve O'Callaghan (1998), özel hastanelerin otelcilik hizmetleri ile öne çıktığını devlet hastanelerinin ise fiyat açısından tercih edildiğini ortaya koymuştur. Nana ve vd. (2010), doktorların ilgisi, açılış kapanış saatlerinin esnekliği ve tedavi kalitesi; Polska ve vd. 2011), randevulara uyma, çalışanların görünümü, kayıtların doğru tutulması ve kişisel ilgi; İrfan ve İyaz 2011) ise, hastalarla kurulan empati ve sorumluluk düzeyinin yüksekliği yüzünden özel hastanelerin daha fazla tercih edildiğini ortaya koymuşlardır.

Öte yandan Andaleb (2000), Shahbazve vd. (2010) ve Mostafa ve vd. 82005) gibi araştırmacılar devlet hastanelerindeki hizmetlerin özel hastanelere göre daha kaliteli bulunduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmalara bakıldığında tercih edilen devlet hastanelerinin ortak özelliğinin şehir merkezlerindeki büyük hastaneler olduğu

görülmektedir. Aynı şekilde Jabnoun ve Chakar (2003) da hastaların devlet hastanelerindeki hizmeti yüksek kaliteli bulduğunu ortaya çıkarmıştır. Mahapatra (2013) ise hem özel hem de devlet hastanelerinin etrafın temizliği, rahatlığı, yön göstericilerin olması, uzun bekleme süreleri açısından arasında fark olmadığını ve hastaların iki tür hastaneden de hoşnut olmadıklarını belirtmişlerdir. Araslı ve vd. (2008) da aynı şekilde hem devlet hem de özel hastanelerin sağlık hizmeti kullanıcılarının beklentilerini karşılamadığını, fakat ihtiyaçlar doğrultusunda mecburiyetten dolayı tercih edildiğini bulmuştur.

Özel, devlet ve üniversite hastanelerini tercih eden katılımcıların hastane tercihlerinde hangi pazarlama bileşenlerinden etkilendikleri araştırılmış ve sonuçlar Tablo 3.47-3.51’de sunulmuştur.

Tablo 3.47. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenlerinden Ürün Algısının Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması

	Hastane Tercihi	N	$\bar{x} \pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Ürün	Devlet	290	2,983±0,851	52,753	,000**	Dev-özel (p=0,000)
	Özel	261	3,627±0,765			Unv-özel(p=0,000)
	Üniversite	130	3,007±0,665			

Tablo 3.47’deki sonuçlara göre ürün algısı ortalamasının özel hastaneleri kullananlarda devlet ve üniversite hastanesini kullananlardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3.48. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenlerinden Yer Algısının Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması

	Hastane Tercihi	N	$\bar{x} \pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Yer	Devlet	290	3,554±0,868	16,594	,000**	Dev-özel(p=0,000)
	Özel	261	3,917±0,648			Unv-özel(p=0,001)
	Üniversite	130	3,602±0,764			

Tablo 3.48’deki sonuçlara göre yer algısı ortalamasının özel hastaneleri kullananlarda devlet ve üniversite hastanesini kullananlardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3.49. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenlerinden Fiyat Algısının Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması

	Hastane Tercihi	N	$\bar{x} \pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Fiyat	Devlet	290	2,871±0,931	2,376	,094	Gruplar arasında fark yok
	Özel	261	3,002±0,908			
	Üniversite	130	2,817±0,768			

Tablo 3.49'daki sonuçlara göre fiyat algısı açısından hastane türlerine göre fark bulunamamıştır. (F=2,376, p>0,05).

Tablo 3.50. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenlerinden Tutundurma Algısının Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması

	Hastane Tercihi	N	$\bar{x} \pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Tutundurma	Devlet	290	2,994±0,823	9,094	,000**	Dev-özel(p=0,008)
	Özel	261	3,201±0,755			Unv-özel(p=0,000)
	Üniversite	130	2,869±0,737			
	Devlet Mem	681	3,0497			

Tablo 3.50'deki sonuçlara göre tutundurma algısı ortalamasının özel hastaneleri kullananlarda devlet ve üniversite hastanesini kullananlardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3.51. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Katılımcılık Algısının Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması

	Hastane Tercihi	N	$\bar{x} \pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Katılımcılık	Devlet	290	3,044±0,868	21,917	,000**	Dev-özel(p=0,000)
	Özel	261	3,407±0,784			Unv-özel(p=0,000)
	Üniversite	130	2,863±0,898			

*p<0,05, **p<0,01

Tablo 3.51'deki sonuçlara göre katılımcılık algısı ortalamasının özel hastaneleri kullananlarda devlet ve üniversite hastanesini kullananlardan daha yüksek olduğu görülmektedir

Ankete katılanlar özel, devlet ve üniversite hastanesi seçme durumlarına göre ayrılmış ve marka sadakati, marka güveni ve tekrar satın alma niyeti bu değişkene göre araştırılmıştır. İstatistiksel analiz sonuçları Tablo 3.52-3.54'de sunulmuştur.

Tablo 3.52. Marka Sadakatının Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması

	Hastane Tercihi	N	$\bar{x} \pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Marka Sadakati	Devlet	290	3,009±0,867	11,254	0,000**	Dev-ünv(p=0,003)
	Özel	261	3,250±0,810			Özel-dev(0,003)
	Üniversite	130	2,861±0,728			Özel-ünv(p=0,000)

Tablo 3.52 incelendiğinde özel hastaneleri tercih edenlerin marka sadakatının (F=11,254, p<0,001) daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 3.53. Marka Güveninin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması

	Hastane Tercihi	N	$\bar{x} \pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Marka Güveni	Devlet	290	2,919±0,893	17,725	0,000**	Dev-özel(p=0,000)
	Özel	261	3,296±0,822			Özel-ünv(p=0,000)
	Üniversite	130	2,867±0,752			

Tablo 3.53 incelendiğinde özel hastaneleri tercih edenlerin, marka güveninin daha fazla olduğu görülmektedir (F=17,725, p<0,001).

Tablo 3.54. Tekrar Satın Alma Niyetinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması

	Hastane Tercihi	N	$\bar{x} \pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Tekrar Satın alma niyeti	Devlet	290	2,897±0,940	6,907	0,001**	Dev-özel(p=0,011)
	Özel	261	3,132±0,937			Ünv-özel(p=0,006)
	Üniversite	130	2,815±0,789			

*p<0,05, **p<0,01

Tablo 3.54 incelendiğinde özel hastaneleri tercih edenlerin tekrar satın alma niyeti (F=6,907,p<0,01) diğer gruplardan daha fazladır.

Pazarlama bileşenleri, katılımçılık algısı, marka sadakati, marka güveni ve tekrar satın alma niyetine ait korelasyonlar

Sağlık kurumlarına ait pazarlama bileşenlerinden ürün, yer, turundurma, fiyat ve katılımçılık algısının birbirleri ile olan korelasyonları incelenmiş ve sonuçlar Tablo 3.55' de sunulmuştur.

Tablo 3.55 incelendiğinde tüm pazarlama bileşenlerinin birbiri ile yüksek korelasyonlar gösterdiği bulunmuştur.

Tablo 3.55 Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısının Birbiri ile İlişkileri

	Ürün	Yer	Fiyat	Tutundurma	Katılımcılık
Ürün	1				
Yer	0,411**	1			
Fiyat	0,395**	0,325**	1		
Tutundurma	0,450**	0,425**	0,593**	1	
Katılımcılık	0,495**	0,382**	0,480**	0,505**	1

*p<0,05, **p<0,01

Pazarlama Bileşenleri Unsurlarının Birbiri ile İlişkileri incelendiğinde tümünün istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu görülmektedir.

Marka Sadakati, Marka Güveni, Tekrar Satın Alma Niyeti ve Pazarlama Bileşenleri algısı arasındaki ilişkiyi araştırmak üzere korelasyon analizleri yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.56'de sunulmuştur.

Tablo.3.56. Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyeti ile Pazarlama Bileşenleri ve Katılımcılık Algısı Unsurları Arasındaki Korelasyonlar

	Ürün	Yer	Fiyat	Tutundurma	Katılımcılık
Marka Sadakati	0,494**	0,374**	0,428**	0,532**	0,548**
Marka Güveni	0,552**	0,419**	0,523**	0,573**	0,653**
Tekrar Satın Alma Niyeti	0,450**	0,384**	0,475**	0,550**	0,573**

*p<0,05, **p<0,01

Tablo 3.56'daki sonuçlar incelendiğinde katılımcıların pazarlama bileşenlerinden ürün, yer, fiyat, tutundurma ve katılımcılık değişkenlerine verdiği

puanların kendilerinin marka sadakati, marka güveni ve tekrar satın alma niyeti ile yüksek korelasyonlar gösterdiği görülmüştür.

Marka sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyeti arasındaki korelasyonlar incelenmiş ve sonuçlar Tablo 3.57’de sunulmuştur.

Tablo 3.57. Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyeti Arasındaki Korelasyonlar

	Marka Sadakati	Marka Güveni	Tekrar satın Alma
Marka Sadakati	1		
Marka Güveni	0,657**	1	
Tekrar Satın Alma	0,647**	0,745**	1

*p<0,05, **p<0,01

Tablo. 3.57’ye göre Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyeti arasında yüksek korelasyonlar bulunmuştur.

3.2.12. Ölçeğin Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), kuramsal bir temelden destek alarak pek çok değişkenden oluşturulan faktörlerin (gizil değişkenlerin) gerçek verilerle ne derece uyum gösterdiğini değerlendirmeye yönelik bir analizdir. Bir başka anlatımla DFA, önceden belirlenmiş ya da kurgulanmış bir yapının toplanan verilerle ne derece doğrulandığını incelemeyi amaçlar. Keşfedici faktör analizinde, belirli bir ön beklenti ya da denence olmaksızın faktör yükleri temelinde verinin faktör yapısı belirlenirken DFA, belirli değişkenlerin bir kuram temelinde önceden belirlenmiş faktörler üzerinde ağırlıklı olarak yer alacağı şeklindeki bir öngörünün sınanmasına dayanır (Suhr 2006).

DFA’da sınanan modelin yeterliğinin belirlenmesi için çok sayıda uyum indeksi kullanılmaktadır. Uyum indekslerinin kuramsal model ile gerçek veriler arasındaki uyumu değerlendirmelerinde birbirlerine göre güçlü ve zayıf yönlerinin olması nedeniyle modelin uyumunun ortaya konulması için birçok uyum indeksi değerinin kullanılması önerilir. Bunlardan en sık kullanılanları (Cole, 1987; Sümer, 2000) Ki-Kare Uyum Testi (Chi-Square Goodness), İyi Uyum İndeksi (GFI), Düzeltilmiş İyi Uyum İndeksi (AGFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI), Ortalama Hataların Karekökü (RMR veya RMS) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü’dür (RMSEA).

Çalışmada DFA analizi AMOS 21.0 programı ile yapılmış ve faktör yapılarının uyumluluğu incelenmiştir. Pazarlama ölçeğinin DFA uyum indeksleri Tablo 3.58’de gösterilmiştir.

Tablo 3.58 Pazarlama Ölçeğinin DFA Uyum İndeksleri

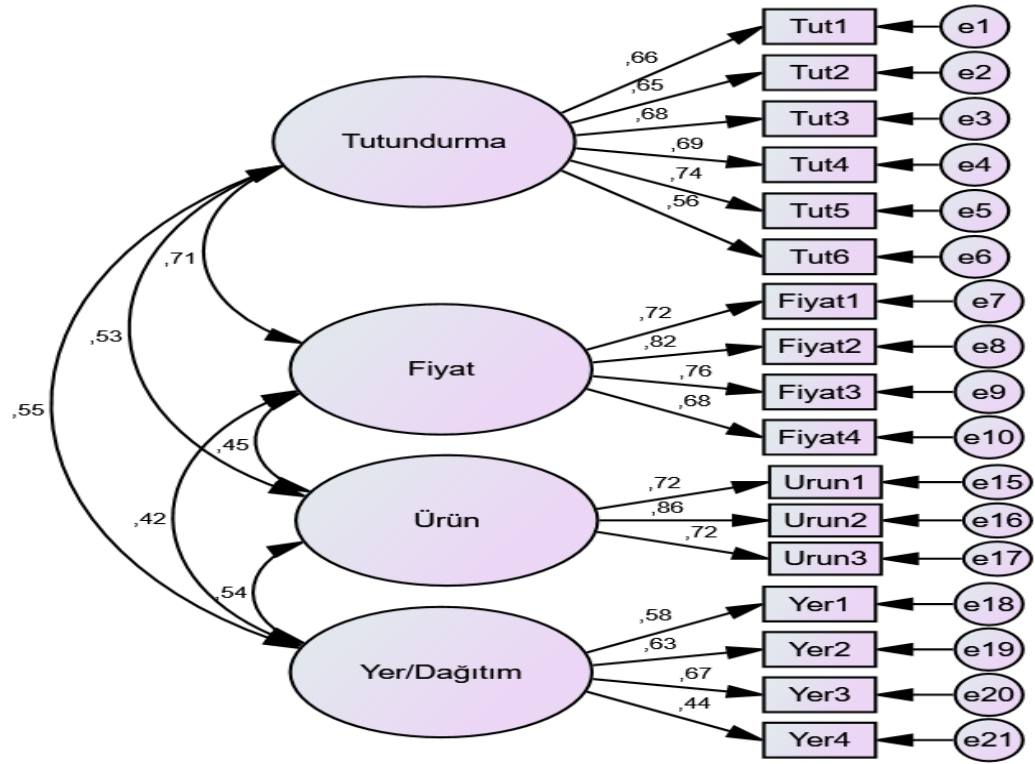
Kabul Edilebilir Uyum İndeksleri	Hesaplanan Uyum İndeksleri
$\chi^2/sd < 5$	3,053
GFI >0.90	0.943
AGFI >0.90	0.923
CFI >0.90	0.944
RMSEA <0.08	0,055
RMR <0.08	0,054

Yapılan DFA sonucuna göre; Pazarlama ölçeğinde χ^2/sd , GFI, AGFI, CFI, RMSEA ve RMR indeksleri tam uyum ile sağlanmıştır.

Pazarlama bileşenlerinin standartlaştırılmış regresyon katsayıları Tablo 3.59’da, pazarlama bileşenlerinin DFA analizi sonuçları Şekil 3.1’de gösterilmiştir.

Tablo 3.59 Pazarlama Bileşenlerinin Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları

Bağımlı değişken	Yol	Bağımsız değişken	β	sh.	t	p
Tut1	<---	Tutundurma	0,660			
Tut2	<---	Tutundurma	0,649	0,063	14,446	0,000
Tut3	<---	Tutundurma	0,679	0,067	15,003	0,000
Tut4	<---	Tutundurma	0,687	0,068	15,144	0,000
Tut5	<---	Tutundurma	0,737	0,066	16,009	0,000
Tut6	<---	Tutundurma	0,557	0,059	12,663	0,000
Fiyat1	<---	Fiyat	0,721			
Fiyat2	<---	Fiyat	0,823	0,054	19,160	0,000
Fiyat3	<---	Fiyat	0,757	0,053	17,935	0,000
Fiyat4	<---	Fiyat	0,682	0,054	16,280	0,000
Urun1	<---	Ürün	0,724			
Urun2	<---	Ürün	0,856	0,058	18,257	0,000
Urun3	<---	Ürün	0,723	0,052	16,899	0,000
Yer1	<---	Yer/Dağıtım	0,577			
Yer2	<---	Yer/Dağıtım	0,633	0,089	10,950	0,000
Yer3	<---	Yer/Dağıtım	0,673	0,102	11,230	0,000
Yer4	<---	Yer/Dağıtım	0,440	0,090	8,637	0,000



Şekil 3.1 Pazarlama Bileşenleri DFA Sonuçları

Katılımcılık algısının DFA uyum indeksleri Tablo 3.60’da, katılımcılık ölçeğinin standartlaştırılmış regresyon katsayıları Tablo 3.61’de gösterilmiştir. Katılımcılık algısının DFA sonuçları ise Şekil 3.2’de görülmektedir.

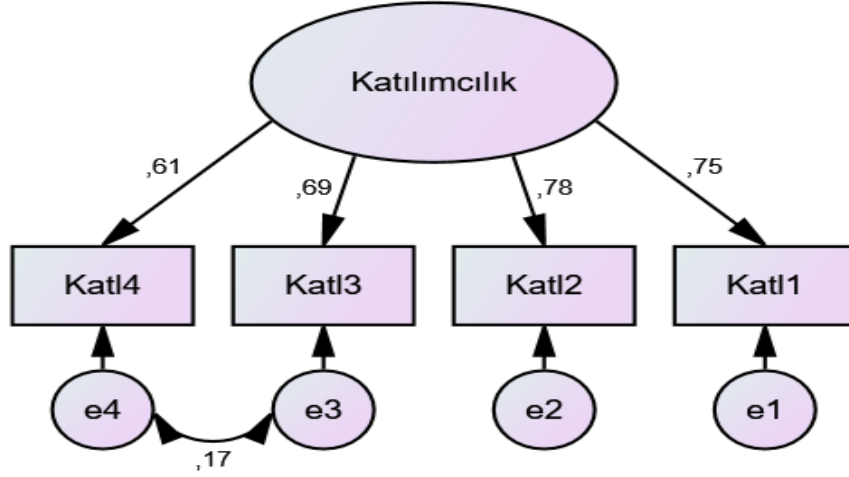
Tablo 3.60 Katılımcılık Ölçeğinin DFA Uyum İndeksleri

Kabul Edilebilir Uyum İndeksleri	Hesaplanan Uyum İndeksleri
$\chi^2/sd < 5$	0,607
GFI > 0.90	0.999
AGFI > 0.90	0.996
CFI > 0.90	0.999
RMSEA < 0.08	0,000
RMR < 0.08	0,005

Yapılan DFA sonucuna göre; Katılımcılık ölçeğinde χ^2/sd , GFI, AGFI, CFI, RMSEA ve RMR indeksleri tam uyum ile sağlanmıştır.

Tablo 3.61 Katılımcılık Ölçeğinin Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları

Bağımlı değişken	Yol	Bağımsız değişken	β	sh.	t	P
Kat1	<---	Katılımcılık	0,752			
Kat2	<---	Katılımcılık	0,782	0,057	16,542	0,000
Kat3	<---	Katılımcılık	0,694	0,056	15,236	0,000
Kat4	<---	Katılımcılık	0,609	0,058	13,442	0,000



Şekil 3.2 Katılımcılık Algısının DFA Sonuçları

Marka Sadakati ölçeğinin DFA uyum indeksleri Tablo 3.62’de, marka sadakati ölçeğinin standartlaştırılmış regresyon katsayıları Tablo 3.63’de gösterilmiştir. Marka Sadakati ölçeğinin DFA sonuçları ise Şekil 3.3’de görülmektedir.

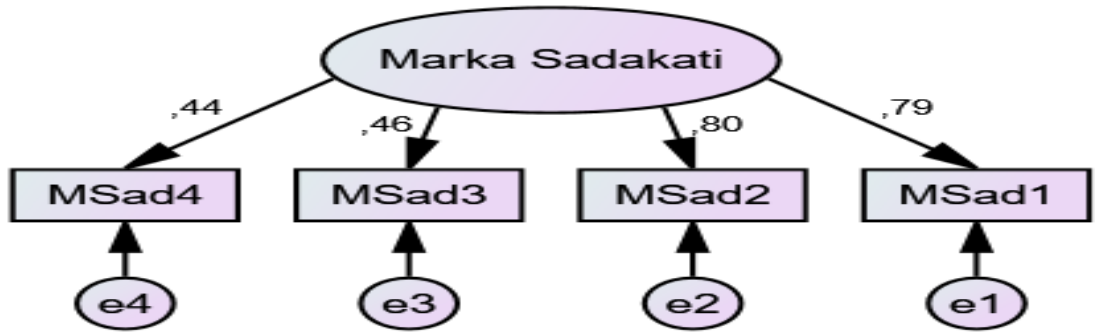
Tablo 3.62 Marka Sadakati Ölçeğinin DFA Uyum İndeksleri

Kabul Edilebilir Uyum İndeksleri	Hesaplanan Uyum İndeksleri
$\chi^2/sd < 5$	1,446
GFI > 0.90	0.998
AGFI > 0.90	0.989
CFI > 0.90	0.998
RMSEA < 0.08	0,026
RMR < 0.08	0,021

Yapılan DFA sonucuna göre; Marka Sadakati ölçeğinde χ^2/sd , GFI, AGFI, CFI, RMSEA ve RMR indeksleri tam uyum ile sağlanmıştır.

Tablo 3.63 Marka Sadakati Ölçeğinin Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları

Bağımlı değişken	Yol	Bağımsız değişken	β	sh.	t	P
MSad1	<---	Marka Sadakati	0,792			
MSad2	<---	Marka Sadakati	0,803	0,068	14,089	0,000
MSad3	<---	Marka Sadakati	0,460	0,054	10,525	0,000
MSad4	<---	Marka Sadakati	0,435	0,058	9,978	0,000



Şekil 3.3 Marka Sadakati Ölçeğinin DFA Sonuçları

Marka Güveni ölçeğinin DFA uyum indeksleri Tablo 3.64’de, marka güveni ölçeğinin standartlaştırılmış regresyon katsayıları ise Tablo 3.65’de gösterilmiştir. Marka Güveni ölçeğinin DFA sonuçları ise Şekil 3.4’de görülmektedir.

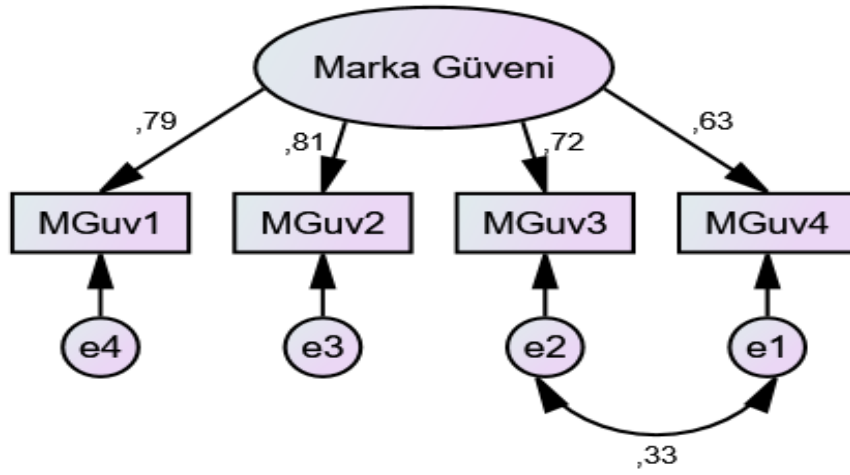
Tablo 3.64 Marka Güveni Ölçeğinin DFA Uyum İndeksleri

Kabul Edilebilir Uyum İndeksleri	Hesaplanan Uyum İndeksleri
$\chi^2/sd < 5$	4,555
GFI > 0.90	0.997
AGFI > 0.90	0.967
CFI > 0.90	0.997
RMSEA < 0.08	0,072
RMR < 0.08	0,011

Yapılan DFA sonucuna göre; Marka Güveni ölçeğinde χ^2/sd , GFI, AGFI, CFI, RMSEA ve RMR indeksleri tam uyum ile sağlanmıştır.

Tablo 3.65 Marka Güveni Ölçeğinin Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları

Bağımlı değişken	Yol	Bağımsız değişken	β	sh.	t	P
MGuv4	<---	Marka Güveni	0,626			
MGuv3	<---	Marka Güveni	0,721	0,067	17,773	0,000
MGuv2	<---	Marka Güveni	0,814	0,086	14,971	0,000
MGuv1	<---	Marka Güveni	0,792	0,085	14,920	0,000



Şekil 3.4 Marka Güveni DFA Sonuçları.

Tekrar Satın Alma Niyeti ölçeğinin DFA uyum indeksleri Tablo 3.66'da, tekrar satın alma niyeti ölçeğinin standartlaştırılmış regresyon katsayıları ise Tablo 3.67'de gösterilmiştir. Tekrar Satın Alma Niyeti ölçeğinin DFA sonuçları ise Şekil 3.5'de görülmektedir.

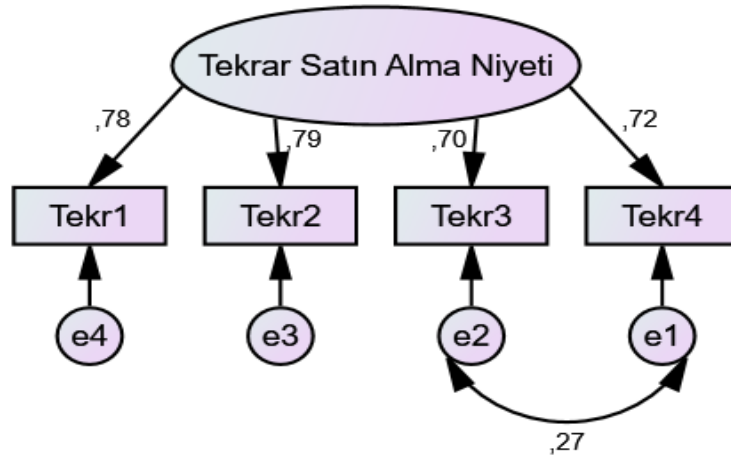
Tablo 3.66 Tekrar Satın Alma Niyeti Ölçeğinin DFA Uyum İndeksleri

Kabul Edilebilir Uyum İndeksleri	Hesaplanan Uyum İndeksleri
$\chi^2/sd < 5$	1,639
GFI > 0.90	0,999
AGFI > 0.90	0.988
CFI > 0.90	0.999
RMSEA < 0.08	0,031
RMR < 0.08	0,007

Yapılan DFA sonucuna göre; Tekrar Satın Alma Niyeti ölçeğinde χ^2/sd , GFI, AGFI, CFI, RMSEA ve RMR indeksleri tam uyum ile sağlanmıştır.

Tablo 3.67 Tekrar Satın Alma Niyeti Ölçeğinin Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları

Bağımlı değişken	Yol	Bağımsız değişken	β	sh.	t	P
Tekr4	<---	Tekrar Satın Alma Niyeti	0,724			
Tekr3	<---	Tekrar Satın Alma Niyeti	0,697	0,048	19,035	0,000
Tekr2	<---	Tekrar Satın Alma Niyeti	0,788	0,059	16,941	0,000
Tekr1	<---	Tekrar Satın Alma Niyeti	0,785	0,063	16,920	0,000



Şekil 3.5 Tekrar Satın Alma Niyeti Ölçeğinin DFA Sonuçları

3.2.13.Yapısal Eşitlik Modellemesi

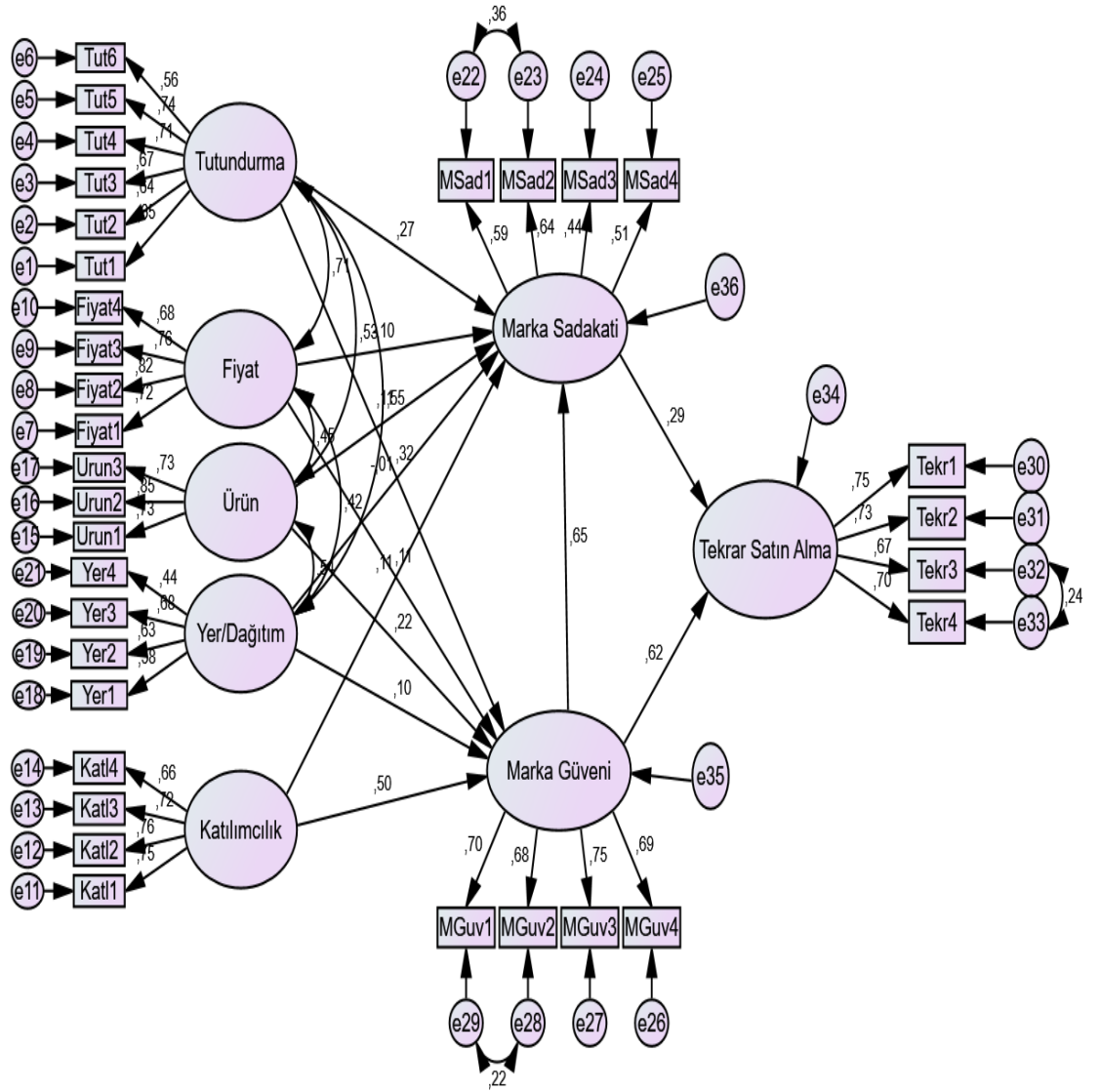
Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) belirli bir kuramsal temele dayalı olarak gözlenen ve artık değişkenler arasındaki ilişkileri araştırmak amacıyla ekonomi, eğitim bilimleri, sosyal bilimler, tıbbi bilimler ve davranış bilimleri alanlarında sıkça sıkça kullanılan analiz yöntemlerinden biridir. YEM araştırmacıların araştırma henüz başlamadan önce zihnindeki değişkenler arası ilişkilere ait modelin araştırma sonrasında elde edilen veriler vasıtası ile sınanması temeline dayanır. YEM nedensel ilişkilerin ve korelasyon ilişkilerinin bir arada bulunduğu modellerin test edilmesi için kullanılan istatistiksel bir teknik olup bağımlılık ilişkilerini tahmin etmek için, varyans, kovaryans analizleri, faktör analizi ve çoklu regresyon gibi analizlerin birleşmesiyle meydana gelen çok değişkenli bir yöntemdir (Chin 1998)

Tablo 3.68’de YEM analizi uyum indeksleri verilmiştir. Şekil 3.6’da ise YEM analizi path diyagramı gösterilmiştir.

Tablo 3.68 YEM Analizi Uyum İndeksleri

Kabul Edilebilir Uyum İndeksleri	Hesaplanan Uyum İndeksleri
$\chi^2/sd < 5$	3,120
GFI >0.90	0,892
AGFI >0.90	0.880
CFI >0.90	0.902
RMSEA <0.08	0,056
RMR <0.08	0,067

Yapılan YEM analizi sonucuna göre; kurulan model χ^2/sd , CFI, RMSEA ve RMR indeksleri tam uyum ile sağlanmış, GFI, AGFI indekslerine hemen hemen uyum sağlamıştır.



Şekil 3.6 YEM Analizi için Path Diyagramı

YEM analizi sonuçları Tablo 3.69'da verilmiştir.

Tablo 3.69 YEM Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Yol	Bağımsız Değişken	β	sh.	t	p	Kabul Durumu
Marka Güveni	<---	Tutundurma	0,317	0,062	4,608	0,000*	Kabul
Marka Güveni	<---	Fiyat	0,114	0,045	1,986	0,047*	Kabul
Marka Güveni	<---	Ürün	0,218	0,038	4,382	0,000*	Kabul
Marka Güveni	<---	Yer/Dağıtım	0,098	0,061	1,791	0,073	Red
Marka Güveni	<---	Katılımcılık	0,496	0,034	11,219	0,000*	Kabul
Marka Sadakati	<---	Tutundurma	0,272	0,076	3,081	0,002*	Kabul
Marka Sadakati	<---	Fiyat	-0,105	0,053	-1,489	0,137	Red
Marka Sadakati	<---	Ürün	0,106	0,046	1,697	0,090	Red
Marka Sadakati	<---	Yer/Dağıtım	-0,008	0,072	-0,119	0,905	Red
Marka Sadakati	<---	Katılımcılık	0,111	0,049	1,669	0,095	Red
Marka Sadakati	<---	Marka Güveni	0,648	0,097	6,449	0,000*	Kabul
Tekrar Satın Alma Niyeti	<---	Marka Sadakati	0,286	0,154	2,334	0,020*	Kabul
Tekrar Satın Alma Niyeti	<---	Marka Güveni	0,623	0,145	5,171	0,000*	Kabul

*p<0,05 anlamlı etki var

YEM analizi standardize regresyon katsayıları ve anlamlılıkları incelendiğinde; Tutundurma ($\beta=0,317$), Fiyat ($\beta=0,114$), Ürün ($\beta=0,218$) ve Katılımcılık ($\beta=0,496$) boyutları Marka Güvenini pozitif etkilemekte iken Yer/Dağıtım etkilememektedir ($p>0,05$). Marka Güvenini Tutundurma, Fiyat, Ürün, Katılımcılık artırmaktadır. Tablo 3.69' daki sonuçlara göre H₂, H₆, H₈, H₁₀ kabul H₄ reddedilmiştir.

Tutundurma ($\beta=0,272$) boyutu Marka Sadakatini pozitif etkilemekte iken Fiyat, Ürün, Yer/Dağıtım, Katılımcılık etkilememektedir ($p>0,05$). Marka Sadakatini Tutundurma artırmaktadır. Tablo 3.69' daki sonuçlara göre, H₇, kabul edilirken, H₁, H₃, H₅ ve H₉ reddedilmiştir.

Tablo 3.69' daki sonuçlara göre, Marka Güveni ($\beta=0,648$) Marka Sadakatini pozitif etkilemektedir ($p<0,05$). Marka Sadakatini Marka Güveni artırmaktadır. H₁₁ kabul edilmiştir.

Marka Sadakati ($\beta=0,286$) ve Marka Güveni ($\beta=0,623$) Tekrar Satın Alma Niyetini pozitif etkilemektedir ($p<0,05$). Tekrar Satın Alma Niyetini Marka Sadakati ve Marka Güveni artırmaktadır. Tablo 3.64' deki sonuçlara göre, H₁₂ ve H₁₃ kabul edilmiştir.

4 SONUÇLAR

4.1 Araştırmanın sonuçları

Bu çalışmada sağlık hizmeti kullanıcılarının pazarlama bileşenleri algısının en çok başvurdukları hastaneye ait marka güveni, marka sadakati ile ilişkisi araştırılmış, sağlık hizmetlerinde marka güveni ve marka sadakatinin tekrar satın alma niyeti üzerindeki etkisinin boyutu ve yönü ortaya konmaya çalışılmıştır. Bu amaçla sağlık hizmeti kullanıcılarının demografik özelliklerine ve seçtikleri sağlık kurumuna ait ürün, fiyat, tutundurma, yer/dağıtım ve katılımcılık değişkenlerine dair algıları ve marka güveni, marka sadakati ve tekrar satın alma niyeti incelenmiştir. Literatürde öngörülen teorik altyapıya uygun şekilde söz konusu değişkenlerin birbiri ile ilişkilerini ortaya koyan bir model oluşturulmuştur.

Konumuzla en fazla ilişkili olduğu düşünülen geçmişteki çalışmalar incelendiğinde, hasta memnuniyeti, hasta tercihine etki eden faktörler, farklı sektörlerden yapılmış pazarlama bileşenleri üzerine araştırmalara rastlanmasına rağmen, tam olarak mevcut çalışmaya benzer olanına rastlanmamıştır. Bu çalışmada pazarlama bileşenlerinden en yaygın olarak bilinen ve kullanılan ürün, fiyat, tutundurma, yer/dağıtım değişkenlerine ek olarak sağlık hizmetlerinde hasta katılımçılığını hedefleyen “katılımcılık” değişkeni eklenmiştir.

Çalışmanın sonuçları incelendiğinde katılımcılık bileşenini eklememizin çok doğru bir seçim olduğu görülmüştür. Marka güvenine en çok etki eden değişken katılımcılık değişkenidir. Yani doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin hastaları dinlemesi, onların da fikrini alması, kendisinin uyguladığı yardımcı tedavileri dikkate alması hastalar üzerinde pozitif bir etki bırakmaktadır. Ayrıca tedavi süresince hastaların üzerine düşen görevler ve hasta güvenliği hakkında bilgilendirme de hastalar için marka güveni oluşturmada önemli bir husustur.

Değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde marka güveni ve marka sadakati ile en fazla ilişkili olan ikinci değişken tutundurma bileşenidir. Yani, sağlık

kurumlarının hizmetlerini tanıtması, duyurması, kampanyaları ve hedef kitleleri ile iletişiminin aktifliği sağlık hizmetleri kullanıcılarını etkilemektedir. Bu da göstermektedir ki, hangi sektörde olursa olsun reklam ve tanıtım işletmelerin hedef kitlelerine ulaşması bakımından en önemli etkidir. Çalışmadan çıkan bu iki önemli sonuç ileride daha detaylı yorumlanacaktır.

Araştırmada elde edilen demografik sonuçlar incelendiğinde, Diyarbakır ili genelinden seçilen 681 sağlık hizmeti kullanıcısının %46'sının kadın, %54'ünün erkek olduğu görülmüştür. Ankete başlamadan önce verilen eğitimlerde anketörlere hanelerde bulunan kişilerden nispeten daha eğitilmiş ve bilinçli katılımcılarla görüşülmesi istenmiştir. Soruları cevaplamayı tercih edenlerin daha çok evin reisi veya erkek katılımcılar olduğu da göz önüne alındığında erkek katılımcı sayısının daha yüksek olması beklenen bir durum olarak karşımıza çıkmıştır.

Çalışmada en fazla katılımcının 21-30 Yaş (%22,2), 31-40 Yaş (%30,8) ve 41-50 Yaş (%21,4) gruplarından olduğu görülmektedir. Yaşlanan dünyada sağlık hizmetlerinin en çok yaşlı bireyleri ilgilendirdiği düşünüldüğünde, 65 yaş ve üzeri hedef kitlenin hastane kullanımı ile ilgili tercihlerini öğrenmek en önemli hususlardan biridir. Ancak istenilen yaşlı denek sayısına ulaşamamıştır. Hem Diyarbakır nüfusunda yaşlı popülasyonun az olması (%8) hem de yaşlı bireylerin cevaplamayı reddetmesi ve ifade güçlüğü çekmesi sebebiyle 65 yaş üzeri grup, 60 yaş üzeri grupla birleştirilmiştir. Örneklemimizde de yaşlı bireylerin oranı (%8,5) genel nüfus içindeki oranı ile uyumlu çıkmıştır.

Ankete katılanların medeni durumları incelendiğinde katılımcıların %61,2'sinin evli, yüzde 32,5'inin bekâr, geri kalanının boşanmış veya eşi vefat etmiş kişilerden oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların büyük kısmı düşük (%27,3) ve orta (%34,9) gelir grubundan oluşmaktadır. Bunun sebebi semtlerin nüfuslarına orantılı örneklem kullanılması ve yüksek gelir grubunun oturduğu semtlerden katılımcı sayısının daha az olmasıdır. Anketi cevaplayanların %28,6'sının lisans, %21,9'unun ön lisans, %21,9'unun lise mezunu olduğu görülmektedir. Bunun sebebi örneklemimizin çoğunluğunun orta ve düşük sosyo-ekonomik düzeydeki kişilerden oluşmasıdır. Lisansüstü eğitim görenlerin oranı %16,3 olurken, lise bitirmeyenlerin oranı %10'dan fazladır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu kamu (%41,6) ve özel sektörde (%26,4) çalışanlardan oluşmaktadır. Anketi cevaplayanların %10'u işsiz olduğunu belirtirken,

%9,1'i öğrenci, %9,0'ı ev hanımıdır. Çoğunluğunun SGK'lı (%52,9) olduğu görülen kişileri Emekli Sandığına bağlı olanlar %24,5 ile takip ederken, 82 (%12) kişinin de devlet memuru olduğu görülebilir. Geri kalan %10,6'lık grup Genel Sağlık Sigortası, özel sağlık sigortası, primini kendi ödeyenler gibi sayıları az olan diğer gruplardan oluşmaktadır. Örneklemimizin oturduğu semtler seçilirken sosyo-ekonomik düzeye göre farklı özellikler gösteren üç ilçe seçilmiştir. En çok katılımcı %35,5 oranı Bağlar ve Sur İlçelerinden olup, bunu %33,5 ile Kayapınar ilçesi izlemiştir. Orta gelir düzeyine sahip olarak nitelendirdiğimiz Yenisehir ilçesinden ise %31,5' lik bir örnekleme ulaşılmıştır.

Katılımcıların en fazla başvurduğu hastaneyi belirtmeleri ve soruları bu hastaneye göre cevaplamaları istenmiş ve verdikleri cevaba göre kullandıkları hastaneler, devlet, özel ve üniversite hastanesi olarak sınıflandırılmıştır. Sonuçlar incelendiğinde en fazla kullanılan hastanelerin %42,6 ile devlete ait olduğu, bunu %38,3 ile özel hastanelerin izlediği görülmüştür. Katılımcıların en çok başvurdukları hastaneler incelenerek, özel hastanelerin içinde de katkı payı düşük olan hastanelerin daha çok tercih edildiği belirlenmiştir. Üniversite hastanesine olan talebin nispeten düşük olduğu (%19,1) belirlenmiştir.

Katılımcıların en çok başvurdukları hastanelerin ev veya işyerlerine mesafesi hesaplanmış ve hastaneler yakınlıklarına göre sınıflandırılmıştır. Başvurulan hastanelerin ev ve işyerlerine yakınlığı incelendiğinde sadece %43'e yakın bir oranda katılımcının yakınlığı önemseydiği görülmüştür. Diğer katılımcıların başvurdukları hastane uzakta da olsa kullandıkları belirlenmiştir.

Sağlık hizmetleri alanında "ürün ve hizmetler" in kalitesi ve çeşitliliği daha önce yapılan pek çok çalışmada hasta tercihlerinde en önemli etkenlerden biri olarak bulunmuştur (Al-Doghaither vd. 2003; Flexner ve Berkowitz 1979; Haywood-Farmer 1988; Karaçor ve Arkan 2014; Nitin, Narendranath, ve Devakumar 2016; Purcărea, Gheorghe, ve Petrescu 2013; Shrimali ve Motwani 2014; Vinodhini ve Kumar 2010; Wu 2011; Zerenler ve Ögüt 2013). Bu çalışmada da hastanelerdeki ürün ve hizmetler marka güveni oluşturmada önemli bir etken olarak bulunmuştur.

Çalışmada "katılımcılık" değişkeni marka güvenini en çok etkileyen değişkendir. Türkiye'deki hastanelerin mal ve hizmetler, yer/dağıtım açısından belirli bir düzeye ulaştığı gerçeği göz önüne alındığında artık sağlık kurumlarının kendilerine olan talebi artırmak için farklılaşmaya gitmelerinin gerektiği açıktır. Çalışmanın

sonuçlarına göre, hastalarını özel ve değerli hissettiren ve onları tedavinin bir parçası haline getiren kurumlar tercih edilmede bir adım öne çıkmıştır. Daha önce yapılmış çalışmalarda da hastaların kendilerine fikirlerinin sorulmasının (Grol vd. 2000; Işık 2016; Tarım ve Zaim 2010; Torres, Vasquez-Parraga, ve Barra 2009), kendi inanç ve değerlerine saygı duyulmasının (Grol vd. 2000; Işık 2016), ve şikâyetlerinin dikkate alınmasının (Choi vd. 2005; Işık 2016) en önemli hasta memnuniyeti etkenlerinden olduğu belirlenmiştir. Sağlık personelinin yeterli zaman ayırarak hastayı dinlemesi, (S. Demir 2008; Grol vd. 1999), kendisine hastalığı ile ilgili yeterli bilgi verilmesi (Grol vd. 2000; Tarım ve Zaim 2010), doktoru ile tedavi seçeneklerini tartışabilmesi (Grol vd. 2000; Şantaş, Kurşun, ve Kar 2016) hastalar için en çok önem verilen hususlardandır. Önceki çalışmalarda “katılımcılık” boyutu halinde araştırılmayan ama pek çok önemli sonuca ulaşan bu çalışmaların ışığında çalışmamızda hasta katılımcılığına önem vermenin başarının anahtarı olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin sunulduğu “Yer/Dağıtım” bileşeni algısı ortalamasının yüksek çıkmasının pek çok sebebi vardır. Hastaların fiziksel ve ruhsal durumu göz önünde bulundurulursa ve günümüzde hastane sayısının fazlalığı yüzünden alternatiflerin çoğaldığı düşünülürse, hastaların kendilerine yakın, en kolay ulaşabilecekleri hastaneyi tercih etmeleri beklenen bir durumdur. Literatürde bulguları destekleyecek pek çok çalışma vardır (Al-Doghaither vd. 2003; Kim vd. 2008; Lin, Lee, ve Chen 2010; Özkoç 2013; Sunal 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2017; Zerenler ve Öğüt 2013). Çalışmamız ile farklı görüş bildiren başka bir araştırmacı ise sağlık hizmeti ne kadar uzakta olursa olsun hastaların bu hizmeti almaya gideceğini belirtmiştir (Liu 2007). Ortalaması yüksek çıkmasına rağmen yer bileşeni hastaların marka güveni ve marka sadakati üzerinde etkili bulunmamıştır.

Sağlık hizmetlerinde “Fiyat” bileşeni en çok tartışılan boyutlardan biridir. Bu çalışmada fiyat değişkeninin marka güvenini pozitif yönde etkilediği bulunmuştur. Bu sonuç geçmişte yapılan bazı çalışmalar ile uyumludur (S. Demir 2008; Özkoç 2013; Zerenler ve Öğüt 2013). Öte yandan bazı araştırmacılar sağlık sözkonusu olduğunda hastaların fiyat konusunu önemsemediğini bildirmişlerdir (Karaçor ve Arkan 2014; Purcărea, Gheorghe, ve Petrescu 2013; Sunal 2016; Tüfekçi, İnce, ve Tüfekçi 2016).

Bu çalışmanın en önemli sonuçlarından birisi kullanıcı tercihlerinde pazarlama bileşenlerinden “tutundurma” bileşeninin “katılımcılık” değişkeninden sonra marka

sadakatini ve marka güvenini etkileyen en önemli unsur olduğudur. Rekabetin en üst düzeyde seyrettiği sağlık hizmetleri sektöründe reklam, tanıtım, ilişkisel pazarlamaya yeterince önem vermeyen kurumların başarılı olması olanaksızdır. Bu sonucu destekler nitelikte bulgular daha önce de pek çok araştırmacı tarafından ortaya konulmuştur (Al-Doghaither vd. 2003; Hausman 2004; H. B. Kim ve Kim 2005; Nitin, Narendranath, ve Devakumar 2016; Öz ve Uyar 2014; Uzunal ve Uydacı 2010; Varinli ve Çakır 2004; Yılmaz 2014). Buna karşılık tutundurma ve tanıtım faaliyetlerinin kullanıcı tercihlerini etkilemede son sıralarda geldiğini iddia eden çalışmalar da vardır (Karaçor ve Arkan 2014; Sunal 2016; Şantaş, Kurşun, ve Kar 2016; Tüfekçi, İnce, ve Tüfekçi 2016; Zerenler ve Öğüt 2013).

Pazarlama bileşenleri algısının cinsiyet değişkeni ile ilişkisi araştırıldığında iki grupta farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre sağlık hizmetleri veren kurumlardaki ürün ve hizmet kalitesi algısı kadın ve erkekler tarafından farklı algılanmakta ve hastane tercihine etki etmektedir. Pazarlama bileşenlerinden “Ürün” algısı ortalaması kadınlarda daha yüksektir. Ayrıca sağlık kurumlarının uyguladığı “tutundurma” yani reklam ve tanıtım politikası kadınlar üzerinde daha fazla etki yapmakta ve hastane tercihini etkilemektedir. Benzer bir sonuç daha önce yapılan başka bir çalışmada da ortaya konulmuş, kadınların tutundurma unsurlarına karşı daha duyarlı olduğu ifade edilmiştir (Karaçor ve Arkan 2014). Bir diğer çalışmada ise kadınların hastanenin tanınmışlığına önem verdiği belirtilmiştir (Şantaş, Kurşun, ve Kar 2016).

Yapılan istatistik analizler incelendiğinde 20 yaşından küçük grupların 31-40 yaş grubundan farklı sonuçlar gösterdiği görülmektedir. Sağlık kurumlarında hizmetlerin verildiği yer algısı ile ilgili sonuçlarda 31-40 yaş grubu için daha fazla önem taşıdığı bulunmuştur. 50 ve üzeri yaştakilerin ise ürün ve hizmetlere odaklandığı daha önce de öne sürülen konular arasındadır (Karaçor ve Arkan 2014). Başka bir çalışmada ise, gençlerin daha zor beğendiği (Özaktan) belirtilmiştir. Bu çalışmada görüldüğü gibi 31-40 yaş arası kişiler yoğun ve aktif bir iş hayatına sahip olduğundan hastanelere kolay ulaşma bu grup için önemli olabilir.

Çalışmada düşük eğitim grubundan kişilerin reklam ve tanıtım faaliyetlerinden daha fazla etkilendiği bulunmuştur. Özaktan, eğitim seviyesi arttıkça beklentilerin arttığını ifade etmiş, Sunal da bu sonuca benzer sonuçlara ulaşmıştır(Sunal 2016;

Özaktan 2008). Karaçor mevcut çalışmada olduğu gibi eğitimi düşük kullanıcıların reklamdaki etkilenildiğini bildirmiştir(Karaçor ve Arkan 2014).

Ürün ve yer algısı, yüksek gelir grubundan katılımcılarda, düşük gelir grubundaki katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlık kurumlarındaki hizmetlerin kalite ve çeşitliliği, teknolojik olanaklar ve fiziksel koşulların kalitesi, yüksek gelir grubundan kişiler için düşük gelir grubuna göre daha fazla önem arz etmektedir denilebilir. Hastaneler tarafından uygulanan tutundurma çalışmalarından ise düşük eğitim grubundan kişiler daha fazla etkilenmektedirler. Bu çalışmanın bulguları Özaktan ve Şantaş'ın bulguları ile uyumaktadır (Özaktan 2008; Şantaş, Kurşun, ve Kar 2016).

Semtlere göre pazarlama bileşenlerine karşı oluşan tutum incelendiğinde “ürün” algısı daha üst düzeyde yaşayanların semti olan Kayapınar'da daha yüksek bulunmuştur. Kayapınar semtinde en lüks sınıfta hastaneler bulunmaktadır. Katkı payının daha yüksek olarak alındığı bu hastanelerde fiziksel koşullar ve hizmetler diğerlerinden daha üst düzeydedir ve bu hizmetlerden doğal olarak daha üst gelir grubuna sahip katılımcıların yararlandıkları görülmüştür.

Özel, devlet ve üniversite hastanelerini tercih eden katılımcıların hastane tercihlerinde hangi pazarlama bileşenlerinden etkilendikleri araştırılmış, sonuçlara göre tüm pazarlama bileşenleri algısı ortalamaları özel hastaneleri kullananlarda devlet ve üniversite hastanesini kullananlardan daha yüksek çıkmıştır. Sadece fiyat değişkeni açısından farklı türde hastane kullanıcıları açısından fark bulunamamıştır. Özel hastanelerde sunulan hizmetlerin daha kaliteli olduğu göz önünde bulundurulursa, bu hastanelerin kullanıcılarının pazarlama bileşenleri algısının daha yüksek olması doğaldır. Fiyat değişkeninde bir fark görülmemesinin sebebi ise, insanların sağlık söz konusu olduğunda tüm imkânlarını seferber edebilecek bir ruh durumunda olması ve maliyetleri göz ardı etmeleridir.

Kadınların tercih ettikleri hastaneye karşı duydukları marka güveni, marka sadakati ve tekrar satın alma niyetinin daha fazla olduğu görülmüştür. Marka güveni, marka sadakati ve tekrar satın alma niyeti açısından medeni durum ve yaş grupları açısından fark bulunmamıştır. Marka Sadakati ve Tekrar Satın Alma Niyeti açısından lise ve önlisans eğitimi alanlar arasında fark bulunmuştur. Lise mezunları daha fazla sadakat göstermektedir. Özel sektörde çalışanlar ziyaret ettikleri sağlık kuruluşuna kamu çalışanlarından daha fazla marka sadakati ve marka güveni duymaktadırlar.

Tekrar satın alma niyeti açısından Bağlar ilçesinde oturanların ortalamaları, Kayapınar'da oturanlardan daha yüksek bulunmuştur. Gelir düzeyi yüksek kişilerin seçeneklerinin fazla olmasından dolayı gittikleri sağlık kurumuna tekrar gitmek konusunda güçlü bir eğilimi olmadığı söylenebilir. Özel hastanelere duyulan marka sadakati, marka güveni ve tekrar satın alma niyeti diğer hastanelerden daha fazla bulunmuştur.

Çalışmamızda Marka Sadakati, Marka Güveni ve Tekrar Satın Alma Niyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Benzer sonuçlar gösteren pek çok çalışmaya rastlanmıştır (Hausman 2004; Işık 2016; K. H. Kim vd. 2008; Kitapci, Akdoğan, ve Dertyol 2014; Nitin, Narendranath, ve Devakumar 2016; Öz ve Uyar 2014; Şantaş, Kurşun, ve Kar 2016; Torres, Vasquez-Parraga, ve Barra 2009; Tüfekçi, İnce, ve Tüfekçi 2016; Varinli ve Çakır 2004; Yılmaz 2014; Zerenler ve Öğüt 2013). Mevcut çalışmanın sonuçları söz konusu çalışmalar ile uyumludur.

Hausman (2004) sağlık kurumlarındaki pazarlama faaliyetlerinin hasta memnuniyetini yükselttiğini ve bunun da marka algısı ve marka sadakatinde artışa sebep olduğunu söyler ve bu durumun hastaların lehine olduğunu ifade eder. Hastanelerdeki pazarlama çalışmalarının markaya duyulan güveni arttırmakla kalmayacağını, sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaklarını da ekler (Hausman 2004). Kim vd. 2008 hastanelerdeki pazarlama çalışmalarının ve ilişkisel pazarlama stratejisinin marka sadakati üzerinde etkisini ortaya koyarken, Nitin hastanelerin doluluk oranlarını artırmak için tıbbi hizmetlerin yanında pazarlama bileşenlerinin üzerinde durmalarını önerir (Nitin, Narendranath, ve Devakumar 2016). Çalışmamızın sonuçları bu çalışmalar ile benzer sonuçlar göstermektedir.

4.2 Genel Sonuçlar

Çalışmanın sonuçları göstermiştir ki pazarlama bileşenlerine önem veren sağlık kurumları marka sadakati ve marka güveni yaratmada öne geçmektedirler. Marka güveni ve marka sadakati de tekrar satın almaya yol açarak sağlık hizmeti kullanıcılarının tercihlerinde önemli rol oynamaktadır. Pazarlama hangi kanalla olursa olsun hasta eğilimlerini etkilemektedir. Bu çalışmaya göre sağlık hizmetlerinde tanıtım ve halkla ilişkiler faaliyetleri hastaların tüm olanaklardan haberdar olmasını ve alternatifleri arasında kendisi için en iyi olanı seçme şansını tanımaktadır. Bunun yanında ürün ve hizmetlerinin kalitesini yüksek tutan, hizmet sunduğu hastanelerin

fiziksel koşullarını iyileştiren, hizmetlere ulaşımı kolay olan ve farklı fiyat politikalarını sağlayan hastaneler rakiplerinin içinde farklılaşma sağlayabilir. Hastalar tarafından bakıldığında ise bu şekilde hastalar daha kaliteli hizmeti daha uygun koşullarda alabilirler. Çalışmanın ortaya koyduğu diğer bulgular aşağıdaki gibidir:

- Bu çalışmada “katılımcılık” değişkeni 4p’nin yanında önemli bir değişken olarak ele alınmış ve önemi vurgulanmıştır. Hastaların sağlık personeli ile birlikte tedavi sürecine katılmaları, doktor ve hemşirelerin onları dinlemeye yeterince zaman ayırmaları, alternatif tedavi yöntemleri uygulamalarına olanak vermeleri, hasta hakları konusunda bilgilendirilmeleri tıbbi hizmet alacakları kurumları seçerken en önemli etkenlerden biri olarak ortaya çıkmıştır.
- Çalışmanın bulgularına göre en önemli ikinci etken sağlık kurumlarının hizmetlerinden kullanıcıları haberdar etmeleri ve sürekli ilişki içinde kalmalarıdır. Sağlık hizmetlerinde reklam ve tanıtım yasaklarının getirdiği kısıtlılıklar sağlık kurumlarının çok yaratıcı ve farklı yöntemlerle hedef kitlelerine ulaşma yöntemlerine yöneltmiştir. Kullanıcılara gönderdikleri SMS, e-posta, broşür ve billboard reklamları dışında onlara ulaşabilecekleri pek çok yöntemi aktif bir şekilde kullanmaktadırlar. Sponsorluklar, özel günlerde yapılan kampanyalar, kurum ve kuruluşlarla yapılan anlaşmalar, sağlık taramaları, sosyal sorumluluk projeleri, yoğun müşteri ilişkileri yönetimi ve benzer yöntemlerle hastalara ulaşmayı ve hizmetlerini tanıtmayı başarmaktadırlar. Ayrıca ağızdan ağza pazarlama da hala en etkili pazarlama yöntemlerinden biridir. Kendilerini yeterince tanıtan ve hastalar için cazip olduğuna ikna eden sağlık kurumları doluluk oranlarına katkıda bulunmaktadır.
- Sağlık hizmetleri alanında pazarlama bileşenleri ile ilgili en önemli bulgulardan biri de ürün ve hizmetler, fiziksel koşulların kalitesinin zaten olması gereken ve tüm sağlık kurumlarında olmazsa olmaz diye nitelendirebileceğimiz özelliklerden olduğudur.
- Sağlık hizmetlerinde pazarlama bileşenlerinden “Yer/dağıtım” sağlık hizmeti kullanıcıları için alt sıralarda gelen unsurlardandır. Hem sağlık kurumlarının sayısının fazlalığı hem de sağlık sözkonusu olduğunda en iyi hizmete ulaşma isteği, hastanenin yerinin ve ulaşımının kolaylığının ikinci planda kalmasına yol açmıştır.

- Sağlık hizmetlerinde “Fiyat” bileşeni özellikle özel hastaneleri kullanan tüketiciler için marka güvenine önemli katkı sağlamaktadır. Kullanıcılar sağlık için harcadıkları parayı önemsemekte ve kendi bütçelerine uygun katkı payı düşük hastanelere yönelmektedirler.

Çalışmanın örneklemin il nüfus yapısı ile orantılı olarak seçilmesi çalışmanın bulgularını etkilemiş ve gerçekçi sonuçlara ulaşılmasını sağlamıştır. Eğer sosyo-ekonomik düzeyi yüksek veya eğitilmiş kişilerden oluşmuş bir örneklem alınsaydı şüphesiz ki daha farklı sonuçlar bulunabilirdi. Bu tahminler daha sonra farklı kullanıcı gruplarında sınanmak üzere ilerideki çalışmalara konu olabilir.

Bu çalışmada sağlık alanında pazarlama bileşenleri sadece kurumların kârlılığını ve hasta sayısını artırması açısından incelenmemiş, pazarlama bileşenlerinin hastaya sunulan hizmetlerin kalitesini yükseltmedeki rolü ve markaya katkısı da ele alınmıştır. Sağlık sektöründeki rekabet, hastaların bilinç düzeyi ve alternatiflerin artması, teknolojik gelişmeler ve bilgiye ulaşmanın kolaylığı, tüm sağlık kurumlarını pazarlama bileşenlerini kullanmaya zorunlu kılmaktadır. Sağlık kurumları ürün ve hizmetlerini geliştirerek, hastalara en konforlu ve rahat ortamı sunarak, personelini eğiterek, toplum ve hedef kitlelerle iyi ilişkiler geliştirerek, reklam ve tanıtım olanaklarının tümünü kullanarak hem hastaların en iyi hizmeti almasını sağlayacak hem de kendi kârlılığını ve marka imajını yükseltecektir. Tüm bunların yanında hastalara hak ettikleri değeri veren, kendilerini özel hissetmelerini sağlayan ve tedavinin başından sonuna kadar katılımını sağlayan sağlık kurumları hasta memnuniyetini en üst düzeye çıkaracaktır.

5 KAYNAKLAR

- Aagja, P.J. and Garg, R. (2010). Measuring perceived service quality for public hospitals (PubHosQual) in the Indian context. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4 (1), 60-83.
- Aaker, D. A. (1996). Measuring brand loyalty equity across products and markets. *California Management Review*, 38(3), 102-120.
- Aaker, D. A. 1996. *Building Strong Brands*. 1. baskı New York: The Free Press.
- Akter, S.M., Upal, M. ve Hani, U. (2008). Service quality perception and satisfaction: a study over suburban public hospitals in Bangladesh. *Journal of Service Research*, February Special Issue, 125-46.
- Al-Doghaither, A.H., Abdelrhman B.M., Wahid Saeed A.A. ve Magzoub.M.E.M.A. (2003). Factors influencing patient choice of hospitals in Riyadh, Saudi Arabia. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 123(2): 105–9. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/146642400312300215>.
- Alabay, N. (2010). Geleneksel pazarlamada yeni pazarlama yaklaşımlarına geçiş süreci. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 15(2): 213–35.
- Allameh, S. M., & Noktedan, I. (2010). Analyzing the influence of service quality on customer loyalty: A case study in four and five star hotels. *Business Management*, 2(5), 109–124.
- Ambler, T. (1997). Do brands benefit consumers? *International Journal of Advertising*, 16(3), 167-198.
- American Marketing Association. (1960). *American Marketing Association Marketing definitions: A glossary of marketing terms*.
- Amira, E. (2008). Patient satisfaction in Japan. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(7), 692-705.
- Andaleeb, S. S. (2000). Public and private hospitals in Bangladesh: service quality and predictors of hospital choice. *Health Policy and Planning*, 15(1), 95–102

- Anderson, E. (1995). Measuring service quality in a University health clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8(2), 32-7.
- Angelopoulou, P., Kangis, P. and Babis, G. (1998). Private and public medicine: a comparison of quality perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(1), 14-20.
- Anwar, A., Gulzar, A., Sohail, F.B., and Akram, S.N. (2011). Impact of brand image, trust, and affect on consumer brand extension attitude: the mediating role brand loyalty. *International Journal of Economic and Management Sciences*, 1(5), 73-79.
- Arasli H., Ekiz E.H., Katircioglu S. T. (2008). Gearing service quality into public and private hospitals in small islands: Empirical evidence from Cyprus. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21 Issue: 1, pp.8-23,
- Ateş, M , Erbaydar, T , Demirkıran, K , Özhan, Cevahir, E , İşçi, E . (2004). Gebze Halkının Sağlık Hizmetlerini Kullanımı ve Sağlık Kuruluşlarını Tercih Etme Nedenlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7 (3), 319-341
- Auh, S. and Johnson, M. D. (2005). Compatibility Effects in Evaluations of Satisfaction and Loyalty. *Journal of Economic Psychology*, 26, 35- 57.
- Ay C. ve Ecevit Z. (2005). Çevre Bilinçli Tüketiciler. *İktisadi İdari Bilimler Dergisi*, 5(10): 238–63.
- Aydın S. (2008). Sağlık Sektöründe Kalite Göstergeleri Nelerdir. *17. Kalite Kongresi Kaliteli Çalışmak, Kaliteli Yaşamak*, İstanbul: Kalder.
- Babakus, E. and Mangold, W.G. (1992). Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: an empirical investigation. *Health Services Research*, 26 (6), 767-86.
- Bakar, C., Akgun, H.S. and Assaf, A.F.A. (2008). The role of expectations in patients hospital assessments: a Turkish university hospital example. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21 No. 5, pp. 503-16.
- Baldwin, A. and Sohal, A. (2003). Service quality factors and outcomes in dental care. *Managing Service Quality*, 13 (3), 207-16.
- Baltussen, R.M.P.M., Haddad, Y.Y.S. and Sauerborn, R.S. (2002). Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso, West Africa. *Health Policy Plan*, 17(1), 42-8.

- Barnes, S.J. ve Vidgen R.T. (2002). An integrative approach to the assessment of e-commerce quality. *Journal of Electronic Commerce Research*, 3(3), 114-127.
- Becerikli, S Y. (2000). Stratejik Yönetim Planlaması: 2000’li Yıllarda İşletmeler İçin Yeni Bir Açılım. *Amme İdaresi Dergisi* 33(3): 97–109.
- Becker, W.S., ve Richard S.W. (1990). Customer-Service Perceptions and Reality. *Training & Development Journal* 44(3): 49.
- Beristain, J. J., & Zorrilla, P. (2011). The relationship between store image and store brand equity: A conceptual framework and evidence from hypermarkets. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 18(6), 562–574.
- Berkovitz, E. N. (2017). *Essentials of Health Care Marketing*. 4. baskı Sudbury, MA: Jones and Barlett LCC.
- Booms, B., ve Bitner M. (1981). Marketing strategies and organization structures for services firms. *Marketing of services: 1981 special educators conference proceeding*, ed. J H Donnelly ve W George. Chicago: AMA, 46–51.
- Bradley, F. (2001). Country–Company Interaction Effects and Supplier Preferences among Industrial Buyers. *Industrial Marketing Management* 30(6): 511–24. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0019850199001169>.
- Brodie, R. J., Hollebeek, L. D., Juric, B., & Ilic, A. (2011). Customer engagement: conceptual domain, fundamental propositions, and implications for research. *Journal of Service Research*, 14(3), 252– 271.
- Brown, J. D. (2009). Statistics Corner. Questions and answers about language testing statistics: Choosing the Right Number of Components or Factors in PCA and EFA. *JALT Testing & Evaluation SIG Newsletter*, 13(2), 19-23.
- Burns, C Alvin, ve F Ronald Bush. (2015). *Pazarlama Araştırması*. Çeviri. ed. Aslıhan Kıymalıoğlu vd. İstanbul: Nobel Yayıncılık.
- Butler, D., Oswald, S. and Turner, D. (1996). The effects of demographics on determinants of perceived health care service quality. *Journal of Management in Medicine*, 10(5), 8-20.
- Camilleri, D. and O’Callaghan, M. (1998). Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(4), 127-33.

- Casaló L., Flavián C., Guinalú M. (2007). The impact of participation in virtual brand communities on consumer trust and loyalty: The case of free software. *Online Information Review*, 31(6), 775-792
- Casaló, L. V., Flavián, C., & Guinalú, M. (2010). Relationship quality, community promotion and brand loyalty in virtual communities: Evidence from free software communities. *International Journal of Information Management*, 30(4), 357–367.
- Chaudhuri, A., & Holbrook, M.B. (2001). The chain of effects from brand trust and brand affect to brand performance: The role of brand loyalty. *Journal of Marketing*, 65(2), 81-93.
<http://journals.ama.org/doi/abs/10.1509/jmkg.65.2.81.18255>.
- Child, D. (2006). *The essentials of factor analysis*. Third Ed. Continuum, London.
- Chin, W.W. (1998). The Partial Least Squares Approach to Structural Equation Modeling. *Modern Methods for Business Research*. 295(2), 295-336.
- Chiu, C. M., Huang, H. Y., ve Yen, C. H. (2010). Antecedents of Online Trust in Online Auctions. *Electronic Commerce Research and Application*, 9, 148–159.
- Chiu, C.M., Chang, C.C., Cheng, H.L., Fang, Y.H. (2009). Determinants of customer repurchase intention in online shopping. *Online Information Review*, 33(4), 761-784.
- Choi, K.S., Lee, H., Kim, C. and Lee, S. (2005). The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service. *Journal of Services Marketing*, 19(3): 140–49.
<http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/08876040510596812>.
- Consuegra, D.M., Molina A. ve Esteban Á. (2007). An integrated model of price, satisfaction and loyalty: an empirical analysis in the service sector. *Journal of Product & Brand Management* 16(7): 459–68.
<http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/10610420710834913>.
- Cristobal, E., Flavián, C. ve Guinalú M. (2007). Perceived e-service quality (PeSQ). *Managing Service Quality: An International Journal* 17(3): 317–40.
<http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/09604520710744326>.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 16(3), 297-334.
- Cronbach, L.J. (1990). *Essentials of Psychological Testing*. 5. baskı New York: Harper Collins.

- Cronin, J., & Taylor, S.. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality". *Journal of Marketing*, 58(1), 125-131. doi:10.2307/1252256.
- Cronin, J.J. ve Steven A. T. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68
- Çoruh, M. (1995). I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. *I.Basamak Sağlık Hizmetlerinde TKY Sempozyumu*, Ankara: Haberal Vakfı Yayınları.
- Dabholkar, P.A., Thorpe D.I., ve Rentz J.O. (1996). A Measure of Service Quality for Retail Stores: Scale Development and Validation. *Journal of the Academy of Marketing Science* 24(1): 2.
- Dagger, T.S., Sweeney, J.C. and Johson, L.W. (2007). A hierarchical model of health service quality. *Journal of Service Research*, 10(2) 123-42.
- Datta, R.,P. (2003). The Determinants of Brand Royalty. *The J of American Academy of Business*, 3(1),138-144
- De Groot, I. B. vd. (2012). Choosing between hospitals: The influence of the experiences of other patients. *Medical Decision Making* 32(6): 764–78.
- Demir, F. O., ve Y. Kırdar. (2007). Müşteri İlişkileri Yönetimi: CRM. *Review of social economic and business studies* 7(8): 293–308.
- Demir, S. (2008). Hastane hizmet kalitesi algılarında farklılaşmaya yol açan sebeplerin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü*.
- Demirel, Y., Yoldaş M.A. ve Divanoğlu S.U. (2009). Algılanan hizmet kalitesinin tatmin, tavsiye davranışı ve tercih üzerine etkisi. *Akademik Bakış* (16): 1–14. <http://www.akademikbakis.org/eskisite/16/10hizmet.htm>.
- Demirer, Ö. ve Bülbül, H. (2014). Kamu ve Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini ve Tercih Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Amme İdaresi Dergisi*, 47 (2), 95-119.
- Dewitt, P. Mc. (1987). Learning by doing: a strategic marketing management in hospitals. *Healthcare Management Rev* 12(1): 23–30.
- Dictionary.com. (2018). Brand | Define Brand at Dictionary.com. <http://www.dictionary.com/browse/brand> (27 Ocak 2018).

- Doaei, H., Kazemi, M., & Hosseini Robot, S. M. (2011). Analyzing the influence of customers' perception of marketing mix on brand equity: The case of Razavi nutritive products. *New Marketing Research Journal*, 1(2), 93–104.
- Donabedian, Avedis. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quarterly* 83(4): 691–729. <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>.
- Doney, M. P. & Cannon, J. P. (1997). An examination of the nature of trust in buyer-seller relationships. *Journal of Marketing*, 61, 35-51
- Donnelly, James H, ve William R George. (1981). *Marketing of Services*. Chicago, AMA.
- Duggirala, D., Rajendran, C. and Anantharaman, R.N. (2008). Patient perceived dimensions of total quality service in healthcare. *Benchmarking: An International Journal*, 15(5), 560-83.
- Dyhan, A. (2017). Il web marketing. <https://semalt.com/tr/qa/6200-il-web-marketing.htm>.
- Ecer, F. ve Cantaş M. (2004). *Pazarlama İlkeleri Teori ve Yaklaşımlar*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Edinsel, S, ve Adıgüzel O. (2014). Türkiye'nin Sağlık Turizmi Açısından Son Beş Yıldaki Dünya Ülkeleri İçindeki Konumu ve Gelişmeleri. *Çankırı Karatekin Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(2): 167–90.
- European Commision (2012). *Patient Involvement Aggregate Report*. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/healthcare/docs/eurobaro_patient_involvement_2012_en.pdf.
- Flexner, W. A. ve Berkowitz E.N. (1979). Marketing Research in Health Services Planning: a Model. *Public Health Reports* 94(6): 503–13.
- Flexner, W.A. (1979). Marketing Research in Health Services Planning: a Model. *Public Health Reports* 94(6): 503–13.
- Fournier, S. and Yao, J. (1997). Reviving brand loyalty: a reconceptualization within the framework of consumerbrand relationships. *International Journal of Research in Marketing*, 14, 451-72.
- Frimpong N.O., Nwankwo S., Dason B., (2010). Measuring service quality and patient satisfaction with access to public and private healthcare delivery. *International Journal of Public Sector Management*, 23(3), 203-220

- Frost, F.A. ve Mukesh K. (2000). INTSERVQUAL – an internal adaptation of the GAP model in a large service organisation. *Journal of Services Marketing* 14(5): 358–77. <https://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/08876040010340991>.
- Fuentes, M.C. (1999). Measuring hospital service quality: a methodological study. *Managing Service Quality*, Vol. 9 No. 4, pp. 230-40.
- Gedenk, K. and Neslin, S. (1999). The role of retail promotion in determining future brand loyalty: Its effect on purchase event feedback. *Journal of Retailing*, 75, 433-459. 10.1016/S0022-4359(99)00018-4.
- Goldstein, S.M., Ward P.T., Leong G.K. ve Butler T.W. (2002). The effect of location, strategy, and operations technology on hospital performance. *Journal of Operations Management* 20(1): 63–75.
- Grace, D. and O'Cass, A. (2005). Examining the effects of service brand communications on brand evaluation. *The Journal of Product and Brand Management. Santa Barbara*. 14, (2/3),106, 111.
- Griffin, J. (1995). *Customer Royalty*, New York, Lexington Books.
- Grol R., Wensing M., Mainz J., Ferreira P., Hearnshaw H., Hjortdahl P., Olesen F., Ribacke M., Spenser T., Szecsenyi J. (1999). Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Family Practice*, 16 (1), 4–11.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Jung, H. P., Ferreira, P., Hearnshaw, H.. (2000). Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 50(460): 882–87. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11141874>.
- Gross, R. and Nirel, N. (1998), “Quality of care and patient satisfaction in budget holding clinics”, *International Journal of Health care Quality Assurance*, Vol. 11 No. 3, pp. 77-89.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing* 18(4): 36–44. <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/EUM0000000004784>.
- Gundlach, G. T. (2007). The American Marketing Association's 2004 Definition of Marketing: Perspectives on Its Implications for Scholarship and the Role and Responsibility of Marketing in Society. *Journal of Public Policy & Marketing* 26(2): 243–50. <http://journals.ama.org/doi/abs/10.1509/jppm.26.2.243>.

- Gümüş R., Saribas S. (2016). Utilization of Home Health Care Services Provided By Government Among Elderly Individuals Between 2010 and 2015 in Diyarbakir, Turkey. *Turkish J of Geriatrics*, 2016, 19 (3) 189-194.
- Gümüş, R. (2016). Hastane web sitelerinin e-hizmet kalitesinin kullanıcıların hastane tercihleri üzerindeki etkisinin incelenmesi. *10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*, Ankara.
- Gümüş, R. ve Sahin A. (2015). A research about job satisfaction of medical secretaries working in a public hospital in the city center of Diyarbakir, Turkey. *Journal of Hospital Administration* 4(5): 90.
<http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jha/article/view/7279> (27 Ocak 2018).
- Gümüş, R. ve Sönmez Y. (2018). Quality of online communication tools at hospital and their effects on health service consumers' preferences. *International Journal of Healthcare Management* In Press.
- Ha H.Y. (2004). Factors influencing consumer perceptions of brand trust online. *Journal of Product & Brand Management*, 13(5), 329-342,
- Haemoon O. (1999). Service quality, customer satisfaction, and customer value: A holistic perspective. *International Journal of Hospitality Management* 18(1): 67–82.
- Hasin, M.A.A., Seeluangsawat R. ve Shareef M.A. (2001). Statistical measures of customer satisfaction for health care quality assurance: a case study. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 14(1): 6–14.
<http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/09526860110366214>.
- Hausman, A. (2004). Modeling the patient-physician service encounter: Improving patient outcomes. *Journal of the Academy of Marketing Science* 32(4): 403–17.
- Haywood F.J. (1988). A Conceptual Model of Service Quality. *International Journal of Operations & Production Management* 8(6): 19–29.
- Headley, D.E. and Miller, S.J. (1993). Measuring service quality and its relationship to future consumer behaviour. *Journal of Health Care Marketing*, 13(4), pp. 32-40.
- Hellier P.K., Geursen G.M., Carr R.A., Rickard J.A. (2003). Customer repurchase intention: A general structural equation model. *European Journal of Marketing*, 37(11/12), 1762-1800

- Hosseini, M. H., & Rezaie, M. (2011). An investigation on effective factors in brand loyalty of dairy products market. *Journal of Business Management Perspective*, 5(38), 57–79.
- Howard J. ve Sheth, J. (1969). *The Theory of Buyer Behavior*, Willey, New York.
- Hung, Y. L., & Fu, C. S, (2010). Brand management model of vocational high schools in Taiwan. *Procedia Social & Behavioral Sciences*, 2(2), 4229–4233.
- Iglesias, V., Belen, A.D.I. and Vazquez, R. (2001). The effects of brand associations on the consumer response. *Journal of Consumer Marketing*, Vol. 18, pp. 410-25
- Internet World Stats. (2017). World Internet Users Statistics and 2017 World Population Stats?. *Internet Usage Statistics The Internet Big Picture: 3*. <http://www.internetworldstats.com/stats.htm> (28 Ocak 2018).
- Irfan, S.M., & Ijaz, A. (2011). Comparison of service quality between private and public hospitals: Empirical evidences from Pakistan. *Journal of Quality and Technology Management*, 4(1), 1-22
- Işık, O. (2016). Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 19(1): 54–72.
- Jabnoun, N. and Chakar, M. (2003). Comparing the quality of private and public hospitals. *Managing Service Quality*, Vol. 13 No. 4, pp. 290-9.
- Jara, Antonio J., María Concepción Parra, ve Antonio F. Skarmeta. 2012. Marketing 4.0: A new value added to the marketing through the Internet of things. *Proceedings - 6th International Conference on Innovative Mobile and Internet Services in Ubiquitous Computing, IMIS 2012*, 852–57.
- Johnson & Johnson. (2012). *The Growing Importance of More Sustainable Products in the Global Health Care Industry*. https://www.jnj.com/_document?id=00000159-6a81-dba3-afdb-7aeba25f0000 (28 Ocak 2018).
- Kannan, P. K., ve Hongshuang A. L. (2017). Digital marketing: A framework, review and research agenda. *International Journal of Research in Marketing* 34(1): 22–45.
- Kara, A., Lonial, S., Tarim, M. and Zaim, S. (2005). A paradox of service quality in Turkey. *European Business Review*, Vol. 17 No. 1, pp. 5-20.
- Karaca, Ş. (2015). *Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama*. İstanbul: Beta yayınevi.

- Karaçor, S. ve A. Arkan. (2014). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma. *Selçuk Üniversitesi İletişim Dergisi* 8(2): 90–118.
- Karafakioğlu, M. (1998). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. 1. baskı İstanbul: Dönence Basım Yayın.
- Karassavidou, E., Glaveli, N. and Papadopoulos, C.T. (2009). Quality in NHS hospitals: no one knows better than patients. *Measuring Business Excellence*, Vol. 13 No. 1, pp. 34-46.
- Kavak, B. (2017). *Pazarlama ve Pazar Araştırmaları*. 2. baskı Ankara: Detay Yayıncılık.
- Kavuncubaşı, Ş. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. 2. baskı İstanbul: Siyasal Kitabevi.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa A. (2008). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Keller, K.L. (1993). Conceptualizing, Measuring, and Managing Customer-Based Brand Equity. *Journal of Marketing*, 57, 1-22. <http://dx.doi.org/10.2307/1252054>
- Kenneth, T.R. (1993). Expectations, Performance Evaluation, and Consumers' Perceptions of Quality. *Journal of Marketing* 57(4): 18.
- Kıray, C. (2015). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi*.
- Kilbourne, W.E., Duffy, J.A., Duffy, M. and Giarchi, G. (2004). The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health care quality. *Journal of Services Marketing*, Vol. 18 No. 7, pp. 524-33.
- Kim, H.B. ve Kim W.G. (2005). The relationship between brand equity and firms' performance in luxury hotels and chain restaurants. *Tourism Management* 26(4): 549–60.
- Kim, J. H., & Hyun, Y. J. (2011). A model to investigate the influence of marketing-mix efforts and corporate image on brand equity in the IT software sector. *Industrial Marketing Management*, 40(3), 424–438.
- Kim, K., Kim, K., Kim, D., Kim, J. & Kang, S. (2008). Brand equity in hospital marketing. *Journal of Business Research*, 61(1), 75-82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbusres.2006.05.010>

- Kitapci, O., Akdogan C. ve Dortyol İ.T. (2014). The Impact of Service Quality Dimensions on Patient Satisfaction, Repurchase Intentions and Word-of-Mouth Communication in the Public Healthcare Industry. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 148: 161–69.
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877042814039342>.
- Koçel, T. (2014). *İşletme Yöneticiliği*. 17. baskı İstanbul: Beta Yayınevi.
- Kohli, A.K., Jaworski B.J., ve Kumar A. (1993). “MARKOR: A Measure of Market Orientation”. *Journal of Marketing Research*, 30(4), 467-477.
- Kotler, P. (2000). *Pazarlama Yönetimi: Milenyum Baskı*. ed. Muallimoğlu N. İstanbul: Beta.
- Kotler, P. ve Armstrong G. (2010). *Principles of Marketing*. Essex, Pearson Education Press.
- Kotler, P., Kartajaya H. ve Setiawan I. (2011). *Marketing 3.0: From Products to Customers to the Human Spirit*, NJ, John Wiley and Sons.
- Kotler, P., Kartajaya H. ve Setiawan I. (2017). *Marketing 4.0 Moving from Traditional to Digital*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Kotler, P., ve K. L. Keller. 2009. *Marketing management (13th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Koutelekos, J., Yorgos N.P., Keresia M., Nadia B. and Manetos P. (2008). Primary care clinic location decision making and spatial accessibility for the region of Thessaly. *Health Science Journal* 2(1): 20–24..
- Kullberg, A., Sharp, L., Johansson, H., & Bergenmar, M. (2015). Information exchange in oncological inpatient care–Patient satisfaction, participation, and safety. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(2), 142–147.
- Kumar, V., & Bhagwat, Y. (2010). Listen to the customer. *Marketing Research*, 22(2), 14–19.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık ekonomisi ve hastane yönetimi*. İstanbul: Değişim dinamikleri yayınları.
- Lam, S.K. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patients opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management*, 8 (4), 145-53.
- Lamb, C.W., Hair JF., ve McDaniel C. (2012). *Essentials of Marketing*. 7. baskı Maison: South Western Cengage Learning.
<https://www.cengage.com/c/essentials-of-marketing-7e-lamb>.

- Laroche, M., Habibi, M. R., & Richard, M.O. (2012). To be or not to be in social media: How brand loyalty is affected by social media? *International Journal of Information Management*, 33(1), 76-82.
- Lau, M., Chang, M., Moon, K. & Liu, W. (2006). The brand loyalty of sportswear in Hong Kong. *Journal of Textiles and Apparel Technology and Management*, 5 (1), 1-13.
- Lawthers, A.G., Rozanski, B.S., Nizankowski, R. and Rys, A. (1999). Using patient surveys to measure the quality of outpatient care in Krakow, Poland. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(6), 497-506.
- Lee, J. (2005). Measuring service quality in a medical setting in a developing country: the applicability of SERVQUAL. *Services Marketing Quarterly*, Vol. 27 No. 2, pp. 1-14.
- Leebov, W, ve G Scott. (1994). *Service quality improvement the customer satisfaction strategy for health care*. Chicago: American Hospital Association.
- Lieberman, A. ve T. M. Rotarius. (2001). Marketing in today's health care environment. *The health care manager* 19(4): 23–28.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. 22, 140-55
- Likert, R., Roslow S. ve Murphy G. (1934). A simple and Reliable Method of Scoring the Thurston Attitude Scales. *Gardner Journal of Social Psychology*, 5, 228-238.
- Lim, P. and Tang, N. (2000). Study of patients expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 13 No. 7, pp. 290-9.
- Lin, C.T., Lee C. ve Chen ZJ. (2010). An Expert System Approach to Medical Region Selection for a New Hospital Using Data Envelopment Analysis. *I - Business* 2(2): 128–38..
- Lovelock, C.H. (1996). *Service Marketing*. 3. baskı New Jersey: Prentice Hall.
- Lytle, R.S., Hom P.W. ve Mokwa M.P. (1998). SERV*OR: A managerial measure of organizational service-orientation. *Journal of Retailing*, 74(4), 455-489.
- Mahapatra, S. (2013). A comparative study of service quality between private and public hospitals: Empirical evidences from India. *Journal of Medical Marketing*, 13(2), 115–127.

- Marcus, B., Aaker D. ve Cohen D. (1975). *Modern Marketing*. 1. baskı New York: Random House.
- Martin, L.C. (1996). Consumer-to-consumer relationships: satisfaction with other consumers' public behavior", *The Journal of Consumer Affairs*, 30, 146-68
- Maslach, C., Jackson S.E. ve Leiter M.P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 191-218). Lanham, MD, US: Scarecrow Education.
- Mattsson, J. (1992). A Service Quality Model Based on an Ideal Value Standard. *International Journal of Service Industry Management* 3(3): 18–33. <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/09564239210015148>.
- McAlexander, J.H., Kaldenburg, D.O. and Koenig, H.F. (1994). Service quality measurement. *Journal of Health Care Marketing*, 14(3), 34-40.
- Mccarthy, E.J. (1964). Basic Marketing: A Managerial Approach. *Academy of Marketing Science*.
- Mela, C.F., Gupta S. and Lehmann D.R. (1997). The LongTerm Impact of Promotion and Advertising on Consumer Brand Choice. *Journal of Marketing Research*, 34, 248–261
- Menderes, M., ve Ersoy K. (1995). *Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi , Hastane Sistemi ve Hasta Alt Bakım Sistemi , Hastane İşletmeciliği: Seçme Yazılar*. ed. Hikmet Seçim. Eskişehir.
- Merlis, M. (2007). Health Care Price Transparency and Price Competition. *Health (San Francisco)*.
- Miller H. (2018). Patient Rooms: A changing scene of healing. https://www.hermanmiller.com/content/dam/hermanmiller/documents/research_summaries/wp_Patient_Rooms.pdf (27 Ocak 2018).
- Moisescu, O. (2006). A Conceptual Analysis of Brand Loyalty As Core Dimension of Brand Equity. *Competitiveness and Stability in the Knowledge Based Economy No. International Conference Proceedings*, Craiova, 1128–36. <http://faculty.mu.edu.sa/public/uploads/1358445325.9378brand95.pdf>.
- Moorman, C., Deshpande, R. and Zaltman, G. (1993). Factors Affecting Trust In Market Research Relationships. *Journal of Marketing*, 57, 81-101.
- Morgan M.R. & Shelby H.D. (1994). The Commitment-Trust Theory of Relationships Marketing. *Journal of Marketing*, 58 (July 1994), 20-38

- Mostafa, M.M. (2005). An empirical study of patients expectations and satisfactions in Egyptian hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(6), 516-32.
- Mucuk, İ. (2016). *Pazarlama İlkeleri*. 20. baskı İstanbul: Türkmen yayınevi.
- Mulhern, F., Williams J.D. and Leone R.P. (1998). Variability of Brand Price Elasticity Across Retail Stores: Ethnic, Income, and Brand Determinants. *Journal of Retailing*, 74 (3), 427
- Narang, R. (2010). Measuring perceived quality of health care services in India. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(2), 171-86.
- Nelson, E.C., Rust, R.T., Zahorik, A., Rose, R.L., Batalden, P. and Siemanski, B.A. (1992). Do patient perceptions of quality relate to hospital financial performance? *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 12 No. 4, pp. 6-13.
- Netemeyer, Richard G. vd. (2004). Developing and validating measures of facets of customer-based brand equity. *Journal of Business Research*.
- Nguyen N., Leclerc A. and LeBlanc G. (2013). The Mediating Role of Customer Trust on Customer Loyalty. *Journal of Service Science and Management*, 6 (1), 96-109. doi: 10.4236/jssm.2013.61010.
- Nitin, R V., Narendranath V. ve Devakumar G. (2016). An Empirical Study on Marketing Mix Strategies on Healthcare Services in a Tertiary Care Hospital. *International Journal of Management and Applied Science (IJMAS)* 2(10): 19–24.
- Nufusu.com. (2017). “2017 Yılı Diyarbakır Nüfusu”.
- Odabaşı, Y. (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Odabaşı, Y. ve Gülfidan B. (2002). *Tüketici Davranışı*. 2. baskı İstanbul: Kapital Medya.
- Oyeniye, O. (2011). Sales Promotion and Consumer Loyalty: A Study of Nigerian Telecommunication Industry. *Journal of Business Perspective*, 13(4), 35-48.
- Öz, M. ve Uyar E. (2014). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Üzerinde Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 16(26): 123–32. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/107149>.

- Özdamar, K. (2002). *Paket Programlarla İstatistik Veri Analizi*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Özkaya, B. (2010). İşletmelerin Sosyal Sorumluluk Anlayışının Uzantısı Olarak Yeşil Pazarlama Bağlamında Yeşil Reklamlar. *Marmara Üniversitesi SBE Öneri Dergisi* 9(34): 247–58.
- Özkoç, H. (2013). Hastaların Sağlık Kurumu Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Uygunluk Analizi Ve Nested Logit Model. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 15(2): 267–80.
- Palmer, A. (2014). *Principles of Services Marketing*. London: Mc Graw Hill Education.
- Parasuraman, A., Zeithaml V.A. ve Berry L.L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing* 49(4): 41. <https://www.jstor.org/stable/1251430?origin=crossref>.
- Parasuraman, A., Zeithaml V.A. ve Berry L.L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* Volume 64(1): 12–40.
- Parasuraman, A., Zeithaml V.A., ve Malhotra A. (2005). E-S-QUAL. *Journal of Service Research* 7(3): 213–33. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1094670504271156>.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (1988). A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, Vol. 64, 12-40
- Park, C.S, ve Srinivasan V. (1994). A Survey-Based Method for Measuring and Understanding Brand Equity and Its Extendibility. *Journal of Marketing Research* 31(2): 271. <https://www.jstor.org/stable/3152199?origin=crossref>.
- Patil, D.A. (2011). Mobile for Health (mHealth) in Developing Countries: Application of 4 Ps of Social Marketing. *Journal of Health Informatics in Developing Countries* 5(2): 317–26.
- Paul, D P, ve E D Honeycutt. (1995). An analysis of the hospital-patient marketing relationship in the health care industry. *Journal of hospital marketing* 10(1): 35–49.
- Perreault, W.D.Jr, ve McCarthy E. J. (1997). *Essentials of Marketing- A Global Managerial Approach*. New York: Times Mirror Higher Education Group.

- Peter D. (2003). *Değer Temelli Pazarlama: Şirketinizi Büyütmek ve Hissedar Değeri Yaratmak için Pazarlama Stratejileri*. (Çev. Gülfidan Barış), İstanbul, MediaCat.
- Pitt, C. (1993). Quality health care: Identifying and meeting customer needs. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 6(6): 25–28.
- Polsa, P., Spens, K., Soneye, A., & Antai, I. (2011). Comparing the perceived quality of private and public health services in Nigeria. *Journal of Management Policy and Practice*, 12(7), 18-26.
- Pomirleanu, N., Schibrowsky J.A., Peltier J. ve Nill A. (2013). A review of internet marketing research over the past 20 years and future research direction. *Journal of Research in Interactive Marketing* 7(3): 166–81. <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/JRIM-01-2013-0006>.
- Pourdeghan, A. (2015). Journal The impact of marketing mix elements on brand loyalty : A case study of mobile phone industry. *Marketing and branding research*, 2(1), 44-63
- Prakash, A. (2002). Green marketing, public policy and managerial strategies. *Business Strategy & the Environment (John Wiley & Sons, Inc)* 11(5): 285–97.
- Pritchard, M. P., Havitz, M. E. & Howard, D. R. (1999). Analyzing the commitmentloyalty link in service contexts. *Journal of Academy of Marketing Science*, 27, 333-348.
- Purcărea, V.L., Gheorghe I.R., ve Petrescu C.M. 2013. The Assessment of Perceived Service Quality of Public Health Care Services in Romania Using the SERVQUAL Scale. *Procedia Economics and Finance* 6: 573–85.
- Ramsaran-Fowdar, R.R. (2008). The relative importance of service dimensions in a healthcare setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), 104-24.
- Rao, K.D., Peters, D.H. and Bandeen-Roche, K. (2006). Towards patient centered health services in India – a scale to measure patient perceptions of quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(6), 414-21.
- Raposo, M.L., Alves, H.M. and Duarte, P.A. (2009). Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare: a patient’s satisfaction index. *Service Business*, 3, 85-100.

- Rose, R.C., Uli, J., Abdul, M. and Ng, K.L. (2004). Hospital service quality: a managerial challenge. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(3), 146-59.
- Rust, R.T. and Zahorik, A.J. (1993). Customer satisfaction, customer retention, and market share. *Journal of Retailing*, 69, 193-215.
- Sezer, A. (1999). Sağlık hizmetlerinde pazarlama stratejilerinin müşteri tatmini yaratmaya etkileri. *Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi*.
- Shahbaz S., Kaufmann H.R. and Shehzad M. (2010). Service quality, word of mouth and trust: Drivers to achieve patient satisfaction. *Scientific Research and Essays*, 5(17), 2457-2462.
- Shemwell, D.J. and Yavas, U. (1999). Measuring service quality in hospitals: scale development and managerial applications. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 7(3), 65-75.
- Sherriff TK, Leslie SC (2008). The moderator effect of monetary sales promotion on the relationship between brand trust and purchasing behavior. *J Brand Manage*, 15(1), 452-464
- Sirdeshmukh, D., Singh, J. ve Sabol, B. (2002). Consumer Trust, Value, and Loyalty in Relational Exchanges. *Journal of Marketing*, 66, 1, 15-37.
- Smith, D.C., ve Aaker D. (1992). Managing Brand Equity: Capitalizing on the Value of a Brand Name. *Journal of Marketing* 56(2): 125.
<https://www.jstor.org/stable/1252048?origin=crossref>.
- Smith, P.C., Kendall L.M, ve Hulin C.L. (1969). *The Measurement of Satisfaction in Work and Retirement: a Strategy for the Study of Attitudes*. Rand McNally Psychology Series.
- So, K.K.F., King, C., Sparks, B. A., & Wang, Y. (2016). The Role of Customer Engagement in Building Consumer Loyalty to Tourism Brands. *Journal of Travel Research*. 55(1): 64-78.
- Sohail, M.S. (2003). Service quality in hospitals: more favorable than you might think. *Managing Service Quality*, 13(3), 197-207.
- Solomon, M. R. (2006). *Consumer behavior: buying, having and being', international edition by M. R. Solomon*. New Jersey: Prentice Hall.

- Song, Y., Hur W.M. ve Kim M. (2012). Brand Trust and Affect in the Luxury Brand–Customer Relationship. *Social Behavior and Personality: an international journal* 40(2): 331–38.
- Sower, V., Duffy, J.A., Kilbourne, W., Kohers, G. and Jones, P. (2001). The dimensions of service quality for hospitals: development and use of the KQCAH scale. *Health Care Management Review*, 26(2), 47-58.
- Spector, P.E. (1997). *Personnel Psychology Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes, and Consequences*.
- Sreenivas, T, Srinivasarao B., Srinivasa Rao U, ve India A. (2013). An Analysis on Marketing Mix in Hospitals. *International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences* 2(4): 187–207.
- Statista. (2018). e-health | Statista Market Forecast.
<https://www.statista.com/outlook/312/100/ehealth/worldwide> (28 Ocak 2018).
- Stodolak, Frederick. (2008). Hospital zero-base pricing can make a difference. *Healthcare financial management: journal of the Healthcare Financial Management Association* 62(9): 102–6, 108.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18782987>.
- Suhr, D. (2006). Exploratory or confirmatory factor analysis? *Statistics and Data analysis*, SAS Institute Inc., 200–231.
- Sunal, İ. (2016). Bireylerin Hastane Seçiminde Hastanenin Tanınırlığı Ve Kurumsal Marka İmajı Tercihleri Analizi. *Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi*.
- Swanson, S.R., ve Kelley S.W. (2001). Attributions and Outcomes of the Service Recovery Process. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 9(4), 50-65.
- Şahin, Ş. (2013). Merkezi hastane randevu sistemi uygulamasının etkinlik, farkındalığının, hasta bekleme süresine ve memnuniyetine etkisinin ağız ve diş sağlığı merkezinde değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi*.
- Şantaş, F., A. Kurşun, ve A. Kar. (2016). Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 19(1): 17–33.
- Şeker, M., Saldanlı A. ve Bektaş H. (2014). *TRC2 Bölgesi Yaşam Kalitesi Araştırması*. Diyarbakır. Karacadağ Kalkınma Ajansı.
https://www.karacadag.gov.tr/Planlama/Dosya/www.karacadag.org.tr_2_WG0K71AR_trc2_bolgesi_yasam_kalitesi_arastirmasi.pdf.

- Şule, E. (2008). Sağlık Sektöründe Marka Yaratma Ve Hastane Seçiminde Markanın Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi.*
- T.C. Resmi Gazete (1928). Resmi Gazete *Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun.* <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf> (28 Ocak 2018).
- T.C. Resmi Gazete (1960). *Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi.* Resmi Gazete. <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10436.pdf> (28 Ocak 2018).
- T.C. Resmî Gazete (2006). *Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik.* 26326. (21.10.2006) <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/10/20061021-7.htm> (28 Ocak 2018).
- T.C. Resmi Gazete (2003a). Ticari reklam ve ilanlara ilişkin ilkeler ve uygulama esaslarına dair yönetmelik". *14.06.2003.* <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/06/20030614.htm#9> (28 Ocak 2018).
- T.C. Resmi Gazete (2003b). Tüketicinin Korunmasına Hakkında Değişiklik yapılmasına Dair kanun. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/03/20030314.htm> (28 Ocak 2018).
- T.C. Resmi Gazete (2004). 28.04.2004 *Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliği.* 25446. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/04/20040428.htm#5> (28 Ocak 2018).
- T.C. Resmi Gazete (2008). 15.02.2008 *Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik.* 26788. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/02/20080215-4.htm> (28 Ocak 2018).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2017). *Türkiye'de Vatandaşların Sağlık Hizmetlerine Yönelik Beklenti ve Memnuniyeti Araştırması Sonuç Raporu.* <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/552>.
- Taner, T. and Antony, J. (2006). Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Leadership in Health Services*, 19(2), i-x.
- Tarım, M, ve H Zaim. (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri üzerine bir alan araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları* 59(2): 1–24.
- Taylor, S. A., Celuch, K. and Goodwin, S. (2004). The importance of brand equity to customer loyalty, *Journal of Product and Brand Management*, 13(4), 217-227

- Taylor, S.A. and Cronin, J.J. (1994). Modeling patient satisfaction and service quality. *Journal of Health Care Marketing*, 14 (1), 34-44.
- Taylor, S.A. ve Cronin J.J. (1994). An Empirical Assessment of the Servperf Scale. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 2(4), 52-69.
- TDK. "TÜRK DİL KURUMU".
http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5a6ca10950f5c7.59317504 (27 Ocak 2018).
- Tekin, B . (2015). Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Etkinliği: Bir Kamu Hastanesi ve Özel Hastane Karşılaştırması. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6 (1), 483-506. Retrieved from
<http://dergipark.gov.tr/jiss/issue/25890/272795>
- Tengilimoğlu, D. (2016). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. 4. baskı İstanbul: Siyasal Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D., Işık O. ve Akbolat M. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. 7. baskı İstanbul: Nobel.
- Theng, L.G. ve Lee, S.H. (1999). Consumers' Trust in a Brand and the Link to Brand Loyalty. *Journal of Market-Focused Management*, 4(4), 341-370.
- Tiago, M.T.P.M.B. ve Verissimo J.M.C. (2014). Digital marketing and social media: Why bother? *Business Horizons* 57(6): 703–8.
- Tomes, A.E. and Ng, S.C.P. (1995). Service quality in hospital care: the development of an in-patient questionnaire. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8(3), 33.
- Torres, E.Z.V.P. ve Barra C. (2009). The path of patient loyalty and the role of doctor reputation. *Health Marketing Quarterly* 26(3): 183–97.
- TSE- Kütüphane. TSE. <https://www.tse.org.tr/IcerikDetay?ID=2264&ParentID=4711> (29 Ocak 2018).
- Tüfekçi, N., İnce O.G. ve Tüfekçi O.K. (2016). Isparta'daki Özel Hastanelerin Marka Stratejilerini Belirleyen Faktörlere Yönelik Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 21(1): 321–38.
- Türk Tabipler Birliği. (1999). *Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları*.
http://www.tb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=65&Itemid=31 (28 Ocak 2018).

- United Nations (2017). *World Population Aging Report, Department of Economic and Social Affairs Population Division*. New York 2017, United Nation Publications. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Report.pdf Erişim tarihi:2.2.2019
- Usher, W. ve Skinner J. (2011). Categorizing health websites: E-knowledge, e-business and e-professional. *Health Education Journal* 70(3): 285–95.
- Uslu A.T., Bayraktar A. (2000). İnternet'te Marka Yaratımı. *Pazarlama Dünyası*, 14(4): 10, 2000.
- Usman Y., Zulfiqar R., Aslam M. ve Altaf M. (2012). Studying brand loyalty in the cosmetics industry. *Scientific Journal of Logistics* 8(4): 327–37. <http://www.logforum.net>.
- Usta, H. (2000). Sağlık hizmetlerinin pazarlamasında tutundurma politikası, sağlık personeli ve hastaların reklama ilişkin görüşlerine ilişkin bir devlet hastanesi örneği. *Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi*.
- Uz, H. (1995). Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi için gerekli Ön koşullar ve bu konuda Danimarka Tecrübeleri. *I.Basamak Sağlık Hizmetlerinde TKY Sempozyumu*, Ankara: Haberal Vakfı Yayınları.
- Uzunal, B. ve Uydacı M. (2010). Sağlık kurumlarında ağızdan ağıza pazarlama ve bir pilot çalışma. *ÖNERİ: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 9(34): 87–95. http://uvt.ulakbim.gov.tr/uvt/index.php?cwid=9&vtadi=TSOS&c=ebSCO&ano=150594_7c7904594dd48c18ba7a2f5ed112d5cb&?
- Uzunkaya T., (2016). Marka sadakatının tekrar satın alma niyetine etkisi ve GSM sektöründe bir araştırma. *BUJSS*, 9(2), 58-67
- Ünal, S , Büyük, H , Aydın, H . (2013). Perakende Akaryakıt Sektöründe Marka Sadakatine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma / A Research on the Factor Affecting of Brand Loyalty in the Retail Fuel Sector. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17 (1), 363-376.
- Üreten, S. (2004). *Üretim /İşlemler Yönetimi; Stratejik Kararlar ve Karar Modelleri*. Ankara: Gazi Kitabevi.

- Van Vuuren, T., Roberts-Lombard, M., & Van Tonder, E. (2013). Customer satisfaction, trust and commitment as predictors of customer loyalty within an optometric practice environment. *Southern African Business Review*, 16(3), 81-96.
- Vandamme, R. and Leunis, J. (1993). Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality. *International Journal of Service Industry Management*, 4(3), 30-49.
- Varinli, İ. ve Çakır A. (2004). Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini Ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki -Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 17(2): 33–52. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/219295>.
- Verda E., Güler M. ve Giritlioğlu H. (2008). *Sağlık Hizmetlerinde Reklam ve Tanıtım*. 1. baskı Ankara: Türk Tabipler Birliği. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/reklamvetanitim.pdf>.
- Vijay S., ve Motwani D. (2014). Service Marketing Mix of Indian Hospitals : a Critical. *Czech Journal of Social, Business and Economics* 3(2): 65–72.
- Villarejo-Ramos, A. & Sánchez-Franco, M. J. S. (2005). The impact of marketing communication and price promotion on brand equity. *Journal of Brand Management*, 12(6), 431-444.
- Vinodhini, Y, ve Kumar B.M. (2010). Brand equity in hospital marketing. *Summer Internship Society* 2(1): 89–93.
- Vivek S.D., Beatty S.E. & Morgan R.M. (2012). Customer Engagement: Exploring Customer Relationships Beyond Purchase. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 20:2, 122-146, DOI: 10.2753/MTP1069-6679200201
- Weiss, D.J., Dawis R., England G., ve Lofquist L. (1967). Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire. *Manual for the Minnesota Satisfaction Survey*.
- WHO. 2013. “WHO | Health policy”. *WHO*. http://www.who.int/topics/health_policy/en/ (27 Ocak 2018).
- WHO. 2016. “WHO | Constitution of WHO: principles”. *WHO*. <http://www.who.int/about/mission/en/> (27 Ocak 2018).

- Wilson, A., Zeithaml V.A., Bitner M.J. ve Gremler D.D. (2012). *Services marketing : integrating customer focus across the firm*. McGraw-Hill Higher Education. [https://pure.strath.ac.uk/portal/en/publications/services-marketing\(555824f5-34fc-4851-9a9b-dd3c722c724e\)/export.html](https://pure.strath.ac.uk/portal/en/publications/services-marketing(555824f5-34fc-4851-9a9b-dd3c722c724e)/export.html) (27 Ocak 2018).
- Winterberg, B. (2013). Tools for Digital Age Marketing. *Journal of Financial Planning*, 26(1): 32–33. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=buh&AN=84743132&site=eds-live&authtype=ip,uid>.
- Wisniewski, M. and Wisniewski, H. (2005). Measuring service quality in a hospital colposcopy clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(3), 217-28.
- Wood, L.M. (2004). Dimensions of brand purchasing behaviour : Consumers in the 18–24 age group. *Journal of Consumer Behaviour* 4(1): 9–24.
- Wu, C.C. (2011). The Impact Of Hospital Brand Image On Service Quality, Patient Satisfaction And Loyalty. *African Journal of Business Management* 5(12): 4873–82. <http://www.academicjournals.org/journal/AJBM/article-abstract/2D2C9AC21029>.
- Yağcı, M., Duman, T. (2011). Hizmet kalitesi - müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre karşılaştırılması: devlet, özel ve üniversite hastaneleri uygulaması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7 (2), 218-238.
- Yaraş, E. (2005). Tüketicilerin Pazarlama Karması Kararları Ve Marka Değeri Algılamaların Göre Kümeler Halinde İncelenmesi. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi/Journal of Economics*, 19(2), 349-372.
- Yılmaz, E. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Ağızdan Ağıza Pazarlama. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi* (1): 1–19. <http://dergipark.gov.tr/marusad/issue/391/2748> (27 Ocak 2018).
- Yogeshi P.P. ve Satyanarayana T.C. (2013). Dimensions of hospital service quality: A critical review: Perspective of patients from global studies. *International J of Health Care Quality Assurance*, 26(4), 308-340
- Yoo, B., and Donthu, N. (2001). Developing a Scale to Measure the Perceived Quality of an Internet Shopping Site (SITEQUAL). *Quarterly Journal of Electronic Commerce*, 2 (1), 31-47.

- Yoo, B., Donthu N., ve Sungho L. (2000). An examination of selected marketing mix elements and brand equity. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28(195), <https://doi.org/10.1177/0092070300282002>
- Youssef, F., Nel, D. and Bovaird, T. (1995). Service quality in NHS hospitals. *Journal of Management in Medicine*, Vol. 9 No. 1, pp. 66-74.
- Yozgat, U. ve Deniz R.B. (2011). Ağızdan ağıza pazarlama (AAP)' olumlu ve olumsuz tavsiyelerin tüketicilerin ürün satın alma kararları üzerindeki etkisini ölçmeye yönelik üniversite gençleri üzerinde bir araştırma. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi* (7): 43–63.
- Yozgat, U., ve Deniz R.B. (2010). Marka krebilitesinin müşteri tatmini, sadakat, zorunlu bağlılık, ağızdan ağıza pazarlama ve marka değiştirme eğilimi üzerine etkisi (banka müşterileri üzerine bir araştırma). *15. Ulusal Pazarlama Kongresi*, İzmir, 125–32.
- Yozgat, Uğur. (1993). Satisfying Customers. *Marmara İletişim Dergisi* 3(3): 199–204. <http://dergipark.gov.tr/maruid/issue/436/3274> (27 Ocak 2018).
- Zehir, C., Sahina, A., Kitapci, H., & Ozsahin, M. (2011). The effects of brand communication and service quality in building brand loyalty brand through brand trust the empirical research on global brands. *The Journal of Procedia Social and Behavioral Sciences*, 24, 1218-1231.
- Zeithaml, V. A., Parasuraman A. ve Malhotra A. (2000). *E-service quality: Definition, dimensions and conceptual model*. Cambridge, MA.
- Zeithaml, V.A., Berry, L.L. and Parasuraman A., (1996). The Behavioral Consequences of Service Quality. *Journal of Marketing*, 60, 31-46.
- Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. and Berry, L.L. et al. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*, The Free Press, New York, NY
- Zerenler, M. ve Öğüt A. (2013). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. *Journal of Chemical Information and Modeling* 53(9): 1689–99.
- Zhang Y., Fang Y., Wei K. K., Ramsey E., McCole P. and Chen H. (2011). Repurchase intention in B2C e-commerce – A relationship quality perspective. *Information and Management*, 48, 192–200.

Zifko-Baliga, G.M. and Krampf, R.F. (1997). Managing perceptions of hospital quality. *Marketing Health Services*, 17 (1), 28-35.



EKLER

Ek 1. Çalışmada kullanılan anket

BU ANKET ÇALIŞMASI HASTANE TERCİHLERİNİZİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİ BELİRLEMeye YÖNELİK BİR ALAN ARAŞTIRMASIDIR.

1. Cinsiyetiniz Nedir?

Kadın () Erkek ()

2. Kaç Yaşındasınız? ()

3. Medeni durumunuz aşağıdaki seçeneklerden hangisine uygundur?

Evli() Bekar() Boşanmış() Eşi vefat etmiş()

4. Hanenizdeki toplam aylık kazancınız aşağıdaki seçeneklerden hangisine uygundur?

500-1000 () 1001-2000() 2001-5000 () 5001-10000() 10000 den fazla()

5. Eğitim durumunuz nedir?

Okur yazar değil() İlköğretim () Lise () Ön lisans() Lisans() Lisansüstü ()

6. Çalışma durumunuz aşağıdakilerden hangisine uygundur?

İşsiz() Özel sektör() Kamu sektörü () Ev kadını() Emekli() Öğrenci() Engelli çalışmıyor() Diğer()

7. Sigorta durumunuz aşağıdakilerden hangisine uygundur?

SGK() GSS () Emekli sandığı() Bağkur() Devlet memuru() Primini kendi ödüyor() Primini devlet ödüyor() Diğer ()

8. Hangi semtte oturuyorsunuz? Yazınız. (.....)

9. En çok tercih başvurduğunuz hastane hangisidir? Yazınız. (.....)

10. Aşağıdaki soruları **9. Soruda belirttiğiniz hastane** için cevaplayınız.

		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Ne katılıyorum, ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1	X Hastanesinde doktorların ve branşların sayısı yeterlidir.					
2	X hastanesindeki tıbbi hizmetlerin kalitesi tatmin edicidir.					
3	X hastanesinde kullanılan tıbbi cihazlar yüksek teknolojidir.					
4	X hastanesine ödediğim paranın aldığı hizmete değdiğine inanıyorum.					
5	X hastanesinde sık sık uygun fiyat kampanyaları düzenlenir.					
6	X hastanesinde farklı gruplara yapılan indirimleri olumlu buluyorum.					
7	X hastanesinde ödenen katkı payı yüksektir.					
8	X hastanesinde hizmetlere ulaşım rahattır.					
9	X hastanesinden ayrıldıktan sonra uzaktan da hizmet verirler.					
10	X hastanesinin içi iyi dizayn edilmiştir.					
11	X hastanesinde hizmetler zamanında verilir.					
12	X Hastanesinin içindeki yönlendirmeler yetersizdir.*					
13	X Hastanesi sık sık farklı reklam (SMS, Bilboard, e-posta) araçlarını kullanır.					
14	X hastanesinin web sayfasında aradığım bilgilere ulaşabiliyorum.					
15	X hastanesinin tanıtımı için düzenlediği aktiviteler (Sponsorluk, yardım kampanyaları, seminer,vb.) ilgimi çeker.					
16	X hastanesini kişiler birbirine tavsiye eder.					
17	X Hastanesinin sosyal medya hesapları bilgilendiricidir.					
18	X hastanesinin basında çıkan haberleri ilgi çekicidir.					
19	X Hastanesinde benim de fikrimi alırlar ve beni dinlerler.					
20	X hastanesinde yardımcı tedaviler uygulamam izin verilir.					
21	X hastanesinde benim üstüme düşen görevler hakkında bilgi verilir.					
22	X hastanesinde hasta güvenliği hakkında bilgilendirilirim.					
23	Hastaneye gitmeden önce internetten hastalığım ve hastane hakkında bilgi alırım.*					
24	X Hastanesinde randevularımı telefon veya internetten kendim alırım.*					
25	Bu hastane her zaman ilk tercihim olur.					

26	Bu hastaneyi başkalarına tavsiye ederim.					
27	Eğer istediğim gün için randevu alamazsam uygun zaman için beklerim.					
28	Başka bir hastanede daha iyi bir doktor veya hizmet olsa bile yine bu hastaneye gelirim.					
29	Bu hastanede kendimi güvende hissedirim.					
30	Yapılan tetkik ve tedavilere güven duyarım.					
31	Bir sorunla karşılaşırsam eğer hastane yetkililerinin hemen çözeceğinden eminim.					
32	Bu hastane beni asla hayal kırıklığına uğratmaz.					
33	Kendimi bu hastanenin sadık bir müşterisi olarak görüyorum.					
34	Yakın gelecekte bu hastaneye tekrar gelmeyi düşünüyorum.					
35	Bu hastanenin hasta sayısının yükselmesi için çabalarım.					
36	Yakınlarımdan veya arkadaşlarımdan hastalanan olursa buraya gelmesini sağlarım.					

*Bu sorular faktör analizi sonuçlarına göre istatistik analizlere dahil edilmemiştir.

ÖZGEÇMİŞ

Rojan Gümüş 1972 yılında Ankara’da doğdu. Diyarbakır Anadolu Lisesi’ni bitirdikten sonra, 1994 yılında Ortadoğu Teknik Üniversitesi Matematik Bölümü’nden mezun oldu. 1995 yılında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı’nda asistanlığa başladı.1998 yılında Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Biyoistatistik Anabilim Dalı’nda Meta Analizi üzerinde çalıştığı yüksek lisans eğitimini tamamladı. 2005 yılında Dicle Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Biyoloji Anabilim Dalı’nda Path Analizi üzerine doktora çalışmasını tamamladı. Rojan Gümüş 2006 yılından beri Dicle Üniveristesi Atatürk Sağlık Hizmetleri M.Y.O. bünyesinde Dr.Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır. Müdür yardımcılığı görevini de yapmış olan Rojan Gümüş halen bölüm başkanlığı, program başkanlığı ve yönetim kurulu üyelikleri yürütmektedir. Akademik çalışmalarının yanında 2016 yılından beri Int J of Health Services Research and Policy adında bilimsel derginin baş editörü olan Rojan Gümüş, INESEG Sağlık kongrelerinin dört yıldır yürütme kurulu başkanlığını yapmaktadır. Akademik çalışmalarını biyoistatistik, araştırma teknikleri, halkla ilişkiler, sağlık hizmetlerinde pazarlama, sağlık yönetimi ve iş sağlığı ve güvenliği alanlarında yapan yazar, bu konularda kurumundaki dersleri de yürütmektedir. İyi düzeyde İngilizce bilen Rojan Gümüş, evli ve iki çocuk annesidir.