



**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TÜRKİYE’DE TEDAVİ OLAN YABANCI HASTALARIN
HİZMET ALDIKLARI HASTANEYİ TEKRAR TERCİH ETME
VE BAŞKALARINA TAVSİYE ETMELERİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Halil İbrahim EROL

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

AĞUSTOS, 2020



**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TÜRKİYE'DE TEDAVİ OLAN YABANCI HASTALARIN
HİZMET ALDIKLARI HASTANEYİ TEKRAR TERCİH ETME
VE BAŞKALARINA TAVSİYE ETMELERİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Halil İbrahim EROL

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa ŞEHİRLİ

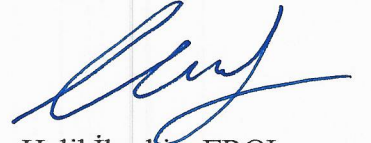
**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

AĞUSTOS/2020

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında:

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tez çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Halil İbrahim EROL

31.08.2020

TÜRKİYE'DE TEDAVİ OLAN YABANCI HASTALARIN HİZMET ALDIKLARI HASTANEYİ TEKRAR TERCİH ETME VE BAŞKALARINA TAVSİYE ETMELERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, yabancılar tarafından hizmet alınan hastanelerin tekrar tercih edilmesinde ve başkalarına tavsiye edilmesinde hangi faktörlerin etkili olduğu konusunda tespitlerde bulunulmuştur. Bu doğrultuda verilecek hizmetlerin şekillenmesinde önerilerde bulunulması amaçlanmıştır. Literatürdeki araştırmalar genellikle memnuniyetin bir hizmeti tekrar satın alma veya tavsiye etme davranışı üzerindeki etkisini ölçmüştür. Hizmet kalitesi boyutlarının tekrar satın alma ve tavsiye davranışı üzerindeki ayrı ayrı etkisi üzerinde durulmuştur. Bu da araştırmanın özgünlüğünü ortaya koymaktadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma için gerekli olan veriler; bakım veya tedavi için İstanbul'a gelen hastalara beş bölümden oluşan soru formlarının yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmasıyla elde edilmiştir. Araştırmada verilerin analizi SPSS 25 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada $\alpha=0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Cinsiyetler arasında ölçek puanları bakımından anlamlı farklılıklar olmadığı, medeni durumlar arasında etkileşim kalitesi, çevresel kalite, fiyatlandırma ve tekrar tercih etme puanları bakımından bekâr katılımcılar lehine anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Tercih edilen sağlık kuruluşundan ilk kez hizmet alan hastalar ile aynı sağlık kuruluşundan daha önce hizmet almış hastaların; süreç kalitesi, etkileşim kalitesi, çevresel kalite, hasta memnuniyet, tavsiye etme ve tekrar tercih etme puanlarında sağlık kuruluşunu ilk kez tercih eden hastalar lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Tavsiye etme puanları ile süreç kalitesi, etkileşim kalitesi, hasta memnuniyeti ve tekrar tercih etme puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarında da temel amaç müşteri kaybı yaşamamak ve yeni müşteriler kazanmaktır. Bu sebeple; sağlık kuruluşları müşterilerinin tekrar tercih etme ve tavsiye etme puanlarının yüksek

olmasını arzu etmektedir. Hastalar olumsuz bir duruma sebep olmayacak şekilde sürekli bilgilendirilmeli, kuruluş personeli hasta ve yakınlarına kibar bir yaklaşım sergilemelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Turizmi, Hizmet Kalitesi, Hasta Sadakati, Tekrar Tercih Etme, Başkalarına Tavsiye Etme



IDENTIFYING THE FACTORS AFFECTING REPURCHASING AND RECOMMENDING DECISIONS OF FOREIGN PATIENTS TREATED IN TURKEY

ABSTRACT

Objective: In this study, it is determined which factors are effective in repurchasing and recommending the hospitals' services by foreigners. Accordingly, it is aimed to make recommendations in shaping the services to be provided. In literature, studies measured the effect of satisfaction on the behavior of repurchasing or recommending a service. In this research, process quality, interaction quality, environmental quality, pricing, trust and satisfaction dimensions are examined as service quality components. The effect of service quality dimensions on repurchasing and recommending behavior was analyzed separately. Consequently, this reveals the originality of the research.

Materials and Methods: The data required for the research; 5-part questionnaires were applied to patients who came to Istanbul for care or treatment by face-to-face interview technique. The data were analyzed using SPSS 25 package program. In the study, $\alpha = 0.05$ was taken.

Results: There were no significant differences between the genders in terms of scale scores, and there were significant differences between marital status in favor of single participants in terms of interaction quality, environmental quality, pricing and repurchasing scores. In favor of the patients who preferred the health institution for the first time, there was a significant difference in the process quality, interaction quality, environmental quality, satisfaction, recommending and repurchasing scores of the patients. There was a significant relationship between recommending scores and process quality, interaction quality, patient satisfaction and repurchasing scores.

Conclusion: As in all businesses, the main purpose of health care institutions is to avoid losing customers and gaining new customers. Therefore; they want their customers to have a high repurchasing and recommending scores. In order to realize these desires, health institutions should manage all processes well and solve the problems that may occur quickly and effectively.

Key Words: Health tourism, Service quality, Patient loyalty, Repurchasing, Recommending

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez konusunun belirlenmesinde, araştırma aşamasında ve tamamlanmasında desteklerini esirgemeyen tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Mustafa ŞEHİRLİ'ye, araştırmanın veri analizi kısmındaki kıymetli desteklerinden dolayı Öğr. Gör. Kürşad Nuri BAYDİLİ'ye, tezin başlangıcından bitişine kadar bana inanan, bildiklerini paylaşan ve bildiklerimi paylaşmayı öğreten kıymetli Arş. Gör. Büşra TEKİN'e, Öğr. Gör. Pir Murat SİVRİ'ye ve değerli arkadaşım Miraç KADIOĞLU'na sonsuz teşekkürler.

Ayrıca gösterdiği sabır ile bu süreçte en büyük destekçilerimden olan anneme, babama ve eşim Betül EROL'a canıgönülden teşekkürlerimi sunuyorum.

Halil İbrahim EROL

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	viii
ÇİZELGE LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. SAĞLIK KAVRAMI	3
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI.....	4
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMACI VE ÖZELLİKLERİ.....	5
2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	6
2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	6
2.4.2. Tedavi Amaçlı Sağlık Hizmetleri	7
2.4.3. Rehabilitasyon Amaçlı Sağlık Hizmetleri.....	9
2.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	10
2.5. SAĞLIK TURİZMİ.....	10
2.5.1. Sağlık Turizmine Giriş.....	10
2.5.2. Sağlık Turizmi Tarihçesi.....	11
2.5.3. Sağlık Turizmi Çeşitleri	13
2.5.3.1. Medikal turizm.....	13
2.5.3.2. Termal/Spa/Wellness turizmi	14
2.5.3.3. İleri yaş ve engelli turizmi	15
2.5.4. Dünyada Sağlık Turizmi	16
2.5.5. Türkiye’de Sağlık Turizmi.....	17
2.6. HASTALARIN TEKRAR TERCİH VE TAVSİYE DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	22
2.6.1. Hasta-Müşteri Kavramı.....	22
2.6.2. Hizmet Kavramı.....	23

2.6.3. Kalite Kavramı.....	24
2.6.4. Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesi Unsurları	25
2.6.4.1. Süreç kalitesi.....	28
2.6.4.2. Etkileşim kalitesi	29
2.6.4.3. Çevresel Kalite.....	30
2.6.4.4. Fiyatlandırma	31
2.6.4.5. Hasta Güveni	33
2.6.4.6. Hasta Memnuniyeti.....	34
2.6.5. Hasta Sadakati.....	37
2.6.5.1. Sadakatin aşamaları ve bileşenleri.....	39
2.6.5.2. Tekrar satın alma niyeti	41
2.6.5.3. Tavsiye etme niyeti.....	43
2.7. Araştırma Konusuyla İlgili Benzer Araştırmalar	45
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	48
3.1. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	49
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	50
3.3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	50
3.4. VERİLERİN ANALİZİ.....	50
4. BULGULAR.....	52
5. TARTIŞMA	65
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
KAYNAKLAR	75
EKLER.....	81
ÖZGEÇMİŞ.....	85

ÇİZELGE LİSTESİ

Çizelge 2.1.	Sağlık Bakanlığı Stratejik Eylem Planı 2013-2017: Sağlık Turizmine İlişkin Amaç ve Hedefler	18
Çizelge 2.2.	Önceki Çalışmalarda İfade Edilen Hizmet Kalitesi Unsurları - Rose (62)'den	27
Çizelge 3.1.	Katılımcıların demografik bilgileri.....	49
Çizelge 4.1.	Ölçek puanlarının cinsiyetlere göre karşılaştırılması	53
Çizelge 4.2.	Ölçek puanlarının medeni durumlara göre karşılaştırılması.....	54
Çizelge 4.3.	Ölçek puanlarının eğitim durumlarına göre karşılaştırılması.....	55
Çizelge 4.4.	Ölçek puanlarının aynı hastanede daha önceden tedavi görme durumlarına göre karşılaştırılması.....	57
Çizelge 4.5.	Ölçek puanlarının tedavi sürelerine göre karşılaştırılması	58
Çizelge 4.6.	Ölçek puanlarının yıllık kişisel gelirlere göre karşılaştırılması.....	60
Çizelge 4.7.	Katılımcıların yaşları ile ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	61
Çizelge 4.8.	Katılımcıların ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	62

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Sağlığı Etkileyen Faktörler - Öksüz (4)'den.....	4
Şekil 2.2. Türkiye'nin Yıllara Göre Turizm Geliri - TÜİK (45)'den	20
Şekil 2.3. Milliyetlerine göre Türkiye'ye gelen turist sayısı - TÜİK (46)'dan.....	21
Şekil 2.4. Sadakat Merdiveni - Buttle (93)'dan	39
Şekil 2.5. Hasta Sadakati Aşamaları - Şenay (50)'dan	39



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
JCI	Joint Commision International
SATURK	Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
TDK	Türk Dil Kurumu



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Küreselleşmenin ivme kazandığı dünyamızda devletler ekonomilerini ayakta tutmak ve geliştirmek zorunda kalmaktadır. Bacasız sanayi olarak nitelendirilen turizm sayesinde ülkelere döviz girdisi olmakta ve bir istihdam alanı yaratılmaktadır. Turizm, amaçlarına göre çeşitlenmektedir. Bunlardan birisi olan sağlık turizmi, sağlığın korunması ve iyileştirilmesi için ikamet edilen yerden başka bir yere seyahat edilmesi ile bu seyahat sonucu sağlık ve turizm olanaklarından yararlanılması olarak ifade edilebilir (1).

Dünyada ve ülkemizde son yıllarda önemi ve popülaritesi gitgide artmakta olan sağlık turizmi, bölgelere özellikle ekonomik anlamda büyük katkılar sunmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Turizmi Daire Başkanlığının 2019 verilerine göre dünyada sadece medikal turizm için seyahat eden insan sayısı yılda 10 milyonu aşmış ve yıllık 100 milyar dolarlık bir ciroya ulaşmıştır (2). Sağlık turizmi için kişi başı ortalama harcama ise 7500 dolara yaklaşmıştır. Dünyada yaşanan bu gelişmelere paralel olarak ülkemizde sağlık turizmi, gelişmekte olan bir sektör olup sağlık sektöründe ülkemizin dünyaya açılan kapısı konumundadır (3).

Buna paralel olarak turizmde kalite kavramı giderek önem kazanmaktadır. Kalite, dünya ekonomisinin hızla büyüyen sektörlerinden biri olan sağlık sektöründe sürdürülebilir bir rekabet avantajı elde etmek için potansiyel bir kaynak olarak görülebilmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışı, hizmetlerin farklılaşmasında ve mükemmelleştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu sebeple kalite kavramının unsurlarının anlaşılması, ölçümü ve iyileştirilmesi tüm sağlık hizmetleri kuruluşları için önemli ve gereklidir.

Hizmet kalitesi algısı oldukça geniş bir alana yayılmaktadır. Bu çalışmada, sağlık sektöründe belirgin bir avantaj sağlamak için kullanılan ve stratejik bir farklılaşma olarak görülen kalitenin farklı unsurlarına değinilmiştir. Hizmet kalitesi unsurları olarak süreç kalitesi, etkileşim kalitesi, çevresel kalite, fiyatlandırma, hasta güveni ve hasta memnuniyeti boyutları incelenmiştir.

Yapılan literatür araştırmasında direkt olarak hizmet kalitesi boyutlarının tekrar satın alma ve tavsiye davranışı üzerindeki etkilerine ayrı ayrı değinildiğine rastlanılmamıştır. Dolayısıyla bu çalışmada hizmet kalitesi unsurlarının hasta sadakati bileşenleri (tekrar satın alma ve başkalarına tavsiye etme) üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu noktada araştırmanın özgün olduğu düşünölmektedir.

Hastanelerin tekrar tercih edilmesi ve başkalarına tavsiye edilmesi arasındaki ilişkinin incelenerek yabancılara hizmet veren hastanelerin tercih edilmesinde hangi faktörün en fazla etkili olduğu konusunda tespitlerde bulunulması ve bu doğrultuda verilecek hizmetlerin şekillenmesinde önerilerde bulunulması amaçlanmıştır.

Çalışma, belirli bir faktörden dolayı hizmet kalitesini yeterli gören hastanın hizmet alınan hastaneyi tekrar tercih edeceği ve aynı faktörden dolayı başkalarına da tavsiye edeceği varsayımına dayanmaktadır.

Çalışma beş ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık hizmetlerinin tanımı, amacı, özellikleri ve sınıflandırılmasından bahsedilecektir. Sağlık turizmi tarihçesi, çeşitleri, dünyada sağlık turizmi ve Türkiye’de sağlık turizmi üzerinde durulacaktır. Hasta-müşteri ve kalite kavramları açıklanarak çalışmanın konusunu oluşturan hizmet kalitesi unsurları ve hasta sadakati unsurları üzerinde durulacaktır. İkinci bölümde gereç ve yöntemler anlatılacak olup üçüncü bölümde bulgular açıklanacaktır. Dördüncü bölümde tartışma kısmına geçilecek ve son olarak beşinci bölümde araştırmanın sonuçlarına yer verilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK KAVRAMI

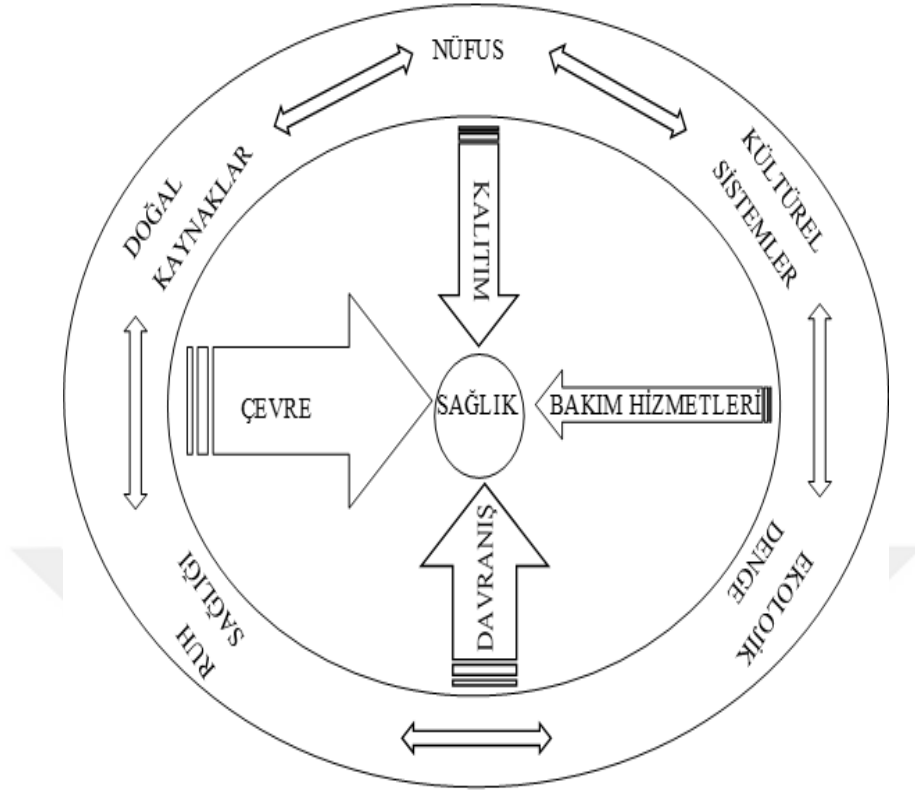
Sağlık, geleneksel olarak olumsuz bir çağrışım uyandıracak şekilde “hasta olmamak” olarak tanımlanmıştır (4). Bu tanımda hastalık kavramı ön planda tutulmuş ve bireyin sağlığı hastalık kavramına göre değerlendirilmiş olup hastalık ise tarihin farklı zamanlarında farklı değerlendirmelere tabi tutulmuştur. Bu değerlendirmelerin değişkenliğine karşın, tıp çevreleri uzun bir süre hastalık kelimesinden bağımsız bir sağlık tanımını yapamamış ve sağlığın tanımını hastalık kavramı ile açıklamak zorunda kalmışlardır (5).

Türk Dil Kurumu (TDK) Genel Türkçe Sözlüğünde sağlık; “vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet” şeklinde açıklanmıştır. Sözlükte ayrıca “sağ, canlı, diri olma durumu” şeklinde de ifade edilmiştir (6).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) prensiplerinde sağlık şöyle tanımlanmıştır: “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönden tam iyilik halidir” (7). Sağlığın negatif tanımlanmasını aşmış olan bu tanım sağlığa pozitif yönden de bakılabileceğini gösterir niteliktedir.

DSÖ’nün sağlık tanımı en genel ve kabul gören tanım olmasına rağmen bahsi geçen tanım birçok yönden ele alınmış olup beraberinde bazı eleştirileri de getirmiştir. Bu tanıma son zamanlarda “sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam sürebilme” ifadesi de eklenmiştir (8). Sağlığın birçok boyutu olduğu gerçeği ile sağlık kavramı sadece negatif veya pozitif olarak ele alınmamalı, birbiriyle ilişkili faktörler bütünü olarak değerlendirilmelidir.

Öksüz (2010)’e göre sağlık kavramı çok boyutlu olup, birbiriyle ilişkisi olan birden çok faktör sağlık durumunu doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilmektedir (4).



Şekil 2.1. Sağlığı Etkileyen Faktörler - Öksüz (4)'den

Şekil 2.1'de görülen okların genişliği, ilgili faktörlerin sağlığa olan göreceli etkisinin büyüklüğü ile orantılıdır. Buna göre sağlığı etkileyen en önemli faktör çevredir. Sonra sırasıyla yaşam tarzı (kişisel davranış), kalıtım ve sağlık (bakım) hizmetleri gelmektedir. Nüfus, kültürel sistemler, doğa ve doğal kaynaklar, ekonomik sistem ve politik sistem gibi toplumsal sistemler bu faktörlere etkide bulunmaktadır. Genetik sorunları ve sakatlıkları bulunan kuşakların ortaya çıkmasına sebebiyet verebilen akraba evlilikleri kültürel sistemin ürünüdür. Ayrıca, beslenme tarzları, spor yapma, alkol ve sigara alışkanlıkları da kültürün etkisi ile biçimlenmektedir. Yani kültürel sistem, bireylerin yaşam tarzını etkilemektedir (4).

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI

Sağlık hakkı ve sağlıklı bir ortamda hayatını sürdürebilme hakkı, insanların temel haklarından biridir. Bu hak, şimdiki tanımlarından farklılık gösterse de Hammurabi kanunlarına dayanan çok eski bir geçmişe sahiptir (4).

İnsanların sağlık hizmetlerine bakış açıları ve beklentileri günden güne değişmekte olup yeni oluşan beklentilerle birlikte sağlık hizmetlerinin kapsamı genişlemektedir. Bu sebeple sağlık hizmetleri kavramının tanımı farklılaşabilmekte ve birçok faaliyeti içerebilmektedir.

Somunoğlu ve ark. (2012)'na göre sağlık hizmetleri, hastalıkların önüne geçilmesi ve halkın sağlık durumunun iyileştirilmesi hedeflenerek yürütülen faaliyetlerin yanı sıra, hastalıkların tanısı, tedavisi ve rehabilitasyonunu sağlamak amacıyla sunulan hizmetlerin tümüne verilen isimdir (9).

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetleri kavramını şu şekilde tanımlamaktadır: “insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastalıkların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir” (10).

Tam adı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun olan 224 sayılı yasada ise sağlık hizmetleri; “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler” şeklinde tanımlanmıştır (11). Dolayısıyla sağlık hizmetleri kavramının çok boyutlu olduğu söylenebilmektedir. Bunun temel sebebi toplumun ve bireyin sağlığını etkileyen birçok faktörün varlığıdır.

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMACI VE ÖZELLİKLERİ

Akbolat (2009)'a göre sağlık hizmetinin sunumunda temel prensipler olarak eşitlik, verimlilik, yeterlilik, bilimsel kalite ve insancılık gösterilir (12). Bu temel ilkelerin sağlanmasında devletin aktif bir rol alması gerek birey gerekse toplum açısından oldukça önemlidir. Vatandaşlarına nitelikli bir yaşam standardı sunmayı hedefleyen devletler sosyal, ekonomik ve kültürel anlamda birtakım düzenlemeler gerçekleştirirler (13).

Bireylerin sosyal ve ekonomik anlamda yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri toplumsal açıdan oldukça önemlidir. Sağlıklı bireylerden meydana gelen toplumlarda sosyal, kültürel ve ekonomik anlamda kusursuz bir kalkınma ivmesinin yakalanma ihtimali önemsenmeyecek kadar yüksektir (13).

Sağlık hizmetlerinin başlıca amaçlarından birisi toplumun ihtiyaçlarından olan farklı sağlık hizmetlerinin ihtiyaçları en uygun seviyede karşılayacak şekilde sunulmasıdır. Sağlık hizmetlerini karmaşık hale getiren başlıca sebepler; gelişen teknoloji, değişen hayat standartları, artan maliyetler, hastalık şikayetleri ve nedenleri, toplumun iyi bir şekilde bakım beklentisidir. Toplumdaki bireylerin gelir düzeylerinin artması ile sağlık hizmetlerinden beklentileri doğru orantılı olmaktadır (14).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda görülen aksaklıklar ve Dünya Bankası önderliğinde başlatılan ve neredeyse bütün ülkelere yayılan sağlıkta reform uygulamaları doğrultusunda ülkemizde “Sağlıkta Dönüşüm” adı verilen program, 2004 yılında uygulamaya konulmuştur. Bu program ile sağlık alanında önemli değişikliklere gidilmiş ve reform planları kademeli olarak hayata geçirilmiştir (15).

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetlerinin farklılaşması gibi sağlık hizmeti sunumunu yapan kurumlar da farklılaşmaktadır. Kurumların sunacağı tedavi biçimi de farklılaşacaktır. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması önem kazanmaktadır. Esas olarak sağlık hizmetlerini dört kategoride incelemek mümkündür: koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi amaçlı sağlık hizmetleri, rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri.

2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergeye göre koruyucu sağlık hizmetleri; “Kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir” şeklinde tanımlanmıştır (16).

Hayran (1998)’a göre korucuyu sağlık hizmetleri; sağlığı korumak ve hastalıkları önlemek adına verilen hizmetler ile yapılan düzenlemelerdir (17).

Akkavak (2018) koruyucu sağlık hizmetlerini, karşılaşılabilecek hastalık risklerini en düşük seviyeye indirmeye, sağlığın korunabilmesi ve geliştirilebilmesi adına birey ve toplum için alınacak tedbirler olarak tanımlamıştır. Yani koruyucu sağlık hizmetleri öncelikli olarak sağlığı korumak ve hastalıkları önlemek adına verilen hizmetlerdir (18). Bu hizmetler; aile hekimlikleri, sağlık evleri, ana çocuk

sağlığı ve aile planlaması (AÇSAP) merkezleri, dispanserler, laboratuvarlar ve çevre sağlığı birimleri tarafından sunulmaktadır (12).

Sağlık hizmetlerinin ilk basamağını oluşturan koruyucu sağlık hizmetleri, bireye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler olarak ikiye ayrılmaktadır. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri:

- Erken teşhis ve tedavi hizmeti verilmesi,
- Sağlık eğitimi verilmesi,
- Aile planlaması hizmetlerinin verilmesi,
- Ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin verilmesi,
- Bağışıklama
- Beslenme koşullarının iyileştirilmesi gibi hizmetlerdir. Bu hizmetler sağlık meslek mensubu bireyler tarafından yürütülmektedir (9).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise insanı olumsuz etkileyecek çevresel faktörleri ortadan kaldırmaya yönelik yürütülen sağlık hizmetleridir. Bunlar:

- Temiz ve güvenilir su kaynaklarının sağlanması,
- Hava kirliliğinin kontrolü,
- Çeşitli atıkların kontrolü,
- Gürültü kontrolü,
- İş sağlığı ve güvenliği,
- Konut hijyeni vb. hizmetlerdir.

Bu hizmetler ilgili alanda eğitim almış meslek mensubu bireyler (mühendis, çevre sağlık teknisyeni vb.) tarafından yürütülmektedir (9).

2.4.2. Tedavi Amaçlı Sağlık Hizmetleri

Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri kişinin sağlığının bozulmasıyla başlayıp muayenesini ve tedavisini kapsayan süreç içerisinde, ayakta, yatarak veya evde bakım şeklinde sunulan hizmetlerdir (18). Bu hizmetler sağlık durumu bozulmuş veya sakatlık durumu olan bireylerin sağlıklı olabilmeleri adına sunulur. Dolayısıyla, başından hastalık geçmiş tüm bireylere verilen bir sağlık hizmet çeşididir. Esas olarak hekim sorumluluğunda ve diğer sağlık personellerinin katkılarıyla gerçekleştirilmektedir. Sağlık durumu bozulan kişilerin, eski sağlığına kavuşabilmeleri amacıyla verilen sağlık hizmetlerini kapsar (12, 19).

Buran (2012)'a göre tedavi amaçlı sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içermektedir. Hastalıkların tedavi edilmesinden kaynaklı verimlilik artışı ile de sosyal fayda içermektedir. Toplumu oluşturan bireylerin ortalama ömrünü uzattığı gibi verimliliğın de artmasına sebep olması milli gelirin artışına olumlu bir şekilde tesirde bulunmaktadır (20).

Akbolat (2009)'a göre tedavi amaçlı sağlık hizmetleri ikiye ayrılabilir; ayakta günübirlik tedavi ve yataklı tedavi hizmetleri. Gnbirlik tedavi bir yatış gerektirmezken, sadece hastalığın teşhisi ve tedavisi ile ilgili kısımdır. Yataklı tedavi ise hastaneler gibi yataklı, yani yatışı mümkün kurumlar tarafından sunulan tedavi hizmetleridir (12).

2012 Faaliyet raporunda koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanırken tedavi amaçlı sağlık hizmetlerinin gerekliliğinden şöyle bahsedilmiştir: “Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi tartışılmazdır. Ancak hastaların da yerinde ve zamanında gerekli tedaviyi almaları önemlidir. Sağlık hakkı, vazgeçilmez ve ertelenemez bir insan hakkıdır.”. Her vatandaşın yaşamını sağlıklı bir şekilde idame ettirebilme hakkı vardır; vatandaşın sağlık haklarını korumak ve geliştirmek de devletin görevlerindedir. Vatandaşın uygun zamanda ve uygun yerlerde tedavi görebilmesi için çeşitli sağlık kuruluşları oluşturmak veya buna zemin hazırlamak devlet tarafından verilen bir hizmettir (21).

Taş (2009)'a göre tedavi amaçlı sağlık hizmetleri hizmet sunumuna göre üç aşamada incelenmelidir. Birinci basamak tedavi hizmetleri, hastaların ayakta teşhis ve tedavilerini kapsamaktadır. Aile hekimlikleri, sağlık evleri, dispanserler, AÇSAP merkezleri, özel muayenehaneler, kurum ve işyeri tabiplikleri bu hizmetleri sunan başlıca yerlerdir. Hastanın ilk teşhisi buralarda konur, tedavisi mümkünse gerçekleştirilir (19).

İkinci basamak tedavi hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri sağlayıcıları tarafından sunulamayan, ileri tetkik ve tedavi gereksinimi olmayan hastalıkların teşhis ve tedavilerini kapsamaktadır. Hekim yönlendirmesi ile hasta bir uzmana yönlendirilir. Gerekirse uzman doktor hastalığın tam anlamıyla anlaşılabilmesi için birtakım testler talep eder ve incelemeyi de mümkünse doktorun çalıştığı klinikte veya hastanede yapar. İleri teknoloji veya bilgi gerektirmiyorsa operasyonlar bu klinik ve hastanelerde yapılabilir (20).

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri, ileri tetkik ve tedavi gerektiren hastalıkların tedavisini kapsamaktadır. Çocuk hastaneleri, doğum ve çocuk bakımevleri, kalp hastaneleri, göğüs hastalıkları hastaneleri, deri hastalıkları hastaneleri, diş hastanesi hastaneleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri ve kemik hastalıkları hastaneleri üçüncü basamak hizmetleri verebilir. Sunulacak hizmeti planlayan ve uygulayan personel uzman ve tecrübeli kişilerden oluşmalıdır ve kullanılacak teknoloji ileri seviyede olmalıdır. Bu sebeple üçüncü basamak sağlık hizmetleri, diğer iki basamaktaki hizmetlerden genel olarak daha maliyetlidir (18, 19).

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri arasında bir sevk zinciri vardır. Sevk zincirine uygun hareket edilmez ise hastanelerde veya kliniklerde gereksiz yoğunluğa sebep olunur, ki bu da hastaların hizmetlerden iyi bir şekilde yararlanamamasına yol açar (9). Sonuç olarak, konulacak teşhis ve sunulacak tedavinin etkili ve verimli olabilmesi için basamaklar arası sevk zinciri büyük önem taşımaktadır.

2.4.3. Rehabilitasyon Amaçlı Sağlık Hizmetleri

Buran (2012)'a göre rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri, geçirilen kaza, yaşanan ruhsal bozukluk veya vücudun organlarını etkin bir biçimde kullanmaya engel teşkil eden koşullarının ortadan kaldırılması için verilen hizmetleri kapsamaktadır (20).

Çelikay ve Gümüş (2010)'e göre toplumu oluşturan bireylerin yaşadıkları ciddi rahatsızlıklar, doğal afetler, geçirdikleri trafik kazaları gibi olaylar sonucunda bireyde bedenen veya ruhen sıkıntı teşkil eden hallerin var olması durumunda tekrar topluma kazandırılmaları ve sosyal ve fiziksel açıdan eski hallerine dönebilmeleri için onlara rehabilitasyon hizmeti verilmektedir. Bu hizmet iki farklı şekilde olabilmektedir; tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon (13).

Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri, bireyin bedensel olarak yaşadığı rahatsızlıkların giderilmesi amacıyla uygulanan hizmetlerdir. İşitme cihazı ve protez gibi uygulamalar bu kapsamda değerlendirilmektedir. Organların eski işlevlerine kavuşabilmesi ve yaşanan rahatsızlığın meydana getirdiği olumsuzlukları azaltmak veya ortadan kaldırmak hedeflenmektedir (9).

Sosyal rehabilitasyon ise, Aydoğan (2015)'a göre, bireyi tekrar topluma kazandırmak için yaşadığı duruma uyum sağlaması amacıyla verilen öğretim, destek programları, iş bulma vb. uygulamaları kapsamaktadır (22).

Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri bireye uygulanan tedavinin başarısını doğrudan veya dolaylı olarak etkilemekte olup sağlık hizmetlerinin önemli bir basamağını oluşturmaktadır.

2.4.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki yönergeye göre sağlığın geliştirilmesi; “Toplumun genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesini hızlandırıcı hizmetlerdir. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin yanı sıra, halkın sağlık eğitimi, toplum kalkınması, sosyal, ekonomik ve çevre koşullarının iyileştirilmesi çalışmalarını da kapsar” şeklinde tanımlanmıştır (16).

Sağlığı geliştirmede uluslararası ilk konferans olan Ottawa Konferansı sonunda yayımlanan Ottawa Bildirgesi'ne göre sağlığı geliştirme bir süreç olarak ifade edilmiş, bu süreçte sadece sağlık sektörüne ait bir sorumluluk yüklemeyip bireyin de temel sorumlulukları olduğu belirtilmiştir (9).

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri başlıca aile hekimlikleri, sağlık eğitim merkezleri, AÇSAP merkezleri, spor tesisleri tarafından sunulmaktadır.

2.5. SAĞLIK TURİZMİ

2.5.1. Sağlık Turizmine Giriş

Tedavi görmek ve tatil yapmak amacı ile şehirler arası veya ülkeler arası gerçekleştirilen seyahatler ve yapılan bütün etkinlikler “Sağlık Turizmi” olarak adlandırılmaktadır. Sağlığı korumak, geliştirmek veya tedavi olmak gayesiyle yaşanan yerden bir başka yere seyahat etmenin yanı sıra gidilen yerde en az bir gün kalınıp çeşitli turizm ve sağlık olanaklarından yararlanmak olarak ifade edilebilir (23). Başka bir tanıma göre ise sağlık turizmi, bireyin yeniden eski sağlığına ulaşması amacıyla başlatılan ve sadece sağlık hizmetini değil, bununla beraber tatil unsurunu da kapsayacak şekilde seyahatler ve organizasyonlar sonucu oluşan olayların tümüdür (24). Bu seyahatler minimum 1 gün sürmeli ve ev ortamıyla arasında belirli bir mesafe

olmalıdır. Şayet yapılan seyahatler 1 günden daha az süreli ise bunlar “ziyaret” olarak ele alınmaktadır (24).

Turistler yalnızca gezmek, dolaşmak, yeni yerler görmek, dinlenmek ve eğlenmek için değil, sağlık için de seyahatler gerçekleştirmektedirler (25). Yapılan yolculukların sebebi cerrahi işlemler, diş tedavileri, genel sağlık kontrolü veya tüp bebek tedavisi olabilir. Psikiyatrik vakalardan akupunktura kadar çeşitli tedaviler için uluslararası yolculukta bulunulabilir (26). Öncelikle tıbbi tedavi amacı taşımakla birlikte; turistik yerlerde dinlenme, boş zaman değerlendirme gibi geleneksel turizm amaçları da gerçekleştirilmektedir (23).

Hastanın kendi ülkesi dışında başka bir ülkede sağlık hizmeti almak istemesinin sebeplerinden bazıları; sağlık hizmetinde kalite arayışı, tedavi maliyetinin fazlalığı, uzun bekleme süreleri veya turistik motivasyonlar olabilmektedir (24).

Gelişen teknoloji sayesinde ulaşım ağının genişlemesi ve sağlık alanında imkanların artması ile sağlık turizmi sektörü devamlı büyüme gösteren bir sektör haline gelmiştir. Sürekli büyüyen ve gelişen bu sektör, dünya ekonomisinde büyük bir endüstri olarak karşımıza çıkmaktadır. Öyle ki, 100 milyar doları aşkın bir ekonomiyle sağlık turizmi, tüm turizm sektörleri içerisinde en çok büyüme ve gelişme gösteren turizm çeşitlerinden olma potansiyelini kanıtlamıştır. Çoğu gelişmekte olan ülke bu sebeple ekonomisini sağlık turizmine göre de planlamak durumundadır. Çünkü sağlık turizmi, temelinde ekonomik amaçlarla gerçekleştirilen kâr ve prestij getiren faaliyetlerdir (26, 27).

2.5.2. Sağlık Turizmi Tarihçesi

Sağlık hizmetlerinin uluslararası düzeyde üretimi, tüketimi ve bu sebeple hastaların uluslararası seyahatleri tarih boyunca süregelen bir durumdur (28).

Tarih öncesi dönemler; insanların şifa bulabilmek için başka kabileleri ziyaret ettiği ve özellikle büyücülerden tedavi talep ettiği dönemlerdir. O zamanlarda iletişim ve ulaşım olanakları gelişmemiş olduğundan yapılan gidiş-geliş ziyaretleri sağlık turizminin en ilkel örnekleri olarak görülebilir (29).

Antik uygarlıklarla ilgili gerçekleştirilen çalışmalar sağlık hizmetleri ile din arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Arkeolojik kazılardan elde edilen bulgulara göre pek çok eski medeniyet için kaplıcalar ve kutsal sular şifa kaynağı

olarak kullanılmıştır. Dünya'nın ilk sağlık merkezi olarak kabul edilen, İzmir dolaylarında bulunan Asklepios Tapınakları'nı inşa eden Antik Yunanlar sağlık turizmi ağının temellerini atan uygarlık olarak değerlendirilmektedir. Şifa bulmak için seyahat ettikleri yerin başında Akdeniz ülkelerinde bulunan kaplıcalar gelmektedir. Ayrıca tıp yemininde ismi geçen Hipokrat da Anadolu'da yaşamış ve yaşadığı dönemde şifa bulmak isteyen insanların Anadolu'ya doğru hareketliliğine neden olmuştur (29).

Romalılar döneminde uzun yıllar boyunca devam eden savaşlar sebebiyle ordunun ihtiyaçları önemsenmiş ve yıllarca ordu hekimliğine önem verilmiştir. Yaralıları ve hasta olan askerler için büyük hastaneler yaptırılmıştı. Çevre bölgedeki hasta ve yaralı askerler buraya gönderilerek dönemin sağlık turizmi hareketliliği gerçekleştirilmiş oluyordu. Zaman geçtikçe bu hastanede askerlerin yanı sıra halktan insanların da tedavi edildiği anlaşılmakta ve sağlık turizmi hareketliliğinin askerlerden sivilere geçişi görülmektedir (29).

Orta Çağ ve sonrasında Türk-İslam dünyasında İslam dini prensipleri sebebiyle temizliğe büyük önem verilmiştir. "Seyahat edin sıhhat bulun" hadisi sağlık turizmini ön plana çıkaran bir anlayışı ortaya çıkarmıştır. Bu dönemde koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlıkta odaklanma uygulamaları artış göstermiştir. Avrupalılar ise kaplıca tedavilerine öncelik vermiş olup 18. yüzyıldan sonra Nil nehri dolaylarına seyahat etmişlerdir (23, 29).

Rönesans döneminde Osmanlılarda birçok darüşşifa hizmet vermekteyken Batıda termal su kaynaklarından istifade ediliyordu (29).

1900'lerin son dönemlerine kadar gelişmekte olan ülkelerdeki insanlar daha kaliteli sağlık hizmeti veya ülkelerinde olmayan tedavi yöntemleri için gelişmiş ülkelerdeki sağlık tesislerinden yararlanmaktaydı. Fakat, 2000'li yıllarda bu hasta dolaşımı yön değiştirmeye başlamış olup, artık gelişmiş ülkelerdeki insanlar daha ekonomik ve kaliteli hizmet arayışıyla gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık tesislerine yönelmeye başlamıştır. Tüm bunların ışığında ulaşılabilecek sonuç; insanoglu var olduğundan beri hastaların uluslararası düzeyde dolaşımı söz konusudur (23, 28).

2.5.3. Sağlık Turizmi Çeşitleri

Sağlık turizmine talep boyutu ile bakıldığında; medikal turizm (tıp turizmi), termal turizm, ileri yaş turizmi ve engelli turizmi kategorizasyonları yapılabilir (30).

2.5.3.1. Medikal turizm:

Diğer adı tıbbi turizm olan medikal turizm, sağlık hizmetlerinin maliyetinin yüksek oluşu, uzun bekleme süreleri, kaliteli hizmet alma gibi sebeplerle turistlerin yurt dışına öncelikli olarak tıbbi tedavi alma amacıyla gittikleri ve daha sonra turistik yerlerde dinlenme ve rahatlama gibi geleneksel turizm amaçlarını gerçekleştirdikleri bir turizm biçimidir. Bu seyahatlerin öncelikli amacı tedavi olmaktır; bununla birlikte hastalar, yeme-içme, barınma, ulaşım ve gezi programları gibi turizm faaliyetlerinden yararlanmaktadırlar (31, 32).

Medikal turizm, hekim odaklı tedavi çeşitlerine ihtiyacı olan insanlar için turizm faaliyetleri dahil uygulanan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bu sağlık hizmetleri çoğunlukla diş hastalıkları, estetik cerrahi, kalp ve damar cerrahisi, obezite kontrol ve tüp bebek uygulamalarını içermektedir (33, 34).

Alınan hizmetlerden cerrahi uygulama ve işlemler medikal boyutta değerlendirilip, dinlenme ve eğlenme faaliyetleri ise turistik kapsamda değerlendirilmektedir. Böylece medikal turizmin turizm ve tıp sektörünün ortak ürünü olduğunu söylemek zor değildir (35).

Hem sağlık sektörünün hem de turizm sektörünün rol oynadığı medikal turizmin özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- Medikal turizmde iş gücü ve teknik donanım mutlak gerekliliktir.
- Hizmet sağlayıcı kuruluşun uluslararası standartlara uygun hizmet sunması önemlidir.
- Hizmet sağlayıcı kuruluştaki mutlaka yabancı dil bilen personel bulunmalıdır.
- Farklı turizm çeşitlerini destekleyen, katma değeri yüksek olan bir turizm çeşididir.
- Hedef pazara yönelik, farklı dillerde tanıtım ve pazarlama faaliyetleri gerekmektedir. Bu faaliyet öncelikli olarak hedef hastaların ülke dışında

hizmet alabilmesini destekleyen sağlık kuruluşları ve sigortalar seşilmesini gerekli kılmaktadır (36).

Medikal turizmin son dönemde hızla gelişen bir sektör olmasının altında yatan ana unsur, sağlık hizmetlerini düzenleyici kuruluşların ortak bir standart geliştirme çabaları ve faaliyetlerin uluslararası bir boyutta ele alınmasıdır. Bununla birlikte ihtiyaca dönük hizmet sunmak sağlık hizmetleri çeşitlerini artırmakla birlikte medikal turizmden dolayı elde edilen gelirleri de artırmıştır. Deniz aşırı kültürel değişim eğilimleriyle, ulaşım kolaylığı ve bilgi teknolojisi alanındaki gelişmeler tedavi ve tatil unsurlarını kapsayan medikal turizmin daha da gelişmesine ön ayak olmaktadır (37).

2.5.3.2. Termal/Spa/Wellness turizmi:

Term kelimesi, Latince sıcak anlamına gelen thermos sözcüğünün köküdür. Romalılar term kelimesini halk banyoları anlamında; doğal sıcak sular için ise termal kelimesini kullanmışlardır. “Su ile gelen sağlık” manasında olan ve Latince “Salus Per Aquam” teriminin baş harflerinden oluşan SPA terimi 1800’lü yılların başlarında suyun kullanımıyla gelen sağlık ve su yoluyla edinilen dinlenme ve ferahlama duygularını ifade etmek için kullanılmaktaydı. SPA günümüzde yelpazesini genişletip sadece su veya çamur terapilerini değil, çeşitli masaj terapileri, aroma terapileri, güzellik ve bakım gibi sağlık kür hizmetleri veren tesislere verilen bir isim haline gelmiştir. Wellness sözcüğü ise akıl, ruh, vücut ve ilişkilerde iyi ve zinde olma anlamına gelmektedir. Bu bağlamda bireyin kendisini zihinsel, bedensel, ruhsal ve ilişkisel olarak iyi ve zinde hissetmesini sağlayan masaj, cilt bakımı, çamur ve yosun banyoları gibi doğa ve doğal ürünlerle sağlıklı yaşam yöntemleri ile yapılan bakımlar wellness kapsamında değerlendirilmektedir (36).

Sağlık Bakanlığı’nın tanımına göre; kalıcı hasarlar bırakan hastalıkların kısmi olarak tedavi edilmesi veya hastalık sonrası rehabilitasyon dönemlerinde kaplıca veya SPA merkezlerinde uygulanan rehabilite edici veya tedavi destekleyici uygulamalardır (38). Başka bir tanıma göre wellness turizmi; ruhsal ve fiziksel sağlığın çevre ve doğayla uyumlu olarak korunabilmesini sağlayacak aktiviteler için gerçekleştirilen seyahatler olarak tanımlanır (24).

En eski sağlık turizmi çeşitlerinden biri olan wellness turizminde insanlar tarih boyunca termal su kaynaklarının bulunduğu yere gidip şifa bulmayı amaçlamışlardır

(33). Günümüzde termal turizm kapsamında yalnızca çamur ve su değil, sıcak su ve buhar banyoları, çeşitli masajlar, aromaterapiler, güzellik, bakım ve içme gibi kür hizmetler yerine getirilmektedir (33).

Termal turizmin ana hedefi doğa ve doğal su kaynaklarının niteliklerinden yararlanıp ruha ve bedene zindelik/sağlık kazandırmaktır. Bu zindeliği kazandırırken sağlık faaliyetleri ile birlikte eğlence/dinlenme fırsatlarının da olması, öteki turizm çeşitleriyle entegre edilebilmesi, yıl içerisinde her dönemde yapılabilmesi, birçok kişiye iş olanağı sağlaması, kazançlı ve yüksek rekabet gücü ile ekonomik potansiyeli kuvvetli bir turizm çeşidi olarak karşımıza çıkmaktadır (39).

2.5.3.3. İleri yaş ve engelli turizmi:

Sayısı Avrupa'da 45 milyonu, dünyada ise 60 milyonu geçmiş engelli bireylerin bakım- ihtiyaçlarının karşılanması ve tedavilerinin gerçekleştirilmesi ihtiyacı ayrı bir turizm çeşidini doğurmaktadır. Bu kişiler yurt dışına seyahat ederken yanlarında refakatçileri, akrabaları veya bakıcıları ile birlikte sayı epey artmaktadır. Bu durumda bir turizm çeşidinin varlığı kaçınılmaz olmuştur (39).

Başkaları tarafından bakıma ihtiyacı olan ileri yaşlı veya engelli bireylerin çeşitli ihtiyaçlarını giderebilmek için farklı ülkelere seyahat etmeleri ileri yaş ve engelli turizmi olarak adlandırılmaktadır (36). İleri yaş ve engelli turizmi; son 20-30 senede artan yaş ortalamalarıyla 65 yaş ve üzeri bireylerin ve de bakıma muhtaç engellilerin ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak gerçekleştirilen turizm faaliyetlerini kapsamaktadır. Gezi turları, çeşitli terapi uygulamaları, bakıma dönük tedaviler, engelliler ve yaşlılar için özel geziler, rehabilitasyon hizmetleri bu faaliyetlerdendir (33).

Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranında artış meydana gelmesi; bununla beraber yaşlı bireylerin çeşitli tedavi süreçlerini ve harcamalarını beraberinde getirmektedir. Özellikle Avrupa ülkeleri ve ABD gibi yaşlı nüfusunun yoğun olduğu yerlerde yaşlı bakımına ihtiyacın gitgide artmasına karşın hizmetler pahalı olunca bireyler farklı ülkelere gitmeyi tercih edebilmektedirler (33, 40).

2.5.4. Dünyada Sağlık Turizmi

İnsanların başka şehirlerde veya ülkelerde hizmet almak istemesine sebep olan temel unsurlar; istenilen veya ihtiyaç duyulan tedavi hizmetinin sağlanamaması, pahalı hizmetler, işlemlerde uzun bekleme süresi ve kendi ülkesinde yasal olmayıp başka ülkede yasal olan bazı sağlık uygulamaları olarak sıralanabilir ve bunlar ülkeden ülkeye farklılık gösterebilir. Örneğin; İngiltere için çok uzun bekleme süreleri hastaları başka çözümlere gitmekte iken ABD için ana yönlendirme faktörü fiyatlardır (23, 26).

Sağlık hizmetlerinde özelleştirmeye gidilmesi ile sağlık turizminde büyük bir rekabet başlamıştır. Dış ameliyatları, kozmetik, saç ekimi ve estetik amaçlı operasyonların bazılarının sigorta kapsamında bulundurulmaması, bu konularda talepleri olan insanların başka ülkelerde ucuz hizmet arayışına girmesine sebep olmuştur (26).

Sağlık hizmeti sunumu ücreti ve sağlık harcamaları yüksek olan ülkelerde artan maliyetler sosyal güvenlik kurumlarını zorlamaktadır. Özel sigorta kuruluşları ve sosyal güvenlik kurumları bu durumun üstesinden gelebilmek için kaliteli hizmet sunan dış ülkelerle paket anlaşmalar yaparak kaliteli hizmet arayışına girmektedir (41).

İletişimde küreselleşme, ulaşım kolaylığı, sağlık hizmetlerinde uluslararası akreditasyon standartlarının geliştirilmesi ve gelişmiş tıbbi uygulamaların yaygınlaşması sağlık turizminin, başta Güney Avrupa, Güney Asya ve Güney Amerika olmak üzere dünya çapında geniş bir bölgeye yayılmasına ön ayak olmuştur (23, 26).

Sürekli ağını genişletmekte olan ve dünya çapında yatırımcıların ilgisini çekmeye devam eden sağlık turizmi, bireylere hem kaliteli veya uygun fiyatlı sağlık hizmeti alma fırsatını sunmakta hem de başka ülkeler görme fırsatını tanıyarak bireylerin kültürel gelişimlerine katkıda bulunmaktadır (26).

Dünya genelinde sağlık turizmi sektöründe A.B.D., Almanya, Brezilya, Güney Afrika, Hindistan, Kosta Rika, Malezya, Meksika, Singapur ve Tayland öne çıkan ülkelerin başında gelmektedir. Alt başlıklar ele alındığında ise medikal turizmde; Brezilya, Hindistan, Kosta Rika, Malezya ve Panama, termal turizmde; Hindistan, Malezya ve Türkiye, wellness turizminde Avusturya, Bali, Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Maldivler, yaşlı turizminde ise Çek Cumhuriyeti, Hırvatistan, Macaristan, Tayland ve Türkiye gibi genç nüfusu olan ülkeler ön plana çıkmaktadır (42, 43).

Termal turizmde Avrupa ülkelerinden olan Almanya önemli bir merkezdir. Resmî belgeli termal merkez sayısı 263 olan Almanya’da tesislerin yatak kapasitesi 750 000’dir. Yılda toplam 500 000’e yakın hastaya tedavi hizmeti verebilen Slovakya ve Çek Cumhuriyeti de 60 termal merkezi ile bu alanda önemli merkezlerdendir. Bunların haricinde, Fransa’da 104, İspanya’da 128 ve İtalya’da yaklaşık 360 termal tesis bulunmaktadır. Rusya çok sayıda kür merkezine ev sahipliği yapmakta ve senede 8 milyon turisti ağırlamaktadır. Japonya’da yaklaşık 1500 adet kaplıcada termal turizm hizmeti verilmektedir. ABD’de özellikle Hawai’de termal turizm sektörünü geliştirme çalışmaları devam etmekte, halihazırda Arkansas eyaletinde 55 000 kişinin yararlanabileceği termal tesis inşa edilmiştir (44).

Yılda 1,3 milyon medikal turist çeken Asya kıtası medikal turizm alanında dikkat çekmektedir. Gelen turist sayısında ve sektör hacmi konusunda Hindistan lider konumdadır. Singapur ve Ürdün de Asya sağlık endüstrisinde ön plana çıkan ülkelerdendir. Tayland’daki turizm hareketleri cinsiyet değiştirme operasyonları ile başlayıp estetik cerrahiye kaymıştır. Medikal turizmde Nijerya’nın ülke dışına gönderdiği hastalardan dolayı senede 2 000 000 dolar harcama yaptığı tahmin edilmektedir (42).

Son zamanlarda küresel çapta oldukça popüler bir hizmet alanı olan sağlık turizmi hizmetleri, 30’den fazla ülkede büyük bir yarış halinde gerçekleştirilmektedir. Sağlık turizmi amacıyla dünyada 500 milyondan fazla insanın ülkelerarası hareketlilikte bulunduğu tahmin edilmektedir (26).

2.5.5. Türkiye’de Sağlık Turizmi

Dünyada birçok ülke sağlık turizmi sektöründe ön plana çıkmak ve söz sahibi olmak istemektedir. Bu sebeple Türkiye dahil birçok devlet, sağlık turizmi konusunu sağlık politikalarında önemli bir konu haline gelmiştir.

2003 senesinde başlayan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile birlikte Türkiye’de sağlık turizmi faaliyetleri önem kazanmış ve gelişmeye başlamıştır. SDP ile amaçlanan; sağlık hizmetleri sunumunda etkin ve verimli organizasyonu sağlamaktır. SDP ile getirilen temel ilkeler ise; devamlı kalite gelişimi, insan merkezilik, sürdürülebilirlik, uzlaşmacılık, katılımcılık, güçler ayrılığı, gönüllülük, desantralizasyon (yerelleşme) ve hizmette rekabettir (23).

Türkiye'nin dünyada yükselen pazar konumunda olduğu medikal turizm, termal turizm, ileri yaş turizmi ve engelli turizmi alanlarındaki hizmet kalitesini yükselterek rekabet gücünü artırmaya yönelik olarak “Türkiye Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018: Sağlık Turizminin Geliştirilmesi” programı ve “Türkiye Turizm Stratejisi 2006-2023 Eylem Planı” oluşturulmuştur. Bunun yanı sıra sağlık turizmi çalışmalarının koordinasyonunu sağlamak amacıyla SATURK (Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu) kurulmuştur. Ayrıca; Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 2013-2017 yıllarını kapsayan Stratejik Eylem Planı'nda sağlık turizmi ile ilgili amaç ve hedeflere yer verilmiştir (Çizelge 2.1.) (43).

Çizelge 2.1. Sağlık Bakanlığı Stratejik Eylem Planı 2013-2017: Sağlık Turizmine İlişkin Amaç ve Hedefler

AMAÇ 4	Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek
HEDEF 4.5.	Türkiye'de sağlık turizmini güçlendirmek
Hedefe Yönelik Stratejiler	
4.5.1.	Sağlık turizmi kapsamında tanıtım yapmak ve cazibe oluşturmak
4.5.2.	Sağlık turizmi kapsamında verilen hizmet sunumunun kalitesini iyileştirmek
4.5.3.	Sağlık turizmi hizmet kapsamını genişletmek
4.5.4.	Sağlık turizmi yönetimini iyileştirmek

Buna göre Sağlık Bakanlığı'nın 2013- 2017 Stratejik Eylem Planında sağlık turizmine ilişkin amaç olarak; “Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek” belirtilmiştir. Bu amacı gerçekleştirmek için; Türkiye'de sağlık turizmini güçlendirmek” hedef olarak belirlenmiştir. Bu hedefi gerçekleştirmek için 4 farklı strateji belirlenmiştir.

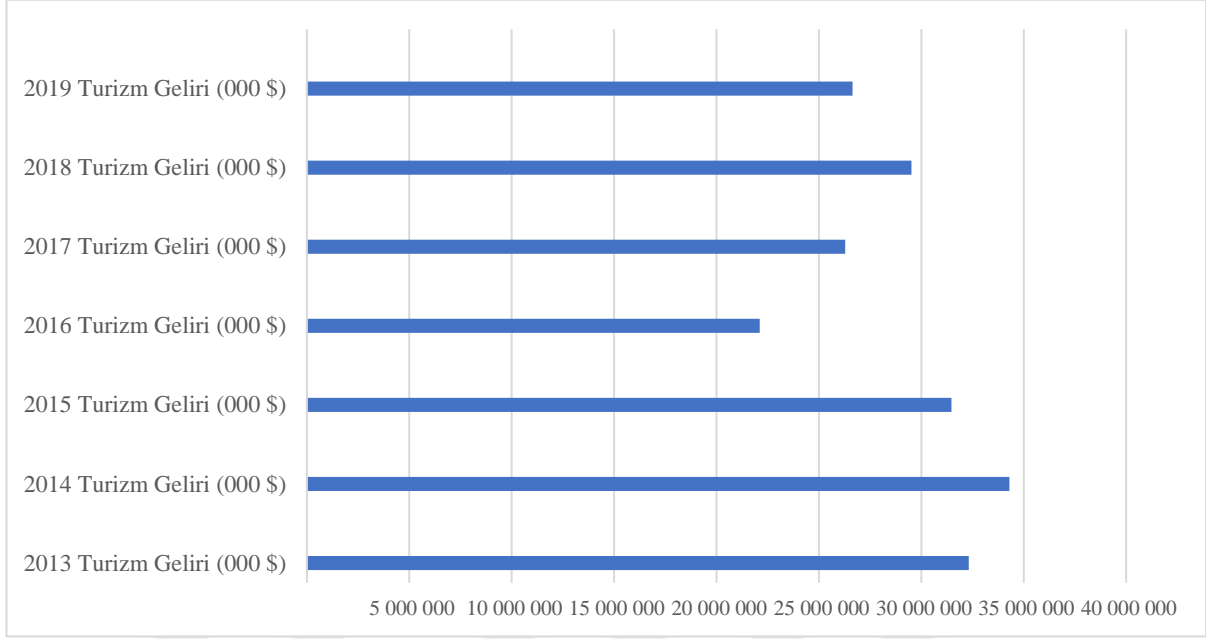
Dünya üzerinde farklı coğrafyaların ön plana çıkarabileceği ve farklı bölgelerde yaşayan insanlara cazip gelebilecek değişik kültürel farklılıklar ve coğrafi özellikler vardır. Bu değişkenler dikkate alındığında her ülkenin veya ülke içerisindeki her bölgenin kendi şartlarına göre sağlık turizminin bir veya birkaç çeşidini ön plana çıkarması muhtemeldir. Örneğin; Türkiye için sağlık turizminde Bursa, Afyon, Denizli bölgeleri termal sağlık için doğal güzellikleri ile ön plana çıkarken, İstanbul tarihi ve

kültürel dokusu ile birlikte pazarlanabilir. Burada önemli olan mesele, mevzubahis bölgenin hangi sağlık turizmi çeşidine uygun olduğunun saptanmasıdır. Örnek vermek gerekirse; Antalya ileri yaş turizminde, İzmir ve çevresi wellness turizminde, İstanbul ise Türkiye'nin medikal turizminde en çok potansiyele sahip ili olarak bir marka değeri olabilir (26).

Nitelikli sağlık hizmetleri sunma hedefi ile; coğrafi konumu ve eğitimli ve deneyimli sağlık personeli ile Türkiye, sağlık turizminde önemli avantajları olan çeşitli sağlık turizmi sektörlerinde potansiyeli yüksek bir ülke konumundadır. Farklı sağlık turizmi çeşitlerinin görülmesinin yanı sıra ana eksen olarak medikal turizm ön plana çıkmaktadır. Ancak toplam ekonomik büyüklük açısından bakıldığında, dünyada termal turizm ve yaşlı turizmi daha güçlüdür (23, 26).

Gelişmekte olan ülkelerde sürekli büyüyen sağlık turizmi pazarında Türkiye'nin rakiplerine göre en büyük avantajı; sunulan sağlık hizmetlerinin Avrupa ve ABD standartlarında olmasıdır. Düşük fiyata dayalı bir pazar veya fiyat politikası geliştirilmesi otoritelerce mümkün görülmemekle birlikte yabancı uyruklu hastalara belirli oranlarda vergi iadesi sağlanabilmektedir. Hastanelerdeki bekleme süresinin uzun olmaması ve kalite avantajı Türkiye'yi bu alanda tercih edilebilir ülke konumuna getirmektedir (26).

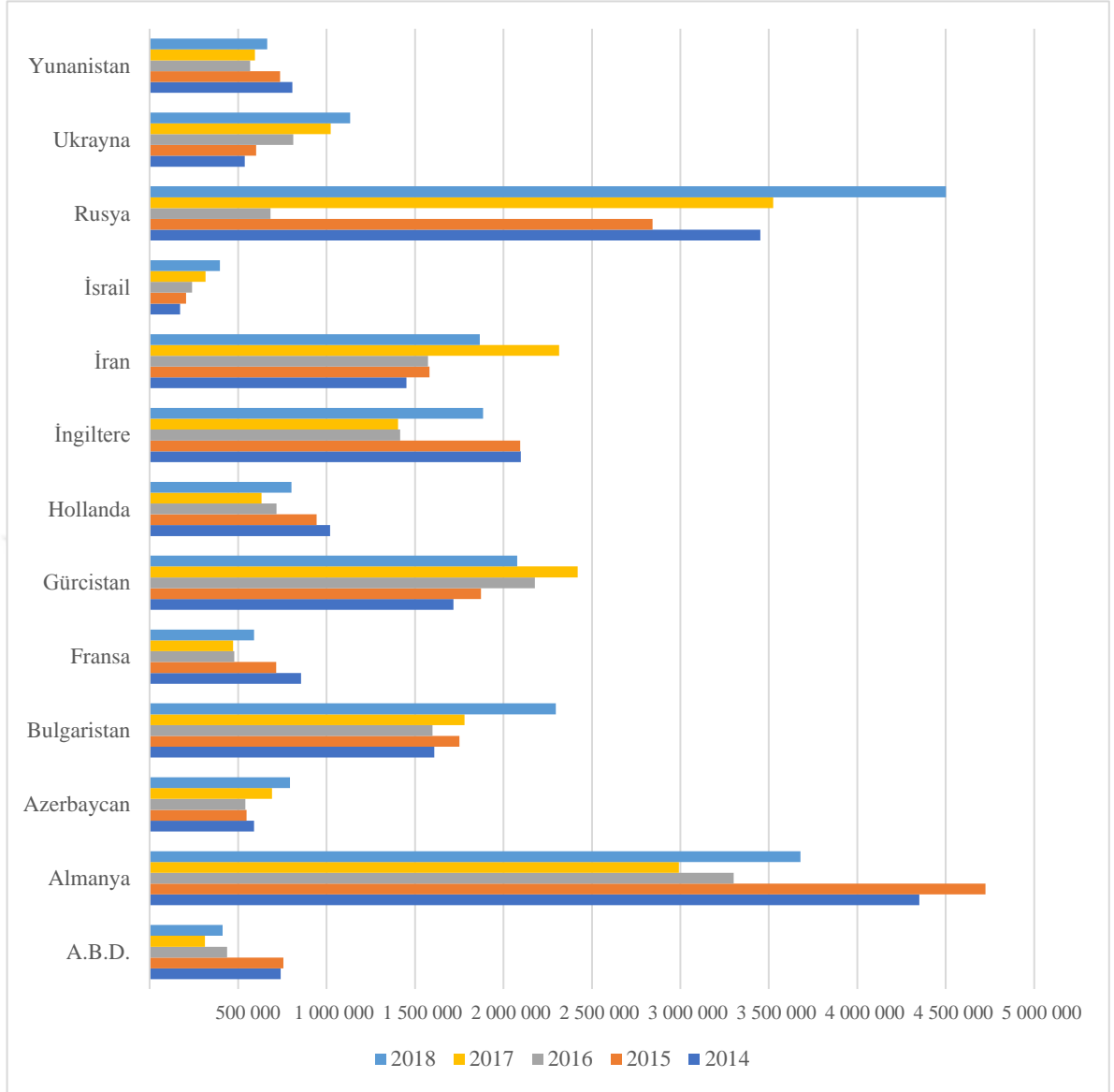
Türkiye'de yaşanan toplumsal ve siyasi olaylara paralel olarak turist sayılarında ve turizm gelirlerinde bir dalgalanma görülmektedir. Genel turizm geliri açısından bakıldığında; 2001 yılında yaklaşık 10 milyar dolar olan gelir, 2014'e kadar genel olarak yıllık artışlarla birlikte 34 milyar doları aşmıştır. 2016'da 22 milyar dolara düşen bu gelir 2018 yılında tekrar 30 milyar dolara yaklaşmıştır. 2019'un ilk 9 ayı için elde edilen verilere göre Türkiye'nin turizm geliri 27 milyar dolara yaklaşmıştır. Aynı zamanda 2018 yılında toplam turizm gelirin 81,4'ü yabancı turistlerden elde edilmiştir (45).



Şekil 2.2. Türkiye'nin Yıllara Göre Turizm Geliri - TÜİK (45)'den

Ziyaretçi sayılarına bakıldığında; Türkiye 2001 yılında yaklaşık 13 milyon turisti ağırlarken 2014 ve 2015'te bu sayı 41 milyon civarındadır. 2016'da 31 milyona düştükten sonra 2018 yılında rekor kırılarak 46 milyona yakın turist ağırlamıştır. 2019'un ilk 9 ayında ise 41 milyonu geçerek sene sonuna kadar bu alanda yeni bir rekor beklenmektedir (45).

Milliyetlere göre turist sayısına bakıldığında; aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi 2018 yılında sırasıyla en fazla Rusya, Almanya, Bulgaristan, Gürcistan, İngiltere, İran, Ukrayna, Hollanda, Azerbaycan, Yunanistan, Fransa, A.B.D. ve İsrail'den gelen yabancı turistler ziyaret etmiştir. Ülkemizi 2014, 2015 ve 2016 yıllarında en fazla Almanya'dan, 2017 ve 2018'de Rusya'dan gelen yabancı turistler sağlık ve tatil gibi çeşitli sebeplerden dolayı tercih etmiştir (46).



Şekil 2.3. Milliyetlerine göre Türkiye'ye gelen turist sayısı - TÜİK (46)'dan

Harcama türlerine göre turizm gelirlerine bakıldığında; 2000'li yıllarda dalgalı bir şekilde artış göstererek, konaklama, yeme içme, ulaştırma ve diğer gelirler hariç yalnızca sağlık harcamasından Türkiye 2018 yılında 1 000 000 dolara yaklaşan bir gelir elde etmiştir. Ayrıca sağlık amacıyla hareketlilik gösteren turist sayısı 2018'de yaklaşık 550 000 iken, bu sayının %79'unu yabancı turistler teşkil etmektedir (47, 48).

Bu rakamlar ışığında, son yıllarda çok sayıda yabancı turistin sağlık hizmeti almak amacıyla Türkiye'yi seçtiği görülmektedir. 2015-2016 yıllarında görülen yabancı turist sayısındaki sert düşüşten sonraki yıllarda ortaya çıkan rakamlar,

Türkiye'nin sürekli gelişen sağlık turizmi pazarında sağlam adımlarla ilerlediğinin göstergesi olmaktadır.

2.6. HASTALARIN TEKRAR TERCİH VE TAVSİYE DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

2.6.1. Hasta-Müşteri Kavramı

Hasta, bir sağlık kuruluşu tarafından üretilen ve sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanma fırsatı olan veya bu hizmetlerden daha önce yararlanmış olan bireye verilen isimdir (49). Müşteri kelimesinin tanımına bakıldığında ise; sunulan hizmetlerden dolayı örgütün hedeflerine ulaşma becerisini doğrudan etkileyen etmen olduğu söylenebilir (50).

Sağlık kurumlarından alınan hizmetin soyut olmasından ötürü “müşteri” kelimesinin kullanılıp kullanılmaması gerektiği konusunda tartışmalar geçmişten beri süregelse de sağlık hizmeti alma ihtiyacı olan bireyler hem kurum içinde hem kurum dışında hizmet alabilme özelliklerinden dolayı müşteri olarak nitelendirilebilmektedir. 1980’li yıllara kadar sağlık hizmetlerinde pek rastlanılmayan “müşteri” kelimesi daha sonra sıklıkla kullanılmıştır. Ayrıca sektörün hasta memnuniyeti yaklaşımındaki gelişmeye bağlı olarak turizm-otelcilik sektöründe kullanılan “misafir” tabirine doğru bir dönüşüm olması muhtemeldir (50, 49).

Esas hedefi hasta olan sağlık hizmetlerinde müşteri kavramının kullanılması tartışmalara yol açsa da rekabet üstünlüğü sağlanabilmesi için her aşamada hizmet kalitesini değerlendirecek kitle müşteri olarak tanımlanabilir. Sağlıkta müşteri, verilecek hizmetin sunum sürecini başlatan doktorlar, hemşireler, diğer sağlık personelleri, hastalar ve hizmet değerlendirme sürecine etkin olarak katılabilen hasta yakınlarıdır. Yani günümüzde sadece hastalar değil; sağlık hizmetleri süreçlerine katılan tüm bireyler ve kurumlar müşteri olarak kabul edilebilmektedir (49).

Yapılan çalışmalara bakıldığında hem hasta kelimesinin hem de müşteri kelimesinin kullanıldığı görülmektedir. Bu çalışmada ilerleyen kısımlarda sağlık kuruluşlarından hizmet talep eden bireyler için “müşteri” kelimesi ve “hasta” kelimesi birlikte kullanılacaktır.

2.6.2. Hizmet Kavramı

Hizmet, tüketicinin kendisinin yapamayacağı veya kendi kendine yapmayı tercih etmeyeceği, aynı zamanda tatmin veya fayda sağlayan mal dışındaki faaliyet ve süreçlerdir (51). Başka bir tanıma göre hizmet, üretildiği yerde tüketilen iş/eylem, sosyal olaylar veya performanslardır (52).

İki çeşit hizmet seviyesi vardır. İlki; istenilen hizmet, müşterinin alabileceği ve alması gereken hizmetlerin birleşiminden oluşan, almayı umduğu hizmet seviyesidir. İkincisi ise daha düşük beklentilerin şekillendirdiği müşterilerin kabul edebileceği hizmet düzeyi olan yeterli hizmettir. Yeterli hizmet bir tedarikçinin sağlayabileceği minimum hizmet seviyesidir ve müşterinin temel ihtiyaçlarını karşılaması beklenmektedir (53).

Hizmetleri, müşteri hizmetleri (örneğin satış yapan mağazalarda sunulan hizmetler) ve profesyonel hizmetler (örneğin sağlık bakımı hizmetleri) olarak iki kategoride incelemek mümkündür. Ürün-hizmet döngüsü düşünüldüğünde profesyonel hizmetler saf hizmet tanımına daha yakın durmaktadır. Profesyoneller tarafından sunulan hizmetin genellikle somut çıktısı olmaması, hizmetin sunulduğu an alınması ve hizmetin depolanamaması ayırt edici unsurlardır (54).

Hizmet sektöründe son zamanlarda çok büyük gelişmeler görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde hizmet sektörü Gayrisafi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)'ya %50'den büyük bir oranla en büyük katkıyı veren sektör konumundadır. Gelişmekte olan ülkelerde hizmet sektöründe girişimlerini artırarak aynı yoldan gidebilmek için çalışmalarını sürdürmektedir (55).

Hizmet sektörleri içerisinde sağlık sektörü, ulusal ve uluslararası kaynaklardan önemli ölçüde kazanç sağlayabilen bir hizmet sektörüdür (55).

Sağlık sektöründe yaşanan köklü değişiklikler sebebiyle sağlık kuruluşlarında büyük bir baskı oluşmaktadır. Bu sebeple kuruluşlar ayakta kalmak ve büyümek için yeni fırsatlar aramaya koyulmaktadır. Sürdürülebilir bir avantaj yakalamak için kısa vadede rakiplerin taklit etmesi zor organizasyonel yetkinlikler elde etmek zorunda kalmışlardır. Sektörde başarı ve rekabetçi pazar ortamında hayatta kalabilmek için müşteri ihtiyaçlarına ve beklentilerine göre kaliteli hizmet sunulması gerekmektedir. Bu sebeple hizmet sağlayıcıları kaliteli hizmet sunmaya özen göstermeli ve hastaların hizmet kalitesi algılarını önemsemelidir (56, 57).

2.6.3. Kalite Kavramı

Kalite konusu tarihten günümüze kadar tasarlanma süreci devam eden bir konu olup akademik yayınlarda, ticari yayınlarda, medyada ve eğitim seminerlerinde kendisine yer bulabilmektedir. Kalite, talepte bulunan kişinin gereksinimlerine göre değişmekte olup “iyilik, lüks” gibi kesinlik içermeyen sıfatlarla karıştırılabilmektedir. Beklentiler, sosyo-ekonomik çevreler, kültürel ve dini yapılar, gelenekler, teknoloji ve iklim dâhi kalite algısını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilmektedir. Bu sebeple kalite kavramının standart bir tanımı bulunmamakla birlikte birçok farklı tanımla karşılaşılmaktadır. Tanımlamaların birden çok yapılmasına karşın bazıları genel kabul görmüştür (58).

Juran’a göre kalite, kullanıma uygun olma durumudur. Deming’e göre kalite, değişmezliğin ve güvenilirliğin düşük maliyetle pazarın ihtiyaçlarını karşılayacak biçimde tatmin edilmesidir (58).

Başka bir tanıma göre kalite, kâr için çalışıp çalışmadığına bakılmaksızın bir kuruluşun her yönüne nüfuz eden sürekli bir işlev olup, bir hizmetin veya ürünün kullanıcı beklentisini karşılayıp karşılayamadığıdır (59). Kalite yargıya dayalı bir kavramdır. Gerçek tanımı değerlere, algılara ve tutumlara dayalıdır (54).

Sağlık hizmetlerinde kalite, mesleki, politik ve yönetsel olarak ön sıralarda yer alan bir hedef ve ilgi konumundadır. Çünkü kalite rekabet avantajına ve uzun vadeli kârlılığa ulaşmak için bir araç olarak görülmektedir (60).

Sağlıkta kalite; doğruluk, zamanlılık, içtenlik, müşteri gereksinimlerini karşılama, firmanın ünü ve çalışanların bilginliği gibi ortak bileşenleri ifade etmektedir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde, cerrahi işlemlerde bekleme süresinin kısaltılması, acil serviste verilen hizmetin gerçek acil bakım hizmeti olması, yetersiz veya yanlış klinik uygulamaların kaldırılması, günümüzün bilimsel doğrularının pratiğe dökülmesi, güncel teknolojiden yararlanılması, hasta-çalışan ilişkilerinin belli bir düzeyde olması veya toplum sağlığının iyileştirilmesi sağlıkta hizmet kalitesi anlayışının karşılığı sayılabilmektedir (61).

Özel hastane endüstrisindeki son derece rekabetçi pazar, daha kaliteli hizmetler sunma konusunda büyük bir baskı oluşmasına neden olmaktadır. Diğer birçok faktörün yanı sıra, yüksek verimlilik, daha iyi kalite ve düşük maliyet taleplerinin artmasıyla hizmet sağlayıcılar sosyal, ekonomik, politik ve kültürel zorluklarla başa çıkmak

durumunda kalmışlardır. Bu nedenle kaliteli hizmet sunma hem hizmet sağlayıcılarının hayatta kalmasını sağlamada en önemli unsurlardan biri, hem de işletme mükemmelliğine giden yol olarak görülmektedir (62). Ulusal ve uluslararası arenada şirketlerin adının duyurulmasına ve büyümesine yön veren en büyük unsurlardan biri kalitedir (56).

2.6.4. Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesi Unsurları

Zeithaml (1988)'a göre hizmet kalitesi, tüketicinin hizmeti genel olarak mükemmellik veya üstünlük açısından değerlendirmesidir (63). Parasuraman ve ark. (1985) hizmet kalitesini, bir hizmet şirketinin neleri sunması gerektiği ile gerçekte neleri sunduğu arasındaki fark veya hizmet performansının beklentileri ve algıları arasındaki fark olarak tanımlamıştır (64).

Hizmet kalitesi beklentisi, müşterinin geçmiş deneyimlerine, duyumlara ve hizmet işletmesinin tanıtımlarına dayanarak şekillenen değer yargılarıdır (65). Hizmet kalitesi algısı ise genellikle bir tüketicinin, bir işletmenin mükemmelliği / üstünlüğü konusundaki yargıları veya izlenimleri olarak tanımlanır. Bu yargı, tüketicilerin hizmet beklentileri ve gerçek hizmet performansı arasındaki farklılık ile açıklanmaktadır (60).

Hizmet kalitesi algılarının oluşumunda yakın zamanlara kadar geleneksel olarak hastalık ve ölüm oranları gibi objektif kriterler etkili olmaktadır. Sektör yapısı değiştikçe, hangi kalite unsurunun ne anlama geldiğinin anlaşılmasında hastalık ve ölüm oranlarından ziyade hastaların oynadığı rol önemli bir hale bürünmüştür (60). Sağlık kurumu işletmelerinin rekabet ortamında üstünlük elde edebilmesi ve üstünlüğün sürdürülebilirliği açısından müşteri odaklılık ilkesini benimsemeleri bir gereklilik haline gelmektedir (58).

İşletmeler, piyasadaki rekabet ortamının küresel çapta yaygınlaşması ile önem kazanan hizmet kalitesi konusuna günden güne daha fazla ilgi duymakta, yüksek kalitenin gerçek bir avantaj oluşturduğunun ve verimliliğe önyak olduğunun bilincine varmaktadır (58, 54).

Hizmet kalitesi değerlendirmesi, hastanın hizmet tedarikçisi olarak hastane tarafından sunulan bakım/tedavilerin kalitesini algılamasına ilişkin önemli veriler sağlar. Sağlık hizmeti sağlayıcıları hizmet problemlerini tanımak için, zamanla kaliteyi

iyileştirmek ve kendilerini diğer tedarikçilerle karşılaştırmak için bu verileri kullanabilirler. Ayrıca veriler hastaların özel ve karşılanmadığını hissettiği ihtiyaçlarını belirlemeye de yardımcı olur (66).

Hizmet kalitesi ve hasta sadakatinin birbiriyle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Hatta hizmet kalitesini, hasta sadakatini artırmak için önemli bir faktör olarak yorumlanmaktadır (54). Yüksek kaliteli hizmetler yeni müşterileri çekebilir, mevcut müşterileri elde tutabilir ve hatta rakiplerin müşterilerini bile çekebilir. Ancak hizmet kalitesi düşük olarak değerlendirildiğinde, hasta-tedarikçi ilişkilerinin zayıflaması muhtemeldir (53, 56).

Günümüzün son derece rekabetçi sağlık ortamında, diğer kamu veya özel kuruluşlar ve kurumlar gibi hastaneler de işlevselliklerini geliştirmek ve rekabet güçlerini arttırmak için hem finansal (maliyet, gelir, kârlılık) hem de finansal olmayan unsurları (hizmet kalitesini) ölçmek zorunda kalmaktadır. Ancak birçok paydaşın dahil olduğu sağlık hizmetlerinde kalite unsurlarının ölçümü kolay değildir (67).

Her ne kadar araştırmacılar hizmet kalitesi algılarının nasıl ölçülmesi gerektiği konusunda hemfikir olmasalar da ölçülmesinin gerekliliği ve hizmet kalitesinin çok boyutlu - karmaşık bir yapısı olduğu konusunda hemfikirdir (60).

Bireylerin ihtiyaçları ve istekleri, sahip olunan sosyo-kültürel sistem tarafından şekillendirilir ve bu nedenle farklı sosyo-kültürel ortamlarda farklı algılar oluşması muhtemeldir. Farklı uluslar/kültürler ve sosyo-kültürel ortamlar arasındaki sistem çeşitliliği göz önüne alındığında, sağlık hizmetinin müşterisi olarak hastaların sağlık hizmeti unsurlarına ilişkin algılarının bir kültürden/ulustan diğerine değişebileceği düşünülebilir. Ayrıca hastaların beklentileri ve çeşitli hizmet kalitesi unsurlarına verdikleri önem dereceleri farklılık gösterebilir (68).

Hizmet kalitesinin unsurları geçmişten beri tartışılmaktadır. Aşağıda Çizelge 2.2'de geçmişten beri yaygın olarak kabul görmüş olan hizmet kalitesi boyutları verilmiştir. Çok boyutlu olan hizmet kalitesi unsurlarının önemi eşit olarak dağılmamaktadır. Örneğin; çevre, hastanın fiziksel durumu, duygusal durumu ve tıbbi olmayan başka etkenler hizmet kalitesi algısını farklı derecelerde etkileyebilmektedir (69).

Çizelge 2.2. Önceki Çalışmalarda İfade Edilen Hizmet Kalitesi Unsurları - Rose (62)'den

REFERANS / KAYNAK	ÜLKE	HİZMET KALİTESİ UNSURLARI
(64)	ABD	Fiziksel Ortam, Güvenilirlik, Duyarlılık, İletişim, Güvence, Teminat, Yeterlilik, Nezaket, Anlayış, Erişim
(106)	ABD	Fiziksel Ortam, Güvenilirlik, Duyarlılık, Teminat, Empati
(107)	ABD	Hasta Güveni, Empati, Tedavi Kalitesi, Bekleme Süresi, Fiziksel Görünüm, Destek Hizmetleri, İş Yönleri
(108, kaynak: 62, p. 148)	ABD	Klinik Kalitesi, Hasta Odaklı Kalite, Ekonomi Odaklı Kalite
(109)	İsveç	Müşteri Kalitesi, Mesleki Kalite, Yönetimsel Kalite
(110)	İngiltere	Empati, Hastalık Anlayışı, Karşılıklı Saygı İlişkisi, Dini İhtiyaçlar, Haysiyet, Yemek, Fiziksel Çevre
(111)	ABD	İletişim, Maliyet, Tesis, Yetkinlik, Tavır
(112)	İrlanda	Erişilebilirlik, Yapı, Çevre, Kişilerarası İletişim
(113)	ABD	Teknik (Hemşirelik Bakımı, Doktor Bakımı ve Çıktılar), Konaklama (Yemek, Gürültü, Oda Sıcaklığı, Temizlik, Mahremiyet, Park Yeri)
(114)	Malta	Profesyonel ve Teknik Bakım, Servis Kişiselleştirme, Fiyat, Çevre, Hasta Olanakları, Erişilebilirlik, Servis
(115)	Yeni Zelanda	Güven, Performans, Estetik, Kolaylık, Ekonomi, Teminat
(116)	Tayland	İletişim, Duyarlılık, Nezaket, Maliyet, Temizlik
(74)	İran	Süreç Kalitesi, Etkileşim Kalitesi, Çevresel Kalite, Fiyatlandırma

Literatürde yapılan çalışmalar göz önüne alındığında hizmet kalitesi boyutlarının oldukça geniş bir alana yayıldığı görülmektedir. Bu çalışmada hizmet kalitesi unsurları olarak süreç kalitesi, etkileşim kalitesi, çevresel kalite, fiyatlandırma, hasta güveni ve hasta memnuniyeti boyutları incelenecektir.

2.6.4.1. Süreç kalitesi:

Süreç, belirli bir müşteri kitlesi veya pazar için belirli çıktılar üretmek üzere tasarlanan yapılandırılmış faaliyetler grubudur ve organizasyonların en çok değer verilen unsurlarından birisidir (70). Sağlık alanındaki tanıma göre hastanın bir bakım/tedavi sürecinde “ne” aldığını vurgulayan boyut teknik boyut olup, sağlık hizmetinin hastalara “nasıl” verildiğini vurgulayan boyut ise süreç boyutudur (71).

Hizmeti fiziksel üründen ayıran ve benzersiz kılan en önemli özellik süreçlerdir. Bir hizmet işletmesinin ürünlerden ziyade etkileşimli süreçleri vardır. Tüketici tarafından çıktı tüketilirken, hizmet açısından süreç tüketilir. Sunulan bir hizmetin tüketimi eşzamanlı gerçekleşir ve müşteri üretim sürecine katılmaktadır (72).

Literatür tarafından süreç kalitesini tanımlamak ve ölçmek için ortak bir çerçeve sunulmamaktadır. Süreç kalitesini ölçmek için yaygın olarak kullanılan bir model olmamakla birlikte; süreç kalitesine kullanılabilirlik, güvenilirlik ve bakım gibi farklı açılardan bakılmıştır (70).

Jormo Lehtinen’e göre süreç kalitesi müşterinin hizmeti elde ettiği süre içerisinde değerlendirilen kalitedir (73). Başka bir tanıma göre süreç kalitesi hizmetin nasıl verildiğine odaklanmış bir hizmet kalitesi bileşenidir. Hastanın hastanedeki deneyiminin verimli ve etkili bir şekilde ilerlemesinin sağlanması ile ilgili boyutudur (71).

Profesyonellerin eğitimi, ruhsal durumları, çalışma koşulları gibi etmenler süreç kalitesinin oluşumunu etkileyen etmenlerdir. Tüketicilerin hizmet kalitesi hususundaki algıları çoğunlukla ne elde ettiklerinden çok nasıl elde ettikleri ile örtüşmektedir (73).

Genel olarak hastalar için “nasıl”ı değerlendirmek, “ne”yi değerlendirmekten ziyade kolaydır. Örneğin, ameliyat edilen bir hasta operasyonun kalitesinden emin olamayabilir, ancak doktorlar veya diğer sağlık çalışanları tarafından “iyi” veya “kötü” tedavi gördüklerini bilir. Burada kötü diye nitelendirilmesi, süreç kalitesinin dışında kalan tıbbi kaliteyi gölgeleyebilmektedir (71).

Hastanedeki veri ve bilgilerin etkin, zamanında ve doğru bir şekilde analizi hastane personeli tarafından daha bilinçli kararların alınmasında önemlidir. Ayrıca bu bilgilerin gerektiğinde ve doğru zamanda hastaya iletilmesi hastada süreç kalitesinin iyi işlediğinin bilincini uyandırmaktadır (71).

Süreç kalitesinin hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarının oluşumunda belirleyici bir faktör olduğu iddia edilmektedir. Hastalar hastanelerinden zamanında, uygun, etkili ve profesyonel hizmetler beklemektedirler. Bu nedenle, hastaneler süreci yönetmek için etkili bir zaman yönetimi sistemi tasarlamalıdır, kusursuz ve zamanında hizmet vermeye kendilerini adanmalıdır (74).

Süreç kalitesini artırmaya yönelik çalışmalar kuruluşların hedeflerine ve nihai sonuçlara odaklanmalıdır. Sonuçların ölçümleri ise önceden tanımlanmış hedeflere ulaşıp ulaşılamadığını gösterebilir (70).

Süreç tasarımı müşteri ihtiyaçlarına göre yapılandırılmalıdır. Sürecin ölçülebilirlik özelliği sayesinde kuruluşlar süreç kalitesini artırmak için çeşitli teknikler kullanabilir ve müşteri beklentilerini karşılayabilmek için yeni düzenlemeler tasarlayabilir. Sonuç olarak da pazar paylarını ve kârlılığını artması mümkün görünmektedir (70).

2.6.4.2. Etkileşim kalitesi:

Kişilerarası ilişkiler, müşterilerle hizmet çalışanları arasında gelişen kişisel bağların gücünü ifade eder. Başka bir ifadeyle hizmet talep edenler ve sağlayıcıları arasındaki iş dışı kişisel bağları ifade eder. Kişilerarası ilişkiler, yüksek seviyede kişisel etkileşim gerektiren hizmetlerde hizmetin somut olmayan doğası gereği oldukça önemlidir (75, 76).

Sağlık hizmetlerinde etkileşimsel bakım, servis sağlayıcısı ile kullanıcısı arasında gerçekleşen karşılıklı etkileşimi ve geliştirilen ilişkiyi yansıtan bakım türüdür. Etkileşimsel bakım; hizmet, sağlayıcı ve müşteri arasında etkileşim içerisinde gerçekleştirildiği için kişiler arası etkileşim süreci müşterinin hizmet sağlayıcısının performansıyla ilgili nihai algısında çok önemlidir (60).

Etkileşim kalitesi algısından bahsederken üç ana temadan söz edilebilir; bunlar davranış, iletişim ve ilişkidir. Davranış, bir hizmet sağlayıcısının hizmet ortamındaki tutumunu ve davranışını açıklar. Hastalardan veya yakınlarından gelen “Hizmet sağlayıcılar destekleyici davrandı” ve “Onlar karşıdakinin duygularını anlayabiliyorlardı” gibi yorumlar davranışsal kalitenin pozitif yönde olduğunun ispatıdır. İkinci tema; iletişim, kişilerarası süreçte etkileşimin doğasını yansıtır. Bilgi transferini, etkileşim derecesini ve ikili iletişimin seviyesi açıklar. “Hizmet

sağlayıcılar etkili iletişim becerilerine sahipler” ve “Onlar söylemeniz gerekenleri dinliyorlar” gibi yorumlar iletişim kalitesinin pozitif yönde olduğunun ispatıdır. Son olarak ilişki, hizmet sağlayıcısı ile hasta arasında geliştirilen ilişkinin yakınlığını ve gücünü ifade eder ve kişilerarası yakın etkileşimleri içerir. “Bütünün bir parçası oluyorsunuz ve [hizmet sağlayıcılar ile] aile gibi oluyorsunuz” gibi yakın bağ ve dostluk içeren yorumlar ancak hastalar ve hizmet çalışanları arasında iyi ilişkiler kurulursa mümkün olmaktadır (60, 77).

Hastaların kalitenin ne olduğunu teknik olarak kolaylıkla değerlendiremedikleri için alınan hizmetin işlevsel yönünü değerlendirmeleri muhtemeldir. Çünkü hizmetin “ne” olduğundan ziyade “nasıl” olduğuyla daha çok ilgilenmektedirler. Hizmet alınan yerde sağlık personelinin hasta ve yakınları ile empatik ve iletişimsel nitelikleri (örneğin, bilgilendirme, ilgi gösterme, dinleme, anlama, saygı duyma) hastanın ve yakınlarının algılarını etkileyecektir (62). Ayrıca örgütsel davranış araştırmalarına göre hizmet çalışanlarının kendi aralarındaki pozitif etkileşimi ve sağlık kuruluşuna karşı aidiyet hissi hasta-personel ilişkilerini olumlu etkileyecektir. Sonuç olarak klinik ortamda hasta-hizmet sunucu arasındaki pozitif etkileşim destekleyici, geliştirici ve rahatlatıcı olarak kabul edilir, böylece artan çift yönlü motivasyon ile sağlık çıktıları daha fazla tatmin edici hale gelir (76).

Tüketiciler, temel hizmetten memnuniyetin ötesinde sağlık çalışanları ile ilişkilerinden sosyal ve psikolojik kazanım elde ederler. Frenzen ve Davis (1990), bu ilişkilerden elde edilen sosyal kazanımların, ürün veya hizmetlerden alınan kazanımlardan bağımsız olduğunu ileri sürmüştür (78). Sosyal kazanımlar, temel hizmetten tam anlamıyla verim alınamadığı durumlarda bile müşterileri hizmet sağlayıcılarında kalmaya teşvik ederek temel hizmetten duyulan memnuniyete etki etmektedir (75).

Hastalarla güçlü bir ilişki oluşturmak, oldukça rekabetçi bir pazarda, pazar payını arttırmak ve sürdürülebilir bir rekabet avantajı oluşturmak için önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (74).

2.6.4.3. Çevresel Kalite:

Çevresel kalite, hastanın hizmette kalite algısını şekillendiren ve çevre özelliklerini kapsayan karmaşık bir boyutu tanımlar (60).

Hastanın çevresel kalite anlayışını şekillendiren unsurlar ortam ve somut hizmetlerdir. Ortam, hizmet sunumunun somut olmayan ve arka plandaki özelliklerini ifade eder. Bu özellikler genellikle hastanın farkında olmadan çevreyle ilgili pozitif duygulara kapılmasını amaçlar. Hastadan veya yakınlarından gelen “Ortam hoşuma gitti ve rahattı” yorumları hizmet ortamı ilgili olumlu hisler olduğunun ispatıdır. Somut hizmetler hastanın farkındalığı dahilinde hizmet alınan yerin fiziksel unsurlarını ifade eder. Bu fiziksel unsurlar çevre tasarımını, işlevini veya düzenini ve çevrede bulunan işaretleri, sembolleri ve eşyaları içerir. “Tüm yerleşim çok iyi düşünülmüş” ve “Renkler steril ve temiz görünüyor” gibi yorumlar almak, çevrede bulunan somut öğelerin olumlu yönde amaca hizmet ettiğini gösterir (60).

Hizmet alımında müşteriler ortamın dekor-tasarımı, tabelalar, ekipmanlar, çalışanların giyimi/görünümü ve insanın günlük yaşamını çevreleyen somut nitelikler ararlar, ki bu da müşteride hizmet kalitesi beklentisini oluşturur. Ayrıca gürültü seviyesi, koku, sıcaklık, renkler, dokular ve mobilyaların konforu gibi fiziksel ortamın değişkenleri hizmet alımında algılanan performansı etkileyebilmektedir (62).

Sağlık işletmeleri çeşitli olanaklara sahip olarak hizmet sunmaktadır. Hasta bakım olanakları, sağlık hizmetleri kalitesine katkıda bulunur. Bakım olanakları, bakımın sağlandığı ortamın özelliklerini tanımlamaktadır (60). Fiziksel olanaklar, bir işletmenin sahip olduğu ekipmanların tümü, iletişim araçları ve kıyafetler olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel olanakların müşteride işletmeye dair olumlu veya olumsuz bir etki uyandırılmasında rolü büyüktür. Örneğin, bir hastanede personellerin kıyafetlerinin kirli olması, odalarda havalandırma olmaması, yatakların kirli olması, kötü koku yayılması veya odadaki telefonların çalışmaması hasta ve yakınlarında kötü bir izlenim oluşturacaktır (79).

2.6.4.4. Fiyatlandırma:

Pazarlama karmasının elemanlarından olan fiyat, sunulan hizmetin veya ürünün karakteristiklerinde meydana gelen değişimlerden hızlı bir şekilde etkilenen, oldukça esnek yapıya sahip bir değişken olarak tanımlanabilir (80).

Başka bir tanıma göre fiyat, bir ürünü veya hizmeti satın almak için ödenmesi göze alınan miktardır. Ürün veya hizmet ne kadar pahalı olursa beklenti o kadar yüksek

olur (62). Yani hizmet kalitesinin bir unsuru olarak kabul edilen fiyat, tüketici için önemli bir uyarı ve ipucu görevi görmektedir (80).

Yapılan araştırmalara göre fiyatlandırma olgusu ikiye ayrılmaktadır; objektif fiyat ve algılanan fiyat. Objektif fiyat, bir hizmetin veya ürünün mevcut fiyatıdır. Algılanan fiyat ise tüketicinin kendi zihninde kodladığı fiyattır. İlişkisel pazarlamada algılanan fiyat önemli bir unsurdur. Müşteri satın alma eylemine geçmeden önce algıladığı fiyat daha yönlendirici olabilmektedir. Hatta satın alınan ürün/hizmet homojense ve müşterilerin aynı/benzer ürünü daha önce satın almışsa, algılanan fiyat değişkeni çok daha önemli hale gelmektedir (80).

Müşteri sadakatinin ana girdisi olarak hizmet kalitesinin herhangi bir boyutunu olumlu bulsa bile kullanıcılar, beklenen hizmete kıyasla görece yüksek bir fiyatlandırmadan dolayı aynı hizmeti veren başka bir kuruluşa yönelebilir (56).

Fiyatlandırma kararları bir işletmenin finansal göstergeleri ile yakından ilişkili olup o işletmenin pazar segmentasyonu politikalarında da etkisini rahatlıkla gösterebilmektedir. Örneğin JCI (Joint Commission International) akreditasyonuna sahip olan ve sunduğu hizmetlerden birçok medikal turistin yararlandığı bir özel hastane, kendi markasıyla faaliyet gösterecek küçük ölçekli bir şubesini sosyoekonomik açıdan daha az gelişmiş olan bir yerde açabilir. Bu yolla farklı gelir düzeyine sahip gruplar için farklı fiyatlandırma stratejileri uygulanmış olup tüketicinin söz konusu hastanenin kendisi için kaliteyi uygun fiyata sunup sunmadığı konusunda bir fikir oluşmuş olacaktır. Böylece tüketicilerin zihninde oluşan “kaliteli hizmet = yüksek fiyat” algısının yıkılması veya en aza indirilmesi sağlanmış olacaktır. Bilhassa kârlılık oranı yüksek olan, nispeten geniş pazar paylarına sahip işletmelerin bu yola başvurmaları tüketicilerde fiyat uygunluğu algısına olumlu yönde etki edebilir (80).

Pevec ve Pisnik (2016)’e göre, hastaların bakış açısına göre karşılamayı göze aldığı maliyet iki türdür: alınan hizmet karşılığı ödenmesi gereken parasal maliyet ve tedavi/bakım için ödemesi gerekenin dışında kalan yani parasal olmayan maliyet. Hastanın hizmet almak için kuyrukta beklemesi, zaman harcaması ve stres yaşaması parasal olmayan maliyetlerdir. Harcanan zaman ve çabanın minimuma indirilmesi kalite algılarını artırabilmektedir. Yani, tüketiciler parasal olmayan maliyetleri de kalite yargılarına dahil edebilmektedir. Hatta bazı durumlarda parasal maliyetlerden

de kıymetli hale gelebilmekte ve satın alma sürecinde müşteriler için referans noktası olabilmektedir (81).

Sağlık kurumu hasta kârlılığını artırıp satış hacmini genişlettiğinde hastalara yönelik tedavi planını kişiselleştirmektedir. Kişiselleşen tedavi planları ile parasal maliyet kısmen artmaktadır. Tedavi/bakım hizmeti alınan kuruma karşı bağlılık hissi olan bir hasta, hizmetin fiyatı artsa dahi öncelikli olarak yararlanabilmek için daha yüksek ücretleri ödemeyi kabul edecektir (50).

Tüm bunların sonucu olarak fiyat-performans dengesinin hasta sadakatini etkileyebileceği düşünüldüğünden, mali planlama hassas bir şekilde yürütülmelidir (50).

2.6.4.5. Hasta Güveni:

Güven duygusu, kullanıcıların, hizmet sağlayıcıların yetenekleri ve yardımseverlikleri de dahil olmak üzere bütüncül niteliklerine ilişkin algılarını ifade eder. Müşterilerin hizmet sağlayıcılarla ilişki kurması ve sürdürmesi için kritik bir faktör olarak görülebilir (82).

Hasta güveni, hastanın sunulan hizmetin kendi yararına olacağı ve doğru tedavi veya bakımın sağlanacağı konusunda hizmet sunucuya olan inancı olarak tanımlanır (76).

Hizmet sunumlarında güven duygusunun hizmet sağlayıcı ile devamlılığın önemli belirleyicisi olduğu aktarılmaktadır (76). Güven ortamının sağlanması ile sağlık hizmetinin tüketicisi konumundaki hasta ihtiyaç halinde aynı kuruma başvuracaktır. Tedavide isteklilik; önemli bilgilerin paylaşılması, tedavi önerilerine uyma ve hatta sağlık durumunun iyiye gitmesi gibi olumlu sonuçlarla bağlantılıdır (50, 76).

Müşterinin bir hizmet sağlayıcıya güveninin artması ile tedarikçiye karşı hissedilen sadakatinin orantılı olarak artması beklenir. Güven duygusunu kazanmak, müşteri sadakatine büyük katkı sağlar ve marka değişimi riskini azaltır. Müşteriler hizmet sağlayıcıya güvendiği takdirde, ihtiyaç halinde hizmeti kullanmaya devam etmekle birlikte servisi başkalarına önermesi de kuvvetle muhtemeldir (82).

Hizmet sunucularının günümüzde yaşanan rekabet savaşlarından galip çıkabilmek için değer temelli davranış ve yönetim biçimleri sergilemeleri

gerekmektedir. Hizmet sağlayıcıları için, değerler dizgisi içerisinde dürüstlük, samimiyet ve güvenilirlik sağlanmadığı takdirde ilişkisel pazarlamada başarısızlık kaçınılmazdır (80).

İşletmelerin müşteriler için elzem olmayan bir hizmeti veya ürünü sunma yoluna girmemeleri gerekmektedir. Ayrıca, eğer çeşitli sebeplerden dolayı müşterinin o anlık ihtiyaçları karşılanamıyorsa müşterinin başka bir güvenilir kuruma yönlendirilmesi doğru bir yaklaşım olacaktır. Böyle bir yardımda bulunmak müşterinin hafızasına kazınacak, güven ve minnet duygusu uyandıracaktır. Daha sonra ihtiyaç duyulması halinde müşteri tekrar söz konusu kurumu tercih edecektir. Dolayısıyla müşterinin büyük ihtimalle tekrar satın alma ve başkalarına tavsiye etme davranışına sebep olacaktır. Bu sebeple bir özel sağlık işletmesinin finansal sürdürülebilirlik oranlarını koruması bakımından dürüstlük/güvenilirlik düzeyini korumaları önem arz etmektedir (80).

2.6.4.6. Hasta Memnuniyeti:

Memnuniyet, müşterinin bir ürün veya hizmet sunumunun genellikle satın alımı sonrası değerlendirmesidir. Müşteri, beklediğinden daha iyi bir hizmet sunulduğunda tatmin olur, beklentisi hizmet sunumunun üzerinde ise memnuniyet oluşmaz (54).

Günümüzde kurum ve kuruluşların başarılı olarak tanınabilmesi için güçlü bir finansal yapıya sahip olmasının yanında paydaşlarının beklenti ve isteklerini ne ölçüde karşıladığına ve onları ne derece memnun ettiğine bağlıdır (49). Sağlık hizmeti sunan kuruluşların en büyük paydaşı şüphesiz hastalar olduğu için onların memnuniyetini yüksek seviyelerde tutması gerekmektedir. Olumlu tıbbi çıktılar elde ederek kendilerini rakiplerinden iyi yönde ayırmayı amaçlayan hizmet sağlayıcılarının müşteri memnuniyetine önem vermesi gerekmektedir (82).

Tıbbi çıktılarının yanı sıra hasta memnuniyeti, günümüzde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi, verimliliği ve etkinliğini değerlendirmede yararlanılan önemli bir konudur (49). Hastaların değer beklentilerinin ne derece karşılandığı konusunda bilgi sunan temel ölçütlerden biri olup değerlendirmede en az klinik sonuçlar kadar önemlidir (58).

Hasta memnuniyetinin dört farklı sebepten dolayı önemli olduğu öne sürülmektedir. Bunlar:

- **İnsancıl Nedenler:** Her hasta öncelikle kaliteli ve iyi bir hizmet alma hakkına sahiptir. Sunulan hizmetler bilimsel ve teknik açıdan yeterli olmalıdır. Ayrıca insaniyete, bireyin tutumlarına, değer yargılarına, duygu ve düşüncelerine önem verilmez.
- **Ekonomik Nedenler:** Hasta ödediği ücretin karşılığını beklemektedir. En uygun maliyette maksimum fayda görmeyi arzulamaktadır. Yöneticiler ise kaynakları verimli ve etkin bir şekilde kullanmaya çalışırken hizmet maliyetini de düşürmeye çalışmaktadır.
- **Pazarlama:** İşletmeler hasta memnuniyeti ile müşteri güçlerini artırmak ve pazar paylarını artırmak istemektedir. Bu sebeple, mevcut müşterileri koruma, onlarla ilişkileri geliştirme ve daha fazla hasta alma yolunda strateji geliştirmektedirler.
- **Etkililik:** Memnuniyeti sağlanan hastalar tedavi/bakım sürecinde ve sonrasında daha olumlu davranışlar sergileyip verilen tavsiyelere uymaktadırlar. Aksi halde kurumlar hasta yitimi adı verilen bir olguyla karşılaşabilmektedir (49, 83).

Sağlık hizmeti sunucularının sayısında meydana gelen ciddi artış, hizmet talep edenlerin bilgi ve bilinç seviyelerindeki artış ve teknolojinin gelişmesi ile bilgiye ulaşmadaki kolaylığın artması, sağlık kuruluşlarının hastaları sağlık hizmetlerinin merkezine koymasını ve memnuniyetlerinin artırılmasını amaçlamasını sağlamıştır (84).

Hasta değerlendirmeleri sağlık hizmeti sağlayıcıları için vazgeçilmez bir konudur. Bireysel veya kurumsal sağlık hizmeti alımlarında seçim yapılırken memnuniyet ön plana çıkmaktadır (68). Ayrıca hizmetlerde değişiklik ve iyileştirme kararı alma konusunda memnuniyet değerlendirmeleri dikkate alınır ve sağlık alanında ücretlerin belirlenmesinde bir araç olarak kullanılır (56, 85).

Pazarlama anlayışını benimseyen sağlık kuruluşlarının göz ardı edemeyeceği unsurlardan biri olan hasta memnuniyeti yoluyla sağlık işletmeleri karlılığa ulaşmaktadır (49, 58).

Gabott ve Hogg (1994) hasta memnuniyetini etkileyen altı faktörden bahsetmiştir:

- Hizmet aralığı faktörü (örneğin, uzmanlar ve engelliler için sağlanan imkânlar),
- Empati faktörü (örneğin, danışma görevlisinin davranışları, doktorun hastaya yaklaşımı ve ev ziyaretleri),
- Fiziksel erişim faktörü (örneğin, park etme ve toplu taşıma araçları ile ulaşım),
- Doktorlara yönelik faktör (örneğin, yaş, cinsiyet ve doktor sayısı),
- Durumsal faktör (örneğin, bekleme odası olanakları ve dekorasyon),
- Yanıt verilebilirlik faktörü (doktorla geçirilen zaman ve bekleme odasında geçirilen zaman) (86).

Hastada kaliteli zaman algısı oluşması, yeteri kadar bilgilendirme ve tavsiye yapılması, sağlık personellerinin işlerinde ne kadar yetenekli oldukları ve yardımseverliği memnuniyeti olumlu yönde etkilemektedir (87).

Memnuniyet; yaşam biçimi, deneyimler, beklentiler, bireysel ve toplumsal değerler gibi birçok faktör ile yakından ilişkilidir. Böyle olduğu için sunulan hizmetler farklı hastalar tarafından hatta aynı hasta tarafından farklı zamanlarda farklı biçimde değerlendirilebilmektedir (87).

Hasta memnuniyeti kalitenin artırılması ve hastaların beklentileri doğrultusunda daha iyi bir hizmet sunumunun sağlanması için gereklidir (87). Memnuniyetin hastane seçiminde ve hastanın aynı hizmeti tekrar satın alma davranışı üzerinde önemli bir etkisi olduğunu destekleyecek nitelikte birçok araştırma yapıldığı bilinmektedir (75). Ancak, sadece memnuniyet uzun vadeli bir ilişki sürdürmek için tek başına yeterli olmayabilir. Hizmet kalitesinin diğer unsurları ile birlikte sadakat üzerinde bir etkiye sahiptir (88, 89).

Hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi arasındaki ilişki konusunda Kassım & Abdullah (2008)'e göre hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti arasındaki bağlantılarla ilgili üç teori vardır: memnuniyet, hizmet kalitesinin öncüsüdür, hizmet kalitesi memnuniyetin öncüsüdür ve bu iki kavram birbirinin yerine geçebilir (88).

Parasuraman ve ark (1985) yüksek hizmet kalitesinin hasta memnuniyetini etkileyeceğini belirtmişlerdir (64). Ancak Cronin ve Taylor (1992)'in aktardığına göre sonraki çalışmalarda, örneğin Bitner (1990) ve Bolton ve Drew (1991) tarafından

yapılan çalışmalarda, memnuniyetin sağlık hizmetlerinde kalitenin öncülü olduğu ifade edilmektedir (90). Ahmed ve ark. (2017) hizmet kalitesinin bileşeni olarak memnuniyetin sağlık sektöründe kaliteyi belirlemede geniş çaplı olarak kullanıldığını ifade etmektedir (55). Ayrıca uzmanlara göre hizmet kalitesi ve memnuniyet birbiri ile ilişkili ancak birbirinden farklı yapılardır. Memnuniyet veya memnuniyetsizlik, hizmet kalitesi algısının oluşumuna önyak olmaktadır (54).

Bu çalışmada da hasta memnuniyeti hizmet kalitesinin bir öncülü ve unsuru olarak değerlendirilmektedir.

2.6.5. Hasta Sadakati

Sadakat, müşterileri uzun vadede elde tutabilmek için daha iyi hizmet kalitesi sağlanarak uygulanan stratejik bir hizmet planı olarak tanımlanmıştır (55). Hastanın hizmet alınan hastaneyi beğenmesi ile birlikte tekrar aynı hastaneyi tercih etmeye ihtiyaç duyması, çevresindekilere olumlu bahsetmesi ve hizmet alınan hastaneyi “benim hastanem” diye nitelendirmesidir (50). Sadakat, bir markanın uzun vadeli varlığının belirleyicisidir (82).

Oliver (1999)’a göre bir markaya/hizmet sağlayıcısına olan sadakat, farklı pazar koşulları etmenlerine rağmen, önceden tercih edilen bir ürünün/hizmetin ihtiyaç duyulduğu takdirde gelecekte yeniden müşterisi/alıcısı olunmasını sağlayan bir bağlılık olarak tanımlanır (82).

Bayın (2013)’ın aktardığına göre hasta sadakati, hastanın sağlık kurumuna karşı olumlu bir tutum sergilemesi, gereksinim duyması halinde aynı hastaneyi tekrar tercih etmesi, yakınlarına önermesi ile güven ve tatminin bir sonucu olarak ortaya çıkan hasta-sağlık kurumu ilişkisini güçlendiren bir kavramdır (91).

Sadakat birçok şekilde gösterilebilir; örneğin, bir tedarikçiyi ötekilere rağmen tercih ettiğini ifade ederek, söz konusu tedarikçiden hizmet almaya devam ederek ve ileride daha fazla hizmet satın alarak (53).

Sadakati değerlendirirken bir ürünün tekrar kullanılması veya satın alınması isteği göz önüne alınır. Sağlık sektöründe sadakat, bir hastanın hizmet alınan hastaneyi tekrar ziyaret etmesi ve o hastaneyi başkasına tavsiye etme niyetini ölçer (50).

Sağlık hizmeti sunucuları arasındaki rekabet yoğunlaştıkça, müşterileri çekmeyi ve müşterilerin kalıcılığını etkileyen değişkenleri belirlemek sağlık

yöneticileri ve pazarlamacılar için giderek daha önemli hale gelmektedir. Müşteri sadakati, uzun vadeli finansal performansın ana belirleyicisi olarak kabul edilmektedir, Müşterilerin davranışlarını daha iyi anlamak pazarlamacıların ve özel hastane yöneticilerinin mevcut müşterileri elde tutmak ve yeni müşterileri çekmek için uygun pazarlama stratejileri geliştirmelerine yardımcı olabilir. (92).

Sağlık pazarında hasta sadakatini şekillendiren müşteri ilişkilerini geliştirmek, hatırı sayılır bir pazar payı elde etmede ve sürdürülebilir bir rekabet avantajı yakalamada kilit bir faktör olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle hasta sadakatini rekabet avantajının ana kaynağı olarak görüp sadakati artırmanın yollarını aramak piyasa ekonomisi sistemindeki sağlık kuruluşları için önemli bir iş stratejisidir (92).

Bir hizmet sağlayıcısı müşterinin ihtiyaçlarını rakiplerinden daha iyi karşılayabiliyorsa, sadakat oluşumunda avantaja sahip demektir (56). Sadakat oluşması için tedarikçiler tarafından hasta beklentilerine ve ihtiyaçlarına yanıt verilmelidir (55).

Rekabetin arttığı ve yeni müşterileri çekmenin artan maliyetleri göz önüne alındığında, servis sağlayıcılar stratejik faaliyetlerini giderek artan bir şekilde hasta sadakatine odaklanmaktadır (74).

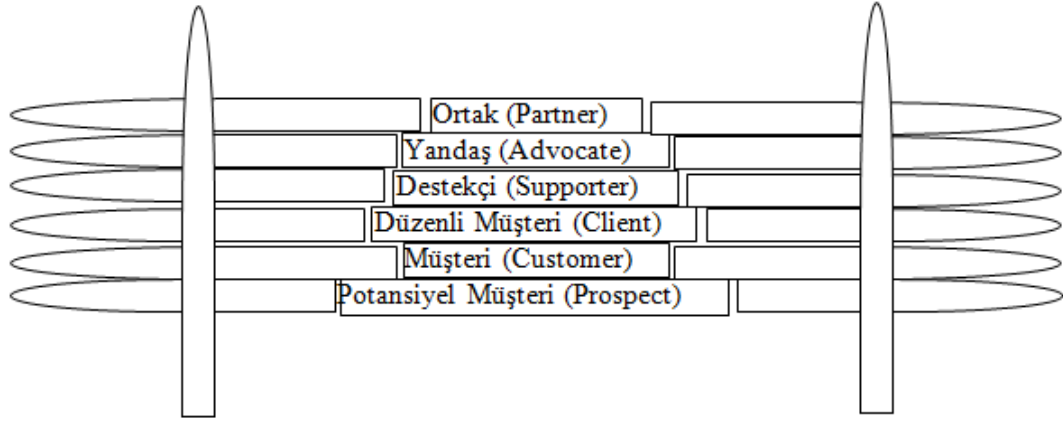
Hastaları elde tutmak yeni müşterileri çekmekten daha az maliyetlidir. Araştırmalar, müşterilerinin yalnızca yüzde 5'ini elinde tutmayı başarmış şirketlerin neredeyse yüzde 100 oranında artan bir kârı olduğunu göstermiştir. Gerçek sadakat, bir işletmenin pazarda ayakta durabilmesi için çok önemlidir (74, 62).

Pek çok müşterinin ise “sahte sadakat” örneği sergilediği uzun süredir tahmin edilmektedir. Bu müşteriler alternatif göremedikleri için hizmetlerinden tatmin olmadıkları tedarikçiye yola devam etmektedirler (53).

Bir müşterinin diğer hizmet sağlayıcılarına yönelmemesi adına, değişimin taşıdığı riskleri, en baştan bir iletişim kurma konusunda sıkıntı yaşanabileceğini ve alternatif bir hizmet kullanmanın zorluklarını aktarmak, mevcut hizmet sağlayıcı ile olan ilişkisini sürdürme olasılığını artıracaktır (82).

2.6.5.1. Sadakatin aşamaları ve bileşenleri:

Buttle (1998), sadakat merdivenini oluşturup, müşterileri şu şekilde sıralamıştır:



Şekil 2.4. Sadakat Merdiveni - Buttle (93)'dan

Sadakati en az olarak görülen potansiyel müşteri konumundan; müşteri, düzenli müşteri, destekçi, yandaş ve en son sadakati en yüksek görülen ortak (partner) aşamasına kadar sıralama yapmıştır (93).

Şenay (2018)'a göre hasta sadakati üç aşamadan oluşmaktadır.

1. Aşama: Aynı Sağlık Kurumuna Aynı Hizmet İçin Tekrar Başvurma Davranışı

2. Aşama: Aynı Sağlık Kurumuna Başka Bir Hizmet Almak İçin Başvurma Davranışı

3. Aşama: Sağlık Kuruluşunu Başkalarına Tavsiye Etme Davranışı

Şekil 2.5. Hasta Sadakati Aşamaları - Şenay (50)'dan

Hasta sadakati oluşumunda ilk aşama olarak hastanın hizmet sunucu kurumunda aynı hizmeti alabilmek için tekrar başvuru yapmasını davranışını, ikinci

aşamada aynı hizmet sunucu kurumdan başka bir hizmet almak için başvuru yapmasını belirtmiştir. Son aşamada ise artık hizmet almanın ötesinde diğer hastalara veya hizmet arayışında olanlara tavsiyede bulunma davranışı gelmektedir (50).

Sadakatin bileşenleri söz konusu olduğunda, 3 farklı boyuttan söz edilebilir. Her aşama geçtikçe sadakatin derinleştiği 3 boyut sırasıyla; bilişsel sadakat, tutumsal sadakat ve davranışsal sadakattir (94, 52).

Bilişsel Sadakat: İlk seviyedeki sadakat olan bilişsel sadakat algılama, anlama, anlam verme, anımsama, problem çözme ve yorumlama gibi içsel süreçleri içermekte, ön bilgilere ve tecrübelerle dayanarak ortaya çıkabilmektedir. Bu seviyede sadakat çok güçlü olmamakla birlikte müşteri uygun fiyat ve yüksek kalite gibi istediklerini elde edemezse başka markalara yönelebilmektedir. Yine de bir hizmet sunucusunun alternatifleri arasında akla ilk seçenek olarak gelmesi bilişsel sadakati gösterir (94, 52).

Tutumsal Sadakat: Sadakat gelişiminin ikinci evresi olan tutumsal sadakat duygusal sadakat olarak da adlandırılır. Tutum kelimesi eyleme geçmek için hazır ve elverişli olmayı ifade etmektedir. Bir olguya karşı bilgi, duygu, düşünce ve inançlar bireylerin tutumlarını belirler. Tutumsal sadakatte satın alma davranışından ziyade yönelmeye önem verilir (95, 52).

Davranışsal Sadakat: Sadakat gelişiminin üçüncü evresi olan davranışsal sadakat eyleme yönelik sadakat olarak da adlandırılır. İşletmelerin sunduğu hizmeti tüketicinin ne sıklıkta aldığı ve başkalarına olumlu telkinde bulunarak ağızdan ağıza iletişimde bulunmaları ile ölçülmektedir (94, 52).

Çok boyutlu bir yapıya sahip olması sebebiyle, işletmelerin sadakat kavramını daha iyi anlamasını ve incelemesini zaruri hale getirmektedir. Bahsi geçen boyutları dikkate almak, sadakat oluşturma ve sadakati sürdürmek için önemli bir yol gösterici olabilmektedir (94).

Müşteri sadakatının oluşumunda ve geliştirilmesinde tutumsal ve davranışsal boyutların birbiri ile karıştırılmaması gerekmektedir. Müşterinin işletmeye karşı olumlu bir tutumunun bulunması ve başlatılan ilişkinin sürdürülmesine yönelik eğilimlerinin olması tutumsal sadakat ile ilişkilidir. Satın alma davranışı ve bunun sıklığı gibi konular ise davranışsal boyut kapsamında değerlendirilmektedir. Sonuç olarak davranışsal boyut sadakatin oluşumunda önemli olmakla birlikte yeterli görülmemektedir; ilişkiler olumlu tutumlar sayesinde kalıcı ve uzun olabilmektedir.

Yani sadece davranışsal niyete odaklanılması ile bir işletmenin müşteriler tarafından neden tercih edildiğini açıklanamamaktadır (95).

Sheth ve Park (1974), sadakati sadece “tekrar satın alma” ve “satın alma davranışının sıklığı” gibi bileşenlerle değerlendirilmesinin doğru olmayacağını, bunların yanı sıra davranışsal eğilimlerin de dikkate alınması gerektiğini ifade etmiştir (96). Ancak literatürde sadakat; tüketiciler tarafından bir işletme tarafından sunulan ürün veya hizmetlerin tekrar satın alınma davranışı ve söz konusu işletmeye karşı ağızdan ağıza olumlu telkin gibi olumlu tutumlar sergilenmesi olarak görülmektedir. Bu sebeple çalışmada sadakatin en önemli göstergelerinden olan tekrar satın alma ve tavsiye etme niyeti incelenecektir (94).

2.6.5.2. Tekrar satın alma niyeti:

İhtiyaç halinde müşterilerin aynı tedarikçiyi seçmesi olarak yorumlanan “müşteriyi elde tutmak” yeni müşteri çekmekten daha kârlı olarak düşünülmektedir (69).

Zeithaml ve ark. tarafından ifade edildiğine göre müşterinin tedarikçiyi terk etmesinin önüne geçmek, daha büyük bir pazar payı kazanmaktan veya maliyetleri düşürmekten daha kârlı bir stratejidir (53). Fornell ve Wernerfelt, pazarlama kaynaklarının yeni müşteri çekmekten ziyade mevcut müşterileri korumak için harcanmasının daha doğru olacağını belirtmiştir (96). Sonuç olarak sıfır ayrılığın, yani başka tedarikçiye yönelmelerin önünü tıkamanın bir şirkette genel performans standardı haline getirilmesinin, şirket için mali açıdan faydalı olacağı açıktır.

Yeni müşterileri çekmenin eski müşterileri elde tutmaktan çok daha maliyetli olduğu düşünüldüğü için hizmetin mevcut tüketicileri ile güçlü ilişkiler kurulması ve sadakatlerinin artırılması, güçlü bir pazar payı kazanmada ve sürdürülebilir bir rekabet avantajı geliştirmede kilit bir rol oynamaktadır (56, 97).

Uzun yıllar boyunca bilerek ve isteyerek aynı tedarikçiden hizmet alan müşterilerin, kısa vadeli müşterilerden daha çok ek hizmet almayı istemesi ve daha fazla olumlu telkinde bulunması muhtemeldir. Böyle sadık müşteriler ilişkiyi sürdürmeye değer verdiği için tedarikçi, alternatiflerinin sunduğu fiyatlardan daha yüksek fiyatlar talep edebilir (53).

Bir müşteri düşük hizmet kalitesi veya başka faktörlerden ötürü hizmet sağlayıcısından dolayı olumsuz düşüncelere kapılırsa, tedarikçiyi değiştirmenin faydalı olacağı algısı ile bir başka markaya geçme olasılığı daha fazla olacaktır (82, 75).

Müşteri kaybedildiğinde yenilerini çekmek ve onları cezbetmek zorunda kalan şirketler bunu yüksek bir maliyetle gerçekleştirmektedir. Bu durum reklamcılık, promosyon ve satış maliyetlerinin yanı sıra işletme giderleri ile birlikte pahalıya mal olmaktadır. Ayrıca, genellikle müşteri kazanımlarından sonra bir süre kâr beklenmemektedir (53).

Alternatiflerin çeşitliliği, pazarda rekabet halinde olan uygun alternatiflerin varlığı hakkında tüketici algıları oluşturur. Birey uygun alternatiflerin çok az olduğunu veya hiç olmadığını algılayorsa hizmet sunucusuna olan sadakatin artacağı ve ilişkisel anlamda tıkanmalar yaşasalar bile aynı sağlayıcıdan hizmet almaya devam edeceği düşünülmektedir (76). Ancak bunun tam tersi olarak çok miktarda alternatifin var olduğu algısı oluştuğunda alınan hizmetten memnun olmayan tüketiciler tedarikçi değiştirmenin önemli faydaları olduğunu düşünüp alınan hizmeti terk etme yoluna başvurabilirler (75).

Hastane veya klinik sayısının fazla olduğu bir bölgedeki insanların hizmet sunucularına sadakat oranı, seçeneklerin az olduğu bölgeye nazaran daha düşüktür. Alternatifler arttıkça insanların hizmet alınan hastaneden tekrar satın alma niyetlerinin azalması muhtemeldir (89).

Tedarikçi değişiminin hizmet sunucuları gibi hastalar için de olumsuz yanları olabilir. Hastalar için tedarikçi değişimiyle tedavinin kesintiye uğraması veya gidilecek yerde birey sağlığına uyumsuz bir programla karşılaşılması sağlık açısından olumsuz sonuçlara yol açabilir ve yeni tedarikçiye uyum sağlayamama sonucunda psikolojik travma etkisi yaratabilir (62).

Tüm bu bilgilerin ışığında, hizmet sunucuları hastaların hangi hizmet kalitesinin hangi unsurlarına daha çok önem verdiğini bilmesi ve bu konuda çalışmalar yürütebilmesi alınan hizmetlerin yeniden alınmasında ve başkalarına tavsiye edilmesinde istekliliğe yol açacaktır (55).

2.6.5.3. Tavsiye etme niyeti:

Arkadaşlardan, akrabalarından ve diğer hastalardan gelen önerilerin, hizmet sağlayıcısı seçimi için önemli bir bilgi kaynağı olduğu bilinmektedir (85). Sağlık hizmetleri pazarlama uzmanları, en eski pazarlama yöntemi olan ağızdan ağıza pazarlamayı doktorlar ve hastane hizmetleri için en etkili reklamcılık yöntemi olarak tanımlanmaktadır (74).

Ağızdan ağıza pazarlama, mevcut veya potansiyel müşteriler ile diğer insanlar arasında olan, tedarikçiye olumlu veya olumsuz olarak yansiyabilen sözlü iletişimi ifade eder (98).

Hizmet alan tüketiciler, hizmet satın alma kararlarını vermeden önce başka bireylerin görüş ve deneyimlerini göz önünde bulundurmaktadır. Bu bağlamda, ağızdan ağıza pazarlama tüketicilere daha bilinçli seçimler yapma olanağı sunar (98).

İnsanlar deneyimlerini anlatmaya hevesli oldukları için ağızdan ağıza iletişim çok etkilidir. Yapılan değerlendirmelerin üretici tarafından değil de direkt bir tüketici tarafından gelmesiyle iletinin kaynağı olan tüketici tarafsız olarak yorumlanmaktadır. Bu da hissedilen etkiyi artırmaktadır (51).

Hizmet sağlayıcısının başarısı için önemli olarak kabul edilen ağızdan ağıza pazarlamanın satın alma kararları ile ilgili hissedilen riskleri azalttığını ve bazı müşterilerin bu pazarlama stratejisini çok fazla önemseydiğini söylemek mümkündür (98).

Ağızdan ağıza iletişimin önemli bir özelliği sadakat merdiveninde müşterileri sıraya dizmesidir. Sadakat merdivenine göre en alt basamakta bulunmayan konumdakiler potansiyel müşteriyi etkileyerek üste çıkmasını sağlayabilirler. Bilakis ağızdan ağıza iletişim bir işletme müşterisinin sadakat merdiveninde aşağı inmesine de sebep olabilir. Müşteri basamağı ve üzerindeki basamaklarda bulunanlar için dışarıdan alınan bilgiye göre harekete geçme ihtimali doğal olarak daha düşüktür (51).

Tavsiye etme niyetinin işletmeler için değeri, mevcut ve potansiyel müşteriler üzerindeki etkisi sonucu ortaya çıkmaktadır. Müşteriler olumlu yorumlarda buldukça sadakat seviyelerinde artış beklenebilir. Bu nedenle ağızdan ağıza pazarlama hem müşterileri elde tutma hem de satın alma davranışları açısından fayda sağlamaktadır (98).

Bazı yorumlar ve davranışlar, müşterinin tedarikçi ile arasında bağ kurduğunu işaret eder. Müşterinin tedarikçiyi övmesi, ötekiler yerine söz konusu tedarikçiyi tercih ettiğini ifade etmesi ya da nispeten yüksek bir fiyat ödemesi davranışsal olarak şirkete bağlandığını göstermektedir (53).

Sadık müşteriler, hizmet sağlayıcısını başkalarına tavsiye ettiği takdirde benzer hizmeti almak isteyen potansiyel müşterilerin olumlu yönde etkilenmesi muhtemeldir; ancak, sadık müşterilere kıyasla sadık olmayan müşteriler, ürün veya hizmetler hakkındaki olumsuz bilgi ve tavsiyelerden çok daha fazla etkilenirler (56, 76).

Olumsuz telkinler istenilen tedavilerin/ürünlerin kısıtlanmasına veya alternatif hizmet sağlayıcılara geçmek gibi olumsuz davranışsal niyetlere yol açabilir (69). Dolayısıyla tatmin olmayan müşterilerden gelen olumsuz yorumlardan dolayı satışlar azalabilir (67).

Hizmetlerden tatmin olmayan bir müşteri 1 kişiye olumlu telkinde bulunuyorsa, tatmin olmayan müşteri 10 kişiye olumsuz telkinde bulunacaktır. Bu da işletmenin mali olarak istemeyeceği bir çizelge yaratacaktır. Örneğin, yılda 90 000 civarı hasta taburcu eden bir hastane çözülemeyen şikâyetlerden dolayı yılda yaklaşık 4 Milyon USD zarar etmektedir. Bu yüzden sağlık kuruluşlarının müşteri ihtiyaçlarını karşılama ve müşteriyi elde tutma çabalarının öncelikli olması gerekmektedir (62).

Alınan hizmet olumsuz bir izlenim uyandırıyor ise müşteri de şikâyet davranışlarının ortaya çıkmasına sebep olabilir. Şikâyet davranışları; sözlü yanıtlar (örneğin, satıcıdan tazminat istenmesi), gizli dönütler (örneğin başkalarına olumsuz telkinde bulunulması) ve üçüncü şahısların dahil edilmesi (yasal işlem başlatılması) gibi örneklerle karşımıza çıkabilmektedir. Bu gibi davranışlar doğal olarak müşterinin rakip firmaya geçişini kolaylaştırır. Bir diğer unsur müşterinin hizmet sağlayıcı ile yaptığı işi azaltması olarak düşünülebilir (53).

Alınan kötü hizmet deneyiminden sonra birkaç müşteri şikâyette bulunup hemen marka değişikliği yoluna başvurmayabilir. Ancak, tatmin olmayan müşterilerin çoğunun şikâyet etmeyip marka değişikliği yoluna gitmesi ve çevresine olumsuz telkinde bulunması muhtemeldir (82).

Sonuç olarak, müşteri sadakatini sağlama ve elde tutma günümüz sağlık piyasasında stratejik bir zorunluluk haline gelmiştir. Sadakati sağlanırsa müşteri uzun bir müddet işletmeye bağlı kalmakta, sadık olmayanlara nazaran daha fazla sıklıkta

hizmet satın almakta, fiyata daha az önem vermekte, rakip firmaları kolay kolay tercih etmemekte, hatta işletmenin reklamını yapmakta ve kaliteli hizmet veya ürün için daha fazla ücret ödemektedir (51).

İşletmeler için son derece önemli olan hasta sadakatinin varlığından bahsedebilmek için hizmetin tekrar tekrar satın alınmasına gerek yoktur. Tekrar gelen müşterileri gerçek anlamda sadık olarak düşünmek yanılgıya sebep olabilir. Yani tekrarlı satın almalar psikolojik bağlılık anlamına gelmeyebilir. Örneğin, bir hasta aynı kliniğe fiyatlandırma politikası sebebiyle tekrar gelebilmektedir. Ancak, başka bir klinikte daha uygun fiyatların sunulması ile hizmet aldığı yeri değiştirebilir. Burada hizmetle ilgili çevresine olumlu telkinde bulunması, hizmeti tavsiye etmesi veya başkalarını söz konusu hizmeti satın almaya ikna etmesi sadakatini gösterir (94). Sonuç olarak, tekrar satın alma davranışı gösteren tüketiciler her zaman sadık müşteri olmayabilirler. Bununla paralel olarak Sheth ve Park (1974)'a göre müşteri bir ürünü satın almamış olsa bile o ürünü başkalarına tavsiye edip ürüne sadık olabilmektedir (99).

2.7. Araştırma Konusuyla İlgili Benzer Araştırmalar

Çalışmanın bu kısmında uygulaması yapılan araştırmayla ilgili literatürde var olan çalışmalara değinilmiştir.

Hizmet kalitesi unsurlarının sayısının birden çok olduğu ve hizmet kalitesi algısındaki değişkenlerin öneminin eşit olarak dağılmadığı bilinen bir gerçektir (69).

Zarei (2012) tarafından İran'da 8 özel hastanede tedavi almış 983 hasta üzerinde uygulanan ve 21 sorudan oluşan anket sonucuna göre hastaların hizmet kalitesi algısında en belirleyici unsurun süreç kalitesi olduğu ifade edilmiştir (56).

Cheng (2003) tarafından yürütülen, Tayvan'da 126 hastaneden 4945 hastaya yönelik çalışmada alınan sağlık hizmetinin başkalarına tavsiye edilmesinde süreç kalitesinin en etkili unsur olduğunu; bunu etkileşim kalitesinin izlediği sonucuna ulaşılmıştır (100).

Kessler ve Mylod (2011) tarafından literatüre kazandırılan çalışmaya bakıldığında hasta sadakatini en çok etkileyen faktör olarak süreç kalitesi, ikinci olarak çevre kalitesi gösterilmiştir (89).

Tung ve Chang (2009)'ın hastaların kalite algısına yönelik çalışmasında 1910 hasta üzerinde yaptığı çalışma sonucuna göre doktorların teknik becerisi süreç kalitesi içerisinde değerlendirildiğinde süreç kalitesi tavsiye oranını en çok etkileyen unsur olarak belirtilmiştir. Bu çalışmaya göre süreç kalitesini etkileşim kalitesi takip etmektedir (85).

Zarei (2014) tarafından sağlık alanına kazandırılan bir diğer çalışmada hizmet kalitesi unsurlarından süreç kalitesinin ve etkileşim kalitesinin hastalar tarafından algılanan hizmet kalitesinin oluşumunda en önemli unsurlar olduğu belirtilmiştir (57).

Dagger (2007)'in sağlıkta hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik nitel araştırmasında etkileşim kalitesinin algılanan hizmet kalitesi ve hasta sadakatinde büyük bir öneme sahip olduğu vurgulanmıştır (60).

Platonova (2008)'in hasta-doktor ilişkisini farklı boyutlarda inceleyen araştırmasında hasta güveninin ve etkileşim kalitesinin alınan hizmetin tekrar tercih edilmesinde ve başkalarına tavsiye edilmesinde büyük bir öneme sahip olduğu ortaya konmuştur (76).

Sağlık endüstrisinde hizmet kalitesinin hastanın tavsiye etme davranışı üzerindeki etkisini araştırmak üzere kaleme alınan çalışmada Chaniotakis ve Lymperopoulos (2009) sağlık kuruluşlarından hizmet alan hastaların aldıkları hizmeti başkalarına tavsiye etmesinde etkileşim kalitesinin ve hasta memnuniyetinin doğrudan etkili olduğu belirlenmiştir (67).

Zeithaml (1996)'nın hizmet kalitesinin davranışsal sonuçları ile ilgili yaptıkları çalışmada müşterilerin hizmet kalitesi algıları ile alınan hizmeti tavsiye etme isteği arasında olumlu ve önemli bir ilişki olduğunu tespit edilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada memnuniyetin tekrar satın alma niyeti üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu aktarılmaktadır (53).

Deng (2010) Çin'de telekomünikasyon alanında hizmet alan müşterilere uyguladıkları çalışma sonucuna göre müşteri sadakatini en fazla etkileyen unsurun müşteri memnuniyeti olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada sunulan görüşe göre, müşteri memnuniyetinin artırılması sadakatin sürekliliği için de önem arz etmektedir (82).

Jones (2000)'in araştırmasında müşterilerin bir şirketten tekrar aynı hizmeti satın almasında en önemli faktörü memnuniyet olduğu belirtilmiştir. Satın alma

sonucu oluşan ilişkilerin ve müşteri sadakatinin devamlılığı için müşteri memnuniyetini artırmaları gerekmektedir (75).

Hu (2011)'ın kolayda örnekleme metodu ile gerçekteşirilen anket çalışmasında hasta memnuniyetinin hasta sadakati üzerinde büyük bir etkisinin bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Sadık müşterilerin memnun olması gerekliliği bulunmamakla birlikte memnun müşterilerin sadık olabileceği belirtilmiştir (101).

Kim (2008) tarafından Güney Kore'de bir devlet hastanesinden ayakta tedavi hizmeti almış hastalardan yüz yüze görüşme tekniği sayesinde elde edilen verilere göre tekrar satın alma davranışı üzerindeki en önemli unsurun hasta memnuniyeti olduğu belirlenmiştir (102).

Taner ve Antony (2006) tarafından yapılan Türkiye'deki özel hastanelerde ve devlet hastanelerindeki bakım hizmetlerinin karşılaştırılması konusundaki çalışmaya göre özel hastanelere nazaran devlet hastanelerindeki makul fiyatlar ve doktorlardan memnuniyet insanların devlet hastanesini tercih etmelerindeki en büyük etkenler olarak saptanmıştır. İnsanların özel hastaneleri tercih sebepleri olarak doktorlardan, hemşirelerden ve destekleyici hizmetlerden memnuniyet gösterilmektedir (54).

Rose (2004) tarafından hastanelerdeki hizmet kalitesi algıları üzerine gerçekteşirilen çalışmada hastaların hizmet kalitesi algılarında fiyatlandırma faktörünün en az öneme sahip olan faktör olduğu saptanmıştır (62).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde; araştırmanın gereç ve yöntemleri hakkında detaylı bilgiler verilmiş olup araştırmanın evreni ve örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve araştırmanın sınırlılıkları belirtilmiştir. Araştırma nicel araştırma yöntemiyle gerçekleştirilmiştir ve araştırmanın modeli ilişkisel tarama modelidir.

3.1. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evreni İstanbul iline sağlık hizmeti almak için gelen yabancı uyruklu kişilerden oluşmaktadır. Araştırmaya dahil edilmesi gereken kişi sayısının belirlenmesi için ön çalışma yapılmış olup PASS 2008 paket programı kullanılarak hesaplanmıştır. $R_1=0$; $R_2=0,3$; $R_{SAR}=1$; $\alpha=0,05$ ve %96 güç için gerekli olan örneklem büyüklüğünün 300 olduğu tespit edilmiştir. Örneklem hacmindeki artışın çalışmanın gücünü de artırdığı bilinmektedir (103). Bu sebeple, çalışmaya 350 kişi dahil edilmiş ancak bunların 348'inin kullanılması uygun görülmüştür. Katılımcılarının demografik bilgileri çizelge 3.1'de sunulmuştur.

Çizelge 3.1. Katılımcıların demografik bilgileri

Cinsiyet	n	%
Erkek	291	83,6
Kadın	57	16,4
Medeni durum	n	%
Bekar	134	38,5
Evli	214	61,5
Eğitim durumu	n	%
Liseden düşük	22	6,3
Lise	146	42
Ön lisans	70	20,1
Lisans	75	21,6
Lisansüstü	35	10,1
Aynı hastaneye daha önceden gelme durumu	n	%
Gelmedi	266	76,4
Geldi	82	23,6
Tedavi süresi	n	%
1 Haftadan kısa	182	52,3
1-2 Hafta arası	90	25,9
3-4 Hafta arası	52	14,9

1 Aydan uzun	24	6,9
Yıllık kişisel gelir	n	%
0 USD – 9,999 USD	60	17,2
10,000 USD – 29,999 USD	170	48,9
30,000 USD – 49,999 USD	99	28,4
50,000 USD ve daha çok	19	5,5
Yaş	$\bar{x} \mp SS$	Med (min-maks)
	38,91 \mp 13,22	36 (19-72)

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada, ilgili verileri toplamak için yabancı dilde soru formları kullanılmıştır. Soru formları katılımcılara yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan soru formu 5 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; demografik bilgilerle ilgili sorular, ikinci bölümde; Arab ve diğerleri (2012) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan hizmet kalitesi unsurları ölçeği, üçüncü bölümde; sadakat unsurlarını içeren sorular, dördüncü bölümde; Harris ve diğerleri (2004) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan hasta güveni ölçeği, beşinci bölümde; Akın ve Erdoğan (2007) tarafından uyarlanan memnuniyet ölçeği kullanılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma İstanbul iline tedavi amacıyla gelen yabancı uyruklu katılımcılarla sınırlıdır. Araştırmada elde edilen veriler, soru formu kullanılarak elde edilen bilgilerle sınırlıdır.

3.4. VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizi IBM SPSS 25 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Öncelikle verilerin güvenilirliği Cronbach Alpha yöntemi ile test edilmiş ve soru formunda ikinci bölümde yer alan hizmet kalitesi unsurları ölçeği için $\alpha=0,898$; dördüncü bölümde yer alan hasta güveni ölçeği için $\alpha=0,774$ ve beşinci bölümde yer alan memnuniyet ölçeği için $\alpha=0,931$ olarak bulunmuştur. Bulunan tüm α değerleri 0,70'in üzerinde olduğu için çalışmanın güvenilir düzeyde olduğu belirlenmiş ve analizler gerçekleştirilmiştir. İlk olarak katılımcıların demografik

bilgilerine ait frekans (n) ve yüzde (%) değerler sunulmuştur. Yaş değişkenine ait aritmetik ortalama (\bar{x}), standart sapma (SS), medyan (med), Minimum (min) ve maksimum (maks) değerleri sunulmuştur. Demografik değişkenlere ait kategoriler arasında ölçek puanları bakımından farklılıkları incelemek için verilerin normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdikleri tespit edilmiş ve iki kategori içeren değişkenlerin ölçek puanları ile karşılaştırılmasında bağımsız örneklem T testi, ikiden çok kategori içeren değişkenlerin ölçek puanları ile karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) yöntemleri kullanılarak karşılaştırmalar yapılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonucunda farklılık tespit edilmesi durumunda; post-hoc yöntemlerden Bonferroni Testi kullanılarak farklılığın hangi kategori ya da kategorilerden kaynaklandığı tespit edilmiştir. İki sürekli değişkenin karşılaştırılmasında; öncelikle normal dağılıma uygunlukları incelenmiştir. Pearson korelasyonu sonucunda elde edilen r değerleri aşağıdaki aralıklara göre yorumlanmıştır (104):

- 0,00 – 0,19 İlişki yok ya da önemsiz düzeyde düşük ilişki
- 0,20 – 0,39 Zayıf (düşük) ilişki
- 0,40 – 0,69 Orta düzeyde ilişki
- 0,70 – 0,89 Kuvvetli (yüksek) ilişki
- 0,90 – 1,00 Çok kuvvetli ilişki.

Çalışmada $\alpha = 0,05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde katılımcılardan elde edilen ölçek puanları demografik veriler, hizmet kalitesi ve sadakat bileşenleri bağlamında çeşitli kategorilerde incelenmiştir.

Çizelge 4.1. Ölçek puanlarının cinsiyetlere göre karşılaştırılması

		\bar{x}	SS	t	p
Süreç kalitesi	Erkek	2,44	0,54	-0,289	0,773
	Kadın	2,46	0,57		
Etkileşim kalitesi	Erkek	2,60	0,86	-1,287	0,199
	Kadın	2,76	0,82		
Çevresel kalite	Erkek	2,35	0,69	0,484	0,629
	Kadın	2,40	0,72		
Fiyatlandırma	Erkek	2,85	1,06	1,033	0,305
	Kadın	2,68	1,19		
Hasta güveni	Erkek	2,51	0,64	-0,274	0,784
	Kadın	2,54	0,58		
Hasta memnuniyeti	Erkek	2,44	0,54	0,202	0,840
	Kadın	2,43	0,57		
Tavsiye etme	Erkek	2,39	1,07	-0,428	0,669
	Kadın	2,46	1,18		
Tekrar tercih etme	Erkek	2,33	1,25	-0,480	0,631
	Kadın	2,42	1,34		

Katılımcı puanları cinsiyetlerine göre incelenmiş ve süreç kalitesi ($p=0,773$), etkileşim kalitesi ($p=0,199$), çevresel kalite ($p=0,629$), fiyatlandırma ($p=0,305$), hasta güveni ($p=0,784$), hasta memnuniyeti ($p=0,840$), tavsiye etme ($p=0,669$) ve tekrar tercih etme ($p=0,631$) puanları bakımından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.2. Ölçek puanlarının medeni durumlara göre karşılaştırılması

		\bar{x}	SS	t	p
Süreç kalitesi	Bekar	2,43	0,66	-0,339	0,735
	Evli	2,45	0,46		
Etkileşim kalitesi	Bekar	2,78	0,75	2,546	0,011*
	Evli	2,54	0,90		
Çevresel kalite	Bekar	2,52	0,73	3,553	<0,001*
	Evli	2,26	0,65		
Fiyatlandırma	Bekar	3,23	1,04	5,776	<0,001*
	Evli	2,57	1,04		
Hasta güveni	Bekar	2,45	0,68	-1,654	0,099
	Evli	2,56	0,59		
Hasta memnuniyeti	Bekar	2,46	0,57	0,477	0,634
	Evli	2,43	0,53		
Tavsiye etme	Bekar	2,35	1,13	-0,658	0,511
	Evli	2,43	1,07		
Tekrar tercih etme	Bekar	2,55	1,32	2,365	0,019*
	Evli	2,22	1,21		

*p<0,05

Katılımcı puanları medeni durumlarına göre incelenmiş ve süreç kalitesi (p=0,735), (p=0,099), hasta memnuniyeti (p=0,634), tavsiye etme (p=0,511) puanları bakımından medeni durumlar arasında anlamlı farklılık olmadığı; etkileşim kalitesi (p=0,011), çevresel kalite (p<0,001), fiyatlandırma (p<0,001), tekrar tercih etme (p=0,019) puanları bakımından ise anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Etkileşim kalitesi, çevresel kalite, fiyatlandırma ve tekrar tercih etme puanları bakımından bekar katılımcıların evli katılımcılara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları tespit edilmiştir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.3. Ölçek puanlarının eğitim durumlarına göre karşılaştırılması

		\bar{x}	SS	F	p	Farklılık
Süreç kalitesi	A	2,70	0,70	3,863	0,004*	C<A,B,D,E
	B	2,40	0,51			
	C	2,30	0,65			
	D	2,51	0,39			
	E	2,59	0,54			
Etkileşim kalitesi	A	2,97	0,85	4,547	0,001*	C<A,B,D,E
	B	2,69	0,86			
	C	2,39	0,87			
	D	2,48	0,58			
	E	2,96	1,13			
Çevresel kalite	A	2,47	0,69	6,921	<0,001*	A,B>C,D,E
	B	2,53	0,70			
	C	2,34	0,56			
	D	2,22	0,66			
	E	1,93	0,74			
Fiyatlandırma	A	2,98	1,69	1,536	0,191	-
	B	2,90	1,07			
	C	2,93	1,09			
	D	2,63	1,01			
	E	2,57	0,69			
Hasta güveni	A	2,82	1,00	3,266	0,012*	D<A,B,C,E
	B	2,51	0,64			
	C	2,55	0,63			
	D	2,35	0,46			
	E	2,66	0,44			
Hasta memnuniyeti	A	2,83	0,50	8,220	<0,001*	A>B,C,D,E
	B	2,50	0,56			
	C	2,41	0,47			
	D	2,19	0,51			
	E	2,53	0,53			
Tavsiye etme	A	2,64	0,49	7,601	<0,001*	C,D<A,B,E
	B	2,68	1,15			
	C	2,07	0,89			
	D	2,00	0,97			
	E	2,57	1,31			
Tekrar tercih etme	A	3,09	0,92	14,787	<0,001*	C,D<A,B,E
	B	2,66	1,27			
	C	1,86	1,13			
	D	1,73	0,86			
	E	2,86	1,48			

*p<0,05

**A: Liseden düşük

B: Lise

C: Ön lisans

D: Lisans

E: Lisansüstü

Katılımcı puanları eğitim durumlarına göre incelenmiş ve süreç kalitesi ($p=0,004$), etkileşim kalitesi ($p=0,001$), çevresel kalite ($p<0,001$), ($p=0,012$), hasta memnuniyeti ($p<0,001$), tavsiye etme ($p<0,001$), tekrar tercih etme ($p<0,001$) puanları bakımından anlamlı farklılık olduğu, fiyatlandırma ($p=0,191$) puanları bakımından ise anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Süreç kalitesi puanları bakımından; ön lisans düzeyinde eğitim düzeyindeki katılımcıların diğer katılımcılara göre daha düşük puanlara sahip oldukları saptanmıştır. Etkileşim kalitesi puanları bakımından; ön lisans düzeyinde eğitim düzeyindeki katılımcıların diğer katılımcılara göre daha düşük puanlara sahip oldukları saptanmıştır. Çevresel kalite puanları bakımından; liseden düşük ve lise eğitim düzeyindeki katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları saptanmıştır. Hasta güveni puanları bakımından lisans eğitim düzeyindeki katılımcıların diğer katılımcılara göre daha düşük puanlara sahip oldukları saptanmıştır. Hasta memnuniyeti puanları bakımından liseden düşük eğitim düzeyindeki katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları saptanmıştır. Tavsiye etme ve tekrar tercih etme puanları bakımından lisans ve lisansüstü eğitim düzeyindeki katılımcıların diğer katılımcılara göre daha düşük puanlara sahip oldukları saptanmıştır (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.4. Ölçek puanlarının aynı hastanede daha önceden tedavi görme durumlarına göre karşılaştırılması

		\bar{x}	SS	t	p
Süreç kalitesi	Hayır	2,48	0,55	2,560	0,012*
	Evet	2,31	0,51		
Etkileşim kalitesi	Hayır	2,71	0,91	3,974	<0,001*
	Evet	2,37	0,60		
Çevresel kalite	Hayır	2,41	0,72	2,954	0,004*
	Evet	2,19	0,55		
Fiyatlandırma	Hayır	2,81	1,04	-0,387	0,699
	Evet	2,87	1,21		
Hasta güveni	Hayır	2,53	0,69	0,552	0,581
	Evet	2,50	0,32		
Hasta memnuniyeti	Hayır	2,49	0,53	3,003	0,003*
	Evet	2,28	0,57		
Tavsiye etme	Hayır	2,50	1,14	3,861	<0,001*
	Evet	2,06	0,82		
Tekrar tercih etme	Hayır	2,50	1,27	4,375	<0,001*
	Evet	1,87	1,10		

*p<0,05

Katılımcı puanları aynı hastanede daha önceden tedavi görme durumlarına göre incelenmiş ve süreç kalitesi (p=0,012), etkileşim kalitesi (p<0,001), çevresel kalite (p=0,004), hasta memnuniyeti (p=0,003), tavsiye etme (p<0,001) ve tekrar tercih etme (p<0,001) puanları bakımından anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Fiyatlandırma (p=0,699) ve hasta güveni (p=0,581) puanları bakımından ise anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Aynı hastanede daha önceden tedavi görmeyen hastaların; süreç kalitesi, etkileşim kalitesi, çevresel kalite, hasta memnuniyeti, tavsiye etme ve tekrar tercih etme puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.5. Ölçek puanlarının tedavi sürelerine göre karşılaştırılması

		\bar{x}	SS	F	p	Farklılık
Süreç kalitesi	A	2,49	0,61	6,086	<0,001*	A,D>B,C
	B	2,34	0,44			
	C	2,30	0,27			
	D	2,78	0,60			
Etkileşim kalitesi	A	2,91	0,91	25,254	<0,001*	A,D>B,C
	B	2,35	0,61			
	C	1,98	0,49			
	D	2,99	0,78			
Çevresel kalite	A	2,51	0,60	8,186	<0,001*	A,B>C,D
	B	2,30	0,77			
	C	2,09	0,76			
	D	2,01	0,59			
Fiyatlandırma	A	3,08	1,08	9,607	<0,001*	A,D>B,C
	B	2,62	0,93			
	C	2,27	0,74			
	D	2,85	1,65			
Hasta güveni	A	2,55	0,68	6,058	<0,001*	D>A,B,C
	B	2,37	0,56			
	C	2,46	0,32			
	D	2,95	0,75			
Hasta memnuniyeti	A	2,47	0,63	12,534	<0,001*	D>A,B,C
	B	2,37	0,37			
	C	2,20	0,31			
	D	2,96	0,41			
Tavsiye etme	A	2,60	1,31	6,710	<0,001*	A,D>B,C
	B	2,17	0,80			
	C	1,98	0,61			
	D	2,63	0,49			
Tekrar tercih etme	A	2,58	1,45	6,634	<0,001*	A,D>B,C
	B	2,07	0,97			
	C	1,88	0,68			
	D	2,63	1,24			

*p<0,05

**A: 1 Haftadan azB: 1-2 Hafta arası

C: 3-4 Hafta arası

D: 1 Aydan daha çok

Katılımcı puanları tedavi sürelerine göre incelenmiş ve süreç kalitesi ($p<0,001$), etkileşim kalitesi ($p<0,001$), çevresel kalite ($p<0,001$), fiyatlandırma ($p<0,001$), hasta güveni ($p<0,001$), hasta memnuniyeti ($p<0,001$), tavsiye etme ($p<0,001$), tekrar tercih etme ($p<0,001$) puanları bakımından anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Süreç kalitesi, etkileşim kalitesi, fiyatlandırma, tavsiye etme ve tekrar tercih etme puanları bakımından; ön lisans düzeyinde eğitim düzeyindeki katılımcıların 1 haftadan az ve 1 aydan uzun sürede tedavi gören katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları saptanmıştır. Hasta güveni ve hasta memnuniyeti puanları bakımından; 1 aydan uzun sürede tedavi olan katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları saptanmıştır. 1 haftadan az ve 1-2 hafta zaman aralığında bir sürede tedavi olan hastaların diğer hastalara göre daha yüksek çevresel kalite puanlarına sahip oldukları saptanmıştır (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.6. Ölçek puanlarının yıllık kişisel gelirlere göre karşılaştırılması

		\bar{x}	SS	F	p	Farklılık
Süreç kalitesi	A	2,60	0,58	10,235	<0,001*	D>A,B,C
	B	2,32	0,52			
	C	2,46	0,48			
	D	2,92	0,55			
Etkileşim kalitesi	A	2,75	0,71	8,772	<0,001*	D>A,B,C
	B	2,52	0,84			
	C	2,57	0,87			
	D	3,51	0,92			
Çevresel kalite	A	2,46	0,74	0,757	0,519	-
	B	2,36	0,63			
	C	2,32	0,73			
	D	2,24	0,83			
Fiyatlandırma	A	3,19	1,36	3,851	0,010*	A,B>C,D
	B	2,82	1,04			
	C	2,67	0,89			
	D	2,45	1,15			
Hasta güveni	A	2,48	0,75	0,902	0,440	-
	B	2,53	0,62			
	C	2,48	0,55			
	D	2,72	0,58			
Hasta memnuniyeti	A	2,50	0,62	8,919	<0,001*	D>A,B,C
	B	2,47	0,48			
	C	2,27	0,57			
	D	2,92	0,26			
Tavsiye etme	A	2,62	0,64	6,525	<0,001*	D>A,B,C
	B	2,29	1,12			
	C	2,27	1,21			
	D	3,32	0,82			
Tekrar tercih etme	A	2,80	1,09	11,608	<0,001*	D>A,B,C
	B	2,15	1,20			
	C	2,18	1,21			
	D	3,58	1,54			

*p<0,05

**A: 0 USD – 9,999 USD

B: 10,000 USD – 29,999 USD

C: 30,000 USD – 49,999 USD

D: 50,000 USD ve daha çok

Katılımcı puanları yıllık kişisel gelirlere göre incelenmiş ve süreç kalitesi (p<0,001), etkileşim kalitesi (p<0,001), fiyatlandırma (p=0,010), hasta memnuniyeti (p<0,001), tavsiye etme (p<0,001), tekrar tercih etme (p<0,001) puanları bakımından anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Çevresel kalite (p=0,519) ve hasta güveni (p=0,440) puanları bakımından ise anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Süreç

kalitesi, etkileşim kalitesi, hasta memnuniyeti, tavsiye etme ve tekrar tercih etme puanları bakımından; 50 bin USD ve daha üzeri yıllık kişisel gelire sahip katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları saptanmıştır. Yıllık kişisel geliri 30 bin doların altında olan katılımcıların diğer katılımcılara göre fiyatlandırma puanları bakımından daha yüksek puanlara sahip oldukları saptanmıştır (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.7. Katılımcıların yaşları ile ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Ölçek		Yaş
Süreç kalitesi	r	0,106
	p	0,049*
Etkileşim kalitesi	r	0,000
	p	0,994
Çevresel kalite	r	0,001
	p	0,990
Fiyatlandırma	r	-0,335
	p	<0,001*
Hasta güveni	r	0,108
	p	0,044*
Hasta memnuniyeti	r	0,121
	p	0,024*
Tavsiye etme	r	0,139
	p	0,010*
Tekrar tercih etme	r	0,124
	p	0,021*

*p<0,05

Katılımcıların yaşları ile ölçek puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyonu ile incelenmiştir. İnceleme sonucunda katılımcıların yaşları ile:

- Süreç kalitesi puanları arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki (p=0,049; r=0,106),
- Fiyatlandırma puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki (p<0,001; r=-0,335),
- Hasta güveni puanları arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki (p=0,044; r=0,108),
- Hasta memnuniyeti puanları arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki (p=0,024; r=0,121),

- Tavsiye etme puanları arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki ($p=0,010$; $r=0,139$),
- Tekrar tercih etme puanları arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki ($p=0,021$; $r=0,124$),

Olduğu, etkileşim kalitesi ($p=0,994$) ve çevresel kalite ($p=0,990$) puanları bakımından ise anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.8. Katılımcıların ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	A	B	C	D	E	F	G	H
A	r	-						
	p	-						
B	r	0,648	-					
	p	<0,001*	-					
C	r	0,141	0,246	-				
	p	0,008*	<0,001*	-				
D	r	0,051	0,263	0,359	-			
	p	0,346	<0,001*	<0,001*	-			
E	r	0,512	0,565	0,081	0,330	-		
	p	<0,001*	<0,001*	0,130	<0,001*	-		
F	r	0,668	0,681	0,171	0,232	0,514	-	
	p	<0,001*	<0,001*	0,001	<0,001*	<0,001*	-	
G	r	0,608	0,692	0,340	0,248	0,513	0,633	-
	p	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	-
H	r	0,542	0,717	0,308	0,414	0,530	0,562	0,701
	p	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*

* $p<0,05$

**A: Süreç kalitesi

B: Etkileşim kalitesi

C: Çevresel kalite

D: Fiyatlandırma

E: Hasta güveni

F: Hasta memnuniyeti

G: Tavsiye etme

H: Tekrar tercih etme

Katılımcıların ölçek puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyonu ile incelenmiştir. İncelemeler sonucunda,

Etkileşim kalitesi puanları ile:

- Süreç kalitesi puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,648$) olduğu tespit edilmiştir.

Çevresel kalite puanları ile:

- Süreç kalitesi puanları arasında pozitif yönlü önemsiz düzeyde bir ilişki ($p=0,008$; $r=0,141$),
- Etkileşim kalitesi puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,246$) olduğu tespit edilmiştir.

Fiyatlandırma puanları ile:

- Süreç kalitesi puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı ($p=0,346$),
- Etkileşim kalitesi puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,263$),
- Çevresel kalite puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,359$) olduğu tespit edilmiştir.

Hasta güveni puanları ile:

- Süreç kalitesi puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,512$),
- Etkileşim kalitesi puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,565$),
- Çevresel kalite puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı ($p=0,130$),
- Fiyatlandırma puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,330$) olduğu tespit edilmiştir.

Hasta memnuniyeti:

- Süreç kalitesi puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,668$),
- Etkileşim kalitesi puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,681$),
- Çevresel kalite puanları arasında pozitif yönlü çok zayıf düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,171$),
- Fiyatlandırma puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,232$),
- Hasta güveni puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,514$) olduğu tespit edilmiştir.

Tavsiye etme puanları ile:

- Süreç kalitesi puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,608$),

- Etkileşim kalitesi puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,692$),
- Çevresel kalite puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,340$),
- Fiyatlandırma puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,248$),
- Hasta güveni puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,513$),
- Hasta memnuniyeti puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,633$) olduğu tespit edilmiştir.

Tekrar tercih etme puanları ile yapılan karşılaştırmalarda ise,

Tekrar tercih etme puanları ile:

- Süreç kalitesi puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,542$),
- Etkileşim kalitesi puanları arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,717$),
- Çevresel kalite puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,308$),
- Fiyatlandırma puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,414$),
- Hasta güveni puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,530$),
- Hasta memnuniyeti puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,562$),
- Tavsiye etme puanları arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,701$) olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.8).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada cinsiyet ile hizmet kalitesi unsurları ve hasta sadakati bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Deng (82) tarafından gerçekleştirilen çalışmada müşterilerin hizmet kalitesi algısında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Tung ve Chang (85) temel bakım hizmetlerinden duyulan memnuniyet ve tavsiye etme davranışı üzerine yaptıkları çalışmada cinsiyet ile tavsiye etme davranışı arasında istatistiksel fark görülmüştür. Ancak cinsiyet ile memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Ahmed ve ark. (55)'in Bangladeş sağlık bakım sektöründe hizmet kalitesi ve hasta sadakati ile ilgili yürüttükleri çalışmada cinsiyetle hizmet kalitesi unsurları algısı ve hasta sadakati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ortaya konmuştur.

Bu çalışmada medeni durum ile süreç kalitesi, hasta memnuniyeti ve tavsiye etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak etkileşim kalitesi, çevresel kalite, fiyatlandırma ve tekrar tercih etme puanları bakımından bekar katılımcıların evli katılımcılara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları tespit edilmiştir. Çalışmamızdan elde edilen bu sonucu destekler nitelikte olarak, Jubilerer ve Jividen (105) tarafından gerçekleştirilen çalışmada bekar katılımcıların evli katılımcılara göre etkileşim kalitesi bakımından daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca Ahmed (55) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da medeni durumla çevre kalitesi, hasta güveni, etkileşim kalitesi ve sadakat bakımından bekar katılımcıların evli katılımcılara göre etkileşim kalitesi bakımından daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmektedir. Sonuç olarak gerek bu çalışma gerek diğer çalışmalardan elde edilen bulgular neticesinde evliliğin etkileşim kalitesi, çevresel kalite, fiyatlandırma ve tekrar tercih etme açısından etken olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada eğitim durumları ile süreç kalitesi, çevresel kalite, hasta memnuniyeti, tavsiye etme ve tekrar tercih etme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu, fiyatlandırma puanlarının eğitim durumlarına göre karşılaştırılmasında farklılık ortaya çıkmadığı gözlemlenmiştir. Katılımcıların yabancı uyruklu olmaları, tedavi süreçlerini daha önceden araştırma fırsatlarının olması, fiyatlandırma hakkında bilgi sahibi olmaları, döviz kuru farklılıkları gibi etkenlerin eğitim seviyelerinden bağımsız olduğu görülebilmektedir.

Aynı sağlık kuruluşundan daha önce bakım-tedavi hizmeti almış olan katılımcılar ile ilk kez hizmet alan katılımcıların; süreç kalitesi, etkileşim kalitesi, çevresel kalite, hasta memnuniyeti, tavsiye etme ve tekrar tercih etme puanları bakımından istatistiksel olarak farklılığın olduğu tespit edilmiştir. İlk kez hizmet almış olanlar ve daha önce hizmet alanlar arasında fiyatlandırma ve hasta güveni puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların tedavi/bakım süreleri incelendiğinde; süreç kalitesi, etkileşim kalitesi, fiyatlandırma, tavsiye etme ve tekrar tercih etme puanları bakımından; 1 haftadan az ve 1 aydan uzun sürede bakım hizmeti alan katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları saptanmıştır. Uzun vadede bakım hizmeti alan kişilerin süreç kalitesi, etkileşim kalitesi, fiyatlandırma, tavsiye etme ve tekrar tercih etme konularında daha yüksek puanlar verdikleri gözlemlenmiştir. Hasta güveni ve hasta memnuniyeti puanları bakımından; 1 aydan uzun sürede bakım hizmeti alan katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları saptanmıştır. 1 haftadan az ve 1-2 hafta zaman aralığında bir sürede bakım hizmeti alan hastaların diğer hastalara göre daha yüksek çevresel kalite puanlarına sahip oldukları saptanmıştır. Kısa bir sağlık hizmeti alımı süreci geçirenlerin; kullanılan ekipmanlar, tesisin görünümü, temizliği, fiziksel olanakların yeterliliği gibi çevresel etkenleri göz önünde bulundurduğu verilen yüksek puanlarla desteklenmiştir.

Yıllık kişisel gelirlerini belirten katılımcılar süreç kalitesi, etkileşim kalitesi, fiyatlandırma, hasta memnuniyeti, tavsiye etme, tekrar tercih etme puanları bakımından analize tabi tutulmuştur. Analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Çevresel kalite ve hasta güveni puanları bakımından analize tabi tutulan katılımcıların gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Bu araştırmadaki katılımcıların yaşları ile;

Süreç kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Doğru orantılı olan bu ilişkinin düşük düzeyde olduğu gözlemlenmiştir.

Etkileşim kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Çevresel kalite puanları arasında istatistiksel olarak bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Fiyatlandırma puanları arasında istatistiksel olarak bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ters orantılı olan bu ilişkinin orta düzeyde olduğu gözlemlenmiştir.

Hasta güveni puanları arasında istatistiksel olarak bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Doğru orantılı olduğu tespit edilen bu ilişkinin zayıf olduğu gözlemlenmiştir.

Hasta memnuniyeti puanları arasında istatistiksel olarak bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu ilişkinin zayıf olduğu gözlemlenmiştir.

Tavsiye etme puanları arasında istatistiksel olarak bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Doğru orantılı olan bu ilişkinin düşük düzeyde olduğu gözlemlenmiştir.

Tekrar tercih etme puanları arasında istatistiksel olarak bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Doğru orantılı olan bu ilişkinin düşük düzeyde olduğu gözlemlenmiştir.

Bu araştırma sonucuna göre süreç kalitesi ile; etkileşim kalitesi, hasta güveni, hasta memnuniyeti, tavsiye etme ve tekrar tercih etme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Doğru orantılı olan bu ilişkiler orta düzeydedir. Süreç kalitesi ile çevresel kalite ve fiyatlandırma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur; fakat bu ilişkiler çok zayıf düzeyde olduğundan ilişki göz ardı edilmektedir.

Etkileşim kalitesi ile; hasta güveni, hasta memnuniyeti, tavsiye etme arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyli ilişki vardır. Tekrar tercih etme ile etkileşim kalite arasında istatistiksel olarak güçlü bir ilişki saptanmıştır. Etkileşim kalitesi ile çevresel kalite ve fiyatlandırma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmasına rağmen ilişkinin çok zayıf bir seviyede olması nedeniyle ilişki yok sayılmaktadır.

Çevresel kalite ile; fiyatlandırma, hasta memnuniyeti, tavsiye etme ve tekrar tercih etme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Yalnız bu ilişkilerin zayıf düzeyde olması nedeniyle bu ilişkiler de yok sayılmaktadır. Çevresel kalite ile hasta güveni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Fiyatlandırma ile; hasta güveni, hasta memnuniyeti, tavsiye etme ve tekrar tercih etme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Fakat bu ilişkilerin zayıf düzeyde olması nedeniyle bu ilişkiler de yok sayılmaktadır. Buna benzer olarak Rose ve ark. (62) tarafından gerçekleştirilen çalışma sonucuna göre

hastaların hizmet kalitesi algısında fiyatlandırma faktörünün öneminin çok az olduğu saptanmıştır.

Hasta güveni ile; hasta memnuniyeti, tavsiye etme ve tekrar tercih etme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu ilişkiler doğru orantılı orta seviyede sayılacak türden ilişkilerdir.

Hasta memnuniyeti ile; tavsiye etme ve tekrar tercih etme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu ilişkiler doğru orantılı orta seviyede sayılacak türden ilişkilerdir. Bu çalışmayla aynı doğrultuda olarak Zeithaml ve ark. (53) tarafından yürütülen çalışmada hasta memnuniyetinin tekrar satın alma üzerinde olumlu bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Deng (82) müşteri memnuniyetinin sadakati etkilediği ve memnuniyetin artırılmasının sadakatin sürekliliği için önem arz ettiğini belirtmişlerdir. Jones ve ark. (75) ve Kim (102) araştırmalarında müşteri memnuniyetinin bir hizmetin tekrar satın alınmasında çok önemli bir faktör olduğunu tespit etmişlerdir. Tavsiye etme ile tekrar tercih etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. İlişki doğru orantılı ve güçlü sayılacak bir seviyededir.

Bu bilgiler ışığında, sağlık bakım hizmeti almak isteyen yabancı uyruklu vatandaşların alınan hizmeti tekrar satın almak istemesinde en fazla etkili olan hizmet kalitesi unsuru etkileşim kalitesidir. Sağlık bakım personelinin alanında yetkin olması, kibar ve dostane yaklaşımı, hastalara bireysel ilgi göstermesi, hastaların inanç ve duygularına hassasiyet göstermesi, ilgi ve ihtiyaçlarını gönülden hissetmesi ve özel ihtiyaçlarını algılaması hastanın sunulan hizmeti tekrar tercih etmesinde kuvvetli etkenlerdir. Ayrıca bu etkenlerin hastanın alınan sağlık hizmetini başkalarına tavsiye etmesinde de etkili olduğu anlaşılmaktadır.

Yabancı uyruklu vatandaşların alınan hizmeti tekrar satın almak istemesinde en fazla etkili olan ikinci hizmet kalitesi unsuru süreç kalitesidir. Sunulan hizmetlerin doğru olarak ve zamanında yürütülmesi, belgelerin hızlı ve hatasız teslimi, hastaların ve yakınların süreçten haberdar edilmesi ve ihtiyaç duyulduğunda sağlık personelinin bakım sürecine dahil olması hastanın sunulan hizmeti tekrar tercih etmesinde ve de başkalarına tavsiye etmesinde kuvvetli etkenlerdir.

Bu çalışmaya paralel olarak Dagger (60)'nın sağlıkta hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik araştırmasında etkileşim kalitesinin hasta sadakatinin oluşumunda

büyük bir öneme sahip olduğu belirlenmiştir. Tung ve Chang (85) tarafından gerçekleştirilen çalışma sonucuna göre hastaların alınan sağlık hizmetini tavsiye etmesinde en etkili iki unsurun etkileşim kalitesi ve süreç kalitesi olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda hasta sadakatini etkileyen en önemli iki faktörden biri olduğu tespit edilen süreç kalitesinin, Kessler ve Mylod (89)'un çalışmasında hasta sadakatini en çok etkileyen faktör olduğu tespit edilmiştir. Platonova ve ark. (76) çalışmasında etkileşim kalitesinin alınan hizmetin tekrar tercih edilmesinde ve başkalarına tavsiye edilmesinde büyük bir öneme sahip olduğu belirlenmiştir. Chaniotakis ve Lymperopoulos (98) hastaların aldıkları hizmeti başkalarına tavsiye etmesinde etkileşim kalitesinin doğrudan etkili olduğunu ortaya koymuştur. Zarei ve ark. (92) tarafından literatüre kazandırılan çalışmaya göre hizmet kalitesi unsurlarından etkileşim kalitesi ve süreç kalitesinin hastaların hizmet kalitesi algılarının oluşumunda en önemli bileşenler olduğu belirtilmiştir. Cheng ve ark. (100) tarafından yürütülen çalışmada alınan sağlık hizmetinin başkalarına tavsiye edilmesinde en önemli iki unsurun etkileşim kalitesi ve süreç kalitesi olduğu belirtilmiştir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmeti sağlayan kuruluşların tekrar tercih edilmesine ve başkalarına tavsiye edilmesine etki eden faktörlerin ortaya konulmasını amaçlayan bu çalışmada; cinsiyetler arasında ölçek puanları bakımından farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Sağlık kuruluşlarının kadın ve erkekleri aynı düzeyde memnun etmesi tavsiye etme ve tekrar tercih etme puanlarını da etkilemiş ve bu puanlar açısından da farklılık olmadığı saptanmıştır. Medeni durumlar açısından bakıldığında; bekar katılımcıların etkileşim kalitesi, çevresel kalite, fiyatlandırma ve tekrar tercih etme puanlarının evli katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Evli katılımcıların; etkileşim kalitesi ve çevresel kalite açısından daha yüksek beklenti içerisinde olduğu, fiyatlandırmalardan daha düşük düzeyde memnun olduğu görülmektedir. Bunların sonucu olarak da tekrar tercih etme sebeplerinde de daha düşük olduğu saptanmıştır. Evli kişilerin memnuniyet düzeyini artırmak için neler yapılabileceği ile ilgili derinlemesine çalışmaların yapılması sorunu ortaya koymaya yardımcı olabilir.

Ölçek puanları eğitim durumları bakımından incelendiğinde; süreç kalitesi ve etkileşim kalitesi bakımından en düşük puanlara sahip olan katılımcıların ön lisans eğitim düzeyine sahip katılımcılar olduğu görülmektedir. Çoğunlukla teknik eleman statüsünde istihdam edilen ön lisans mezunu bireylere karşı tutum, ilgi ve alaka noktalarında daha özverili olunması bu durumu giderebilir. Çevresel kalite puanları bakımından en yüksek puanlara sahip katılımcılar lise ve daha altı eğitim düzeyindeki katılımcılardır. Eğitim düzeyindeki düşüşle birlikte memnuniyet düzeyinde meydana gelen artış; eğitim düzeyinin artışıyla beklenti düzeylerinin artmasından dolayı meydana gelmiş olabilir. Hasta güveni puanları bakımından; lisans eğitim düzeyindeki katılımcıların en düşük puanlara sahip oldukları saptanmıştır. Hasta memnuniyeti bakımından liseden düşük eğitim düzeyindeki katılımcıların en yüksek puanlara sahip oldukları tespit edilmiştir. Tavsiye etme ve tekrar tercih etme puanları açısından ise ön lisans ve lisans eğitim düzeyindeki katılımcıların diğer katılımcılara göre daha düşük puanlara sahip oldukları tespit edilmiştir.

Katılımcıların aynı sağlık kuruluşunda daha önceden tedavi görme durumlarına göre incelendiğinde aynı hastanede daha önce tedavi görmeyen hastaların, daha önce tedavi gören hastalara göre daha yüksek süreç kalitesi, etkileşim kalitesi, çevresel kalite ve hasta memnuniyeti puanlarına sahip oldukları saptanmıştır. Aynı sağlık

kuruluşunu tekrar tercih eden hastaların daha yüksek beklentilere sahip oldukları ve tekrar tercih eden hastaların kuruluşlar tarafından takip edilerek, eşitlik ve adalet ilkelerinden kopmaksızın kendilerini özel hissettirecek faaliyetlerde bulunmaları bu sorunun çözümü adına önemli bir adım olacaktır. Aynı sağlık kuruluşunu tekrar tercih eden katılımcıların diğer ölçek puanlarındaki düşüklük tavsiye etme ve tekrar tercih etme puanlarına da yansımıştır ve bu puanlarda da aynı sağlık kuruluşunu tekrar tercih eden katılımcıların diğer katılımcılara göre daha düşük değerlere sahip oldukları saptanmıştır.

Tedavi sürelerine göre incelemeler yapıldığında; tedavi süresi 1 haftadan kısa ve 1 aydan uzun süren katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek süreç kalitesi, etkileşim kalitesi ve fiyatlandırma puanlarına sahip oldukları görülmektedir. Çevresel kalite puanları bakımından 2 hafta ve daha az süre tedavi gören hastaların diğer hastalara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları saptanmıştır. Tedavi süresi kısa olan katılımcıların çevresel gözlem yapabilme şansının diğer katılımcılara göre daha düşük olacağı göz önüne alınırsa; kuruluşların çevresel kalite konusunda yapılabilecek düzeltmelerin tespit edilebilmesi adına yeni çalışmalar yapılmasında yarar vardır. Tedavi süresi daha uzun olan katılımcıların güven ve memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Uzun süre konaklayan hastaların bu görüşü; sağlık kuruluşlarının hastalara güven verebildiğini ve memnun edebildiğini göstermektedir. Ancak, tedavi süresi daha kısa olan hastaların puanlarının düşük oluşunun sebeplerini araştırmak amacıyla yeni çalışmalar yapılmasında fayda vardır. Tavsiye etme ve tekrar tercih etme sebepleri bakımından incelemeler yapıldığında; tedavi süreleri en kısa ve en uzun olan katılımcıların sağlık kuruluşlarını tavsiye etme ve tekrar tercih etme puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların kişisel gelir düzeyleri göz önüne alındığında; yıllık 50 bin USD ve daha yüksek gelir düzeyine sahip katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek süreç kalitesi, etkileşim kalitesi ve hasta memnuniyeti puanlarına sahip oldukları görülmektedir. Bu durum; katılımcıların tavsiye etme ve tekrar tercih etme puanlarına da etki ederek aynı sonucun çıkmasını sağlamıştır. Fiyatlandırma puanları bakımından ise 30 bin USD'nin altında gelir düzeyine sahip katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları tespit edilmiştir. Daha düşük

gelir grubundaki katılımcıların fiyatlandırma bakımından daha yüksek puanlara sahip olmaları; fiyat ayarlamalarının makul düzeyde olduğunu göstermektedir.

Ölçek puanları katılımcıların yaşları bakımından incelenmiş ve fiyatlandırma puanları ile yaş arasında negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların ölçek puanlarının birbirleriyle karşılaştırılması sonucunda, tekrar tercih etme puanlarını en çok etkileyen faktörlerin; etkileşim kalitesi ve tavsiye etme puanlarıdır. Etkileşim kalitesinde ve tavsiye etme puanlarında meydana gelen artış tekrar tercih etme puanlarında da artışa sebep olacaktır. Tekrar tercih etme düşüncesinde olan kişilerin tavsiye etme eğilimlerinde de artış olacağı görülmektedir. Benzer şekilde; etkileşim kalitesinde meydana gelecek artış tekrar tercih etme eğilimini artıracak ve bu da tavsiye etme puanlarını artıracaktır. Bu bağlamda etkileşim kalitesinin önemini de vurgulamakta büyük fayda vardır. Öte yandan tavsiye etme puanları ile süreç kalitesi, etkileşim kalitesi ve hasta memnuniyeti puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Tüm bileşenler bir arada düşünüldüğünde; hastaların bir sağlık kuruluşundan yararlandıktan sonra tavsiye etme puanlarının yüksek olabilmesi için; kuruluş tüm süreçleri iyi bir şekilde yönetmeli ve süreç boyunca oluşabilecek problemleri hızlı ve etkili bir şekilde çözmelidir, aynı zamanda hastayı bilgilendirme noktasında hassas davranılmalı, kuruluş personeli hasta ve yakınlarına kibar bir yaklaşım sergilemelidir. Hastanın sağlık kuruluşundan memnuniyet düzeyini artırmak için sürekli güncel kalınmalı ve hastaların ilgisini daha çok çekebilecek uygulamalar değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kaya, S., Yıldırım, H. H., Karsavuran, S., Özer, Ö., Şencan, İ. ve Aydın, D. (2013), *Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı.
2. Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, *Sağlık Turizmi*. (İnternette) 2019, Erişim 20.12.2019, <http://saglikturizmi.gov.tr/TR,175/saglik-turizmi-hakkinda.html>.
3. Doğan, B. B. ve Aslan, A. (2015). Türkiye’de Sağlık Turizminin Mevcut Durumu ve Ülke Ekonomisine Katkıları. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(18), 390-418.
4. Öksüz, A. S. (2010). *Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Atılım Üniversitesi.
5. Özbek, M. A. (2007). *Sağlık Hizmetleri Sunumunda Yolsuzluk: Sağlık Personelinin Yolsuzluk Algulamaları*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
6. TDK. *Kelime Anlamı*. (İnternette), Erişim 20.12.2019, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c73052259e796.81662299
7. WHO. *Misyon Hakkında*. (İnternette), Erişim 20.06.2019, <https://www.who.int/about/mission/en/>
8. Kesgin, C. ve Topuzoğlu, A. (2006). Sağlık Tanımı: Başaçıkma, *Journal of Istanbul Kültür University*, 4(3), 47-49.
9. Somunoğlu, S. (2012). *Sağlık Kurumları Yönetimi-I*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2001). *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*, 8597, Ankara.
11. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. (1961). Kanun Numarası:224, Tarih:12.1.1961, Sayı:10705.
12. Akbolat, M. (2009). *Türkiye Sağlık Sektöründe Rekabet Stratejileri: Hastaneler Üzerine Bir Araştırma*. Doktora Tezi. Sakarya Üniversitesi.
13. Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 11(1), 177-216.
14. Öztürk, Y. E. (2014). Sağlıkta Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenlerinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1079-1094.
15. Güven, A. (2017). *İstanbul’un İki İlçesinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Sunulan Hizmetlerin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri ve Genel Müdürlüğü. (2001). *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*. 34-71.
17. Hayran, O. (1998), *Sağlık Hizmetleri*. Sağlık Hizmetleri El Kitabı. İstanbul: Yüce Yayın.
18. Akkavak, T. (2018). *Türkiye’de Sağlık Sisteminin Gelişimi: Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2011)*. Yüksek Lisans Tezi. Tekirdağ, Namık Kemal Üniversitesi.
19. Taş, D. (2009). *Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçümüne İlişkin Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.
20. Buran, G. (2012). *Sağlık Hizmetlerinde Marka Yönetimi: Bursa İl Merkezindeki Hastanelerin Müşteri Profili ve Marka Yönetiminin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, Okan Üniversitesi.

21. T.C. Sağlık Bakanlığı. *2012 Faaliyet Raporu*. Ankara: Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı (İnternette), Erişim 26.03.2019, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/publication.pdf>
22. Aydoğan, M. (2015). *Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda İletişimin Önemi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, Beykent Üniversitesi.
23. Öncü, M. A., Çatı, K. ve Yalman, F. (2016). Medikal Turizm Kapsamında Gelen Yabancı Hastalar ile Yerli Hastaların Memnuniyet ve Sadakatlerinin Karşılaştırılması. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*. 7(14), 45-71.
24. Ataman, H., Esen, M. F. ve Vatan, A. (2017). Medikal Turizm Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Güvenliği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(1), 28-44.
25. İçöz, O. (2009). Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye'nin Olanakları. *Journal of Yasar University*, 4(14), 2257-2279.
26. Tontuş, H. Ö. (2015), *Dünyada Sağlık Turizmi*. Erişim Tarihi: 15.06.2019, <http://saturk.gov.tr/images/pdf/tyst/03.pdf>
27. Akdu, S. (2009). *Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizm ve Türkiye'deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma: İstanbul ve Ankara Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, Gazi Üniversitesi.
28. Kaya, S., Yıldırım, H. H., Karsavuran, S., Özer, Ö., Şencan, İ. ve Aydın, D. (2013). *Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013*. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı.
29. Akarcalı, S. ve Tontuş, H. Ö. (2015), *Sağlık Turizminin Tarihçesi*. Erişim Tarihi: 15.06.2019, <http://saturk.gov.tr/images/pdf/tyst/01.pdf>
30. Sağlık Bakanlığı (2012). *Sağlık Turizminde Süreçler ve Aracı Kuruluşlar Araştırma Raporu*. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayını.
31. Caballero-Danell, S. ve Mugomba, C. (2007). *Medical Tourism and Its Entrepreneurial Opportunities: A Conceptual Framework for Entry into the Industry*. Tourism and Hospitality Master Thesis. Sweden, Gothenburg University.
32. Tengilimoğlu, D. (2013). Sağlık Turizmi: Tedavi Amaçlı Turizm ve Termal Turizmde Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Hastane Dergisi*. 34(90-96) 51-72.
33. Aydın, D., Aktepe, C., Sahbaz, R. P. ve Arslan, S. (2011). *Türkiye'de medikal turizmin geleceği*. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları.
34. Horowitz, M. D. ve Rosensweig, J. (2007) Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace. *Medscape General Medicine*. 9(4) 33-42.
35. Gümüş, F. ve Büyük, Ö. (2008). *Sağlık Turizminde Yeni Açılımlar: Tıp Turizmi*. III. Balıkesir Ulusal Turizm Kongresi Kongre Bildiri Kitabı. 433-442.
36. Özsarı, S. H. ve Karatana, Ö. (2013). Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu. *Journal of Kartal Training & Research Hospital/Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 24(2).
37. Lunt N., Smith R., Exworthy M., Green S. T., Horsfall D. ve Mannion R. *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping Review*. Erişim 15.06.2019, <https://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>
38. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi*. (İnternette) Aralık 2011. Erişim 20.02.2019, <https://docplayer.biz.tr/432258-Saglik-turizmi-ve-turistin-sagligi-uygulama-rehberi.html>.
39. Karababa, A., G. (2017). *Türkiye'de Sağlık Turizmi: Ülkeler Arası Bir Karşılaştırma*. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep, Hasan Kalyoncu Üniversitesi.

40. Seyyar, A. ve Serdar, O. (2008). *Sağlık Turizminde Yeni Küresel Eğilimler: Bakıma Muhtaç Yaşlı Almanların Sosyal Bakım Hizmetlerinin Türkiye'den Sağlanması*. III. Balıkesir Ulusal Turizm Kongresi. 17-19 Nisan 2008, Balıkesir. Kongre Bildiri Kitabı, 5-11.
41. Güleç, D. (2011), *Sağlık Turizmi Kapsamında Sağlıklı Yaşlanma (anti-aging) Uygulamaları ve Yaşlı Bakımı: Türkiye Değerlendirmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, Gazi Üniversitesi.
42. Özer Ö. ve Songur C., (2012). Türkiye' nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(7), 69-81.
43. Tontuş, H. Ö. (2015), *Sağlık Turizmi Nedir*. Erişim Tarihi: 15.06.2019, <http://www.satirk.gov.tr/images/pdf/tyst/02.pdf>.
44. Yardan, E. D., Dikmetaş, H., Us, N. C. ve Yabana, B. (2014). Türkiye ve Dünya'da Sağlık Turizmi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 8(2), 27-42.
45. TÜİK. *İstatistik*. (İnternette). Erişim 25.06.2019, http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1609
46. TÜİK, *İstatistik*. (İnternette). Erişim 25.06.2019, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1072
47. TÜİK, *İstatistik*. (İnternette). Erişim 25.06.2019, http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1479
48. TÜİK, *İstatistik*. (İnternette). Erişim 25.06.2019, http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=324
49. Mert, Ö. (2014). *Sağlık Sektöründe Kalite ve Pazarlama Stratejilerinin Hasta Sadakati ve Memnuniyetine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Kars, Kafkas Üniversitesi.
50. Şenay, F. (2018). *Özel Sağlık Kuruluşlarında Hasta Sadakatinin Hastane Web Bilişim Sistemlerinin Kullanılabilirliği Açısından Değerlendirilmesi: Ankara'da Bir Özel Hastane Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, Gazi Üniversitesi.
51. Çelenk, İ. (2013). *Hizmet Kalitesi ile Müşteri Sadakati Arasındaki İlişki: Üniversite Hazırlık Dershaneleri Üzerinde Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi. Uşak Üniversitesi.
52. Canoğlu, M. (2008). *Otel Müşterilerinin İmaj ve Hizmet Kalitesi Alguları ile Tekrar Satın Alma Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Adana, Çukurova Üniversitesi.
53. Zeithaml V. A, Berry L. L. ve Parasuraman A. (1996). The Behavioral Consequences Of Service Quality. *Journal of Marketing*. 60(2), 31-46.
54. Taner T. ve Antony J. (2006). Comparing Public and Private Hospital Care Service Quality in Turkey. *Leadership in Health Services*, 19(2), 1-10.
55. Ahmed, S., Tarique, K. M. ve Arif, I. (2017). Service Quality, Patient Satisfaction and Loyalty in the Bangladesh Healthcare Sector. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*. 30(5), 477-488.
56. Zarei, A., Arab, M., Froushani, A. R., Rashidian, A. ve Tabatabaei, S. M. G. (2012). Service Quality of Private Hospitals: The Iranian Patients' Perspective. *BMC Health Services Research*. 12(1), 31.
57. Zarei, E., Arab, M., Mahmoud Ghazi Tabatabaei, S., Rashidian, A., Rahimi forushani, A. ve Khabiri, R. (2014). Understanding Patients' Behavioral Intentions: Evidence From Iran's Private Hospitals Industry. *Journal of Health Organization and Management*. 28(6), 795-810.
58. Öz, M. ve Uyar, E. (2014). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Üzerinde Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (1), 123-132.
59. Gencel, U. (2001). Yükseköğretim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 3, 164-218.

60. Dagger T. S, Sweeney J. C. ve Johnson L. W. (2007). A Hierarchical Model of Health Service Quality. *Journal of Service Research*. 10(1), 123-142.
61. Taşlıyan, M. ve Gök, S. (2012). Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İİBF Dergisi*, 1, 69-94.
62. Rose R. C., Uli J., Abdul M. ve Ng K. L. (2004). Hospital Service Quality: A Managerial Challenge. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, 17(3), 146-59.
63. Zeithaml, V. A. (1988). Consumer Perceptions of Price, Quality and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. *Journal Of Marketing*, 52, 2-22.
64. 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, 41-50.
65. Kekeç, D. (2008). *Hizmet Kalitesi Ölçümünde SERVQUAL Ölçeği ve Otelcilik Sektöründe Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, Marmara Üniversitesi.
66. Lis C. G., Rodeghier M. ve Gupta D. (2011). The Relationship Between Perceived Service Quality and Patient Willingness to Recommend at a National Oncology Hospital Network. *BMC Health Services Research*. 11(46).
67. Chaniotakis I. E. ve Lymperopoulos C. (2009). Service Quality Effect on Satisfaction and Word of Mouth in the Health Care Industry. *Managing Service Quality*. 19(2), 229-242.
68. Choi K. S., Lee H., Kim C. ve Lee S. (2005). The Service Quality Dimensions and Patient Satisfaction Relationships in South Korea: Comparisons Across Gender, Age and Types of Service. *Journal of Service Marketing*. 19(3), 140-149.
69. 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.
70. Güceğlioğlu, S. (2006). *A Pre-Enactment Model for Measuring Process Quality*. Doktora Tezi. Ankara, Ortadoğu Teknik Üniversitesi.
71. Marley, K. A., Collier, D. A. ve Meyer Goldstein, S. (2004). The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Patient Satisfaction in Hospitals. *Decision Sciences*. 35(3), 349-369.
72. Deniz, N. (2016). *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalite Algısının Ölçümüne Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması*. Doktora Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.
73. Eker, E. (2007). *Hizmet Süreci Kalitesindeki Değişimlerin Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisinin Servqual Yöntemiyle Ölçümü ve Servis Hizmetlerine Yönelik Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kütahya, Dumlupınar Üniversitesi.
74. Arab, M., Tabatabaei, S. G., Rashidian, A., Forushani, A. R. ve Zarei, E. (2012). The Effect of Service Quality on Patient Loyalty: A Study of Private Hospitals in Tehran, Iran. *Iranian Journal of Public Health*, 41(9), 71.
75. Jones M. A., Mothersbaugh D. L. ve Beatty S. E. (2000). Switching Barriers and Repurchase Intentions in Services. *Journal of Retailing*. 76(2), 259-274.
76. Platonova E. A., Kennedy K. N. ve Shewchuk R. M. (2008). Understanding Patient Satisfaction, Trust, and Loyalty to Primary Care Physicians. *Medical Care Research And Review*. 65(6), 696-712.
77. Beatty, E., Morris M., James E. ve Jungki L. (1996). Customer-Sales Associate Retail Relationships. *Journal of Retailing*. 72(3), 223-247.
78. Frenzen, J. K. Ve Harry L. D. (1990). Purchasing Behavior in Embedded Markets. *Journal of Consumer Research*. 17, 1-11.
79. Şirin, M. E. (2016). *Otel İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti, Tekrar Satın Alma ve Tavsiye İsteği Üzerine Etkisi: Trabzon Ortahisar Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Karabük Üniversitesi.

80. Hoşgör, H. (2019). *Sağlık Stratejilerinde İlişkisel Pazarlama Stratejileri ile Hastaların Davranışsal Niyetleri Arasındaki İlişkinin Yapısal Eşitlik Modeli ile İncelenmesi*. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi.
81. Pevec, T. ve Pisnik, A. (2016). Perceived Value of Health Service-The Conceptual Model. *China- USA Business Review*. 15(2), 80-87.
82. Deng Z., Lu Y., Wei K. K. ve Zhang J. (2010). Understanding Customer Satisfaction and Loyalty: An Empirical Study of Mobile Instant Messages in China. *International Journal of Information Management*. 30(4), 289-300.
83. Akbaş, E. (2014). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler: Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, Beykent Üniversitesi.
84. Gümüş, R. (2019). *Sağlık Kurumlarında Pazarlama Bileşenlerinin Kullanıcıların Tekrar Satın Alma Niyetine Etkisi*. Doktora Tezi. İstanbul Kültür Üniversitesi.
85. Tung Y. C. ve Chang G. M. (2009). Patient Satisfaction with and Recommendation of A Primary Care Provider: Association of Perceived Quality and Patient Education. *International Journal For Quality in Health Care*. 21(3), 206-213.
86. Gabott, M. ve Hogg, G. (1994). Uninformed Choice. *Journal of Health Care Marketing*. 14(3), 28-34.
87. Özcan, H., Özdemir, O., İnci, E. ve Sözkese, N. (2015). Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2(2), 149-155.
88. Kassim, N. M. ve Abdullah, N. A. (2008). Customer Loyalty in E-Commerce Settings: An Empirical Study. *Electronic Markets*. 18(3), 275-290.
89. Kessler D. P. ve Mylod D. (2011). Does Patient Satisfaction Affect Patient Loyalty? *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 24(4), 266-273.
90. Cronin J. J. ve Taylor S. A. (1992). Measuring Service Quality: a Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*. 56(3), 55-68.
91. Bayın G. (2013). *Hastanelerde Kurumsal İmaj ve Hasta Bağlılığı İlişkisi: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile İbni Sina Hastanesi 'nde Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi.
92. Zarei, E., Arab, M., Mahmoud, S., Rashidian, A., Rahimi Forushani, A. ve Khabiri, R. (2014). Understanding Patients' Behavioral Intentions: Evidence From Iran's Private Hospitals Industry. *Journal of Health Organization and Management*. 28(6), 795-810.
93. Buttle, F. A. (1998). Word of Mouth: Understanding and Managing Referral Marketing. *Journal of Strategic Marketing*. 6(3), 241-254.
94. Bulan, E. (2014). *Otel İşletmelerindeki Hizmet Kalitesinin Müşteri Tatmini ve Müşteri Sadakati Üzerine Etkisinin İncelenmesi: İstanbuldaki Butik Otel İşletmeleri Üzerine Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, Gazi Üniversitesi.
95. Küçükergin, K. G. (2012). *Müşteri Sadakatinin Oluşum Sürecine Müşteri Tatmini ve Ataletin Etkisi: Yiyecek-İçecek İşletmelerine Yönelik Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, Gazi Üniversitesi.
96. Fornell, C. ve Wemerfelt, B. (1987). Defensive Marketing Strategy by Customer Complaint Management: A Theoretical Analysis. *Journal of Marketing Research*. 24, 337-346.
97. Seo, D., Ranganathan, C. ve Babad, Y. (2008). Two-Level Model of Customer Retention in the US Mobile Telecommunications Service Market. *Telecommunications Policy*. 32(3-4), 182-196.
98. Chaniotakis I. E. ve Lymperopoulos C. (2009). Service Quality Effect On Satisfaction and Word of Mouth in the Health Care Industry. *Managing Service Quality*. 19(2), 229-242.

99. Sheth, J. N. ve Park, C. W. (1974). A Theory of Multidimensional Brand Loyalty. *Advances in Consumer Research*, 1(1), 449-459.
100. Cheng, S. H., Yang, M. C. ve Chiang, T. L. (2003). Patient Satisfaction with and Recommendation of A Hospital: Effects of Interpersonal and Technical Aspects of Hospital Care. *International Journal for Quality in Health Care*. 15(4), 345-355.
101. Hu, H. Y., Cheng, C. C., Chiu, S. I. ve Hong, F. Y. (2011). A Study of Customer Satisfaction, Customer Loyalty and Quality Attributes in Taiwans Medical Service Industry. *African Journal of Business Management*. 5(1), 187-195.
102. Kim, Y. K., Cho, C. H., Ahn, S. K., Goh, I. H. ve Kim, H. J. (2008). A Study on Medical Services Quality and Its Influence Upon Value of Care and Patient Satisfaction–Focusing Upon Outpatients in A Large-Sized Hospital. *Total Quality Management*. 19(11), 1155-1171.
103. Mazen, A. M., Graf, L. A., Kellogg, C. E. ve Hemmasi, M. (1987). Statistical Power in Contemporary Management Research. *Academy of Management Journal*. 30(2), 369-380.
104. Alpar, R. (2010). *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik*. Detay Yayıncılık.
105. Jubelirer, S. ve Jividen, V. (2011). A Study of In-Patient Oncology Satisfaction. *Journal of Clinical Oncology*. 29(15), 166-229.
106. Parasuraman, A., Zeithaml, V. and Berry, L.L. (1988), “SERVQUAL: a multiple item scale for measuring customer perceptions of service quality”, *Journal of Retailing*, 64(1), 12-37.
107. Reidenbach, R.E. and Sandifer-Smallwood, B. (1990), “Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach”, *Journal of Health Care Marketing*, 10(4), 47-55.
108. Cunningham, L. (1991), *The Quality Connection In Health Care: Integrating Patient Satisfaction and Risk Management*, Jossey-Bass, San Francisco, CA.
109. Ovretveit, J. (2000), “The economics of quality”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(5), 200-7.
110. Tomes, A.E. and Ng, S.C.P. (1995), “Service quality in hospital care: the development of in-patient questionnaire”, *International of Health Care Quality Assurance*, 8(3), 25-33.
111. Andaleeb, S.S. (1998), “Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(6), 181-7.
112. Gross, R. and Nirel, N. (1998), “Quality of care and patient satisfaction in budget-holding clinics”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(3), 77-89.
113. Carman, J. (2000), “Patient perceptions of service quality: combining the dimensions”, *Journal of Management in Medicine*, 14(6), 339-56.
114. Camilleri, D. and O’Callaghan, M. (1998), “Comparing public and private care service quality”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(4), 127-33.
115. Walters, D. and Jones, P. (2001), “Value and value chains in health-care: a quality management perspective”, *The TQM Magazine*, 13(5), 319-35.
116. Hasin, M.A.A., Seeluangswat, R. and 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.

EKLER

Ek 1. Araştırmada Kullanılan Soru Formu

Dear respondent,

This questionnaire is intended to provide information for a master's thesis named "Identifying the Factors Affecting Repurchasing and Recommending Decisions of Foreign Patients Treated in Turkey". You have been selected to participate in this study by providing information about your recent treatment process in ... Hospital. As your input will help us better understand the underlying causes of a customer's satisfaction and recommendation, you are kindly requested to complete the questionnaire, as honestly as possible.

Note: the answers that you will provide are only for purpose of this study and will be treated as confidential.

Thank you,
Halil İbrahim EROL
(Researcher)

SECTION A

Demographic data

For this section, please tick in the appropriate box.

1	Gender	<input type="checkbox"/>	Male	<input type="checkbox"/>	Female
2	Age	<input type="checkbox"/>		
3	Marital Status	<input type="checkbox"/>	Single	<input type="checkbox"/>	Married
4	Education Level	<input type="checkbox"/>	Less than high school degree		
		<input type="checkbox"/>	High School Degree		
		<input type="checkbox"/>	Associate Degree		
		<input type="checkbox"/>	Bachelor's degree		
		<input type="checkbox"/>	Graduate Degree		
5	Acquaintance with hospital				
		<input type="checkbox"/>	Not get any service at this hospital in advance		
		<input type="checkbox"/>	Already get another service at this hospital in advance		
6	Length of your treatment period in ... Hospital				
		<input type="checkbox"/>	Less than 1 week		
		<input type="checkbox"/>	1 – 2 weeks		
		<input type="checkbox"/>	3 – 4 weeks		
		<input type="checkbox"/>	More than 1 month		
7	Personal yearly income				
		<input type="checkbox"/>	0 \$ – 9,999 \$		
		<input type="checkbox"/>	10,000 \$ – 29,999 \$		
		<input type="checkbox"/>	30,000 \$ – 49,999 \$		
		<input type="checkbox"/>	50,000 \$ or more		

SECTION B

For each of the following items, please tick in the box that best represents your suitable opinion as it is in each statement.

1. *Very Satisfied / Strongly Agreed*

2. *Quite Satisfied/ Agreed*

3. *Neither Satisfied nor Dissatisfied / Neutral*

4. *Quite Dissatisfied / Disagreed*

5. *Very Dissatisfied / Strongly Disagreed*

Process Quality		1	2	3	4	5
1	Carrying out the services right at the first time					
2	Providing services at specified time					
3	Error-free and fast retrieval of documents					
4	Telling when services will be performed					
5	Prompt provision of medical and non-medical services					
6	Willingness of personnel to help patients					
7	Personnel immediate presence whenever called					
Interaction Quality						
8	Personnel's polite and friendly encounter with patients					
9	Knowledgeable personnel to answer patients' questions					
10	Individual attention to patients					
11	Availability of round-the-clock services					
12	Attention to the patients' beliefs and emotions					
13	Having patients' best interest at heart					
14	Understanding the specific needs of patients					
Environment Quality						
15	Neat and well-dressed personnel					
16	Clean and comfortable environment of the hospital					
17	Modern and state-of-the-art equipment					
18	Visual appeal of physical facilities					
Costing						
19	Costs versus quality of services					
20	Reasonable hospital costs					
Patient Loyalty						
1	Positive word of mouth about hospital					
2	Willingness to reuse the services of hospital					

Trust		1	2	3	4	5
1	The hospital is interested in more than just selling me goods and making a profit					
2	There are no limits to how far the hospital will go to solve a service problem I may have					
3	The hospital is genuinely committed to my satisfaction					
4	Most of what the hospital says about its products is true					
5	I think some of the hospital's claims about its service are exaggerated (r)					
6	If the hospital makes a claim or promise about its product, it's probably true					
7	In my experience, the hospital is very reliable					
8	I feel I know what to expect from the hospital					

Satisfaction						
1	The amount of time spent with you					
2	How capable personnels were at their job					
3	There are always personnel around if you needed one					
4	The amount personnels knew about your care					
5	How quickly personnels came when you called for them					
6	The way the personnels made you feel at home					
7	The amount of information personnels gave to you about your condition and treatment					
8	How often personnels checked to see if you were okay					
9	Personnels' helpfulness					
10	The way personnels explained things to you					
11	How personnels helped put your relatives' or friends' minds at rest					
12	Personnels' manner in going about their work					
13	The type of information personnels gave to you about your condition and treatment					
14	Personnels' treatment of you as an individual					
15	How personnels listened to your worries and concerns					
16	The amount of freedom you were given on the ward					
17	How willing personnels were to respond to your requests					
18	The amount of privacy personnels gave you					
19	Personnels' awareness of your needs					



ÖZGEÇMİŞ

İ- Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Halil İbrahim EROL
 Doğum yeri ve tarihi : ADIYAMAN / 15.11.1992
 Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti
 Medeni durumu : Evli
 Askerlik durumu : Tamamlandı / 2019
 İletişim adresi ve telefonu : erol.brhm@gmail.com.tr
 Yabancı dili : İngilizce, İtalyanca

İİ- Eğitimi

Yüksek Lisans, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul

09.2017 – Hâlen

Lisans, Marmara Üniversitesi, İstanbul

09.2010 – 06.2014

Ortaöğretim, Anadolu Öğretmen Lisesi, Adıyaman

09.2006 – 06.2010

III- Ünvanları

Öğretmen (2014 – 2016)

Öğretim Görevlisi (2016 – Hâlen)

IV- Mesleki Deneyimi

SBÜ-TÖMER Müdürü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul

22.03.2018 – Hâlen

Öğretim Görevlisi (İngilizce), Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul

11.11.2016 – Hâlen

İngilizce Öğretmeni, Akçakale Anadolu İmam Hatip Lisesi, Şanlıurfa

09.2014 – 11.2016

Stajyer İngilizce Öğretmeni, Hüseyin Avni Sözen Anadolu Lisesi, İstanbul

09.2013 – 06.2014

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları Yayınları:

VII- Bilimsel Etkinlikleri Aldığı burslar

VIII- Diğer Bilgiler

Yazarlık

YKSDİL İngilizce Hazırlık Seti 20 Dergi, Pelikan Yayınevi, 2018

ISBN: 9786052268681

ÖABT İngilizce Soru Bankası, Yediiklim Yayınları, 2017

ISBN: 9786059536424

ÖABT İngilizce Soru Bankası, Yediiklim Yayınları, 2016

ISBN: 9786059687119

Editörlük

Dil Editörü – Anasay Dergisi

Yıl:4 – Sayı:11

ISSN: 2587-2001 e-ISSN: 2618-6187

