

**T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**



**SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINDA TÜKETİCİLERİN DEMOGRAFİK
VERİLERİNE GÖRE AĞIZDAN AĞIZA İLETİŞİMİN ETKİLİLİĞİ ÜZERİNE BİR
ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hülya Orak

**İşletme Anabilim Dalı
İşletme Bilim Dalı**

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Burçin KAPLAN

EYLÜL, 2018

**T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**



**SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINDA TÜKETİCİLERİN
DEMOGRAFİK VERİLERİNE GÖRE AĞIZDAN AĞIZA İLETİŞİMİN
ETKİLİLİĞİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hülya ORAK
(Y1112.040015)**

**İşletme Anabilim Dalı
İşletme Bilim Dalı**

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Burçin KAPLAN

EYLÜL, 2018



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Yüksek Lisans Tez Onay Belgesi

Enstitümüz İşletme Anabilim Dalı İşletme Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı **Y1112.040015** numaralı öğrencisi **Hülya ORAK**'ın **“SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINDA TÜKETİCİLERİN DEMOGRAFİK VERİLERİNE GÖRE AĞIZDAN AĞIZA İLETİŞİMİN ETKİLİLİĞİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA”** adlı tez çalışması Enstitümüz Yönetim Kurulunun 13.08.2018 tarih ve 2018/23 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından **gözetil...** ile Tezli Yüksek Lisans tezi olarak **kabul** edilmiştir.

Öğretim Üyesi Adı Soyadı

İmzası

Tez Savunma Tarihi :07/09/2018

1)Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Burçin KAPLAN

2) Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Farıd HUSEYNOV

3) Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Vildan Gülpınar DEMİRCİ


.....

.....

.....

Not: Öğrencinin Tez savunmasında **Başarılı** olması halinde bu form **imzalanacaktır**. Aksi halde geçersizdir.

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Tüketicilerin Demografik Verilerine Göre Ağızdan Ağıza İletişimin Etkililiği Üzerine Bir Araştırma” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılacak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (08/09/2018)

Hülya ORAK

ÖNSÖZ

Yüksek lisans sürecinde bana her daim destek olan aileme, değerli hocalarıma, tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Burçin KAPLAN'a ve tezimi bitirmem konusunda benden desteklerini esirgemeyen sevgili dostum Dr. Cafer Şafak EYEL'e teşekkürlerimi sunarım.

Eylül 2018

Hülya Orak

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vi
ÇİZELGE LİSTESİ.....	vii
ÖZET	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ	1
2. SAĞLIK HİZMETLERİ.....	3
2.1 Sağlık Kavramı.....	3
2.2 Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	4
2.2.1 Sağlık hizmetlerinin tanımı, amacı ve kapsamı	5
2.2.2 Sağlık hizmetlerinin özellikleri	6
2.2.3 Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması	9
2.2.3.1 Koruyucu sağlık hizmetleri	9
2.2.3.2 Tedavi edici sağlık hizmetleri	10
2.2.3.3 Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri	11
2.2.3.4 Sağlığı geliştirici sağlık hizmetleri.....	12
3. SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI	14
3.1 Pazarlama Kavramı	14
3.2 Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Kavramı	15
3.2.1 Sağlık hizmetleri pazarlamasının amacı ve önemi	16
3.2.2 Sağlık hizmetleri pazarlamasının gelişimi	17
3.2.3 Sağlık hizmetleri pazarlamasının özellikleri	19
3.2.4 Sağlık hizmetlerinde pazarlama stratejisi geliştirme.....	20
3.2.5 Sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanları.....	21
3.2.5.1 Ürün.....	22
3.2.5.2 Fiyat.....	23
3.2.5.3 Dağıtım.....	24
3.2.5.4 Tutundurma	24
3.2.5.5 İnsanlar	25
3.2.5.6 Fiziksel ortam	25
3.2.5.7 Süreç yönetimi.....	26
3.2.6 Sağlık işletmelerinde karşılaşılan pazarlama güçlükleri	26
3.3 Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Satın Alma Karar Süreci	27
3.3.1 Bir ihtiyacın ortaya çıkması	27
3.3.2 Bilgileri ve seçenekleri arama	28
3.3.3 Alternatiflerin değerlendirilmesi	29
3.3.4 Satın alma kararının verilmesi.....	29
3.3.5 Satın alma sonrası değerlendirme	30

4. AĞIZDAN AĞIZA İLETİŞİM.....	32
4.1 Ağızdan Ağıza İletişimin Tanımı	32
4.2 Ağızdan Ağıza İletişimin Özellikleri ve Önemi.....	33
4.3 Ağızdan Ağıza İletişim Türleri	35
4.3.1 Olumlu ağızdan ağıza iletişim.....	35
4.3.2 Olumsuz ağızdan ağıza iletişim.....	36
4.4 Ağızdan Ağıza İletişim Yöntemleri	38
4.4.1 Fısıltı pazarlaması (buzz marketing)	38
4.4.2 Viral (sözlü) pazarlama	38
4.5 Ağızdan Ağıza İletişimin Satın Alma Kararı Üzerindeki Etkisi	39
4.6 Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Ağızdan Ağıza İletişim	41
5. YÖNTEM	43
5.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi	43
5.2 Araştırmanın Yöntemi.....	43
5.3 Araştırma Sorusu ve Hipotezler	44
5.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	46
5.5 Araştırmanın Kısıtları.....	46
5.6 Verilerin Toplanması ve Analizi	46
6. BULGULAR.....	48
6.1 Katılımcılara İlişkin Demografik Bulgular	48
6.2 Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi.....	51
6.3 Hipotez Testleri	56
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70
KAYNAKLAR	74
EKLER	80
ÖZGEÇMİŞ	83

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TDK	: Türk Dil Kurumu



ÇİZELGE LİSTESİ

	Sayfa
Çizelge 3.1 : Üretim İşletmeleri ve Sağlık İşletmelerinde Pazarlamanın Evrimi...	17
Çizelge 6.1 : Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	48
Çizelge 6.2 : Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları.....	49
Çizelge 6.3 : Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları.....	49
Çizelge 6.4 : Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları.....	49
Çizelge 6.5 : Katılımcıların Ailelerinin Ortalama Aylık Gelirlerine Göre Dağılımları.....	50
Çizelge 6.6 : Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımları.....	50
Çizelge 6.7 : Katılımcıların Tavsiye, Bilgi Aldıkları Kişiyle Yakınlık Düzeyleri.	51
Çizelge 6.8 : Ağızdan Ağıza İletişim Ölçeğinde Yer Alan Faktörler ve Madde Numaraları.....	52
Çizelge 6.9 : Ağızdan Ağıza İletişim Ölçeği KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları.....	52
Çizelge 6.10 : Ağızdan Ağıza İletişim Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları.....	53
Çizelge 6.11 : Ağızdan Ağıza İletişim Ölçeği Faktörleri ve Açıklanan Varyanslar.....	54
Çizelge 6.12 : Ağızdan Ağıza İletişim Ölçeği Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....	54
Çizelge 6.13 : AAİED-GBAKHIUD Faktörü İçin Tanımlayıcı Değerler.....	55
Çizelge 6.14 : ARD Faktörü İçin Tanımlayıcı Değerler.....	55
Çizelge 6.15 : SHİUD Faktörü İçin Tanımlayıcı Değerler.....	56
Çizelge 6.16 : GBAKYD Faktörü İçin Tanımlayıcı Değerler.....	56
Çizelge 6.17 : Cinsiyet Değişkenine Göre AAİED-GBAKHIUD Faktörü İçin Bağımsız T Testi Sonuçları.....	59
Çizelge 6.18 : Yaş Grubu Değişkenine Göre AAİED-GBAKHIUD Faktörüne İlişkin ANOVA Testi Sonuçları.....	59
Çizelge 6.19 : Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre AAİED-GBAKHIUD Faktörüne İlişkin ANOVA Testi Sonuçları.....	60
Çizelge 6.20 : Medeni Durum Değişkenine Göre AAİED-GBAKHIUD Faktörü İçin Bağımsız T Testi Sonuçları.....	61
Çizelge 6.21 : Cinsiyet Değişkenine Göre GBAKYD Faktörü İçin Bağımsız T Testi Sonuçları.....	61
Çizelge 6.22 : Yaş Grubu Değişkenine Göre GBAKYD Faktörüne İlişkin ANOVA Testi Sonuçları.....	62
Çizelge 6.23 : Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre GBAKYD Faktörüne İlişkin ANOVA Testi Sonuçları.....	62
Çizelge 6.24 : Medeni Durum Değişkenine Göre GBAKYD Faktörü İçin Bağımsız T Testi Sonuçları.....	63
Çizelge 6.25 : Cinsiyet Değişkenine Göre SHİUD Faktörü İçin Bağımsız T Testi Sonuçları.....	64
Çizelge 6.26 : Yaş Grubu Değişkenine Göre SHİUD Faktörüne İlişkin ANOVA	

Testi Sonuçları.....	64
Çizelge 6.27: Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre SHİUD Faktörüne İlişkin ANOVA Testi Sonuçları.....	65
Çizelge 6.28: Medeni Durum Değişkenine Göre SHİUD Faktörü İçin Bağımsız T Testi Sonuçları.....	66
Çizelge 6.29: Cinsiyet Değişkenine Göre ARD Faktörü İçin Bağımsız T Testi Sonuçları.....	66
Çizelge 6.30: Yaş Grubu Değişkenine Göre ARD Faktörüne İlişkin ANOVA Testi Sonuçları.....	67
Çizelge 6.31: Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre ARD Faktörüne İlişkin ANOVA Testi Sonuçları.....	67
Çizelge 6.32: Medeni Durum Değişkenine Göre ARD Faktörü İçin Bağımsız T Testi Sonuçları.....	68
Çizelge 6.33: Hipotezler ve Sonuçları.....	69



SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINDA TÜKETİCİLERİN DEMOGRAFİK VERİLERİNE GÖRE AĞIZDAN AĞIZA İLETİŞİMİN ETKİLİLİĞİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

ÖZET

İnsanların yaşamları açısından en önemli konulardan birisini sağlık konusu oluşturmaktadır. Bu bağlamda öncelikle devletler tarafından, sonrasında ise gelişen özel sektör tarafından insanların ve toplumun yaşamının sağlıklı şekilde devam etmesi ve hastalıkların tedavisinin sağlanması hususunda sağlık hizmetleri geliştirilmiştir. Sağlık hizmetleri özel bir uzmanlık gerektiren bir çalışma alanı olduğundan, toplumu oluşturan bireyler sağlık ve sağlık hizmetleri konularında oldukça az bilgiye sahip durumdadır. Bu sebeple insanlar, sağlık hizmetleri hususunda bilgi toplamak ve satın alma kararı vermek üzere pek çok bilgi kaynağından faydalanmakta olduğu gibi, ağızdan ağıza iletişim faaliyetleri vasıtasıyla daha önceden sağlık hizmetleri konusunda deneyim yaşamış kişilerden de sağlık hizmetleri sunan kuruluşlara ilişkin olumlu veya olumsuz çeşitli bilgiler elde etmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmanın amacı; sağlık hizmetleri pazarlamasında ağızdan ağıza iletişimin tüketici satın alma kararı üzerindeki rolünü tespit etmek olarak belirlenmiştir. Çalışma İstanbul Kartal Dragos Sahil Sitesi sakinleri ve İstanbul Süreyyapaşa Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi'nde 290 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında toplanan verilerin analizi için SPSS-22 programından faydalanılmıştır. Yapılan faktör analizi neticesinde, ağızdan ağıza iletişim ölçeğinin dört faktörden meydana geldiği tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen Bağımsız T Testi ve ANOVA Testi analizleri neticesinde 16 hipotezin 5'i kabul edilmiş, 11'i ise reddedilmiştir. Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar arasında cinsiyet ve eğitim düzeyi değişkenleri bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar saptanırken, yaş grubu ve medeni durum değişkenleri açısından ise anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar arasında cinsiyet ve eğitim düzeyi değişkenleri bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar tespit edilirken, yaş grubu ve medeni durum değişkenleri açısından ise anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar arasında cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu ve medeni durum değişkenleri açısından anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar arasında eğitim düzeyi değişkeni bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar tespit edilirken, cinsiyet, yaş grubu ve medeni durum değişkenleri açısından ise anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Sonuç olarak, ağızdan ağıza iletişimin genel olarak sağlık hizmetleri pazarlaması ve sağlık hizmetleri satın alma sürecinde önemli bir role sahip olduğu neticesine ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Ağızdan Ağıza İletişim, Tüketici Satın Alma Kararı

AN INVESTIGATION ON THE EFFECTUALNESS OF WORD-OF-MOUTH COMMUNICATION ACCORDING TO THE DEMOGRAPHIC DATA OF CONSUMERS IN HEALTH SERVICES MARKETING

ABSTRACT

One of the most important issues in terms of human life is health. In this regard, health services have been developed by firstly states and then by developing private sector to maintain human life healthy and to treat the diseases. Since health services are a working field needing a special specialty, individuals have so less knowledge about health and health services issues. Thus, individuals benefit from lots of information sources in order to gather information about health services and to make purchasing decision. One of these sources is word-of-mouth communication. In this respect, individuals gather some positive or negative information from others who have previous experiences about healthcare organizations providing health services through word-of-mouth communication. Within this scope, the purpose of this research was determined as determining the role of word-of-mouth communication on consumer purchasing decision in health services marketing. The study was conducted with 290 participants in Istanbul Kartal Dragos Seaside Site and Istanbul Süreyyapaşa Health Social Security Centre. In terms of analyzing the data gathered via survey form, SPSS-22 statistics program was used. As the result of factor analysis for word-of-mouth scale, four factors were determined. After testing 16 main hypothesis via Independent Sample T Test and ANOVA Test analysis, 7 hypothesis were accepted and 9 of them were rejected. In terms of the factor of effect degree of word-of mouth communication and specialty level of the individual as information source, there were determined statistically significant differences for gender and education level variables, while there was not determined any significant difference for age group and marital status variables. In terms of the factor of closeness degree with the individual as information source, there were determined statistically significant differences for gender and education level variables, whereas there were not determined any significant differences for age group and marital status variables. In terms of the factor of individual's own specialty level about service, there were not determined any significant differences for gender, age group, education level and marital status variables. In terms of the factor of perceived risk level, there was determined statistically significant difference for only education level variable, while there were not determined any significant differences for gender, education level and marital status variables. To sum up, the result that word-of-mouth communication has an important role in health services marketing and purchasing decision process for health services in general was reached.

Keywords: *Health, Health Services, Health Services Marketing, Word-of-Mouth Communication, Consumer Purchasing Decision*

1. GİRİŞ

Sağlık, insanlar için en önemli ve temel ihtiyaçlardan biri konumundadır. Her ne kadar insanların büyük bir çoğunluğu sağlık hizmetlerinden faydalanmayı özellikle acil ve ani durumlarda düşünse de, herhangi bir sağlık durumu karşısında bireyler çevrelerine danışarak kısa bir zaman dilimi içerisinde çevrelerindeki kişilerden en doğru sağlık hizmetini nereden ve nasıl alacaklarına ilişkin bilgi edinmeyi arzulamaktadır.

Ağızdan ağıza iletişim, tüketicilerin bir ürün veya hizmet konusunda bilgi toplarken ve satın alma kararı verirken etkili olabilen bir unsur niteliğindedir. Özellikle sağlık hizmetleri gibi tüketicilerin görece olarak daha az bilgiye sahip oldukları sektörlerde, daha önceden deneyim yaşamış olan kişilerin verdikleri olumlu veya olumsuz bilgiler, görüşler ve öneriler tüketicilerin kararlarını ciddi şekilde etkileyebilmektedir. Bu doğrultuda ağızdan ağıza iletişim, sağlık hizmetleri pazarlaması sürecinde tüketicilerin satın alma kararlarını önemli derecede etkileyebilmekte olan bir husustur.

Özellikle bilgi ve iletişim teknolojilerinin hızlı bir şekilde gelişmekte ve değişmekte olduğu günümüz dünyasında sağlık hizmeti tüketicileri, ağızdan ağıza iletişim faaliyetleri yürütmek suretiyle, çevrelerindeki insanlardan sağlık hizmetleri hususunda güvenilir olduğunu varsaydıkları bilgiler ve deneyimler edinebilmektedir. Bu bağlamda bu çalışmada, ağızdan ağıza iletişimin sağlık hizmetleri tüketicilerinin satın alma kararları üzerindeki rolünün belirlenmesi ve sağlık hizmetleri pazarlamasında ağızdan ağıza iletişim faaliyetlerinin sağlık hizmetleri tüketicilerinin demografik özellikleri çerçevesinde farklılaşıp farklılaşmadığının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Çalışma yedi bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, çalışmanın giriş kısmıdır. İkinci bölümde sağlık hizmetleri konusu ele alınmaktadır. Bu bağlamda önce sağlık kavramından bahsedilmekte, ardından ise sağlık hizmetleri kavramının tanımı, amacı ve kapsamı, özellikleri, sınıflandırması konularına değinilmektedir.

Üçüncü bölümde sağlık hizmetleri pazarlaması konusuna değinilmektedir. Bu bölümde, önce pazarlama kavramı tanımlanmakta, ardından sağlık hizmetleri pazarlaması kavramı açıklanmaktadır. Bu doğrultuda, sağlık hizmetleri pazarlamasının amacı ve önemi, gelişimi, özellikleri, sağlık hizmetlerinde pazarlama stratejisi geliştirme ile sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanları, sağlık işletmelerinde karşılaşılan pazarlama güçlükleri ve sağlık hizmetleri pazarlamasında satın alma karar süreci konularından bahsedilmektedir. Dördüncü bölüm ağızdan ağıza iletişim konusu ile ilintilidir. Bu bölümde, ağızdan ağıza iletişimin tanımı, özellikleri ve önemi, türleri ve yöntemleri ile ağızdan ağıza iletişimin satın alma kararı üzerindeki etkisi ve sağlık hizmetleri pazarlamasında ağızdan ağıza iletişim konuları incelenmiştir.

Beşinci bölümde çalışmanın yöntemi ele alınmaktadır. Bu bölümde, araştırmanın amacı ve önemi, yöntemi, araştırma sorusu ile hipotezler, araştırmanın evren ve örnekleme, araştırmanın kısıtları ile verilerin toplanması ve analizi konularından bahsedilmektedir. Altıncı bölüm, araştırmanın bulgularının sunulmakta olduğu kısımdır. Bu bölümde, katılımcıların demografik özellikleri, anket kapsamında kullanılan ağızdan ağıza iletişim ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizi sonuçları ile hipotez testlerinin neticeleri verilmektedir. Çalışmanın yedinci ve son bölümü ise sonuç ve önerilere ilişkin kısımdan meydana gelmektedir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Çalışmanın bu bölümünde sağlık hizmetleri çerçevesinde sağlık kavramı, sağlık hizmetleri kavramının tanımı, amacı ve kapsamı, özellikleri ile sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması konuları ele alınmaktadır.

2.1 Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı; içerik açısından değerlendirildiğinde geniş ve çok yönlü bir kavram niteliğindedir. Evrensel bir kavram olan sağlık kavramının anlamı kişiden kişiye ve toplumdaki topluma değişiklik gösterebilmektedir. Bu sebeple biyolojik, sosyolojik ve kültürel açılardan sağlık kavramı için farklı tanımlamalar yapılabilmektedir. Biyolojik açıdan sağlık; vücudun her bir hücresinin en yüksek seviyede işlev görmesi, hücrelerin arasında tam bir uyumluluğun bulunması halidir. Sosyolojik açıdan sağlık; kişinin kendinden beklenilmekte olan rol ve yükümlülükleri gerçekleştirebilmesi, çevresiyle pozitif ilişkiler kurabilmesi şeklinde belirtilmektedir. Psikolojik açıdan ise sağlık; kişinin beklenmeyen bir durum ile karşı karşıya kalması halinde yaşadığı duyguları ve geliştirdiği başa çıkma yöntemleriyle duruma ve çevresine uyumluluk sağlayabilmesi şeklinde ifade edilmektedir (Akça-Ay 2013:7).

Tıp insanları sağlık kavramıyla ilgili olarak tıbbi tedavi konusunu ön planda tutmaktadır. Sağlık sosyologları sağlık kavramına sosyo-psikolojik çeşitli boyutlar eklemektedir. Sigortacılar sağlık kavramını daraltmakta olup, sağlık ekonomistleri ise kavrama iktisadi birtakım unsurlar eklemektedir. Ekolojik yaklaşım bakımından ise kavram, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açılardan çevreyle uyumluluğu bulunması şeklinde belirtilmektedir (Ateş 2012:3).

Sağlık kavramı, hekimler ve hastalar tarafınca farklı şekillerde algılanmakta ve tanımlanmaktadır. Bireyler tarafından hastalık ve herhangi bir rahatsızlığın olmaması durumunda genel sağlık durumlarını iyi olarak nitelendirilmektedir. Hekimler ise belirti veren her bir rahatsızlığın hastalık olduğunu ve bireylerin sağlık durumlarını olumsuz etkilemekte olduğunu savunmaktadır (Türkmenbaş 2012:3).

Günümüzde en geçerli şekilde kabul edilmiş olan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1948’de yapılmıştır. Buna göre sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu şeklinde ifade edilmektedir (Öztürk ve Özata 2010:9). DSÖ’nün yapmış olduğu tanımlamaya sonrasında sosyal ve ekonomik şekilde üretici yaşam sürme kısmı eklenmiştir. Bu bağlamda sağlık kavramı, bir durumdan ziyade değişim gösteren ihtiyaçlar ile yaşama verilen anlam çerçevesinde değişiklik arz edebilen bir olgu biçiminde değerlendirilmeye başlamıştır (Kesgin ve Topuzoğlu 2006:47).

Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) sağlığın tanımlanmasına yönelik beklentilerin 20. yüzyıldan itibaren artması neticesinde sağlık kavramı, bireylerin hayatlarını devam ettirebilmelerinden hasta olmamalarına, gündelik faaliyetlerini gerçekleştirebilme yeterliliklerine, mutluluk duygusuna sahip olmalarına ve iyilik halinin sağlanmasına kadar değişik biçimlerde tanımlanmıştır (Somunoğlu 1999:52).

Er (2008:1-2) sağlık kavramını nötral sağlık, pozitif sağlık ve negatif sağlık şeklinde üç boyuta ayırarak incelemektedir. Buna göre nötral sağlık; herhangi bir hastalık veya rahatsızlığın olmadığı dengeli bir sağlık durumudur. Pozitif sağlık; bireyin beden, ruhen ve toplumsal açıdan tam bir iyilik hali içerisinde olmasıdır. Negatif sağlık; hastalık, rahatsızlık, yaralanma, sakatlık veya engellilik gibi hallerin yalnız başına ya da farklı kombinasyonlar ile kısa veya uzun dönemlerde yaşanması durumudur.

Bireyin yaşamlarını sürdürmelerinde, yaşam standartlarının yükselmesiyle emniyeti hususunda önem arz eden bir konu sağlıktır. Sağlık sektörü, insanların yaşamlarını, mutluluklarını doğrudan değiştirme olasılığı bulunan oldukça önemli bir sektör konumundadır (Asunakutlu 2004:12).

Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından ise sağlık, vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet şeklinde tanımlanmaktadır (www.tdk.gov.tr, erişim tarihi: 10 Ocak 2018).

2.2 Sağlık Hizmetleri Kavramı

Pek çok ülkede sağlık hizmetleri, öncelikli olarak hastalıkların tedavi edilmesi ile ilgili hizmetlerle başlamıştır. Daha sonrasında hastalığa sebebiyet veren faktörlerin incelenmesi neticesinde çevre sağlığı, mikroplarla mücadele ve bireysel hijyen

konularına yönelik çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu gelişmeler çerçevesinde sağlık hizmetleri, sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon hususunda yürütülen çalışmaların bütünü şeklinde isimlendirilmiştir (Akdur 1998:12). Bu bağlamda, çalışmanın bu kısmında sağlık hizmetleri kavramına ilişkin tanımlayıcı bilgiler sunulmaktadır.

2.2.1 Sağlık hizmetlerinin tanımı, amacı ve kapsamı

Hastalıkların tanı, tedavi ve rehabilitasyonu ile birlikte hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık durumunun geliştirilmesine yönelik aktiviteler, sağlık hizmetleri şeklinde ifade edilmektedir (Kavuncubaşı 2001:34). DSÖ tarafından sağlık hizmetleri, belli sağlık kurumlarında farklı türdeki sağlık çalışanlarından faydalanarak toplumun arzu ve istekleri çerçevesinde değişim gösteren amaçları yerine getirmek ve bu şekilde bireylerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici aktivitelerle sağlamak için ülke çapında organize edilmiş kalıcı bir sistem şeklinde tanımlamaktadır (Naldöken, Ekinci ve Biçer 2011:287).

1961 yılında yayımlanmış olan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'a göre sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar verici unsurların ortadan kaldırılması ve toplumun bu unsurların etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhani kabiliyetleri azalmış bireylerin işe alıştırılmaları hususunda gerçekleştirilen tıbbi aktivitelerin bütünü şeklinde belirtilmiştir (Birgen 2008:235).

Akar ve Özalp (2002:190) sağlık hizmetlerini, çeşitli sağlık kurum ve kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisi ile bireylerin mevcut sağlıklarını korumaları ve hastalıklara karşı muhafaza edebilmeleri hususunda çeşitli türdeki sağlık çalışanları tarafınca yürütülmekte olan gayretlerin tümü şeklinde ifade etmektedir. Ateş (2012:2) sağlık hizmetlerini, farklı sağlık kurum ve kuruluşları vasıtasıyla fertlerin teşhis ve tedavi olması hususunda sağlıklarına kavuşmaları ve hâlihazırda sağlığını iyilik hali içinde devam ettirebilmeleri adına farklı sağlık çalışanları aracılığıyla gerçekleştirilen çalışmalar şeklinde betimlemektedir.

Sağlık hizmetlerinin kapsamı, kişinin sağlığına zarar verici birtakım unsurların yok edilmesi, toplumun bu unsurların zararlı etkilerine karşı korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ile yetileri azalmış olan kişilerin ise rehabilite edilmeleri, hayata uyumluluklarının sağlanması hususunda gerçekleştirilen tıbbi ve

teknolojik aktivitelerden meydana gelmektedir. Bunlara yönelik sağlık hizmetleri; temiz içme suyu, iyi beslenme ve erken tanıdan başlayarak, en ileri tıp teknolojisini gerektirmekte olan tedavi hizmetlerine, endüstri hijyenine değin uzanan son derece geniş bir hizmet alanını kapsamaktadır. Bu sebeple koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bütünü olarak, kapsamlı sağlık hizmetleri anlaşılmaktadır (Boztok, Gündoğdu, Ahsen ve Korkmaz 2001:1818).

Sağlık hizmetleri, birey ile topluma doğrudan ve dolaylı şekilde verilmekte olan hizmetlerin tümünü içermektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerindeki temel amaçlar şu şekildedir (Sözen ve Özdevecioğlu 2002:2):

- Hasta ve/veya engelli bireylerin tedavi neticesinde iyileşmelerinin ardından uyumluluklarını sağlamak,
- Hasta olan kişilerin en kısa zaman içerisinde sağlıklarına kavuşmalarının sağlanması,
- Bireylerin hasta olmamaları hususunda gereken önlemlerin alınması,
- Toplumun sağlık standardının yükseltilmesi,
- Sağlık talebi oluşmasını sağlamak.

2.2.2 Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Dünya genelinde hizmet endüstrisi içerisinde sağlık hizmetlerinin rolü ve önemi oldukça büyüktür. Günümüzde pek çok ülkede sağlığa ayrılmakta olan kaynaklar gittikçe artmaktadır. Gerek sahip olduğu büyük bütçeler gerekse de istihdam konusundaki önemli payı sebebiyle sağlık sektörünün önemi gittikçe artmaktadır. Yüksek harcamalar yapılması ve neticelerinin gerek bireyleri gerekse de toplumu etkilemesi bakımından toplumların en duyarlı olduğu hizmetlerin başında sağlık hizmetleri gelmektedir (Tengilimoğlu 2012:55).

Sağlık hizmetlerinin, diğer hizmet alanlarına göre farklı birtakım özellikleri vardır. Sağlık hizmetlerini farklılaştırıcı bu özellikler Odabaşı ve Oyman (2009:31-32) tarafından şu şekilde ifade edilmektedir:

- *Tüketicinin Bilgi Yetersizliği ve Uzmanın Gücü:* Tıp biliminde karmaşık bir yapı bulunmakta olduğundan, sağlık personelinin bilgi ve tecrübesi zaman içerisinde artmaktadır. Bunun yanında, bireylerin sağlık hizmeti alma sürecinde girdikleri riskler ile elde edebilecekleri yararlaraya yönelik

bilgilendirilme gereksinimi de artış göstermektedir. Sağlık hizmetleri tüketicilerinin alacakları sağlık hizmetine ilişkin yanlış bir seçimde bulunmaları, olumsuz neticelere yol açabilecek bir husustur.

- *Tüketicilerin Akılcı Olmayan Davranışları:* Bireyler hasta olmalarına rağmen sağlık hizmeti talebinde bulunmayabilmekte, hasta olduklarının farkında bile olmayabilmektedirler. Özellikle akıl hastaları kendi iradeleri doğrultusunda doğru seçimlerde bulunma yetisine sahip olmamaktadırlar. Bununla birlikte, acil durumlarda hastalar tercihlerini belirtemeyecek bir durum içerisinde olabilmektedirler.
- *Tıp Mesleğinin Kuralları:* Tıp mesleğinin kuralları, sağlık hizmetlerinin özellikleri içerisinde yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinde, hizmeti sunanla hizmeti alan arasında bulunan ilişki, tamamıyla güven unsuruna dayalıdır. Sağlık hizmeti sunumunda bulunanların üzerinde oluşan denetim süreçleri, hastanın memnun kalmasını sağlayacak davranış şeklini geliştirmektedir.
- *Ürün ve Kalite Belirsizliği:* Sağlık hizmetlerinin kalitesiyle hizmet neticesinde hastaların elde edecekleri doyumun önceden tespit edilmesi son derece güçtür. Bu belirsizlik durumu ise, hizmetin getireceği doyumu etkilemekte olan pek çok faktöre bağlıdır.
- *Dış Etkiler:* Salgın hastalıklarda olduğu gibi, diğer çevreye zararlı faktörler fiziki dış faktörler arasında bulunmaktadır. Bu faktörlerin zararlarının engellenmesi, birey ile toplum sağlığının korunmasını sağlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü diğer özellikleri şu şekilde ifade edilmektedir (Ateş 2012:3-5; Kavuncubaşı 2001:53):

- Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma, oldukça yüksek düzeydedir. Sektörde çalışan kişilerin bilgi ve deneyim düzeylerinin yüksek olması son derece önemli olup, kabiliyetli ve yetenekli personel tercih edilmektedir.
- Sağlık hizmetlerinde fonksiyonel bağımlılık unsuru son derece etkilidir. Sağlık personeli üretim sırasında birbirlerine gereksinim duymakta olup, ekip çalışmasından daha fazla verim almaktadırlar. Bir hastaya birden çok personel hizmet vermektedir ve bununla birlikte ilaç ve optik hizmetler gibi ek hizmetler de sağlanmaktadır.

- Sağlık hizmetlerindeki görevler kompleks bir yapıya sahip olup, değişkenlik arz etmektedir. Verilen sağlık hizmetleri, her hastaya özel bir süreç çerçevesinde sunulmaktadır.
- Sağlık sektöründe rekabet oldukça azdır ya da yoktur.
- İnsanların talepleri ile gereksinimleri arasında bir denge bulunmamaktadır.
- Sağlık sektöründe kar amacı güdülmemekte, güdülememektedir. Zira sağlık sektörü insan yaşamıyla ilintilidir.
- Sağlık sektörü mal değil, sadece hizmet üretmektedir. Bu sebeple performans ve çaba üretimi de söz konusu olmaktadır.
- Sağlık hizmetleri açısından üretim ile tüketim aynı zamanda gerçekleşmektedir. Hizmet insanla beraber verildiği ve spontane geliştiği için, hata ve ihmalkarlık saptaması yapmak son derece güçtür.
- Sağlık hizmetleri, üretim ve tüketim sağlayan kişilerin karşılıklı iletişimini gerektirmektedir. Sağlık hizmetleri, fabrikasyon bir ürün gibi bir üretim sağlamadığı için, hastayla hastane personeli arasında doğrudan bir muhataplık ilişkisi söz konusu olmaktadır.
- Ekonomiye bağlı diğer hizmet sektörlerinde, mal üretimi sırasında teknolojiden faydalanma, sağlık sektörüne nazaran daha fazla durumdadır. Sağlık sektöründe teknolojiden yararlanma, kişinin kendi emeği ve özverili üretimi ile mümkün olmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin çıktıları ölçülememektedir.
- Sağlık hizmetlerinde; hizmeti alanlar, hizmeti verenlere pek çok açıdan bağımlı durumdadır.
- Sağlık hizmetleri ertelenemez ve acil bir özelliğe sahiptir.
- Sağlık hizmetleri, emeğin yoğun olduğu soyut hizmetlerdir.

Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi hususunda bu hizmetlerin çeşitli özellikleri taşıması gereklidir. Bu özellikler şu şekilde ifade edilmektedir (Can ve İbicioğlu 2008:258; Kavuncubaşı 2001:66-67):

- *Kullanılabilirlik:* Etkin sağlık hizmetlerinin en önemli niteliklerinden biri, kolay kullanılabilirlik ilkesi olarak ifade edilmektedir. Bu ilkenin gerek hizmeti alanlar gerekse de hizmet sunucuları bakımından değerlendirilmesi gereklidir. Hizmeti alanlar bakımından kullanılabilirlik, bireylerin gereksinim duydukları her yerde ve zamanda sağlık hizmetlerine kolay biçimde

ulaşabilmesi ve yeterli şekilde yararlanmasıdır. Hizmeti sunanlar bakımından ise kullanılabilirlik; sağlık kurumlarının personellerinin gereksinim duydukları her tür tıbbi veya diğer donanım ve teğhizata, ilaç vb. gereksinimleri diğer sağlık personellerine kolayca eriştirebilmeleridir.

- *Kalite:* Hizmetlerin bilimsel kurallar ile standartlar çerçevesinde sunulması gibi, bireylerin beklentileri ile de uyumlu şekilde sunulması gereklidir. Sağlık hizmetleri açısından kalitenin üst düzeyde olabilmesi hususunda mesleki yeterlilik, kabul edilebilirlik ve kalitenin hizmetler ile uyumluluğu önem arz etmektedir.
- *Süreklilik:* Sağlık hizmetleri, yalnızca tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Bunun yanında sağlık seviyesinin iyileştirilmesi hususunda kişinin ve toplumun sağlık durumlarının sürekli olarak takip altında tutulması ve gerekli önemlerin alınması gereklilik arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinde süreklilik, sağlık hizmetlerinin bütünleşmesi ile elde edilebilmektedir. Sağlık hizmetleri açısından süreklilik, bireye odaklanmış bakım, koordine edici birimler (aile hekimleri gibi) ve koordine edilmiş hizmetler aracılığıyla sağlanabilmektedir.
- *Verimlilik:* Sağlık hizmetlerine tahsis edilmiş olan kaynaklardan akılcı biçimde faydalanılmasıdır. Sağlık hizmetlerinin verimlilik prensibi vasıtasıyla, sağlık hizmetlerinde maliyetlerin minimize edilmesiyle beraber, kişilerin hizmetten yararlanma olanakları artırılabilir. Adil biçimde gerçekleştirilen finansman, yeterli cretlendirme politikası ve etkin bir yönetim oluşturarak, kaynaklardan etkili şekilde faydalanarak, sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmayı artırarak kaliteli hizmetin oluşmasına yardımcı olmaktadır.

2.2.3 Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri temel olarak koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirici sağlık hizmetleri şeklinde dört grup altında incelenmektedir (Somunoğlu 2012:11).

2.2.3.1 Koruyucu sağlık hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri; hastalık ortaya çıkmadan evvel alınmakta olan her tür nlem ve mücadeleyi kapsamaktadır (Avcı ve Teyyare 2012:204). Sağlık şartlarının

geliştirilmesi, sağlığı bozucu unsurların yok edilmesini içeren ve toplumun bütününe ilişkin olan koruyucu sağlık hizmetleri, devlet tarafından karşılıksız şekilde yerine getirilmektedir (Orhaner 2006:4).

Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye yönelik hizmetler ile kişiye yönelik hizmetler şeklinde ikiye ayrılmaktadır (Ateş 2012:10-11; Kavuncubaşı ve Kısa 2009:28):

- *Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:* Bu sağlık hizmetlerinin amacı, çevrede sağlığı negatif şekilde etkilemekte olan biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörleri yok etmek ya da bu faktörlerin negatif etkilerini engellemek suretiyle çevreyi pozitif bir duruma getirmektir. Bu hizmetler, bu konuda özel eğitim görmüş olan mühendis, kimyager, veteriner, biyolog, çevre sağlık teknisyeni vb. meslek mensupları tarafınca sağlanmaktadır. Su kaynaklarının ve katı atıkların denetimi, haşereler ile mücadele, besin sanitasyonu, iş sağlığı hizmetleri vb. çevreye yönelik sağlık hizmetleri kapsamı içerisinde bulunmaktadır.
- *Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:* Bu sağlık hizmetleri; hekim, hemşire vb. sağlık hizmetleri sunumunda görev alan bireyler tarafından yürütülen ve doğrudan şekilde bireylere götürülmekte olan hizmetlerden oluşmaktadır. Bağışıklama, hastalıkların erken teşhis ve tedavisi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, ilaçla korunma, hijyen, sağlık eğitimi hizmetleri vb. kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında içerisinde yer almaktadır.

2.2.3.2 Tedavi edici sağlık hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık durumunda bozulma olan kişilerin, eski sağlıklarına kavuşmalarının sağlanması hususunda sunulmakta olan sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. Bu sağlık hizmetleri, temel olarak hekim sorumluluğu altında, diğer ilgili sağlık personelinin katılımıyla yürütülmektedir (Kavuncubaşı ve Kısa 2009:32). Tedavi edici sağlık hizmetleri, kişilerin hastalanmalarıyla beraber çeşitli tetkik, muayene ve tedavi süreçlerini kapsayan hizmetler bütünüdür (Çelikay ve Gümüş 2010:185).

Hastalığın belirtileri, kaza ya da yaralanma gibi durumların ortaya çıkmasının ardından bunların giderilmesi ile ölümlerin gerçekleşmesini önlemek amacıyla hekimler ve diğer ilgili sağlık çalışanları tarafınca gerekli teknolojilerden

faydalanarak verilen bütün sağlık hizmetleri olarak belirtilmektedir (Ateş 2012:12). Tedavi edici sağlık hizmetlerini koruyucu sağlık hizmetlerinden ayırt etmeye yarayan en temel özellik, bu hizmetlerin bireyleri direkt olarak ilgilendiriyor olmasıdır (Öztek 2001:194).

Tedavi edici sağlık hizmeti sunan kurumlar, ayakta tedavi hizmeti veren kurumlar ile yataklı tedavi hizmeti veren kurumlar şeklinde iki kategoriye ayrılmaktadır (Kavuncubaşı ve Kısa 2009:32). Tedavi edici sağlık hizmetleri, sunulmakta olan hizmetin kapsamı ile hizmet yoğunluğu kriterleri esas alınmak suretiyle; birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde de sınıflandırılmaktadır. Bu hizmetler şu şekildedir (Ateş 2012:12; Kavuncubaşı ve Kısa 2009:32):

- Birinci basamak tedavi hizmetleri, çoğunlukla ayakta ve günübirlik tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır. Sağlığı bozulan bireylerin ilk başvurmakta oldukları sağlık kurumları tarafından sunulan hizmetler bu kapsamda yer almaktadır.
- İkinci basamak tedavi hizmetleri, birinci basamakta yer alan sağlık kuruluşları tarafından teşhis ve tedavisi gerçekleştirilemeyen hastaların yatırılarak tedavi edilmesi amacıyla düzenlenmiş olan sağlık hizmetlerden meydana gelmektedir. Devlet hastaneleri ile özel hastaneler, ikinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara örnek teşkil etmektedir.
- Üçüncü basamak tedavi hizmetleri, üniversite hastanesi gibi eğitim hastanelerince verilmekte olan, yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır.

2.2.3.3 Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri

Herhangi bir hastalık, yaralanma, sakatlık gibi durumlar ile karşı karşıya kalan insanlarda bazen tam olarak iyileşmeler mümkün olamamaktadır. Böyle durumlarda kişilerin yeniden bedensel ve zihinsel biçimde her işlerini kendileri gerçekleştirilebilir duruma getirilmeleri gereklidir. Bu sebeple, rehabilitasyon hizmetlerine ihtiyaç duyulmaktadır (Ateş 2012:12-13).

Rehabilitasyon hizmetleri, herhangi bir kaza, yaralanma ya da hastalığa maruz kalınmasının ardından kişilerin yitirmiş oldukları fiziksel veya zihinsel yetilerinin

yeniden kazandırılabilmesi hususunda verilmekte olan sağlık hizmetleridir (Kavuncubaşı 2001:34).

Rehabilite edici hizmetler, kişilerin yeniden toplumdaki eski durumlarına geri döndürülmeleri, iktisadi ve sosyokültürel açılardan desteklenmeleri hususunda hayati öneme sahiptir. Rehabilitasyon hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon şeklinde iki gruba ayrılarak incelenmektedir (Somunoğlu 2012:12):

- *Tıbbi Rehabilitasyon:* Bedende engellilik halinin devam ettiği hastalarda, bu engellilik durumunu azaltıcı sağlık hizmetlerine verilen isimdir. İşitme cihazları, protez gibi cihazlar tıbbi rehabilitasyon hizmetleri kapsamındadır. Bu hizmetler vasıtasıyla, kişinin önceki sağlıklı durumuna geri döndürülmesi hususunda önemli bir aşama kaydedilmektedir.
- *Sosyal Rehabilitasyon:* Engellilik durumu bulunan kişilerin tekrardan topluma kazandırılmasını amaçlayan sağlık hizmetlerine verilen isimdir. Eski işinde yeniden çalışamayacak durumdaki kişilere yönelik yeni iş bulma ve bu işi öğretme, destekleme gibi durumları kapsamaktadır. Engelli çocuklara hizmet vermek üzere açılan merkezler, bu çerçevede değerlendirilebilmektedir.

2.2.3.4 Sağlığı geliştirici sağlık hizmetleri

Sağlığı geliştirici hizmetler, sağlıklı durumdaki kişilerin sağlık durumlarının daha iyi hale getirilmesi hususunda sunulmakta olan ve temel sorumluluğun bireylerde bulunduğu sağlık hizmeti türüdür. Sağlığı geliştirici hizmetlerin amacı, hayat kalitesi ve süresinde pozitif değişimler gerçekleştirmektir (Ataklı ve Dikmetaş 2001:147). Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, yalnızca sağlık kuruluşlarının sorumluluğu altında olmayıp, bununla birlikte ulusal ve uluslararası bütün özel ve kamu kurum ve kuruluşlarının da bu konu çerçevesinde görevleri vardır (Kavuncubaşı ve Kısa 2009:36-37).

Günümüzde çoğu hastalık, kişilerin yaşam biçimi ile alışkanlıkları sebebiyle ortaya çıkmaktadır. Kişilerin sahip oldukları yaşam biçimlerini geliştirmek suretiyle sağlık durumlarını çok daha üst düzeylere çıkarabilme olanakları bulunmaktadır. Spor yapmak, sağlığı bozucu rafine gıdaları tüketmemek, sigara ve alkol kullanımından uzak durmak, bireysel hijyen sağlamak bireylerin sağlık düzeylerinin üst düzeye yükselmesi hususunda yardımcı olabilecektir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat 2012:49).

Sağlığın geliştirilmesi hususunda verilmekte olan hizmetler, bireylerin genel sağlık durumlarının iyileştirilmesi ile ilgili sağlık hizmeti sunumunu kapsamaktadır. Örnek olarak, kilolu kişilerin belirli bir sağlık problemiyle karşılaşmalar dahi, zayıflamaları hususunda verilen diyetisyenlik hizmetleri veya deprem tecrübesi yaşamış kişilere yönelik verilmekte olan psikolojik destek hizmetleri, bu çerçevede değerlendirilmektedir (Kavuncubaşı 2001:35).



3. SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI

Bu bölümde öncelikle pazarlama kavramından bahsedilmekte, ardından sağlık hizmetleri pazarlaması kavramına değinilmektedir. Bu doğrultuda, sağlık hizmetleri pazarlamasının amacı ve önemi, gelişimi, özellikleri, sağlık hizmetlerinde pazarlama stratejisi geliştirme ve pazarlama karması, sağlık hizmetleri pazarlamasında karşılaşılan güçlükler ve sağlık hizmetleri pazarlamasında satın alma karar süreci konuları ele alınmaktadır.

3.1 Pazarlama Kavramı

Pazarlama, günümüz dünyası ile çağdaş yaşamın ayrılmaz bir parçası durumunda olup, işletmelerin şiddeti giderek artmakta olan rekabet ortamı içerisinde ayakta durabilmesi ve gerekli çevresel uyumlulukları sağlayabilmesi hususunda doğru stratejiler bağlamında yapılandırmaları gerekli olan önemli bir sistemdir (Coşkun 2010:5).

Kotler (2000:1-2) pazarlama kavramının, insani ve toplumsal gereksinimlerin tespit edilmesi ve karşılanmasıyla ilgilendiğini belirtmektedir. Kotler'e (2000) göre pazarlamanın temel amacı, tüketicileri iyi bir şekilde tanımak ve anlamaktır. Spalton'a (2015:11) göre pazarlama, reklam ve halkla ilişkilerden çok daha fazlası olup, potansiyel müşterilerle başlayan ve karla biten bir iş yapış biçimi, bir kültür niteliğindedir.

Grönroos (2010:267) pazarlama aktivitelerinin yalnızca yeni müşteriler elde etmeyi amaçlayan bir faaliyetler bütünü şeklinde değerlendirilmemesi gerektiğini, bu aktivitelerin aynı zamanda ve çoğunlukla müşteriler ile olan ilişkileri daha fazla geliştirmek ve müşterileri elde tutmak üzere gerçekleştirilen aktiviteler şeklinde ele alınması gerekliliğini belirtmektedir. Eser ve Korkmaz (2011:9) pazarlamanın, bireylerin gereksinimlerini karşılamak üzere taraflar arasında mübadele sağlanması anlamına geldiğini ve pazarlamanın temel işlevinin, insani ve toplumsal gereksinimlerin belirlenip karşılanması ile ilintili olduğunu ifade etmektedir.

Torlak, Özmen, Uzkurt, Özdemir ve Altunışık (2013:7) pazarlamayı, bireysel ve örgütsel hedeflere erişmeyi sağlayacak mübadeleleri gerçekleştirmek için ürün, hizmet ve fikirlerin geliştirilmesi, fiyatlandırılması, tutundurulması ve dağıtılması ile ilgili planlama ve uygulama süreci şeklinde ifade etmektedir. Karaçor ve Arkan'a (2014:92-93) göre pazarlama, bir yandan tüketicileri bilgilendiren, diğer yandan ise tüketicilerin arzu ve gereksinimlerini saptayarak işletmelerin üretim ve yatırımlarını yönlendirmekte olan faaliyetler bütünü şeklinde tanımlanmaktadır.

Dinçer ve Fidan (2013:199) pazarlama kavramını, işletmenin amaçlarını gerçekleştirmek, mevcut ve potansiyel müşterilerin arzu ve gereksinimlerini tatmin etmek üzere ürün ve hizmetlerin üreticiden müşterilere ya da kullanıcılara yönlendirilmesini sağlayan örgütsel aktivitelerinin bütünü şeklinde belirtmektedir. Tek ve Özgül (2008:3) pazarlama kavramını; modern pazarlama ya da alışveriş veya ticaret, bütün işletmeciliğe ilişkin işlevleri devreye sokarak, hedef alınan veya alışveriş ilişkisi kurulmak istenen birey ve/veya toplulukların maddi ve/veya manevi arzu ve ihtiyaçlarını araştırıp, saptayıp/anlayıp, benimseyip o birey ve/veya toplulukları rakiplerden daha etkin biçimde tatmin ve mutlu edecek ve onlar için önemli ve gerçek değer taşımakta olan pazarlama karması hazırlayarak, hedef alınmayan kitleleri gücendirmeden, sosyal ve etik değerleri ihmal etmeden, karşılığında işletme için maddi ve/veya manevi tatmin ve değerler sağlamak şeklinde betimlemektedir.

3.2 Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Kavramı

Sağlık hizmetleri pazarlaması, kazanç elde etmek ve verilen hizmetlerin kalitesini iyileştirmek üzere sosyal hizmetlerin rekabetini savunmakta olan neo-klasik iktisatçılar tarafınca uluslararası hareketin bir parçası olarak 20. yüzyılın son döneminde bir kavram şeklinde ortaya çıkmıştır (Light 2002:6523).

Sağlık hizmetlerinde pazarlama, 1970'lerde ortaya atılmış olan yeni bir kavram niteliğindedir. Günümüze değin sağlık hizmetlerine ilişkin gerçekleştirilmiş olan çalışmalarda, pazarlama biliminin sağlık hizmetlerinde uygulanabilirliği üzerinde durmuş oldukları görülmektedir (Ekiyor 2009:173).

Sağlık hizmetlerinin üretilmekte olduğu irili ufaklı özel sağlık kuruluşu sayısında görülen hızlı artış ve yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunma yaklaşımının bütün sağlık

kuruluşları tarafından benimsenmiş olması, bu kuruluşlarda performans kaygısına sebebiyet verirken, kamu sağlık kuruluşlarında dahi rekabet artmış ve pazarlama konusu, sağlık sektörü içerisinde oldukça önemli bir konuma gelmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri pazarlaması, sağlık hizmetlerinden faydalananların gereksinimlerinin tespit edilmesi, verilen sağlık hizmetlerinin bu gereksinimlerle uyumlu duruma getirilmesi ve hastaları bu hizmetleri kullanmaya yöneltmek şeklinde ifade edilebilmektedir (Robinson, Whittington and Cooper 1979:39'dan akt. Öz ve Uyar 2014:124).

Sağlık hizmetlerinde pazarlama kavramı, kırk yılı aşkın zamandır kullanılıyor olmasına karşın, Türkiye'de sağlık hizmeti sunumu yapan işletmelerde ise özellikle 2000'li yıllarla birlikte kullanılmaya başlamıştır. Ancak pazarlama kavramı, birçok kamu sağlık kurumunun yöneticileri ve çalışanları tarafından genellikle yanlış anlaşılmakta ve pazarlama konusuna gerekli olan önem verilmemektedir. Bu durum ise, pazarlamanın temel olarak satış, reklam ve promosyon şeklinde tanımlanmasından kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmeti sunumu yapan işletmelerin talep fazlalığı, gelir ve giderlerin ciddi bir bölümünün devlet tarafınca karşılanması sebepleriyle sağlık işletmeleri pazarlamadan kaçma eğiliminde bulunmaktadır (Kurtulmuş 1998:72).

Sağlık işletmelerinde pazarlama süreci üç safhada açıklanabilmektedir. İlk safhada sağlık işletmesinin hizmet vereceği tüketicilerin içerisinde bulunduğu hedef pazarın, bu hedef pazarın istekleri ile taleplerinin tespit edilmesi yer almaktadır. Bunların tespit edilmesinin ardından ikinci safhada hedef pazarın gereksinimlerini karşılamak üzere ilgili hizmet veya ürünün değişiminde yardımcı olacak hizmet karması değerlendirilmekte ve belirlenmektedir. Üçüncü safhada ise hizmet veya ürünün değişiminde yardımcı olacak aktiviteler belirlenmektedir (Cengiz 2014:4).

3.2.1 Sağlık hizmetleri pazarlamasının amacı ve önemi

Sağlık hizmetleri veren işletmelerde pazarlamanın amacı; hedef pazarın tatmin seviyesinin geliştirilmesi ve tüketicilerin beklentilerini karşılamakta olan daha nitelikli hizmetlerin sunulması suretiyle işletme amaçlarına ulaşılmasıdır. Bunun yanında, pazarlama faaliyetlerinin bu hedefi yerine getirebilmesi, diğer sektörlerde olduğu gibi, sağlık sektöründe de rekabetin artmasına paralel şekilde ortaya çıkmaktadır (Karafakioğlu 1998:64).

Sağlık hizmetleri bakımından pazarlama oldukça yeni bir kavram olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinde pazarlama faaliyetlerinde bulunanların temel pazarlama görevlerini Kennett, Henson, Crow ve Hartman (2005:417) şu şekilde belirtmektedir:

- İş ortamını yönetmelikler, teknolojik, demografik ve toplumsal açılardan taramak,
- Rekabetçi pazarların temellerini idrak etmek,
- Tüketici karar alma sürecini, bu sürecin etkilerini ve diğer alıcıların davranışlarını anlamak,
- Tüketici türleri çerçevesinde farklı pazar bölümleri oluşturarak, bu farklı pazar bölümlerini hedefleyen farklı ürünler/hizmetler meydana getirmek,
- Hangi ürün ve hizmetlerin tüketicilere sunulacağı ile bu ürün ve hizmetlerin ne şekilde yapılandırılacağına ilişkin karar vermek,
- Ürün ve hizmetlerin fiyatlarını saptayıp, üçüncü parti ödeyenlerle müzakerede bulunmak,
- Mevcut ve potansiyel müşterilerle iletişim kurmak,
- Ürün ve hizmetlerin sunumunu kolaylaştırmak üzere çeşitli diğer kurumlarla ilişkiler geliştirmek.

3.2.2 Sağlık hizmetleri pazarlamasının gelişimi

Sağlık hizmetleri pazarlamasının gelişiminin, üretim işletmeleri tarafından gerçekleştirilen ürün pazarlaması gelişimi gibi temel olarak üç safhadan meydana geldiği öne sürülmektedir. Buna göre; pazarlamanın temel gelişim safhaları olan üretim, satış ve pazarlama safhaları bakımından üretim işletmelerinin ve sağlık işletmelerinin odak noktaları Çizelge 3.1’de gösterilmektedir.

Çizelge 3.1: Üretim İşletmeleri ve Sağlık İşletmelerinde Pazarlamanın Evrimi

Dönem	Üretim İşletmesi Odak Noktası	Sağlık İşletmeleri Odak Noktası
Üretim	Ürün kalitesi üzerine odaklanma	Klinik kalite üzerine odaklanma
Satış	Satış hacmini artırma	Yatakların doluluk oranını artırma
Pazarlama	Gereksinme ve isteklerin tatmini	Sağlık gereksinimini tespit etme ve karşılama

Kaynak: Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2012). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 266.

1975 öncesinde ABD’de Amerikan Tıp Birliği tarafından belirlenmiş olan tıbbi etik kodları çerçevesinde sağlık hizmetleri hususunda reklam kullanımı yasak edilmiştir. Lakin ABD Yüksek Mahkemesi tarafınca antitröst yasasının kabul edilmesinin ardından Amerikan Tıp Birliği bahsi geçen etik kodları tekrar gözden geçirerek reklam yasaklarının bir bölümünü kaldırmıştır. 1982’den itibaren Amerikan Tıp Birliği ve Federal Ticaret Komisyonu tarafından gerçekteştirilen çalışmalar neticesinde geri kalan yasaklar ve sınırlamaların da büyük çoğunluğu kaldırılmıştır (Tengilimoğlu vd. 2012:266).

Ülkemizde ise 28 Mayıs 2004 tarihinde yayımlanmış olan 25475 sayılı Özel Hastaneler Yönetmeliği’nin 60. maddesine göre; özel hastanelerin sağlığı koruyucu ve geliştirici maksatlı bilgilendirme ve tanıtım yapabilecekleri ifade edilmiştir. Bununla birlikte, bu bilgilendirme ve tanıtımlar çerçevesinde talep oluşturmaya sebebiyet verecek açıklamaların gerçekteştirilmemesi, yanıltıcı ve yanlış bilgilere yer verilmemesi gerekliliğinden bahsedilmiştir. Özel hastaneler, toplumu bilgilendirmek maksadıyla hizmet verdikleri alanlar, açılış bilgileri vb. konularda tanıtım yapabilmektedirler (Ebedi 2014:17).

Sağlık hizmetlerinde pazarlama anlayışının gelişmesi ve yaygın şekilde kullanılmasına sebebiyet veren temel gelişmeler şu şekilde ifade edilmektedir (Temel ve Akıncı 2013:19; Odabaşı ve Oyman 2009:30-31):

- Artan maliyetlerin baskısı,
- Sağlık hizmeti tüketicilerinin gereksinimlerinin artmakta olduğu varsayımının benimsenmesi,
- Özel sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik anlamında artması,
- Atıl kapasitede çalışmanın kayıp biçiminde değerlendirilmesi,
- Hizmetlerin taklit edilmesi,
- Personelin profesyonellik konusundaki anlayışlarının gelişmesi,
- Değişen hasta-hekim ilişkilerinin seviyesi,
- Hastalığın engellenmesine ilişkin artan bilgi,
- Sağlık hizmeti sunanlara karşı artış gösteren tüketici tatminsizliği,
- Sağlık hizmetlerinin işletmecilik anlayışı ile sunulmasının gereği.

3.2.3 Sağlık hizmetleri pazarlamasının özellikleri

Sağlık hizmetlerinin pazarlanmasının, sağlık sektörünün kendine has yapısı ve sağlık konusunun insanlar açısından hassas bir konu olması nedeniyle birtakım kendine özgü özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikleri (Karaçor ve Arkan 2014:95) şu şekilde ifade etmektedir:

- Sağlık hizmeti tüketicilerinin gözünde hizmetten ziyade hizmeti sunan kişiler önem kazandığından, sağlık hizmetleri pazarlama karması elemanları arasında kişiler (*people*) elemanının önemliliği artmaktadır.
- Pazara giriş yapmak üzere kamu otoritelerinden izin alınması, denetimlere uyulması, belirli şekilsel koşulların gerçekleştirilmesi gibi çeşitli ciddi kısıtlar bulunmaktadır.
- Piyasada arz ve talep eşitsizliği bulunmaktadır. Arz belli ve sabitken, talep ise değişken durumdadır ve belli olamamaktadır.
- Tüketiciler, talep edecekleri hizmete ilişkin bilgi sahibi değildirler. Bu sebeple, tüketiciler hizmet seçiminde serbest irade gösterememekte, hizmet seçimi tüketiciler adına başkaları (hekimler vb.) tarafınca yapılmaktadır.
- Sağlık konusunun zorunlu bir gereksinim olmasından dolayı, fiyat tüketiciler tarafından çok fazla dikkate alınmamaktadır.
- Hizmetin fiyatlandırılması hususunda, ödeme kuruluşlarının taraf olmakta, müdahalede bulunmaktadır.
- Sağlık hizmetleri konusunda yapılacak harcamalar önceden bilinmemektedir.
- Tüketici tarafının pazarlık gücü bulunmamaktadır.
- Sunulan hizmetin kalitesi ve elde edilecek doyumun önceden tespit edilmesi oldukça zordur.

Sağlık hizmetlerinin pazarlamasında, pazarlamanın diğer uygulama alanlarına kıyasla birtakım bazı farklılıklar söz konusu durumdadır. Bu farklı özellikleri Odabaşı ve Oyman (2009:33-34) şu şekilde belirtmektedir:

- Sağlık sektöründe değişim ilişkisi genel olarak hükümet ve kanun yapıcılar tarafınca belirlenmektedir. Yeni bir düzenlemeyle beraber, karlı durumdaki bir işletme bir anda kar edemez duruma gelebilmektedir.

- Sağlık sektöründe sunulan hizmetler iyi eğitimli, kalifiye uzman kişilerce verilmektedir. Bu doğrultuda hekimler, hemşireler, hasta bakıcılar ve yöneticiler hep beraber en iyi ve etkin hizmeti vermeye çalışmaktadır. Bu sebeple tüketici gözünde sağlık hizmetini sunanlar daha fazla önem kazanırken, sağlık hizmetleri pazarlama karması elemanlarından insanlar elemanı oldukça önemli bir duruma gelmektedir.
- Sağlık hizmetleri pazarlaması açısından, sunulan hizmetin kalitesinin kesin ve net bir biçimde ölçülmesi oldukça zordur. Hastaya verilmiş olan ilacın etkisinin tam olarak ne olduğu, anesteziye faydalanılan yöntemin ne şekilde neticelere yol açtığı veya ameliyat sonrası bakım hizmetlerinin kalitesi hususunda kesin ölçme ve denetlemeler gerçekleştirmek son derece güçtür.
- Sağlık hizmetleri sektörü, tüketicilerin söz sahibi olmadığı bir satıcılar pazarı niteliğine bürünebilmektedir. Tüketiciler tarafından hizmet talep edilse dahi, hangi hizmetlerin satın alınacağı konusuna sağlık işletmeleri ve hekimler karar vermektedir. Bu sebeple, hekim ile hasta ilişkisi karşılıklı bir güven ve inanca dayanmaktadır.
- Sağlık sektöründe ürün/hizmetlerin dağıtımında; ürün/hizmetin tüketicilere ne şekilde eriştirileceği saptanmaya çalışılırken, sağlık hizmetlerinin dağıtımında tüketicilerin sunulan hizmete ne şekilde eriştirileceği hususu önem kazanmaktadır.

3.2.4 Sağlık hizmetlerinde pazarlama stratejisi geliştirme

Sağlık hizmetleri pazarlamasında başarı, sağlık işletmeleriyle sağlık hizmeti alıcılarının doğrudan ilişkisine bağlı durumdadır. Bu bağlamda müşteri faktörü sağlık işletmeleri bakımından önem kazanmaktadır. Bu sebeple sağlık hizmetleri sunan işletmelerin müşterilerini iyi tanımaları, müşteri türlerini tanımlamaları, seçecekleri müşteri türlerine göre hizmetler geliştirmeleri önemlidir. Sağlık işletmelerinin hedefledikleri satış performansına ulaşabilmeleri hususunda hazırladıkları materyallerin etkin biçimde kullanılmasından doğru müşteri seçimine, bu seçimlerin net biçimde analiz edilmesine, müşterilere verilen mesajların doğru şekilde iletilmesine değin pek çok konuda başarı elde edilmesi ancak eğitimli, kalifiye ve yetişmiş personeller ile mümkün olmaktadır (Çatalca 2003:25).

Sağlık işletmeleri tarafından pazarlama stratejileri geliştirilme sürecinde çeşitli adımlar takip edilmektedir. Tengilimoğlu vd. (2012:266) sağlık hizmetlerinde pazarlama stratejisi geliştirme safhalarını şu şekilde ifade etmektedir:

- Birinci safhada, durum analizi yapılmaktadır. Bu analiz çerçevesinde iç çevre, dış çevre ve müşteri çevresi analizleri gerçekleştirilmektedir.
- İkinci safhada, yeni fırsatların neler olabileceği ya da dış çevredeki negatif gelişmelerin sağlık işletmesini ne şekilde tehdit edeceği tespit edilmektedir. Bununla birlikte, sağlık işletmesinin güçlü ve zayıf yanlarının nelerden oluştuğu açık şekilde ortaya konulmaktadır.
- Üçüncü safhada, sağlık işletmesinin misyonu ve vizyonu ile temel amaç ve hedefleri belirlenmektedir.
- Dördüncü safhada, pazar bölümlendirmesi gerçekleştirilmektedir. Sonrasında hedef pazarlar belirlenmekte, pazarlama karması elemanları geliştirilmektedir. Ardından uygulama planları geliştirilmekte ve hangi uygulamaların ne zaman başlayıp ne zaman sonlandırılacağı belirlenmektedir. Bu uygulamaların yürütülmesi hususunda gerekli olan harcamalar bütçeler dâhilinde gösterilmektedir.
- Beşinci safhada, önceden belirlenmiş olan hedeflere erişilip erişilmediği sağlık işletmeleri yönetimi tarafınca gözden geçirilmekte ve uygulanan pazarlama stratejisinin denetimi gerçekleştirilmektedir.

3.2.5 Sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanları

Pazarlama sürecindeki pazarlama eylemleri, büyük ölçüde, seçilen hedef pazarın niteliklerine cevap verebilecek en uygun optimum pazarlama bileşeninin tasarlanması ve oluşturulması üzerinde yoğunlaşır. Bu anlamda pazarlama yönetiminin temel görevi, hedef pazarın isteklerine en uygun nitelikteki ürünü, en uygun fiyat, dağıtım kanalı ve satış çabasıyla söz konusu pazara sunabilmektir. Dolayısıyla pazarlama çabalarının en önemli unsurlarından biri, hedef alınan pazardaki tüketicilerin ihtiyaçlarını tatmin etmeye yönelik pazarlama elemanlarını oluşturmak ve uygulamaya koymaktır (Odabaşı ve Barış 2012:73).

İlk kez James Culliton tarafından ifade edilmiş olan pazarlama karması kavramı, Neil Borden tarafından 1964'te yayımlanan "The Concept of Marketing Mix" isimli makale ile literatüre kazandırılmıştır. Kavramın bir pazarlama modeli şeklinde

kavramsallaştırılması ise, Jerome McCarthy tarafınca gerçekleştirilmiştir. McCarthy pazarlama karmasını “4P” şeklinde isimlendirirken, temel olarak ürün (*product*), fiyat (*price*), tutundurma (*promotion*) ve dağıtım (*place*) unsurlarından meydana gelmekte olduğunu belirtmiştir (Sümer ve Eser 2006:167).

Pazarlama karmasını meydana getiren ve 4P şeklinde isimlendirilen unsurlar, işletmelerin pazarlama planları kapsamında bulunan amaç ve hedeflere erişilmesini sağlayıcı stratejik kaynaklar niteliğindedir. Bahsi geçen bu dört unsura, özellikle hizmet pazarlaması çerçevesinde fiziksel ortam (*physical evidence*), insanlar (*people*) ve süreç yönetimi (*process*) şeklinde üç unsur daha eklenerek 7P oluşturulmuştur (Akdoğan 2011:73). Bu bağlamda sağlık hizmetleri pazarlama karması unsurları da ürün, fiyat, dağıtım, tutundurma, insanlar, fiziksel ortam ve süreç yönetimi şeklinde incelenmektedir.

3.2.5.1 Ürün

Pazarlama açısından ürün, temel olarak işletmeler tarafınca sunulmakta olan ve insanların ihtiyaçlarını karşılamaya yarayan mal, hizmet ve fikirlerden meydana gelmektedir. Sağlık hizmetleri pazarlaması bakımından ise ürün, fiziksel şekilde ölçülemeyen ve standartları olmayan bir mal niteliğindedir. Fiziksel ürün pazarlamasında müşteriler ürün ve ürünün tüketimi hususunda kontrole sahipken; sağlık hizmetlerinde ise hastalar, kendilerini hizmet verenlerin eline teslim etmekte ve ona güvenmek durumundadır (Tengilimoğlu 2000:192).

Sağlık hizmetleri pazarlamasında esas ürünü teşkil eden sağlık hizmetlerine ilişkin bütün kararlar, diğer pazarlama karması unsurlarına yönelik kararlar için temel oluşturmaktadır. Bir sağlık işletmesi birinci, ikinci ve üçüncü kademe sağlık hizmetlerinin tamamını sunabileceği gibi, bunlardan sadece birinde de uzmanlaşabilmektedir (Karafakioğlu 1998:56).

Sağlık hizmetleri fiziksel açıdan ölçülebilme imkânına sahip olmadığından, bu hizmetler kapsamında ortaya çıkan ürünün tanımlanması da zor olmaktadır. Bu doğrultuda bazı uzmanlar sağlık ürününü herhangi bir hastalığın ya da tıbbi dengesizliğin engellenmesi, kontrol edilmesi ya da yönetilmesine yönelik hizmetler şeklinde kabul etmektedir (Bıçakçı 1995:50).

Sağlık hizmetleri bakımından ürün; tıbbi araç ve gereçler ile ilaç gibi fiziki açıdan somut durumdaki varlıklar yanında belli metotlar vasıtasıyla ölçülemez durumdaki

soyut özellikleri içermekte olan ürünler şeklinde ifade edilebilmektedir. Bu soyut niteliğe sahip ürünler, “*check-up*” hizmetleri, sağlığın korunması ve geliştirilmesine ilişkin hizmetlerden başlayarak teşhis, tedavi ve iyileştirme hizmetlerini kapsayacak şekilde geniş bir hizmet alanından meydana gelmektedir.

3.2.5.2 Fiyat

Fiyat, satıcının satmaya razı olduğu değer veya alıcının bir ürün veya hizmete sahip olabilmesi hususunda katlanması gerekli olan maliyet şeklinde belirtilmektedir. Pazarlama karmasında yer alan diğer unsurlar birer maliyet veya gider ifade etmekteyken, fiyat unsuru ise işletmeler için gelir anlamını taşımaktadır (Tek 1991:301). Fiyatlandırma ise, özellikle kar amacı güden işletmeler bakımından üzerinde dikkatli şekilde durulması gerekli olan, işletmelerin pazar payına ve rekabetine direkt olarak etki edebilecek bir unsurdur (Tekin 2009:112).

Sağlık hizmetleri sunan işletmelerde fiyat unsuruna diğer işletmelerde olduğu gibi yaklaşılmamaktadır. Sağlık hizmetlerinde fiyatın, yeterli sayıda hasta çekecek, maliyetleri karşılayacak ve erişilmesi istenen amaçları gerçekleştirecek seviyede tayin edilmesi gereklidir. Sağlık sektöründe fiyatlandırma hususunda tam anlamıyla bir özgürlük olmasa dahi, belirlenmiş olan sınırlar dâhilinde yine de fiyatlandırma, bilgi ve deneyim gerektirmekte olan kritik bir karar olma özelliğini korumaktadır (Karafakioğlu 1198:57).

Sağlık sektörünün de içerisinde yer aldığı hizmet sektöründe fiyatlandırma politikaları üç biçimde ele alınabilmektedir. Bunlar; maliyete dayalı fiyatlandırma, rekabete dayalı fiyatlandırma ve talebe dayalı fiyatlandırma şeklindedir (Akça 2007:16).

Sağlık sektöründeki karmaşık yapı ve hizmet çeşitliliği, fiyatlandırmaya yönelik uygulamaları zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte devlet tarafınca düzenlenmekte olan fiyatların sosyal ve politik hedefler hususunda kullanılmakta olduğu da görülmektedir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinden daha geniş kitlelerin faydalanmaları hususunda kamu tarafından verilen sağlık hizmetlerinin fiyatlarının düşük tutulabildiği, hatta sağlık hizmetlerinden faydalanma hususunda herhangi bir ücret alınmadığı görülebilmektedir (Odabaşı 1994:68).

3.2.5.3 Dağıtım

Pazarlama karmasının dağıtım unsuru, sağlık hizmetleri açısından bu hizmetlerin etkili şekilde hedef kitleye eriştirilmesi hedefinin gerçekleştirilmesine ilişkin karar ve uygulamalardan oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin dağıtımı hususunda sağlık işletmesinin bütün görünümü, uzmanlık derecesi, hizmetlere erişmede geçen zaman, tıbbi ve tıbbi olmayan personelin davranış tarzı da dağıtım konusu kapsamında değerlendirilmektedir (Salman ve Uydacı 2011:47).

Sunulan bir hizmet ne kadar mükemmel olursa olsun, müşterilerin istedikleri yerde hizmeti bulamaması durumunda, bu mükemmelliğin bir anlamı kalmamaktadır. Bu sebeple, etkin bir dağıtım sistemi bulunmayan, coğrafi açıdan yanlış şekilde konumlandırılmış bir sağlık işletmesinin başarılı olması düşünülememektedir. Sağlık hizmetleri pazarlaması açısından dağıtım denildiğinde, sağlık hizmetlerinin zaman, mekân ve mülkiyet yararları sağlamak için nerede, ne zaman ve ne şekilde piyasaya sunulacağına ilişkin sorulara verilecek cevaplar akla gelmelidir (İslamoğlu 2000:124).

Sağlık işletmeleri de diğer üretim ve hizmet işletmeleri gibi dağıtım kanallarına egemen olmaya, piyasayı kontrol etmeye çalışmaktadır. Bu doğrultuda dikey ve yatay bütünleşmelere gidebilmektedirler. Dağıtım kanalına üretim ve pazarlama bakımından güçlü olan işletmeler egemen olurken, sistemden de daha fazla pay almaktadırlar. Bu sebeple, sağlık işletmelere geçmişe nazaran pazarlama faaliyetlerine daha fazla önem vermektedirler (Kavuncubaşı 2001:76).

3.2.5.4 Tutundurma

Bir ürün ya da hizmetin, bir kuruluşun, birey veya düşüncenin hedef pazara pozitif şekilde tanıtılıp benimsetilmesi, tutundurma kapsamında değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda hedef pazarda yer alan müşterilerin tanıtılıp benimsetilecek olan ürün, hizmet, kuruluş, birey ve/veya fikir hususunda bilgilendirilmeleri ve pozitif bir yanıt vermeye ikna edilmeleri gerekmektedir. Bu durum ise etkili bir iletişim sistemi gereksinimini ortaya koymaktadır (Mucuk 2010:52).

Tutundurma, bir işletme tarafından üretilen mal ya da hizmetlerin satışını kolaylaştırmak maksadıyla üretici ya da pazarlamacı işletmenin kontrolü altında gerçekleştirilen müşteriye ikna etme amacına ilişkin; bilinçlendirilmiş,

programlanmış, düzenli ve uyumlu aktivitelerden meydana gelen bir iletişim sürecidir (Büyükbaykal 2002:530).

Sağlık hizmetleri pazarlaması açısından tutundurma, sağlık işletmeleri tarafından sunulan hizmetleri potansiyel kullanıcılara iletişim teknikleri vasıtasıyla bildirmek ve sağlanacak faydalara ilişkin onları ikna etmekle ilgilidir. Sağlık hizmetlerinde tutundurma çoğu zaman uygun görülmemekle beraber, tutundurma çalışmaları vasıtasıyla potansiyel müşterilere verilecek olan hizmetlerin varlığını, niteliklerini, ulaşma ve kullanma yollarını aktarmak amaçlanmaktadır. Ürün pazarlamasında önemli rol oynamakta olan kişisel satış ve satış tutundurma çalışmaları sağlık hizmetleri pazarlamasında çok geniş bir uygulama alanı bulmamaktadır, ancak reklam ve halkla ilişkiler faaliyetlerinin sağlık hizmetleri pazarlamasında sınırsız derecede önemli, etkili ve geniş bir uygulama alanı bulunmaktadır (Odabaşı 1994:78).

3.2.5.5 İnsanlar

Hizmetlerin tüketicilere eriştirilmesi sırasında yer alan ve bu şekilde hizmet alıcılarının algılarını etkilemekte olan bütün bireyler (personel, müşteriler ve hizmet çevresindeki diğer müşteriler) hizmet pazarlamasının insanlar veya katılımcılar unsurunu teşkil etmektedir. Tüketiciler, arzu ettikleri hizmetleri satın almadan evvel, öncelikle hizmet personeliyle karşılaşmaktadır. Tüketiciler, bu personelin davranışları ile diğer tüketicilerden etkilenmek suretiyle hizmete ilişkin beklentilerini oluşturmakta ve memnuniyetlerini ortaya koymaktadır (Yükselen 2003:143). Sağlık hizmetleri sunmakta olan işletmelerde hastaların ilk karşılaşmakta oldukları evrak kayıt personeli, hizmetliler ve yakın temas içerisinde oldukları hemşirelerin davranışları bu açıdan önem arz etmektedir.

3.2.5.6 Fiziksel ortam

Tüketiciler bir hizmet işletmesinden hizmet satın alıp almama konusuna ilişkin karar alırken oldukça farklı faktörlerin etkisi altında kalabilmektedir. Bu önemli karara etki eden faktörlerden bir tanesi hizmet işletmesinin fiziksel ortamı olmaktadır. Tüketiciler, hizmet personeliyle olduğu gibi hizmet üretiminde faydalanan teçhizatlar ile de ilgilenmektedir. Arzu edilen hizmetin verilmesinde araç ve gerecin, yerin ve bu yerde bulunan diğer fiziksel varlıkların her birinin rolü bulunmaktadır (Tek ve Özgül 2008:42-43).

Fiziksel ortam, hizmetin sunulmakta olduğu, bunun yanında işletmeyle tüketicinin etkileşim içerisinde bulunduğu çevre ve hizmetin performansını veya iletişimi kolaylaştırıcı somut bileşenlerdir (Salman ve Uydacı 2011:48).

Sağlık hizmetleri pazarlaması bakımından fiziksel ortam, hastaların sağlık işletmesi hususunda yargılarının ortaya çıkmasına sebebiyet evren ilk unsurdur. Bir hasta veya potansiyel müşteri, hekimden evvel sağlık işletmesinin fiziksel ortamıyla karşılaşp, sağlık işletmesini bu ortam çerçevesinde değerlendirmektedir. Müşteri/hasta sağlık hizmetini fiziksel ortam vasıtasıyla değerlendirmekte ve işletmeye yönelik kalite ve tatmin algısı oluşturmaktadır (Karaçor ve Arkan 2014:98).

3.2.5.7 Süreç yönetimi

Hizmet işletmelerinde pazarlama karması unsurlarından bir diğeri süreç yönetimidir. Süreç yönetimi, hizmetin tüketicinin gereksinim hissettiğı anda hazır bulundurulması ile tutarlı kalitede sunulmasını kapsamaktadır (Akkılıç 2002:210). Süreç yönetiminin unsurlarını; hizmetin eriştirilmesini sağlayan prosedürler, mekanizmalar ve aktivitelerin akışı, hizmeti eriştirme ve operasyon sistemleri biçiminde ifade edilmektedir (Korkmaz, Eser, Öztürk ve Işın 2009:525).

Süreç yönetiminin temel hedefi, yeni bilgi ve kaynaklardan faydalanarak veya önceden var olan kaynakları değişik biçimlerde değerlendirmek suretiyle, bir organizasyonun daha etkili, daha verimli, daha uyumlu, daha yüksek kapasitede ve daha kısa bir zamanda etkinlik göstermesini sağlamak şeklindedir (Bozkurt 2003:8-9).

Sağlık hizmetlerinde tıbbi bakımın süreklilik göstermesi, bu hizmetlerin temel özellikleri arasında yer almaktadır. Hastaların gereksinim hissettikleri anda gereken tıbbi müdahalenin gerekli ve yeterli kalitede olması şarttır (Üner 1994:2).

3.2.6 Sağlık işletmelerinde karşılaşılan pazarlama güçlükleri

Rekabete dayanan serbest pazar ekonomisine geçiş ile beraber son yıllarda sağlık sektörü içerisinde köklü birtakım değişimler meydana gelmiştir. Hemen her gün sağlık sektöründe yeni bir özel sağlık işletmesi faaliyete geçmektedir. Bu işletmeler, beş yıldızlı oteller gibi yüksek konfor ve yeni teknolojilere sahip durumdadır. Sağlık sektöründe yaşanan bu değişim, sağlık işletmeleri arasındaki rekabeti artırırken, bu durum ise sağlık işletmelerinin birçok pazarlama çabası içerisinde girmelerine

sebebiyet vermiştir. Lakin sağlık hizmeti işletmelerine her daim kar gütmeyen kurumlar şeklinde bakılıyor olması sebebiyle, sağlık sektöründe pazarlama aktivitelerinin gelişimi konusu da sürekli olarak eleştirilere maruz kalmıştır. Bu eleştiriler genel olarak şu şekilde olmaktadır (Karafakioğlu 1998:18):

- Pazarlama, sağlık sektöründe uygulanamaz.
- Pazarlama, sağlık sektöründe kıt kaynakların boş yere harcanmasına sebebiyet verir.
- Sağlık sektöründe pazarlama saldırgandır.
- Sağlık sektöründe pazarlama yönlendiricidir.
- Sağlık sektöründe pazarlama, kalitenin azalmasına sebebiyet verir.
- Sağlık sektöründe pazarlama, rekabete sebep olur.
- Sağlık sektöründe pazarlama, gereksiz talep yaratır.
- Sağlık sektöründe pazarlama, hastalar arasında ayırım yapılmasına sebebiyet verir.

3.3 Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Satın Alma Karar Süreci

Tüketici satın alma davranışı, bireyin ürünleri ve hizmetleri satın alma ve kullanma hususundaki kararları ve bunlara ilişkin aktiviteleri kapsamaktadır (Bilge ve Göksu 2010:103). Tüketiciler, her türlü satın alımlarında aşağıda detaylı olarak belirtilmiş olan 5 temel satın alma karar sürecinden geçmektedir (Durmaz 2008:85).

3.3.1 Bir ihtiyacın ortaya çıkması

Tüketicinin, mevcut durum ile olmasını arzu ettiği durum arasındaki farklılığı fark ettiği zaman ihtiyacın varlığı ortaya çıkmaktadır (Koç 2008: 298). İhtiyaç, tatmin edildiği takdirde mutluluk ve haz vermekte olan, tatmin edilmediği takdirde ise acı vermekte olan bir olgu niteliğindedir. İhtiyaç, biyolojik açıdan açlık, susuzluk vb. gereksinimler neticesinde ortaya çıkabileceği gibi; reklam, daha iyisine sahip olma vb. dürtüler neticesinde de oluşabilmektedir (Odabaşı ve Barış 2012:349).

İhtiyaçlar, temel olarak iki kaynaktan ortaya çıkabilmektedir. Bu kaynaklardan ilki, tüketicilerin mevcut durumlarında ortaya çıkan değişimler; ikincisi ise, tüketicilerin arzu edilen durumlarında ortaya çıkan değişimlerdir. Bu değişimleri Odabaşı ve Barış (2012:351-354) şu şekilde özetlemektedir:

- *Mevcut durumdaki değişimler:* Stoku bulunan ürünün tüketilmesi, elde bulunan ürünün evsafını kaybetmesi, miat problemi nedeniyle kullanılamaması, finansal gerileme vb.
- *Arzulanan durumdaki değişimler:* Finansal durumun farklılaşması, yeni şartlar çerçevesinde gereksinimlerin değişmesi, yeni şartlarla beraber yeni arzuların oluşması, yeni ürün ve hizmet olanaklarının yakalanması vb.

Sağlık hizmetleri gereksinimi, bir uyaran vasıtasıyla ortaya çıkmaktadır. Ani şekilde başlayan ağrılar, cerrahi bir operasyon ile neticelenebilecek bir sağlık gereksiniminin ortaya çıkmasına sebebiyet verebilmektedir. Akut astım atakları yaşayan hastalar, kriz durumundan çıkabilmek üzere acil sağlık hizmetine gereksinim duyabilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde yer alan aşıyla bağışıklama, bireylerin hastalıklara karşı dirençli olması hususunda gerekli olan bir gereksinimdir (Gökmen 2014:55).

3.3.2 Bilgileri ve seçenekleri arama

Sorunun tespit edilmesinin ardından, tüketicinin problemi hususunda çözüm getirebilecek alternatifler ile bu alternatiflere ilişkin bilgileri elde etmeye çalışmaktadır. Bir ihtiyaç hisseden tüketici, satın alacağı ürün ya da hizmete ilişkin bilgi toplamaya başlamaktadır (Akalın ve Dilek 2007:40).

İhtiyacın giderilmesi hususunda değerlendirilebilecek genel olarak birden çok alternatif vardır. Bilgi arayışı içerisinde giren tüketiciler, öncelikli olarak kendi bildiği markaları düşünmekte ve geçmiş tecrübelerini gözden geçirmekte; bu bağlamda ihtiyaç duyulan şeyin nasıl niteliklere sahip olması gerektiği, fiyatı, kullanılabilirliği, garantisi, erişilebilirliği vb. faktörleri değerlendirmektedir (Odabaşı ve Barış 2012:357).

Tansiyon aletine gereksinim hisseden ve satın almak üzere bilgi arayışı içerisinde giren bir tansiyon hastası, piyasada ne tip seçenekler bulunduğunu değerlendirmekte, fiyatları araştırmaktadır. Fiyatına karşın kullanım açısından kolaylığı bulunması, bütçeden ayrılacak payın göz ardı edilmesine sebebiyet verebilmektedir. Tüketicinin tansiyonun nasıl ölçüldüğünü bilmemesi durumunda, cıvalı yerine elektronik bir tansiyon aleti tercihinde bulunabilmektedir. Bireyin görme sorunu olması halinde, yazıları ve rakamlı büyük bir tansiyon aleti veya sesli bir elektronik tansiyon aleti tercih etmeye karar verebilmektedir (Gökmen 2014:57).

3.3.3 Alternatiflerin değerlendirilmesi

Tüketiciler topladıkları bilgileri gereksinimleri bağlamında değerlendirmektedir. Burada her bir alternatif ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Bu safha, üzerinde en çok zaman harcanmakta ve emel verilmekte olan safhadır. Ne kadar çok alternatif değerlendirmeye alınırsa, aynı oranda değerlendirme güçlüğü de meydana gelmektedir (Kılıç ve Aykut 2004:149).

Bu değerlendirme safhasında tüketicilerin tecrübeleri ve birtakım markalara karşı tutumları önemli rol oynamaktadır. Seçeneklerin değerlendirmesi hususunda tercih kriterleri önemlilik arz etmektedir. Bu kriterlerin ise iki boyutu bulunmaktadır. Birincisi, tercih edilecek mal ya da hizmetlerin ne gibi nitelikleri bulunması gerektiği, diğeryse tüketicilerin neler istediği, bu mal ya da hizmetlerden neler beklediği ile ilgilidir (Durmaz 2008:87).

Hastaların hizmet almak üzere bir sağlık işletmesini tercih etmelerinde etkili olan temelde üç faktör bulunmaktadır. Bu faktörler; fiyat, kalite ve erişim şeklindedir. Sağlık hizmetleri bakımından fiyat önem arz eden bir unsurdur. Ekonomik problemleri bulunan bireyler genel olarak devlet hastanelerini tercih ederken, daha varlıklı durumdaki bireyler ise özel sağlık işletmelerine daha fazla yönelmektedir. Hastalığın tedavisinin yalnızca belirli sağlık kuruluşları tarafından uygulanabilir olması ise bu durumun değişmesine sebep olabilmektedir. Kalite kriteri, hasta bakımından değerlendirilmesi zor olan bir durumdur. Hastalar, faydalanılan teknolojinin farkında olmayabilmekte veya tedavisindeki alternatifleri değerlendirme olanağı olmayabilmektedir. Hastalar, kaliteyi genel olarak tedavi sonrasında elde ettikleri faydayla ölçmektedirler. Erişilebilirlik ise, her bir birey açısından farklılık arz etmekle beraber sağlık işletmelerine ve sağlık hizmetlerine en kısa zamanda erişmeyi ifade etmektedir (Tengilimoğlu 2012:87).

3.3.4 Satın alma kararının verilmesi

Alternatifler arasında değerlendirme yapılmasının ardından tüketiciler artık pozitif veya negatif şekilde bir satın alma kararı verme sürecine geçmektedir. Alınan kararın yetersiz bulunması halinde, gereksinime ilişkin başa dönmek suretiyle yeniden bilgi toplanmaya başlanılmaktadır. Bu gibi durumlarda, bütün safhalar yeniden gözden geçirilmekte, ürün ve/veya hizmete ilişkin yeni bilgilere erişilmeye çalışılmaktadır. Satın alma kararının pozitif olması halindeyse tüketici; ürün ve/veya

hizmetin cinsine, modeline, markasına, fiyatına, rengine, adedine ve temin edeceği yere yönelik kararlar alma zorunluluğu içerisinde (Karafakioğlu 2009:102).

Sağlık kuruluşları için satın alma karar süreci, üretim işletmelerinden gerçekleştirilen satın alım süreçleriyle benzer niteliklere sahiptir. Sağlık kuruluşlarının nitelikleri, işletme içi etkiler ve tüketicilerin nitelikleri, sağlık hizmeti satın alma kararını etkilemektedir. Sağlık kuruluşunun imajı, yerleşim yerine mesafesi, fiziksel ortam özellikleri, hizmet kalitesi ve tüketicilerin bireysel özellikleri gibi durumlar, satın alma kararı üzerinde önemli rol oynamaktadır (Gökmen 2014:60).

3.3.5 Satın alma sonrası değerlendirme

Her bir satın alım süreci, tüketici açısından bir öğrenme niteliğindedir. Tüketiciler her satın alma davranışıyla birlikte, sonrasında gerçekleştirecekleri alışverişler hususunda yeni şeyler öğrenmektedirler. Bu son safhada ürünün vermekte olduğu tatmin, sağladığı yarar, ürünün eksiklikleri, eski ürünü elden çıkarma vb. konular değerlendirilmektedir. Pazarlamacılar bakımından ürünün beğenilip beğenilmediği, alışverişin tekrarı, çevreye verilen pozitif tavsiyeler önemli bir durum niteliğine sahiptir. Tüketiciler, memnun kalmadıkları bir ürünü aynı mağazadan yeniden almayacaktır veya tatmin edici bir ürün tüketici açısından marka da meydana getirebilmektedir (Koç 2008:304).

Tüketiciler, satın alma işleminden sonra şu üç durumdan biriyle karşılaşmaktadır (Odabaşı ve Barış 2012:387):

- *Tatmin olmuştur:* Tekrardan aynı marka veya ürünü satın alma olasılığı oldukça yüksektir.
- *Kısmen tatmin olmuştur:* Bilişsel bir çelişki içerisinde bulunan tüketici, tatmin olmuş durumdadır, fakat iki veya daha fazla alternatif arasında çelişkiye düşmüştür.
- *Tatmin olmamıştır:* Tatmin olmayan tüketici, şikâyetçi davranışlar içerisinde. Tüketicinin markaya ilişkin düşünceleri ile tutumları negatif duruma gelmektedir. Tüketici, ihtiyacı karşılayamamış olmanın yarattığı bir gerilim içerisinde bulunmaktadır.

Olumsuz deneyimler yaşanması durumunda tüketiciler, negatif nitelikteki yorumlarını çevreleriyle paylaşmaktadırlar. Gerçekleştirilen çalışmalar, pozitif geri dönüşlerin işletmenin itibarı açısından kısıtlı etkiler yarattığını, negatif

geribildirimlerin ise bir virüs gibi yayılmakta olduğunu ve işletmenin itibarını negatif şekilde etkilemekte olduğunu belirtmektedir (Mucuk 2010:90).

Cerrahi operasyonlar, hastalar açısından huzursuzluk, sıkıntı meydana getiren durumlardır. Hekim ya da hastane tercihi hususunda bilgi toplanmakta, alternatifler değerlendirilmekte ve bir karar alınmaktadır. Operasyonun ardından hastaların zihinlerinde “acaba” sorusu genel olarak var olan bir durum olmaktadır. Hizmetin kullanımının ardından memnuniyet elde edilebileceği gibi, tedirginlikler de yaşanabilmektedir. Hastaların son durumlarından yeterli biçimde memnun kalmamaları durumunda, akılları muhakkak ki diğer seçeneklerde kalmaktadır. Ürün satın alımında iade veya tekrar aynı marka ya da mağazanın kullanılmaması gibi durumlar söz konusu olabilirken, sağlık hizmetlerinin ise ikamesi ve iadesi bulunmamaktadır (Gökmen 2014:60).

4. AĞIZDAN AĞIZA İLETİŞİM

İletişim, insanların duygu ve düşüncelerini herhangi bir yol vasıtasıyla karşı tarafa aktarması sürecine verilen isimdir. İletişim sürecinde amaç, anlaşılma ve karşı tarafı etkilemek şeklindedir. İnsanlar, sosyal bir varlık olmanın gereği olarak pek çok yöntem kullanarak iletişim kurmaktadır. Ağızdan ağıza iletişim yöntemi, bu iletişim türleri içinde en yaygın ve en önemli olanı niteliğindedir. Ağızdan ağıza iletişim, sadece insanların birbirleriyle iletişim kurma sürecinde ağızlarından çıkan sözcükleri değil, sözcükler ile beraber söyleme biçimi ve beden dilini de içerisine almaktadır. Lakin bu bütünlük içerisinde iletişim, amacına ulaşmakta ve beklenen etkiyi oluşturmaktadır (Karaca 2010:3). Bu bağlamda çalışmanın bu bölümünde ağızdan ağıza iletişim kavramının tanımı, özellikleri ve önemi, türleri, yöntemleri, ağızdan ağıza iletişimin satın alma kararı üzerindeki etkisi ve sağlık hizmetleri pazarlamasında ağızdan ağıza iletişim konuları ele alınmaktadır.

4.1 Ağızdan Ağıza İletişimin Tanımı

Ağızdan ağıza iletişim, tüketicilerin tutumları, algıları ve satın alma davranışları üzerinde etkide bulunabilecek güvenilir ve etkili pazarlama araçlarından biri şeklinde görülmektedir (Meyer and Petzer 2014:16-17). Çeşitli araştırmacılar tarafından kulaktan kulağa iletişim şeklinde de isimlendirilmekte olan ağızdan ağıza iletişim, herhangi bir bedel ödenmeksizin sağlanmakta olan kişisel bir iletişim yöntemi niteliğindedir (Aydın 2010:315).

Marangoz (2007:396) ağızdan ağıza iletişimi, tüketicilerin mevcut ya da muhtemel diğer tüketicileri, özellikle de yakın çevrelerini, kullandıkları ürün ve markaya ilişkin olarak kendi yorumlarıyla bilgilendirmeleridir. Bireylerin bu ürün veya markayı önerip önermemeleri, satın alıp almamaları hususunda diğerlerini etkilemeleriyle ortaya çıkan sözlü ve gayri resmi iletişime verilen isimdir.

İnan (2012:192) ağızdan ağıza iletişimi, mesajı gönderen ve mesajın alıcısı arasında gerçekleştirilen kişisel haberleşme neticesinde, mesajın alıcısının davranışlarını

değiştirmesine yönelik etkileşimdir. Akar (2009:116) ağızdan ağıza iletişimin genel olarak özel taraflar arasında ürünler ya da hizmetlerin değerlendirildiği informal bir iletişim biçimi şeklinde değerlendirilmekte olduğunu belirtmektedir. Bu şekilde ağızdan ağıza iletişim, müşteriler ile işletmeler arasındaki resmi ilişkiler dışında kalmaktadır.

Ağızdan ağıza iletişim, insanların bildikleri, hissettikleri ve yaptıkları üzerinde etkisi bulunan önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda ağızdan ağıza iletişim farkındalığı, algılamayı, beklentileri, tutumları ve davranışları etkilemektedir. Ağızdan ağıza iletişimin etkisinin gücü ise, kişisel bilgi kaynaklarının daha güvenilir kaynaklar şeklinde görülüyor olmasından kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla tüketiciler; ailelerinin, arkadaşlarının, komşularının, kısacası çevresinde bulunanların söylediklerine, reklamlar veya ürünün satışını gerçekleştirenlerden daha fazla güvenilebilmektedir (Odabaşı ve Oyman 2009:28).

4.2 Ağızdan Ağıza İletişimin Özellikleri ve Önemi

Oldukça güçlü ve ikna edici bir iletişim aracı niteliğindeki ağızdan ağıza iletişimin yarattığı etkilerin sebeplerinin anlaşılabilmesi hususunda ağızdan ağıza iletişimin özelliklerinin bilinmesi gereklidir. Ağızdan ağıza iletişimin temel özellikleri güvenilirlik, deneyim aktarımı, müşteriye dayalı olması, zaman ve para tasarrufu şeklinde olup, bu özellikler şu şekilde betimlenmektedir (Karaca 2010:9):

- *Güvenilirlik:* Pek çok tüketici, bir ürün ya da hizmet satın alım sürecinde bilgi toplarken, o ürün ya da hizmeti daha önceden satın alıp kullanmış olan diğer tüketicilere danışma eğilimindedir. Burada önem arz eden temel unsur, bilgisi ile tecrübesine başvurulmakta olan tüketicilerin, o ürün ya da hizmeti kullanmaları hususunda tüketiciyi ikna etmelerinden ticari bir kazanç beklememeleri ve o ürün ya da hizmete ilişkin gerçekleri saklamak veya değiştirmek gibi bir durumlarının söz konusu olmamasıdır. Bu özelliği sebebiyle ağızdan ağıza iletişim, diğer iletişim türlerine kıyasla daha güvenilir bir niteliğe sahip olmaktadır.
- *Deneyim Aktarımı:* İnsanlar, dolaylı ve doğrudan olmak üzere iki temel yöntemle deneyim sahibi olmaktadır. Doğrudan deneyimde birey; zaman, para, başarısızlık ya da hayal kırıklığı riski bakımından dolaylı deneyime göre daha maliyetli olabilecek olacak şekilde ürün veya hizmeti doğrudan kendisi

deneyimlemektedir. Dolaylı deneyimdeyse, diğer insanlar ile deneyimleri hususunda konuşulmakta, diğer insanların deneyimlerini dinlenmekte ve diğer tüketicilere yardımcı olunmaktadır. Bireyler böylece kaygıları ile risklerini diğerleriyle paylaşmaktadır. Tüketiciler deneyimi ne denli hızlı yaşarlarsa, bir ürün ya da hizmeti de o denli hızlı şekilde benimsemektedirler.

- *Müşteriye Dayalı Olması:* Ağızdan ağıza iletişim, diğer bütün iletişim biçimlerine kıyasla en fazla müşteriye dayalı iletişim şekli niteliğindedir. İletişim sürecini kime danışacağını ve ne soracağını müşteri kendisi belirlemek suretiyle bizatihi kendisi yönetmektedir. Tüketicilerin tavsiyeleri, diğer tüketicilerin soracakları soruları bir anlamda yanıtlandırmaktadır. Bu bağlamda, bu tavsiyeler daha pozitif şekilde algılanmakta ve tüketicilerin dikkatini çekmektedir.
- *Zaman ve Para Tasarrufu:* Bir tüketici, hakkında fazlaca bir bilgi sahibi olmadığı bir ürün/hizmeti satın almak istediği takdirde tüketici tarafından başvurulabilecek en iyi ve etkin yöntem, bu ürünü/hizmeti daha önceden satın alıp kullanmış olan bir kişiyi araştırıp, o kişiye ürüne/hizmete ilişkin deneyimlerini sormak olmaktadır. Bu şekilde tüketici, bilgi edinme sürecini kısaltmak suretiyle, güvenilir bilgiye hızlıca erişme olanağı bulmaktadır. Bunun yanında, diğerlerinin pozitif ve negatif deneyimlerini öğrenmek suretiyle, riskli kararlar alma hususunda daha sağlam adımlar atmaktadır. Pek çok işletme, reklam ve tanıtım hususunda oldukça büyük bütçeler oluşturmakta ve bu bütçelerin önemli bir kısmını pazarlama iletişimi konusunda ayırmaktadırlar. Ağızdan ağıza iletişim, düşük maliyet avantajıyla, yüksek maliyeti bulunan tanıtımlara göre çok daha fazla etkili olabilmektedir.

Ağızdan ağıza iletişim, her türdeki ürün için her daim uygulanabilir bir niteliğe sahip olmayıp, bu iletişim türünün önemli olabileceği durumlar ise şu şekildedir (Odabaşı ve Barış 2010:272):

- Ürünün/hizmetin bilinen bir ürün olması ve müşterinin eğiliminin net olması durumunda,
- Ürün/hizmet, mevcut ürünler/hizmetler arasından ve standartlar çerçevesinde belirlenebildiğinde,
- Ürün/hizmet piyasaya tekrardan sürüldüğünde,

- Ürün/hizmet kişilerin inanç sistemi ve normları açısından anlamlı olduğunda,
- Ürünün/hizmetin alınması risk taşıdığı ve ek bilgi bulunması gerektiğinde,
- Tüketici ürün/hizmet hususunda satın alma kararı verdiği.

4.3 Ağızdan Ağıza İletişim Türleri

Ağızdan ağıza iletişim vasıtasıyla iletilmekte olan mesajlar her zaman olumlu nitelikte olmayabilmektedir. Dolayısıyla bu mesajlar olumsuz içeriklere de sahip olabilmektedir. İletişimin olumlu ya da olumsuz olması, bireyin ürün ya da hizmeti değerlendirmesini etkilemektedir (Odabaşı ve Barış 2012:273).

Ağızdan ağıza iletişimin türleri, olumlu ağızdan ağıza iletişim ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim şeklinde ikiye ayrılmaktadır (Odabaşı ve Barış 2012:273). Ağızdan ağıza iletişim aracılığıyla iletilen mesajın olumlu olması ürün veya hizmeti kullanan kişinin tatmin derecesinin yüksekliğine, olumsuz olması ise ürün veya hizmeti kullanan kişinin tatmin olmamasına işaret etmektedir (Avcıkurt ve Kutluk 2009:615).

4.3.1 Olumlu ağızdan ağıza iletişim

Olumlu ağızdan ağıza iletişim, tüketicilerin diğer tüketicilerle kendilerine ait hoş deneyimlerini paylaşımları, diğer bireylere çeşitli tavsiye ve önerilerde bulunmalarını içermektedir (Yeniçeri, Yaraş ve Zengin 2010:371). Olumlu ağızdan ağıza iletişim, tüketicilerin satın almış oldukları ürün/hizmeti “iyi” olarak algılamaları ile ilintilidir. Kullanılan hizmet/üründen ve sonraki servis hizmetlerinden tatmin duyulması olumlu ağızdan ağıza iletişimi ortaya çıkarmaktadır (Avcıkurt ve Kutluk 2009:615).

Olumlu bir ağızdan ağıza iletişimin gerçekleşmesi için, bilgisine başvuru alan kişinin o ürün/hizmete ilişkin memnuniyete sahip olması gereklidir. Dolayısıyla tüketici memnuniyeti, uzun vadede tüketici davranışının temel belirleyicisi niteliğindedir. Tüketicinin bir ürün/hizmete ilişkin memnuniyet duyması ve bu neticede tüketiciler arasındaki olumlu ağızdan ağıza iletişim, işletmeler açısından da rekabete ilişkin ve finansal alanlarda fayda sağlamaktadır (Marangoz 2007:396). Tüketicilerle pozitif bir diyalog kurulması durumunda, iyi yorumda bulunan tüm tüketiciler, işletme bakımından güvenilir ve bağımsız birer reklam sağlayıcısına dönüşmekte ve firmanın imajını artırmaktadır (Avcıkurt ve Kutluk 2009:615).

Sadakatli müşteriler tarafınca oluşturulan ağızdan ağıza olumlu iletişim, işletmeler bakımından da maliyetsiz bir reklam kaynağı olmaktadır. Tüketiciler, satın alma kararı verme sürecinde arkadaşları ile aile bireylerinin önerileri ve tavsiyelerine, ticari reklamlara kıyasla daha fazla itibar etmektedir. Bu sebeple işletmelerin; tatmin olmuş, sadakat sahibi müşteriler yaratmak suretiyle, işletmenin ürünleri ve hizmetleri hususunda olumlu ağızdan ağıza iletişimin oluşmasını sağlamaya çalışmaları önem arz etmektedir (Avcılar 2005:336).

Olumlu ağızdan ağıza iletişim, yeni ürünlerin tüketiciler tarafından kabul edilmesini kolaylaştırmaktadır (Yozgat ve Deniz 2011:54). Ağızdan ağıza iletişim, bireylerin başka bireylere bilgi aktarmaları olup, ürün ya da hizmetler hususunda gerçekleştirilen pozitif konuşmalar ürün ve markaların anılmasını kolaylaştırmaktır (Deniz ve Yozgat 2009:309).

4.3.2 Olumsuz ağızdan ağıza iletişim

Olumsuz ağızdan ağıza iletişim, kullandığı üründen/hizmetten memnun kalmamış olan tüketicilerin çevrelerine aktardıkları tecrübelerle ilgilidir (Çepni ve Keskin 2012:101). Olumsuz ağızdan ağıza iletişim; bir ürüne/hizmete ilişkin kötüleme, hoş olmayan deneyimler, söylentileri paylaşma, şikâyet etme vb. tutumlardan oluşmaktadır. Olumsuz ağızdan ağıza iletişim, potansiyel müşteriler açısından kafa karışıklığına sebebiyet verdiği için, işletmelere zarar veren bir unsurdur. Bu sebeple, olumlu ağızdan ağıza iletişimin geliştirilmesi, olumsuz ağızdan ağıza iletişimin ise azaltılması işletmeler bakımından son derece önemlidir (Uygun, Taner ve Özbay 2011:333).

Argan ve Argan (2006:234) olumsuz ağızdan ağıza iletişimin, olumlu ağızdan ağıza iletişime kıyasla çok daha çabuk biçimde yayılmakta olduğunu belirtmektedir. Bu bağlamda, müşteri tatmini elde edemediğinden olumsuz ağızdan ağıza iletişime maruz kalan işletmelerin ürünleri/hizmetleri yok olma tehlikesi ile karşı karşıya kalmaktadır.

Olumsuz ağızdan ağıza iletişim, olumlu ağızdan iletişime kıyasla daha fazla etkili olmaktadır. Tatmin olmayan tüketiciler, tatminsizlik yaşamış oldukları konuyu daha fazla insana yaymaktadır. Firmaların tatmin olmamış müşterileri elde etme maliyeti, yeni müşteri kazanma maliyetinden daha fazla olduğundan, ağızdan ağıza iletişimin önemi daha iyi şekilde anlaşılmaktadır. Firmalar böyle durumlarda müşterilerin

şikâyetlerini takip etmek üzere ücretsiz şikâyet hatları kurmakta ve böylece müşterilerin oluşturacakları riskleri azaltma yoluna gitmektedir (Odabaşı ve Oyman 2002:29).

Bazen firmalara ilişkin ortaya atılan ve aslı astarı bulunmayan dedikodular da firmaların yıpranmasına sebep olabilmektedir. Firmaların ürünleri veya hizmetlerinde bir problem olmadığı halde, ileri sürülen birtakım sözlerin yaratabileceği olumsuzluklardan uzak durmayı arzu eden firmalar şu yaklaşımları benimseyebilmektedir (Odabaşı ve Barış 2012:274-275):

- Hiç bir şey yapmamak,
- Dedikoduyla ilgilenenlere bilgi vermek,
- Dedikoduyla ilgili olarak üstü kapalı biçimde, bilgilendirici reklam ve duyurum kampanyaları gibi programlara girişmek,
- Ayrıntılı açıklamalarda bulunmak.

Satın alma işlemini gerçekleştirmiş ancak satın aldığı üründen/hizmetten şikâyetçi olmuş tüketiciler, genel olarak o ürüne/hizmete ilişkin düşüncelerini, tatmin olmuş bir tüketiciye nazaran daha fazla beyan etme eğiliminde olmaktadır. Zira olumsuz deneyimler, ağızdan ağıza iletişimi yönlendirici nitelikteki güçlü bir faktör niteliğindedir. Bununla birlikte, satın alma işlemi gerçekleştirmeyi düşünen tüketiciler de, o ürüne/hizmete ilişkin olumlu yorumlardan ziyade olumsuz yorumlara daha fazla itibar etmektedir (Okumuş 2013:215).

Olumsuz ağızdan ağıza iletişimin varlığı halinde firmaların, ürün ve hizmet kalitelerini gözden geçirerek, tüketici şikâyetlerini dikkatle ele almaları gereklidir. Olumsuz ağızdan ağıza iletişim sebebiyle ürün ve hizmetleri hususunda olumsuz bilgiler yayıldığını öğrenen firmaların şu stratejileri uygulamaları önem arz etmektedir (Odabaşı ve Barış 2012:273-274):

- Yapılan şikâyetlerin dikkatli şekilde ele alınacağını bildirilmesi ve bu problemi çözmek üzere harekete geçildiğinin belirtilmesi,
- Konuşmacı programlarla firmanın olumlu yönlerinin topluma aktarılması,
- Şikâyet ve önerilerin dikkate alınmakta olduğunun ve konuya ilişkin önlemlerin alınmakta olduğunun her tür medya kanalı aracılığıyla duyurulması,

- Şikâyet gelmesini beklemezsiniz, müşteri listesi vasıtasıyla tüketicilerle direkt olarak temasa geçilmesi.

4.4 Ağızdan Ağıza İletişim Yöntemleri

Ağızdan ağıza iletişimin uygulanmasında kullanılan, ağızdan ağıza iletişim ile doğrudan bağlantılı olan çeşitli pazarlama yöntemleri bulunmaktadır. Bu yöntemler temel olarak fısıltı pazarlaması (*buzz marketing*) ve viral pazarlama şeklinde ifade edilmektedir (Gülmez 2011:31).

4.4.1 Fısıltı pazarlaması (buzz marketing)

Ağızdan ağıza iletişim genel olarak doğal şekilde gelişim gösteren bir süreç niteliğindedir. Ancak pek çok firmanın, olumlu ağızdan ağıza iletişim başlatıp istediği biçimde yönlendirmek üzere birtakım girişimlerde bulunmakta oldukları görülmektedir. Bu bağlamda çeşitli firmalar, insanlar üzerinde etkisi bulunan ve insanların model almayı isteyecekleri ünlü veya ünlü olmayan birtakım kişiler aracılığıyla ağızdan ağıza iletişim faaliyetleri başlatmaktadır. Firmalar tarafından izlenen bu strateji, fısıltı pazarlaması şeklinde isimlendirilmektedir (Okumuş 2013:216).

Fısıltı pazarlaması uygulaması, eğlenceli haberler üzerinde bir araya getirilmekte olan insanların markaya ilişkin olarak konuşmalarının sağlanması tekniğidir. Genel olarak konusunda uzman veya tanınmış kişilerin ürünlere/hizmetlere yönelik düşüncelerinin asıl etkiyi yaratacağı varsayılan ağızdan ağıza pazarlama yöntemidir. Bu yöntemde temel hedef, sözü edilmeye değer bir deneyim oluşturmak ve bu deneyim üzerinden daha fazla insana ulaşmaktır (Çepni 2011:52).

4.4.2 Viral (sözlü) pazarlama

Temel olarak internet üzerinden gerçekleştirilen viral pazarlama, ağızdan ağıza iletişimin teknolojik boyutunu teşkil etmektedir (Argan ve Argan 2006:233). Başka bir ifadeyle viral pazarlama, ağızdan ağıza iletişimin internet üzerinden gerçekleştirilmesidir (Karaca 2010:112). Viral pazarlama, tüketicilere iletilmek istenen mesajın orijinal kaynağı ile bağlantılı olmaksızın kişiler arasında birtakım internet tabanlı araçlar vasıtasıyla pazarlama mesajlarının aktarılmakta olduğu

pazarlama biçimi olarak isimlendirilmektedir. Viral pazarlama, bir virüs gibi üreyip bireyler, grupları ve toplulukları etkileyebilmektedir (Akar 2009:126).

Eskiden tüketiciler sadece yakın çevrelerinde bulunan kişilerden kendileri için gereken tavsiyeleri alırken, günümüzdeyse internet aracılığıyla tanımadığı bireylerin de ürün ve hizmetlere ilişkin görüş ve tavsiyelerine erişebilmektedir. Bu durum da viral pazarlamayı ortaya çıkarmaktadır (Çepni ve Keskin 2012:101).

Viral pazarlama pek çok zaman ağızdan ağıza iletişim ile karıştırılmaktadır. Ancak bu iki kavram arasında çeşitli önemli farklılıklar bulunmaktadır. Ağızdan ağıza iletişim tüketici deneyimine dayanmakta olup, oluşum süreci bakımından organik ve kişiler arasında gelişim gösteren bir etkileşim türüdür. Viral pazarlamaysa, firma kaynaklı bir çaba neticesinde başlatılan ve yayılım gösteren bir etkileşim süreci içermektedir, dolayısıyla dış kaynaklıdır. Viral pazarlama, oldukça hızlı biçimde yayılan ve genel olarak internet kaynaklı olarak gelişen bir iletişim çabası niteliğindedir. Viral pazarlamada, ağızdan ağıza iletişimle erişilebilecek sayının çok üzerinde bireye söz konusu mesaj iletebilmekte ve söz konusu mesaj viral pazarlamayla hedeflenen kitleye daha kolay şekilde ulaştırılabilmektedir. Viral reklamlar aracılığıyla, internet kullanan gençlere daha kolay, daha çabuk, daha etkili ve daha düşük maliyet ile erişme olanağı bulunmuş olmaktadır (Okumuş 2013:217).

4.5 Ağızdan Ağıza İletişimin Satın Alma Kararı Üzerindeki Etkisi

Literatür gerçekleştirilmiş olan çalışmalar, tüketicilerin satın alma davranışlarının oluşması ve sürdürülmesi hususunda ağızdan ağıza iletişimin önemli bir yeri bulunduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte satın alma karar sürecinde ve bu süreç içerisinde risklerin azaltılması konusunda da ağızdan ağıza iletişimin önemi ortaya konulmuştur (Marangoz 2007:396).

Günümüzde tüketiciler gündelik yaşamlarında işletmeler tarafından yoğun şekilde bilgiye maruz kalmaktadır. Piyasada ürün çeşitliliğinin çok fazla olması, zaman sınırı bulunan tüketicilerin bu bilgilere ilişkin düşünüp karar vermelerini güçleştirmektedir. Bu durum, tüketicilerin kolay ve çabuk bir şekilde güvenebilecekleri bilgiye erişebilecekleri ticari yönü bulunmayan kaynaklardan yardım almalarına sebebiyet vermektedir. Bu doğrultuda ağızdan ağıza iletişim, tüketicilerin satın alma karar

sürecinde başvurmakta oldukları önemli bilgi kaynaklarından biri durumuna gelmiştir (Kılıçer ve Öztürk 2012:26).

Satın alma karar verme süreci içerisinde tüketiciler pek çok sebeple ağızdan ağıza iletişimini kullanmaktadır. Bu bağlamda, kişisel iletişim yöntemi aracılığıyla deneyimlerin paylaşılması, ürünün/hizmetin satın alınmasına ilişkin kararın verilmesi hususunda belirleyici bir unsur olabilmektedir. Bu sebeple ağızdan ağıza iletişim, satın alım kararı verilirken belirsizlikleri azaltıcı informal bir bilgi kaynağı niteliğindedir (Argan ve Argan 2006:234).

Ağızdan ağıza iletişim, tüketicilerin satın alma süreci içerisinde hem bilgi paylaşımı hem de tavsiye alıp verme hususunda etkili olan bir araç konumundadır. Ağızdan ağıza iletişimde, bireyin yakın çevresinde yer alan ailesi ve arkadaşlarından elde edilen bilgi daha güvenilir ve ikna edici niteliktedir. Tüketicilerin ağızdan ağıza iletişim faaliyetlerinde bulunmalarının en önemli sebeplerinden birisi, satın almış oldukları üründen/hizmetten memnun kalmış olmalarıdır (Çaylak ve Tolon 2013:27).

Karaca (2010:33) ağızdan ağıza iletişim sürecinin başlamasına sebebiyet veren temel olarak dört faktör bulunduğundan bahsetmektedir. Bu faktörler; güçlü hissedilen ihtiyaçlar, rastlantısal iletişim, yüksek oranda hoşnutsuzluk veya hoşnutluk ile diğer iletişimler şeklindedir. Ağızdan ağıza iletişim aracılığıyla iletilen bilgilerse; kalite, değer ve fiyata yönelik bilgiler olmaktadır. Bu iletişim süreci neticesinde ise tüketicilerin tüketim davranışları ve satın alma davranışları ortaya çıkmaktadır.

Ağızdan ağıza iletişim, tüketicilerin ürün/hizmet ve marka değerlendirmesi yapmak suretiyle satın alma kararı almaları hususunda önemli bir veri kaynağı niteliğindedir. Bu durum, tüketicilerin yeniden satın alma veya satın alma kararını değiştirme talepleri üzerinde etkili olmaktadır (Marangoz 2007:396).

Başkaları tarafından ağızdan ağıza iletişim vasıtasıyla tüketicilerin inançları, tutumları ve davranışlarında oluşabilecek değişmeye kişisel etki adı verilmektedir. Kişisel etkileri meydana getiren temel kaynaklar içerisinde aile, arkadaşlar, akrabalar, komşular ve çalışma arkadaşları bulunmaktadır. Tüketiciler, bu bilgi kaynaklarına ticari maksatlı mesajlara kıyasla daha fazla güvenmekte ve inanmaktadır (Odabaşı ve Barış 2012:270).

4.6 Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Ağızdan Ağıza İletişim

Sağlık sektöründe yalnızca para kazanmayı arzulayan işletmeler esasen zarara uğrarlar. Tüketiciler bir hizmet almaya karar verdikleri zaman kişisel bilgi kaynaklarından yararlanırlar. Bu kapsamda sağlık hizmetleri gibi alıcıların genel olarak durumsal sebeplere bağlı şekilde bir zorunluluk anında satın almayı tercih ettikleri, bilgilerinin olmadığı ve kaliteleri hususunda belirsizliğin egemen olduğu hizmetlerde ağızdan ağıza iletişim daha önemli bir hale gelmektedir. Alıcılar daha önceden deneme fırsatı bulamadıkları sağlık hizmetleri hususunda başka insanlar aracılığıyla bilgi edinmeye gayret sarf etmektedir (Yılmaz 2011:5).

Teknolojideki gelişmelerle paralel şekilde tüketiciler günümüzde sağlık konusuna ilişkin bilgileri araştırmaya daha fazla yönelmektedir. Bu sebeple tüketiciler, sağlık problemlerinin ve bu problemlerin çözümlerine ilişkin tedavi seçeneklerinin daha fazla farkında olmayı arzu etmekte ve sağlık işletmelerini araştırmaktadır (Günay 2014:80).

Hizmet sektörü içerisinde bulunan sağlık sektörü, sağlık konusunun önemi sebebiyle ağızdan ağıza iletişim için uygun bir sektör niteliğindedir. Sektördeki bilgi ne kadar öznel ve netice olarak karşılaşılabilecek risk ne kadar yüksekse, ağızdan ağıza iletişime o kadar gereksinim duyulmaktadır (Öz ve Uyar 2014:125).

Tüketiciler, karşılaştıkları herhangi bir sağlık probleminin çözümlenmesi hususunda reklam gibi güvenilirliği tartışılan kaynaklardan ziyade dost ve arkadaş tavsiyelerine başvurumaktadırlar (Uzun ve Uydacı 2010:89).

Bir sağlık işletmesi veya hekimle ilgili olarak bireylerin vermiş oldukları tavsiyeler, alıcıların tercihleri üzerinde etkili olmakta ve onlara hizmete yönelik bir fikir vermektedir. Bu bağlamda, sağlık hizmeti verenler için hizmetlerine yönelik pozitif imaj yaratılması ve bu hizmetlerin alıcısı olmuş bireyler tarafından hizmeti denememiş olan potansiyel alıcılara pozitif tavsiyeler verilmesi oldukça önemlidir (Yılmaz 2011:5).

Usta ve Tengilimoğlu (2000) sağlık hizmetlerinde kullanılan reklamlar ve hastaların bu reklamlara bakış açılarını inceledikleri çalışmada, hastaların sağlık hizmetleri hususunda kullanmakta oldukları en önemli bilgi kaynaklarından birinin %28,3 oran ile arkadaş ve akraba tavsiyeleri olduğu neticesine ulaşmıştır.

Kılıçer (2006) tarafından yapılan çalışmada, katılımcıların satın alma kararlarında ağızdan ağıza iletişimden yüksek derecede etkilenmekte oldukları, ağızdan ağıza iletişimin etkisi ile bilgi alınan kişinin ürüne ilişkin uzmanlık düzeyi ve alıcı ile kaynak arasındaki bağın gücü arasında anlamlı ilişki bulunduğu tespit edilmiştir.

Öz (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, sağlık hizmetleri pazarlamasında ağızdan ağıza iletişimin tüketicilerin satın alma kararı üzerinde etkisi bulunduğu tespit edilmiştir.



5. YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın amacı ile önemi, yöntemi, hipotezleri, evren ve örnekleme, kısıtları, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizi hususunda açıklayıcı bilgiler sunulmaktadır.

5.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı; sağlık hizmetleri pazarlamasında ağızdan ağıza iletişimin tüketici satın alma kararı üzerindeki rolünü tespit etmek şeklinde belirlenmiştir. Genel olarak acil durumlarda ve anlık ihtiyaçlar çerçevesinde sağlık hizmeti talebi ortaya çıktığından ve sağlık hizmetlerinin satın alma sürecinin görece olarak kısa olmasından dolayı, tüketiciler aynı sağlık hizmetini daha önce almış olan bireylerin görüşleri ve deneyimlerinden faydalanmayı kendileri açısından güvenilir bulmaktadır. Bu hususta bu çalışma, sağlık hizmetleri pazarlama sürecinde ağızdan ağıza iletişim faaliyetlerinin satın alma kararı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir rolünün bulunup bulunmadığını, eğer varsa bu etkinin etkinliğinin belirlenmesi anlamında önemlilik arz etmektedir.

5.2 Araştırmanın Yöntemi

Benimsenen yöntem açısından bu çalışma, pozitivist bir araştırmadır. Bu tip araştırmalarda öznel yorumlamalardan uzak durulurken, değişkenler arasında bulunan ilişkiler açıklanmaya çalışmaktadır ve nicel verilerden faydalanılırken, önceden belirlenmiş olan hipotezler test edilmektedir. Veri elde yöntemi olarak ise bu çalışma, bir anket araştırmasıdır. Bu tip araştırmalarda, katılımcılardan elde edilen veriler standartlaştırılmakta ve bu şekilde verilerin analizi gerçekleştirilmektedir. Kapsadığı süre açısından bu çalışma, anlık araştırma olarak nitelendirilmektedir. Bu tür araştırmalarda genel olarak anket yönteminden faydalanılmakta olup, zaman sınırlaması vardır. Amacı açısından bu çalışma, tanımlayıcı bir araştırmadır. Bu tür

araştırmalarda, araştırmanın odağındaki nesne ya da olgunun mevcut durumu ifade edilmektedir (Coşkun, Altunışık, Bayraktaroğlu ve Yıldırım 2015:64-71).

5.3 Araştırma Sorusu ve Hipotezler

Çalışmanın temel araştırma sorusu “Sağlık hizmetleri pazarlamasında ağızdan ağıza iletişimin tüketicilerin satın alma kararı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir rolü var mıdır?” şeklinde belirlenmiştir. Bu doğrultuda aşağıda yer alan hipotezler oluşturulmuştur:

H1 = Görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

H1a = Görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, cinsiyet değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H1b = Görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, yaş grubu değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H1c = Görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H1d = Görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, medeni durum değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H2 = Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

H2a = Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, cinsiyet değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H2b = Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, yaş grubu değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H2c = Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H2d = Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, medeni durum değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H3 = Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

H3a = Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, cinsiyet değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H3b = Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, yaş grubu değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H3c = Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H3d = Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, medeni durum değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H4 = Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

H4a = Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, cinsiyet değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H4b = Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, yaş grubu değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H4c = Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H4d = Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, medeni durum değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H5 = Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

H5a = Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, cinsiyet değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H5b = Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, yaş grubu değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H5c = Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H5d = Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, medeni durum değişkenine göre farklılaşmaktadır.

5.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmada çalışma evreni, İstanbul ilinde yer alan sağlık hizmetleri tüketicilerinden oluşmaktadır. Evrenin tamamına erişmek mümkün olmadığından, uygulamanın yapılması hususunda tesadüfi örnekleme yöntemi seçilmiş ve 18-65 yaş aralığında bulunan yetişkin sağlık hizmeti tüketicileri çalışmanın örneklemi olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda, İstanbul Kartal Dragos Sahil Sitesi ve İstanbul Süreyyapaşa Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi'nde anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. 10 Kasım 2017 – 20 Aralık 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilen uygulama neticesinde 320 katılımcı anket formunu doldurmuştur. Katılımcılardan 25'i, sağlık hizmetlerinde ağızdan ağıza iletişim kullanmadığını beyan ettiği için, bu kişilerin doldurdukları anket formları çalışmaya dâhil edilmemiştir. Bununla birlikte, 5 kişinin doldurduğu anket formları ise, çok sayıda eksik veri bulunduğu için analiz sürecinden çıkarılmıştır. Bu doğrultuda çalışmanın analizine 290 anket formu ile devam edilmiştir.

5.5 Araştırmanın Kısıtları

Çalışma kapsamında gerekli olan veriler, anket formu vasıtasıyla elde edildiği için, araştırma Ek-1'de yer alan ve aşağıda detayları belirtilmiş olan anket formu ve bu formu oluşturan ölçekler ile sınırlıdır. Bununla birlikte çalışma, sağlık hizmetleri tüketicilerinin kişisel beyanları doğrultusunda anket formuna vermiş oldukları cevaplar ile sınırlı durumdadır.

Bu çalışma, İstanbul Kartal Dragos Sahil Sitesi sakinleri ve İstanbul Süreyyapaşa Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi ile sınırlandırılmıştır. Araştırma çerçevesinde elde edilen veriler, 10 Kasım 2017 – 20 Aralık 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Dolayısıyla bu tarih aralığı, araştırmanın zaman sınırlılığını teşkil etmektedir.

5.6 Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırma kapsamında ilk olarak literatür taraması yapılmış, literatür taraması neticesinde konuya ilişkin kavramlar ve teoriler birincil ve ikincil veri kaynaklarından elde edilen bilgilerle derlenmiştir. İkinci aşamada ise Ek-1'de yer alan anket formu katılımcılara uygulanmış, tesadüfi örnekleme tekniği ile seçilen katılımcılardan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS-22 programı ile analiz

edilmiştir. Gözle yapılan ilk kontrollerin ardından, SPSS-22 programına geçirilen verilerin analizi ve hipotezlerin test edilmesi hususunda frekans tabloları, tanımlayıcı istatistikler, Bağımsız T Testi ve ANOVA Testi'nden faydalanılmıştır.

Anket çerçevesinde ağızdan ağıza iletişimin tüketici satın alma kararı üzerindeki rolünü belirlemek üzere Türkiye'de daha önce üç farklı araştırmacı (Kılıçer 2006; Şimşek 2009; Öz 2016) tarafından kullanılmış olan ağızdan ağıza iletişim ölçeğinden faydalanılmıştır. Beş faktörden ve 17 maddeden meydana gelen ölçekte; bilgi alınan kişinin uzmanlık düzeyi ve bilgi alınan kişi ile müşterinin yakınlık derecesi ile ilgili ifadeler Frenzen ve Davis'in (1990) ölçeğinden, bilgi alanın uzmanlık düzeyi ve müşterinin hizmet alırken algıladığı risklerle ilgili ifadeler Bansal ve Voyer'in (2000) ölçeğinden, iletişimden etkilenme düzeyi ile ilgili ifadeler ise O'cass ve Grace (2004) ile Gilly vd.'nin (1998) ölçeğinden yararlanılarak oluşturulmuştur.

6. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde, örneklemden toplanan veriler analiz edilmektedir. Bu bağlamda öncelikle, katılımcılara ilişkin demografik bulguların analizi yapılmakta, ardından ağızdan ağıza iletişim ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizi ile elde edilen faktörlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmekte, sonrasında korelasyon analizi sunulmakta ve önceden belirlenmiş olan hipotezler sınanmaktadır.

6.1 Katılımcılara İlişkin Demografik Bulgular

Çalışmanın bu kısmında araştırmaya dâhil olan katılımcılara ilişkin demografik bulgular sunulmaktadır.

Çizelge 6.1’de katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların 175’i (%60,3) kadın, 115’i (%39,7) ise erkektir.

Çizelge 6.1: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları

Cinsiyet	Sayı	Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Kadın	175	60,3	60,3
Erkek	115	39,7	100,0
Toplam	290	100,0	

Çizelge 6.2’de katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımları yansıtılmaktadır. Buna göre, katılımcıların 17’si (%5,9) 18-25 yaş aralığında, 37’si (%12,8) 26-35 yaş aralığında, 126’sı (%43,4) 36-45 yaş aralığında, 81’i (%27,9) 46-55 yaş aralığında, 29’u (%10,0) ise 56 ve üzeri yaş grubunda bulunmaktadır. Tablodan elde edilen verilere göre, katılımcıların %71,3’ü 36-55 yaş aralığında bulunmaktadır.

Çizelge 6.2: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

Yaş Grubu	Sayı	Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
18-25	17	5,9	5,9
26-35	37	12,8	18,6
36-45	126	43,4	62,1
46-55	81	27,9	90,0
56 ve üzeri	29	10,0	100,0
Toplam	290	100,0	

Çizelge 6.3'te katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Buna göre, katılımcıların 23'ü (%7,9) ilköğretim mezunu, 57'si (%19,7) lise mezunu, 24'ü (%8,3) ön lisans mezunu, 143'ü (%49,3) lisans mezunu, 43'ü (%14,8) ise lisansüstü mezunudur. Tablodan elde edilen verilere göre, katılımcıların %64,1'i en az lisans mezunudur.

Çizelge 6.3: Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
İlköğretim	23	7,9	7,9
Lise	57	19,7	27,6
Ön Lisans	24	8,3	35,9
Lisans	143	49,3	85,2
Lisansüstü	43	14,8	100,0
Toplam	290	100,0	

Çizelge 6.4'te katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımları yansıtılmaktadır. Buna göre, katılımcıların 86'sı (%29,7) bekâr, 204'ü (%70,3) ise evlidir.

Çizelge 6.4: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

Medeni Durum	Sayı	Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Bekâr	86	29,7	29,7
Evli	204	70,3	100,0
Toplam	290	100,0	

Çizelge 6.5'te katılımcıların ailelerinin ortalama aylık gelirlerine göre dağılımları gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların 10'u (%3,4) 1.500 TL ve altında, 49'u (%16,9) 1.501 TL – 3.000 TL arasında, 64'ü (%22,1) 3.001 TL – 4.500 TL arasında, 28'i (%9,7) 4.501 TL – 6.000 TL arasında, 139'u (%47,9) ise 6.001 TL ve üzerinde ortalama aylık hane halkı gelirine sahiptir. Tablodan elde edilen verilere göre, katılımcıların çoğunluğu (%57,6) 4.501 TL ve üzerinde gelire sahiptir.

Çizelge 6.5: Katılımcıların Ailelerinin Ortalama Aylık Gelirlerine Göre Dağılımları

Ailenin Ortalama Aylık Geliri	Sayı	Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
1.500 TL ve altı	10	3,4	3,4
1.501 TL – 3.000 TL	49	16,9	20,3
3.001 TL – 4.500 TL	64	22,1	42,4
4.501 TL – 6.000 TL	28	9,7	52,1
6.001 TL ve üzeri	139	47,9	100,0
Toplam	290	100,0	

Çizelge 6.6’da katılımcıların mesleklerine göre dağılımları yansıtılmaktadır. Buna göre, katılımcıların 10’u (%3,4) öğrenci, 9’u (%3,1) ev hanımı, 182’si (%6,8) memur, 20’si (%6,9) işçi, 13’ü (%4,5) serbest meslek erbabı, 34’ü (%11,7) özel sektör çalışanı, 9’u (%3,1) ise emeklidir. 1 katılımcı (%0,3) çalışmadığını belirtmiş olup, 12 katılımcı (%4,1) ise “diğer” seçeneğini işaretlemiştir. Tablodan elde edilen verilere göre, katılımcıların çoğunluğu (%62,8) memur olarak çalışmaktadır.

Çizelge 6.6: Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımları

Meslek	Sayı	Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Öğrenci	10	3,4	3,4
Ev hanımı	9	3,1	6,6
Memur	182	62,8	69,3
İşçi	20	6,9	76,2
Serbest Meslek	13	4,5	80,7
Özel Sektör Çalışanı	34	11,7	92,4
Emekli	9	3,1	95,5
Çalışmıyor	1	0,3	95,9
Diğer	12	4,1	100,0
Toplam	290	100,0	

Çizelge 6.7’de katılımcıların tavsiye, bilgi aldıkları kişiyle olan yakınlık düzeyleri görülmektedir. Buna göre, katılımcıların 240’ı (%82,8) 1. derece aile bireylerinden, 56’sı (%19,3) eşlerinden, 75’i (%25,9) akrabalarından, 28’i (%9,7) komşularından, 198’i (%68,3) arkadaşlarından, 92’si (%31,7) iş arkadaşlarından, 3’ü (%1,0) ilk kez tanıştığı / karşılaştığı kişilerden, 3’ü (%1,0) ise ünlülerden tavsiye, bilgi aldığını belirtmektedir. Tablodan elde edilen verilere göre, katılımcılar en çok 1. derece aile bireyleri, arkadaşları ve iş arkadaşlarından tavsiye, bilgi almaktadır.

Çizelge 6.7: Katılımcıların Tavsiye, Bilgi Aldıkları Kişiyle Yakınlık Düzeyleri

Tavsiye, Bilgi Alınan Kişiyle Yakınlık Düzeyi	Yanıt	Sayı	Yüzde (%)
1. Derece Aile Bireyi (Anne, Baba, Kardeş)	Evet	240	82,8
	Hayır	50	17,2
Eş	Evet	56	19,3
	Hayır	234	80,7
Akraba	Evet	75	25,9
	Hayır	215	74,1
Komşu	Evet	28	9,7
	Hayır	262	90,3
Arkadaş	Evet	198	68,3
	Hayır	92	31,7
İş Arkadaşı	Evet	92	31,7
	Hayır	198	68,3
İlk Kez Tanıştığım / Karşılaştığım Kişi	Evet	3	1,0
	Hayır	287	99,0
Ünlüler	Evet	3	1,0
	Hayır	287	99,0

6.2 Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Bu kısımda, Ağızdan Ağıza İletişim Ölçeği için gerçekleştirilen faktör analizi ve güvenilirlik analizi sonuçları verilmektedir.

Çizelge 6.8’de faktör analizi ve güvenilirlik analizi yapılmadan önce, ölçekte yer alan faktörler ve faktörlere ilişkin maddelerin ölçekteki yerleri belirtilmektedir. Ölçekte yer alan faktörler; “Görüş, Bilgi Aldığınız Kişi ile Yakınlık Derecesi”, “Görüş, Bilgi Aldığınız Kişinin hizmetle İlgili Uzmanlık Düzeyi”, “Sizin Hizmetle İlgili Uzmanlık Düzeyiniz”, “Algıladığınız Risk Düzeyi” ve “Ağızdan Ağıza İletişimin Etki Düzeyi” şeklindedir. Ölçekte yer alan ifadelere katılımcıların 1 ile 5 arasında bir puan vermeleri istenmiştir. Burada “1=Hiç Yok”, “2=Düşük”, “3=Orta Düzeyde”, “4=Yüksek”, “5=Çok Yüksek” anlamındadır.

Çizelge 6.8: Ağızdan Ağıza İletişim Ölçeğinde Yer Alan Faktörler ve Madde Numaraları

Faktör Sayısı	Faktör İsmi	Ölçekteki Madde Numarası
1	Görüş, Bilgi Aldığınız Kişi ile Yakınlık Derecesi	1, 2, 3
2	Görüş, Bilgi Aldığınız Kişinin hizmetle İlgili Uzmanlık Düzeyi	4, 5, 6
3	Sizin Hizmetle İlgili Uzmanlık Düzeyiniz	7, 8, 9
4	Algıladığınız Risk Düzeyi	10, 11, 12, 13
5	Ağızdan Ağıza İletişimin Etki Düzeyi	14, 15, 16, 17

Çizelge 6.9’da, yapılan faktör analizi neticesinde Ağızdan Ağıza İletişim Ölçeği için KMO ve Bartlett Küresellik Testi neticeleri görülmektedir. Buna göre, KMO değeri 0,809 olarak tespit edilmiş olup, bu değer faktör analizi için örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu belirtmektedir. Bartlett Küresellik Testi neticesinde ki-kare değerinin 5252,069; serbestlik derecesinin 325 ve $p<0,001$ şeklinde saptanmış olması, ölçeğin faktör analizi hususunda uygun olduğunu göstermektedir.

Çizelge 6.9: Ağızdan Ağıza İletişim Ölçeği KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Örneklem Yeterliliği Değeri	,809
Bartlett Küresellik Testi Sonuçları	Ki-Kare Değeri
	2143,292
	sd
	120
	Sig.
	,000

Gerçekleştirilen faktör analizi esnasında ölçeğin 5. maddesi olan “Bilgi aldığınız kişinin bu hizmetle ilgili eğitim/uzmanlık düzeyi” ifadesi, iki faktör altında dağıldığı ve maddenin faktör yükleri arasındaki yakınlık 0,1’in altında olduğundan, analiz sürecinden çıkarılmıştır. Bu doğrultuda, Çizelge 6.10’da görüldüğü üzere 4 faktör ortaya çıkmıştır. Faktör analizi neticesinde, Ağızdan Ağıza İletişimin Etki Düzeyi ile Görüş, Bilgi Aldığınız Kişinin Hizmetle İlgili Uzmanlık Düzeyi faktörlerinin birleştiği görülmüştür. Faktör analizi neticesinde elde edilen faktörler ise şu şekildedir;

- Faktör 1: Ağızdan Ağıza İletişimin Etki Düzeyi ve Görüş, Bilgi Aldığınız Kişinin Hizmetle İlgili Uzmanlık Düzeyi (AAİED-GBAKHİUD)
- Faktör 2: Algıladığınız Risk Düzeyi (ARD),
- Faktör 3: Sizin Hizmetle İlgili Uzmanlık Düzeyiniz (SHİUD),
- Faktör 4: Görüş, Bilgi Aldığınız Kişi ile Yakınlık Derecesi (GBAKYD).

Çizelge 6.10’da, Ağızdan Ağıza İletişim Ölçeği için gerçekleştirilen faktör analizi neticesinde ortaya çıkan faktörler ve bu faktörlerin maddelerine ilişkin faktör yükleri gösterilmektedir.

Çizelge 6.10: Ağızdan Ağıza İletişim Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

No	Madde	Faktör			
		1	2	3	4
16	Bilgi aldığınız kişinin bu sağlık hizmetiyle ilgili satın alma kararı vermenizdeki yardım düzeyi	,820			
14	Satın aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili bilgi aldığınız kişiden elde ettiğiniz bilginin miktarı	,740			
17	Bilgi aldığınız kişinin bu hizmeti satın almanızdaki etkisi	,735			
15	Bilgi aldığınız kişinin satın aldığınız sağlık hizmetinin daha önce düşünmediğiniz yönlerini ortaya çıkarma düzeyi	,735			
4	Bilgi aldığınız kişinin satın aldığınız sağlık hizmetinin özellikleri, fiyatı, diğer hizmet alternatifleri vb. ile ilgili sahip olduğu bilgi düzeyi.	,579			
6	Bilgi aldığınız kişinin kullanıcı olarak bu hizmetle ilgili deneyimi.	,533			
11	Satın almadan önce bu sağlık hizmetinin performansı (hizmetin hızı, kalitesi gibi) ile ilgili duyduğunuz kaygı düzeyi		,873		
12	Satın almadan önce bu hizmetin verebileceği fiziksel zarar nedeniyle duyduğunuz kaygı düzeyi (sağlığı olumsuz yönde etkileme gibi)		,853		
13	Satın almadan önce bu sağlık hizmetinin teknik olarak karmaşık olması nedeniyle duyduğunuz kaygı düzeyi		,756		
10	Satın almadan önce bu sağlık hizmetinin parasal külfeti nedeniyle duyduğunuz kaygı düzeyi		,742		
9	Satın aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili uzmanlık düzeyiniz			,869	
8	Satın aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili deneyiminiz			,834	
7	Satın aldığınız sağlık hizmetinin özellikleri, fiyatı, farklı alternatifler vb. ile ilgili sahip olduğunuz bilgi düzeyi			,821	
2	Bilgi aldığınız kişiyle boş zamanlarınızı birlikte geçirme düzeyiniz				,821
1	Bilgi aldığınız kişiyle kişisel bir sırrınızı paylaşma düzeyiniz				,799
3	Bilgi aldığınız kişiden gerektiğinde yardım isteme düzeyiniz (Hasta olduğunuzda işleriniz için yardım isteme gibi)				,781

Çizelge 6.11’de Ağızdan Ağıza İletişim Ölçeği için gerçekleştirilen faktör analizi neticesinde ortaya çıkan faktör sayısı ve her bir faktörün açıkladığı varyans oranı gösterilmektedir. Buna göre; “Ağızdan Ağıza İletişimin Etki Düzeyi ve Görüş, Bilgi Aldığınız Kişinin Hizmetle İlgili Uzmanlık Düzeyi” faktörü varyansın %19,946’sını,

“Algıladığınız Risk Düzeyi” faktörü varyansın %17,390’ını, “Sizin Hizmetle İlgili Uzmanlık Düzeyiniz” faktörü varyansın %16,234’ünü, “Görüş, Bilgi Aldığınız Kişi ile Yakınlık Derecesi” faktörü ise varyansın %13,602’sini açıklamaktadır. Toplam açıklanan varyans ise %67,173’tür.

Çizelge 6.11: Ağızdan Ağıza İletişim Ölçeği Faktörleri ve Açıklanan Varyanslar

Faktörler	Başlangıç Özdeğerleri			Yüklerin Kareler Toplamı			Döndürme Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans	Kümülatif	Toplam	Varyans	Kümülatif	Toplam	Varyans	Kümülatif
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
1	5,092	31,822	31,822	5,092	31,822	31,822	3,191	19,946	19,946
2	2,478	15,486	47,309	2,478	15,486	47,309	2,782	17,390	37,337
3	1,773	11,079	58,387	1,773	11,079	58,387	2,597	16,234	53,571
4	1,406	8,786	67,173	1,406	8,786	67,173	2,176	13,602	67,173

Geçerlilik analizi neticesinde ölçeğe ilişkin faktörlerin ortaya çıkmasının ardından, her bir faktöre ilişkin güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir. Çizelge 6.12’den görüldüğü üzere; AAİED-GBAKHIUD faktörünün güvenilirliği 0,832; ARD faktörünün güvenilirliği 0,835; SHİUD faktörünün güvenilirliği 0,844; GBAKYD faktörünün güvenilirliği ise 0,790 şeklinde tespit edilmiştir. Elde edilen neticelere göre, her bir faktörün güvenilirlik değerleri yeterli ve yüksek durumdadır.

Çizelge 6.12: Ağızdan Ağıza İletişim Ölçeği Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Faktör	Güvenilirlik
AAİED-GBAKHIUD	0,832
ARD	0,835
SHİUD	0,844
GBAKYD	0,790

Geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin ardından, ortaya çıkan her bir faktöre ilişkin tanımlayıcı değerler hesaplanmıştır.

Çizelge 6.13’te, AAİED-GBAKHIUD faktörü için tanımlayıcı değerler sunulmaktadır. Buna göre faktörün ortalaması $X=3,4230$ ’dur. Katılımcılar bu faktörde en yüksek değeri $X=3,5724$ ile “Bilgi aldığınız kişinin satın aldığınız sağlık hizmetinin özellikleri, fiyatı, diğer hizmet alternatifleri vb. ile ilgili sahip olduğu bilgi düzeyi.” maddesine vermişlerdir. Katılımcılar en düşük değeri ise $X=3,3103$ ile “Bilgi aldığınız kişinin satın aldığınız sağlık hizmetinin daha önce düşünmediğiniz yönlerini ortaya çıkarma düzeyi” maddesine vermişlerdir.

Çizelge 6.13: AAİED-GBAKHIUD Faktörü İçin Tanımlayıcı Değerler

No	Madde	Sayı	Min.	Maks.	Ort.	SH Ort.	SS
4	Bilgi aldığınız kişinin satın aldığınız sağlık hizmetinin özellikleri, fiyatı, diğer hizmet alternatifleri vb. ile ilgili sahip olduğu bilgi düzeyi.	290	1,00	5,00	3,5724	,04823	,82138
6	Bilgi aldığınız kişinin kullanıcı olarak bu hizmetle ilgili deneyimi.	290	1,00	5,00	3,5483	,05027	,85613
14	Satın aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili bilgi aldığınız kişiden elde ettiğiniz bilginin miktarı	290	1,00	5,00	3,3379	,04542	,77344
15	Bilgi aldığınız kişinin satın aldığınız sağlık hizmetinin daha önce düşünmediğiniz yönlerini ortaya çıkarma düzeyi	290	1,00	5,00	3,3103	,04712	,80239
16	Bilgi aldığınız kişinin bu sağlık hizmetiyle ilgili satın alma kararı vermenizdeki yardım düzeyi	290	1,00	5,00	3,3759	,04451	,75796
17	Bilgi aldığınız kişinin bu hizmeti satın almanızdaki etkisi	290	1,00	5,00	3,3931	,04440	,75603
	AAİED-GBAKHIUD	290	1,67	5,00	3,4230	,03443	,58628

Çizelge 6.14’te, ARD faktörü için tanımlayıcı değerler sunulmaktadır. Buna göre faktörün ortalaması $X=3,3147$ ’dir. Katılımcılar bu faktörde en yüksek değeri $X=3,4172$ ile “Satın almadan önce bu hizmetin verebileceği fiziksel zarar nedeniyle duyduğunuz kaygı düzeyi (sağlığı olumsuz yönde etkileme gibi)” maddesine vermişlerdir. Katılımcılar en düşük değeri ise $X=3,1655$ ile “Satın almadan önce bu sağlık hizmetinin teknik olarak karmaşık olması nedeniyle duyduğunuz kaygı düzeyi” maddesine vermişlerdir.

Çizelge 6.14: ARD Faktörü İçin Tanımlayıcı Değerler

No	Madde	Sayı	Min.	Maks.	Ort.	SH Ort.	SS
10	Satın almadan önce bu sağlık hizmetinin parasal külfeti nedeniyle duyduğunuz kaygı düzeyi	290	1,00	5,00	3,3207	,05914	1,00720
11	Satın almadan önce bu sağlık hizmetinin performansı (hizmetin hızı, kalitesi gibi) ile ilgili duyduğunuz kaygı düzeyi	290	1,00	5,00	3,3552	,05175	,88121
12	Satın almadan önce bu hizmetin verebileceği fiziksel zarar nedeniyle duyduğunuz kaygı düzeyi (sağlığı olumsuz yönde etkileme gibi)	290	1,00	5,00	3,4172	,05597	,95308
13	Satın almadan önce bu sağlık hizmetinin teknik olarak karmaşık olması nedeniyle duyduğunuz kaygı düzeyi	290	1,00	5,00	3,1655	,05613	,95587
	ARD	290	1,00	5,00	3,3147	,04566	,77755

Çizelge 6.15’te, SHİUD faktörü için tanımlayıcı değerler sunulmaktadır. Buna göre faktörün ortalaması $X=2,9977$ ’dir. Katılımcılar bu faktörde en yüksek değeri

X=3,1897 ile “Satın aldığınız sağlık hizmetinin özellikleri, fiyatı, farklı alternatifler vb. ile ilgili sahip olduğunuz bilgi düzeyi” maddesine vermişlerdir. Katılımcılar en düşük değeri ise X=2,8172 ile “Satın aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili uzmanlık düzeyiniz” maddesine vermişlerdir.

Çizelge 6.15: SHİUD Faktörü İçin Tanımlayıcı Değerler

No	Madde	Sayı	Min.	Maks.	Ort.	SH Ort.	SS
7	Satın aldığınız sağlık hizmetinin özellikleri, fiyatı, farklı alternatifler vb. ile ilgili sahip olduğunuz bilgi düzeyi	290	1,00	5,00	3,1897	,05036	,85763
8	Satın aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili deneyiminiz	290	1,00	5,00	2,9862	,05306	,90356
9	Satın aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili uzmanlık düzeyiniz	290	1,00	5,00	2,8172	,05731	,97603
	SHİUD	290	1,00	5,00	2,9977	,04686	,79792

Çizelge 6.16’da, GBAKYD faktörü için tanımlayıcı değerler sunulmaktadır. Buna göre faktörün ortalaması X=3,0977’dir. Katılımcılar bu faktörde en yüksek değeri X=3,1759 ile “Bilgi aldığınız kişiyle bos zamanlarınızı birlikte geçirme düzeyiniz” maddesine vermişlerdir. Katılımcılar en düşük değeri ise X=2,9621 ile “Bilgi aldığınız kişiyle kişisel bir sırrınızı paylaşma düzeyiniz” maddesine vermişlerdir.

Çizelge 6.16: GBAKYD Faktörü İçin Tanımlayıcı Değerler

No	Madde	Sayı	Min.	Maks.	Ort.	SH Ort.	SS
1	Bilgi aldığınız kişiyle kişisel bir sırrınızı paylaşma düzeyiniz	290	1,00	5,00	2,9621	,06632	1,12932
2	Bilgi aldığınız kişiyle bos zamanlarınızı birlikte geçirme düzeyiniz	290	1,00	5,00	3,1759	,05613	,95583
3	Bilgi aldığınız kişiden gerektiğinde yardım isteme düzeyiniz (Hasta olduğunuzda işleriniz için yardım isteme gibi)	290	1,00	5,00	3,1552	,05903	1,00521
	GBAKYD	290	1,00	5,00	3,0977	,05087	,86632

6.3 Hipotez Testleri

Yapılan faktör ve güvenilirlik analizlerinin ardından, yöntem bölümünde belirtilmiş olan araştırma hipotezleri aşağıdaki gibi değişmiştir:

H1 = Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

H1a = Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, cinsiyet değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H1b = Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, yaş grubu değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H1c = Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H1d = Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, medeni durum değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H2 = Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

H2a = Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, cinsiyet değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H2b = Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, yaş grubu değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H2c = Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H2d = Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, medeni durum değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H3 = Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

H3a = Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, cinsiyet değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H3b = Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, yaş grubu değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H3c = Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H3d = Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, medeni durum değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H4 = Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

H4a = Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, cinsiyet değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H4b = Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, yaş grubu değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H4c = Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmaktadır.

H4d = Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, medeni durum değişkenine göre farklılaşmaktadır.

Yukarıda ifade edilen hipotezlerin sınanması hususunda; iki değişken grubu bulunan değişkenler için Bağımsız T Testi'nden, ikiden fazla değişken grubu bulunan değişkenler için ise ANOVA Testi'nden faydalanılmıştır.

Araştırma kapsamında ilk olarak ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi (AAİED-GBAKHİUD) faktörüne yönelik hipotez testleri gerçekleştirilmiştir. Bu faktöre ilişkin ana hipotez “*H1 = Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.*” şeklindedir.

AAİED-GBAKHİUD faktörüne verilen yanıtlar arasında cinsiyet değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmek üzere Bağımsız T Testi gerçekleştirilmiştir. Çizelge 6.17’de görüldüğü üzere, cinsiyet değişkenine göre gerçekleştirilen Bağımsız T Testi neticesinde, $p < 0,05$ olduğundan, kadın ve erkek katılımcıların AAİED-GBAKHİUD faktörü için vermiş oldukları yanıtlar arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($t=5,432$; $p < 0,05$). Bu doğrultuda, “*H1a = Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, cinsiyet değişkenine göre farklılaşmaktadır.*” hipotezi kabul edilmiştir. Kadın katılımcıların AAİED-

GBAKHIUD faktörü için vermiş oldukları yanıtların ortalaması ($X=3,5676$), erkek katılımcıların vermiş oldukları yanıtların ortalamasından ($X=3,2029$) daha yüksektir.

Çizelge 6.17: Cinsiyet Değişkenine Göre AAİED-GBAKHIUD Faktörü İçin Bağımsız T Testi Sonuçları

Faktör	Cinsiyet	Sayı	Ort.	SS	SH Ort.	t	t Testi sd	p
AAİED-GBAKHIUD	Kadın	175	3,5676	0,56705	0,04287			
	Erkek	115	3,2029	0,54736	0,05104	5,432	288	0,000

AAİED-GBAKHIUD faktörüne verilen yanıtlar arasında yaş grubu değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmek üzere ANOVA Testi gerçekleştirilmiştir. Çizelge 6.18’de görüldüğü üzere, yaş grubu değişkenine göre gerçekleştirilen ANOVA Testi neticesinde, $p<0,05$ olduğundan, AAİED-GBAKHIUD faktörü için verilmiş olan yanıtlar arasında yaş grubu değişkeni bakımından anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($F=2,517$; $p<0,05$). Farklılığın nedenini tespit etmek üzere Tukey post hoc testi kullanılmıştır. Gerçekleştirilen analiz sonucunda, ortalamalar arasında bulunan farklılığın, yaş gruplarında yer alan kişi sayılarının denkleştirilmesi ile birlikte, istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu doğrultuda, “*H1b = Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, yaş grubu değişkenine göre farklılaşmaktadır.*” hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 6.18: Yaş Grubu Değişkenine Göre AAİED-GBAKHIUD Faktörüne İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

Faktör	Yaş Grubu	Sayı	Ort.	SS	ANOVA Sonuçları					
					Var. K.	KT	sd	OK	F	p
AAİED-GBAKHIUD	18-25	17	3,1078	0,61785	G. Arası	3,389	4	0,847	2,517	0,042
	26-35	37	3,2928	0,56301						
	36-45	126	3,5146	0,57388	G. İçi	95,947	285	0,337		
	46-55	81	3,4115	0,54140						
	56 ve üzeri	29	3,4080	0,70230	Toplam	99,336	289			
	Toplam	290	3,4230	0,58628						

AAİED-GBAKHIUD faktörüne verilen yanıtlar arasında eğitim düzeyi değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmek üzere ANOVA Testi gerçekleştirilmiştir. Çizelge 6.19’da görüldüğü üzere, eğitim düzeyi değişkenine göre gerçekleştirilen ANOVA Testi neticesinde, $p<0,05$

olduğundan, AAİED-GBAKHIUD faktörü için verilmiş olan yanıtlar arasında eğitim düzeyi değişkeni bakımından anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($F=6,412$; $p<0,05$).

Çizelge 6.19: Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre AAİED-GBAKHIUD Faktörüne İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

Faktör	Eğitim Düzeyi	Sayı	Ort.	SS	ANOVA Sonuçları					
					Var. K.	KT	sd	OK	F	p
AAİED-GBAKHIUD	İlköğretim	23	3,0652	0,76002	G. Arası	8,201	4	2,05	6,412	0,000
	Lise	57	3,2193	0,60353						
	Ön Lisans	24	3,3264	0,45968	G. İçi	91,134	285	0,32		
	Lisans	143	3,5490	0,54451						
	Lisansüstü	43	3,5194	0,51333	Toplam	99,336	289			
	Toplam	290	3,4230	0,58628						

Farklılığın nedenini tespit etmek üzere Tukey post hoc testi kullanılmıştır. Buna göre, ilköğretim mezunu olan katılımcılar ile lisans mezunu olan ve lisansüstü mezunu olan katılımcılar arasında, ayrıca lise mezunu olan katılımcılar ile lisans mezunu olan katılımcılar arasında verilen yanıtlar bakımından anlamlı farklılıklar tespit edilmiş olduğu görülmektedir. İlköğretim mezunu olan katılımcılar ($X=3,0652$), lisans mezunu olan katılımcılar ($X=3,5490$) ve lisansüstü mezunu olan katılımcılara ($X=3,5194$) göre daha düşük yanıtlar vermişlerdir. Ayrıca, lise mezunu olan katılımcılar ($X=3,2193$), lisans mezunu olan katılımcılara ($X=3,5490$) göre daha düşük yanıtlar vermişlerdir. Bu doğrultuda, “*H1c = Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmaktadır.*” hipotezi kabul edilmiştir.

AAİED-GBAKHIUD faktörüne verilen yanıtlar arasında medeni durum değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmek üzere Bağımsız T Testi gerçekleştirilmiştir. Çizelge 6.20’de görüldüğü üzere, medeni durum değişkenine göre gerçekleştirilen Bağımsız T Testi neticesinde, $p>0,05$ olduğundan, bekâr ve evli katılımcıların AAİED-GBAKHIUD faktörü için vermiş oldukları yanıtlar arasında anlamlı farklılıklara rastlanmamıştır ($t=1,677$; $p>0,05$). Bu doğrultuda, “*H1d = Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız*

kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, medeni durum değişkenine göre farklılaşmaktadır.” hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 6.20: Medeni Durum Değişkenine Göre AAİED-GBAKHIUD Faktörü İçin Bağımsız T Testi Sonuçları

Faktör	Medeni Durum	Sayı	Ort.	SS	SH Ort.	t	t Testi sd	p
AAİED-GBAKHIUD	Bekâr	86	3,5116	0,57949	0,06249	1,677	288	0,095
	Evli	204	3,3856	0,58651	0,04106			

İkinci olarak; görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi (GBAKYD) faktörüne yönelik hipotez testleri gerçekleştirilmiştir. Bu faktöre ilişkin ana hipotez “*H2 = Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.”* şeklindedir.

GBAKYD faktörüne verilen yanıtlar arasında cinsiyet değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmek üzere Bağımsız T Testi gerçekleştirilmiştir. Çizelge 6.21’de görüldüğü üzere, cinsiyet değişkenine göre gerçekleştirilen Bağımsız T Testi neticesinde, $p < 0,05$ olduğundan, kadın ve erkek katılımcıların GBKAYD faktörü için vermiş oldukları yanıtlar arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($t=3,420$; $p < 0,05$). Bu doğrultuda, “*H2a = Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, cinsiyet değişkenine göre farklılaşmaktadır.”* hipotezi kabul edilmiştir. Kadın katılımcıların GBKAYD faktörü için vermiş oldukları yanıtların ortalaması ($X=3,2362$), erkek katılımcıların vermiş oldukları yanıtların ortalamasından ($X=2,8870$) daha yüksektir.

Çizelge 6.21: Cinsiyet Değişkenine Göre GBKAYD Faktörü İçin Bağımsız T Testi Sonuçları

Faktör	Cinsiyet	Sayı	Ort.	SS	SH Ort.	t	t Testi sd	p
GBKAYD	Kadın	175	3,2362	0,87688	0,06629	3,420	288	0,001
	Erkek	115	2,8870	0,80917	0,07546			

GBKAYD faktörüne verilen yanıtlar arasında yaş grubu değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmek üzere ANOVA Testi gerçekleştirilmiştir. Çizelge 6.22’de görüldüğü üzere, yaş grubu değişkenine göre gerçekleştirilen ANOVA Testi neticesinde, $p > 0,05$ olduğundan, GBKAYD faktörü için verilmiş olan yanıtlar arasında yaş grubu değişkeni bakımından anlamlı

farklılıklara rastlanmamıştır ($F=0,970$; $p>0,05$). Bu doğrultuda, “ $H2b = \text{Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, yaş grubu değişkenine göre farklılaşmaktadır.}$ ” hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 6.22: Yaş Grubu Değişkenine Göre GBAKYD Faktörüne İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

Faktör	Yaş Grubu	Sayı	Ort.	SS	ANOVA Sonuçları					
					Var. K.	KT	sd	OK	F	p
GBAKYD	18-25	17	3,0588	1,01540	G. Arası	2,913	4	0,728	0,970	0,424
	26-35	37	3,0721	0,72918						
	36-45	126	3,2063	0,87621	G. İçi	213,986	285	0,751		
	46-55	81	2,9753	0,81952						
	56 ve üzeri	29	3,0230	1,01156	Toplam	216,898	289			
	Toplam	290	3,0977	0,86632						

GBAKYD faktörüne verilen yanıtlar arasında eğitim düzeyi değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmek üzere ANOVA Testi gerçekleştirilmiştir. Çizelge 6.23’te görüldüğü üzere, eğitim düzeyi değişkenine göre gerçekleştirilen ANOVA Testi neticesinde, $p<0,05$ olduğundan, GBAKYD faktörü için verilmiş olan yanıtlar arasında eğitim düzeyi değişkeni bakımından anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($F=3,396$; $p<0,05$).

Çizelge 6.23: Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre GBAKYD Faktörüne İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

Faktör	Eğitim Düzeyi	Sayı	Ort.	SS	ANOVA Sonuçları					
					Var. K.	KT	sd	OK	F	p
GBAKYD	İlköğretim	23	2,8261	0,95277	G. Arası	9,866	4	2,467	3,396	0,010
	Lise	57	3,0351	0,70058						
	Ön Lisans	24	2,7500	0,81205	G. İçi	207,032	285	0,726		
	Lisans	143	3,2681	0,90492						
	Lisansüstü	43	2,9535	0,81838	Toplam	216,898	289			
	Toplam	290	3,0977	0,86632						

Farklılığın nedenini tespit etmek üzere Tukey post hoc testi kullanılmıştır. Ön lisans mezunu olan katılımcılar ile lisans mezunu olan katılımcılar arasında verilen yanıtlar bakımından anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Ön lisans mezunu olan katılımcılar ($X=2,7500$), lisans mezunu olan katılımcılara ($X=3,2681$) göre daha düşük yanıtlar vermişlerdir. Bu doğrultuda, “ $H2c =$ Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmaktadır.” hipotezi kabul edilmiştir.

GBAKYD faktörüne verilen yanıtlar arasında medeni durum değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmek üzere Bağımsız T Testi gerçekleştirilmiştir. Çizelge 6.24’te görüldüğü üzere, medeni durum değişkenine göre gerçekleştirilen Bağımsız T Testi neticesinde, $p>0,05$ olduğundan, bekâr ve evli katılımcıların GBAKYD faktörü için vermiş oldukları yanıtlar arasında anlamlı farklılıklara rastlanmamıştır ($t=1,677$; $p>0,05$). Bu doğrultuda, “ $H2d =$ Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, medeni durum değişkenine göre farklılaşmaktadır.” hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 6.24: Medeni Durum Değişkenine Göre GBAKYD Faktörü İçin Bağımsız T Testi Sonuçları

Faktör	Medeni Durum	Sayı	Ort.	SS	SH Ort.	t Testi		
						t	sd	p
GBAKYD	Bekâr	86	3,2287	0,90930	0,09805	1,677	288	0,095
	Evli	204	3,0425	0,84376	0,05907			

Üçüncü olarak; sizin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyiniz (SHİUD) faktörüne yönelik hipotez testleri gerçekleştirilmiştir. Bu faktöre ilişkin ana hipotez “ $H3 =$ Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.” şeklindedir.

SHİUD faktörüne verilen yanıtlar arasında cinsiyet değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmek üzere Bağımsız T Testi gerçekleştirilmiştir. Çizelge 6.25’te görüldüğü üzere, cinsiyet değişkenine göre gerçekleştirilen Bağımsız T Testi neticesinde, $p>0,05$ olduğundan, kadın ve erkek katılımcıların SHİUD faktörü için vermiş oldukları yanıtlar arasında anlamlı farklılıklara rastlanmamıştır ($t=0,561$; $p>0,05$). Bu doğrultuda, “ $H3a =$ Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, cinsiyet değişkenine göre farklılaşmaktadır.” hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 6.25: Cinsiyet Değişkenine Göre SHİUD Faktörü İçin Bağımsız T Testi Sonuçları

Faktör	Cinsiyet	Sayı	Ort.	SS	SH Ort.	t Testi		
						t	sd	p
SHİUD	Kadın	175	3,0190	0,76122	0,05754	0,561	288	0,575
	Erkek	115	2,9652	0,85313	0,07955			

SHİUD faktörüne verilen yanıtlar arasında yaş grubu değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmek üzere ANOVA Testi gerçekleştirilmiştir. Çizelge 6.26’da görüldüğü üzere, yaş grubu değişkenine göre gerçekleştirilen ANOVA Testi neticesinde, $p > 0,05$ olduğundan, SHİUD faktörü için verilmiş olan yanıtlar arasında yaş grubu değişkeni bakımından anlamlı farklılıklara rastlanmamıştır ($F=0,983$; $p > 0,05$). Bu doğrultuda, “*H3b = Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, yaş grubu değişkenine göre farklılaşmaktadır.*” hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 6.26: Yaş Grubu Değişkenine Göre SHİUD Faktörüne İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

Faktör	Yaş Grubu	Sayı	Ort.	SS	ANOVA Sonuçları					
					Var. K.	KT	sd	OK	F	p
SHİUD	18-25	17	2,7059	1,20117	G. Arası	2,504	4	0,626	0,983	0,417
	26-35	37	3,1351	0,85872						
	36-45	126	3,0159	0,72524	G. İçi	181,494	285	0,637		
	46-55	81	2,9465	0,69613						
	56 ve üzeri	29	3,0575	0,98830	Toplam	183,998	289			
	Toplam	290	2,9977	0,79792						

SHİUD faktörüne verilen yanıtlar arasında eğitim düzeyi değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmek üzere ANOVA Testi gerçekleştirilmiştir. Çizelge 6.27’de görüldüğü üzere, eğitim düzeyi değişkenine göre gerçekleştirilen ANOVA Testi neticesinde, $p < 0,05$ olduğundan, SHİUD faktörü için verilmiş olan yanıtlar arasında yaş grubu değişkeni bakımından anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($F=4,680$; $p < 0,05$). Farklılığın nedenini tespit etmek üzere Tamhane’s T2 post hoc testi kullanılmıştır. Gerçekleştirilen analiz sonucunda, ortalamalar arasında bulunan farklılığın, eğitim düzeyi gruplarında yer alan kişi sayılarının denkleştirilmesi ile birlikte, istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu doğrultuda, “*H3c = Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi*

faktörüne verilen yanıtlar, eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmaktadır.” hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 6.27: Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre SHİUD Faktörüne İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

Faktör	Eğitim Düzeyi	Sayı	Ort.	SS	ANOVA Sonuçları					
					Var. K.	KT	sd	OK	F	p
SHİUD	İlköğretim	23	2,5217	1,12288	G. Arası	11,341	4	2,835	4,680	0,001
	Lise	57	2,7895	0,80087						
	Ön Lisans	24	3,1806	0,71546	G. İçi	172,657	285	0,606		
	Lisans	143	3,0559	0,69425						
	Lisansüstü	43	3,2326	0,82787	Toplam	183,998	289			
	Toplam	290	2,9977	0,79792						

SHİUD faktörüne verilen yanıtlar arasında medeni durum değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmek üzere Bağımsız T Testi gerçekleştirilmiştir. Çizelge 6.28’de görüldüğü üzere, medeni durum değişkenine göre gerçekleştirilen Bağımsız T Testi neticesinde, $p > 0,05$ olduğundan, bekâr ve evli katılımcıların SHİUD faktörü için vermiş oldukları yanıtlar arasında anlamlı farklılıklara rastlanmamıştır ($t = 1,594$; $p > 0,05$). Bu doğrultuda, “*H3d = Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, medeni durum değişkenine göre farklılaşmaktadır.*” hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 6.28: Medeni Durum Değişkenine Göre SHİUD Faktörü İçin Bağımsız T Testi Sonuçları

Faktör	Medeni Durum	Sayı	Ort.	SS	SH Ort.	t Testi		
						t	sd	p
SHİUD	Bekâr	86	3,1124	0,84112	0,09070	1,594	288	0,112
	Evli	204	2,9493	0,77604	0,05433			

Dördüncü olarak; algıladığınız risk düzeyi (ARD) faktörüne yönelik hipotez testleri gerçekleştirilmiştir. Bu faktöre ilişkin ana hipotez “*H4 = Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.*” şeklindedir.

ARD faktörüne verilen yanıtlar arasında cinsiyet değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmek üzere Bağımsız T Testi gerçekleştirilmiştir. Çizelge 6.29’da görüldüğü üzere, cinsiyet değişkenine göre

gerçekleştirilen Bağımsız T Testi neticesinde, $p>0,05$ olduğundan, kadın ve erkek katılımcıların ARD faktörü için vermiş oldukları yanıtlar arasında anlamlı farklılıklara rastlanmamıştır ($t=1,032$; $p>0,05$). Bu doğrultuda, “*H4a = Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, cinsiyet değişkenine göre farklılaşmaktadır.*” hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 6.29: Cinsiyet Değişkenine Göre ARD Faktörü İçin Bağımsız T Testi Sonuçları

Faktör	Cinsiyet	Sayı	Ort.	SS	SH Ort.	t Testi		
						t	sd	p
ARD	Kadın	175	3,3529	0,78060	0,05901	1,032	288	0,303
	Erkek	115	3,2565	0,77266	0,07205			

ARD faktörüne verilen yanıtlar arasında yaş grubu değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmek üzere ANOVA Testi gerçekleştirilmiştir. Çizelge 6.30’da görüldüğü üzere, yaş grubu değişkenine göre gerçekleştirilen ANOVA Testi neticesinde, $p>0,05$ olduğundan, ARD faktörü için verilmiş olan yanıtlar arasında yaş grubu değişkeni bakımından anlamlı farklılıklara rastlanmamıştır ($F=1,940$; $p>0,05$). Bu doğrultuda, “*H4b = Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, yaş grubu değişkenine göre farklılaşmaktadır.*” hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 6.30: Yaş Grubu Değişkenine Göre ARD Faktörüne İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

Faktör	Yaş Grubu	Sayı	Ort.	SS	ANOVA Sonuçları					
					Var. K.	KT	sd	OK	F	p
ARD	18-25	17	3,6324	1,16296	G. Arası	4,632	4	1,158	1,940	0,104
	26-35	37	3,2297	0,88854						
	36-45	126	3,2242	0,61386	G. İçi	170,093	285	0,597		
	46-55	81	3,4506	0,81913						
	56 ve üzeri	29	3,2500	0,82916	Toplam	174,725	289			
	Toplam	290	3,3147	0,77755						

ARD faktörüne verilen yanıtlar arasında eğitim düzeyi değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmek üzere ANOVA Testi gerçekleştirilmiştir. Çizelge 6.31’de görüldüğü üzere, eğitim düzeyi değişkenine göre gerçekleştirilen ANOVA Testi neticesinde, $p<0,05$ olduğundan, ARD faktörü için

verilmiş olan yanıtlar arasında yaş grubu değişkeni bakımından anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($F=2,850$; $p<0,05$).

Çizelge 6.31: Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre ARD Faktörüne İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

Faktör	Yaş Grubu	Sayı	Ort.	SS	ANOVA Sonuçları					
					Var. K.	KT	sd	OK	F	p
ARD	İlköğretim	23	2,9783	0,96799	G. Arası	6,721	4	1,680	2,850	0,024
	Lise	57	3,2500	0,95898						
	Ön Lisans	24	3,6979	0,56616	G. İçi	168,004	285	0,589		
	Lisans	143	3,3497	0,71277						
	Lisansüstü	43	3,2500	0,62440	Toplam	174,725	289			
	Toplam	290	3,3147	0,77755						

Farklılığın nedenini tespit etmek üzere Tamhane's T2 post hoc testi kullanılmıştır. Ön lisans mezunu katılımcılar ile ilköğretim mezunu ve lisansüstü mezunu olan katılımcılar arasında verilen yanıtlar bakımından anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Ön lisans mezunu olan katılımcılar ($X=3,6979$), ilköğretim mezunu olan katılımcılara ($X=2,9783$) ve lisansüstü mezunu olan katılımcılara ($X=3,2500$) göre daha yüksek yanıtlar vermişlerdir. Bu doğrultuda, "*H4c = Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmaktadır.*" hipotezi kabul edilmiştir.

ARD faktörüne verilen yanıtlar arasında medeni durum değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmek üzere Bağımsız T Testi gerçekleştirilmiştir. Çizelge 6.32'de görüldüğü üzere, medeni durum değişkenine göre gerçekleştirilen Bağımsız T Testi neticesinde, $p>0,05$ olduğundan, bekâr ve evli katılımcıların ARD faktörü için vermiş oldukları yanıtlar arasında anlamlı farklılıklara rastlanmamıştır ($t=1,942$; $p>0,05$). Bu doğrultuda, "*H4d = Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, medeni durum değişkenine göre farklılaşmaktadır.*" hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 6.32: Medeni Durum Değişkenine Göre ARD Faktörü İçin Bağımsız T Testi Sonuçları

Faktör	Medeni Durum	Sayı	Ort.	SS	SH Ort.	t Testi		
						t	sd	p
ARD	Bekâr	86	3,4506	0,69644	0,07510	1,942	288	0,053
	Evli	204	3,2574	0,80405	0,05629			

Çizelge 6.33’te, araştırma kapsamında test edilen hipotezler ve bu hipotezlerin sonuçları yansıtılmaktadır. Buna göre, toplam 16 hipotezin 5’i kabul edilirken, 11’i ise reddedilmiştir.

Çizelge 6.33: Hipotezler ve Sonuçları

No	Hipotez Cümlesi	Sonuç
H1a	Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, cinsiyet değişkenine göre farklılaşmaktadır	Kabul
H1b	Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, yaş grubu değişkenine göre farklılaşmaktadır.	Ret
H1c	Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmaktadır	Kabul
H1d	Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, medeni durum değişkenine göre farklılaşmaktadır	Ret
H2a	Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, cinsiyet değişkenine göre farklılaşmaktadır	Kabul
H2b	Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, yaş grubu değişkenine göre farklılaşmaktadır	Ret
H2c	Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmaktadır	Kabul
H2d	Görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar, medeni durum değişkenine göre farklılaşmaktadır	Ret
H3a	Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, cinsiyet değişkenine göre farklılaşmaktadır	Ret
H3b	Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, yaş grubu değişkenine göre farklılaşmaktadır	Ret
H3c	Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmaktadır	Ret
H3d	Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, medeni durum değişkenine göre farklılaşmaktadır	Ret
H4a	Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, cinsiyet değişkenine göre farklılaşmaktadır	Ret
H4b	Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, yaş grubu değişkenine göre farklılaşmaktadır	Ret
H4c	Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmaktadır	Kabul
H4d	Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar, medeni durum değişkenine göre farklılaşmaktadır	Ret

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnsan yaşamı açısından en önemli konulardan birini teşkil eden sağlık, hastalığın ya da sakatlığın olmayışı yanında kişinin beden, ruh ve sosyal açılardan tamamen iyilik halinde olmasıdır. Bu bağlamda insanların sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi ile hastalıkların tedavi edilmesi hususunda sağlık hizmetleri ortaya çıkmıştır.

Sağlık hizmetlerinde hizmeti verenler, hizmeti alanalar göre önemli bir bilgi üstünlüğüne sahiptir. Sağlık hizmetleri ertelenemez niteliktedir. Sağlık hizmetlerinde pek çok farklı görevde bulunan personelin bir takım çalışması söz konusu olmaktadır. Sağlık sektörü insan hayatıyla ilgili olduğundan, esas olarak sektörde kar amacı güdülmemektedir. Sağlık sektöründe hizmetin üretimi ile tüketimi eşanlı olarak yapılmakta olduğundan, verilen hizmetin kalitesinin ve verimliliğinin ölçülebilmesi, hizmeti alanların doyum seviyelerinin belirlenebilmesi oldukça güçtür.

Sağlık hizmetleri konusunda tüketiciler, satın alma kararı verirken başka insanlardan bilgi, görüş ve tavsiye alma yoluna başvurabilmektedirler. Bu doğrultuda, insanlar arasında ağızdan ağıza iletişim süreci ortaya çıkmaktadır. Başta sağlık sektörü olmak üzere ürün ve hizmet sektörlerinde insanlar, bir ürün veya hizmet hakkında bilgi toplarken, en güvenilir kaynaklardan birini diğer insanların deneyimledikleri ve aktardıkları bilgiler olarak algılama eğilimindedir. Ağızdan ağıza iletişim sürecinde ayrıca satın alma kararı vermek üzere bilgi toplarken zamandan ve paradan tasarruf sağlanmaktadır.

İnsanlar bir ürün veya hizmete ilişkin deneyimleri neticesinde o ürün veya hizmetten memnun kalırlarsa olumlu bir ağızdan ağıza iletişim sürecine girmektedirler. Ancak o ürün veya hizmetten memnun kalmamaları, dolayısıyla olumsuz deneyim yaşamaları durumunda ise olumsuz nitelikte ağızdan ağıza iletişim faaliyetlerinde bulunmaktadır. Genel olarak insanlar ağızdan ağıza iletişim vasıtasıyla elde edilen bilgileri daha güvenilir buldukları için, satın alma karar sürecinde olumlu ve olumsuz deneyimlerin büyük etkisi bulunmaktadır. Bu durum, özellikle sağlık sektörü gibi

tüketicilerin daha az bilgiye sahip oldukları hizmetler açısından oldukça büyük bir önem arz etmektedir.

Bu araştırma kapsamında da; sağlık hizmetleri pazarlamasında ağızdan ağıza iletişimin tüketicilerin satın alma kararları üzerindeki rolünün belirlenmesi ve bu rolün demografik değişkenler çerçevesinde farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda İstanbul Kartal Dragos Sahil Sitesi sakinleri ve İstanbul Süreyyapaşa Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi'nde 290 katılımcı ile bir anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %60'ı kadın, %40'ı ise erkektir. Katılımcıların %71,3'ü 36-55 yaş aralığında olup, %64,1'i en az lisans mezunudur. Katılımcıların %30'u bekar, %70'i ise evlidir. Katılımcıların %58'i 4.501 TL ve üzerinde gelire sahip olup, %63'ü memur olarak çalışmaktadır. Katılımcılar en çok 1. derece aile bireyleri, arkadaşları ve iş arkadaşlarından tavsiye ve bilgi almaktadır.

Ankette yer alan ağızdan ağıza iletişim ölçeğine ilişkin olarak gerçekleştirilen faktör analizi ve güvenilirlik analizi neticesinde; ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi (AAİED-GBAKHİUD), algıladığınız risk düzeyi (ARD), sizin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyiniz (SHİUD) ve görüş, bilgi aldığınız kişi ile yakınlık derecesi (GBAKYD) şeklinde dört faktör tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamında belirlenmiş olan hipotezlerin sınanması neticesinde 5 hipotez kabul edilirken, 11 hipotez ise reddedilmiştir. Ağızdan ağıza iletişimin etki düzeyi ve görüş, bilgi aldığınız kişinin hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar arasında cinsiyet ve eğitim düzeyi değişkenleri bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar saptanırken, yaş grubu ve medeni durum değişkenleri açısından ise anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Elde edilen bu sonuçlara göre; insanların evli veya bekâr olmaları sağlık hizmetleri konusunda satın alma kararı alırken ağızdan ağıza iletişimden faydalanma durumları üzerinde etkili değildir. Bununla birlikte kadınlar, erkeklere göre ağızdan ağıza iletişimden faydalanmaya daha fazla isteklidir. Ayrıca, genel olarak eğitim düzeyi arttıkça insanlar sağlık hizmetleri konusunda ağızdan ağıza iletişimden daha fazla yararlanma eğilimindedir. Bunun yanında yaş grubu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmiş olsa da, ileri düzey analizler neticesinde esasen bu farklılığın anlamlılık arz etmediği neticesine ulaşılmıştır. Dolayısıyla, insanların sağlık hizmetlerinde

ağızdan ağıza iletişimden faydalanma durumları yaşa göre değişiklik göstermemektedir.

Görüş, bilgi aldığımız kişi ile yakınlık derecesi faktörüne verilen yanıtlar arasında cinsiyet ve eğitim düzeyi değişkenleri bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar tespit edilirken, yaş grubu ve medeni durum değişkenleri açısından ise anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Elde edilen bu sonuçlara göre; insanların evli veya bekar olmaları ya da yaşları sağlık hizmetleri konusunda görüş, bilgi alınan kişiye güvenme ve itibar etme derecesi üzerinde etkili değildir. Bununla beraber kadınlar, erkeklere göre görüş, bilgi alınan kişiye daha fazla güvenme ve itibar etmektedir. Ayrıca, genel olarak eğitim düzeyi arttıkça insanların sağlık hizmetleri konusunda bilgi alınan kişiye daha fazla güvenme ve itibar etme eğiliminde oldukları ifade edilebilmektedir.

Hizmetle ilgili uzmanlık düzeyi faktörüne verilen yanıtlar arasında eğitim düzeyi değişkeni bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar tespit edilirken, cinsiyet, yaş grubu ve medeni durum değişkenleri açısından ise anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Elde edilen bu sonuçlara göre; insanların kadın veya erkek olmaları, evli veya bekâr olmaları ya da yaşları sağlık hizmetleri konusunda bireylerin sahip oldukları bilgi ve uzmanlık düzeyi üzerinde etkili değildir. Bunun yanında eğitim düzeyi değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmiş olsa da, ileri düzey analizler neticesinde esasen bu farklılığın anlamlılık arz etmediği neticesine ulaşılmıştır. Dolayısıyla, insanların sağlık hizmetleri hususunda sahip oldukları bilgi ve uzmanlık düzeyi, eğitim düzeyine göre de değişiklik göstermemektedir.

Algılanan risk düzeyi faktörüne verilen yanıtlar arasında eğitim düzeyi değişkeni bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar tespit edilirken, cinsiyet, yaş grubu ve medeni durum değişkenleri açısından ise anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Elde edilen bu sonuçlara göre; insanların kadın veya erkek olmaları, evli veya bekar olmaları ya da yaşları sağlık hizmetlerine yönelik algıladıkları risk düzeyi üzerinde etkili değildir. Bununla birlikte, eğitim düzeyi açısından ön lisans mezunu olan bireylerin, ilköğretim mezunu ve lisansüstü mezunu olanlara göre sağlık hizmetlerinde risk algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu çalışma yalnızca İstanbul ili Kartla ilçesinde sağlık hizmetlerinde faydalanmakta olan hastalar ve hasta yakınları ile belirli bir zaman dilimi için sınırlandırılmış olduğundan, elde edilen sonuçlar Türkiye’de tüm sağlık hizmetleri tüketicileri için genellenememektedir. Ancak bu çalışma, sağlık hizmetleri tüketicilerinin sağlık hizmeti satın alırken ağızdan ağıza iletişimden faydalanıp faydalanmama durumlarının tespiti açısından önemlilik arz etmekte ve literatüre katkıda bulunmaktadır.

İleride yapılacak olan çalışmalar için, farklı örneklem grupları üzerinde, farklı il ve ilçelerde, sağlık hizmetleri sınıflandırmasında yer alan belirli sağlık hizmetlerine yönelik olarak araştırmalar gerçekleştirilmesi önerilebilmektedir. Bununla birlikte, elektronik ağızdan iletişimin sağlık hizmetleri pazarlaması üzerindeki rolüne ilişkin çalışmalar da yapılabilir.

Sonuç olarak, ağızdan ağıza iletişimin sağlık hizmetleri pazarlaması ve sağlık hizmetleri satın alma sürecinde önemli bir role sahip olduğu ifade edilebilmektedir. Bu sebeple, sağlık hizmetleri pazarlaması gerçekleştiren sağlık kuruluşlarının, tüketicilere sundukları sağlık hizmetlerinde kalite ve güveni ön planda tutmaları ve sağlık hizmetleri tüketicilerinin memnuniyet düzeylerini artırıcı faaliyetlerde bulunmaları önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

- Akahn, G. ve Dilek, S.** (2007). Belirsizlik Altında Tüketicilerin Kararları. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 3(6), 33-48.
- Akar, E.** (2009). Pazarlama Bağlamında Geleneksel ve İnternette Ağızdan Ağıza İletişim: Kuramsal Bir Çerçeve. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (32), 113-134.
- Akar, Ç. ve Özalp, H.** (2002). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*. Ankara: Songür Yayıncılık.
- Akça, N.** (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Fiyatlandırma ve Hastane Hizmetlerinde Maliyete Dayalı Fiyatlandırma Modeline İlişkin Bir Örnek Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
- Akça-Ay, F.** (2013). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Akdoğan, C.** (2011). *Hizmet Pazarlamasında Kalite Anlayışı: Servqual ve Servperf Kalite Modellerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas, Türkiye.
- Akdur, R.** (1998). Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler, *Halk Sağlığı* içinde, 3-14. Ankara: Antıp A.Ş. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar.
- Akkılıç, M.E.** (2002). Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması ve Elazığ'daki Bazı Yataklı Tedavi Kuruluşlarında Bir Uygulama (Tüketicilere Yönelik Anket Uygulaması). *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(1), 203-218.
- Argan, M. ve Argan, M.T.** (2006). Viral Pazarlama veya İnternet Üzerinde Ağızdan Ağıza Reklam: Kuramsal Bir Çerçeve. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(2), 231-250.
- Asunakutlu, T.** (2004). *Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarında Kalite Yönetimi*. Nihai Rapor. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Ataklı, A. ve Dikmetaş, E.** (2001). *Sağlık Hizmetlerinde İletişim*. Ankara: Doğan Yayıncılık.
- Ateş, M.** (2012). Sağlık Hizmetleri, M. Ateş (Eds.), *Sağlık İşletmeciliği* içinde. İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Avcı, M. ve Teyyare, E.** (2012). Sağlık Sektöründe Yolsuzluk: Teorik Bir Değerlendirme. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(2), 199-221.
- Avcıkurt, C. ve Kutluk, A.** (2009). Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Müşterilerin Satın Alma Karar Süreçlerine Etkisi ve Bir Uygulama: İstanbul Seyahat Acenteleri Örneği. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(29), 613-622.
- Avcılar, M.Y.** (2005). Kişisel Etki Kaynakları ve Ağızdan Ağıza İletişim Ağı. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 19(2), 333-347.
- Aydın, K.** (2010). *Perakende Yönetiminin Temelleri*. 3. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

- Bansal, H.S. and Voyer, P.A.** (2000). Word of Mouth Processes within a Services Purchase Decision Context. *Journal of Services Research*, 3(2).
- Bıçakçı, G.** (1995). *Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması Hizmet Tüketicileri Olan Hastaların Sağlık Kuruluşlarından Beklentileri Üzerine Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum, Türkiye.
- Bilge, F.A. ve Göksu, N.** (2010). *Tüketici Davranışları*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Birgen, N.** (2008). *Enfeksiyonda Tıbbi Uygulama Hatalarına Adli Tıp Açısından Yaklaşım*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, No: 61, 235-254.
- Bozkurt, R.** (2003). *Süreç İyileştirme*. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları.
- Boztok, D., Gündoğdu, H.F., Ahsen, Ü. ve Korkmaz, F.** (2001). Sağlık Hizmetlerinin Etkinleşmesi İçin Temel İlke ve Politikalar. *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı II*, 40(2).
- Büyükbaykal, G.** (2002). Günümüzde Tutundurma Kavramı ve Önemi. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, (15), 529-533.
- Can, A.ve İbicioğlu, H.** (2008). Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(3), 253-275.
- Cengiz, E.** (2014). Sağlık Pazarlaması. *Uluslararası Hakemli Pazarlama ve Pazar Araştırmaları Dergisi*, 1(3), 1-13.
- Coşkun, G.** (2010). *Kurumsal Pazarlama ve Sosyal Sorumluluk*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Çatalca, H.** (2003). *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Çaylak, P. ve Tolon, M.** (2013). Ağızdan Ağıza Pazarlama ve Tüketicilerin Ağızdan Ağıza Pazarlamayı Kullanımları Bir Araştırma. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(3), 1-30.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E.** (2010). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 185-186.
- Çepni, B.** (2011). *Ağızdan Ağıza Pazarlama Kapsamında Demografik ve Sosyal Faktörlerin Üniversite Öğrencilerinin Sinema Filmi Tercihleri üzerindeki etkilerinin Belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon, Türkiye.
- Çepni, B. ve Keskin, D.** (2012). Ağızdan Ağıza Pazarlama Kapsamında Demografik ve Sosyal Faktörlerin Üniversite Öğrencilerinin Sinema Filmi Tercihleri Üzerindeki Etkilerinin Belirlenmesi. *Uluslararası Yönetim, İktisat ve İşletme Dergisi*, 8(16), 99-117.
- Deniz, R.B. ve Yozgat, U.** (2009). *Ağızdan Ağıza Pazarlamada Olumlu Ve Olumsuz Tavsiyelerin Tüketicilerin Satın Alma Kararları Üzerindeki Etkisini Ölçmeye Yönelik Üniversite Gençleri Üzerinde Bir Araştırma*. 14. Ulusal Pazarlama Kongresi, Bozok Üniversitesi 14- 17 Ekim 2009, Yozgat.
- Dinçer, Ö. ve Fidan, Y.** (2013). *İşletme Yönetimine Giriş*. İstanbul: Melisa Matbaacılık.
- Durmaz, Y.** (2008). *Tüketici Davranışı*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Ebedi, S.** (2014). *Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Sosyal Medyanın Yeri: Ankara İlinde Dört Özel Hastane Polikliniklerinde Bir Uygulama Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye.

- Ekiyor, A.** (2009). Hizmet Pazarlamasında Fiziksel Ortam ve Önemi: A Grubu Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 167-185.
- Er, Ü.** (2008). *Sağlık Hukuku*. Ankara: Savaş Yayınları.
- Eser, Z. ve Korkmaz, S.** (2011). *Pazarlamaya Giriş*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Frenzen, J. and Davis, H.L.** (1990). Purchasing Behavior in Embedded Markets. *Journal of Consumer Research*, 17, 1-12.
- Gilly, M.C., Graham, J.L., Wolfinbarger, M.F. and Yale, L.J.** (1998). A Dyadic Study of Interpersonal Information Search. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 26(2), 83-100.
- Gökmen, T.** (2014). *Sağlık Tüketicilerinin Satın Alma Kararları ve Ağızdan Ağıza Pazarlama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Türkiye.
- Grönroos, C.** (2010). *Service Management and Marketing*. London: John Wiley and Sons.
- Gülmez, M.** (2011). İnternet Üzerinde Ağızdan Ağıza Pazarlama Uygulama Örnekleri. *İnternet Uygulamaları ve Yönetimi Dergisi*, 2(1), 29-36.
- Günay, N.** (2014). *Tüketicilerin Hastane Seçiminde Ağızdan Ağıza İletişimin Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, Türkiye.
- İnan, E.A.** (2012). İnternet Çağında Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Yeniden Yükselişi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 26(2), 191-204.
- İslamoğlu, A.H.** (2000). *Pazarlama Yönetimi (Stratejik ve Global Yaklaşım)*. İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Karaca, Y.** (2010). *Tüketici Satın Alma Karar Sürecinde Ağızdan Ağıza Pazarlama*. İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Karaçor, S. ve Arkan, A.** (2014). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 8(2), 90-118.
- Karafakioğlu, M.** (1998). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları.
- Karafakioğlu, M.** (2009). *Pazarlama İlkeleri*, 3. Baskı. İstanbul: Literatür Yayınları.
- Kavuncubaşı, Ş.** (2001). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A.** (2009). *Sağlık Kurumları Yönetimi*, 3. Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Kesgin, C. ve Topuzoğlu, A.** (2006). Sağlığın Tanımı; Başa çıkma. *Journal of İstanbul Kültür University*, 4(3), 47-49.
- Kılıç, S. ve Aykut, G.** (2004). Tüketici Davranışları: İndirim Kartlarının Tüketici Satın Alma Karar Süreci Üzerindeki Etkisine Dair Ampirik Bir Çalışma. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(2), 147-163.
- Kılıçer, T.** (2006). *Tüketicilerin Satın Alma Kararlarında Ağızdan Ağıza İletişimin Etkisi: Anadolu Üniversitesi Öğretim Elemanları Üzerinde Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir, Türkiye.
- Kılıçer, T. ve Öztürk, S.A.** (2012). Tüketicilerin Satın Alma Kararlarında Ağızdan Ağıza İletişimin Etkisi: Eskişehir İlinde Bir Uygulama. *Tüketici Yazıları*, (3), 25-43.

- Koç, E.** (2008). *Tüketici Davranışı ve Pazarlama Stratejileri Global ve Yerel Yaklaşım*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Korkmaz, S., Eser, Z., Öztürk, S.A. ve Işın, F.B.** (2009). *Pazarlama, Kavramlar-İlkeler- Kararlar*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kotler, P.** (2000). *Marketing Management*, Millenium Edition. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Kurtulmuş, S.** (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Light, D.W.** (2002). *Health Care Markets: Theory and Practice*. New Jersey: Stratford.
- Marangoz, M.** (2007). Ağızdan Ağıza İletişimin Müşterilerin Satın Alma Davranışlarına Etkileri: Cep Telefonu Pazarına Yönelik Bir Araştırma. *Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(2), 395-412.
- Meyer, C.F.D. and Petzer, D.J.** (2014). Product Involvement and Online Word-of-Mouth in The South African Fast Food Industry. *Journal of Global Business and Technology*, 10(1), 16-24.
- Mucuk, İ.** (2010). *Pazarlama İlkeleri*, 18. Baskı. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Naldöken, Ü., Ekinci, H. ve Biçer, E.B.** (2011). Bir Devlet Hastanesinde Ek Ödeme Yapılmasının İşgören Motivasyonu Üzerindeki Etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 12(2), 283-295.
- O'cass, A. and Grace, D.** (2004). Service Brands and Communication Effects. *Journal of Marketing Communication*, 10, 241-254.
- Odabaşı, Y.** (1994). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Odabaşı, Y. ve Barış, G.** (2012). *Tüketici Davranışı*. İstanbul: MediaCat Kitapları.
- Odabaşı, Y. ve Oyman, M.** (2002). *Pazarlama İletişimi Yönetimi*. Eskişehir: MediaCat Kitapları.
- Odabaşı, Y. ve Oyman, M.** (2009). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, 2. Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Okumuş, A.** (2013). *Tüketici Davranışı Teorik ve Uygulamalı Bir Yaklaşım*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Orhaner, E.** (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 1-22.
- Öz, İ.D.** (2016). *The Effects of Word-of-Mouth Communication on Purchasing Decision in Healthcare Marketing*. Master Thesis, Bahçeşehir University Graduate School of Social Sciences, Istanbul, Turkey.
- 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 Mehmet Bey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16(26), 123-132.
- Öztek, Z.** (2001). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi*, 7(39), 60-64.
- Öztürk, Y.E. ve Özata, M.** (2010). *Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı*. Konya: Eğitim Kitabevi.
- Robinson, M.L., Whittington, F.B. and Cooper, P.D. (Eds.)** (1979). Marketing as Viewed by Hospital Administrators, in *Health Care Marketing: Issues and Trends*, 39-54. Germantown: Aspen Systems Corporation.
- Salman, N.A. ve Uydacı, M.** (2011). Butik Hastanelerde Pazarlama Stratejileri. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, 9(35), 45-50.

- Somunoğlu, S.** (1999). Kavramsal Açıdan Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 4(1), 51-62.
- Somunoğlu, S.** (2012). Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemleri, M. Tatar (Eds.), *Sağlık Kurumları Yönetimi-I* içinde. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Sözen, C. ve Özdevecioğlu, M.** (2002). *Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Spalton, P.** (2015). *İş Hayatının Sırları: Pazarlama Sırları*, A. Babacan (Çev.). İstanbul: NTV Yayınları.
- Sümer, S. ve Eser, Z.** (2006). Pazarlama Karması Elemanlarının Evrimi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(1), 165-186.
- Şimşek, Ö.** (2009). *Ağızdan Ağıza İletişimin Satın Alma Kararı Üzerindeki Etkisi-Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum, Türkiye.
- Tek, Ö.B.** (1991). *Pazarlama: İlkeler ve Uygulamalar*. İzmir: Memleket Matbaacılık.
- Tek, Ö.B. ve Özgül, E.** (2008). *Modern Pazarlama İlkeleri Uygulamalı Yönetimsel Yaklaşım*. İzmir: Birleşik Matbaacılık.
- Tekin, V.N.** (2009). *Pazarlama İlkeleri, Politikalar-Stratejiler-Taktikler*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Temel, K. ve Akıncı, F.** (2013). *Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Reklam ve Sosyal Medyanın Rolü*. I. Uluslararası Acil tıp Teknisyenliği ve Teknikerliği (Paramedik) Kongresi, 23-24 Kasım 2013, Ankara.
- Tengilimoğlu, D.** (2000). Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi*, 55(1), 187-202.
- Tengilimoğlu, D.** (2012). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M.** (2012). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Torlak, Ö., Özmen, M., Uzkurt, C., Özdemir, Ş. ve Altunışık, R.** (2013). *Pazarlama İlkeleri*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Türkmendağ, N.** (2012). *Sağlık Kurumlarında Üretim Yönetimi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Türkiye.
- Usta H. ve Tengilimoğlu, D.** (2000). *Advertisement in Healthcare and A Case Study on Patients' Opinions Towards Healthcare Advertisement*. 1st National Health Administration Congress, 20-21 May 2000, Hacettepe University, Ankara.
- Uygun, M., Taner, Ö.Ö. ve Özbay, S.** (2011). Tüketicilerin Hizmet Deneyimleri ile Ağızdan Ağıza İletişim Davranışları Arasındaki İlişkiler. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 3(2), 331-342.
- Uzunal, B. ve Uydacı, M.** (2010). Sağlık Kurumlarında Ağızdan Ağıza Pazarlama ve Bir Pilot Çalışma. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, (34), 87-95.
- Üner, M.** (1994). Hizmet Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir mi?. *Pazarlama Dünyası*, 8(43), 3-11.
- Yeniçeri, T., Yaraş, E. ve Zengin, A.Y.** (2010). İndirimli Mağazalarda Müşteri Satın Alma Değeri, Müşteri Memnuniyeti, Ağızdan Ağıza İletişim ve Müşteri Sadakati İlişkisi. *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (20), 367-386.

- Yılmaz, E.** (2011). Sağlık Hizmetlerinde Ağızdan Ağıza Pazarlama. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*, (1), 1-18.
- Yozgat, U. ve Deniz, R.B.** (2011). Olumlu ve Olumsuz Tavsiyelerin Tüketicilerin Ürün Satın Alma Kararları Üzerindeki Etkisini Ölçmeye Yönelik Üniversite Gençleri Üzerinde Bir Araştırma. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, (7), 43-63.
- Yükselen, C.** (2003). *Pazarlama İlkeler-Yönetim*. Ankara: Detay Yayıncılık.



EKLER

ANKET FORMU

Bu anket formu, İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü öğrencisi Hülya Orak tarafından “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Ağızdan Ağıza İletişimin Tüketici Satın Alma Kararı Üzerindeki Rolü” isimli yüksek lisans çalışmasında faydalanılmak için hazırlanmıştır. Anket formunda yer alan sorulara/ifadelere vereceğiniz yanıtlar sadece akademik maksatlı olarak değerlendirilecektir. Çalışmaya yaptığınız katkılar için teşekkür ederiz.

A. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1) Cinsiyetiniz?

☐ Kadın ☐ Erkek

2) Yaşınız?

☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 56 ve üzeri

3) Eğitim Durumunuz?

☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Ön lisans
☐ Lisans ☐ Lisans Üstü

4) Medeni Durumunuz?

☐ Bekâr ☐ Evli

5) Ailenizin Ortalama Aylık Geliri?

☐ 1500 TL ve altı ☐ 1501 TL - 3000 TL ☐ 3001 TL - 4500 TL
☐ 4501 TL - 6000 TL ☐ 6001 TL ve üzeri

6) Mesleğiniz?

☐ Öğrenci ☐ Ev hanımı ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Serbest Meslek
☐ Özel Sektör Çalışanı ☐ Emekli ☐ Çalışmıyor ☐ Diğer

7) Bir ürünü/hizmeti satın almadan önce çevrenizdeki insanlardan tavsiye alırmısınız?

☐ Evet

☐ Hayır

Aşağıdaki ifadeleri lütfen sağlık ürünleri/hizmetleri temelinde cevaplandırınız.

8) Tecrübe, bilgi, tavsiye veya görüşleri dikkate alarak sağlık ürünü/hizmeti satın alırmısınız?

☐ Evet

☐ Hayır

9)Tavsiye, bilgi aldığınız ve tecrübesini paylaştığınız kişi ile yakınlığınız?

☐ 1. Derece Aile bireyi (Anne, baba, kardeş) ☐ Eş ☐ Akraba ☐

Komşu

☐ Arkadaş ☐ İş arkadaşı ☐ İlk kez tanıştığım / karşılaştığım kişi ☐

Ünlüler

B. AĞIZDAN AĞIZA İLETİŞİMİN TÜKETİCİ SATIN ALMA KARARINDAKİ ROLÜNE İLİŞKİN ÖLÇEK

Aşağıdaki ifadeler ile ilgili olarak lütfen size en uygun olduğunu düşündüğünüz katılma derecesini işaretleyiniz.

Ağızdan ağıza iletişimin tüketici satın alma kararındaki rolü üzerine ifadeler	Hiç Yok	Düşük	Orta Düzeyde	Yüksek	Çok Yüksek
Görüş, Bilgi Aldığınız Kişi ile Yakınlık Derecesi					
Bilgi aldığınız kişiyle kişisel bir sırrınızı paylaşma düzeyiniz					
Bilgi aldığınız kişiyle boş zamanlarınızı birlikte geçirme düzeyiniz					
Bilgi aldığınız kişiden gerektiğinde yardım isteme düzeyiniz (Hasta olduğunuzda işleriniz için yardım isteme gibi)					
Görüş, Bilgi Aldığınız Kişinin Hizmetle İlgili Uzmanlık Düzeyi					
Bilgi aldığınız kişinin satın aldığınız sağlık hizmetinin özellikleri, fiyatı, diğer hizmet alternatifleri vb. ile ilgili sahip olduğu bilgi düzeyi.					

Bilgi aldığınız kişinin bu hizmetle ilgili eğitim/uzmanlık düzeyi.					
Bilgi aldığınız kişinin kullanıcı olarak bu hizmetle ilgili deneyimi.					
Sizin Hizmetle İlgili Uzmanlık Düzeyiniz					
Satın aldığınız sağlık hizmetinin özellikleri, fiyatı, farklı alternatifler vb. ile ilgili sahip olduğunuz bilgi düzeyi					
Satın aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili deneyiminiz					
Satın aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili uzmanlık düzeyiniz					
Algıladığınız Risk Düzeyi					
Satın almadan önce bu sağlık hizmetinin parasal külfeti nedeniyle duyduğunuz kaygı düzeyi					
Satın almadan önce bu sağlık hizmetinin performansı (hizmetin hızı, kalitesi gibi) ile ilgili duyduğunuz kaygı düzeyi					
Satın almadan önce bu hizmetin verebileceği fiziksel zarar nedeniyle duyduğunuz kaygı düzeyi (sağlığı olumsuz yönde etkileme gibi)					
Satın almadan önce bu sağlık hizmetinin teknik olarak karmaşık olması nedeniyle duyduğunuz kaygı düzeyi					
Ağızdan Ağıza İletişimin Etki Düzeyi					
Satın aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili bilgi aldığınız kişiden elde ettiğiniz bilginin miktarı					
Bilgi aldığınız kişinin satın aldığınız sağlık hizmetinin daha önce düşünmediğiniz yönlerini ortaya çıkarma düzeyi					
Bilgi aldığınız kişinin bu sağlık hizmetiyle ilgili satın alma kararı vermenizdeki yardım düzeyi					
Bilgi aldığınız kişinin bu hizmeti satın almanızdaki etkisi					



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

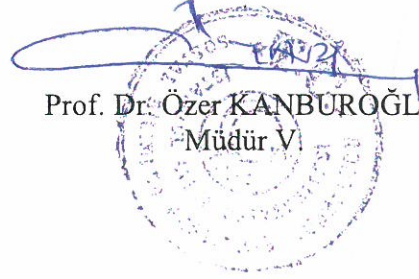
Sayı : 88083623-044-7716
Konu : Hülya ORAK'ın Etik Onay Hk.

07/12/2017

Sayın Hülya ORAK

Enstitümüz Y1112.040015 numaralı İşletme Anabilim Dalı İşletme Yönetimi tezli yüksek lisans programı öğrencilerinden Hülya ORAK'ın "SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINDA YÜZ YÜZE İLETİŞİMİN TÜKETİCİ SATIN ALMA KARARI ÜZERİNDEKİ ROLÜ" adlı tez çalışması gereği "Kişisel Bilgi Formu" ve "Yüz Yüze İletişimin Satın Alma Kararındaki Rolüne İlişkin" ile ilgili ölçeği 22.11.2017 tarih ve 2017/21 İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyon Kararı ile etik olarak uygun olduğuna karar verilmiştir. Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Özer KANBUROĞLU
Müdür V.



Evrak Doğrulamak İçin : <https://evrakdogrula.aydin.edu.tr/enVision.Dogrula/BelgeDogrulama.aspx?V=BELMFLAP>

Adres: Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy , 34295 Küçükçekmece / İSTANBUL
Telefon: 444 1 428
Elektronik Ağ: <http://www.aydin.edu.tr/>

Bilgi için: NESLİHAN KUBAL
Unvanı: Enstitü Sekreteri

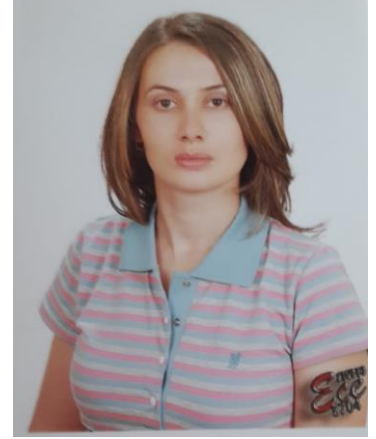


ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad: Hülya ORAK

Doğum Tarihi ve Yeri: 20.01.1979 – Eskişehir

E-posta: hulyaorak@hotmail.com



ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans:** 2009, Anadolu Üniversitesi, İktisat Fakültesi, Kamu Yönetimi
- **Lisans:** 2016, İstanbul Üniversitesi, AUZEF, Sağlık Yönetimi

MESLEKİ DENEYİM VE ÖDÜLLER:

- Sosyal Güvenlik Kurumu, Hemşire, 2001-Devam

TEZDEN TÜRETİLEN YAYINLAR, SUNUMLAR VE PATENTLER:

DİĞER YAYINLAR, SUNUMLAR VE PATENTLER: