

e-ISSN:2587-2168

Year: 2023
Vol: 9 Issue: 49
pp 1053-1065Article ID
67434
Arrival
30 December 2022
Published
28 March 2023**DOI NUMBER**
<http://dx.doi.org/10.29228/8/ideas.67434>**How to Cite This Article**
Gümüş, S. & Takalak, N. (2023). "Sağlık Sektöründe Çalışanların Markanın Oluşumunda İşlevleri ve Bir Araştırma", International Journal of Disciplines Economics & Administrative Sciences Studies, (e-ISSN:2587-2168), Vol:9, Issue:49; pp: 1053-1065International Journal of
Disciplines Economics &
Administrative Sciences Studies
is licensed under a Creative
Commons Attribution-
NonCommercial 4.0
International License.**Sağlık Sektöründe Çalışanların Markanın Oluşumunda İşlevleri ve Bir Araştırma****Functions of Health Personnel in the Formation of Brand in Healthcare Enterprises and a Research**Sefer Gümüş¹ Nejla Takalak² ¹ Dr. Öğr. Üyesi, Dr., İstanbul Esenyurt Üniversitesi, Meslek Yüksekokulu, E-Ticaret ve Pazarlama Bölümü, İstanbul, Türkiye
² Yüksek Lisans Öğrencisi., İstanbul Esenyurt Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, Türkiye**ÖZET**

Günümüzde sağlık işletmelerinde gerek küresel düzeyde gerekse ülke genelinde rekabetçi piyasa koşullarında kıyasıya bir yarış yaşanmaktadır. Sağlık işletmeleri bu rekabetçi piyasa koşullarında var olabilmek veya varlıklarını sürdürebilmek için markalaşma çalışmaları yapmak zorundadırlar. Gerek özel hastaneler gerekse kamu hastaneleri birer işletme olmaları nedeniyle markalaşma süreçlerini takip ederek gereken adımları atmaları markalaşma adına önem taşımaktadır. Markalaşma süreci içerisinde sağlık işletmelerinin müşteri konumundaki hastaların istek ve ihtiyaçlarını tespit etmeleri, hasta memnuniyetine önem vermeleri, sağlık hizmeti kalitesini ölçmeleri ve maksimum seviyeye çıkarmaları, sektördeki diğer sağlık işletmelerinden markalaşarak ayrışması gerekmektedir.

Bu çalışmada, sağlık işletmelerinde marka oluşumunda sağlık çalışanlarının rolü araştırılmış olup hastane yöneticileri, doktor, hemşire, ebe, laborant, teknisyen, yemekhane çalışanları, güvenlik görevlileri, temizlik personeli gibi hastane çalışanları ile 5'li likert ölçeğine göre hazırlanmış 54 sorudan oluşan anket çalışması yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Sağlık Sektörü, Hastane, Marka, Markalaşma**ABSTRACT**

Today, there is a fier competition in the competitive market conditions both at the global level and through out the country in healthcare businesses. Health businesses have to carry out branding studies in order to exist or to survive in the competitive market conditions. Since both private and public hospitals are businesses, it is important for branding to follow the branding processes and take the necessary steps. During the branding process, healthcare businesses need to identify the wishes and needs of patients as customers, give importance to patients satisfaction, measure and maximize the quality of healthcare services, and differentiate from other health care businesses in the sector by branding.

In this study, the role of healthcare professionals in brand formation in health care establishments has been investigated, and for the research study, hospital employees such as hospital managers, doctors, nurses, midwives, laboratory assistants, technicians, cafeteria employees, security guards, clean in g personnel are examined through 54 questions prepared according to a 5-point Likert scale survey.

Keywords: Health Services, Health Sector, Hospital, Brand, Branding**1. GİRİŞ**

Markalaşma kavramı M.Ö. 5000 yıllarına dayanmakta olup, ilk zamanlarda kişilerin kendilerine ait olan malları toplumdaki diğer kişiler tarafından da bilinsin diye yaşadıkları mağaralara sahip oldukları hayvan resimlerini çizmekle başlamıştır. M.Ö. 2000 yıllarında ise çiftlik sahipleri kendilerine ait hayvanlar başkaları tarafından sahiplenilmesin, diğer çiftçilerin hayvanlarıyla karışmasın, kaliteleri ayırt edilsin diye hayvanlarını kor halinde demirlerle damgalayarak markalama işlemini gerçekleştirmişlerdir. Bu dönemde alıcılar damgası olmayan çiftlik hayvanlarını tercih etmemişlerdir. Markalaşma küreselleşen dünyada ticaretin hızla gelişmesiyle birlikte giderek önem kazanmıştır. Küreselleşen piyasalarda ürün çeşitliliği artmış, ürün çeşitliliğinin artmasıyla birlikte piyasalarda rekabet hız kazanmıştır. Teknolojinin hızla gelişmesi, rekabetin artması, tüketicilerin ürün ve hizmet seçme şansını arttırmış, bu durum ise tüketici tercih ve taleplerinde değişikliklere sebep olmuştur. İşletmeler ben ürettiğim her mal ve hizmeti satarım anlayışından uzaklaşıp, müşteri istek ve ihtiyaçlarına yönelik kaliteli, markalaşmış mal ve hizmetler üretmeye başlamışlardır. Tüm bu gelişmelerden sonra sektörde varlığını devam ettirebilmeleri adına işletmeler için markalaşma çalışmaları bir zorunluluk haline gelmiştir. (Gümüş, 2015) Markalaşma çalışmaları öncelikle somut mallarda başlamış olup daha sonra hizmet sektöründe de görülmüştür. Hizmet sektörünün gelişimi A.B.D 'de 2. Dünya Savaşı'ndan sonra başlamış olup, dünyada ilk hizmet ekonomisi tarımda çalışan işçilerin hizmet sektörüne kaymasıyla birlikte ABD'de ortaya çıkmıştır.

2. HİZMET KAVRAMI VE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN ÖZELLİKLERİ

Hizmet sektörünün gelişimi, ilk olarak ABD 'de 2. Dünya savaşı'ndan sonra ortaya çıkmış olup, ABD dünyanın ilk hizmet ekonomisini oluşturmuştur. ABD 'de tarım sektöründe çalışan işçiler, hizmet sektörüne geçiş yapmışlar, 1950'lerde ise hizmet sektörünün gelişmesiyle birlikte ABD'de işgücü istihdamı yoğun olarak hizmet sektörüne kaymıştır. Zamanla gelişmiş ülkelerin ekonomileri tarım ve sanayi sektöründen, ağırlıklı

olarak hizmet sektörüne kaymıştır. Endüstri sektöründe kullanılan yönetim ve işletmecilik uygulamalarının hizmet sektöründe de kullanılmasıyla birlikte hizmet sektörü hızla gelişmeye başlamıştır.

Klasik iktisatçılar (Adam Smith, Karl Marks gibi) hizmet sektörünü ‘verimli olmayan faaliyetler’ olarak tanımlamışlardır ve bu görüş uzun yıllar benimsenmiştir. Ancak günümüzde hizmet sektörü gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin ekonomilerinde önemli bir paya sahiptir.

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramının ortaya çıkışı insanlık tarihi kadar eskidir. Sağlık kavramı ilk tanımlanmaya çalışıldığı zamanlarda; Hygiea sağlığı “sorumlu ve disiplinli yaşam sürme” olarak tanımlarken, Aesculap “hastalıkları yenme sanatı” olarak tanımlamış (Somunoğlu, 2012).

Sağlık kavramı; yaşanan toplu ölümler ve salgın hastalıklar, bu hastalıklar ve toplu ölümler sonucunda yapılan bilimsel araştırmalarda mikroorganizmaların ortaya çıkışı, bilimsel bakış açısının giderek değişmesi, hekimlik mesleğinin sürekli gelişmesi, bilimsel, teknolojik, sosyolojik gelişimler sonucunda sağlık kavramının tanımı da değişmiştir.

Sağlığın pozitif ve negatif tanımları yapılmıştır. Sağlığın pozitif tanımında; sağlık olması gereken, ideal bir durum olarak ele alınıp, kişilerin sosyal hayata katılabilmeleri, toplumla iyi ilişkiler kurabilmeleri, psikolojik ve fizyolojik olarak uyum içinde olmaları durumu ele alınır. Negatif sağlık tanımında ise hastalığın, patolojik bir durumun olmayışı ele alınır (Önder, (b.t)).

2.2. Sağlık Sektörünün Özellikleri

En genel tanımla sağlık hizmetleri; toplumun sağlığının korunması, hasta olanlarının tedavi edilmesi, rehabilitasyona ihtiyaç duyanların rehabilite edilmesidir.

“Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık hizmetlerini, belirli sağlık kuruluşlarında çeşitli sağlık personeli ile toplumun ihtiyaç ve isteklerine göre farklılaşan amaçları gerçekleştirmek ve böylelikle bireylerin ve toplumun sağlığını ilgilendiren her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinlikleri sunmak üzere ülke genelinde örgütlenmiş, yapılandırılmış kalıcı sistemdir, şeklinde tanımlamaktadır.” (Yıldırım, 2017)

Sağlık Hizmetlerinin amaçları:

- ✓ Bireylerin hasta olmasını önlemek için gerekli tedbirleri almak,
- ✓ Toplumun sağlık ve sağlıklı yaşam konusunda bilinçlendirmek,
- ✓ Hasta olan bireylerin tedavilerini gerçekleştirmek, mümkünse kişiyi tekrar eski sağlığına kavuşturmak,
- ✓ Fiziksel, ruhsal, sosyal anlamda desteğe ihtiyacı olan bireylerin toplumla uyum içinde yaşayabilmelerini sağlamak,
- ✓ Toplumun sağlık düzeyini en düşük maliyetle en yüksek seviyeye çıkarmak

Sağlık Hizmetlerinin sunumunda temel amaç, kişilere ihtiyacı olan sağlık hizmetini, en kısa sürede, en doğru yöntemle, en düşük maliyet ve en yüksek fayda ile hizmet kalitesini sürekli geliştirerek sunmaktır.

2.3. Sağlık Sektörü

Türkiye’de sağlık sektörü; kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarından oluşmaktadır. Sağlık sektöründe en çok hizmeti Sağlık Bakanlığı sunmaktadır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü’nün 2017 yılı verilerine göre; Türkiye’de 2016 yılında, Sağlık Sektöründe yer alan hastane sayısına bakıldığında Sağlık Bakanlığı 876 Kamu Hastanesi ile Sağlık Sektörünün %58’ini, 565 hastane sayısı ile özel sektör %37’sini, 69 hastane sayısı ile Üniversite Hastaneleri %5’ini oluşturmaktadır. (Yıldırım ve Konca, 2018)

Sağlık Sektörü; tüketici konumundaki hastalar ve sağlık hizmetlerini üreten; doktor, hemşire, ebe, laborant, sağlık teknisyeni, eczacı, diyetisyen, psikolog gibi sağlık çalışanları, tıbbi cihaz üreticileri, tıbbi donanım şirketleri, medikal firmalar, ilaç firmaları, destek hizmeti veren işletmeler ve personel grupları, sigorta kuruluşları, sağlık laboratuvarları, bakımevleri, eczanelerden oluşmaktadır.

3. MARKA KAVRAMI VE MARKA YÖNETİM SÜREÇLERİ

3.1. Marka Kavramı

Marka: Bir işletmenin veya bir şahsın mallarını veya ürünlerini, başka işletmeler veya şahısların mallarından veya ürünlerinden ayırt etmeye yarayan isim, sembol, işaret, terim veya bunların birleşiminden oluşan,

tüketiciler üzerinde olumlu veya olumsuz algılar yaratan kavramlar bütünüdür. Yani bir ürün veya hizmetin bir nevi kimliğidir denilebilir.

Amerikan Pazarlama Derneği, “Bir satıcının veya bir gurup satıcının mal ve hizmetlerini tanımlamak ve onları rakiplerinden farklılaştırmak için tasarlanan isim, terim, sembol, işaret veya tasarım veya bunların kombinasyonu” olarak markayı tanımlamıştır (Keller, 2013).

3.2. Marka İmajı ve Marka Yönetimi

İşletmelerin bir markayı yaratması kadar o markayı yönetmesi ve o markanın piyasada varlığını sürdürmesi de önemlidir. Marka yönetimi, işletmenin sahip olduğu markasının mevcut olduğu konumunu sadece korumakla kalmayıp daha ileri seviyelere taşımakla yükümlüdür. Teorik olarak marka yönetimi, bir işletmeye ait marka veya markaların devamlı takip altında tutularak pazardaki konumunu, tüketiciler açısından önemini ve kamuoyunda oluşturduğu algının incelenmesi, sorgulanması ve gerektiği zaman markanın değişimi ve gelişimi için müdahalede bulunulması anlamına gelmektedir (İlhan, 2010).

Marka yönetimi kavramı günümüze ait bir kavram olsa da bazılarında göre markalama Mısır ve Eski Yunanistan’da ustaların veya sanatçıların eserlerinin üzerindeki bazı işaretlerle başlamıştır. Bazı araştırmacılar ise 1760’lı yıllarda Josiah Wedgwood’un atölyesinde yaptığı seramik ve çini sanat eserlerinin üzerine kendi ismini işlemesi böylece yaptığı sanat eserlerinin kalitesini göstermek istemesi modern anlamda markalaşmanın ilk göstergeleri olarak kabul edilir. Kralın Wedwood’u desteklemesiyle ortaya çıkan bu oluşum Wedwood’un isminin taşıdığı anlamın ötesine geçmiştir. Wedwood’un eserleri zengin ve meşhur bir yaşam tarzının simgesi haline gelmiş bu durum ise seri üretim ve dağıtımına yol açarak marka sadakatini oluşturmuş (Ersoy, 2007).

4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MARKA YÖNETİM MODELLERİ VE STRATEJİLERİ

4.1. Sağlık Hizmetlerinde Marka Yönetimi

Sağlık hizmetleri kişilerin hem ruhsal hem de fiziksel olarak iyileşmelerine yönelik profesyonel sağlık çalışanları ve sağlık çalışanı olmayan diğer personeller tarafından verilen hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, tanı koyma, tedavi gibi hizmetlerden oluşur. Sağlık hizmetlerinde yer alan doktor, eczacı, hemşire, ebe, anestezi teknikeri, laborant, fizyoterapist, odyolog, röntgen teknikeri gibi çalışanlar sağlık çalışanı olarak yer alırken yönetim görevinde olan müdür, müdür yardımcısı, müdürün emrinde çalışan büro personelleri, mutfak görevlileri, güvenlik görevlileri, hasta kabul elemanları, temizlik personelleri gibi çalışanlar sağlık çalışanı olmayan personel grubunda yer alırlar. Sağlık hizmetleri kompleks bir yapıya sahiptir.

4.2. Marka Yönetimi Modelleri

Marka yönetim sürecinde; işletmenin marka yönetiminde tercih edebileceği çeşitli marka yönetim modelleri bulunmaktadır. P&G işletmesinde McElroy’un geliştirdiği Klasik Marka Yönetim Modeli, yoğun rekabetin yaşandığı yeni gelişen piyasa koşulları ile baş edebilecek bir model değildi. Bu durumun sonunda hem P&G hem de diğer işletmelerde Klasik Marka Yönetiminin yerini Lider Marka Yönetimi Modeli aldı. Joachim Stahler ve Aaker, Klasik Marka Yönetim Modeli ile Lider Marka Yönetim Modelini şu şekilde karşılaştırmışlardır (Darıca, 2006).

Tablo 1: Araştırmanın Birinci Hipotezine Ait Sonuçlar

	Klasik Marka Yönetimi	Marka Liderliği Modeli
Bakış Açısı	Taklitli ve reaktif	Stratejik ve uzak görüşlü
Marka müdürünün pozisyonu	Az tecrübeli, kısa süreli, şirkette	Tecrübeli ve şirkette, yüksek konumda
Kavramsal Model	Marka İmajı	Marka değeri
Odak Noktası	Kısa Dönem Finansal Kaynak	Marka değeri ölçütleri
Ürün-Pazar Hedefi	Tek Ürün ve Pazar	Birden fazla ürün ve Pazar
Marka strüktürü	Yalın	Komplike Ürün Yapısı
Marka Sayısı	Tek Marka Odaklı	Kategori Bazlı Odak-Birden fazla marka
Ülke hedefi	Tek Ülke	Global Perspektif
Marka Müdürünün iletişim Modeli	Sınırlı Sayıda seçeneği Olan Koordinatör	Çok Yönlü İletişim Seçeneği Olan Ekip Lideri
İletişim Odağı	Dış Odaklı/ Müşteri	Hem iç hem dış odaklı
Strateji Amacı	Satış ve Pay	Ürün Kimliği

Kaynak: Darıca, 2006

Tabloyu incelediğimizde; Klasik Marka Yönetim Modelinin taklitli ve reaktif bakış açısına sahip, kısa vadeli hedefleri olan, ülke sınırları içinde tek ürün ve tek pazara hitap eden, kavramsal model olarak da marka imajını baz aldığını iletişim odağının sadece dış müşteri odaklı olduğunu görürüz. Marka Liderliği Modeli ise Stratejik

ve uzak görüşlü, uzun vadeli hedefleri olan, global pazarda birden çok ürünle yer alan, kavramsal model olarak marka değerini benimseyen bir yönetim modeli olduğunu iletişim odağının hem iç hem de dış müşteri odaklı olduğunu görürüz.

4.3. Marka Stratejileri

Marka stratejileri deyimi, rekabet avantajlarını elde etmek amacıyla marka biçimlendirme ve uygulamasının uzun vadeli olarak şartlara uygun bir şekilde planlanmasını anlatır (Yüksel ve Yüksel Mermud, 2005). Marka stratejisi, tüketicilerin pazarda bulunan ürünlerin birbirilerinden farklı versiyonlarını ayırt etmeleri ve tüketicilerin belirli bir ürünü satın alma isteğini o alanlar üzerine dayandırmak için oluşturulur (Aktuğlu, 2004). Bir marka için oluşturulan strateji, o markanın piyasadaki diğer markalarla rekabet edebilmesi içindir.

4.4. Sağlık Sektöründe Markalaşma

Markalar, bir üreticiye ait olan mal ve hizmetleri isim, logo, sembol, işaret kullanarak diğer üreticilerin mal ve hizmetlerinden ayırırlar. Markalama pazarlamanın bir parçasıdır ve sağlık sektörü bu pazarlama yöntemini diğer sektörlerden sonra benimseyip kullanmaya başlamıştır. Bu durum hizmet sektöründe yer alan sağlık sektörünün üretim sektöründeki firmalar gibi somut varlıklar üretmemesinden kaynaklanmaktadır (Tengilimioğlu, 2012). Markalaşma ilk dönemlerde somut varlık olan ambalajlı ürünlerde yoğun olarak uygulanmış ancak soyut ürünlerin üretildiği hizmet sektöründe işletmelerin varlıklarını sürdürebilmesi, rekabet üstünlüğü sağlayabilmesi için markalaşma çalışmalarının yapılması gerektiği zamanla benimsenmiştir.

5. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MARKANIN OLUŞUMUNA KATKILARI VE BİR HASTANE ARAŞTIRMASI

5.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, hastanelerde marka oluşturma çalışmalarında sağlık personelinin işlevlerinin neler olduğu, sağlık personeli sağlık kurumunun markalaşması çalışmalarında görev alırken hangi özelliklerinin etkili olduğunun tespit edilmesidir.

5.2. Yöntemi

Bu çalışmada 5'li likert ölçeğine göre düzenlenmiş 54 sorudan oluşan anket çalışması yapılmıştır. Anket çalışmasında 700 çalışanı olan bir hastanede 253 hastane çalışanına ulaşılmıştır.

5.3. Verilerin Analizi

Araştırmanın veri analizinde SPSS 25 programı kullanılmıştır. Elde edilen verilerin dağılımında merkezi eğilim ölçümlerinin yanı sıra katılımcıların demografik özelliklerinin belirlenmesi için frekans analizleri, ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliklerinin belirlenmesi için Cronbacss Alpha güvenilirlik analizi ve açıklayıcı faktör analizi, ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için PearsonKorelasyon Analizi ve demografik özelliklere göre farklılıklarının belirlenmesi için 2'li grupların karşılaştırılmasında t-testi, 2'den fazla grupların karşılaştırılmasında anova testi yapılmıştır.

5.4. Evrenve Örneklem

Araştırma kapsamında ele alınan konuların gözlemlenebileceği ve çalışmadaki değişkenlerin ölçümlenebileceği uygun bir örneklemin tespit edilmesi, araştırma kapsamında elde edilen bulguların anlamlılığı bakımından oldukça önemli görülmüş ve bu anlamda çalışmanın en uygun örneklem üzerinde yapılması hedeflenmiştir.

Araştırmanın evrenini, 700 kişilik bir özel hastanesinin çalışanlarından oluşmaktadır. Bahse konu bu araştırma evreninden %95'lik güvenilirlik sınırları içerisinde, %5'lik bir hata payı oranı öngörülerek seçildiğinde örneklem büyüklüğü en az 248 kişi olarak hesaplanmıştır. Evreni bilinen örneklem hacmi formülü ile yapılan bu hesaplama aşağıda verilmiştir.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

N: Evrendeki birey sayısı (700)

n: Örnekleme alınacak birey sayısı (?)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı(olasılığı) (0,9)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı(1-p) (0,1)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0,05)

Değerler yerine yazıldığında;

$$\frac{700 * 1,96^2 * 0,5 * 0,5}{0,05^2(700 - 1) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5} = 248$$

Örneklem hacmi 248 olarak hesaplanmasına rağmen 253 hastane çalışanına ulaşılmıştır. Dolayısı ile bu araştırmanın örneklemini 253 hastane çalışanında oluşmaktadır.

6. BULGULAR

Yapılan anket çalışmamızda aşağıda hastane çalışanlarının cinsiyet, yaş, öğrenim durumlarına, sağlık sektöründe toplam çalışma süreleri, şu an buldukları hastanede kaç yıldır çalıştıkları, unvanları gibi demografik bulgulara ulaşılmıştır.

6.1. Demografik Özellikler

Araştırmanın bu kısmında katılımcıların demografik özelliklerine ait bulgulara yer verilmiştir.

Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Cinsiyet	n	%
Erkek	127	50,2
Kadın	126	49,8
Toplam	253	100,0

Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde katılımcıların %50,2'sinin erkek, %49,8'inin kadın olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımı

Yaş	n	%
25-40	150	59,3
41-54	84	33,2
55-64	19	7,5
Toplam	253	100,0

Katılımcıların yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde katılımcıların %59,3'ünün 25-40, %33,2'sinin 41-54 ve %7,5'inin 55-64 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların İşletmedeki Pozisyonlarına Göre Dağılımı

Pozisyon	n	%
Doktor	65	25,7
Hemşire/Ebe	72	28,5
Temizlik Per	36	14,2
Diğer	80	31,6
Toplam	253	100,0

Katılımcıların işletmedeki pozisyonlarına göre dağılımları incelendiğinde katılımcıların %25,7'sinin doktor, %28,5'inin Hemşire-Ebe, %14,2'sinin temizlik personeli olduğu belirlenirken %31,6'sının bunların dışında bir görevde hizmet verdikleri belirlenmiştir.

Tablo 5: Ortalamalar Standart Sapma ve Varyanslar

Anket Soruları	Ortalama	StandartDeğer Sapma	Varyans
Sağlık Yöneticileri iş planlarının yapılmasında işletme üst yöneticileri resmi sorumluluk alırlar.	3,33	1,36	1,86
Hastanemizin yönetim kurallarına uygun yazılı bir “vizyon” ve “misyon”u vardır.	2,77	1,48	2,18
Sağlık işletmelerimizde sunduğumuz hizmet çeşitleri, kalitesi ve fiyatları hastalarımızın istek veya ihtiyaçlarından ziyade, yönetim kararlarında etkin olan kişi ve gruplara göre belirlenir.	3,49	1,41	2,00
Sağlıkta iş planlaması hastanemizin rutin olarak (örnek: her yıl) yaptığı önemli bir faaliyettir	2,88	1,32	1,75
Stratejik planlarımızda çalışanlarımız marka oluşumuna katkı sağlamanın bilincindedirler.	2,85	1,40	1,95
Sağlık İşletmemizin zayıf ve güçlü yanları ile pazardaki fırsatlar ve tehditleri gösteren (SWOT) analizi her yıl düzenli olarak revize edilir.	2,76	1,35	1,82
Sağlık araştırmalarının çoğunu hastalarımız üzerinde yaparız	3,46	1,37	1,88
Hastane işletmemizde müşterilerimizin farklı özelliklerini tanımaya yönelik anketler yapılır.	3,76	1,32	1,75
Sağlık İşletmemizde, hastalarımızın tercihlerini veya satın alma kararlarını etkileyen ürün müdürü ve/veya satış elemanı gibi kişilerle sürekli görüşürüz veya onları inceleriz.	2,84	1,37	1,88
Rakip sağlık işletmeleri hakkında, işletmenin farklı bölümleri birbirinden bağımsız olarak ve ayrı ayrı şekilde bilgi toplar.	2,76	1,38	1,90
Hastanemizde sağlık alanında hastalar üzerinde sağlık çalışanları odaklı ekonomik, sosyal, kültürel, teknolojik, politik, hukuki gibi alanlardaki değişim ve gelişmelerin müşteriler üzerindeki olası etkilerini düzenli olarak gözden geçirir, araştırır ve inceleriz.	3,72	1,32	1,75
Diğer hastane İşletmelerinde rakip işletmeler ile ilgili bilgi toplama işi birkaç kişi tarafından yapılır.	3,61	1,30	1,70
Hastalarımız ile ilgili sağlık istatistikleri yaparken veya irtibata geçince elde edilen demografik veriler ile araştırmanın konuları ile sınırlıdır.	3,72	1,27	1,61
Hastalarımızın yaş, cinsiyet, meslek, eğitim, milliyet, gibi demografik özelliklerine göre gruplandırırız.	3,72	1,34	1,81
Müşterilerimizi gelir, medeni durumu, din, ırk, nesil, sosyal sınıf (orta sınıf, alt/üst gelir grubu) gibi demografik özelliklerine göre gruplandırırız.	3,75	1,29	1,67
Sağlık ve türev işletmelerimiz belirli bir gelir grubuna sahip müşterileri hedeflemektedir.	3,58	1,26	1,59
Hastanemiz kendi vatandaşları yanında yurt dışı hastalara da hizmet verir.	3,60	1,27	1,61
Hastalarımızı demografik özelliklerindeki değişiklikleri yakından takip ederiz (örnek: doğum günleri, meslek, eğitim, medeni durumu, gelir vs.).	3,72	1,24	1,53
Doktor ve hemşirelerimiz alanlarının en yüksek eğitimlerine sahiptir.	3,65	1,39	1,94
Müşterilerimizi buldukları kıta, bölge, ülke, eyalet, şehir, ilçe, semt gibi coğrafik özelliklerine göre gruplandırırız	3,89	1,24	1,54
Hastalarımızın geldikleri coğrafya ile ilgili bilgi ve gelişmeleri yakından takip ederiz (örnek: ülke, iklim, fiziki, siyasi, ekonomik vb. koşullar).	3,83	1,20	1,44
Sağlık İşletmelerimizin çalışanları marka imkanlarını hastalarımızın tanı, teşhis ve tedavilerinde kullanırlar.	3,48	1,40	1,97
Hastalarımızın buldukları şehir ve ülkelerdeki olası müşterileri ve talebi analiz ederiz.	3,92	1,20	1,45
Diğer şehir ve ülkelerdeki markalarımızla ve hastanelerimizle yakın iş birliği içerisindeyiz.	3,86	1,16	1,35
İşletmemiz hastalarımızın sağlığı için kurumsal iletişim ve paylaşım sağlar.	3,51	1,42	2,02
Hastalarımızı yaşam biçimi (muhafazakâr, eğlenceyi seven, aşırı serbest, gayretli, yaratıcı) gibi psikografik özelliklerine göre gruplandırırız.	3,68	1,29	1,67
Bilgi ve deneyim paylaşımı hastanemizde en yüksek düzeydedir.	3,65	1,34	1,81
İşletmemizi ve hastalarımızı etkileyebilecek genel sağlık sosyal eğilimlerle (örnek: çevre bilinci, yaşam tarzı vb.) ilgili bilgi toplarız ve değerlendiririz.	3,69	1,33	1,76
Hasta tanı, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastamızın sağlığına önem veririz	3,49	1,40	1,96
Hastalarımızın bizimle iletişimlerini önemser, sebeplerini paylaşır, gruplar ve inceleriz.	3,48	1,43	2,04
Kurum içi iletişim ve paylaşım hasta ekseni yapılır. Hastalarımızı uzmanlık alanlarına göre ilgili hekimlerimize yönlendiririz.	3,47	1,40	1,97
Müşterilerimizin ziyaretçileri ilgili görevlileri tarafından yönlendirilir ve hastaya ulaşmaları sağlanır.	3,50	1,40	1,97
Hastalarımızdan ücret almı yasalar çerçevesinde fiyatlandırma stratejileri esasına göre almır.	3,79	1,24	1,54
Faaliyete başladığımız günden bugüne kadar ürün ve hizmetlerimizdeki	3,44	1,40	1,95

değişikliklerin en büyük sebebi müşteri talepleridir.

Faaliyete başladığımız günden bugüne kadar ürün ve hizmetlerimizdeki

değişikliklerin en büyük sebebi rakiplerimizin ürün ve hizmetlerindeki

gelişmelerden geri kalmak istemeyişimizdir

3,58

1,28

1,64

Sunduğumuz ürün ve hizmetlerimizi, işletmemizi seçen müşterilerin özellikleri

yerine öncelikle işletmenin sahip olduğu imkânlarla göre belirleriz

3,80

1,23

1,51

Tüm hastalarımıza segmentlerine bakmaksızın standart hizmet ile hitap ederiz.

3,51

1,41

1,99

İşletmemiz uluslararası standartlarından ödün vermeden (dünyanın her yerinde

hemen hemen aynı standartlara sahip) marka konumlandırma politikasını

uygulamaktadır.

3,56

1,28

1,63

Hastanemizin hizmet alanı belirlenmiştir. Ancak gelen hastalara alan ayırımı

yapılmaksızın bakılır

3,44

1,42

2,03

İşletmemizde hastalarımıza idari, sağlık ve teknik birimler bir bütünsellik içinde

hizmet verirler.

3,50

1,37

1,89

Hasta ziyaretlerine kurallara göre önem veririz

3,76

1,30

1,68

Hizmetlerimiz hastanemizi seçen hastalarımızın profillerine göre

standartlarımızı bozmak pahasına farklılaştırılabilir

3,49

1,37

1,88

İşletmemizde, hedeflerimize ulaşmak odaklı homojen gruplara ayrılan hastaların

bağlı olduğu her bir grup için uygun tedavi yöntemleri uygulanmaktadır.

3,45

1,45

2,11

Hastanemizde, yeni hizmet geliştirme faaliyetlerini, hastalarımızın istek ve

beklentilerine uygun olabilmesini sağlamak için düzenli aralıklarla gözden

geçiririz.

3,47

1,40

1,97

Hizmet personeli diğer sağlık personeli ile uyum içinde çalışır.

3,52

1,40

1,97

Sağlık işletmemizde, girmek istediğimiz pazarlarla ilgili profesyonel ve ciddi

pazar araştırması yapılır.

3,60

1,27

1,62

Hastanemiz farklı müşteri profillerine hizmet ettiğinden tek hizmet stratejisini

uygulamamız mümkün değildir.

3,91

1,17

1,36

Hastanemizi hastalar, hastanemizde çalışan akademik doktor kadroları/ doktor

kadroları için tercih ederler.

3,65

1,33

1,78

İşletmemizin kaynak ve imkânları ağırlıklı olarak kâr amacı gütmeyen

hastalarımızın ihtiyaç ve isteklerine göre planlanmıştır.

3,77

1,27

1,60

Hedeflerimizi seçerken dikkate aldığımız en önemli ölçüt, hastalarımızın

sağlığına kavuşmasıdır

3,47

1,41

1,99

Güvenlik personeli hasta memnuniyeti odaklı çalışır.

3,51

1,42

2,01

Hemşireler ve doktorlar çalışmalarında mesai kavramı gözetmezler çünkü, önce

işlerini tamamlarlar

3,67

1,35

1,83

Hastanemizde bürokrasi insan sağlığı için uygulanır.

3,52

1,39

1,93

Hastanemizin tanıtım ve reklamını sağlık çalışanlarımız hasta odaklı yaparlar.

3,45

1,42

2,01

Tablo 5'teki maddelerin ortalama değerleri incelendiğinde en yüksek ortalamaya sahip maddenin 3,92 ortalama ile "Hastalarımızın buldukları şehir ve ülkelerdeki olası müşterileri ve talebi analiz ederiz." Maddesi olduğu en düşük ortalamaya sahip maddenin ise 2,76 ortalama ile "Sağlık İşletmemizin zayıf ve güçlü yanları ile pazardaki fırsatlar ve tehditleri gösteren (SWOT) analizi her yıl düzenli olarak revize edilir." ve "Rakip sağlık işletmeleri hakkında, işletmenin farklı bölümleri birbirinden bağımsız olarak ve ayrı ayrı şekilde bilgi toplar." Maddeleri olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6: Ölçeğin Öz değerleri ve Açıkladıkları Varyans Düzeyleri ve Faktör Yüklerine Ait Sonuçlar

2	Soru No	1	3	4	5	6	7	8
	45	0,884						
	7	0,888						
	22	0,888						
	32	0,891						
	25	0,893						
	30	0,895						
	29	0,896						
	40	0,896						
	54	0,896						
	31	0,897						
	42	0,899						
	34	0,900						
	43	0,900						
	44	0,900						
	50	0,900						
	39	0,904						
	53	0,906						

	37	0,911							
	51	0,914							
	3	0,956							
0,832	46								
0,837	12								
0,842	16								
0,846	35								
0,866	17								
0,867	38								
0,923	8								
	21		0,844						
	47		0,844						
	24		0,845						
	23		0,864						
	20		0,905						
	1			0,488					
	5			0,639					
	9			0,646					
	4			0,701					
	10			0,735					
	2			0,748					
	6			0,757					
	14				0,870				
	15				0,871				
	18				0,881				
	13				0,912				
	41					0,872			
	36					0,874			
	49					0,878			
	33					0,915			
	48						0,824		
	52						0,844		
	27						0,849		
	19						0,869		
	28							0,863	
	26							0,866	
	11							0,899	
Eigen Value		17,624	5,981	4,393	4,185	3,637	3,631	3,462	2,719
Açıklanan Varyans%		32,637	11,076	8,136	7,750	6,735	6,723	6,412	5,035
Güvenirlilik Düzeyi		0,982	0,961	0,955	0,910	0,964	0,958	0,956	0,951

Tablo 5 incelendiğinde geliştirilen ölçeğin öz değerleri 1'in üzerinde sekiz faktörlü bir yapıda olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin sekiz faktörlü yapıda olması nedeniyle maddelerin daha doğru faktörler altında dağılmasını incelemek için temel bileşenler analizlerinden Varimax dik döndürme tekniği uygulanmamıştır

Ölçeğe ait yamaç grafiği incelendiğinde ölçeğin gözlem değerinin 1'in altına indiği andaki kırılmanın 8. Faktörden sonra olduğu görülmektedir. Sekizinci faktörden sonra boyutların durağanlaştığı görülmektedir. Bu sonuç ölçeğin sekiz faktörlü bir yapısının en iyi yapı olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın bu kısmında araştırma hipotezlerine ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 7: Araştırmanın Birinci Hipotezine Ait Sonuçlar

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8
İş Planlaması1	1	,567**	,478**	,422**	,451**	,423**	,374**	,484**
Hasta Odaklılık2		1	,325**	,360**	,301**	,335**	,277**	,337**
Müşterinin Psikografik özelliklere göre bölümlendirilmesi3			1	,358**	,314**	,341**	,306**	,298**
Demografik özelliklere göre bölümlendirme4				1	,273**	,374**	,315**	,317**
Hedef Pazar Belirleme Stratejileri5					1	,288**	,340**	,387**
Pazar Bölümlendirme6						1	,307**	,442**
Sağlık İşletmesi Olma7							1	,425**
Sağlık Personeli Niteliği8								1

**p<0.01

Sağlık işletmelerinde markanın oluşumunda sağlık personelinin işlevleri düzeylerinin birbirleri arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonucuna göre değişkenler arasındaki tüm ilişkilerin pozitif yönlü ve anlamlı olduğu belirlendiğinden araştırmanın birinci hipotezi kabul edilmiştir ($p < 0.01$). En yüksek ilişkinin 0.567'lik ilişki düzeyi ile iş planlaması ile hasta odaklılığı arasında olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç sağlık çalışanlarının iş planlama düzeyleri iyileştirildiğinde hasta odaklılık yaklaşımlarında da olumlu yönde 0.567'lik kuvvetle artış olması beklenmektedir.

Tablo 8: Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Farklılıklarının Dağılımı

Değişkenler	Eğitim Durumu	n	ort	ss	F	p	Scheffe
İş Planlaması	İlköğretim	40	1,92	0,72	45,828	0,001**	1-5
	Lise	38	2,45	0,84			2-5
	Önlisans	22	2,63	0,81			3-5
	Lisans	86	2,72	0,96			4-5
	Yüksek Lisans ve üzeri	67	4,01	0,78			
Hasta Odaklılık	İlköğretim	40	2,26	1,37	31,78	0,001**	1-5
	Lise	38	2,67	1,40			2-5
	Önlisans	22	3,94	0,83			3-5
	Lisans	86	3,58	1,05			4-5
	Yüksek Lisans ve üzeri	67	4,40	0,70			
Psikografik bölümlendirme	İlköğretim	40	2,78	1,42	13,446	0,001**	1-5
	Lise	38	3,45	1,21			2-5
	Önlisans	22	3,32	1,46			3-5
	Lisans	86	3,81	1,09			4-5
	Yüksek Lisans ve üzeri	67	4,37	0,85			
Demografik bölümlendirme	İlköğretim	40	3,08	1,33	11,851	0,001**	1-5
	Lise	38	3,04	1,48			2-5
	Önlisans	22	4,03	1,27			3-5
	Lisans	86	3,81	0,98			4-5
	Yüksek Lisans ve üzeri	67	4,31	0,86			
Hedef Pazar Belirleme Stratejileri	İlköğretim	40	2,63	1,26	17,822	0,001**	1-5
	Lise	38	3,51	1,11			2-5
	Önlisans	22	3,39	1,24			3-5
	Lisans	86	3,61	1,04			4-5
	Yüksek Lisans ve üzeri	67	4,33	0,68			
Pazar Bölümlendirme	İlköğretim	40	3,03	1,32	14,121	0,001**	1-5
	Lise	38	3,52	1,10			2-5
	Önlisans	22	3,80	1,23			3-5
	Lisans	86	4,04	0,95			4-5
	Yüksek Lisans ve üzeri	67	4,42	0,63			
Sağlık İşletmesi Olma	İlköğretim	40	3,38	1,33	10,847	0,001**	1-5
	Lise	38	3,07	1,28			2-5
	Önlisans	22	3,88	1,04			3-5
	Lisans	86	3,77	1,14			4-5
	Yüksek Lisans ve üzeri	67	4,41	0,76			
Sağlık Personeli Niteliği	İlköğretim	40	2,89	1,45	11,903	0,001**	1-5
	Lise	38	3,14	1,37			2-5
	Önlisans	22	3,74	1,30			3-5
	Lisans	86	3,68	1,19			4-5
	Yüksek Lisans ve üzeri	67	4,35	0,75			
GENEL	İlköğretim	40	2,55	0,77	60,005	0,001**	1-5
	Lise	38	2,96	0,70			2-5
	Önlisans	22	3,64	0,56			3-5
	Lisans	86	3,57	0,61			4-5
	Yüksek Lisans ve üzeri	67	4,33	0,52			

**P<0.01;

Katılımcıların markanın oluşumunda sağlık personelinin işlevleri düzeylerinin sahip oldukları eğitim düzeyi grupları için farklılıklarının belirlenmesi için yapılan Anova Testi sonucunda, markanın oluşumunda sağlık personelinin işlevlerinin eğitim durumu gruplarına göre farklılaştığı belirlenmiştir ($F=60.005$; $p=0.001$; $p < 0.01$). Ortalamalar incelendiğinde yüksek lisans ve üzeri olanların ($\bar{X}=4.33$) sağlık personeli işlev tutumları diğer eğitim durumundakilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

İş planlamasının eğitim düzeyi gruplarına göre farklılaştığı belirlenmiştir ($F=45.828$; $p=0.001$; $p < 0.01$). Ortalamalar incelendiğinde eğitimi yüksek lisans veya üzeri olanların ($\bar{X}=4.01$) iş planlaması tutumları diğer eğitim düzeyindekilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 9: Katılımcıların mesleki Tecrübelerine Göre Farklılıkların Dağılımı

Değişkenler	Mesleki Tecrübesi	n	ort	ss	F	p	Scheffe
İş Planlaması	1-3 yıl	15	2,64	0,88	25,553	0,000**	1-4
	3-5 yıl	10	2,06	0,84			2-4
	5-10 yıl	74	2,17	0,82			3-4
	10 yıl üstü	154	3,31	1,06			
Hasta Odaklılık	1-3 yıl	15	2,86	1,24	35,081	0,000**	1-4
	3-5 yıl	10	2,82	1,22			2-4
	5-10 yıl	74	2,52	1,30			3-4
	10 yıl üstü	154	4,05	0,98			
Müşterinin Psikografik özelliklere göre bölümlendirilmesi	1-3 yıl	15	3,58	1,37	6,363	0,000**	1-4
	3-5 yıl	10	3,60	1,12			2-4
	5-10 yıl	74	3,20	1,38			3-4
	10 yıl üstü	154	3,95	1,12			
Demografik özelliklere göre bölümlendirme	1-3 yıl	15	3,82	0,84	6,881	0,000**	1-4
	3-5 yıl	10	3,08	1,81			2-4
	5-10 yıl	74	3,28	1,37			3-4
	10 yıl üstü	154	3,98	1,06			
Hedef Pazar Belirleme Stratejileri	1-3 yıl	15	3,46	1,26	10,477	0,000**	1-4
	3-5 yıl	10	2,91	1,47			2-4
	5-10 yıl	74	3,11	1,22			3-4
	10 yıl üstü	154	3,91	0,98			
Pazar Bölümlendirme	1-3 yıl	15	3,91	1,12	8,2	0,000**	1-4
	3-5 yıl	10	3,70	1,43			2-4
	5-10 yıl	74	3,39	1,18			3-4
	10 yıl üstü	154	4,13	0,95			
Sağlık İşletmesi Olma	1-3 yıl	15	3,72	1,29	4,294	0,006**	1-4
	3-5 yıl	10	4,08	1,07			2-4
	5-10 yıl	74	3,39	1,17			3-4
	10 yıl üstü	154	3,96	1,15			
Sağlık Personeli Niteliği	1-3 yıl	15	3,45	1,27	8,379	0,000**	1-4
	3-5 yıl	10	3,10	1,32			2-4
	5-10 yıl	74	3,14	1,34			3-4
	10 yıl üstü	154	3,96	1,15			
GENEL	1-3 yıl	15	3,22	0,74	41,262	0,000**	1-4
	3-5 yıl	10	2,99	0,55			2-4
	5-10 yıl	74	2,84	0,77			3-4
	10 yıl üstü	154	3,92	0,70			

**P<0.01;

Katılımcıların markanın oluşumunda sağlık personelinin işlevleri düzeylerinin sahip oldukları mesleki tecrübesi grupları için farklılıklarının belirlenmesi için yapılan Anova Testi sonucunda, markanın oluşumunda sağlık personelinin işlevlerinin mesleki tecrübesi gruplarına göre farklılaştığı belirlenmiştir (F=41.262; p=0.001; p<0.01). Ortalamalar incelendiğinde mesleki tecrübesi 10 yıl ve üzeri olanların (\bar{X} =3.92) sağlık personeli işlev tutumları diğer mesleki tecrübesi gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

İş planlamasının mesleki tecrübesi gruplarına göre farklılaştığı belirlenmiştir (F=25.553; p=0.001; p<0.01). Ortalamalar incelendiğinde mesleki tecrübesi 10 yıl ve üzeri olanların (\bar{X} =3.31) iş planlaması tutumları diğer mesleki tecrübelerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Küreselleşen dünyada mal ve hizmetlerin çeşitliliği artmış olup yaşanan gelişmelere paralel olarak tüketici tercihleri önem kazanmaya başlamıştır. İşletmeler pazarda yerlerini koruyabilmek, pazarda var olabilmek için hızla markalaşma yoluna gitmişlerdir. Bu markalaşma çalışmalarından bir hizmet sektörü olan sağlık sektörü de payını almıştır. Sağlık sektöründe özel sağlık işletme sayılarının artmasıyla birlikte, sağlık sektörü pazarından payını almak isteyen başta özel sağlık işletmeleri, diğer işletmelerden farklılaşmak, pazarda lider olmak için markalaşma çalışmalarına başlamışlardır. Özel sağlık sektörüyle başlayan markalaşma çalışmaları kamuda sağlık sektöründe ise kalite çalışmalarıyla başlamış olup, şehir hastanelerinin kurulmasıyla birlikte hız kazanmaya başlamıştır.

Bu çalışmada, bir sağlık işletmesinde marka olmasının en büyük etkene sağlık çalışanları olduğu dikkate alınarak, sağlık çalışanlarının sağlık işletmelerinde marka oluşturmadaki rolü incelenmiştir.

Çalışmamızın analizinde değişkenler arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu, en yüksek ilişkinin ise iş planlaması yapıldığında çalışanlarda hasta odaklı sağlık hizmeti verme seviyesinin yükseldiği görülmüştür. Çalışmamız bütününde yer alan değişkenler sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine, medeni durumlarına, göre farklılık göstermemiştir. Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına, unvanlarına, eğitim seviyelerine, kurumda çalıştıkları yıllara, meslek tecrübelerine göre farklılık göstermiştir.

Sağlık işletmelerinin marka olmasında, başta doktorlar sonra da hemşireler olmak üzere sağlık çalışanları en büyük rolü üstlenmektedirler. Hastalar sağlık işletmelerini tercih ederken; kendilerine en doğru, en kaliteli sağlık hizmetleri hangi sağlık işletmesinde verilecekse orayı tercih edeceklerdir. Alanlarında ün yapmış, markalaşmış doktorların görev yaptığı sağlık işletmeleri ilk tercihleri olacaktır. Günümüzde kıyasıya rekabetin yaşandığı sağlık sektörü sadece özel sağlık işletmeleri değil kamu sağlık işletmelerinin de markalaşma çalışmalarına hız vermesi, sağlık sektöründe rekabeti arttırarak daha ucuz, daha kaliteli sağlık hizmeti sunumunu sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

Aaker, D.A. (1996). Building Strong Brands New York: Free Press

Aksoy, R., ve Bayramoğlu, V. (2008). Sağlık İşletmeleri İçin Kurumsal İmajın Temel Belirleyicileri: Tüketici Değerlendirmeleri. ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 4(7), 86

Akyurt, N. (2008). Hastanelerde Akreditasyon Standartları. (1. Baskı). İstanbul: Ege Basım.

Akyürek, Ç.E. (2013). Türk Sağlık Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Yasal Altyapısı, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 12(29), s.1-23.

Aktuğlu, I.K. (2004). Marka Yönetimi Güçlü ve Başarılı Markalar İçin Temel İlkeler (1. Baskı). İstanbul: İletişim Yayınları.

Alparslan, Y.M. (2014). Kurum İçi İletişim Diye Bir Departman Var. 20.01.2022, <https://www.cnnturk.com.tr>.

Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, Sayı: 64, Ankara.

Apaydın, F. (2009). Sağlık İşletmelerinde Yönetim Rehberi, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Ar, A.A. (2004). Marka ve Marka Stratejileri. Ankara: Detay Yayınları.

Arnold, D. (1993). The Handbook Of Brand Management. ABD: International Management Series, Addison Wesley Publishing Company.

Aslan, E.Ş. (2017). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Global Bir Marka Yaratılabilir mi? Sağlık Çalışanları Üzerine Nitel Bir Araştırma, Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Uluslararası Hakemli Dergisi, 25(2), 25-26. 07.03.2022. <https://dergipark.org.tr>.

Atlı, Y. ve Yücel N. (2018). Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elâzığ İli Sağlık Sektörü. Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2(2), 54-56.

Bahadır, Ö. (2010). Hastanelerde Halkla İlişkiler Uygulamalarına Yönelik Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.

Baric, H. ve Kotler, P. (1991). A Framework For Marketing Image Management, Sloan Management Review, Winter 1991.

Barnighausen, T ve Rainer S. (2002). One Hundred and Eighteen Years Of The German Health Insurance System: Are There Any Lessons For The Middle And Low-Income Countries?, Soc Sci Med, 54(15), 59-87.

Borça, G. (2013). Marka ve Yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.

Büyüköztürk, Ş. (2009). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni, Spss Uygulamaları ve Yorum (9. Baskı). Ankara: Pegem Yayınları

Cemalcılar, İ. (2000). Pazarlama Yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Cemalcılar, İ. (2001). Pazarlama Yönetimi 3. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

- Çetin, N. (2017). Kamu Hastanelerinde Hizmetlerin Pazarlanmasında Hekimlere Uygulanan Performans Sisteminin Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi Üzerine Etkileri ve Bir Araştırma. S. Gümüş, (Ed.), Hizmet Pazarlaması (Sağlıkta Güncel Konular, İnceleme ve Deneyimler) içinde (905-975) İstanbul: Hiperlink Yayınları.
- Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. Sosyal Güvenlik Dergisi, 5(1), 109-110. 13.03.2022, <https://dergipark.org.tr>.
- Deryal, Y. (2006). Özel Sağlık İşletmelerinde Hastanın Aydınlatılması ve Rızanın Alınması. Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 3(2), 101-147. 10.03.2022. <https://law.yeditepe.edu.tr>.
- Doğan, V. ve Özkara, B.Y. (2013). İnternet ortamında Markaya Güvenin Online Markaların İmajı Üzerindeki Rolü. İnternet Uygulamaları ve Yönetimi Dergisi, 4 (29), 5-20.
- Kurt, D. (2010). İlaç Sektöründe Marka Yönetimi ve Bilim İlaç Örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi.
- Dronnick, J. (2006). TheSmellCulture Reader. Oxford; Newyork: Berg.
- Ekin, A., Yanık, A. ve Kıyak, M. (2012). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Dışardan Satın Alınan Hizmetlerin Ekonomik Değerlendirmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 15(1), s.1-23.
- Erdil, S. ve Uzun, Y. (2009). Marka Olmak. İstanbul: Beta Yayınları
- Ersoy, İ. (2007) Uluslararası Rekabet Avantajı Kazanmada Marka Yönetimi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Esatoğlu, E.A. ve Yıldırım, T. (2010). Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları.
- Franzen, G. (2005). Reklamın Marka Değeri Üzerindeki Etkisi (1. Baskı). İstanbul: Media Cat Yayınları
- Gegez, Arslan, Cengiz, Uydacı. (2003). Uluslararası Pazarlama Çevresi. İstanbul: Der Yayınları
- Gemci, R., Gülşen, G. ve Kabasakal, F.M. (2009). Markalar ve Markalaşma Şartları. Uludağ University Journal Of The Faculty Of Engineering, 14.1, 105-114.
- George, D. ve Mallery, M. (2010). Spssfor Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10 ed.). Boston: Pearson.
- Gobe, M. (2001). Emotional Branding: The New Paradigm for Connecting Brands to People.
- Grant, J. (2006). Markaların İnovasyon Manifestosu, İstanbul: Mediacat Yayınları
- Gronroos, C.(1990). Service Management and Marketing Managing, The Moments Of Truth In Service Competition, Lexington Books, Massachusetts.
- Gümüş, S. ve Saraç, P. (2013). Markalaşma Stratejilerinde Ulusal ve Küresel Boyut. (1. Baskı). İstanbul: Hiperlink Yayınevi.
- Gümüş, S. (2017), Hizmet Pazarlaması (Sağlıkta Güncel Konular, Araştırma, İnceleme ve Deneyimler) İstanbul Hiperlink Yayınevi
- Gürel, T. (2009). Hizmet İçi Eğitimlerin kurum İçi İletişim Aracı Olarak Kullanımına Yönelik Bir Öneri. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, s. 19-34.
- Hatipoğlu, S.K. (2010). Marka Yönetim Sürecinin İncelenmesi ve Yeni Marka Oluşturma Sürecine Dönük Bir Uygulama (Uzmanlık Tezi). T.C Türk Patent Enstitüsü Markalar Dairesi Başkanlığı, Ankara.
- Hayran, O ve Sur, H. (1997). Hastane Yöneticiliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Health Promotion Glossary (DSÖ). (1998). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi. Cenevre.
- Herand, D. ve Çalışır, T. (2014). Kurum İçi İletişimi Geliştirmede Software (Yazılım Kullanmanın Rolü. Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, s.67-78.
- Işık, O. (2016). Algılanan Kalitenin Hastane Markası Değerine Etkisi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19 (1), 57-72.

İnsan hakları Evrensel Bildirgesi, www.ihd.org.tr.Erişim tarihi 20.03.2021

İleri, C. (2005). Avrupa Birliği'nin Bilim ve Araştırma Politikası. (3.Baskı). İstanbul: İktisadi Kalkınma Vakfı Yayınları.

İlhan, T.N. (2010). Marka Yönetiminde Modern Yaklaşımlar. İzmir: Etiket Yayınları.

İmmergut, E.M. (1992). HealthPolitics: InterestsandInstitutions in Western Europe, (Cambridge: Cambridge UniversityPress).

İşgör, T. (2001). Sanayi ve Ticarete Markanın Yeri ve Önemi. Uzmanlık Tezi, T.C Türk Patent Enstitüsü Markalar Daire Başkanlığı.

Kahraman, A. ve Ay, C. (2015). İçsel Markalaşma Uygulamalarıyla Markanın Örgüt İçerisinde Tutundurulması: ARKAS Holding Örnek Olayı. Celal Bayar