



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE DAVRANIŞSAL EKONOMİNİN
TÜKETİCİ SATIN ALMA DAVRANIŞLARINA ETKİLERİ**

CAN METE
DOKTORA TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. MEHVEŞ TARIM

2020-İSTANBUL

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.



Can Mete

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimden bu yana desteğini esirgemeyen, rol modelim, danışman hocam, Prof. Dr. Mehveş Tarım’a şükranlarımı sunarım.

Doktora ders sürecinden tez çalışmamın son aşamasına kadar geçen süreçte, kapısını her çaldığımda beni hiçbir zaman geri çevirmeyen kıymetli hocam, Prof. Dr. Ş. Burak Bekaroğlu’na çok teşekkür ederim.

Değerli düşünceleri ve katkıları ile tez sürecime; ayrıca akademik hayatıma renk katan değerli büyüğüm, Prof. Dr. Ö. Rona Turanlı’ya teşekkür ederim.

Eğitim hayatımın tamamında, bugünlere gelmemde katkısı olan tüm öğretmenlerime teşekkürü bir borç bilirim.

Çalışma sürecimde bana yardımcı olan, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum kıymetli akademisyenlere ve çalışma arkadaşlarıma; desteklerini esirgemeyen sevgili öğrencilerime çok teşekkür ederim. Yüksek sabrı, güler yüzü ve tüm desteği için çalışma arkadaşım, Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Güz’e teşekkür ederim.

Başarmak istediğim her hedefte, beni sonuna kadar destekleyen aileme; yanımda olduğunu hissettiren tüm arkadaşlarıma, bu yolda beni yalnız bırakmadıkları için minnettarım.

Can Mete

Haziran 2020

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
TABLO LİSTESİ	ix
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
GİRİŞ	3
1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK EKONOMİSİ	5
1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Önemi	5
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	6
1.2.1. Eş zamanlılık	6
1.2.2. Hayati önemlilik (Ertelenememe).....	6
1.2.3. Garantinin olmaması.....	6
1.2.4. Depolanamama	6
1.2.5. Teknoloji merkezlilik.....	6
1.2.6. Kamusalılık.....	7
1.2.7. Rastlantısal talep.....	7
1.2.8. Bilgi asimetrisi.....	7
1.2.9. İkame edilememe.....	7
1.2.10. Çıktının paraya çevrilememesi.....	8
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Boyutları	8
1.3.1. Mikro ekonomik kavramlar	8
1.3.1.1. İhtiyaç.....	8
1.3.1.2. Fayda	11
1.3.1.3. Gelir	13
1.3.1.4. Arz.....	16
1.3.1.5. Talep.....	18
1.3.2. Makro ekonomik kavramlar	21
1.3.3. Sağlık hizmetlerinin finansmanı	26

2. DAVRANIŞSAL EKONOMİ.....	30
2.1. Klasik Ekonomiye Genel Bakış ve Eleştiriler	30
2.2. Davranışsal İktisadın Tanımı, Kapsamı ve Tarihçesi	32
2.2.1. Tanımı ve kapsamı.....	32
2.2.2. Tarihi.....	34
2.3. Davranışsal Ekonominin Temel Konuları	36
2.3.1. Sınırlı rasyonellik.....	36
2.3.2. Beklenti kuramı	37
2.3.3. Çerçeveleme etkisi.....	39
2.3.4. Donanım etkisi.....	41
2.3.5. Zihinsel muhasebe	42
2.3.6. Zamanlararası seçim	44
2.3.7. Buluşsallar (Hevristikler).....	45
2.3.8. Temsil hatası.....	46
2.3.9. Uygunluk hatası	47
2.3.10. Çapalama hatası	47
2.3.11. Batık maliyet hatası.....	48
2.3.12. Birleştirme hatası	48
2.3.13. Statüko hatası	49
3. TÜKETİCİ SATIN ALMA DAVRANIŞLARI	51
3.1. Tüketici ile İlgili Genel Kavramlar	51
3.1.1. Tüketici kavramı	51
3.1.2. Müşteri ve hasta kavramı.....	51
3.1.3. Tüketici davranışı	53
3.2. Satın Alma Davranışına Etki Eden Faktörler.....	54
3.2.1. Demografik faktörler	54
3.2.1.1. Yaş	54
3.2.1.2. Cinsiyet	55
3.2.1.3. Medeni durum	55
3.2.1.4. Eğitim ve meslek.....	56
3.2.1.5. Gelir	57
3.2.2. Psikolojik faktörler	58

3.2.2.1. Algılama.....	58
3.2.2.2. Motivasyon.....	59
3.2.2.3. Öğrenme.....	61
3.2.2.4. Tutum	63
3.2.2.5. Kişilik.....	64
3.2.3. Sosyo kültürel faktörler	66
3.2.3.1. Kültür ve alt kültür	66
3.2.3.2. Aile	67
3.2.3.3. Sosyal sınıf.....	68
3.2.3.4. Referans grupları.....	69
3.3. Tüketici Satın Alma Süreci	70
3.3.1. Uyarı veya ihtiyacın tanımlanması	72
3.3.2. Bilgi toplama ve seçeneklerin tespiti.....	73
3.3.3. Alternatiflerin değerlendirilmesi	73
3.3.4. Satın alma	74
3.3.5. Satın alma sonrası değerlendirme	75
3.4. Tüketici Davranış Modelleri	76
3.4.1. Ekonomik model.....	76
3.4.2. Freud'un psikoanalitik modeli	76
3.4.3. Veblen'in toplumsal modeli	77
3.4.4. Pavlov'un şartlandırılmış öğrenme modeli.....	78
3.4.5. Nicosia modeli	79
3.4.6. Howard ve Sheth modeli	80
3.4.7. Engel-Kollat-Blackwell modeli	83
4. ARAŞTIRMA BÖLÜMÜ	85
4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	85
4.2. Araştırmanın Hipotezleri	85
4.3. Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	87
4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	88
4.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler	89
4.6. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi ve Analiz Şekli.....	89
4.7. Araştırmanın Modeli ve Boyutları	90

4.8. Bulgular.....	98
4.8.1. Demografik bulgular.....	98
4.8.2. Davranışsal ekonomi soruları ile demografik verilerin kıyaslanmasıyla elde edilen bulgular.....	100
4.8.3. Çalışmada yer alan ölçeklerin faktör analizi bulguları	152
4.8.3.1. Tüketici tarzları ölçeği faktör analizi sonuçları	152
4.8.3.2. Tüketici ilgilenim ölçeği faktör analizi sonuçları	156
4.8.4. Çalışmada kullanılan ölçekler ile demografik verilerin karşılaştırılmasıyla elde edilen bulgular.....	158
4.8.4.1. Tüketici tarzları ölçeği ile demografik verilerin karşılaştırılmasıyla elde edilen bulgular.....	159
4.8.4.2. Tüketici ilgilenim ölçeği ile demografik verilerin karşılaştırılmasıyla elde edilen bulgular.....	166
4.8.5. Değişkenler ve faktörler arasındaki korelasyon analizi sonuçları	173
5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	177
5.1. Tartışma	177
5.2. Sonuç.....	187
6. KAYNAKÇA	199
EK-1: Çalışmada Kullanılan Anket Formu.....	223
EK-2: Etik Kurul Onay Yazısı.....	230
EK-3: Özgeçmiş.....	231

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

α : Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı

AR-GE: Araştırma Geliştirme

df: Serbestlik derecesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GSMH: Gayri Safi Milli Hasıla

GSYİH: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

H: Hipotez

n: Örneklem sayısı

Ö.B.: Örneklem büyüklüğü

p: Anlamlılık değeri

r: Korelasyon katsayısı

SH: Standart hata

σ : Standart sapma

t: T test değeri

T.C.: Türkiye Cumhuriyeti

TL: Türk Lirası

U: U test değeri

vb. : Ve benzeri

$\bar{X}$: Örneğe ait ortalama

χ^2 : Ki-Kare test değeri

Z: Z testi değeri

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık hizmet ihtiyacına tıbbi yaklaşım ve bireysel algı karşılaştırması	10
Şekil 2: Ekonomik değerlendirme unsurları	14
Şekil 3: Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumu	17
Şekil 4: Sağlık harcamalarının makroekonomik büyüklüklere etkileri.....	22
Şekil 5: Türk sağlık sistemindeki finansal akış.....	25
Şekil 6: Beklenti kuramında fayda fonksiyonu.....	39
Şekil 7: Tüketici, müşteri ve hasta ilişkisi	53
Şekil 8: Algılama süreci	58
Şekil 9: Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisi	60
Şekil 10: Beklenti modeli.....	61
Şekil 11: Öğrenme kuramları	62
Şekil 12: Kişilik özellikleri	65
Şekil 13: Tüketici karar verme süreci	71
Şekil 14: İhtiyacın ortaya çıkması.....	72
Şekil 15: Pavlov’un öğrenme modeli.....	78
Şekil 16: Nicosia modeli	80
Şekil 17: Howard ve Sheth modeli	82
Şekil 18: Engel-Kollat-Blackwell modeli	84
Şekil 19: Örneklem büyüklüğünün bulunması.....	88

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Sağlık hizmetlerinin faydaları.....	13
Tablo 2: Dünya Bankası'nın finansman yaklaşımı	27
Tablo 3: Sağlık kurumlarında iç ve dış müşteriler	52
Tablo 4: Aile yaşam kategorileri.....	68
Tablo 5: Çalışmada kullanılan tüketici tarzları ölçeği	94
Tablo 6: Çalışmada kullanılan tüketici ilgilenim ölçeği	97
Tablo 7: Katılımcıların demografik yapısı.....	98
Tablo 8: Çerçeleme etkisi ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları	100
Tablo 9: Çerçeleme etkisi tedavi ve eczane seçimi ile cinsiyet arasında çapraz tablo.....	101
Tablo 10: Referansa bağlılık ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları	101
Tablo 11: Kampanya tercihinde zihinsel muhasebe ile demografik verilere ait ki-kare testi	102
Tablo 12: Kampanya tercihinde zihinsel muhasebe ile cinsiyet arasında çapraz tablo	102
Tablo 13: Kampanya tercihinde zihinsel muhasebe ile yaş arasında çapraz tablo ..	103
Tablo 14: Kampanya tercihinde zihinsel muhasebe ile eğitim durumu arasında çapraz tablo.....	104
Tablo 15: Kampanya tercihinde zihinsel muhasebe ile meslek arasında çapraz tablo	105
Tablo 16: Kampanya tercihinde zihinsel muhasebe ile aylık hane geliri arasında çapraz tablo	106
Tablo 17: Zihinsel muhasebe ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları	107
Tablo 18: Zihinsel muhasebe ile cinsiyet arasında çapraz tablo	107
Tablo 19: Zihinsel muhasebe ile yaş arasında çapraz tablo	108
Tablo 20: Zihinsel muhasebe ile çocuk sayısı arasında çapraz tablo.....	109
Tablo 21: Zihinsel muhasebe ile eğitim durumu arasında çapraz tablo.....	109
Tablo 22: Zihinsel muhasebe ile meslek arasında çapraz tablo	110
Tablo 23: Zihinsel muhasebe ile aylık hane geliri arasında çapraz tablo	111
Tablo 24: Batık maliyet hatası ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları ...	112
Tablo 25: Batık maliyet hatası ile cinsiyet arasında çapraz tablo	112

Tablo 26: Batık maliyet hatası ile yaş grupları arasında çapraz tablo.....	113
Tablo 27: Tedavi tercihleri ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları.....	114
Tablo 28: Tedavi tercihleri ile yaş arasında çapraz tablo.....	115
Tablo 29: Tedavi tercihleri ile medeni durum arasında çapraz tablo.....	115
Tablo 30: Tedavi tercihleri ile çocuk sayısı arasında çapraz tablo	116
Tablo 31: Tedavi tercihleri ile eğitim durumu arasında çapraz tablo	117
Tablo 32: Tedavi tercihleri ile meslek arasında çapraz tablo.....	118
Tablo 33: Tedavi tercihleri ile aylık hane geliri arasında çapraz tablo	119
Tablo 34: Operasyon için ayrılan bütçe ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları	120
Tablo 35: Operasyon için ayrılan bütçe ile yaş arasında çapraz tablo	121
Tablo 36: Operasyon için ayrılan bütçe ile medeni durum arasında çapraz tablo ...	122
Tablo 37: Operasyon için ayrılan bütçe ile çocuk sayısı arasında çapraz tablo.....	124
Tablo 38: Operasyon için ayrılan bütçe ile eğitim durumu arasında çapraz tablo...	125
Tablo 39: Operasyon için ayrılan bütçe ile meslek arasında çapraz tablo	127
Tablo 40: Risk altında ameliyat kararı ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları	128
Tablo 41: Risk altında ameliyat kararı ile yaş arasında çapraz tablo	129
Tablo 42: Risk altında ameliyat kararı ile medeni durum arasında çapraz tablo	129
Tablo 43: Risk altında ameliyat kararı ile çocuk sayısı arasında çapraz tablo.....	130
Tablo 44: Risk altında ameliyat kararı ile eğitim durumu arasında çapraz tablo.....	131
Tablo 45: Risk altında ameliyat kararı ile meslek arasında çapraz tablo	132
Tablo 46: Fiyata bağlı ameliyat kararı ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları	133
Tablo 47: Fiyata bağlı ameliyat kararı ile yaş arasında çapraz tablo	134
Tablo 48: Fiyata bağlı ameliyat kararı ile medeni durum arasında çapraz tablo	134
Tablo 49: Fiyata bağlı ameliyat kararı ile çocuk sayısı arasında çapraz tablo.....	135
Tablo 50: Fiyata bağlı ameliyat kararı ile eğitim durumu arasında çapraz tablo.....	136
Tablo 51: Fiyata bağlı ameliyat kararı ile meslek arasında çapraz tablo	137
Tablo 52: Fiyata bağlı ameliyat kararı ile aylık hane geliri arasında çapraz tablo ..	138
Tablo 53: Hayati önem taşımayan tıbbi müdahaleye yönelik cepten ödeme miktarı ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları.....	139

Tablo 54: Hayati önem taşımayan tıbbi müdahaleye yönelik cepten ödeme miktarı ile eğitim durumu arasında çapraz tablo	140
Tablo 55: Hayati önem taşımayan tıbbi müdahaleye yönelik cepten ödeme miktarı ile meslek arasında çapraz tablo.....	141
Tablo 56: Hayati önem taşımayan tıbbi müdahaleye yönelik cepten ödeme miktarı ile aylık hane geliri arasında çapraz tablo	142
Tablo 57: Hayati önem taşıyan tıbbi müdahaleye yönelik cepten ödeme miktarı ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları.....	143
Tablo 58: Hayati önem taşıyan tıbbi müdahaleye yönelik cepten ödeme miktarı ile eğitim durumu arasında çapraz tablo	144
Tablo 59: Hayati önem taşıyan tıbbi müdahaleye yönelik cepten ödeme miktarı ile meslek arasında çapraz tablo.....	145
Tablo 60: Hayati önem taşıyan tıbbi müdahaleye yönelik cepten ödeme miktarı ile aylık hane geliri arasında çapraz tablo	147
Tablo 61: Tıbbi müdahaleye yönelik üçüncü taraf ödeme miktarı ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları	147
Tablo 62: Tıbbi müdahale için üçüncü tarafların yapacağı ödeme miktarı ile yaş arasında çapraz tablo	148
Tablo 63: Tıbbi müdahale için üçüncü tarafların yapacağı ödeme miktarı ile eğitim durumu arasında çapraz tablo.....	149
Tablo 64: Tıbbi müdahale için üçüncü tarafların yapacağı ödeme miktarı ile meslek arasında çapraz tablo	151
Tablo 65: Tıbbi müdahale için üçüncü tarafların yapacağı ödeme miktarı ile aylık hane geliri arasında çapraz tablo	152
Tablo 66: Tüketici tarzları ölçeği faktör analizi sonuçları	153
Tablo 67: Tüketici ilgilenim ölçeği faktör analizi sonuçları	156
Tablo 68: Tüketici tarzları ölçeği ile demografik veriler arasındaki t-testi sonuçları	160
Tablo 69: Tüketici tarzları ölçeği ile yaş arasındaki ANOVA testi sonuçları	161
Tablo 70: Tüketici tarzları ölçeği ile çocuk sayısı arasındaki ANOVA testi sonuçları	162
Tablo 71: Tüketici tarzları ölçeği ile eğitim durumu arasındaki ANOVA testi sonuçları	163
Tablo 72: Tüketici tarzları ölçeği ile meslek arasındaki ANOVA testi sonuçları ...	164
Tablo 73: Tüketici tarzları ölçeği ile aylık hane geliri arasındaki ANOVA testi sonuçları	165

Tablo 74: Tüketici ilgilenim ölçeği ile demografik veriler arasındaki t-testi sonuçları	167
Tablo 75: Tüketici ilgilenim ölçeği ile yaş arasındaki ANOVA testi sonuçları	168
Tablo 76: Tüketici ilgilenim ölçeği ile çocuk sayısı arasındaki ANOVA testi sonuçları	169
Tablo 77: Tüketici ilgilenim ölçeği ile eğitim durumu arasındaki ANOVA testi sonuçları	170
Tablo 78: Tüketici ilgilenim ölçeği ile meslek arasındaki ANOVA testi sonuçları	171
Tablo 79: Tüketici ilgilenim ölçeği ile aylık hane geliri arasındaki ANOVA testi sonuçları	172
Tablo 80: Değişkenler ve faktörler arasındaki korelasyon analizi bulguları	174

ÖZET

Sağlık Hizmetlerinde Davranışsal Ekonominin Tüketici Satın Alma Davranışlarına Etkileri

Öğrenci Adı: Can METE

Danışman Adı: Prof. Dr. Mehveş TARIM

Amaç: Davranışsal ekonominin sağlık hizmetleri tercihinde etki edip etmediğinin incelenmesi; tüketim malzemelerinde ve diğer hizmet sektörlerinde gözlenen tüketici davranışlarının, sağlık hizmetlerinde gözlenip gözlenmediğini tespit edilmesidir. Sağlık hizmeti tüketimine yönelik alınan kararlar için etkili olan faktörlerin belirlenmesi, sağlık tüketicilerinin hangi tarzlarda karar verdiğinin anlaşılmasıdır. Ayrıca sağlık hizmeti tüketiminde tüketicilerin hangi konulara daha çok ilgi gösterdiği, önem verdiği ve dikkat ettiğini incelemektir.

Gereç ve yöntem: Çalışmada anket yöntemi kullanılmıştır. Gönüllülük esasıyla katılım gösteren 726 katılımcının yanıtları SPSS 24 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmede açıklayıcı faktör analizi, güvenilirlik analizi ve istatistiksel anlamlılık testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Davranışsal iktisatta yer alan çerçeveleme etkisi, zihinsel muhasebe ve batık maliyet hatası konularında tüketici tercihlerinin demografik özelliklere göre farklılaştığı gözlenmiştir. Ayrıca çalışmaya özgü eklenen sorumluluk duygusu, risk durumu, hizmetin fiyatına yönelik sorulara verilen yanıtlarda da farklılaşma görülmüştür. Sağlık hizmetlerinde; mükemmeliyetçi, marka bilincine sahip, çeşit karmaşası yaşayan, düşünerek hareket eden, sadık, özensiz tüketici boyutları ön plana çıkmıştır. Tüketici ilgilerinin; aile, hedonizm, riskten kaçınma, para ve estetik kaygı boyutlarında yoğunlaştığı ortaya çıkmıştır.

Sonuç: Sağlık hizmetlerinde tüketici tercihlerinin davranışsal ekonomi konusunda yer alan bazı konularda diğer hizmetlerden farklılaştığı ve kendine has özelliklere sahip olduğu gözlenmiştir. Benzer bir sonuç tüketici tarzlarında da elde edilmiştir. Tüketici kararlarında; demografik özelliklerin yarattığı farklılıklara ilaveten, özellikle hizmetlerin ücreti ve tüketicilerin sorumluluklarının belirleyici olduğu bulunmuştur. Nihayet, davranışsal iktisat konularının sağlık hizmetlerinde tüketici kararlarını belirgin bir şekilde etkilediği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Davranışsal Ekonomi, Tüketici Tarzları Ölçeği, Tüketici İlgilenim Ölçeği

ABSTRACT

The Effects of Behavioral Economics in Healthcare Services on Consumer Purchasing Behaviors

Student Name: Can METE

Name of Supervisor: Prof. Dr. Mehveş TARIM

Objective: Examine whether the behavioral economics affects healthcare preferences, and to determine whether consumer behaviors observed in consumer goods and other service sectors are observed in healthcare. Determine the factors that affect healthcare consumption decisions. Understanding the styles in which healthcare consumers decide. Also, to examine which issues consumers pay more attention for healthcare services.

Material and methods: Questionnaire method was used in the study. The responses of 726 participants, on a voluntary basis, were evaluated using the SPSS 24 program. Exploratory factor analysis, reliability analysis and statistical significance tests were used in the evaluation.

Findings: It is observed that consumer preferences differed according to demographic characteristics in the framework of behavioral economics, framing effect, mental accounting, and sunk cost fallacy. In addition, there is a differentiation in responses to questions regarding the added responsibility, risk status, and price of the service. In health services; perfectionistic, brand conscious, confused by overchoice, loyal, careless consumer dimensions are found. Consumer interests are concentrated on family, hedonism, risk aversion, money and aesthetic anxiety.

Conclusion: Observing that consumer preferences in healthcare services differ from other services and have their own characteristics on some issues related to the behavioral economy. A similar result is obtained in consumer styles. In consumer decisions, in addition to the differences created by the demographic features, it is found that the fee of the services and the responsibilities of the consumers are determinant. Finally, it can be said that behavioral economics issues significantly affect the consumer decisions in health care.

Key Words: Healthcare Services, Behavioral Economics, Consumer Style Characteristics, Consumer Interest Scale

GİRİŞ

Sağlık, insanlığın en büyük zenginliğidir. Sağlığın yitirilmesi; insanı, toplumu hatta tüm dünyayı olumsuz etkileyebilmektedir. Sağlığın korunması, geri kazanılması ya da daha kötüye gitmesinin engellenmesi; sağlık hizmetlerinin temel amacıdır. Bu sebeple sağlık hizmetlerine gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde önem verilmektedir.

Dünyada yaşanan her gelişme tüm hizmet alanlarını etkilediği gibi sağlık hizmetlerini de etkilemektedir. Sağlık hizmetleri de kamusal önemine rağmen, gelişmelere bağlı olarak bir sektör haline gelmiştir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin diğer sektörlerle benzeyen yanları olduğu kadar, kendine has özelliklerinin olduğu bilinmektedir.

Sağlık hizmetleri farklı bilimlerin bir araya geldiği, teknolojinin etkin kullanıldığı, insan gücünün yoğun olduğu, yüksek maliyetli süreçleri olan büyük bir organizasyondur. Bu organizasyon mikro düzeyde, girdi ve çıktıları olan, karşılanması gereken ihtiyaçlarla ilgilenen; makro düzeyde, ülke bütçelerinde önemli yer kaplayan, gelir dağılımını etkileyen, gelişmişlik düzeyini gösteren ekonomik bir unsurdur.

18. yüzyılda Adam Smith ile başlayan klasik ekonomi, gelişim sürecinde eleştirilere maruz kalmıştır. 20. yüzyılda psikolojinin öneminin artmasıyla klasik ekonomiye yöneltelen eleştiriler, ekonomide farklı bir boyut olarak, davranışsal ekonominin ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Davranışsal ekonomi klasik ekonomi teorisini tamamen reddetmemektedir, klasik ekonominin bazı alanlarda yetersiz kaldığını savunmaktadır. Davranışsal ekonomi, insanların kendileri için her zaman en akılcı ya da en iyi tercihi yapmadığını; farklı durumların ya da farklı önceliklerin, beklenmedik kararlara sebebiyet verebileceğini savunmaktadır. Davranışsal ekonomi; beklenti teorisi, sınırlı rasyonellik, çerçeveleme etkisi, zihinsel muhasebe, batık maliyet hatası gibi konular kullanılarak, insan davranışları ve kararlarının ekonomi alanında incelenmesinde kullanılmaktadır.

Davranışsal ekonominin incelediği insan, eğer bir hizmet ya da ürünü doğrudan veya dolaylı olarak kendine fayda sağlamak için satın alıyor ya da kullanıyorsa, tüketici olarak tanımlanmaktadır. Her tüketicinin kendine özgü demografik, psikolojik ve sosyokültürel özellikleri bulunmaktadır. Tüketicilerin bu özellikleri tercihleri, beklentileri ve tatmin düzeylerini belirleyerek, tüketici tarzını oluşturmaktadır.

Tüketici tarzları, karar süreçlerini ve satın alma alışkanlıklarını tanımlamak için kullanılmaktadır.

Çalışmada, sağlık hizmetlerine yönelik verilecek kararlarda davranışsal ekonomi konularının etkili olup olmadığı; sağlık hizmetlerinde hangi tüketici tarzlarının gözlendiği, tüketicilerin kararlarını etkileyecek ilgilerinin hangi konularda yoğunlaştığı incelenecektir. İstanbul ilinde yaşayan on sekiz yaşını tamamlamış bireylere uygulanan anketler; faktör analizi, istatistiksel anlamlılık testleri kullanılarak değerlendirilecektir.

Çalışma sırasıyla; sağlık hizmetleri ve sağlık ekonomisi, davranışsal ekonomi, tüketici satın alma davranışları ve araştırma bölümlerinden oluşmaktadır.

1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK EKONOMİSİ

1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Önemi

Sağlık hizmetleri; bireyleri ve bireylerin oluşturduğu toplumun huzurlu ve uzun yaşamasını sağlamalıdır. Sağlık hizmetleri bireylerin yaşamını etkileyen olumsuz unsurları azaltmaya hatta ortadan kaldırmaya yönelik olmalıdır.

Sağlık hizmeti; hastanın sağlık kurumuna başvurmasından, sağlık kuruluşundan ayrılışına kadar geçen sürede faydalanacağı tüm sağlık hizmetlerinin, hastanın hayatına daha sağlıklı devam etmesini sağlayacak şekilde sunulmasıdır (Beyatlı, 2017:25-26).

Sağlık hizmetleri, sağlığı korumak ve geliştirmek; hastalıkların oluşumunu engellemek; hastalananlara olanaklar dahilinde en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek; sakatlıkları önlemek; sakat kalan insanların tıbbi bakımlarının ve sosyal hayatlarının devamını sağlamak; insanların tıbbi açıdan nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesi için sunulan hizmetlerin tümüdür (Tengilimoğlu ve ark., 2014:72).

Sağlık hizmetleri; toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla, sağlık kurumları ve sağlık profesyonelleri tarafından sunulan hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:34).

Sağlık hizmetleri; insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir¹.

Sağlık hizmetleri; bireyin mevcut durumunun kötüye gitmesini engelleyerek, gereken tıbbi işlemlerin(tanı, tedavi) zaman kaybedilmeden gerçekleştirilmesi için önemlidir. Sağlık hizmetlerinin önemi, diğer hizmet çeşitlerinde bulunmayan ve yalnızca sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerinden de kaynaklanmaktadır.

¹http://www.asm.gov.tr/uploadgeneldosyalar/dosyalar/143/mevzuat/24_01_2011_14_52_16.pdf,
Erişim tarihi: 21.12.2016

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

1.2.1. Eş zamanlılık

Sağlık hizmetine ihtiyaç olduğunu belirleyen, sağlık hizmetinin üretimini ve takibini sağlayan hekimlerdir. Hekimler, hizmet sürecinin en önemli parçasıdır ve süreçten bağımsız tutulamazlar (Boylubay, 2017:9). Sağlık hizmetinin üretilmesi ve tüketilmesi sürecindeki eş zamanlılık; hekim-hasta, sağlık personeli-hasta iletişimindeki önemi de arttırmaktadır (Tengilimoğlu, 2012:53).

1.2.2. Hayati önemlilik (Ertelenememe)

Sağlık hizmetlerinin odağında insan sağlığının korunması ve sağlığın geri kazandırılması bulunmaktadır. Sağlık hizmeti ihtiyacı ortaya çıktığında, mevcut imkanlar kullanılarak en hızlı şekilde ve en kısa sürede hizmet sunumu yapılmalıdır (Yenice, 2015:10). Aksi durumda; sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilerde kalıcı sağlık sorunları ortaya çıkabilir, iş gücü kayıpları yaşanabilir, ailelerin ve toplumun huzuru bozulabilir (Göl, 2016:30). Sağlık hizmetlerinin ihmali(ertelenmesi) sebebiyle hasta ölümleri gözlenebilir (Öksüz, 2010:16).

1.2.3. Garantinin olmaması

Sağlık hizmetinden faydalanacak olan bireyler, hastalıkları hakkında gerekli tüm bilgiye sahip olmadığı için hekimine güvenmek durumundadır. Ayrıca bireylerin sağlık hizmeti sonucunda elde edeceği faydayı bilmesi mümkün olamamaktadır (Aktürk, 2018:9). Bireylerin sağlık hizmetini önceden denemeleri veya tecrübe etmeleri mümkün olmadığından, sonuçlar bilinmemektedir.

1.2.4. Depolanamama

Sağlık hizmetinin sunumu hekimin kararına bağlı ve hastaya özgüdür. Hizmet ihtiyacı belirlenmeden sağlık hizmeti sunmak mümkün olmamaktadır. Sağlık hizmetinin sunumunda kullanılan tesisler, hizmeti sağlayan sağlık personeli, tıbbi malzeme ve cihazlar hazır bulundurulabilmektedir (Kaptanoğlu, 2011:91).

1.2.5. Teknoloji merkezlilik

Sağlık hizmetinin sunumunda teknoloji önemli bir etken olmaktadır. Hizmet sunumunda kalitenin artırılması, hataların azaltılması; hasta bilgilerinin bulunması ve

saklanması; teşhis, tedavi için yeni cihaz ve malzemelerin üretimi veya geliştirilmesi konuları, sağlık hizmetinde teknolojinin önemini ortaya koymaktadır (Tengilimoğlu ve ark., 2014:447; Boylubay, 2017:46). Sağlık hizmetlerinde teknolojinin etkin kullanımı kalifiye personel çalıştırmaya sebep olmaktadır (Yenice, 2015:5).

1.2.6. Kamusalılık

Toplum sağlığını tehdit eden sorunlar için önlem alınması ve alınan önlemlerin tüm toplumu koruması gerekmektedir. Bu tip durumlarda devletlerin önlem alarak tüm vatandaşların, ödeme güçlerine bakılmaksızın, sağlık hizmetine erişimini sağlama sorumluluğu bulunur. Sağlık hizmetlerinin bu özelliğinden dolayı devletler piyasayı denetleme ve gerektiğinde piyasalara müdahale etme hakkına sahiptir. Önleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri toplumun tamamı için gerekli ve önemlidir (Mutlu, 2012:47; Tengilimoğlu, 2012:57; Tengilimoğlu ve ark., 2014:77).

1.2.7. Rastlantısal talep

Sağlık hizmetlerinin planlanmasını zorlaştıran hizmet ihtiyacının ne zaman ortaya çıkacağını bilinememesidir (Aydoğan, 2015:74). İnsanların ne zaman sağlık hizmetine ihtiyaç duyacağını bilmek mümkün değildir (Ertürk Atabey,2012:17). Ayrıca, sağlık hizmetinden yararlanacak hastanın; tedavi türünü, süresini ve tedavisi için gereken harcama miktarını önceden bilme ihtimali yoktur (Öksüz, 2010:15).

1.2.8. Bilgi asimetrisi

Sağlık hizmeti sunucuları(doktor, hemşire, sağlık personeli) ile hizmet alıcı(hasta) arasında bilgi farklılığı bulunmaktadır. Sağlık hizmetinin belirlenmesi ve sunulmasında karar verici olan hasta değildir. Hatta hastalar kimi zaman sağlık durumları hakkında hiçbir bilgiye sahip olmayabilirler (Mutlu, 2012:56). Hasta kendisi için uygun görülen hizmetin detaylarını hizmet sunuculardan öğrenecektir (Yenice,2015:8). Hastaların alacağı hizmetlerle ilgili doğru kararlar verebilmesi için hizmet sunucular tarafından eksiksiz bilgilendirilmesi gerekir.

1.2.9. İkame edilememe

Hasta için belirlenen sağlık hizmetinin ekonomik veya diğer sebeplerden dolayı değiştirilmesi mümkün olmamaktadır (Göl, 2016:30). Sağlık hizmeti bu yönüyle diğer tüm hizmet türlerinden ayrılmaktadır (Tengilimoğlu, 2014:75). Hastaların, doktorların

kendileri için uygun gördüğü tedavi yerine başka bir tedaviyi tercih etmesi uygun değildir. Aksi durumlarda, hastaların sağlık durumlarında kötüleşme, kalıcı hastalıklar ve ölüm gözlenebilmektedir (Çamcı, 2007:40). Sağlık hizmetlerinin tüm mal ve hizmetlerden önce geldiği bilinmektedir. Sağlık hizmeti başka bir mal veya hizmetle değiştirilememektedir (Çoban, 2009:15).

1.2.10. Çıktının paraya çevrilememesi

Sağlığı bozulmuş bir insan, tüm dikkatini sağlığını geri kazanmak için harcayabilir. Sağlık sorunu hayati bir önem taşımakta ise insanların tüm imkanlarını sağlıklı hale gelmek için harcayacağı ve herşeye katlanacağı söylenebilir.

İnsanların sağlığını düzeltmek için sağlanan sağlık hizmeti neticesinde her zaman istenilen sonuçlara ulaşılamamaktadır. Sonuçların istenilen başarıya ulaşmadığı, beklentilerin karşılanamadığı durumlara da rastlanılmaktadır. Söz konusu sonuçlardan yola çıkarak, hizmet çıktılarına parasal değer biçmek, kar amaçlı bakmak ve sağlık hizmetleri için pazarlık etmenin, toplumsal hayatı etkileyeceği söylenebilir (Tengilimoğlu ve ark., 2014:78).

Sağlık hizmetleri, topluma, uygun düzeyde sunulduğunda yaşam sürelerinde artış, salgın hastalıklarda azalma sağlanacaktır. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için yapılacak tüm uygulamalar, bireylerin ve toplumun sağlık algısına etki ederek, gelecek için atılan önemli adımlar olacaktır (Öksüz, 2010:16-17).

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Boyutları

1.3.1. Mikro ekonomik kavramlar

1.3.1.1. İhtiyaç

İnsanlar hayatlarını devam ettirebilmek ve mutlu olarak yaşayabilmek için hissettikleri eksiklik(yetersizlik) duygusunu gidermek için çaba sarf etmektedir. Eksiklik duygusu giderildiğinde haz, doyum veya iyilik; giderilmediğinde ise acı, sıkıntı veya üzüntü ortaya çıkmaktadır (Özer, 2003:13; Ülgen, 2012:11). İnsanları birbirinden farklı kılan ve insanların kendilerini tatmin etmek için çabaladıkları eksiklik duygusuna, ihtiyaç denmektedir (Çelik, 2016:12).

İnsanların ihtiyaçlarının ortaya çıkışında etkili olan ve ihtiyaçların şiddetini belirleyen etkenler şöyledir (Şahin, 2006:13):

- Fiziksel ve biyolojik özellikler
- İnsanın yaşadığı doğal çevre
- Toplumsal ve kültürel unsurlar
- Dini ve ahlaki değerler

İhtiyaçların bazıları insanlar için hayati önem taşımaktadır. Beslenme, güvenlik, giyinme ve sağlık gibi ihtiyaçların karşılanması, yaşamın sürdürülebilmesi için şarttır. Bu ihtiyaçlara zorunlu ihtiyaçlar denir. İnsan yaşamını tehlikeye atmayan ve insanın kendini ait hissettiği sosyal çevresine bağlı olarak ortaya çıkan; karşılanmadığı durumda üzüntüye sebep olan ihtiyaçlara ise zorunlu olmayan ihtiyaçlar denmektedir (Dinler, 2013:13).

Özgüven'e (2005) göre ihtiyaçların özellikleri:

- İhtiyaçlar sonsuz sayıdadır.
- İhtiyaçların kapasitesi sınırlıdır.
- İhtiyaçların ikame özelliği vardır.

Ünal'a (2013) göre ihtiyaçların özellikleri:

- İhtiyaçlar birbirine rakiptir.
- İhtiyaçların şiddet dereceleri birbirinden farklıdır.
- İhtiyaçlar süreklilik gösterir.

Çelik (2016) ise ihtiyaç özelliklerini şu şekilde sıralamıştır:

- İhtiyaçlar sonsuzdur.
- Giderilen ihtiyaçların yerine yeni ihtiyaçlar ortaya çıkar.
- İnsanlar farklı ihtiyaçlara aynı anda sahip olabilirler.
- İhtiyaçların şiddet dereceleri farklılık göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “Yalnızca hastalık veya sakatlık halinin olmaması değil; ruhen, beden ve psikolojik olarak tam bir iyilik hali”² olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre; iyilik halinin tehdit halinde olması veya iyilik halinin yitirilmesi, sağlık ihtiyacını ortaya çıkaracaktır.

Bitran ve McInnes’e (1993) göre, sağlık ihtiyacının ortaya çıkışında iki farklı bakış açısından söz edilebilir. Birinci bakış açısı bireyin mevcut durumu ile algıladığı ihtiyaçtır. İkinci bakış açısı ise doktorun birey için belirlediği ihtiyaçtır. Şekil 1’de iki farklı bakış açısı birlikte değerlendirilmiştir.

		<i>Bireyin sağlık hizmeti ihtiyacına yönelik düşüncesi</i>	
		<i>İhtiyaç VAR</i>	<i>İhtiyaç YOK</i>
<i>Doktorun, bireyin sağlık hizmeti ihtiyacına yönelik görüşü</i>	<i>İhtiyaç VAR</i>	1	2 <u>SORUN!</u>
	<i>İhtiyaç YOK</i>	3 <u>SORUN!</u>	4

Şekil 1: Sağlık hizmet ihtiyacına tıbbi yaklaşım ve bireysel algı karşılaştırması

Kaynak: Bitran ve McInnes, 1993:3.

1 numaralı bölgede; doktor ve hasta sağlık hizmetine ihtiyaç olduğu konusunda ortak bir görüşe sahiptir.

2 numaralı bölgede; doktor, hastanın sağlık hizmetine ihtiyacı olduğunu belirtirken; hasta, hizmete ihtiyacı olmadığını düşünmektedir.

3 numaralı bölgede; doktor, hastanın sağlık hizmetine ihtiyacı olmadığını söylemektedir ancak hasta, sağlık hizmetine ihtiyacı olduğunu düşünmektedir.

4 numaralı bölgede ise doktorun ve hastanın, sağlık hizmetine gerek olmadığı konusunda aynı fikirde olduğu görülmektedir.

² <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>, Erişim Tarihi: 21.12.2016

Şekil-1'e göre 1 ve 4 numaralı bölgelerde doktor ve hasta arasındaki iletişimde sorun olması beklenmemektedir. 1 numaralı bölgede hastanın sağlık hizmetine duyduğu ihtiyaç karşılanacaktır. 4 numaralı bölgede ise ihtiyaç, hizmete gerek duyulmadan giderilmiş olacaktır.

Şekil-1'de 2 ve 3 numaralı bölgelerde sağlık ihtiyacının belirlenmesinde, sağlık hizmetinin sağlanmasında ve ihtiyacın giderilmesinde sorunlar ortaya çıkacaktır.

İhtiyaç; sağlık hizmetlerinde, giderilmesi gereken sağlık sorununun doktorlar tarafından tespit edildiği, gerekli malzeme ve hizmetin sağlanması zorunluluğunu oluşturan durumdur. İhtiyacın giderilmesi, hastanın ihtiyaç algısı ve doktorun ihtiyaca yönelik tespitlerinin uyumuna bağlıdır (Öztürk Yaprak, 2018:15-16).

1.3.1.2. Fayda

Fayda, tüketicinin mal ya da hizmet tüketimi sonucu elde ettiği tatmindir. Malın ya da hizmetin tüketimi, bireyin ihtiyacını gidererek bireye fayda sağlamaktadır (Manisalı, 2006:100).

Fayda; mal veya hizmette bulunan, bireyin ihtiyacını giderme özelliği olup, öznel bir kavramdır. Fayda; duruma, zamana ve kişiye göre değişiklik göstermektedir (Ünal,2013:13).

Bireylerin, mal veya hizmete ulaşma isteği, mal veya hizmetin kendisi için faydalı olmasındandır (Dinler, 2013:18). Ekonomi biliminin bakış açısıyla, bir mal veya hizmetin faydalı olarak değerlendirilebilmesi için üç şart bulunmaktadır (Ülgen, 2012: 12-13):

- Yoksunluk sebebiyle bireyde ihtiyacın oluşması
- Mal veya hizmetin bireyin ihtiyacını giderecek durumda olması
- Mal veya hizmetin bireyin erişebileceği veya kullanabileceği yerde olması

Sağlık hizmetinin kendine has özelliklerinden dolayı, sağlık hizmeti üretimi sonucunda elde edilen fayda, diğer hizmetlerden farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin genellikle kar amacı güdülmeden, sosyal amaçlı olarak sunulduğu düşünülürse; fayda kavramı sağlık sektöründe farklı yorumlanmalıdır (Kocasoy, 2014:8).

Sağlık hizmetlerinde fayda; kaynakların en iyi şekilde kullanılması ile ortaya çıkan sağlıklı ve iyi olma halini temsil etmektedir (Mitton ve Donaldson, 2004:18).

Bireyin sağlık hizmeti alması sosyal faydanın ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Bulaşıcı hastalıkla mücadele etmek için bireyin sağlık hizmetinden yararlanması toplumun tamamı için faydalı olacaktır. Ayrıca bireyin yararlandığı her sağlık hizmeti ailesine de fayda sağlayacaktır (Çoban, 2009:28).

Koruyucu hizmetlere göre tedavi edici hizmetlerde, birey daha fazla özel fayda elde etmektedir. Bireyin tedavisinde elde edeceği özel faydayı çevresine ve topluma yansıtabilmesi için tedavi ihtiyacını bilmesi ve tedavi olmayı istemesi gerekmektedir. Bilgi asimetrisi sebebiyle bu noktada birey ile doktor arasındaki güven ortamının oluşması şarttır (Karagöz, 2015:12).

Sağlık hizmet faydasını en üst düzeye çıkarmak için mevcut kaynakları etkin kullanarak; teknolojinin gelişimine ve tıbbi bilginin verimli kullanımına destek verilmesi gerekmektedir. Bu sayede tedavi imkanlarında artış gözlenecek ve hastaların iyileşme süreleri kısılacaktır (Loş, 2016:12).

Fayda, yalnızca sağlık hizmeti sunumu sonrasında sağlığın iyileştirilmesi olarak tanımlanırsa, mevcut ekonomik değerlendirmeler bunu açıklamakta sorun yaşamayacaktır. Ancak fayda, daha geniş kapsamlı düşünülerek, hizmet sunumu sırasında önem taşıyan ve Tablo 1’de de gösterilen diğer fayda kaynakları dahil edilerek tanımlandığında, karmaşık hale gelmektedir. Karmaşıklığın sebebi; sağlık hizmeti kapsamında olan kişilerin, kendilerine uygun hizmet kullanımı ile elde edecekleri fayda arasında ilişki kurmakta zorlanmasıdır (Ryan ve Shackley, 1995:207).

Sağlık hizmet sunumu öncesinde hastanın, bilgi yetersizliği sebebiyle, hizmet alımı sonrasındaki durumunu tam anlamıyla bilme şansı bulunmamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetinin süresi hastanın sağlık durumuna ve sağlık hizmetinin sürecine göre değişiklik gösterebilmektedir. Dolayısıyla hastanın, sağlık hizmet sürecinin ne kadar süreceğini de tam olarak bilemeyeceğini söyleyebiliriz. Tüm bu durumlara rağmen hasta, alacağı hizmet ile ilgili tüm bilgileri değerlendirmek ve hizmetten elde edeceği faydayı belirlemek isteyecektir.

Tablo 1: Sağlık hizmetlerinin faydaları

<u>Hasta için faydalar</u>	<u>Vatandaşlar için faydalar</u>
Bilgi	Seçenek değeri
Güvence	Dışsallık
Tedavi süreci	
Özerklik ve seçim	
Tıbbi olmayan faydalar	

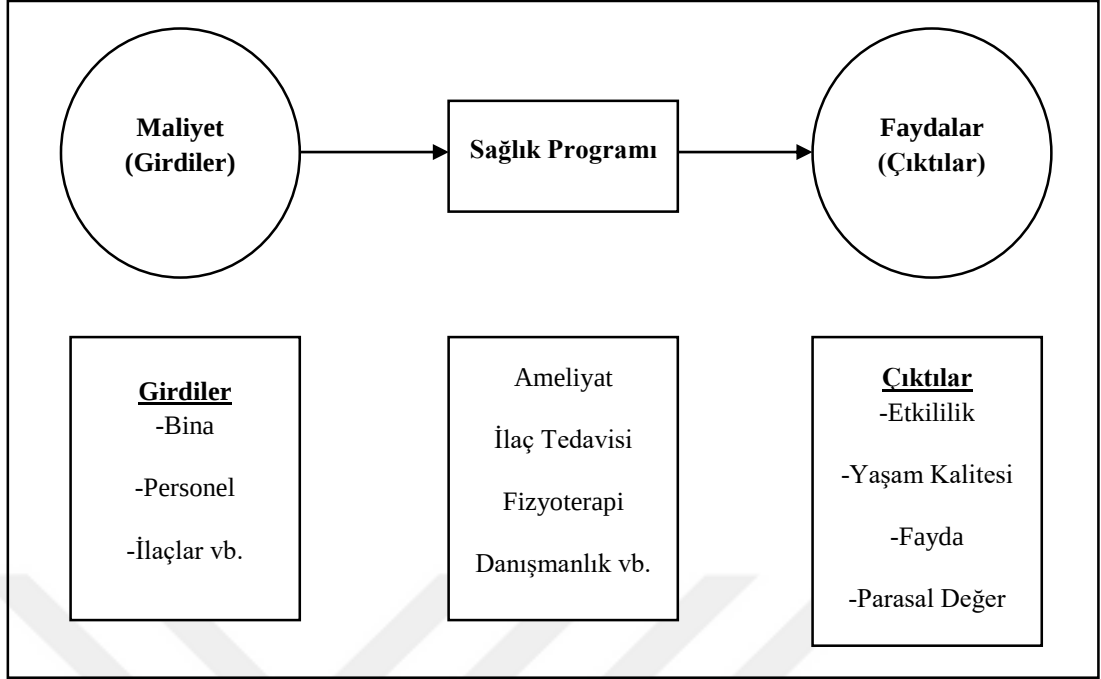
Kaynak: Ryan ve Shackley, 1995:208.

Sağlık hizmetinin toplam maliyeti ile hastalığın veya sağlık probleminin ortadan kaldırılması ya da önüne geçilmesi sonucu ortaya çıkacak olan faydanın karşılaştırılmasına maliyet-fayda analizi denmektedir (Çelik, 2016:276).

Maliyet-fayda analizi sağlık hizmetlerindeki alternatifler arasında tercih yapabilmek için kullanılmaktadır. Mikro ve makro boyutta sağlık hizmetlerinin sunumu için alternatifler, avantaj ve dezavantajları incelenerek değerlendirilmektedir. Gündelik hayat içerisinde karşılaşılan olaylarda ve tıbbi hizmetlerle ilgili karar verilirken, bir tekniğe bağlı kalmaksızın bu analizin yapılacağı bilinmektedir. Kararlarda, katlanılacak maliyetlerin elde edilecek faydalardan düşük olması amaçlanmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012:141). Şekil 2’de sağlık hizmeti alırken değerlendirilen ekonomik unsurlar verilmektedir.

1.3.1.3. Gelir

Gelir, belirli bir dönem içinde kişilerin veya grupların elde ettiği parasal getiri olarak tanımlanmaktadır (Ülgen, 2014: 347). Bireysel anlamda gelir, belirli bir sürede üretim ya da hizmet sürecine yapılan katkı karşılığında kazanılan para olarak tanımlanabilir (Marasalı, 2018:2).



Şekil 2: Ekonomik değerlendirme unsurları

Kaynak: Tatar, 2013: 349.

Samuelson'a (1973) göre, bir insan hakkında tek bilgiye sahipseniz ve bu bilgi onunla ilgili gerçekleri anlatmaya yeterli ise; sahip olduğunuz bilgi o insanın geliridir. Bir insanın gelirini biliyorsanız; zevkleri, eğitim durumu, yaşı gibi konulara tahmin yapabilmeniz daha kolay olacaktır (Samuelson, 1973:122). Gelir, belirli bir dönem içerisinde elde edilen toplam parasal değerdir. Hane halkı geliri; hanede yaşayanların ücret veya maaşları, faiz gelirleri, kiralar ve transfer harcamalarından oluşmaktadır (Case ve ark., 2012:40).

Gelir, kişinin, belirli bir dönemin başında ve sonunda aynı zenginlikte kalması koşuluyla; dönem içerisinde elde ettiği değerlerin parasal ifadesi olarak da açıklanabilmektedir. Kendi işinin sahibi olan insanların geliri işine bağlı olarak değişmektedir. Gelir aydan aya değişiklik gösterebildiğinden; bazı aylarda harcamalar gelirin üzerine çıkabilmektedir.

Özel sektör veya kamu çalışanlarının zam veya terfi dışında her ay aynı gelire sahip olacakları bilinmektedir. Emekliler ise zam almadıkları sürece, aynı aylık gelirle hayatlarını sürdürmektedir (Eğilmez, 2018:36).

Marmot'a (2002) göre gelir üç ayrı konu başlığı ile sağlıkla ilişkilidir:

- Ülkeye ait gayri safi milli hasıla (GSMH)³
- Kişisel gelir
- Zengin ülkeler ve coğrafi bölgeler arasındaki gelir eşitsizliği

Marmot'un sınıflandırmasında kullanmış olduğu kişisel gelir, literatürdeki çalışmalarda hane halkı geliri olarak da kullanılmaktadır. Gelir ve sağlık arasında bilinen bir ilişki bulunmaktadır ve kişinin geliri arttıkça sağlığı iyileşmektedir (Kawachi ve Kennedy, 1999:215). Bir ailenin haftalık, aylık veya yıllık düzenli bir geliri yoksa aile ne kadar sabırlı ve dirençli olursa olsun; yiyecek, barınma ve sağlık konularında sorunlar ortaya çıkacaktır (Samuelson, 1973:122).

Gelirin az olması yani yoksulluk, sosyal hayatı kısıtlamakta ve düşük kalitedeki ürünlere yönelime sebep olmaktadır. İnsanların, hobilerine zaman ayırmaması, tatile çıkmaması, ailesi ve tanıdıklarıyla zaman geçirememesi, sosyal olarak yetersiz bir hayatın ve yoksulluğun en belirgin sonuçlarıdır. İnsanların düşük kalitedeki ürünlerle yaşamını sürdürmeye çalışması, sağlıkları için tehdit oluşturmaktadır. Yaşam için hayati önem taşıyan temiz su, gelirin fazla olmasıyla daha temiz olmayacaktır ancak yoksulluk durumunda temiz suya erişimde sorunlar olabilecektir. Düşük kaliteli ürünlere yönelen kişilerde; yetersiz beslenme ve temizlik sorunları ortaya çıkmakta, bu durum sağlığı tehdit etmektedir (Marmot, 2002:32).

Kawachi ve Kennedy'ye (1999) göre, eğitim ve sağlık hizmetlerine yetersiz yatırım; sosyal bütünlükteki bozulma, sosyal sermayedeki kötüleşme, bireysel sosyal karşılaştırmaların psikososyal etkileri sonucu ortaya çıkan gelir eşitsizliği ile insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilere sebep olmaktadır.

Gelir ve sağlık arasındaki korelasyon için literatürdeki bazı kaynaklar, gelirin azalması halinde, sağlığın kötüleşeceği beklentisini desteklememektedir. Genel olarak ekonomik teori ise, sağlıklı insanların daha yüksek iş gücü üreteceğini ve buna bağlı olarak gelirlerinin artacağını ifade etmektedir (Ettner, 1996:68).

³ GSMH makro ekonomik gösterge olduğu için bu bölümde ele alınmayacaktır.

1.3.1.4. Arz

Arz; bir ekonomide yer alan tüm üreticilerin, üretme arzusu ve gücüne sahip olduğu üretim kapasitesi olarak tanımlanabilir (Manisalı, 2006:84).

Arz, piyasadaki üreticilerin belirli bir süre içerisinde, farklı fiyatlardan satmak istediği mal ve hizmet miktarıdır (Yıldırım, 2003:67).

Arz, bir mal veya hizmeti, belirli bir süre boyunca herhangi bir fiyattan satma isteği ve satabilme kabiliyetidir (Guinness ve ark, 2011:70).

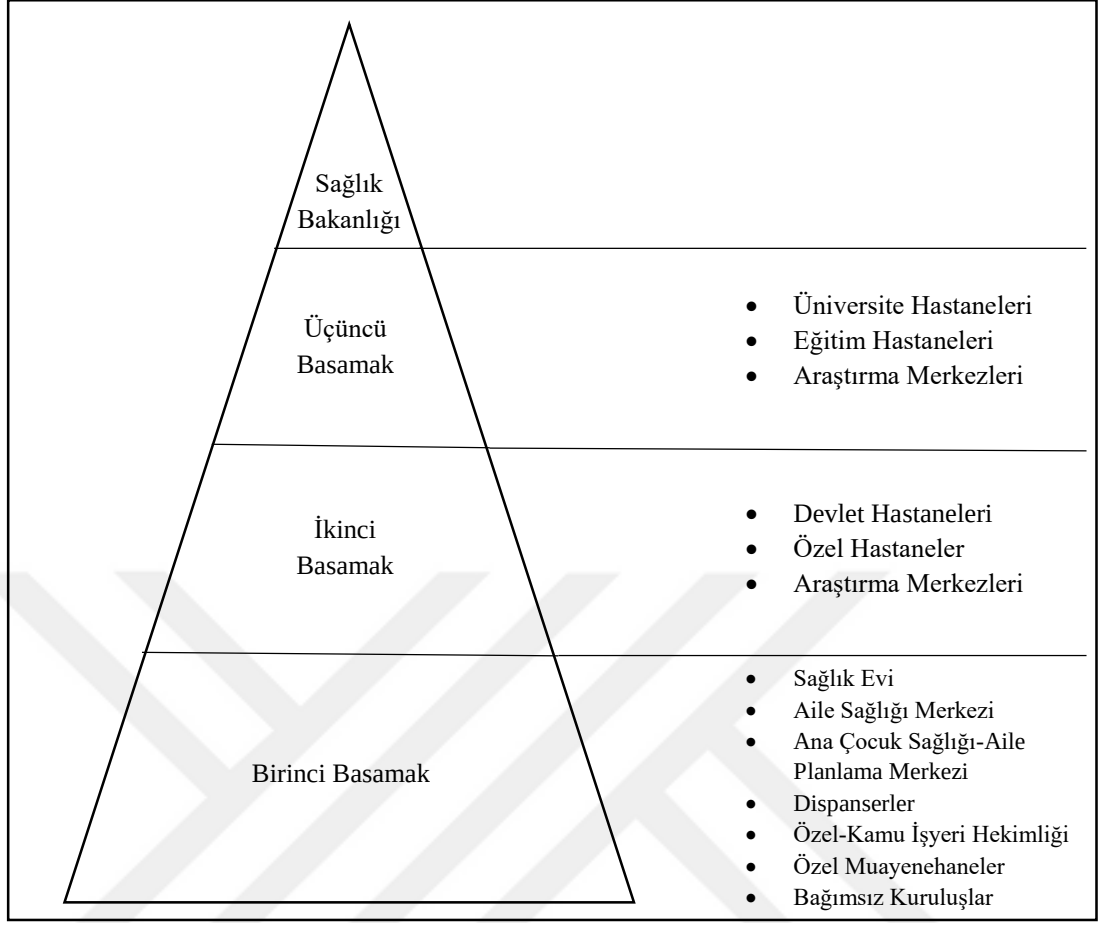
Sağlık hizmet arzı, sağlık hizmeti veren kurumların, belli bir dönemde belirli fiyattan sunmaya razı oldukları mal ve hizmet miktarıdır (Orhaner, 2006:4). Sağlık hizmetleri arzı; tüm hastanelerde, aile sağlığı merkezlerinde, kliniklerde, laboratuvarlarda ve sağlık sektörü içinde bulunan tüm unsurların faaliyetleriyle sağlanmaktadır (Çoban, 2009:34). Sağlıkta gerçekleştirilen hizmet arzı sağlık personeli ve sağlık hizmeti veren birimler tarafından belirlenmektedir. Sağlık hizmetlerindeki temel amaç, bireysel ve toplumsal sağlığın korunmasını sağlamak ve geliştirmektir (Mutlu ve Işık, 2012:96-97).

Türkiye’de sağlık hizmetleri arzı, Sağlık Bakanlığı’nın planlama ve denetleme görevini üstlendiği dört basamaktan oluşan kademeli bir sistemle sağlanmaktadır (Çöğür, 2015:29). Türkiye’deki sağlık sistemi Şekil 3’te gösterilmektedir.

Sağlık hizmet arzı; sağlık için ayrılan kaynaklara, sağlık sistemine, siyasi otoritenin sağlık alanına verdiği öneme ve uygulanan finansman yöntemlerinden etkilenmektedir (Kocasoy, 2014:18).

Sağlık kuruluşlarındaki birimlerin ve doktorların ortaya çıkardığı girdiler, başka bir ifadeyle üretim fonksiyonları, hizmet arzını etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinde üretim fonksiyonları, hizmet için harcanan girdiler ile sağlık çıktıları arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır (Folland ve ark., 2013:85).

Sağlık hizmetlerinde üretim fonksiyonu oluşturmakta zorluk çekilmektedir. Bunun nedeni, sağlık hizmetlerinin çıktılarını ölçmenin zor oluşudur. Sağlık hizmetlerinin, sağlığı geliştirmedeki katkısını ölçmek güçtür. Ayrıca hastaların ve yakınlarının, sağlık hizmet çıktılarını değerlendirmesinde pek çok zorlukla karşılaşmaktadır (Çoban, 2009:34; Durmaz, 2017:13).



Şekil 3: Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumu

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004:10.

Sağlık hizmetleri arzı; sağlık hizmetlerine has özelliklerden, üretim fonksiyonunda yer alan girdi ve çıktılarıdaki değişikliklerden ve pek çok farklı faktörden etkilenmektedir. Bu faktörler aşağıda sıralanmaktadır (Çoban, 2009:36; Durmaz, 2017:15-18; Çöğür, 2015:32-40):

- Üretimi yapılan mal ve hizmetin piyasadaki fiyatı
- Üretim faktörlerinin bulunabilirlik durumu ve fiyatları
- Teknolojik gelişmeler ve kullanılmakta olan tıbbi teknoloji
- Sağlık sektöründeki mevcut yatırımlar ve yatırım için gerekli miktar
- Devlet teşvikleri, sağlık politikaları ve kısıtlamalar
- Sağlık piyasasının mevcut durumu ve geleceğe yönelik beklentilerdir.

1.3.1.5. Talep

Bir mal ya da hizmetin; insan ihtiyacını giderebilme özelliğinden dolayı, fiyatının ödenerek, satın alınması isteğine talep adı verilmektedir (Şahin, 2006:77).

Mal veya hizmeti; piyasada, belirli dönemde, fiyatı dışındaki özelliklerinin değişmediği durumda, tüketicilerin farklı fiyatlardan almak istediği miktarlara talep denilmektedir. Satın alma isteğinin yalnızca satın alma gücü ile desteklendiği durumlar, talep olarak sayılmaktadır (Dinler, 2013: 48-49).

Talep, ihtiyaçlarla şekillenen satın alma arzusudur. Sağlık hizmeti talebi, bireyin herhangi bir sağlık sorunu olması halinde sağlık hizmetlerinden faydalanabilme gücü olarak tanımlanabilir (Yaylalı, 2012:564). Her ihtiyacın talebe dönüşmediği unutulmamalıdır. Sağlık hizmetlerinde taleple ihtiyaçlar arasındaki farklılığı, harcanabilir gelir ile satın alma gücünün belirlediğinin bilinmesi gerekmektedir. Ancak sağlığa duyulan ihtiyacın, satın alma gücü ile karşılanamadığı durumlarda, toplum sağlığına ve toplumun refah düzeyine etki edebileceği unutulmamalıdır (Ünal, 2013:32-33).

Çelik'e (2016) göre, ekonomik kurallarda belirtilen, satın alma gücü ile gerçekleştirilen talep, sağlık sektörü için her zaman geçerli olmamaktadır. Satın alma gücü yeterli olmayan ancak sağlık ihtiyacı olan kimselerin sorunları toplumu yakından ilgilendirmektedir. Bu türdeki ihtiyaçların ve sağlık hizmeti taleplerinin giderilmesi, satın alma gücüne bakılmaksızın sağlanmalıdır.

Goldberg (2004), talebi tahmin edebilmenin olağanüstü önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Sağlık sektöründe talebi belirlemek için ilk hedef, sağlık hizmetleri kullanımına etki eden en önemli faktörlerin bilinmesidir (BaniAsad ve Horry, 2017:187). Sağlık hizmeti ihtiyacının rastgele ortaya çıkması, talebin belirlenmesini zorlaştıran bir faktördür. Sağlık talebi çoğunlukla zamana ve konuma bağımlı olarak ortaya çıkmakta ve tıbbi müdahaleler ile giderilmektedir (Marcikic ve ark.,2016:55). Toplumda yaşayan herkesin sağlık hizmetine ihtiyaç duyması ve hizmet alması olasıdır. Sağlık hizmeti için ayrılmış olan kaynaklar, bireyin parçası olduğu toplumun refahı için önemli bir yere sahiptir. Bu sebeplerden dolayı talebin incelenmesi önemli olmaktadır (Yaylalı, 2012:564).

Sağlık hizmetlerine yönelik talep genel olarak sağlığın kaybedilmesi durumunda ortaya çıkmakta (Çoban, 2009:53) ve hastalığı ciddi boyutta olan insanlar, diğer insanlara göre daha fazla talepte bulunmaktadır (Phelps, 2010:100). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün “bireyin iyi olma hali” tanımıyla özetlediği sağlık; insanların kendileri için uygun gördüğü sağlıklı olma halinin, çok farklı boyutlar alabileceğinin göstergesidir. Bu şartlar altında sağlık hizmetlerine yönelik talep, sağlığın yitirilmesi ile ortaya çıkmaktan öte, birey ve bireyin içerisinde yaşadığı toplumun tasarladığı iyilik haline yönelik ihtiyaçlarla da ortaya çıkabilecektir (Çoban, 2009:53-54).

Sağlık hizmetleri ihtiyacı ile talebi arasındaki farklılık satın alma gücü dışında diğer faktörlerden dolayı da ortaya çıkmaktadır. Bu faktörlerden bazıları; kişinin ağrı eşiği, koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik bilgi ve hastalığın algılanma düzeyidir (Ünal, 2013:33). Andersen ve Newman’a (1973) göre, sağlık hizmetleri talebine etki eden üç farklı değişken vardır. Birincisi, bireyin hizmet kullanımına olan yatkınlığı; ikincisi, hizmet güvencesine sahip olabilme; üçüncüsü ise hastalığın derecesidir.

Sağlık hizmeti talebinde fiyat, bazı durumlarda önemli bir faktör olmamaktadır. Sağlık hizmeti alacak bireyin sağlık sigortası veya yeşil kartı varsa, alacağı hizmetin fiyatı talebi etkilemeyecektir. Ayrıca kimi zaman, hayatın devamı için zorunlu bir ihtiyaç olan sağlık hizmetinin ikame edilememe özelliği ile fiyatın hizmet talebini etkilemediği durumlar da gözlenmektedir (Orhaner, 2006:6).

Tüketici faydasını maksimize eden denge koşullarına göre, cepten harcamalar açıkça sağlık hizmeti talebini etkilemektedir. Bu koşullara göre iki faktörün bilinmesi gerekmektedir. Birincisi, sağlık hizmet sağlayıcılarının seçimi, ödenen sigorta primi tutarından etkilenmemektedir. İkincisi, hizmet sağlayıcılar çoğunlukla, hizmet birimi için fiyat belirlemede önemli derecede serbestliğe sahiptirler (Nahata ve ark., 2005:94-95).

Bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebi yalnızca tedavi amaçlı olmayıp, bireylerin sağlıkla ilgili genel bilgi ve destek içinde talepte bulunduğu dikkate alınmalıdır (Mills ve Gilson, 1988:44). Hastalar ve sağlık hizmetini sunanlar arasındaki bilgi asimetrisi talepte değişikliğe yol açmaktadır (Robinson ve Thomson, 2001:35; Neuman ve Neuman, 2009:1356). Hastaların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine gerek

olmayabileceği gibi, istemedikleri bir sağlık hizmetini almaları gerekebilmektedir (Lillrank ve ark., 2010:599).

Sağlıkla ilgili genel bilgiler bireyler için değerlidir çünkü bu bilgiler sayesinde sağlık hizmetleriyle ilgili daha iyi karar verebilirler. Kişilerin sahip olduğu sağlık bilgisi; yaşadığı sağlık sorunu ile ilgili edinmek isteyeceği bilginin maliyetini ve bireyin bu bilgiye verdiği değeri etkileyecektir. Bilgisini kullanarak sağlık hizmeti talebinde bulunan kişi bir profesyoneli ziyaret ederek nasıl bir hizmet alacağına karar verebilir. Ancak bireyin bilgi eksikliği sebebiyle veya doktorun bilgi asimetrisini kullandığı durumlarda, uyarılmış talebin ortaya çıktığı gözlenebilmektedir⁴ (Kenkel, 1990: 587-588).

Mutlu ve Işık (2012), sağlık hizmetlerinde talebin, doktor tarafından verilen kararlarla ortaya çıktığını, türetilmiş talep olduğunu bu sebeple diğer mal ve hizmetlerinden farklı olduğunu ifade etmişlerdir. Arzı gerçekleştiren doktorlar talebi belirlemektedir. Talebin belirlenmesi için pek çok faktör doktorlar tarafından değerlendirilmektedir.

Bireylerin, kendileri ve aileleri için daha sağlıklı bir hayat sürmek adına sağlıklı beslenme, egzersiz yapma, düzenli doktor kontrolüne gitme gibi ihtiyaçları da türetilmiş taleplerin ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Folland, 2013:28).

Grossman'a (1999) göre; uzun yaşamak ve bir yıl içinde hasta olmadan geçirilen gün sayısı sağlıklı olmak olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı olma hali bireyler tarafından talep edilmekte ve yine bireyin kendisi tarafından sağlanmaktadır.

Sağlık hizmeti iki sebeple talep edilmektedir (Grossman, 1972:225):

- Tüketim amaçlı olarak; sağlık bireylerin yaşamsal fonksiyonlarına ve hayat tercihlerine etki etmektedir.
- Yatırım amaçlı olarak; sağlık, bireyin tüm hayatı boyunca kaliteli zaman geçirmek için korunması gereken zenginliktir.

⁴ Uyarılmış talep: Bir hastanın, bir doktor kadar bilgiye sahip olduğu hallerde, mevcut tedaviyi asla kabul etmeyeceği durum olarak tanımlanabilmektedir (Kenkel, 1990:587-588).

Sağlık hizmetlerinde talebi etkileyen faktörler şöyle özetlenebilir (Mutlu ve Işık, 2012:80-84; Demez, 2016:38-45; Öztürk, 2018:31-35):

- Bireyin veya hane halkının gelir düzeyi
- Hizmetin fiyatı ve hizmetin arz miktarı
- Hizmet için kullanılan finansman yöntemi
- Bireyin, hane halkının eğitim düzeyi
- Sağlık sorununun etki düzeyi ve hizmete duyulan ihtiyaç şiddeti
- Kişisel zevkler ve tercihlerin etkisi
- Demografik özellikler(yaş, cinsiyet, medeni hal vb.) etkileri
- Sağlık hizmetinin bulunabilirliği ve sağlık hizmetlerine ulaşımıdır.

1.3.2. Makro ekonomik kavramlar

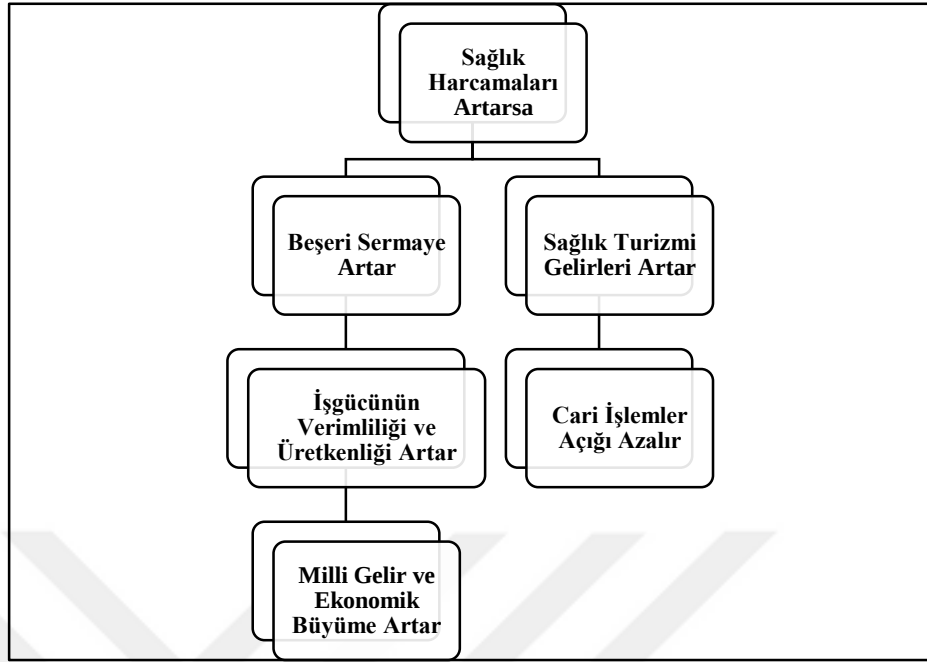
Sağlık ekonomisine makro ekonomik açıdan bakıldığında, iki ana başlık aklı gelmektedir. Birincisi, sağlık sektörü için yapılan harcamalar ve sağlık hizmeti için istihdamdır. İkincisi ise nüfusun genel sağlık durumunun ekonomik göstergelerle⁵ olan etkileşimidir (Işık, 1997:27).

Bir ülkede sağlık hizmetlerine ayrılan kamu kaynaklarının en iyi nitel ve nicel göstergesi, sağlık harcamalarıdır. Sağlık harcamalarının genel yapısı; kamunun sağlık sektöründeki rolünün belirlenmesinde ve sağlık hizmetlerinin sunulmasında etkin rol oynamaktadır (Ökem, 2007:26-27).

Sağlık harcaması; sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla yapılan tüm koruma, geliştirme, bakım, beslenme ve acil hizmetler ile ilgili faaliyetlerin tamamına yönelik yatırımlar için yapılan harcamalardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006:xii-xiii).

Yılmaz'a (2018) göre sağlık harcamaları makro ekonomik büyüklüklere Şekil 4'te yer alan konularda etki edecektir.

⁵ Ekonomik göstergeler: Uzun ömür, bereketli bir yaşam, ölüm oranları vb. verilerle GSMH ve GSYİH arasındaki ilişkilerdir.



Şekil 4: Sağlık harcamalarının makroekonomik büyüklüklere etkileri
Kaynak: Yılmaz, 2018:22.

Kamu harcamalarındaki bir kesinti, sağlık hizmetlerinin maliyetini artırabilir. Bireylerden daha ucuz kamu sağlık hizmetinden yararlanmaları veya bireylerin daha pahalı olan hizmetlere cepten harcama yapacak şekilde yönlendirmeleri istenerek, destek azaltılabilir. Ayrıca, mevcut durumda paranın değer kaybı ve ithalatın önündeki engeller, ithal ilaç ve teknoloji maliyetini artırmaktadır. Kesintiler çalışan ücretlerinde ve sağlık hizmetlerinde çalışan sayısında ciddi bir azalmaya yol açabilecektir (Ökem, 2007:27).

Başta gelişmiş ülkeler olmak üzere, ülkelerin çoğunda sağlık hizmetlerinin gayri safi milli hasıladaki (GSMH) payı artmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetleri maliyetleri, ulusal gelirden çok daha hızlı artmaktadır. Ekonomi içerisinde, bir sektörün önemi, sektörün GSMH'deki payı ile belirlenmektedir (Işık,1997:73).

Savedoff (2003) tarafından açıklanan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporuna göre, ülkeler gayri safi yurt içi hasılanın (GSYİH) en az %5'ini sağlık harcamalarına ayırmalıdır. Gelişmiş ülkelerde bu oran diğer ülkelere göre daha fazla olmaktadır.

Gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamalarının dağılımı ve yapılan yenilikler az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler tarafından takip edilmektedir.

Sağlık harcamalarının GSMH ve GSYİH’den aldığı payın artışı tüm ülkeler tarafından dikkatlice takip edilmeli ve harcamaların artış sebepleri incelenmelidir. Sağlık harcamalarındaki artışın sebepleri aşağıda yer almaktadır (Işık, 1997:74-78; Taşkın, 2011:85-88; Tıraş, 2018:53-60):

- Kişi başı milli gelirdeki artış
- Eğitim seviyesinin yükselmesi ve sağlık bilincindeki artış
- Toplumsal gelişmeler ve sosyal değerlerdeki farklılıklar
- Ortalama yaşam süresindeki artış
- Şehirleşmenin etkileri
- Teknolojideki gelişim ve bilginin hızlı yayılması
- Bilgi ve emek yoğun hizmet birimlerinin maliyetlerindeki artıştır.

Kaynakların kıt olması, sağlık harcamaları verilerinin izlenmesi için önemli bir sebeptir. Ayrıca harcamalardaki gelişmelerin takibi kadar, harcamaların sağlık verileri üzerindeki etkileri de önemli olmaktadır (Akın, 2007:30).

Sağlık harcamaları için; yapılan harcamanın GSMH’deki payı, kişi başı sağlık harcaması miktarı, harcamaların ne kadarının kamudan ne kadarının özel kaynaklardan sağlandığı ve hangi hizmet türlerine para harcandığı önemlidir (Güneyli Arık, 2014:53).

Kamunun sağlık hizmetlerine müdahalesinin azalması; GSYH’deki reel büyüme eğiliminin, toplam devlet harcamalarındaki sağlık hizmeti payının, GSYİH’deki kişi başı sağlık harcamasının analizine bağlı olmaktadır (Ökem, 2007:27).

Devletin sağlık sektöründeki rolü ve harcamaları incelenirken, unutulmamalıdır ki, bu konular yalnızca karmaşık bir düzende paranın ve hizmetin kim tarafından verildiği ile ilgilidir. Toplam harcamaların gerçekleşen haliyle, sağlık için yapılan kamu harcamalarına yönelik değerlendirmeler ve politikalar kıyaslanmamalıdır (Sahn ve Bernier, 1995:196).

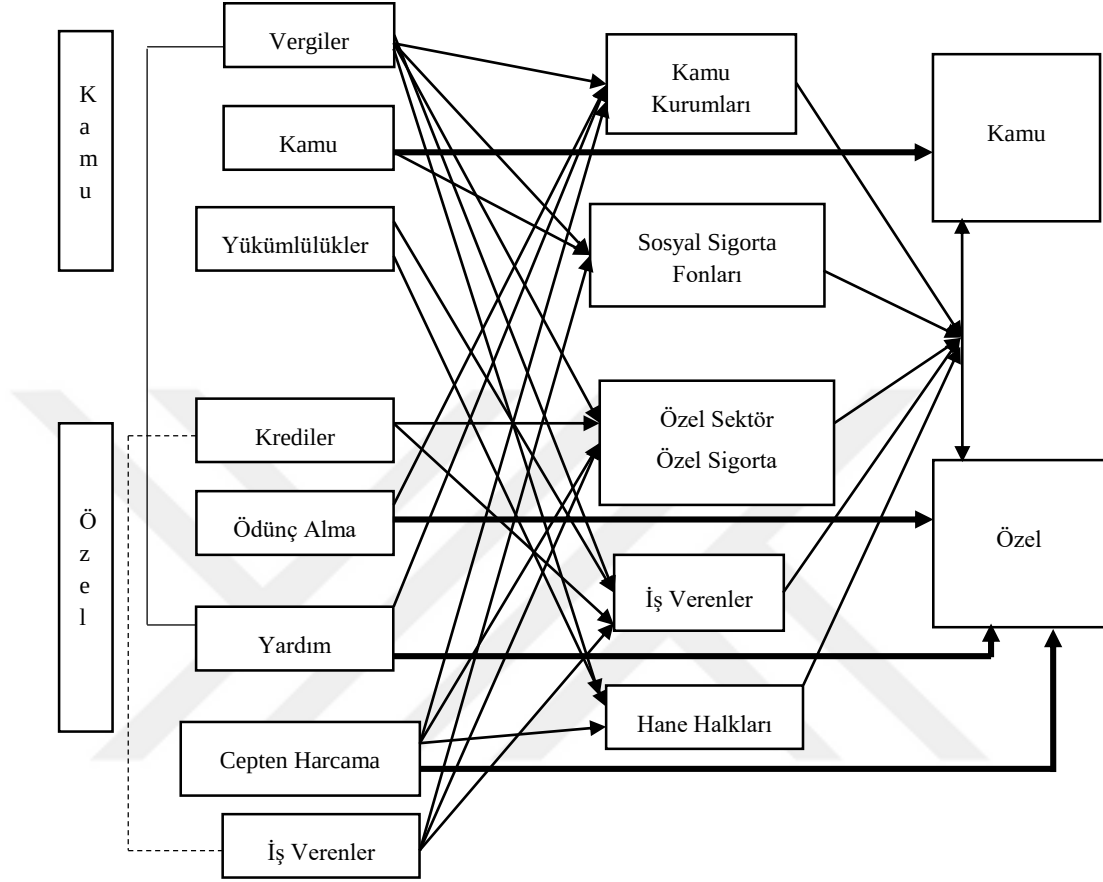
Beşeri sermayeyi, verimlilik ve niteliksel olarak etkileyen sağlık harcamalarını, tüketim yerine kalkınma amaçlı görmek gerekmektedir. Sağlık düzeyindeki gelişme verimliliğe pozitif etki ederek, ülke kalkınmasına destek olacak ve ekonomik büyümeyi hızlandıracaktır (Kocasoy, 2014:51).

Sağlık harcamaları, kamuda; yerel yönetim bütçesi, merkezi devlet bütçesi ve sosyal güvenlik fonları ile yapılmaktadır. Özel sektörde ise; hane halkının yaptığı cepten ödemeler, kurumların çalışanları için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortalarının yapılan ödemeler ve hane halkları için kar amacı olmayan kurumların yaptığı ödemeler, sağlık harcama türleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Yurdadoğ, 2007:594). Şekil 5'te harcama türleri bulunmaktadır.

Sağlık hizmeti almak için yapılan harcamalarda; maliyet paylaşımı, katılım payı, katkı payı, kişinin kendi kendine bakması ve diğer tüm harcamalar hane halkları veya bireyler tarafından yapılan doğrudan harcamalar olarak kabul edilmektedir. Bu türdeki harcamalara cepten yapılan harcamalar adı verilmektedir. Talepte bulunanların aldığı hizmet bedelini doğrudan ödediği harcamalardır (Atasever, 2014:17). Sağlık harcamaları içinde hane halkının yapmış olduğu cepten ödemeler en önemli kalemdir. Hane halkı talep ettiği hizmetin karşılığını, diğer ihtiyaçlar ya da tüketimlerden vazgeçerek ödemektedir (Loş, 2016:69).

İnsanların geliri arttıkça daha kaliteli hizmet almak istemesi ve buna bağlı olarak daha profesyonel hizmet veren sağlık kuruluşlarına başvurması, sağlık harcamalarını artırmaktadır. Hizmet kalitesi, yaşam kalitesine etki ettiği için bu hizmetlerde belirlenen bir harcama limiti bulunmamaktadır. Tıbbi malzemeler ve ilaçlar için yapılan ve yapılmakta olan araştırma geliştirme (AR-GE) çalışmaları, harcamaları etkilemekte ve yeni yatırımlara yön vermektedir. Ayrıca, yeni tıbbi malzemelerin ve yeni ilaçların yüksek fiyatları için yüksek alım gücü gerekmektedir (Akın, 2007:66).

Hane halklarının yapacağı sağlık harcaması zaman zaman zorunlu ihtiyaçları ertelemeye, birikimleri kullanmaya, varlıkları satarak nakde dönüştürmeye ve hatta borçlanmaya yol açabilmektedir. Bazı ülkelerdeki borçlanmaların temel sebebi sağlık



Şekil 5: Türk sağlık sistemindeki finansal akış

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004:1.

harcamalarıdır. DSÖ’ye göre bu tür durumlar “sağlık harcamalarının yarattığı finansal katastrofi” olarak adlandırılmaktadır. Özetle, sağlık harcaması, hane halkı toplam gelirinin veya harcamasının belirli payının üzerine çıkmıştır. Bu durumlar hane halklarının yoksullaşmasına sebep olabilmektedir⁶.

Sağlık hizmetlerinin arzulanan seviyeye gelmesi, hemen hemen her ülke için büyük önem taşımaktadır. Günümüzde ülkelerin kalkınması yalnızca mal ya da hizmetlerin üretimi ve dağıtımına bağlı değildir. Ekonomideki büyümenin yanı sıra gelirin eşit

⁶ https://biruni.tuik.gov.tr/yayin/views/visitorPages/yayinGoruntuleme.zul?yayin_no=447(Erişim Tarihi:20.06.2019)

dağılması, toplumun yaşamını olumlu etkileyen eğitim ve sağlık hizmetlerinin yeterli üretimi ve dengeli dağılması sağlanmalıdır. Sağlık ve eğitim hizmetleri doğrudan insana yönelik hizmetlerdir. Eğitim ve sağlık hizmetlerinden yeteri miktarda ve eşit yararlanan insanlardan oluşan toplumlar, çağdaş ve gelişmiş toplumlar olarak kabul edilmektedir (Özkara, 2006:63).

Sağlık harcamaları toplumdaki sağlık düzeyini yükseltmenin yanı sıra; toplumdaki gelir adaletinin sağlanmasına da yardımcı olmaktadır. Devletler, sağlık sistemlerini geliştirerek hem insani gelişmişlik düzeyini artırmakta hem de gelir dağılımındaki adalete katkı sağlamaya çalışmaktadır. Geliri yetersiz insanlar için sağlık hizmetlerindeki devlet müdahalesi veya desteği, gelir dağılımının adaletli olmasına yönelik katkı sağlamaktadır. Sağlıklı birey, verimli çalışarak daha fazla gelir elde ederek, çıktıların adaletli paylaşılmasına olanak sağlayacak ve sosyal barışın sağlanmasına katkıda bulunacaktır. Toplumdaki en düşük gelire sahip kişilerin veya hane halklarının gelirindeki iyileşmenin, gelir adaletine olumlu yönde etki edeceği bilinmektedir (Yalçın ve Çakmak, 2016:705-76; Yılmaz, 2018:23).

1.3.3. Sağlık hizmetlerinin finansmanı

Sağlık sorunları uzun bir süre boyunca bireysel bir sorun olarak kabul edilmiştir. Ancak sağlık; toplu yaşama eğilimi, sanayileşme ve şehirleşmenin etkisiyle toplumsal bir sorun olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (Ünal, 2013:124). Sağlık sorunları bireylerin hayatını olumsuz etkilediği gibi toplum hayatını da olumsuz etkilemektedir. Toplum, sağlık sorunlarıyla bireysel olarak mücadele edebilecek insanlardan oluştuğu kadar, yüksek maliyetli sağlık hizmetlerini karşılayamayacak durumda olan yoksul insanlardan da oluşmaktadır. Bu sebeplerle sağlık hizmetlerinin finansmanı önemli bir hal almaktadır. Bireysel finansmanın yetersiz olduğu durumlarda, kamusal finansman kaynaklarının olması, toplumsal düzenin korunması açısından önemlidir.

Sağlığın finansmanı, sağlık sistemlerinin oluşturulmasında belirleyici olabilmektedir. Sağlık sistemleri finansman dışında, ülkeye ait ekonomik yapı, insan haklarına duyulan hassasiyet, kişisel haklar ve toplumsal değerlerden etkilenmektedir. Sağlık sistemleri, belirtilen etkiler sebebiyle ülkelere özgü olarak ortaya çıkmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012:276). Sağlık sistemleri ve sağlığın finansmanı için Dünya Bankası 1997 yılında Tablo 2'deki finansman yaklaşımını oluşturmuştur.

Tablo 2: Dünya Bankası'nın finansman yaklaşımı

<u>Örgütlenme Biçimi</u>	<u>Finansman Biçimi</u>
Kamu	Genel Vergilerle (Bütçe Finansmanı) Sosyal Sigorta Özel Sigorta Doğrudan Harcamalar
Özel (Kar Amaçlı)	Genel Vergilerle (Bütçe Finansmanı) Sosyal Sigorta Özel Sigorta Doğrudan Harcamalar
Özel (Kar Amacı Gütmeyen)	Genel Vergilerle (Bütçe Finansmanı) Sosyal Sigorta Özel Sigorta Doğrudan Harcamalar

Kaynak: Mutlu ve Işık, 2012:281.

Mossialos ve arkadaşlarına (2002) göre, sağlık hizmetlerinin sağlanması ve finansmanı kısaca kaynakların yer değiştirmesi olarak tanımlanmaktadır. İhtiyaç sahiplerine sağlık hizmetleri verilirken kaynaklar kullanılmakta; karşılığında, kurumlardan veya şahıslardan maddi kaynaklar alınmaktadır.

Ülkelerin sağlık finansmanı konusundaki temel amacı; ülkede yaşayan her bireyin, ihtiyaç halinde, sağlık hizmetine ulaşabilmesi ve sağlık hizmetinden yararlanabilmesidir (Gökalp, 2015:140).

Çelik'e (2016) göre, sağlık hizmetlerinde finansman; sağlık sektöründe, faaliyetlerin sürdürülmesini sağlamak için paranın nasıl bulunacağı, hareket ettirileceği ve kullanılacağı ile ilgilenmektedir.

Sağlık hizmetlerinde finansman üç farklı görevi yerine getirmektedir (Çelik, 2016:167-170):

- Gelir toplamı: Sağlık sistemi için para toplanmasıyla ilgilidir. Kimlerin ne kadar ve hangi yöntemde ödeme yapacağı ve ödemelerin hangi kurumlar tarafından toplanacağı belirlenmektedir.
- Hizmet sunucularına ödeme: Toplanmış olan gelirlerin, sağlık hizmeti kullanan bireyler için, sağlık kurumlarına aktarılmasıdır. Sağlık hizmeti sunan kurumlara; hizmet başına, gün başına, vaka başına, kişi başına ödeme vb. yöntemlerle para aktarımı yapmaktır.
- Fon biriktirme(havuzlama): Sağlık hizmet sunumları sonrasında kurumlara yapılacak ödemelere ait riskin fona katkıda bulunan kişiler tarafından paylaşılması, gelirin biriktirilmesi ve biriken gelirin yönetilmesidir. Fon havuzlama, sigorta işlemi olarak da adlandırılmaktadır. Fon havuzlama toplumda adalet algısının oluşması açısından önemlidir. Düşük gelirli grupların, yüksek gelirli gruplar ile aynı fon havuzunda yer alması ve özellikle tek bir fon havuzunun olması; riskin ve gelirin dağıtılmasında eşitlik algısını ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca, fon havuzu büyüdükçe ölçek ekonomisi kullanılarak, katkı miktarı azaltılmakta ve dayanışma ruhu artmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin genel olarak üç temel kaynak toplama yöntemiyle finanse edildiği bilinmektedir. Bu yöntemler kamusal finansman, özel finansman ve karma finansman yöntemleridir (Kaya, 2008:20).

Kamusal finansman yönteminde kaynakları vergiler ve primler oluşturmaktadır. Ülkede yaşayan insanlardan toplanan; özel vergiler, genel vergiler⁷ ya da sağlık hizmetleri sunma amacıyla toplanmakta olan primlerle⁸ oluşturulan kaynaklar kullanılmaktadır (Özsarı, 2013:439).

Günümüzde, ülkelerin içerisinde bulunduğu ekonomik durum, insanların beklentileri ve beşeri sermayede yaşanan değişimler sağlık sisteminin finansmanı için alternatif

⁷ 1920'li yıllarda vergiler finansman kaynağı olarak kullanılmaya başlanmıştır (İstanbuluoğlu ve ark., 2010:92). Devletlerin, tüm vatandaşlarına eşit sağlık hizmeti sunabilmesi için genel vergileri kullandığı finansman modelidir. 1948'de ilk olarak İngiltere'de uygulanmaya başlanan bu sistem Beveridge Modeli olarak bilinmektedir (Yıldırım, 2012:53).

⁸ 1883'de Almanya'da başlatılan, Almanya Devleti'nin yasalaştırdığı, belirlenmiş endüstrilerde çalışarak belirli standartların altında kazananların bir hastalık fonuna dahil edildiği, bu fonun işçi ve işverenlerin zorunlu katkılarıyla finanse edildiği modeldir (Ron ve ark.,1990:8).Bismark Modeli olarak adlandırılmaktadır.

yollara başvurulmasına sebep olmuştur (Çoban, 2009:123). Özel finansman yöntemi, kamusal finansmanın alternatifi olduğu gibi, bazı durumlarda tamamlayıcısı da olmaktadır. Özel finansman kapsamına giren, en çok bilinen ve uygulanan cepten ödeme yöntemidir.

Mossailos ve arkadaşlarına (2002) göre cepten ödemeler; genel sağlık sigortasının karşılamadığı ya da kısıtladığı hizmetlere ulaşmak için, genellikle özel sektörden hizmet alımı için hastalar tarafından yapılan ödemelerdir. Cepten ödemeler ayrıca genel sağlık sigortası kapsamına alınan bazı hizmetlerde kamunun karşılamadığı miktarı, tamamlamak için de yapılmaktadır. Kocasoy'a (2014) göre, cepten ödeme yöntemi ile sağlık hizmetlerindeki gereksiz talepler ve gereksiz kaynak kullanımı sınırlanmaktadır. Ayrıca, cepten ödeme yöntemi zaman zaman maddi kaygılara yol açarak, önemli sağlık hizmetlerinin ertelenmesine hatta sağlık hizmetlerinden vazgeçilmesine sebep olabilmektedir.

Özel finansman kapsamındaki bir diğer yöntem ise özel sağlık sigortacılığıdır. Özel sağlık sigortacılığı günümüzde farklı sistemler kullanılarak yürütülmektedir. Özel sağlık sigortaları; işlevine, prim hesaplama şekline, kapsamına, sigorta şirketlerinin politikalarına göre farklılık göstermektedir (Yenimahalleli Yaşar, 2007:22). Özel sağlık sigortacılığı uygulaması temelde; kişinin, hastalığının getireceği finansal riski azaltmak amacıyla belli bir kuruma ödeme yapmasıdır (Dürrü, 2012:35). Hastalık halinde ortaya çıkan hizmet bedeli kişinin sigortası kapsamına göre tamamen ya da kısmen özel sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır.

Karma yöntemde, kamusal finans kaynakları ve özel finansman kaynakları birlikte kullanılmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunu; vergiler, cepten ödemeler, sosyal sigorta için alınan primler ve özel sağlık sigortası yapan şirketlerin yaptığı ödemeler finanse etmektedir. Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı karma model ile yapılmaktadır (SASAM, 2017:4).

2. DAVRANIŞSAL EKONOMİ

2.1. Klasik Ekonomiye Genel Bakış ve Eleştiriler

Klasik iktisat olarak adlandırılan iktisadi düşünce sisteminin, pozitif ve normatif bir bilim olarak ortaya çıkışının, klasik iktisadın kurucusu olarak bilinen Adam Smith ile başladığı kabul edilmektedir. Smith'in, 1776 yılında "Ulusların Zenginliği(The Wealth of Nations)" adlı kitabının yayınlanması ile başladığı kabul edilen bu düşünce sistemi, yaklaşık yüz yıllık bir döneme egemen olmuştur.

1776 yılında, klasik iktisat yaklaşımıyla beraber iktisadın, sosyal bilimlerin bir ana dalı olduğu kabul edilmiştir. Klasik iktisat doğa bilimlerinden etkilenecek "Homo-Economicus" kavramını geliştirmiştir. İnsanın kendi çıkarlarını maksimize(en çoklama) edeceği ve bu sayede toplum refahını yükselteceği düşünülmektedir. İnsan, kendi çıkarlarını ne denli yüksek tutarsa, toplumdaki refah artışı da bundan etkilenecektir (Neyse, 2011:14).

Simon (1955), klasik iktisat teorisinin "ekonomik insanı", rasyonel ve ekonomik davranan kişi olarak tanımladığını ifade etmektedir. Ekonomik insanın; çevresiyle ilgili tüm konulara yönelik bilgisi olan, istikrarlı ve planlı seçimler yapan, seçimlerinin sonuçlarını hesaplama yeteneğine sahip, kendisi için en iyi tercihe ulaşabilecek nitelikte olduğu varsayılmaktadır.

Klasik iktisadi dönem felsefecilerinden biri olan David Hume (1711-1776), aklın üstlendiği rolü sorgulamanın gerekliliğine vurgu yaparak akılcı yöntemi eleştirmiştir. Tüm davranışların akıl ile doğru ve yeterli olduğunun kanıtlanamayacağını savunmuştur. Hume, aklın, klasik anlamda insan hayatının belirleyicisi olmadığına dikkat çekmiştir (Kırlı, 2013:104).

20. yüzyılın ortalarına kadar iktisat bilimi; birey kararlarını, psikolojik unsurları ve diğer sosyal bilimlere ait konuları iktisat dışı kabul ederek, incelememiştir. Halbuki sosyal ve pozitif yapısı, iktisat biliminin, disiplinler arası yöntemlerle etkileşim içinde olmasını gerektirmektedir (Neyse, 2011:21-22).

Klasik ekonomik modelde insan davranışları üç gerçekçi olmayan özellik taşımaktadır. Bunlar; sınırsız rasyonalite, sınırsız irade ve sınırsız bencilliktir. Bu üç

özellik klasik ekonomik modelin değişimi için yeterli olmaktadır. Simon'un 1955 yılında klasik ekonomik model eleştirisi, ekonomik kararların sınırsız bilgiler ışığında verilmediğine yöneliktir. Sınırlı rasyonelliği ortaya çıkararak, insanların problem çözme yeteneği için daha gerçekçi bir açıklama getirmiştir (Mullainathan ve Thaler, 2000:3).

Rasyonellik için kullanılan ortak kısıtlamalar arasında; seçilebilecek alternatifler, alternatif seçimlerinde kararı veya sonucu etkileyecek ilişki ve durumlar(memnuniyet, hedefe ulaşma), sonuca veya karara verilen önem bulunmaktadır. Rasyonel davranış modelinin bazı unsurlar eklenerek ele alınması gerekmektedir. Rasyonel davranış aşağıdaki unsurlardan bazısına ya da hepsine ihtiyaç duymaktadır (Simon, 1955: 100-102):

- Karar ve seçim için alternatif davranışlar
- Kişinin dikkate aldığı veya algıladığı alt davranışlar
- Gelecekteki olası durumlar veya tercih edilen sonuçlar
- Tercih sonrasında olası tüm çıktıların fayda veya değerini belirleyecek sonuç fonksiyonu
- Sonuçların farklı alternatiflerde meydana gelip gelmeyeceğine dair bilgi sahibi olma
- Belirli bir sonuca, farklı bir alternatif seçimiyle ulaşıp ulaşılmayacağını bilmesi

Rasyonalite kavramı, geleneksel iktisat teorisinde en önemli kavramlardan biri olsa da, pek çok açıdan eleştirilmiş ve geçerliliği tartışılmıştır. Rasyonalite kavramına yönelik eleştirilerin ve rasyonalitenin geçerliliğine yönelik tartışmaların ortaya çıkmasında davranışsal iktisatçıların da katkısı olmuştur. Davranışsal iktisat teorileri, geleneksel iktisat teorisiyle açıklanması tam mümkün olmayan iktisadi durumları ve bu tip durumlarda ortaya çıkan sapmaları psikoloji biliminin katkılarıyla açıklamaya çalışmaktadır (Şeniğne, 2011:34).

Jager ve arkadaşlarına (2000) göre ekonomi kıt kaynakların kullanımını inceleyen normatif bir bilimdir. Psikoloji ise insanların karar vermesini etkileyen faktörleri

inceleyen tamamlayıcı bir bilimdir. Şeniğne'ye (2011) göre iktisat ve psikoloji bilimi insan odaklıdır. İktisat, insanların ihtiyaçlarını gidermek için gerçekleştirdiği iktisadi davranışları incelemektedir. Psikoloji ise davranışların ortaya çıkış nedenleri ile ilgilenmektedir.

Klasik ekonomi yaklaşımında davranışlar rasyonel yaklaşıma uygun olarak şekillenmektedir. Ancak gerçekte, insan davranışı çok boyutlu bir optimizasyon süreciyle ortaya çıkmaktadır. Bu süreçteki boyutları; sosyal kıyaslama, benzeşim seviyesi, alışkanlıklar ve muhakeme yeteneği oluşturmaktadır. İnsanlar süreç sonucunda kısıtlı bilişsel kaynaklarını kullanarak davranışlarına karar vermektedir (Jager ve ark., 2000:357).

Festinger'e (1954) göre psikolojideki birinci temel yaklaşım; insanların içinde bulundukları sosyal çevredeki davranışlarından elde ettikleri bilgileri kullanarak, yeni ve etkileyici davranışlar öğrendiğidir. İnsanlar belirsizlik anında veya kararsız kaldıklarında genellikle sosyal çevreye uyumlu davranma eğilimindedir. Her iki durumda da insanların kısıtlı bilişsel algılamaya ve kısıtlı düşünme yeteneğine sahip olduğu gözlenmektedir. Simon'a (1976) göre psikolojideki ikinci temel yaklaşım, insanların her zaman çıktıları en uygun hale getirmek istemediği ancak sıklıkla keyif veren davranışlarda bulunduğudır (Simon, 1976 aktaran Jager ve ark., 2000:360).

2.2. Davranışsal İktisadın Tanımı, Kapsamı ve Tarihçesi

2.2.1. Tanımı ve kapsamı

Nagatsu'ya (2015) göre davranışsal ekonomi, rasyonel belirleyicilerin aksine insanların psikolojik ve davranışsal olarak nasıl düşünüp ve nasıl davrandığını inceleyen; bu incelemelerle ekonomi teorisini ve politikalarını geliştirmeyi amaçlayan etkili bir araştırma programıdır.

Davranışsal ekonomi, insanların sınırlarını ve karmaşıklığını gösteren bazı etkenlerin olduğu durumda; ilgili alanda neler olduğunu araştıran psikoloji ve ekonomi bilimlerinin karışımıdır (Mullainathan ve Thaler, 2000:ii).

Rehman'a (2016) göre davranışsal ekonomi; insanların etkileşimde bulunduğu durum, yer, zaman, toplum etkisi ve duygularına göre ön yargılarını temel alarak yaptığı seçim ve eş zamanlı olarak kararlarını ya da davranışlarını etkileyen unsurları kapsamaktadır.

İnsan davranışları rasyonellik çerçevesinde incelenirken, psikolojik etkenlerin ekonomik davranışlar üzerindeki etkisi de göz önüne alınarak, gerçekçi yaklaşımların ortaya çıkması sağlanmıştır. Bu yaklaşımlar ortaya çıkarılırken klasik yöntemlerden uzak durulmuş ve tamamen yeni teknikler ve araçlar kullanılmıştır (Soydal, 2010:95-96).

Davranışsal ekonomi; kendi alanına ait yeni teoriler ortaya çıkararak, alana ait daha iyi tahminlerde bulunarak ve psikolojinin temellerini kullanarak, ekonomik analizlerdeki gerçekçiliği artırmayı amaçlamaktadır. Davranışsal ekonominin bu yaklaşımı neoklasik ekonomideki fayda maksimizasyonu, denge ve verimlilik konularının tümünden reddedilmesi anlamına gelmemektedir. Neoklasik yaklaşım, ekonomik ve hatta ekonomik olmayan davranışlara uyarlanabilecek teorik bir çerçeve sağlayabilmekte ve tahminlerde bulunabilmektedir (Camerer ve Loewenstein, 2004:3).

Davranışsal ekonomi, klasik iktisat teorisini; psikoloji, sinir bilim, sosyoloji, siyaset ve hukuk bilimlerinden katkılar sağlayarak geliştirmektedir. Bireylerin davranışlarını etkileyen faktörlere ve farklı koşullarda nasıl karar aldıklarına yönelik, daha gerçekçi varsayımlar ortaya çıkararak, daha açıklayıcı ekonomik analizlere davranışsal ekonomi ile ulaşabilmekteyiz. Davranışsal ekonomiye göre insanlar; hesap yapan birer makine olmayıp, tutkular ve gerekçelere göre karar vermektedir. Davranışsal ekonomi ile zenginleşen ekonomi bilimi, bireylerin ekonomik davranışlarını ve dolayısıyla toplumları daha iyi anlamamızı sağlayacaktır (Altman, 2012:9).

Camerer ve Loewenstein'a (2004) göre davranışsal ekonominin incelenmesi için şu sıralamaya uyulmalıdır:

- Ekonomistler tarafından genel olarak kullanılan varsayım ve modelleri belirlemek(beklenen fayda, azalan fayda vb.)
- Varsayım veya modellerdeki anormallikleri tanımlamak veya ihlalleri göstermek
- Kullanılan varsayım veya modelleri genelleştiren alternatif teorileri yaratmak için anormalliklerden yararlanmak

- Alternatif teorilerle ekonomik davranış modelleri oluşturmak, yeni etkileri ortaya çıkarmak ve bu etkileri test etmek.

2.2.2. Tarihi

Davranışsal ekonominin; rönesans döneminden itibaren gelişen felsefe, doğa bilimleri ve psikoloji ile, 17. yüzyılda bir bilim olarak ortaya çıkan ve gelişen iktisadın, 20. yüzyıl ortalarına kadar yaşadığı düşünsel değişimle ortaya çıktığı söylenebilir (Neyse, 2011:4).

David Hume (1711-1776), insan davranışlarını yorumlayabilmek için tutkuların öneminden bahsetmiştir. Tutku ve akıl ilişkisini; aklın, tutkuların kölesi durumunda olması gerektiği ve gerçekte de bu şekilde olduğu ifadeleriyle açıklamaktadır. Akıl insanlar için tek başına güdüleyici olmamakta, tutkuların iyi veya kötü olup olmadığını değerlendirmeye yardımcı olmaktadır (Kırlı, 2013:111). David Hume'un ahlak felsefesi ve rasyonellikle ilgili düşünceleri, Adam Smith'i etkilemiştir (Yılmaz, 2015:6).

Davranışsal iktisada yönelik ilk belirtiler Adam Smith tarafından yazılan ve 1759 tarihinde yayınlanan kitabı “Ahlaki Duygular Teorisi(The Theory of Moral Sentiments)”nde yer almaktadır.

Adam Smith (1759), insanların mevcut durumundan daha kötü bir duruma düşmesinde duyduğu ızdırabın; kötü bir durumdan daha iyi bir duruma geçtiğinde duyacağı mutluluktan, daha fazla olacağını ifade etmiştir (Smith, 1790:192).

18. yüzyılın sonlarına doğru fayda kuramı ile neoklasik akımın temelini oluşturan Jeremy Bentham (1748-1832), fayda üzerinde etkili olan psikolojik temeller hakkında kapsamlı yazılar yazmıştır. Faydanın belirleyicileri hakkında yaptığı tespitlerdeki başarısı, davranışsal iktisadın gelişimi ile takdir edilmiştir (Camerer ve Loewenstein, 2004:5).

18. ve 19. yüzyıllarda ekonomistler psikoloji biliminden uzak kalmışlar ve sıklıkla tüm çalışmaları matematiksel yaklaşımlarla açıklama eğiliminde olmuşlardır. Daniel Bernoulli (1700-1782), risk altında seçim teorisinin yaratıcısıdır ve bu alandaki önemli örneklerden biri olmuştur. Bernoulli 1738 yılında yayınlanan çalışmasında, paranın

azalan marjinal faydası yaklaşımıyla riskten kaçınma davranışlarını açıklamıştır (Wilkinson ve Klaes, 2012:3).

20. yüzyılın başlarında, bireylerin parasal kararlarla ilgili neler hissettiği ve nasıl düşündüğü konusunda geniş bir hipotez üzerinde durulmuştur. Bu süreçte hipoteze yönelik, ekonomi ve psikoloji alanından pozitivist bakış açısına sahip tepkiler de olmuştur. Ekonomi alanı için, analistler, psikolojik ölçülerin ve limitlerin önemine dikkat çekmiştir. Ancak bu uyarılar ekonominin kilit konularını değiştirememiştir. Araştırmacılar daha sonra uygulanması zor olmayan, kısıtlayıcı deneyleri kullanarak, kıyaslama düzensizliklerini ortaya çıkarmıştır. Ekonomistler, göz ardı edilemeyecek olan bu düzensizlikleri kabul etmeye başlamıştır. Bu durum ekonomi biliminde yeni hipotezlerin ortaya çıkacağını kesinleştirmiştir (Rehman, 2016:130).

Davranışsal ekonominin başlangıcı 20. yüzyılda neoklasik ekonomide kullanılan; ekonominin psikoloji, sosyoloji ve tarihsel geçmişi ile bağlarını kopararak ekonomi disiplini domine eden ve karar verme modellerine yöneltelen, ampirik eleştiriler sayesinde olmuştur (Wilkinson ve Klaes, 2012:12).

Katona (1947) yılında yayınladığı çalışmasında, ekonomik psikoloji adını alabilecek bir teoriden bahsetmiştir. Katona, mevcutta kullanılan ekonomik verilere ilave olarak; kişilerin karar vermesine etki edebilecek ve kişiler için önemli olan faktörlere dikkat çekmektedir. Katona'ya göre çevreye uygun gerçekleşen davranışa dürtüler, yaklaşımlar ve beklentiler etki etmektedir.

Davranışsal ekonomi kavramı ilk kez, Harold L. Johnson tarafından 1958 yılında yayınlanan bir araştırma makalesinde kullanılmıştır (Angner ve Loewenstein, 2007:1). Johnson (1958) yayınlanan makalesinde; işletmelerin, yer aldığı çevreyle ilişkileri ve sosyal sorumlulukları üzerinde durmuştur. Johnson çalışmasının amacını; iş gücü üzerindeki değişkenlikleri, sınırları, etkileri keşfetmek olarak açıklamaktadır.

1970'lerin sonunda yayınlanan iki makale ile davranışsal ekonominin resmen ortaya çıktığı söylenebilir. Bu makalelerden ilki 1979 yılında Daniel Kahneman ve Amos Tversky isimli iki psikolog tarafından yazılan "Prospect theory an analysis of decision under risk(Beklenti kuramı: Risk altında karar verme hakkında bir analiz)"dir. Bu makaleden sonra hem Kahneman hem de Tversky, yaptıkları çalışmalarla beklenti kuramı dahilinde kullanılan; kayıptan kaçınma, faydanın ölçümü, referans noktası,

öznel olasılık yargılamaları kavramlarını literatüre kazandırmıştır. Ayrıca bilişsel karar verme ile ilgili makaleleri yayınlanmıştır. İkinci makale ise Richard Thaler tarafından 1980 yılında yayınlanan “Toward a positive theory of consumer choice (Tüketici tercihlerine yönelik olumlu bir teori)”dir. Thaler, bu çalışmasında Kahneman ve Tversky’nin literatüre kazandırdığı kavramlarla ilişkili olan zihinsel muhasebe kavramını ortaya çıkarmıştır (Wilkinson ve Klaes, 2012:14).

21. yüzyılda davranışsal iktisat literatürüne katkı sağlayan isimlerden biri de Matthew Robin’dır. Robin (2002) yayınlanan makalesinde, araştırmacıların insan doğasıyla ilgili düşüklükleri yanlışları hatırlatmış ve daha gerçekçi bir yaklaşım önerisinde bulunmuştur. Robin, insanların yeni tercihlerinin, sezgilerinin veya ön yargılarının nasıl şekillendiğinin ve insanların faydalarını gerçekten maksimize edip etmediğinin incelenmesini önermektedir. Robin, bunların yanı sıra mevcut çalışmalarda dikkate alınması gerekenleri şöyle sıralamıştır:

- İnsanların değişime verdiği önem
- Başkalarını önemseme(çevreye duyarlılık)
- Kişisel çıkarlar ve ekonomi ilişkisi
- Bugünün önemi(günü önemseme)

2.3. Davranışsal Ekonominin Temel Konuları

2.3.1. Sınırlı rasyonellik

Herbert Simon 1955 yılında; geleneksel iktisat teorisinin, çevresiyle ilgili gerekli tüm bilgiye sahip, tüm hesaplama niteliklerini barındıran, ekonomik ve rasyonel olan insanı tanımlamasına yönelik eleştirilerini ortaya koyan bir çalışma yayınlamıştır.

Herbert Simon’un yaptığı bu çalışma, karar verme rolünü üstlenen kişilerin bilişsel sınırlarını inceleyen ilk bilimsel araştırma programı olmuştur. Simon çalışmasında, belirli kriterleri karşılayan ya da kriterlerin üzerine çıkılan durumlarda ortaya çıkan, tatmin olma kavramıyla bağlantı kurmuş ancak bu durumların insanlar için en iyi ya da eşsiz olduğu konusunda kesin bir kanıya varılamayacağını belirtmiştir (Callebaut, 2007:76).

Ekonomik insan, bulunduğu çevredeki bilgiye erişimi ve hesaplama kapasitesine uygun olarak rasyonel davranışlar gösterecektir (Simon, 1955:99). Dolayısıyla rasyonel davranışlarında belirli kısıtlamalar altında olacağı anlaşılmaktadır. İnsanların hesap yapabilme yeteneği, seçimlerinin sonuçlarına yönelik bilgi eksikleri, birden fazla hedef ya da tercih arasında doğru tercih yapmada insan yeteneğinin sınırlılıkları; sınırlı rasyonelliğin varlığını göstermektedir (Simon, 1997:270).

Ekonomi literatüründeki gelişmeler rasyonel insan yaklaşımının gerçekte, insan davranışlarını yansıtmadığını ortaya koymaktadır. Rasyonel insanın seçimlerinde, karını veya faydasını maksimum yapacağı kararlar vermesi beklenmekte ancak çoğu insan bu şekilde düşünmemektedir. Herbert Simon (1916-2001), faydanın ya da karın maksimize edilmesinin her zaman geçerli olmadığını, bunun yerine insanların çoğunda “tatmin olma” veya “yeterince iyi olan”ın tercih edildiğini, bu durumlarında sınırlı rasyonaliteye temel oluşturduğunu ifade etmektedir (Akdere ve Büyükboyacı, 2015:106,124).

2.3.2. Beklenti kuramı

Daniel Bernoulli (1700-1782) tarafından 1738 yılında tanımlanan ve klasik iktisat teorisinde kullanılan “beklenen fayda teorisi”, risk durumu ve belirsizlik altındaki karar verme üzerine yapılan ilk çalışmadır. “Beklenen fayda teorisi”nde Bernoulli, bireylerin risk ve belirsizlik durumunda karar verirken zenginliklerini maksimize edecek kararlar verdiklerini ifade etmektedir (Kahneman, 2003:164; Yıldız, 2014:25). Bernoulli’nin çalışması, iktisat ve finans alanında risk altında yapılan tercihlerin açıklanmasında kullanılabilmesine karşın; çalışmanın, farklı konularda belirsizlik altında ve risk durumlarında, insanların yaptığı tercihleri açıklamada yetersiz kaldığı, ampirik çalışmalarda tespit edilmiştir (Taşdemir, 2007:308-309).

Beklenen fayda teorisinde, çıktıların faydaları olasılıklarına göre ağırlıklandırılmakta (Kahneman ve Tversky,1979:265) ve rasyonel insanın bir seçim yapması gerektiğinde tercihini, en yüksek beklenen faydayı elde edeceği seçenektan yana yapacağı varsayılmaktadır (Tversky ve Kahneman, 1981:453).

Kahneman ve Tversky (1979) yayınladıkları makalede; beklenen fayda teorisinin aksayan yanlarını eleştirerek, risk ve belirsizlik durumlarındaki seçimleri açıklayan

farklı bir kuram ortaya koymuştur. Bu kuram “beklenti kuramı” olarak adlandırılmıştır.

Beklenti kuramı, risk durumunda yapılan tercihler sonucunda elde edilecek faydanın servete bağlı olmadığını; tarafsız bir referans noktasına göre tanımlanan, kazanç ve kayıp durumlarıyla ilişkili olduğunu açıklayan bir yöntemdir (Kahneman, 2003: 164).

Beklenti kuramının temel aldığı üç ana özellik bulunmaktadır (Yıldız, 2014:36):

Birinci özellik tüketicilerin, karar verme sürecinde ürün ya da hizmet özelliklerini değerlendirirken karşılaştırmalar yapmasıdır. Karşılaştırma yapılırken bazı standartlar kullanılmaktadır ve bu standartlar referans olarak adlandırılmaktadır. Referanslar; ürün veya hizmetin fiyatı, kullanıcı görüşleri, deneyim, değerlendirme, gözlem vb. bilgilerden oluşmaktadır (Kimzan, 2012:118; Akboz, 2019:16).

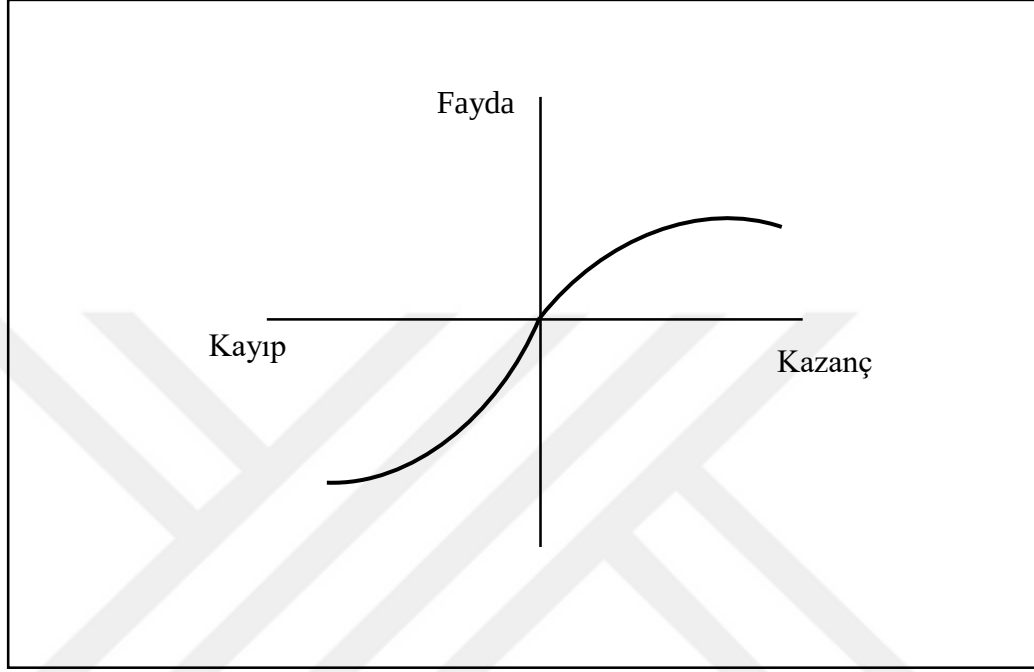
Dhar ve Wertenbroch (2000) yaptıkları çalışmada; referansa bağlılık konusunda kişilerin hazzı ve faydacı ürün veya hizmet tercihlerini incelemiştir. Çalışmada dört farklı konu için ikişer farklı koşul kullanılmış ve katılımcılara tercihleri sorulmuştur. Çalışma sonucunda, referansa göre hazzı ya da faydacı ürün veya hizmet tercihinde farklılaşma olduğu görülmüştür.

Kişilerin kullanmış olduğu ürün ya da hizmetleri tercih etme veya beğenme sebepleri, kişilerin daha sonraki seçimlerini etkileyecektir. Ürün ya da hizmetin sahip olduğu bu özellikler bir referans düzeyi oluşmasına sebep olabilmektedir.

İkinci özellik, azalan hassasiyet ilkesidir. Hem duyuşal hem de servetteki değişimlerin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Örneğin, başlangıç seviyesindeki servetten ufak bir azalma; aynı servetteki önemli miktardaki artış kadar etkileyici olmayacaktır (Yıldız, 2014:36).

Üçüncü ve beklenti teorisinde ortaya çıkan en belirgin özellik, kayıptan kaçınma davranışıdır. Bireylerde kayıplar, kazançlarla kıyaslandığında; kayıpların, kazançlardan daha önemli olduğu gözlenmektedir. Kayıplara verilen tepki, aynı oranda gerçekleşen kazanç için verilen tepkiden çok daha fazla olmaktadır. Tehditleri, fırsatlardan daha acil olarak çözüme kavuşturan organizmaların hayatta kalma şansının daha yüksek olduğu söylenebilir (Kahneman, 2003:164; Kahneman, 2011:282).

Beklenti kuramına göre fayda fonksiyonu, Şekil 6'da gösterilmektedir. Şekil-6'da görüldüğü gibi beklenti kuramında kazanç bölgesinde eğri iç bükey yani marjinal faydadaki azalma sebebiyle riskten kaçınma; kayıp bölgesinde ise eğri dış bükey olup, risk alma tercihinə yönelme gözlenmektedir (Duman, 2018:12).



Şekil 6: Beklenti kuramında fayda fonksiyonu
Kaynak: Kahneman ve Tversky, 1979:279.

2.3.3. Çerçeveleme etkisi

Çerçeveleme etkisi, insanların şartların aynı olduğu olaylarda, olayların farklı sunulması ile birbirlerinden farklı tepkiler vermesini ifade etmektedir. Tüketicilerin, yatırımcıların veya herhangi bir konuda karar verecek olan insanların; risk ve belirsizlik halleri dışında, alternatiflerin sunuluş tarzından etkilendikleri bilinmektedir (Altunöz ve Altunöz, 2016:41). Klasik iktisat teorisinin aksine, tercihlerin; seçeneklerin veya sonuçların özelliklerinden etkilendiği yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Kahneman, 2003a:702). Buluşsal araştırmalara duyulan güven ve seçimlerin çerçeveleme etkisinde kaldığına olan inanç yalnızca zamanlararası seçimin değil, karar teorisinin de kritik bir unsuru olmaktadır (White ve Dow, 2016:51).

Tversky ve Kahneman (1981) üniversite öğrencileriyle yaptıkları bir çalışmayla çerçeveleme etkisinin kararlar üzerindeki etkisini açıklamaya çalışmışlardır. Çalışmada; katılımcıların hepsine Amerika'yı Asya'dan gelen bir salgın hastalığın etkileyeceği ve bu hastalığın yaklaşık 600 kişiyi öldüreceği belirtilmiştir. Öğrenciler iki gruba ayrılmıştır. İki gruba da bu hastalıkla mücadele için iki ayrı yöntemin önerildiği belirtilmiş ve gruplara yöntemler aşağıdaki gibi sunulurken tercih yapmaları istenmiştir. Katılımcı sayıları(N) ve cevap oranları köşeli parantez “[]” içinde verilmiştir.

Grup-1 [N:152]:

- A yöntemi uygulanırsa, 200 kişi hastalıktan kurtulacak [%72]
- B yöntemi uygulanırsa; 1/3 olasılıkla 600 insan kurtulacak, 2/3 olasılıkla hiç kimse kurtulamayacak [%28]

Grup-1’de çoğunluğun tercihi, riskten kaçınma yönünde gerçekleşmiştir. 200 kişinin yaşamına devam etmesi, üçte bir olasılıkla 600 kişinin ölmesine tercih edilmiştir.

Grup-2 [N:155]:

- C yöntemi uygulanırsa, 400 insan ölecek [%22]
- D yöntemi uygulanırsa; 1/3 olasılıkla kimse ölmeyecek; 2/3 olasılıkla 600 kişi ölecek [%78]

Grup-2’de çoğunluğun tercihi risk alma yönünde gerçekleşmiştir. 400 insanın ölmesi, üçte iki olasılıkla 600 insanın ölmesinden daha az kabul edilebilir olarak görülmüştür.

İki gruba sorulan yöntemlerdeki en büyük farklılık insanların hayatta kalması veya hayatlarını kaybetmesi üzerinden sorulmuş olmalarıdır. Riskten kaçınma davranışından, risk almaya doğru belirgin bir kayma söz konusu olmuştur.

Zimmerman’a (2016) göre çerçevelemenin etkileri, uzmanlık isteyen ve dikkatli verilmesi gereken kararların olduğu alanlarda, çok önemli sonuçlara ulaştıracak kararların alınmasına yardımcı olmaktadır. Doktorların bir ameliyatı önerirken “100 hastadan 10’u hayatını kaybediyor” ifadesi yerine, “100 hastadan 90’ı hayatına devam ediyor” ifadesini kullanması bu önemli kararlara örnek olarak verilebilir. Ayrıca bir çerçeve eylemler için bilinçli alışkanlık haline dönüşebilmektedir. Bu noktada

çerçevelemenin amacı bilişsel alışkanlığı başlatacak bir işaret oluşturarak, belirgin şekilde bir tür bilişsel alışkanlığı ortaya çıkaracaktır. Tıp etiğinin kurallarından olan “zarar vermeme” kavramı bilişsel bir alışkanlık haliyle, doktorun hastasına sunacağı ameliyat önerisinde, kullanacağı cümle yapısına etki edebilmektedir. Doktor ameliyat önerisinde kullanacağı cümleyi, sağlığına kavuşan hastaların oranını vererek oluşturabilecektir. Böylece "zarar vermeme" kavramına yönelik bilişsel alışkanlığı olumsuz yönde tetiklemeyecek ve kendini kararını uygulamaya teşvik edecektir.

Sağlık hizmetlerinde farklı görüşlerin olduğu bir uygulamaya yönelik olarak, insanların yaklaşımı da farklılaşmaktadır. Hatta insanlar uygulamaya yönelik kendi çerçevelerini bile geliştirebilmektedir. İnsanların çerçeveleme etkisi olarak nüfusa yönelik istatistikleri nadiren dikkate aldığı, genellikle bireysel olarak duydukları vakaları dikkate aldıkları gözlenmektedir. Bu durum Tversky ve Kahneman'ın 1971 yılında yayınlanan çalışmasını desteklemektedir (Hough, 2013:56).

2.3.4. Donanım etkisi

Thaler (1980), normatif iktisat modelinde yer alan maksimizasyon modeline göre tüketici davranışlarının açıklanmasında sistematik hatalar oluşacağını ifade etmiştir. Beklenti kuramı dahilinde Thaler'in, tüketici davranışlarının anlaşılması ve hataların önlenmesi için, çalışmasında açıkladığı kavramlardan biri de donanım(sahiplik) etkisidir.

Donanım etkisi, insanların bir nesneye sahip olduktan sonra, ona sahip olmadan önce verdiğinden daha fazla değer vermesini açıklayan, farklı deneylerle de sıkça desteklenmiş olan bir kavramdır. Donanım etkisi kavramı zarardan kaçınma davranışı ile ilişkilidir. İnsanlar psikolojik olarak, elde etmiş olduklarını kaybetmemeyi önemsemektedir (Altman, 2012:327-328; Argun, 2016:52).

Kahneman ve arkadaşları (1991) tarafından yapılan bir çalışmada 77 üniversite öğrencisi üç gruba ayrılmıştır. İlk grup satıcılardır ve bu öğrencilere 0,25\$ ile 9,25\$ aralığında satabilecekleri kahve kupaları verilmiştir. İkinci grup alıcılardır ve satıcılarla aynı fiyat aralığında kupaları almak için fiyat teklifi vermeleri istenmiştir. Üçüncü grup seçici gruptur. Seçiciler belirtilen fiyat aralığında kupa için fiyat belirleyecektir. Belirlediği fiyata ya kupayı alacak ya da yalnızca kupa için belirlediği parayı almayı tercih edecektir. Çalışmada satıcılar ile seçiciler nesnel olarak aynı

konumda olup; kupanın fiyatını belirlemektedir. Çalışma sonucunda seçiciler satıcılardan ziyade alıcılar gibi davranmışlardır. Önerilen ortalama fiyat; satıcılar 7,12\$, seçiciler 3,12\$ ve alıcılar için 2,87\$ olarak gerçekleşmiştir. Sonuç olarak; ürün sahibi olan kişilerin ortalamayı yüksek tutarak elindeki nesneyi daha kıymetli gördüğü ve kıymetten vazgeçmek istemediği anlaşılmıştır.

Carmon ve Ariely (2000) yaptıkları çalışmada kolej öğrencilerine, basketbol maç biletlerini almak istedikleri ve satmak istedikleri fiyatları sormuştur. Bilet sahibi olan öğrencilerin bir bilet için istediği fiyatın ortalaması yaklaşık 2 400\$ iken; bilet sahibi olmayan öğrencilerin bir bilet almak için verdikleri ortalama fiyat yaklaşık 170\$ olarak belirlenmiştir. Çalışma, klasik teoriye göre değerlendirilmiş olsaydı alış ve satış fiyatlarının birbirine yakın olması beklenecekti ancak insanların sahiplik duyguları bunun önüne geçmekte ve donanım etkisi belirgin bir şekilde hissedilmektedir.

İnsan hayatının büyük bir bölümünü donanım etkisi altında geçmektedir. İnsanların doğru donanımlara sahip olması için en uygun kararları vermesi arzulanmaktadır. Ancak bunun her zaman mümkün olmadığı bilinmektedir. İnsan doğasından kaynaklanan dört farklılık, uygun kararların verilmesine engel olmaktadır. Birincisi, elimizde olan şeylere aşırı duygusal bağlılığımızdır. Evimiz, kullandığımız eşyalar, parfümümüz, cilt kremimiz veya traş losyonumuz bunlara örnek olabilmektedir. İkincisi, kazanma fikrinden çok kaybetme fikrine odaklanmış olmamızdır. Değer verdiğimiz bir eşyanın artık kullanılmayacak olması fikri, rahatsızlık oluşturmaktadır. Üçüncü farklılık, insanların alışveriş yaparken, herkesin kendi gibi düşündüğünü sanmasıdır. Satıcı, alıcıdan nesneye verdiği anlamları anlamasını beklemektedir. Dördüncü ve son farklılık ise harcanan emeğin artırdığı sahiplik duygusudur. İnsanların sahip oldukları için harcadıkları, emek bakış açılarını ve hislerini tamamen farklılaştırmaktadır (Ariely, 2018:146-148).

2.3.5. Zihinsel muhasebe

İnsanın var olduğu bütün ortamlarda çok fazla uyarıcı olduğu bilinmektedir. İnsanların her zaman rasyonel davranışlarda bulunmadığı araştırmalarla tespit edilmiştir. Karar alma süreci içerisinde bireyler, çok sayıda uyarının ve değişkenin etkisi altında kalarak farklı tepkiler verebilmektedir. Hatta bireyler aynı olaylara, farklı koşullar altında veya zamanda, farklı tepkiler de verebilmektedir (Soydal, 2010:91).

Thaler (1985) çalışmasında bilişsel psikoloji ve mikroekonomiden yararlanarak yeni bir tüketici davranış modeli geliştirmiştir. Model, beklenti teorisindeki değer fonksiyonunda yer alan kazanç ve kayıpların bileşiminden oluşan zihinsel kodlamayla oluşturulmuştur. Thaler, çalışmasında bahsettiği zihinsel kodlama modelini zihinsel muhasebe olarak adlandırmıştır.

Bireyler ve hanehalkları yaptıkları işlemleri ve finansal olayları kayıt etmekte, özetlemekte ve analiz etmektedir. Bunun amacı da paralarını nereye harcadıklarını bilmek ve harcamalarını takip etmek içindir. Zihinsel muhasebe tüm bu işlemleri yapma biçimleri olarak tanımlanmaktadır (Thaler, 1999:184).

Altınöz ve Altınöz (2016) ise zihinsel muhasebeyi mevcut durumların değişmesi halinde, paraya olan bakış açımızda gerçekleşen, değişim eğilimi olarak tanımlamaktadır.

İnsanlar paralarını farklı hesaplarda tutmaktadır. Bu hesaplar bazen fiziksel bazen sadece zihinsel olabilmektedir. İnsanlar çocuklarının eğitimi, acil tıbbi durumlar, gelecek hayalleri için; ayrıca, tasarruf ederek para biriktirmektedir. İhtiyaçları karşılamak için birikimlerden yararlanmak istenildiğinde, insanların kendilerine özgü olan hiyerarşi ortaya çıkmaktadır. Bu hiyerarşi zihindeki hesapların işleyişine etki etmekte ve hanehalkı bütçesinde olduğu gibi öz kontrol amaçlı kullanılmaktadır. İnsanlar için zihinsel muhasebe, sınırlı bir zihin tarafından kontrol edilen dar bir çerçeveleme biçimi olmaktadır (Kahneman, 2013:342-343).

Zihinsel muhasebenin üç ana unsuru bulunmaktadır (Thaler, 1999:185):

- Değer fonksiyonu bazı referans noktalarına bağlı olarak kayıplar ve kazançlar üzerinden tanımlanmaktadır.
- Kazanç ve kayıp fonksiyonlarında azalan hassasiyet bulunmaktadır.
- Zarardan kaçınma davranışları hızlıca ortaya çıkacaktır.

Soydal'a (2010) göre, ekonomik birim ister makro ister mikro düzeyde olsun, kendisine özgü bir muhasebe sistemine sahip olacaktır. Makro düzeyden farklı olarak bireyler, yönetsel olarak muhasebe tutmaktadır. Bireylerin muhasebe kayıtları, önceden yaşanan olaylardan aldıkları dersler ve tecrübelerini içermektedir. Yeni

kararların alımında, geçmiş olayların sonucuna göre davranış göstermeleri beklenmektedir.

Thaler (1985) çalışmasında zihinsel muhasebenin açıklamasını kısa bir hikaye ile yapmıştır. “L” ve “H” Ailesi, birlikte somon yakalamak için balık turuna çıkmıştır. Tuttukları balıkları paketleyip hava yolu ile evlerine göndermişlerdir ancak balıklar kaybolmuştur. İki aileye toplam 300\$ tazminat ödenmiştir. Aileler, tazminatı alıp akşam yemeğine gitmişler ve hayatları boyunca ödemedikleri kadar parayı (225\$) hesap olarak ödemişlerdir.

Smith ve Sinha (2000) çalışmalarında; tüketicilere, ürünlerin farklı üç tip kampanya ile satılması halindeki tercihlerini sormuştur. Seçenekler sırasıyla; “%50 indirimli”, “Bir al bir bedava”, “İki al yarısını öde” şeklinde sunulmuştur. Alternatiflerin hepsi aynı marjinal faydaya sahiptir. Ancak tüketiciler seçenekleri farklı yorumlamışlardır. “%50 indirimli” ve “Bir al bir bedava” seçenekleri diğer seçeneğe göre daha fazla tercih edilmiştir. Bunun sebebi, üçüncü seçenekte ek bir yatırım gerektiğinin hissedilmesidir.

Tversky ve Kahneman’ın (1981) yaptığı çalışmada katılımcılara, farklı yerlerde aynı ürünü farklı fiyata alabildikleri belirtilmiştir. Katılımcıların ürün için yer değiştirme isteği; ürün için belirlenen düşük referans fiyatında indirim olması halinde gerçekleşmektedir. Ürünün yüksek referans fiyatında; düşük referanslı fiyatta yapılan indirim miktarı aynen uygulandığında, indirimin önemsenmediği tespit edilmiştir.

Zihinsel muhasebe başta olmak üzere davranışsal iktisadın daha iyi anlaşılması açısından alturizm(diğerkamlık) kavramı önem taşımaktadır. Alturizm(diğerkamlık), kişinin fedakarlıkta bulunarak, etrafındaki insanları düşünmesi, hatta hayatını başka insanlara adaması olarak tanımlanmaktadır (Altunöz ve Altunöz, 2016:30).

2.3.6. Zamanlararası seçim

Zamanlararası seçim; sınırlarını bilinen veya bilinmeyen bir zaman dilimi içinde, maliyetlerin ve faydaların planlanmasına ya da belirlenmesine yönelik, yaygın olarak verilen ve önemli olan kararları belirtmektedir. Eğitim hayatının ne kadar süreceği, emeklilik için gereken tasarruf, nasıl birinin eş olarak seçileceği, çocuk sahibi olma kararı gibi kararların, dönemler arası bileşenleri bu seçimleri etkilemektedir.

Bireylerin zamanlararası seçimleri davranışsal ekonomi için dikkat çekici olmaktadır (Loewenstein ve Thaler, 1989:181-182).

Loewenstein ve Prelec (1992) çalışmalarında; belirsizlik altında karar verme konusundaki çalışmaların, beklenen fayda teorisine ters sonuçları ortaya çıkaran, davranış anormalilerinden etkilendiğini belirtmiştir. Ayrıca çalışmalarında, Samuelson tarafından 1937 yılında yayınlanan, faydanın ölçülmesi için kullanılan indirgenmiş fayda teorisini⁹, beklenen faydayı ölçmek için örnek olarak almışlardır.

2.3.7. Buluşsallar (Hevristikler)

Tversky ve Kahneman (1974) yayınlanan çalışmalarına; olayların sonuç olasılıklarının ne olduğunu tam bilmeden, olaylara yönelik kararları nasıl verdiklerini, kendilerine sorarak başlamışlardır. İnsanların bu zor görevi bir şekilde kolaylaştırdığını düşünüp, nasıl yaptıklarını inceleyerek; insanların olasılıklar üzerine düşündüklerinde aslında başka bir şeyi düşündüklerini, fakat olasılıkları düşündüklerine inandıklarını fark etmişlerdir.

İnsanlar, belirsizlik durumunda buluşsallara başvurarak riski azaltmayı tercih ederler (Duman, 2018:18). Buluşsallar, zihnimiz tarafından, sorunların çözümü için kullanılan kısa yollar olarak tanımlanabilmektedir (Altunöz ve Altunöz, 2016:21; Tekin, 2018:45). İnsanların düşünce sistemi, genellikle zor hedefleri olan sorularla karşılaştığı zaman; konuyu, ilgili ve daha kolay bir buluşsal soruya dönüştürerek, kolay cevap verebileceği bir hale getirmektedir. Örneğin; hedef soru “Bu günlerde hayatından ne kadar memnunsun?” iken, buluşsal soru “Şu anda keyfim nasıl?” halini almaktadır (Kahneman, 2013:98).

Günlük olayların olasılıkları insanlar tarafından ayrıntılandırılarak analiz edilmemekte veya temel olayların olasılıkları birleştirilerek değerlendirilmemektedir (Tversky ve Kahneman, 1983:294). Her karar verme durumumuzda süreci durdurarak fayda-maliyet analizi yapmak yerine, günlük hayatımızda hızlı kararlar vermek için buluşsallara güvenmekteyiz. Bu durum gün içerisinde daha fazla önem ve dikkat gerektiren konular için ihtiyacımız olan enerjiyi korumamıza yardımcı olmaktadır.

⁹ Samuelson (1937) tarafından ortaya çıkarılan teoride zamanlararası seçimle alakalı olarak; bireylerin genellikle gelecekteki tüm faydaların toplamını maksimize etmek istediği; bu faydayı ölçmek içinde zaman uyarlaması yaparak karşılaştırma yaptığı ifade edilmektedir. Bireyler gelecekte elde edecekleri faydayı bugüne indirgeyerek değerlendirmektedir.

Ancak buluşsallar, her ne kadar faydalı olsa da; inançlarımıza ters düşüncelere yönelmemize, uzun dönemde faydalı olmayacak tercihler yapmamıza veya seçeneklerin sunuluşuna ilişkin duyarlılığımızın olumsuz etkilenmesine sebep olabilmektedir (Roberto ve Kawachi, 2016:5).

Tversky ve Kahneman (1974) buluşsallardan kaynaklanan bazı hatalardan bahsetmiştir. Bunlar temsil, uygunluk ve çapalama hatalarıdır. Ayrıca literatürde yapılan çalışmaların artmasıyla, farklı hatalar da tanımlanmıştır.

2.3.8. Temsil hatası

Temsil etme veya temsililik, insanların karar verme sürecinde en fazla başvurduğu buluşsal yöntemlerden biri olmaktadır. İnsanlar kararları için tahmin yürütürken, konuyla ilişkili alt ve üst kavramlardan yararlanma eğilimi göstermektedir (Neyse, 2011:30).

Tversky ve Kahneman'a (1974) göre, olasılık içeren soruların çoğunda insanların yanıt aradığı sorular; "A nesnesi B sınıfına mı aittir?", "A etkinliği B projesinden esinlenerek mi ortaya çıkmıştır?" şeklinde olacaktır. Bu tip soruların yanıtlanmasında da temsil etme buluşsalı aktif rol oynayacaktır. Eğer A'nın B'yi temsil etme yeteneği yüksek olarak düşünülüyorsa; büyük olasılıkla A'nın B'den üretildiği ya da ortaya çıktığı yargısına varılacaktır. Tam tersi durumda, temsil yeteneği düşük olarak düşünülüyorsa, A'nın B'den üretildiği ya da ortaya çıktığı yargısına varılma olasılığı düşük olacaktır.

Bir para atma deneyinde yazı(Y), tura(T) ile gösterilmektedir. Para altı kez rastgele atılmakta ve sonuçları kaydedilmektedir. Sonuçların Y-T-Y-T-T-Y olması; Y-Y-Y-T-T-T olmasından daha olası bulunacaktır. Hatta ikinci örnekteki sonuçları içeren deneyin rastgele yapılan bir deneyi temsil etmediği düşüncesi oluşabilecektir. Deneyin sonucunun Y-Y-Y-Y-T-Y olarak gerçekleşmesi halinde deneyin doğru yapılmadığı algısı ortaya çıkabilecektir (Tversky ve Kahneman, 1974:1125).

Sosyal hayatında neşeli, düzgün ve akıcı konuşan bir kişinin öğretmen olduğunu tahmin etmemiz ancak bu kişinin kütüphane uzmanı olması; tam tersi durumunda sessiz, ciddi bir insanın öğretmen olduğu halde kütüphane sorumlusu olabileceği düşünmek de, temsil buluşsalından kaynaklanan bir hataya örnek olmaktadır.

2.3.9. Uygunluk hatası

Hayal etmek, gerçek yaşamdaki olayların olasılıklarının değerlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Maceracı bir keşif öncesi riski tahmin etmek için başa çıkılacak sorunlar düşünülmektedir. Sorunların gerçekçi olarak değerlendirilmesinin mümkün olduğu gibi; kolay sorunların aşırı derecede zor olarak algılanması da mümkündür (Tversky ve Kahneman, 1974:1128). Davranışsal iktisat, pek çok çalışmada mevcut olmayan bilgiden daha çok, akla gelen bilgilere güvenme olasılığını belirlemektedir (Zimmerman, 2016:318).

Uygunluk, belirsizlikle alakalı en kolay akla gelen buluşalların değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Buluşalların hatalara nasıl yol açtığı basit bir prosedürle anlaşılabilir. Herhangi bir olayın meydana gelmesiyle ilgili faktörleri listelediğimizde, tüm faktörlerin farklı bir hataya yönlendirme potansiyeli bulunmaktadır. Örneğin, araçla seyahat ederken bir uçak kazası haberi aldığınızda, uçuş güvenliği konusunda kararlarınız etkilenecek ve bu kaza aklınızda kalacaktır. Seyahatiniz sürerken, biraz zaman geçtikten sonra yolda yanan bir araç gördüğünüzde reaksiyonunuz “Dünya tehlikelerle dolu bir yer!” şeklinde olabilecektir.

2.3.10. Çapalama hatası

İnsanlar, hayatları boyunca pek çok farklı durumda gerçek değeri bulmak için tahminlerde bulunmaktadır. Havanın sıcaklığı, nem oranı, bir kasanın ağırlığı bu tip tahminlere örnek olabilmektedir. Ancak belirsizlik durumunda karar vermek için insanların yardım aldığı bir başlangıç noktası bulunmaktadır. Bu nokta kimi zaman bir hesaplama sonucu kimi zaman da benzeşim kurularak belirlenmektedir (Tversky ve Kahneman, 1974:1128).

Hough’a (2013) göre insanların kararlarındaki hassasiyet, konuların nasıl çerçevelendiğine ve referans noktalarının hangi seviyede olduğuna bağlıdır.

Referans noktaları insanlar tarafından seçilebileceği gibi, bir başka kaynak tarafından da sunulabilmektedir. Karar verme aşamasındaki insan bu referans değere yakın tahminlerde bulunma eğilimi göstermektedir. Yani zihin çapalama yapmakta ve hedeften uzaklaşmak istememektedir. Unutulmamalıdır ki referans noktası aynı konu için gerçek değerden çok farklı bir değer de olabilecektir. Bu şartlarda karar anlamsız şekilde farklılaşabilecektir. Ortaya çıkan bu hataya çapalama hatası adı verilmektedir

(Demir, 2013:110). Örneğin, hayatında hiç 100 metre koşusu seyretmeyen birinin, koşunun kaç saniyede tamamlanacağına yönelik yapacağı tahmin; etrafındaki insanlardan alacağı tiyolara veya 100 metreyi kendisin koştuğunu düşünerek yapacağı değerlendirmeye bağlı kalacaktır.

2.3.11. Batık maliyet hatası

Yatırımcıların bazıları, yatırımları değer kaybetse de, kayıplarını geri kazanacakları ümidiyle uzun süre yatırımdan vazgeçmemektedir. Bu durum, klasik iktisattaki rasyonel davranış kuralını ihlal etmektedir. Batık maliyetlerden uzak durulması gerekmektedir. Batık maliyet kavramı; geri alınamayan harcamalar, yatırımlar veya katlanılan maliyetler için kullanılmaktadır. Klasik iktisat teorisine göre batık maliyet durumu kararları etkilememelidir. Ancak davranışsal ekonomide, özellikle kayıptan kaçınma davranışı batık maliyet durumu içerisinde olan pek çok insanın kararını etkilemektedir (Altman, 2012:124).

Hobikoğlu'na (2014) göre, tüketicilerin geçmiş dönemde aldığı yanlış kararları kabullenmede zorluk çekmesi ve bu sebeple hatalarını sürdürme eğiliminde olması, yanılgıya düşmelerine sebep olmaktadır. Geçmiş dönemde katlanılan bir maliyetin, olumsuz sonuçlanmasından yola çıkılarak, rasyonel olmayan kararlar ile katlanılacak yeni maliyetler ortaya çıkarmasına, batık maliyet hatası denilmektedir.

Batık maliyet hatası insanların geçmişte yaptığı hataları fark etmelerini, kabullenmelerini ve gereğini yapmaları arasında geçen süreyi uzatmaktadır (Demir, 2013:104).

2.3.12. Birleştirme hatası

Olasılık konusunda anlatılan önemli kurallardan biri birleşik olasılıktır. Kurala göre birbirinden bağımsız iki olayın birlikte gerçekleşme olasılığı, iki olayın ayrı ayrı olasılıkları toplamına eşit olmaktadır. İki olayın birlikte gerçekleştiği durumlar varsa; iki olayın birlikte gerçekleşme olasılığı, iki olayın ayrı ayrı gerçekleşme olasılıklarının toplamından fazla olamaz (Duman, 2018:23).

Tversky ve Kahneman (1983) yaptıkları çalışmayla, iki olayın birlikte gerçekleşme olasılığının, olayların ayrı ayrı gerçekleşme olasılığından fazla olabileceği sonucuna ulaşmıştır. Ortaya çıkan bu aykırı durum, birleştirme hatası olarak adlandırılmaktadır.

Tversky ve Kahneman yaptıkları çalışmada katılımcılara, Bill isimindeki adamla ilgili aşağıdaki hikayeyi ve maddelerdeki açıklamaları sunmuştur. Çalışmada katılımcılardan maddeleri, gerçekleşme olasılığı en yüksek olandan en düşüğe doğru sıralamaları istenmiştir.

“Bill, 34 yaşında zeki ancak yaratıcı olmayan, kompulsif ve çoğunlukla bezgin biridir. Okul hayatında matematikte başarılı ancak sosyal çalışmalarda ve insan ilişkilerinde zayıf bir öğrenciydi.

- Bill, bir fizikçidir ve poker oynamaktadır.
- Bill, mimardır.
- Bill, muhasebecidir. (Y)
- Bill, hobi olarak caz müzik yapmaktadır. (D)
- Bill, hobi olarak sörfte gitmektedir.
- Bill, muhabirdir.
- Bill, bir muhasebecidir ve hobi olarak caz müzik yapmaktadır. (Y ve D)
- Bill, hobi olarak dağa tırmanmaktadır. “

Çalışmaya katılanların en yüksek olasılıkla gerçekleşmesini bekledikleri madde (Y) ile en düşük olasılıkla gerçekleşmesini bekledikleri madde ise (D) ile gösterilmiştir. Çalışma sonucunda (Y) ve (D)’nin ayrı ayrı olasılıkları toplamı; iki maddenin birlikte gerçekleşme olasılığından (Y ve D) daha az çıkmıştır. Bu durumda öğrencilerin birleştirme hatasına düştüğü gözlenmektedir.

2.3.13. Statüko hatası

Samuelson ve Zeckhauser’e (1988) göre, klasik iktisat yaklaşımlarının aksine, kararların çoğunda statükoya(mevcut durum) bağlı alternatifler bulunmaktadır. Hiçbir şey yapmamak, başka birinin düşüncesine katılmak veya tekrarlamak gibi alternatifler söz konusu olmaktadır. Karar vermeye yönelik yapılan deneylerde de insanların statükolarına sıkı sıkıya bağlı oldukları gözlenmektedir.

Sahiplik duygusunu taşıdığımız herşey ve hayatımıza etki eden durumların tamamı, statüko oluşmasına sebep olmaktadır. Elimizdekileri yitirmek veya elimizdekilerden vazgeçmek insanlar için kayıp anlamı taşımaktadır (Soyer, 2015:83).

İnsanların önlerine iyi bir fırsat gelmesine rağmen, mevcut durumlarında değişiklik yapmamayı tercih etmesi de kayıplara yol açabilmektedir. Örneğin, farklı bir yatırım fonunun getirisinin, yatırımcının elindeki fondan daha yüksek olduğu durumda ve yüksek getirili fona geçiş için zorluk olmamasına rağmen tercih edilmemesi, bir hatadır. Statü koruma eğilimi göstererek kayıpların ortaya çıkmasına sebep olan hatalara, statüko hatası denilmektedir.



3. TÜKETİCİ SATIN ALMA DAVRANIŞLARI

3.1. Tüketici ile İlgili Genel Kavramlar

3.1.1. Tüketici kavramı

İhtiyaçları ve zevkleri olan; ihtiyaçlar ve zevkler arasında tercih yapabilen; harcayacak parası ve bu parayı harcama isteğine sahip olan; ürün veya hizmet satın alımı sonrasında fayda elde ederek tatmin olan bireye tüketici denilmektedir (Tengilimoğlu, 2012:59).

Tüketici, 6502¹⁰ sayılı “Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun”a göre “ticari veya mesleki olmayan amaçlarla hareket eden gerçek veya tüzel kişi” olarak tanımlanmaktadır.

Klasik ekonomi teorisinde; tüketicilerin, alternatifler arasında kendileri için en yüksek fayda sağlayacak olanı tercih edecekleri, her koşulda rasyonel davranacakları belirtilmektedir. Ancak günümüzde her koşulda rasyonel davranışta bulunabilecek bir tüketici bulmak mümkün olmamaktadır (Lupton, 1997:374).

Sağlık hizmeti almış olsun veya olmasın, gerçekte herkes sağlık hizmetlerinin tüketicisi konumundadır. Herkes, hastalanma riskine sahip olduğu ve genellikle sağlığını korumak istediği için, her an sağlık hizmetlerinin tüketicisi olabilecek durumdadır (O’Rourke, 1988 ve Thomas,1993:102 aktaran Tengilimoğlu, 2012:60).

3.1.2. Müşteri ve hasta kavramı

Müşteri, belli bir markadan veya bir işletmeden, sürekli olarak mal veya hizmet satın almakta olan tüketici olarak tanımlanmaktadır. Tanımda da belirtildiği gibi süreklilik vurgusu müşteri kavramını, tüketici kavramından ayırmaktadır (İslamoğlu ve Altunışık, 2017:5). Müşteri kavramının ortaya çıkabilmesi için; tüketicinin satın aldığı ürün veya hizmetten beklediği faydayı elde etmiş olması, ayrıca ürün veya hizmetin tüketiciyi tatmin etmesi gerekmektedir. Tüketicinin tatmin olması satın alma eyleminin tekrarlanmasına sebep olacaktır ve müşteri haline gelmesini(dönüşmesini) sağlayacaktır (Çekiç, 2016:10).

¹⁰ www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6502.pdf (Erişim tarihi: 30.08.2019).

Hasta, tıbbi anlamda; fiziksel ya da psikolojik rahatsızlığı bulunan, organ ya da organları düzgün bir şekilde işlevlerini yerine getiremediği için tedavi ihtiyacı olan, kişi olarak tanımlanmaktadır. Tüketici yaklaşımıyla hasta; bir sağlık kuruluşunda üretilen ve sunulan hizmetleri bilen ve bu hizmetlerden yararlanma potansiyeline sahip olan veya hizmetlerden yararlanmış olan kişi olarak tanımlanmaktadır (Engiz, 1997:122 aktaran Tengilimoğlu, 2012:61).

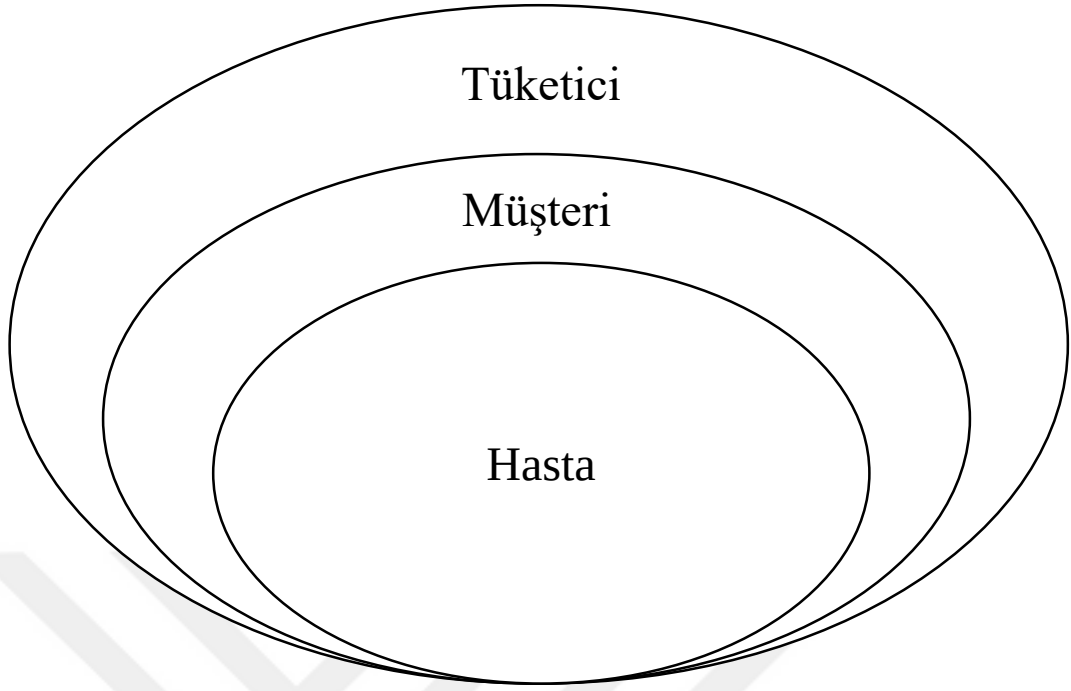
Kavuncubaşı ve Yıldırım'a (2012) göre günümüzde sağlık hizmeti veren kurumların müşterisi yalnızca hastalar değildir. Eskiden hastalar, sağlık hizmeti veren kurumların müşterisi olarak akla gelirken; günümüzde müşteri olarak sağlık hizmetlerinin üretim sürecinde bulunan bütün bireyler ve kurumlar akla gelmektedir. Sağlık hizmetinde müşteriler, iç ve dış müşteriler olarak iki grupta incelenmektedir. Sağlık hizmeti veren kurumların iç ve dış müşterilerine örnekler Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3: Sağlık kurumlarında iç ve dış müşteriler

<u>Dış Müşteriler</u>	<u>İç Müşteriler</u>
Hastalar, hasta ailesi ve çevresi	Kurum personeli (hekimler, hemşireler, vb.)
Refakatçılar, ziyaretçiler	Pay sahipleri
Devlet	Danışmanlar
Diğer sağlık kurumları	
Anlaşmalı kuruluşlar	
Eczaneler	
Dernekler	
Medya	
Sigorta şirketleri	
Tıbbi malzeme ve ilaç firmaları	

Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:491.

Sağlık hizmet sunumu için hasta, müşteri ve tüketici kavramları arasındaki farklılık önem taşımaktadır. Sağlık hizmetine başvuruda bulunan bir kişi hasta, müşteri veya tüketici olarak adlandırılabilir. Her sağlık hizmeti müşterisi bir tüketicidir ancak her müşterinin hasta olmayacağı; her tüketicinin de müşteri ya da hasta olmayacağı unutulmamalıdır (Yıldırım, 2015:4-5). Sağlık hizmetinde hasta, müşteri ve tüketici konumlandırması Şekil 7'de gösterilmektedir.



Şekil 7: Tüketici, müşteri ve hasta ilişkisi

Kaynak: Yıldırım, 2015:5.

Yıldırım'a (2015) göre hastalar, bilgi asimetrisi sebebiyle, sağlık hizmetlerinde diğer hizmet türlerindeki tüketicilere göre daha bağımlı ve pasif tutumlar sergilemektedir. Tengilimoğlu'na (2012) göre hasta ve müşteri kavramının birlikte kullanımı; hizmet alan bireylerle, hizmet sunan çalışanlar ya da kurumlar arasındaki iletişimi ve ilişkileri olumsuz etkileyebilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda hizmet alıcılar için kullanılacak terimin seçimine özen gösterilmesi gerekmektedir.

3.1.3. Tüketici davranışı

Tüketim; fizyolojik ihtiyaçların giderilmesinden daha çok psikolojik tatminin sağlanması ve çevremizle kurduğumuz iletişimin temeli haline gelmiştir. Tüketiciler kullandıkları veya tükettikleri ürünlerle, yararlandıkları hizmetlerle kendilerini çevreye tanıtmaktadır (Koç, 2019:34). Tüketim; insanların, benliklerini kullanarak kendilerini ifade edebilmesine, karakterlerini yansıtabilmelerine yardımcı olmaktadır (Belk, 2008:183).

Tüketici davranışı; bireylerin ortaya çıkan ihtiyaçlarını gidermek için yaptığı tüm planları, gerçekleştirdiği faaliyetleri ve harcadığı enerjiyi içeren bir süreçtir. Bu süreç bireylerin düşüncelerini, hislerini ve davranışlarını içermektedir (Lake, 2009:9-10).

Koç'a (2019) göre tüketici davranışı günümüzde, yalnızca satın alma sırasında gerçekleşen olayları değil, satın alma davranışından önce ve sonra yaşananları; ayrıca süreçle ilgili tüm deneyimleri ve faktörleri de kapsamaktadır.

Tüketici davranışı farklı disiplinler tarafından, insanları ve insan davranışlarını anlamak ve disiplinlere özgü yorumlamak için incelenmiştir (Martins ve ark., 2012:15). Tüketici davranışlarını anlamak ve yorumlayabilmek için tüketici davranışlarının kendine özgü temel özelliklerine dikkat edilmelidir (Şen Demir ve Kozak, 2013:6).

Tüketici davranışlarına özgü temel nitelikler şu şekilde sıralanabilir (İslamoğlu ve Altunışık, 2017:10):

- Belli amaçlara yönelen güdülenmiş davranışlardır.
- Hiyerarşik yapıya sahiptir ve dinamik süreçte gerçekleşmektedir.
- Farklı faaliyetlerden(eylemler) meydana gelmektedir.
- Basit kararlar içerdiği gibi karmaşık kararlar da içerebilmektedir.
- Çevreye göre, dışsal faktörlerden farklı oranlarda etkilenmektedir.
- Çeşitli rolleri içermektedir.
- Kişilik, öğrenme, güdülenme ve deneyime göre farklılık göstermektedir.

3.2. Satın Alma Davranışına Etki Eden Faktörler

3.2.1. Demografik faktörler

3.2.1.1. Yaş

İnsanların ihtiyaçlarının ortaya çıkmasında ve karşılanmasında yaş önemli bir faktördür. Tüketicilerin farklı yaşlarda ihtiyaçları da farklılaşmaktadır. Yaş gruplarının ihtiyaç duyduğu ürün ve hizmetler birbirinden farklı olmaktadır (Durmaz ve ark., 2011:118; Feyzioğlu, 2015:32-33). Bireylerin yaşı ilerledikçe fiziksel, kültürel,

psikolojik ve ekonomik durumları değişmekte ve bu değişime bağlı olarak talepleri farklılaşmaktadır (Karaca, 2017:38).

Giyim, yiyecek, mobilya, eğlence, sağlık vb. ihtiyaçlar yaş ile yakın ilişki içerisinde. 15-20 yaş grubu giyim ve eğlenceye yönelik talepte bulunurken; 25-30 yaş grubu hayata yeni atılan veya aile kuran insanlardan oluştuğundan, mobilya talebi daha fazla olacaktır. Benzer şekilde 15-30 yaş arasındaki insanlar genellikle daha sağlıklı yiyecekleri talep ederken; 40 yaş üzerindeki insanların sağlıklı yiyeceklerle olan talebi artmaktadır (Cömert ve Durmaz, 2006:354).

3.2.1.2. Cinsiyet

Cinsiyet; bireyin sahip olduğu sosyal, psikolojik ve kültürel özelliklere göre geliştirdiği davranış ve eğilimlerle ilgili sosyal tanımlamadır. Cinsiyet, tüketicinin tercih ve zevklerini etkilemektedir. Buna bağlı olarak ihtiyaçlar ve tüketim davranışları da değişiklik göstermektedir (Sağdıç, 2019:30).

Kadınların, genellikle kendilerini duygusal olarak iyi hissettiren ürünleri; erkeklerin ise genellikle pratik kullanılabilen ve aktivitelerine yönelik ürünleri, öncelikli olarak tercih ettiği görülmüştür (Feyzioğlu, 2015:34).

Cinsiyetin sağlık hizmeti veren kurum tercihinde etki ettiği bilinmektedir. Özkoç'un (2013) yaptığı çalışmada cinsiyet ile sağlık kurumu tercihi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Çalışmada erkeklerin kadınlardan daha düşük oranla, özel sağlık kuruluşlarını tercih ettiği gözlenmiştir.

3.2.1.3. Medeni durum

Kişilerin medeni durumu tüketim davranışlarını değiştirmektedir. Bekar erkekler ve kadınlar, evli erkekler ve kadınlardan oldukça farklı tüketim davranışları göstermektedir. Bekar kadınların genellikle eşyalara, erkeklerin ise genellikle yiyecek sektörüne ve arabalara daha çok para harcadığı görülmektedir. Evlilik öncesindeki dönemde bireylerin kişisel harcamaları yüksekken, evlilik sonrasında sorumluluk duygusuyla ev ihtiyaçlarını temel alan harcamaların arttığı görülmektedir. Çocuk sahibi olunması durumunda bireylerin öncelikli olarak çocukların ihtiyaçlarına yönelik harcamalar yaptığı bilinmektedir (Karaca, 2017:40; Solomon ve ark., 2013:450).

Evlilik ve aile yaşamı; konut hizmetlerine, ev aletlerine ve ulaştırma hizmetlerine yönelik talepleri etkilemektedir. Boşanma ya da evden ayrılma durumları, daha fazla hanehalkının ortaya çıkmasına, genellikle farklı konut türlerine yönelik talebin artmasına; ayrıca, konutlarla ilgili tüm sektörlerin tamamında ve ulaştırma hizmetlerindeki talebin artmasına sebep olmaktadır (Martins ve ark., 2012:45).

3.2.1.4. Eğitim ve meslek

Eğitim ve meslek bireyin sosyal hayattaki konumunu belirleyen iki önemli unsurdur. Bireylerin eğitim durumu ve mesleği, tüketim tercihlerini belirgin biçimde etkilemektedir (Karaca,2017:39).

Öğrenim düzeyinin artması; insanların yaşam kalitesini genellikle artırmakta; dolayısıyla artan yaşam kalitesine uygun tüketici davranışları gözlenmektedir. Bir başka boyuttan bakılırsa; eğitim hizmetine yönelik talepteki artış, tüketicinin veya hanehalkının eğitim giderleri için ayıracağı payı artıracaktır (Yorgancılar, 2015:13).

Öğrenim düzeyi, kişilerin bilgi ve yeteneklerinin artmasını sağladığı gibi, araştırma yapma isteğini de artırmaktadır. Araştırma; bireylerdeki sorgulama, tartışma, değerlendirme ve öğrenme olgularını etkilemektedir. Tüketici araştırmacı yönüyle geliştirdiği olguları, karar sürecinde de kullanmakta ve bu durum tüketicinin davranış ve değerlerinde farklılık oluşturmaktadır (Sağdıç, 2019:30).

Tüketicilerin mesleği ve dahil oldukları meslek grupları, yaşam tarzları ve tüketim davranışlarını etkilemektedir (Karaca, 2017:39; Sağdıç, 2019:27). Hekimlik, hakimlik, akademisyenlik gibi meslek grupları toplum tarafından farklı bir saygınlık görmekte; yine toplum tarafından bu grupların, farklı yaşam şekillerine sahip olmaları ve farklı davranışlarda bulunmaları beklenmektedir. Ayrıca kişilerin yaptığı iş ve işini sürdürürken iletişimde olduğu iş çevresi; kişinin hayat görüşünü, yaşam tarzını ve tüketim kararlarını etkilemektedir (Şen Demir ve Kozak, 2013:82).

İşletmelerde çalışan işçiler genellikle çalıştıkları yerde servis edilen yemekleri yerken; şirket yöneticileri restoranta giderek yemek yemeği tercih edebilmektedir. Yoğun bir ofis içinde çalışan biri evinden getirdiği yemeğini ya da işine yakın bir çabuk yemek restoranından aldığı yemeği hızlıca yerken; bazı çalışanların çabuk yemek restoranlarında görünmesinin, şirket imajını zedelediğinin düşünüldüğü durumlarda mevcuttur (Kotler ve ark., 2017: 185).

Sağlık hizmeti tercihinde de eğitim durumu ve meslek önemli farklılıklar yaratmaktadır. Yüksek eğitilmiş bir hastanın alacağı hizmeti daha çok incelemesi ve sorgulaması, eğitimsiz bir hastanın ise sadece sağlığına kavuşmak istemesi, bu durum için belirgin bir örnektir. Bir emeklinin randevu alarak sağlık sorunuyla alakalı olarak kamu kurumuna başvuru yapması; bir özel sektör çalışanının ise fiyat farkını ödeyerek en kısa sürede özel bir kurumda muayene olması, farklılıklara örnek olmaktadır.

3.2.1.5. Gelir

Kişinin ya da hanehalkının ekonomik durumu tüketim tercihlerini etkilemektedir. Ekonomik durum bir taraftan kişiye ya da hanehalkının gelir düzeyine, gelirdeki istikrarlılığa; diğer taraftan harcama ve tasarruf tercihlerine bağlı olmaktadır (Akgün, 2008: 40).

Tüketicilerin hayat tarzlarını etkileyen faktörlerden biri de gelirdir. Bireyin tüketim davranışında bulunmasında gelir, büyük etkiye sahiptir. Birey belirli bir mal veya hizmeti almak isteyebilir ancak geliri, tüketimini kısıtlayabilmektedir. Başka bir tüketicinin ise sınırsız geliri olduğu varsayılırsa, bu tüketicinin tüketim tercihinde herhangi bir engel bulunmayacaktır (Lake, 2009:123). Genel olarak gelir ile tüketim arasında pozitif bir ilişki olduğu söylenebilmektedir (Martins ve ark., 2012:83).

Gelirin bir fonksiyonu olan tüketim, gelirin yükselmesiyle artış göstermektedir. Gelirin yükselmesiyle de tüketim kararını etkileyen hususlar değişmektedir. Düşük gelire sahip bireyler ve hanehalkları, ihtiyaçlarına yönelik satın alma gerçekleştirirken; yüksek gelir düzeyine sahip bireyler ve hanehalkları ise mal ya da hizmetin kalitesini, görüntüsünü, prestijini inceleyerek satın alma gerçekleştirmektedir (Çekiç, 2016:42-43).

Sağlığın temel bir ihtiyaç olduğu dikkate alındığında talebin esnek olmadığı bilinmektedir. Ancak talebin giderilmesi için tercihlerde farklılaşma olabilmektedir. Düşük gelirli bir birey özel hastane yerine, devlet hastanesine başvurabilmekte ancak ihtiyacı olan ve reçetesine yazılmış olan bazı ilaçları almama gibi davranışlarda da bulunabilmektedir. Gelir seviyesi yüksek olan başka bir bireyde ise; konfor ve prestij için, farklı alternatifleri değerlendireceği bir süreç ortaya çıkabilecektir (Tengilimoğlu, 2012:71).

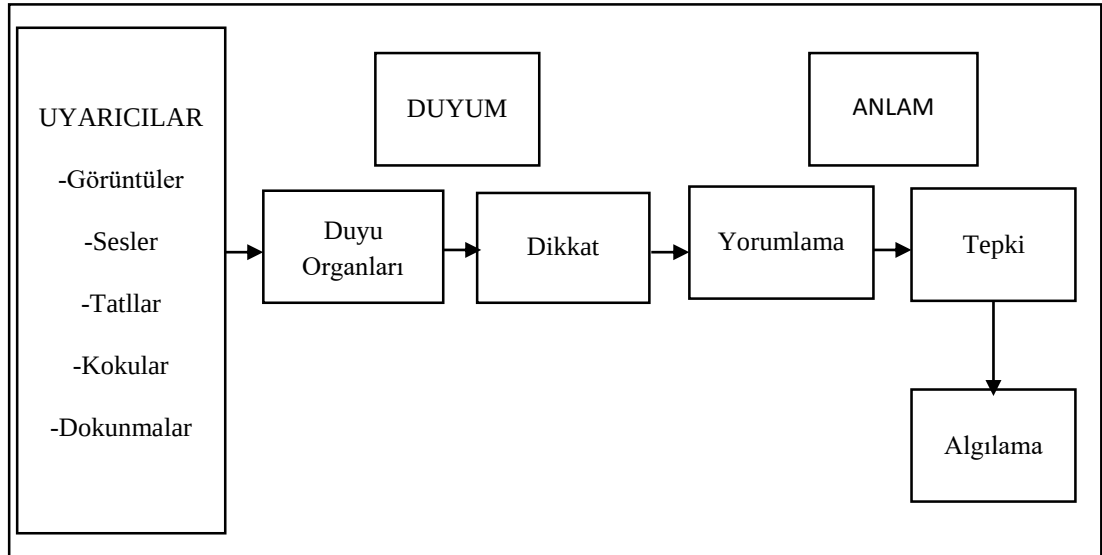
3.2.2. Psikolojik faktörler

3.2.2.1. Algılama

İnsanın zihninde, dış dünyanın oluşturduğu temsili imgeler algı olarak adlandırılmaktadır. İmgelerin farkında olmadan anlamlandırılması için geçen süreç de algılama olarak tanımlanmaktadır (Tutar, 2015:178). Algılama; bireyin, duyu organları yardımıyla, çevresini tanıması veya çevresinde olan biteni ifade etmesi olarak da ifade edilebilmektedir (Feyzioğlu, 2015: 58).

Algılama için bilinmesi gereken en önemli şey, kişiye özgü olduğudur. Bir kişi, hızlı konuşan bir satış görevlisini agresif ve samimiyetsiz bulurken; başka bir kişi aynı satış görevlisini zeki ve yardım sever bulabilmektedir. İnsanlar aynı konularda farklı algıya sahip olabilmektedir. Bunun nedeni insanlarda seçici dikkat, seçici çarpıtma ve seçici saklama süreçlerinin farklılık göstermesidir (Kotler ve ark., 2017:188).

Solomon ve arkadaşlarına (2013) göre algılama, uyaranların algıya dönüştüğü üç aşamalı bir süreçten meydana gelmektedir. Süreçte yer alan uyaranlar; ön yargıların, ihtiyaçların ve deneyimlerin etkisindeki bireyler tarafından değerlendirilmektedir. Algılama süreci; maruz kalma(hissetme), farkına varma(dikkat çekme) ve yorumlama aşamalarından oluşmaktadır. Algılama süreci Şekil 8’de gösterilmektedir.



Şekil 8: Algılama süreci

Kaynak: Solomon ve ark., 2013:122.

3.2.2.2. Motivasyon

Yetişkin bir birey yapması gereken bir işi erteleyerek, son günde tamamlayabilmektedir. Aynı birey hafta sonu çıkacağı balık turu içinde son gün tamamlayabileceği ekipmanları, günler öncesinden hazır edebilmektedir. Aradaki belirgin farkın temeli motivasyondur. Bu sebeple motivasyon kavramında, yalnızca bireyler arasındaki farklılık değil, aynı birey için farklı zamanlarda ve konularda ortaya çıkabilecek farklılıkların da var olduğunu bilmek gerekmektedir (Robbins ve Judge, 2017:204).

Eren'e (2006) göre insanın harekete geçmesini sağlayan ve hareket yönlerini belirleyen; insanın düşünceleri, inançları, umutlarıdır. Özetle belirleyiciler, insanın ihtiyaçları, arzuları ve korkuları olmaktadır. Atilla'ya (2018) göre de motivasyon, kişisel bir olgu olup; kişisel ihtiyaçlar, beklentiler, amaçlar ve davranışlarla ilgilidir.

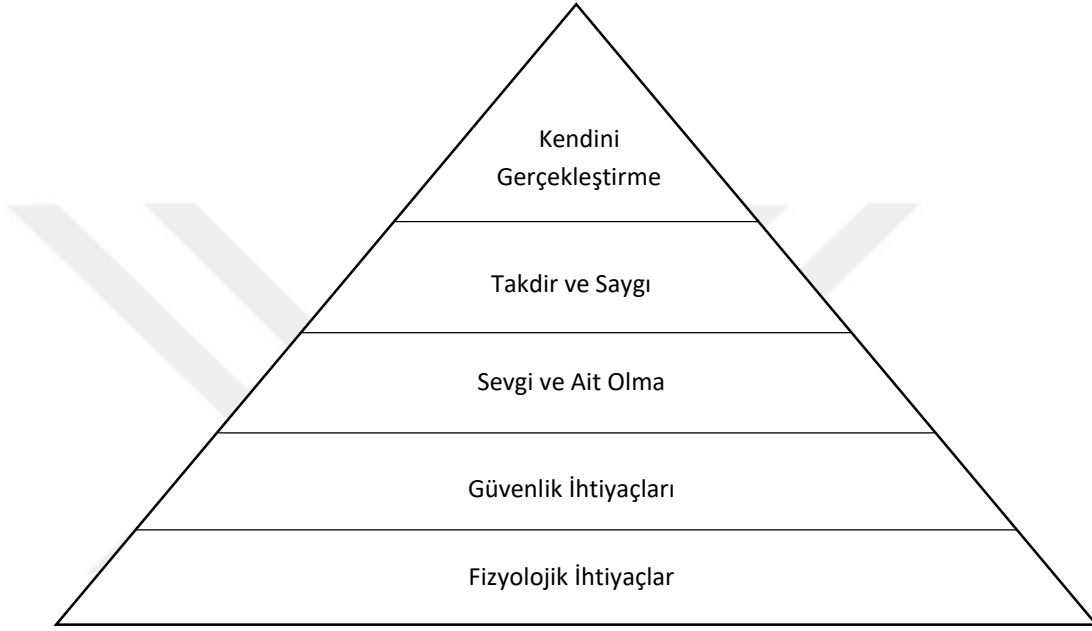
Motivasyon; insanların davranışlarına yönelik nasıl ve niçin sorularına cevap vermeye çalışan (Erkutlu, 2018:133), güdülerin etkisi ile eylemleri gerçekleştirme süreci olarak tanımlanmaktadır (Şenturan, 2014:21).

Koçel'e (2013) göre motivasyon; kişi veya kişilerin belirlenen bir amaca ulaşmak için, istek ve arzuları ile davranışları ve çaba sarfetmeleri olarak tanımlanmaktadır. Beklenti ve ihtiyaçlar, amaçlar, davranışlar, geri bildirimler motivasyonun ana konularını oluşturmaktadır.

Robbins ve Judge (2017) genel olarak motivasyonun amaca yönelik olan gayret olarak tanımlamakta ve motivasyonla ilgili üç temel kavramdan bahsetmektedir. Bu kavramlar sırasıyla yoğunluk, istikamet ve kararlılıktır. Kişinin amacına ulaşmak için gösterdiği çaba miktarı yoğunluk kavramıyla ilişkilidir. Gösterilen çaba, kişi veya dahil olduğu organizasyon tarafından amacına doğru yönlendirilmiyorsa, istenen amaca ulaşmakta zorluk çekilecektir. Bu noktada istikametın önemi ortaya çıkmaktadır. Son olarak, kararlılık gayretin sürdürülebilir olmasıyla alakalıdır. Amaca ulaşıncaya kadar gayretin sürdürülmesi önem taşımaktadır.

İnsanlarda, motivasyonun nasıl sağlandığını açıklamakta kullanılan bazı teoriler bulunmakta ve bu teoriler insan davranışlarının açıklanmasında kullanılmaktadır.

Abraham Maslow (1908-1970), adıyla anılan ihtiyaçlar hiyerarşisinde; insanların hiyerarşik olarak beş temel ihtiyacının olduğunu ve ihtiyaçların giderildike bir başka ihtiyacın güdüleyicisi halini aldığını ifade etmiştir. Motivasyon için kişinin hangi basamakta olduğunu bilmesi ve ihtiyaçlarının giderilmesi gerekmektedir (Robbins ve Judge, 2017:205-206). Şekil 9’da Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisi gösterilmektedir.



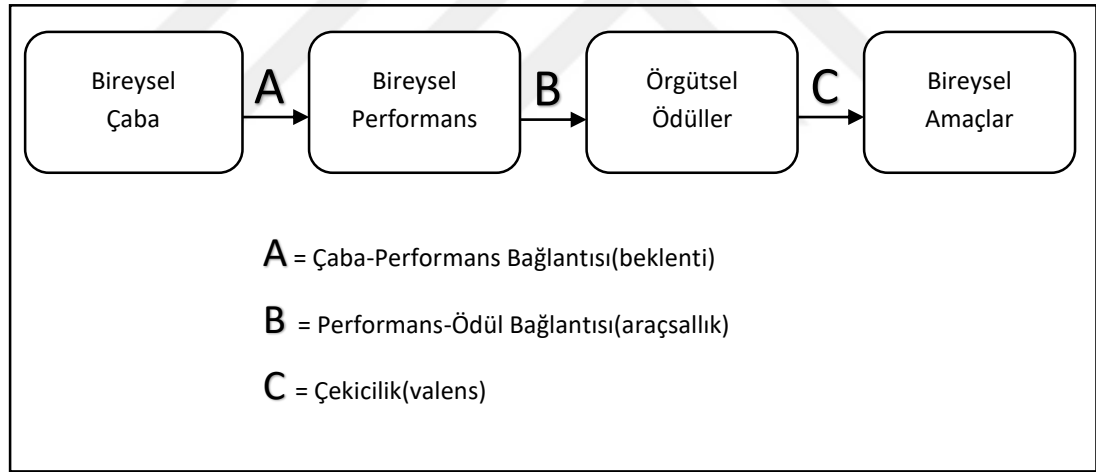
Şekil 9: Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisi

Kaynak: Eren, 2006:32.

Dauglas Mc Gregor (1906-1964) X ve Y kuramı ile; insanların etrafındaki kişilerin davranışlarına yönelik inançlarının ve varsayımlarının, gösterecekleri davranışları etkilediğini ifade etmektedir (Erkutlu, 2018:142). X teorisine uyan kişiler, insanların yaptıkları işi sevmeyi, sorumluluktan kaçtığını; işlerin yapılması için kontrol etmenin ve ceza uygulamalarının gerektiğine inanmaktadır. Y teorisine uyan kişiler ise; çalışmanın hayatın doğal bir süreci olduğunu; gerekli koşulların sağlanması halinde insanların öğrenme ve gelişme eğiliminde olduğunu; kontrol fonksiyonunun, insanların kendisinde olması halinde, amaçlara ulaşılabilirliğini düşünmektedir. Mc Gregor’a göre motivasyonun daha iyi sağlanabilmesi, Y teorisine geçiş yapmakla mümkün olmaktadır (Koçel, 2013:238-239).

Frederick Herzberg (1923-2000) yaptığı çalışmada, çalışan insanların doyum noktasına ulaştıran ve doyumsuzluğa yol açan etmenleri “hijyen faktörler” ve “teşvik edici faktörler” olarak ikiye ayırmıştır. Hijyen faktörler çalışanların yaptığı işle ve iletişimle alakalı olup; teşvik edici faktörler ise, işin gerçekleşmesi halinde gözlenen takdir, ödül, gelişim gibi konularla alakalı olmaktadır. İnsanların çevresinde gerçekleşen olaylara yönelik somut durumların sorunsuz sağlanması, sonrasında da ancak teşvik edici faktörlerin gerçekleştirilmesi ile motivasyon kavramından bahsedilebileceği belirtilmektedir (Şenturan, 2014:27-28).

Victor Harold Vroom (1932-...) tarafından yayınlanan beklenti teorisi; bireylerin gerçekleştirdiği eylemler neticesinde ulaşacağı sonuçlara ve sonuçların bireyler için taşıdığı öneme göre, bireyin belirgin bazı davranışlarda bulunacağını ifade etmektedir. Teoride motivasyonu etkileyen üç bağlantı söz konusudur. Bağlantılar; valens(ödülün çekiciliği), beklenti, araçsallıktır (Robbins ve ark., 2013:283-284). Şekil 10’da beklenti teorisine ait model gösterilmektedir.



Şekil 10: Beklenti modeli

Kaynak: Robbins ve ark., 2013:284

3.2.2.3. Öğrenme

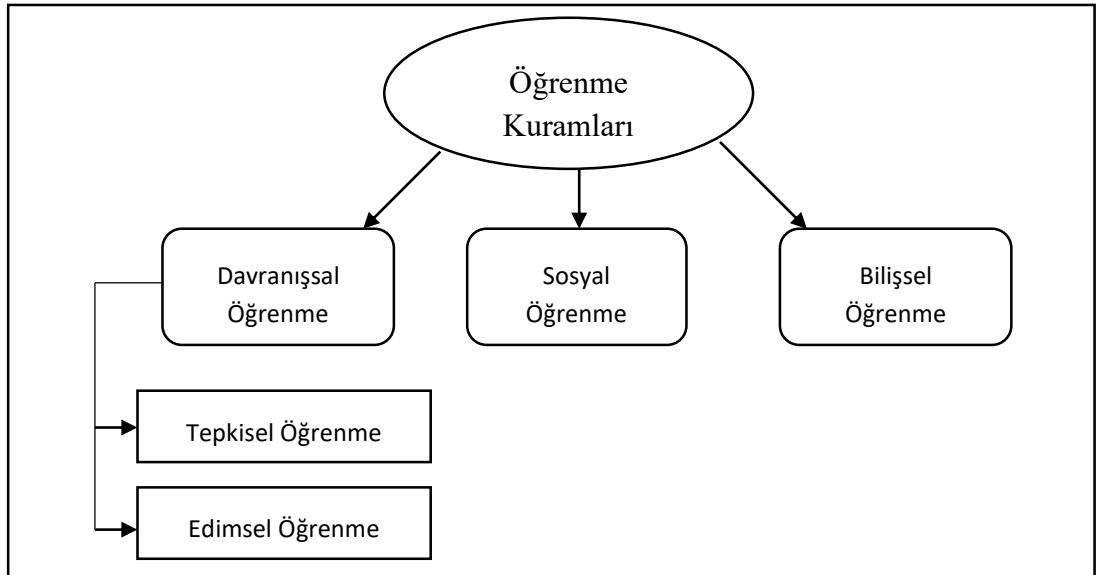
İnsan hayatının her döneminde öğrenme olgusuna rastlanmaktadır ve insan, davranışlarının tamamına yakını, öğrenme yoluyla gerçekleştirmektedir (İslamoğlu ve Altunışık, 2017:113). Öğrenme; insanların yaşadığı olaylar ve elde ettiği deneyimler sonucunda, davranışlarında kalıcı değişikliklerin meydana gelmesi olarak

tanımlanmaktadır (Koç, 2019:188; Solomon ve ark., 2013:261). Çekiç (2016) öğrenmeyi, tüketicilerin hizmet ya da ürünle ilgili bilgilendikten sonra veya hizmet ya da üründen yararlandıktan sonra, davranışlardaki kalıcı değişim olarak tanımlamaktadır. Öğrenme, yalnızca hangi ürün ya da hizmetin alınacağı değil; ürün ya da hizmetin nasıl ve nereden alınacağı konularını da kapsamaktadır.

Öğrenme için üç önemli özellik söz konusudur (İslamoğlu ve Altunışık, 2017:114; Tutar, 2015:248):

- Öğrenme sonucunda davranışta olumlu ya da olumsuz bir değişiklik olmalıdır.
- Öğrenme; tekrarlamalar, yaşanan olaylar ve tecrübeler sonucunda meydana gelmektedir.
- Öğrenme sonucunda davranıştaki değişikliğin kalıcı olması gerekmektedir.

İnsanların farklı deneyimler sonucunda nasıl öğrendiklerini açıklamaya çalışan öğrenme kuramları ortaya çıkmıştır (Sarıalp, 2019:10; Koç, 2019:188). Bu kuramlar Şekil 11’de gösterilmektedir.



Şekil 11: Öğrenme kuramları

Tepkisel koşullanma; İvan Pavlov’un (1849-1936) köpekler üzerinde gerçekleştirmiş olduğu deneyler sonucunda, öğrenmenin tekrarlarla ortaya çıkan bir şartlanma

olduğunu belirten kuramdır. Tüketiciler için başlangıçta verilen nötr uyarıcıya eklenen bir davranış ya da olgu, tekrarlardan sonra tüketici için şartlı uyarıcı olmaktadır. Davranış ya da olgunun tekrarlanmaması halinde, öğrenilenler unutulmaktadır. Ayrıca, çok daha güçlü uyarıların olduğu koşullarda öğrenmenin kaybolduğu gözlenmektedir (İslamoğlu ve Altunışık, 2017:118-119).

Edimsel koşullanma; Burrhus Frederic Skinner (1904-1990), içerisinde manivela olan bir kutuya fare koyarak, farenin aç kaldığı sırada manivelaya basmasını takiben onu beslemiştir. Hareketin tekrarlanması ile fare açlığını giderebileceğini öğrenmiştir (Velioğlu, 2012:28). Skinner, deneyinde tespit ettiği, çevreyi etkileyen ve değiştiren davranışları edimsel davranışlar olarak adlandırmıştır. Edimsel davranışlar ile çevre koşulları değiştirilerek, belli sonuçlara ve amaçlara ulaşılmaktadır. Edimsel davranışlar, sonuçlarına göre değişebilmekte ve değişen sonuçlara bağlı olarak davranışların tekrarlanmasını etkilemektedir (Uzunöz, 2002:238).

Sosyal öğrenme; öğrenme olgusunun büyük bir bölümü çevremizdeki insanları(ebeveynler, öğretmenler, şarkıcılar, sporcular vb.) gözleyerek gerçekleşmektedir. Gözlemleyerek ve gözlemlerin doğrudan deneyime dönüşmesi yoluyla öğrenmenin gerçekleşmesine, sosyal öğrenme kuramı denilmektedir. Bu kuramın en çok dikkat ettiği konu, diğer bireylerin oluşturduğu etkidir (Robbins ve ark., 2013:238).

Bilişsel öğrenme; öğrenmenin meydana gelmesi için bir amacın varlığından söz etmek gerekmektedir. Kurama göre öğrenme bir bütün olup; düşünme, algılama, anlam verme, anlama ve problem çözme gibi zihinsel faaliyetlerin sonucunda gelişmektedir. Dolayısıyla zihinsel öğrenme, zihinsel aktivite ve daha önce yaşananların bir araya getirilerek davranış haline dönüşmesiyle ortaya çıkmaktadır (Güney, 2011:110).

3.2.2.4. Tutum

Çevremizdeki insanlara, nesnelere, fikirlere ve olaylara nasıl tepkiler vereceğimiz, sosyal psikolojinin önemli konusu olan, tutumlar tarafından belirlenmektedir. Bireye özgü olan ve bireyin psikolojik olarak bir nesne, kişi, olay ya da olguya yönelik duygu, düşünce ve davranışlarını düzenleyen eğilime tutum adı verilmektedir (Aydın, 2009:289).

Koç'a (2019) göre tutum; bir kişinin veya kişilerin, bir fikir, konu ya da nesne hakkında olumlu, olumsuz veya ilgisiz kalma şeklindeki değerlendirmeleri ve değerlendirmelere göre belirli davranışlarda bulunmasıdır.

Tutum; belirli bir ürüne, kişiye, fikre, nesneye ya da gruba yönelik göreceli olarak süren bir dizi duygu, inanç ve davranışsal eğilim olarak tanımlanmaktadır. Tutum üç bileşenden oluşmakta ve üç bileşen tüketici davranışlarını anlamada önemli rol oynamaktadır. Birinci bileşen, tüketicinin ürün hakkında ne düşündüğünü içeren inançlardır. İkinci bileşen, tüketicinin ürün hakkında hissettiklerini anlatan duygulardır. Üçüncü ve son bileşen, niyetler olup; tüketicinin inançlar ve duygular sonucunda göstereceği davranışları açıklamaktadır (Lake, 2009:100).

Tutumların temelinde üç önemli özellik bulunmaktadır (Tutar, 2015:133; Kotler ve ark., 2017:190):

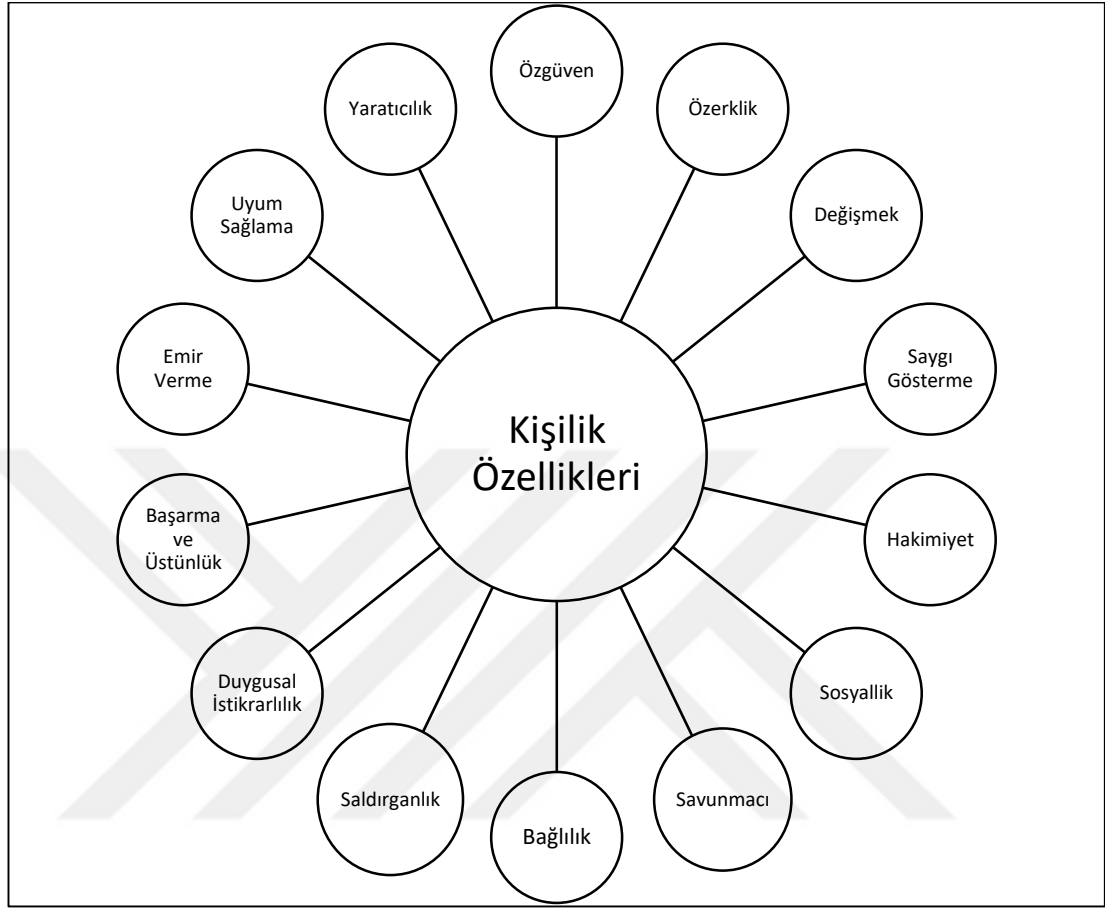
- Tutumlar, uzun sürelidir.
- Anlık ya da geçici eğilimler tutum olarak kabul edilmez.
- Tutumları değiştirmek çok güçtür.

3.2.2.5. Kişilik

İnsanların kendine has ve büyük ölçüde kalıcı olan; düşünce, duygu ve davranışlarının ortaya çıkmasını sağlayan psikolojik süreçlere, kişilik adı verilmektedir (McShane ve Von Golinow, 2018:38). Kişilik bireyin çevresine yönelik genellikle değişmeyen ve tutarlı tepkileri ile ilgili kendisine özgü olan psikolojik özellikleri olarak tanımlanmaktadır (Şen Demir ve Kozak, 2013:19). Kişilik Şekil 12'de yer alan özelliklerle açıklanabilmektedir.

İnsanla ilişkili olan her özellik, dış çevresi tarafından anlaşılmasına yardımcı olmaktadır. Örneğin, olaylar karşısındaki tepkileri, ses tonu, görüntüsü, heyecan ve tutkuları, kişiyi diğer insanlardan ayırmaktadır. Tüm bu özellikler kişiliği oluşturmaktadır. Özetle kişilik, bireyin günlük yaşantısında kendisini ifade ettiği özelliklerin toplamı olmaktadır. Kişiliğin oluşmasını sağlayan özellikler zaman zaman insanların benzer davranışlarda bulunmasına sebep olabilmektedir. Aynı çevrede veya kültürde yetişen insanlarda, fizyolojik ihtiyaçlara yönelik davranışlarda benzerlik

görülebilmektedir. Ancak sevgi, öfke vb. durumlarda kişilik farklılıklarının etkisi belirgin biçimde davranışları farklılaştıracaktır (Tutar, 2015: 271).



Şekil 12: Kişilik özellikleri

Kaynak: Kotler ve Armstrong, 1993:134 akt. Şen Demir ve Kozak, 2013:20.

Erkutlu'ya (2018) göre kişilik üç önemli boyuta sahiptir. Tutarlılık boyutu; bireyin farklı çevrelerde benzer davranışlar göstermesini açıklamaktadır. Eşsizlik boyutu; birey çevresindekilerle aynı şartlarda, az da olsa kendisine özgü davranışlarda bulunacaktır. Değişmezlik boyutu; kişilik, uzun dönemde durağan bir yapıya sahiptir. Kişiliği oluşturan özelliklerin kolay değişmeyeceği düşünülürse, kişilikte de değişim zor olmaktadır.

3.2.3. Sosyo kültürel faktörler

3.2.3.1. Kültür ve alt kültür

Kültür, toplum yaşamını düzenleyen inançlar, değerler, örf ve adetler, yasalar ve ahlak kurallarından oluşmaktadır (Akboz, 2019:24).

Kültür, toplumu oluşturan insanları, anlaşmalarını sağlayan dil ve iletişim şekillerini, sanat anlayışlarını, inanç ve törelerini, hukuksal ve yönetim yapılarını, üretim ve tüketim tarzını kapsayan; insanların etkileşimiyle gelişen toplumsal bir üründür (Sığrı ve Tıgılı, 2006:328).

Lake'e (2009) göre kültürü anlayabilmek için iki temel özelliği bilmek gerekmektedir. Birincisi, kültür her toplumun kendine has olan, bir üstünlük göstergesidir. İkincisi, kültür bir yaşam tarzıdır. Ayrıca, kültürün üç önemli unsuru bulunmaktadır. Bunlar; inançlar, değerler ve normlardır. Bu üç önemli unsurun tüketiciler üzerinde belirgin ve güçlü etkileri olduğu bilinmektedir.

İnsan, sosyal hayatı olan ve yaşamının belirli bir bölümünü toplumun ferdi olarak geçiren bir varlıktır. Toplum, birbiriyle iletişim kuran insanlardan meydana gelmekte ve bu iletişim; ortak düşünceyi, duyguyu, inancı, tutum ve davranışı oluşturmaktadır. Ortaya çıkan kültür tüketicinin davranışlarını ve kararlarını etkileyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Ne giyileceği, ne yenileceği, nasıl yaşanacağı, nerelere seyahat edileceği büyük ölçüde kültür etkisinde belirlenmektedir. Kültürün kendine özgü bazı özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler aşağıda yer almaktadır (İslamoğlu ve Altunışık, 2017:177-179; Erdoğan, 2009:87):

- Kültür, keşfedilmiştir.
- Kültür, öğrenilmektedir.
- Kültür, gelenekseldir.
- Kültür, toplum tarafından paylaşılan norm ve değerlerin tamamıdır.
- Kültür, zaman içerisinde değişikliğe uğrayabilmektedir.
- Kültür, benzerlikler kadar farklılıkları da barındırmaktadır.
- Kültür, uyum sürecidir.

- Kültür,  rg tlenme ve bütünleşme biçimidir.
- Kültür, ihtiyaçları kar ılamaktır.

Kültür, pek çok alt kültürün bir araya gelmesiyle oluşmaktadır. Alt kültür, benzer durum ve benzer deneyimlere sahip kişilerin, grupların, toplumların ortak değerlerinden oluşan sistem olarak tanımlanabilmektedir (Tiyek, 2000:13). Toplumların zamanla ortaya çıkan farklıla malara bağlı olarak alt kültürler oluşturduğu gözlenmektedir. Alt kültürler genellikle bölgesel olarak gelişen ve ortak özellikleri daha sık paylaşan bireylerde gözlenmektedir. Alt kültürün etkisinde olan tüketiciler; farklılaşan davranışlarda bulunabilmektedir (Feyzioğlu, 2015:45-46; Aycan, 2016:42; Karaca, 2017:41).

3.2.3.2. Aile

Aile, toplumdaki kurumlar arasında en eski ve en önemli kurumlardan biridir. Toplumlarda bireyler aile kurumunun içinde doğar, büyür ve gelişir; daha sonrasında kendi aile kurumlarını kurarak hayatlarını s rd r rl r. Aile, görünenden çok daha karmaşık bir sosyal birleşme kurumudur. Farklı toplumlardaki bir yana, aynı toplum içinde farklı aile yapılarına rastlanmaktadır (Özkalp, 2009:119).

Aile; hanehalkı şeklinde bir arada yaşayan; aralarında kan ba ı, evlilik veya evlat edinme ilişkisi olan; en az iki kişiden oluşmakta olan grup olarak tanımlanmaktadır ( en Demir ve Kozak, 2013:70).

Aileyi oluşturan fertlerin karakterleri ve yaşam standartları, ekonomik kararlar üzerinde etkili olmaktadır (Karaca, 2017:42). Ailedeki fertlerin toplam sayısı,  ocuk ve yetişkin oranı, ev ekonomisine katkıda bulunan fertlerin sayısı gibi faktörler de, ailenin ihtiyaç ve harcamalarının belirlenmesinde ve düzenlenmesinde etkili olmaktadır (Sarıalp, 2019:21).

Levy ve Lee'ye (2002) göre aile üyelerinin karar sürecini etkileyen iki ana husus vardır. Bunlardan birincisi, kararı verecek kişinin kendi ihtiya ını dikkate alması; ikincisi ise, kararı verecek kişinin dolaylı olarak başka bir aile üyesinin ihtiyaçlarını hesaba katmasıdır. Özetle, aile olgusu karar vericinin karar sürecini etkileyecektir.

Aile yaşam döngüsü; bireylerin genç ve bekar olduğu zaman diliminden ba layarak, ailede tek kişi kalıncaya kadar geçen süre boyunca ortaya çıkan tüketicici davranışlarını

açıklamak için kullanılmaktadır. Aile yaşam döngüsü yalnızca yaşa bağlı olmayıp; medeni durum, aile büyüklüğü, iş durumu ve isteğe bağlı gelir gibi farklı faktörleri de incelemektedir (Collins ve Tisdell, 2002:803). Tablo 4’de aile yaşam döngüsünün evreleri bulunmaktadır.

Tablo 4: Aile yaşam kategorileri

No	Kategoriler	Özellikler
1	Bekarlar	Evde zaman geçirmeyen genç ve bekar insanlar Satın alma tercihi: Temel mutfak ve ev eşyaları, tatiller, motorlu araçlar
2	Yeni Evliler	Yakın zamanda finansal olarak güçlenecek, henüz çocuğu olmamış evli insanlar Satın alma tercihi: Elektronik ve dayanıklı beyaz eşyalar, tatiller, motorlu araçlar
3	Dolu Yuva-1	Yeni çocuk sahibi olan, çocuk bakım giderlerinin artması sebebiyle finansal durumları etkilenen evli insanlar Satın alma tercihi: Çocuk ürünleri, oyuncaklar, beyaz eşyalar, takviye edici gıdalar
4	Dolu Yuva-2	Çocukları 6-12 yaşları arasında olan, mali durumu iyileşmekte olan aileler Satın alma tercihi: Yüksek miktarda yiyecek, temizlik malzemeleri, hobilere yönelik harcamalar
5	Dolu Yuva-3	Yetişkin çocukları ile yaşayan, çocukları çalışmaya başlayan çiftler. Mali durumu iyileşmekte Satın alma tercihi: Keyif amaçlı alışveriş, lüks harcamalar
6	Boşalmış Yuva-1	Çocukları evden ayrılmış, giderleri azalmış, tasarruf düzeyi artan çiftler Satın alma tercihi: Tatiller, lüks harcamalar, ev harcamaları
7	Boşalmış Yuva-2	Emeklilik sebebiyle gelirden düşüş yaşayan çift. Birikimler ve emekli maaşı ile geçinme Satın alma tercihi: İlaçlar, sağlık hizmetleri
8	Yalnız Yaşam	Eşlerden birinin vefatı ile başlayan ve devam eden tek başına yaşam. Sağlık harcamaları artmakta ve gelirler iyice azalmaktadır.

Kaynak: Wells ve Gubar, 1966:362, Şen Demir ve Kozak, 2013:74.

3.2.3.3. Sosyal sınıf

Toplumlarda, vatandaşları hiyerarşik olarak sınıflara ayıran bir yapı gözlenmektedir. Gruplar ve bireyler bu hiyerarşi içinde saygınlık temelinde sınıflandırılmaktadır. Gruplar; statü, servet, eğitim, mülkiyet, değerler, meslekler, yaşam tarzları, arkadaşlıklar bakımından farklılık göstermektedir. Ortaya çıkan bu farklılıklar

sonucunda toplumda oluşan hiyerarşik yapıya sosyal sınıf adı verilmektedir (Lake, 2009:126).

Çekiç'e (2016) göre sosyal sınıf, toplum içinde aynı ilgi, değer, hayat standardı ve davranışlara; benzer mesleğe; eşit veya yakın gelir seviyesine sahip insanlar tarafından oluşturulan gruplar olarak tanımlanmaktadır.

Tüketiciler, tüketimi gerçekleştirirken sosyal sınıflarını göz önünde bulundurmaktadır. Her sosyal sınıfa ait farklı davranışlar, zevkler ve satın alma karar süreçleri bulunmaktadır (Karaca, 2017:41). Lake'e (2009) göre aynı sosyal sınıftaki tüketiciler onları bir araya getiren aynı değerleri, inançları ve davranışları paylaşmakta, benzer davranışları kalıcı bir şekilde sürdürmektedir.

Solomon ve arkadaşlarına (2013) göre tüketicilerin yer aldığı sosyal sınıf, yalnızca ne kadar harcama yapıldığının önemli bir belirleyicisi değildir. Harcamaların yapılış şeklini de etkilemektedir. Sosyal sınıf içerisinde uzun süredir yer alan insanların, sahip olduklarını kanıtlama ihtiyacı yoktur. Sosyal sınıfa yeni ulaşan tüketiciler ise kendilerini kanıtlamak adına farklı davranışlarda bulunabilmektedir.

3.2.3.4. Referans grupları

Referans grubu; bir bireyin değerlendirmeleri, istekleri veya davranışlarıyla ilgili önemli bir ilgiye sahip olduğunu düşündüğü, gerçek veya hayali bir birey veya grup olarak tanımlanmaktadır. Referans gruplar bireyleri üç farklı özellikte etkilemektedir. Bu özellikler; bilgi verici olmaları, değer ifade etmeleri ve faydalı olmalarıdır (Park ve Lessig, 1977:102).

Koç'a (2019) göre referans grupları, tüketici davranışlarını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen; ailedeki bireylerden başlayıp, yakın çevre, öğretmenler, arkadaşlar, ünlü veya önemli kişilerden oluşan gruplar olarak tanımlanmaktadır.

Referans gruplarının etkisi sadece satın alma davranışını etkilememektedir. Tüketicinin tutumları, görüşleri ve değerleri satın alma davranışı gerçekleşme de referans gruplarından ciddi şekilde etkilenmektedir. Tüketicilerin ait olduğu veya kaçınmak istediği gruplar; tüketicilerin, davranışlarını ve kişiliklerini şekillendirmek için kullanacakları bilgileri, ödülleri ve cezaları sunmaktadır. Gruplar bu özellikleri ile satın alımları, tüketimi ve iletişimi etkilemektedir. Referans grupları tüketici

davranışlarını genel olarak üç şekilde etkilemekte ve tüketicilerin bu etkiye yönelik yanıtları şu şekilde olmaktadır (Lake, 2009:170-171):

- Referans grubu: Kararlar için gereken bilgiyi sağlamaktadır.
- Tüketici: Grubun beklentisine uyum sağlar.
- Referans grubu: Grup davranışın uygunluğunu teşvik etmek için ödüllendirmekte veya davranıştan dolayı cezalandırmaktadır.
- Tüketici: Grubun düşünce, inanç ve davranış tarzına uymaktadır.
- Referans grubu: Grup benzer davranışlar gösterilmesini sağlamak için değerlerini paylaşmaktadır.
- Tüketici: Kendi değerleri ile aynı olan tutum ve davranışları içselleştirmektedir.

3.3. Tüketici Satın Alma Süreci

Tüketiciler için satın alma eylemi; belirli bir başlangıcı olan, farklı eylemlerin veya düşüncelerin birbirini takip ettiği ve sonucunda bir kararın ortaya çıktığı bir süreçtir (Koçel, 2013:113).

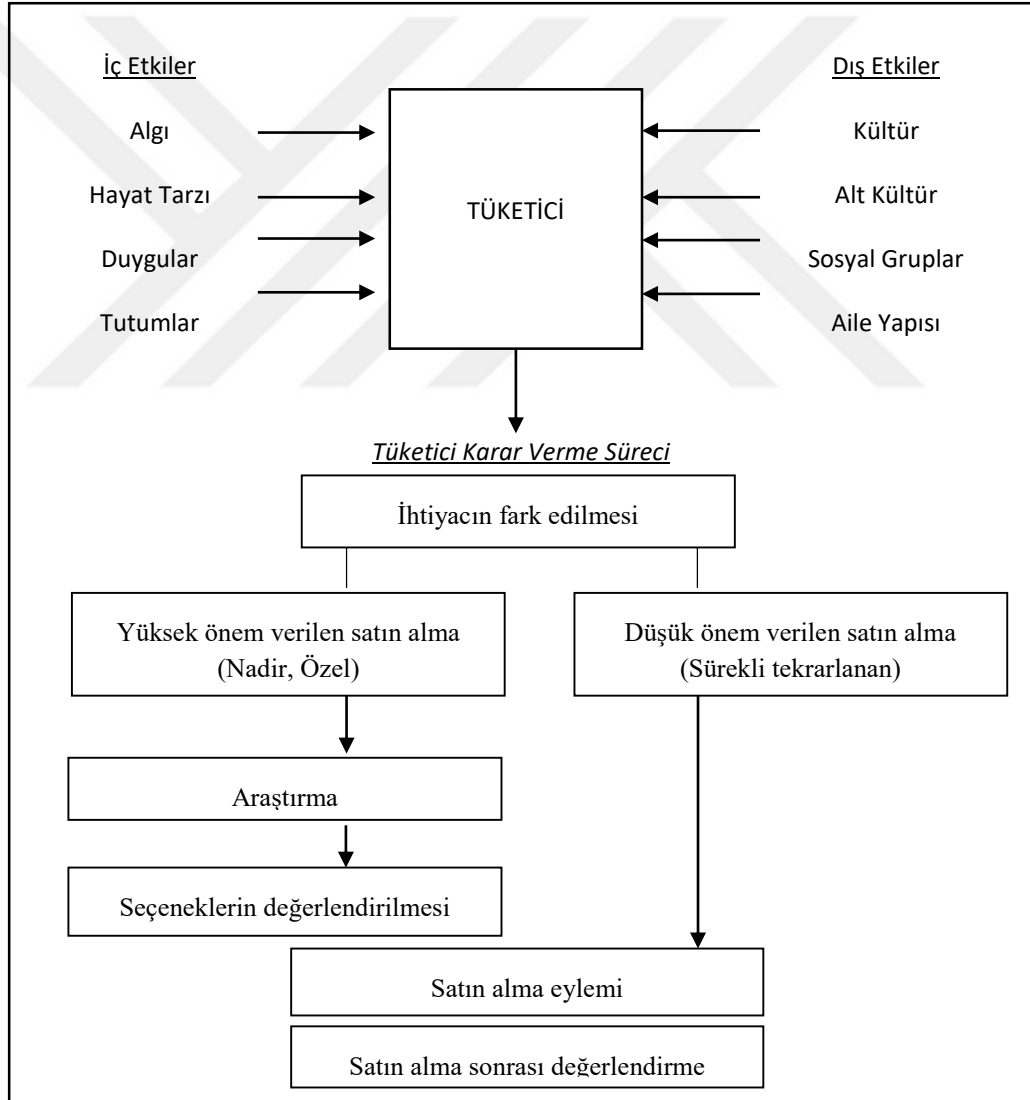
Yorgancılar'a (2015) göre; tüketicinin herhangi bir ürün veya hizmete ihtiyaç duymasından, ihtiyacını karşılayacak seçimi yapması, satın alma kararı vermesi ve davranışı gerçekleştirmesi, tüketim sonucunda değerlendirme yapmasını kapsayan tüm süreç, satın alma sürecini tanımlamaktadır.

Tüketici davranışlarıyla ilgili yazında (Duman, 2018:46) ve araştırmalarda; tüketicilerin ürün veya hizmet alımında beş aşamalı bir karar sürecinden yararlandığı belirtilmektedir. Karar verme süreci, bilişsel bir süreç olduğundan, doğası gereği daha çok psikolojik boyutta gerçekleşmektedir. Bu sebeple sürecin her zaman gözlenmesi mümkün olmamaktadır. Ancak bu noktada karar sürecinin, tüketiciler tarafından dikkatlice değerlendirildiği ve sonuçlandırıldığı kabul edilmektedir (Laura, 2009:27). Satın alma eylemi sonrasında tatmin sağlayan tüketicinin, aynı ihtiyacın ortaya çıkması halinde, tatmin sağlayan markayı tercih etme eğiliminde olacağı düşünülmektedir. Eğer tüketici satın alma sonrasında tatmin olamamışsa, satın alma

sürecinin tekrar başlayacağı kabul edilmektedir (İslamoğlu ve Altunışık,2017:34). Genel olarak kabul edilen karar süreci aşamaları:

- Uyarı veya ihtiyacın tanımlanması
- Bilgi toplama ve seçeneklerin tespiti
- Seçeneklerin değerlendirilmesi
- Satın alma
- Satın alma sonrası değerlendirme

Şekil 13’de tüketicinin karar sürecine ait örnek model bulunmaktadır.

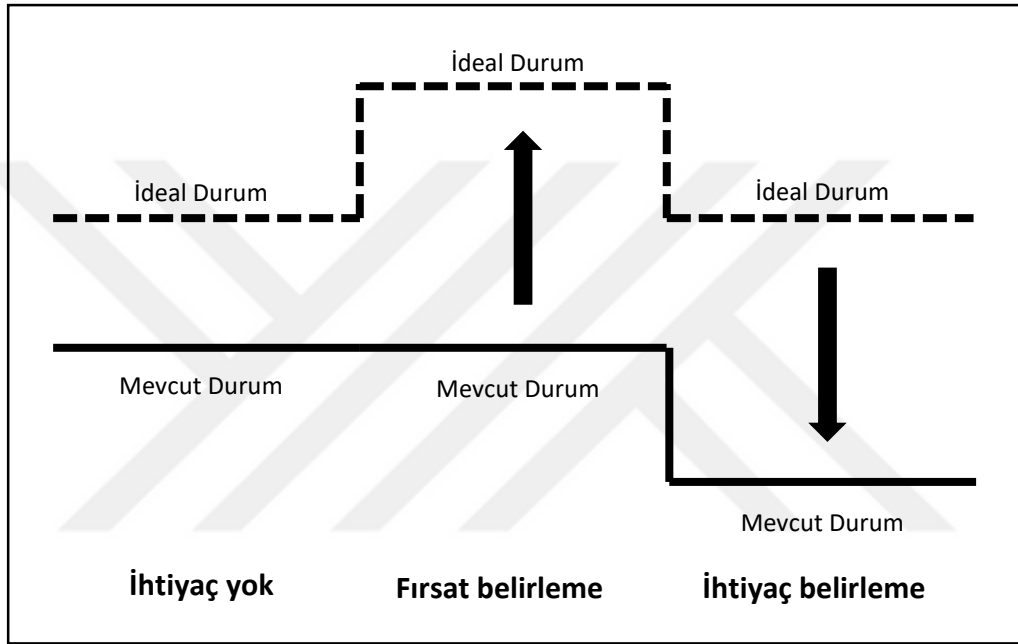


Şekil 13: Tüketici karar verme süreci

Kaynak:Lake, 2009:28.

3.3.1. Uyarı veya ihtiyacın tanımlanması

Tüketiciler fizyolojik, psikolojik ve dış uyaranlar aracılığıyla (Koç, 2019:487) her gün, yeni veya değişen ihtiyaçlarını fark etmektedir. Fark etme durumu dengesizlik halinin oluştuğuna işaret etmektedir. Problemin ya da sorunun ortaya çıkması mevcut durum ile istenen veya ideal durum arasında fark oluştuğunda gözlenmektedir. Büyük ya da küçük, karmaşık ya da basit bir sorunun çözüme ulaştırılması gerekmektedir (Solomon ve ark., 2013:341). Şekil 14’te bu durumlar anlatılmaktadır.



Şekil 14: İhtiyacın ortaya çıkması

Kaynak: Solomon ve ark., 2013:342.

Sorunların ortaya çıkmasındaki temel nedenler (Argan, 2012:163-164):

- Ürünlerde azalma ya da tükenme
- Mevcut durumdan hoşnutsuz olmak
- Finansal durumlardaki değişimler
- Yeni ihtiyaçlar ve koşulların oluşması
- Yeni ürünlerin piyasaya girmesi
- Pazarlama çalışmalarıdır.

3.3.2. Bilgi toplama ve seçeneklerin tespiti

Tüketiciler, bir gereksinim oluşması halinde, sorunu çözüme ulaştırmak için gerekli bilgiye ulaşmayı isteyeceklerdir (Şen Demir ve Kozak, 2013:115). Tüketiciler bilgi toplayarak karar verebilmek için; problem çözümüne yönelik değerlendirme kriterlerine, alternatif çözümlere, alternatiflerin ve değerlendirme kriterlerinin performans bilgilerine gereksinim duymaktadır (İslamoğlu ve Altunışık, 2017:38).

Bilgi arama aşamasında tüketiciler, daha iyi satın alma kararı verebilmek için aktif şekilde bilgi toplamaktadır. Tüketiciler yalnızca yakın vadede değil, uzun vadede satın almak istedikleri ürün veya hizmetlerle ilgili bilgi toplayabilmektedir. Bilgi toplama süreci içsel veya dışsal kaynaklardan yararlanılarak yapılmaktadır (Schmidt ve Spreng, 1996:246).

İçsel kaynaklar, tüketicinin deneyimlerinden yola çıkarak sorunların çözüme ulaşması için, yararlandığı bilgileri saklamaktadır. İçsel bilginin yetersiz olduğu durumda ise tüketici, çevresindeki bilgi edinebileceği kaynaklara başvuracaktır. Bu kaynakların tamamı da dışsal kaynaklar olarak tanımlanmaktadır (Akkuş, 2016:44).

Tüketicinin bilgi kaynaklarına yönelimi; pazarın, ürün veya hizmetin, tüketicinin özelliklerindeki karmaşıklığın artışıyla doğru orantılı olarak artacaktır (İslamoğlu ve Altunışık, 2017:41).

3.3.3. Alternatiflerin değerlendirilmesi

Satın alma sürecinde sarf edilmekte olan çabanın çoğu alternatiflerin seçiminde harcanmaktadır. Modern tüketici toplumu seçimlerle boğuşmaktadır ve bu durum hiç de kolay olmamaktadır. Bazı ürün ya da hizmet gruplarında yüzlerce marka olduğu gibi; bazı markaların dikkatimizi çeken farklı alternatifleri olabilmektedir (Solomon ve ark., 2013:354).

Alternatiflerin değerlendirilmesi sürecinde tüketicilerin kararını etkileyen pek çok faktörle karşılaşmaktadır. Tüketiciler herhangi bir sebep olmaksızın memnun kaldığı bir ürün olmasına rağmen, ürünün alternatifini tercih edebilmektedir. Morali yerinde olduğu durumlarda ya da sıkılmadığı durumlarda tüketici, alternatif ürün ya da hizmetlere yönelebilmektedir. Riskin olmadığı, zaman baskısının hissedilmediği

durumlarda; merak, yenilik arayışı gibi eğilimlerde tüketiciler, memnun oldukları ürün ya da hizmetlere rağmen alternatiflere yönelebilmektedir (Koç, 2019:488-489).

Kotler ve arkadaşlarına (2016) göre alternatiflerin değerlendirilmesinde tüketicilerin kullandığı yöntemler:

- Tüketici, ürünü tüm özellikleriyle birlikte değerlendirmektedir. Örneğin tüketici; kalite, fiyat ve ürüne ulaşabilmek özelliklerini bir arada düşünmektedir. Özelliklerin ihtiyaçlarla bağlantılı olması ayrıca önem taşımaktadır.
- Tüketici açısından her bir özellik için ayrı bir önem derecesi bulunmaktadır.
- Tüketici, incelediği markalar için inançlar geliştirmektedir. Davranışlarını marka inancına(marka imajı) göre rasyonellikten uzak şekilde gerçekleştirebilmektedir.
- Tüketici, her özellik için bir fayda fonksiyonu belirlemektedir. Alt fonksiyonlar tüketici gözünde ürünü veya hizmeti farklı seviyelerde fayda sağlayacağına inandırabilmektedir.
- Tüketici, markalar için farklı değerlendirme yöntemleri uygulayabilmekte ve değerlendirme sonucunda farklı tutumlar sergileyebilmektedir.

3.3.4. Satın alma

İhtiyacı ortaya çıkan tüketici, ürünler veya hizmetlerle ilgili bilgileri toplayıp değerlendirdikten sonra, bir ürünü veya hizmeti satın almaya karar vermiştir. Böylece karar artık eyleme dönüşmektedir. Satın alma eylemi iki şekilde gerçekleşmektedir. Tüketici ihtiyacına yönelik, ürün ya da hizmeti ve markayı belirlemişse planlı satın alma gerçekleşecektir. İhtiyaç ya da satın alma niyeti bulunmadan, tüketicinin bulunduğu çevrede satın alma gerçekleşiyorsa, plansız satın alma davranışı gözlenecektir (Argan, 2012:171). İslamoğlu ve Altunışık'a (2017) göre satın almanın gerçekleşmesi için en önemli iki koşul paranın ve zamanın uygun olmasıdır.

3.3.5. Satın alma sonrası değerlendirme

Lake'e (2009) göre insanlar, satın alma eylemi gerçekleştiğinde satın alma sürecinin tamamlandığını düşünerek yanılmaktadır. Bu aşama belki de yeni bir sürecin başlangıcı olmaktadır. Satın alma sonrası değerlendirme aşaması genellikle, tüketicilerin satın alma kararına yönelik psikolojik tepkilerini ölçmeye yaramaktadır. Satın alma sonrasındaki değerlendirmede üç farklı çıktı gözlenmektedir. Birincisi, satın alınan ürün veya hizmetin beklentinin altında kalması durumudur. İkincisi, satın alınan beklentiyi karşıladığı durumdur. Üçüncü ve son çıktı ise, satın alınan beklentinin üzerinde olduğu ve beklentileri artırdığı durumdur.

Satın alma sonrası tüketiciler sahip oldukları ürün veya yararlandıkları hizmeti değerlendirmektedir. Değerlendirme sonucunda tatmin duygusu, tüketicide memnuniyet oluşması halinde, ortaya çıkacaktır. Aksi durumda, tüketicinin satın aldığı ürün ya da hizmetten memnun olmadığı anlaşılabilecektir (Akkuş, 2016:47).

Tüketici memnun olmadığında farklı davranışlarda bulunabilmektedir. Albert Hirschman'ın (1915-2012) 1970 yılında yayınlanan kitabı "Exit, Voice, Loyalty" de bahsettiği gibi; tüketiciler memnuniyetsizlik durumunda çıkış tercihini seçerek, ürün ya da hizmetten yararlanmaktan tamamen vazgeçebilmektedir. Tüketiciler, ürün ya da hizmete yönelik şikayetlerini dile getirerek, seslerini duyurabilmektedir. Benzer şekilde tüketiciler ürün veya hizmete yönelik memnuniyetlerini de duyurabilmektedir. Hirschman'a göre tüketicilerin bir başka memnuniyet göstergesi de sadakatleridir. Tüketiciler ürün veya hizmetleri kullanmaya devam ederek, markayı tercih ettiklerini göstermekte ve bu davranışlarıyla genel olarak memnuniyetlerini belli etmektedirler.

Tüketicilerin satın alma sonrasında yaptığı değerlendirmelerin, gelecekteki kararlarını etkileyeceği bilinmektedir (Sirakaya ve Woodside, 2005:817). Tüketici gelecekte yapacağı satın alma davranışları için yeni şeyler öğrenmiş ve önceki tecrübelerini artırmıştır. Kısacası her satın alma ve değerlendirme süreci, tüketici için bir öğreti olmaktadır (Koç, 2019:493).

3.4. Tüketici Davranış Modelleri

3.4.1. Ekonomik model

Klasik ve neoklasik iktisat tarafından kabul edilen insan tipinin; çıkarını düşünen, bencil olan ve maksimum çıktıya ulaşmaya odaklanan rasyonel insan(homo-economicus) olduğu bilinmektedir (Altunöz ve Altunöz, 2016:82).

Ekonomik modeldeki tüketici davranışlarını anlayabilmek için üç kavramı bilmek gerekmektedir. Birincisi toplam fayda kavramıdır. Toplam fayda, belirli bir zaman diliminde tüketilen mal veya hizmetin tüm bileşenlerinden sağlanan toplam tatmin olarak tanımlanmaktadır. İkincisi marjinal fayda olup; bir birim hizmet ya da ürün tüketiminin toplam faydaya eklediği tatmin miktarını açıklamaktadır. Azalan marjinal fayda, üçüncü ve son kavramdır. Azalan marjinal fayda, tüketilen her ilave birim mal veya hizmetin toplam faydaya katkısının giderek azalmasını ifade etmektedir (Ison ve Wall, 2010:61).

Ekonomik modelin uygun olduğu tüketici davranışlarına yönelik durumlar şu şekilde açıklanmaktadır (İslamoğlu ve Altunışık, 2017:26):

- Fiyatın düşmesi halinde, ürünlere yönelik talebin artması
- Tüketicilerin aynı ürünü satın almak için daha düşük fiyattan satıldığı yere gitmeleri
- İkame ürünlerdeki fiyat artışının, diğer ürünlere talebin artmasına sebep olması
- Talepteki artışın doğrudan gelir artışıyla ilgili olması

Yorgancılar'a (2015) göre tüketici, bir ürün ya da hizmeti satın alma eylemine; ürün ya da hizmetin fayda-maliyet oranının, ikame ürün ya da hizmetlerin fayda-maliyet oranından yüksek olduğu süre boyunca, devam edecektir.

3.4.2. Freud'un psikoanalitik modeli

Sigmund Freud (1856-1939) yapmış olduğu çalışmalarla insan davranışları üzerindeki pek çok temel varsayımı etkilemiştir. Freud teorisinde; insan davranışlarının, kişinin fiziksel ihtiyaçlarını tatmin etme arzusu ile toplumun sorumluluk sahibi bir üyesi olarak davranma gerekliliği arasındaki çatışmalardan kaynaklandığını belirtmektedir.

Bu çatışmalar üç sistem arasında, kişinin aklında gerçekleşmektedir (Solomon ve ark., 2013:197). Bu sistemler sırasıyla id, ego ve süper egodur.

İnsanların davranışlarını yöneten id, kişiliğin merkezini oluşturmakta; iç güdüler olarak ve bilinç dışı kabul edilen haz, istek veya duyguları içermektedir. Ego, idin engelleyicisi ve sınırlandırıcısı konumundadır. Ego, bir ara bulucu olarak hareket ederek, idin isteklerinin süper ego tarafından uygulanabilecek hale getirilmesine yardımcı olmaktadır. Süper ego, toplum ahlak standartlarını temsil etmektedir. Süper ego, insan davranışlarının topluma uygun olup olmadığının kontrolünü sağlayarak; iyi davranışların tekrarlanmasını, kötü davranışların ise cezalandırılmasını sağlamaktadır (Güney, 2011:199).

Psikoanalitik modele göre, insan davranışlarını bilinç dışı zihinsel süreçler yönlendirmektedir. İnsan davranışları ve düşüncelerinin bazıları; bastırılmış hisler veya düşünceler, çatışan güdüler veya arzular tarafından yönetilmektedir (Çapan, 2013:120).

3.4.3. Veblen'in toplumsal modeli

Thornstein Bunde Veblen (1857-1929) kendisiyle özdeşleşen toplumsal model için temel oluşturan çalışmasında; varlıklı bireylerin, servetlerini duyurmak için yüksek fiyatlı mal ve hizmetler tükettiğini, bu sayede sosyal statülerini yükselttiklerini belirtmiştir. Veblen, dikkat çeken tüketim için iki farklı davranış tanımlamıştır. Birincisi; yüksek sosyal sınıftaki bir kişinin kendisini alt sınıftaki insanlardan ayırmak amacıyla yaptığı gösteriş kıyaslaması davranışdır. Diğeri ise kişinin de içinde olduğu düşük sosyal sınıftaki diğer insanların, kişiyi, daha yüksek bir sınıfın üyesi gibi düşünmelerini sağlama davranışı olan parasal öykünmedir (Bagwell ve Bernheim, 1996:349-350).

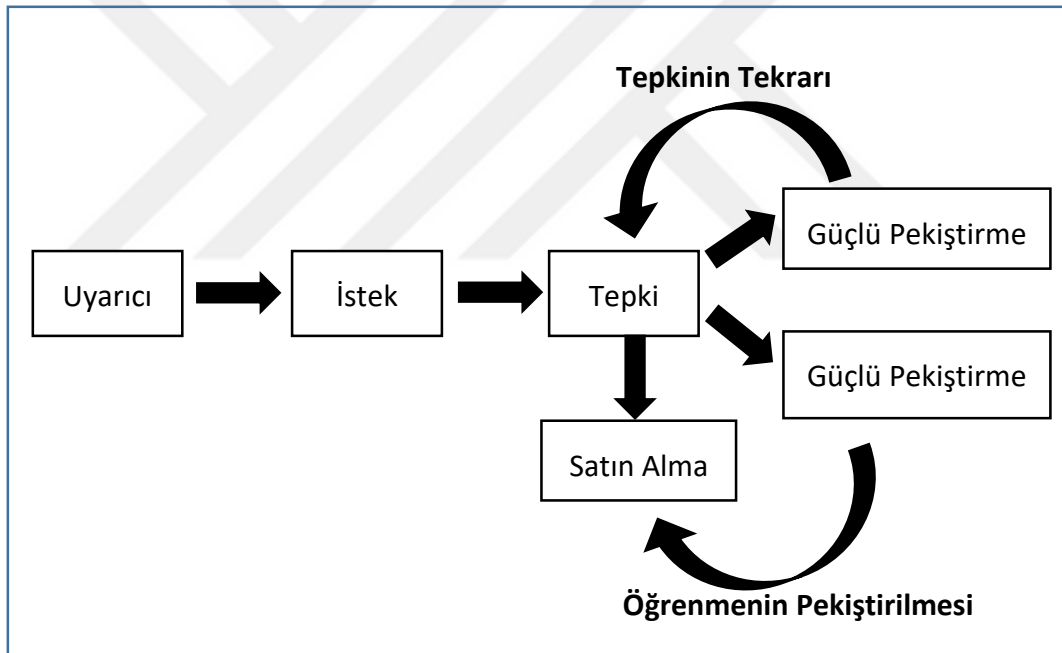
Veblen, toplumun geçmişini insanların yaşamak için belirlediği araçlar veya nesnelerle ilişkilendirmiştir. Araçlar ve nesnelere duyulan ekonomik ilgi topluluklardaki kültürel gelişimi de etkilemektedir. Gelenekler ve yaşam tarzlarının gelişimini sağlayan ekonomik ilgi, diğer taraftan yaşam tarzlarının farklı yönde değişimini engelleyebilmektedir. Özetle, ekonomik yönelim toplum yaşamının kararlarına etki etmekte ve bu yönelim nesilden nesile aktarılmaktadır. Toplumsal yapı

da bireylerin davranışları ve karar verme süreçleri üzerinde etkili olabilmektedir (Jo, 2011:1098).

İnsanların ihtiyaç ve istekleri, dahil oldukları gruplar ve benimsedikleri ya da parçası oldukları toplumun kültürü tarafından belirlenmektedir. İnsanlar, toplum tarafından kabul görecekt tüketim tarzlarını ya da davranışları tercih etmektedirler (İslamoğlu ve Altunışık, 2017:29-30).

3.4.4. Pavlov'un şartlandırılmış öğrenme modeli

İvan Pavlov'un (1849-1936) geliştirmiş olduğu model davranışlardaki uyarı ve tepkiye dayanmaktadır. Modelde öne çıkan dört unsur bulunmaktadır. Bu unsurlar; istek, tepki, uyarıcı ve pekiştirme (Kotler, 1984:112 aktaran Penpece, 2006:18). Unsurların modeldeki yerleri Şekil 15'de gösterilmektedir.



Şekil 15: Pavlov'un öğrenme modeli

Kaynak: İslamoğlu ve Altunışık, 2017:29.

Pavlov'un teorisine göre; bilinen bir sonucu ortaya çıkaran uyarıcı ile eşleştirilen başka bir uyarıcı, tek başına kullanıldığında aynı sonucun oluşmasını sağlıyorsa, şartlı öğrenme gerçekleşmiştir (Schiffman ve ark., 2012:198).

Pavlov köpekler üzerinde yaptığı çalışmalarda, uyarıcı sonrasında hayvanlara alışkanlık kazandırmış ve uyarıcının tekrarlandığı hallerde alışkanlıkların sürdüğünü gözlemlemiştir. Ayrıca uyarıcıların, daha güçlü yeni uyarıcılar olması halinde, eski alışkanlıkların gösterilmediğini tespit etmiştir. Piyasadaki markalar da tüketiciler için çeşitli uyarıcılar kullanarak; alışkanlıklarını ve markaya bağımlılıklarını artırmayı amaçlamaktadır. Sürekli olarak yinelenen uyarılar, tüketici kararlarında farklılık oluşturmaktadır. Bu tipteki uyarılar öğrenmeyi pozitif olarak etkilediğinde, davranışlarda da değişikliğe sebep olmaktadır (Altunöz ve Altunöz, 2016:87-88).

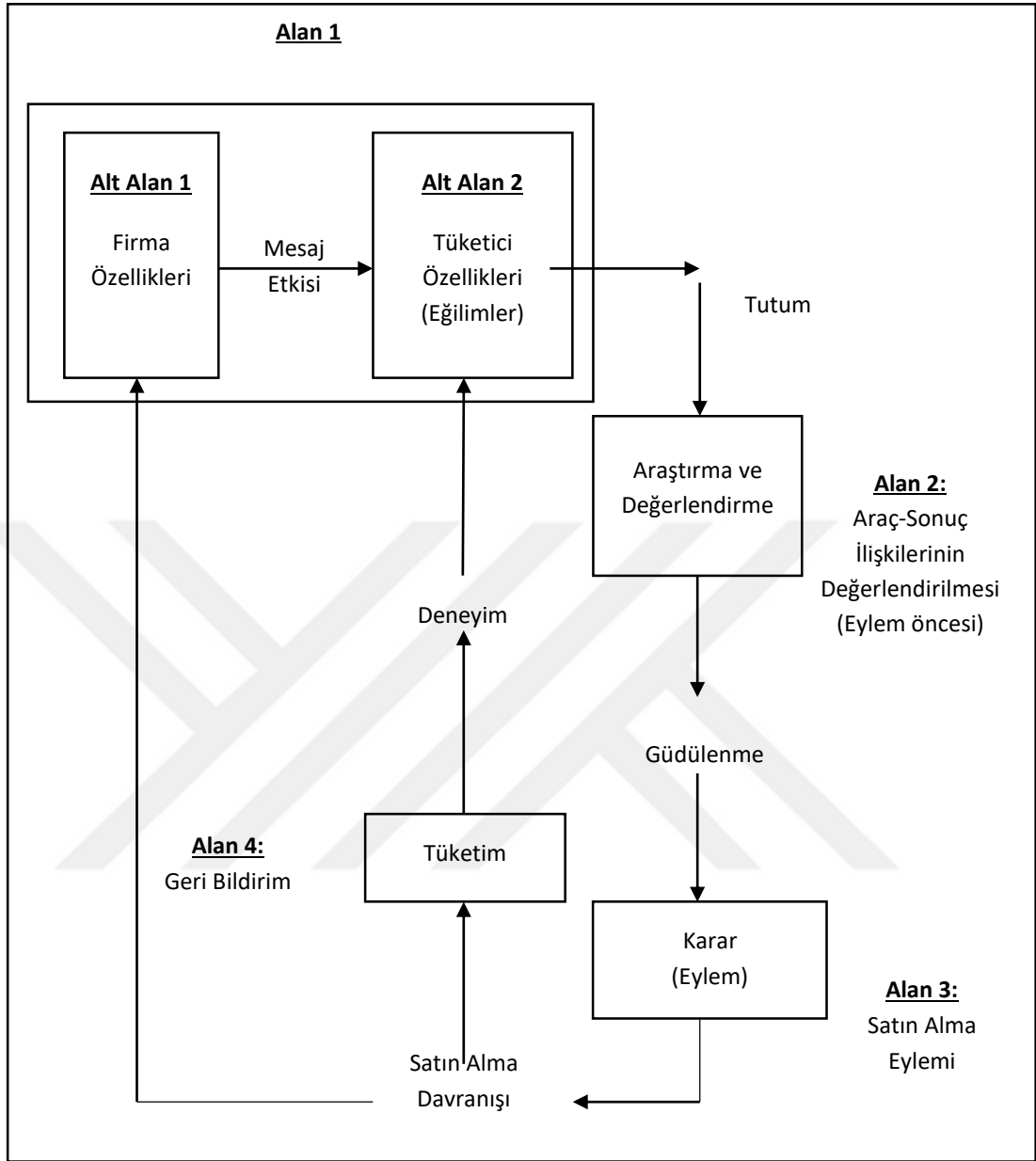
3.4.5. Nicosia modeli

Francesco Nicosia tarafından 1966 yılında ortaya çıkarılan model; somut öğelerden çok duygusal öğelerin tüketime yön verdiğini belirtmekte ve bunu tüketici ile hizmet ya da ürün satın alacağı organizasyon arasında, bağlantı kurarak açıklamaya çalışmaktadır (Yorgancılar, 2015:23; Jisana, 2014:41).

Nicosia modeline göre tüketici davranışı birbirini takip eden bir akıştan oluşmaktadır. Ürün veya hizmeti üreten organizasyonun reklamı, tüketicinin reklama maruz kalması, tüketicinin reklamla etkileşimi, etkileşim anında algılanan hizmete yatkınlık, tutum oluşumu, tutumun motivasyona dönüşmesi, satın alma eylemi, tüketicide firmaya yönelik yatkınlık oluşması, modelin akışında gerçekleşen aşamalardır (Naik ve Reddy, 1999:13).

Nicosia modelindeki akış dört bölümden oluşmaktadır. Model ve modeli oluşturan alanlar Şekil 16'da gösterilmektedir.

Birinci alan; tüketicinin mesajı alması olarak adlandırılmakta olup, tüketici ve firmanın özellikleri arasında bağlantının kurulduğu alandır. İkinci alan; tüketicinin algıladığı uyarıcılarla, mal ya da hizmetle ilgili incelemeleri ve değerlendirmeleri yaptığı alandır. Üçüncü alan; tüketicinin kararını vererek satın alma eylemini gerçekleştirdiği alan olmaktadır. Dördüncü alan; tüketicinin ürünle ilgili tecrübelerinin oluştuğu ve sonucunda geri bildirimde bulunduğu alandır (Karaca, 2017:51).



Şekil 16: Nicosia modeli

Kaynak: Nicosia ve Robert, 1976 akt. Prasad ve Jha, 2014:338.

3.4.6. Howard ve Sheth modeli

Howard ve Sheth tarafından 1969 yılında yayınlanan modelde tüketicilerin marka seçimleri açıklanmaya çalışılmıştır. Howard ve Sheth marka seçimlerinin rastgele değil, sistematik olduğunu ortaya koyan bir model üzerine çalışmışlardır. Modelin

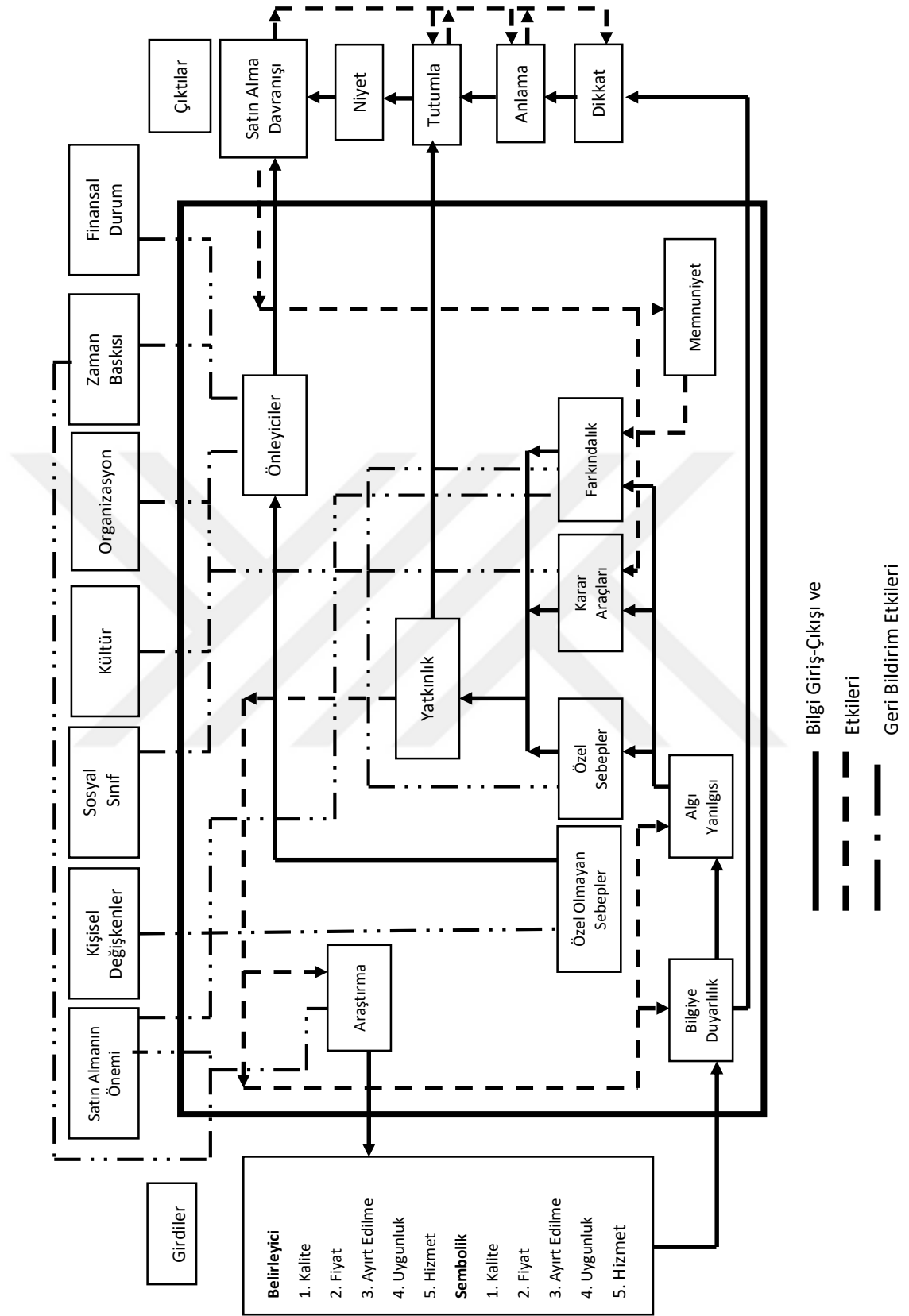
kurulmasında dört kabul bulunmaktadır (Erdoğan, 2009:13; Howard and Sheth, 2001:81):

- Satın alma davranışı sınırlı rasyonalite dahilinde gerçekleşmektedir.
- Kurulan model normatif değil, pozitif bir model olmalıdır.
- Marka seçiminin sistematik olduğu varsayılacaksa, belirli standart yollar izlenmelidir.
- Satın alma davranışı sistematik ise ortaya çıkması için bir girdi olmalıdır. Bu girdi insanın içsel ya da dışsal çevresinden kaynaklanabilmektedir.

Howard ve Sheth modelinde dört ana bileşen bulunmaktadır ve bileşenler Şekil 17’de gösterilmektedir.

Birinci bileşen uyarıcı değişkenler olan girdilerdir. Girdiler; belirleyiciler, sembolik ve sosyal çevreden oluşan alt başlıklara ayrılmaktadır. İkinci bileşenin ilk boyutu algısal değişkenlerdir. Algısal değişkenler modelin psikolojik boyutunu oluşturmaktadır. Dikkat, hatalar bu değişkenlerden bazılarıdır. İkinci bileşende diğer bir boyut öğrenme değişkenleridir. Algılar sonucunda tüketicide oluşan kavramları içermektedir. Güven, niyet, tutum, memnuniyet bu kavramlardan öne çıkanları oluşturmaktadır. Üçüncü bileşen dış değişkenlerdir. Finansal statü, sosyal sınıf, kültür gibi değişkenler dış değişken olarak adlandırılmaktadır. Dördüncü ve son bileşen ise çıktılardır. Satın alma, marka farkındalığı, dikkat gibi kavramları içermektedir (Duman, 2018:34-35).

Howard-Sheth modeli satın alma kararını üçe ayırmaktadır. İlki; tüketicinin daha önce kullandığı ve bilgi sahibi olduğu ürün veya hizmeti satın almaya karar verdiği durumda gözlenen, otomatik satın alma davranışıdır. İkincisi; ürün veya hizmet hakkında biraz bilgi sahibi olan tüketicinin alternatif markalarla ilgili bilgi topladığı ve karar verdiği, sınırlı sorun çözme davranışıdır. Üçüncüsü ise, tüketicinin mal veya hizmetle ilgili bilgisinin olmadığı, satın alma kararı sonrası bilgi sahibi olacağı, riski yüksek olan, sınırsız sorun çözme davranışıdır (Koç, 2018:31-32).



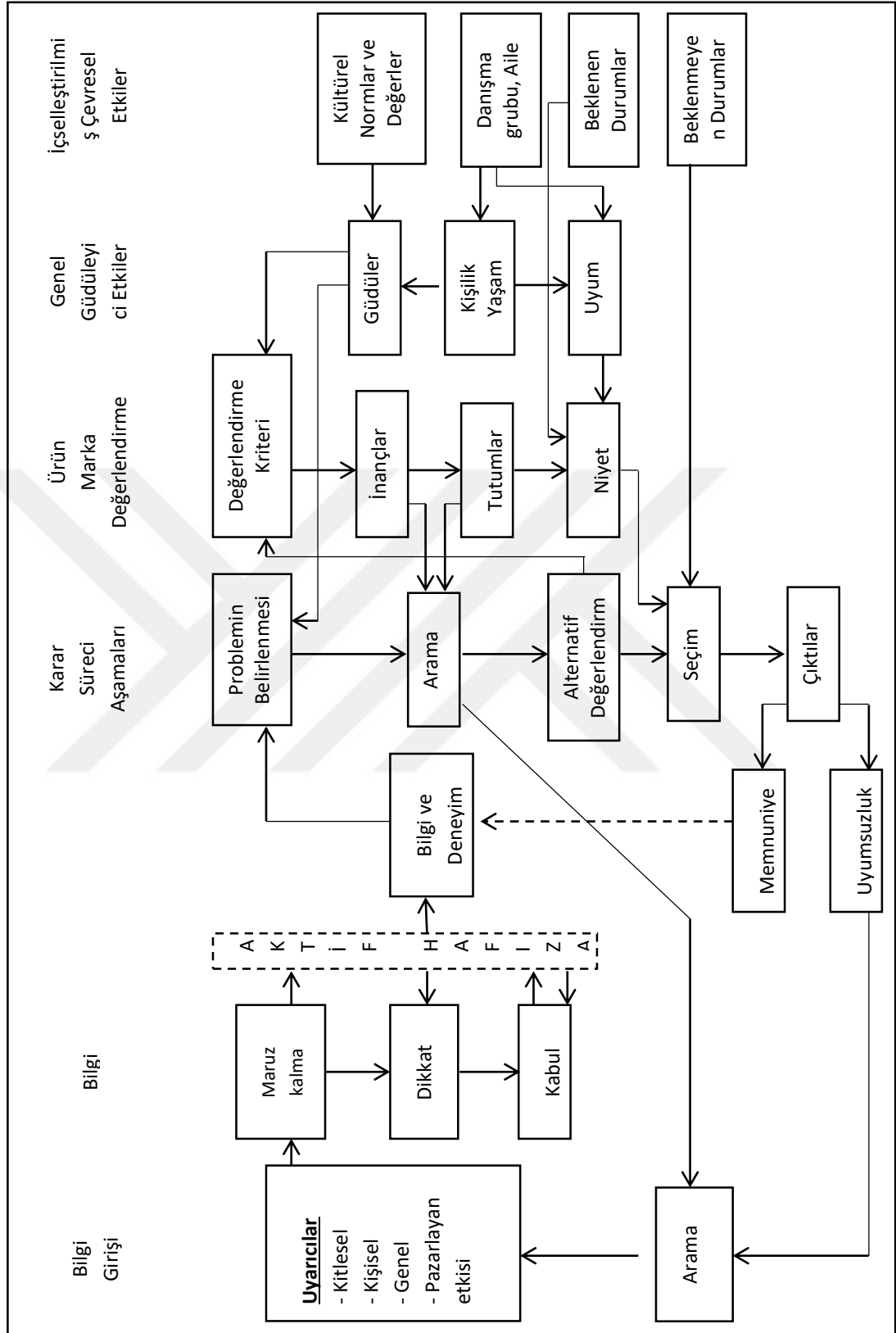
Şekil 17: Howard ve Sheth modeli

Kaynak: Howard ve Sheth, 2001:85.

3.4.7. Engel-Kollat-Blackwell modeli

1978 yılında son halini alan Engel-Kollat-Blackwell modeli; beş aşamalı problem çözme sürecinin tüketici davranışına uyarlanmasıyla oluşturulmuştur. Model; tüketicinin aktif bilgi arama ve değerlendirme süreçlerinin tanımını yaparak, karar verme bileşenleri ve bileşenler arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Modelde, tüketici davranışı bir karar süreci olarak görülmekte ve belirli bir süreçte gerçekleşen aşamalardan oluşmaktadır (Darley ve ark., 2010:95; Jisana, 2014:39).

Prasad ve Jha'ya (2014) göre Engel-Kollat-Blackwell modeli dört boyuttan oluşmaktadır. Birinci boyut, karar sürecinin aşamalarını kapsamaktadır. Ancak tüm tüketiciler bu aşamayı yaşamamaktadır. Bu durum tüketimin rutin olup olmamasına bağlıdır. İkinci boyut, bilgi girişi aşamasıdır. Bu aşamada tüketici pazar kaynaklarından ve diğer kaynaklardan bilgi toplamaktadır. Üçüncü boyut bilgi işleme aşamasıdır. Bu aşamada tüketicinin dikkati, algısı, bilgileri saklaması ön plana çıkmaktadır. Tüketicinin aldığı bilgiyi uzun süreli hafızasına aktarması, bu boyutta gerçekleşmektedir. Dördüncü ve son boyut, karar sürecini etkileyen değişkenleri içermektedir. Bu boyut karar sürecinin beş aşamasını etkileyen çevresel ve bireysel etkilerden oluşmaktadır. Değerler, yaşam tarzı, kişilik, sosyal gruplar, aile, finansal durum gibi etkileri içermektedir. Engel-Kollat-Blackwell modelinin boyutları ve unsurları Şekil 18'de verilmektedir.



Şekil 18: Engel-Kollat-Blackwell modeli

Kaynak: Engel ve ark., 1978:556 akt. Duman, 2018:40.

4. ARAŞTIRMA BÖLÜMÜ

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Çalışma, davranışsal ekonominin sağlık hizmetleri tercihinin etki edip etmediğinin incelenmesi; tüketim malzemelerinde ve diğer hizmet sektörlerinde gözlenen tüketici davranışlarının, sağlık hizmetlerinde gözlenip gözlenmediğini izleme amaçlarını taşımaktadır.

Sağlık hizmeti tüketimine yönelik alınan kararlar için etkili olan faktörlerin tespiti, sağlık tüketicilerinin hangi tarzlarda karar verdiğinin anlaşılması amaçlanmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti tüketiminde tüketicilerin hangi konulara daha çok ilgi gösterdiği, önem verdiği ve dikkat ettiği incelenmek istenmektedir.

Sağlık yönetimi literatüründe yerli ve yabancı kaynaklar incelendiğinde konuyla ilgili benzer bir çalışmaya rastlanmamış olup; çalışmanın sağlık yönetimi alanındaki ilk çalışma olması çalışmayı önemli hale getirmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetleri ile davranışsal ekonomi ilişkisinin kurulması açısından ilk çalışmalardan biri olma özelliğini de taşımaktadır.

4.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri, çalışmada yer alan ana konular ile bu konuların alt başlıkları ve boyutları kullanılarak oluşturulmuştur. Demografik özellikler bağımsız değişken olarak kullanılırken; davranışsal ekonomi konuları, tüketici tarzları, tüketici ilgilenim boyutları hipotezlerde hem bağımlı hem de bağımsız değişken olarak kullanılmıştır.

Çalışmada kullanılan hipotezler:

H₁: Davranışsal ekonomi kapsamında tüketicilerin sağlık hizmetlerine yönelik kararları, demografik değişkenlere göre farklılık göstermektedir.

H_{1a}: Sağlık hizmetlerine yönelik tüketici kararları çerçeveleme etkisine bağlı olarak demografik değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılaşmaktadır.

H_{1b}: Sağlık hizmetlerine yönelik tüketici kararları referansa bağlılık kapsamında demografik değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılaşmaktadır.

H_{1c}: Sağlık hizmetlerine yönelik tüketici kararları, zihinsel muhasebe etkisinde demografik değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılaşmaktadır.

H_{1d}: Sağlık hizmetlerine yönelik tüketici kararları, batık maliyet hatası kapsamında demografik değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılaşmaktadır.

H_{1e}: Sağlık hizmetlerine yönelik tüketici kararları, fiyat-başarı alternatiflerinin değerlendirilmesinde demografik değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılaşmaktadır.

H_{1f}: Sağlık hizmetlerine yönelik tüketici kararları, fiyat-iyileşme süresi alternatiflerinin seçiminde demografik değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılaşmaktadır.

H_{1g}: Sağlık hizmetlerine yönelik tüketici kararları, sorumluluklar söz konusu olduğunda demografik değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılaşmaktadır.

H₂: Sağlık hizmetlerinde tüketici kararlarına etki eden tüketici tarzları, diğer ürün ve hizmet sektörlerindeki tüketici tarzları ile benzeşmektedir.

H_{2a}: Sağlık hizmetlerinde tüketici kararlarına mükemmelliyetçilik tarzı etki etmektedir.

H_{2b}: Sağlık hizmetlerinde tüketici kararlarına marka bilincine sahip olma tarzı etki etmektedir.

H_{2c}: Sağlık hizmetlerinde tüketici kararlarına yenilikçi olma tarzı etki etmektedir.

H_{2d}: Sağlık hizmetlerinde tüketici kararlarına eğlenceli olma tarzı etki etmektedir.

H_{2e}: Sağlık hizmetlerinde tüketici kararlarına fiyat odaklı olma tarzı etki etmektedir.

H_{2f}: Sağlık hizmetlerinde tüketici kararlarına düşüncesizce hareket etme tarzı etki etmektedir.

H_{2g}: Sağlık hizmetlerinde tüketici kararlarına çeşit karmaşası yaşama tarzı etki etmektedir.

H_{2h}: Sağlık hizmetlerinde tüketici kararlarına alışanlığa bağlı satın alma tarzı etki etmektedir.

H₃: Sağlık hizmetlerinde tüketici tarzları demografik değişkenlere göre farklılık göstermektedir.

H_{3a}: Sağlık hizmetlerinde tüketici tarzları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{3b}: Sağlık hizmetlerinde tüketici tarzları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{3c}: Sağlık hizmetlerinde tüketici tarzları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{3d}: Sağlık hizmetlerinde tüketici tarzları çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{3e}: Sağlık hizmetlerinde tüketici tarzları kronik hastalık durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{3f}: Sağlık hizmetlerinde tüketici tarzları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{3g}: Sağlık hizmetlerinde tüketici tarzları mesleğe göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{3h}: Sağlık hizmetlerinde tüketici tarzları aylık toplam hane gelirine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₄:Sağlık hizmetlerine yönelik tüketici ilgilenim tarzları demografik özelliklere göre farklılaşmaktadır.

H_{4a}: Sağlık hizmetlerine yönelik tüketici ilgilenim tarzları cinsiyete göre farklılaşmaktadır.

H_{4b}: Sağlık hizmetlerine yönelik tüketici ilgilenim tarzları yaşa göre farklılaşmaktadır.

H_{4c}: Sağlık hizmetlerine yönelik tüketici ilgilenim tarzları medeni duruma göre farklılaşmaktadır.

H_{4d}: Sağlık hizmetlerine yönelik tüketici ilgilenim tarzları çocuk sayısına göre farklılaşmaktadır.

H_{4e}: Sağlık hizmetlerine yönelik tüketici ilgilenim tarzları kronik hastalık durumuna göre farklılaşmaktadır.

H_{4f}: Sağlık hizmetlerine yönelik tüketici ilgilenim tarzları eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır.

H_{4g}: Sağlık hizmetlerine yönelik tüketici ilgilenim tarzları mesleğe göre farklılaşmaktadır.

H_{4h}: Sağlık hizmetlerine yönelik tüketici ilgilenim tarzları aylık toplam hane gelirine göre farklılaşmaktadır.

H₅: Sağlık hizmetlerinde tüketici tarzları ile tüketici ilgilenim tarzları arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır.

4.3. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırmanın planı, içeriği ve araştırmada kullanılacak anket; 05.09.2016 tarihli 73 protokol numarası ile T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan alınan onay sonrasında, T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 06.10.2016 tarihli on sekizinci toplantısında aldığı 76 numaralı karar ile kabul edilmiştir.

Araştırmada kullanılan anket 2017 yılı Şubat ayı ile Mayıs ayı arasında 150 üniversite öğrencisine uygulanarak test edilmiştir. Öğrencilerden alınan geri bildirimler ve sonuçlar incelenerek anketteki yazım hataları, soru sıralamaları gözden geçirilmiştir. Anket dağıtımına başlamadan önce; akademisyenlerden, farklı iş kollarında çalışan kişilerden anketin iyileştirilmesine yönelik öneriler alınmıştır. 2018 yılı Mayıs ayı başında anket son halini almıştır.

14 Mayıs 2018 tarihinde anketin dağıtımına İstanbul ili sınırları içerisinde başlanmış olup; 30 Haziran 2019 tarihinde anket toplama işlemi sona ermiştir. Ayrıca, 9 Aralık

2018 tarihinde anket internet üzerinden de dağıtılmaya başlanmış ve 30 Haziran 2019 tarihinde katılıma kapatılmıştır.

Çalışmanın tamamı İstanbul ili sınırları içerisinde gerçekleştirilmiştir.

4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, İstanbul ilinde yaşayan ve on sekiz yaşını doldurmuş tüm bireyleri kapsamaktadır. İstanbul; farklı kültürlerle sahip, farklı ekonomik seviyelerde hayatını sürdürmekte olan insanların yaşadığı bir büyükşehir olması sebebiyle, araştırmanın evreni olarak seçilmiştir. İstanbul’da yaşayan halkın oluşturduğu çeşitliliğin, araştırma sonuçlarını daha genellenebilir hale getireceği de bilinmektedir.

TÜİK verilerine göre, adrese dayalı nüfus kayıt sisteminde İstanbul ilinin 2017 yılındaki nüfusu¹¹ 15 029 231’dir. Araştırmada on sekiz yaşını doldurmuş bireyler evreni oluşturduğundan, en güvenilir kaynak olan Yüksek Seçim Kurulu’nun istatistiklerinden faydalanılmıştır. Seçmen sayısı verilerinden yararlanılarak İstanbul evreninin büyüklüğüne ulaşmak istenmiştir. 16 Nisan 2017’de yapılan “Anayasa Değişikliği Oylaması” verilerine göre İstanbul’daki kayıtlı seçmen sayısı¹² 10 518 057’dir. Bu sayı çalışmanın evren büyüklüğü olarak kabul edilmiştir.

Örneklem büyüklüğü(ÖB) hesaplaması için Şekil 19’daki formül kullanılmıştır.

$\text{ÖB} = \frac{Z^2 \cdot (p) \cdot (1 - p)}{d^2}$	Z: Belirlenen güven aralığına karşılık gelen Z değeri p: Belirli bir özellikteki örnekleri seçme oranı d: Tahmin için kabul edilen hata oranı(güven aralığı)
---	---

Şekil 19: Örneklem büyüklüğünün bulunması¹³

¹¹ <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> ; Nüfus ve Demografi->Yıllara göre il nüfusları (Erişim tarihi: 12.12.2019)

¹² <http://www.ysk.gov.tr/tr/16-nisan-2017-anayasa-degisikligi-halkoylamasi/5002> ; Sandık ve Seçmen Sayıları (Erişim tarihi: 12.12.2019)

¹³ <https://www.surveysystem.com/sample-size-formula.htm> (Erişim tarihi: 12.12.2019)

Araştırmada; güven seviyesi %99 olarak belirlenmiş, örnek hata olasılığı olarak %5 oranı kabul edilmiştir. 10 518 057 evren büyüklüğü için ihtiyaç duyulan örneklem büyüklüğü 666 olarak hesaplanmıştır.

Anketteki tüm örneklem rastgele örnekleme modeli ile oluşturulmuştur. Katılımcılar rastgele seçilmiş olup; çalışmada yer alan tüm katılımcılara gönüllülük esasıyla çalışmada yer almaları gerektiği belirtilmiştir.

Çalışma için 1 400 basılı anket dağıtılmış olup; 1 011 anket toplanmıştır. Anketin yanıtlanma oranı %72'den fazladır. Ayrıca internet üzerinden yayınlanan anketle de 245 farklı katılımcıya ulaşılmıştır. Araştırmada yer alan toplam katılımcı sayısı 1 256'dır. Kullanılabilecek anket sayısı ise 726'dır.

4.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmaya yalnızca İstanbul'da yaşayan ve on sekiz yaşını doldurmuş olan bireyler katılmıştır. Anket soruları, rastgele dağıtıldığı için katılımcıların özelliklerinin dağılımında benzer oranların olması beklenmemektedir.

Araştırmanın sınırlarını, araştırmada kullanılan anketi yanıtlayan sınırlı rasyonel olduğu kabul edilen bireylerin verdiği cevaplar belirlemektedir. Katılımcıların verdiği cevapların gerçeği yansıttığı kabul edilmektedir.

Çalışmada yer alan soruların anlaşılabilmesi için katılımcıların yüksek seviyede dikkatle anketi cevaplaması gerektiği gözlenmiştir. Bu sebeple bazı kişisel ve demografik özelliklere sahip katılımcıların çalışmaya daha az katılım göstermesi açıklanabilmektedir. Anketin soru sayısı ve soruların yanıtlanma sürelerinin fazla olması sebebiyle, tamamlanmayan ya da gelişi güzel yanıtlanarak tamamlanan çok sayıda anketle karşılaşmıştır.

4.6. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi ve Analiz Şekli

Çalışmada, nicel araştırma yöntemlerinden biri olan anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan anket, katılımcıları bilgilendiren bir kapak sayfası ile başlamaktadır. Anketin içeriğinde dört ayrı bölüm bulunmaktadır.

Birinci bölümde davranışsal ekonomi konusuyla ilgili olan sorular yer almaktadır. Katılımcılara belli durumlar sunularak, bu durumlarda verecekleri kararlar öğrenilmek

istenmektedir. Birinci bölümde on yedi soru sorulmuştur. Bazı sorularda farklı seçenekler arasında seçim yapılması, bazılarında evet ya da hayır şeklinde cevap verilmesi, bazılarında ise sıralı olarak verilen aralıklardan birinin tercih edilmesi istenmektedir.

İkinci bölümde beşli likert ölçeği ile cevaplanması istenen otuz dört cümleden oluşan “Tüketici Tarzları Ölçeği” bulunmaktadır. Katılımcılardan bu bölümdeki tüm cümleler için ayrı ayrı katılma derecelerini sırasıyla “1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum” anlamına gelmekte olan beş rakamlı ölçekle belirtmeleri istenmektedir.

Üçüncü bölümde katılımcıların demografik verilerine yönelik sorular yer almaktadır. Bu bölümde cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, kronik hastalık durumu, eğitim durumu, meslek ve toplam hane halkı gelirine yönelik sorular sorulmuştur.

Dördüncü bölümde ise “Tüketici İlgilenim Ölçeği” kapsamında on yedi cümle bulunmaktadır. Katılımcıların her bir cümle için ayrı ayrı sırasıyla “1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum” anlamına gelmekte olan beşli likert ölçeğiyle yanıt vermesi istenmiştir.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle birlikte değişkenler arasındaki ilişkilerin açıklanması için IBM - SPSS 24 programı kullanılmıştır. Araştırmada anlamlılık testlerinden Ki-Kare, T-Testi, Mann Whitney U, ANOVA, Kruskal Wallis ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Ayrıca geçerlilik ve güvenilirlik analizleri ile birlikte faktör analizleri yapılmıştır.

4.7. Araştırmanın Modeli ve Boyutları

Araştırmada; tercihleri etkileyen faktörlerin, kararları etkileyen sunuş şekillerinin, sınırlı rasyonelliğin, kültürel ve kişisel özelliklerin, sağlık hizmetlerine yönelik satın alma kararları üzerindeki etkileri incelenmektedir. Ayrıca, tüketicilerin davranış yatkınlıklarına göre tanımlandırılması ve sağlıkla ilgili konulara verdikleri önem derecelerinin belirlenmesine yönelik değerlendirmeler yapılmaktadır.

Çalışmada Duman Kurt’un (2011) yazmış olduğu doktora tezi ana model olarak alınmıştır. Duman Kurt’un (2011) modelinde kullandığı kaynaklar incelenmiş; model

sağlık hizmetlerine uyarlanmış ve modele çeşitli eklemeler yapılarak son hali verilmiştir.

Birinci bölümde davranışsal ekonomi konusuna dahil olan; çerçeveleme etkisi(kayıp-kazanç), referansa bağlılık(hazcı-faydacı yaklaşım), satın alma konsuunda çerçeveleme etkisi, yüksek ve düşük ilgi ile zihinsel muhasebe; ayrıca ödeme miktarı ile olasılık, ödeme miktarı ile süre, kabul edilen ödeme miktarı, sorumluluklar altında risk alma durumu, sorumluluk altında ödeme konularındaki sorularla davranışların belirlenmesi üzerinde çalışılmıştır. Bu bölüm, Duman Kurt (2011), Kahneman ve Tversky (1981), Dhar ve Wertenbroch (2000), Smith ve Sinha (2000) tarafından yapılmış olan çalışmalardan uyarlanan sorulardan ve bu sorulara ek olarak; sağlık hizmetlerine yönelik, farklı kriterlerle karar verme davranışlarını incelemeye yardımcı olacak yeni sorulardan oluşmaktadır.

Birinci bölümdeki birinci ve ikinci soru Kahneman ve Tversky (1981) tarafından hazırlanmış, Duman Kurt (2011) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olup araştırma için sağlık hizmetlerine uygun hale getirilmiştir. Birinci soruda yüksek ilgi içeren hayati tehlike durumu, ikinci soruda ise düşük ilgi içeren ilaç sorunu belirtilmekte olup; çerçeveleme etkisinin, bu iki durum üzerindeki riskten kaçınma ve risk alma kararları incelenmektedir.

Üçüncü ve dördüncü sorularda Dhar ve Wertenbroch (2000) tarafından yayınlanan Duman Kurt (2011) tarafından Türkçeleştirilerek uyarlanan, çalışma için sağlık hizmetlerine uygun hale getirilerek sorulan, referansa bağlılık konusu incelenmiştir. Tüketicilerin faydacı ya da hazcı yaklaşımda bulunabileceği iki farklı ilgilenim düzeyi araştırılmıştır. Yüksek ilgi için sağlık kuruluşu tercihi, düşük ilgi düzeyi içinse cilt kremi tercihi sorulmuştur.

Beşinci soru zihinsel muhasebe kavramına yönelik olarak sorulmuştur. Smith ve Sinha'nın (2000) çalışmasını, Duman Kurt (2011) Türkçe'ye çevirmiş, çalışmada bu çeviri sağlık sektörüne uygun hale getirilerek sorulmuştur. Sorudaki tüm seçeneklerde tüketicilerin elde edeceği marjinal fayda aynı olmaktadır. Ürünün sunum şeklinin, tüketici algısında farklılığa yol açıp açmadığı incelenmek istenmiştir.

Altıncı ve yedinci sorular zihinsel muhasebenin incelendiği diğer sorulardır. Tversky ve Kahneman'ın (1981) hazırladığı sorular Duman Kurt (2011) tarafından dilimize

uyarlanmış; sağlık hizmetlerine yönelik olarak çalışma için değiştirilmiştir. Yüksek önem taşıyan ve fiyatı yüksek bir işlem olan röntgen çekimi ile düşük önem taşıyan ve fiyatı düşük olan şeker ölçümü için, daha düşük fiyatla hizmet alınabilecek alternatif kurumun, tercih edilip edilmeyeceği incelenmek istenmektedir.

Sekizinci ve dokuzuncu sorular ilk olarak Thaler (1980) tarafından kullanılmıştır. Duman Kurt (2011) tarafından Türkçe'ye çevrilerek uyarlanmış, çalışma için sağlık hizmetlerine uygun hale getirilmiştir. Bu sorularda batık maliyet hatası incelenmektedir. Yüksek önem taşıyan sağlık kontrolü, düşük önem taşıyan diş hekimi kontrolü için hava durumları engel olarak gösterilerek tüketicilerin rasyonel davranışlarda bulunup bulunmayacağı incelenmektedir.

Onuncu sorudan itibaren birinci bölümün sonuna kadar ankette yer alan tüm sorular; tüketici karar verme davranışlarının araştırılmasına yönelik, çalışmaya özgü olarak hazırlanmış sorulardır.

Onuncu soruda, başarı durumuna göre tedavi ücreti tercihleri incelenmek istenmiştir. Tüketicilerin yüksek başarı için yüksek ücret ödemeye razı olup olmadığı araştırılmaktadır.

On birinci soruda tedavi ücreti ile iyileşme süresi arasındaki bağlantı oransal olarak kurulmuş olup; hangi koşullarda tüketici tercihlerinin değiştiği, tespit edilmek istenmiştir.

On iki, on üç ve on dört numaralı sorularda katılımcıların sorumluluk duygularıyla kararlarının değişip değişmediği araştırılmaktadır. On ikinci soruda sağlık hizmeti için tüketicilerin ödemeyi kabul edeceği tutar, maaş karşılığı olarak sorulmuştur. On üçüncü soruda tüketicilere, riskleri bilinen bir ameliyatı olup olmayacakları sorulmuştur. On dördüncü soruda ise tüketicilere, fiyatı belli olan bir ameliyatı olup olmayacakları sorulmuştur.

On beş ve on altıncı sorularda katılımcılara sırasıyla hayati olan ve hayati olmayan tıbbi müdahale için cepten ödemeyi kabul edecekleri fiyat aralığı sorulmuştur.

On yedinci soruda ise tıbbi müdahaleler için üçüncü taraf ödemelerin yapılması durumunda bu ödemelerin hangi aralıkta olması gerektiği sorulmuştur.

İkinci bölümde Sproles ve Kendall (1986) tarafından geliştirilen, Duman Kurt (2011) tarafından Türkçe'ye çevrilerek uyarlanan “Tüketici Tarzları Ölçeği”; hem Sproles ve Kendall'ın çalışması hem de Duman Kurt'un çevirisinden yararlanılarak, sağlık hizmetlerine uygun hale getirilmiştir. Ölçek ön çalışma yapılarak değerlendirilmiş ve son halini almıştır. Ölçek sekiz faktörde toplanan otuz dört ifadeden oluşmaktadır. Çalışmada kullanılan “Tüketici Tarzları Ölçeği” Tablo 5’de verilmiştir.

Faktör-1: Mükemmelliyetçi, Yüksek Kalite Odaklı Faktörde, tüketicilerin kaliteye olan ilgisi ile hizmet seçiminde kalite etkisinin ölçülmesi amaçlanmaktadır. Faktörün toplam değerinin yüksek olduğu tüketiciler mükemmelliyetçi olup; kaliteli hizmeti seçerken özen göstermekte ve dikkatlice seçim yapmaktadır. Mükemmelliyetçi tüketicilerin, sağlık hizmeti tercihinde en iyi hizmeti bulmak istedikleri ve tercihlerini en iyi hizmeti satın almaktan yana kullanacakları söylenebilmektedir. Faktör, dokuz cümle ile incelenmektedir.

Faktör-2: Marka Bilincine Sahip Tüketicilerin; yüksek fiyatlı, daha fazla bilinen ya da marka değeri olduğu için tercih edilen, ürün ve hizmetleri satın alma eğilimi bu faktörde ölçülmektedir. Sağlık hizmetlerinde; tanıtımı daha fazla yapılan ürünlerin ya da hizmetlerin, dış görünüşü ve iç dekorasyonu için özen gösterilmiş sağlık kuruluşlarının bu tarz tüketiciler tarafından daha çok tercih edildiği düşünülmektedir. Fiyat bu tarz tüketiciler için önemli bir kalite göstergesi olmaktadır. Faktör, beş cümle ile incelenmektedir.

Faktör-3: Yenilik-Moda Odaklı Tüketicilerin çeşitlilik ve farklılıkları keşfetme istekleri ölçülmek istenmektedir. Bu faktörde, sağlık hizmetlerinin tercihinde kuruluşlardaki hizmet çeşitliliğinin satın alma kararını etkileyip etkilemediği, tüketicilerin sağlık hizmeti kıyaslaması yapmak amacıyla farklı kuruluşlardan hizmet alma yatkınlıkları araştırılmaktadır. Faktörde yer alan ifadelerden “kıyas yapabilmek için farklı hizmet sunucularını tercih ederim” çalışmaya özgü olarak eklenmiştir. Faktör, iki cümle ile incelenmektedir.

Faktör-4: Eğlenceli, Hazcı Tüketiciler Faktörde sağlık hizmetlerini araştırmak için zaman ayıran ve araştırma yapmaktan keyif alan tüketicilerin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Faktör, iki cümle ile incelenmektedir.

Tablo 5: Çalışmada kullanılan tüketici tarzları ölçeği

No	İfade	Faktör Adı
1	Benim için kaliteli hizmet almak çok önemlidir.	Faktör-1: Mükemmelliyetçi, Yüksek Kalite Odaklı
2	En iyi kaliteye sahip hizmetleri satın almaya çalışırım.	
3	Hizmet satın alırken en kaliteli olanı seçmeye çalışırım.	
4	En iyi kaliteye sahip hizmetleri bulmak için özel çaba gösteririm.	
5	Satın alma gerçekleştirirken çok fazla düşünmem.	
6	Satın aldığım hizmetlerle ilgili standartlarım ve beklentilerim çok yüksektir.	
7	Satın alma gerçekleştirirken çok fazla ilgi göstermem.	
8	Yeteri kadar iyi gördüğüm ilk kuruluştan hizmet alırım.	
9	Bir hizmetin beni memnun etmesi için en iyi olmasına gerek yoktur.	
10	En doğru hizmeti veren kuruluşlar, en çok bilinenlerdir.	Faktör-2: Marka Bilincine Sahip
11	Seçimim genellikle pahalı hizmet veren kurumlardan yanadır.	
12	Bir hizmetin fiyatı ne kadar yüksek ise o hizmet o kadar kalitelidir.	
13	Güzel görünümlü ve özenle düzenlenmiş tesisler en iyi hizmeti sunarlar.	
15	Genellikle reklamı/tanıtımı en çok yapılan kuruluşlar, en iyileridir.	
14	Hizmet çeşitliliği fazla olan kuruluşlardan hizmet almayı tercih ederim.	Faktör-3: Yenilik/Moda Odaklı
16	Kıyas yapabilmek için farklı hizmet sunucularını tercih ederim*	
17	Hizmet satın alımı için araştırma yapmak zamanımı boşa harcamaktır.	Faktör-4: Eğlenceli, Hazcı
18	Eğlence olsun diye sağlık hizmeti araştırması yapmayı severim.	
19	İndirim olduğunda elimden geldiğince satınalma gerçekleştiririm.	Faktör-5: Fiyat Odaklı, Parasının Karşılığını Almak İsteyen
20	Tercihim genellikle en düşük fiyatlı hizmetlerden yana olmaktadır.	
21	Paramın karşılığında en yüksek değeri elde etmek için dikkatli davranırım.	
22	Hizmet satınalma sürecimi normalde olduğumdan daha dikkatli bir şekilde planlarım.	Faktör-6: Düşüncesizce Hareket Eden, Dikkatsiz
23	Satınalma gerçekleştirirken anlık kararlar veririm.	
24	Genellikle sonradan pişman olduğum, özen göstermediğim hizmet satın alımları gerçekleştiririm.	
25	En doğru satın almayı gerçekleştirebilmek amacıyla hizmet satın alımı aceleye getirmem/zamana yayarım.	
26	Ne kadar harcama yaptığımı dikkatlice takip ederim.	
27	Arasından seçim yapılması gereken o kadar çok kuruluş var ki genellikle kafam karışır.	Faktör-7: Çeşit Karmaşası Yaşayan, Kafası Karışmış
28	Bazen hangi kuruluştan hizmet satın alımı yapılacağına karar vermek zordur.	
29	Hizmetler hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğça, en iyisini seçmek daha zor olmaktadır.	
30	Farklı hizmetler ile ilgili edindiğim bütün bilgiler kafamı karıştırmaktadır.	
31	Sürekli hizmet aldığım favori kuruluşlarım vardır.	Faktör-8: Alışkanlığa Bağlı Satın Alma Gerçekleştiren, Markaya Sadık
32	Bir kez sevdiğim bir sağlık kuruluşu bulduğumda onu asla değiştirmem.	
33	Her ihtiyacım olduğunda aynı hizmet sunuculara giderim.	
34	Hizmet aldığım kuruluşları düzenli olarak değiştiririm.	

Faktör-5: Fiyat Odaklı, Parasının Karşılığını Almak İsteyen Bu faktör hizmet ya da ürün satın alımında harcadığı paraya çok dikkat eden; harcadığı her kuruşun takibini yapan, karşılığını almaya çalışan tüketicileri ayırt etmektedir. Sağlık hizmetlerinde uygulanan fiyat politikalarının, indirimlerin bu tarz tüketiciler tarafından dikkatle takip edildiği ön görülmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinde düşük fiyatlı hizmet alımlarının genellikle bu tarz tüketiciler tarafından gerçekleştirildiği düşünülmektedir. Faktör, üç cümle ile incelenmektedir.

Faktör-6: Düşüncesizce Hareket Eden Tüketiciler Bu faktörde yer alan ifadelerle; satın alma sürecini önemsemeyen, planlamayan ve harcamalarını takip etmeyen tüketiciler belirlenmektedir. Sağlık hizmetlerine yönelik satın alma kararı veren tüketicilerin, tercihlerini değerlendirmek için zaman ayırıp ayırmadığı, sağlık harcamalarını takip edip etmedikleri incelenmektedir. Sağlık hizmetleri için verilen kararların dikkatlice alınıp alınmadığı da sorgulanmaktadır. Faktör, beş cümle ile incelenmektedir.

Faktör-7: Çeşit Karmaşası Yaşayan, Kafası Karışmış Faktörde tüketicilerin karar verme sürecinde çeşitlilik sebebiyle zorlanıp zorlanmadığı incelenmektedir. Sağlık sektöründe; hizmet sunumlarındaki farklılıklar ve sektörün doğası gereği var olan bilgi asimetrisinin, sağlık tüketicilerinin kafasının karışmasına sebep olduğu bilinmektedir. Tüketicilerin çok fazla bilgiye ulaşması durumunda, karar verme sürecinde zorlanması da beklenen bir sonuç olmaktadır. Faktör, dört cümle ile incelenmektedir.

Faktör-8: Alışkanlıklarını Sürdüren, Sadık Müşteri Bu faktörde tüketicilerin ürün ya da hizmet aldıkları kuruluşlara sadık olup olmadıkları incelenmektedir. Sağlık sektöründe kuruluşların tüketiciler tarafından sürekli olarak tercih edilip edilmediği, sadakat duygusunun tüketici davranışlarını etkileyip etkilemediği araştırılmaktadır. Faktör, dört cümle ile incelenmektedir.

Üçüncü bölümde, katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin sorulara yer verilmiştir. Bu bölümde katılımcıların; cinsiyet, yaş, kronik hastalık durumu, çocuk sayısı, hane halkı geliri, eğitim durumu ve mesleğine yönelik bilgiler toplanmaktadır. Demografik verilerin tüketicilerin kararları üzerinde etki ettiği bilinmektedir. Sağlık hizmetlerine yönelik kararlarda da demografik verilerin etkili olması beklenmektedir.

Dördüncü bölümde ise “Tüketici İlgilenim Ölçeği” kullanılarak, sağlık hizmeti tüketicilerinin riskten kaçınma, hedonizm(hazcılık), aile, para ve estetik kaygı konularındaki ilgilerinin dereceleri incelenmiştir. Zaichkowsky’nin (1985) “Kişisel İlgilenim Envanteri”, Kapferer ve Laurent’in (1985) “Tüketici İlgilenim Profili” çalışmaları ile Çakır (2007), Özbek ve Külahlı’nın (2016) çalışmalarından yararlanılarak; anketin birinci bölümünde yer alan davranışsal ekonomi soruları, tüketicilerin ilgi düzeylerini tespit etmek amacıyla cümle haline getirilmiştir. Cümlelerin dahil olduğu faktörler belirlenerek, çalışmaya özgü yeni bir ölçek oluşturulmuştur. Oluşturulan ölçekte beş faktöre dağıtılmış olan on yedi cümle bulunmaktadır. Ankette yer alan “Tüketici İlgilenim Ölçeği” Tablo 6’da verilmektedir.

Faktör-1: Riskten Kaçınma Tüketiciler, genellikle, hizmet ya da ürün satın alımı öncesinde; satın alacakları ürünü kullanmaları ya da hizmetten yararlanmaları sonrasında nasıl bir sonuçla karşılaşacağını tahmin etmekte, hatta sonuçları bilmek istemektedir. Sağlık hizmetlerinde de tüketiciler satın alma kararı öncesinde risk unsurunu değerlendirmektedir. Sağlık hizmetlerinde satın alma sürecinde fiziksel bir kanıta sahip olmak, karar öncesinde mümkün olmamaktadır. Bu sebeple sağlık hizmeti satın alma kararında tüketicilerin, olası sonuçlarla ilgili tüm risklerle ilgilenmesi ve riskleri değerlendirmesi beklenmektedir. Bu faktör, üç ifade ile incelenmiştir.

Faktör-2: Hedonizm(Hazcılık) Tüm hizmet ve ürün satın alımlarında tüketiciler fayda elde etmek istemektedir. Faydanın yanı sıra tüketiciler genellikle ürün ya da hizmetin sunuluşunu, tasarımını, marka bilinirliğini de değerlendirmektedir. Bu özellikler tüketicinin sosyal statüsü açısından da önemli olmaktadır. Faktör, dört ifade ile incelenmiştir.

Faktör-3: Aile Tüketiciler aile yaşantılarına ve sorumluluklarına göre tercihlerde bulunmaktadır. Aileye sahip olmak, çocuk sahibi olmak da bu tercihleri belirgin ölçüde etkilemektedir. Bu faktörde sağlık hizmetlerine yönelik tüketicilerin gösterdiği ilgide, ailenin etkisi araştırılmaktadır. Faktör, dört ifade ile incelenmiştir.

Faktör-4: Para Tüketicilerin harcamalar için ayırdığı bütçe, yaşantısında önem verdiği konulara göre farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetleri bireyler için genellikle kritik öneme sahip olduğundan, bu faktörde sağlık hizmetleri için ödenecek paraya gösterilen ilgi araştırılmaktadır. Faktör, üç cümle ile incelenmektedir.

Faktör-5: Estetik Kaygı Faktörde, tüketicilerin kendilerini iyi hissetmelerini sağlayacak hizmet ve ürünlere gösterdiği ilgi ile duyularına yönelik hassasiyetleri araştırılmaktadır. Faktör, üç cümle ile incelenmektedir.

Tablo 6: Çalışmada kullanılan tüketici ilgilenim ölçeği

No	İfade	Faktör Adı
2	Ameliyat kararı almamda, ameliyatın başarılı geçme olasılığı benim için önemlidir.	Faktör-1: Riskten Kaçınma
3	Ameliyat olacağım sağlık Merkezinin hizmet kalitesi benim için önemlidir.	
4	Ameliyat sonrasında iyileşme sürecinin uzunluğu benim için önemlidir.	
5	Sağlık hizmeti alacağım sağlık Merkezinin yeri benim için önemlidir.	Faktör-2: Hedonizm (Hazelilik)
6	Sağlık hizmeti alacağım sağlık Merkezinin konforu ve tasarımı benim için önemlidir.	
7	Sağlık hizmeti alacağım sağlık Merkezinin marka değeri ve bilinirliği benim için önemlidir.	
16	Hizmet alacağım sağlık Merkezinin odalarının manzarası benim için önemlidir.	Faktör-3: Aile
8	Ailemin olması, sağlık hizmeti alma kararında etkilidir.	
9	Çocuk sahibi olmam, sağlık hizmeti alma kararında etkilidir.	
10	Ailemin olması, ameliyat kararı almamda etkilidir.	
11	Çocuk sahibi olmam, ameliyat kararı almamda etkilidir.	Faktör-4: Para
12	Sağlık hizmetlerine ödeyeceğim paranın miktarı aile sahibi olmama göre değişiklik gösterir.	
13	Sağlık hizmetlerine ödeyeceğim paranın miktarı çocuk sahibi olmama göre değişiklik gösterir.	
1	Sağlık hizmeti için ödeyeceğim paranın miktarı benim için önemlidir.	Faktör-5: Estetik kaygı
14	Kullanacağım bir kremin temizleme özelliği benim için önemlidir.	
15	Kullanacağım bir kremin cildimi yumuşatması benim için önemlidir.	
17	Vücudumda oluşacak bir yara izinin, görünüşümde yaratacağı değişiklik benim için önemlidir.	

4.8. Bulgular

İstanbul’da yaşayan, on sekiz yaşını doldurmuş, 726 katılımcının çalışmada uygulanan ankete verdiği cevaplar bu bölümde incelenmektedir.

4.8.1. Demografik bulgular

Katılımcıların demografik verilerine ilişkin tüm bulgular Tablo 7’de verilmektedir. Katılımcıların %41,3’ü erkek, %58,7’si kadındır. Katılımcıların %34,6’sı 18-25, %22,6’sı 26-33, %16,8’i 34-41, %13,1’i 42-49, %6,2’si 50-57, %6,7’si ise 58 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Ankete katılanların %46,4’ü evli, %53,6’sı bekar. Ankette yer alan “Dul/Boşanmış” seçeneğini işaretleyen katılımcılar bekar olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların %58,7’sinin çocuğunun olmadığı, %16,9’unun bir, %17,9’unun iki, %6,5’inin ise üç ve üzeri sayıda çocuğu bulunmaktadır. Katılımcıların %23,1’inin kronik hastalığı varken, %76,9’unun kronik hastalığı bulunmamaktadır.

Tablo 7: Katılımcıların demografik yapısı

		Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	300	%41,3
	Kadın	426	%58,7
Yaş	18-25	251	%34,6
	26-33	164	%22,6
	34-41	122	%16,8
	42-49	95	%13,1
	50-57	45	%6,2
	58 ve üzeri	49	%6,7
Medeni Durum	Evli	337	%46,4
	Bekar	389	%53,6
Çocuk Sayısı	0	426	%58,7
	1	123	%16,9
	2	130	%17,9
	3 ve üzeri	47	%6,5
Kronik Hastalık	Evet	168	%23,1
	Hayır	558	%76,9

Tablo 7: Katılımcıların demografik yapısı (devam)

		Frekans	Yüzde
Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	67	%9,2
	Lise Mezunu	208	%28,7
	Üniversite Mezunu	339	%46,7
	Lisansüstü Mezunu	112	%15,4
Meslek	Akademisyen	47	%6,5
	Çalışmıyorum	37	%5,1
	Diğer	25	%3,4
	Emekli	48	%6,6
	Ev Hanımı	51	%7,0
	İşçi	178	%24,5
	Memur	63	%8,7
	Öğrenci	159	%21,9
	İş Yeri Sahibi	55	%7,6
	Yönetici	63	%8,7
Aylık Hane Geliri	1 404TL ve daha az	34	%4,7
	1 404-2 800TL	105	%14,5
	2 801-5 000TL	244	%33,6
	5 001-10 000TL	216	%29,8
	10 001TL ve üzeri	127	%17,4

Ankete katılanların %9,2'si ilköğretim, %28,7'si lise, %46,7'si üniversite ve %15,4'ü lisansüstü mezunudur. Katılımcıların %6,5'i akademisyen, %6,6'sı emekli, %7'si ev hanımı, %24,5'i işçi, %8,7'si memur, %21,9'u öğrenci, %7,6'sı iş yeri sahibi, %8,7'si yöneticidir. %5,1 çalışmayan katılımcı bulunurken; meslek bilgisinde diğer seçimini

işaretleyen katılımcıların oranı ise %3,4'tür. Aylık 1 404TL ve daha az hane gelirine sahip katılımcıların oranı %4,7; 1 404-2 800TL hane geliri sahip katılımcıların oranı %14,5; 2 800-5 000TL hane gelirine sahip katılımcıların oranı %33,6; 5 001-10 000TL hane gelirine sahip katılımcıların oranı %29,8; 10 001TL ve üzeri hane gelirine sahip katılımcıların oranı ise %17,5 olarak gözlenmiştir.

4.8.2. Davranışsal ekonomi soruları ile demografik verilerin kıyaslanmasıyla elde edilen bulgular

Çerçeveleme etkisinin incelendiği, tedavi seçimi ve eczane seçimine yönelik yanıtlar ile demografik veriler arasındaki ilişkiler Tablo 8'de gösterilmektedir. Çerçeveleme etkisi altında tüketicilerin tedavi seçimi, cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

Tablo 8: Çerçeveleme etkisi ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları

	Yüksek İlgili – Tedavi Seçimi			Düşük İlgili – Eczane Seçimi		
	Pearson χ^2	df	p	Pearson χ^2	df	p
Cinsiyet	4,817	1	0,028*	1,369	1	0,242
Yaş	4,591	5	0,538	2,942	5	0,857
Medeni Durum	0,546	1	0,460	0,252	1	0,616
Çocuk Sayısı	2,598	3	0,465	1,516	3	0,936
Kronik Hastalık Durumu	0,866	1	0,352	0,839	1	0,360
Eğitim Durumu	1,578	3	0,664	1,755	3	0,625
Meslek	9,126	9	0,426	14,765	9	0,098
Aylık Hane Geliri	8,185	4	0,085	7,774	4	0,100

* p<0,05; n=726

Tedavi seçiminde erkek ve kadınların anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Erkeklerin Y tedavisini seçme oranı %60'ın üzerinde bir oran ile gerçekleşirken, kadınların Y tedavisini seçme oranı %53'ün altında kalmaktadır. Tablo 9'da erkek ve kadınların tedavi seçimleri ve eczane seçimleri gösterilmektedir.

Tablo 9: Çerçeveleme etkisi tedavi ve eczane seçimi ile cinsiyet arasında çapraz tablo

Cinsiyet		Tedavi Seçimi			Eczane Seçimi		
		X	Y	Toplam	A	B	Toplam
Erkek	n	119	181	300	191	109	300
	%	%39,7	%60,3	%100	%63,7	%36,3	%100
Kadın	n	204	222	426	289	137	426
	%	%47,9	%52,1	%100	%67,8	%32,2	%100
Toplam(n)		323	403	726	480	246	726

Referansa bağlı karar vermenin incelendiği kuruluş tercihi ve krem tercihi sorularına verilen yanıtlarda, demografik verilere göre anlamlı farklılık gösteren bir bulguya rastlanmamıştır. Tablo 10’da referansa bağlı karar verme soruları ile demografik veriler arasındaki ilişkiler gösterilmektedir.

Tablo 10: Referansa bağlılık ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları

	Yüksek İlgili – Kuruluş Tercihi			Düşük İlgili – Krem Tercihi		
	Pearson χ^2	df	p	Pearson χ^2	df	p
Cinsiyet	0,081	1	0,776	0,013	1	0,911
Yaş	5,482	5	0,667	3,241	5	0,770
Medeni Durum	1,690	1	0,194	2,779	1	0,095
Çocuk Sayısı	1,105	3	0,784	2,762	3	0,432
Kronik Hastalık Durumu	0,415	1	0,520	0,440	1	0,507
Eğitim Durumu	1,910	3	0,591	1,990	3	0,575
Meslek	5,897	9	0,750	15,408	9	0,080
Aylık Hane Geliri	3,334	4	0,504	2,641	4	0,620
* p<0,05; n=726	Hazcı tercih(n)		222	Hazcı tercih(n)		151
	Faydacı tercih(n)		504	Faydacı tercih(n)		575

Zihinsel muhasebeye bağlı olarak kampanya tercihleri demografik verilerle kıyaslanmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 11’de gösterilmektedir. Kampanya tercihlerinde; cinsiyet (p=0,030), yaş (p=0,002), eğitim durumu (p=0,006), meslek (p=0,008) ve aylık hane geliri (p=0,001) değişkenleri anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

Tablo 11: Kampanya tercihinde zihinsel muhasebe ile demografik verilere ait ki-kare testi

	Kampanya Tercihi		
	Pearson χ^2	df	p
Cinsiyet	7,023	2	0,030*
Yaş	30,264	10	0,002*
Medeni Durum	1,982	2	0,371
Çocuk Sayısı	8,268	6	0,276
Kronik Hastalık Durumu	4,356	2	0,113
Eğitim Durumu	18,251	6	0,006*
Meslek	35,389	18	0,008*
Aylık Hane Geliri	25,586	8	0,001*

* p<0,05; n=726

Cinsiyet, %50 indirim kampanyası ve 1 alana 1 bedava veren kampanya tercihlerini anlamlı şekilde farklılaştırmaktadır. %50 indirim kampanyasını erkeklerin tercih etme oranı %45 iken, kadınlarda bu oran %36'nın altında kalmaktadır. Ayrıca 1 alana 1 bedava veren kampanyayı erkeklerin tercih etme oranı %45'in altında kalırken, kadınların bu kampanyayı tercih etme oranı %53'ün üzerine çıkmaktadır. Katılımcıların yanıtları Tablo 12'de verilmektedir.

Tablo 12: Kampanya tercihinde zihinsel muhasebe ile cinsiyet arasında çapraz tablo

Cinsiyet		Kampanya Tercihi			
		%50 indirim	2 alana %50 indirim	1 alana 1 bedava	Toplam
Erkek	n	135	31	134	300
	%	%45	%10,3	%44,7	%100
Kadın	n	151	46	229	426
	%	%35,4	%10,8	%53,8	%100
Toplam(n)		286	77	363	726

%50 indirim sağlayan kampanya tercihlerinde 18-25 yaş grubu ve 50-57 yaş grubu, 58 ve üzeri yaş grubuyla anlamlı biçimde farklılaşmaktadır. 18-25 ve 50-57 yaş grupları bu kampanyayı %33'ün altında bir oranla tercih ederken, 58 ve üzeri yaş grubunda bu oran %61'in üzerine çıkmaktadır. Ayrıca 34-41 ve 42-49 yaş grupları ile 58 ve üzeri yaş grubu arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. 34-41 ve 42-49 yaş grupları bu kampanyayı %44'ün altında bir oranla tercih ederken, 58 ve üzeri yaş grubunda bu oran %61,2 olarak gözlenmektedir.

1 alana 1 bedava kampanya tercihinde 26-33, 50-57, 58 ve üzeri yaş grupları kendi aralarında anlamlı biçimde farklılaşmaktadır. 26-33 yaş grubundaki katılımcıların bu kampanyayı tercih etme oranı %44,5; 50-57 yaş grubundaki katılımcıların %62,2; 58 ve üzeri yaş grubundaki katılımcıların ise %28,6'dır. Tablo 13'de katılımcıların yaş gruplarına göre kampanya tercihleri verilmektedir.

Tablo 13: Kampanya tercihinde zihinsel muhasebe ile yaş arasında çapraz tablo

Yaş Grupları		Kampanya Tercihi			
		%50 indirim	2 alana %50 indirim	1 alana 1 bedava	Toplam
18-25	n	81	30	140	251
	%	%32,3	%12	%55,7	%100
26-33	n	78	13	73	164
	%	%47,6	%7,9	%44,5	%100
34-41	n	44	11	67	122
	%	%36,1	%9	%54,9	%100
42-49	n	41	13	41	95
	%	%43,2	%13,6	%43,2	%100
50-57	n	12	5	28	45
	%	%26,7	%11,1	%62,2	%100
58 ve üzeri	n	30	5	14	49
	%	%61,2	%10,2	%28,6	%100
Toplam(n)		286	77	363	726

%50 indirim sağlayan kampanya tercihinde lisansüstü mezunu olan katılımcılar, diğer katılımcılardan anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Lisansüstü mezunları bu

kampanyayı %52'nin üzerinde oranla tercih ederken, diğer katılımcıların bu kampanyayı tercih etme oranı %39'un altında kalmaktadır.

2 alana %50 indirim kampanyası tercihlerinde ilköğretim mezunları, üniversite ve lisansüstü mezunlarından anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. İlköğretim mezunları bu kampanyayı %19'un üzerinde bir oranla tercih ederken, üniversite ve lisansüstü mezunlarının bu kampanyayı tercih etme oranı %9'un altında kalmaktadır.

1 alana 1 bedava kampanyası tercihlerinde ise üniversite mezunları ile lisansüstü mezunları anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Üniversite mezunları bu kampanyayı %52'nin üzerinde bir oranla tercih ederken, lisansüstü mezunlarında bu oran %40'ın altında kalmaktadır. Eğitim durumlarına göre kampanya tercihleri Tablo 14'te verilmektedir.

Tablo 14: Kampanya tercihinde zihinsel muhasebe ile eğitim durumu arasında çapraz tablo

Eğitim		Kampanya Tercihi			
		%50 indirim	2 alana %50 indirim	1 alana 1 bedava	Toplam
İlköğretim	n	19	13	35	67
	%	%28,4	%19,4	%52,2	%100
Lise	n	77	26	105	208
	%	%37	%12,5	%50,5	%100
Üniversite	n	131	29	179	339
	%	%38,6	%8,6	%52,8	%100
Lisansüstü	n	59	9	44	112
	%	%52,7	%8,0	%39,3	%100
Toplam(n)		286	77	363	726

%50 indirim sağlayan kampanya tercihlerinde ev hanımları, diğer grubu hariç, kalan tüm meslek gruplarıyla anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Ev hanımlarının bu kampanyayı tercih etme oranı %16'nın altında kalırken; diğer grubu hariç, tüm meslek grupları bu kampanyayı %35'in üzerinde oranlarla tercih etmektedir.

2 alana %50 indirim kampanyasının tercihinde çalışmayanlar ile ev hanımları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Çalışmayanlar %3'ün altında oranla bu kampanyayı tercih ederken, ev hanımlarında bu oran %19'un üzerine çıkmaktadır.

1 alana 1 bedava kampanyasının tercihinde de çalışmayanlar ile ev hanımları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Çalışmayanların bu kampanyayı tercih oranı %33'ün altında iken, ev hanımlarının bu kampanyayı tercih etme oranı %64'ün üzerine çıkmaktadır. Mesleklere göre kampanya tercihleri Tablo 15'te verilmektedir.

Tablo 15: Kampanya tercihinde zihinsel muhasebe ile meslek arasında çapraz tablo

Meslek		Kampanya Tercihi			
		%50 indirim	2 alana %50 indirim	1 alana 1 bedava	Toplam
Akademisyen	n	25	4	18	47
	%	%53,2	%8,5	%38,3	%100
Çalışmıyorum	n	24	1	12	37
	%	%64,9	%2,7	%32,4	%100
Diğer	n	7	4	14	25
	%	%28	%16	%56	%100
Emekli	n	20	4	24	48
	%	%41,7	%8,3	%50	%100
Ev Hanımı	n	8	10	33	51
	%	%15,7	%19,6	%64,7	%100
İşçi	n	68	20	90	178
	%	%38,2	%11,2	%50,6	%100
Memur	n	23	6	34	63
	%	%36,5	%9,5	%54	%100
Öğrenci	n	56	17	86	159
	%	%35,2	%10,7	%54,1	%100
İş Yeri Sahibi	n	24	7	24	55
	%	%43,6	%12,8	%43,6	%100
Yönetici	n	31	4	28	63
	%	%49,2	%6,3	%44,5	%100
Toplam(n)		286	77	363	726

%50 indirim sağlayan kampanya tercihinde 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcılar ile 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcıların bu kampanyayı tercih etme oranı %26'nın altında iken, 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılarda bu oran %47'nin üzerine çıkmaktadır.

2 alana %50 indirim sağlayan kampanya tercihinde 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcılar ile 2 801-5 000TL gelir grubundaki katılımcılar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcıların kampanyayı tercih etme oranı %21 iken, 2 801-5 000TL gelir grubundaki katılımcılarda bu oran %9'un altında kalmaktadır.

1 alana 1 bedava kampanyası tercihinde 1 404TL ve daha az gelir grubu ile 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. 1 404TL ve daha az gelir grubundaki katılımcıların bu kampanyayı tercih oranı %61'in üzerinde iken 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılarda bu oran %42'nin altında kalmaktadır. Katılımcıların aylık hane gelirine göre kampanya tercihini gösteren bulgular Tablo 16'da verilmektedir.

Tablo 16: Kampanya tercihinde zihinsel muhasebe ile aylık hane geliri arasında çapraz tablo

Aylık Hane Geliri		Kampanya Tercihi			
		%50 indirim	2 alana %50 indirim	1 alana 1 bedava	Toplam
1 404TL ve az	n	9	4	21	34
	%	%26,5	%11,8	%61,7	%100
1 404-2 800TL	n	27	22	56	105
	%	%25,7	%21	%53,3	%100
2 801-5 000TL	n	98	20	126	244
	%	%40,2	%8,2	%51,6	%100
5 001-10 000TL	n	92	17	107	216
	%	%42,6	%7,9	%49,5	%100
10 001TL ve üzeri	n	60	14	53	127
	%	%47,2	%11,0	%41,8	%100
Toplam(n)		286	77	363	726

Katılımcılara zihinsel muhasebe konusunda yüksek ilgi ve düşük ilgi gösterecekleri iki farklı soru sorulmuştur. Sorulardan birinde, yüksek ilgi gösterilecek yüksek fiyatlı röntgen çekimi(150TL) için, fiyat indirimi(25TL) yapılması durumunda tüketicinin yer değiştirip değiştirmeyeceği; diğerinde ise, düşük ilgi gösterilecek düşük fiyatlı şeker ölçümü(50TL) için aynı miktarda fiyat indirimi(25TL) yapılması durumunda tüketicinin yer değiştirip değiştirmeyeceği incelenmiştir. Yüksek ilgi röntgen çekimi

ve düşük ilgi şeker ölçümüne yönelik yer değiştirme tercihleri ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo 17’de verilmektedir. Röntgen çekimi için yer değiştirme kararı cinsiyet ($p=0,009$), çocuk sayısı ($p<0,001$), eğitim durumu ($p<0,001$), meslek ($p=0,042$) ve aylık hane geliri ($p<0,001$) değişkenlerinde anlamlı düzeyde farklı çıkmaktadır. Şeker ölçümü için yer değiştirme davranışı ise yaş ($p=0,047$), çocuk sayısı ($p<0,001$), eğitim durumu ($p<0,001$), meslek ($p=0,028$) ve aylık hane geliri ($p<0,001$) değişkenlerinde anlamlı düzeyde farklı çıkmaktadır.

Tablo 17: Zihinsel muhasebe ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları

	Yüksek İlgi – Röntgen Çekimi			Düşük İlgi – Şeker Ölçümü		
	Pearson χ^2	df	p	Pearson χ^2	df	p
Cinsiyet	6,859	1	0,009*	2,467	1	0,116
Yaş	10,775	5	0,071	11,444	5	0,047*
Medeni Durum	2,521	1	0,112	1,779	1	0,182
Çocuk Sayısı	23,466	3	0,000*	19,034	3	0,000*
Kronik Hastalık	0,235	1	0,628	1,240	1	0,266
Eğitim Durumu	28,511	3	0,000*	20,572	3	0,000*
Meslek	17,465	9	0,042*	18,639	9	0,028*
Aylık Hane Geliri	31,126	4	0,000*	21,500	4	0,000*

* $p<0,05$; $n=726$

Röntgen çekimi için erkeklerin yer değiştirmeyi kabul etme oranı %29’un altında kalırken, kadınlarda bu oran %38 olarak gözlenmektedir. Cinsiyete göre röntgen çekimi ve şeker ölçümü için yer değiştirme kararları Tablo 18’de gösterilmektedir.

Tablo 18: Zihinsel muhasebe ile cinsiyet arasında çapraz tablo

Cinsiyet		Röntgen Çekimi için Yer Değiştirme			Şeker Ölçümü için Yer Değiştirme		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Erkek	n	86	214	300	108	192	300
	%	%28,7	%71,3	%100	%36	%64	%100
Kadın	n	162	264	426	178	248	426
	%	%38	%62	%100	%41,8	%58,2	%100
Toplam(n)		248	478	726	286	440	726

Şeker ölçümü için yer değiştirme kararında 18-25 yaş grubu; 26-33, 50-57, 58 ve üzeri yaş gruplarından anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. 18-25 yaş grubunda yer değiştirme kararı verenlerin oranı %46'nın üzerine çıkmaktadır. Diğer üç grupta bu oran %36'nın üzerine çıkamamaktadır. Röntgen çekimi ve şeker ölçümü sorularına katılımcıların verdiği yanıtların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 19'da verilmektedir.

Tablo 19: Zihinsel muhasebe ile yaş arasında çapraz tablo

Yaş		Röntgen Çekimi için Yer Değiştirme			Şeker Ölçümü için Yer Değiştirme		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
18-25	n	101	150	251	117	134	251
	%	%40,2	%59,8	%100	%46,6	%53,4	%100
26-33	n	47	117	164	59	105	164
	%	%28,7	%71,3	%100	%36	%64	%100
34-41	n	46	76	122	45	77	122
	%	%37,7	%62,3	%100	%36,9	%63,1	%100
42-49	n	29	66	95	38	57	95
	%	%30,5	%69,5	%100	%40	%60	%100
50-57	n	13	32	45	12	33	45
	%	%28,9	%71,1	%100	%26,7	%73,3	%100
58 ve üzeri	n	12	37	49	15	34	49
	%	%24,5	%75,5	%100	%30,6	%69,4	%100
Toplam(n)		248	478	726	286	440	726

Röntgen çekimi ve şeker ölçümü için yer değiştirme kararlarında; çocuğu olmayan, bir çocuğu olan, üç veya daha fazla çocuğu olan katılımcılar kendi aralarında anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Her iki durum için; hiç çocuğu olmayan katılımcılarda yer değiştirme kararı verme oranı %35'in altına inmemekte, %42'yi ise geçmemektedir. Bir çocuğu olan katılımcılarda bu oran %19'un altına inmemekte, %25'geçmemektedir. Üç veya daha fazla çocuğu olan katılımcılarda bu oran %57'nin altına inmemektedir. Röntgen çekimi ve şeker ölçümü için katılımcıların verdiği yanıtların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 20'de verilmektedir.

Tablo 20: Zihinsel muhasebe ile çocuk sayısı arasında çapraz tablo

Çocuk Sayısı		Röntgen Çekimi için Yer Değiştirme			Şeker Ölçümü için Yer Değiştirme		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Yok	n	151	275	426	178	248	426
	%	%35,4	%64,6	%100	%41,8	%58,2	%100
1	n	24	99	123	30	93	123
	%	%19,5	%80,5	%100	%24,4	%75,6	%100
2	n	46	84	130	51	79	130
	%	%35,4	%64,6	%100	%39,2	%60,8	%100
3 ve üzeri	n	27	20	47	27	20	47
	%	%57,4	%42,6	%100	%57,4	%42,6	%100
Toplam(n)		248	478	726	286	440	726

Röntgen çekimi ve şeker ölçümü için yer değiştirme tercihinde ilköğretim mezunları; lise, üniversite ve lisansüstü mezunlarından anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. İlköğretim mezunlarının yer değiştirmeye yönelik kararı %60'ın üzerinde bir orana sahipken, diğer eğitim düzeylerinde yer değiştirmeye yönelik karar %41'in altında kalmaktadır. Eğitim durumuna yönelik yer değiştirme tercihleri Tablo 21'de verilmektedir.

Tablo 21: Zihinsel muhasebe ile eğitim durumu arasında çapraz tablo

Eğitim Durumu		Röntgen Çekimi için Yer Değiştirme			Şeker Ölçümü için Yer Değiştirme		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
İlköğretim	n	41	26	67	43	24	67
	%	%61,2	%38,8	%100	%64,2	%35,8	%100
Lise	n	77	131	208	84	124	208
	%	%37	%63	%100	%40,4	%59,6	%100
Üniversite	n	100	239	339	120	219	339
	%	%29,5	%70,5	%100	%35,4	%64,6	%100
Lisansüstü	n	30	82	112	39	73	112
	%	%26,8	%73,2	%100	%34,8	%65,2	%100
Toplam(n)		248	478	726	286	440	726

Röntgen çekimi için yer değiştirme kararında akademisyenlerle yöneticiler; ev hanımları, işçiler, öğrenciler ile anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Akademisyenler ve yöneticiler %76'nın üzerinde oranla yer değiştirmeme kararı verirken; ev hanımları, işçiler ve öğrencilerde yer değiştirmeme kararı %61'in altında kalmaktadır.

Şeker ölçümü için yer değiştirme kararında emekliler ve memurlar; ev hanımları, işçiler ve öğrencilerden anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Emekliler ve memurlar %71'in üzerinde oranla yer değiştirmemeyi tercih ederken; ev hanımları, işçiler ve öğrenciler %56'nın altında oranlarla yer değiştirmemeyi tercih etmektedir. Röntgen çekimi ve şeker ölçümü tercihlerinin mesleklere göre dağılımı Tablo 22'de verilmektedir.

Tablo 22: Zihinsel muhasebe ile meslek arasında çapraz tablo

Meslek		Röntgen Çekimi için Yer Değiştirme			Şeker Ölçümü için Yer Değiştirme		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Akademisyen	n	10	37	47	16	31	47
	%	%21,3	%78,7	%100	%34	%66	%100
Çalışmayan	n	12	25	37	16	21	37
	%	%32,4	%67,6	%100	%43,2	%56,8	%100
Diğer	n	9	16	25	6	19	25
	%	%36	%64	%100	%24	%76	%100
Emekli	n	12	36	48	13	35	48
	%	%25	%75	%100	%27,1	%72,9	%100
Ev Hanımı	n	22	29	51	25	26	51
	%	%43,1	%56,9	%100	%49	%51	%100
İşçi	n	71	107	178	82	96	178
	%	%39,9	%60,1	%100	%46,1	%53,9	%100
Memur	n	17	46	63	18	45	63
	%	%27	%73	%100	%28,6	%71,4	%100
Öğrenci	n	64	95	159	71	88	159
	%	%40,3	%59,7	%100	%44,7	%55,3	%100
İş Yeri Sahibi	n	16	39	55	19	36	55
	%	%29,1	%70,9	%100	%34,5	%65,5	%100
Yönetici	n	15	48	63	20	43	63
	%	%23,8	%76,2	%100	%31,7	%68,3	%100
Toplam(n)		248	478	726	286	440	726

Röntgen çekimi ve şeker ölçümü için yer değiştirme kararında 1 404TL ve daha az, 1 404-2 800TL, 2 800-5 000TL gelir gruplarıyla; 5 000-10 000TL, 10 001TL ve üzeri gelir grupları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Her iki durum içinde; 1 404TL ve daha az, 1 404-2 800TL, 2 800-5 000TL gelir gruplarının yer değiştirmeme kararı %60'ın altında oranlarla gerçekleşirken; 5 000-10 000TL, 10 001TL ve üzeri gelir gruplarında yer değiştirmeme kararı %68'in üzerindeki oranlarla gerçekleşmektedir. Aylık hane geliri grupları göre röntgen çekimi ve şeker ölçümü için yer değiştirme kararlarına ait veriler Tablo 23'te gösterilmektedir.

Tablo 23: Zihinsel muhasebe ile aylık hane geliri arasında çapraz tablo

Aylık Hane Geliri		Röntgen Çekimi için Yer Değiştirme			Şeker Ölçümü için Yer Değiştirme		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
1 404TL ve az	n	16	18	34	18	16	34
	%	%47,1	%52,9	%100	%52,9	%47,1	%100
1 404-2 800TL	n	48	57	105	50	55	105
	%	%45,7	%54,3	%100	%52,4	%47,6	%100
2 801-5 000TL	n	102	142	244	106	138	244
	%	%41,8	%58,2	%100	%43,4	%56,6	%100
5 001-10 000TL	n	52	164	216	69	147	216
	%	%24,1	%75,9	%100	%31,9	%68,1	%100
10 001TL ve üzeri	n	30	97	127	38	89	127
	%	%23,6	%76,4	%100	%29,9	%70,1	%100
Toplam(n)		248	478	726	286	440	726

Batık maliyet hatası konusuna yönelik katılımcılara iki soru sorulmuştur. Sorulardan birinde yüksek ilgi yönelimi oluşacak sağlık kontrolüne gidip gitmeme kararı, diğerinde ise düşük ilgi yönelimi oluşacak dış muayenesine gidip gitmeme kararı incelenmiştir. Yüksek ilgi sağlık kontrolü ve düşük ilgi dış muayenesine gitme tercihleri ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo 24'te verilmektedir. Sağlık kontrolüne gitme tercihinde yaş grupları ($p=0,001$) arasında anlamlı farklılaşma bulunmuştur. Dış muayenesine gitme tercihinde ise cinsiyet ($p=0,040$) ve yaş grupları ($p=0,011$) değişkenlerinde anlamlı farklılaşma bulunmuştur.

Tablo 24: Batık maliyet hatası ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları

	Yüksek İlgili – Sağlık Kontrolü			Düşük İlgili – Diş Muayenesi		
	Pearson χ^2	df	p	Pearson χ^2	df	p
Cinsiyet	0,001	1	0,975	4,231	1	0,040*
Yaş	21,325	5	0,001*	14,968	5	0,011*
Medeni Durum	3,435	1	0,064	0,030	1	0,863
Çocuk Sayısı	7,404	3	0,060	4,118	3	0,249
Kronik Hastalık Durumu	1,322	1	0,250	0,587	1	0,444
Eğitim Durumu	4,231	3	0,238	3,084	3	0,379
Meslek	10,766	9	0,292	12,606	9	0,181
Aylık Hane Geliri	4,912	4	0,296	1,917	4	0,751

* p<0,05; n=726

Diş muayenesine gitme sorusuna erkeklerin %9,7'si olumsuz yanıt verirken, kadınlarda bu oran %5,6 olarak gözlenmiştir. Cinsiyet değişkenine göre sağlık kontrolü ve diş muayenesi sorularına katılımcıların verdiği yanıtlar Tablo 25'te gösterilmektedir.

Tablo 25: Batık maliyet hatası ile cinsiyet arasında çapraz tablo

Cinsiyet		Sağlık Kontrolünden Yararlanma			Diş Muayenesine Gitme		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Erkek	n	218	82	300	271	29	300
	%	%72,7	%27,3	%100	%90,3	%9,7	%100
Kadın	n	310	116	426	402	24	426
	%	%72,8	%27,2	%100	%94,4	%5,6	%100
Toplam(n)		528	198	726	673	53	726

Sağlık kontrolüne gitme tercihinde 18-25, 26-33 yaş grupları; 34-41, 58 ve üzeri yaş gruplarından anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. 18-25, 26-33 yaş gruplarında sağlık kontrolüne gitme kararı verenlerin oranı %76'nın altına inmezken; 34-41, 58 ve üzeri

yaş gruplarında sağlık kontrolüne gitme kararı verme oranı %64'ün altında kalmaktadır. Ayrıca 42-49, 50-57 yaş grupları; 58 ve üzeri yaş grubu ile anlamlı olarak farklılaşmaktadır. 42-49, 50-57 yaş grupları sağlık kontrolüne gitmeyi %73'ün üzerine bir oranla tercih ederken; 58 ve üzeri yaş grubunda bu oran %51'de kalmaktadır.

Diş muayenesine gitme tercihinde 18-25 yaş grubu, 42-49 yaş grubu ile anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. 18-25 yaş grubu diş muayenesine %93'ün altında oranla gitme kararı verirken, 42-49 yaş grubunda bu oran %99'a çok yaklaşmaktadır. 26-33 yaş grubu; 34-41, 58 ve üzeri yaş grupları ile anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. 26-33 yaş grubu diş muayenesine %95'in üzerinde oranla giderken; 34-41, 58 ve üzeri yaş grupları %88'in altında oranlarla diş muayenesine gitmeyi tercih etmektedir. 34-41 yaş grubu, 42-49 yaş grubu ile farklılaşmaktadır. Diş muayenesine gitme oranları 34-41 yaş grubunda %87,7 iken; 42-49 yaş grubunda bu oran %98,9'dur. Son olarak 42-49 yaş grubu; 50-57, 58 ve üzeri yaş gruplarıyla anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. 42-49'da muayeneye gitme oranı %98,9 iken; 50-57, 58 ve üzeri yaş gruplarında bu oran %88 seviyesinde kalmaktadır. Yaş gruplarına göre sağlık kontrolüne ve diş muayenesine gitme kararlarına ait bulgular Tablo 26'da verilmektedir.

Tablo 26: Batık maliyet hatası ile yaş grupları arasında çapraz tablo

Yaş Grupları		Sağlık Kontrolünden Yararlanma			Diş Muayenesine Gitme		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
18-25	n	192	59	251	232	19	251
	%	%76,5	%23,5	%100	%92,4	%7,6	%100
26-33	n	129	35	164	157	7	164
	%	%78,7	%21,3	%100	%95,7	%4,3	%100
34-41	n	78	44	122	107	15	122
	%	%63,9	%36,1	%100	%87,7	%12,3	%100
42-49	n	70	25	95	94	1	95
	%	%73,7	%26,3	%100	%98,9	%1,1	%100
50-57	n	34	11	45	40	5	45
	%	%75,6	%24,4	%100	%88,9	%11,1	%100
58 ve üzeri	n	24	25	49	43	6	49
	%	%51	%49	%100	%87,8	%12,2	%100
Toplam(n)		528	198	726	673	53	726

Katılımcılara belirli kısıtlara bağlı olarak iki farklı soruda tedavi tercihleri sorulmuştur. Sorulardan birinde fiyat ile başarı olasılığı, diğerinde ise fiyat ile iyileşme süresi kıyaslaması yapılmıştır. Katılımcıların yanıtları ile demografik veriler arasında anlamlı farklılaşma olup olmadığı incelenmiştir. İnceleme sonucu elde edilen veriler Tablo 27’de gösterilmektedir. Fiyat-başarı olasılığı sorusuna verilen yanıtlarda aylık hane geliri değişkeni ($p=0,001$), anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Fiyat-iyileşme süresi sorusundaki yanıtlarda ise; yaş ($p=0,048$), medeni durum ($p=0,006$), çocuk sayısı ($p=0,033$), eğitim durumu ($p=0,008$), meslek ($p=0,022$) ve aylık hane geliri ($p=0,002$) değişkenleri anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

Tablo 27: Tedavi tercihleri ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları

	Fiyat - Başarı Olasılığı			Fiyat - İyileşme Süresi		
	Pearson χ^2	df	p	Pearson χ^2	df	p
Cinsiyet	0,230	1	0,631	2,467	1	0,116
Yaş	1,552	5	0,907	11,186	5	0,048*
Medeni Durum	0,003	1	0,958	7,598	1	0,006*
Çocuk Sayısı	1,411	3	0,703	8,754	3	0,033*
Kronik Hastalık Durumu	2,230	1	0,135	0,734	1	0,392
Eğitim Durumu	1,709	3	0,635	11,725	3	0,008*
Meslek	16,485	9	0,057	19,353	9	0,022*
Aylık Hane Geliri	19,984	4	0,001*	16,892	4	0,002*

* $p<0,05$; $n=726$

Fiyat-iyileşme süresinin kıyaslandığı soruda; 18-25, 26-33 yaş gruplarındaki katılımcıların tercihi ile 34-41 yaş grubundaki katılımcıların tercihleri anlamlı biçimde farklılaşmaktadır. 18-25, 26-33 yaş gruplarındaki katılımcıların ikinci yöntemi seçme oranı %61 olarak gözlenirken; 34-41 yaş grubu katılımcılarının ikinci yöntemi tercih etme oranı %74’ün üzerine çıkmaktadır. Yaş gruplarına göre tedavi tercihleri Tablo 28’de verilmektedir.

Tablo 28: Tedavi tercihleri ile yaş arasında çapraz tablo

Yaş Grupları		Fiyat - Başarı Olasılığı			Fiyat - İyileşme Süresi		
		1. Yöntem	2. Yöntem	Toplam	1. Yöntem	2. Yöntem	Toplam
18-25	n	77	174	251	99	152	251
	%	%30,7	%69,3	%100	%39,4	%60,6	%100
26-33	n	58	106	164	64	100	164
	%	%35,4	%64,6	%100	%39	%61	%100
34-41	n	41	81	122	31	91	122
	%	%33,6	%66,4	%100	%25,4	%74,6	%100
42-49	n	32	63	95	27	68	95
	%	%33,7	%66,3	%100	%28,4	%71,6	%100
50-57	n	17	28	45	13	32	45
	%	%37,8	%62,2	%100	%28,9	%71,1	%100
58 ve üzeri	n	17	32	49	15	34	49
	%	%34,7	%65,3	%100	%30,6	%69,4	%100
Toplam(n)		242	484	726	249	477	726

Fiyat-iyileşme süresinin kıyaslandığı soruda evli katılımcılar ile bekar katılımcıların tercihleri anlamlı biçimde farklılaşmaktadır. Evlilerin ikinci yöntemi seçme oranı %70'in üzerindeyken, bekarların bu yöntemi seçme oranı %62'nin altında kalmaktadır. Medeni duruma göre tedavi tercihleri Tablo 29'da verilmektedir.

Tablo 29: Tedavi tercihleri ile medeni durum arasında çapraz tablo

Medeni Durum		Fiyat - Başarı Olasılığı			Fiyat - İyileşme Süresi		
		1. Yöntem	2. Yöntem	Toplam	1. Yöntem	2. Yöntem	Toplam
Evli	n	112	225	337	98	239	337
	%	%33,2	%66,8	%100	%29,1	%70,9	%100
Bekar	n	130	259	389	151	238	389
	%	%33,4	%66,6	%100	%38,8	%61,2	%100
Toplam(n)		242	484	726	249	477	726

Fiyat-iyileşme süresinin kıyaslandığı soruda, çocuğu olmayan katılımcılarla; bir çocuğu olan ve iki çocuğu olan katılımcıların yanıtları arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir. Çocuğu olmayan katılımcıların %62'nin altında oranla ikinci yöntemi tercih ettiği görülürken; bir çocuğu olan ve iki çocuğu olan katılımcıların ikinci yöntemi tercih etme oranı %71'in üzerine çıkmaktadır. Çocuk sayısına göre tedavi tercihleri Tablo 30'da verilmektedir.

Tablo 30: Tedavi tercihleri ile çocuk sayısı arasında çapraz tablo

Çocuk Sayısı		Fiyat Başarı Olasılığı			Fiyat İyileşme Süresi		
		1. Yöntem	2. Yöntem	Toplam	1. Yöntem	2. Yöntem	Toplam
Yok	n	139	287	426	163	263	426
	%	%32,6	%67,4	%100	%38,3	%61,7	%100
1	n	38	85	123	32	91	123
	%	%30,9	%69,1	%100	%26	%74	%100
2	n	47	83	130	37	93	130
	%	%36,2	%63,8	%100	%28,5	%71,5	%100
3 ve üzeri	n	18	29	47	17	30	47
	%	%38,3	%61,7	%100	%36,2	%63,8	%100
Toplam(n)		242	484	726	249	477	726

Fiyat-iyileşme süresinin kıyaslandığı soruya verilen yanıtlarda, ilköğretim mezunlarının yanıtları ile lisansüstü mezunlarının yanıtları anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. İlköğretim mezunları %60'ın altında bir oranla ikinci yöntemi tercih ederken, lisansüstü mezunlarının ikinci yöntemi seçme oranı %75'tir. Lise mezunlarının yanıtları; üniversite ve lisansüstü mezunlarının yanıtları ile anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Lise mezunları %58'lik oranla ikinci yöntemi tercih ederken; üniversite ve lisansüstü mezunlarının ikinci yöntemi tercih etme oranı %68'in üzerindedir. Eğitim durumuna göre katılımcıların tedavi tercihleri Tablo 31'de gösterilmektedir.

Tablo 31: Tedavi tercihleri ile eğitim durumu arasında çapraz tablo

Eğitim Durumu		Fiyat - Başarı Olasılığı			Fiyat - İyileşme Süresi		
		1. Yöntem	2. Yöntem	Toplam	1. Yöntem	2. Yöntem	Toplam
İlköğretim	n	26	41	67	27	40	67
	%	%38,8	%61,2	%100	%40,3	%59,7	%100
Lise	n	66	142	208	87	121	208
	%	%31,7	%68,3	%100	%41,8	%58,2	%100
Üniversite	n	116	223	339	107	232	339
	%	%34,2	%65,8	%100	%31,6	%68,4	%100
Lisansüstü	n	34	78	112	28	84	112
	%	%30,4	%69,6	%100	%25	%75	%100
Toplam(n)		242	484	726	249	477	726

Fiyat-iyileşme süresinin kıyaslandığı soruya verilen yanıtlarda akademisyenler ve yöneticiler; işçiler ve öğrencilerden anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Akademisyenler ve yöneticiler %76'nın üzerinde oranla ikinci yöntemi tercih ederken; işçiler ve öğrencilerde bu oran %61'in altında kalmaktadır. Emeklilerin yanıtları, işçilerin yanıtları ile anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Emekliler ikinci yöntemi %72'nin üzerinde bir oranla tercih ederken, işçilerin bu yöntemi tercih etme oranı %56,2'dir. Ayrıca işçilerin yanıtları; iş yeri sahipleri ve yöneticilerin yanıtları ile anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. İşçiler ikinci yöntemi %56,2 oranında tercih ederken; iş yeri sahipleri ve yöneticiler bu yöntemi %74'ün üzerinde oranlarla tercih etmektedir. Mesleklere göre tedavi tercihleri Tablo 32'de verilmektedir.

Tablo 32: Tedavi tercihleri ile meslek arasında çapraz tablo

Meslek		Fiyat - Başarı Olasılığı			Fiyat - İyileşme Süresi		
		1. Yöntem	2. Yöntem	Toplam	1. Yöntem	2. Yöntem	Toplam
Akademisyen	n	12	35	47	11	36	47
	%	%25,5	%74,5	%100	%23,4	%76,6	%100
Çalışmıyorum	n	14	23	37	11	26	37
	%	%37,8	%62,2	%100	%29,7	%70,3	%100
Diğer	n	4	21	25	8	17	25
	%	%16	%84	%100	%32	%68	%100
Emekli	n	20	28	48	13	35	48
	%	%41,7	%58,3	%100	%27,1	%72,9	%100
Ev Hanımı	n	26	25	51	16	35	51
	%	%51	%49	%100	%31,4	%68,6	%100
İşçi	n	62	116	178	78	100	178
	%	%34,8	%65,2	%100	%43,8	%56,2	%100
Memur	n	21	42	63	21	42	63
	%	%33,3	%66,7	%100	%33,3	%66,7	%100
Öğrenci	n	50	109	159	63	96	159
	%	%31,4	%68,6	%100	%39,6	%60,4	%100
İş Yeri Sahibi	n	13	42	55	14	41	55
	%	%23,6	%76,4	%100	%25,5	%74,5	%100
Yönetici	n	20	43	63	14	49	63
	%	%31,7	%68,3	%100	%22,2	%77,8	%100
Toplam(n)		242	484	726	249	477	726

Fiyat-başarı olasılığının kıyaslandığı soruya verilen yanıtlarda, 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcılar; 5 001-10 000TL, 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılardan anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcılar ikinci yöntemi %52,4 oranında tercih ederken; 5 001-10 000TL, 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcıların ikinci yöntemi tercih etme oranı %71'in üzerindedir. Ayrıca 2 801-5 000TL gelir grubundaki katılımcılar, 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılarla anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. 2 801-5 000TL gelir grubunda %63'ün altında oranla ikinci yöntem tercih edilirken, 10 001TL ve üzeri gelir grubunda ikinci yöntemi tercih oranı %77'nin üzerindedir.

Fiyat-iyileşme süresinin kıyaslandığı soruya verilen yanıtlarda 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcıların yanıtları, diğer gelir gruplarındaki katılımcılardan anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. 10 001TL ve üzeri gelir grubunda yer alan katılımcıların ikinci yöntemi tercih etme oranı %80'in üzerine çıkarken; diğer gelir gruplarında bu yöntemi tercih etme oranı %67'nin altında kalmaktadır. Aylık hane gelirine göre tedavi tercihleri Tablo 33'te verilmektedir.

Tablo 33: Tedavi tercihleri ile aylık hane geliri arasında çapraz tablo

Aylık Hane Geliri		Fiyat - Başarı Olasılığı			Fiyat - İyileşme Süresi		
		1. Yöntem	2. Yöntem	Toplam	1. Yöntem	2. Yöntem	Toplam
1 404TL ve az	n	10	24	34	15	19	34
	%	%29,4	%70,6	%100	%44,1	%55,9	%100
1 404-2 800TL	n	50	55	105	41	64	105
	%	%47,6	%52,4	%100	%39	%61	%100
2 801-5 000TL	n	91	153	244	95	149	244
	%	%37,3	%62,7	%100	%38,9	%61,1	%100
5 001-10 000TL	n	62	154	216	73	143	216
	%	%28,7	%71,3	%100	%33,8	%66,2	%100
10 001TL ve üzeri	n	29	98	127	25	102	127
	%	%22,8	%77,2	%100	%19,7	%80,3	%100
Toplam(n)		242	484	726	249	477	726

Operasyon için katılımcıların ayırabileceği bütçe, maaş sayısı ile ölçeklendirilerek, iki farklı durum için sorulmuştur. Demografik verilere göre operasyona ayrılacak bütçenin farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Sonuçlar Tablo 34'de verilmektedir. Bakmakla yükümlü kişilerin olmadığı varsayımdaki yanıtlarda; yaş ($p=0,006$), medeni durum ($p=0,002$) ve meslek ($p=0,021$) değişkenlerinde anlamlı farklılaşma gözlenmiştir. Bakmakla yükümlü kişilerin olduğu varsayımdaki yanıtlarda; yaş ($p<0,001$), medeni durum ($p=0,001$), çocuk sayısı ($p=0,023$), eğitim durumu ($p=0,016$) ve meslek ($p=0,002$) değişkenlerinde anlamlı farklılaşma gözlenmiştir.

Tablo 34: Operasyon için ayrılan bütçe ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları

	Bakmakla Yükümlü Kişiler Yok			Bakmakla Yükümlü Kişiler Var		
	Pearson χ^2	df	p	Pearson χ^2	df	p
Cinsiyet	1,846	2	0,397	2,005	2	0,367
Yaş	24,767	10	0,006*	33,343	10	0,000*
Medeni Durum	12,116	2	0,002*	14,208	2	0,001*
Çocuk Sayısı	9,373	6	0,154	14,639	6	0,023*
Kronik Hastalık Durumu	0,663	2	0,718	0,848	2	0,654
Eğitim Durumu	11,782	6	0,067	15,603	6	0,016*
Meslek	32,120	18	0,021*	39,523	18	0,002*
Aylık Hane Geliri	12,483	8	0,131	8,549	8	0,382

* p<0,05; n=726

Operasyon için ayrılan bütçe sorusunda, bakmakla yükümlü kişilerin olmadığı varsayımda, 2 maaşa kadar ödeme tercihinde, 18-25 yaş grubu; 26-33, 34-41, 42-49, 58 ve üzeri yaş gruplarından anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. 18-25 yaş grubu 2 maaşa kadar ödemeyi %28'in altında oranla tercih ederken; 26-33, 34-41, 42-49, 58 ve üzeri yaş grupları için bu oran %35'in üzerine çıkmaktadır. 6 maaş ve üzeri ödeme tercihinde 18-25, 50-57 yaş grupları; 42-49, 58 ve üzeri yaş gruplarından anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. 18-25, 50-57 yaş gruplarının bu aralıktaki ödemeyi kabul etme oranı %20'nin üzerinde iken; 42-49, 58 ve üzeri yaş gruplarında bu oran %10'un altında kalmaktadır.

Bakmakla yükümlü kişilerin olduğu varsayımda, 2 maaşa kadar ödeme tercihinde, 18-25 yaş grubu; 26-33, 34-41, 42-49, 58 ve üzeri yaş gruplarından anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. 18-25 yaş grubu 2 maaşa kadar ödeme tercihinin %55'in altında bir oranla tercih ederken, diğer dört yaş grubunda bu oran %72'nin üzerine çıkmaktadır. 2 maaştan 6 maaşa kadar ödeme tercihinde 18-25 yaş grubu; 26-33, 34-41, 42-49 yaş gruplarıyla anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. 18-25 yaş grubu bu ödeme aralığını %32'nin üzerinde bir oranla tercih ederken; 26-33, 34-41, 42-49 yaş gruplarında bu oran %18'i geçmemektedir. 6 maaş ve üzeri ödeme tercihinde ise 18-25 yaş grubu; 42-49, 58 ve üzeri yaş gruplarıyla anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. 18-25 yaş grubu bu

ödeme miktarını %13'ün üzerinde oranla tercih ederken; 42-49, 58 ve üzeri yaş gruplarında bu oran %6'nın altında kalmaktadır. Tablo 35'te yaş gruplarına göre operasyona ayrılan bütçe sorusuna verilen yanıtlar yer almaktadır.

Tablo 35: Operasyon için ayrılan bütçe ile yaş arasında çapraz tablo

	Yaş		Operasyon için ayrılan bütçe(Maaş sayısı)			
			2 maaşa kadar	2 maaştan 6 maaşa kadar	6 maaş ve üzeri	Toplam
Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler Yok	18-25	n	69	131	51	251
		%	%27,5	%52,2	%20,3	%100
	26-33	n	65	75	24	164
		%	%39,6	%45,8	%14,6	%100
	34-41	n	50	51	21	122
		%	%41	%41,8	%17,2	%100
	42-49	n	46	40	9	95
		%	%48,4	%42,1	%9,5	%100
	50-57	n	16	19	10	45
		%	%35,6	%42,2	%22,2	%100
	58 ve üzeri	n	24	22	3	49
		%	%49	%44,9	%6,1	%100
	Toplam(n)		270	338	118	726
	Yaş		Operasyon için ayrılan bütçe(Maaş sayısı)			
			2 maaşa kadar	2 maaştan 6 maaşa kadar	6 maaş ve üzeri	Toplam
Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler Var	18-25	n	137	81	33	251
		%	%54,6	%32,3	%13,1	%100
	26-33	n	122	29	13	164
		%	%74,4	%17,7	%7,9	%100
	34-41	n	88	22	12	122
		%	%72,2	%18,0	%9,8	%100
	42-49	n	73	17	5	95
		%	%76,8	%17,9	%5,3	%100
	50-57	n	31	11	3	45
		%	%68,9	%24,4	%6,7	%100
	58 ve üzeri	n	39	9	1	49
		%	%79,6	%18,4	%2	%100
	Toplam(n)		490	169	67	726

Operasyon için ayrılan bütçe sorusunda, bakmakla yükümlü kişilerin olmadığı varsayımında, 2 maaşa kadar ödeme tercihinde, evli katılımcılar ile bekar katılımcılar arasında anlamlı farklılaşma gözlenmektedir. Evlilerin %43'ün üzerinde oranla bu ödeme aralığını seçerken, bekarlarda bu oran %32'nin altında kalmaktadır. 2 maaştan 6 maaşa kadar ayrılan bütçe tercihinde de evli katılımcılarla bekar katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Evliler bu ödeme aralığını %41'in altında oranla tercih ederken, bekarlarda bu oran %52'nin üzerine çıkmaktadır.

Bakmakla yükümlü kişilerin olduğu varsayımında, 2 maaşa kadar ödeme tercihinde, evli katılımcılar ile bekar katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Evlilerin bu ödeme aralığını %74'ün üzerinde oranla tercih ettiği, bekarların ise bu ödeme aralığını %62'nin altında oranla tercih ettiği belirlenmiştir. 2 maaştan 6 maaşa kadar olan tercihlerde de evliler ile bekarlar anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Evlilerin bu aralığı tercih etme oranı %18'in altında iken; bekarlarda bu oran %28 olarak bulunmuştur. Tablo 36'da medeni duruma göre operasyona ayrılan bütçe sorusuna verilen yanıtlar yer almaktadır.

Tablo 36: Operasyon için ayrılan bütçe ile medeni durum arasında çapraz tablo

	Medeni Durum		Operasyon için ayrılan bütçe(Maaş sayısı)			
			2 maaşa kadar	2 maaştan 6 maaşa kadar	6 maaş ve üzeri	Toplam
Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler Yok	Evli	n	146	135	56	337
		%	%43,3	%40,1	%16,6	%100
	Bekar	n	124	203	62	389
		%	%31,9	%52,2	%15,9	%100
	Toplam(n)		270	338	118	726
	Medeni Durum		Operasyon için ayrılan bütçe(Maaş sayısı)			
Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler Var	Evli	n	251	60	26	337
		%	%74,5	%17,8	%7,7	%100
	Bekar	n	239	109	41	389
		%	%61,5	%28,0	%10,5	%100
	Toplam(n)		490	169	67	726
	Medeni Durum		Operasyon için ayrılan bütçe(Maaş sayısı)			

Operasyon için ayrılan bütçe sorusunda, bakmakla yükümlü kişilerin olduğu varsayımında, 2 maaşa kadar ödeme tercihinde, çocuğu olmayan katılımcılar; bir çocuğu ve iki çocuğu olan katılımcılarla anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Çocuğu olmayanlar, bu bütçe aralığını %63'ün altında oranla tercih ederken; bir çocuğu ve iki çocuğu olan katılımcıların bu bütçeyi tercih etme oranları %74'ün üzerine çıkmaktadır. 2 maaştan 6 maaşa kadar ödeme tercihinde de çocuğu olmayanlar; bir çocuğu ve iki çocuğu olan katılımcılardan anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Çocuğu olmayan katılımcıların bu bütçeyi tercih etme oranı %27'nin üzerinde iken; bir çocuğu olan ve iki çocuğu olan katılımcıların bu bütçeyi tercih etme oranı %18'in altında kalmaktadır. Ayrıca iki çocuğu olan katılımcıların 2 maaştan 6 maaşa kadar ödeme tercihi, üç ve üzeri çocuğu olan katılımcıların bu aralığı tercihinden anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. İki çocuğu olan katılımcılar %15'in altında oranla bu bütçeyi tercih ederken, üç ve üzeri çocuğu olanlar %27'nin üzerinde oranla bu bütçeyi tercih etmektedir. Çocuk sayısına göre operasyona ayrılan bütçe sorusuna katılımcıların verdiği yanıtlar Tablo 37'de verilmektedir.

Tablo 37: Operasyon için ayrılan bütçe ile çocuk sayısı arasında çapraz tablo

	Çocuk Sayısı		Operasyon için ayrılan bütçe(Maaş sayısı)			
			2 maaşa kadar	2 maaştan 6 maaşa kadar	6 maaş ve üzeri	Toplam
Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler Yok	Yok	n	144	212	70	426
		%	%33,8	%49,8	%16,4	%100
	1	n	51	48	24	123
		%	%41,5	%39,0	%19,5	%100
	2	n	58	57	15	130
		%	%44,6	%43,8	%11,6	%100
	3 ve üzeri	n	17	21	9	47
		%	%36,2	%44,7	%19,1	%100
	Toplam(n)		270	338	118	726
	Çocuk Sayısı		Operasyon için ayrılan bütçe(Maaş sayısı)			
			2 maaşa kadar	2 maaştan 6 maaşa kadar	6 maaş ve üzeri	Toplam
Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler Var	Yok	n	267	116	43	426
		%	%62,7	%27,2	%10,1	%100
	1	n	92	21	10	123
		%	%74,8	%17,1	%8,1	%100
	2	n	100	19	11	130
		%	%76,9	%14,6	%8,5	%100
	3 ve üzeri	n	31	13	3	47
		%	%66	%27,7	%6,3	%100
	Toplam(n)		490	169	67	726

Operasyon için ayrılan bütçe sorusunda, bakmakla yükümlü kişilerin olduğu varsayımında, 2 maaşa kadar ödeme tercihinde, lise mezunları ile üniversite mezunları anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Lise mezunları %58'in altında oranla bu bütçeyi tercih ederken, üniversite mezunlarında bu oran %70'in üzerine çıkmaktadır. 2 maaştan 6 maaşa kadar bütçe tercihinde de benzer şekilde lise mezunları, üniversite mezunları ile anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Lise mezunları 6 maaşa kadar bütçe tercihinin %31'in üzerinde oranla tercih ederken, üniversite mezunları bu bütçe tercihinin %22'nin altındaki bir oranla gerçekleştirmektedir. Eğitim durumuna göre operasyona ayrılan bütçe sorusuna katılımcıların verdiği yanıtlar Tablo 38'de verilmektedir.

Tablo 38: Operasyon için ayrılan bütçe ile eğitim durumu arasında çapraz tablo

	Eğitim Durumu		Operasyon için ayrılan bütçe(Maaş sayısı)			
			2 maaşa kadar	2 maaştan 6 maaşa kadar	6 maaş ve üzeri	Toplam
Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler Yok	İlköğretim	n	27	33	7	67
		%	%40,3	%49,3	%10,4	%100
	Lise	n	59	111	38	208
		%	%28,4	%53,4	%18,2	%100
	Üniversite	n	141	144	54	339
		%	%41,6	%42,5	%15,9	%100
	Lisansüstü	n	43	50	19	112
		%	%38,4	%44,6	%17	%100
	Toplam(n)		270	338	118	726
	Eğitim Durumu		Operasyon için ayrılan bütçe(Maaş sayısı)			
2 maaşa kadar			2 maaştan 6 maaşa kadar	6 maaş ve üzeri	Toplam	
Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler Var	İlköğretim	n	47	15	5	67
		%	%70,1	%22,4	%7,5	%100
	Lise	n	120	65	23	208
		%	%57,6	%31,3	%11,1	%100
	Üniversite	n	240	72	27	339
		%	%70,8	%21,2	%8	%100
	Lisansüstü	n	83	17	12	112
		%	%74,1	%15,2	%10,7	%100
	Toplam(n)		490	169	67	726

Operasyon için ayrılan bütçe sorusunda, bakmakla yükümlü kişilerin olmadığı varsayımda, 2 maaşa kadar ödeme tercihinde öğrenciler; akademisyenler, emekliler, ev hanımları, işçiler, memurlar, iş yeri sahipleri ve yöneticilerden anlamlı biçimde farklılaşmaktadır. Öğrenciler bu bütçe tercihinin %21'den az bir oranla yaparken; anlamlı şekilde farklılaştığı yedi farklı meslek grubundaki tercih oranları %38'in üzerine çıkmaktadır. 2 maaştan 6 maaşa kadar ayrılan bütçe tercihinde ise öğrenciler; akademisyenler, emekliler, işçiler, memurlar, iş yeri sahipleri ve yöneticilerden anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Öğrencilerin %59'un üzerinde bir oranla bu bütçeyi tercih ettiği görülürken, anlamlı olarak farklılaştığı diğer altı farklı meslek grubundaki tercih oranları %44'ün altında kalmaktadır.

Bakmakla yükümlü olunan kişilerin olduğu varsayımında; 2 maaşa kadar olan bütçe tercihinde öğrencilerin; akademisyenler, emekliler, ev hanımları, işçiler, memurlar ve iş yeri sahiplerinden anlamlı şekilde farklılaştığı gözlenmektedir. Öğrenciler bu bütçeyi %54'ün altında oranla tercih ederken, anlamlı olarak farklılaştığı diğer altı farklı meslek grubun bu bütçeyi tercih etme oranları %22'nin altında kalmaktadır. 6 maaş ve üzeri tercihlerde emekliler; öğrenci ve yöneticilerle anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Emeklilerin, bu bütçeyi tercih etme oranı %2 olarak belirlenirken, öğrencilerin ve yöneticilerin bu bütçeyi tercih etme oranı %12'nin üzerine çıkmaktadır. Mesleğe göre operasyona ayrılan bütçe sorusuna katılımcıların verdiği yanıtlar Tablo 39'da verilmektedir.



Tablo 39: Operasyon için ayrılan bütçe ile meslek arasında çapraz tablo

	Meslek		Operasyon için ayrılan bütçe(Maaş sayısı)			
			2 maaşa kadar	2 maaştan 6 maaşa kadar	6 maaş ve üzeri	Toplam
Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler Yok	Akademisyen	n	22	19	6	47
		%	%46,8	%40,4	%12,8	%100
	Çalışmıyorum	n	12	19	6	37
		%	%32,4	%51,4	%16,2	%100
	Diğer	n	7	12	6	25
		%	%28	%48	%24	%100
	Emekli	n	24	19	5	48
		%	%50	%39,6	%10,4	%100
	Ev Hanımı	n	20	23	8	51
		%	%39,2	%45,1	%15,7	%100
	İşçi	n	79	75	24	178
		%	%44,4	%42,1	%13,5	%100
	Memur	n	26	27	10	63
		%	%41,2	%42,9	%15,9	%100
	Öğrenci	n	33	94	32	159
		%	%20,8	%59,1	%20,1	%100
	İş Yeri Sahibi	n	23	24	8	55
		%	%41,8	%43,6	%14,6	%100
	Yönetici	n	24	26	13	63
		%	%38,1	%41,3	%20,6	%100
Toplam(n)		270	338	118	726	
	Meslek		Operasyon için ayrılan bütçe(Maaş sayısı)			
			2 maaşa kadar	2 maaştan 6 maaşa kadar	6 maaş ve üzeri	Toplam
Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler Var	Akademisyen	n	38	6	3	47
		%	%80,9	%12,8	%6,3	%100
	Çalışmıyorum	n	24	11	2	37
		%	%64,9	%29,7	%5,4	%100
	Diğer	n	14	11	0	25
		%	%56	%44	%0	%100
	Emekli	n	38	9	1	48
		%	%79,2	%18,7	%2,1	%100
	Ev Hanımı	n	41	6	4	51
		%	%80,4	%11,8	%7,8	%100
	İşçi	n	122	38	18	178
		%	%68,5	%21,3	%10,2	%100
	Memur	n	44	12	7	63
		%	%69,8	%19	%11,2	%100
	Öğrenci	n	85	54	20	159
		%	%53,5	%34	%12,5	%100
	İş Yeri Sahibi	n	42	9	4	55
		%	%76,4	%16,4	%7,2	%100
	Yönetici	n	42	13	8	63
		%	%66,7	%20,6	%12,7	%100
Toplam(n)		490	169	67	726	

Risk altında ameliyat kararı, katılımcıların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin olmadığı ve olduğu durumlar için ayrı ayrı sorulmuştur. Katılımcıların verdiği yanıtların demografik verilere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Sonuçlar Tablo 40'ta verilmektedir. Sonuçlara göre, bakmakla yükümlü kişilerin olmadığı varsayımda yaş ($p=0,043$), eğitim durumu ($p<0,001$) ve meslek ($p=0,002$) değişkenlerinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Bakmakla yükümlü kişilerin olduğu varsayımda ise risk altında ameliyat kararları; medeni durum ($p=0,008$), çocuk sayısı ($p=0,002$), eğitim durumu ($p<0,001$) ve meslek ($p=0,017$) değişkenlerinde anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

Tablo 40: Risk altında ameliyat kararı ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları

	Bakmakla Yükümlü Kişiler Yok			Bakmakla Yükümlü Kişiler Var		
	Pearson χ^2	df	p	Pearson χ^2	df	p
Cinsiyet	1,781	1	0,182	0,269	1	0,604
Yaş	11,442	5	0,043*	9,751	5	0,083
Medeni Durum	1,365	1	0,243	7,080	1	0,008*
Çocuk Sayısı	3,592	3	0,309	14,553	3	0,002*
Kronik Hastalık Durumu	0,049	1	0,826	1,594	1	0,207
Eğitim Durumu	21,626	3	0,000*	19,317	3	0,000*
Meslek	26,396	9	0,002*	20,118	9	0,017*
Aylık Hane Geliri	8,593	4	0,072	8,965	4	0,062

* $p<0,05$; n=726

Risk altında ameliyat kararında, bakmakla yükümlü kişilerin olmadığı varsayımda, 18-25 yaş grubu; 42-49, 58 ve üzeri yaş gruplarıyla anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. 18-25 yaş grubu %79'un üzerinde bir oranla ameliyat olmayı tercih ederken; 42-49, 58 ve üzeri yaş gruplarında ameliyat olmayı tercih etme oranı %68'in altında kalmaktadır. Yaş gruplarına göre risk altındaki ameliyat kararları Tablo 41'de verilmektedir.

Tablo 41: Risk altında ameliyat kararı ile yaş arasında çapraz tablo

Yaş		Bakmakla Yükümlü Kişiler Yok			Bakmakla Yükümlü Kişiler Var		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
18-25	n	199	52	251	111	140	251
	%	%79,3	%20,7	%100	%44,2	%55,8	%100
26-33	n	118	46	164	69	95	164
	%	%72	%28	%100	%42,1	%57,9	%100
34-41	n	89	33	122	61	61	122
	%	%73	%27	%100	%50	%50	%100
42-49	n	64	31	95	50	45	95
	%	%67,4	%32,6	%100	%52,6	%47,4	%100
50-57	n	33	12	45	29	16	45
	%	%73,3	%26,7	%100	%64,4	%35,6	%100
58 ve üzeri	n	29	20	49	25	24	49
	%	%59,2	%40,8	%100	%51	%49	%100
Toplam(n)		532	194	726	345	381	726

Risk altındaki ameliyat kararında, bakımla yükümlü kişilerin olduğu varsayımında, evli ve bekar katılımcıların ameliyat kararları anlamlı biçimde farklılaşmaktadır. Evlilerin %52'sinden fazlası ameliyat olmayı tercih ederken, bekarlarda bu oran %43'ün altında kalmaktadır. Medeni duruma göre risk altındaki ameliyat kararlarını gösteren sonuçlar Tablo 42'de verilmektedir.

Tablo 42: Risk altında ameliyat kararı ile medeni durum arasında çapraz tablo

Medeni Durum		Bakmakla Yükümlü Kişiler Yok			Bakmakla Yükümlü Kişiler Var		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Evli	n	240	97	337	178	159	337
	%	%71,2	%28,8	%100	%52,8	%47,2	%100
Bekar	n	292	97	389	167	222	389
	%	%75,1	%24,9	%100	%42,9	%57,1	%100
Toplam(n)		532	194	726	345	381	726

Risk altında ameliyat kararında, bakmakla yükümlü kişilerin olduğu varsayımda, üç ve daha fazla çocuğu olanlar; çocuğu olmayanlar, bir çocuğu olanlar ve iki çocuğu olanlardan anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Üç ve daha fazla çocuğu olan katılımcılar %72'nin üzerinde oranla ameliyat olmayı tercih ederken; çocuğu olmayan, bir çocuğu olan ve iki çocuğu olan katılımcıların ameliyat olmayı tercih etme oranı %52'nin altında kalmaktadır. Tablo 43'te katılımcıların, çocuk sayısına göre risk altında ameliyat olma kararlarına yönelik cevapları yer almaktadır.

Tablo 43: Risk altında ameliyat kararı ile çocuk sayısı arasında çapraz tablo

Çocuk Sayısı		Bakmakla Yükümlü Kişiler Yok			Bakmakla Yükümlü Kişiler Var		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Yok	n	318	108	426	190	236	426
	%	%74,6	%25,4	%100	%44,6	%55,4	%100
1	n	85	38	123	54	69	123
	%	%69,1	%30,9	%100	%43,9	%56,1	%100
2	n	91	39	130	67	63	130
	%	%70	%30	%100	%51,5	%48,5	%100
3 ve üzeri	n	38	9	47	34	13	47
	%	%80,9	%19,1	%100	%72,3	%27,7	%100
Toplam(n)		532	194	726	345	381	726

Risk altında ameliyat kararında, bakmakla yükümlü kişilerin olmadığı varsayımda ilköğretim mezunu olan katılımcılar, lisansüstü mezunu olan katılımcılardan anlamlı şekilde farklı tercihte bulunmuştur. İlköğretim mezunu katılımcılar %83'ün üzerinde bir oranla ameliyat olmayı tercih ederken, lisansüstü mezunlarda bu oran %58 olarak gözlenmektedir. Lise, üniversite ve lisansüstü mezunu olan katılımcılar ise kendi aralarında anlamlı olarak farklı tercihlerde bulunmuşlardır. Lise mezunları %79'un üzerinde oranla ameliyat olmayı tercih ederken, üniversite mezunlarında bu oran %72, lisansüstü mezunlarında ise %58 olarak gözlenmektedir.

Bakmakla yükümlü kişilerin olduğu varsayımda ise, ilköğretim mezunu olan katılımcılar; lise, üniversite ve lisansüstü mezunu olan katılımcılardan anlamlı seviyede farklı tercihte bulunmuştur. İlkokul mezunu olan katılımcıların ameliyat

olma oranı %68'in üzerine çıkarken; lise, üniversite ve lisansüstü mezunu olan katılımcıların ameliyat olma tercihi %51'in altında kalmaktadır. Ayrıca, lise mezunları ile lisansüstü mezunlarının ameliyat olma tercihinde de anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Lise mezunları %51 oranla ameliyat olma yönünde karar verirken, lisansüstü mezunlarında bu oran %37'nin altında kalmaktadır. Tablo 44'te eğitim durumuna göre risk altındaki ameliyat kararına yönelik, katılımcıların verdiği cevaplar bulunmaktadır.

Tablo 44: Risk altında ameliyat kararı ile eğitim durumu arasında çapraz tablo

Eğitim Durumu		Bakmakla Yükümlü Kişiler Yok			Bakmakla Yükümlü Kişiler Var		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
İlköğretim	n	56	11	67	46	21	67
	%	%83,6	%16,4	%100	%68,7	%31,3	%100
Lise	n	166	42	208	106	102	208
	%	%79,8	%20,2	%100	%51	%49	%100
Üniversite	n	245	94	339	152	187	339
	%	%72,3	%27,7	%100	%44,8	%55,2	%100
Lisansüstü	n	64	47	112	41	71	112
	%	%58	%42	%100	%36,6	%63,4	%100
Toplam(n)		532	194	726	345	381	726

Risk altında ameliyat kararında, bakmakla yükümlü kişilerin olmadığı varsayımda, akademisyenlerin ve iş yeri sahiplerinin ameliyat olma tercihleri; ev hanımlarından, işçilerden, memurlardan ve öğrencilerden anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Akademisyenler ve iş yeri sahipleri %61'in altındaki oranlarla ameliyat olmayı tercih ederken; ev hanımlarının, işçilerin, memurların ve öğrencilerin ameliyat olma tercihi ise %77'nin üzerine çıkmaktadır.

Bakmakla yükümlü kişilerin olduğu varsayımda, akademisyenler ameliyat kararında; emekliler, ev hanımları ve işçilerden anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Akademisyenler, %34 oranında ameliyat olmayı tercih ederken; emekliler, ev hanımları ve işçilerde bu oran %51'in üzerine çıkmaktadır. Ayrıca, ev hanımlarının ameliyat kararı; işçiler, memurlar, öğrenciler, iş yeri sahipleri ve yöneticilerden anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Ev hanımlarının ameliyat olmayı tercih etme oranı

%68'in üzerine çıkarken; işçiler, memurlar, öğrenciler, iş yeri sahipleri ve yöneticilerin ameliyat olmayı tercih etme oranları %52'nin altında kalmaktadır. Mesleğe göre katılımcıların ameliyat olma tercihini gösteren veriler Tablo 45'te yer almaktadır.

Tablo 45: Risk altında ameliyat kararı ile meslek arasında çapraz tablo

Meslek		Bakmakla Yükümlü Kişiler Yok			Bakmakla Yükümlü Kişiler Var		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Akademisyen	n	26	21	47	16	31	47
	%	%55,3	%44,7	%100	%34	%66	%100
Çalışmıyorum	n	29	8	37	13	24	37
	%	%78,4	%21,6	%100	%35,1	%64,9	%100
Diğer	n	20	5	25	12	13	25
	%	%80	%20	%100	%48	%52	%100
Emekli	n	28	20	48	28	20	48
	%	%58,3	%41,7	%100	%58,3	%41,7	%100
Ev Hanımı	n	42	9	51	35	16	51
	%	%82,4	%17,6	%100	%68,6	%31,4	%100
İşçi	n	137	41	178	91	87	178
	%	%77	%23	%100	%51,1	%48,9	%100
Memur	n	49	14	63	26	37	63
	%	%77,8	%22,2	%100	%41,3	%58,7	%100
Öğrenci	n	125	34	159	69	90	159
	%	%78,6	%21,4	%100	%43,4	%56,6	%100
İş Yeri Sahibi	n	33	22	55	26	29	55
	%	%60	%40	%100	%47,3	%52,7	%100
Yönetici	n	43	20	63	29	34	63
	%	%68,3	%31,7	%100	%46	%54	%100
Toplam(n)		532	194	726	345	381	726

Ameliyat için belirlenen fiyata bağlı olarak katılımcıların vereceği ameliyat kararı, bakmakla yükümlü olduğu kişilerin olmadığı ve olduğu durumlar için ayrı ayrı sorulmuştur. Katılımcıların verdiği yanıtların demografik verilere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Sonuçlar Tablo 46'da verilmektedir. Bakmakla yüküm kişilerin olmadığı varsayımda fiyata bağlı ameliyat kararı eğitim durumu ($p=0,006$),

aylık hane geliri ($p=0,010$) değişkenlerinde anlamlı farklılık göstermektedir. Bakmakla yükümlü kişilerin olduğu varsayımda fiyata bağlı ameliyat kararı yaş ($p=0,027$), medeni durum ($p=0,034$), çocuk sayısı ($p=0,035$), eğitim durumu ($p=0,002$), meslek ($p=0,007$) ve aylık hane geliri ($p<0,001$) değişkenlerinde anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 46: Fiyata bağlı ameliyat kararı ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları

	Bakmakla Yükümlü Kişiler Yok			Bakmakla Yükümlü Kişiler Var		
	Pearson χ^2	df	p	Pearson χ^2	df	p
Cinsiyet	0,143	1	0,706	1,327	1	0,249
Yaş	6,988	5	0,222	12,647	5	0,027*
Medeni Durum	1,778	1	0,182	4,496	1	0,034*
Çocuk Sayısı	6,376	3	0,095	8,626	3	0,035*
Kronik Hastalık Durumu	0,505	1	0,477	0,281	1	0,596
Eğitim Durumu	12,358	3	0,006*	14,349	3	0,002*
Meslek	12,206	9	0,202	22,765	9	0,007*
Aylık Hane Geliri	13,208	4	0,010*	21,386	4	0,000*

* $p<0,05$; $n=726$

Fiyata bağlı ameliyat kararında, bakmakla yükümlü kişilerin olduğu varsayımda, 18-25 yaş grubundaki katılımcıların tercihleri; 42-49, 58 ve üzeri yaş grupları ile anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. 18-25 yaş grubundaki katılımcıların ameliyat olma kararı %66'lık oranla gözlenirken; 42-49, 58 ve üzeri yaş gruplarındaki ameliyat olma kararı %81'in üzerine çıkmaktadır. Yaş gruplarına göre, fiyata bağlı ameliyat kararları Tablo 47'de bulunmaktadır.

Tablo 47: Fiyata bağı ameliyat kararı ile yaş arasında çapraz tablo

Yaş		Bakmakla Yüklümlü Kişiler Yok			Bakmakla Yüklümlü Kişiler Var		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
18-25	n	216	35	251	166	85	251
	%	%86,1	%13,9	%100	%66,1	%33,9	%100
26-33	n	142	22	164	123	41	164
	%	%86,6	%13,4	%100	%75	%25	%100
34-41	n	111	11	122	91	31	122
	%	%91	%9	%100	%74,6	%25,4	%100
42-49	n	89	6	95	77	18	95
	%	%93,7	%6,3	%100	%81,1	%18,9	%100
50-57	n	40	5	45	36	9	45
	%	%88,9	%11,1	%100	%80	%20	%100
58 ve üzeri	n	40	9	49	40	9	49
	%	%81,6	%18,4	%100	%81,6	%18,4	%100
Toplam(n)		638	88	726	533	193	726

Fiyata bağı ameliyat kararında, bakmakla yüklümlü kişilerin olduğı varsayımında, evli katılımcılarla bekar katılımcıların yanıtları anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Evli katılımcıların %77'sinden fazlası ameliyat olma kararı verirken, bekar katılımcılarda bu oran %71'in altında kalmaktadır. Medeni duruma göre, fiyata bağı ameliyat kararlarını gösteren veriler Tablo 48'de bulunmaktadır.

Tablo 48: Fiyata bağı ameliyat kararı ile medeni durum arasında çapraz tablo

Medeni Durum		Bakmakla Yüklümlü Kişiler Yok			Bakmakla Yüklümlü Kişiler Var		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Evli	n	302	35	337	260	77	337
	%	%89,6	%10,4	%100	%77,2	%22,8	%100
Bekar	n	336	53	389	273	116	389
	%	%86,4	%13,6	%100	%70,2	%29,8	%100
Toplam(n)		638	88	726	533	193	726

Fiyata bağı ameliyat kararında, bakmakla yükümlü kişilerin olduğu varsayımında çocuğı olmayan katılımlar ile bir çocuğı olan katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Çocuğı olmayan katılımcılar %70'in altında oranla ameliyat olmayı tercih ederken, bir çocuğı olan katılımlıcılarda bu oran %81'in üzerine çıkmaktadır. Çocuk sayısına göre fiyata bağı ameliyat kararları Tablo 49'da verilmektedir.

Tablo 49: Fiyata bağı ameliyat kararı ile çocuk sayısı arasında çapraz tablo

Çocuk Sayısı		Bakmakla Yükümlü Kişiler Yok			Bakmakla Yükümlü Kişiler Var		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Yok	n	366	60	426	297	129	426
	%	%85,9	%14,1	%100	%69,7	%30,3	%100
1	n	116	7	123	100	23	123
	%	%94,3	%5,7	%100	%81,3	%18,7	%100
2	n	115	15	130	102	28	130
	%	%88,5	%11,5	%100	%78,5	%21,5	%100
3 ve üzeri	n	41	6	47	34	13	47
	%	%87,2	%12,8	%100	%72,3	%27,7	%100
Toplam(n)		638	88	726	533	193	726

Fiyata bağı ameliyat kararında, bakmakla yükümlü kişilerin olmadığı varsayımında, lise mezunlarının yanıtları; üniversite ve lisansüstü mezunlarının yanıtlarından anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Lise mezunları %82'nin altında oranla ameliyat olma kararı verirken; üniversite ve lisansüstü mezunlarında bu oran %90'ın üzerine çıkmaktadır.

Bakmakla yükümlü kişilerin olduğu varsayımında ise ilköğretim ve lise mezunları; lisansüstü mezunları ile anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. İlköğretim ve lise mezunları %70 oranında ameliyat olma kararı verirken; lisansüstü mezunları %83'ün üzerinde oranla ameliyat olma kararı vermektedir. Ayrıca lise mezunlarının ameliyat olma kararı ile üniversite mezunlarının ameliyat olma kararı anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Lise mezunları %66'dan daha düşük bir oranla ameliyat olmayı tercih ederken, üniversite mezunları %75'den daha yüksek bir oranla ameliyat olmayı tercih etmektedir. Eğitim durumuna göre ameliyat olma kararları Tablo 50'de gösterilmektedir.

Tablo 50: Fiyata bağı ameliyat kararı ile eğitim durumu arasında çapraz tablo

Eğitim Durumu		Bakmakla Yükümlü Kişiler Yok			Bakmakla Yükümlü Kişiler Var		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
İlköğretim	n	61	6	67	47	20	67
	%	%91	%9	%100	%70,1	%29,9	%100
Lise	n	169	39	208	136	72	208
	%	%81,3	%18,7	%100	%65,4	%34,6	%100
Üniversite	n	305	34	339	256	83	339
	%	%90	%10	%100	%75,5	%24,5	%100
Lisansüstü	n	103	9	112	94	18	112
	%	%92	%8	%100	%83,9	%16,1	%100
Toplam(n)		638	88	726	533	193	726

Fiyata bağı ameliyat kararında bakmakla yükümlü kişilerin olduğu varsayımında, yöneticiler; çalışmayanlar, ev hanımları, işçiler, memurlar ve iş yeri sahipleri arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yöneticiler %90'ın üzerinde oranla ameliyat olmayı tercih ederken; yöneticilerden anlamlı olarak farklılaşan beş farklı meslek grubunda yer alan katılımcılar %77'in altında kalan oranlarla ameliyat olma kararı vermektedir. Ayrıca öğrenciler; emekli ve yöneticiler ile anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Öğrenciler %64'ün altında oranla ameliyat olma kararı verirken; emekli ve yöneticilerde bu oran %81'in üzerine çıkmaktadır. Meslek gruplarına göre fiyata bağı ameliyat tercihleri Tablo 51'de verilmektedir.

Tablo 51: Fiyata bağı ameliyat kararı ile meslek arasında çapraz tablo

Meslek		Bakmakla Yüklümlü Kişiler Yok			Bakmakla Yüklümlü Kişiler Var		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Akademisyen	n	42	5	47	37	10	47
	%	%89,4	%10,6	%100	%78,7	%21,3	%100
Çalışmıyorum	n	31	6	37	25	12	37
	%	%83,8	%16,2	%100	%67,6	%32,4	%100
Diğer	n	24	1	25	21	4	25
	%	%96	%4	%100	%84	%16	%100
Emekli	n	39	9	48	39	9	48
	%	%81,3	%18,7	%100	%81,3	%18,7	%100
Ev Hanımı	n	47	4	51	39	12	51
	%	%92,2	%7,8	%100	%76,5	%23,5	%100
İşçi	n	157	21	178	126	52	178
	%	%88,2	%11,8	%100	%70,8	%29,2	%100
Memur	n	58	5	63	46	17	63
	%	%92,1	%7,9	%100	%73	%27	%100
Öğrenci	n	134	25	159	101	58	159
	%	%84,3	%15,7	%100	%63,5	%36,5	%100
İş Yeri Sahibi	n	46	9	55	42	13	55
	%	%83,6	%16,4	%100	%76,4	%23,6	%100
Yönetici	n	60	3	63	57	6	63
	%	%95,2	%4,8	%100	%90,5	%9,5	%100
Toplam(n)		638	88	726	533	193	726

Fiyata bağı ameliyat kararında, bakmakla yüklümlü kişilerin olduğı varsayımda, 1 404-2 800TL ve 2 801-5 000TL gelir gruplarındaki katılımcılarla; 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılar anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. 1 404-2 800TL ve 2 801-5 000TL gelir gruplarındaki katılımcıların ameliyat olma kararı %86'nın altında kalırken, 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılarda bu oran %94'ün üzerine çıkmaktadır. Ayrıca 1 404-2 800TL gelir grubu ile 5 001-10 000TL gelir grubu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcılar %81 oranında ameliyat olma kararı verirken; 5 001-10 000TL grubundaki katılımcılar %89'un üzerinde oranla ameliyat olma kararı vermektedir.

Bakmakla yükümlü kişilerin olduğu varsayımında 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcıların ameliyat olma kararı diğer tüm gelir gruplarından farklılaşmaktadır. 10 001TL ve üzeri gelir grubunda katılımcılar %87'nin üzerinde oranla ameliyat olma kararı verirken, diğer gelir gruplarında bu oran %75'in altında kalmaktadır. Ayrıca, 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcılarla 5 001-10 000TL gelir grubundaki katılımcıların kararları da anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcılar %62'nin altında bir oranla ameliyat olma kararı verirken, 5 001-10 000TL gelir grubunda bu oran %74'ün üzerine çıkmaktadır. Aylık hane gelirine göre katılımcıların fiyata bağlı ameliyat tercihlerini gösteren veriler Tablo 52'de bulunmaktadır.

Tablo 52: Fiyata bağlı ameliyat kararı ile aylık hane geliri arasında çapraz tablo

Aylık Hane Geliri		Bakmakla Yükümlü Kişiler Yok			Bakmakla Yükümlü Kişiler Var		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
1 404TL ve az	n	32	2	34	25	9	34
	%	%94,1	%5,9	%100	%73,5	%26,5	%100
1 404-2 800TL	n	85	20	105	65	40	105
	%	%81	%19	%100	%61,9	%38,1	%100
2 801-5 000TL	n	208	36	244	171	73	244
	%	%85,2	%14,8	%100	%70,1	%29,9	%100
5 001-10 000TL	n	193	23	216	161	55	216
	%	%89,4	%10,6	%100	%74,5	%25,5	%100
10 001TL ve üzeri	n	120	7	127	111	16	127
	%	%94,5	%5,5	%100	%87,4	%12,6	%100
Toplam(n)		638	88	726	533	193	726

Hayati önem taşımayan tıbbi müdahaleye yönelik olarak katılımcıların cepten ödemeyi uygun bulduğu miktar aralığı tercihleri demografik verilerle kıyaslanmaktadır. Kıyaslama sonucu elde edilen veriler Tablo 53'te verilmektedir. Katılımcıların uygun buldukları cepten ödeme miktarları eğitim durumu ($p<0,001$), meslek ($p=0,002$) ve aylık hane geliri ($p<0,001$) değişkenlerinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 53: Hayati önem taşımayan tıbbi müdahaleye yönelik cepten ödeme miktarı ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları

	Cepten Ödeme Miktarı		
	Pearson χ^2	df	p
Cinsiyet	6,909	3	0,075
Yaş	13,628	15	0,554
Medeni Durum	2,070	3	0,558
Çocuk Sayısı	8,122	9	0,522
Kronik Hastalık Durumu	6,898	3	0,075
Eğitim Durumu	33,015	9	0,000*
Meslek	53,555	27	0,002*
Aylık Hane Geliri	73,147	12	0,000*

* p<0,05; n=726

Hayati önem taşımayan tıbbi müdahale için cepten yapılacak ödemelerde 1 000-4 000TL aralığı tercihinde, lisansüstü mezunu olan katılımcılar diğer tüm eğitim durumundaki katılımcılardan anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Lisansüstü mezunları %45'in altında bir oranla 1 000-4 000TL aralığını tercih ederken, diğer eğitim durumlarındaki katılımcılar bu aralığı %60'ın üzerinde oranlarla tercih etmektedir.

4 001-7 000TL aralığı tercihinde lise mezunları ile üniversite mezunları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Lise mezunları %23'ün üzerinde bir oranla bu aralığı tercih ederken, üniversite mezunları bu aralığı %16'nın altında oranla tercih etmektedir.

7 001-10 000TL aralığı tercihinde lise mezunları ile lisansüstü mezunları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Lise mezunları %7'nin altında bu aralığı tercih ederken, lisansüstü mezunlarında bu aralığın tercih oranı %15'in üzerindedir.

10 001TL ve üzeri aralığı tercihinde lisansüstü mezunu olan katılımcılar diğer tüm katılımcılardan anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Lisansüstü mezunu olan katılımcılar bu aralığı %24'ün üzerinde oranla tercih ederken, diğer katılımcıların bu aralığı tercih etme oranı %13'ün altında kalmaktadır. Eğitim durumuna göre, ödeme aralıkları tercihleri Tablo 54'te gösterilmektedir.

Tablo 54: Hayati önem taşımayan tıbbi müdahaleye yönelik cepten ödeme miktarı ile eğitim durumu arasında çapraz tablo

Eğitim Durumu		Ödeme Aralıkları				
		1 000-4 000TL	4 001-7 000TL	7 001-10 000TL	10 001TL ve üzeri	Toplam
İlköğretim	n	48	11	5	3	67
	%	%71,6	%16,4	%7,5	%4,5	%100
Lise	n	126	48	14	20	208
	%	%60,6	%23,1	%6,7	%9,6	%100
Üniversite	n	206	53	38	42	339
	%	%60,8	%15,6	%11,2	%12,4	%100
Lisansüstü	n	50	18	17	27	112
	%	%44,6	%16,1	%15,2	%24,1	%100
Toplam(n)		430	130	74	92	726

Hayati önem taşımayan tıbbi müdahale için cepten yapılacak ödemelerde 1 000-4 000TL aralığı tercihinde, akademisyenler; çalışmayanlar, ev hanımları, işçiler, memurlar ve öğrencilerden anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Akademisyenler bu aralığı %39'un altında bir oranla tercih ederken; akademisyenlerin anlamlı olarak farklılaştığı diğer altı meslek grubunda yer alan katılımcılar %56'nın üzerinde oranlarla bu aralığı tercih etmektedir.

4 001-7 000TL aralığı tercihinde öğrencilerle; çalışmayanlar, ev hanımları, işçiler, memurlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Öğrenciler bu aralığı %27 oranında tercih ederken; çalışmayanlar, ev hanımları, işçiler, memurlar bu aralığı %17'nin altında oranlarla tercih etmektedir.

7 001-10 000TL aralığı tercihinde akademisyenler; öğrenciler ve iş yeri sahipleri ile anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Akademisyenler bu aralığı %21'in üzerinde oranla tercih ederken; öğrenciler ve iş yeri sahipleri bu oranı %6'nın altındaki oranlarla tercih etmektedir.

10 001TL ve üzeri aralığı tercihinde, akademisyenler ve yöneticiler; ev hanımları ile anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Akademisyenler ve yöneticiler %19'un üzerinde bir oranla bu aralığı tercih ederken, ev hanımlarında bu oran %6'nın altında

kalmaktadır. Meslek durumuna göre, ödeme aralıkları tercihleri Tablo 55’te verilmektedir.

Tablo 55: Hayati önem taşımayan tıbbi müdahaleye yönelik cepten ödeme miktarı ile meslek arasında çapraz tablo

Meslek		Ödeme Aralıkları				
		1 000-4 000TL	4 001-7 000TL	7 001-10 000TL	10 001TL ve üzeri	Toplam
Akademisyen	n	18	9	10	10	47
	%	%38,3	%19,1	%21,3	%21,3	%100
Çalışmıyorum	n	28	1	3	5	37
	%	%75,7	%2,7	%8,1	%13,5	%100
Diğer	n	17	2	3	3	25
	%	%68	%8	%12	%12	%100
Emekli	n	32	8	4	4	48
	%	%66,7	%16,7	%8,3	%8,3	%100
Ev Hanımı	n	39	5	4	3	51
	%	%76,5	%9,8	%7,8	%5,9	%100
İşçi	n	109	30	20	19	178
	%	%61,2	%16,9	%11,2	%10,7	%100
Memur	n	40	6	9	8	63
	%	%63,5	%9,5	%14,3	%12,7	%100
Öğrenci	n	89	43	9	18	159
	%	%56	%27	%5,7	%11,3	%100
İş Yeri Sahibi	n	28	14	3	10	55
	%	%50,9	%25,5	%5,5	%18,1	%100
Yönetici	n	30	12	9	12	63
	%	%47,7	%19	%14,3	%19	%100
Toplam(n)		430	130	74	92	726

Hayati önem taşımayan tıbbi müdahale için cepten yapılacak ödemelerde 1 000-4 000TL aralığı tercihinde 1 404-2 800TL, 2 801-5 000TL, 5 001-10 000TL, 10 001TL ve üzeri gelir gruplarının tamamı arasında anlamlı farklılaşma olduğu bulunmuştur. 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcıların bu aralığı tercih etme oranı %80; 2 801-5 000TL gelir grubundaki katılımcıların %65,2; 5 001-10 000TL gelir grubundaki katılımcıların %54,2; 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcıların oranı ise %40,9’dur.

4 001-7 000TL aralığı tercihinde 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcılar; 2 801-5 000TL, 5 001-10 000TL, 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılardan anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcıların bu aralığı tercih etme oranı %8'in altında kalırken; 2 801-5 000TL, 5 001-10 000TL, 10 001TL ve üzeri gelir gruplarındaki katılımcıların bu aralığı tercih etme oranı %16'nın üzerine çıkmaktadır.

7 001-10 000TL aralığı tercihinde, 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılar; 1 404-2 800TL ve 2 801-5 000TL gelir grubundaki katılımcılardan anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılar bu aralığı %15'in üzerinde oranla tercih ederken; 1 404-2 800TL ve 2 801-5 000TL gelir grubundaki katılımcılarda bu oran %9'un altında kalmaktadır.

10 001TL ve üzeri aralığı tercihinde 1 404TL ve daha az, 10 001TL ve üzeri gelir grupları; diğer üç gelir grubundan anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. 1 404TL ve daha az geliri olan grup ile 10 001TL ve üzeri geliri olan grup bu ödeme aralığını %26'nın üzerinde oranla tercih ederken, diğer gelir gruplarında bu aralığı tercih etme oranı %12'nin altında kalmaktadır. Aylık hane gelirine göre ödeme aralıkları tercihleri Tablo 56'da verilmektedir.

Tablo 56: Hayati önem taşımayan tıbbi müdahaleye yönelik cepten ödeme miktarı ile aylık hane geliri arasında çapraz tablo

Aylık Hane Geliri		Ödeme Aralıkları				
		1 000-4 000TL	4 001-7 000TL	7 001-10 000TL	10 001TL ve üzeri	Toplam
1 404TL ve az	n	18	3	3	10	34
	%	%52,9	%8,8	%8,8	%29,5	%100
1 404-2 800TL	n	84	8	7	6	105
	%	%80	%7,6	%6,7	%5,7	%100
2 801-5 000TL	n	159	46	21	18	244
	%	%65,2	%18,9	%8,6	%7,3	%100
5 001-10 000TL	n	117	52	23	24	216
	%	%54,2	%24,1	%10,6	%11,1	%100
10 001TL ve üzeri	n	52	21	20	34	127
	%	%40,9	%16,6	%15,7	%26,8	%100
Toplam(n)		430	130	74	92	726

Hayati önem taşıyan tıbbi müdahaleye yönelik olarak katılımcıların cepten ödemeyi uygun bulduğu miktar aralığına yönelik tercihleri demografik verilerle kıyaslanmaktadır. Kıyaslama sonucu elde edilen veriler Tablo 57’de verilmektedir. Katılımcıların uygun buldukları cepten ödeme miktarları eğitim durumu ($p<0,001$), meslek ($p=0,028$) ve aylık hane geliri ($p<0,001$) değişkenlerinde anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

Tablo 57: Hayati önem taşıyan tıbbi müdahaleye yönelik cepten ödeme miktarı ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları

	Cepten Ödeme Miktarı		
	Pearson χ^2	df	p
Cinsiyet	6,913	5	0,227
Yaş	30,809	25	0,195
Medeni Durum	10,833	5	0,055
Çocuk Sayısı	22,659	15	0,092
Kronik Hastalık Durumu	2,751	5	0,738
Eğitim Durumu	42,832	15	0,000*
Meslek	64,811	45	0,028*
Aylık Hane Geliri	114,010	20	0,000*

* $p<0,05$; $n=726$

Hayati önem taşıyan tıbbi müdahale için cepten yapılacak ödemelerde 1 000-4 000TL aralığı tercihinde, ilköğretim ve lise mezunları, lisansüstü mezunlarıyla anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. İlköğretim ve lise mezunları bu aralığı %16’nın üzerindeki oranlarla tercih ederken, lisansüstü mezunları ise bu aralığı %9’un altında oranla tercih etmektedir.

4 001-7 000TL aralığı tercihinde ilköğretim mezunları; lise ve lisansüstü mezunu olan katılımcılardan anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. İlköğretim mezunlarının bu aralığı tercih etme oranı %22’nin üzerindeyken, lise ve lisansüstü mezunlarının bu aralığı tercih etme oranı %11’in altında kalmaktadır.

7 001-10 000TL aralığı tercihinde ilköğretim mezunu olan katılımcılar, lisansüstü mezunu olan katılımcılardan anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. İlköğretim mezunlarının bu aralığı tercih oranı %18’in altında kalırken, lisansüstü mezunlarının bu aralığı tercih etme oranı %8’in altında kalmaktadır. Ayrıca bu aralığın tercihinde

lise mezunu katılımcılar; üniversite ve lisansüstü mezunu olan katılımcılardan anlamlı biçimde farklılaşmaktadır. Lise mezunları %15'in üzerinde bu aralığı tercih ederken; üniversite ve lisansüstü mezunları bu aralığı %10'un altında oranla tercih etmektedir.

25 000TL ve üzeri aralığı tercihinde; ilköğretim, üniversite, lisansüstü mezunlarının tercihleri anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. İlköğretim mezunları bu aralığı %16,4 oranında, üniversite mezunları bu aralığı %35,4 oranında, lisansüstü mezunları ise bu aralığı %49,1 oranında tercih etmektedir. Eğitim durumuna göre ödeme aralıkları tercihi Tablo 58'de verilmektedir.

Tablo 58: Hayati önem taşıyan tıbbi müdahaleye yönelik cepten ödeme miktarı ile eğitim durumu arasında çapraz tablo

Eğitim Durumu		Ödeme Aralıkları						Toplam
		1 000-4 000TL	4 001-7 000TL	7 001-10 000TL	10 001-15 000TL	15 001-25 000TL	25 001TL ve üzeri	
İlköğretim	n	18	15	12	6	5	11	67
	%	%26,9	%22,4	%17,9	%9	%7,4	%16,4	%100
Lise	n	35	22	33	25	31	62	208
	%	%16,8	%10,6	%15,9	%12	%14,9	%29,8	%100
Üniversite	n	59	45	34	34	47	120	339
	%	%17,4	%13,3	%10	%10	%13,9	%35,4	%100
Lisansüstü	n	10	8	8	13	18	55	112
	%	%8,9	%7,1	%7,1	%11,6	%16,1	%49,2	%100
Toplam(n)		122	90	87	78	101	248	726

Hayati önem taşıyan tıbbi müdahale için cepten yapılacak ödemelerde 1 000-4 000TL aralığı tercihinde, ev hanımları; akademisyenler, çalışmayanlar, öğrenciler, iş yeri sahipleri ve yöneticilerden anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Ev hanımları bu aralığı %31'in üzerinde oranla tercih ederken, anlamlı olarak farklılaştığı beş farklı meslek grubunda bu aralığı tercih etme oranı %15'in altında kalmaktadır.

10 001-15 000TL aralığı tercihinde çalışmadığını bildiren katılımcıların tercihi, diğer olarak seçim yapan katılımcıların bulunduğu grup da dahil olmak üzere tüm meslek gruplarından anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Çalışmayan katılımcılar bu aralığı %21'in üzerinde oranla tercih ederken, diğer tüm gruplar bu aralığı %13'ün altında oranlarla tercih etmektedir.

25 001TL ve üzeri aralığı tercihinde akademisyenler, ev hanımları, öğrenciler ve diğer grubu aralarında anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Akademisyenler bu aralığı %48,9 oranla tercih ederken; ev hanımları %15,7; öğrenciler %30,2; diğer grubu ise bu aralığı %60 oranla tercih etmektedir. Mesleklere göre ödeme aralıkları tercihleri Tablo 59’da verilmektedir.

Tablo 59: Hayati önem taşıyan tıbbi müdahaleye yönelik cepten ödeme miktarı ile meslek arasında çapraz tablo

Meslek		Ödeme Aralıkları						Toplam
		1 000-4 000TL	4 001-7 000TL	7 001-10 000TL	10 001-15 000TL	15 001-25 000TL	25 001TL ve üzeri	
Akademisyen	n	5	3	2	6	8	23	47
	%	%10,6	%6,4	%4,3	%12,8	%17	%48,9	%100
Çalışmıyorum	n	4	6	6	8	3	10	37
	%	%10,8	%16,2	%16,2	%21,6	%8,2	%27	%100
Diğer	n	4	1	3	1	1	15	25
	%	%16	%4	%12	%4	%4	%60	%100
Emekli	n	12	4	6	5	6	15	48
	%	%25	%8,3	%12,5	%10,4	%12,5	%31,3	%100
Ev Hanımı	n	16	9	6	5	7	8	51
	%	%31,4	%17,6	%11,8	%9,8	%13,7	%15,7	%100
İşçi	n	35	26	22	21	22	52	178
	%	%19,7	%14,6	%12,4	%11,8	%12,4	%29,1	%100
Memur	n	13	5	8	3	9	25	63
	%	%20,6	%7,9	%12,7	%4,8	%14,3	%39,7	%100
Öğrenci	n	23	18	21	18	31	48	159
	%	%14,5	%11,3	%13,2	%11,3	%19,5	%30,2	%100
İş Yeri Sahibi	n	6	9	7	6	6	21	55
	%	%10,9	%16,4	%12,7	%10,9	%10,9	%38,2	%100
Yönetici	n	4	9	6	5	8	31	63
	%	%6,3	%14,3	%9,5	%7,9	%12,7	%49,3	%100
Toplam(n)		122	90	87	78	101	248	726

Hayati önem taşıyan tıbbi müdahale için cepten yapılacak ödemelerde 1 000-4 000TL aralığı tercihinde; 1 404-2 800TL, 2 801-5 000TL, 10 001TL ve üzeri gelir grupları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcılar

bu aralığı %37,1; 2 801-5 000TL gelir grubundaki katılımcılar %17,6; 10 001TL ve üzeri gelir grubundakiler ise bu aralığı %8,7 oranında tercih etmektedir.

4 001-7 000TL aralığı tercihinde, 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılar diğer tüm gelir gruplarındaki katılımcılardan anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcıların bu aralığı tercih etme oranı %4'ün altında kalırken, diğer gelir gruplarının bu aralığı %11'in üzerindeki oranlarla tercih ettiği gözlenmektedir.

7 001-10 000TL aralığı tercihinde, 10 001TL ve üzeri gelir grubu; 1 404-2 800TL, 2 801-5 000TL, 5 001-10 000TL gelir gruplarından farklılaşmaktadır. 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılar bu aralığı %3'ün altında oranla tercih ederken; diğer üç gelir grubu bu aralığı %10'un üzerinde oranlarla tercih etmektedir.

15 001-25 000TL aralığı tercihinde, 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcılar ile 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılar anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcıların bu aralığı tercih etme oranı %9'un altında kalmakta olup, 10 001TL ve üzeri gelir grubunun bu aralığı tercih etme oranı %18'in üzerine çıkmaktadır.

25 001TL ve üzeri aralığı tercihinde 1 404-2 800TL, 5 001-10 000TL, 10 001TL ve üzeri gelir gruplarının arasında anlamlı farklılaşma bulunmaktadır. Bu aralığın, 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcılar tarafından tercih edilme oranı %17,1; 5 001-10 000TL gelir grubundaki katılımcılar tarafından tercih edilme oranı %40,3; 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılar tarafından tercih edilme oranı ise %57,5 olarak saptanmıştır. Aylık hane gelirlerine göre ödeme aralıkları tercihleri Tablo 60'ta verilmektedir.

Tablo 60: Hayati önem taşıyan tıbbi müdahaleye yönelik cepten ödeme miktarı ile aylık hane geliri arasında çapraz tablo

Aylık Hane Geliri		Ödeme Aralıkları						Toplam
		1 000-4 000TL	4 001-7 000TL	7 001-10 000TL	10 001-15 000TL	15 001-25 000TL	25 001TL ve üzeri	
1 404TL ve az	n	5	4	2	3	7	13	34
	%	%14,7	%11,8	%5,9	%8,8	%20,6	%38,2	%100
1 404-2 800TL	n	39	20	11	8	9	18	105
	%	%37,1	%19	%10,5	%7,6	%8,6	%17,2	%100
2 801-5 000TL	n	43	37	40	32	35	57	244
	%	%17,6	%15,2	%16,4	%13,1	%14,3	%23,4	%100
5 001-10 000TL	n	24	25	31	23	26	87	216
	%	%11,1	%11,6	%14,4	%10,6	%12	%40,3	%100
10 001TL ve üzeri	n	11	4	3	12	24	73	127
	%	%8,7	%3,1	%2,4	%9,4	%18,9	%57,5	%100
Toplam(n)		122	90	87	78	101	248	726

Herhangi bir tıbbi müdahaleye yönelik üçüncü taraf ödemeler için katılımcıların uygun bulduğu fiyat aralığı tercihleri demografik verilerle kıyaslanmış olup, elde edilen veriler Tablo 61’de verilmektedir. Üçüncü taraf ödemeler için uygun bulunan fiyat aralığı tercihleri yaş ($p=0,005$), eğitim ($p=0,006$), meslek ($p=0,006$) ve aylık hane geliri ($p<0,001$) değişkenlerinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 61: Tıbbi müdahaleye yönelik üçüncü taraf ödeme miktarı ile demografik verilere ait ki-kare testi bulguları

	Kurumların Yapacağı Ödeme		
	Pearson χ^2	df	p
Cinsiyet	8,686	5	0,122
Yaş	47,218	25	0,005*
Medeni Durum	7,062	5	0,216
Çocuk Sayısı	19,469	15	0,193
Kronik Hastalık Durumu	7,114	5	0,212
Eğitim Durumu	32,443	15	0,006*
Meslek	72,474	45	0,006*
Aylık Hane Geliri	98,812	20	0,000*
* $p<0,05$; n=726			

Herhangi bir tıbbi müdahale için üçüncü taraf ödemenin yapıldığı durumda, 1 000-4 000TL aralığında 34-41 yaş grubu; 50-57, 58 ve üzeri yaş grupları ile anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. 34-41 yaş grubu bu aralığı %27'nin üzerinde oranla tercih ederken; 50-57, 58 ve üzeri yaş gruplarında bu aralığın tercih oranı %21'in altında inmektedir.

4 001-7 000TL aralığı tercihinde 26-33 yaş grubu; 18-25, 50-57 yaş gruplarıyla anlamlı biçimde farklılaşmaktadır. 26-33 yaş grubu bu aralığı %12'nin altında oranla tercih ederken; 18-25 ve 50-57 yaş gruplarında bu oran %21'in üzerine çıkmaktadır.

15 001-25 000TL aralığı tercihinde 34-41 yaş grubu; 42-49, 58 ve üzeri yaş gruplarıyla anlamlı farklılaşmaktadır. 34-41 yaş grubu bu aralığı %7'nin altında oranla tercih ederken; 42-49, 58 ve üzeri yaş gruplarında bu oran %15'in üzerine çıkmaktadır.

25 001TL ve üzeri aralığı tercihinde 18-25 yaş grubu diğer tüm yaş gruplarından anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. 18-25 yaş grubunun bu aralığı tercih etme oranı %14'ün altında kalırken, diğer tüm gruplarda bu aralığın tercih edilme oranı %24'ün üzerine çıkmaktadır. Yaş gruplarına göre üçüncü taraf ödemeler için uygun bulunan ödeme aralığı tercihleri Tablo 62'de verilmektedir.

Tablo 62: Tıbbi müdahale için üçüncü tarafların yapacağı ödeme miktarı ile yaş arasında çapraz tablo

Yaş		Ödeme Aralıkları						Toplam
		1 000-4 000TL	4 001-7 000TL	7 001-10 000TL	10 001-15 000TL	15 001-25 000TL	25 001TL ve üzeri	
18-25	n	69	54	39	28	26	35	251
	%	%27,5	%21,5	%15,5	%11,2	%10,4	%13,9	%100
26-33	n	46	18	18	11	20	51	164
	%	%28	%11	%11	%6,7	%12,2	%31,1	%100
34-41	n	44	15	14	11	8	30	122
	%	%36,1	%12,3	%11,5	%9	%6,6	%24,5	%100
42-49	n	24	15	8	8	15	25	95
	%	%25,3	%15,8	%8,4	%8,4	%15,8	%26,3	%100
50-57	n	9	10	4	3	4	15	45
	%	%20	%22,2	%8,9	%6,7	%8,9	%33,3	%100
58 ve üzeri	n	9	8	5	2	8	17	49
	%	%18,4	%16,3	%10,2	%4,1	%16,3	%34,7	%100
Toplam(n)		201	120	88	63	81	173	726

Herhangi bir tıbbi müdahale için üçüncü taraf ödemenin yapıldığı durumda, 4 001-7 000TL aralığında ilköğretim ve lise mezunları; lisansüstü mezunlarından anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. İlköğretim ve lise mezunları %9'un üzerindeki oranlarla bu aralığı tercih ederken, lisansüstü mezunlarının bu aralığı tercih etme oranı %9'un altında kalmaktadır.

10 001-15 000TL aralığı tercihinde, lise mezunları ile üniversite mezunları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Lise mezunları bu aralığı %11'in üzerinde oranla tercih ederken, üniversite mezunlarında bu oran %7'nin altında kalmaktadır.

25 001TL ve üzeri aralığı tercihinde ilköğretim, üniversite ve lisansüstü mezunları kendi aralarında anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. İlköğretim mezunları bu aralığı %10,4 oranla; üniversite mezunları %24,8 oranla; lisansüstü mezunları ise %37,5'lik oranla tercih etmektedir. Eğitim durumuna göre ödeme aralığı tercihleri Tablo 63'te verilmektedir.

Tablo 63: Tıbbi müdahale için üçüncü tarafların yapacağı ödeme miktarı ile eğitim durumu arasında çapraz tablo

Eğitim Durumu		Ödeme Aralıkları						Toplam
		1 000-4 000TL	4 001-7 000TL	7 001-10 000TL	10 001-15 000TL	15 001-25 000TL	25 001TL ve üzeri	
İlköğretim	n	22	17	7	6	8	7	67
	%	%32,9	%25,4	%10,4	%9	%11,9	%10,4	%100
Lise	n	57	40	25	23	23	40	208
	%	%27,4	%19,2	%12	%11,1	%11,1	%19,2	%100
Üniversite	n	99	53	44	21	38	84	339
	%	%29,2	%15,6	%13	%6,2	%11,2	%24,8	%100
Lisansüstü	n	23	10	12	13	12	42	112
	%	%20,5	%8,9	%10,7	%11,6	%10,7	%37,6	%100
Toplam(n)		201	120	88	63	81	173	726

Herhangi bir tıbbi müdahale için üçüncü taraf ödemenin yapıldığı durumda, 1 000-4 000TL aralığı tercihinde ev hanımları; emekliler, öğrenciler, iş yeri sahipleri ve yöneticilerden anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Ev hanımları bu aralığı %41'in üzerinde oranla tercih ederken; emekliler, öğrenciler, iş yeri sahipleri ve yöneticiler için bu oran %26'nın altında kalmaktadır.

7 001-10 000TL aralığı tercihinde işçiler ile öğrenciler arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. İşçiler bu aralığı %9 oranında tercih ederken, öğrencilerde bu oran %17'dir.

15 001-25 000TL aralığı tercihinde emekliler; işçiler ve iş yeri sahipleri ile anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Emekliler bu aralığı %20'nin üzerinde bir oranla tercih ederken; işçiler ve iş yeri sahiplerinin bu aralığı tercih etme oranları %9'un altında kalmaktadır.

25 001TL ve üzeri aralığı tercihinde akademisyenler, diğer grubu, iş yeri sahipleri ve yöneticiler; çalışmayanlar, ev hanımları, işçiler ve öğrencilerden anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Akademisyenlerin bulunduğu grubun bu aralığı seçme oranı %36'nın üzerine çıkarken; çalışmayanların bulunduğu grubun bu aralığı seçme oranı %21'in altında kalmaktadır. Mesleklere göre üçüncü taraf ödeme tercihleri Tablo 64'te verilmektedir.

Tablo 64: Tıbbi müdahale için üçüncü tarafların yapacağı ödeme miktarı ile meslek arasında çapraz tablo

Meslek		Ödeme Aralıkları						Toplam
		1 000-4 000TL	4 001-7 000TL	7 001-10 000TL	10 001-15 000TL	15 001-25 000TL	25 001TL ve üzeri	
Akademisyen	n	11	4	4	5	6	17	47
	%	%23,4	%8,5	%8,5	%10,6	%12,8	%36,2	%100
Çalışmıyorum	n	12	8	6	2	5	4	37
	%	%32,5	%21,6	%16,2	%5,4	%13,5	%10,8	%100
Diğer	n	4	3	4	0	3	11	25
	%	%16	%12	%16	%0	%12	%44	%100
Emekli	n	9	7	6	2	10	14	48
	%	%18,8	%14,6	%12,5	%4,2	%20,8	%29,1	%100
Ev Hanımı	n	21	7	5	6	4	8	51
	%	%41,2	%13,7	%9,8	%11,8	%7,8	%15,7	%100
İşçi	n	59	35	16	17	15	36	178
	%	%33,1	%19,7	%9	%9,6	%8,4	%20,2	%100
Memur	n	21	9	6	4	6	17	63
	%	%33,4	%14,3	%9,5	%6,3	%9,5	%27	%100
Öğrenci	n	41	32	27	18	19	22	159
	%	%25,9	%20,1	%17	%11,3	%11,9	%13,8	%100
İş Yeri Sahibi	n	12	8	9	3	3	20	55
	%	%21,8	%14,5	%16,4	%5,5	%5,5	%36,3	%100
Yönetici	n	11	7	5	6	10	24	63
	%	%17,5	%11,1	%7,9	%9,5	%15,9	%38,1	%100
Toplam(n)		201	120	88	63	81	173	726

Herhangi bir tıbbi müdahale için üçüncü taraf ödemenin yapıldığı durumda, 1 000-4 000TL aralığı tercihinde; 1 404-2 800TL, 2 801-5 000TL, 5 001-10 000TL, 10 001TL ve üzeri gelir gruplarının tamamı arasında anlamlı farklılaşma bulunmaktadır. 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcıların bu aralığı tercih oranı %52,4; 2 801-5 000TL grubundakilerin %32,4; 5 001-10 000TL grubundakilerin 19,9; 10 001TL ve üzeri grubundakilerin ise %11 olarak bulunmuştur.

10 001-15 000TL aralığı tercihinde 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcılarla 5 001-10 000TL gelir grubundaki katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcılar %4'ün altında oranla bu aralığı tercih ederken, 5 001-10 000TL gelir grubundaki katılımcıların bu aralığı tercih etme oranı %11'in üstüne çıkmaktadır.

25 001TL ve üzeri aralığı tercihinde 1 404-2 800TL, 5 001-10 000TL, 10 001TL ve üzeri gelir grupları kendi aralarında anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcıların bu aralığı tercih etme oranı %8,6; 5 001-10 000TL gelir grubundakilerin %29,2; 10 001TL ve üzeri gelir grubundakilerin ise %45,7 olarak bulunmuştur. Aylık hane gelirine göre üçüncü taraf ödeme tercihleri Tablo 65'te verilmektedir.

Tablo 65: Tıbbi müdahale için üçüncü tarafların yapacağı ödeme miktarı ile aylık hane geliri arasında çapraz tablo

Aylık Hane Geliri		Ödeme Aralıkları						Toplam
		1 000-4 000TL	4 001-7 000TL	7 001-10 000TL	10 001-15 000TL	15 001-25 000TL	25 001TL ve üzeri	
1 404TL ve az	n	10	5	6	3	4	6	34
	%	%29,5	%14,7	%17,6	%8,8	%11,8	%17,6	%100
1 404-2 800TL	n	55	17	10	4	10	9	105
	%	%52,4	%16,2	%9,5	%3,8	%9,5	%8,6	%100
2 801-5 000TL	n	79	46	33	21	28	37	244
	%	%32,3	%18,9	%13,5	%8,6	%11,5	%15,2	%100
5 001-10 000TL	n	43	37	26	24	23	63	216
	%	%19,9	%17,1	%12	%11,2	%10,6	%29,2	%100
10 001TL ve üzeri	n	14	15	13	11	16	58	127
	%	%11	%11,8	%10,2	%8,7	%12,6	%45,7	%100
Toplam(n)		201	120	88	63	81	173	726

4.8.3. Çalışmada yer alan ölçeklerin faktör analizi bulguları

4.8.3.1. Tüketici tarzları ölçeği faktör analizi sonuçları

Satın alma kararlarını etkilediği bilinen tüketici tarzları, çalışmada otuz dört soruluk ölçek ile SPSS 24 programı kullanılarak incelenmiştir. Ölçekte yer alan üç ters ifade analiz öncesinde dönüştürülmüştür. Bu ifadeler (T) ile işaretlenmiştir. Faktör analizinde “temel bileşenler(principal components)” metodu kullanılmış olup; rotasyonda “varimax” metodundan yararlanılmıştır. Analizde ortaya çıkan faktörlerin

her biri için ayrı ayrı güvenilirlik testi yapılmış ve her bir faktörün Cronbach's Alfa(α) değeri hesaplanmıştır. Cronbach's Alfa değerinin alt limiti olarak, “oldukça güvenilir” kabul edilen 0,60 değeri belirlenmiştir (Lorcu, 2015:208; Kayış, 2016:405). Ölçekte yer alan sekiz soru, ölçeğin güvenilirlik ve açıklayıcılığını artırmak amacıyla analizden çıkarılmıştır. Faktör analizi sonucunda anlamlı olarak kabul edilen altı faktör ortaya çıkmıştır. Faktörlerin toplam açıklayıcılığı 61,044; ölçeğin güvenilirlik katsayısı (α) ise 0,692 olarak bulunmuştur. Analiz sonucu elde edilen ölçek altı faktörde toplanan yirmi altı ifadeden oluşmaktadır. Faktörlerin adı, faktörü oluşturan ifadeler, ifadelerin anketteki sıra numaraları, ifadelerin faktördeki ağırlıkları, faktörün açıklayıcılığı(%), faktörlerin öz değeri, faktörlerin güvenilirlik katsayıları (α) ve faktör ortalamaları Tablo 66’da verilmektedir.

Tablo 66: Tüketici tarzları ölçeği faktör analizi sonuçları

Faktör Adı	İfade No	İfade	Faktör Ağırlığı	Faktör Açıklayıcılığı (%)	Özdeğer	Güvenilirlik(α)	Faktör Ortalaması
Faktör-1: Mükemmelliyetçi, Yüksek Kalite Odaklı	3	Hizmet satın alırken en kaliteli olanı seçmeye çalışırım.	0,893	19,910	5,177	0,872	4,265
	2	En iyi kaliteye sahip hizmetleri satın almaya çalışırım.	0,878				
	1	Benim için kaliteli hizmet almak çok önemlidir.	0,787				
	4	En iyi kaliteye sahip hizmetleri bulmak için özel çaba gösteririm.	0,770				
	6	Satın aldığım hizmetlerle ilgili standartlarım ve beklentilerim çok yüksektir.	0,618				
Faktör-2: Marka Bilincine Sahip	12	Bir hizmetin fiyatı ne kadar yüksek ise o hizmet o kadar kalitelidir.	0,842	13,310	3,461	0,818	2,289
	13	Güzel görünümlü ve özenle düzenlenmiş tesisler en iyi hizmeti sunarlar.	0,797				
	11	Seçimim genellikle pahalı hizmet veren kurumlardan yanadır.	0,773				
	15	Genellikle reklamı/tanıtımı en çok yapılan kuruluşlar, en iyileridir.	0,744				
	10	En doğru hizmeti veren kuruluşlar, en çok bilinenlerdir.	0,611				

Tablo 66: Tüketici tarzları ölçeği faktör analizi sonuçları (devam)

Faktör-3: Çeşit Karmaşası Yaşayan	28	Bazen hangi kuruluştan hizmet satın alımı yapılacağına karar vermek zordur.	0,826	9,674	2,515	0,824	3,093
	27	Arasından seçim yapılması gereken o kadar çok kuruluş var ki genellikle kafam karışır.	0,815				
	30	Farklı hizmetler ile ilgili edindiğim bütün bilgiler kafamı karıştırmaktadır.	0,795				
	29	Hizmetler hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukça, en iyisini seçmek daha zor olmaktadır.	0,769				
Faktör-4: Düşünerek Hareket Eden, Dikkatli	25	En doğru satın almayı gerçekleştirebilmek amacıyla hizmet satın alımı aceleye getirmem/zamana	0,803	7,295	1,897	0,727	3,879
	26	Ne kadar harcama yaptığımı dikkatlice takip ederim.	0,681				
	23	Satınalma gerçekleştirirken anlık kararlar veririm.(T)	0,677				
	22	Hizmet satınalma sürecimi normalde olduğumdan daha dikkatli bir şekilde planlarım.	0,576				
	24	Genellikle sonradan pişman olduğum, özen göstermediğim hizmet satın alımları	0,508				
Faktör-5: Sadık	33	Her ihtiyacım olduğunda aynı hizmet sunuculara giderim.	0,852	6,017	1,564	0,740	3,643
	32	Bir kez sevdiğim bir sağlık kuruluşu bulduğumda onu asla değiştirmem.	0,734				
	34	Hizmet aldığım kuruluşları düzenli olarak değiştiririm.(T)	0,719				
	31	Sürekli hizmet aldığım favori kuruluşlarım vardır.	0,628				
Faktör-6: Özensiz	5	Satın alma gerçekleştirirken çok fazla düşünmem.	0,795	4,838	1,258	0,602	2,183
	7	Satın alma gerçekleştirirken çok fazla ilgi göstermem.	0,677				
	17	Hizmet satın alımı için araştırma yapmak zamanımı boşa harcamaktır.	0,586				
			TOP	61,044		0,692	

KMO and Bartlett Test Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin: 0,824

Ki-Kare test değeri:7270,288 / Serbestlik Derecesi: 325 / Sig.: 0,000

(T): Ters dönüştürülen ifadeler

Faktör-1: Mükemmeliyetçi, Yüksek Kalite Odaklı Analiz sonucunda ölçekteki en önemli boyut olarak ortaya çıkmıştır. Kalitenin satın alma tercihlerini etkileme derecesini göstermektedir. Sağlık hizmetleri tercihinde tüketicilerin mükemmel hizmeti aradığının göstergesi olarak açıklanabilmektedir. Faktör beş ifade ile ölçülmüştür.

Faktör-2: Marka Bilincine Sahip Katılımcıların satın alma tarzlarında ikinci önemli boyut olarak analiz sonucunda ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmeti tercihinde marka bilinci skorunun yüksek olmadığı gözlenmektedir. Genel olarak katılımcıların marka algısını, hizmet fiyatıyla ilişkilendirdiği gözlenmektedir. Faktör beş ifade ile ölçülmüştür.

Faktör-3: Çeşit Karmaşası Yaşayan Sağlık hizmetlerinin kendi yapısı gereği var olan bilgi asimetrisi, sunulan hizmetlerin benzerliği tüketici davranışlarını etkileyen üçüncü faktörün önemini artırmaktadır. Faktör ortalaması sağlık hizmetlerinde tüketicilerin tercih yapmakta ne kadar kararsız kaldığını göstermektedir. Faktör dört ifade ile ölçülmüştür.

Faktör-4: Düşünerek Hareket Eden, Dikkatli Hizmet satın alımı konusuna hassas yaklaşan, planlı ve konu sağlık olduğunda daha da fazla dikkat eden tüketici davranışlarını kapsamaktadır. Tüketicilerin, sağlık hizmetlerini tercih ederken daha fazla dikkat harcadığı, ani kararlar vermediği faktör ortalamasından anlaşılmaktadır. Faktör çalışmaya özgü olarak yeniden adlandırılmıştır ve beş ifade ile ölçülmüştür.

Faktör-5: Sadık Sağlık hizmeti tüketicilerinin, hizmet aldıkları kurumları değiştirme eğiliminde olup olmadıklarını incelemektedir. Hizmet alınan kurumlara yönelik tüketicilerde bağlılık oluşup oluşmadığı değerlendirilmektedir. Faktör ortalamasına göre tüketiciler, hizmet aldıkları kurumlara sadık olma eğilimi göstermektedir. Faktör dört ifade ile ölçülmüştür.

Faktör-6: Özensiz Sağlık hizmeti alımına özen göstermeyen, süreci önemsiz gören tüketici tarzlarını kapsayan faktördür. Faktör, çalışmaya özgü olarak oluşturulmuştur. Faktör ortalamasından, katılımcıların özensiz davranışlardan kaçındığı anlaşılmaktadır. Faktör üç ifade ile ölçülmüştür.

4.8.3.2. Tüketici ilgilenim ölçeği faktör analizi sonuçları

Tüketicilerin ilgi duyduğu, önemseydiği konuların; kararlarını etkilediği düşünülerek oluşturulan tüketici ilgilenim ölçeği, on yedi sorudan oluşmaktadır. Ölçek SPSS 24 programı kullanılarak incelenmiştir. Ölçek için yapılan faktör analizinde “temel bileşenler(principal components)” metodu kullanılmış olup; rotasyonda “varimax” metodundan yararlanılmıştır. Analizde ortaya çıkan faktörlerin her biri için ayrı ayrı güvenilirlik testi yapılmış ve her bir faktörün Cronbach’s Alfa(α) değeri hesaplanmıştır. Cronbach’s Alfa değerinin alt limiti olarak, “oldukça güvenilir” kabul edilen 0,60 değeri belirlenmiştir (Lorcu, 2015:208; Kayış, 2016:405). Faktör analizi sonucunda, modelde ön görülen beş faktörün aynen kullanılması gerektiği tespit edilmiştir. Analiz için ölçekten soru çıkarılmamış ve analiz sonucunda değişikliğe uğrayan faktör olmamıştır. Beş faktörün toplam açıklayıcılığı 68,809; ölçeğin güvenilirlik katsayısı (α) ise 0,862 olarak bulunmuştur. Faktörlerin adı, faktörü oluşturan ifadeler, ifadelerin anketteki sıra numaraları, ifadelerin faktördeki ağırlıkları, faktörlerin açıklayıcılığı(%), faktörlerin öz değeri, faktörlerin güvenilirlik katsayıları (α) ve faktör ortalamaları Tablo 67’de verilmektedir.

Tablo 67: Tüketici ilgilenim ölçeği faktör analizi sonuçları

Faktör Adı	İfade No	İfade	Faktör Ağırlığı	Faktör Açıklayıcılığı(%)	Özdeğer	Güvenilirlik(α)	Faktör Ortalaması
Aile	9	Çocuk sahibi olmam, sağlık hizmeti alma kararında etkilidir.	0,881	32,635	5,548	0,917	3,916
	11	Çocuk sahibi olmam, ameliyat kararı almamda etkilidir.	0,879				
	10	Ailemin olması, ameliyat kararı almamda etkilidir.	0,854				
	8	Ailemin olması, sağlık hizmeti alma kararında etkilidir.	0,803				

Tablo 67: Tüketici ilgilenim ölçeği faktör analizi sonuçları (devam)

Hedonizm (Hazcılık)	6	Sağlık hizmeti alacağım sağlık merkezinin konforu ve tasarımı benim için önemlidir.	0,771	14,583	2,479	0,736	3,289
	7	Sağlık hizmeti alacağım sağlık merkezinin marka değeri ve bilinirliği benim için önemlidir.	0,751				
	5	Sağlık hizmeti alacağım sağlık merkezinin yeri benim için önemlidir.	0,695				
	16	Hizmet alacağım sağlık merkezinin odalarının manzarası benim için önemlidir.	0,642				
Riskten Kaçınma	2	Ameliyat kararı almamda, ameliyatın başarılı geçme olasılığı benim için önemlidir.	0,772	8,178	1,390	0,783	4,463
	3	Ameliyat olacağım sağlık merkezinin hizmet kalitesi benim için önemlidir.	0,768				
	4	Ameliyat sonrasında iyileşme sürecinin uzunluğu benim için önemlidir.	0,720				
Para	12	Sağlık hizmetlerine ödeyeceğim paranın miktarı aile sahibi olmama göre değişiklik gösterir.	0,870	7,095	1,206	0,752	3,655
	13	Sağlık hizmetlerine ödeyeceğim paranın miktarı çocuk sahibi olmama göre değişiklik gösterir.	0,856				
	1	Sağlık hizmeti için ödeyeceğim paranın miktarı benim için önemlidir.	0,529				
Estetik Kaygı	15	Kullanacağım bir kremin cildimi yumuşatması benim için önemlidir.	0,779	6,317	1,074	0,670	3,902
	14	Kullanacağım bir kremin temizleme özelliği benim için önemlidir.	0,749				
	17	Vücudumda oluşacak bir yara izinin, görünüşümde yaratacağı değişiklik benim için önemlidir.	0,608				
			TOP	68,809		0,862	
KMO and Bartlett Test Sonuçları Kaiser-Meyer-Olkin: 0,823 Ki-Kare test değeri: 6056,763 / df: 136 / Sig.: 0,000							

Faktör-1: Aile Aile ve çocuk sahibi olmanın sağlık hizmeti alma ve ameliyat kararı vermede etkili olup olmadığı incelenmiştir. Analiz sonucunda ilgilenim ölçeğinin en önemli faktörü olarak ortaya çıkmıştır. Aile ve çocuk sahibi olmanın tüketicilerin ilgisini büyük oranda etkilediği faktör ortalamasından anlaşılmaktadır. Faktör dört cümle ile ölçülmüştür.

Faktör-2: Hedonizm(Hazcılık) Tüketici ilgilenim ölçeğinin ikinci önemli faktörü olarak ortaya çıkmıştır. Tüketiciler için hizmet satın alacağı kuruluşun kişiye sağlayacağı kişisel ve sosyal avantajlar değerlendirilmiştir. Faktör ortalamasına göre katılımcıların genel olarak hedonist eğilimi reddetmediği ancak belirgin bir şekilde hedonist ilgiye de sahip olmadıkları anlaşılmaktadır. Faktör dört cümle ile ölçülmüştür.

Faktör-3: Riskten kaçınma Tüketicilerin ameliyat sonucunda ortaya çıkacak riskleri azaltmaya yönelik ilgileri ölçülmüştür. Başarı olasılığı, hizmet kalitesi, iyileşme süresine verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında; tüketicilerin yüksek oranda, riski azaltma ilgisine sahip oldukları doğrulanmaktadır. Faktör üç cümle ile ölçülmüştür.

Faktör-4: Para Tüketicilerin yapacağı sağlık harcamalarına yönelik ilgileri ölçülmüştür. Aile ve çocuk unsurlarına yönelik sorular, parasal ilgede esas belirleyici olarak ortaya çıkmıştır. Faktör üç cümle ile ölçülmüştür.

Faktör-5: Estetik kaygı Tüketicilerin kullanacağı ürünlere yönelik ilgisi ölçülmüştür. Tüketicilerin genel olarak ürünlerin sağlayacağı faydayı önemsedikleri faktör ortalamasına bakılarak anlaşılmaktadır. Faktör üç cümle ile ölçülmüştür.

4.8.4. Çalışmada kullanılan ölçekler ile demografik verilerin karşılaştırılmasıyla elde edilen bulgular

Tüketici tarzları ölçeğinde ve tüketici ilgilenim ölçeğinde yer alan faktörlerin ortalamaları demografik veriler ile karşılaştırılmıştır. Her iki ölçekte yer alan faktörlerin tamamının normal dağılıma uygun olup olmadığı incelenmiştir. Normal dağılıma uygunlukta; çarpıklık ve basıklık katsayılarının, kabul edilen uygun aralıkta “(± 2)” (George ve Mallery, 2019:114) olup olmadığı araştırılmıştır. Tüketici tarzları ölçeğinde “mükemmeliyetçi, yüksek kalite odaklı” faktörü; tüketici ilgilenim ölçeğinde ise “riskten kaçınma” faktörü sonuçlarının normal dağılıma uygun olmadığı tespit edilmiştir. Bu bölümde her iki faktörün değerlendirilmesinde parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Bu faktörler için tablolarda, parametrik olmayan testlerden elde edilen bulgular yer almaktadır.

4.8.4.1. Tüketici tarzları ölçeği ile demografik verilerin karşılaştırılmasıyla elde edilen bulgular

Tüketici tarzları ölçeği ile iki alt grubu bulunan demografik değişkenlerin karşılaştırılmasından elde edilen bulgular Tablo 68’de yer almaktadır.

Cinsiyet ile tüketici tarzları karşılaştırıldığında, iki tarzda anlamlı farklılaşma bulunmuştur. Çeşit karmaşası yaşayan tüketici tarzında; kadınlar, erkeklerden 0,31 ortalama farkla daha fazla çeşit karmaşası yaşamaktadır ($t=-4,603$; $p<0,001$). Marka bilincine sahip olma da ise erkeklerin kadınlardan 0,15 ortalama farkla daha fazla marka bilincine sahip olduğu gözlenmiştir ($t=2,562$; $p=0,011$).

Medeni duruma göre tüketici tarzları arasındaki kıyaslamada; düşünerek hareket etme boyutunda evlilerin, bekarlardan 0,17 ortalama farkla olumlu yönde farklılaştığı gözlenmektedir ($t=3,384$; $p=0,001$). Çeşit karmaşası yaşama boyutunda ise bekarlar evlilerden 0,18 ortalama farkla anlamlı seviyede farklılaşmaktadır ($t=-2,710$; $p=0,007$). Bekarların evlilere göre daha fazla çeşit karmaşası yaşadığı tespit edilmiştir. Sadık tüketici tarzında ise evli katılımcılar 0,14 ortalama farkla bekar katılımcılardan anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ($t=2,565$; $p=0,011$). Evlilerin, bekarlardan daha sadık tüketici tarzına sahip olduğu söylenebilmektedir.

Kronik hastalığa sahip olma değişkeninde ise sadakat boyutunda anlamlı farklılık gözlenmiştir ($t=2,278$; $p=0,023$). Kronik hastalığı olan katılımcılar, kronik hastalığı olmayanlardan ortalama 0,14 daha fazla sadakat gösterme eğilimindedir.

Tablo 68: Tüketici tarzları ölçeği ile demografik veriler arasındaki t-testi sonuçları

Tüketici Tarzları		Cinsiyet		Medeni Durum		Kronik Hastalık	
		Erkek	Kadın	Evli	Bekar	Evet	Hayır
Mükemmeliyetçi, Yüksek Kalite Odaklı	$\bar{X}$	4,24	4,28	4,29	4,24	4,33	4,24
	σ	0,78	0,69	0,71	0,74	0,67	0,75
	z	-0,047		-1,184		-1,260	
	U	63769		62238		43895	
	p	0,962		0,236		0,208	
Marka Bilincine Sahip	$\bar{X}$	2,37	2,22	2,29	2,29	2,28	2,29
	σ	0,80	0,78	0,77	0,80	0,79	0,79
	t	2,562		0,133		-0,083	
	df	724		724		724	
	p	0,011*		0,894		0,933	
Çeşit Karmaşası Yaşayan	$\bar{X}$	2,91	3,22	3,00	3,18	2,99	3,12
	σ	0,90	0,89	0,91	0,90	0,93	0,90
	t	-4,603		-2,710		-1,665	
	df	724		724		724	
	p	0,000*		0,007*		0,096	
Düşünerek Hareket Eden, Dikkatli	$\bar{X}$	3,88	3,88	3,97	3,80	3,91	3,87
	σ	0,65	0,65	0,63	0,66	0,68	0,64
	t	0,033		3,384		0,665	
	df	724		724		724	
	p	0,974		0,001*		0,506	
Sadık	$\bar{X}$	3,63	3,65	3,72	3,58	3,75	3,61
	σ	0,75	0,69	0,68	0,74	0,64	0,73
	t	-0,433		2,565		2,278	
	df	724		724		724	
	p	0,665		0,011*		0,023*	
Özensiz	$\bar{X}$	2,25	2,13	2,23	2,14	2,23	2,17
	σ	0,88	0,80	0,84	0,84	0,88	0,82
	t	1,898		1,447		0,794	
	df	724		724		724	
	p	0,058		0,148		0,427	
* p<0,05; n=726							

Tüketici tarzları ile yaş grupları arasındaki karşılaştırmaların sonuçları Tablo 69'da verilmektedir. Çeşit karmaşası yaşayan tüketici tarzında 18-25 yaş grubu; 34-41 ve 42-49 yaş gruplarından anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($F=2,481$; $p=0,031$). LSD testine göre 18-25 yaş grubu 34-41 yaş grubundan ortalama 0,27 ($SH=0,09$; $p=0,007$); 42-49 yaş grubundan ise ortalama 0,29 ($SH=0,10$; $p=0,007$) daha fazla çeşit karmaşası yaşamaktadır.

Düşünerek hareket eden tüketici tarzında 18-25 yaş grubu; 26-33, 34-41, 50-57, 58 ve üzeri yaş gruplarından anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($F=2,335$; $p=0,041$). LSD testine göre 18-25 yaş grubu, 26-33 yaş grubundan ortalama 0,15 ($SH=0,06$; $p=0,021$); 34-41 yaş grubundan ortalama 0,16 ($SH=0,07$; $p=0,025$); 50-57 yaş grubundan ortalama 0,10 ($SH=0,10$; $p=0,017$); 58 ve üzeri yaş grubundan ise ortalama 0,20 ($SH=0,10$; $p=0,048$) daha az düşünere hareket etmektedir.

Tablo 69: Tüketici tarzları ölçeği ile yaş arasındaki ANOVA testi sonuçları

Faktör	Yaş												F	p
	18-25		26-33		34-41		42-49		50-57		58 ve üzeri			
	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ		
Mükemmeliyetçi, Yüksek Kalite Odaklı	4,23	0,74	4,28	0,67	4,25	0,79	4,34	0,73	4,36	0,54	4,21	0,85	3,391 ^a	0,640
Marka Bilincine Sahip	2,29	0,82	2,23	0,81	2,37	0,78	2,29	0,70	2,23	0,76	2,30	0,81	0,484	0,788
Çeşit Karmaşası Yaşayan	3,24	0,89	3,09	0,85	2,97	0,96	2,95	0,94	3,03	0,92	2,99	0,89	2,481	0,031*
Düşünerek Hareket Eden, Dikkatli	3,78	0,63	3,93	0,69	3,94	0,65	3,88	0,66	4,03	0,58	3,98	0,62	2,335	0,041*
Sadık	3,54	0,71	3,61	0,73	3,66	0,74	3,72	0,68	4,02	0,71	3,75	0,59	4,168	0,001*
Özensiz	2,22	0,86	2,11	0,77	2,16	0,82	2,12	0,89	2,21	0,76	2,39	0,97	1,072	0,375

^a Kruskal Wallis testindeki χ^2 değeridir.

* $p<0,05$; $n=726$

Sadık tüketici tarzında ise 50-57 yaş grubu; 18-25, 26-33 ve 34-41 yaş gruplarından anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($F=4,168$; $p=0,001$). Tukey HSD testine göre 50-57

yaş grubu, 18-25 yaş grubundan ortalama 0,48 (SH=0,11; $p<0,001$); 26-33 yaş grubundan ortalama 0,40 (SH=0,11; $p=0,008$); 34-41 yaş grubundan ise ortalama 0,36 (SH=0,12; $p=0,037$) daha fazla sadakat göstermektedir.

Tüketici tarzları ile çocuk sayısı arasındaki karşılaştırmanın sonuçları Tablo 70’de verilmiştir. Düşünerek hareket eden tüketici tarzında çocuk sayıları anlamlı şekilde farklılığa sebep olmaktadır ($F=3,535$; $p=0,014$). Tukey HSD testine göre iki çocuğu olan katılımcılar, çocuğu olmayan katılımcılardan ortalama 0,18 (SH=0,06; $p=0,021$) daha fazla düşünerek hareket etmektedir.

Sadık tüketici tarzında, bir çocuğu olan ve iki çocuğu olan katılımcılar; çocuğu olmayan katılımcılardan anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($F=5,100$; $p=0,002$). Tukey HSD testine göre bir çocuğu olan katılımcılar hiç çocuğu olmayan katılımcılardan ortalama 0,24 (SH=0,07; $p=0,005$); iki çocuğu olan katılımcılar ise hiç çocuğu olmayan katılımcılardan ortalama 0,18 (SH=0,07; $p=0,039$) daha fazla sadık olma eğilimi göstermektedir.

Tablo 70: Tüketici tarzları ölçeği ile çocuk sayısı arasındaki ANOVA testi sonuçları

Faktör	Çocuk Sayısı								F	p
	Yok		1		2		3 ve üzeri			
	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ		
Mükemmeliyetçi, Yüksek Kalite Odaklı	4,25	0,72	4,28	0,76	4,32	0,70	4,22	0,81	2,373 ^a	0,499
Marka Bilincine Sahip	2,29	0,79	2,21	0,75	2,34	0,78	2,39	0,88	0,852	0,466
Çeşit Karmaşası Yaşayan	3,16	0,89	2,95	0,87	3,09	0,91	2,92	1,13	2,292	0,077
Düşünerek Hareket Eden, Dikkatli	3,82	0,66	3,96	0,67	4,00	0,59	3,88	0,64	3,536	0,014*
Sadık	3,56	0,72	3,80	0,65	3,75	0,69	3,71	0,84	5,100	0,002*
Özensiz	2,18	0,85	2,16	0,78	2,18	0,88	2,30	0,81	0,337	0,799

^a Kruskal Wallis testindeki χ^2 değeridir.

* $p<0,05$; $n=726$

Tüketici tarzları ile eğitim durumu arasındaki karşılaştırma sonuçları Tablo 71’de verilmektedir. Çeşit karmaşası yaşayan tüketici tarzında eğitim durumları arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($F=4,294$; $p=0,005$). Tukey HSD testine göre lisansüstü mezunları, lise mezunlarından ortalama 0,31 ($SH=0,10$; $p=0,018$); ilköğretim mezunlarından ortalama 0,37 ($SH=0,13$; $p=0,037$) daha az çeşit karmaşası yaşamaktadır.

Tablo 71: Tüketici tarzları ölçeği ile eğitim durumu arasındaki ANOVA testi sonuçları

Faktör	Eğitim Durumu									
	İlköğretim		Lise		Üniversite		Lisansüstü		F	p
	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ		
Mükemmeliyetçi, Yüksek Kalite Odaklı	4,29	0,64	4,21	0,72	4,27	0,77	4,33	0,68	2,570 ^a	0,463
Marka Bilincine Sahip	2,36	0,72	2,27	0,78	2,27	0,80	2,33	0,81	0,328	0,805
Çeşit Karmaşası Yaşayan	3,28	1,05	3,22	0,90	3,04	0,90	2,91	0,82	4,294	0,005*
Düşünerek Hareket Eden, Dikkatli	4,00	0,53	3,85	0,62	3,86	0,70	3,93	0,61	1,310	0,270
Sadık	3,72	0,71	3,60	0,74	3,61	0,72	3,77	0,65	1,880	0,132
Özensiz	2,29	0,79	2,24	0,82	2,16	0,83	2,09	0,92	1,248	0,291

^a Kruskal Wallis testindeki χ^2 değeridir.

* $p<0,05$; $n=726$

Tüketici tarzları ile meslekler arasındaki karşılaştırma sonuçları Tablo 72’de verilmektedir. Çeşit karmaşası yaşayan tüketici tarzında meslekler arasında anlamlı farklılaşma bulunmuştur ($F=2,944$; $p=0,002$). Tukey HSD testine göre yöneticiler, ev hanımlarından ortalama 0,67 ($SH=0,17$; $p=0,003$); işçilerden ortalama 0,42 ($SH=0,13$; $p=0,045$); öğrencilerden ortalama 0,55 ($SH=0,13$; $p=0,001$) daha az çeşit karmaşası yaşamaktadır.

Tablo 72: Tüketici tarzları ölçeği ile meslek arasındaki ANOVA testi sonuçları

Faktör	Meslek																					
	Akade.		Çalışmayan		Diğer		Emekli		Ev Hanımı		İşçi		Memur		Öğrenci		İş Yeri Sahibi		Yönetici		F	p
	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ		
Mükemmeliyetçi, Yüksek Kalite Odaklı	4,24	0,55	4,34	0,62	4,56	0,55	4,28	0,79	4,26	0,62	4,29	0,77	4,20	0,78	4,19	0,73	4,28	0,77	4,29	0,78	12,479 ^a	0,188
Marka Bilincine Sahip	2,23	0,76	2,21	0,74	2,14	0,59	2,28	0,88	2,28	0,68	2,26	0,77	2,17	0,75	2,37	0,84	2,51	0,86	2,28	0,81	1,025	0,418
Çeşit Karmaşası Yaşayan	3,15	0,77	3,24	0,91	3,04	0,88	3,07	0,90	3,34	0,87	3,09	0,97	3,09	0,87	3,23	0,87	2,86	0,93	2,67	0,86	2,944	0,002*
Düşünerek Hareket Eden, Dikkatli	3,90	0,67	3,94	0,64	4,14	0,46	3,98	0,66	3,89	0,56	3,89	0,72	3,89	0,62	3,78	0,64	3,84	0,52	3,90	0,73	1,114	0,350
Sadık	3,74	0,63	3,48	0,78	3,86	0,61	3,86	0,71	3,58	0,80	3,62	0,76	3,60	0,66	3,57	0,69	3,71	0,69	3,69	0,70	1,430	0,171
Özensiz	2,04	0,93	2,25	0,81	1,93	0,76	2,31	0,97	2,25	0,74	2,21	0,87	2,16	0,73	2,21	0,83	2,12	0,73	2,14	0,90	0,704	0,706

^a Kruskal Wallis testindeki χ^2 değeridir.

* $p<0,05$; n=726

Tüketici tarzları ile aylık hane gelirlerinin karşılaştırılması sonucunda elde edilen bulgular Tablo 73'te verilmektedir. Marka bilincine sahip tüketici tarzında aylık hane gelirinde, gruplar arasında anlamlı farklılaşma bulunmaktadır ($F=3,697$; $p=0,005$). Tukey HSD testine göre 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılar, 2 801-5 000TL gelir grubundaki katılımcılardan ortalama 0,25 ($SH=0,08$; $p=0,029$); 5 001-10 000TL gelir grubundaki katılımcılardan ise ortalama 0,27 ($SH=0,08$; $p=0,013$) daha fazla marka bilincine sahiptir.

Tablo 73: Tüketici tarzları ölçeği ile aylık hane geliri arasındaki ANOVA testi sonuçları

Faktör	Aylık Hane Geliri											F	p
	1 404TL ve altı		1 404- 2 800TL		2 801- 5 000TL		5 001- 10 000TL		10 001TL ve üzeri				
	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ			
Mükemmeliyetçi, Yüksek Kalite Odaklı	4,19	0,82	4,35	0,61	4,20	0,81	4,25	0,71	4,38	0,64	4,638 ^a	0,326	
Marka Bilincine Sahip	2,49	0,81	2,35	0,71	2,22	0,78	2,19	0,78	2,47	0,84	3,697	0,005*	
Çeşit Karmaşası Yaşayan	3,51	0,84	3,38	0,87	3,09	0,93	3,05	0,89	2,83	0,87	7,243	0,000*	
Düşünerek Hareket Eden, Dikkatli	3,75	0,66	3,96	0,59	3,88	0,66	3,88	0,66	3,84	0,65	0,857	0,489	
Sadık	3,74	0,59	3,50	0,72	3,64	0,80	3,66	0,66	3,71	0,66	1,454	0,214	
Özensiz	2,45	0,95	2,26	0,75	2,14	0,84	2,13	0,75	2,22	1,00	1,543	0,188	

^a Kruskal Wallis testindeki χ^2 değeridir.

* $p<0,05$; $n=726$

Çeşit karmaşası yaşayan tüketici tarzında aylık hane gelir grupları arasında anlamlı farklılaşma bulunmaktadır ($F=7,243$; $p<0,001$). Tukey HSD testine göre 1 404TL ve daha az gelir grubundaki katılımcılar, 5 001-10 000TL gelir grubundaki katılımcılardan ortalama 0,45 ($SH=0,16$; $p=0,046$); 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılardan ise ortalama 0,67 ($SH=0,17$; $p=0,001$) daha fazla çeşit karmaşası

yaşamaktadır. Ayrıca 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcılar, 2 801-5 000TL gelir grubundaki katılımcılardan ortalama 0,29 (SH=0,10; p=0,044); 5 001-10 000TL gelir grubundaki katılımcılardan ortalama 0,32 (SH=0,10; p=0,019); 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılardan ise ortalama 0,54 (SH=0,11; p=0<0,001) daha fazla çeşit karmaşası yaşamaktadır.

4.8.4.2. Tüketici ilgilenim ölçeği ile demografik verilerin karşılaştırılmasıyla elde edilen bulgular

Tüketici ilgilenim ölçeği ile iki alt grubu bulunan demografik değişkenlerin karşılaştırılmasından elde edilen bulgular Tablo 74’da yer almaktadır.

Cinsiyet değişkeni ile estetik kaygı boyutu arasında anlamlı farklılaşma bulunmaktadır. Kadınlar, erkeklerden 0,33 ortalama farkla daha fazla estetik kaygı yaşamaktadır ($t=-5,725$; $p<0,001$). Cinsiyet değişkeninde aile boyutunda anlamlı farklılık gözlenmektedir. Kadınlar, erkeklerden ortalama 0,22 daha fazla aile boyutuna ilgi göstermektedir ($t=-2,850$; $p=0,005$). Ayrıca para boyutunda da kadınlar erkeklerden anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Kadınların 0,19 ortalama farkla erkeklerden daha fazla para ilgisine sahip olduğu gözlenmiştir ($t=-2,817$; $p=0,005$).

Medeni durum değişkeni ile estetik kaygı boyutu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bekar katılımcılar evli katılımcılardan ortalama 0,19 farkla daha fazla estetik kaygıya sahiptir ($t=-3,438$; $p=0,001$). Ayrıca evli katılımcılarla, bekar katılımcıların aile boyutunda da farklılaştığı tespit edilmiştir. Evli katılımcıların, bekar katılımcılardan ortalama 0,15 farkla daha fazla aile boyutuyla ilgili olduğu bulunmuştur ($t=2,036$; $p=0,042$).

Kronik hastalığı olan katılımcılar ile olmayan katılımcılar, hedonist boyutta anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Kronik hastalığı olmayan katılımcılar, kronik hastalığı olan katılımcılardan ortalama 0,14 farkla daha fazla hedonist ilgi göstermektedir ($t=-2,001$; $p=0,046$).

Tablo 74: Tüketici ilgilenim ölçeği ile demografik veriler arasındaki t-testi sonuçları

Faktör		Cinsiyet		Medeni Durum		Kronik Hastalık	
		Erkek	Kadın	Evli	Bekar	Evet	Hayır
Aile	$\bar{X}$	3,79	4,01	4,00	3,85	3,80	3,95
	σ	1,06	0,92	0,94	1,02	1,06	0,96
	t	-2,850		2,036		-1,646	
	df	585		720		253	
	p	0,005*		0,042*		0,101	
Hedonist(Hazcı)	$\bar{X}$	3,24	3,32	3,28	3,30	3,18	3,32
	σ	0,86	0,81	0,85	0,81	0,85	0,82
	t	-1,228		-0,200		-2,001	
	df	724		724		724	
	p	0,220		0,842		0,046*	
Riskten Kaçınma	$\bar{X}$	4,41	4,50	4,50	4,44	4,50	4,45
	σ	0,69	0,65	0,58	0,73	0,61	0,68
	z	-1,787		-0,616		-0,796	
	U	59131		63881		45052	
	p	0,074		0,538		0,426	
Para	$\bar{X}$	3,54	3,73	3,69	3,62	3,60	3,67
	σ	0,96	0,88	0,92	0,91	0,92	0,92
	t	-2,817		0,977		-0,832	
	df	724		724		724	
	p	0,005*		0,329		0,406	
Estetik Kaygı	$\bar{X}$	3,71	4,04	3,80	3,99	3,87	3,91
	σ	0,76	0,77	0,76	0,79	0,80	0,78
	t	-5,725		-3,438		-0,692	
	df	724		724		724	
	p	0,000*		0,001*		0,489	
* p<0,05; n=726							

Tüketici ilgilenim ölçeğinde yer alan faktörler ile yaş gruplarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular Tablo 75’te bulunmaktadır. Estetik kaygı boyutunda yaş grupları arasında anlamlı farklılaşma olduğu gözlenmektedir ($F=4,057$; $p=0,001$). Tukey HSD testine göre 18-25 yaş grubundaki katılımcılar, 58 ve üzeri yaş grubundaki katılımcılardan ortalama 0,42 (SH:0,12; $p=0,007$) daha fazla estetik kaygı yaşamaktadır.

Tablo 75: Tüketici ilgilenim ölçeği ile yaş arasındaki ANOVA testi sonuçları

Faktör	Yaş													F	p
	18-25		26-33		34-41		42-49		50-57		58 ve üzeri				
	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ			
Aile	3,94	1,00	3,90	0,99	4,01	0,95	3,96	0,81	3,97	1,17	3,52	1,06	1,946	0,085	
Hedonist(Hazcı)	3,29	0,81	3,23	0,82	3,44	0,81	3,33	0,81	3,17	0,92	3,13	0,93	1,642	0,147	
Riskten Kaçınma	4,36	0,79	4,49	0,61	4,51	0,59	4,55	0,59	4,56	0,52	4,53	0,50	6,269 ^a	0,281	
Para	3,63	0,93	3,60	0,88	3,83	0,86	3,69	0,95	3,70	0,95	3,42	0,97	1,710	0,130	
Estetik Kaygı	4,05	0,79	3,85	0,73	3,89	0,77	3,84	0,76	3,70	0,85	3,63	0,79	4,057	0,001*	

^a Kruskal Wallis testindeki χ^2 değeridir.

* $p<0,05$; $n=726$

Tüketici ilgilenim ölçeğindeki faktörlerin çocuk sayısı ile karşılaştırılmasına ait veriler Tablo 76’da bulunmaktadır. Aile boyutunda, çocuk sayısı değişkeni anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($F=5,320$; $p=0,001$). Dunnett’s T3 testine göre hiç çocuğu olmayan katılımcıların, bir çocuğu olan katılımcılardan ortalama 0,30 ($SH=0,09$; $p=0,011$); iki çocuğu olan katılımcılardan ise ortalama 0,31 ($SH=0,08$; $p=0,004$) daha az aile ilgisine sahip olduğu gözlenmiştir.

Tablo 76: Tüketici ilgilenim ölçeği ile çocuk sayısı arasındaki ANOVA testi sonuçları

Faktör	Çocuk Sayısı									
	Yok		1		2		3 ve üzeri		F	p
	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	Σ	$\bar{X}$	σ		
Aile	3,81	1,03	4,11	0,89	4,12	0,83	3,78	1,06	5,320	0,001*
Hedonist(Hazcı)	3,28	0,80	3,27	0,87	3,38	0,84	3,20	0,95	0,702	0,551
Risken Kaçınma	4,41	0,73	4,54	0,53	4,59	0,50	4,40	0,75	7,429 ^a	0,059
Para	3,58	0,90	3,78	0,91	3,73	0,94	3,79	0,95	2,341	0,072
Estetik Kaygı	3,95	0,78	3,82	0,81	3,92	0,71	3,66	0,84	2,404	0,066

^a Kruskal Wallis testindeki χ^2 değeridir.

* $p < 0,05$; $n = 726$

Tüketici ilgilenim ölçeğindeki faktörler ile eğitim durumları karşılaştırılarak elde edilen bulgular Tablo 77’de yer almaktadır. Para boyutunda eğitim durumları anlamlı biçimde farklılaşmaktadır ($F = 6,732$; $p < 0,001$). Dunnett’s T3 testine göre ilköğretim mezunu olan katılımcılar, üniversite mezunu katılımcılardan ortalama 0,36 ($SH = 0,10$; $p = 0,010$); lisansüstü mezunu katılımcılardan ise ortalama 0,57 ($SH = 0,12$; $p < 0,001$) daha fazla para ilgilenimi göstermektedir. Ayrıca lise mezunu katılımcılar, lisansüstü mezunu katılımcılardan ortalama 0,36 ($SH = 0,10$; $p = 0,003$) daha fazla para ilgilenimi göstermektedir.

Estetik kaygı boyutunda eğitim durumları arasında anlamlı farklılaşma gözlenmektedir ($F = 6,732$; $p < 0,001$). Tukey HSD testine göre ilköğretim mezunları, lisansüstü mezunlarından ortalama 0,36 ($SH = 0,11$; $p = 0,014$) daha fazla estetik kaygı yaşamaktadır. Ayrıca lise mezunları, üniversite mezunlarından ortalama 0,17 ($SH = 0,06$; $p = 0,043$); lisansüstü mezunlarından ortalama 0,37 ($SH = 0,09$; $p < 0,001$) daha fazla estetik kaygı yaşamaktadır.

Tablo 77: Tüketici ilgilenim ölçeği ile eğitim durumu arasındaki ANOVA testi sonuçları

Faktör	Eğitim Durumu									
	İlköğretim		Lise		Üniversite		Lisansüstü		F	p
	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ		
Aile	4,02	0,91	3,89	1,02	3,96	0,95	3,76	1,06	1,429	0,233
Hedonist(Hazcı)	3,31	0,94	3,32	0,79	3,26	0,83	3,31	0,84	0,246	0,864
Riskten Kaçınma	4,53	0,62	4,42	0,69	4,46	0,69	4,52	0,54	1,799 ^a	0,615
Para	3,97	0,78	3,76	0,87	3,61	0,96	3,40	0,88	6,732	0,000*
Estetik Kaygı	4,03	0,71	4,04	0,73	3,87	0,81	3,67	0,79	6,595	0,000*

^a Kruskal Wallis testindeki χ^2 değeridir.

* $p<0,05$; n=726

Tüketici ilgilenim ölçeği ile meslekler arasındaki karşılaştırma Tablo 78’de verilmiştir. Para boyutunda meslekler arasında anlamlı farklılaşma gözlenmektedir ($F=2,752$; $p=0,004$). Dunnett’s T3 testine göre akademisyenler, ev hanımlarından ortalama 0,60 ($SH=0,16$; $p=0,019$); öğrencilerden ise ortalama 0,48 ($SH=0,13$; $p=0,045$) daha az para ilgisi göstermektedir.

Estetik kaygı boyutunda meslekler arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($F=3,393$; $p<0,001$). Tukey HSD testine göre akademisyenler, ev hanımlarından ortalama 0,54 ($SH=0,15$; $p=0,018$); öğrencilerden ise ortalama 0,51 ($SH=0,12$; $p=0,003$) daha az estetik kaygı yaşamaktadır. Ayrıca iş yeri sahipleri öğrencilerden ortalama 0,40 ($SH=0,12$; $p=0,037$) daha az estetik kaygı yaşamaktadır.

Tablo 78: Tüketici ilgilenim ölçeği ile meslek arasındaki ANOVA testi sonuçları

Faktör	Meslek																					
	Akademisyen		Çalışmayan		Diğer		Emekli		Ev Hanımı		İşçi		Memur		Öğrenci		İş Yeri Sahibi		Yönetici		F	p
	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ		
Aile	3,61	0,99	3,93	0,80	3,89	1,33	3,77	1,16	4,00	0,90	3,96	0,99	3,83	0,97	3,98	0,97	3,96	0,93	3,97	0,93	0,864	0,557
Hedonist (Hazcı)	3,17	0,85	3,20	0,78	3,48	0,90	3,28	0,92	3,36	0,80	3,28	0,86	3,28	0,80	3,31	0,82	3,31	0,82	3,28	0,79	0,357	0,955
Riskten Kaçınma	4,52	0,48	4,40	0,53	4,43	0,94	4,65	0,51	4,54	0,69	4,45	0,71	4,48	0,69	4,36	0,75	4,52	0,56	4,49	0,47	14,012 ^a	0,112
Para	3,26	0,84	3,83	0,74	3,15	1,28	3,74	0,94	3,86	0,79	3,67	0,91	3,75	0,92	3,74	0,85	3,55	1,07	3,55	0,90	2,752	0,004*
Estetik Kaygı	3,56	0,83	3,90	0,67	3,99	0,77	3,74	0,67	4,10	0,73	3,95	0,81	3,87	0,76	4,07	0,76	3,67	0,84	3,75	0,75	3,393	0,000*

^a Kruskal Wallis testindeki χ^2 değeridir.

* $p < 0,05$; n=726

Tüketici ilgilenim ölçeği ile aylık hane gelir grupları arasında yapılan karşılaştırmaların sonuçları Tablo 79’da verilmiştir. Aile boyutunda, gelir grupları arasında anlamlı farklılaşma gözlenmiştir ($F=2,972$; $p=0,019$). Dunnett’s T3 testine göre 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcılar, 5 001-10 000TL gelir grubundaki katılımcılardan ortalama 0,30 ($SH=0,10$; $p=0,033$) daha fazla aile ilgilenimine sahiptir.

Para boyutunda, gelir grupları arasında anlamlı farklılaşma gözlenmektedir ($F=10,169$; $p<0,001$). Tukey HSD testine göre 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcılar, 5 001-10 000TL gelir grubundaki katılımcılardan ortalama 0,46 ($SH=0,10$; $p<0,001$); 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılardan ise ortalama 0,66 ($SH=0,11$; $p<0,001$) daha fazla para ilgilenimi göstermektedir. Ayrıca, 2801-5 000TL gelir grubundaki katılımcılar; 5 001-10 000TL gelir grubundaki katılımcılardan ortalama 0,25 ($SH=0,08$; $p=0,022$); 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılardan ise ortalama 0,45 ($SH=0,09$; $p<0,001$) daha fazla para ilgilenimi göstermektedir.

Tablo 79: Tüketici ilgilenim ölçeği ile aylık hane geliri arasındaki ANOVA testi sonuçları

Faktör	Aylık Hane Geliri											F	p
	1 404TL ve altı		1 404- 2 800TL		2 801- 5 000TL		5 001- 10 000TL		10 001TL ve üzeri				
	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ			
Aile	4,26	0,79	4,12	0,77	3,92	0,96	3,82	1,02	3,82	1,11	2,972	0,019*	
Hedonist(Hazcı)	3,20	1,07	3,44	0,81	3,33	0,80	3,17	0,82	3,32	0,84	2,344	0,053	
Riskten Kaçınma	4,44	0,65	4,51	0,59	4,46	0,73	4,41	0,68	4,52	0,57	2,981 ^a	0,561	
Para	3,66	0,90	3,99	0,83	3,78	0,85	3,53	0,93	3,33	0,95	10,169	0,000*	
Estetik Kaygı	4,00	0,91	4,15	0,67	3,98	0,70	3,77	0,81	3,73	0,85	6,690	0,000*	

^a Kruskal Wallis testindeki χ^2 değeridir.

* $p<0,05$; $n=726$

Estetik kaygı boyutunda, gelir grupları anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ($F=6,690$; $p<0,001$). Dunnett’s T3 testine göre, 1 404-2 800TL gelir grubundaki katılımcılar, 5 001-10 000TL gelir grubundaki katılımcılardan ortalama 0,38 ($SH:0,08$; $p<0,001$);

10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılardan ise ortalama 0,42 (SH:0,10; $p<0,001$) daha fazla estetik kaygı yaşamaktadır. Ayrıca, 2 801-5 000TL gelir grubundaki katılımcılar, 5 001-10 000TL grubundaki katılımcılardan ortalama 0,21 (SH=0,07; $p=0,033$); 10 001TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılardan ise ortalama 0,25 (SH=0,08; $p=0,042$) daha fazla estetik kaygı yaşamaktadır.

4.8.5. Değişkenler ve faktörler arasındaki korelasyon analizi sonuçları

Demografik değişkenler ile ölçeklerde yer alan faktörler arasındaki ilişkiler, korelasyon analizi kullanılarak incelenmiştir. Korelasyon analizinde pearson korelasyon katsayısı kullanılmış olup, ilişkilerin yönü negatif ve pozitif olarak; ilişkilerin şiddeti ise zayıf, orta, kuvvetli olarak derecelendirilip, değerlendirilmiştir (Pallant, 2005:126).

Çalışmada yer alan demografik değişkenler(yaş, çocuk sayısı, kronik hastalık durumu, eğitim düzeyi, aylık hane geliri), tüketici tarzları ölçeğinde kullanılan altı faktör ve tüketici ilgilenim ölçeğinde yer alan beş faktör arasındaki korelasyon analizi sonuçları Tablo 80’de verilmektedir.

Demografik değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde; eğitim düzeyi ve çocuk sayısı arasında zayıf negatif ($r=-0,291$; $p<0,001$), eğitim düzeyi ve aylık hane geliri arasında orta şiddette pozitif ilişki ($r=+0,376$; $p<0,001$) bulunmuştur. Eğitim düzeyi yükseldikçe çocuk sayısının azaldığı, aylık hane gelirinin ise arttığı gözlenmiştir.

Demografik değişkenlerle tüketici tarzları ölçeğindeki faktörlerin ilişkileri incelendiğinde yaşın, sadakat ile pozitif yönde zayıf ($r=0,142$; $p<0,001$); eğitim düzeyinin ise, çeşit karmaşası ile negatif yönde zayıf ilişkiye ($r=-0,130$; $p<0,001$) sahip olduğu gözlenmiştir. Aylık hane geliri değişkeni de benzer şekilde çeşit karmaşası ile negatif yönde zayıf ilişkiye ($r=-0,187$; $p<0,001$) sahiptir.

Demografik değişkenlerle tüketici ilgilenim ölçeğindeki faktörler incelendiğinde; yaş ile estetik kaygı arasında negatif yönde zayıf ilişki ($r=-0,155$; $p<0,001$) bulunurken, eğitim düzeyi ile para ilgisi ($r=-0,164$; $p<0,001$) ve estetik kaygı ($r=-0,152$; $p<0,001$) arasında negatif yönde zayıf ilişki gözlenmiştir. Ayrıca aylık hane geliri ile hem para ($r=-0,201$; $p<0,001$) hem de estetik kaygı boyutu ($r=-0,171$; $p<0,001$) arasında negatif yönde zayıf ilişki olduğu bulunmuştur.

Tablo 80: Değişkenler ve faktörler arasındaki korelasyon analizi bulguları

	DEĞİŞKEN	$\bar{X}$	σ	1 YAŞ	2 ÇOSA	3 KRHA	4 EĞİ	5 GEL	6 MÜK	7 MABİ	8 ÇEŞ
1	YAŞ	33,80	12,60								
2	ÇOSA	0,72	0,97	,682***							
3	KRHA	0,23	0,42	,228***	,153***						
4	EĞİ	2,68	0,84	,030	-,291***	,005					
5	GEL	3,41	1,08	,193***	,021	,040	,376***				
6	MÜK	4,27	0,73	,034	,020	,051	,031	,037			
7	MABİ	2,29	0,79	,002	,029	-,003	-,002	,010	-,035		
8	ÇEŞ	3,09	0,91	-,112**	-,068	-,062	-,130***	-,187***	,072	,094*	
9	DÜŞ	3,88	0,65	,117**	,092*	,025	-,011	-,020	,409***	-,251***	-,023
10	SAD	3,64	0,72	,142***	,111**	,084*	,032	,053	,309***	,043	,066
11	ÖZE	2,18	0,84	,041	,020	,029	-,071	-,043	-,276***	,258***	,044
12	AİLE	3,92	0,98	-,047	,082*	-,065	-,044	-,117**	,243***	-,088*	,149***
13	HED	3,29	0,83	-,024	,014	-,074*	-,012	-,045	,322***	,277***	,175***
14	RİKA	4,46	0,67	,099**	,069	,032	,013	,002	,480***	-,034	,150***
15	PARA	3,65	0,92	-,013	,083*	-,031	-,164***	-,201***	,074*	-,050	,227***
16	ESKA	3,90	0,78	-,155***	-,073	-,026	-,152***	-,171***	,299***	-,016	,194***

ÇOSA: Çocuk Sayısı; KRHA: Kronik Hastalık; EĞİ: Eğitim Durumu; GEL: Aylık Hane Geliri;

MÜK: Mükemmeliyetçilik, MABİ: Marka Bilinci; ÇEŞ: Çeşit Karmaşası; DÜŞ: Düşünerek Hareket Eden;

SAD: Sadık; ÖZE: Özensiz; HED: Hedonist; RİKA: Riskten Kaçınma; ESKA: Estetik Kaygı

Değişkenler arası korelasyonlarda sıfır sıralaması (zero-order) kullanılmıştır.

$\bar{X}$: Ortalama; σ : Standart sapma, n=726.

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Tablo 80: Değişkenler ve faktörler arasındaki korelasyon analizi bulguları (devam)

	DEĞİŞKEN	$\bar{X}$	σ	9 DÜŞ	10 SAD	11 ÖZE	12 AİLE	13 HED	14 RİKA	15 PARA	16 ESKA
10	SAD	3,64	0,72	,179***							
11	ÖZE	2,18	0,84	-,374***	-,127**						
12	AİLE	3,92	0,98	,161***	,169***	-,158***					
13	HED	3,29	0,83	,080*	,092*	-,039	,219***				
14	RİKA	4,46	0,67	,293***	,307***	-,271***	,368***	,411***			
15	PARA	3,65	0,92	,108**	,084*	-,072	,495***	,193***	,258***		
16	ESKA	3,90	0,78	,190***	,181***	-,164***	,327***	,423***	,476***	,251***	

DÜŞ: Düşünerek Hareket Eden; SAD: Sadık; ÖZE: Özensiz; HED: Hedonist; RİKA: Riskten Kaçınma;

ESKA: Estetik Kaygı

Değişkenler arası korelasyonlarda sıfır sıralaması (zero-order) kullanılmıştır.

$\bar{X}$: Ortalama; σ : Standart sapma, n=726.

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Tüketici tarzları ölçeğinde yer alan altı faktörün birbiriyle olan ilişkileri incelendiğinde özellikle mükemmelliyetçilik boyutunun diğer boyutlarla zayıf veya orta şiddette ilişkili olduğu gözlenmiştir. Mükemmelliyetçilik boyutu, düşünerek hareket eden ($r=+0,409$; $p<0,001$) ve sadık tüketici boyutuyla ($r=+0,309$; $p<0,001$) orta şiddette ve pozitif yönde ilişkili çıkmıştır. Mükemmelliyetçilik boyutu, özensiz tüketici boyutu ile negatif yönde zayıf ilişkiye ($r=-0,276$; $p<0,001$) sahiptir. Ayrıca düşünerek hareket eden tüketici boyutunun; marka bilinci boyutu ile zayıf ($r=-0,251$; $p<0,001$), özensiz tüketici boyutuyla orta şiddette ($r=-0,374$; $p<0,001$) negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Tüketici ilgilenim ölçeğinde yer alan beş faktör arasındaki ilişkiler incelendiğinde aile boyutu; riskten kaçınma ($r=+0,368$; $p<0,001$), para ($r=+0,495$; $p<0,001$) ve estetik kaygı ($r=+0,327$; $p<0,001$) boyutları ile pozitif yönde orta şiddette ilişkili çıkmıştır. Hedonist ilgi ise riskten kaçınma ($r=+0,411$; $p<0,001$) ve estetik kaygı ($r=+0,423$;

$p<0,001$) boyutuyla pozitif yönde orta şiddette ilişkili bulunmuştur. Ayrıca riskten kaçınma boyutu ile estetik kaygı boyutu arasında orta şiddette ve pozitif yönlü ($r=+0,476$; $p<0,001$) bir ilişki olduğu gözlenmiştir.

Tüketici tarzları ölçeğindeki faktörler ile tüketici ilgilenim ölçeğindeki faktörler arasındaki ilişki incelendiğinde; mükemmelliyetçilik boyutunun, hedonist ilgi ($r=+0,322$; $p<0,001$) ve riskten kaçınma boyutu ($r=+0,480$; $p<0,001$) ile pozitif yönlü ve orta şiddette ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, mükemmelliyetçilik boyutu ile estetik kaygı boyutu arasında orta şiddette çok yakın pozitif yönlü ilişki ($r=+0,299$; $p<0,001$) olduğu gözlenmiştir. Düşünerek hareket eden tüketici tarzı ile riskten kaçınma boyutu arasındaki pozitif yönlü ilişkinin ise orta şiddete yakın bir değere ($r=+0,293$; $p<0,001$) sahip olduğu gözlenmiştir. Ayrıca sadakat boyutunun riskten kaçınma boyutu ile arasında pozitif yönlü orta şiddette ilişki ($r=+0,307$; $p<0,001$) olduğu tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1. Tartışma

Tversky ve Kahneman (1981), Amerika’da yaptıkları çalışmada üniversite öğrencilerinin, çerçeveleme etkisi altında risk alma ve riskten kaçınma davranışlarına yönelik eğilimlerini incelemiştir. Tversky ve Kahneman’ın çalışmasında çerçeveleme etkisine bağlı olarak, öğrencilerin kazanç çerçevesiyle sorulan sorularda çoğunlukla riskten kaçınma kararı verdiği; kayıp çerçevesiyle sorulan sorularda ise çoğunlukla risk alma kararı verdiği bulunmuştur. Duman Kurt (2011) Türkiye’de yaptığı çalışmada, yetişkin bireylere yüksek ilgi ve düşük ilgi gösterilmesi beklenen konuları çerçeveleme etkisi altında yöneltmiştir. Duman Kurt’un çalışmasında yüksek ilgi gösterilmesi beklenen konuya yönelik olarak kazanç çerçevesiyle sorulan soruda katılımcıların çoğunluğu riskten kaçınma; aynı konuda kayıp çerçevesiyle sorulan soruda ise katılımcıların çoğunluğu risk alma kararı vermiştir. Düşük ilgi gösterilmesi beklenen konuda ise katılımcıların çoğunluğu; sorular kazanç çerçevesiyle sorulduğunda riskten kaçınma, kayıp çerçevesinden sorulduğunda da riskten kaçınma kararı vermiştir.

Çalışmamızda yer alan katılımcılar; yüksek ilgi gösterilmesi planlanan ve kazanç çerçevesiyle sorulan tedavi yöntemi tercihinde çoğunlukla Y tedavisini tercih ederek, risk alma kararı vermiştir. Bu durum; hem Tversky ve Kahneman’ın (1981) hem de Duman Kurt’un (2011) çalışma sonucu ile uyuşmamaktadır. Sağlık hizmetlerine yönelik tercihlerin, diğer hizmetlerden ayrıldığı ve farklı bir şekilde değerlendirildiği göz önüne alındığında, bu sonuç normal karşılanabilmektedir. Katılımcılar “Y” yöntemini tercih ederek, ekonomik olarak risk almaktadır ancak sağlık hizmeti için yapılan ödemenin tamamının kullanılması, yöntemin daha iyi kabul edilmesine yönelik bir algı oluşturmaktadır.

Çalışmamızda düşük ilgi gösterilmesi planlanan ve kayıp çerçevesine alınarak sorulan eczane tercihinde ise katılımcıların çoğunluğu riskten kaçınma kararı vermiştir. Bu sonuçlar Tversky ve Kahneman’ın (1981) çalışma sonuçları ile uyuşmamakta olup; Duman Kurt’un (2011) yaptığı çalışma ile benzerlik göstermektedir. Çalışmadaki

katılımcıların çoğu düşük ilgi kapsamındaki eczane tercihinde, hiç ilaç alma ihtimalini büyük bir risk olarak algılamış bu durumdan uzak durmayı tercih etmiştir.

Dhar ve Wertenbroch'un (2000) yaptığı çalışmada katılımcıların ürün ve hizmet seçimlerinde genellikle hedonik(hazcı) tercihlerde bulunduğu gözlenmiştir. Aynı çalışmada, birlikte çalışılacak insanların değerlendirilmesinde ise faydacı tercihlere yönelme görülmektedir. Duman Kurt'un (2011) çalışmasında yer alan yüksek ilgi duyulan üründe hazcı; düşük ilgi duyulan üründe ise faydacı tercihlerin fazlalaştığı görülmektedir.

Çalışmamızda, sağlık hizmetinin alınacağı kurum seçimi yüksek ilgi gösterilmesi gereken konu olarak verilmiş olup, katılımcıların yanıtları faydacı tercihte yoğunlaşmaktadır. Benzer şekilde düşük ilgi gösterilecek konu olarak verilen krem seçiminde de faydacı tercih katılımcıların büyük bir çoğunluğu tarafından seçilmiştir.

Çalışmamızda demografik özelliklerin hem yüksek ilgi hem de düşük ilgi konusunda faydacı ya da hazcı tercihlerde değişiklik göstermediği bulunmuştur. Duman Kurt'un (2011) yaptığı çalışmada yüksek ilgi konusunda eğitim seviyesi; düşük ilgi konusunda ise cinsiyet anlamlı farklılık oluşturmuştur. Sağlık hizmetlerinde tüketicilerin kararlarını daha ciddiye aldığı, hizmet ya da ürünün faydasına odaklandığı gözlenmektedir. Kültür Demirgüneş'in (2016) ifade ettiği gibi fayda sağlamak isteyen tüketici, ürün ya da hizmete yönelik rasyonel bir bakış içerisinde olmakta ve satın alma sürecinde somut ihtiyaçları gidermeyi öncelikli tutmaktadır.

Smith ve Sinha'nın (2000) yaptığı çalışmada, tüketicilerin sunulan ürünlere yönelik kampanya tercihleri incelenmiştir. Çalışmada tüketicilerin genellikle tek üründe indirim sağlayan kampanyayı tercih ettiği; benzer şekilde Duman Kurt'un (2011) çalışmasında da tek üründe indirim sağlayan kampanya, katılımcıların çoğunluğu tarafından tercih edilmiştir. Her iki çalışmada da ikinci sırada gelen tercih, bir alana bir bedava veren kampanya olmuştur.

Çalışmamızda ise bir alana bir bedava veren kampanya katılımcıların çoğunluğunun tercihi olmuştur. İkinci sırada gelen tercih ise tek ürün alımında indirim sağlayan kampanyadır. Çalışmamızda, kampanya tercihlerinde cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek ve aylık hane geliri değişkenlerinde anlamlı farklılıklar bulunurken; Duman Kurt'un (2011) çalışmasında eğitim seviyesi ve aylık hane geliri değişkenlerinde

farklılaşma gözlenmektedir. Çalışmamızda elde edilen sonuç Lowe'un (2010) çalışmasının sonuçlarıyla da benzeşmektedir. Lowe çalışması sonucunda, tüketicilerin ürün promosyonları ve kampanyalardan etkilendiğini açıklamaktadır. Ayrıca Lowe, riski düşük ürünler için tüketicilerin; ilave ücretsiz ürün verilmesine, fiyat indirimi verilmesinden daha fazla ilgi gösterdiğini ifade etmektedir.

Tversky ve Kahneman (1981) yaptıkları çalışmada, yüksek fiyatlı üründe yapılan indirim ile düşük fiyatlı üründe yapılan indirimin aynı miktarda olması halinde, tüketicilerin satın alma kararlarında büyük oranda değişiklik gözlemlendiğini ifade etmişlerdir. Duman Kurt'un (2011) yaptığı çalışmada ise Tversky ve Kahneman'ın yaptığı çalışmadaki kadar büyük bir fark oluşmamıştır.

Çalışmamızda farklı hizmetlere aynı indirim miktarı uygulandığında; katılımcıların düşük fiyatlı hizmet için yer değişme kararı, yüksek fiyatlı hizmet için yer değiştirme kararından daha fazla sayıda gerçekleşmiştir. Sağlık hizmetlerine yönelik yer değiştirme kararları, Duman Kurt'un (2011) çalışmasında yer alan tüketim ürünlerine yönelik kararlarla benzeşmektedir. Bonini ve Rumiati'nin (2002) yaptığı çalışmada da bu sonuçlar desteklenmektedir. Bonini ve Rumiati, tüketicilerin fiyat indirimlerine göre yaptıkları zihinsel muhasebenin genellikle referans fiyatlarla ilişkili olduğunu ifade etmektedir.

Çalışmamızda yüksek ilgi gösterilen hizmet için yer değiştirme kararında cinsiyet, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek ve aylık hane geliri değişkenlerinde farklılaşma görülürken; model olarak aldığımız Duman Kurt'un (2011) çalışmasında yüksek ilgi duyulan üründe yer değiştirme kararında, demografik özelliklerde farklılaşma gözlenmemiştir. Duman Kurt'un çalışmasında düşük ilgi duyulan ürün için yer değiştirme kararında, aylık hane gelirinde anlamlı farklılaşma tespit edilirken; çalışmamızda, düşük ilgi duyulan hizmet için yer değiştirme kararında yaş, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek ve aylık hane geliri değişkenlerinde farklılaşma görülmektedir.

Batık maliyet hatasına yönelik sormuş olduğumuz sorularda, hem yüksek ilgi hem de düşük ilgi gösterilen hizmete yönelik katılımcıların yanıtları Duman Kurt'un (2011) çalışmasındaki yanıtlarla uyumlu çıkmıştır. Çalışmamızda katılımcıların çoğu, hem

yüksek ilgi hem de düşük ilgi gösterilen hizmetten yararlanmak istediğine yönelik yanıtlar vermiştir.

Çalışmamızda ve Duman Kurt'un (2011) çalışmasında katılımcılar; parası verdiği ürün ya da hizmetlerden, çekiliş ya da hediye sonucu elde ettiği ürün ya da hizmetlerden daha fazla yararlanma eğilimi göstermektedir. Tepeler (2017) yaptığı çalışmada bu eğilimi destekleyen sonuçlara ulaşmıştır. Tepeler'e göre; bireyler, beklemediği şekilde elde ettiği kazanç ile kendi emeğiyle elde ettiği kazancı farklı şekillerde algılamaktadır. Bu yorumdan yola çıkarak, çalışmamızda yer alan düşük ilgi gösterilecek diş hekimi muayenesine gitme kararı alan katılımcı sayısının; yüksek ilgi gösterilecek sağlık kontrolüne gitme kararı alan katılımcı sayısından daha fazla olması, açıklanabilmektedir.

Çalışmamızda yüksek ilgi duyulan hizmetten yararlanma kararı yaş değişkeninden etkilenirken; model alınan Duman Kurt'un (2011) çalışmasında yaş değişkeni fark yaratmamıştır. Duman Kurt'un çalışmasında cinsiyet, medeni durum ve meslek değişkenleri tercihlerde fark yaratmaktadır. Düşük ilgi duyulan hizmet tercihinde çalışmamızda cinsiyet ve yaş değişkenleri farklılık ortaya çıkarırken; Duman Kurt'un çalışmasında yaş ve meslek değişkenlerinde farklılık gözlenmiştir.

Fiyat-başarı olasılığı ve fiyat-iyileşme süresi, çalışmamızda ayrı ayrı sorularda kıyaslanmıştır. Katılımcıların her iki soruda da benzer cevaplar verdiği gözlenmiştir. Katılımcılar çoğunlukla yüksek fiyatlı alternatifleri tercih etmiştir. Sağlık hizmetinin daha başarılı olması önem taşımaktadır. Fiyatın bu noktada daha az önem taşıdığı söylenebilmektedir. Benzer şekilde bir aylık iyileşme süresi katılımcıların daha çok tercih ettiği seçenek olmuştur. Bu durumda sürenin, fiyata göre daha önemli olduğu söylenebilmektedir.

Çalışmamızda fiyat-başarı olasılığının kıyaslandığı soruda aylık hane geliri değişkeni yöntem tercihinde farklılık yaratmaktadır. Gelir durumunun tercihleri etkilediği anlaşılmaktadır. Her iki yöntemde de tam başarı sonucu olasılıklara bağlı olmaktadır. Yöntemlerin başarı olasılığı ile tüketicilerin yaşam standartları, ödeme miktarını ve tüketicinin bu ödemeye verdiği önemi belirlemektedir.

Çalışmamızda fiyat-iyileşme süresi tercihinde yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim, meslek ve hane geliri değişkenleri yanıtları farklılaştıran demografik özellikler

olarak bulunmuştur. Özellikle eğitim durumu, meslek ve aylık hane geliri arasında sıkı bir ilişki olduğu bilinmektedir. Bu üç demografik özellik çalışmada tedavi için ödenecek ücreti ve iyileşme süresi kararını büyük oranda etkilemektedir. Tedavi sürecinde bireyin çalışamayacağı bilindiğinden, bireyin en erken sürede sağlıklı haline geri dönme isteği, iş hayatına başlaması ve gelir elde etme arzusu; bireyin yaptığı tercihleri açıklayabilmektedir. Öte yandan tedavi ücretine daha temkinli yaklaşan bir katılımcının zaman kavramına verdiği önemin daha düşük olduğu söylenebilir. Örneğin bir emekli, çalışan bir katılımcıya göre zaman konusunda daha rahat davranabilir ve tercihlerini farklılaştırabilir.

Greenberg ve arkadaşlarının (1988) yaptığı çalışmada Amerika’da kanser tedavisine yönelik hasta tercihleri incelenmiştir. Hastaların, ameliyat tercihinin evli olanlarda ve özel sigortası olanlarda daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca yetmiş beş yaş üzerindeki katılımcıların ameliyat olmayı diğer katılımcılardan daha az tercih ettikleri tespit edilmiştir. Çalışmanın sonuçları, sosyo ekonomik faktörlerin; tıbbi faktörler gibi, tedavi yöntemini belirlediği düşüncesini desteklemektedir.

İnsanların sorumluluk sahibi olması halinde pek çok davranışında değişiklik olduğu bilinmektedir. İnsanların, aile kurması; anne, baba olması; bakıma muhtaç bir aile büyüğü ile ilgilenmesi, hayat tarzlarında pek çok değişikliğe sebep olmaktadır. Karar süreçleri de insanların hayatlarında gerçekleşen ve kısaca sorumluluk adı verilen bu duygu ile de değişime uğramaktadır. Çalışmamızda tüketicilere sorulan sorularda bakmakla yükümlü olunan kişilerin olduğu ve olmadığı durumlar varsayım olarak yönetilmiş olup; iki varsayımda yapılan tercihlerde farklılık olduğu gözlenmiştir.

Operasyona ayrılan bütçede sorumluluk duygusu, sağlık hizmeti için ayrılacak maaş miktarı tercihlerini yarı yarıya düşürmüştür. Ölüm riski olan ameliyat tercihinde sorumluluk duygusu yokken katılımcıların büyük çoğunluğu ameliyat olmayı seçerken; sorumluluk duygusu devreye girdiğinde, ameliyat olmama tercihi daha fazla gözlenmektedir. Fiyatı belirli ancak başarısızlık ihtimali olmayan ameliyat tercihlerinde ise katılımcılar sorumlulukları olsa da olmasa da çoğunlukla ameliyat olmayı tercih etmişlerdir. Ancak sorumluluk olduğu durumda, ameliyat olmayı tercih edenlerin sayısında azalma gözlenmektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların cevaplarından yola çıkarak sorumluluklar; hayati risk söz konusu olduğunda kararları, parasal konulardan çok daha belirgin şekilde etkilemektedir. İnsanlar genellikle sorumluluklarını sürdürme eğilimi göstermeyi, kendi hayat tarzlarını değiştirmek pahasına tercih etmektedir. Elde edilen sonuçlar toplumumuzdaki genel hayat tarzlarını, toplumumuzun sahip olduğu genel değerleri ve ailelerdeki fedakarlık örneklerini destekler niteliktedir.

Çalışmamızda, hayati bir tıbbi müdahale için cepten yapılacak ödeme miktarı tercihlerinde, hayati olmayan müdahalelere göre büyük oranda değişiklik gözlenmiştir. Hayati önem söz konusu olduğunda katılımcıların en çok tercih ettiği ödeme aralığının en üst aralık olarak bulunması, sağlık hizmetinin insanlar için ne kadar önemli olduğunu bir kez daha göstermiştir. Ancak hayati olmayan bir tıbbi müdahale için çoğunluğun tercihinin en alt aralıkta olması da insanların paraya verdiği değeri destekler niteliktedir. Ayrıca, herhangi bir tıbbi müdahale için, üçüncü taraf ödemelerde öngörülen ödeme aralıkları, cepten ödeme miktarlarının üzerinde gerçekleşmektedir. Katılımcılar, dolaylı ödeme miktarlarının daha yüksek olabileceğini düşünmektedir. Katılımcıların bu seçimini; toplumun bir parçası olduğunu düşünmesi ve yaptığı ödemelerin karşılığını alma isteği etkileyebilmektedir.

Tüketici tarzları ölçeği farklı ülkelerde yapılan pek çok çalışmada kullanılmıştır. Literatürdeki çalışmaların neredeyse tamamında Sproles ve Kendall'ın (1986) çalışmasında yer alan ölçek birebir olarak kullanılmıştır. Sproles ve Kendall'ın Amerika'da lise öğrencilerine uyguladığı ve adlandırdığı ölçekte yer alan faktörler: Mükemmelliyetçi, marka bilincine sahip, yenilik-moda odaklı, eğlenceli-hazcı, fiyat odaklı, düşüncesizce hareket eden-dikkatsiz, çeşit karmaşası yaşayan ve alışkanlığa bağlı-sadık tüketici tarzlarıdır. Literatürde bu ölçeği kullanan çalışmaların genellikle tüketim mallarını kapsadığı gözlenmektedir. Tüketici tarzları ölçeğinde yer alan faktörler çalışmaların çoğunda belirgin biçimde ortaya çıkmakta ve genel olarak faktörler için benzer isimler kullanılmaktadır. Sonuçların benzerliği ölçeğin güvenilirliğini artırmaktadır. Ancak bazı çalışmalarda tüketici tarzları ölçeği için farklılaşan faktörler de gözlenmektedir. Bu durum da ölçek güvenilirliği konusunda tartışmalara yol açabilmektedir. Literatürde sağlık hizmeti üzerine yapılan tüketim tarzları çalışması bulunmamaktadır. Ancak, çalışmamızın bulgularına göre

tüketicilerin sağlık hizmetleri tercihleri, gerek tüketim malları gerekse değer sektörlerdeki hizmetlerdeki tüketici tercihleriyle benzer özellikler göstermektedir.

Fan ve Hiao (1998) Çin’de üniversite öğrencilerine uyguladığı ölçekte farklı faktör sayılarını denemiştir. Çalışma sonucunda araştırmacılar beş faktörlü ölçekte karar kılmıştır. Fan ve Hiao’nun ön gördüğü tüketici tarzları; marka bilincine sahip, fiyat odaklı, zamanın bilincinde, bilgiyi kullanan, kalite odaklı tüketici tarzlarıdır. Mitchell ve Bates’in (1998) İngiltere’de üniversite öğrencilerine yaptığı çalışmada Sproles ve Kendall’ın (1986) çalışmasındaki sekiz faktör aynen korunmuş, zamanın bilincinde ve mağaza sadakati boyutları ölçeğe eklenmiştir. Kavas ve Yeşilada’nın (2007) Türkiye’de yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerine tüketici tarzları ölçeği sorulmuştur. Bu çalışma sonucunda Sproles ve Kendall’ın (1986) ölçeğindeki tarzlardan biri olan yenilik odaklı tüketici tarzı anlamlı bulunmamış; alışverişten kaçan tüketici tarzı ortaya çıkmıştır. Diğer tüketici tarzları ise aynen korunmuştur. Dursun ve arkadaşlarının (2010), Türkiye’de çoğunluğu öğrencilerden oluşan katılımcılarla gerçekleştirdikleri çalışmada tüketici tarzları ölçeğini kullanmışlardır. Çalışma sonucunda Sproles ve Kendall’ın (1986) geliştirdiği ölçekte yer alan eğlenceli-hazcı tüketiciler faktörü çalışmada yer almazken; Sproles ve Kendall’ın geliştirdiği ölçekte yer almayan alışverişten kaçan ve kararsızlık faktörleri tanımlanmıştır.

Duman Kurt’un (2011) Türkiye’de yaptığı ve çalışmamız için model aldığımız araştırmada, Sproles ve Kendall’ın (1986) sekiz faktörden oluşan tüketici tarzları ölçeği kullanılmıştır. Çalışma sonucunda ölçekten fiyat odaklı ve düşüncesizce hareket eden faktörleri çıkarılarak; alışverişten kaçan ve mükemmelliyetçi olmayan faktörleri eklenmiştir.

Çalışmamızın sonunda ortaya çıkan ölçekte yer alan mükemmelliyetçi-kalite odaklı, marka bilincine sahip, çeşit karmaşası yaşayan, sadık tüketici boyutları literatürdeki çalışmaların pek çoğu tarafından desteklenmektedir. Özensiz faktörü, yukarıda bahsedilen çalışmalarda yer alan alışverişten kaçan(mükemmelliyetçi olmayan) faktörü ile benzeşmektedir. Düşünerek hareket eden-dikkatli faktörü ise literatürdeki çalışmaların genelinde yer alan düşüncesizce hareket eden-dikkatsiz faktörünün tam tersi, olarak açıklanabilmektedir. Ölçekte yer alan soruların soruluş şekli(ters ifade) ve yanıtların incelenmeden önce dönüştürülmesi faktör ismindeki değişmeyi anlaşılır

hale getirmektedir. Sproles ve Kendall'ın (1986) geliştirdiği ölçekte yer alan yenilik-moda odaklı, eğlenceli-hazcı faktörleri çalışmamızın sonuçlarında yer almamaktadır. Literatürde bu iki faktörün yer almadığı çalışmalar bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerinin olması, genellikle tüketim ürünlerine ya da diğer hizmetlere yönelik olarak kullanılan tüketici tarzları ölçeğinde de farklı sonuçlar elde etmemize sebep olmaktadır. Tüketicilerin sağlık hizmetine yönelik, diğer hizmet türlerine ya da tüketim ürünlerine benzer yaklaşımlarda bulunduğu tarzlar gözlenirken; tamamen farklı yaklaşımlarda bulunmasının olası olduğu da elde edilen sonuçlardan anlaşılmaktadır.

Ünal ve Erçiş'in (2007) çalışmasında, genç tüketicilerin çeşit karmaşası yaşadığı; gençlerin ürünlerle ilgili araştırma yapmaktan ve satın alma kararı vermeye çalışmaktan hoşlanmadığı, sonuçları ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda, genç yaş grubundaki katılımcıların çeşit karmaşasını diğer yaş gruplarından daha fazla yaşadığı ve düşünerek hareket etme konusunda en düşük ortalamaya sahip oldukları bulunmuştur.

Kwan ve arkadaşlarının (2008) Çin'de yaptığı çalışmada 20-30 yaş grubundaki gençlerin hayat tarzları ile satın alma tarzları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre yaşam tarzı; marka bilinci, eğlenceli-hazcı, mükemmelliyetçi, markaya sadık ve dikkatsiz tüketici tarzlarını etkilemektedir. Çalışmamızın sonuçlarında, Kwan ve arkadaşlarının çalışmasında yer alan eğlenceli-hazcı tüketici tarzı yer almamakta; ayrıca dikkatsiz tüketici tarzı çalışmamızda dönüştürülerek, düşerek hareket eden-dikkatli tüketici tarzı şeklinde kullanılmıştır. Çalışmamızda, hayat tarzında belirleyici olan medeni durum, kronik hastalık durumu, yaş grubu, çocuk sayısı, aylık hane geliri değişkenleri tüketici tarzlarında anlamlı farklılaşma oluşturmaktadır. Çalışmamız, mükemmelliyetçi tüketici tarzında Kwan ve arkadaşlarının çalışmasından farklı sonuçlar verirken; marka bilincine sahip ve sadık tüketici tarzlarında Kwan ve arkadaşlarının çalışmasını destekleyen sonuçlara sahiptir.

Stávková ve arkadaşlarının (2008) Çek Cumhuriyeti'nde yaptıkları çalışmada, çeşitli faktörlerin tüketicilerin satın alma kararlarına etkisi incelenmiştir. Çalışmada ele alınan faktörler; alışkanlıklar, ihtiyacın gerekliliği, deneyim, gelenekler, tavsiyeler, ürün özellikleri, kalite, marka, fiyat, indirimler, reklamlar, yenilikçi olma ve ürün

tasarımından oluşmaktadır. Çalışmada insanların sağlık harcamalarının toplam harcamaların yüzde üç buçukunu oluşturduğu ve sağlık harcamaların her yıl arttığı ifade edilmiştir. Çalışma sonucunda tüketicilerin sağlık hizmetleri ve ürünlerini satın alma kararında etkili olan faktörler önem sırasına göre; sağlık ihtiyacının ortaya çıkması, hizmetin ya da ürünün kalitesi, hizmetin ya da ürünün kendisine has özellikleri, eski deneyimler ve uzman doktorlar, şeklinde sıralanmaktadır. Ayrıca çalışmada sağlık hizmetlerinin satın alınmasında fiyatın limitleyici olmadığı bulunmuştur.

Karar sürecinin belirleyicisi olarak Stávková ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında; ürün ya da hizmetin kalitesi ile uzman doktorlar faktörünün yer alması, çalışmamızdaki tüketici tarzları ölçeğinde yer alan mükemmelliyetçi faktörünün önemini ve tüketici ilgilenim ölçeğinde yer alan riskten kaçınma faktörünün önemini desteklemektedir. Ayrıca, çalışmamızda hayati önem taşıyan tıbbi müdahale için uygun görülen ödeme miktarlarında artış gözlenmesi de Stávková ve arkadaşlarının çalışması tarafından desteklenmektedir.

Mokhlis ve Salleh'in (2009) Malezya'da üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada cinsiyetin tüketici tarzlarına etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada kadınlarda ve erkeklerde benzer olan, Sproles ve Kendall (1986) modeliyle uyuşan dört tarz belirlenmiştir. Bu tarzlar; kalite odaklı(mükemmelliyetçi), marka bilincine sahip, moda odaklı, çeşit karmaşası yaşayan tüketici tarzlarıdır. Çalışmamızda elde edilen sonuçlarda moda odaklı tüketici tarzı yer almamaktadır. Çalışmamızda mükemmeliyetçi-kalite odaklı tüketici tarzındaki sonuçlar Mokhlis ve Salleh'in çalışmasıyla uyuşmakta ancak marka bilincine sahip ve çeşit karmaşasına sahip tüketici tarzlarında farklılaşmaktadır.

Kitapçı ve Dörtüol'un (2009) yaptığı çalışmada satın alma karar süreçleri incelenmiştir. Kadınların tercihleri üzerine yoğunlaşan çalışmada eğitim seviyesinin yükselmesinin kararlarda değişiklik yarattığı tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmada gelir durumunun değişmesiyle de karar süreçlerinde farklılaşma olduğu gözlenmiştir. Bazı ürün ve hizmet grupları için gerçekleşen karar süreçlerinde eğitim ve gelir durumunun anlamlı değişikliğe sebep olmadığı da bulunmuştur. Çalışmamızda tüketici ilgilenim ölçeğinde gözlenen para boyutunda; eğitim, meslek ve aylık hane geliri

değişkenlerinde anlamlı farklılaşma bulunmuştur. Çalışmamızdaki sonuçlar, Kitapçı ve Dörtüol'un çalışmasındaki sonuçları desteklemiştir.

Duman Kurt (2011), çalışmamıza model olan çalışmasında, tüketici tarzları ölçeğindeki soruları Türkiye'de yaşayan katılımcılara yöneltmiştir. Duman Kurt'un çalışmasında tüketici tarzları ölçeğinde yer alan mükemmeliyetçi boyut, aylık hane geliri ile anlamlı farklılık gösterirken; çalışmamızda bu sonucu destekleyen bulgulara rastlanmamıştır. Duman Kurt'un çalışmasında marka bilincine sahip tüketici tarzı eğitim ve gelir durumu ile farklılaşırken; çalışmamızda bu boyutta gelir durumu ve cinsiyet değişkenleri farklılaşmaya sebep olmaktadır. Çeşit karmaşası boyutunda, hem Duman Kurt'un çalışmasında hem de çalışmamızda; medeni durum, yaş, eğitim durumu, meslek değişkenlerinde farklılaşma olduğu sonucu bulunmuştur. Çalışmamızda bu boyutta Duman Kurt'un çalışmasından farklı olarak, cinsiyet ve gelir durumu değişkenlerinde de farklılaşma gözlenmiştir. Sadık tüketici tarzında, yaş değişkeninde her iki çalışmada anlamlı farklılaşma bulunurken; çalışmamızda, Duman Kurt'un çalışmasından farklı olarak çocuk sayısı ve medeni durum değişkenlerinde anlamlı farklılaşma gözlenmiştir.

Lawan ve Zanna (2013) yaptıkları çalışmada Nijerya'daki tüketicilerin kıyafet satın alma karar süreçlerine etki eden faktörleri incelemiştir. Araştırmanın sonuçlarında kültürel, ekonomik faktörlerin ve yaş faktörünün satın alma karar sürecine etki ettiği bulunmuştur. Çalışmamızda; kültürel faktörlerden biri olarak kabul edilebilecek olan eğitim durumunun, çeşit karmaşası yaşama boyutunda anlamlı farklılığa sebep olduğu gözlenmiştir. Tüketici ilgilenim ölçeğinde ise eğitim durumu; para ve estetik kaygı boyutlarında farklılık ortaya çıkarmaktadır. Çalışmamızda ekonomik faktörleri en çok etkileyen gelir durumu, kararlarda marka bilinci ve çeşit karmaşası yaşama boyutlarında farklılığa sebep olmaktadır. Ayrıca yaş değişkeninde tüketici tarzlarında çeşit karmaşası, düşünerek hareket etme ve sadakat boyutlarında anlamlı farklılaşma olması; Lowan ve Zanna'nın çalışmasında elde edilen sonuçları destekleyen bulgulardır.

Külter Demirgüneş (2016), yaptığı çalışmada internet üzerindeki satışlarda algılanan hedonik değeri incelenmiştir. Cinsiyetin hedonik değer ile anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmüştür. Bu sonuç çalışmamızdaki tüketici ilgilenim ölçeğinde

elde edilen sonuçlarla örtüşmektedir. Ayrıca Kültür Demirgüneş'in çalışmasında gelir seviyesi hedonik değer üzerinde farklılık gösterirken, çalışmamızda bu bulgu desteklenmemektedir.

Ünal (2019), Z kuşağındaki üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada; erkeklerin marka ürünleri daha fazla tercih ettiğini, statü ve prestije daha fazla önem verdiğini bulmuştur. Ünal'ın çalışmasındaki sonuçlar çalışmamızdaki bulguları destekler niteliktedir. Çalışmamızda; marka bilincine sahip tüketici tarzında, erkeklerin kadınlardan anlamlı bir şekilde daha yüksek ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca Ünal'ın yaptığı çalışmada kadınlarda para ile kalite uyumlaştırmasının, erkeklerden daha az olduğu bulunmuştur. Bu sonuçtan yola çıkarak, kadınların para algısının erkeklerden olumlu yönde daha iyi olduğu söylenebilmektedir. Çalışmamızda tüketici ilgilenim ölçeğinde para boyutunda kadınların erkeklerden daha yüksek puana sahip olması, bahsedilen sonucu desteklemektedir.

5.2. Sonuç

Sağlık hizmetlerinde davranışsal ekonominin tüketici satın alma davranışlarına etkisi başlıklı bu çalışma; davranışsal ekonomi konularının, tüketici davranışlarına etkilerini araştırmak, sağlık hizmetlerinde tüketici tarzlarının diğer sektörlerle benzerliğini incelemek, tüketicilerin sağlık hizmetlerine yönelik ilgilenim boyutlarını ortaya çıkarmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma İstanbul ilinde yaşayan on sekiz yaşını doldurmuş ve rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen katılımcıların gönüllülük esasına göre yapılmıştır.

Çalışmaya katılanların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (%58,7). Yaş gruplarında en çok katılım, 18-25 yaş grubu (%34,6) ile 26-33 yaş grubunda (%22,6) gerçekleşmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun bekar olduğu (%53,6) ve çocuk sahibi olmadığı (%58,7) gözlenmiştir. Çalışmada kronik hastalığı olan 168 katılımcı (%23,1) yer almıştır. Eğitim durumunda en çok katılımı üniversite mezunları (%46,8), en az katılımı ise ilköğretim mezunları (%9,2) göstermiştir. Meslek gruplarına göre en çok katılım işçiler (%24,5) ile öğrenciler (%21,9) tarafından sağlanmıştır. Aylık hane gelirine göre en çok katılımın ise 2 801-5 000TL (%33,6) ile 5 001-10 000TL (%29,8) gelir grubuna sahip bireyler tarafından gerçekleştirildiği gözlenmiştir.

Araştırmada elde edilen sonuçlar sırasıyla; davranışsal ekonomi konuları, tüketici tarzları ölçeği, tüketici ilgilenim ölçeği başlıklarıyla sunulmaktadır.

Davranışsal Ekonomi Konuları

Çerçeveleme etkisinin incelendiği tedavi yöntemi tercihinde, sağlık hizmetlerinin söz konusu olması nedeniyle katılımcıların büyük bir çoğunluğu ekonomik anlamda riskten kaçınma davranışını göstermemiş, para iadesinin garanti olmadığı yöntemi tercih etmiştir. Bu sonuç, sağlık hizmetlerindeki tüketici kararlarının hayati önem taşıyan durumlarda diğer hizmetlerden farklılaştığının göstergesidir. Katılımcılar, sağlık hizmeti için iade yapılmaması durumunu, hizmetin daha güvenilir ve daha kaliteli olabileceğini düşünerek; davranışsal ekonomi kapsamında risk almış, ancak kişisel değerlendirmeleri sonucunda riskten kaçınmışlardır. Çerçeveleme etkisine yönelik olarak daha az önem taşıyan ilaç temini sorusunda ise katılımcıların çoğunlukla, davranışsal ekonomi literatürüne uygun davranışta bulunduğu ve riskten kaçındığı gözlenmiştir. Bu sonuç, sağlık hizmetlerindeki tüketici tercihlerinin diğer hizmetlerdeki tüketici tercihlerine benzer özellikler gösterebileceğini açıklamaktadır.

Referansa bağlılık kapsamında, yüksek ilgi gösterilen ve daha önemli olan kararlar için, tüketici tercihlerinde haz boyutunun daha ağır bastığı bilinmektedir. Tüketici tercihlerinin genellikle keyif alma ve konfora dayalı seçimler üzerine yoğunlaştığı gözlenmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu, hem yüksek hem de düşük ilgi gösterilmesi beklenen farklı durumlardaki sağlık hizmetlerine yönelik tercihlerinde, haz duygusu yerine fayda elde etmeyi tercih etmiştir. Sağlık hizmetlerinde önceliğin sağlık sorununun bir an önce giderilmesi olduğu, hizmet sürecinde tüketicinin yaşayabileceği haz duygularını (konfor, manzara) ise genellikle dikkate almadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Zihinsel muhasebe kapsamında değerlendirilen kampanya tercihlerinde katılımcıların; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek ve aylık hane gelirine bağlı olarak farklı yanıtlar verdiği gözlenmiştir. Erkeklerin tek üründe indirimde yoğunlaştığı, kadınların ise ikinci ürüne ücretsiz sahip olmaya yoğunlaşmayı tercih ettiği görülmüştür. Bu sonuç, kadınların indirim durumunda tek seferde daha fazla ürün satın alma eğiliminde olduklarını göstermektedir. Kampanya tercihlerinde yaş gruplarının satın alma eğilimlerinin farklılaştığı gözlenmiştir. Bu durum, yaşa göre bireylerin sahip olduğu

hayat tarzı, gelir durumu ve tüketim miktarındaki farklılıklarla açıklanabilmektedir. 58 ve üzeri yaş grubundaki katılımcıların tek üründe indirim seçeneğine yönelmesi tüketimi düşük seviyede tuttuklarının bir göstergesidir. Eğitim durumuna göre yapılan incelemede ise, lisansüstü mezunlarının diğer katılımcılardan farklılaşarak, tek üründe indirim seçeneğini daha fazla tercih ettiği tespit edilmiştir. Satın alma eyleminin kolay tekrarlanabileceği düşünülerek, ihtiyaca yönelik satın alma yaptıkları ve stok yapmama eğiliminde oldukları söylenebilmektedir. Emekli, ev hanımı, memur, öğrenci, işçi gruplarında tüketim tercihinin genellikle ikinci ürünün ücretsiz verildiği kampanyadan yana olması, bu gruplarda yer alan katılımcıların yedek ya da stok yapma eğiliminde olduklarını göstermektedir. Ev hanımları, bu gruplar arasında oransal olarak en önde yer almaktadır. Piyasadaki ürünlerin kampanya dahilinde ikili paketler halinde sunulması, daha çok ev hanımlarının dikkatini çekmektedir. Bu durum elde ettiğimiz sonuçları desteklemektedir. Gelir durumuna göre kampanya tercihleri incelendiğinde, gelir seviyesi arttıkça tek üründe indirim sağlayan kampanyanın daha çok tercih edildiği, bu grupta yer alan tüketicilerin ihtiyaç adedine göre satın alma yaptığı gözlenmiştir.

Tüketiciler, hizmet aldıkları sağlık kurumunun diğer şubelerinde uyguladığı farklı fiyat politikaları hakkında bilgilendirilmiş olmalarına ve aynı kurumun farklı bir şubesinde daha ucuz hizmet alma imkanına sahipken, tüketicilerin çoğu hizmet aldığı şubeyi değiştirmemiştir. İndirimin işlem fiyatına göre oransal olarak artırıldığı durumda, yer değiştirme eğiliminde artış olduğu gözlenmiştir. Düşük fiyatlı hizmette yapılan indirimlerin tüketiciler üzerinde daha fazla etkili olduğu görüşü desteklenmiştir. Hizmet alınan şubenin değiştirilmesi kararında, özellikle hem yüksek fiyatlı hem düşük fiyatlı hizmetlerin tüketimi için; çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek ve aylık hane geliri değişkenleri farklı kararlara sebep olmaktadır. Çocuk sayısının artışı ile katılımcıların yer değiştirme kararındaki artışın belirgin bir oranda gerçekleştiği görülmektedir. Bu durum harcamalarda daha dikkatli davranmaya çalışıldığının belirgin bir göstergesidir. Eğitim seviyesi ve aylık hane gelirindeki artış yer değiştirme kararını belirgin bir biçimde azaltmaktadır. Meslek grupları incelendiğinde; akademisyenlerin, yöneticilerin, memurların, iş yeri sahiplerinin ve emeklilerin büyük çoğunluğunun yer değiştirmeyi tercih etmediği gözlenmiştir.

Meslek grupları arasında yer deşiştirmeyi tercih etme sebeplerinin farklılık gösterebileceği unutulmamalıdır.

Batık maliyet hatası konusunda katılımcılara iki farklı soru yöneltilmiştir. Birinci soruda; katılımcılara sağlık kurumu tarafından hediye edilen 2 000TL’lik sağlık kontrolü hizmetinden yararlanıp yararlanmayacağı sorulmuştur. İkinci soruda ise tüketici tarafından daha düşük bir bedel ödenerek yararlanılacak olan diş muayenesine, tüketicinin gidip gitmeyeceği sorulmuştur. Katılımcıların sağlık kontrolü hizmetinden yararlanma oranı, diş muayenesine gitme oranından düşük çıkmıştır. Bu durum, sağlık hizmetlerinde de batık maliyet hatasının ortaya çıkabildiğinin göstergesi olmaktadır. Ayrıca insanların kendi ceplerinden çıkan paraya verdikleri önemi açıklamaktadır.

Batık maliyet konusunda yaşın kararlarda önemli bir belirleyici olduğu gözlenmiştir. 34-41 yaş ile 58 ve üzeri yaş gruplarındaki katılımcıların yukarıda belirtilen iki farklı sağlık hizmetinden yararlanma oranı diğer gruplardan düşüktür. 34-41 yaş grubu için bu karar, satın almanın kolaylıkla tekrarlanabileceği şekilde yorumlanabilir. 58 yaş ve üzerindeki katılımcıların ise olumsuz hava koşullarının genel sağlık durumlarını kötü etkileyeceğini düşünerek, iki hizmetten de yararlanmayacağı düşünölebilir.

Başarı yüzdesi ve ücret bilgisi verilen tedavi alternatiflerinden, yüksek fiyatlı ve daha yüksek oranda başarı sağlayan alternatif, katılımcıların büyük çoğunluğu tarafından tercih edilmiştir. Katılımcıların, tedavi fiyatının üç katına, başarı oranının ise iki katına çıkmasına rağmen ikinci alternatifi birinci alternatiften daha fazla tercih ettikleri görölmüştür. Bu durum, sağlıkla ilgili konularda başarı oranlarına daha çok dikkat edildiğini, fiyatın ise ikinci planda kaldığını göstermektedir. İkinci alternatfin en düşük oranda seğıildiği grubu, aylık hane gelirinin en düşük olduğu katılımcılar oluşturmaktadır. Bu tercihin en belirgin sebebinin maddi yetersizlikler olduğu söylenebilir. Hane içinde gelirin paylaşımı dikkate alındığında, tüketicilerin kendi sağlıkları için belirli tutarlardaki harcamaları yapma kararlarında zorlandığı anlaşılmaktadır.

Tedavi ücreti ve iyileşme süreleriyle ilgili alternatifler içeren soruda katılımcıların büyük çoğunluğu, daha yüksek fiyatlı ve iyileşme süresi daha kısa olan yöntemi tercih etmiştir. Tercihlerde demografik değişkenlere göre farklılıklar olduğu bulunmuştur. 33 yaş ve altındaki katılımcıların diğer yaş gruplarına göre, düşük fiyatlı ve daha uzun

sürede iyileşme sağlayan yöntemi daha yüksek bir oranla tercih ettiği görülmüştür. Bu tercihi yapan katılımcıların; sorumluluklarının daha az olması, gelir düzeylerinin diğer gruplara göre daha düşük olması gibi durumları değerlendirerek, düşük fiyatlı alternatifi seçtiği söylenebilir. İyileşme süresinin kısa olduğu yöntemin tercihinde, tek çocuğu ya da iki çocuğu olan katılımcıların daha yüksek bir orana sahip olduğu gözlenmektedir. Katılımcıların sorumluluk duygusuyla normal hayatlarına en kısa sürede dönme arzusu, bu yöntemin tercih edilmesinin önemli sebeplerden biridir. İşçi ve öğrencilerde yüksek fiyatlı ve kısa sürede iyileşme sağlayan yöntemin tercih oranı, diğer meslek gruplarına göre düşüktür. Düşük oranın en belirgin sebebi düşük gelir düzeyidir. Bu durumu destekleyen diğer bir sonuç; en yüksek gelir grubundaki katılımcıların yüksek fiyatlı alternatifi, diğer gelir grubundaki katılımcılardan daha yüksek oranda tercih etmesidir.

Katılımcıların kişisel olarak rahatsız oldukları bir yara izine yapılacak operasyon için ödeyecekleri ücret ile ilgili verdikleri kararlar iki farklı varsayım altında incelenmiştir. Katılımcıların bakmakla yükümlü olduğu ve olmadığı varsayımları altında verdikleri kararlarda sorumluluk duygusunun etkileri net bir şekilde gözlenmiştir. Bakmakla yükümlü kişilerin olmadığı durumda katılımcıların %49'unun iki maaşını, %45'inin de altı maaşını operasyon için ayırdığı bulunmuştur. Bakmakla yükümlü kişilerin olduğu varsayımında ise katılımcıların %80'i operasyon için iki maaşını ayırmayı tercih etmiştir. Sorumluluk, bağlılık gibi duyguların tercihleri değiştirdiği belirgin bir şekilde gözükmemektedir.

Katılımcılara ölüm riski taşıyan bir ameliyatı olmak isteyip istemedikleri, bakmakla yükümlü kişilerin olduğu ve olmadığı varsayımlar için sorulmuştur. Bakmakla yükümlü kişilerin olmadığı varsayımda, ameliyat olmayı istemeyen katılımcı sayısı; bakmakla yükümlü kişilerin olduğu durumda, ameliyatı istemeyen katılımcı sayısının yarısı kadardır. Sorumluluk ve aidiyet duygusu insanların hayatını zorlaştıran sağlık sorunlarını yok saymasına, tedaviyi ertelemesine sebep olabilmektedir. Bu duygular insanları, özellikle sevdiklerini düşünerek, ameliyat olma kararından vazgeçirebilmektedir ve bu sonuç diğerkamılığın en belirgin göstergesi olmaktadır. Ameliyat olmayı isteme kararında varsayımlar arasında en az fark, 58 ve üzeri yaş grubunda gözlenmiştir. Bu durumu destekleyen başka bir bulgu da emeklilerde, varsayımlar arasındaki farkın çok az olmasıdır. 58 yaş ve üzerindeki grupta yer alan

kişilerin kendi hayatlarını ve sağlıklarını daha fazla düşündüğü ve kararlarında sorumluluk duygusunun etkisinin azaldığı söylenebilir.

Hayat kalitesini etkileyen rahatsızlığın giderilmesi için başarısızlık ihtimali olmayan ve fiyatı belli olan ameliyatı olma tercihi; bakmakla yükümlü olunan kişilerin olduğu ve olmadığı farklı varsayımlar için incelenmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu her iki varsayım altında da ameliyat olmayı tercih etmiştir. Ancak sorumlulukların olduğu varsayımda ameliyat olmama kararı veren katılımcı sayısı, sorumlulukların olmadığı varsayımda ameliyat olmama kararı veren katılımcı sayısının iki katına çıkmıştır. Bu değişim, sorumlulukların kararları etkilediği düşüncesini belirgin biçimde desteklemektedir.

Hayati önem taşıyan ve taşımayan tıbbi müdahaleler için katılımcıların cepten ödemeyi kabul edeceği fiyat aralıklarının seçiminde büyük farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Hayati önem taşımayan müdahaleler için katılımcıların yarısından fazlası en düşük fiyat aralığını tercih etmiştir. Ancak hayati önem söz konusu olduğunda en düşük fiyat aralığını tercih eden katılımcı sayısı, hayati önem taşıyan durumdayken bu aralığı tercih eden katılımcı sayısının neredeyse dörtte biri seviyesine düşmüştür. Hayati önem söz konusu olduğunda tercihlerin daha yüksek fiyat aralıklarında katlanarak arttığı görülmüştür. Hayati risk durumu insanların tercihlerini ve paraya yönelik algısını değiştirmektedir.

Üçüncü taraf ödemeler için tüketicilerin uygun buldukları fiyat aralıkları ise genel olarak hayati önem taşımayan durumlar ile hayati önem taşıyan durumlardaki tercihlerinin ortasına konumlanmıştır. Katılımcılar üçüncü taraf ödemelerin cepten ödemelerden daha yüksek olabileceğini; sosyal güvenlik ya da sigorta kurumlarının daha yüksek fiyatları kolaylıkla ödeyebileceğini düşünmektedir.

Davranışsal iktisat kapsamında genel bir değerlendirme yapıldığında sağlık hizmetlerinde tüketici tercihlerinin bazı konularda diğer hizmetlerle benzer özelliklere sahip olduğu, bazı konularda ise kendine özgü olduğu anlaşılmaktadır. Tüketici kararlarında hizmetlerin ücreti ve tüketicilerin sorumlulukları özellikle belirleyici olmaktadır. Nihayet, davranışsal iktisat konularının sağlık hizmetlerinde tüketici kararlarını etkilemekte olduğu söylenebilmektedir.

Tüketici Tarzları Açısından

Çalışmada kullanılan tüketici tarzları ölçeği literatürde daha önce farklı hizmetler ve perakende ürünler için kullanılmış ve genellikle çalışmalarda benzer boyutlar ortaya çıkmıştır. Bazı çalışmalarda yeni tüketici tarzları gözlenmiş ya da bazı boyutların ismi değiştirilerek kullanılmıştır.

Sağlık hizmetlerine yönelik yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre sağlık hizmetlerindeki tüketici tarzlarının, diğer ürün ve hizmetlerdeki tüketici tarzlarına genel olarak benzediği tespit edilmiştir. Referans olarak alınan ölçeklerde yer alan boyutlardan bazılarının sağlık hizmetlerindeki tüketici davranışlarına uygun olmadığı gözlenmiştir. Bu boyutlar çalışmada yer almamıştır. Çalışmada, sağlık hizmetleri için belirlenen tüketici tarzlarının benzerlik ve farklılıkları, diğer sonuçlarla birlikte aşağıda açıklanmaktadır.

Mükemmelliyetçilik tarzı, tüketici tarzlarıyla ilgili yapılan çalışmaların neredeyse tamamında ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda en önemli faktör olarak yer alması; sağlık hizmetlerine yönelik tüketici beklentilerinin ve tercihlerinin ne kadar önemli olduğunun belirgin bir göstergesidir. Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda tatmin edici, hatasız ve kalite odaklı bir hizmet satın alımı yapma isteği tüm katılımcılar tarafından belirtilmiştir.

Marka bilincine sahip olma, çalışmada ikinci önemli tüketici tarzı olarak ortaya çıkmıştır. Bu tarz literatürde incelenen ve diğer hizmet alanlarında yapılan çalışmaların tamamında incelenmiştir. Sağlık hizmetlerinde tüketici tarzı olarak bu faktör ortalamasının düşük olması, sağlık tüketicilerinin hizmet tercihinde genellikle markalaşmaya dikkat etmediğini göstermektedir. Diğer bir ifade ile hizmetin yüksek fiyattan sunulması, sağlık tesisinin dışarıdan güzel gözükmesi, kurumun reklam ve tanıtımının fazla yapılması; genel olarak tüketicide marka bilinci oluşturmamaktadır. Çalışmada yalnızca en yüksek gelir grubunda, marka bilincine sahip olma konusunda daha fazla yatkınlık olduğu gözlenmiştir.

Çeşit karmaşası yaşayan tüketiciler her sektörde bulunmaktadır. Özellikle teknoloji kullanımındaki artış ve bilgiye ulaşımın kolaylaşması, zaman zaman tüketicilerin kararlarında zorlanmasına sebep olmaktadır. Sağlık hizmetleri için de tüketiciler tarafından farklı kaynaklar kullanılarak bilgi toplanmakta ve sağlık hizmeti veren

kurumlar araştırılmaktadır. Çalışmada, katılımcıların genel olarak çeşit karmaşası yaşadıkları gözlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin özelliklerinden olan bilgi asimetrisi bunun en belirgin sebeplerinden biridir. Tüketicilerin, sağlık hizmetlerine yönelik tam bilgiye sahip olmaları çok zordur. Tüm bu sebepler karar verme sürecini zorlaştırmaktadır. Çalışmada çeşit karmaşasının kadınlarda, erkeklerden daha çok olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kadınların genel olarak detaylara daha çok dikkat etmesi ve seçici olması, karar süreçlerine etki etmektedir. Yaş değişkeni ile de çeşit karmaşası arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Yaş ilerledikçe çeşit karmaşasının daha az yaşandığı gözlenmiştir. Yaşın ilerlemesi ile insanların verdikleri kararlardan daha emin olması buna örnek olarak gösterilebilir. Eğitim seviyesindeki artış, çeşit karmaşası yaşama oranını önemli düzeyde azaltmaktadır. Bu durum, doğru bilgiye ulaşma yöntemlerinin öğrenilmesi, sağlık okur yazarlığının artması ile açıklanabilir. Yöneticiler ve işyeri sahiplerinin karar verme süreçlerini meslek hayatlarında sıkça kullanması, çeşit karmaşasını en az yaşayan meslek grupları olmaları sonucunu desteklemektedir. Aylık hane gelirindeki artış, çeşit karmaşasını azaltmaktadır. Gelirdeki artış, hizmete ulaşma kaygısını azaltmakta olup, satın alma gücünü artırmaktadır. Bu koşullarda yüksek satın alma gücüne sahip tüketiciler, karar sürecini zorlaştıran kimi olumsuz etkilerden uzak kalarak, istediği hizmeti daha kolay seçebilmektedir.

Düşünerek hareket eden, dikkatli tüketici tarzı özellikle sağlık söz konusu olduğunda tüketicilerin daha fazla ön plana çıkardığı bir tarz olmuştur. Literatürdeki pek çok çalışmada bu faktör düşüncesizce hareket eden tüketici tarzı olarak yer almıştır. Bu durum insanların sağlık hizmetlerine yönelik kararlarında ne kadar hassas olduğunun açık bir göstergesidir. Satın alma sürecinin dikkatli planlanması, kararların hemen verilmemesi, satın alma sonucunda pişman olma korkusu, bu tarzın tüketiciler için belirleyici olmasında önem taşıyan ifadelerdir. Yaşın ilerlemesi ile daha fazla düşünerek hareket etme, durum değerlendirmesi yapma eğilimindeki artış çalışmadaki sonuçlarla desteklenmektedir. Ayrıca, evli katılımcıların, bekarlara göre daha fazla düşünerek hareket etme eğilimi göstermesi, kişinin aldığı kararlardan etkilenebilecek kişileri de dikkate alarak, karar sürecini yönettiğinin işaretidir. Çocuk sayısındaki artışın belirgin şekilde sorumlulukları artırdığı ve bu durumun, düşünerek hareket etme tarzını ön plana çıkardığı gözlenmiştir. Ancak üç ve üzeri çocuğu olanlarda bu tarza

sahip olma oranı, şaşırtıcı biçimde, çocuğu olmayan katılımcıların bu tarza sahip olma oranına çok yakındır.

Sadakat; tüm hizmet sağlayıcıların, ürün satışı yapan firmaların, tüketicilerinde görmek istedikleri ve sağlamaya çalıştıkları bir tutumdur. Sağlık hizmetleri sunumunda da sadık tüketicilerin olduğu ve tüketicilerin bu tarza önem verdikleri çalışmada ulaştığımız sonuçlardan biridir. Tüketicilerin, sadık tüketiciler olmasını sağlayan iki önemli kavramın, güven ve memnuniyet olduğu unutulmamalıdır. Sadık tüketici tarzına kronik hastalığı olan katılımcıların daha fazla sahip olduğu, evli katılımcıların da bekar katılımcılardan daha sadık tüketiciler olduğu saptanmıştır. Yaşın artması, sadakati artırmakta ancak 58 ve üzeri yaş grubunda sadakat azalış göstermektedir. 58 ve üzeri yaş grubunda tüketici tarzını değiştiren başka sebeplerin olduğu söylenebilir. Bu sebeplerden bazıları; gelirdeki düşüş, hizmete kolay ulaşım tercihi olabilmektedir.

Özensiz tüketici tarzı genellikle perakende satışı yapılan ürünler için ortaya çıkan; alışverişten hoşlanmayan, mükemmel olanı aramayan tüketicilere ait bir yaklaşımdır. Çalışmada, sağlık hizmetlerinde tüketicilerin özensiz davranmaktan kaçındığı belirgin bir biçimde ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmeti diğer hizmet türlerinden özensiz tüketici tarzı kapsamında belirgin biçimde farklılaşmıştır. Sağlık hizmetinin hayati önem taşıyor olması, karar süreçlerini ve satın alma davranışlarını doğrudan etkilemektedir. Bu durum, tüketicilerin sağlık hizmetlerine yönelik özensiz davranışlar göstermeyeceğini, aksine dikkatini ve zamanını sağlık hizmeti satın alma karar sürecine harcayacağı görüşünü desteklemektedir.

Tüketici İlgilenim Ölçeği Açısından

Sağlık hizmetlerine yönelik kararlar için davranışsal ekonomi konularından yararlanılarak tüketicilerin ilgilerine yönelik beş boyut belirlenmiş ve bu boyutların kararlara etki dereceleri incelenmiştir.

Aile sahibi olmak ve aileye karşı sorumlulukların varlığı tüketici kararlarında yer alan en önemli ilgi boyutu olarak bulunmuştur. Bu sonuç, kişilerin genellikle ailelerine olan düşkünlüğü ve kendinden önce aile bireylerini düşünmesini açıklamaktadır. Önemli kararlar öncesinde genellikle aile ile bilgi paylaşımı yapılması ve ailenin birlikte karar verdiği bilinen bir gerçektir.

Çalışmada kadınların, erkeklere oranla aile ilgileniminin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Kadınların annelik iç güdülerinin daha kuvvetli olması, sahiplenme duygularının fazlalığı bu durumun en kuvvetli açıklayıcıları olmaktadır. Evlilerin, bekarlara göre aile ilgileniminin daha fazla olması beklenen bir sonuçtur. Çocuk sayısındaki artış da aile ilgilenimini belirgin bir şekilde artırmaktadır. Ancak çalışmada dikkat çeken bir sonuç da, üç veya daha fazla çocuk sahibi olan katılımcılarda aile ilgilenim düzeylerinin, hiç çocuğu olmayan katılımcıların aile ilgilenim düzeylerinin altında kalmasıdır. Aylık hane gelirindeki artışın da aile ilgilenimini düşürdüğü gözlenmiştir. Bu iki durumun aile ilgilenimi üzerindeki etkisinin farklı bir uzmanlık alanı tarafından araştırılması gerekebilir.

Hedonizm (Hazcılık), tüketicilerin tercihlerinden keyif almasıyla ilgilenmektedir. Çalışmada, sağlık hizmeti tüketicilerinin karar verirken; sağlık kurumunun konumu, odalarının konforu, kurumun marka değeri gibi özellikleri önemseydiği ve düşük düzeyde de olsa ilgi gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Tüketicilerin sağlık hizmetleri için önceliğinin fayda sağlamak olduğu bilinmektedir. Ancak, haz boyutunun da tüketici davranışlarının anlaşılması için ihmal edilmemesi gerekmektedir. Hedonizme yönelik ilginin kronik hastalığı olmayan kişilerde, kronik hastalığı olan kişilere göre belirgin bir şekilde fazla olduğu bulunmuştur. Bunun sebebi kronik hastalığı olan insanların, sağlık kurumlarına sıkça başvurusu ve bu gruptaki insanların sorunlarını bir an önce çözüme kavuşturarak, sağlık kurumlarından uzaklaşıp hayatlarını normal şekilde devam ettirmek istemesidir.

Sağlık hizmetlerinde hayati riskin olması tüketicilerin karar sürecini ciddi oranda etkilemektedir. Ameliyat süreci, ameliyat sonrası iyileşme dönemi ve tüm bu sürecin yaşanacağı sağlık kuruluşunun hizmet kalitesi tüketicinin kararlarına etki etmektedir. İnsanlar genel olarak hayatlarındaki riskleri azaltmayı ve riskten uzak durmayı tercih etmektedir. Özellikle sağlık durumlarının daha kötü olabileceği ihtimalinden uzaklaşıp, sorunlarının en kısa yoldan ve en az risk olarak çözüme kavuşmasını istemektedirler. Tüketicilerin riskten kaçınma ilgisinin çok yüksek bir seviyede çıkması beklenen bir sonuçtur. Bu sonuç sağlık kurumlarının dikkat etmesi gereken iki önemli konuyu ortaya koymuştur. Bunlar; tüketicilere güven sağlamak ve hizmet sürecinin detaylarını tüketicilerle açıkça paylaşmaktır.

Aile sahibi olmak sağlık hizmetlerinde tüketicilerin para ilgilenimini belirgin biçimde etkilemektedir. Tüketiciler sorumlulukları olmaması halinde, sağlık hizmetlerine ödeyecekleri para miktarı ile çok ilgilenmemektedir. Demografik özelliklere göre de para ilgileniminin farklılaştığı gözlenmiştir. Kadınların, para ilgileniminin erkeklere oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışmadaki sonuçlara göre; kadınların harcadıkları paraya, satın almak istedikleri sağlık hizmetinin fiyatına, erkeklerden daha fazla dikkat ettiği söylenebilir. Eğitim düzeyi ve aylık hane geliri arttıkça para ilgileniminin azaldığı elde edilen başka bir sonuçtur. Paranın satın alma gücü ilgilenim düzeyinin düşmesine yol açmaktadır. Meslekler açısından incelendiğinde akademisyenlerin para ilgileniminin en düşük seviyede olduğu gözlenmiştir. Akademisyenleri, yöneticiler ve iş yeri sahipleri takip etmektedir. Bu meslek gruplarının ortalamasının üzerinde gelire sahip olduğu ve satın alma konusunda diğer mesleklere göre daha az sorun yaşadıkları göz ardı edilmemelidir.

Tüketiciler açısından satın aldıkları ürün ya da hizmetlerin sahip olduğu ayırt edici özellikler ve bu özelliklerin yaratacağı görsel ya da duygusal değişim önemlidir. Tüketiciler için bu ilgilenim estetik kaygı olarak tanımlanmıştır. Hizmet sunumlarında ya da ürün tanıtımlarında tüketici ilgileniminin bu boyutuna da önem verilmesi gerektiği çalışmada elde edilen sonuçlardan anlaşılmaktadır. Estetik kaygı boyutunun kadınlar tarafından daha fazla ön plana çıkarıldığı bulunmuştur. Kadınların dünya üzerinde zarafeti temsil ettikleri düşünüldüğünde, erkeklerden daha fazla estetik kaygıya sahip olmaları beklenen bir sonuçtur. Bekar insanların, görünüşlerine evlilerden daha fazla önem verdikleri bilinmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinde bekarların, evlilere göre daha fazla estetik kaygı ilgilenimi göstermelerini açıklamaktadır. Yaş ilerledikçe insanların kendilerindeki değişime alıştığı ve genel olarak bunu kabul ettiği görülmektedir. Yaşın ilerlemesiyle estetik kaygıların azaldığı ve sağlıkla ilgili farklı boyutlara yoğunlaştığı anlaşılmaktadır. Aylık gelirin yüksek olması da estetik kaygıyı azaltmaktadır. Yüksek satın alma gücü, istenen ürünlere kolaylıkla ulaşılabileceğinin göstergesi olmaktadır. Öğrencilerin çevreleri ile iletişim ve etkileşimlerinin fazla olması, görünüşlerine özen göstermeleri, estetik kaygı ilgileniminde en yüksek orana sahip grup olmalarını açıklamaktadır. Estetik kaygı ilgileniminde öğrencilere en yakın grup ev hanımlarıdır. Ev hanımlarının estetik kaygı

seviyesinin yüksek olması, sağlıkla ilgili ürünlerin sunumu ve tanıtımında yararlanılabilecek önemli bir sonuçtur.

Tüketici tarzları ile tüketici ilgilenim boyutlarının kendi arasında ve birbirleriyle olan ilişkileri incelendiğinde; mükemmelliyetçi tüketici tarzının marka bilincine sahip ve çeşit karmaşası yaşayan tüketici tarzları dışında tüm tarzlarla etkileşim içinde olduğu gözlenmiştir. Bu tarzın ayrıca, tüm ilgilenim boyutlarıyla da anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Mükemmelliyetçiliğin, sağlık hizmetlerine yönelik kararlar ve satın alma süreçlerindeki ana faktörlerden biri olduğu söylenebilir. Sağlık hizmetlerinde marka bilincine sahip olma tarzı; tüketicilerin düşünerek hareket etmesinde azaltıcı bir etki gösterirken, tüketici özensizliğini ise artırmaktadır. Marka bilincinin hedonist ilgiyi artırdığı da tespit edilmiştir. Çeşit karmaşası tarzının yüksek olduğu tüketicilerin, ilgilenim boyutlarının tamamıyla pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Kararsızlık yaşayan bir tüketicinin tüm ilgilenim boyutlarının yüksek değerlerde olması beklenen bir sonuçtur. Düşünerek hareket eden tüketici tarzıyla, tüm ilgilenim boyutları pozitif yönde ilişkiye sahiptir. Ayrıca düşünerek hareket etme tarzının en çok riskten kaçınma ilgilenimiyle ilişkisi olduğu görülmüştür. Bu durum insanların, sağlık hizmetlerini satın alırken verdiği kararlarda riski azaltıcı tercihler yapmak istemesiyle ilgilidir.

Sağlık hizmetlerinde davranışsal ekonominin etkileri için yapılacak sonraki çalışmalarda, sağlık hizmetlerinde farklı alanlara özgü çalışmalar yapılarak literatürün genişletilmesi sağlanabilir. Örneğin; tüketiciler tarafından daha farklı amaçlar için başvurulmuş tıbbi hizmetlerdeki tüketici davranışlarının incelenmesi, sağlık yönetimi literatürüne önemli katkılar sağlayabilecektir.

6. KAYNAKÇA

Akboz A. Davranışsal İktisat Bağlamında İnternette Yapılan Alışverişlerde Tüketici Davranışlarının İncelenmesi: Mersin Örneği. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Mersin (Danışman: Doç. Dr. M Samırkaş Komşu).

Akdere Ç, Büyükboyacı M. Davranışsal İktisat ve Sınırlı Rasyonellik Varsayımı. Derleyen: Devrim Dumludağ ve ark. İktisatta Davranışsal Yaklaşımlar. İmge Kitabevi, Ankara, 2015.

Akgün VÖ. Modern Alışveriş Merkezlerinin Tüketici Davranışları Üzerindeki Etkisi ve Konya İlinde Bir Uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Konya (Danışman: Yard. Doç. Dr. M Sezgin).

Akın CS. Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Adana (Danışman: Yard. Doç. Dr. N Algan).

Akkuş Ç. Turistik Tüketicilerin Satın Alma Karar Sürecinde Sıfır Fiyat Etkisinin Rolü. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. GN Selçuk).

Aktürk B. Sağlık Hizmetlerinin İşlem Maliyeti Yaklaşımı Çerçevesinde İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri ile Hastanelerin Karşılaştırılması. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İzmir (Danışman: Prof. Dr. LB Kıdak).

Altman M. Behavioral Economics for Dummies. John Wiley&Sons Canada, Mississauga, 2012.

Altunöz U, Altunöz H. Davranışsal Ekonomi(Nörofinans). Birinci Baskı. Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2016.

Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society.1973; 51(1):95-124.

Angner E, Loewenstein G. Behavioral Economics. Editor: Uslaki Mäki. Philosophy of Economics Vol. 13. Elsevier, Amsterdam, 2007.

Argan M. Tüketici Karar ve Satın Alma Süreçleri. Editör: Yavuz Odabaşı. Tüketici Davranışları. 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2604, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:1572, Eskişehir, 2012, s:158-182.

Argun Aİ. Davranışsal İktisat Çerçevesinde Dini İnanç ve Rasyonalite İlişkisi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. G Karabulut).

Ariely D. Akıldışı Ama Öngörülebilir. Optimist, İstanbul, 2018.

Atasever M. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013. T.C. Sağlık Bakanlığı. Yayın No: 983, Ankara 2014.

Atilla A. Sağlık Kurumlarında Motivasyon. Editör: Mesut Çimen ve Serkan Deniz. Sağlık Kurumları Yönetiminde Örgütsel Davranış Konuları. 2. Basım, Nobel, Ankara, 2018.

Ayçan M. Davranışsal Ekonomi Yaklaşımlarının Turistik Ürün Satın Alma Davranışları Açısından İncelenmesi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Çanakkale (Danışman: Doç. Dr. Ekrem Tufan).

Aydın O. Tutumlar. Editör: Enver Özkalp. Davranış Bilimlerine Giriş. 10. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 1355, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:722, Eskişehir, 2009, s:287-303.

Aydoğan M. Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Sağlık Hizmetleri Sunumunda İletişimin Önemi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. MF Gezgin).

Bagwell LS, Bernheim BD. Veblen effects in a theory of conspicuous consumption. The American Economic Review. 1996;86(3):349-373.

BaniAsad M, Horry H. Estimating the health care demand for Iran. EBHPME. 2017;1(3):186-192.

Belk R. Consumption and identity. Editor: Alan Lewis. Psychology and Economic Behaviour. Cambridge University Press, New York, 2008.

Beyatlı Z. Hastane ve Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2017.

Bitran RA, McInnes DK. The Demand for Health Care in Latin America. EDI Seminar Paper, No.46, The World Bank, Washington, 1993.

Bonini N, Rumati R. Acceptance of a price discount: the role of the semantic relatedness between purchases and the comparative price format. Journal of Behavioral Decision Making, 2002; 15:203-220.

Boylubay Ö. Sağlık Hizmetlerinin Yönetiminde ve Hasta Bakımında Bilgi Teknolojilerinin Kullanımı. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. MF Gezgin).

Callebaut W. Herbert Simon's silent revolution. Biological Theory. 2007;2(1):76-85.

Camerer CF, Loewenstein G. Advances in Behavioral Economics. Editors: Colin F. Camerer ve ark. Princeton University Press, New Jersey, 2004, pp. 3-52.

Carmon Z, Ariely D. Focusing on the forgone: how value can appear so different to buyers and sellers. Journal of Consumer Research, 2000; 27(3):360-370.

Case KE, Fair RC, Oster SN. Ekonominin İlkeleri. Çeviri Editörleri: Ertuğrul Deliktaş ve ark. Palme Yayıncılık, Ankara, 2012.

Collins D, Tisdell C. Age-related lifecycles purpose variations. Annals of Tourism Research. 2002;29(3):801-818.

Cömert Y, Durmaz Y. Tüketicinin tatmini ile satın alma davranışlarını etkileyen faktörlere bütünlük yaklaşım ve adıyaman ilinde bir alan çalışması. Journal of Yaşar University, 2006;1(4):351-375.

Çakır V. Tüketici ilgilenimini ölçmek. Selçuk İletişim. 2007;4(4):163-180.

Çamcı M. Sağlık Yönetimi. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Mersin (Danışman: Yrd. Doç. Dr. C Altan).

Çapan BE. Psikolojiye Giriş. Editör: Bilhan Kartal. Davranış Bilimlerine Giriş. 2. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2535, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:1506, Eskişehir, 2013, s:114-133.

Çekiç S. Davranışsal İktisat Bağlamında Cinsiyet Farkının Tüketici Tercihlerine Etkisi: Bartın Örneği. Bartın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Bartın (Danışman: Yrd. Doç. Dr. R Arslan).

Çelik Y. Sağlık Ekonomisi. 3.Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2016.

Çoban H. Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009, İzmir (Danışman: Prof. Dr. CC Aktan).

Çögürcü İ. Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları. Editör: Burcu Güvenek. Çizgi Kitabevi, Konya, 2015, s:9-44.

Darley WK, Blankson C, Luethge DJ. Toward an integrated framework for online consumer behavior and decision making process: a review. *Psychology&Marketing*. 2010;27(2):94-116.

Demez F. Hastanelerde Kapasite Ölçümü Talep Tahmin Yöntemleri Ve Bir Araştırma. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. M Ateş).

Demir Ö. Akıl ve Çıkar. 1. Basım, Sentez Yayıncılık, Bursa, 2013.

Dhar R, Wertenbroch K. Consumer choice between hedonic and utilitarian goods. *Journal of Marketing Research*. 2000;37:60-71.

Dinler Z. İksitada Giriş. 19. Basım, Ekin Kitabevi, Bursa, 2013.

Duman S. Davranışsal Ekonomi Yaklaşımları: Karar Verme Tarzlarıyla Bir İnceleme. Birinci Baskı, Kriter Yayınevi, İstanbul, 2018.

Duman Kurt S. Davranışsal Ekonomi Yaklaşımlarının Tüketici Karar Verme Tarzları ile Açıklanması ve Bir Uygulama. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2011, İzmir (Danışman: Prof. Dr. M Tanyeli).

Durmaz T. Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hasta Algısı Üzerinden Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Isparta (Danışman: Prof. Dr. R Erdem).

Durmaz Y, Bahar R, Kurtlar M. Kişisel faktörlerin tüketici satın alma davranışlarına etkisi üzerine bir araştırma. Akademik Yaklaşımlar Dergisi. 2011;2(1):114-133.

Dursun İ, Alınçık Ü, Kabadayı ET. Tüketici Karar Verme Tarzları Ölçeği: Türk Tüketicisi İçin Uyarlama. 15. Ulusal Pazarlama Kongresi Bildiri Kitabı. Tükelmat, 2010, İzmir, s: 320-325.

Dürrü Z. OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Gaziantep (Danışman: Yrd. Doç. Dr. C Bozkurt).

Eğilmez M. Örneklerle Kolay Ekonomi. 18. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2018.
Engel JF, Blackwell RD, Kollat DT. Consumer Behavior. IL: The Dryden Press, Hinsdale, 1978.

Engiz O. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini. Editör: Osman Hayran, Haydar Sur. Hastane Yöneticiliği. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1997.

Erdoğan U. Tüketici Davranış Modellerinin Tüketici Pazarları İçin Tasarlanan Ürünlere Etkisi. Marmara Üniversitesi Güzel Sanatlar Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. N Dayan).

Eren E. Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. 9. Bası, Beta, İstanbul, 2006.

Erkutlu HV. Örgütsel Davranış. Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2018.

Ertürk Atabey S. Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası. Gazi Kitabevi, Ankara, 2012.
Ettner SL. New Evidence on the relationship between income and health. Journal of Health Economics. 1996;15:67-85.

Fan JX, Xiao JJ. Consumer decision-making styles of young-adult Chinese. The Journal of Consumer Affairs. 1998;32(2):275-294.

Festinger L. A theory of social comparison processes. Human Relations. 1954;7:117-140.

Feyzioğlu S. Piyasa Oluşumunda Tüketici Davranışlarının Etkinlik Analizi: Otomotiv Sektörü Üzerine Bir Uygulama. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Z Özdemir).

Folland S, Goodman AC, Stano M. The Economics of Health and Health Care. 7th Edition, Pearson, New Jersey, 2013.

George D, Mallery P. IBM SPSS Statistics 25 Step by Step. 15th Edition, Routledge, New York, 2019.

Goldberg JB. Operations research models for the deployment of emergency services vehicles. EMS Management Journal. 2004;1(1):20-39.

Gökalp F. Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları. Editör: Burcu Güvenek. Çizgi Kitabevi, Konya, 2015, s:139-156.

Göl E. Yerel Yönetimlerde Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırılmalı Olarak İncelenmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. M Ateş).

Greenberg ER, Chute CG, Stukel T, Baron JA, Freeman DH, Yates J, Korson R. Social and economic factors in the choice of lung cancer treatment. a population-based study in two rural states. New England Journal of Medicine, 1988;318(10):612-617.

Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. The Journal of Political Economy, 1972;80(2):223-255.

Grossman M. The Human Capital Model of the Demand for Health. NBER Working Paper Series, 7078, Cambridge, 1999.

Guinness L, Viseman V, Wonderling D. Introduction to Health Economics. Second Edition, Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press, 2011.

Güney S. Davranış Bilimleri. 6. Basım, Nobel, Ankara, 2011.

Güneyli Arık N. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Harcamalara Yönelik Ödeme Yöntemleri: Gelişmiş Ülkelerle Türkiye Kıyaslamasına Örnek Uygulama. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Ş Özkan).

Haykır Hobikoğlu E. Nöro Ekonomik Yaklaşımlar. İktisadî Araştırmalar Vakfı, İstanbul, 2014.

Hirschman AO. Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States. Harvard University Press, United States of America, 1970.

Hough DE. Irrationality In Health Care. Stanford University Press, Stanford, 2013.

Howard JA, Sheth JN. A Theory of Buyer Behavior. Edited: Michael J Baker. Marketing: Critical Perspectives on Business and Management. Volume III, Routledge, New York, 2001, s: 81-105.

Ison S, Wall S. İktisat Giriş. 4. Basımdan Çeviren: Ahmet Çakmak ve ark. 2. Baskı, Bilim Teknik Yayınevi, İstanbul, 2010.

Işık A. Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 1997, İstanbul(Danışman: Prof. Dr. T Berksoy).

İslamoğlu AH, Altunışık R. Tüketici Davranışları. 5. Baskı, Beta, İstanbul, 2017.

İstanbuluoğlu H, Güleç M, Oğur R. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi, 2010;85(2):86-99.

Jager W, Janssen MA, De Vries HJM, De Greef J, Vlek CAJ. Behaviour in commons dilemmas: Homo economicus and homo psychologicus in an ecological-economic model. Ecological Economics, 2000;35:357-379.

Jisana TK. Consumer behaviour models: an overview. Sai Om Journal of Commerce&Management, 2014;1(5):34-43.

Jo T. Social provisioning process and socio-economic modeling. American Journal of Economics and Sociology. 2011;70(5):1094-1116.

Johnson HL. Exploration in responsible business behavior: An exercise in behavioral economics. Bureau of Business and Economic Research, Research Paper No:4, Georgia, 1958.

Kahneman D. A psychological perspective on economics. The American Economic Review. 2003;93(2): 162-168.

Kahneman D. A perspective on judgment and choice mapping bounded rationality. American Psychologist. 2003a;58(9):697-720.

Kahneman D. Thinking, Fast and Slow. Farrar, Straus and Giroux, New York, 2011.

Kahneman D, Knetsch JL, Thaler RH. Anomalies: the endowment effect, loss aversion and status quo bias. Journal of Economic Perspectives. 1991;5(1):193-206.

Kahneman D, Tversky A. An analysis of decision under risk. Econometrica. 1979;47(2):263-292.

Kapferer JN, Laurent G. Consumer Involvement Profiles: a new practical approach to consumer involvement. *Journal of Advertising Research*. 1985;25(6):48-56.

Kaptanoğlu A. Sağlık Yönetimi. Beşir Kitabevi, İstanbul, 2011.

Karaca Ö. Davranışsal İktisat Çerçevesinde Bireylerin Tüketim Davranış Eğilimleri: Kamu Çalışanları Örneği. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Tokat (Danışman: Doç. Dr. R Yaşar).

Karagöz S, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. R Turanlı).

Katona G. Contribution of psychological data to economic analysis. *Journal of the American Statistical Association*. 1947;42(239):449-459.

Kavas A, Yeşilada F. Decision making styles of young turkish consumers. *European Journal of Economics, Finance And Administrative Sciences*. 2007;9:73-81.

Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. 3. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2012.

Kawachi I, Kennedy BP. Income inequality and health: pathways and mechanisms. *HSR*. 1999;34(1 pt 2):215-227.

Kaya N. Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Ankara (Danışman: Doç. Dr. N Özgülbaş).

Kayış A. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Editör: Şeref Kalaycı. 7. Baskı, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2016, s:403-419.

Kenkel D. Consumer health information and the demand for medical care. The Review of Economics and Statistics. 1990;72(4):587-595.

Kırlı Ö. John Locke ve David Hume'un epistemolojisi ve beşeri olanın izahı. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi. 2013;9(20):99-114.

Kimzan HS. Tüketicilerin içsel referans fiyat tercihlerinin farklı ürünler bakımından deneysel tasarım yoluyla incelenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi. 2012;7(2):117-144.

Kitapçı O, Dört Yol İT. Tüketici satın alma karar sürecinde aile bireylerinin etkileri: kadının değişen rolü sıvas ilinde bir uygulama. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2009;18(2):331-348.

Kocasoy A, Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Yapılan Harcamalar ve Finansmanı. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Afyonkarahisar (Danışman: Doç. Dr. H Öztürkler).

Koç E. Cinsiyetin Satın Alma Kararları Üzerindeki Etkisinin Davranışsal İktisat Perspektifinden Değerlendirilmesi. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Van (Danışman: Yrd. Doç. Dr. FF Aydın).

Koç E. Tüketici Davranışı ve Pazarlama Stratejileri. 8. Baskı, Seçkin, Ankara, 2019.

Koçel T. İşletme Yöneticiliği. 14. Baskı, Beta, İstanbul, 2013.

Kotler P. Pazarlama Yönetimi, Çeviren: Erdayl Y. Beta Basım Yayın Dağıtım, 2. Baskı, New Jersey, 1984.

Kotler P, Bowen JT, Makens JC, Baloglu S. Marketing for Hospitality and Tourism. Seventh Edition, Global Edition, Pearson, Essex, 2017.

Külter Demirgüneş B. İnternet alışverişlerinde hedonik ve faydacı değ r algılarının davranışsal sonuçları: e-sadakat ve ağızdan ağıza iletişim. Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2016;13:246-269.

Kwan CY, Yeung KW, Au KF. Relationships between consumer decision-making styles and lifestyle characteristics: young fashion consumers in China. Journal of the Textile Institute. 2008;99(3):193-209.

Lake LA. Consumer Behavior for Dummies. Wiley Publishing, Indiana, 2009.

Lawan LA, Zanna R. evaluation of socio-cultural factors influencing consumer buying behaviour of clothes in borno state, Nigeria. International Journal of Basic and Applied Science. 2013;1(3):519-529.

Levy DS, Lee CK. The influence of family members on housing purchase decisions. Journal of Property Investment & Finance. 2004;22(4):320-338.

Lillrank P, Groop PJ, Malmström TJ. Demand and supply-based operating modes—a framework for analyzing health care service production. Milbank Quarterly. 2010;88(4):595-615.

Loewenstein G, Prelec D. Anomalies in intertemporal choice: evidence and an interpretation. Quarterly Journal of Economics. 1992;107(2):573-597.

Loewenstein G, Thaler RH. Anomalies: Intertemporal choice. Journal of Economic Perspectives. 1989;3(4):181-193.

Lorcu F. Örneklerle Veri Analizi SPSS Uygulamalı. Detay Yayıncılık, Ankara, 2015.

Loş N, Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. C Saatçioğlu).

Lowe B. Consumer perceptions of extra free product promotions and discounts: the moderating role of perceived performance risk. *Journal of Product&Brand Management*. 2010;19(7):496-503.

Lupton D. Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social Science and Medicine*. 1997;45(3):373-381.

Manisalı E, İktisada Giriş. Der Yayınevi, İstanbul, 2006.

Marasalı ÖS. Türkiye’de Gelir Dağılımı. İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Malatya (Danışman: Doç. Dr. N Akbıyık).

Marcikic A, Pejanovic R, Sedlak O, Radovanov B, Ciric Z. Quantitative analysis of the demand for healthcare services. *Management: Journal Of Sustainable Business And Management Solutions In Emerging Economies*. 2017;21(80):55-66.

Marmot M. The influence of income on health: views of an epidemiologist. *Health Affairs*. 2002; 21(2):31-46.

Martins JM, Yusuf F, Swanson DA. *Consumer Demographics and Behaviour*. Springer, New York, 2012.

McShane SL, Von Golinow MA. *Organizational Behavior*. 8th Edition, McGraw-Hill Education, New York, 2018.

Mills A, Gilson L. *Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit*. HEFP working paper 01/88, LSHTM, London, 1988.

Mitchell VW, Bates L. UK consumer decision-making styles. *Journal of Marketing Management*. 1998;14:199-225.

Mitton C, Donaldson C. *Priority Setting Toolkit: A guide to the use of economics in healthcare decision making*. BMJ Books, London, 2004.

Mokhlis S, Salleh HS. Consumer decision-making styles in Malaysia: an exploratory study of gender differences. *European Journal of Social Sciences*. 2009;10(4):574-584.

Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. *Funding Health Care: Options for Europe*. Open University Press, Philadelphia, 2002.

Mullainathan S, Thaler RH. *Behavioral economics*. National Bureau of Economic Research, Working Paper No: 7948, Cambridge, 2000.

Mutlu A, Işık K. *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Ekin Basın Yayın Dağıtım, Bursa, 2012.

Nagatsu M. *Behavioral Economics*. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. Editör: James D. Wright, 2nd edition, Oxford: Elsevier, 2015, pp. 443–449.

Nahata B, Ostaszewski K, Sahoo P. Rising health care expenditures: a demand-side analysis. *Journal of Insurance Issues*. 2005; 28(1):88-102.

Naik CNK, Reddy LV. *Consumer Behaviour*. Discovery Publishing House, New Delhi, 1999.

Neuman E, Neuman S. Agency in health-care: are medical care-givers perfect agents? *Applied Economics Letters*. 2009;16:1355-1360.

Neyse L. Davranışsal İktisat Çerçevesinde Güven Kavramı. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. G Karabulut).

Nicosia FM, Robert W. Consumer behaviour toward sociology of consumption. Journal of Consumer Research. 1976;5:121-133.

O'Rourke TW. Consumer Sovereignty in a Competitive Market: Fact or Fiction? Editor: Evan M. Melhado ve ark. Money, Power and Health Care. Health Administration Press, 1988.

Orhaner E. Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi. 2006;1:1-22.

Ökem ZG. Micro and Macro Aspects of Health Economics in Turkey. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2007, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. F Doğruel).

Öksüz AS. Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Ankara (Danışman: Doç. Dr. İ Ağırbaş).

Özaydın B, Sağlık Hizmetlerinin Yönetiminde ve Hasta Bakımında Bilgi Teknolojilerinin Kullanımı. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. MF Gezgin).

Özbek V, Külahlı A. Tüketici ilgileniminin müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisi: üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016;4(16):111-130.

Özer M. İktisadın Tanımı ve Temel Kavramları. Editör: İlyas Şıklar. İktisada Giriş. 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 1472, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:785, Eskişehir, 2003, s:1-32.

Özgüven A. İktisat Bilimine Giriş. 8. Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul, 2005.

Özkalp E. Davranış Bilimlerine Giriş. 10. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 1355, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:722, Eskişehir, 2009, s:1-164.

Özkara Y. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Antalya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Şanlı).

Özkoç H. Hastaların sağlık kurumu tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi: uygunluk analizi ve nested logit model. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2013;15(2):267-280.

Özsarı H. Hastane Yönetimi. Editör: Haydar Sur, Tuncay Palteki, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2013, s:439-452.

Öztürk Yaprak Z. Kayseri İlinde Sağlık Hizmetleri Talebinin Belirleyicileri: Nested Multinomial Logit Model Analizi. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2018, Kayseri (Danışman: Doç. Dr. E Ecevit).

Pallant J, SPSS Survival Manual : a Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS. Version 12, Allen&Unwin, Sydney, 2010.

Park CW, Lessig VP. Students and housewives: differences in susceptibility to reference group influence. Journal of Consumer Research. 1977;4:102-110.

Penpece D. Tüketici Davranışlarını Belirleyen Etmenler: Kültürün Tüketici Davranışları Üzerindeki Etkisi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal

Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Kahramanmaraş (Danışman: Doç. Dr. İ Bakan).

Phelps CE. Health Economics. Fourth Edition, Pearson, USA, 2010.

Prasad RK, Jha MK. Consumer buying decision models: a descriptive study. International Journal of Innovation and Applied Studies. 2014;6(3):335-351.

Rabin M. Inference by believers in the law of small numbers. Quarterly Journal of Economic. 2002;117(3):775-816.

Rehman T. Historical context of behavioral economics. Intellectual Economics. 2016;10:128-132.

Robbins SP, Decenzo DA, Coulter M. Fundamentals of Management. Çeviri Editörü: Ögüt A. Yönetimin Esasları. 8. Basımdan Çeviri, Nobel, Ankara, 2013.

Robbins SP, Judge TA. Organizational Behavior. Çeviri Editörü: Erdem İ. Örgütsel Davranış. 14. Basımdan Çeviri, Nobel, Ankara, 2017.

Roberto CA, Kawachi I. An Introduction to Behavioral Economics and Public Health. Editor: Cristina A. Roberto&Ichiro Kawachi. Behavioral Economics&Public Health. Oxford University Press, New York, 2016.

Robinson A, Thomson R. Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. Quality in Health Care. 2001;10(Suppl I):34-38.

Ron A, Abel-Smith B, Tamburi G. Health Insurance in Developing Countries The Social Security Approach. International Labour Office, Geneva, 1990.

Ryan M, Shackley P. Assessing the benefits of health care: how far should we go? Quality in Health Care. 1995;4(3):207-213.

Sağdıç B. Sosyal Medyanın Üniversite Öğrencilerinin Tüketim Davranışları Üzerine Etkisi: Manisa Celal Bayar Üniversitesi İİBF Örneği. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Manisa (Danışman: Prof. Dr. D Uysal).

Sahn D, Bernier R. Have structural adjustments led to health sector reform in Africa? Health Policy. 1995;32(1-3):193-214.

Samuelson PA. İktisat. Çeviren: Demir Demirgöl. Menteş Kitabevi, İstanbul, 1973.

Samuelson PA. A note on measurement of utility. The Review of Economic Studies. 1937;4(2):155-161.

Samuelson W, Zeckhauser R. Status quo bias in decision making. Journal of risk and uncertainty. 1988;1:7-59.

Sarıalp S. Sağlık Sektöründe, Tüketici Satın Alma Davranışında Sosyal Medya Reklamlarının Etik Boyutu. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Ankara (Danışman: Prof. Dr. D Tengilimoğlu).

SASAM, Türkiye Sağlık Harcamaları Analizi. Sasam Yayınları. 2017; 3(10).

Savedoff W. How Much Should Countries Spend on Health? World Health Organization. Discussion Paper, Number 2, Geneva, 2003.

Schiffman LG, Kanuk LL, Hansen H. Consumer Behaviour. Second Edition, Pearson, Essex, 2012.

Schmidt JB, Spreng RA. A proposed model of external consumer information search. Journal of the Academy of Marketing Science. 1996;24(3):246-256.

Sığrı Ü, Tığlı M. Hofstede'nin "belirsizlikten kaçınma" kültürel boyutunun yönetsel-örgütsel süreçlere ve pazarlama açısından tüketici davranışlarına etkisi. Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi. 2006;11(1):327-342.

Simon HA. A behavioral model of rational choice. The Quarterly Journal of Economics. 1955; 69(1): 99-118.

Simon HA. Administrative Behavior: A Study of Decision Making Processes in Administrative Organizations. Harper, New York, 1976.

Simon HA. Models of Bounded Rationality. Volume 3. MIT Press, London, 1997.

Sirakaya E, Woodside AG. Building and testing theories of decision making by travellers. Tourism Management. 2005;26:815-832.

Smith A. The Theory of Moral Sentiments. 6th Edition (1790), Meta Libri, Sao Paulo, 2006.

Smith MF, Sinha I. The impact of price and extra product promotions on store preference. International Journal of Retail & Distribution Management. 2000;28(2):83-92.

Solomon M, Bamossy G, Askegaard S, Hogg MK. Consumer Behaviour: A European Perspective. 5th Edition, Pearson, Essex, 2013.

Soydal H. Yeni Ekonomi. 1. Baskı, Palet Yayınları, Konya, 2010.

Sproles GB, Kendall EL. A methodology for profiling consumers' decision-making styles. The Journal of Consumer Affairs. 1986;20(2):267-279.

Stávková J, Stejskal L, Toufarová Z. Factors influencing consumer behaviour. Zemedelska Ekonomika-Praha. 2008;54(6):276-284.

Şahin H. İktisada Giriş. 7. Baskı, Ezgi Kitabevi, Bursa, 2006.

Şen Demir Ş, Kozak M. Tüketici Davranışları. Detay Yayıncılık, Ankara, 2013.

Şeniğne B. Rasyonalite Kavramına DeneySEL ve Davranışsal İktisat Bağlamında Yeni Bir Bakış Açısı: “Nöroiktisat”. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. N Aslan).

Şenturan Ş. Örnek Olaylarla Örgütsel Davranış. 1. Baskı, Beta, İstanbul, 2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, Ankara, 2004.

T.C. Sağlık Bakanlığı. OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000. Editörler: Mehtap Kartal, Salih Mollahaliloğlu. Ankara, 2004.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003, 1. Basım, Bakanlık Yayın No: 691, Ankara, 2006.

Taşdemir M. Belirsizlik altında tercihler ve beklenen fayda modelinin yetersizlikleri. Sosyal Bilimler Dergisi. 2007;1:307-318.

Taşkın Ö. Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Edirne (Danışman: Yrd. Doç. Dr. EZ Boyacıoğlu).

Tatar M. Sağlık Ekonomisi. Editörler: Haydar Sur, Tunçay Palteki. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2013, s:337-354.

Tekin B. Bilişsel önyargı ve hevristik bağlamında finansın insani boyutu olarak “davranışsal finans”: bir literatür incelemesi ve derleme çalışması. Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi, 2018;1(2):35-62.

Tengilimoğlu D. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2012.

Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. 6. Basım, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2014.

Tepeler Mİ. Davranışsal İktisat Bağlamında Karar Vericilerin Risk Davranışlarının DeneySEL Analizi. Erzurum Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Erzurum (Danışman: Yard. Doç. Dr. H Daştan).

Thaler R. Mental accounting and consumer choice. Marketing Science. 1985;4(3):199-214.

Thaler R. Toward a positive theory of consumer choice. Journal of Economic Behaviour and Organization. 1980;1:39-60.

Thaler RH. Mental accounting matters. Journal of Behavioral Decision Making. 1999;12(3):183-206.

Tiyek A. Bireylerin Sağlık Hizmetleri Hakkındaki Görüşleri Üzerine Bir Araştırma. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2000, Ankara (Danışman: Yard. Doç. Dr. D Tengilimoğlu).

Thomas RK. Health Care Consumers in the 1990s. Demographics Books, New York, 1993.

Tıraş HH. Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizleri. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2018, Kahramanmaraş (Danışman: Doç. Dr. H Ağır).

Tutar H. Davranış Bilimleri. 2. Baskı, Seçkin, Ankara, 2015.

Tversky A, Kahneman D. Belief in the law of small numbers. Psychological Bulletin. 1971;76(2):105-110.

Tversky A, Kahneman D. Extensional versus intuitive reasoning: the conjunction fallacy in probability judgment. Psychological Review. 1983;90(4):293-315.

Tversky A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. Science, 1974;185(4157):1124-1131.

Tversky A, Kahneman D. The Framing of Decisions and the Psychology of Choice. Science. 1981;211(4481):453-458.

Uzunöz A. Öğrenme. Editör: Enver Özkalp. Davranış Bilimlerine Giriş. 10. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 1355, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:722, Eskişehir, 2009, s:233-245.

Ülgen G. İktisat Bilimine Giriş. 5. Basım, Der Yayınları, İstanbul, 2012.

Ülgen G. Mikro İktisat. Türkmen Kitabevi, İstanbul, 2014.

Ünal E. Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi. Ekin Yayınevi, Bursa, 2013.

Ünal R. Davranışsal iktisat bağlamında z kuşağı tüketici davranışlarının cinsiyet farkına göre incelenmesi. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi. 2019;6(6):574-587.

Ünal S, Erciş A. Genç pazarın satın alma tarzlarının belirlenmesi üzerine bir araştırma. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2007;1:321-336.

Velioğlu MN. Öğrenme ve Güdülenme. Editör: Yavuz Odabaşı. Tüketici Davranışları. 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2604, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:1572, Eskişehir, 2012, s:24-43.

Wells WD, Gubar G. Life cycle concept in marketing research. Journal of Marketing Research. 1966; 3:355-363.

White JS, Dow WH. Intertemporal Choices for Health. Editor: Cristina A. Roberto&Ichiro Kawachi. Behavioral Economics&Public Health. Oxford University Press, New York, 2016.

Wilkinson N, Klaes M. An Introduction to Behavioral Economics. 2nd Edition, Palgrave Macmillan, New York, 2012.

Yalçın AZ, Çakmak F. Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkisi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2016;30(4):705-723.

Yaylalı M, Kaynak S, Karaca Z. Sağlık hizmetleri talebi: erzurum ilinde bir araştırma. Ege Akademik Bakış. 2012;12(4):563-573.

Yenice Ö. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Hastane Yönetiminin Evrimi (1960 Sonrası). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. MF Gezgin).

Yenimahalleli Yaşar G. Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2007, Ankara (Danışman: Prof. Dr. ŞT Özşuca).

Yıldırım HH. Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Davranışları Kuram ve Uygulama. 1. Baskı, ABSAM, Ankara, 2015.

Yıldırım HH. Sağlık Harcamaları ve Sağlık Finansmanı. Editör: Hasan Hüseyin Yıldırım. Sağlık Sigortacılığı. 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2527, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:1498, Eskişehir, 2012, s:40-69.

Yıldırım K. Arz ve Talep. Editör: İlyas Şıklar. İktisada Giriş. 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 1472, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:785, Eskişehir, 2003, s:59-86.

Yıldız N. Risk Aversion In Creative Individuals. Izmir University of Economics The Graduate School of Social Sciences, Master of Science, 2014, İzmir (Danışman: Prof. Dr. AO Binatlı).

Yılmaz B. Davranışsal İktisat Perspektifinden Enerji ve Çevre Sorunlarının Değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Aydın (Danışman: Prof. Dr. E Karakaya).

Yılmaz H. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Makroekonomik Değişkenler Üzerindeki Etkileri. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Aydın (Danışman: Doç. Dr. A Özdemir).

Yorgancılar FN. Tüketici Davranışı Nörolojisi. Çizgi Kitabevi, Konya, 2015.

Yurdadoğ V. Türkiye’de sağlık harcamalarının finansmanı ve analizi. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2007;16(1):591-610.

Zaichkowsky JL. Measuring the involvement construct. Journal of Consumer Research. 1985;12:341-352.

Zimmerman FJ. From Choice Architecture to Policy Infrastructure: Multilevel Theory and the Political Economy of Health Behaviors. Editor: Cristina A. Roberto&Ichiro Kawachi. Behavioral Economics&Public Health. Oxford University Press, New York, 2016.

EK-1: Çalışmada Kullanılan Anket Formu



Değerli Katılımcı;

Bu anket formu, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Doktora Programı kapsamında Prof. Dr. Mehveş Tarım danışmanlığında gerçekleştirmekte olduğum 'Sağlık Hizmetlerinde Davranışsal Ekonominin Tüketici Satın Alma Davranışlarına Etkileri' başlıklı doktora tezi için hazırlanmıştır.

Bu araştırma tamamen bilimsel amaçlı olup ankete vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak; hiçbir şekilde araştırma amacı dışında kullanılmayacak ve üçüncü kişi ve kurumlarla paylaşılmayacaktır. Çalışma için gerekli izinler alınmış olup katılımınız tamamen gönüllülüğünüze bağlıdır.

Anket formu arkalı önlü 3 sayfadan oluşmaktadır. Yanıtlarınız bizim için çok değerlidir. Lütfen hiçbir soru atlamayınız ve hiçbir soruyu boş bırakmadan değerlendirmenizi yapınız. Katılım gösterdiğiniz bilimsel araştırmanın doğru ve anlamlı sonuçlara ulaşabilmesi için sorulara verdiğiniz yanıtlar gerçek düşüncelerinizi yansıtmalıdır.

Değerli katkılarınız için çok teşekkür ederim.

Can Mete
Doktora Öğrencisi

Görüş ve önerilerinizi aşağıdaki telefon numarasına ve/veya e-posta adreslerine bildirebilirsiniz.

Can Mete
can.mete@yeniuyuzyl.edu.tr / 444 50 01 Dahili: 1212

Prof. Dr. Mehveş Tarım
mtarim@marmara.edu.tr

BÖLÜM -1 : Davranışsal Ekonomi

Soruları, tercih edeceğiniz seçeneğin yanındaki boşluğa (X) koyarak yanıtlayınız.

SORU1: Doktorunuz yaptığı muayene sonucu hayati tehlike oluşturacak bir kitle tespit etti ve size iki farklı tedavi yöntemi önerdi. Tedaviye başlanması için sizden 1000TL alınacaktır. Her iki yöntemin başarı oranı aynıdır. Aşağıdaki tedavi yöntemlerinden hangisini tercih edersiniz? (Yalnızca 1 seçim yapınız.)

() X yöntemi uygulanırsa 250TL size iade edilecek.

() Y yöntemi uygulanırsa %25 olasılıkla tüm paranız iade edilecek, %75 olasılıkla tüm paranız tedavi için kullanılacak.

SORU2: Piyasalarda ilaç sıkıntısı oluşacağına dair açıklamalar bulunmaktadır. İlaç sıkıntısı çekmemek için kullandığınız ilaçları önceden almak istiyorsunuz. İlaç sıkıntısının yaşanacağı dönemde 60 kutu ilaca ihtiyacınız var. Açıklamalardan dolayı eczaneler yoğun satış yapmakta, tüm ihtiyaçları karşılayamamaktadır. Bu şartlar altında hangi eczaneyi tercih edersiniz? (Yalnızca 1 seçim yapınız.)

() A eczanesini tercih ederseniz 45 kutu ilacı alamayacaksınız.

() B eczanesini tercih ederseniz %25 olasılıkla tüm ilaçlarınızı alacaksınız, %75 olasılıkla hiç ilaç alamayacaksınız.

SORU3: Hizmetlerinden memnun olduğunuz ve sevdiklerinize tavsiye ettiğiniz bir sağlık kuruluşu aşağıdaki özelliklere sahiptir.

- Kuruluşun odaları, otopark manzaralıdır.
- Kuruluş, evinize 45 dakika mesafededir.

Bu sağlık kuruluşu kapanıyor; aynı hizmet kalitesine ve benzer özelliklere sahip iki farklı sağlık kuruluşundan birini seçmeniz gerekiyor. Aşağıda özellikleri verilmiş kuruluşlardan hangisini seçersiniz? (Yalnızca 1 seçim yapınız.)

() Odaları deniz manzaralı ve evinize 45 dakika mesafede olan kuruluş

() Odaları otopark manzaralı ve evinize 10 dakika mesafede olan kuruluş

SORU4: Cildinizde güneş hassasiyeti var. Bu sebeple bir krem kullanmak zorundasınız. Kremin ilave özellikleri:

- Cildinizi yumuşacık yapıyor.
- Cildinizi etkili bir biçimde temizliyor.

Kullanmakta olduğunuz krem artık üretilmiyor ve doktorunuz size iki alternatif sunuyor. Alternatiflerden hangisini seçersiniz? (Yalnızca 1 seçim yapınız.)

() 1. Alternatif krem, cildinizi yumuşacık yapmakta ve ortalama seviyede temizlemekte

() 2. Alternatif krem, kullanıldıktan sonra ferahlama hissi uyandırmakta ve oldukça etkili temizlemektedir

SORU5: Her gün kullandığınız, günlük vitamin ve mineral ihtiyacınızı karşılayan herhangi bir yan etkisi olmayan takviye edici hap üreten firma satış kampanyası yapmaktadır. Aşağıdaki kampanyalardan hangisini tercih edersiniz? (Yalnızca 1 seçim yapınız.)

() %50 indirim sağlayan 1. Kampanya

() 2 alana %50 indirim sağlayan 2. Kampanya

() 1 alana 1 bedava veren 3. Kampanya

SORU6: MRI (Görüntüleme yöntemi) ve röntgen çekirtmeniz gerekiyor. A şubesinde MRI 500TL'ye, röntgen ise 150 TL'ye çekilmektedir. A şubesindeki personel, arabayla 20 dakika mesafede bulunan B şubesinde röntgenin 125TL'ye çekildiğini söylemektedir. Röntgeni diğer şubede çekirtmeye gider misiniz? (Yalnızca 1 seçim yapınız.)

☐ Evet

☐ Hayır

SORU7: Kontrol amaçlı olarak günlük kan sayımı ve şeker ölçümü yaptırmanız gerekmektedir. Kan sayımı 100TL'ye, şeker ölçümü ise 50TL'ye yapılmaktadır. Klinikteki görevli şeker ölçümünün, arabayla 20 dakika mesafede bulunan başka bir şubede 25TL'ye yapıldığını söylemiştir. Şeker ölçümünü diğer şubede yaptırmaya gider miydiniz? (Yalnızca 1 seçim yapınız.)

☐ Evet

☐ Hayır

SORU8: Çekiliş sonucu, şehir dışındaki bir hastanede yapılacak ve tüm masraflarınızın karşılanacağı (ulaşım, konaklama) 2000TL'lik sağlık kontrolü (check up) kazandınız. Hava raporlarında uzmanlar, sağlık kontrolünün yapılacağı tarihlerde gideceğiniz şehirde aşırı sıcak ve bunaltıcı bir hava olacağı konusunda uyarılarda bulunmaktadır. Kazandığınız sağlık kontrolünü farklı bir tarihe erteleme hakkınız bulunmamaktadır. Bu şartlar altında elinize geçen bu fırsattan faydalanır mısınız? (Yalnızca 1 seçim yapınız.)

☐ Evet

☐ Hayır

SORU9: Hafta sonu dış hekiminizden altı aylık rutin dış muayenesi randevunuzu aldınız ve muayene ücretini ödediniz. Randevunuzun olduğu gün çok yağmur yağıyor. Muayeneye gitmezseniz ücret iadesi yapılmayacaktır. Muayene randevunuza gider miydiniz? (Yalnızca 1 seçim yapınız.)

☐ Evet

☐ Hayır

SORU10: Görme bozukluğu şikayetiyle göz doktoruna muayene oldunuz. Doktorunuz muayene sonucunda tedaviniz için iki farklı yöntemden bahsetti. Tedaviler başarısız olduğunda mevcut durumunuz daha kötü bir hal almamaktadır. Hangi tedaviyi seçersiniz? (Yalnızca 1 seçim yapınız.)

☐ 1. Yöntem 2.500TL, %25 olasılıkla tam başarı.

☐ 2. Yöntem 7.500TL, %50 olasılıkla tam başarı.

SORU11: Çalışma hayatınıza mani olan bir rahatsızlığınız söz konusu; doktorunuz iki farklı tedavi yönteminden bahsetmektedir. İki yöntemin sonucunda da başarı yüzdesi aynıdır. Yöntemlerin özellikleri aşağıda verilmiştir. Hangi yöntemi seçersiniz? (Yalnızca 1 seçim yapınız.)

☐ 1. Yöntem: Tedavi ücreti: 2.500 TL; İyileşme ve çalışmaya başlama süresi: 3 ay

☐ 2. Yöntem: Tedavi ücreti: 7.500 TL; İyileşme ve çalışmaya başlama süresi: 1 ay

SORU12: Vücudunuzun görünür bir bölgesinde sizi rahatsız eden bir yara izi var. Operasyonla bu yara izinin sizi rahatsız etmeyecek hale getirilmesi mümkün. En fazla kaç aylık maaşınızı böyle bir operasyon için ayırırsınız? (Lütfen her iki durum için soruyu cevaplayınız.)

■ **1. Durum:** Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler yok (1. Durum için bir işaretleme yapınız.)

☐ 2 maaşa kadar

☐ 4 maaşa kadar

☐ 6 maaşa kadar

☐ 8 maaşa kadar

☐ 9 ve daha fazla maaş

■ **2. Durum:** Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler var (2. Durum için bir işaretleme yapınız.)

☐ 2 maaşa kadar

☐ 4 maaşa kadar

☐ 6 maaşa kadar

☐ 8 maaşa kadar

☐ 9 ve daha fazla maaş

SORU13: Hastalığınızın tedavisi için önerilen bir ameliyat var. Doktorunuz ameliyat başarılı geçerse, hastalıktan tamamen kurtulacağınızı ve hayat kalitenizin yükseleceğini belirtiyor. Ameliyat olmamayı tercih ederseniz; hayatınız boyunca sağlığınıza, yaşam tarzınıza çok fazla dikkat etmeniz ve devamlı

kontrollere gitmeniz gerekiyor. Doktorunuz ameliyatın başarı olasılığını %80 olarak belirtmektedir. %20 olasılıkla ameliyatın ölümle sonuçlanması söz konusudur. Bu durumu göz önüne alarak ameliyat olmayı tercih eder misiniz? (Lütfen her iki durum için soruyu cevaplayınız.)

- 1. Durum: Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler yok () Evet () Hayır
- 2. Durum: Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler var () Evet () Hayır

SORU14: Hayat kalitenizi etkileyen bir hastalığınız var. Ameliyat olursanız hastalığınız geçecek hayat kaliteniz yükselecektir. Ameliyat olmazsanız yaşam tarzınızı hastalığınıza göre değiştireceksiniz. Hastalığınızın daha kötüye gitmemesi ve hayat kalitenizi korumak için sürekli kontrole gitmek zorunda kalacaksınız. Ameliyatın başarısızlık ihtimali yoktur. Ameliyat ücreti 40.000TL olarak ifade edilmektedir. Bu durumda ameliyat olur musunuz? (Lütfen her iki durum için soruyu cevaplayınız.)

- 1. Durum: Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler yok () Evet () Hayır
- 2. Durum: Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler var () Evet () Hayır

SORU15: Hayati önem taşımayan bir tıbbi müdahale, ödemesi tarafınızdan yapıldığı durumda en fazla hangi aralıkta olmalıdır? (Yalnızca 1 aralık seçiniz. Aralıklar TL (Türk Lirası) olarak verilmiştir.)

- | | | |
|-------------------|-------------------|---------------------|
| () 1.000 – 4.000 | () 4.001-7.000 | () 7.001-10.000 |
| () 10.001-15.000 | () 15.001-25.000 | () 25.001 ve üzeri |

SORU16: Hayati önem taşıyan bir tıbbi müdahale, ödemesi tarafınızdan yapıldığı durumda en fazla hangi aralıkta olmalıdır? (Yalnızca 1 aralık seçiniz. Aralıklar TL (Türk Lirası) olarak verilmiştir.)

- | | | |
|-------------------|-------------------|---------------------|
| () 1.000 – 4.000 | () 4.001-7.000 | () 7.001-10.000 |
| () 10.001-15.000 | () 15.001-25.000 | () 25.001 ve üzeri |

SORU17: Hayati önem taşıyor olsun veya olmasın sizce bir tıbbi müdahale, ödemesi sosyal güvenceniz veya sigortanız tarafından yapıldığı durumda en fazla hangi aralıkta olmalıdır? (Yalnızca 1 aralık seçiniz. Aralıklar TL (Türk Lirası) olarak verilmiştir.)

- | | | |
|-------------------|-------------------|---------------------|
| () 1.000 – 4.000 | () 4.001-7.000 | () 7.001-10.000 |
| () 10.001-15.000 | () 15.001-25.000 | () 25.001 ve üzeri |

BÖLÜM – 2: Tüketici Tarzları Ölçeği

“Sağlık konusuyla ilgili hizmet/ürün satın alımı sürecinizi göz önünde bulundurarak yanıtlayınız”.

Lütfen aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz. Yanıtlarınızı çarpı “ X “ koyarak işaretleyiniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum Ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Benim için kaliteli hizmet almak çok önemlidir.	1	2	3	4	5
2	En iyi kaliteye sahip hizmetleri satın almaya çalışırım.	1	2	3	4	5
3	Hizmet satın alırken en kaliteli olanı seçmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
4	En iyi kaliteye sahip hizmetleri bulmak için özel çaba gösteririm.	1	2	3	4	5
5	Satın alma gerçekleştirirken çok fazla düşünmem.	1	2	3	4	5
6	Satın aldığım hizmetlerle ilgili standartlarım ve beklentilerim çok yüksektir.	1	2	3	4	5
7	Satın alma gerçekleştirirken çok fazla ilgi göstermem.	1	2	3	4	5
8	Yeteri kadar iyi gördüğüm ilk kuruluştan hizmet alırım.	1	2	3	4	5
9	Bir hizmetin beni memnun etmesi için en iyi olmasına gerek yoktur.	1	2	3	4	5
10	En doğru hizmeti veren kuruluşlar, en çok bilinenlerdir.	1	2	3	4	5
11	Seçimim genellikle pahalı hizmet veren kurumlardan yanadır.	1	2	3	4	5
12	Bir hizmetin fiyatı ne kadar yüksek ise o hizmet o kadar kalitelidir.	1	2	3	4	5
13	Güzel görünümlü ve özenle düzenlenmiş tesisler en iyi hizmeti sunarlar.	1	2	3	4	5
14	Hizmet çeşitliliği fazla olan kuruluşlardan hizmet almayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
15	Genellikle reklamı/tanıtımı en çok yapılan kuruluşlar, en iyileridir.	1	2	3	4	5
16	Kıyas yapabilmek için farklı hizmet sunucularını tercih ederim.	1	2	3	4	5
17	Hizmet satın alımı için araştırma yapmak zamanımı boşa harcamaktır.	1	2	3	4	5
18	Eğlence olsun diye sağlık hizmeti araştırması yapmayı severim.	1	2	3	4	5
19	İndirim olduğunda elimden geldiğince satınalma gerçekleştiririm.	1	2	3	4	5
20	Tercihim genellikle en düşük fiyatlı hizmetlerden yana olmaktadır.	1	2	3	4	5
21	Paramın karşılığında en yüksek değeri elde etmek için dikkatli davranırım.	1	2	3	4	5
22	Hizmet satınalma sürecimi normalde olduğumdan daha dikkatli bir şekilde planlarım.	1	2	3	4	5
23	Satınalma gerçekleştirirken anlık kararlar veririm.	1	2	3	4	5
24	Genellikle sonradan pişman olduğum, özen göstermediğim hizmet satın alımları gerçekleştiririm.	1	2	3	4	5
25	En doğru satın almayı gerçekleştirebilmek amacıyla hizmet satın alımı aceleyle getirmem/zamana yayarım.	1	2	3	4	5
26	Ne kadar harcama yaptığımı dikkatlice takip ederim.	1	2	3	4	5
27	Arasından seçim yapılması gereken o kadar çok kuruluş var ki genellikle kafam karışır.	1	2	3	4	5
28	Bazen hangi kuruluştan hizmet satın alımı yapılacağına karar vermek zordur.	1	2	3	4	5
29	Hizmetler hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukça, en iyisini seçmek daha zor olmaktadır.	1	2	3	4	5
30	Farklı hizmetler ile ilgili edindiğim bütün bilgiler kafamı karıştırmaktadır.	1	2	3	4	5
31	Sürekli hizmet aldığım favori kuruluşlarım vardır.	1	2	3	4	5
32	Bir kez sevdiğim bir sağlık kuruluşu bulduğumda onu asla değiştirmem.	1	2	3	4	5
33	Her ihtiyacım olduğunda aynı hizmet sunuculara giderim.	1	2	3	4	5
34	Hizmet aldığım kuruluşları düzenli olarak değiştiririm.	1	2	3	4	5

BÖLÜM – 3: Katılımcı Bilgileri

Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

Yaşınız:

Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar () Boşanmış/Dul

Çocuk durumunuz: () Yok () 1 () 2 () 3 () 4 ve üzeri

Kronik (Sürekli olarak devam eden) bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır

Eğitim Durumunuz: () İlköğretim mezunu (ilk veya orta okul) () Lise mezunu
() Üniversite mezunu () Lisans üstü mezunu

Mesleğiniz: () İşçi () Öğrenci () Ev Hanımı () Emekli
() Memur () Yönetici () Akademisyen () İş Yeri Sahibi
() Çalışmıyorum () Diğer.....

Aylık Toplam Hane Geliriniz (Hanede yaşayan tüm bireylerden gelen) :

() 1404TL ve daha az () 1404-2800TL () 2801-5000TL
() 5001-10000TL () 10001TL ve üzeri

BÖLÜM 4: Tüketici İlgilenim Ölçeği

“Sağlık hizmeti/ürünü satın alacağınızı düşünerek yanıtlayınız.”

Lütfen aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz. Yanıtlarınızı çarpı “ X “ koyarak işaretleyiniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum Ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Sağlık hizmeti için ödeyeceğim paranın miktarı benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
2	Ameliyat kararı almamda, ameliyatın başarılı geçme olasılığı benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
3	Ameliyat olacağım sağlık Merkezinin hizmet kalitesi benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
4	Ameliyat sonrasında iyileşme sürecinin uzunluğu benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
5	Sağlık hizmeti alacağım sağlık Merkezinin yeri benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
6	Sağlık hizmeti alacağım sağlık Merkezinin konforu ve tasarımı benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
7	Sağlık hizmeti alacağım sağlık Merkezinin marka değeri ve bilinirliği benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
8	Ailemin olması, sağlık hizmeti alma kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
9	Çocuk sahibi olmam, sağlık hizmeti alma kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
10	Ailemin olması, ameliyat kararı almamda etkilidir.	1	2	3	4	5
11	Çocuk sahibi olmam, ameliyat kararı almamda etkilidir.	1	2	3	4	5
12	Sağlık hizmetlerine ödeyeceğim paranın miktarı aile sahibi olmama göre değişiklik gösterir.	1	2	3	4	5
13	Sağlık hizmetlerine ödeyeceğim paranın miktarı çocuk sahibi olmama göre değişiklik gösterir.	1	2	3	4	5
14	Kullanacağım bir kremin temizleme özelliği benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
15	Kullanacağım bir kremin cildimi yumuşatması benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
16	Hizmet alacağım sağlık Merkezinin odalarının manzarası benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
17	Vücudumda oluşacak bir yara izinin, görünüşümde yaratacağı değişiklik benim için önemlidir.	1	2	3	4	5

Anketimize katıldığınız için çok teşekkür ederiz. Sağlıklı ve güzel günler dileriz.

EK-2: Etik Kurul Onay Yazısı



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI : Sağlık Hizmetlerinde Davranışsal Ekonominin Tüketici Satınalma Davranışlarına Etkileri
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Prof.Dr. Mehveş TARIM
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR : Can METE
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 05.09.2016-73

Sayın Prof.Dr. Mehveş TARIM

73 protokol nolu "Sağlık Hizmetlerinde Davranışsal Ekonominin Tüketici Satınalma Davranışlarına Etkileri" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Göksel ŞENER
Komisyon Başkanı

Yrd.Doç.Dr. Pınar MEGA TIBER

Prof. Dr. Dilşad SAVE

Prof.Dr. Hülya AŞCI

Prof.Dr. Tuğba TUNALI AKBAY

Prof.Dr. Nefise BAHÇECİK

Doç.Dr. Tolga GÜVEN

Doç. Dr. Oya ORUN

Doç.Dr. Hakkı ARIKAN

Yrd.Doç.Dr. Betül OKUYAN

Yrd.Doç.Dr. M. Ümit UĞURLU

Yrd.Doç.Dr. İlkşan DEMİRBÜKEN

Av. Funda IŞIK ÖZCAN



Marmara Üniversitesi Göztepe
Kampusu Sağlık Bilimleri
Enstitüsü 34688 Kadıköy
İSTANBUL

0 (216) 414 44 23/12 (Faks)
0 (216) 414 44 23

saglik.ogrenci@marmara.edu.tr
<http://saglik.marmara.edu.tr>

Ayrıntılı bilgi için:
Süleyman
TÜRKMEÑOĞLU

EK-3: Özgeçmiş

Adı	Can	Soyadı	Mete
Doğum Yeri	İstanbul-Kadıköy	Doğum Tarihi	06/06/1987
Uyruğu	T.C.	Tel	05376601890
E-mail	coachcan@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	Marmara Üniversitesi	2020
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi	2012
Lisans	Kocaeli Üniversitesi	2009

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1 Öğretim Görevlisi	İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi	2015 -
2 Denetçi / Danışman	Ototronik Otomotiv ve Enerji	2014 - 2015
3 Üretim ve Planlama Müdürü	Kalite Lastik	2014 - 2014
4 Denetçi / Danışman	Ototronik Otomotiv ve Enerji	2011 - 2013
5 Tur Operasyon Sorumlusu	Erguvan Turizm	2010 - 2011

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	İyi	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YÖKDİL	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
71,25								

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	81,40	86,26	76,49

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Uygulamaları (Word, EXCEL, Powerpoint)	Çok İyi
IBM SPSS	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.