

Bölüm 11

SAĞLIK HİZMETLERİNDE TÜKETİCİ SATIN ALMA DAVRANIŞLARI VE SATIN ALMA DAVRANIŞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

*Arzu BULUT¹
Halil ŞENGÜL²*

1 PhD (c), Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, arzubl80@gmail.com

2 Dr. Öğr. Üyesi, Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, halil.sengul@izu.edu.tr

1. Giriş

İnsanlar yaşamları boyunca ihtiyaç, zevk ve tercihleri için sayısız ürün ve hizmeti satın almakta ve tüketmektedir (Tekvar, 2016:1602). Özellikle temel ihtiyaçlarını karşılamak için düşünmeden para harcarlar. Temel ihtiyaçlar, bireyin sağlıklı ve güvenli bir şekilde fizyolojik ihtiyaçlarını gerçekleştirebilecekleri ve gelişimi için gereken fırsatları sağlamak ve bu amaçla da belli kaynakları tahsis etmektir şeklinde söylenebilir (Sarıpek, 2016:43) Geçmişten beri en çok merak edilen konuların başında tüketiciler belirli bir ürünü neden satın aldıkları veya aldıklarını neden diğerinden daha fazla seçtiğiyle ilgili tartışmalardır. Tüm bu tartışmaları açıklayan kavram “tüketim değeri” teorisidir. Bu teori çeşitli ürün ve hizmet tiplerini içeren seçimlere (tüketim malları, endüstriyel ürünler ve hizmetler) uygulanabilir (Sheth, ve ark., 1991:160).

Tüketicileri daha sağlıklı ve objektif olarak değerlendirebilmek için, tüketicilerin hangi özelliklere göre tüketim yaptıklarını ve tüketici davranışlarını etkileyen faktörleri incelemek gerekir. Bu özellikler; kişisel faktörler (yaş, cinsiyet, meslek, yaşam stilleri vb.), psikolojik faktörler (motivasyon, inanç, tutum, algı vb.), sosyal faktörler (aile, roller, statü vb.), kültürel faktörler (alt kültür, sosyal sınıf, kültür vb.) ve diğer faktörlerdir (fiyat, coğrafya ve coğrafik konum, ülke politikaları vb.).

Günümüzde tüketici talebini karşılamak, sadece kaliteli hizmet ya da ürün üretmekle değil, aynı zamanda tüketicilerin beklentilerini karşılamakla ilgilidir. Değer yaratma sürecinin altın anahtarı, kuruluşun teknoloji, insan kaynağı gibi değer üreten kaynaklarını etkin biçimde kullanmaktır. İşletme kaynakları etkin biçimde kullanılırsa, işletmelerin kaliteli ürün veya hizmet üretimi sonucu olarak, tüketici değeri elde edilir.

Tüm dünyada teknolojik gelişmelerle beraber sosyo-ekonomik ve demografik faktörlerdeki değişiklikler, insanların yaşam kalitelerini yükseltmeye duydukları artan istek aynı zamanda kişilerin sağlıklarını korumaya ve geliştirmeye daha fazla odaklanmalarına neden olmuş ve bu durum beraberinde sağlık hizmetlerine olan talebin artmasını sağlamıştır. Sağlık hizmetleri gelişen teknolojinin de etkisiyle hızla büyüyen ve gelişen bir sektör haline gelmiştir. Bunun sonucu olarak, sağlıkta hastaların talepleri de her geçen gün değişmektedir. Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran çok önemli özellikler vardır. Bu özellikler; sağlık hizmetleri depolanamaz, ertelenemez, üretildiği anda tüketilir, homojenlik sağlamak çok zordur, bir yerden bir yere nakledilemez, sağlık hizmetinin tüketimi rastlantısaldir, hizmetinin ikamesi yoktur; sağlık hizmetlerinde tüketici davranışları irrasyoneldir, sağlık hizmetlerini önceden test etmek mümkün değildir gibi sayısız ve çok önemli özelliğe sahiptir (Gümüş, 2013:19; Zerenler ve Öğüt, 2007:505).

Bu sistematik derlemenin amacı, tüketici satın alma davranışlarını ve bu davranışları etkileyen faktörler ile sağlık hizmetleri üzerine etkisini incelemektir. Konuyla ilgili çeşitli yayınlar, kitaplar ve web sitelerinde “tüketici davranışı, satın alma davranışı, sağlık hizmeti” anahtar kelimelerinden yararlanarak sistematik bir inceleme yapıldı. Çalışmamızda tüketici satın alma davranışlarını ve bu davranışları etkileyen faktörler ile sağlık hizmetleri üzerine etkisi kavramsal olarak literatür temelinde tartışılmış ve öneriler sunulmuştur.

2. Kavramsal Çerçeve

Tüketici satın alma davranışlarını etkileyen faktörler ve sağlık hizmetleri üzerine etkisiyle ilgili konuya ilişkin literatürden elde edilen bilgiler bir araya getirilerek, konu kavramsal olarak aşağıda incelenmiş ve öneriler sunulmuştur.

2.1. Sağlık ve sağlık hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı, “kişinin bedenlen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik içerisinde olması” şeklinde tanımlamıştır. WHO anayasasında sağlık hakkını “ırk, din, politik inanç, ekonomik veya sosyal durum ayrımı yapmaksızın her insanın temel haklarından biridir” şeklinde belirtmiştir (www.who.int). İnsan Hakları Evrensel Bildirisinde “hiçbir ekonomik zorunluluk insan sağlığına zarar verecek bir işlemin nedeni olmaz” ifadesi ile sağlığa verilen önemi belirtmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda ise sağlık vazgeçilmez bir hakkı olduğu ve devletin güvenesi altında olduğu belirtilmiştir.

Hizmet elle tutulamayan, somut olmayan, stoklanamayan, taşınamayan, tüketimden önce üretilmeyen tüketici ihtiyacını karşılayan bir üründür. Bir başka tanımda hizmet; “bir kişi veya kuruluşun bir diğer kişi veya kuruluşa sunduğu elle tutulmaz bir faaliyet veya yarar” şeklinde de tanımlanmaktadır (Karafakioğlu, 1998:111). Hizmet aynı zamanda tüketicilerin mülkiyetle ilişkisi olmaksızın satın aldıkları faydalardır (Mucuk, 1994:74)

Maddi olmama, hizmetlerin en önemli özelliklerinden biridir. Hizmetin fiziksel bir boyutu yoktur. Shostack (1987) “havayolu”nun hava taşımacılığı, “otel”in konaklama, kiralama anlamına geldiğine işaret eder. Berry (1980), çoğu hizmetin performansının elle tutulur bir şekilde desteklenmesine rağmen, özünde satın alınan bir performans olduğunu, bu nedenle McLuhan’ın (1964) belirttiği gibi, bir hizmetin sunma süreci olduğunu savunmuştur (Gabbott ve Hogg, 1994:316).

Sağlık sistemi, tüm sistemler içinde en karmaşık sistemlerin başında gelir. Sağlık sistemi farklı kurumların ve farklı kişilerin karmaşık ilişki-

lerinin olduğu bir sistemdir. Ancak sağlık sistemi daha detaylı incelendiğinde çok sayıdaki kurum ve kişinin belirli bir düzen içerisinde ve birbirleri ile etkileşimde bulunduğu gözlenir. Sağlık hizmeti en genel anlamı ile amaçlarına göre koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici özellikteki faaliyetlerin bütünüdür. Sağlık sisteminin temel taşlarından olan hastane, “teşhis, tedavi ve iyileştirme olmak üzere gruplandırılabilen, sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı/yataksız kuruluşlar” olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2011:578).

2.2. Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Sağlık hizmetlerinin karakteristik özellikleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir sahiptir (Gümüş, 2013:19; Zerenler ve Ögüt, 2007:505).

- Sağlık hizmeti depolanamaz, ertelenemez, üretildiği anda tüketilir
- Sağlık hizmeti bir yerden bir yere nakledilemez
- Sağlık hizmetinin tüketimi rastlantısaldır, hizmetinin ikamesi yoktur
- Sağlık hizmetlerinde tüketici davranışları irrasyoneldir
- Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur
- Sağlık hizmetlerini önceden test etmek mümkün değildir
- Sağlık kuruluşuna gelen ve sağlık hizmeti alan her hasta farklı tanı ve tedavi özellikleri gösterir bu nedenle hastaya uygulanan sağlık hizmeti aynı olmadığı için çıktıları standart değildir
- Belli bir zaman zaman içerisinde sağlık kurumuna hizmet almak için gelen ya da gelmeyi düşünen hastaların taleplerini önceden tahmin etmek mümkün değildir
- Sağlık kurumları ani ve kısa süreli talep değişikliklerine uyum sağlayamamaktadır
- Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim belirlediği için bilgi asimetrisi vardır
- Sağlık hizmetlerinde insan hayatı söz konusu olduğu için hata asla tolere edilemez
- Hizmetlerin yetersizliği toplumsal sorunlara yol açabilir
- Sağlık hizmetlerinde dışsal fayda ya da zarar söz konusudur
- Sağlık hizmetleri kamu malı özelliği taşımaktadır

- Hizmetleri fiziksel mallardan ayıran özellikler vardır:
 - Dokunulmaz olma
 - Heterojen olma
 - Üretim ve tüketimin eş zamanlı olması
 - Dayanaksız ve sahipsiz olma

2.3. Tüketici İhtiyacı

İhtiyaç kavramı olarak özünde bulunan sübjektif nitelik ve içerdiği belirsizlikler nedeniyle, uygulanması zor olan ve tanımlanması güç bir kavramdır. Tanımındaki zorluklar nedeniyle sadece iktisat değil, farklı bilim dallarından siyaset, psikoloji, sosyoloji ve felsefe de ihtiyacın tanımına yönelik farklı bakış açıları geliştirmiştir (Jackson, 2004:43). Dar anlamda “temel ihtiyaçlar” bireyin tam gelişimi için gereken fırsatları sağlamak ve buna yönelik belirli gruplar için belirli kaynakları tahsis etmektir. İktisadi bakış açısına göre “genel anlamda ihtiyaçlar” tercih edilmekte ancak bunun yanı sıra da “temel ihtiyaçlar” göz ardı edilmektedir. İhtiyaç olgusunun en geniş anlamdaki tanımı felsefi bakış açısına göre yapılan tanımlamadır. Buna göre ihtiyaç “bir organizmanın kendi türünün normal yaşamını sürdürmek için gerek duyduğu her şeydir” şeklinde tanımlanmıştır (Sarıpek, 2017:45). İhtiyaçlar ayrıca tüketicilerin fiyatı ne kadar yüksek olursa olsun ya da gelirlerini ne kadar kısıtladığına bakmaksızın satın almaya çalıştığı mallardır. 20. yüzyıl psikoloji, motivasyon ve kişilik konulu klasik tezlerden birinde, Abraham Maslow (1954), insan davranışını yönlendiren genetik olarak etkilenmiş beş temel amacı yani fizyolojik ihtiyaçları (hava, yiyecek, su ve cinsiyet); güvenlik (hem fiziksel hem de psikolojik); sevgi (şefkat arzusu ve aidiyet duygusu); öz saygı (kararlı, sağlam temellere dayanan, yüksek öz değerlendirme, öz saygı ve başkalarına saygı duyma isteği); ve kendini gerçekleştirme (kendini gerçekleştirme isteği) olarak tanımlamıştır (Şeker, 2015:43).



Şekil 1. Maslow'un İhtiyaçlar Piramiti; Kaynak: Seker, 2015:43

Ekonomistler geleneksel olarak ihtiyaçlar konusunda konuşmakta tereddüt etmelerine rağmen, hayatta kalmak için besinler ve barınakların fiziksel olarak asgari düzeyde olması gerektiği ve bunun daha az bir ölçüde güvenlik için de geçerli olduğu söylerler. Hayatta kalma davranışı fizyolojik ve güvenlik ihtiyaçları açısından insanlar değişmez olmalıdır; bu durumda, tüketim seviyelerini tanımlayabilmeleri gerekir. Bu durum bireyler ve zaman arasında oldukça değişkendir (Taylor, 2009:24).

2.3. Tüketim fonksiyonu

Tüketim fonksiyonu literatürde teorik olarak ele alındığında günümüze kadar bir dizi teori ve varsayım olduğu görülmektedir. Bunlardan bazıları: James Duesenberry (1949)'nin nispi gelir teorisinde kişinin toplum içinde nispi durumuna bağlı "nispi gelir", J. Maynard Keynes (1936)'in mutlak gelir teorisinde "cari mutlak gelir", Franco Modigliani ve Albert Ando (1963)'nin birlikte geliştirdikleri yaşam boyu teorisinde "beklenen gelir" ve Milton Friedman'ın sürekli gelir teorisinde, ise uzun dönemde normal olarak kazanılacağı ümit edilen "sürekli gelir"dir.

Tüketim fonksiyonu ile ilgili "zamanlararası bütçe kısıtı" olarak da adlandırılan ilk yaklaşım Irving Fisher (1930)'e aittir (Kaya, 2017:3) Fisher'e göre, insanların hayatında iki dönem vardır. Bu dönemlerin ilki bugünü, ikincisi ise geleceği temsil etmektedir. Tüketiciler tasarruf ve borçlanma yoluyla tüketim kararı verebilmekte, bu kararın sonucu olarak daha fazla ya da daha az tüketimde bulunabilirler (Mankiw, 1992:397). Tüketicilerin gelecekte elde edecekleri gelir karşılığında borçlanamayabilecekleri konusunda Fisher'in yaklaşımı eksik kalmaktadır. Çünkü tüketicilerin bugünkü tüketimi, ancak bugünkü gelirlerine eşit veya bugünkü gelirlerinden küçük olabilmekte ve Fisher'in bu durumu göz ardı ettiği yönünde eleştiriler vardır (Pehlivan ve Utkulu, 2007:41). Fisher'in bu yaklaşımının Keynes'in geliştirdiği mutlak gelir hipotezine önemli bir eleştiri niteliği taşıdığı şeklinde söylenebilir.

Tüketim fonksiyonu ile ilgili diğer ise Fisher'den sonra John Maynard Keynes (1936), tarafından geliştirilen mutlak gelir hipotezidir. Keynes (1936)'e göre, bir ekonomideki istihdam düzeyini belirleyen en önemli unsur, toplam talep fonksiyonu ile toplam arz fonksiyonunun kesişim noktalarıdır (Keynes, 1936:89-90). Keynesyen tüketim fonksiyonunda, tüketimin cari harcanabilir gelir ile belirlendiğini ve bireylerin gelirleri arttığında, tüketimlerini de arttıracaklarını, ancak, tüketimdeki artışın gelirdeki artış kadar olamayacağı, gelir artışı ile birlikte tasarrufun artacağı şeklindeki psikolojik yasayı ileri sürmüştür (Romer, 1996:312). Keynes'in bugünkü gelir ve bugünkü tüketimi temel alan tüketim modeli üç temel varsayım üzerine kurulmuştur. Bu varsayımlar; a) tüketicilerin reel gelirleri arttığında, tüketimlerini reel gelirdeki artıştan daha az arttı-

racakları yani harcanabilir gelir artarsa tüketim gelirden daha az artacaktır b) harcanabilir gelir arttığında, gelirden tüketime ayrılan kısmın azalacağı, c) gelirin tüketimi belirleyen en önemli değişken olduğudur. (Keynes, 1936:96-97; Kaya, 2017:4).

Duesenberry'nin geliştirdiği “nispî gelir hipotezi” ise Keynes'in “mutlak gelir hipotezi”ne eleştiri niteliğinde olduğu söylenebilir (Kaya, 2017:5). Duesenberry, tüketim olgusunu toplumsal nitelikte görerek, tüketimi psikolojik ve sosyal temellere dayandırmıştır. Duesenberry, tüketimin cari gelirin ve geçmişteki en yüksek gelir düzeyinin bir fonksiyonu olduğunu, Keynes'in dediği gibi sadece cari gelirin bir fonksiyonu olmadığını savunmuştur. Keynes'in hipotezinin aksine Duesenberry'nin varsayımı iki temel üzerine inşa edilmiştir. Bunlardan ilki bireylerin tüketim kararları birbirinden bağımsız olmadığını ikincisi ise bu kararların bireylerin ait oldukları sosyal gruptaki nispi gelir düzeyinden etkilendiğidir (Parasız, 1988: 84; Kaya, 2017: 5).

F. Modigliani'nin “ömür boyu gelir hipotezi”ne göre tüketiciler bugünkü tüketimlerini, ömür boyunca elde etmeyi bekledikleri gelirlerine bağlıdır. Tüketiciler genç yaşlarda harcamalarını kısıp, tasarruflarını yüksek tutarken, aynı durum yaşlılık durumlarında da geçerlidir. Tüketicilerin gençlik ve yaşlılıklarında ki yüksek tasarrufları, orta yaşlarındaki tüketim düzeylerinin üzerine eklenecek ve böylece orta yaşların cari tüketimi cari gelirle birlikte bu tasarruflar tarafından belirlenecektir (Kargı, 2014:4). Bu hipotezde kişilerin hayatları emeklilik dönemine nazaran daha fazla gelir elde ettikleri çalışma dönemi ve emeklilik dönemi olarak ikiye ayrılmaktadır. Bireyler ömür boyu aynı düzeyde tüketim harcaması yapabilmek için hayatlarının çalışma döneminde pozitif yönde tasarruf yaparlar ve bu dönemde yaptıkları tasarruf ile emeklilik döneminde tüketimlerinin, gelirlerini aşan kısmını finanse ederler (Modigliani, 1963).

2.4. Tüketici talebi

Günümüzde tüketici talebini karşılamak, sadece iyi ürünler üretmekle değil, seçici tüketicilerin beklentilerini karşılamakla ilgilidir. Pazarda değer yaratma sürecinin anahtarı, tüketicinin ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak için kuruluşun değer üreten kaynaklarını (çalışanlar, teknolojik bilgi birikimi, sermaye vb.) belirlemek ve kullanmaktır. Bu sürecin merkezinde yenilik kavramı vardır (Baker, 2003:101).

Sağlık hizmetleri gelişen teknolojiyle beraber hızla büyüyen ve gelişen sektörlerin başında gelir. Bunun sonucu olarak, sağlıkta hastaların talepleri de her geçen gün değişmektedir. Günümüz sağlık hizmetleri sadece hasta olan kişilere sunulmamaktadır. Topluma sunulması gereken sağlık hizmetlerinin en önemlisi koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri-

dir. Bu nedenle sağlığının korunması ve sürdürülmesi için sadece hastalar değil, toplumdaki sağlıklı bireylerinde talepleri değişmektedir.

Toplumdaki sağlıklı bireylerin koruyucu ve önleyici talepleri: çocukluk çağı aşılama, rahim ağzı kanser taramaları, meme kanseri taramaları gibidir. Buna karşın hastaların talepleri ise hastalığıyla ilgili sağlık kuruluşuna başvuruda bulunma suretiyle sağlığına kavuşma talebi, hastalığıyla ilgili kendisine uygulanacak girişimler ve tüm tıbbi süreçler hakkında bilgi edinme talebi, hastalığıyla ilgili mahremiyet ve özel hayatına saygı talebi gibi birçok talebi olabilir. Bu talepler “Hasta Hakları Yönetmeliği”ne göre de her hastanın hakkıdır (www.saglik.gov.tr, 2018).

2.5. Tüketici davranışları ve etkileyen faktörler

Teknolojik gelişmelerle beraber sağlık pazarı gelişmiş ve gelişmekte olan ülke ekonomilerinde en önemli pazarlardan biri haline gelmiştir. Bu nedenle, hastaların sağlıkları ile ilgili durumlarda, onların davranışlarına ilişkin daha fazla bilgi edinmek için girişimlerde bulunulmasının önemi günümüzde giderek artmaktadır (Zaltman ve Vertinsky, 1971:19).

Literatürde tüketici davranışlarının birçok tanımı yapılmıştır. Tüketici davranışı, kişilerin istek ve ihtiyaçlarını tatmin etmek için mal veya hizmetleri seçme, satın alma ve kullanma durumlarında göstermiş oldukları ve fiziksel, sosyal, ruhsal ve duygusal durumlarını yansıtan davranışlardır (Loudon ve Bitta, 1988:8). Başka bir tanımda tüketici davranışı, zihinsel ve sosyal süreçleri ve bunları takip eden faaliyetleri kapsayan satın alma ve ürün ve servisleri kullanma hareketidir (Berkowits vd., 1993:139; aktaran: Tengilimoğlu, 2014:64).

Tüketici davranışlarında sinirbilim yaklaşımı 1980'lerin ortasında gelişti. Son 20 yılda, sinirbilim (evrimsel biyoloji ve psikolojiyle birlikte) bu yöne doğru büyük adımlar atıldı ve bize beyin hakkında yeterince bilgi sağladığı anlaşılıyor. Sinir bilimlerinde genel olarak insan beyninin modüler olarak işlev gördüğü kabul edilir, çünkü işlevselliği birbirleriyle örtüşen ancak genel olarak uygulamada kullanılan merkezlerden oluşur. Buradaki güçlü motivasyon talep analizinin, beynin organizasyonel yapısından ve işleyişinden ipucunu alan bir yaklaşımdan maddi olarak faydalanabileceği yönündeki güçlü bir inançtır (Taylor, 2009: 26).

Bauer (1960), bir tüketicinin herhangi bir eyleminin bir miktar belirsizlikle birlikte gördüğü sonuçlara yol açabileceği anlamında risk içerdiğini ortaya koydu. Bauer (1960), tüketicilerin belirsizlik durumlarında belirli bir güven içerisinde hareket etmelerini sağlayacak gerekli bilgileri elde ederek riski azaltmanın yollarını geliştirdiğini düşündü. Bilginin risk belirsizliğini ve çatışmayı azalttığını düşünmüştür. Belk (1988), “Tüketicilerin mülkiyete iliştirdiği anlamların bir kısmını anlamadan tüketici

davranışını anlamayı ümit edemeyiz” söyleminde bulunmuştur (Chaudhuri, 2017:2).

Hastalar çoğu zaman aldıkları klinik bakımın kalitesini yargırlar. Örneğin; hastalar enjeksiyon için uygun ölçü iğnesinin kullanılıp kullanılmadığını, 10 ml'nin uygun doz olup olmadığını veya kan sulandırıcı ilacın, uygun ilaç olup olmadığını yargılayamaz. Ancak hastalar, enjeksiyonun beklenenden daha fazla acı verip vermediğini, hemşirenin bilgilendirici ve arkadaşça olup olmadığını veya doktorun hastanın fikirlerini, sorularını dinleyip dinlemediğini ve uygun şekilde yanıt verip vermediğini yargılayabilir. Hastalar sürekli sağlık profesyonelleri ile etkileşim içerisindeydirler. Eğer hastalar sağlık çalışanlarının kendileriyle ilgilenmediğini ya da iyi iletişim veya empati kurmadıklarını düşünüyorlarsa, belirli süre sonra verilen bakımın yüksek kalitede olmadığını hissedeceklerdir. Buna ek olarak, eksik bir bilgi alışverişi ve en uygun olmayan bir cevap alışverişi ile sonuçlanan bir miktar güvensizlik meydana gelecektir. Bu yargıların temelinde esasında hasta memnuniyeti kavramı karşımıza çıkmaktadır.

Tüketicilerin satın alma sürecinin beş aşamadan oluştuğu kabul edilmektedir. Alıcının geçirdiği bu beş aşama aşağıda sıralanmıştır.

Bir ihtiyacın ortaya çıkması: Satın alma sürecinin ilk aşamasıdır. Kişiler ürün ya da hizmete ihtiyaç duyduğu için alırlar. Örneğin acıkma biyolojik olarak ortaya çıkmaktadır. İhtiyaçlar için uyarılar içeriden ya da dışarıdan olabilir. Bazen ihtiyaçlar anında ortaya çıkarken, bazen de bilinç altında uzun süre sonra ortaya çıkabilir (Cemalcılar, 1999:69).

Alternatiflerin belirlenmesi: Kişi bir ihtiyacı ortaya çıktığı zaman bilgi toplamaya başlar. Problemi tanımladıktan sonra tüketici ihtiyacını giderecek olan ürün ya da markayı araştırmaya başlar. Önce hafızasında ürünle ilgili önceden edindiği reklamlar, arkadaşlarından duydukları veya daha önceden ürünü kullanması gibi deneyimlerle elde ettiği bilgileri tarar. Birden fazla seçenek söz konusu ise kendisine en uygun olanı düşünür. Örneğin; bir hemşire hastadan kan alırken, eline kan bulaşı olmasını istemiyorsa, kan alırken eldiven takar (Tengilimoğlu, 2014:84).

Alternatiflerin değerlendirilmesi: Seçenekler tanıdıktan sonra sıra alternatiflerin değerlendirilmesine gelir. Satın alma karar sürecinde ihtiyacını fark eden birey bu ihtiyacı karşılayabileceği ürünlerin neler olabileceği ile ilgili ürün alternatifi belirlemiştir. Alternatifleri belirlerken birey çeşitli iç ve dış kaynaklardan birçok araştırma yapmıştır. Alternatifler arasından seçim yapmak zorunda olan tüketici yine birçok içsel ve dışsal faktörün de etkisi ile ürünlerden birini satın almaya karar vermektedir. Satın alma kararında geçmiş deneyimler önemli rol bir oynar. Bunun yanında aile, arkadaşlar, toplumsal gurupların önerileri de göz önünde bu-

lundurulmalıdır. Tüketiciler alternatif ürün ya da hizmeti değerlendirirken kullandıkları bazı seçilmiş özellikler bulunmaktadır. Bu özellikler; Maliyet, performans, sosyal ve durumsal özelliklerdir (Tengilimoğlu, 2014:86; Özcan, 2010: 28).

Satın alma kararının verilmesi: Bu aşamada karar verilerek, satış noktasına gidilerek satın alma gerçekleştirilir. Tüketici davranışında satın alma süreci oldukça kolay görünen ancak cevabı çok karmaşık bir soru olan “tüketici satın alma kararını nasıl vermektedir?” sorusuyla başlamaktadır. Ekonomi bilimi insanların satın alma davranışlarını “ekonomik insan” varsayımı ile açıklamıştır. Ekonomi kuramlarının varsaydığı gibi eğer tüketiciler tamamıyla rasyonel davranışları işletmeler açısından tüketicileri çözümlenmek çok kolay olurdu. Ancak konu ile ilgili yapılan araştırmalar göstermiştir ki insanların satın alımlarını çoğu zaman ekonomi biliminde belirtildiği gibi rasyonel nedenlerle değil, çoğunlukla sembolik ve duygusal nedenlerle yaptıkları görülmüştür (Wright, 2006). Tüketiciler bir hizmet ya da mal satın alırken fizyolojik doyumdan çok psikolojik/duygusal (saygı görme, statü, ait olma, sevilme, kabul edilme, üstün olma, başarıma, zevk alma gibi) doyumunu arama durumundadır. Tüketici seçeneklerin hiçbirinin satın almaya değmediğine karar verebildiği gibi vereceği para miktarı ile doğru oranında fayda sağlamayacağına da karar verebilir (Özcan, 2010: 2).

Satın alma sonrası davranış: Satın alma karar sürecinin son aşaması satın alma sonrası davranıştır. Tüketici herhangi bir ürünü ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla satın alır ve tüketir. Tüketicinin satın alma sonrası düşünceleri pazarlama açısından önemlidir. Müşteriler ile olan ilişkinin geliştirilmesinde satın alma aşaması bitiş değil bir başlangıç noktası olarak görülmelidir. Bu aşama satın alma sürecin den ayrı tutulmamalı, sürecin bir bileşeni olarak görülmelidir. Tutarlı ve olumlu deneyimler, marka sadakatine yol açabilir. Tüketici satın alma ve tüketim sonrasında satın aldığı ürününün ihtiyaçlarına uygunluğu konusunda bir değerlendirme yapar. Bu değerlendirme sonucunda, kişi aldığı hizmet ya da malın ihtiyacını tatmin ettiğini ya da etmediğini düşünür. İhtiyacını tatmin eden tüketici muhtemelen aynı ürünü tekrar satın alır ve hatta başkalarına tavsiye eder (Özcan, 2010: 2).

Tüketiciler sadece ihtiyaç duyduğu ürün ya da hizmeti, kendi fizyolojik ihtiyaçlarını tatmin etmek amacıyla değil, aynı zamanda psikolojik, güvenlik ve psiko-sosyal gibi ihtiyaçlarını da karşılamak için tercih ederler (Aker, 2009:132). Bir başka görüşe göre de tüketici davranışı, geniş bir şekilde üç etkiye sahiptir; bireyin kendine has özellikleri (kişilik algılar-tutumlar-ihtiyaçlar), bireyin çevresi (kültür-alt kültür-aile-arkadaşlar) ve bireyin biyolojik yapısını oluşturan kalıtsal genetik özelliklerdir (Durmaz vd, 2011:118).

Tablo 1. Tüketici davranışlarını etkileyen faktörler

Kişisel Faktörler	Psikolojik Faktörler
Kişilik	Motivasyon
Yaş	Sezgi
Yaşam dönemleri	Öğrenme
Cinsiyet	Algı
Yaşam stili	Tavır
Ekonomik koşullar	İnanç
Meslek	Tutumlar
Öğrenim	
Sağlık	
Sosyal Faktörler	Kültürel Faktörler
Referans Grupları	Kültür
Aile	Alt kültür
Roller	Sosyal sınıf
Statüler	Etnik köken

Kaynak: Durmaz, (2008:36).

2.5.1. Kişisel faktörler

Tüketici satın alma karar sürecini etkileyen kişisel faktörler; kişilik, yaş, cinsiyet, yaşam dönemleri, yaşam stili, ekonomik koşullar, meslek, öğrenim durumu, sağlıktır. Bunlar aşağıda açıklanmıştır (Durmaz, 2008:36).

Kişilik: Bir kişiyi başkalarından farklı kılan düşünce, duygu ve davranış özelliklerinin tümüne kişilik adı verilir. Kendine güven, çevreye adaptasyon, saygılı olma, bağımsız olma, alışkanlıklar, davranış tarzları, olaylara ve çevreye bakış açıları ve algılar kişiliğin ayırt edici özellikleridir. Bu özellikler, kişisel farklılıkları belirlemede ortaya çıkan özsaygı, özgüven, otorite ve asabiyet gibi değişkenlerdir. Kişinin sahip olduğu kişilik ve özellikleri onun satın alma davranışını etkiler (Sheth ve Howard, 1969:350).

Yaş ve yaşam dönemleri: Her bireyin yaşamı boyunca yaşam dönemleri ve yaş faktörü, tüketici tercihlerinde önemli rol oynamaktadır. Her yaş dönemi kişinin ilgi ve ihtiyaç duyduğu ürün ve hizmet talebinde farklılıkları da beraberinde getirdiği söylenebilir. Birey yaşlandıkça hem geçmiş deneyimlerinden faydalanarak tercihini kullanır hem de yaşlandıkça farklı hizmet talepleri kendiliğinden doğar. Örneğin; yapılan bazı çalışmalarda AIDS bilinçlendirme kampanyaları her zaman daha fazla prezervatif kullanımını teşvik etmede başarılı olamamıştır. AIDS konusundaki farkındalığın kondom kullanımını doğrudan etkilemediğini göstermiştir. Sosyo-demografik faktörler açısından, yalnızca yaşın doğrudan kondom niyetiyle ilişkili olduğu, gençlerde daha fazla prezervatif kullanımının olduğu görülmüştür (Chaudhuri, 2006: 54).

Sağlık hizmetlerinde yaş döngüsüyle birlikte hizmet talebi de farklılaşır (Durmaz, 2011:119). İleri yaşla birlikte kronik hastalıkların ortaya çıkması yüksek olasılıkla muhtemeldir (Beğner ve Yavuzer, 2012:2). Dünyamız her geçen gün yaşlanmasına karşın bunun tam aksi yönde doğum oranları düşmektedir. Aynı zamanda tüm dünyada yaşam standartlarının iyileşmesinin bir sonucu olarak, insan ömrünün uzamakta ve buna paralel yaşlı nüfusu da her geçen yıl artmaktadır.

Yaşlılık, fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlu, kronolojik olarak yaş ilerledikçe değişimini ifade eden bir süreçtir. Fizyolojik boyutuyla yaşlılık, kronolojik yaşla birlikte görülen değişimleri ifade ederken, psikolojik boyutuyla algı, öğrenme, psiko-motor, problem çözme ve kişilik özellikleri ifade etmektedir. Sosyolojik olarak ele alındığında ise yaşlılık bir toplumda yaşayan yaş grubundan, beklenen davranışlar ve toplumun gruba atfettiği değerlerdir (Beğner ve Yavuzer, 2012:1). Yaşlılık dönemi hastalıkların yoğun yaşandığı ve yatarak tedavi hizmetinden sıklıkla yararlanan bir dönemdir. Bu durum bu dönemde sağlık hizmetleri sektöründe, özellikle de hastane hizmetlerinde talebi ve önemi artırmaktadır.

Yaşlıların yanında çocuklar da yaşları itibariyle diğer bir tüketim grubudur. Çocuklar tüketim davranışını ilk olarak ailesinden öğrenir, daha sonra ise bir pazarlama stratejisi olan çoğunlukla reklamlar aracılığıyla tüketime yönlendirilir. Ayrıca ailelerin büyük bir kısmı yiyecek, içecek, giyim, sosyal faaliyetler, araba ve ev gibi ihtiyaçlarını çocuklarına göre şekillendirirler. Aileler çocuğun tüketim alışkanlığını üç yaşına kadar kontrol altında tutabiliyor iken, bu yaştan sonra çocukların tüketimini etkileyen en önemli araç reklamlardır (Tekvar, 2016:1605).

Cinsiyet: Hem satın alma kararında hem de ürün ve marka seçiminde cinsiyet önemli bir role sahiptir (Peterson, 2005:349; aktaran: Tengili-moğlu, 2014:69). Cinsiyet faktörü aynı zamanda bir kişinin taleplerinin farklılaşmasının sebeplerinden birisidir. Ürün veya hizmet talebinde kadınlar ya da erkekler farklı tercihlere sahiptir. Kişinin cinsiyeti ve toplumsal cinsiyet kimliği, tüketicinin tüketim kararını etkilemektedir. Örneğin, sağlık ve güzellik ile ilgili ihtiyaçlarda cinsiyet faktörünün toplum içindeki tanımı ve toplumsal rolleri devreye girmektedir. Günümüzde kadınların ev dışında çalışma oranındaki anlamlı artışın yarattığı sosyal değişiklikler, kadınlık imajını ve kadın temsillerini de çeşitlendirmekle kalmamış, bu durum kadınların satın alma ve tüketim alışkanlıkları da değişmiştir. Örneğin, erkek cinsiyetle özdeşleştirilmiş prezervatif, oto ve tamirat malzemeleri vb. ürünleri kadınların da aldıkları görülmektedir. (Tekvar, 2016:1603).

19. yy. sonlarında, meşruiyeti artan LGBT (lezbiyen, gey, biseksüel ve transgender) grupları da tüketim potansiyelini oluşturan guruplardan-

dır. LGBT tüketicilerin çoğu eğitilmiş ve refah seviyeleri yüksektir. Günümüzde her geçen gün dünyada eşcinsel gece kulüpleri, eşcinsel dergi ve gazetelerinin sayısı artmaktadır (Solomon, 1994:309).

Meslek: Tüketiciler yönetici, memur, teknisyen, satış elemanı, işçi, çiftçi, emekli, öğrenci, ev hanımı ve işsiz olanlar şeklinde farklı bölümlere ayrılır. Kişinin mesleği satın alma davranışını önemli ölçüde etkiler. Bir kişinin mesleği aynı zamanda ekonomik durumunun da belirleyicisidir. Örneğin; bir işçi ile bir memurun gereksinim ve istekleri birbirine benzemeyecektir (Çakmak, 2004:5; aktaran: Tengilimoğlu, 2014: 69).

Öğrenim düzeyi: Tüketicilerin öğrenim düzeyleri yükseldikçe ihtiyaçları ve istekleri öğrenim düzeyine paralel çeşitlenir ve artar (Cömert ve Durmaz, 2002:354). Eğitim kişide farklı bakış açıları, farklı kültür ve anlayışların gelişmesine sebep olmaktadır. Eğitim tüketici bilincinin gelişmesine katkı sağlar. Yeni öğrenilen şeyler tüketicilerin istek ve gereksinimlerinin de değişmesine neden olur. Öğrenim durumu yüksek tüketici, daha kaliteli, daha karmaşık ve doyurucu ürün ve hizmetler istemektedir (Tengilimoğlu, 2014:70).

Yaşam stilleri: Yaşam stili kişinin ilgi alanları, faaliyetleri, değerleri, fikirleri, düşünceleri ne yaptığı ve ne yaşadıklarından, günlük hayattaki her yönünü kapsayan tüm faaliyetleri içerir. Tüm bunların bütünü bireyleri birbirlerinden farklı kılan davranış kalıplarıdır. Pazar bölümlendirmesi yapılırken, kişinin yaşam stilleri de dikkate alınmalıdır (Swenson, 1992:2). Başka bir tanımda “yaşam biçimi” genellikle, gönüllü yaşam tarzları, insanların davranışları ve özellikle tüketim kalıpları hakkında yaptıkları seçimler anlamına gelir. Sağlık bağlamında ele alındığında yemek seçimi, sigara içme ve boş zamanların nasıl harcandığı vb. seçimler olarak düşünülebilir (Engel vd, 1995:449). Bununla birlikte, yaşam tarzlarının ekonomik ve kültürel boyutları da vardır. Örneğin, şehrin yaşam biçimi kaçınılmaz olarak ülkeninkinden, bekar olanlar evlilerden, kuzeyde yaşayanlar güneyde yaşayanlardan farklı olabilir. Sağlık üzerindeki kalıcı sosyo-ekonomik etkiler konusunda çok çeşitli düşünceler vardır. Gelir, iş, barınma, fiziksel ve sosyal ortamlar yaşam biçimlerinin bir parçasıdır. Bunlar hem sağlık üzerinde doğrudan bir etkiye sahip hem de insan davranışını etkileyen faktörlerdir.

Ekonomik koşullar: Kişilerin ekonomik durumu ürün ve hizmet seçimini etkileyen başlıca faktörlerdendir. Örneğin, bir kişinin kendini iyi hissetmek için estetik operasyon ile burun estetiği ameliyatı olmak istemesi işini kaybetmesiyle beraber bu karardan vazgeçmesine; aksine yüksek ücrette sahip, iyi olanaklarda bir iş imkânı yakaladığında ise burun estetiğinin yanında, farklı estetik hizmetlerine de karar vermesine neden olabilir. Günümüzde ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre değişen oran-

larda toplumların sağlığa daha fazla değer vermeye başladığı görülmektedir. Kişilerin bunun için daha geniş kapsamlı bir talep içerisine girdiği söylenebilir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 yılı verilerine göre Türkiye’de toplam 34,559 sağlık kurumu bulunmaktadır (www.tuik.gov.tr). Türkiye’de bulunan hastanelerin 889’u Sağlık Bakanlığı, 68’i üniversite ve 577’si özel hastane niteliğindedir. Bunların 1534’ü yataklı sağlık kurumu olup, toplam yatak sayısı 231,913’dür. Hastane yatağı sayısının uluslararası karşılaştırmasında 2018 yılında 10.000 kişiye düşen hastane yatağı Türkiye’de 27,9 iken, OECD ülkeleri ortalamasında bu sayı 46,5’dir. Yataksız tedavi kurum (aile hekimliği birimi, özel poliklinik, özel tıp merkezleri vs.) sayısı ise 33,025’dir. 2018 yılında birinci basamak sağlık kuruluşlarından 26,252 Aile Hekimliği Birimi, 7979 Aile Sağlığı Merkezi, 776 Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), 5259 Sağlık Evi, 172 Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) Birimi, 173 Verem Savaş Dispanseri, 175 Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), 2618 Acil Yardım İstasyonu ve 83 Halk Sağlığı Laboratuvarları bulunmaktadır (www.saglik.gov.tr)

Türkiye’de 100,000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı 2018 yılında 301 iken OECD üyesi ülkeleri ortalamasında bu sayı 938’dir. Türkiye’de 2002 yılında tüm sektörlerde toplam hekim sayısı 91,949 iken, 2018 yılında bu sayı 153,128’e yükselmiştir. Aynı yıllar arasında hemşire sayısı ise 72,393’dan 190.499’a yükselmiştir. 2002-2018 yılları arasında hekim ve hemşire sayılarındaki artışın aynı orantıda yükselmediği kaydedilmektedir. Hekim sayılarındaki artış 2002-2018 yılları arasında 1,7 katı gerçekleşirken, hemşire sayısı aynı yıllar arasında yaklaşık 2.6 katı artış göstermiştir. Türkiye’de 2018 yılında 100,000 kişiye düşen toplam hekim sayısı 187’dir. 2017 yılı verilerine göre OECD üyesi ülkeleri ortalamasında toplam hekim sayısı 348’dir (www.saglik.gov.tr).

Yıllara göre tüm sektörlerde toplam hekime müracaat sayısı 2012 yılında 208.966.049 iken bu sayı 2018 yılında 782.515.204’e yükselmiştir. Buna göre yıllık kişi başı hekime müracaat sayısı, 2012 yılında 3,1 iken 2017 yılında 9,5’e yükselmiştir. OECD ülkeleri ortalamasında bu sayı 2017 yılında 6,8’dir. Hekim başına hasta müracaat sayısının her geçen yıl arttığı görülmektedir. Bu durum sağlık hizmet talebine ihtiyaç durumunu sorgulamamıza neden olmaktadır (www.saglik.gov.tr).

Sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayıları ele alındığında Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurumlarda MR (Manyetik Rezonans) cihaz sayısı 2012 yılında 18 iken, bu sayı 2018 yılında 915’e yükselmiştir. 2012’de BT (Bilgisayarlı Tomografi) sayısı 121’den 2018’de 1211’e, 2012’de USG (Ultrasonografi) cihaz sayısı 495’ten

2018’de 5846’ya yükselmiştir. Türkiye’de yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayılarında yıllara göre yaşanan bu olumlu gelişmeye rağmen, 2018 yılında tüm sektörlerde 11.2 olan 1,000,000 kişiye düşen MR cihazı sayısı, 16.7 oranı ile OECD üyesi ülkelerin ortalamasının altındadır (www.saglik.gov.tr).

Sağlık hizmetlerinde arz-talep dengesini açıklamak çok zordur. Çünkü sağlık hizmetlerinin maliyetinin nasıl karşılanacağı sorunu bu dengeyi açıklamayı güçleştirmiştir. Sağlık tüm ülkelerin vatandaşlarına sağlaması gereken sosyal bir haktır. Bundan dolayı sosyal sigorta sistemleri ile tüm vatandaşları kapsayan ve rekabete izin verilmeyen bir ortam sağlanmaya çalışılır. Bunun için birçok ülke kurduğu sağlık sistemi ile toplumun temel sağlık harcamalarını sübvanseder, bu durumda talebin dolaylı olarak artmasına neden olur.

Sağlık: Bir diğer önemli tüketici davranışları üzerinde etkili olan kişisel faktör ise sağlıktır (Durmaz, 2011:120). Herhangi bir sebeple hangi yaşta olursa olsun sağlığını kaybetmiş kişi, kaybolan sağlığını geri kazanmak için en iyi sağlık hizmetini almak isteyecektir. Her ne kadar alınan sağlık hizmetinin kalitesi ekonomik sebepler, sunulan hizmetin farklılığı vb. sebeplerle değişse de temelinde, kişiler sağlıkları için imkanları doğrultusunda sağlık taleplerini çok erteleyemezler. Örneğin, normal şartlarda beslenmesinde çok fazla yağlı yemek tüketen, kızartma, katı yağ kullanan birey, MI (Miyokart İnfarktüsü) geçirdikten sonra, kızartma, katı yağ gibi sağlıksız gıdaları tüketmemesinden dolayı bu ürünleri satın almaması buna bir örnektir.

2.5.2. Psikolojik faktörler

Tüketici satın alma karar sürecini etkileyen psikolojik faktörler: motivasyon, sezgi, öğrenme, algı, tavır, inanç, tutumlardır. Bunlar aşağıda açıklanmıştır.

Motivasyon: Kelime kökeni olarak motivasyon, Latince “Movere” kelimesinden gelmektedir. Motivasyon, insanların amaçlarını gerçekleştirmek için davranışa geçmeleri şeklinde de tanımlanabilir. (Cömert ve Durmaz, 2002:357). Motivasyon, insan ilişkilerine yön veren önemli bir olgudur (Önen ve Kanayran, 2015:44).

Algılama: Yaşanan her yeni olayın önce bir algılama ve özümleme süreci vardır. Algılama, en insanların çevrelerindeki bilgileri seçmesi, kavraması, düzenlemesi ve yorumlaması ile iç ve dış dünyadan haberdar olmalarıdır. Başka ifade ile fizyolojik olarak insanların duyu organları tarafından meydana gelen uyarıları seçmesi, düzenlemesi ve anlamlarını yorumlama sürecidir.

Tutum ve inançlar: Tutum bilişsel, duyuşsal ve davranışsal boyutlarıyla davranışın önemli görülen psikolojik bir değişkenidir. Diğer bir tanımla tutum; motivasyon, heyecan ve algılama süreçleriyle öğrenme sürecinin, bireyin dünyasının bir yönüne göre devamlı bir organizasyondur. Tutumlar bireylerin uzun süreli eğilimleridir. İnançlar ise kişilerin herhangi bir şey hakkında sahip oldukları tamamlayıcı düşüncelerdir. İnançlar ve tutumlar insanların içinde buldukları değişik durumları algılama ve tanımlama biçimidir. Tutum ve inançlar aynı zamanda kişilerin içinde buldukları değişik durumların kendileri için ne anlama geldiğini, tutum ve davranışlarına nasıl bir yön verdiğini gösterirler (Demirtaş, vd., 2011:100; Apaydin, 2002:358).

İnançlar, giyimden gıdaya, içeceklerden sosyal hayata kadar tüketim davranışlarını etkiler. Bu etkileşim sonucunda yapılan harcamalar ve tüketimler inançlar doğrultusunda şekillenir. Örneğin dinlerin çoğunda ramazan, Noel gibi dinsel takvimlerde gıda, içki, giyim gibi ürün satın alımları ve sosyal etkinlikler etkilenir. Hıristiyanlar Noel zamanı alışveriş ve hediye alımı büyük ölçüde artar. Bunun yanında katoliklerde cinselliğin tek amacı üremek iken, Protestanlara ya da Yahudilere daha çok çocuk yapmaktır (Solomon, 1994:487).

Öğrenme: Öğrenme kişilerin deneyimlerin neden olduğu davranış değişikliğidir. İnsan zihninin yeni şeyler öğrenme konusunda belirsiz görünen kapasitesi hakkında birçok çalışma yapılmıştır. Piaget'in çocukların gelişim süreçlerine odaklanması ve Lewin'in laboratuvar çalışmaları, bireyler ve gruplar halinde nasıl öğrendiğimize dair çok fikir verdi. Pavlov'un klasik koşullanması, Skinner'ın koşullandırıcı koşullandırması, Gestalt teorisi ve Freud'un psikodinamiği gibi çok sayıda teori önerilmiş, tartışılmış ve test edilmiştir (Kim, 1998:42). İnsan davranışlarını yönlendirmede öğrenme sürecinin büyük etkisi vardır. İnsan beyni kapalı bir kutudur; belirli uyarıcılar verilmesi ve bazı işlemlerin olmasıyla, davranış şekilleri ortaya çıkar.

2.5.3. Sosyal faktörler

Tüketici satın alma karar sürecini etkileyen sosyal faktörler; aile, referas grupları, roller ve statülerdir. Bunlar aşağıda açıklanmıştır.

Aile: Aile en geniş anlamı ile aralarında kan bağı bulunan, evlilik gibi nedenlerle birlikte oturan, iki veya daha fazla kişinin oluşturduğu toplumsal bir gruptur (Odabaşı ve Barış, 2010:2). Günümüzde geniş aile kavramı yerine çekirdek aile (anne, baba ve çocuklar) kavramı geniş yer tutmaktadır. Aile talebe duyulan ihtiyacın belirlendiği kurumdur. Ailede gerekli ihtiyaç ve harcamalar, çocuk sayısına ve ebeveynlerin çalışma durumları ile aile bütçesine katkıda bulunmalarına bağlıdır (Çalık, 2003:71). Örneğin, çocuk sahibi ailenin sağlık hizmetlerinde çocukluk çağı aşısı,

çocuk hastalandığında çocuk hastalıklarına muayene ihtiyacı meydana gelir. Ailede yaşlı birey var ise, check-up ihtiyacı bu ailede daha önemli bir ihtiyaç haline gelecektir.

Referans grupları: Referans (danışma) grupları kişilerin satın alma kararlarında rehber olarak işlev gören, kişinin tutumlarını, fikirlerini, değer yargılarını ve davranışlarını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen insan topluluğudur. İnsanların çoğu bu referans grupların üyesidir. Bu grup aile ve diğer yüz yüze ilişkilerin olduğu yakın çevre (meslektaşlar, kurum ve kuruluşlar, arkadaşlar, komşular vb.) ile kişinin üyesi olmadığı gruplar ve doğrudan ilişkisi olmayan kişilerden (sporcular, oyuncular, şarkıcılar vb.) oluşmaktadır (Yıldırım, 2016:219). Bireylerin davranışları üzerinde etkili olabilme referans grubu olabilmenin ön şartıdır. Bunlar; mesleki dernekler, sendikalar, siyasal partiler ve aile bir danışma grubudur. Örneğin; bir kişinin etnik ya da dinsel bir guruba üye olması, kişinin değer yargılarını ve davranış biçimlerini bir biçim gurubuna üye olmaktan daha çok etkileyecektir. Referans grupları kişilerin tutum ve görüşlerini etkiler, gruba uymaya zorlar, yeni yaşam tarzlarını gösterir ve kişilerin fiili ürün ve marka seçimini etkiler. Chisnall (1995) göre genel kabul görmüş olan referans gurup çeşitleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır (Tengilimoğlu, 2014: 75).

- **Birincil grup:** Yakınlığın, yüz yüze ilişkilerin, kişisel ilişkilerin, sevgi, dostluk ve bağlılığın yüksek olduğu biçimsel olmayan aile, arkadaş, iş arkadaşı gibi gurupları içerir.

- **İkincil grup:** Gurup üyesi olmada açık bir seçimin söz konusu olduğu biçimsel olan guruplardır.

Roller ve statüler: Roller kişilerin yapması gereken uygulamalardan meydana gelir. Her rolün bir statüsü vardır. Bir hastane yöneticisinin statüsü, bir hemşirenin statüsünden fazladır ve bir hemşirenin statüsü de bir sekreterinin statüsünden fazladır. Bu statüler taleplerde farklılıklar meydana getirir. Statü aynı zamanla gelirinde yüksek olduğunun işaretidir. Örneğin; ilaç tanıtım mümessilleri, tanıtıktıkları ilaç ya da ürünün statü sembolüdür. Hastane yöneticisi statüsü gereği, takım elbiselere para harcar.

2.5.4. Kültürel faktörler

Tüketici satın alma karar sürecini etkileyen kültürel faktörler; kültür, alt kültür, sosyal sınıftır. Bunlar aşağıda açıklanmıştır.

Kültür: Kültürün köken olarak, Latince’de tarım anlamına gelen Cultura kelimesinden gelir. Batı dillerinde Culture kelimesinin, Osmanlıca karşılığı Hars’dır. Daha sonra kültür terimini “toplumlara özgü olan düşünce, değer sistemleri, inançlar, simgele, eylem biçimleri ve tekniklerin bir bütünü” olarak kullanmışlardır. Kültür terimini sosyolojik anlamda

ilk kez kullanan İngiliz Antropolog Taylor, kültürün günümüzde de geçerli olan ve en bilinen, ünlü tanımını yapmıştır; kültür, “etnografyadaki en geniş anlamında, bilgi, sanat, hukuk, ahlak, töre ve tüm diğer yetenek ve alışkanlıkları içeren karmaşık bütün”dür (Kocadaş, 2004:2).

Alt kültür: Alt kültürler eşzamanlı, tarihsel olarak şekillenmiş, alışılmış biçimlerde, aynı zamanda yaratıcı, uyarlanabilir, yenilikçi ve bazen de geçişken olan bir yapılanmalardır. Blackman, (2015) alt kültürle ilgili şunu savunmuştur; sınıf, cinsiyet ve etnik köken gibi alt kültürler sosyal kategorilere karşı mücadelenin uygulandığı hiyerarşik yapılarla yaşanır ve deneyimlenir (Blackman 2005:15).

Sosyal sınıf: Sosyal sınıf insanların ekonomik gruplar içindeki eşitsiz yerlerine dayanan bir pozisyonudur (Stolley, 2005:139). Bir başka tanıma göre sınıf, bir toplumdaki bireyler veya gruplar arasında var olan hiyerarşik farklılıklardır. “Sosyal sınıf” terimi “sınıf” teriminin eş anlamlısı olarak kullanılmaktadır. Sosyal sınıflar geçmişten beri toplumların ve toplumsal yapıların oluşmasında etkin rol oynamıştır. Sosyal sınıf aynı zamanda sosyal yapının kesitlerinden birisidir. Bunun için sosyal sınıfları incelemenin en etkili yolu sosyal yapı analizi yapmaktır. İnsanlar üç tabakalaşma boyutunun farklı şekillerde onlara verdiği sosyal statülere sahiptirler. Bu boyutları; zenginlik, güç ve prestij olarak sıralayabiliriz (Berber, 2003:223). Sosyal sınıfların, diğer sosyal tabakalaşma biçimlerinden en önemli farklılığı kendi içlerinde kesin çizgilerle ayrılmamaları ve yine bütünlük arz etmemeleridir. Bu nedenle sosyal sınıf her ne kadar yapı olarak farklılıklar gösterse de temelde ortak olan özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler göz önüne alındığında beş adet sınıf ortaya çıkmaktadır Bunlar aşağıda açıklanmıştır (Calhoun vd. 1994: 218);

1. Üst sınıf: Zengin ve otorite sahibi eski, köklü ve büyük şirketlere ve taşınmazlara sahip ailelerdir.

2. Birleşmiş sınıf: Şirket ve devlet kademesinde bürokratik gücü olanların oluşturduğu sınıftır. Genelde bu sınıf, şirket sahipleri değil de şirketlerin yönetim kurulu üyeleri ya da yöneticileridir.

3. Orta sınıf: Daha az mülkiyete ya da varlığa sahip ancak, yaptıkları iş gereği yüksek gelir, prestij ve otoriteleri olan sınıflardır.

4. İşçi sınıfı: Bu sınıf biraz malı olan ya da hiç malı olmayan sınıftır. İşçi sınıfını kol gücünü kullanan kişiler oluşturur.

5. Alt sınıf: Hiçbir malı, işi veya geliri olmayan sınıftır. Başka bir deyişle “yoksul”lardır.

Amerikalı sosyolog Lloyd Warner'ın sosyal sınıfları belirlemek için kullandığı değişkenler: meslek, eğitim, oturulan evin türü ve semti ile gelirin kaynağı ve seviyesidir (Arpacı vd., 1992:35).

Veblen tüketiciyi toplumdan soyutlamaz ve insanların toplum hayatında daha yüksek bir statüye ulaşma ya da yüksek statüyü koruma yarısında statülerini, mal ve hizmetlerin tüketimiyle sembolize ederler. Yeni ve pahalı olan her mal ve hizmet önce üst yani zengin sınıf tarafından kullanılır, denenir ve zamanla toplumun diğer kademelerine geçer. Modern dünyada insanı harekete geçiren tasarruf eğilimi değil, komşusundan üstün olma eğilimidir (Eke, 1982:27).

Keynezyen mutlak gelir hipotezinde, yüksek gelir gruplarında gelir seviyesi yükseldikçe tüketim harcamaları mutlak sayı olarak çoğalır, ancak bu artış gelirdeki artışa sebep olmaz. Keynes'e göre "toplumda tüketim harcamaları kısmen; (a) gelir miktarına, (b) diğer objektif şartlara, (c) sübjektif ihtiyaçlara, alışkanlıklara ve gelirin fertler arasındaki bölünüşüne bağlıdır" (Eke, 1982:419).

Etnik köken: Bir milletteki etnik farklılıklar, farklı tüketim davranışlarına neden olmaktadır. Doğal olarak pazarlamacılar bu önemli unsurı göz önünde bulundururlar. Çeşitli nedenlerle milliyete bağlı insanlar, başka bir ülkeye göç ettiğinde, öncelikle ulusal benliğini ve özelliklerini yitirmemeye çalışsa da sonradan gelen nesilleri, yaşadıkları ulusun kültüründen etkilenmekten kaçınmazlar. Bunun sebebi ise tek bir ulus çatısı altında yaşamalarıdır. Dolayısıyla bu etnik gruplar farklı tüketim ihtiyaçları ve istekleri içinde bulunmaktadır. Örneğin, bir Afrika kökenli Amerikalıyla, bir Asya kökenli Amerikalının tüketim araçlarının kullanım miktarı, türü, çeşidi ve biçimi aynı değildir. Yapılan araştırmalara göre, Asyalıların eğitim seviyeleri daha yüksektir. Afrika kökenliler, beyazlara oranla daha çok kozmetik ürünü kullanmaktadır. (Wells ve Prenskey, 1996:145).

2.5.5. Diğer faktörler

Fiyat: Tüketiciler sağlık talebinde bulunur, ancak doğrudan satın almazlar. Sağlık hizmetinin doğrudan bir talep yerine türetilmiş bir talep olduğu fikri ilk olarak 1972'de yayımlanan bir makalede Michael Grossman tarafından tartışıldı. Sağlık hizmetlerinde fiyat oldukça karmaşıktır. Bir tüketicinin sağlık hizmetleri için ödediği ücret, bir maliyetlendirme planındaki (geri ödemeler vb.) kesintilere, cepten yapılan harcamaların üst limitine ve primlerin varlığına bağlıdır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin fiyatı, kullanılan hizmetlerin miktarına göre değişebilir. Bu, sağlık hizmetleri için talebin fiyat esnekliğinin tahmin edilmesini biraz zorlaştırmaktadır. Örneğin; yıl için harcama sınırına ulaşmış ve bu nedenle sıfır fiyatla karşı karşıya kalan bir kişinin, sağlık hizmeti kullanımına henüz

ulaşmamış birinden farklı seçimler yapması muhtemel görünüyor (Ringel vd., 2002:11).

Coğrafya ve coğrafik konum: Tüketicilerin satın alma davranışlarını etkileyen diğer bir faktör coğrafya ve coğrafi konumdur. Coğrafyanın, ırk, din, dil gibi demografik özellikler, hatta yakın sosyal sınıf ve yakın yaşlardaki insanlarla ilişkisi vardır (Wells ve Prenskey, 1996:153). İnsanlar yaşadıkları bölgenin gelenek, görenek, örf ve adetlerini katılımlarıyla yaşatırlar. Tüm bunlara bağlı olarak tüketim davranışları, o bölgede yaşayanların sadece yaş, cinsiyet, ırk gibi demografik özelliklere göre değil, aynı zamanda coğrafi özelliklere göre de şekillenir vardır (Mowen, 1990:631). Türkiye'nin yedi bölgeden oluşmakta ve her bölgenin kendine özgü farklı örf, adet, gelenek, görenek, davranış ve tutumları temelinde tüketim davranışlarına yansımaları görmek mümkündür. Örneğin, doğu bölgelerinde hayvancılık geliştiği için et ürünleri diğer bölgelere oranla daha fazla tüketilmektedir. Coğrafik olarak kırsal bölgelerden yaşayanlar, kentsel bölgelere göre gelir seviyeleri daha azdır. Bu durum tüketimi etkilemektedir. (Tekvar, 2016:1612).

Coğrafik konum tüketimde ulaşım olanakları açısından önemlidir. Ulaşım olanaklarının güç olduğu özellikle kırsal bölgelerde ürün ya da hizmete erişim sorunu ortaya çıkmaktadır. Özellikle dağlık, terör olaylarının yaşandığı ve kış iklim şartlarının ağır olduğu coğrafyalarda bazı hizmetlerin olmasına karşın, bu hizmetleri yürütecek insan gücünün bu bölgeleri hizmet üretmek için tercih etmemesi nedeniyle de hizmete erişilse dahi, etkin ve yeterli hizmet alınmamaktadır. Bu durundan dolayı tüketiciler daha iyi hizmet almak için farklı bölgelere seyahat etmektedir.

Ülke politikaları: Ülkelerin politikaları tüketicilerin talebini etkilemektedir. Türkiye'de özellikle "sağlıkta dönüşüm programı" ile sağlık hizmetlerine ulaşım çok kolaylaştı ve buna bağlı olarak talepte de artış görülmüştür. Bu olumlu gelişmelerin yanında artan talebin getirdiği bazı problemlerden belki de en önemlisi sağlık çalışanı ve hekim sayısındaki yetersizliğe bağlı olarak, sağlık çalışanlarındaki yorgunluk ve tükenmişlik durumudur. Hasta başına düşen hekim ve hemşire sayıları, hekimlerin sürekli olarak daha fazla hasta görmeleri, onları bir hastanın tetkik veya tedavi sürecini tam olarak sonuçlandırmadan bir diğeri ile ilgilenmek zorunda bırakılmaktadır. Sorunu çözülmemiş hasta birkaç gün içerisinde sitem içerisindeki yeni bir başvuru olarak görülecektir. Sürekli olarak artan başvuru ve devam eden yorgunluk ile oluşan kısır döngü hastane randevu sistemlerini sağlık çalışanlarına daha rahat çalışma imkanı sunacak şekilde yapılandırılarak kırılabilir. Bunun yanında kurumlar özelinde hekimlerimizin sağlığını ve iyilik hallerini daha fazla önemsememiz de gerekmektedir.

Kişisel çevre: Hizmet ya da ürünü daha önceden deneyimlemiş olan arkadaşlar, akrabalar, meslektaşlar ve ürünü kullanırken görülen diğer kişiler, hizmet ya da ürünün özelliklerini ve algılarını iletirler. Sosyal çevrenin deneyim, algı ve değerlendirmelerini paylaşarak meydana etkili gelen olumlu ya da olumsuz marka algısı, ürün ve hizmetlerin marka imajının oluşmasında olabilir (Erdil ve Başarır, 2009:219).

Deneyim: Daha önceden hizmet ya da ürünü deneyimlemiş olan müşteriler, önceki deneyimlerine bağlı olarak zihinlerinde olan çağrışımlar ve alınan hizmet ya da ürünle ilgili algıları en etkili imaj belirleyicisidir. Markanın özellikleri ve güvenilirliği konusunda müşteriler daha önceden iyi bir şekilde bilgilendirilmiştir (Erdil ve Başarır, 2009:218).

2.6. Tüketici memnuniyeti

Oliver (1997), tüketici memnuniyetini “tüketicinin tüketimle ilgili, tatmin olma tepkisi” olarak tanımlamaktadır. Diğer bir tabirle memnuniyet “tatminkarlık ve tatmin olmama seviyeleri de dahil olmak üzere, bir mal veya hizmetin bir özelliğinden veya kendisinden, tüketimle ilgili keyif verici tatminkarlık yargısı” olarak tanımlamaktadır. Tatminin ortaya çıkması için gerekli belirleyiciler ortaya çıkan bir sonuç ve bu sonuçla karşılaştırma yapmak için alınacak referans noktasıdır (Duman, 2003:47).

Kalite, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati birbirinden bağımsız olmayan üç temel faktördür. En etkili şekilde bu üç faktörü birlikte başarmak için Johnson ve Gustafsson, sürdürülmesi gereken üç etkinlikten bahsetmektedir (Edvardsson, vd, 2000).

- Müşterilerin değer verdiği ürün ve hizmet özellikleri hakkında müşteri bilgilerini toplamak ve bu özelliklerin sağladığı kişisel değerleri anlamak,
- Toplanan bilgileri kurum genelinde yaymak,
- Memnuniyeti, sadakati ve karlılığı arttırmak için ürün, hizmet veya süreçlerde sürdürmek, iyileştirmek veya yenilik yapmak için bu bilgileri kullanmak.

Müşteri memnuniyetini sağlamada en önemli faktörlerden bir diğeri de çalışanlardır. Çoğu şirkette, e-ticaret odaklı şirketler muhtemelen tek istisna olmakla birlikte, hizmet genellikle müşterilerle etkileşime giren çalışanlar aracılığıyla sağlanır (Szwarc, 2006:13). Bu etkileşimler yüz yüze (örneğin perakende satış mağazalarında, sağlık kurumlarında ve restoranlarda olduğu gibi) veya telefon, e-posta veya yazılı olarak yapılabilir. Çalışanlar, müşteri merkezi organizasyonun en önemli bileşenlerinden birisi olup, aynı zamanda şirketlerinin müşterileri konumunda da olabilir.



Şekil 2. Müşteri Merkezli Organizasyon

Kaynak: Szwarc, (2006:14).

Şirketlerin memnun ve sadık müşteriler kazanmasını sağlamak için yaptıkları katkı çok önemlidir. Çalışan memnuniyeti sağlanmaz ise bu durum müşteri memnuniyetine de yansiyacak ve kurumlar için önemli bir maliyet kaybı olacaktır. Memnun olmayan çalışanlar hastalık nedeniyle de iş gücü kayıplarına neden olacaklardır. Sonuç olarak, çalışanlar, müşteri memnuniyeti sağlamada çok önemli bir rol oynamaktadır. Dünyadaki en iyi hizmet felsefesine sahip olabilirsiniz, ancak yürütecek harika oyuncularınız yoksa oyunu kaybettiniz an meselesidir (Mitchell, 2003:90).

Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de tüketicilere sunulan hizmetin sağladığı faydalar ile tüketicilerin beklentilerinin karşılanması noktasında tüketici memnuniyeti ortaya çıkmaktadır (Özgüven, 2008:657-658). Sağlık sektöründe memnuniyet; hizmetin varlığını, sürekliliğini, sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerinin tümünü içinde barındıran geniş bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve bakım kalitesinin göstergesi olarak değerlendirilen hasta memnuniyeti günümüzdeki en önemli kavramlardan birisidir (Aksoy, 2014:187). Hasta memnuniyetini sağlama ile ilgili geçmişte çok basit yaklaşımlar vardı. Bu yaklaşımlar genellikle; konuşurken gözünüzle hastaya bakın, kendini tanı, yatağın dibinde durmak yerine hastanın yanına oturun, nazik ol, sevecen ol, dakik ol, çorbayı sıcak tutun şeklindeydi. Diğer taraftan hasta bakımı genellikle ilaç tedavisi, tedavi açıklamaları, post-operatif ve diğer teknik veya bilgi

girişimleriyle ilgili olarak görüldü (Press, 2007:2). Gerek sağlık hizmetlerinde gerekse de diğer tüm sektörlerde müşteri memnuniyetini sağlamak için toplam kalite yönetimi ve en iyi uygulama prensiplerini içeren sağlık hizmetleri yönetimi standartlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ihtiyaçlar; (a) hizmet kalitesinin izlenmesi; (b) işyeri eğitim programları; (c) işyeri yönetimi ve müşteri odaklılık için bir ekip yaklaşımını koordine etmek; (d) müşteri memnuniyetini ölçen mekanizmalar geliştirmek şeklindedir (Irvine, 2002:38).

Sağlık hizmetlerinde hastaları memnun etmek ciddi çaba gerektirir. Kurumlar için hasta memnuniyetini, kurumun misyonunu gerçekleştirmek ve sürdürmek için temel bir strateji olmalıdır. Sağlık kurumları hasta memnuniyetini çok ciddiye aldığına (Press, 2007:2);

- Daha yüksek kalitede bakım elde ederler,
- Çalışanlar işlerinden daha fazla memnun olurlar,
- Maddi olarak sağlıklı kalma olasılığı daha yüksek olur
- Rekabetçi pozisyonları güçlendirilecek,
- Tıbbi hatalarda dava açılma ihtimali düşük olacaktır.

2.7. Tüketici Memnuniyetini Ölçümü ve Operasyonel Süreçlerin İyileştirilmesinde Kullanılan Yöntemler

1980'lerde, büyük Avrupa ve ABD işletme okulları, büyük uluslararası işletmelerle birlikte, şirketlerin finansal performanslarını iyileştirmelerine yardımcı olmak için bir dizi yeni yönetim teorisi geliştirmiştir. “Tam zamanında” (JIT) yönetimi ve “Toplam Kalite Yönetimi” (TKY) gibi yeni yönetim teorileri, işletmelerin işletilme şeklini ve nasıl yapılandırıldıklarını değiştirdi. Ticari şirketler bu dönemde daha fazla müşteriye ürün veya hizmetlerini satın almaya veya satın almaya devam etmeye teşvik etmek için pazarlama ve reklamlara para yatırmaya devam ettiler. Şirketler 1980'lerde hizmet iyileştirmenin yollarını aramaya başladılar ve “pazar araştırması” kullandıkları iş araçlarından biriydi.

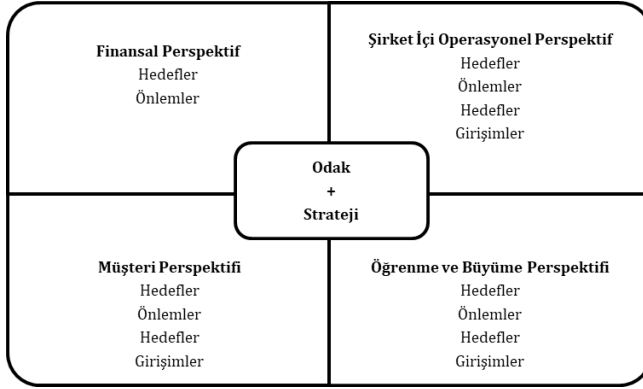
1990'ların başlarında, dünya ekonomisi başka bir büyük durgunluğa girmiş, bununla birlikte bu dönemde şirketlerin müşteri hizmetlerini görünümlerini ve yönetme şeklini değiştiren iki kavram ortaya çıkmıştır. Bu kavramlar dengeli puan kartı ve müşteri ilişkileri yönetimidir (CRM). Bu iki yöntem Kaplan ve Norton'un (1991) yönetime sağladığı finansal ve operasyonel bir dizi önlemdi. Müşteri memnuniyeti perspektifini sağlayan “kanıtların” çoğunu toplamak için pazar araştırması kullanılmış ve böylece müşteri memnuniyeti araştırmalarına olan ilgi ve harcama 1990'lı yıllarda çarpıcı bir şekilde artmıştır (Kaplan and Norton, 1991; aktaran:

Szwarc, 2006:9). Operasyonel iyileştirmeler için kullanılan bir diğer yaklaşım ise altı sigma'dır (Szwarc, 2006: 25).

CRM: Müşteri ilişkileri yönetimi, bireysel müşteri gereksinimlerini karşılamanın yanında, personelin hizmet ettikleri müşteriler hakkında daha fazla bilgi edinmelerini de sağlamıştır (Foss and Stone, 2002:18). CRM genellikle bir kuruluşun müşterileriyle olan ilişki türünü yönetmesini sağlayan sistem tabanlı araçlara atıfta bulunur. Bununla birlikte, sadece çeşitli pazarlama ve operasyonel bilgisayar sistemlerinden veri toplamaktan, en karlı müşterileri tanımlamak için programlar geliştirmekten, daha sonra onlara daha uygun ürünler ve hizmetler sunarak ilişkiyi "yönetmekten" fazlasını içermektedir. Tüm bunların yanında çok şeyler vaat eden CRM sistemleri çok az şey sağladığı eleştirisi de günümüzde yaygındır. Tüm bunlara ek olarak, pazarlamanın da bir işletmeye katkısı sürekli sorgulanmaktadır (Baker, 2003; Szwarc, 2006: 26).

Dengeli puan kartı (Balanced scorecard): Dengeli puan kartı Harvard Business School profesörleri Robert Kaplan ve David Norton tarafından geliştirilmiş olan ve dengeli puan kartı olarak isimlendirdikleri operasyonel ve stratejik kontrolle ilgili alternatif bir yaklaşımdır. Daha önceki uygulama ve kontrol yaklaşımlarının bazı zayıflıkları ve belirsizliklerinden yola çıkarak, stratejik planın uygulaması ve kontrolündeki finansal öğeyi dengelemek için örgütlerin neyi ölçmeleri gerektiğiyle ilgili açık bir formül sağlamak için dengeli puan kartı yaklaşımına yönelmiştir (Karsavuran, 2013:79). Dengeli puan kartı, bir işletmedeki çeşitli paydaşların ihtiyaçlarını bütünlüştürmüş bir şekilde ele almaktadır. Ayrıca örgütlerin stratejilerini netleştirmesini, stratejilerini eyleme geçirmesini ve geri bildirimler elde etmesini sağlayan sadece bir ölçüm sistemi değil aynı zamanda bir yönetim sistemidir. Dengeli puan kartı, bir işletmedeki çeşitli paydaşların ihtiyaçlarını bütünlüştürmüş bir şekilde ele almaktadır. Kısa vadeli operasyonel gereklilikleri bir kuruluşun uzun vadeli hedef ve arzularıyla birleştirir. Bu şekilde, üst düzey yönetime işlerini stratejik hedeflerine doğru yönlendirmelerine yardımcı olacak bir dizi önlem sunar (Karsavuran, 2013:81).

Dengeli puan kartının dört ana bileşeni vardır: finansal perspektif, müşteri perspektifi, şirket içi operasyonel perspektif ve öğrenme ve büyüme perspektifidir (Kaplan ve Norton, 1996; aktaran: Szwarc, 2006: 18).



Şekil 3. Dengeli puan kartının üst düzey görünümü; Kaynak: Kaplan and Norton, (1996: 76).

Sağlık kurumları için Dengeli Puan Kartı, sağlığa nerede ve nasıl değer katılabileceğini göstermesi açısından gereklidir. Sağlık bakımı birbirine bağlı üç kategoride değerlerden etkilenir. Bunlar işletme değeri, çalışan değeri ve önemli değerlerdir. Dengeli Puan Kartı modelini sağlık kuruluşları kendi kendi organizasyonlarına uygun hale getirmeli ve kendi inisiyatifleri doğrultusunda geliştirmelidir (Özalp ve ark., 2008). Sağlık hizmetlerinde Dengeli Puan Kartı oluşumunda; hasta boyutu, klinik boyut, gelişim ve topluma odaklanmak, insan kaynakları, bakımın kalitesi ve hizmetler gibi ilave boyutlar kullanılabilir (Zelman ve ark., 2003).

Altı Sigma: Ürün kalitesinin ölçülmesine ve operasyonel süreçlerin iyileştirilmesine odaklanmakta ve süreç iyileştirmeleri ile maliyet tasarrufu yapılmaktadır. Ancak Altı Sigma bir maliyet düşürücü programdan daha fazlasıdır. Altı Sigma aslında, sıfır hata stratejisinin ulaşılabilir bir hedef olmasında yararlanılan bir istatistiksel yöntem düzeneğidir. Altı Sigma maliyetleri düşürmeyi hedeflerken, aynı zamanda müşteriye gerçekten önemli olan konularda iyileştirmelere odaklanarak, müşterinin değerini de artırır. Ancak, Altı Sigma yaklaşımındaki süreçleri iyileştirmek yeterli değildir. Altı Sigma'nın amacı hatasız işlemlere ulaşmaktır. Bir başka deyişle, ilk ve her seferinde doğru yapmaktadır. Ayrıca, ürünün veya hizmetin işletilmesinden sonra kaliteyi ortadan kaldırmak yerine, kaliteyi bir ürün ve hizmet haline getirmeyi amaçlar. Altı Sigma yaklaşımı Motorola, IBM ve General Electric gibi çok sayıda şirkette uygulanmış ve karlılıkta gözle görülür bir artış sağlanmıştır (Çalışkan, 2006:63). Altı Sigma ilk olarak 1980'lerde Motorola'da geliştirildi. General Electric'in bu yaklaşımı benimsemesinin ardından Amerika Birleşik Devletleri'nde çok olumlu bazı ticari sonuçlar bildirmesinden sonra popülerlik kazandı. General Electric'in 1995'te uygulanmasını izleyen ilk beş yılda elde ettiği

tahmini faydaların 10 milyar ABD Doları olduğu iddia edilmiştir (www.isixsigma.com).

Altı Sigma beş aşamalı bir iyileştirme stratejisine dayanmaktadır. Müşteriler için neyin önemli olduğunu belirlemekle başlar, ardından kalite üzerinde en fazla etkiye sahip olan hayati niteliklerin belirlenmesi için çalışır. Bir sonraki adım, bu özellikler üzerindeki performans ölçmektir. Üçüncü adım, mevcut performans ile “istenen” performans arasındaki boşlukları tespit etmek için sonuçları analiz etmektir. Dördüncü adım, tespit edilen kritik görevleri yerine getirmenin daha iyi yollarını bulmayı içerir. Son olarak, kazanılan kazançların korunmasını sağlamak için kontroller yapılmaktadır (Szwarc, 2006: 26)

Altı Sigma süreci üç ana alan üzerine odaklanmaktadır (Çalışkan, 2006:64);

- ✓ Çevrim zamanının azaltılması
- ✓ Kusurların/hataların azaltılması
- ✓ Müşteri memnuniyeti

Altı Sigma organizasyonlarında bulunan tüm personele aldıkları eğitimin türüne göre farklı yetki, sorumluluk ve ünvan yüklenmektedir. Altı Sigma’da unvan isimleri çeşitlilik göstermekte olup, bu çeşitlilik altı sigmanın uygulandığı organizasyon yapısı, uygulamanın kapsamı ve projelerin türüne göre değişebilmektedir. Altı Sigma’nın organizasyon yapısını şu şekilde sıralayabiliriz (Çalışkan, 2006:65);

- ✓ Üst Yönetim
- ✓ Üst Yönetim Temsilcisi
- ✓ Kalite Şampiyonları
- ✓ Uzman Kara Kuşaklar
- ✓ Kara Kuşaklar
- ✓ Yeşil Kuşaklar

Tablo 2. Sigma düzeyleri ve karşılığında milyonda kusur sayıları

Sigma Düzeyleri	Milyonda Kusur Sayısı
6 σ	3,4
5 σ	233
4 σ	6210
3 σ	66807
2 σ	308537
1 σ	690000

İşletmelerin başındaki yöneticiler, müşteri hizmetleri ve müşteri sadakat ile daha fazla ilgilenmeye başladıkça, yeni araştırma teknikleri ve modelleri geliştirildi (Simalto ve SERVQUAL gibi). Günümüzde pazarlama departmanları odaklarını “pazar araştırmasından”, “tüketici görüşüne” değiştirdi ve geliştirdiler. Bu değişim ve gelişmeler çalışan memnuniyeti araştırmalarını ve kıyaslama ölçütlerini de içerecek şekilde genişledi.

Simalto (Eşzamanlı Çoklu Nitelik Seviyesi Değişimi): 1977’de hizmet sunumu öğelerinin daha net bir şekilde ölçülmesine yardımcı olmak için geliştirilen ve “takas” yaklaşımına dayanan bir araştırma ölçeğidir. Katılımcılara genellikle bir dizi özelliğin (hizmetin kullanılabilirliği veya telefona cevap verme süresi gibi hizmet unsuru) satırlar ve farklı düzeylerde listendiği bir tablo verilir (bu yöntem yüz yüze bir durumda en iyi şekilde çalışır). Her katılımcıdan, birinci sınıf bir şirketin ‘seviyelerinden’ hangilerinin müşterilerine sunabileceği, mevcut tedarikçisinin hangi seviyeyi sağladığını ve hangilerinin kabul edilemez olarak, sunulan seçeneklerden hangisini sağlayacağı belirtilmelidir. Ayrıca, katılımcılardan hangi özelliklerin “en önemli” olduğunu düşündüklerini belirtmeleri istenir. Yaklaşımın kullanıcıları, dokuz seviyede 35’e kadar özneliğin ölçülebileceğini iddia ederken, bununla birlikte takas metodolojilerinin eleştirilenleri, sürecin yanıt verenler için hızlı bir şekilde yorucu hale geldiğini ve niteliklerin ve seviyelerin azalmasının daha iyi olduğunu savunuyorlar (Szwarc, 2006: 29-30).

SERVQUAL: Bu yaklaşım ilk olarak 1980’lerin ortalarından sonlarına kadar Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985) tarafından geliştirilmiştir. Teorileri, memnun müşterileri sürdürmenin anahtarının, hizmet algılarının beklentilerine mümkün olduğunca yakın olmasını sağlamak olmasıdır. Yaklaşım, şirketler, diğer kuruluşlar ve akademisyenler tarafından dünya çapında yaygın olarak benimsenmiş ve kullanılmıştır. Bununla birlikte, birçok müşterinin değerini ve geçerliliğini sorguladığı için en çok tartışılan araştırma yöntemlerinden biri olmuştur. SERVQUAL müşterilerin mükemmel bir ürün veya hizmet sağlayıcısından ne beklediği ile hizmetin o ürün veya hizmetin şu anki sağlayıcısından ne olduğunu algıladıkları arasındaki boşlukları belirlemek için tasarlanmış bir araştırma metodolojisidir (Szwarc, 2006: 31-32). Hizmet kalitesi beklenen ile gerçekleşen performans arasındaki farktan yola çıkılarak belirlendiğinden SERVQUAL ölçeği kullanımı hem daha detaylı bilgi alma hem de güncellenmesi daha kolay olması nedeniyle hizmet kalitesini belirleyen araştırmalarda oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır (Yılmaz ve ark., 2007:300)

Tüketiciler kendilerine sunulan hizmeti değerlendirirken birtakım göstergeleri dikkate alırlar. Algılanan hizmetin iyi olduğuna karar verile-

bilmesi için gerekli olan temel göstergeler aşağıda özetlenmiştir (Parasuraman ve ark., 1985:41-50).

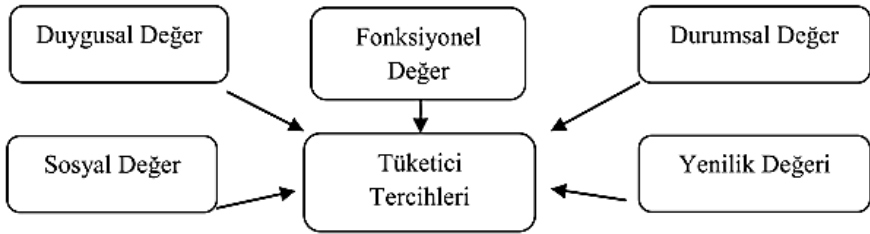
- ✓ Fiziksel olanakların maddi görünümü (insanların ve tesislerin fiziksel görünümü)
- ✓ Güvenilirlik (yapabileceklerini, zamanında ve şartnameye göre yapan kişi veya şirketler)
- ✓ Duyarlılık (bireysel gereksinimlere yardım ve karşılama isteği)
- ✓ Güvence (güven ve güveni göstermek ve işi yapmak için gerekli becerilere sahip olmak)
- ✓ Empati (müşteri ihtiyaçlarını anlamak ve bireyselleştirilmiş hizmet sunmak).

2.8. Tüketim değerleri

Tüketim Değeri Teorisi Sheth ve arkadaşları tarafından, tüketicilerin bir hizmet, ürün veya markayı neden tercih ettiklerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Sheth ve ark., 1991:160). Sheth bu teorisine göre ;

- Tüketici tercihleri, tüketim değerlerinin bir fonksiyonudur,
- Herhangi bir seçim anında, tüketim değerinin her birinin katkısı farklı olabilir,
- Her tüketim değerinin etkisi birbirinden bağımsızdır (Sheth vd., 1991:161).

Tüketim Değeri Teorisi fonksiyonel (fiyat değeri ve kalite değeri), yenilik, durumsal, duygusal ve sosyal olmak üzere temelde 5 gruba ayrılmaktadır (Lin and Huang, 2012).



Şekil 4. Tüketim Değerleri Modeli; Kaynak: Sheth vd., (1991: 160).

Fonksiyonel değer: Alternatifin fonksiyonel değerinin tanımı; Algılanan fayda, alternatifin işlevsel, faydacı veya fiziksel performans kapasitesinden elde edilmiştir. Bir alternatif, göze çarpan fonksiyonel, faydacı veya fiziksel özelliklere sahip olarak fonksiyonel değer kazanır. Bir al-

ternatif, göze çarpan fonksiyonel, faydacı veya fiziksel özelliklere sahip olarak fonksiyonel değer kazanır. İşlevsel değer, seçim özelliklerinin bir profilinde ölçülür. Geleneksel olarak, işlevsel değer tüketici tercihinin ana itici gücü olduğu varsayılmaktadır. Bu varsayım, Marshall (1890) ve Stigler'in (1950) ileri sürdüğü ve "rasyonel ekonomik insan" terimiyle popüler bir biçimde ifade edilen ekonomik fayda teorisinin temelini oluşturur. Bunlar; güvenilirlik, dayanıklılık ve fiyattır. Örneğin belirli bir otomobili satın alma kararı, yakıt ekonomisine ve bakım kaydına bağlı olabilir (Sheth ve ark., 1991:160-161).

Sosyal değer: Sheth (1991)'ne göre sosyal değer bir ya da birden fazla belirli bir sosyal gruba bağlı olarak algılanan fayda şeklinde tanımlanmaktadır. Elde edilen bu sosyal fayda pozitif ya da negatif olarak demografik, sosyo-ekonomik ve kültürel (etnik) gruplarla ilgili olabilmektedir. Algılanan fayda, bir alternatifin bir veya daha fazla belirli sosyal grupla olan ilişkisinden elde edilmiştir. Bir alternatif, pozitif veya negatif basmakalıp demografik, sosyoekonomik ve kültürel-etnik gruplarla ilişkilendirme yoluyla sosyal değer kazanır. Sosyal değer, seçilen imge profilinde ölçülür. Yüksek düzeyde görünür ürünler (örneğin giyim, takı) ve başkalarıyla paylaşılacak ürün veya hizmetleri (örneğin, hediyeler, eğlencede kullanılan ürünler) içeren seçenekler genellikle sosyal değere göre belirlenir. Örnek olarak, belirli bir otomobil markası olabilir (Sheth ve ark., 1991:161). Rogers (1962) ve Robertson (1967) çalışmalarında, kişilerarası iletişim ve bilginin yayılması sonucunda tüketici seçiminde sosyal değerlerin önemini göstermiştir.

Duygusal değer: Algılanan fayda, bir ürün ya da hizmetin duyguları ya da duygusal durumları uyandırma kapasitesinden elde edilmiştir. Bir alternatif, belirli duygularla ilişkilendirildiğinde veya bu duyguları hızlandırırken veya devam ettirirken duygusal bir değer kazanır. Duygusal değerler, tüketim tercihlerinde "bağlılık, nostalji, heyecan" gibi pozitif şekilde ve "korku, suçluluk, kızgınlık" gibi negatif şekilde ortaya çıkabilmektedir (Sheth ve ark., 1991:161).

Yenilik değeri: Sheth vd. (1991)'ne göre algılanan fayda, ürün ya da hizmetlerin merak uyandırma, yenilik sağlama ve/veya bilgi edinme isteğini yerine getirme kapasitesinden elde edilmiştir. Bir ürün ya da hizmet tüketicilerin hayatına bir yenilik katıp, merak uyandırıyor ve bilgi sahibi olma arzusunu uyandırıyor ya da yenilik değeri kazanır (Sheth ve ark., 1991:162). Yenilikçilik veya bir tüketicinin yeni ürünleri benimseme eğilimi, Rogers ve Shoemaker (1971) tarafından geliştirildi.

Durumsal değer: Sheth vd. (1991)'ne göre algılanan fayda, belirli bir durumun veya seçim yapan kişinin, karşılaştığı koşulların bir sonucu olarak bir alternatif tarafından edinilir. Belirli bir durum karşısında sağla-

yacağı fonksiyonel veya sosyal fayda göz önüne bulundurularak, ürün ya da hizmetin seçilmesi durumunda durumsal değer oluşmaktadır. Örneğin, bazı ürünler yalnızca mevsimsel değere sahiptir (örneğin, Noel kartları), bazıları “ömür boyu bir kez” (örneğin bir gelinlik) ile ilişkilidir ve bazıları yalnızca acil durumlarda (örneğin ambulans servisi) kullanılır. Durum geçtiğin de ise ürünün o an sağladığı fayda azalmaktadır (Sheth ve ark., 1991:162).

3. Sonuç

Tüketici davranışlarını, birçok özelliğe göre tanımlamak her ne kadar kolay gibi gözükse de günümüzdeki ayrımcı uygulamalar, ülke politikaları, adil olmayan rekabet ortamı, ekonomik krizler, dünyada bazı ülkelerde yaşanan savaşlar tüketicilere ve toplumlara zarar vermektedir. Bunun sonucu olarak aşırı bir güvensizlik ortamı oluşmaktadır. Katona (1975), tüketicilerin yalnızca ekonomik değişkenlere verdikleri tepkiler tarafından değil, aynı zamanda ekonomi ile ilgili olmayan politik krizler ve savaşlar gibi faktörler tarafından belirlendiğini belirtmiştir (Özdemir, 2013:8).

Tüketici davranışlarının eğilimlerinin ölçülmesi ile tüketicilerin istek, beklentileri ve memnuniyetleriyle ilgili bir yargıya varmak mümkündür. Türkiye’de bir üniversite yemekhanesi hizmetleri üzerine yapılan bir araştırmada müşteri memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerin, yemeğin kalitesi, yemekhane fiziksel ortamı, destek ve çalışan hizmetleri ile ilgili hususlar olarak belirlenmiştir (Duman, 2003:54).

Tüm dünyada gelişen sektörlerden birisi olan sağlık sektörü, kurumların ve farklı kişilerin karmaşık ilişkilerinin olduğu bir sektördür. Sağlık hizmetleri özellikleri bakımından diğer tüm hizmet sektörlerinden ayrılmakta ve insan sağlığının geri kazandırılması ve hastalıkların önlenmesi süreci ile büyük öneme sahiptir. Sağlığın tüketicisi olan hasta ve sağlığın korunması noktasında toplumdaki bireyler, sağlıklarıyla ilgili her türlü talep ve masraftan çoğunlukla kaçınmazlar.

Tengilimoğlu sağlık hizmetlerinde “ürünü” somut olan mallar (tıbbi araç ve gereçler, tıbbi cihazlar, laboratuvar ile tedavi malzemeleri, ilaçlar, protez, ortez vb.) şeklinde tanımlamıştır. Soyut olan hizmetler ise; muayene, ameliyat, checkup, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi ürünlerdir. Genişletilmiş hizmetler ise; teknik hizmetler, yemek hizmetleri, idari hizmetler, temizlik hizmetleri, sterilizasyon hizmetleri, otelcilik hizmetleri, ambulans hizmetleri, otopark, kafeterya, danışma, insan kaynakları ve mali işler gibi hizmetlerdir (Tengilimoğlu, 2016:168).

Sağlık kurumlarının Türkiye’de çok fazla hastaya hizmet vermesinin yanında sağlık personeli ve MR, tomografi gibi tıbbi cihazların geçmişe göre artmış olmasına rağmen hala yeterli sayıda

olmaması yüzünden bazen bekleme sürelerinin uzun olmasına neden olmaktadır. Bu durum sağlıktaki hasta memnuniyetini ve sağlık kurumlarına olan talebi olumsuz olarak etkilemektedir. Sağlıkta hasta memnuniyetinin artırılması için, gerekli sağlık personeli ihtiyacının karşılanması oldukça önemli bir faktördür.

Sonuç olarak, kişisel, psikolojik, sosyal ve kültürel gibi özellikler tüketiciler hakkında önemli ipuçları vermektedir. Bu özellikler çoğu zaman birlikte de görülmesi açısından oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Buradan yola çıkarak, tek bir faktöre bakarak tüketici davranışlarını anlamak yanlış olacaktır. Topluluklar aynı sosyal veya kültürel özellikler taşısa da farklı psikolojik veya kişilik özelliklerine sahip olabilirler. Dolayısıyla tüm bunlar göz önünde bulundurularak, tüketici memnuniyeti ve tüketici eğilimleri ölçülmelidir. Ortaya çıkan sonuçlar ile kurumlar tüketicilerin beklenti ve memnuniyet düzeyine göre kendilerini şekillendirmeli ve geliştirmelidirler.

KAYNAKLAR

- Aker, D. (2009), *Marka Değeri Yönetimi: Bir Marka İsminin Değerinden Yararlanmak*, İstanbul: Mediacat Kitapları.
- Aksoy, A. D. (2014). Sağlık hizmeti pazarlamasında tüketici memnuniyeti: hastanede yatan yaşlıların hastane hizmetlerine ilişkin görüşleri. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 173(173), 185–96.
- Apaydın, H. (2002). Burçların dini tutum ve davranışlarla ilişkisi. *Din bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 2(2), 183-206.
- Arpacı, T. ve diğerleri, (1992), *Pazarlama*, Gazi Yayınları, Ankara.
- Baker, S. (2003). *New Consumer Marketing*. British Library Cataloguing In Publication Data.
- Beğen, T. ve Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Geleşim*, 25, 1–3
- Berber, Ş. (2003). Modern bir olgu olarak sosyal sınıflar. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (9), 223-32.
- Blackman, S. (2005). “Youth Subcultural Theory: A Critical Engagement with the Concept, Its Origins and Politics, from the Chicago School to Postmodernism” *Journal of Youth Studies* 8 (1): 1–20.
- Calhoun, C., D., Light and S., Keller, (1994) *Sociology*, New York: Mc Graw Hill Inc.
- Cemalcılar, İlhan, (1999). *Pazarlama-Kavramlar, Kararlar*, İstanbul: Beta.
- Chaudhuri, A. (2006). *Emotion and reason in consumer behavior*. Routledge.
- Cömert, Y., ve Durmaz, Y. (2002). Tüketicinin tatmini ile satın alma davranışlarını etkileyen faktörlere bütünlük yaklaşım ve Adıyaman ilinde bir alan çalışması. *Journal of Yasar University*, 1(4), 351-75.
- Çalışkan, G. (2006). Altı Sigma ve Toplam Kalite Yönetimi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(17), 60-75.
- Demirtaş, H., Demirtaş, H., Cömert, M., ve Özer, N. (2011). Öğretmen adaylarının özyeterlik inançları ve öğretmenlik mesleğine ilişkin tutumları. *Eğitim ve Bilim*, 36(159), 96-111.
- Duman, T. (2003), Richard L. Oliver’in tüketici memnuniyeti (consumer satisfaction) ve tüketici değer algısı (consumer value) kavramları hakkındaki görüşleri: teorik bir karşılaştırma, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2),45-56
- Durmaz, Y. (2008). *Tüketici Davranışı*, Detay Yayıncılık.
- Durmaz, Y., Bahar, R., ve Kurtlar, M. (2011). Kişisel faktörlerin tüketici satın alma davranışlarına etkisi üzerine bir araştırma. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 2(1), 114-133.

- Edvardsson, B., Johnson, M. D., Gustafsson, A., & Strandvik, T. (2000). The effects of satisfaction and loyalty on profits and growth: products versus services. *Total Quality Management*, 11(7):917–27.
- Eke, B. (1982). Tüketimin sosyolojik anlamı. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 3, 413–28.
- Engel, J. F., Blackwell, R. D. & Miniard, P.W. (1995). *Consumer Behavior*, Florida, The Dryden Press, Eight Edition.
- Erdil, T., ve Başarır, Ö. (2009). Marka çağrışımları ve satın alma davranışı üzerine olan etkisinin ölçümlemesi. *MU İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 27(2), 213-31.
- Foss, B., & Stone, M. (2002). *CRM in financial services: a practical guide to making customer relationship management work*. Kogan Page Publishers.
- Gabbott, M., & Hogg, G. (1994). Consumer behaviour and services: a review. *Journal of Marketing Management*, 10(4), 311–24.
- Gümüş, R. (2018). Pazarlama faaliyetlerinin sağlık sektörüne uygulanması: bir literatür İncelemesi. *Bulletin of Economic Theory and Analysis*, 3(4), 217-35.
- Gümüş, S. (2013). *Sağlık hizmetlerinin pazarlanması ve reklamın etkileri* (Vol. 61). Hiperlink eğit. ilet. yay. san. tic. ve ltd. sti.
- Hasta Hakları Yönetmeliği, <https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklari-yonetmeliği.html> Erişim Tarihi: 07.07.2019
- Hollingworth, S. (2015). Performances of social class, race and gender through youth subculture: putting structure back in to youth subcultural studies. *Journal of Youth Studies*, 18(10), 1237–56.
- Irvine, R. (2002). Fabricating “health consumers” in health care politics. *Consuming health: The commodification of health care*, 31-47.
- Jackson, T., Jager, W., & Stagl, S. (2004). Beyond insatiability–needs theory, consumption and sustainability. In *The ecological economics of consumption*. Edward Elgar Publishing.
- Kaplan, Robert S and Norton, David P (1996) *The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action*, Harvard Business School Press, Boston, Mass
- Kargı, B. (2014). Türkiye Ekonomisinde Sürekli Gelir Hipotezine İlişkin Kanıtlar Zaman Serileri Analizi (2004-2012) *Akademik Bakış Dergisi*, (42), 1-17.
- Karsavuran, S. (2013). Stratejik Değerlendirme ve Kontrol: Dengeli Puan Kartı'nın Sağlık Hizmetlerinde Kullanımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 16(2), 69-89.
- Kaya S. (2017). Türkiye'nin tüketim fonksiyonu: yapısal kırılmalı zaman serisi analizi (1998-2016). *İktisat Politikası Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 1-34.
- Keynes, J. M. (1936) *The General Theory of Employment, Interest and Money*. McMillan: London, United Kingdom.

- Kim, D. H. (1998). The link between individual and organizational learning. The Strategic Management Of Intellectual Capital, 41–62
- Kocadaş, B. (2006). Kültür ve medya. *Journal of Human Sciences*, 1(1), 1-8.
- Koç, E. (2007). Tüketici Davranışları ve Pazarlama Stratejileri: Global ve Yerel Yaklaşım. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Lin, P. C., & Huang, Y. H. (2012). The Influence Factors On Choice Behavior Regarding Green Products Based On The Theory Of Consumption Values. *Journal Of Cleaner Production*, 22(1):11–18.
- Loudon, D., & Della Bitta, A. J. (1988). Consumer behaviour: Concept and cases. Mc Graw-Hills Pvt Ltd., New Delhi,.
- Mankiw, N. G. (1992) Macroeconomics, Worth Publishers, Inc.: United States of America.
- Mitchell, J. (2003). Hug Your Customers: Love The Results.
- Modigliani, F. (1963). "The Life Cycle Hypothesis of Saving: Aggregate Implications and Tests. *American Economic Review*, 55-84
- Mowen, J. C. (1990). Consumer Behavior. 2 nd Ed., New York: Macmillan Publishing Company.
- Mucuk, İ. (1994). Pazarlama İlkeleri. DER Yayınları 6. Baskı, İstanbul
- Nuri Çalık, Pazarlama Yönetimi, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 1478 Açık Öğretim Fakültesi Yayını No: 791, Eskişehir- 2003.
- Odabaşı, Y. ve Barış, G. (2010). Tüketici Davranışı. İstanbul: MediaCat.
- Orel, F. D., Bozdemir, M., ve Demirkılıç, N. (2017). Tüketim değerleri, satın alma niyeti ve satın alma davranışı arasındaki ilişkilerin incelenmesi: fonksiyonel gıdalar üzerine bir çalışma. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 26(3), 241-56.
- Önen, S. M., ve Kanayran, H. G. (2015). Liderlik ve motivasyon: kuramsal bir değerlendirme. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(2), 43-64.
- Özalp H., Baş S., Türkeli Akal U., Egeli Ü. (2008) Sağlık Sektöründe Stratejik Yönetim Modeli Olarak Kurumsal Karne Uygulaması: Vakıf Gureba Hastanesi. 6. Sağlık Yönetimi Kongresi, Muğla, s.79-95.
- Özcan, S. O. (2010). İnternet pazarlama faaliyetlerinde tüketici satın alma karar süreci. *IUYD*, 1(2), 29-39.
- Özdemir, G. Z. (2013). Tüketici güveninin tüketim harcamaları ile ilişkisi ve öngörü gücü: Türkiye örneği. Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası İletişim ve Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü Uzmanlık Yeterlilik Tezi, 1-97.
- Özgüven, N. (2008). Hizmet pazarlamasında müşteri memnuniyeti ve ulaştırma sektörü üzerinde bir uygulama. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 8(2), 651-82.
- Parasız, İ. (1998) Makro Ekonomi, Teori ve Politika, 7. Baskı. Ezgi Kitabevi Yayınları: Bursa.

- Parasuraman, V. A. Zeithaml, V. Berry, L.(1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research; J of Marketing Vol.49, No.4, 41-50.
- Pehlivan, G. G., ve Utkulu, U. (2007). Türkiye'nin tüketim fonksiyonu: parçalı hata düzeltme modeli bulguları. *Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(14), 39-65.
- Press, I. (2007). Patient Satisfaction Understanding And Managing The Expendence Of Care. *Health Progress*, 8, 3.
- Ringel, J. S., Hosek, S. D., Vollaard, B. A., ve Mahnovski, S. (2002). The Elasticity Of Demand For Health Care A Review Of The Literature Health System. National Defense Research Institute.
- Romer, D. (1996). *Advanced Macroeconomics*. The McGraw-Hills Companies. *Inc. Singapore*.
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. <https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html> Erişim Tarihi: 22/04/2020
- Sarıpek, D. B. (2017). "İhtiyaç" kavramı ekseninde sosyal koruma: temel ihtiyaçlar yaklaşımı. *İnsan ve İnsan Dergisi*, 4(12), 43–65.
- Seker, S. E. (2014). Maslow'un İhtiyaçlar Piramiti (Maslow Hierarchy of Needs). *YBS Ansiklopedisi*, 1(1), 43-45
- Sheth, J. N., Newman, B. I., ve Gross, B. L. (1991). *Why We Buy What We Buy: A Theory Of Consumption Values*
- Sheth, J.N., Howard, J.A. (1969). *The Theory of Buyer Behavior (Marketing)*, John Wiley Publishing.
- Solomon, M. R. (1994). *Consumer Behavior: Buying, Having and Being*. 2nd Ed., Massachusetts: Paramount Publishing
- Stolley, K. S. (2005). *The basics of sociology*. Greenwood Publishing Group.
- Swenson A. C. (1992). *Selling to a Segmented Market*, Illinois, Second Edition, NTC Publishing Group Lincolnwood.
- Szwarc, P. (2006). Researching customer satisfaction ve loyalty: how to find out what people really think. *Market Research İn Practice*, 43(06), 43-3482
- Taylor, L. D., & Houthakker, H. S. (2009). *Consumer demand in the United States: Prices, income, and consumption behavior*. Springer Science & Business Media.
- Tekvar, S. O. (2016). Tüketici davranışlarının demografik özelliklere göre tanımlanması. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 5(6), 1601–1616.
- Tengilimoğlu, D. (2014). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması* (3. Baskı). Siyasal Kitabevi, Ankara.

- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Temel İstatistikler. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> Erişim Tarihi: 22/04/2020
- Wells, W. D. & Prentsky, D. (1996). *Consumer Behavior*. Kanada: John Wiley & Sons, Inc
- What Is Six Sigma?, <https://www.isixsigma.com/new-to-six-sigma/what-six-sigma/> Erişim Tarihi: 06.07.2019
- Who Frequently Asked Questions, <https://www.who.int/hia/about/faq/en/> Erişim Tarihi: 06.07.2019
- Wright, R. (2006). *Consumer Behaviour*. UK: Cengage Learning EMEA
- Yıldırım, Y. (2016). Tüketicinin satın alma karar sürecinde bilgi kaynakları ve güvenilirlikleri: referans grubu olarak yakın çevrenin etkisinin incelenmesi. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 7(1), 214-231.
- Yılmaz, V., Filiz, Z., ve Yaprak, B. (2007). SERVQUAL Yöntemiyle Yükseköğretimde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi. *Anadolu University Journal of Social Sciences*, 7(2).
- Zaltman, G., & Vertinsky, I. (1971). Health Service Marketing: A Suggested Model. *Journal Of Marketing*, 35(3), 19-27.
- Zelman W. N., Pink G. H., Matthias C. B. (2003) Use of The Balanced Scorecard in Health Care. *Journal of Health Care Finance*, 29(4): 1-16.
- Zerenler M, Öğüt A, 2007. Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesi ve hasta-ne tercih nedenleri araştırması: Konya. *Selcuk University Social Sciences Institute Journal*, (18), 501-19.