



**T.C.**  
**SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**HASTALARIN HEKİM SAHİPLENME TUTUMU: BİR ÖLÇEK  
GELİŞTİRME ÇALIŞMASI**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Kevser Hüsna ÖZYILDIZ**  
**1930232004**

**DANIŞMAN**  
**Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ALKAN**

**ISPARTA-2021**

# TEZ SAVUNMA TUTANAĞI





**T.C.**  
**SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ**  
**Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü**



## **YEMİN METNİ**

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Hastaların Hekim Sahiplenme Tutumu: Bir Ölçek Geliştirme” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

**Kevser Hüsna ÖZYILDIZ**

**27/07/2021**

(Özyıldız, Kevser H., Kronik Hastalarda Hekim Sahiplenme Davranışı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2021)

## ÖZET

Sahiplenme bireylerin sahiplenecekleri şeyi kendilerine ait hissetmelerini, o şey için geliştirdikleri psikolojik bir bağlılık olgusunu ifade etmektedir. Bireyler genellikle çevreleriyle yakın ilişkiler geliştirmekte ve bu yakın ilişkilerde sahiplenme tutumunu gerçekleştirmektedir. Bireylerin çevresiyle yakın ilişki geliştirdiği bir ilişki türü de hekim ve hasta arasındaki ilişkidir. Hasta ve hekim arasındaki ilişkinin varlığı bireyin sağlığına kavuşması gibi hayati bir önemi barındırdığı için bu ilişkide bireylerin hekimlerine karşı sahiplenme tutumları gösterecekleri düşünülmektedir. Bu çalışmada da bireylerin, hekimlerini sahiplenme düzeylerinin hangi boyutlarda gerçekleştiğini ortaya koymak ve hekimlerini sahiplenme düzeylerini ölçen geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma Isparta ve Ankara illerinde ikamet eden bireyler ve Süleyman Demirel Üniversitesinde lisansüstü eğitim gören öğrenciler ve akademisyenler olmak üzere toplam 1157 birey üzerinden yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından ilgili alanyazın taraması yapılarak, konuyla ilgili ölçekler incelenerek ve nitel görüşmelerden elde edilen veriler ile oluşturulan taslak ölçek formu kullanılmıştır.

Araştırmada ölçeğin kapsam geçerliliği için uzman görüşlerine başvurulmuş, yapı geçerliliği için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve birinci ve ikinci düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmış, maddelerin birbirleriyle, buldukları faktörlerle ve diğer faktörlerle ilişkili olduğunu tespit etmek için yakınsak ve ıraksak geçerlilik değerleri test edilmiş, ölçüt geçerliliği için ise Hekim Sahiplenme Ölçeği ile Hekim Bağlılığı Ölçeği, Doktora Güven Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Güvenilirlik çalışması için cronbach alpha katsayısı, CR değeri ve test tekrar test katsayısı incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiş ve beş faktörlü (bağlılık, korumacılık, öz kimlik, güven ve uyum) bir hekim sahiplenme modeli ortaya konmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Sahiplenme, Psikolojik Sahiplenme, Hekimi Sahiplenme, Ölçek Geliştirme

(Özyıldız, K. H., *Physician Ownership Behavior in Chronic Patients: A Scale Development Study*, Master Thesis, Isparta, 2021)

### **ABSTRACT**

Possession is a psychological attachment phenomenon that individuals develop for the thing they will own, to feel that they belong. Individuals realize the attitude of ownership in their close relationships. Another type of relationship in which individuals develop a close relationship with their environment is the relationship between the physician and the patient. Since the existence of the relationship between the patient and the physician is of vital importance such as the individual's recovery, it is thought that individuals will show ownership attitudes towards their physicians in this relationship. In this study, it was aimed to reveal the dimensions of individuals' level of ownership of their physicians and to develop a valid and reliable scale that measures the level of ownership of their physicians. The research was carried out on a total of 1157 individuals, including individuals residing in the provinces of Isparta and Ankara, postgraduate students and academicians. The draft scale form created by the researcher was used as data collection tool.

In the study, expert opinions were sought for the scope validity of the scale, Exploratory and Confirmatory Factor Analysis was performed for the construct validity, convergent and divergent validity values were tested, and the relationship between the Physician Ownership Scale and similar scales was examined for the criterion validity. Cronbach alpha coefficient, CR value and test-retest coefficient were examined for reliability study. As a result of the analysis, it was determined that the scale is a valid and reliable scale and a five-factor scale emerged. Key Words: Ownership, psychological ownership, ownership of the physician, scale development.

**Key Words:** Ownership, psychological ownership, ownership of the physician, scale development

## İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI.....	i
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
ÖNSÖZ.....	xii
GİRİŞ.....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### SAHİPLENME

<b>1.1. SAHİPLENME KAVRAMI.....</b>	<b>3</b>
1.1.1. Sahiplenmenin Çeşitleri.....	5
1.1.1.1. Yasal Sahiplenme.....	6
1.1.1.2. Psikolojik Sahiplenme.....	7
1.1.2. Psikolojik Sahiplenmenin Çeşitleri.....	10
1.1.2.1. Örgüte Yönelik Psikolojik Sahiplenme ve İşe Yönelik Psikolojik Sahiplenme.....	10
1.1.2.2. Bireysel Psikolojik Sahiplenme ve Kolektif Psikolojik Sahiplenme ....	11
1.1.3. Psikolojik Sahiplenmenin Boyutları.....	13
1.1.3.1. Geliştirici Psikolojik Sahiplenme.....	14
1.1.3.2. Önleyici Psikolojik Sahiplenme.....	18
1.1.4. Psikolojik Sahiplenmeyi Etkileyen Faktörler.....	20
<b>1.2. SAHİPLENME VE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR.....</b>	<b>24</b>
<b>1.3. HASTANIN HEKİM SAHİPLENME TUTUMU.....</b>	<b>27</b>
1.3.1. Hastanın Hekim Sahiplenme Tutumunu Etkileyen Faktörler.....	27
1.3.1.1. Hekim Hasta İlişkisi.....	28
1.3.1.2. Hekim Hasta İletişimi.....	32
1.3.1.3. Hekim ve Hasta Arasındaki Güven.....	34

1.3.1.4. Hasta Memnuniyeti ve Hasta Tatmini .....	35
1.3.2. Hastanın Hekim Sahiplenme Tutumunun Sonuçları.....	37
1.3.2.1. Hasta Uyumu.....	38
1.3.2.2. Hasta Bağlılığı.....	39
1.3.2.3. Hekim Bağlılığı.....	40
1.3.2.4. Hasta Sadakati .....	41

## İKİNCİ BÖLÜM

### HEKİM SAHİPLENME TUTUMU ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

<b>2.1. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>43</b>
2.1.1. Araştırmanın Amacı .....	43
2.1.2. Araştırmanın Önemi.....	43
2.1.3. Problem Cümlesi.....	45
2.1.4. Varsayımlar .....	45
2.1.5. Araştırmanın Kısıtları.....	45
2.1.6. Evren ve Örneklem .....	45
2.1.7. Veri Toplama Aracı.....	46
2.1.8. Analiz Yöntemi .....	46
2.1.9. Ölçek Geliştirme Süreci .....	46
2.1.9.1. Madde Havuzu Oluşturulma Aşaması .....	48
2.1.9.2. Uzman Görüşü Alınması.....	49
2.1.10. Ölçek Geliştirme Sürecinde Geçerlilik Çalışmaları.....	50
2.1.10.1. Kapsam Geçerliliği.....	50
2.1.10.3. Yakınsak ve Iraksak Geçerlilik .....	67
2.1.10.4. Ölçüt Geçerliliği.....	70
2.1.11. Ölçek Geliştirme Sürecinde Güvenilirlik Analizleri.....	74
2.1.11.1. Cronbach Alfa Katsayısı .....	74
2.1.11.2. CR (Composite Reliability) Değeri.....	75
2.1.11.3. Test Tekrar Test Katsayısı .....	76

## BÖLÜM 3

### BİREYLERİN HEKİM SAHİPLENME TUTUMLARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

<b>3.1. Bulgular</b> .....	78
3.1.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	78
3.1.2. Hekim Sahiplenme Boyutlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması .....	81
3.1.2.1. Bağlılık Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması ..	82
3.1.2.2. Korumacılık Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması .....	84
3.1.2.3. Öz Kimlik Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması .....	86
3.1.2.4. Güven Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması ..	88
3.1.2.5. Uyum Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması .....	90
3.1.3. Hekim Sahiplenme Boyutları ile Katılımcıların Hekime Gidiş Sayıları Arasındaki İlişki .....	93
3.1.4. Hekim Sahiplenme Boyutları ile Katılımcıların Yaş Grupları Arasındaki İlişki .....	93
<b>3.2. Tartışma</b> .....	94
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	101
<b>ARAŞTIRMACI NOTU</b> .....	106
<b>KAYNAKÇA</b> .....	108
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	125
<b>EKLER</b> .....	126



## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>AFA</b>	: Açımlayıcı Faktör Analizi
<b>CFI</b>	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
<b>DFA</b>	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
<b>GFI</b>	: Mutlak Uyum İndeksi
<b>IFI</b>	: Artan Uyum İndeksi
<b>NFI</b>	: Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi
<b>OECD</b>	: Organisation for Economic Cooperation and Development
<b>RMSEA</b>	: Yaklaşım Hata Kareler Ortalamasının Karekökü
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>Vd.</b>	: Ve diğerleri

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Psikolojik Sahiplenmenin Tanımları.....	8
<b>Tablo 2.</b> Emanuel ve Emanuel'in Hasta- Hekim İlişkisi Modelleri .....	32
<b>Tablo 3.</b> Hekim Sahiplenme Ölçeği Geliştirme Çalışması.....	47
<b>Tablo 4.</b> Hekim Sahiplenme Ölçeğinin KMO ve Barlett's Testi Değerleri.....	53
<b>Tablo 5.</b> Faktör Analizi Öncesi Maddelerin Basıklık ve Çarpıklık Değerleri.....	54
<b>Tablo 6.</b> Hekim Sahiplenme Maddelerinin Faktör Yük Değerleri .....	57
<b>Tablo 7.</b> Maddelerin Ortak Faktör Varyans Değerleri .....	59
<b>Tablo 8.</b> Hekim Sahiplenme Ölçeği ve Faktörlerine İlişkin Cronbach Alpha Değerleri.....	61
<b>Tablo 9.</b> Değişkenlerin Birbirlerine Etkileri.....	62
<b>Tablo 10.</b> Model Uyum İndeksleri .....	64
<b>Tablo 11.</b> Hekim Sahiplenme Ölçeği Birinci Düzey DFA Uyum İndeksleri.....	64
<b>Tablo 12.</b> Hekim Sahiplenme Ölçeği İkinci Düzey DFA Uyum İndeksleri.....	67
<b>Tablo 13.</b> Hekim Sahiplenme Ölçeği DFA Faktör Yük Değerleri.....	68
<b>Tablo 14.</b> Hekim Sahiplenme Ölçeği Yakınsak ve Iraksak Geçerlilik Testi Sonuçları .....	69
<b>Tablo 15.</b> Hekim Sahiplenme Ölçeği ile Hekime Bağlılık Ölçeği, Doktora Güven Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Arasındaki Korelasyon Sonuçları.....	71
<b>Tablo 16.</b> Hekim Sahiplenme Ölçeği Boyutları ile Doktora Güven Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Arasındaki Korelasyon Sonuçları .....	72
<b>Tablo 17.</b> Hekim Sahiplenme Ölçeği Faktörler Arası Korelasyon Değerleri .....	73
<b>Tablo 18.</b> Hekim Sahiplenme Ölçeği Boyutları Cronbach Alpha Katsayısı .....	75
<b>Tablo 19.</b> Hekim Sahiplenme Ölçeği Boyutları CR Değerleri.....	75
<b>Tablo 20.</b> Hekim Sahiplenme Ölçeğinin Test Tekrar Güvenilirlik Katsayıları.....	76
<b>Tablo 21.</b> Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	78
<b>Tablo 22.</b> Boyutların Ortalama, Standart Sapma, Basıklık ve Çarpıklık Değerleri ..	81

<b>Tablo 23.</b> Bağlılık Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması .....	82
<b>Tablo 24.</b> Korumacılık Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması	84
<b>Tablo 25.</b> z Kimlik Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	86
<b>Tablo 26.</b> Güven Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	88
<b>Tablo 27.</b> Uyum Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması .....	90
<b>Tablo 28.</b> Hekim Sahiplenme Boyutları ile Katılıcımaların Hekime Gidiş Sayılarına İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları .....	93
<b>Tablo 29.</b> Hekim Sahiplenme Boyutları ile Katılıcımaların Yaş Gruplarına İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları .....	94
<b>Tablo 30.</b> Psikolojik Sahiplenmeyle İlgili Türkiye'de Yapılan alışmalar ve Kullanılan lekler .....	135

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.Psikolojik Sahiplenmenin Boyutları .....	14
Şekil 2.Yamaç (Çizgi) Grafiği .....	60
Şekil 3.Hekim Sahiplenme Ölçeği DFA Faktör Yükleri .....	66



## ÖNSÖZ

Bir tez asla kendi başına oluşmuyor. Araştırmacının yanı sıra bir tezin oluşmasında motivasyon kaynaklarının çok büyük etkisi vardır. Heyecanımı paylaşan, yeri geldiğinde benden daha çok heyecanlanan, karşıma çıkan zorluklarla mücadele etmeme yardım eden ve beni destekleyerek motivasyon kaynaklarım olan herkese ve her şeye teşekkür ederim.

Hayatta her zaman rol modelim olarak gördüğüm, önemli olanın iyi bir insan olmak olduğunu anlatan ve yaptığım her işte doğruluktan ve iyilikten ayrılmamam gerektiğini gösteren; bilgisini ve birikimini devamlı aktararak, öğrenme isteğimi her zaman destekleyerek, başarılarımda da, başarısızlıklarımda da bana olan güvenini ve inancını göstererek akademik yolculuğuma katkı sağlayan, sorduğum tüm soruları sabırla dinleyerek cevap veren, her zaman vaktini ayıran, akademik hayatımızın dışında da maddi manevi hiçbir desteğini esirgmeden daha iyi bir insan olmamız için yol gösteren, ailemizin uzakta olmasını hiç hissettirmeyerek eşi ve çocuklarıyla birlikte bize her zaman aile olan kıymetli danışmanım, değerli büyüğüm Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ALKAN'a çok teşekkür ederim. Bir teşekkür danışmanımın üstümdeki emeğinin hakkını vermeye yetersiz kalır ama bu vesileyle kendisine teşekkür etmek istedim. Kensisinin zorlandığım zamanlarda bana söylediği: “Stres yapma Kevser, sen halledersin.” cümlesi benim en büyük motivasyon kaynaklarımdan birisidir.

Hayatta verdiğim her kararda yanılarımda olan, bugünlere kadar beni yetiştiren, mutlu olduğum zamanlar benden daha çok mutlu olan, üzüldüğüm zaman benden daha çok üzülen, beni her zaman destekleyen ve herkesten daha çok bana inanan, her zaman haktan yana olmam gerektiğini gösteren, dualarını her zaman hissettiğim canım babam Ertan ÖZYILDIZ'a ve canım annem Ferdane ÖZYILDIZ'a, fikirlerine her zaman önem verdiğim, her konuda danışabildiğim, canımdan çok sevdiğim biricik kardeşim Ömer Faruk ÖZYILDIZ'a çok teşekkür ederim.

Akademisyen olma hayalimdeki ve bu yolculuğa başlamamdaki en büyük etkenlerden biri olan, bizi her zaman dinleyen ve yol gösteren, desteklerini daima hissettiğim, kafama takılan her soruda kapısını çaldığım, akademik ve sosyal hayatımda örnek aldığım jüri üyesi değerli hocam Prof. Dr. Ramazan ERDEM'e ve teze değerli katkılarından ve içten yorumlarından dolayı jüri üyesi Dr. Öğr. Üyesi Betül AKALIN'a çok teşekkür ederim.

Özellikle Doğrulayıcı Faktör Analizi sürecinde kapısını çaldığım, değerli bilgilerini benimle paylaşan ve yardımlarını esirgemeyen Arş. Gör. Dr. Seyhan ÖZDEMİR'e teşekkür ederim. Tez sürecimde yardımcı olan, uzman listemde yer alan tüm hocalarıma da verdikleri destek için teşekkür ederim.

İyi gün kötü gün demeden yanımda olan, gözyaşlarımı sabırla silen, güzel dostluğuyla bana güç veren, sorularıyla sık sık başımı ağrıttığım, tez sürecimde de her zaman yol göstericilerimden biri ve aynı zamanda hem ablam, hem hocam, hem de arkadaşım olan Öğr. Gör. Zeynep KUH'a; istedikten sonra her şeyi yapabileceğimi gösteren, sıcacık kalbiyle bana her zaman destek olan, tüm

gerçekçiliğiyle hatalarımdan döndüren canım arkadaşım İrem ŐENGÜN'e; bu yola beraber çıktığımız, birbirimize her zaman "biz yaparız" diyerek güç verdiğimiz, elini her zaman omzumda hissettiğim tez dostum, yol arkadaşım canım Mihriban GÜDER'e teşekkür ederim. Isparta'da bize abla olan, güzel yüreğini bize açan, her zaman bizi dinleyen ve tatlı sohbetleriyle beni her zaman motive eden, çalışma disiplinine hayran olduğum sevgili ablam ve hocam Öğr. Gör. Dr. Feyzanur ALKAN'a teşekkür ederim. Gökyüzümdeki parlayan yıldızlarım olarak isimlendirdiğim ve burada adlarını geçirmediğim tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Yıllar önce Isparta'ya lisansüstü eğitim alma ve akademisyen olma hayali ile gelip bu yolculuğumda bir adım daha atmanın mutluluğuyla beraber hayallerimizi her zaman gerçekleştirmek ve yolumuzun hep iyilikten geçmesi dilekleriyle...

**Kevser Hüsna ÖZYILDIZ**

**27/07/2021**



## GİRİŞ

Toplumda sosyal yaşantının doğal bir parçası olarak bireyler çevreleriyle çeşitli ilişkiler geliştirmektedir. Bu ilişkiler karşılıklı veya karşılıksız, somut veya soyut birçok şekilde olabilmektedir ve ilişkiler genellikle sahiplenme olgusunu içermektedir. Öncelikle sahiplenmenin ne olduğu ve ne ifade ettiği açıklanmalıdır. Sahiplenme bilişsel ve duygusal bir özden oluşan karmaşık bir durumdur ve somut veya soyut olan her şeye karşı geliştirilen aidiyet, bağlılık ve koruma durumudur. Bireyler arkadaşlarını, eşlerini sahiplenebilirler. Danışman öğrencisini sahiplenebilir. Lisansüstü eğitim gören öğrenciler tezlerini sahiplenebilirler veya bireyler evlerine, çok sevdikleri bir bardağa karşı sahiplenme hissedebilirler. Ya da evcil hayvanlar sahiplenebilir. Görüldüğü gibi sahiplenme üzerine örnekler çoğaltılabilmektedir. Her türlü sahiplenmede birbirinden farklı olmaktadır. Somut veya soyut şeylere gösterilen sahiplenme tutumları da birbirinden farklıdır. Sahiplenme tutumu kendi arasında yasal ve psikolojik sahiplenme olarak ikiye ayrılmaktadır. Psikolojik sahiplenme bireylerin sahiplenme gösterecekleri şeyi kendilerine ait hissetmeleri, onu kendilerininmiş ve kendilerini de onun bir parçası olarak görmelerini ifade etmektedir.

Bireyler arasında görülen ilişkilerden birisi de hekim ve hasta arasındaki ilişkidir. Hastalar hastalıklarının tedavi sürecinde, sağlıklarının geliştirilmesinin birçok anında hekimlerle çok fazla ilişki kurmaktadır. Bu ilişkinin sahiplenme tutumunu da beraberinde getireceği ve hastaların hekimlerine karşı sahiplenme tutumu geliştireceği düşünülmektedir. Bu araştırmada da bireylerin hekimlerini sahiplenme tutumlarını incelemek için psikolojik sahiplenme kavramı temel alınmış ve araştırma bu kavram altında şekillendirilmiştir. Psikolojik sahiplenme kavramı detaylı incelendiğinde genellikle işletme, pazarlama ve örgütsel davranış alanlarında hakim olduğuna rastlanılmış, sağlık yönetimi, sağlık sosyolojisi ve sağlık psikolojisi alanlarında çok fazla araştırılmadığı gözlemlenmiştir. Buradan hareketle bireylerin sağlıkları konusunda hassas bir psikolojide oldukları, çevrelerinden destek görmek istedikleri ve bu süreçte de en çok hekimleriyle bir arada oldukları gözlemlenerek bireylerin hekimlerine karşı sahiplenme tutumu gösterecekleri düşünülmüş ve bu olgunun araştırılmasına karar verilmiştir. Bu bağlamda daha önce hekimleri sahiplenme üzerine bir çalışmanın yapılmamış olması ve konuya ait geçerli ve güvenilir bir

ölçeğin bulunmamasına bağlı olarak bu çalışmada bireylerin hekim sahiplenme tutumu ölçeğinin geliştirilmesine yer verilmiştir.

Hekimine karşı sahiplenme gösteren bireylerin hekimlerini koruyucu davranışlar göstermeleri, gelecekte de aynı hekimi tercih etmeleri, hekimlerinin vermiş oldukları tavsiyelere daha fazla uyum gösterecekleri, hekimlerini çevrelerine karşı övecekleri düşünülmektedir. Bu çalışmada da hekimi sahiplenmenin hangi boyutlarda gerçekleştiği bulunmuştur. Ayrıca hekim sahiplenme düzeyini etkileyen değişkenler de tespit edilmiştir.

Araştırma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sahiplenme kavramından, sahiplenmenin çeşitlerinden, psikolojik sahiplenme kavramından, değişkenlerinden ve boyutlarında, hekim ve hasta ilişkisinden, hekim ve hasta iletişiminden ve hekimi sahiplenmeyi etkileyen diğer başlıklardan bahsedilmektedir. İkinci bölümde araştırmanın gereç ve yönteminden ve bireylerin hekimi sahiplenme tutum ölçeği geliştirme sürecine, bu süreçte gerçekleştirilen analizlere yer verilmiştir. Üçüncü bölümde hekim sahiplenmeyi etkileyen değişkenlerin tespit edilmesi ve demografik değişkenlerle arasındaki farkı inceleyen araştırmanın bulgularına yer verilmiştir. Dördüncü bölümde ise araştırmanın bulguları tartışılmış, sonuçlara ve önerilere yer verilmiştir.



# BİRİNCİ BÖLÜM

## SAHIPLENME

Bu bölümde öncelikle sahiplenme kavramı sonra da sahiplenme çeşitleri ele alınacaktır. Sahiplenme çeşitleri kapsamında yasal sahiplenme ve psikolojik sahiplenme ile ilgili bilgiler verilecektir.

### 1.1. SAHIPLENME KAVRAMI

Sahiplenme, “bir şeyin sahibi olduğunu ileri sürmek, ona sahip çıkmak, tesâhüp etmek. İlgilenip korumak, benimsemek.” ([www.lugatim.com/](http://www.lugatim.com/)) anlamlarına gelmektedir. Kelimenin İngilizce kökeni Almanca’da Heidegger’in kullandığı “ereignis” kelimesinin çevirisi olan *appropriation* kelimesine dayanmaktadır. Ereignis kelimesi tam/asıl kendisinin anlamına gelen eigen kökünü ve sahiplenmek/kendisine ait kılmak anlamına gelen er-eigen içermektedir (Kolb, 1986, s. 159). Dilimize ise Arapça “tesâhüp” kelimesinden geçmiştir. Tesâhüp, benimseme, sahip çıkma anlamlarını ifade etmektedir. Bu bilgilerden hareketle sahiplenmenin bir benimseme, ait hissetme ve kendisiyle özdeşleştirme durumu olduğu söylenebilmekte ve somut veya soyut olan her şeye karşı geliştirilen aidiyet, bağlılık ve koruma tutumu olarak tanımlanmaktadır.

Bireyler genellikle çevresiyle yakın ilişkiler geliştirmektedir. Bu yakın ilişkinin bir türü de çevredekilere karşı sahiplenme hissinin hissedilmesidir (Baxter vd., 2015, s. 140). Sahiplenme hissi, insanların kişisel ve iş yaşamlarında yaygın bir şekilde görülmekte ve bu his somut ve soyut birçok şeye karşı oluşabilmektedir (Kalmaz ve Tozkoparan, 2020, s. 255). İnsanların doğal bir parçasıdır ve insanlar doğaları gereği, maddi ve manevi her türlü nesneye sahiplenme hissi geliştirmektedirler (Pierce vd, 2001, s. 299). Bu his bireyin kişisel hayatında önemli bir rol oynamakta ve sahip olunan şeyler bireyin hayatının bir parçası haline gelmektedir (Cram ve Paton, 1993, s. 9). Sartre (1969, s. 592) var olmak, yapmak ve sahip olmak üzere üç temel unsurun insan yaşamında önemli olduğunu dile getirmektedir ve ona göre sahip olduğumuz her şey varlığımızın bütününe yansıtılmaktadır.

Sahiplenmenin ne ifade ettiğini anlamının önemli noktası, sahip olduğumuz şeyleri bilerek veya bilmeyerek kendimizin bir parçası olarak gördüğümüzü kabul etmektir (Belk, 1988, s. 139). Bireyin öz varlığı, kendisini kendisi yapan özellikleri, kişiliği benliğini oluşturmaktadır. Benliğimizin de desteğe ihtiyacı vardır ve bu desteği bir şeye sahip olarak elde ederiz. Çünkü büyük ölçüde sahip olduğumuz şeyler bizi yansıtmaktadır (Tuan, 1980, s. 472). Benlik kavramı açısından sahiplenmenin temeli öz kimliğe dayanmaktadır. Bireyler kendileri için en önemli öğelere yasal veya psikolojik olarak sahiplenme davranışında bulunarak öz-değer duygularını artırmayı çalışabilirler. Sahiplenme öz değer ve öz saygıyı arttırmanın bir yolu olarak görülmektedir. Bu nedenden dolayı bireyler kişisel değerlerine göre en önemli olduğunu düşündükleri şeyler üzerinde sahiplenme tutumunda bulunmaktadırlar ve kendini tanıma, başkalarına öz kimliğini ifade etme ve bunu sürdürme ile ilgili dinamikleri bulunan bireyler, belirli şeylere psikolojik olarak bağlanır ve onları kendilerine entegre ederler (Pierce vd., 2003, s. 90, 95). Cram ve Paton da sahiplenmeyi benliğin bir parçası olarak ifade etmektedirler (1993, s. 19). James de (1890, s. 291) sahiplenmeyi benlikle ilişkilendirmiş, kişinin kendisi ile ilgili algılarının tümü olan benlik algısı ve kıyafetleri, evi, eşi, çocukları, arkadaşları, itibarı, eserleri, toprakları gibi sahip olduklarının toplamı olarak ifade etmiştir.

Sahiplenme ve sahiplik hissi toplumları yapılandıran bir mihenk taşı konumundadır. Çünkü insanlar her zaman ev, arsa gibi mülkiyet, toprak, nesnelere, ilişkiler gibi birçok şeye sahip olmuşlardır. İnsanlar sahiplenme gösterdikleri şeye karşı özel duygular geliştirirler ve sahip oldukları şeylerle kurdukları ilişkilerde güçlü tutumlar sergilerler (Asatryan ve Oh, 2008, s. 363).

Sahiplenme genellikle kişi-nesne arasındaki ilişki içerisinde hissediliyor gibi gözükse de fikirler, kelimeler, sanatsal çalışmalar ve diğer insanlar gibi birçok şeye karşı da hissedilebilmektedir (Pierce vd., 2001, s. 299). Yapılan araştırmalar incelendiğinde sahiplenmenin birçok ilişkide incelendiğine rastlanılmıştır. Örneğin, Isaacs (1933) ile Kline ve France (1899) çocuk gelişiminde, Belk (1988) tüketici davranışında, Kline ve France (1899) farklı toplumların gelenek ve uygulamaları içerisinde, Cram ve Paton (1993) ve Kamptner (1989) yaşlı insanlar arasında, Csikszentmihalyi ve Rochberg-Halton (1981) farklı sosyo-ekonomik katmanlar arasında, Sartre (1943, 1969) felsefi tartışmalar içerisinde sahiplik kavramı ve

sahiplik hissinin rolünü incelemişlerdir. Iglehart (1989), Strope vd., (2009), Conway (2010) ise hastenelerin hekim sahipliği ve tıbbi tesislerin hekim sahipliği üzerine araştırmalar yapmışlardır. Yapılan araştırmalarda da görüldüğü üzere araştırmacılar sahiplenmeyi sadece kişi-nesne bazında ele almamışlar, birçok ilişki açısından araştırmışlardır. Buradan da sahiplenmenin hayatımızdaki birçok somut ya da soyut şeylere karşı hissedilebileceği hakkında yorum yapılabilmektedir.

Bireylerin yaşamında sahiplenme hissini nitelendiren birçok ifade bulunmaktadır. Örneğin; evimiz, park yerimiz, kızım, oğlum, o benim fikrim gibi ifadeler yaygın bir şekilde kullanılmakta, sahiplenme hissi “benim” veya “bizim” gibi iyelik zamirleri ile ifade edilmektedir (Pierce ve Jussila, 2011, s. 2). “Benim”, “bizim” gibi iyelik zamirleri sahiplenme gösterilen her alanda kullanılmaktadır. İş yaşamı, sosyal hayatımız, bireysel eşyalarımız, sevdiğimiz insanlar, öğretmenlerimiz, doktorlarımız gibi aramızda bağ olan somut ve soyut her şeyde sahiplenme eğilimi görülmektedir. Sağlık alanının da bireyler için çok önemli bir yer tuttuğu göz önünde bulundurulduğunda sahiplenme hissinin hasta ve hekim arasında da yoğun bir şekilde görüleceği tahmin edilmektedir.

Tannenbaum’a göre (1983), sahiplenme basit bir kavram değildir ve sahiplenmenin karmaşık bir yapısı bulunmaktadır. Sahiplenme tutumu çeşitli araştırmacılar tarafından incelenmiş ve çeşitlendirilmiştir (Etzioni, 1991; Pierce vd., 1991). Pierce ve diğerleri (1991) finansal sahiplenme ile ilgili araştırmalar sonucunda psikolojik sahiplenme kavramını ortaya çıkarmış fakat öncelikle hisse sahipliği programıyla başlatılan yasal sahiplenme üzerine odaklanmışlardır. Bunun üzerine sahiplenmenin farklı düzeyleri ve çeşitleri olduğu saptanmıştır.

### **1.1.1. Sahiplenmenin Çeşitleri**

Sahiplenme çok yönlü bir kavramdır ve sembolik ve gerçeklik olmak üzere iki düzeyde gerçekleşmektedir. Sahipliğin ikili bir yaratılış, kısmen tutum, kısmen nesne, kısmen akıl, kısmen de gerçek olduğu göz önüne alınarak aslında sahipliğin, değer ve sembollerin dışında var olan bir gerçek olduğu kabul edilmektedir (Etzioni, 1991, s. 465, 466). Etzioni’nin (1991) çalışmasıyla yakın döneme rastlayan Pierce ve diğerlerinin de (1991) çalışmalarında benzer tespitler yaptıkları görülmektedir. Pierce ve diğerleri de, sahiplenmenin çok yönlü ve çok boyutlu bir kavram olduğunu kabul

etmişlerdir. Sahiplenmenin yasal sahiplenme ve psikolojik sahiplenme şeklinde iki düzeyinin olduğunu belirtmişlerdir.

Alanyazın incelendiğinde sahiplenmenin yasal ve psikolojik sahiplenme olmak üzere iki şekilde ele alındığı görülmektedir (Vandewalle vd., 1995; Parker vd., 1997; Pierce vd., 2003; Mayhew vd., 2007; Pierce ve Jussila, 2011; Ökten, 2015; Uçar, 2017; Temizkan, 2019; Kalmaz ve Tozkoparan, 2020).

Bu başlık altında da yasal sahiplenme ve psikolojik sahiplenme kavramları ele alınmıştır.

#### **1.1.1.1. Yasal Sahiplenme**

Yasal sahiplenme, kaynakların, eşyaların, malların ve hizmetlerin sahiplenilmesini, kullanılmasını ve elden çıkarılmasını yöneten sosyal ve resmi düzenlemelerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (Parkin, 2003, s. 44). Ve bireyin eşya, kaynak ve hizmet üzerinde hakimiyet kurmasıyla arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Bu ilişki zamanla insan hakkı olarak kabul edilmiş ve devletler ve hukuk sistemleri tarafından tanınarak temel bir hak olarak ulusal ve uluslararası konumda geçerli bir ilişki olarak kabul edilmiştir (Akça, 2015, s. 544). Bu ilişkide sahip olunan nesnenin fiziksel veya finansal varlığından pay alma hakkı, sahip olunan nesne üzerinde kontrol hakkı ve sahip olunan nesne üzerinde nüfuz kullanma hakkı olmak üzere üç temel hak bulunmaktadır (Pierce vd., 1991, s. 125-126).

1961 Anayasası Madde 36'da ve 1982 Anayasası Madde 35'de, "*Herkes, mülkiyet ve miras haklarına sahiptir. Bu haklar ancak kamu yararı amacıyla, kanunla sınırlanabilir. Mülkiyet hakkının kullanılması toplum yararına aykırı olamaz.*" hükmüne yer verilmiştir ([www.anayasa.gov.tr/](http://www.anayasa.gov.tr/)). Buradan da anlaşılacağı gibi yasal sahiplenme toplum ve devlet tarafından tanınmakta ve sahiplenmenin getirdiği haklar yasal sistem tarafından belirlenip korunmaktadır.

Bireyler yasal olarak sahiplendikleri şeyi hemen kendilerininmiş gibi hissetmeyebilirler. Çünkü o şeye karşı yeterli kontrol, içtenlik ve benlik açısından kabul etme ve benimseme gerçekleşmeyebilir. Fakat yasal sahiplenme psikolojik sahiplenmeyi de devamında getirmektedir. Örneğin, yerel bir maden şirketi bünyelerinde çalışan kamyon şoförlerine yeni bir kamyon vereceğini açıklamıştır. Şoförlerin kamyonlar için yeni bir devirle ilgili şirket politikası uygulanana kadar

kamyonlara yönelik herhangi bir sahiplenme hissetmedikleri gözlemlenmiştir. Fakat belirli bir süre geçtikten sonra şoförler kamyonlara karşı tutum ve davranışlarını değiştirmeye başlamışlardır. Yavaş yavaş kamyonlarına “benim kamyonum” diye hitap etmeye başlamışlar, kamyonun iç temizliği, bakımı için kendi paralarını harcadıkları gözlemlenmiştir (Pierce vd., 2003, s. 96).

### **1.1.1.2. Psikolojik Sahiplenme**

Psikolojik sahiplenme kavramından ilk kez Pierce ve diğerleri, çalışanların mal mülk sahipliği ile ilgili yaptıkları modellerinde bahsetmişlerdir. Bu modelde psikolojik sahiplenmeden bahseden bir teori ortaya koymuşlar ve bunun yasal sahiplenmeden farklı bir konu olduğunu belirtmişlerdir (1991, s. 122-123). Psikolojik sahiplenmenin sadece biçimsel sahiplik olarak değil büyüyen bir olgu olduğu belirtilmiştir. Yasal sahiplenmeden ayrı bir kavram olarak ele alınmış, sonrasında da psikolojik sahiplenme bir teori olarak ortaya konmuştur. Kavram her ne kadar çalışan sahipliği altında kavramsallaştırılsa da işletme, örgütsel davranış, pazarlama, sosyoloji, felsefe, psikoloji ve insan gelişimi bilimlerinin de inceleme konuları arasında yer almaktadır (Pierce vd., 2001, s. 298-310).

Psikolojik sahiplenme, bireylerin yasal bir hakkı olmaksızın somut veya soyut şeyler hakkında sahip oldukları hisleri deneyimledikleri psikolojik bir durumdur. Bir bireyin somut veya soyut şeylere karşı sahiplenme hissi geliştirmesi insanoğlunun temel doğasına dayanmaktadır (Yoon, 2014, s. 3). Bir şeye “benim”, “bizim” dediğimiz zaman sahiplenme tutumumuz harekete geçmektedir ve psikolojik olarak bir şeye bağlanıldığı zaman o şey, bireylerin benliklerinin bir parçası haline gelmektedir (Pierce vd., 2001, s. 209, 304). Psikolojik sahiplenme, bireylerin sahiplendikleri şeyleri kendilerinin (benim, bizim) gibi görmeleri durumudur (Pierce vd., 2003, s.86). Bu durum kişi ile sahiplenme hissedeceği şey arasındaki etkileşim ve bu etkileşimin kişinin veya sahipleneceği şeyin bir bölümünde daha yoğun olup olmadığı sorusuyla ilgili ve ilişkilidir (Özler vd., 2008, s. 39).

Psikolojik sahiplenme, bireyin hedef için iyelik duyguları geliştirdiği, psikolojik olarak deneyimlenen bir olgudur (Van Dyne ve Pierce, 2004, s. 439) ve birçok tanımı bulunmaktadır. Yapılan tanımlar aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

**Tablo 1. Psikolojik Sahiplenmenin Tanımları**

ARAŞTIRMACILAR	TANIM
Wandewalle, Van Dyne ve Kostova (1995)	Psikolojik sahiplenme, hiçbir yasal hak iddiası olmasa bile örgüt üyelerinin, sahiplik hedefine karşı hissettikleri sahiplenme duygusudur.
Pierce, Kostova ve Dirks (2001)	Psikolojik sahiplenme, bireylerin somut veya soyut bir hedefi kendilerine ait olarak hissetmeleri durumudur.
Pierce, Kostova ve Dirks (2003)	Psikolojik sahiplenme, bireylerin sahiplenme hedefini ya da bu hedefin bir parçasını kendilerininmiş gibi hissettikleri durumdur.
Van Dyne ve Pierce (2004)	Psikolojik sahiplenme, bir çalışanın hedef için sahiplenme duygusu geliştirdiği ve psikolojik olarak deneyimlediği bir olgudur.
O'Driscoll, Pierce ve Coghlan (2006)	Psikolojik sahiplenme, bir nesneye sahip olma ve ona psikolojik olarak bağlı olma duygusudur.
Mayhew, Ashkanasy, Bramble ve Gardner (2007)	Psikolojik sahiplenme, bireyin herhangi bir resmi ya da yasal sahiplenme durumu olmadığı halde hissettiği sahiplenme duygusudur.
Pierce, Jussila ve Cummings (2009)	Psikolojik sahiplenme hem bilişsel hem de duygusal bir özden oluşan karmaşık bir durumdur.
Han, Chiang ve Chang (2010)	Psikolojik sahiplenme, bireylerin yakından ilişkili oldukları somut ve soyut nesnelere psikolojik duygular geliştirmeleridir. Psikolojik sahiplenme, psikolojik anlamda sahip olma hissidir.
Liu, Wang, Hui ve Lee (2011)	Psikolojik sahiplenme, çalışan motivasyonunu ve pozitiflik hissini sağlayan güçlü bir yapıdır. Psikolojik sahiplenme, pozitif bir psikolojik kaynak olarak kavramsallaştırılmıştır.
Sieger, Bernhard ve Frey (2011)	Psikolojik sahiplenme, aile dışı çalışanların adalet algılarını ve iş tutumlarını birbirine bağlayan bir faktördür.
Avey, Wernsing ve Palansk (2012)	Psikolojik sahiplenme, bireylerin sahip hedefine karşı eşitlik, hesap verebilirlik ve aidiyet davranışlarını hissetmeleridir.
Yavuz (2018)	Psikolojik sahiplenme, nesneye etkileşim yoluyla ortaya çıkan, nesneye karşı sorumluluk ve sahiplenme duygusunun hissedildiği, örgütün üyelerini motive etmek amacıyla kullanılan tutumdur.
Çıkmaz ve Yeşil (2020)	Psikolojik sahiplenme, zihinsel bir durum olarak, bireylerin sahiplik hedefi veya onun bir parçası gibi hissettiği durum yani çalıştıkları kurumu kendilerinin gibi hissettikleri durumdur.

\*Kaynak: Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Yasal ve psikolojik sahiplenme arasındaki fark incelendiği zaman yasal sahiplenme, sahiplenmenin kesinliğini ve güvencesini sağlarken psikolojik

sahiplenme kesinlik veya güvence sağlamamakta ve aynı iş ile ilgili şeylere sahip olma mücadelesi veren örgüt çalışanları arasında farklı yorumlara, algılara ve motivasyona da neden olabilmektedir (Brown vd., 2014).

Psikolojik sahiplenmenin oluşabilmesi için yasal sahiplenme durumuna ihtiyaç yoktur, tüm yasal sahiplenme durumlarında da psikolojik sahiplenme gerçekleşmemektedir. Çünkü bireyler mülkiyeti edindikleri zaman bir mülkün yasal sahibi olurken, mülkü kendilerininmiş gibi hissetmeleri daha uzun zamanlarını alabilmektedirler (Pierce vd., 2003, s. 96). Wandewalle ve diğerleri (1995, s. 211), psikolojik sahiplenmenin güçlü bir bağı temsil ettiğini açıklamaktadır. Örgütteki bireyler, hiçbir yasal sahiplenme durumları bulunmasa bile hedefe karşı bir sahiplenme duygusu hissedebilmektedirler. Bu sahiplenme hissi, “benim işim” veya “bizim kurumumuz” gibi sahiplenmeyi gösteren ifadelerle kendini göstermektedir. Fakat Pierce ve diğerlerinin (2003, s. 96) belirttiği gibi yasal sahiplenme durumu psikolojik sahiplenmenin ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır. Çünkü yasal sahiplenme bireye sahipleneceği şeyi kontrol etme ve değiştirme, ayrıca onu yakından tanıma hakkını kendiliğinden sağlamaktadır.

Psikolojik sahiplenme durumu karmaşıktır ve bilişsel ve duygusal bir yapıdan oluşmaktadır (Pierce vd., 2003, s. 86). Psikolojik sahiplenmenin oluşmasında ve ortaya çıkmasında; hedefi kontrol etmek, hedefi yakından tanımak, hedefe yatırım yapmak (Pierce vd., 2001, s. 301-302), hedefe ilişkin diğer faktörler, bireysel faktörler, süreç faktörü ve bağlam faktörü önemli rol oynamaktadır (Pierce vd., 2003, s. 94-97). Psikolojik sahiplenme dışsal faktörler (kontrol, müşteri katılımı, müşteri-şirket kimliği, aitlik hissi) ve içsel faktörlerden (ilişki niyeti, daha fazla ödeme yapma isteği, rekabetçi direnç) etkilenmektedir ve bu faktörleri de etkilemektedir (Asatryan ve Oh, 2008, s. 365). Örneğin, akademisyenler üniversitenin tamamına kendi bölümleri kadar sahiplenme hissi geliştiremeyebilirler. Çünkü kendi bölümleri onların kontrollerine daha çok tabidir. Benzer şekilde, akademisyenlerin lisans öğrencileri ile doktora öğrencilerine karşı aynı düzeyde psikolojik sahiplenme hissetmeleri mümkün değildir. Çünkü bu iki öğrenci grubunu tanıma dereceleri ve onlara yaptıkları yatırımlar, onlarla geçirdikleri süreler aynı olmamaktadır (Pierce vd., 2003, s.94). Hastalar da hekimlerine karşı, hastaneye karşı gösterdikleri sahiplenme duygusundan daha fazla sahiplenme duygusu geliştirebilirler. Çünkü

hastaların hekimle iletişiminin daha kuvvetli olduğu ve genellikle hekim için o hastaneyi tercih ettikleri düşünülmektedir.

Asatryan ve Oh tarafından da ifade edildiği gibi kontrol altına alma duygusu bireyde olumlu duygular uyandırmakta ve sahiplenme gösterecekleri şeye karşı sahiplenme hissini artırmaktadır (2008, s. 366). Bireyin hizmet sürecine, karar verme sürecine katılım sağlaması psikolojik sahiplenmenin gelişmesinde etkili olmaktadır (O'Driscoll vd., 2006, s. 403; Asatryan ve Oh 2008, s. 375). Hastaların hekim sahiplenme tutumunda, sahiplenecekleri şeylerin somut bir nesne değil, bir birey ve bir ilişki olduğu göz önüne alındığında kontrol duygusunun, tedavi ve bakım sürecinde katılım sağlayabilmesinin, hekimini yakından tanınmasının sahiplenme hissini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

### **1.1.2. Psikolojik Sahiplenmenin Çeşitleri**

Psikolojik sahiplenme hem birey düzeyinde hem de grup düzeyinde gerçekleşmektedir. Bu açıdan psikolojik sahiplenme, örgüte ve işe yönelik psikolojik sahiplenme ile bireysel ve kolektif psikolojik sahiplenme olarak ele alınmaktadır (Kalmaz, 2019, s. 31).

Bu başlık altında psikolojik sahiplenmenin çeşitleri olan, örgüte yönelik psikolojik sahiplenme, işe yönelik psikolojik sahiplenme, bireysel psikolojik sahiplenme ve kolektif psikolojik sahiplenme hakkında bilgi verilmektedir.

#### **1.1.2.1. Örgüte Yönelik Psikolojik Sahiplenme ve İşe Yönelik Psikolojik Sahiplenme**

Mayhew ve diğerleri (2007) yaptıkları araştırma sonucunda psikolojik sahiplenmenin iş ve organizasyon temelli (örgüte yönelik) olmak üzere iki türü olduğunu ifade etmişlerdir. Bireyler hem işlerini hem de çalıştıkları örgütleri "benim" (benim işim, benim işyerim) olarak sahiplik psikolojisiyle deneyimlemeye başladıklarında, işe yönelik ve örgüte yönelik psikolojik sahiplenme ortaya çıkmaktadır (Peng ve Pierce, 2015, s. 153).

Örgüte yönelik psikolojik sahiplenme, üyelerin sahip olma duyguları ve bir bütün olarak örgütle psikolojik bağlantıları ile ilgilidir. Örgütsel kültür ve iklim, üst yönetimin tutumları, kurumsal hedefler, vizyon, kurumsal politika ve prosedürler,



özerklik, teknoloji, katılımcı karar verme gibi çeşitli özellikler örgüte yönelik psikolojik sahiplenmeyi etkileyebilmektedir ve bu sahiplenme türü duygusal örgütsel bağlılık ve iş tatmini ile ilişkilidir. İşe yönelik psikolojik sahiplenme ise bireylerin belirli işlerine karşı sahip olma duygularıyla ve iş tatmini ile ilişkilidir. İşe yönelik psikolojik sahiplenmeyi özerklik, teknoloji ve katılımcı karar verme gibi özellikler etkilemektedir (Mayhew, 2007, s. 478- 493; Olckers, 2011, s. 62).

Örgüte yönelik ve işe yönelik psikolojik sahiplenme, kalıcı kişilik özellikleri gibi bir durum değil daha çok birbirinden farklı tutumsal davranışlardır. Bağlama özgüdür ve bireyin hem mevcut örgütüyle hem de mevcut olan işiyle ilgili konumunu yansıtmaktadır (Mayhew, 2007, s. 478). Peng ve Pierce (2015, s. 165), işi kontrol altına almaktan kaynaklı işe yönelik psikolojik sahiplenmenin ortaya çıkmasının, örgüte yönelik psikolojik sahiplenmenin ortaya çıkmasında etkili olduğunu ifade etmektedirler. Örgüte yönelik psikolojik sahiplenmenin, işe yönelik psikolojik sahiplenmenin sonuçlarından biri olduğunu belirtmektedirler. Bu iki sahiplenme türü arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya çıkarmışlardır. O'Driscoll ve diğerleri (2006, s. 408) tarafından yapılan çalışmada ise, işe yönelik psikolojik sahiplenme ve örgüte yönelik psikolojik sahiplenme birbirleriyle bağlantılı olsa da, aynı his olmadıkları ifade edilmektedir. Başka bir deyişle iki sahiplenme türü de, çalışma tutum ve davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesinde farklı roller ve amaçlar üstlenmektedirler.

#### **1.1.2.2. Bireysel Psikolojik Sahiplenme ve Kolektif Psikolojik Sahiplenme**

Seçilmiş bir fiziksel ortama veya sahiplenme hissedilecek herhangi bir şeye, bireysel ve kolektif bağlanma ve onunla özdeşleşme, bütünleşme durumu bireyler için insani ihtiyaçtır. Bu durumdan kaynaklanan psikolojik sahiplenme hem bireysel düzeyde hem de kolektif düzeyde oluşmaktadır (İspirli, 2014, s. 41). Pierce ve Jussila (2010, s. 811), psikolojik sahiplenmenin bireysel düzeyde gerçekleştiği gibi bir grubun da psikolojik önemi olan bir varlık olduğu fikrine dayanarak sahiplenme duygusunun grup düzeyinde başka bir ifadeyle kolektif düzeyde de gerçekleşebileceğini ifade etmişlerdir.

Bireysel düzeyde psikolojik sahiplenme, kişisel sahiplenme duygularını, kişi-sahiplenilecek şey etkileşimi yoluyla ortaya çıkaran bir durumdur. Bireysel

psikolojik sahiplenme “ben”, “benim” iyelik ekleriyle kullanılmaktadır. Kolektif psikolojik sahiplenme ise sahiplenme duygusunu, kişi-nesne, başkası-nesne, kişi-kişi etkileşimleriyle ortaya çıkan bir durumdur. İki veya daha fazla bireyin aynı sahiplenilecek şeyle etkileşime girmeleriyle, birbirlerinin etkileşimlerinin farkında olmalarıyla ve ortak bir sahiplenme zihniyeti oluşturmalarıyla kolektif sahiplenme gerçekleşebilmektedir. Kolektif psikolojik sahiplenme, kendilerini “biz” olarak gören bir grup bireyin, bir hedefe sahip olma duygusuyla ilgilidir. Kendilerini “biz” olarak gören grup tek ve ortak bir zihniyet haline gelmektedir. Kolektif psikolojik sahiplenme, “biz”, “bizim” iyelik ekleriyle ifade edilmektedir. “Bizim” olgusunun kolektif olarak gerçekleştirilmesi bireysel psikolojik sahiplenmenin kolektif psikolojik sahiplenmeden farklılaşmasının göstergesidir (Pierce ve Jussila, 2010, s. 811, 815).

Kolektif psikolojik sahiplenmenin hedefi olma potansiyeline sahip şeylerin belirlenmesinde önemli rol oynayan unsur, grubun her bir üyesinin bireysel düzeydeki etkililik ve etkinlik, öz kimlik ve ait olma duygusunu tatmin edecek niteliklere sahip olup olmamalarıdır. Ayrıca, hedefin grup üyelerinin ilgi ve dikkatini uyandırması için görünür ve çekici olması, her bir grup üyesi için erişilebilir olması ve iş birliğine dayalı çalışma ilişkisi içermesi gerekmektedir (Kalmaz, 2020, s. 256).

Druskat ve Pescosolido, örgütsel açıdan psikolojik sahiplenme modelinin tüm üyelerin sahip olduğu, ekip eylemlerinin ve sonuçlarının tüm üyelerin yetki ve sorumluluğu altında olduğu, bu “bizim ekibimiz” düşüncesine sahip kolektif ve bütüncül bir düşünceyi içerdiğini belirtmektedir (2002, s. 291). Bireysel psikolojik sahiplenme bireysel seviyede gelişmesine rağmen, kolektif psikolojik sahiplenmenin gelişmesi karşılıklı bağımlılık, grup bağlılığı gibi durumlardan etkilenmektedir. Kolektif psikolojik sahiplenme kavramı, grup kavramından, “Biz kimiz?”, “Neyin bizim olduğunu hissediyoruz?” soruları ile ayrılmaktadır (İspirli, 2014, s. 42-43). Sosyal kimlik ihtiyacı kolektif sahiplenme hissi için önemli bir konumdayken, bireysel psikolojik sahiplenmenin gerçekleşebilmesi için çok fazla önem taşımamaktadır. İkisinin de kavramsal çekirdeğini sahiplenme hissi oluşturmaktadır (Pierce ve Jussila, 2010, s. 815).

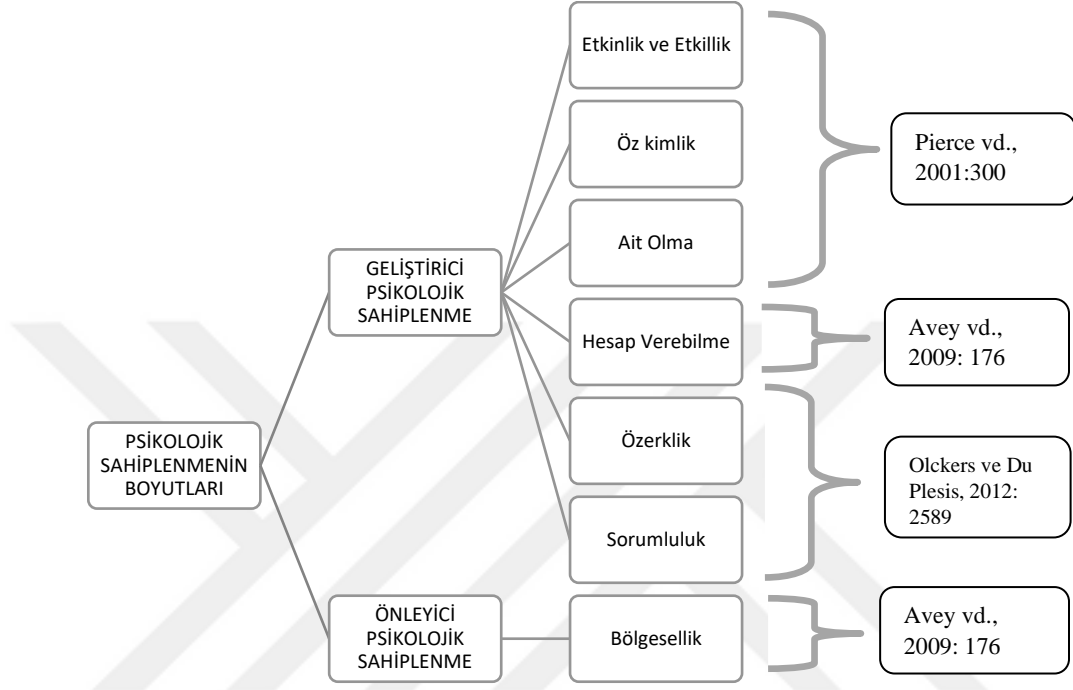
Bireyler hayatlarının birçok alanında çeşitli psikolojik sahiplenme duygularını hissetmektedirler. Örgüte ve işe yönelik psikolojik sahiplenmeye de bireysel ve kolektif düzeyde psikolojik sahiplenmeye de bireylerin yaşantısından oldukça fazla örnek gösterilebilir. Örneğin, hekimlerin görev yaptıkları hastane için ‘benim hastanem’ ifadesini kullanmaları, hastanenin prestiji için de çaba göstermeleri örgüte yönelik psikolojik sahiplenme hissini içermektedir. Mesleklerine olan düşkünlükleri, iyileştirdikleri hastalarını görmeleri, ameliyatta başarı oranlarını yüksek tutmaya çalışmaları ise işe yönelik sahiplenme hissiyle ilişkilidir. Hekim ve hasta arasındaki ilişki açısından baktığımız zaman aralarındaki sahiplenme tutumunun bireysel düzeyde gerçekleşeceği görülmektedir (benim hekimim, benim hastam gibi). Bir ameliyat ekibinin yaptıkları ameliyatı sahiplenmeleri ise kolektif sahiplenme türüne girmektedir (bizim ameliyatımız, bizim hastamız gibi).

### **1.1.3. Psikolojik Sahiplenmenin Boyutları**

Psikolojik sahiplenme literatürde geliştirici ve önleyici olmak üzere iki ana boyut üzerinden ele alınmaktadır. Geliştirici psikolojik sahiplenme boyutunun etkinlik ve etkililik, öz kimlik, ait olma, hesap verebilirlik, sorumluluk ve özerklik olmak üzere altı tane alt başlığı; önleyici psikolojik sahiplenmenin ise sadece bölgecilik alt başlığı bulunmaktadır.

Pierce ve diğerleri (2001, s. 300) psikolojik sahiplenmenin, etkinlik ve etkililik, öz kimlik ve ait olma boyutlarından etkilendiğini ifade etmiştir. Avey ve diğerleri (2009) ise Higgins’in (1997, 1998) düzenleyici odak teorisini göz önüne alarak psikolojik sahiplenmenin geliştirici ve önleyici olarak iki boyutu olduğunu açıklamışlardır. Etkinlik ve etkililik, öz kimlik ve ait olma kavramlarını geliştirici psikolojik sahiplenmenin alt boyutları olarak kabul etmişlerdir. Ayrıca hesap verebilme kavramını geliştirici psikolojik sahiplenmenin bir diğer alt boyutu olarak, bölgesellik kavramını ise önleyici psikolojik sahiplenmenin alt boyutu olarak değerlendirmektedirler. Olckers ve Du Plessis ise (2012, s. 2589) sorumluluk ve özerklik kavramlarını geliştirici psikolojik sahiplenmenin diğer alt boyutları olarak açıklamışlardır.

Bu başlık altında psikolojik sahiplenmenin boyutları olan, geliştirici psikolojik sahiplenme ve önleyici psikolojik sahiplenme ve bunların alt boyutları hakkında bilgi verilmektedir.



Şekil 1. Psikolojik Sahiplenmenin Boyutları (Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.)

### 1.1.3.1. Geliştirici Psikolojik Sahiplenme

Geliştirici psikolojik sahiplenme hissi yoğun olan bireyler, sahip oldukları bilgileri paylaşma eğiliminde olmaktadır. Hem kendileri hem de çevreleri için değer elde edeceklerine inanan bireyler, çevresinin ve bağlı olduğu örgütün gelişmesini tatmin edici ve olumlu bir durum olarak görmektedirler (Avey, 2009, s. 176).

Bu başlık altında geliştirici psikolojik sahiplenmenin alt boyutları olan etkinlik ve etkililik, öz kimlik, ait olma, hesap verebilme, özerklik ve sorumluluk boyutlarına değinilmiştir.

**Etkinlik ve Etkililik:** Etkinlik ve etkililik, bireyin çevresini etkileme yeteneği ile kendisini yetkin hissetme arzusudur (Baxter vd., 2015, s. 2). Sahiplenme, bireylere çevrelerini keşfetmelerine ve değiştirmelerine izin vererek, doğuştan gelen etkili ve etkin olma ihtiyacını tatmin etmektedir. Bir birey, başka bir bireyi kontrol

ederse ve o bireyin eylemlerinin, davranışlarının sebebi olursa, bu durum bireyde etkililik ve zevk duygularıyla sonuçlanarak memnuniyet sağlar. Çevreyi değiştirme sürecindeki etkililik hissini deneyimleme arzusu, sahiplenme hissini oluşmasına neden olmaktadır (Pierce vd., 2001, s. 300). Örneğin, hastaların sürekli gittikleri hekimi etkileyebilme, tedavilerinde daha fazla söz alabilme veya fikirlerini hekime rahatça ifade edebilme gibi durumlar için sahiplenme duyguları daha hızlı gelişebilmektedir. Hekimle hastanın fikirleri uyuştukça, birbirleriyle aralarındaki iletişim artıkça hastanın hekimini sahiplenme duygusu ve hekim bağlılığı artacak ve hekim değiştirmeyi düşünmeyecektir. Ötken'in de (2015, s. 118) ifade ettiği gibi birey kendisinin ve çevresinin değerlerini birbiriyle uyumlu hissettiğinde o çevrede kalmaya devam etmek istemektedir.

**Öz Kimlik:** Bireyler, kendilerini sahiplendikleri şeyler aracılığıyla tanımlayabilmektedir (Pickford vd., 2016, s. 7). Sahiplenme hissi, bireylerin kendilerini tanımlamalarına, kendi kimliklerini diğer bireylere ifade etmelerine ve kendi kimlikliklerinin sürekliliğini korumaya yardımcı olmaktadır (Pierce vd., 2003, s. 89). Bireyler, sahiplenme hissi gösterecekleri şeyi kendilerinin kişisel kimlik sembolü olarak görmektedir. Somut olarak görünür şeylerin yanında örgüt, misyon ve bireyler arasındaki ilişkiler gibi şeyler de bireylerin kimliğini oluşturmaktadır (Yoon, 2014, s. 4'ten akt. Kalmaz, 2019, s. 14).

Kendini tanıma, diğer bireylere öz kimliği ifade etme ve öz kimliklerinin sürekliliğini sağlama duygularını barındıran bireyler, sahiplenme hissi gösterecekleri şeylere psikolojik olarak bağlanır ve onları kendilerine entegre ederler, kendilerini onlarla tanımlarlar (Pierce vd., 2003, s. 90). Örneğin, bir birey kendisini araba şoförü olarak tanımlarken, başka bir birey kendini antika koleksiyoncusu olarak tanımlayabilir (Avey vd., 2009, s. 178). Başka bir deyişle sahiplenme hissi gösterilecek şeyler öz kimlikle ifade edilirken benliğin sembolü haline gelmektedir. Sahip olunan şeylerle etkileşimler sonunda, bireylerin öz kimlikleri korunmakta ve çoğaltılmaktadır (Pierce vd., 2001, s. 300).

**Ait Olma:** Bireyler için temel ihtiyaçlardan biri bir yere, bir eve, bir çevreye, sosyal yaşantılardaki ilişkilere sahip olmak aidiyet duygusu hissetmektir (Van Dyne ve Pierce, 2004, s. 442). Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi incelendiğinde en alt

basamağında fizyolojik ihtiyaçlar, bir üst basamağında güvenlik ihtiyacı, güvenlik ihtiyacının üstünde ait olma ve sevgi yer almaktadır. Ait olma ve sevginin üstünde ise değer ihtiyacı varken, en üst seviyede kendini gerçekleştirme bulunmaktadır (Kula ve Çakar, 2015, s. 192). Ait olma ve sevgi basamağı bireylerin yakınlarıyla birlikte olması, arkadaşlık, dostluk gibi ilişkileri barındırmaktadır (Hagerty, 1999; Maslow, 1968). Ait olma arzusu insanın doğasında bulunmaktadır ve onun önemli bir ihtiyacı ve parçasıdır. Bu arzu sahiplenme yoluyla karşılanabilmektedir (Pickford vd., 2016, s. 7). Bireylerin, potansiyel olarak ait olacakları şeylere önemli miktarda enerji ve kaynak ayırmalarının nedeni, sahiplenme yoluyla buna ulaşacakları ve tatmin duygusunu elde edecek olmalarıdır (Pierce vd., 2001, s. 300). Ayrıca yaşayacak bir yere sahip olmak, tanıdık bir çevrede bulunmak, birey için fiziksel, duygusal ve zihinsel güvenliği kazanma ve koruma arzusudur (Baxter, 2015, s. 2).

Ait olma duygusu, fiziksel mülklerle, nesnelere ve sosyal ilişkilerle sağlanabilmektedir fakat bu şekilde sağlanmasının dışında aslında bireyin çevresinde gerçekleşen psikolojik sahiplenme açısından aidiyet duygusu birey için daha önemlidir. Birey bir örgütü, bir çevreyi, bir şeyi kendisinin hissettiği zaman sosyal ve duygusal ihtiyaçları karşılanmaktadır. Birey ihtiyaç duyduğu ait olma hissini bir iş, bir çalışma ekibi, bir arkadaş çevresi, bir örgüt, bir eş, bir ev, bir aile gibi şeylerle gidermektedir (Avey vd., 2009, s. 177).

**Hesap Verebilme:** Hesap verebilirlik, başkalarını sorumlu tutma hakkı ve bireyin kendisinin sorumlu tutulacağı beklentisi düşünceleriyle psikolojik sahiplenmenin bir unsuru olmaktadır. Psikolojik sahiplenme hissi yaşayan bireyler, başkalarını sahiplenme hissi gösterecekleri şey üzerindeki etkilerini hesaba katarak onları sorumlu tutabilmektedirler. Bilgi paylaşımı beklentisi ve sahiplenme hissi gösterilecek şeyi etkileme izni, başkalarını sorumlu tutma hakkının sonuçlarıdır. Bireylerin kendilerine karşı da sorumlulukları bulunmaktadır. Sahiplenme hissi gösterecekleri şeyler, benliğin bir uzantısı olarak görüldüğü için, birey tarafından o şeye ve benliğe yönelik hesap verebilirlik hissi ortaya çıkmaktadır (Avey vd., 2009, s. 177). Ayrıca hesap verebilirlik, sorumluluğun kabulü, gönüllü şeffaflık ve cevap verebilirlik ile ilgili ve ilişkilidir (Olckers ve Plessis, 2012, s. 2589).

Psikolojik sahiplenmenin hesap verebilme yönü sayesinde bireyler hem sahiplenme hissi gösterdikleri şeyi sorumlu tutabilmekte hem de bireylerin öz-sorumluluk duygusu geliştirmektedir (Şenol ve Üzüm, 2020, s. 763). Örneğin, hekimlerine karşı sahiplenme duygusu hisseden hastalarda hekimlerine hesap vermeleri gerektiği düşüncesi oluşacağı düşünülmektedir. Hekimlerine hesap vereceğini düşünen hastaların sorumluluk bilinçleri ve tedaviye uyumlarının artacaktır.

**Özerklik:** Türk Dil Kurumu'na göre özerklik, “*Bir topluluğun, bir kuruluşun ayrı bir yasaya bağlı olarak kendi kendini yönetme hakkı, muhtariyet, otonomi, otonomluk*” anlamına gelmektedir (<https://sozluk.gov.tr/>). Özerkliğin bireyin kendi kendini yönetmesi, özyönetim anlamına geldiğini ifade etmektedirler. Aynı zamanda özerklik, davranışsal düzenlemenin kalitesini anlamının anahtarı olarak görülmektedir (Ryan ve Deci, 2006, s. 1562).

Özerklik, iş tanımını açısından bakıldığında zaman çalışanların bağımsız hareket edebilmesi, karar alabilmesi anlamına gelmektedir. Bireyler daha geniş bir karar verebilme gücünde olduklarında, kurumları için daha uzun vadeli sahiplenme geliştirmektedirler (Parker vd., 2006, s. 639). Psikolojik sahiplenme açısından baktığımız zaman bireyler örgütlerinde, çevrelerinde ve ilişkilerinde istedikleri gibi davranabildiklerinde ve kararlara daha fazla katılım gösterebildiklerinde sahiplenme hissini gösterebilecekleri tahmin edilmektedir. Başka bir deyişle, daha özerk davranabilecekleri şeye karşı sahiplenme hissi hissedecekleri düşünülmektedir.

**Sorumluluk:** Rogers ve Freundlich'e göre (1998), örgüt için psikolojik sahiplenme hissinde olan bireyler, sahiplenme hissetmeyen bireylere göre örgüt için daha fazla sorumluluk alma haklarının olduğuna inanmaktadırlar (Rogers ve Freundlich, 1998'ten akt. Olckes ve Plessis, 2012, s. 2590). Bu durum sadece örgüt için oluşturulan psikolojik sahiplenmede değil, diğer sahiplenme gösterilecek şeylere karşı da gelişmektedir. Örneğin, bir hastanın hekimini sahiplendiği zaman ona karşı sorumluluk duygusu artacaktır. Hastanın verilen ilacı düzenli kullanması gerektiğini düşünerek sorumluluk bilinciyle hareket edeceği öngörülmektedir. Olckers ve Plesis'e göre (2012, s. 2590) sahiplenme gösterilecek şeye karşı sorumluluk duygusu,

o şeyi ilerletmek için enerji ve zaman harcamayı gerektirecektir. Bu durumda birey, sahiplenme göstereceği şeye karşı koruyucu, şefkatli ve merhametli olacaktır.

Sorumluluk ve sahiplenme hisleri birbirleri ile karşılıklı ilişki içerisindedir. Sahiplenme hissi sorumluluk hissini beraberinde getirirken, bazı durumlarda da sorumluluk hissi sahiplenme hissini oluşmasına yol açabilmektedir (Dirgen, 2019, s. 44). Örneğin, hekim ve hastaların da çeşitli sorumlulukları vardır. Bir hekimin hastasına karşı onu tedavi etme görevi ve sorumluluğu bulunurken hastanın da hekimden tedavi aldığı anda onun önerdiği tedaviye uyma veya hekimin tavsiyelerini yerine getirme gibi sorumlulukları bulunmaktadır. Hasta bu sorumluluklarını yerine getirdikçe ve sağlığında iyileşme gördükçe hekimine karşı sahiplenme tutumu geliştirme durumu artacaktır.

### **1.1.3.2. Önleyici Psikolojik Sahiplenme**

Önleyici psikolojik sahiplenme duyguları yoğun olan bireyler, sahip oldukları bilgileri saklama eğilimindedirler. Değişimi önlemek ve istikrarı sürdürmek için paylaşımda bulunmak istememektedirler (Avey, 2009, s. 176).

Önleyici psikolojik sahiplenmenin alt boyutu olan bölgecilğe bakıldığında:

**Bölgecilik (Territoriality):** Bölgecilik, bireyin sahiplenme göstereceği şeye karşı geliştirdiği sahiplenme hissini tutumsal bir ifadesidir. Bölgecilik, fiziksel bir alana yönelik gibi gözükse de aslında bireysel davranış, sosyal ve toplumsal işleyişle de ilişkilidir. Psikolojik sahiplenme, sahiplenme gösterilecek bir şeye sahip olma ve bağlanma durumunu anlatırken bölgecilik, sosyal bağlamda psikolojik sahiplenmeden kaynaklanan korumak, sürekliliği sağlamak gibi sosyal eylemleri ifade etmektedir. Bireyler somut ya da soyut birçok şeye bağlılık hissederler, ancak sadece sahiplenme hissettikleri şeyler bölgeci davranışlara yol açmaktadır. Çünkü birey sahiplenme hissini hissederek, sahipleneceği şeyle ilişkisini kurmak ve sürdürmekle ilgilenmektedir. Aynı zamanda bölgecilik, sahiplenme hissedilecek şeyin korunmasına yönelik eylemleri de yansıtmaktadır. Birey, sahipleneceği şeyi sosyal bir ortamda kendisine aitmiş gibi koruduğunda, bölgecilik davranışı göstermektedir (Brown vd., 2005, s. 577-579). Buna ek olarak bireyler, sahiplenecekleri şeylere yönelik bir ihlal görürlerse, sahiplenme düzeylerini ve sahiplenecekleri şeyleri potansiyel tehditlerden korumak için koruyucu bölgecilik



davranışında bulunabilmektedirler. Bölgecilik, örgütlerde çalışma grubunun yararını teşvik etmekten ziyade önleyici olma konumundadır. Ayrıca bölgecilik, bireyleri sahiplenecekleri şey ile daha fazla meşgul olmaya teşvik etmektedir. Bireyin bölgesini ve bununla ilişkili öz ve sosyal kimliğini kaybetme korkusu, iş birliği davranışını ve bilgi paylaşımını önleyebilmektedir (Avey vd., 2009, s. 176).

Bireysel ve kolektif sahiplenme açısından geliştirici ve önleyici sahiplenme boyutları bireyler arasındaki ilişkide oldukça etkilidir. Hekim ve hasta arasındaki ilişkiden bakıldığı zaman geliştirici sahiplenme duygusuna daha fazla sahip olan hastanın hekimini çevresine tavsiye edeceği, onun hakkında olumsuz söylemler duyduğu zaman onu savunma ihtiyacı hissedeceği ve çevresindeki bireyler ondan tedavi aldığı zaman mutluluk duyacağı düşünülmektedir. Önleyici sahiplenme duygusu yüksek olan hastaların ise hekimi kendisine vakit ayıramadığında sinirlenebileceği, kendi beklediği istekleri hekim yerine getirmediği zaman güveninin sarsılabileceği tahmin edilmektedir.

Sahiplenme bağıllık duygusuyla ilişkili bir tutumdur. Sahiplenme gösterilen şeylere karşı bağıllık geliştirmekte, bağlanma duygusu hissedilmektedir. İlişkiler bazında sahiplenme tutumunda ise bağlanma kavramı daha fazla ön plana çıkmaktadır. Bireyler kendileri için önemli gördükleri ilişkilerde sahiplenme tutumu gösterirler. Sahiplenme tutumu gösterdikleri kişilere aynı zamanda güçlü duygusal bağlar geliştirirler başka bir deyişle bağlanma davranışında bulunurlar.

Fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayacak olan ilişkilerde kişilere bağlanmanın oluşması kaçınılmazdır (Yıldız, 2012, s. 3). İnsan ilişkilerinde önemli bir yeri olan bağlanma davranışı da insan psikolojisinde uzun süre ele alınmış, bebeklikten yetişkinliğe kadar olan dönemlerde çeşitli kuramlar ortaya çıkarılmıştır (Bowlby, 1998; Main, 1996; Hazan vd., 1987). Bartholomew ve Horowitz (1991) bağlanma davranışının güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma olmak üzere dört şekilde gerçekleştiğini belirterek dörtlü bağlanma modelini ortaya koymuşlardır.

Dörtlü bağlanma modeline göre güvenli bağlanan bireylerin benlik saygıları yüksektir ve yakınlık kurmaktan rahatsızlık duymadan daha sağlıklı ilişkiler kurabilmektedirler. İlişkilerde daha rahat ve özerk davranabilmektedirler. Korkulu

bağlanma şeklinde bireyler kendilerini değersiz gördükleri için, diğer bireyleri de olumsuz değerlendirmekte ve yakın ilişkiler kurmaktan kaçınmaktadırlar. Kayıtsız bağlanma gösteren bireyler ise kendilerini değerli görmelerine rağmen diğer bireylere karşı olumsuz yaklaşmaktadırlar. Hayal kırıklığı yaşamamak ve reddedilmemek için yakın ilişkiler kurmaktan uzak durmaktadırlar. Saplantılı bağlanma şeklinde ise bireyler diğerlerinin onayını ve kabulünü kazanmaya çalışırlar ve ilişkilerle aşırı meşgul olmaktadır. İlişkilerinde daha takıntılı davranışlar sergilemektedirler (Bartholomew and Horowitz, 1991, s. 227; Çalışır, 2009, s. 244).

Sağlık sisteminde hekim hasta ilişkisinde, hastanın hekimini sahiplenme tutumu açısından dörtlü bağlanma modelini ele aldığımızda saplantılı bağlanma türünün ilişkiyi ve sahiplenmeyi olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Saplantılı bir şekilde hekimlerine sahiplenme gösteren hastaların, hekimlerinden az sayıda hastayla ilgilenmesini hatta o hekimden sadece kendisinin tedavi alması gerektiğini düşünerek daha olumsuz ve takıntılı bir tavır sergileyeceklerdir.

#### **1.1.4. Psikolojik Sahiplenmeyi Etkileyen Faktörler**

Bu başlık altında psikolojik sahiplenmeyi etkileyen faktörler hakkında detaylı bilgiye yer verilmektedir.

Pierce ve diğerleri (2001, s. 301) psikolojik sahiplenmenin oluşmasında üç ana faktör olduğunu ifade etmektedir:

- 1) Kontrol duygusu,
- 2) Hedefi yakından tanımak,
- 3) Hedefe yatırım yapmak.

**Kontrol Duygusu:** Sahiplenme hissedilecek şeyin kontrolü, sahiplenme duygusunun temel bir özelliğidir (Pierce vd., 2001, s. 301). Bireyler günlük yaşamlarında sahiplenecekleri şeyleri kendi kontrolleri altına almak için sık sık eylemlerde bulunmaktadırlar (Baxter vd., 2015, s. 143-144). Kontrol etme duygusu hem sahiplenilecek şeyi doğrudan fiziksel olarak kontrol etmek hem de onu kimin kullanabileceği üzerinde kontrol etmeyi kapsamaktadır (Jussila, 2015, s. 129). Kontrol edilebilen şeyler, benliğin bir parçası olarak sayılırken, kontrol edilemeyen

veya başkaları tarafından kontrol edilen şeyler benliğin bir parçası olarak kabul edilmemektedir (Pierce vd., 2001, s. 301).

Kontrol duygusu literatürde daha çok somut şeylere karşı sahiplenme tutumu üzerine ifade edilmiş olsa da soyut şeylere karşı gösterilen sahiplenme tutumunda da etkili olduğu düşünülmektedir. İlişkiler bazında kontrol duygusu olumsuz bir algı çağrışırsa da kontrol duygusunu kısıtlamak olarak düşünmediğimiz zaman aslında kontrol edebildiğimiz, yönlendirebildiğimiz ilişkileri daha çok sahiplendiğimizi görmekteyiz. Örneğin bir akademisyen lisansüstü öğrencilerini lisans öğrencilerine kıyasla daha çok sahiplenmektedir çünkü lisansüstü öğrencilerini daha fazla kontrol edebilmekte, yaptıklarını denetleyebilmektedir veya hastaların da daha kolay ilaç yazdırabildiği için aile hekimlerini daha fazla sahiplendikleri gözlemlenmektedir. Bu durumda hekim üzerinde bir kontrol duygusu oluşturduklarını hissetmektedirler.

***Hedefi Yakından Tanımak:*** Beaglehole (1932) sahiplenme hissinin sahiplenilecek şeylerle yakından birlikteliği sonucunda ortaya çıktığı fikrini desteklemekte ve sahiplenme hissi gösterilecek şeyi yakından tanıyarak benliğin bir parçası haline geldiğini belirtmektedir (Beaglehole, 1932'den akt. Pierce vd., 2003, s. 95). James'e göre de, sahiplenme hissi gösterilecek şeylerle yakından ilişki kurmak bireylerin onlara yönelik sahiplenme hissi geliştirmelerini sağlamaktadır (1890, s. 291). Somut ya da soyut her türlü şeye karşı sahiplenme tutumu geliştirmede hedefi yakından tanımak önemlidir. Örneğin, hastanın sürekli aynı hekimden tedavi alması sonucunda hekime karşı bir sahiplenme duygusu hissedeceği ve bu süreçte hastalığı hakkında bilgisinin artacağı, hastalığını sahiplenerek, kendisi için bir yatırım yapacağı düşünülmektedir.

***Hedefe Yatırım Yapmak:*** Sahiplenme hissedilecek şeye, para, zaman, enerji gibi kişisel kaynakları harcamak, bireyler açısından o şeyi kendilerinin bir parçası gibi hissetmelerini sağlamaktadır. Birey ve sahiplenilecek şey arasında özel bir bağ geliştirmekte ve o şey bireyin bir parçası olmaktadır (Baxter, 2015, s. 144). Sahiplenme süreci, zamanın, enerjinin ve bireyin değerlerinin yatırımını gerektiren bir süreçtir. Bunun en belirgin göstergesi bireyin sahiplenme tutumunu gerçekleştirmesi için sahiplenme göstereceği şeye kendini adanmasıdır. Bireyler sahiplenme hissedecekleri şey ile özdeşleşirler (Pierce vd. 2002'den akt. Alkaya, 2018, s. 13). Sahiplenme

hissedilen şeyler bir süre sonra bireyin sözleri, düşünceleri ve duygularına çok benzemekte ve benliğinin temsilcisi haline gelmektedir. Bir kişinin enerjisini, zamanını, dikkatini ve çabasını sahiplenme hissi göstereceği şeye yönlendirmesi, benliğin onun ile ilişkili hale gelmesine ve bu durumda ona yönelik sahiplenme hissini geliştirmesini sağlamaktadır (Pierce vd., 2001, s. 302).

Psikolojik sahiplenmenin oluşmasında kontrol, hedefi yakından tanımak, hedefe yatırım yapma faktörlerinden başka faktörler de etkili olmaktadır. Pierce ve diğerlerine göre psikolojik sahiplenme durumsal faktörler tarafından da etkilenmektedir. Bu yüzden bazı karmaşık ilişkilerin de ele alınması gerekmektedir (Pierce vd., 2003, s. 97). Olckers'e göre (2011, s. 45), psikoloji sahiplenmeyi etkileyen faktörler; hedefe ilişkin faktörler, bireysel faktörler, süreç ve bağlam olmak üzere dörde ayrılmaktadır.

**Hedefe İlişkin Faktörler:** Psikolojik sahiplenmenin kökenleri ve oluşumunda etkili olan faktörlere dayanarak birey belirli nitelikleri taşıyan şeylere yönelik sahiplenme duyguları geliştirebilmektedir. Bireyler psikolojik sahiplenmenin kökenleri olan üç temel etkiyi (etkinlik ve etkililik, öz kimlik, ait olma) karşılayabilen şeylere yönelik sahiplenme tutumu gösterebilmektedirler (Pierce vd., 2003, s. 98). Bu faktörler esas alınarak somut veya soyut herhangi bir şeyin, birey için sahiplenme gösterilecek şey haline gelebilmesi için, bireyin onu benliğiyle uyumlu olarak görmesi, kendisine yakın hissetmesi gerektiği kanısına varılmaktadır.

**Bireysel Faktörler:** Etkililik ve etkinlik, öz kimlik ve ait olma bileşenlerinin bireyi psikolojik sahiplenmeye hazırlamaktadır fakat bu bileşenlerin sahiplenme sürecinde bireysel farklılıklar da önemli etkileri olmaktadır (Olckers ve Du Plessis, 2011, s. 47). Bireyler kendi değerlerini artırmak, kendilerine yarar sağlayabilmek, benliklerindeki boşluğu doldurabilmek için kendilerince en önemli şeylere sahip olmak için çaba harcamaktadırlar. Güçlü benlik hissine sahip olan bireyler içsel şeylere yönelirken, daha zayıf benlik hissine sahip olan bireyler maddesel şeylere daha yatkın olabilmekte ve bu yönde sahiplenme tutumu gerçekleştirebilmektedirler (Pierce vd., 2003, s. 97).

**Süreç:** Sahiplenme hissini oluşumunda zaman kavramı yeterince dikkate alınan bir konu olmamıştır. Örneğin, oyun oynayan çocukların klinik gözlemleri ve

Peck ve Shu (2009) tarafından yapılan laboratuvar çalışması sahiplenme hissini çok hızlı ve kısa sürede geliştiğini göstermektedir. Araştırmada, bir çocuğun bir oyuncak topladığında ve aynı oyuncak başka bir çocuğun ilgisini çektiğinde kısa sürede sahiplenme hissini hissedildiği keşfedilmiştir. Bu çalışma sahiplenme tutumunun birkaç dakika gibi kısa bir süre içerisinde gelişebileceğini göstermektedir (Peck ve Shu, 2009'dan akt. Pierce ve Jussila, 2011, s. 267-268). Bireyin sahiplenme hissine geçişi çok hızlı olabilmektedir fakat öncesinde bilişsel ve duygusal sürecin tamamlanması gerekmektedir (Pierce vd., 2003, s. 99). Zaman faktörü sahiplenme hissi gösterilecek şeyin yakından bilinip tanınması ile hissedilen sahiplenme hissini oluşmasında ve gelişiminde oldukça etkili olmaktadır (Pierce ve Jussila, 2011, s. 268). Bu bilgiler doğrultusunda da bir hasta, hekime ilk defa gidişinde o hekim hakkında sahiplenme duygusunu hissedemeyeceği, hastanın belirli bir süre aynı hekimden düzenli tedavi alması sonucunda sahiplenme davranışının gerçekleşeceği düşünülmektedir.

**Bağlam:** Kural ve normların fazla olduğu, sıkı bir denetim mekanizması olan bürokratik yapılar bireylerin kontrol ve denetim olanağını sınırlandırdığından dolayı sahiplenme hissi gösterilecek şeylere karşı sahiplenme hissi geliştirmeleri, etkililik ve etkinlik bileşenlerini karşılayabilmeleri pek mümkün olmamaktadır. Daha az kural ve denetimin olduğu, özerkliğe önem veren, daha esnek bir yapıya sahip olan ortamlarda bireyler birçok faktör üzerinde kontrol duygusunu kullanmakta, etkililik ve etkinlik bileşenlerini karşılayabilmektedir. Böyle bir ortamda da psikolojik sahiplenme hissini ortaya çıkma ihtimalini artmaktadır (Yeşil vd., 2015, s. 72). Yapılan bir araştırmada, daha az yapılandırılmış ve daha az katı bir çalışma ortamının bireylere iş ve çalışma ortamı üzerinde daha fazla özerklik ve kontrol olanağı sağlayarak bireylerin iş ve örgütlerine daha fazla sahip olma hissini hissettikleri tespit edilmiştir (O'Driscoll vd., 2006, s. 410).

Pierce ve diğerleri (2003, s. 96), psikolojik sahiplenmenin gelişimi üzerinde kültür, kültürün zaman yönelimi ve yasal sahipliğin önemi olmak üzere üç etki önermektedir. Kültürel bağlamlarda sahiplenme hissi çeşitli faktörlerden önemli derecede etkilenmektedir. Etkililik ve etkinlik bileşeni ait olma bileşenine kıyasla bireyci kültürlerde daha fazla kendini gösterirken, benliğin sürekliliği ile ilgili olan

öz kimlik bileşeni ise bireyci kültürlerin aksine toplulukçu kültürlerde daha önemli rol oynamaktadır.

Olckers'e göre (2011, s. 55-56) kültür, psikolojik sahiplenmenin gelişmesi için gereken süre üzerinde bir etkiye sahip olmaktadır. Daha kısa vadeli bir yönelime sahip kültürler, daha uzun vadeli bir yönelime sahip kültürlerden daha hızlı sahiplenme hissi geliştireceklerdir. Daha uzun vadeli bir yönelime sahip kültürlerin, sahiplenme gösterilecek şeyle etkileşime girmesi için daha uzun bir zamana ihtiyacı olacaktır. Bireyin sahiplenme duygusunu daha uzun vadeli bir yönelimle hissettiği şeylerden ayrılması daha zor olurken, kısa vadeli yönelimli kültürlerde bireyin psikolojik sahiplenme tutumuna girip çıkmaları daha kolay olmaktadır. Yasal sahiplenme ve psikolojik sahiplenme arasındaki ilişkiler çeşitli durumlarda farklılık göstermektedir. Sahiplenme haklarının hukuk ve kültürel değerler tarafından desteklendiği ve korunduğu ortamlarda yasal sahiplenmenin önemi daha fazladır. Fakat sahiplenme haklarının daha az uygulanması gereken ortamlarda yasal sahiplenmenin önemi azalmaktadır.

## 1.2. SAHİPLENME VE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR

Sahiplenme çeşitli kavramlardan etkilendiği gibi çeşitli kavramları da etkilemektedir. Sahiplenme tutumu memnuniyet, bağlılık, sadakat ve güven gibi duygularla ilişki içerisindedir.

Aşağıda bu kavramlar ele alınmaya çalışılmış ve kavramlar hakkında bilgi verilmiştir.

**Memnuniyet:** Memnuniyet, bireyin hizmet karşısında tüm istek ve beklentilerinin giderilmesi olarak tanımlanmaktadır (Emhan ve Bez, 2010, s. 242). Memnuniyet, hizmete yönelik beklentilerin karşılanması ile ortaya çıkan birey deneyimi olarak ifade edilmektedir (Biscaia vd., 2012, s. 229). Bir hizmet, kurum, somut ya da soyut herhangi bir şey bireyin beklenti, istek ve ihtiyaçlarını karşılıyor ya da onun düşüncelerinin daha üzerinde bir performans sergiliyorsa bireyde memnuniyet duygusunu oluşturabileceği ve bireyin memnuniyet duyduğu kurum, hizmet, soyut ve somut nesneyi sahiplenme hissi göstereceği şey olarak belirleyebileceği düşünülmektedir.

Memnuniyet kavramı, sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti ve hasta tatmini olarak kavramsallaştırılarak özellikle sağlık hizmetlerinin kalitesinde araştırılmaktadır. Hasta memnuniyeti, hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması veya istek ve beklentilerinin üzerinde hizmetin sağlanması olarak tanımlanmaktadır (Önsüz vd., 2008, s. 34). Hastaların hekimlerinden de istek ve beklentileri olmaktadır. Hekim tarafından, hastanın istek ve beklentileri karşılanır veya bu istek ve beklentilerin daha üstünde bir dönüt verirse hasta da memnuniyet duygusu oluşacaktır. Oluşan memnuniyet duygusunun, hastanın sahiplenme duygusunu harekete geçireceği düşünülmektedir.

**Sadakat:** Sadakat, samimi dostluk, içten bağlılık, duygularda sağlamlık, ihanet etmeme, hakikate uygunluk anlamlarına gelmektedir. Sadakat, bireyin herhangi bir somut ya da soyut nesneye istekliliği ve tam bağlılığıdır (Koç, 2002, s. 49-50). Sadakat bireyin hizmeti ve kurumu tekrar ziyaret etme isteği, tekrar satın alma niyeti, hizmeti veya kurumu başkalarına tavsiye etme davranışı, olumlu yönlerini çevreye aktarma düşüncesi, daha fazla ödemeye razı olma niyeti gibi düşünceler ile açıklanmaktadır (Ha ve Jang, 2010, s. 4). Memnuniyet duygusu oluşuktan sonra birey memnuniyet duyduğu hedefe karşı sadakat duygusunu geliştirmektedir. Ünal ve diğerleri de yaptıkları çalışmadan memnuniyet duygusunun sadakat üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu tespit etmişlerdir (2014, s. 40). Sadakat duygusunun da sahiplenme kavramı ile ilişki içerisinde olduğu varsayılmaktadır. Sahiplenme ve sadakat duygularının beraber ilerlemekte olduğu ve bireyin sahiplendiği şeye karşı sadakat duygusu geliştireceği tahmin edilmektedir.

Sadakat kavramı, literatürde daha çok pazarlama alanında araştırılmış ve müşteri sadakati olarak kavramsallaştırılmıştır. Müşteri sadakati kavramı ise sağlık hizmetlerinde hasta sadakati kavramı olarak kullanılmaktadır. Hasta sadakati, hasta bireyin tedavi aldığı kurum veya hekime karşı bağlılık göstermesi olarak açıklanabilir. Hasta sadakatının de hastanın hekimini sahiplenmesinde etkin rol oynayacağı düşünülmektedir. Hastanın sahiplenme duyduğu hekime karşı da sadakat duygusu hissedeceği tahmin edilmektedir.

**Bağlılık:** Bağlılık, somut ya da soyut bir varlığa karşı ortaya çıkan duygusal bir yönelimdir (Arık, 2020, s. 23). Bağlılık kavramı literatürde daha çok örgütsel

bağlılık olarak kavramsallaştırılmış ve tanımlaması örgütsel bağlılık başlığı altında incelenmiştir. Bağlılık kavramının temelinde aidiyet duygusu yer almaktadır. Bağlılık duygusu sonucunda, örgüt ve birey arasında kuvvetli bir bağ oluşmakta, örgütte çalışan bireyler arasında beraber bir kültür ve değer meydana gelmekte ve bu değer kapsamında bir araya gelmektedirler (Sığırı, 2007, s. 262). Bağlılık kavramının içerdiği anlam doğrultusunda bağlılığı sadece örgüt ve birey arasında gerçekleşmeyeceği, bireyin diğer somut veya soyut varlıklarla kurduğu ilişkilerde de gerçekleşebileceği sonucuna varılmaktadır. Sahiplenme hissini boyutlarından birisi de aidiyet duygusudur. Aidiyet duygusu hissedilen şeylere karşı sahiplenme duygusu oluşmakta, sahiplenme duygusunun sonucunda da hedefe karşı bağlılık duygusu oluşmaktadır.

Bağlılık kavramı, sağlık hizmetlerinde hasta bağlılığı olarak kavramsallaştırılmıştır (Erdem vd., 2008). Hastanın hekimini sahiplenme davranışı sonucunda hasta bağlılığı ve hastanın hekimine karşı hekim bağlılığı göstereceği düşünülmektedir. Hekimine karşı sahiplenme duygusu oluşan hastada bir vefa duygusu gelişmekte, başka bir hekimden tedavi almayı düşünmemekte ve hem hekimine hem de hekiminin çalıştığı kuruma karşı bağlılık duygusu ortaya çıkmaktadır.

**Güven:** Güven, riskli bir durumda istenen fakat belirsiz bir hedefe ulaşmak için, bir olayın ortaya çıkmasına, bir nesnenin özelliklerine veya bir kişinin davranışlarına inanma, güvenme olarak tanımlanmaktadır. Kişiler arası güven, riskli bir durumda istenen fakat belirsiz bir hedefe ulaşmak için başka bir bireyin iletişim davranışına inanmak, güvenmek anlamına gelmektedir (Griffin, 1967, s. 105). Rotter (1967, s. 651) kişiler arası güveni, bireyin, başka bir bireyin kendi sözlü ve yazılı ifadesine saygı duyabileceğini bilmesi ve karşısındaki bireyin sözlü, yazılı ifadesine ve davranışlarına güvenilebileceği beklentisinin oluşması olarak tanımlamaktadır.

Güvenin sosyal yapılarda önemli bir yeri bulunmaktadır; sosyal yapılardaki ve ilişkilerdeki karmaşıklığı azaltmaya yarayan bir unsurdur. Herhangi bir sosyal grubun etkinliği, uyumu ve aralarındaki iletişimin sürmesi güvenin varlığına veya yokluğuna bağlıdır (Luchmann, 1979, s. 25). Hekim ve hasta ilişkisinin niteliği, hekim ve hasta arasındaki iletişimin kalitesi, tedaviye uyum sürecinin kolaylığı da



hekim ve hasta arasındaki güven ilişkisinin varlığından etkilenmektedir. Hekimi sahiplenme tutumu da güvenden etkilenmektedir. Bireyler güvendikleri hekimden tedavi ve bakım hizmeti almak istemekte ve sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları zaman bu hekimleri tercih etmektedirler. Güvenmediği bir hekime gitmek istemeyen hasta aynı zamanda ona karşı sahiplenme tutumu da geliştiremeyecektir.

### **1.3. HASTANIN HEKİM SAHİPLENME TUTUMU**

Bireyler hastalandıkları zaman daha hassas bir psikoloji içerisine girmektedirler. Çevrelerinden psikolojik bir destek ihtiyacı almak istemektedirler. Bu desteği ise en çok gittikleri hekimden beklemektedirler. Sürekli aynı hekime giden hastalarda hekimlerini benimseme ve sahiplenme tutumu geliştiği düşünülmektedir.

Hekim sahiplenmesi bireylerin hekimlerini sağlıklarının iyiliği için en önemli unsurlardan biri konumuna koyarak, hekimlerine karşı aidiyet hissetmeleri, hekimlerini kendileri ve sağlıklarıyla özdeşleştirdikleri bir psikolojik bağlılık durumudur.

Bu başlık altında hastanın hekim sahiplenme davranışını etkileyen faktörler ve hastanın hekimini sahiplenme davranışının sonuçları ele alınmaya çalışılmıştır.

#### **1.3.1. Hastanın Hekim Sahiplenme Tutumunu Etkileyen Faktörler**

Psikolojik sahiplenme kontrol, hedefe yatırım yapmak, hedefi yakından tanımak, süreç, bağlam, bireysel faktörler ve hedefe ilişkin faktörler etkilemektedir. Hekim ve hasta arasındaki sahiplenme duygusu, kişi-nesne, kişi-örgüt arasında değil, kişi- kişi arasında gerçekleştiği için bu faktörlerin yanında hekim ve hasta arasındaki ilişki, iletişim, güven duygusu, bağlılık ve memnuniyet faktörlerinden de etkilendiği varsayılmaktadır.

Hastanın hekimini benimsemesi ve sahiplenebilmesi için hekimden bazı beklentileri bulunmaktadır. Bunlar; hekimin samimiyet göstermesi, hastaya değer vermesi, hastayla iletişiminin iyi olması, hastaya karşı dürüst davranması, tedavi sürecine özen göstermesi, hastayı zihnen rahatlatması, erişilebilir olması gibi özelliklerdir. Hastaya güven veren verme, bilgi dağarcığının geniş olması, ilgili davranma, hasta tatminini sağlayabilme, açık iletişime sahip olma, tedavi sonrasında iletişime devam etme ve sabırlı olma gibi özellikler bireylerin hekimlerini diğer

hekimlerden ayıran ve sahiplenme tutumunu gösteren özellikler olarak ortaya çıkmaktadır.

### **1.3.1.1. Hekim Hasta İlişkisi**

Hasta ve hekimin ortak amacı; hastanın sağlığına kavuşturulması, yaşam kalitesinin artırılması ve hastanın fiziksel ve ruhsal açıdan iyi hissetmesinin sağlanmasıdır (Atıcı, 2007, s. 91). Hekimlerin tanı koyma ve tedavi etmede başarılı olması, hekim ve hasta arasında kurulacak olumlu ilişkilere de bağlıdır. Hastalar da iyileşmek, hastalığının nedenlerini öğrenmek, tedavi yolları hakkında bilgi almak için hekimlerle iyi ilişkiler kurmak istemektedirler. Hastaya hastalığı hakkında bilgi vermeyen ya da hastasıyla yeteri kadar konuşmayan hekimlerin de başarısı sınırlı kalmaktadır. Hekimin yanında kendini rahat ve özgür hissetmeyen veya baskı altında hisseden hasta da hekimi yanıltıcı konuşmalar içerisine sürükleyebilmektedir (Cirhinlioğlu, 2012, s. 53). Bu açıdan hekim ve hasta arasındaki ilişkinin niteliğinin saptanması ve olumlu yönde ilerleyebilmesi için öncelikle hastaların hekimlerden beklentilerinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Kalender ve Uludağ, 2004, s. 117). Hekimiyle arasında olumlu yönde ilişki oluşmayan hastada sahiplenme davranışının görülmeyeceği düşünülmektedir. Aralarındaki ilişkinin olumlu gelişmesiyle hastanın hekimine karşı sahiplenme davranışı gerçekleşmeye başlayacağı düşünülmektedir. Hastada sahiplenme davranışının oluşabilmesi için öncelikle hekimiyle olan ilişkisinde kendini, etkin ve etkili hissetmesi gerekmektedir.

Hekim ve hasta arasındaki ilişki fiziksel ve psikolojik olarak belirli etkenlerden, belirli bir kültürden etkilenerek gerçekleşmektedir (Von Raffler- Engel, 1989, s. 1). Bu etkenlerden bazıları; iletişim, hastanın psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirilmesi, güven, hekimin tanı ve tedavi yöntemleri, hekim ve hastadan kaynaklanan durumlar, hastalığın getirdiği durumlar ve hekim hasta arasında kurulan ilişki modelidir (Atıcı, 2007, s. 91).

Hasta-hekim ilişkisi genellikle sağlık sosyoloji alanında değerlendirilmiş, çeşitli sosyologlar, hekimlerin ve hastaların paylaştıkları ortak değerler hakkında, istek ve beklentileri arasındaki farklar üzerinde araştırmalar yapmışlardır. Bu kapsamda çeşitli hasta-hekim ilişkisi modelleri ortaya konmuştur (Cirhinlioğlu, 2012, s. 53). Bu modellere kısaca bakılırsa:

- **Parsons'un Hekim Hasta İlişkisi Modeli**

Talcott Parsons hekim-hasta ilişkisini inceleyen öncü isimlerden biridir ve medikal sosyolojinin kurucusu olarak kabul edilmektedir. Parsons tarafından geliştirilen işlevselci rol temelli yaklaşım hekim-hasta ilişkisi analizinde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Arslan, 2005, s. 18). Sosyolojik işlevselcilik, toplumsal olguları toplum içerisinde yerine getirdikleri işlevlere ve rollere göre inceleyen bir yaklaşımdır (Çınar, 2007, s. 35). Parsons'a göre (1951, s. 434-451) hekimlerin ve hastaların toplumsal rolleri bulunmaktadır ve buna göre hareket etmektedirler. Başka bir deyişle toplumun hem hekimlere hem hastalara belli rol biçtiğini, hekim ve hastalarında bu rolü oynadıklarını belirtmiştir. Hekimlerin rolü daha mesleki roldür ve daha profesyonel roller sınıfına girmektedir. Hasta bireyden ise hastalık rolü beklenmektedir.

Toplumun hekimden beklediği dört rol bulunmaktadır. İlk olarak hekimin tarafsız ve objektif olması beklenmektedir. Kendi duygu ve değerleriyle, hastayı değerlendirmemesi ve duygusal davranmaması gerekmektedir. İkinci olarak hekimin hastanın refahını, kendi kişisel çıkarlarının üstüne koyma yükümlülüğü bulunmakta, kar güdüsü ile değil hastanın iyiliği için hareket etmesi beklenmektedir. Üçüncü olarak hekimler bilgi ve becerilerini hastaları için kullanmaları gerekmektedir. Son olarak ise tıp mesleğinin gerektirdiği kural ve davranışlara göre hareket edeceklerdir (Parsons, 1951, s. 434-436).

Hasta bireylere toplum tarafından dört ana rol biçildiği görülmektedir. Bu rollerden ilki, hastalığın doğası gereği, normal sosyal rol sorumluluklarından muaf durumda olmaları yani bazı etkinlik ve sorumlulukları yerine getiremeyecek olmalarıdır. İkinci husus ise, hasta iyileşmek için yardıma ihtiyaç duyacaktır, bakıma ihtiyacı bulunmaktadır ve iyileşme süreci onun karar ve isteğinden bağımsız hareket etmektedir. Üçüncü olarak ise hasta çok çabuk iyileşmek istemektedir. Son olarak ise, hekimlerden yardım talep edecek ve onunla iş birliği yapacaktır (Parsons, 1951, s. 436-437). Çoğu birey hastalandığı zaman günlük aktivitelerini kısıtlamak durumunda kalmasına karşılık bazen bu gerekemeyebilir ve sosyal rollerini bırakmadan da rahatsızlığıyla mücadele edebilir. Hatta kronik hastalığı olanlar-özellikle diyabet, hipertansiyon gibi sürekli hasta rolünde bulunmalarına rağmen maksimum seviyede

sosyal rollerini yerine getirmeye çalışmaktadırlar. Parsons ise burada sürekli bir hasta rolüne işaret etmektedir. Hasta rolünü, hekimin belirlediği süre sonunda bırakan bireyin sağlıklı duruma geçeceğine iddia ederek kurumsallaştırır ve toplumun dolayısıyla tüm hastaların işlevleri düzenler. Evrensel bir rol olarak gösterilen hasta rolü, yaş, cinsiyet, ırk, iş ya da statü fark etmeksizin bütün hasta kişilerin zorunluluklarını ve beklentilerini belirlemektedir (Morgan, 2003, s. 49).

Hekim ve hasta arasındaki ilişki bu rollere dayanmaktadır. Hastanın tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerine ihtiyacı vardır ve hastalığı ve tedavisi hakkında tam bir bilgisi yoktur. Hekim ise eğitimi ve deneyimiyle hastaya yardım etmeye yetkili bir teknik uzmandır (Parsons, 1951, s. 439). Bu model çocuk ve ebeveyn arasındaki ilişkiye benzetilmekte, modelde hasta bilgisizliğinden ve içinde bulunduğu hastalık durumundan dolayı hekimin yardımına ihtiyaç duymakta, hekim ise sahip olduğu bilgi ve bundan kaynaklı sağladığı otoritesi ile hastadan daha yüksek bir konumda algılanmaktadır (Cockerham, 2016, s. 194).

Parsons'a göre hasta ve hekim arasındaki eşitsizlikler, uyumsuzluklar, anlaşmazlıklar ve problemler bu roller sayesinde ortadan kalkmaktadır. Burada temel varsayım, hekim ve hastanın ilişkilerinde güven duygusunun oluşacağıdır (Cirhinlioğlu, 2012, s. 54). Ayrıca Parsons bu düşüncesi ile hastalıkların temelinde sadece biyolojik nedenler yatmakta olduğu düşüncesini değiştirmiş, hastalıkların biyolojik kökenleri olduğu kadar, toplumsal, sosyal kökenleri olduğunu ifade etmiştir. Başka bir deyişle hastalığı kısmen biyolojik, kısmen sosyal olarak gerçekleşen, bireyin işleyişindeki bir rahatsızlık durumu olarak tanımlamıştır (Parsons, 1951, s. 451).

- **Freidson'un Hekim Hasta İlişkisi Modeli**

Freidson (1988, s. 7), hekim ve hasta ilişkisine çatışma ve anlaşmazlık durumları olabileceğini, hekimin de hastanın da kendi çıkarlarını göz önünde tutacağını düşünmektedir. Cirhinlioğlu (2012, s. 58)'e göre Freidson, Parsons'un hekim hasta ilişkisi modelini eleştirmektedir. Ona göre Parsons, hekimlerin hastalar üzerindeki hakimiyetlerini, hekime verdiği rollerle yasal hale getirmiş ve hekim ve hasta arasındaki anlaşmazlık ve çatışma durumlarını kapamaya çalışmıştır. Freidson'a göre hasta belirli rahatsızlıklarıyla ilgilenirken, hekim hastalıkla,

tedaviyle ilgilenmektedir. Bunun için, aralarındaki ilişki onlara biçilen toplumsal rolleri yerine getirmekten ziyade, daha derin yapısal özellikleri barındırmaktadır.

Freidson'un hasta ve hekim ilişkisi modelinde, hastanın ve hekimin farklı istek ve beklentileri bulunmaktadır. Beklenti ve isteklerdeki farklılıklar, aralarındaki ilişkide çatışmaya yol açmaktadır. Bu durum da hekimin hakimiyetinin ve otoritesinin azaldığı anlamına gelmektedir. Hekim, sahip olduğu bilgi birikim ve tecrübesiyle ilişkide hakimiyet kurmaya çalışırken, hasta da hekimden beklenti ve istekleriyle bu hakimiyeti engellemektedir (Freidson, 1961'den akt. Çelik, 2012, s. 14).

Freidson, hastaların bakış açılarını ciddiye alan bir çalışma perspektifi oluşturmuştur. Oluşurduğu modele göre, hekim ve hastanın ilişkisinde iş birliği gerekmektedir (Conrad, 2007, s. 142). Tedavinin başarısı da bu iş birliğine ve ekip çalışmasına bağlıdır. Bu ekip içinde hastanın rolü çok önemlidir. Hasta, hekim dışında çevresindeki başka kişilerden de etkilenebilir ve bu kişilerin yönlendirmesi hasta için çok önemli olabilir. Aynı şekilde hekim de hastanın tedavisi konusunda diğer sağlık personeli ile iş birliği yapmalı ve onların fikirlerine önem vermelidir (Arslan, 2005, s. 22).

Yukarıda verilen bilgilere göre bu modelin psikolojik sahiplenmenin kontrol boyutunu içerdiği görülmektedir. Hastanın hekimini sahiplenmesi için hekimin hasta üzerinde kurduğu hakimiyet kadar hastanın da hekimi üzerinde hakimiyet kurmaya çalıştığı düşünülmektedir. Hastanın beklenti ve istekleriyle hekimini kontrol etmeye çalışmakta, beklenti ve istekleri karşılandıkça da hekime karşı sahiplenme tutumu ortaya çıkmaktadır.

- **Emanuel ve Emanuel'in Hekim Hasta İlişkisi Modeli**

Emanuel ve Emanuel (1992, s. 2221), "ideal hekim-hasta ilişkisi ne olmalı" sorusundan yola çıkarak, hekim hasta etkileşiminin hedeflerini, hekimin yükümlülüklerini, hasta değerlerinin rolünü ve farklı anlayışları vurgulayan bir hekim hasta ilişkisi perspektifi oluşturmuş ve hekim hasta ilişkisini dört modelde açıklamışlardır. Ortaya koydukları dört model paternalistik model, bilgilendirici model, yorumlayıcı model ve uzlaşmacı modeldir.

**Tablo 2. Emanuel ve Emanuel'in Hasta- Hekim İlişkisi Modelleri**

	<b>Paternalist Model</b>	<b>Bilgilendirici Model</b>	<b>Yorumlayıcı Model</b>	<b>Uzlaşmacı Model</b>
<b>Hekimin Görevi</b>	Hastanın değerlerini ve tercihlerinden bağımsız hareket hastayı iyileştirmek	Tedavi hakkında tüm yararları, riskleri ve belirsizlikleri ileterek, hastanın seçtiği tedaviyi uygulamak	Tedavi konusundaki tüm gerçek bilgileri iletmek, yorumlamak, hastaya seçim konusunda destek vermek ve hastanın seçtiği müdahaleyi uygulamak	Hastaya tedavi yöntemleri hakkında açıklama yapmak, hastayı bilgilendirmek, ikna etmek ve hastanın seçtiği tedaviyi uygulamak
<b>Hastanın Değerleri</b>	Tarafsız. Hekim tarafından hastayla paylaşılıyor	Tanımlayıcı. Belirli ve hasta tarafından biliniyor.	Gelişmemiş ve Çatışmacı.	Görüşme ile geliştirmeye açık.
<b>Hastanın Bağımsızlığının Algılanması</b>	Hekimin değerlerini onaylamak	Tedavinin seçimi ve kontrolüne dair seçim	Tedaviyle ilgili kendi anlayışı	Tedaviyle ilgili kendi ahlaki gelişimi
<b>Hekimin Rolünün Algılanması</b>	Gardiyarı	Yetkili Teknik Uzman	Danışman, rehber, yol gösterici	Arkadaş, öğretmen
<b>İletişim Yönü</b>	Hekimden hastaya doğru	İki yönlü ve asimetrik	İki yönlü ve asimetrik	İki yönlü ve simetrik

**Kaynak:** Emanuel ve Emanuel, 1992, s. 2222; Okay, 2012, s. 105.

Hastanın kontrolünün ön planda olması ve hekimin hastalıkla ilgili doğru ve yeterli bilgilendirme yapması, hastanın kararlarına değer vermesi, hastaya destek olması, hastayla iletişim kurması günümüzde hastaların hekimlerden en büyük beklentileri arasında yer aldığı düşünülmektedir. Bu faktörler hastanın hekimini sahiplenmesinde çok önemli rol oynayacaktır.

### 1.3.1.2. Hekim Hasta İletişimi

Hekim ve hasta ilişkisinin; kişiler arası iyi bir ilişki oluşturmak, hekim ve hasta arasında bilgi alışverişi oluşturmak, tedavi ile ilgili kararlar verebilmek üzere üç farklı amacı bulunmaktadır (Ong vd., 1995, s. 903-904). Bu amaçlar da hekim ve hasta arasında kurulacak etkili iletişim ile gerçekleşmektedir. Hasta ve

hekim arasındaki iletişim, hekimin hastanın özgeçmişini almasıyla başlamaktadır. Hekim, hastanın problemlerini öğrenmek amacıyla hastanın özgeçmişini öğrenmektedir. Hekimlerin hastalıkları teşhis edebilmek için çok sayıda teknik yardım alabilme seçenekleri bulunmasına rağmen, hasta ile arasında kurduğu iletişim, hastalığın sebeplerinin bulunması için çok önemlidir (Okay, 2012, s. 97). Başka bir deyişle tıp teknolojisinin gelişmesine rağmen, hekim ve hasta arasında kurulan iletişim, hastayı ve hastalığını tanımak için seçilen en önemli yoldur (Street, 1991, s. 1146).

Hekim ve hasta ilk karşılaştıklarında aralarındaki iletişim selamlaşma ile başlamaktadır. Selamlaşma sırasında hekimin iletişim kurmaya açık olup olmadığı hasta tarafından anlaşılmaktadır. Örneğin hekimin hastaya hoş geldiniz demesi, göz teması kurması, güler yüzlü davranması, daha sonrasında hastayı etkin bir şekilde dinlemesi, hastanın anlayabileceği bir dille konuşması (Başol, 2018, s. 17) hastayı etkilemekte ve hasta tarafından ‘sizi dinlemeye hazırım, sorunlarınızı çözeceğiz’ mesajı olarak algılanmaktadır. Fakat hasta, hekimin yanına geldiğinde, hekim göz teması kurmaz, hastaya oturacağı yeri göstermezse hasta hekimin kendisiyle iletişim kurmak istemediğini düşünmektedir (Okay, 2012, s. 111). Muayene sırasında da, hekim hastasından özgeçmişini alırken sadece hastanın probleminin fiziksel yönlerini değil aynı zamanda hastanın duygularını, endişelerini anlamalı, tedaviden beklentileri ve yaşadığı sağlık probleminin onun hayatını nasıl etkilediğine yönelik çeşitli sorular sormalıdır. Hastaların da hekimlerden iletişim konusunda bazı beklentileri bulunmaktadır. Hastalar hekimleriyle iletişim kurarken aktif katılımcılar olduklarını ve sorunlarının tartışıldığını hissetmeyi beklemektedir. Hekimleri tarafından soru sormaya teşvik edilmelidirler. Ayrıca hekimlerinden duygusal destek, anlaşılır, açık ve net bilgi paylaşımı beklemekte ve karar verme sürecini hekimle birlikte paylaşmak istemektedirler (Stewart, 1995, s. 1429).

Hekim ve hastalar iletişim sayesinde kim olduklarını, birbirlerinden neler beklediklerini ifade etmektedirler. Hem hastaların hem hekimlerin başarılı bir tedavi süreci geçirmek ve iyi bir ilişki kurabilmek için birbirleriyle iletişim kurmaya ihtiyaçları bulunmaktadır. Hekim ve hasta arasındaki iletişimin nelere hizmet etmesi gerektiği Roter ve Hall tarafından birkaç ilkede özetlenmektedir (2006, s. 6):

- İletişim, hastanın durumu ve beklentisi arasındaki ilişkiyi yansıtmalıdır.
- İletişim, hekimin uzmanlığından faydalanmayı en üst düzeye çıkarmalıdır.
- İletişim, hastalık durumunun getirdiği duygusallığı kabul etmeli ve bu duyguları içermelidir.
- İletişim, beklentilerin karşılanması için müzakare edilmesine izin vermeli, açık bir konuşma ortamı oluşturmalıdır.
- İletişim, hekim ve hastaların toplum tarafından belirlenen basmakalıp rollerin ve beklentilerin üstesinden gelinmesine yardımcı olmalıdır.

İletişim aynı zamanda, hastanın hekimini sahiplenmesinde büyük rol oynamaktadır. Hastanın hekime karşı sahiplenme duygusunun oluşması için hekim ve hasta arasındaki iletişimin olumlu yönde ilerlemesi gerekmektedir. Hekimin hastasını anlaması, onunla empati kurması, duygularını anlayıp onun değerlerine karşı duyarlı olması, hastada hekime karşı güven ve sahiplenme duygusu oluşmasında önemli yer tutmaktadır. Hastanın hekimle iyi bir iletişim kuramadığı durumlarda tedavinin yarım kalması veya başarısız sonuçlanması, başka hekimler araması gibi sonuçlar oluşabilmektedir (Gültekin, 2016, s. 115). Ayrıca hekim ve hasta arasında etkili iletişim kurulmazsa, hastanın hekime olan güveni azalmaktadır. Hasta, güven duymadığı ve iletişim konusunda sıkıntı yaşadığı hekime gerekli bilgileri aktaramamakta ve tedavide başarısızlık riski doğmaktadır. Bunların sonucunda da hastada memnuniyet duygusu oluşmamaktadır (Kutlu vd., 2010, s. 141). Memnuniyet duygusu oluşmadığı için hasta hekimine karşı sahiplenme tutumu geliştirmeyecektir.

### **1.3.1.3. Hekim ve Hasta Arasındaki Güven**

Güven duygusu, hekimlerin ve hastaların etkili bir tedavi ve bakım süreci oluşturmak ve bu süreci başarıyla geçirmek için iş birliği halinde bulunabilecekleri bir bağlam sağlamaktadır (Mechanic, 1996, s. 177). Herhangi bir sosyal grubun veya ilişkinin etkinliği, devamlılığı, uyumu ve aralarındaki iletişimin sürmesi güven duygusunun var olup olmasına bağlıdır (Rotter, 1967, s. 651). Hekim ve hasta ilişkisinin kalitesi, hekim ve hasta arasındaki iletişimin etkililiği, tedaviye uyum



sürecinin kolaylığı da hekim ve hasta arasındaki güven ilişkisinden etkilenmektedir. Ertong (2011, s. 120), hekimle kurulan güven ilişkilerinin belirleyici unsurlarını, hekimin hastasıyla kurduğu güler yüz, sıcak davranış, iyi hitabete dayalı geliştirdiği sağlıklı iletişim, hekimin teşhis koyma başarısı, tedavinin başarısı, hekimin gösterdiği şefkat, hekimin hastaya zaman ayırması, hastanın bilgilendirilmesi, hekimin uzmanlık bilgisi, hekimin sözünde durması, hastanın hekime inanması, hekimin sorumluluk duyması, hekimin dürüst olması, hastanın verilen önerilere uyum göstermesi, hasta mahremiyetine özen gösterilmesi, hekimin sahip olduğu sembolik sermaye ve hastanın sahip olduğu sosyal sermaye olarak belirlemiştir. Yılmaz ve Akkaya (2009, s. 91) tarafından yapılan çalışmada da hekim ve hasta ilişkisinde en önemli unsurların, güven, güler yüzlü tavırlar ve hekimin ilgisi olduğu ortaya çıkmıştır. Hastalar güvenecekleri hekimin dürüst, ilgili ve bilgili olması gerektiğini belirtmişlerdir.

Hastanın, hekimin kendisi için en iyi tedaviyi seçeceğine inanması ve hekimin kararını kabul etmesindeki isteklilik durumu da hekimine duyduğu güvenden kaynaklanmaktadır (Skirbekk vd., 2011, s. 1183). Yapılan çalışmada hekimine güvenen hastaların daha çabuk iyileşme belirtileri gösterdikleri ve hekimlerini daha az sorguladıkları, onlardan daha az talepte buldukları ortaya çıkmıştır. Hekimine az güvenen hastalar ise, hekimlerini sürekli sorgulamakta ve tedavilerine tam bir uyum sağlayamamaktadır (Thom vd., 2002, s. 482-483). Hekimlerine güven duymayan hastalar, hekimlerin öneri ve isteklerine uymamakta, tedavilerini yarım bırakmaktadırlar. Güven duymadığı hekimi bir daha tercih etmemekte ve tedavi sürecine hiç başlamamaktadırlar (Karsavuran vd., 2011, s. 210). Bu durumun da hastanın hekimini sahiplenmesini etkileyeceği düşünülmektedir. Hastaların sürekli aynı hekimi tercih etmeleri ve tedavilerinin başarılı bir şekilde gerçekleşebilmesi için hekimini sahiplenmesi gerekmektedir.

#### **1.3.1.4. Hasta Memnuniyeti ve Hasta Tatmini**

Hasta memnuniyeti ve hasta tatmini kavramları birbirlerinin yerine kullanılabilir (Erdem vd., 2008, s. 97). Memnuniyet kavramı, memnun olma, sevinç duyma, istenen bir şeyin gerçekleşmesinden memnun olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Tatmin de memnuniyet gibi istenen bir şeyin gerçekleşmesinden

memnun olmayı anlatmaktadır. Bu iki kavramın anlamları da birbirine benzerlik gösterdiği için birbirinin yerine kullanıldığı sıkça karşımıza çıkmaktadır.

Hasta tatmini, hastaların beklentilerinin ve isteklerinin karşılanması ve beklenti ve isteklerinin üstünde hizmet almaları olarak tanımlanabilmektedir. Hasta beklentileri ve hastaların aldıkları hizmete yönelik algıları olmak üzere iki temel faktörden etkilenmektedir (Toprak, 2013, s. 12) ve insancıl, ekonomik, pazarlama ve klinik etkililik olmak üzere dört nedene dayandırılmaktadır (Leebov ve Scott, 1994'ten akt. Kavuncubaşı ve Yıldırım: 2018, s. 471).

Hasta memnuniyeti ise, hastanın teşhis, tedavi ve tıbbi bakımında hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin ve beklentilerinin daha fazlasının karşılanmasını içermektedir (Atalay, 2013, s. 7) ve hastanın hizmetten değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılanabildiği ile ilgili bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğunu ve bakım kalitesini gösteren temel ölçüt olarak kabul edilmektedir (Carr-Hill, 1992, s. 236). Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesinde kullanılan önemli bir göstergedir. Hasta memnuniyetinin sonuçları, hastanın tutulmasını, hastanın tedavi almaya devam etmesini etkilemektedir. Kaliteli sağlık hizmeti, verimli ve hasta odaklı bir sunumu içermektedir. Hasta memnuniyeti de hekimlerin ve hastanelerin başarısını ölçmek için önemli bir etkidir (Prakash, 2010, s. 151).

Hasta memnuniyeti, hastaların, fiziksel ve zihinsel sağlıklarına göre yaptıkları değerlendirmelerden etkilenmektedir. Hasta memnuniyeti aslında hastaların değer yargılarına yönelik bir sonuç niteliğindedir (Kane vd., 1997, s. 215) ve hastaya, hekime ve sağlık sistemine yönelik faktörlerden oldukça etkilenmektedir (Dinç vd., 2009, s. 94-95). Ayrıca çeşitli sağlık ve hastalık davranışlarıyla ilişkilidir. Örneğin, memnuniyet duygusu hisseden hasta hekimin talimatlarına uyacağına, sağlığını geliştirici davranışlar sergileyeceğine ve gelecekteki randevularına devam edileceğine inanılmaktadır (Linder-Pelz, 1982, s. 577).

Hekimlerin, hastaya en iyi sağlık hizmetini verme ve hasta memnuniyetini oluşturmada çok büyük sorumlulukları ve rolleri bulunmaktadır. Hekimlerden hasta memnuniyetini sağlama için, hastayla göz teması kurması, hastaları isimleriyle çağırması, nezaket göstermesi, hastayı dinlemesi ve onu anlaması, hastanın problemlerini anlatmaya teşvik etmesi, bilgilendirici ve açıklayıcı olması, hastanın

hastalıktan öte bir insan olduğunu bilerek iletişimde bulunması, gizliliğe ve mahremiyete dikkat etmesi, hastaya saygılı davranması, hastanın ve ailesinin endişelerini anlaması beklenmektedir (Prakash, 2010, s. 152).

Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün hekimin hastayı yeterli düzeyde bilgilendirmesi olmadığı aslında önemli olanın hekimin iletişim becerisi olduğu belirtilmektedir (Meredith, 1993, s. 591). Bu bilgiler doğrultusunda artık hastaların yalnızca teknik bilgiye sahip ve sadece bunu aktaran hekim istemedikleri görülmektedir. Hastalar stresli oldukları anlarda hekimlerin kendilerine merhamet ve şefkat göstermelerini beklemektedirler. Bu merhamet ve şefkat beklentileri de hekim ve hasta arasındaki iletişimin kalitesi ve devamlılığı ile ilgilidir. Hekim ve hasta arasında şefkate, merhamete ve saygıya dayalı bir iletişimin olması için hekimin değiştirilmemesi gerekmektedir. Hekimin değiştirilmemesi durumu da hastanın hekimini sahiplendiği zaman gerçekleşecektir. Hastanın hekimini sahiplenmesi için de onun verdiği tedaviden, onunla olan ilişki ve iletişiminden memnun olması, memnuniyet hissetmesi gerekir.

### **1.3.2. Hastanın Hekim Sahiplenme Tutumunun Sonuçları**

Hekimine karşı sahiplenme duygusu hisseden hastalar sahiplenme davranışı gerçekleştirmektedirler. Sahiplenme sonucunda hastaların tedavi olmak için sürekli aynı hekimi tercih etmeleri, hekimin tavsiyelerine daha fazla uyum göstermeleri, hekimin verdiği ilaçları daha düzenli kullanmaları, diğer bireylere hekimlerini tavsiye etmeleri, hastalıklarını daha fazla sahiplenmeleri, tedaviye uyumlarının artması, çevresinde hekimi hakkında olumsuz söylemler duyduğu zaman onu savunma ihtiyacı hissetmeleri beklenmektedir.

Psikolojik sahiplenme davranışının önleyici ve geliştirici olmak üzere iki ana boyutu bulunmaktadır. Hekim sahiplenme davranışında da bu boyutların etkisinin sahiplenme davranışının sonuçlarında görüldüğü düşünülmektedir.

Hastaların hekim sahiplenme davranışının sonuçları çoğunlukla olumlu yönde olacağı düşünülmektedir. Hastalar için hekimler önemli motivasyon kaynaklarıdır. Bu durumda hastanın hastalığını ve tedaviyi kabullenmesi daha kolay hale getirmektedir. Hastaların sahiplenme tutumu gösterdikleri hekimlerinin yanına daha

keyif alarak gideceği ve hastaneye gitme sürecinin onlar için bir eziyet olmaktan çıkacağı düşünülmektedir.

Hasta uyumu, sadakati, bağlılığı ve hekim bağlılığı gibi durumların hastanın hekimini sahiplenmesi sonucu oluşacağı düşünülmektedir. Bu davranışlar ile sahiplenme ilişkileri aşağıda kısaca sunulmuştur.

### **1.3.2.1. Hasta Uyumu**

Hekim hasta ilişkisinde teşhisin doğru konulabilmesi için hekimler hastaların hastalıkla ilgili tutumlarını ve ruhsal durumlarını anlamalıdır. Hekimler hastaların gözünde profesyonel konumdadırlar. Eğer hastaları anlarlar ve onlarla empati kurabilirlerse, hastalar tedavi sürecinde iş birliği yapmaya ve tedaviye uyum göstermeye istekli duruma gelmektedirler (Lu ve Zhang, 2021, s. 187).

Hasta uyumu hastanın hastalığı nedeniyle kendisine önerilen ilaç tedavisini kabul etme, sağlığı için yaşam tarzı değişikliklerini değiştirme ve verilen tıbbi önerilere uyum gösterme derecesidir (Akdeniz ve Yaman, 2007, s. 59). Tedavide uyum tedaviden fayda elde edebilmek amacıyla hastaların, reçetelenen tedavi rejimine göre hareket etmesidir (Üresin ve Baran, 2011, s. 27). Tedaviye uyumda hastanın hekim tarafından verilen ilaçlara tavsiye edilen şekilde kullanması, hekim söylemeden bırakmaması ve sağlığı için uygun davranışlarda bulunması gerekmektedir. Tedavinin başarılı ve etkin olabilmesi ve hastalık sürecinin başarıyla atlatılabilmesi için, hastaların uyum davranışı geliştirmeleri gerekmektedir (Tel vd., 2010, s. 8-9). Hasta uyumu kavramıyla da aslında hastanın tedaviye ve hekiminin tavsiyelerine uyumu anlatılmak istenmektedir. Hasta hekimine karşı sahiplenme davranışı gösterdiği zaman hekiminin tavsiyelerine uyacağı, hastalığını daha çabuk kabulleneceği ve kontrollerine daha düzenli gideceği düşünülmektedir. Hastaların uyum davranışı gösterebilmeleri için de hekimlerini, hastalıklarını sahiplenmesi gerektiği düşünülmektedir. Hekimini sahiplenen hasta ona güven duymaktadır. Kendisini iyileştirme konusunda hekiminin kararlarını daha az sorgulayacağı varsayılmaktadır. Böylece hekimin tavsiyelerine ve verilen tedaviye uyum göstermesinin daha kolay olacağı tahmin edilmektedir.

### 1.3.2.2. Hasta Bağlılığı

Türk Dil Kurumuna göre bağlılık, “birine karşı, sevgi, saygı ile yakınlık duyma ve gösterme, sadakat. Bağlı olma durumu, merbutiyet” anlamına gelmektedir (<https://sozluk.gov.tr/>). Bağlılık, seçilmiş bir ürün veya hizmetin benzer ürünü veya hizmeti verebilecek kurumlara ve satın alma davranışında değişikliğe neden olabilecek durumlara rağmen gelecekte tekrar müşterisi olmak ve yeniden tercih etmek için derin bir bağlılık içinde olmak olarak tanımlanmaktadır (Oliver, 1999, s. 34). Bağlılık, somut ya da soyut bir varlığa karşı ortaya çıkan duygusal bir yönelimdir (Arık, 2020: 23). Bireylerin eylemleri aracılığıyla faaliyetlerini devam ettirmesini ve katılımını sürdürmesini sağlayan inançlara bağlı kalması durumudur. Çok yaygın bir duygudur ve günlük yaşantımızın her yerinde görülmektedir. Bu yüzden davranışlarımız üzerindeki kısıtlayıcı etkisi ve kontrolü çok fazla fark edilememektedir. Bağlılık, yaptığımız şeyleri sevdiiren ve getirilerin belirsiz olduğu durumlarda bile davranışlarımızın devam etmesine neden olan önemli bir duygu hatta güç kaynağı konumundadır (Salancik, 1977: 62). Bağlılığın en çok hissedilen alanlarından birisi de sağlık hizmetleridir. Bağlı olma ve bağlılık kavramı literatüre baktığımız zaman müşteri bağlılığı ve örgüt bağlılığı altında incelenme alanı bulmuş, sağlık alanında ise hastalar açısından bağlılık müşteri bağlılığı ve hasta bağlılığı kavramlarıyla incelenmiş ve hastaların sağlık kuruluşlarına bağlılıkları üzerine araştırmalar yapılmıştır (Erdem vd., 2008; Bayın ve Önder, 2013; Öter ve Südaş, 2017; Durmuş ve Akbolat, 2020).

Hasta bağlılığı, hastanın hastanede kendisine verilen tedavi ve bakım hizmetlerini beğenmesiyle ilgili olarak ihtiyaç duyması halinde tekrar aynı hastaneyi tercih etme, hastanenin hizmetlerini çevresine överek bahsetme ve hastaneyi “benim hastanem” şeklinde benimseme durumudur (Erdem vd., 2008, s. 98). Hastaların ihtiyaç duydukları zaman hizmet aldıkları sağlık kuruluşunu yeniden tercih etmeleri sağlık kuruluşları açısından önemlidir. Hasta bağlılığı hastane açısından hastayı elde tutmak anlamına gelmektedir (Turhan, 2007, s. 19).

Peltier ve diğerleri (1999) hasta bağlılığının üç aşaması olduğunu ifade etmektedirler. İlk olarak daha önce aynı hizmetin alındığı kurumdan tekrar aynı hizmetin alınması yer almaktadır. İkinci olarak hasta daha önce tercih etmiş olduğu

sağlık kurumundan bu sefer başka bir durum için hizmet istemektedir. Üçüncü olarak ise hasta kurumu başkalarına tavsiye etmektedir. Bu aşamalardan sonra hasta bağlılığı oluşmaktadır (Peltier vd., 1999'dan akt. Chahal, 2008, s. 46). Fakat üçüncü aşamadan önce sahiplenme davranışının görülmesi gerekmektedir. Hasta bağlılığı oluşması için sahiplenme duygusunun harekete geçmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

### **1.3.2.3. Hekim Bağlılığı**

Bireyler sağlıklarını korumak için ve bozulan sağlık durumlarını düzeltmek için tedavi hizmetleri almakta, sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurmakta ve sağlık personeliyle özellikle de hekimlerle iletişim ve ilişki kurmaktadır. Bireyin sağlık kuruluşuna başvurmasındaki amaç sağlığına kavuşmak, fiziksel ve ruhsal açıdan iyi hissetmektedir. Hekimlerde hastayı sağlığına kavuşturmak, yaşam kalitesini arttırmak, fiziksel ve duygusal açıdan hastanın olumlu hissetmesini sağlamayı amaçlamaktadır. Görüldüğü gibi hastaların ve hekimlerin ortak bir amacı bulunmaktadır. Bu ortak amaçlar doğrultusunda, tanı ve tedavi sürecinin birlikte yürütülmesi, kararların birlikte alınabilmesi için hekim ve hasta arasında bir kaliteli ilişki ve etkili iletişimin varlığı gerekmektedir (Atıcı, 2007: 91). Bu kaliteli ilişki ve etkili iletişimin varlığının etkisiyle hastaların aynı hekimden tedavi hizmeti almaya devam etmeleri için aralarında bir bağlılık duygusu oluştuğu düşünülmektedir. Sağlık kuruluşlarında da kaliteli sağlık hizmeti sunarak hastaların başka hekimlere gitmesinin önlenmesi konusunda artan bir farkındalık bulunmaktadır (Suki, 2011: 1207). Bu durum hekim bağlılığını anlatmaktadır.

Hastanın sağlık kuruluşuna bağlılık duymasının bir diğer sebebi de hekiminin o kurumun bir çalışanı olduğu için duyduğu bağlılık olduğu düşünülmektedir. Bu bağlılığın oluşabilmesi için de hastanın hekimine karşı bir sahiplenme duygusu hissetmesi gerekmektedir. Hekim bağlılığı da sadakat kavramı gibi sahiplenme davranışından sonra oluşmaktadır. Hasta hekimini sahiplenme davranışı gösterdikçe ona karşı bağlılık duygusu oluşacaktır.

Literatüre bakıldığı zaman hekim bağlılığı ile ilgili tam olarak bir kavramsal açıklamaya rastlanılmamıştır. Hekim bağlılığı, hastanın ihtiyaç duyması halinde daha önceden tedavi hizmeti aldığı hekimden tekrar tedavi hizmeti alma eğilimi,

alternatifleri bulunmasına rağmen tekrar aynı hekimi tercih etme tutumu ve hekim devamlılığını sağlaması durumu olarak tanımlanabilmektedir.

Hastanın hekimine karşı bağlılık duymasının kilit noktası güven duygusudur. Güven duygusu hasta hakkında bilgi geliştirme, tıbbi yeterlilik gösterme ve hasta özerkliğini destekleme gibi hekim davranışlarıyla oldukça ilişkilidir. Hastalar hekimlerinin sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamaları için gerekli bilgi ve beceriye sahip oldukları konusunda bir algıları bulunmaktadır (Berry vd., 2008, s. 7). Hekimler bu algının olumlu bir şekilde oluşmasını sağlamalıdır. Ayrıca hekimler hastalarının isteklerini dinlemeli ve onları soru sormaya teşvik ederek özerkliklerine, kişiliklerine ve değerlerine saygılı davranmalıdırlar (Ware vd., 1983, s. 262). Hekimler hastalara karşı dürüst, yardımsever davranışlar sergilemeli ve hastalara alanında yetkin olduğunu hissettirmelidir. Bu noktada hekim itibaride devreye girmektedir. Güven ve memnuniyet duyguları hem birbirlerinden hem de hekim itibarından etkilenmektedir. Hekim itibarı, bireylerin hekimlerle olan deneyimlerine dayanarak yaptıkları yorumlara dayanmaktadır ve yapay bir imaja değil, gerçek prestije bağlı olan bir durumdur. Yapay bir imaj memnuniyet sağlasa bile güven duygusunu zedeleyecek ve hekim bağlılığının oluşmasına engel olacaktır (Torres vd., 2009, s. 191-192). Hekim bağlılığını etkileyen diğer faktörlerin, hekimle hasta arasındaki açık iletişim, hekimin samimiyeti ve hastaya verdiği değer gibi unsurlar olduğu düşünülmektedir.

Hastaların hekimlere güven duyarak onlara karşı bir bağlılık hissetmesi, hasta ve hekim ilişkisinin daha başarılı bir şekilde gerçekleşmesine olanak sağlamaktadır. Buna ek olarak hekimlerine karşı bağlılık hisseden hastalarda tedaviye uyum daha fazla olmaktadır ve sağlık davranışları olumlu yönde etkilenmektedir (Berry vd., 2008, s. 11). Hekimlerine karşı bağlılık hisseden hastalar hekimlerini değiştirme ihtimallerinin daha az olduğu, hekimlerinin istek ve tavsiyelerini daha başarılı bir şekilde yerine getirecekleri düşünülmektedir. Hekim bağlılığı sayesinde uyum ve sadakat duygularının daha hızlı gelişeceği düşünülmektedir.

#### **1.3.2.4. Hasta Sadakati**

Sadakat, finansal ve mekânsal engelleri düşünmeden, tüketicinin aynı ürünü veya hizmeti, belirli bir süre boyunca tercih etmesi ve çevresine tavsiye etmesidir.

Hasta sadakati ise hastanın hastaneyle ilişki kurması ve başkalarına tavsiye etme düşüncesi ve bunun eylemsel şeklidir (Chalal ve Mehta, 2013, s. 77). Bir kavram olarak hasta sadakati; psikolojik bir süreçten sonra oluşan davranışsal bir satın alma faaliyetini ifade etmektedir (Hoşgör vd., 2017, s. 443). Ve hastanın hizmet aldığı kurumdan ve hekimin memnun kalmasının bir sonucudur. Hastaların sadakat gösterme nedenleri sunulan hizmetten çok memnun olmalarıdır. Sadakat duygusunu hisseden hasta, hastaneyi gereksinim duyduğu zaman tekrar tercih etmekte ve çevresine hastane hakkında olumlu söylemlerde ve tavsiyelerde bulunmaktadır (Çetintürk, 2016, s. 206). Bunlara ek olarak, sadakat duygusu yüksek olan hastalar sayesinde sağlık kuruluşları daha fazla kazanç elde edebilme olanağı bulunmaktadır çünkü sadık hastalar hekimlerinin tavsiye ve isteklerini daha sıkı bir şekilde takip etmekte ve yerine getirmektedirler (Montaglione, 1999, s. 7). Hasta gerçekten sadık ve hizmetlerden memnun ise, bu sağlık kuruluşunun ürün ve hizmetlerine, sektörde sunulan diğer ürün ve hizmetlerden daha fazla para ödemeye hazırdır. Eğer sağlık kuruluşunun sektörde çok güçlü bir adı varsa, teknolojide ileri düzeydeyse, hastaları ile ilişkileri iyi ise, hekim ve hasta arasındaki iletişim ve ilişki güçlü ise hastaların sadık kalma olasılıkları da yüksek olacaktır (Yalçın ve Koçak, 2019).

Hasta sadakatinin oluşabilmesi için öncelikle hastanın sahiplenme davranışında bulunması gerekmektedir. Ayrıca hasta sadakatini sadece hastanın sağlık kuruluşuna sadakati olarak değerlendirmemek gereklidir. Hasta eğer hekimini sahiplenirse hekimine karşı sadakat duygusu artacak ve daha sadık bir hasta konumuna gelecektir. Hasta hekimine karşı sadakat duygusu oluşturursa onu diğer kişilerin yanında övecek ve ihtiyaç anında hekimine başvuracak hekimiyle iletişimini koparmayacaktır.



## İKİNCİ BÖLÜM

### HEKİM SAHİPLENME TUTUMU ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi hakkında genel bilgiler verildikten sonra ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerine yer verilmektedir.

#### 2.1. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde çalışmanın amacı ve önemi, evren ve örnekleme, veri toplama araçları, kapsam ve sınırlılıklarından bahsedilmiştir. Hekim Sahiplenme Ölçeğinin geliştirilme sürecine ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Ölçeğin oluşturulmasında gerekli olan istatistiksel ölçütler ve analizler ortaya konarak ölçeğin metodolojik çerçevesi belirlenmiştir.

##### 2.1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; bireylerin hekim sahiplenme düzeylerini ölçmek ve sahiplenmenin hangi boyutlarda gerçekleştiğini belirlemek amacıyla geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmektir. Hekim sahiplenmenin demografik değişkenlere göre karşılaştırılması araştırmanın alt amacıdır.

##### 2.1.2. Araştırmanın Önemi

Literatüre bakıldığında sağlık yönetiminde sahiplenme ve hekim sahiplenme araştırmalarının daha çok kurumların sahip oldukları hekimler konusu altında, hastanelerin hekim sahipliği, tıbbi tesislerin hekim sahipliği (Strope vd., 2009; Iglehart, 1989; Conway, 2010) gibi alt başlıklarda yapıldığı görülmektedir. Hekimlerin sahip oldukları tıbbi tesisler, hastaların hekimlerin sahip oldukları klinikler konusundaki algıları hakkında yapılan araştırmalarda (Babu vd., 2011; Hirsch vd, 2020; Casalino, vd., 2003; Mitchell, 2007; Kahn, 2006; Friedberg vd., 2014; Mitchell vd., 1992) sağlık yönetiminde sahiplenmeyle ilgili rastlanılan diğer araştırmalar arasında yer almaktadır.

Psikolojik sahiplenme konusunda yapılan araştırmalar incelendiğinde örgüte ve işe yönelik sahiplenme duygusunun araştırıldığı ayrıca kavramın işletme, örgütsel davranış ve pazarlama alanlarında incelendiği görülmektedir. Psikolojik sahiplenme,

bireylerin davranışlarında önemli etkiler bırakmasına rağmen sağlık ve sağlık hizmetleri alanında nadiren dikkate alınan bir kavram olduğu görülmüştür. Sağlık hizmetleri ve psikolojik sahiplenmeyle ilişkili araştırmalara oldukça az rastlanılmıştır. Mifsud vd., (2019) tarafından yapılan “Sağlık Bakım Programlarını Psikolojik Sahiplenme Yoluyla Hasta Bağlılığını Arttırma Araştırması”, Karnilowicz (2011) tarafından yapılan “Kronik Hastalık ve Hastalık Durumunda Kimlik Ve Psikolojik Sahiplenme” araştırması ve Beveridge vd., (2006) tarafından yapılan “Hastalık Sahipliği Ve Diyabeti Çevreleyen Stresli Olayların Anne Ve Ergen Temsilleri” araştırması psikolojik sahiplenme ve sağlık hizmetleri alanında yapılan ve rastlanılan araştırmalardır. Bu araştırmalarda hastalık sahipliği, tedavi ve bakım hizmetini sahiplenme durumları üzerinde durulmuştur. Hekimlerin bireylerin sağlık durumlarında etkisinin oldukça fazla olduğu düşünüldüğünde hastaların hekimlerini sahiplenme tutumlarının da araştırılması gerektiği ifade edilebilir.

Türkiye’de yapılan psikolojik sahiplenmeyle ilgili araştırmalar detaylı bir şekilde incelendiğinde sağlık yönetimi alanında, hekim hasta ilişkisi başlığında ve hekimi sahiplenme tutumu üzerinde bir araştırmaya rastlanılmamıştır (Ek 7’de yapılan tüm çalışmalar verilmiştir). Türkiye’de kullanılan ölçeklerin hepsi, işe ve örgüte yönelik sahiplenme duygularını ölçmektedir. Sağlık alanında, hekim ve hasta ilişkisi açısından kullanılabilir bir sahiplenme ölçeğine rastlanılmamıştır. Bu açıdan çalışma önem arz etmektedir. Bu ölçekle birlikte bireylerin hekim sahiplenme tutumları ölçülebilecek ve korumacılık, bağlılık, öz kimlik, güven ve uyum boyutları ile sahiplenme düzeyi ölçülebilecektir.

Sahiplenme kavramı, memnuniyet, sadakat, tatmin, bağlılık gibi kavramlardan daha farklıdır ve memnuniyet, sadakat ölçekleriyle ölçülmemelidir. Hastaların hekimlerine karşı sahiplenme tutumlarını ve düzeylerini ölçecek bir ölçme aracının varlığı sayesinde, hekimler de hastalarının kendilerini sahiplenme düzeylerine göre kendilerini geliştirme fırsatı yakalayabileceklerdir. Bu ölçek ile belirli süre aynı hekime (en az 1 yıldır ya da en az 5 defa aynı hekimden tedavi hizmeti alan) giden hastaların sahiplenme düzeyi ölçülebilecektir.

### **2.1.3. Problem Cümlesi**

Araştırmanın problem cümlesini “Bireyler hekimlerini hangi boyutlarda sahiplenmektedirler?” ve “Bireylerin Hekim Sahiplenme Düzeyleri Nedir?” soruları oluşturmaktadır.

### **2.1.4. Varsayımlar**

Araştırma kapsamında Isparta ve Ankara İl merkezlerinde yaşayan katılımcıların araştırma sırasında veri toplama aracına verdikleri cevapların gerçeği yansıttığı varsayılmaktadır.

Araştırma sürecinde ölçekte yer alacak maddelerin nitelik ve nicelik bakımından uygunluğu için görüşülen ve fikirleri alınan uzmanların doğru değerlendirmelerde bulunduğu varsayılmaktadır.

### **2.1.5. Araştırmanın Kısıtları**

Araştırma, alanyazın kapsamında kaynakçada gösterilen kaynaklarla sınırlanmaktadır. Aynı zamanda araştırma Isparta ve Ankara’da il merkezlerinde yaşayan bireylerle yapılmıştır ve katılımcılardan elde edilen veriler ile sınırlanmaktadır. Veri toplama sürecinde ise geliştirilmekte olan ölçeğin maddeleri ile sınırlı olduğu için bu sınırlılıklar dikkate alınmalıdır.

### **2.1.6. Evren ve Örneklem**

Araştırmada farklı aşamalarda farklı örneklem grubundan veri toplanmıştır.

Araştırmanın beşinci aşamasını yapı geçerliliği olan faktör analizleri oluşturmaktadır (Tablo 3). Yapı geçerliliği aşamasının ilk adımı olan açımlyıcı faktör analizi için evren Isparta ili olarak planlanmıştır. Isparta ilinin toplam nüfusu 441.412’dir. %95 güven aralığı ve %5 hata payı düşünüldüğünde 384 kişilik bir örneklem grubu çalışma için yeterli kabul edilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018, s. 130). Buna ek olarak ölçek geliştirme çalışmalarında Kass ve Tinsley (1979, s. 124) ölçekte yer alan madde sayısının en az 5 ile 10 katı bireye ulaşılması gerektiğini belirtmektedir. Bu çalışmada açımlyıcı faktör analizi Isparta’da yaşayan 475 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Ölçek geliştirme çalışmalarında ölçeğin geçerliliğin artması yönünden açımlyıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizinin farklı örneklemelerde uygulanması gerektiği belirtilmektedir (Fabrigar vd., 1999, s. 274).

Bu kapsamda araştırmanın yapı geçerliliği aşamasının ikinci adımı olan doğrulatory faktör analizi ve diğer analizler için evren Ankara ili olarak planlanmıştır. Ankara ilinin toplam nüfusu 5.663 milyondur. %95 güven aralığı ve %5 hata payı düşünöldüğünde ve ölçek geliştirme çalışmalarındaki örnekleme büyüklükleri göz önüne alındığında 384-400 kişilik bir örnekleme grubu yeterli gelebilmektedir. Doğrulatory faktör analizi ve diğer analizler Ankara’da yaşayan 635 kişiden toplanan veri ile gerçekleştirilmiştir.

### **2.1.7. Veri Toplama Aracı**

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi tercih edilmiştir. Verilerin büyük çoğunluğu yüz yüze toplanırken bir kısmı da çevrimiçi toplanmıştır. Verilerin toplanmasında kolayda örnekleme yönteminden yararlanılmıştır.

Açımlayıcı faktör analizi için araştırmacı tarafından geliştirilen 41 maddelik hekim sahiplenme taslak ölçek formu; doğrulatory faktör analizi, güvenilirlik analizleri, yakınsak-ıraksak geçerlilik ve fark analizleri için araştırmacı tarafından geliştirilen 32 maddelik ölçek formu kullanılmıştır. Ölçüt geçerliliği için ise araştırmacı tarafından geliştirilen 32 maddelik Hekim Sahiplenme ölçek formundan, Hekim Bağlılığı Ölçeğinden (Ünal, 2017), Doktora Güven Ölçeğinden (şengöl ve Bulut, 2020) ve Kısa Psikolojik Sağlıklılık Ölçeğinden (Doğan, 2017) faydalanılmıştır.

### **2.1.8. Analiz Yöntemi**

Ölçek geliştirme sürecinde açımlayıcı faktör analizi, ölçüt geçerliliği analizleri, güvenilirlik analizleri ve fark analizleri için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 25.0) programı kullanılmıştır. Doğrulatory faktör analizi, Analysis of Moment Structures (AMOS 22.0) ile gerçekleştirilmiştir.

Ölçek geliştirme süreci ve kullanılan analizler alt başlıklarda daha detaylı bir şekilde açıklanmaktadır.

### **2.1.9. Ölçek Geliştirme Süreci**

Ölçek, bireylerin duyuşsal, davranışsal, eğilimsel, tepkisel duygu durum özelliklerini sayısallaştırmak için geliştirilmiş ölçüm araçlarıdır (Özdamar, 2017, s. 36).

Literatürdeki çeşitli ölçek geliştirme çalışmaları incelenmiş ve bu araştırmanın ölçek geliştirme süreci ve yapılan işlemler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Hekim Sahiplenme Ölçeği Geliştirme Çalışması

		İşlemler	Açıklama
Aşamalar	Yapının Belirlenmesi	Ölçeğin Amacının Belirlenmesi	Bireylerin hekimlerini sahiplenme düzeylerini ve sahiplenmenin hangi boyutlarda gerçekleştiğini belirlemek amacıyla geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmek amaçlanmıştır.
		Literatür Taraması	Türkçe ve İngilizce literatürde sahiplenme, psikolojik sahiplenme, sağlık alanında sahiplenme ile ilgili yapılan araştırmalar ve mevcut ölçekler incelenmiştir.
	Madde Havuzu Oluşturma	Madde Havuzu	Literatür okumaları ve nitel görüşmeler sonucunda 69 maddelik madde havuzu oluşturulmuştur.
		Madde Havuzunun Danışmanla Değerlendirilmesi	Araştırmacı tarafından oluşturulan 69 maddelik madde havuzu danışmanla iki hafta süren derinlemesine incelemelerle ve diğer akademisyenlerle yapılan beyin fırtınası ile 52 maddeye indirilmiştir.
	Uzman Görüşü Alınması ve Kapsam Geçerliliği	Maddeler Hakkında Uzman Görüşü Alma (Kapsam Geçerliliği Çalışması)	Kapsam geçerliliği için 8 kişilik uzman ile sözlü panel grubu oluşturulmuş ve her bir madde derinlemesine tartışılmıştır. Bu tartışma sonucunda elde edilen madde havuzu farklı akademisyenler uzman görüşü almak amacıyla gönderilmiştir. 4 ölçme değerlendirme uzmanından ve 4 dil bilimciden her bir madde için uzman görüş formu aracılığıyla değerlendirme alınmıştır.
		Maddelerin Gözden Geçirilmesi, Düzeltme ve Revize İşlemlerinin Yapılması	Uzmanlardan alınan görüşler doğrultusunda maddeler tekrar gözden geçirilmiş, gerekli düzeltmeler yapılmıştır.
	Ön-Deneme Uygulaması	Ön deneme uygulamasının gerçekleştirilmesi	Maddelerin anlaşılabilirliğinin sağlanabilmesi için gerçek bir hedef kitle üzerinde ön deneme uygulaması amacıyla Isparta'da yaşayan 12 katılımcıya taslak ölçek formu doldurtulmuş ve her katılımcıyla ortalama 15 dakika görüşülerek maddelerin anlaşılabilirliği tartışılmıştır.
	Yapı Geçerliliği	Açımlayıcı Faktör Analizi	Açımlayıcı faktör analizi sonucunda 41 maddelik taslak ölçek formu tekrarlı denemeler sonucunda 32 maddeye indirilmiştir ve 5

		boyutlu hekim sahiplenme yapısı ortaya çıkarılmıştır.
	Faktörlerin İsimlendirilmesi	Açımlayıcı faktör analizinden elde edilen boyutların altında yer alan maddeler incelenerek boyutların isimlendirilmesi yapılmıştır.
	Doğrulamalı Faktör Analizi	32 maddeli 5 boyutlu (bağlılık boyutu, korumacılık boyutu, öz kimlik boyutu, güven boyutu ve uyum boyutu) hekim sahiplenme ölçeği doğrulamalı faktör analizi ile istatistiksel olarak doğrulanmıştır.
	Yakınsak ve İraksak Geçerliliğinin Test edilmesi	Hekim sahiplenme ölçeğinin yakınsak ve ıraksak geçerliliğinin kontrolü yapılmıştır. Yakınsak geçerlilik için doğrulamalı faktör analizinden elde edilen faktör yük değerleri ve AVE değerleri incelenmiştir. İraksak geçerlilik için ise MSV ve ASV değerleri hesaplanmıştır.
Ölçüt Geçerliliği	Ölçüt Geçerliliğinin Test Edilmesi	Hekim sahiplenme ölçeğinin ölçüt geçerliliğinin sağlanabilmesi için, Hekim Bağlılığı Ölçeği (Ünal, 2017), Doktora Güven Ölçeği (Şengül ve Bulut, 2020) ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (Doğan, 2017) ile aralarındaki korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Hekim Sahiplenme Ölçeğinin boyutlarının kendi aralarındaki korelasyon katsayılarına da bakılarak ölçüt geçerliliği kontrol edilmiştir.
Güvenilirlik Analizi	Güvenilirlik Analizlerinin Yapılması	Hekim sahiplenme ölçeğinin güvenilirliğinin test edilmesi için cronbach alpha katsayısı, CR değeri ve test tekrar test katsayısı kullanılmıştır. Test tekrar test katsayısını bulabilmek için 35 katılımcıya iki hafta arayla ölçek uygulanmıştır.

\*Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Yukarıdaki tabloda hekim sahiplenme ölçeğinin ölçek geliştirme süreci özet bir şekilde gösterilmiştir.

### 2.1.9.1. Madde Havuzu Oluşturulma Aşaması

Hekim Sahiplenme Ölçeğinin maddeleri oluşturulurken psikolojik sahiplenme kavramı temel alınmıştır. Psikolojik sahiplenmenin alt boyutları dikkate alınarak uyum, öz kimlik, aidiyet, korumacılık, bağlılık, sadakat, vefa, güven ölçek alt boyutları belirlenmiştir.

Maddeler oluşturulmadan önce 15 kronik ve 5 akut hastayla nitel görüşmeler yapılmış ve görüşmecilere hekim sahiplenmeyle ilgili danışman ve araştırmacı tarafından hazırlanan 6 soru sorulmuştur (Ek-2). Görüşmelerin dökümü yapılmış ve

kodlama çalışması gerçekleştirilmiştir. Dökümler ve kodlamalar detaylı incelemelere tabii tutularak ölçek için maddeler oluşturulmuştur.

Nitel görüşmeler dışında psikolojik sahiplenme, hekim bağlılığı, hekim hasta ilişkisi, sahiplenme ve bağlılık konuları kapsamlı bir şekilde taranmıştır (Van Dyne ve Pierce, 2004; Avey vd., 2009; Lee ve Chen, 2011; Shukla ve Single, 2015; Uçar 2018; Pierce ve Jussila, 2011; Pierce vd., 2003; Pierce vd., 2001; Parsons, 1951; Ong vd., 1995; İspirli, 2014; Freidson, 1988; Etzioni, 1991; Erdem vd., 2008; Emanuel ve Emanuel, 1992; Belk, 1988; Avey ve Palanski, 2012). Psikolojik sahiplenmeyi ölçen ve bağlılık aidiyet ölçekleri de gözden geçirilmiştir (Van Dyne ve Pierce, 2004; Avey vd., 2009; Lee ve Chen, 2011; Shukla ve Single, 2015; Uçar 2018). Literatür okumaları ve psikolojik sahiplenme ölçeklerinin taranmasıyla da madde havuzuna eklemeler yapılmıştır.

Tüm bu çalışmalar sonucunda 69 maddelik madde havuzu elde edilmiştir. Madde havuzunun oluşması için gereken madde sayısını belirlemek mümkün değildir. Madde havuzu ne kadar büyük olursa o kadar iyi olmaktadır (DeVellis, 2003, s. 80). 69 maddelik madde havuzu danışman ve öğrencinin iki hafta süren detaylı incelemeleriyle (madde ekleme, çıkarma, düzeltme işlemleri) 52 maddeye düşürülmüştür. Madde yazımında dil bilgisi kurallarına dikkat edilmiş, Erkuş'un (2019, s. 50) belirttiği gibi maddelerin kısa, net ve hedef kitlenin anlayabileceği düzeyde hazırlanmasına özen gösterilmiştir.

#### **2.1.9.2. Uzman Görüşü Alınması**

Bu aşamada amaç, ölçek geliştirme sürecinde oluşturulan madde havuzunun alanında uzman kişiler tarafından değerlendirilmesidir. Madde havuzunda yer alan 69 maddenin değerlendirilmesi için uzman panel grubu oluşturulmuş ve yapılan inceleme ve tartışmalar sonucunda madde sayısı 52'ye indirilmiştir.

Uzman panel grubuyla elde edilen madde havuzu daha sonra değerlendirilmesi için uzman görüş formu hazırlanarak panel grubunda yer almayan alanında uzman diğer kişilerden değerlendirmeleri talep edilmiştir. Geri dönüşler sonunda 52 maddelik madde havuzu 41 madde olarak güncellenmiş ve taslak ölçek formu bu 41 madde ile hazırlanmıştır.

### **2.1.9.3. Ön Deneme Aşamasının Gerçekleştirilmesi**

Uygulamaya hazır hale getirilen taslak ölçek formunun örnek bir gerçek hedef kitle üzerinde anlaşılabilirliğinin saptanması gerekmektedir. Taslak ölçek formu, ön deneme aşamasında ölçeğin uygulanacağı hedef kitleden uç grupları temsil eden (yaşlı-genç, eğitilmiş-eğitimsiz vb.) 10-15 katılımcı üzerinde gerçekleştirilmelidir (Erkuş, 2019, s. 55-56).

Bu kapsamda taslak olarak geliştirilen ölçek formunun ön deneme uygulaması Nisan 2021’de Isparta il merkezinde yaşayan gerçek örneklem grubuyla benzerlik gösteren 12 kişiyle gerçekleştirilmiştir. Taslak ölçekteki maddeler; 1 “Hiç Katılmıyorum”, 2 “Katılmıyorum”, 3 “Kararsızım”, 4 “Katılıyorum” ve 5 “Tamamen Katılıyorum” şeklinde beşli likert tipinde oluşturulmuştur. Maddelerin anlaşılabilirliğinin kontrol edilebilmesi için katılımcılarla ortalama 15 dakika maddeler üzerinde görüşülmüştür. Görüşmeler neticesinde maddelerin anlaşılma durumunda herhangi bir sorun olmadığı sonucuna varılmıştır.

### **2.1.10. Ölçek Geliştirme Sürecinde Geçerlilik Çalışmaları**

Bir ölçme aracı ilk aranan özellik geçerliliğidir. Geçerlilik, ölçeğin ölçmek için hazırlandığı amaca hizmet etme derecesi veya ölçmeye çalışılan amacı ölçebilme düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Seçer, 2017, s. 220).

Çok fazla sayıda geçerlilik çeşidi bulunmaktadır. Bu çalışmada kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, yakınsak-ıraksak geçerlilik ve ölçüt geçerliliği çeşitleri kullanılacaktır.

Bu bölümde yapılan geçerlilik analizlerine yer verilmiştir.

#### **2.1.10.1. Kapsam Geçerliliği**

Madde havuzu oluşturulduktan sonra, maddelerin ilgili değişkeni ölçüp ölçmediği, ilgili madde türüne uygun olup olmadığı, yazım dilinin dilbilgisi açısından uygunluğu ve hedef kitleye uygunluğu gibi nicelik ve nitelik bakımından yeterli olup olmadığının incelenmesi gerekmektedir (Erkuş, 2019, s. 52). Kapsam geçerliliği kısaca bir ölçme aracının ölçülmek istenen nitelikleri kapsayabilmesidir (Seçer, 2017, s. 221). Kapsam geçerliliğinde “Test maddeleri ölçülmek istenen



davranışı yansıtıyor mu?” sorusunun cevabı aranmaktadır (Büyüköztürk, 2020, s. 180).

Kapsam geçerliliğinin sözel panel tartışma yöntemi ve görgül istatistik yöntem olmak üzere iki yöntemi bulunmaktadır. Geçerlilik kontrol edilirken tek bir yöntem veya her iki yöntem de kullanılabilir (Erkuş, 2019, s. 52). Bu bağlamda danışman ve araştırmacı görüşmelerinden sonra 52 maddeye indirilen taslak ölçek formunun değerlendirilmesi için farklı üniversitelerden oluşan 8 kişilik (Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık yönetimi bölümünde görev yapan 3 akademisyen, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünde görev yapan 1 akademisyen, Trakya Üniversitesi Sağlık İşletmeciliği bölümünde görev yapan 1 akademisyen, Uşak Üniversitesi Sağlık İşletmeciliği bölümünde görev yapan 1 akademisyen ve Süleyman Demirel Üniversitesi’nde lisansüstü eğitim gören 2 öğrenci) sözel tartışma paneli grubu oluşturulmuştur. Maddeler tek tek tartışılmış, nitelik ve nicelik bakımından tüm maddeler herkes hem fikir olana kadar tartışma devam etmiştir. Bu panel sonunda çıkarılan ve revize edilen maddelerle birlikte havuz 41 maddeye indirilmiştir.

Panelden sonra elde edilen maddeler uzman görüş formu şeklinde hazırlanarak, ölçme ve değerlendirme alanında 4 akademisyen ve dilbilgisi alanındaki 4 akademisyene mail yoluyla ulaştırılmış ve maddeleri değerlendirmeleri ve maddeler üzerinde düzenleme yapmaları istenmiştir. Ölçek uzman görüşü formu “uygun”, “kısmen uygun” ve hiç uygun değil” şeklinde 3 seçenekli ve her maddenin altında uzmanların görüşlerini yazabilmeleri için boşluk bırakarak düzenlenmiştir. Ölçme ve değerlendirme alanında 4 akademisyen, dilbilgisi alanında 4 akademisyen görüşlerini bildirmişlerdir. Geri dönüşler araştırmacı ve danışman tarafından tekrar gözden geçirilmiş, maddelerin revize işlemleri yapılmış ve son olarak madde havuzu 41 madde olarak belirlenmiştir.

#### **2.1.10.2. Yapı Geçerliliği**

Yapı geçerliliği, ölçme aracının ölçmeye çalıştığı teorik yapıyı ölçebilme derecesi olarak tanımlanmaktadır (Seçer, 2017, s. 222). Yapı geçerliliğini incelemek amacıyla faktör analizinden ve hipotez testlerinden yararlanılabilmektedir (Büyüköztürk, 2020, s. 133).

Bu kapsamda hekim sahiplenme ölçeğinin yapı geçerliliğini belirlemek için açımlayıcı faktör analizinden ve doğrulayıcı faktör analizinden yararlanılmıştır. Faktör analizinden elde edilen veriler bu başlık altında verilmiştir.

#### **2.1.10.2.1. Açımlayıcı Faktör Analizi**

Bu çalışmada hastaların hekimlerini sahiplenme ölçeğinin faktör yapısını belirlemek için açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. 41 maddelik taslak ölçek formu (Ek-3) ile faktör analizi yapmak amacıyla Isparta'da ikamet eden 475 bireyden veri toplanmıştır. Uygulamaya katılan 17 bireyin ölçek formunda yer alan “Bu bir kontrol sorusudur, lütfen üç rakamını işaretleyiniz.” şeklindeki kontrol sorusunu yanlış işaretlemeleri nedeniyle anket formları değerlendirmeye alınmamıştır. Kalan 458 bireyin anket formuyla açımlayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir.

Açımlayıcı faktör analizi sonucunda herhangi bir faktörün altına girmeyen maddeler ölçek taslağından çıkarılmıştır. Çalışmadan elde edilen verilerle taslak 41 maddeden 32 maddeye indirilmiştir, bu süreçte yapılan istatistiksel analizler ve işlemler aşağıda sırasıyla verilmiştir.

Faktör analizi yapılmadan önce toplanan verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığının değerlendirilmesi gerekmektedir. Faktör analizinde dikkat edilmesi gereken önemli unsurlar örneklem büyüklüğü, kayıp değerler, uç değerler gibi ölçütlerdir (Aksu vd., 2017, s. 24). Bu ölçütler kontrol edilerek analize başlanmıştır.

Faktör analizi yapılmadan önce örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygunluğu test edilmiştir. Faktör analizinde örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde literatürde farklı görüşler bulunmaktadır. Kass ve Tinsley (1979, s. 124) ölçekte yer alan madde sayısının en az 5 ile 10 katı bireye ulaşılması gerektiğini ifade etmektedirler. Comrey ve Lee (1992, s. 216) ise örneklem büyüklüğü için 100'ün zayıf, 200'ün orta, 300'ün iyi, 500'ün çok iyi, 1000 veya daha fazlasının mükemmel olarak değerlendirdiklerini belirtmektedirler. Field (2009, s. 647) analizin yapılabilmesi için örneklem sayısının en az 300 olması gerektiğini ifade etmektedir. Bu görüşler doğrultusunda çalışmada kullanan 458 kişilik örneklem açımlayıcı faktör analizi için uygun olduğu düşünülmektedir. Bu uygunluğu test etmek için KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) ve Barlett Küresellik testlerinden yararlanılmıştır. KMO değeri açımlayıcı faktör analizinde örneklem büyüklüğünün yeterliliğine ilişkin

başvurulan istatistiksel tekniklerden en sık başvurulanlardan biridir (Seçer, 2017, s. 155).

Hekim sahiplenme taslak ölçeğinin KMO ve Barlett Küresellik testi sonuçları tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4.** Hekim Sahiplenme Ölçeğinin KMO ve Barlett's Testi Değerleri

<b>KMO and Bartlett's Test</b>		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0.953
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	11153.537
	df	496
	Sig.	0.000

KMO değeri 0 ile 1 arasında değişmektedir ve faktör analizinin yapılabilmesi için bu değer 0.50'nin ( $KMO > 0.50$ ) veya 0.60'ın üzerinde ( $KMO > 0.60$ ) olması gerekmektedir (Özdamar, 2017, s. 51; Büyüköztürk, 2020, s. 136). Elde edilen değer 1'e yaklaşması örneklem büyüklüğünün yeterli olduğuna dair fikir vermektedir (Seçer, 2017, s. 155). Hutcheson ve Safroniou (1999, s. 225) KMO değerlerini sınıflandırmış ve 0.50 ile 0.70 arasındaki KMO değerlerinin orta, 0.70 ile 0.80 arasındaki değerlerin iyi, 0.80 ile 0.90 arasında çıkan değerlerin çok iyi, 0.90 üzerindeki değerlerin ise mükemmel olarak değerlendirilebileceğini belirtmişlerdir. Bu çalışmanın KMO örneklem uygunluk değeri tablo 4'te görüldüğü üzere 0,953'tür. Bu değer verilerin açımlayıcı faktör analizi için mükemmel özellikte olduğunu göstermektedir.

Barlett Küresellik testi, ölçeğin maddelerinin birbirleri ile ilişkili olup olmadığını, ölçeğin en az bir ya da daha fazla boyuttan oluşup oluşmadığını belirlemek için kullanılmaktadır. Barlett Küresellik testi değerinin  $p < 0.05$  olması, ölçeğin fenomenin alt boyutları ölçmede etkin olduğu anlamına gelmektedir. Bu değer  $p > 0.05$  olması ise ölçekteki maddelerin birbirinden bağımsız olduklarını göstermektedir (Özdamar, 2017, s. 148). Tablo 4 incelendiği zaman çalışmanın Barlett Küresellik testi sonucunun (sig.0.000), anlamlı olması ( $p < 0.05$ ) verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Açımlayıcı faktör analizi uygulanması için veri setinin uygunluğu kapsamında veri setinin normal dağılım gösterip göstermediğinin incelenmesi

amacıyla skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) değerleri incelenmiştir. Tablo 5'te maddelerin skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) değerleri verilmiştir.

**Tablo 5.** Faktör Analizi Öncesi Maddelerin Basıklık ve Çarpıklık Değerleri

Maddeler	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
Madde 1	-0.881	0.821
Madde 2	-1.132	0.732
Madde 3	-1.060	0.398
Madde 4	-0.824	-0.013
Madde 5	0.274	-0.747
Madde 6	0.094	-0.876
Madde 7	-0.288	-1.082
Madde 8	-0.306	-0.968
Madde 9	0.005	-1.080
Madde 10	-0.409	-0.972
Madde 11	-1.056	0.423
Madde 12	-0.959	-0.085
Madde 13	-0.938	0.527
Madde 14	0.051	-0.965
Madde 15	-0.353	-0.880
Madde 16	-0.540	-0.487
Madde 17	-0.502	-0.726
Madde 18	-0.572	-0.340
Madde 19	-0.633	-0.410
Madde 20	-1.025	0.397
Madde 21	-0.424	-0.724
Madde 22	-1.084	0.460
Madde 23	0.345	-0.860
Madde 24	0.310	-1.036
Madde 25	-0.564	-0.815
Madde 26	-0.526	-0.774
Madde 27	-0.675	-0.586
Madde 28	-0.385	-0.887
Madde 29	0.470	-1.002
Madde 30	0.099	-1.148
Madde 31	-0.032	-1.299
Madde 32	0.273	-1.111
Madde 33	-0.630	-0.462
Madde 34	-1.346	1.232
Madde 35	-1.484	1.339

<b>Madde 36</b>	-1.324	1.449
<b>Madde 37</b>	-1.128	0.830
<b>Madde 38</b>	-0.624	-0.102
<b>Madde 39</b>	-0.943	1.004
<b>Madde 40</b>	-1.100	1.323
<b>Madde 41</b>	-0.967	1.066

Skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) değerleri -1.5 ile +1.5 arasında olduğu zaman veri setinin normal dağılım göstermektedir (Tabachnick ve Fidell, 2012, s. 80). Tablo 5 incelendiği zaman skewness (çarpıklık) değerlerinin -1.484 ile +0.470 arasında, kurtosis (basıklık) değerlerinin ise -1.299 ile 1.449 arasında değiştiği görülmektedir. Bu verilere göre veri setinin faktör analizine uygun olduğu söylenebilir.

Verilerin faktör analizine uygunluğu test edildikten sonra ölçeğin yapı geçerliliğini ortaya koymak için faktör döndürme yöntemi kullanılmıştır. Faktörlerin belirlenmesinde kullanılan çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Temel eksenler (principle axes), çoklu gruplandırma (multiple grouping), maksimum olabilirlik (maximum likelihood) ve temel bileşenler analizi (principle component analysis) faktör analizi teknikleri arasında yer almaktadır. Temel bileşenler analizi (principle component analysis, PCA) ise faktör belirleme tekniği olarak en sık kullanılan yöntemlerden birisidir (Büyüköztürk, 2020, s. 134). Çalışmada da temel bileşenler analizi yöntemi (principle component analysis, PCA) tercih edilmiştir. Maddelerin en çok ilişkili olduğu diğer maddelerle daha kolay bir araya gelmesi ve yorumlanması için döndürme işlemi yapılmıştır. Faktör analizinde eğik döndürme ve dik döndürme olmak üzere iki temel döndürme yöntemi bulunmaktadır (Şener, 2017, s. 169; Can, 2020, s. 324). Ölçme aracında bulunan alt faktörlerin birbirleriyle ilişkisiz olduğu varsayılıyor ise dik döndürme yöntemleri tercih edilebilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018, s. 321). Quartimax, varimax ve equimax dik döndürme yöntemi teknikleri arasındadır, “varimax” tekniği ise en sık kullanılan tekniktir (Can, 2020, s. 324). Eğik döndürme yöntemi ise ölçme aracındaki alt faktörlerin ilişkili olabileceği varsayımıyla kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntem için ise “Direct Oblimin” ve “Promax” teknikleri kullanılmaktadır (Şener, 2017, s. 169; Gürbüz ve Şahin, 2018, s. 321). Faktörlerin değişkenlere oranı küçüldükçe ve faktörler arasındaki ilişki 0’a

yaklaştıka iki döndürme tekniği de birbirine yakın sonuçlar vermektedir. Yorumlama açısından da eğik döndürmenin sonuçlarını yorumlamak dik döndürmenin sonuçlarını yorumlamaktan daha zordur (Rennie, 1997). Bu araştırmada da iki döndürme tekniği de denenmiş ama eğik döndürme tekniğinde araştırmacının çalışma öncesinde belirlediği boyutlarla örtüşmeyen boyutların çıkması ve boyutlarda toplanan ifadelerin ayırık durması nedeniyle madde ve boyutların en iyi oluştuğu tekniğin varimax tekniği olduğuna karar verilmiştir. Araştırmada da dik döndürme yöntemlerinden “varimax” tekniği tercih edilmiştir.

Faktör analizinde madde faktör yük değer, maddelerin faktörlerle ilişkisini gösteren önemli bir katsayıdır (Büyüköztürk, 2002, s. 473). Madde faktör yükünün en az 0.30 olması gerekmektedir (şener, 2017, s. 161). Maddelerin yer aldıkları faktörlerdeki yük değerlerinin yüksek olması, o maddelerin birlikte bir faktörü ölçtüğu anlamına gelmektedir. Faktör yük değerinin, 0.45 ya da daha yüksek olan maddelerin daha iyi olduğu kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2020, s. 134).

Faktör analizinde bir madde birden fazla faktör altında yer alarak binişik duruma gelebilmektedir. Bir maddenin binişik olduğu kabul edilebilmesi için, bir maddenin birden fazla faktörde kabul edilen yük değerinden yüksek yük değerini vermesi ve maddenin iki ya da daha fazla faktörde sahip olduğu yük değerleri arasındaki farkın 0.10’dan daha az olması gerekmektedir (Çokluk vd., 2021, s. 233).

Bu çalışmada da varimax döndürme tekniği kullanılarak faktör yükü alt kesme noktası 0.30 olarak belirlenmiş ve faktör yükleri arasındaki farkın en az 0.10 olması gerektiği göz önüne alınarak analiz gerçekleştirilmiştir.

11., 13., 15., 22., 28., 33., 34. ve 35. maddeler binişik olduğundan dolayı ölçekten çıkarılmıştır. Binişik olan maddeler ölçekten tek tek çıkarılmış her çıkarma işleminden sonra faktör yüklerinin nasıl değiştiği kontrol edilmiştir. Farklı kombinasyonlarla faktör analizi birçoğ kez tekrarlanmıştır. Özdamar iki maddenin bir boyut oluşturamayacağını belirtmektedir (2017, s. 141). Analizlerde de 23. ve 24. maddelerin tek bir boyut altında toplandığı görölmektedir. Her iki madde de sırayla ölçekten çıkarılarak ve tekrar alınarak maddelerin faktör yük değerleri ve oluşan faktör yapıları kontrol edilmiş ve 23. maddenin de ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Faktör sayısı belirlenirken açıklayıcılığı en iyi sağlayacak faktör

yapısının tekrarlı denemeler ile elde edilmesi gerekmektedir (Özdamar, 2017, s. 141). Sayısız kez faktör analizi yapılmaya devam edilmiş ve sonucunda başka hiçbir maddenin binişik olmadığı görülmüştür.

Tablo 6’de faktör analizinden elde edilen faktör yük değerleri gösterilmektedir.

**Tablo 6.** Hekim Sahiplenme Maddelerinin Faktör Yük Değerleri

Maddeler	Faktörler				
	1	2	3	4	5
<b>M30.</b> Alanında daha meşhur bir hekimden tedavi alma alternatifim olsa bile kendi hekimime danışmaya devam ederim.	0.810				
<b>M31.</b> Hekimim dışında bir hekimden tedavi hizmeti aldığımda eksik hizmet almış gibi hissederim.	0.786				
<b>M29.</b> Şehir değiştirmem durumunda hekimimi değiştirmem.	0.722				
<b>M32.</b> Kendi hekimime gitmediğim zaman suçluluk duygusu hissederim.	0.763				
<b>M25.</b> Hekimim hastane değiştirirse ondan hizmet almak için gittiği hastaneye giderim.	0.650				
<b>M28.</b> Hekimimden kolay kolay vazgeçmem.	0.623				
<b>M24.</b> Tedavi sürecim bittiğinde de hekimimi ziyaret ederim.	0.575				
<b>M14.</b> Hekimim benim için vazgeçilmezdir.	0.529				
<b>M26.</b> Hekimimin uzmanlığına girmeyen diğer durumlarda da (doktor, hastane vb.) hekimimin tavsiyesini alırım.	0.497				
<b>M20.</b> Hekimime zarar verici davranışlarda bulunduğunu düşündüğüm kişileri uyarmam gerektiğini hissederim.		0.819			
<b>M19.</b> Hekimim hakkında kötü konuşulduğu zaman zoruma gider.		0.737			
<b>M21.</b> Hekimim eleştirildiğinde onu savunma ihtiyacı hissederim.		0.698			
<b>M16.</b> Hekimim hakkında olumsuz şeyler söyleyenleri uyarma ihtiyacı hissederim.		0.625			
<b>M12.</b> Sohbet ortamlarında hekimimden “benim hekimim” diyerek bahsederim.		0.612			
<b>M18.</b> Hekimimin hakkını savunurum.		0.580			

M17. Hekiminin tedavi yöntemini diğer bireylere karşı savunurum.		0.540			
M6. Hekimimi yakınım gibi görürüm.			0.790		
M5. Hekimimi ailemden biri gibi görürüm.			0.752		
M8. Hekimimi hastalık sürecimde yol arkadaşım gibi görürüm.			0.718		
M7. Hekimimi hastalık sürecimde sırdaşım gibi görürüm.			0.716		
M9. Hekimim hakkında yapılan olumlu bir yorumu kendime yapılmış gibi hissedirim.			0.686		
M10. Hekiminin başarısına kendi başarımmış gibi sevinirim.			0.610		
M40. Hekiminin tecrübesine güvenirim.				0.786	
M39. Hekiminin yanında güvende hissedirim.				0.724	
M38. Hekiminin tedaviyle ilgili kararlarını sorgulamam.				0.693	
M37. Hekimime değer veririm.				0.667	
M36. Hekiminin sözünü kesmeden dinlerim.				0.658	
M41. Hekiminin yanında kendimi rahat hissedirim.				0.633	
M3. Hekiminin önerdiği tedaviye uyarım.					0.859
M4. Hekiminin tedavi sürecimdeki yönlendirmelerine uyarım.					0.841
M2. Hekiminin verdiği ilaçları düzenli kullanırım.					0.778
M1. Hekiminin tedavimle ilgili beklentilerini karşılarım.					0.651
<b>Faktörün Açıkladığı varyans (%)</b>	17.642	14.309	14.022	12.402	9.696
<b>Açıkladığı Toplam Varyans (%)</b>	68.071				

Ölçekten çıkarılan maddeler sonrasında kalan 32 madde ile temel bileşenler analizi varimax dik döndürme tekniği kullanılarak faktör analizi yapılmaya devam edilmiştir. Sonuç olarak ortaya 32 maddeli 5 faktörlü hekim sahiplenme yapısı ortaya çıkmıştır.

Açıklanan varyans oranının yüksekliği, ölçeğin faktör yapısının gücünü yansıtmaktadır. Tek faktörlü modellerde açıklanan varyans oranının %30 veya daha fazla olması kabul edilebilir olarak görülmektedir. Çok faktörlü yapılarda açıklanan varyansın daha yüksek olması gerekmektedir (Çokluk vd., 2021, s. 197). Oranın en az %52 ve üzeri olması gerektiği kabul edilmektedir (Henson ve Robert, 2006, s.



402). Alt faktörlerin her birinin de toplam varyansın en az %5'ini açıklaması gerekmektedir (Şener, 2015, s. 164). Tablo 6 incelendiğinde Hekim Sahiplenme Ölçeğinde açıklanan toplam varyansının %68.071 olduğu görülmektedir. Açıklanan toplam varyans faktör bazında değerlendirildiğinde varyansın %17.642'sini birinci faktör, %14.309'unu ikinci faktör, %14.022'sini üçüncü faktör, %12.402'sini dördüncü faktör, %9.696'sını ise beşinci faktör oluşturmaktadır.

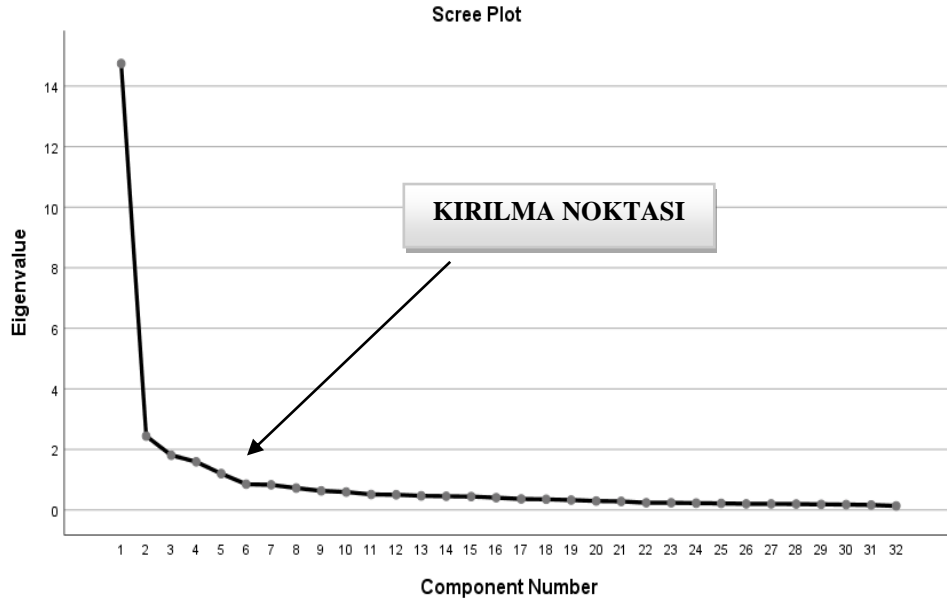
**Tablo 7.** Maddelerin Ortak Faktör Varyans Değerleri

	<b>Initial</b>	<b>Extraction</b>
<b>Madde 30</b>	1.000	0.763
<b>Madde 31</b>	1.000	0.777
<b>Madde 29</b>	1.000	0.701
<b>Madde 32</b>	1.000	0.721
<b>Madde 25</b>	1.000	0.588
<b>Madde 28</b>	1.000	0.757
<b>Madde 24</b>	1.000	0.524
<b>Madde 14</b>	1.000	0.604
<b>Madde 26</b>	1.000	0.420
<b>Madde 20</b>	1.000	0.778
<b>Madde 19</b>	1.000	0.790
<b>Madde 21</b>	1.000	0.788
<b>Madde 16</b>	1.000	0.723
<b>Madde 12</b>	1.000	0.641
<b>Madde 18</b>	1.000	0.663
<b>Madde 17</b>	1.000	0.620
<b>Madde 6</b>	1.000	0.775
<b>Madde 5</b>	1.000	0.699
<b>Madde 8</b>	1.000	0.692
<b>Madde 7</b>	1.000	0.703
<b>Madde 9</b>	1.000	0.655
<b>Madde 10</b>	1.000	0.663
<b>Madde 40</b>	1.000	0.768
<b>Madde 39</b>	1.000	0.751
<b>Madde 38</b>	1.000	0.568
<b>Madde 37</b>	1.000	0.672
<b>Madde 36</b>	1.000	0.522
<b>Madde 41</b>	1.000	0.615
<b>Madde 3</b>	1.000	0.838
<b>Madde 4</b>	1.000	0.785

<b>Madde 2</b>	1.000	0.693
<b>Madde 1</b>	1.000	0.527

Tablo 7’de her bir maddenin ortak faktördeki varyansı birlikte açıklama oranları gösterilmektedir. Her bir maddenin açıkladığı varyans değerinin (extraction sütununda bulunan değerler) en az 0.10 olması beklenmektedir (Şener, 2015, s. 163). Tablo 9 incelendiğinde değerlerin oldukça yüksek olduğu ve bütün değerlerin 0.522’den büyük olduğu görülmektedir.

Faktör analizinde faktör sayısının belirlenebilmesi için yamaç (çizgi) grafiğine de bakılması gerekmektedir (Çokluk vd., 2021, s. 230; Büyüköztürk, 2020, s. 136; Şener, 2015, s. 164). Şekil 2’de dikey eksen öz değer oranlarını, yatay eksen faktörleri gösterilmektedir (Büyüköztürk, 2020, s. 136).



**Şekil 2.Yamaç (Çizgi) Grafiği**

Yamaç (çizgi) grafiği incelendiğinde, beşinci faktörden sonra düşüş ivmesinin azalmakta olduğu ve yataya yakın bir şekilde devam ettiği görülmektedir. Bu sonuç da hekim sahiplenme ölçeğinin beş faktörlü bir yapıda olduğunu desteklemektedir.

Faktör analizi sonucunda ortaya çıkan beş faktör detaylı olarak incelemeye tâbi tutulmuştur. İncelemenin ardından faktörler belirlenerek isimlendirilmesi

gerekmektedir. Faktörlerin isimlendirilmesi, ilgili faktörde bulunan maddelerin ifade ettikleri anlamlar göz önüne alınarak yapılmıştır.

14, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, ve 32. maddeler birinci faktörü oluşturmaktadır. Faktör 1’de bulunan maddelerin katılımcıların hekimlerine olan bağlılıklarını ifade ettiği görülmektedir. Bundan dolayı faktör 1’e “**Bağlılık**” ismi verilmiştir. 12., 16., 17, 18, 19, 20, ve 21. maddeler ikinci faktörü oluşturmaktadır. Bu faktörde bulunan maddeler katılımcıların hekimlerini olumsuz etkilerden ve eleştirilerden koruma tutumu göstermeleriyle ilişkilidir. Bu yüzden faktör 2 “**Koruyuculuk**” olarak isimlendirilmiştir. 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. maddeler üçüncü faktörü oluşturmaktadır. Faktör 3’ü oluşturan maddelerin katılımcıların hekimlerini kendilerine yakın hissetmeleri, onları ve davranışlarını içselleştirmeleriyle ilişkili olduğu görülmektedir. Bu sebeple faktör 3’e “**Öz Kimlik**” isminin verilmesi uygun bulunmuştur. 36, 37, 38, 39, 40 ve 41. maddeler dördüncü faktörün altında toplanmaktadır. Faktör 4’ü oluşturan maddeler incelendiğinde bu maddelerin katılımcıların hekimlerine karşı duydukları güvenle ilişkili olduğu görülmektedir. Bu yüzden faktör 4 “**Güven**” olarak isimlendirilmiştir. 1, 2, 3 ve 4. maddeleri ise beşinci faktörü meydana getirmektedir. Bu faktörde bulunan maddeler katılımcıların hekimlerinin önerilerine ve isteklerine ne kadar uyum gösterdiğiyle ilgilidir. Bu yüzden faktör 5 “**Uyum**” olarak adlandırılmıştır.

Maddelerin birbirleriyle tutarlı olup olmadığını hesaplamak için cronbach alpha katsayıları incelenmiştir ve bunlara Tablo 8’de yer verilmiştir. Boyutların cronbach alpha ( $\alpha$ ) katsayılarına bakıldığında, bağlılık boyutunun  $\alpha=0.924$ , koruyuculuk boyutunun  $\alpha=0.924$ , öz kimlik boyutunun  $\alpha=0.907$ , güven boyutunun  $\alpha=0.872$ , uyum boyutunun  $\alpha=0.850$  olarak hesaplandığı görülmektedir. Cronbach alpha katsayısının 0.70 ve daha yüksek olması gerekmektedir (Büyüköztürk, 2020: 183). Görüldüğü üzere hekim sahiplenme ölçeğinin alt faktörlerinin cronbach alpha katsayıları olması gereken orandan daha yüksektir.

**Tablo 8.** Hekim Sahiplenme Ölçeği ve Faktörlerine İlişkin Cronbach Alpha Değerleri

Faktörler	Cronbach Alpha	Madde sayısı
Bağlılık	0.924	9
Koruyuculuk	0.929	7

Öz Kimlik	0.907	6
Güven	0.872	6
Uyum	0.850	4

### 2.1.10.2.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Faktör analizi, aynı yapıyı ölçen değişkenleri bir araya toplayarak ölçmeyi ve az sayıda faktör ile açıklamayı amaçlayan istatistiksel bir analizdir. Açımlayıcı ve doğrulayıcı olmak üzere iki çeşidi bulunmaktadır. Açımlayıcı faktör analizinin (AFA) amacı, çok sayıdaki değişkenin birbirleri ile tutarlı daha az sayıda değişken ve bunları bir araya geldiği faktörleri elde etmektir (Gürbüz ve Şahin, 2015, s. 318). Doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) elde edilen verilerden değişkenler arasındaki ilişkiye dair daha önce saptanan bir hipotez ya da kuram test edilmektedir (Büyüköztürk, 2020, s. 133). Başka bir deyişle eldeki verinin orijinal yapıya uyup uymadığını belirlemek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmaktadır (Şener, 2015, s. 171).

Bu tezde geliştirilen hekim sahiplenme ölçeği modelinin doğrulanıp doğrulanmadığını ve faktörlerin modeli yeterli bir düzeyde açıklayıp açıklamadığını belirlemek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi, 32 maddeli ve 5 faktörlü ölçek Ankara ikamet eden 635 kişiden toplanan veri ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan 32 katılımcının ölçek formunda yer alan “Bu bir kontrol sorusudur, lütfen üç rakamını işaretleyiniz.” şeklindeki kontrol sorusunu yanlış işaretlemeleri nedeniyle formları değerlendirmeye alınmamıştır. Kalan 603 katılımcının verileri kullanılarak doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir.

Tablo 9’da değişkenlerin birbirlerine etkileri ve maddelerin p değerleri verilmiştir.

**Tablo 9.** Değişkenlerin Birbirlerine Etkileri

Maddeler/Faktörler	Estimate	S.E.	C.R	P	Label
Madde 6	← 1	1.000			
Madde 7	← 1	1.025	0.042	24.410	***
Madde 8	← 1	0.974	0.047	20.916	***
Madde 9	← 1	0.981	0.052	18.864	***
Madde 5	← 1	1.071	0.050	18.024	***
Madde 3	← 1	0.892	0.050	21.313	***
Madde 4	← 1	0.768	0.049	15.781	***
Madde 2	← 1	0.822	0.051	16.080	***

Madde 1	← 1	0.784	0.048	16.170	***	
Madde 15	← 2	1.000				
Madde 14	← 2	1.217	0.053	23.087	***	
Madde 16	← 2	1.151	0.054	21.257	***	
Madde 11	← 2	1.255	0.064	19.546	***	
Madde 13	← 2	1.080	0.058	18.562	***	
Madde 12	← 2	1.206	0.066	18.381	***	
Madde 10	← 2	1.243	0.071	17.576	***	
Madde 18	← 3	1.000				
Madde 19	← 3	1.000	0.046	21.943	***	
Madde 20	← 3	1.021	0.045	22.686	***	
Madde 17	← 3	0.949	0.037	25.307	***	
Madde 21	← 3	1.106	0.051	21.523	***	
Madde 22	← 3	1.051	0.051	20.649	***	
Madde 27	← 4	1.000				
Madde 26	← 4	1.162	0.047	24.667	***	
Madde 28	← 4	1.113	0.051	21.876	***	
Madde 23	← 4	0.664	0.048	13.782	***	
Madde 25	← 4	1.052	0.059	17.779	***	
Madde 24	← 4	1.023	0.052	19.771	***	
Madde 31	← 5	1.000				
Madde 32	← 5	0.939	0.033	28.447	***	
Madde 30	← 5	0.945	0.037	25.719	***	
Madde 29	← 5	0.749	0.046	16.351	***	

Tablo 9 incelendiğinde, p değerlerinin hepsinin 0.05'in altında ve anlamlı olduğu görülmektedir.

Doğrulayıcı faktör analizinde ölçeğin doğrulanıp doğrulanmadığı sınanan modelin yeterliliğini ortaya koymak için pek çok uyum indeksine bakılmaktadır. Ki kare uyum testi (Chi-Square Goodness), GFI (Goodness of Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), CFI (Comparative Fit Index), NFI (Normed Fit Index), RFI (Relative Fit Index), IFI (Incremental Fit Index) genellikle bakılan uyum indeksleri arasında yer almaktadır (Şener, 2015, s. 189). Uyum indeksleri de kendi aralarında mutlak uygunluk ölçütleri ve karşılaştırmalı uygunluk ölçütleri (aşamalı uygunluk ölçütleri) olarak iki temel kategoriye ayrılmaktadır. Mutlak uygunluk ölçütleri modelin örneklem verisi ile uygunluğunu kontrol etmektedir ve bu uygunluk için bakılan ölçütler CMIN/DF ( $\chi^2/sd$ ), RMSEA ve GFI değerleridir. Karşılaştırmalı uygunluk ölçütleri ise ki-kare değerini ham biçimde kullanmak yerine bu değeri bir referans model ile kıyaslamaktadır. Bu uygunluk ölçütü için bakılan değerler ise CFI ve NFI değerleridir (McDonald ve Ho, 2002, s. 72).

**Tablo 10.** Model Uyum İndeksleri

Uyum İndeksi	Kabul Edilebilir Sınır	Mükemmel Uyum Sınırı
<b>NFI</b>	0.90 ve üzeri	0.95 ve üzeri
<b>NNFI</b>	0.90 ve üzeri	0.95 ve üzeri
<b>IFI</b>	0.90 ve üzeri	0.95 ve üzeri
<b>RFI</b>	0.90 ve üzeri	0.95 ve üzeri
<b>CFI</b>	0.95 ve üzeri	0.97 ve üzeri
<b>GFI</b>	0.85 ve üzeri	0.90 ve üzeri
<b>AGFI</b>	0.85 ve üzeri	0.90 ve üzeri
<b>RMR</b>	0.050 ve 0.080 arası	0.000 ve < 0.050 arası
<b>REMSEA</b>	0.050 ve 0.080 arası	0.000 ve < 0.050 arası
$\chi^2/sd$	Bulunan değer istatistiksel olarak anlamsız olmalıdır ve $\chi^2/sd=3$ 'ten küçük olmalıdır. $2 < \chi^2/sd < 5$	

\*Kaynak: Schumacher ve Lomax, 2004

Tablo 10'da uyum indekslerinin kabul edilen uyum ve mükemmel uyum sınırları değerleri yer almaktadır. Bu değerler dikkate alınarak ölçeğin değerlendirilmesi yapılmıştır. Tablo 11'de ise, hekim sahiplenme ölçeğinin değerleri ve kabul edilebilirlik durumları gösterilmiştir.

**Tablo 11.** Hekim Sahiplenme Ölçeği Birinci Düzey DFA Uyum İndeksleri

Ölçüm (Uyum İndeksleri)	Model	Model Uyumu
CMIN/DF (Genel Model Uyumu)	2.511	Mükemmel Uyum
GFI (Mutlak Uyum İndeksi)	0.90	Kabul Edilebilir Uyum
CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)	0.951	Mükemmel Uyum
RMSEA (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)	0.050	Kabul Edilebilir Uyum
NFI (Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi)	0.922	Kabul Edilebilir Uyum
RFI (Göreceli Uyum İndeksi)	0.912	Kabul Edilebilir Uyum
IFI (Artan Uyum İndeksi)	0.951	Mükemmel Uyum
RMR (Artık Temelli Uyum İndeksi)	0.043	Mükemmel Uyum

CMIN/DF minimum fark değerinin serbestlik derecesine bölümüdür. Bu oran güvenilir bir uyum ölçüsü olarak kabul edilmektedir (Özdamar, 2017, s. 179). Tablo

13'te de görüldüğü üzere genel model uyumu (ki-kare uyum iyiliği testi (CMIN/DF)) değeri 2.511 bulunmuştur. Bu sonuç modelin mükemmel uyuma sahip olduğunu ifade etmektedir.

GFI, örneklem büyüdükçe ki-kare istatistiğinin yükselmesi sorununu ortadan kaldırmak için bulunmuştur. GFI, örneklem büyüklüğüne daha az duyarlı bir indekstir (Yaşlıoğlu, 2017, s. 82). Çalışmada GFI değeri 0.90 olarak tespit edilmiştir. GFI'nın 0.90 ve üzerinde olması kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu göstermektedir (Shevlin ve Miles, 1997, s. 86).

CFI, NFI istatistiğinin geliştirilmiş halidir ve örneklem büyüklüğünü de hesaba katmaktadır. CFI, 0 ve 1 arasında değer almakta ve 1'e yaklaştıkça modelin uygunluğunun arttığı ifade edilmektedir (Bentler ve Bonnet, 1980, s. 599). Tablo 11 incelendiğinde, CFI indeksi 0.951 olarak tespit edilmiş ve mükemmel uyuma sahip olduğu görülmüştür.

RMSEA, popülasyon/örnek kovaryans matrisi ise, öngörülen modelin kovaryans matrisinin farkına göre uyumunu test eden bir indekstir (Özdamar, 2017, s. 180). Çalışmada RMSEA değeri, 0.050 olarak tespit edilmiştir (Tablo 11). Bu değer 0.080 altında olması gerekmektedir (Brown, 2006, s. 87). Çalışmadan elde edilen RMSEA değerinin kabul edilebilir uyuma sahip olduğu ve hekim sahiplenme ölçeğinin bireylerin hekimlerini sahiplenme tutumlarını ölçmede başarıyla kullanılabileceği ifade edilebilmektedir.

NFI, modeldeki parametre sayısının kısıt düzeyini ölçmek için kullanılan bir indekstir (Özdamar, 2017, s. 178). NFI değeri, 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır ve 0.90 üzeri olması daha iyi uyuma sahip olduğunu göstermektedir (Hu ve Bentler, 1999, s. 3). Tablo 11'de görüldüğü üzere çalışmada da, NFI değeri 0.922 olarak tespit edilmiş ve kabul edilebilir bir uyuma sahip olduğu söylenebilir.

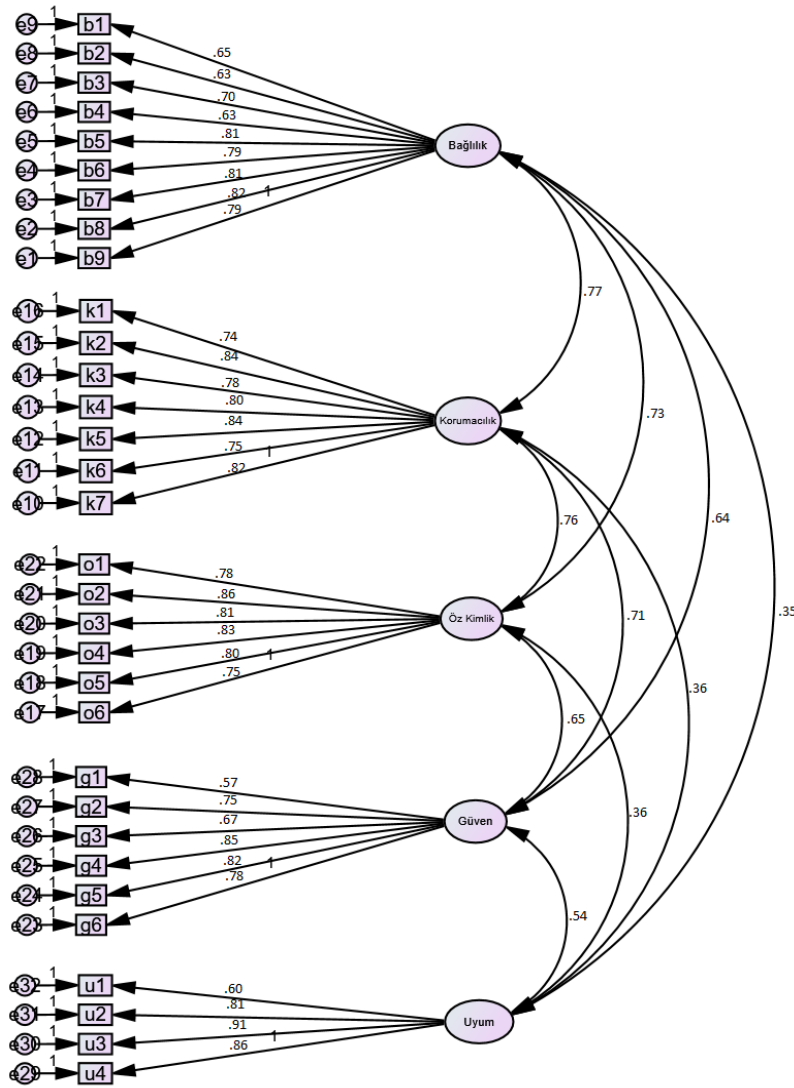
IFI (Artan Uyum İndeksi) değeri 0.951 olarak tespit edilmiştir (Tablo 11). IFI değerinin 0.90 üzeri olması iyi uyuma, 0.950 üzeri olması mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermektedir (Carlson ve Mulaik, 1993, s. 130). IFI değerinin de bu çalışmada mükemmel uyuma sahip olduğu görülmektedir.

RMR, örnek kovaryans matrisi ile öngörülen modelin kovaryans matrisi arasındaki farkların kareler ortalamasının karekökü alınarak hesaplanan bir değerdir

(Özdamar, 2017, s. 180). Çalışmada RMR değeri 0.043 olarak tespit edilmiştir (Tablo 11). RMR değerinin 0.050'nin altında olması mükemmel uyuma, 0.080'nin altında olması iyi uyuma, 0.100'e yakın olması zayıf uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmada, RMR değerinin 0.043 çıkması mükemmel uyuma sahip olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indekslerinin yeterliliği sağlanmıştır. 32 madde ve 5 faktörlü hekim sahiplenme ölçek yapısının uyum istatistiklerine göre doğrulandığı ifade edilebilir.

Modele ait path diyagramı Şekil 3'te gösterilmektedir.



Şekil 3. Hekim Sahiplenme Ölçeği DFA Faktör Yükleri



Doğrulamalı faktör analizi yapılırken çok boyutlu ölçeklerin ikinci düzey çok faktörlü modellerinin de test edilmesi gerekmektedir (Meydan ve Şeşen, 2011: 83). Hekim sahiplenme ölçeğinin de ikinci düzey faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Aşağıdaki tabloda ikinci düzey doğrulamalı faktör analizinden elde edilen veriler gösterilmektedir (Tablo 12).

**Tablo 12.** Hekim Sahiplenme Ölçeği İkinci Düzey DFA Uyum İndeksleri

Ölçüm (Uyum İndeksleri)	Model
CMIN/DF (Genel Model Uyumu)	3.732
GFI (Mutlak Uyum İndeksi)	0.861
CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)	0.910
RMSEA (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)	0.067
NFI (Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi)	0.881
RFI (Göreceli Uyum İndeksi)	0.869
IFI (Artan Uyum İndeksi)	0.910
RMR (Artık Temelli Uyum İndeksi)	0.061

Tablo 12’de yer alan hekim sahiplenme ölçeği ikinci düzey DFA uyum indeksleri incelendiği zaman, CMIN/DF=3.732, GFI=0.861, CFI=0.910, RMSEA=0.067, NFI=0.881, RFI=0.869, IFI=0.910 ve RMR=0.061 olarak tespit edildiği görülmektedir. İkinci düzey doğrulamalı faktör uyum analizleri de kabul edilebilir düzeyde olduğu ifade edilebilir.

### 2.1.10.3. Yakınsak ve İraksak Geçerlilik

Geçerlilikten bahsedilmek için sadece yapı geçerliliğini kontrol etmek yeterli görülmemektedir. Yapısal geçerlilik testlerinden sonra yakınsak (convergent) ve ıraksak (discriminant) geçerliliklerinin de test edilmesi gerekmektedir. Yakınsak geçerlilik değişkenlere ilişkin maddelerin birbirleriyle ve oluşturdukları faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. İraksak geçerlilik ise maddelerin buldukları faktör dışındaki faktörlerle daha az ilişkisi olması gerektiğini açıklamaktadır (Yaşlıoğlu, 2017, s. 82).

Doğrulayıcı faktör analizinde ortaya çıkan faktör yüklerinin yüksek olması ölçeğin yakınsak geçerlilik sağladığını göstermektedir. Tablo 13'te hekim sahiplenme ölçeği DFA faktör yük değerleri yer almaktadır.

**Tablo 13.** Hekim Sahiplenme Ölçeği DFA Faktör Yük Değerleri

Boyutlar / Maddeler	DFA Faktör Yük Değerleri
<b>Bağlılık Boyutu</b>	
Madde 1	0.65
Madde 2	0.63
Madde 3	0.70
Madde 4	0.63
Madde 5	0.81
Madde 6	0.79
Madde 7	0.82
Madde 8	0.81
Madde 9	0.79
<b>Koruyuculuk Boyutu</b>	
Madde 10	0.74
Madde 11	0.84
Madde 12	0.78
Madde 13	0.80
Madde 14	0.84
Madde 15	0.75
Madde 16	0.82
<b>Öz Kimlik Boyutu</b>	
Madde 17	0.78
Madde 18	0.86
Madde 19	0.81
Madde 20	0.83
Madde 21	0.80
Madde 22	0.75
<b>Güven Boyutu</b>	
Madde 23	0.57
Madde 24	0.75
Madde 25	0.67
Madde 26	0.85
Madde 27	0.82

Madde 28	0.78
<b>Uyum Boyutu</b>	
Madde 29	0.60
Madde 30	0.81
Madde 31	0.91
Madde 32	0.86

Faktör yükleri dışında yakınsak geçerliliğin incelenebilmesi için Açıklanan Ortalama Varyans (AVE) değeri incelenmektedir. Bu değer 0.50 ve üzerinde olması yakınsak geçerliliğin sağlandığını ifade etmektedir (Fornell ve Larcker, 1981). Açıklanan Ortalama Varyans (AVE) değeri ise aynı faktördeki maddelerin faktör yüklerinin karelerinin toplamının madde sayısına bölünmesiyle bulunmaktadır (Yaşlıoğlu, 2017, s. 82). Bu işlemler bu çalışma için excell üzerinden yapılmıştır. Tablo 13 incelendiğinde tüm boyutların AVE değerlerinin 0.50 üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgulara dayanarak ölçeğin yakınsak geçerliliğin sağlandığı ifade edilebilir.

Tablo 14'te hekim sahiplenme ölçeği yakınsak ve ıraksak geçerlilik testi sonuçları gösterilmektedir.

**Tablo 14.** Hekim Sahiplenme Ölçeği Yakınsak ve ıraksak Geçerlilik Testi Sonuçları

Boyutlar	AVE Değeri	MSV Değeri	ASV Değeri
Bağlılık	0.54	0.59	0.41
Korumacılık	0.64	0.59	0.45
Öz Kimlik	0.64	0.57	0.41
Güven	0.55	0.50	0.40
Uyum	0.64	0.29	0.16

ıraksak geçerliliğin incelenebilmesi için ise MSV ve ASV değerlerinin hesaplanması gerekmektedir. Maksimum Paylaşılan Varyansın Karesi (MSV), bir faktörün diğer faktörlerden herhangi birisiyle paylaştığı en yüksek varyansın karesidir. Paylaşılan Varyansın Karesinin Ortalaması (ASV) ise bir faktörün diğer faktörlerle paylaştığı varyansın karelerinin toplamının paylaşılan varyans sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir (Yaşlıoğlu, 2017, s. 83). ıraksak geçerliliğin

sağlanabilmesi için  $MSV < AVE$ ,  $ASV < MSV$  ve  $AVE$ 'nin karekökünün faktörler arası korelasyondan büyük olması gerekmektedir (Fornell ve Larcker, 1981, s. 40).

Tablo 14'teki değerler incelendiğinde  $MSV < AVE$  şartını bağlılık boyutu hariç diğer tüm boyutların karşıladığı görülmektedir.  $ASV < MSV$  şartını da tüm boyutlar doğrulamaktadır. Bu bulgular doğrultusunda hekim sahiplenme ölçeğinin iraksak geçerliliğinin sağlandığı ifade edilebilir.

#### 2.1.10.4. Ölçüt Geçerliliği

Ölçüt geçerliliği, geliştirilmek ya da uyarlanmak istenen ölçme aracından elde edilen bulguların, halihazırda mevcut ve geçerlilik güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan başka bir ölçüt ile karşılaştırılmasıdır (Şener, 2015, s. 20).

Ölçüt geçerliliğinin yapılması için Ankara'da ikamet eden 603 kişiden oluşan örneklem grubu kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak "Hekim Bağlılığı Ölçeği", "Doktora Güven Ölçeği" ve "Kısa Psikolojik Sağlamlık" ölçekleri kullanılmıştır (Ek-4).

*Hekim Bağlılığı Ölçeği:* Price ve Arnould (1999) tarafından geliştirilen hekim bağlılığı ölçeği Ünal (2017) tarafından Türkçeye çevrilmiş ve geçerlilik güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Ölçek hastaların hekimlere bağlılığını öngören ifadelerden oluşmakta ve hastaların hekim bağlılığı eğilimlerini ölçmekte ve ölçekte beşli likert tipinde 13 madde yer almaktadır. Ölçeğin güvenilirlik analizine göre cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0.947 bulunmuştur.

*Doktora Güven Ölçeği:* Doktora güven ölçeği; Thomas vd. tarafından geliştirilmiş, Şengül ve Bulut (2020) tarafından Türkçeye çevrilerek, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Ölçeğin orijinali 11 maddeden oluşmaktadır. Araştırmacılar 4 maddeyi eş yükleme veya herhangi bir faktöre yeteri kadar yüklenemedikleri için ölçekten çıkartmışlardır (Şengül ve Bulut, 2020, s. 1958). Kullanıma hazır ölçekte beşli likert tipinde tek boyutlu 7 madde yer almaktadır. Ölçeğin güvenilirlik analizi için cronbach alpha katsayısı ve CR değeri hesaplanmış ve ölçek güvenilir bulunmuştur.

*Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği:* Smith vd. (2008) tarafından bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerini ölçmek için geliştirilen kısa psikolojik sağlamlık

ölçeği Doğan (2015) tarafından Türkçeye çevrilmiş ve geçerlilik güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Ölçek beşli likert tipinde tek faktörlü yapıda ve 6 maddeden oluşmaktadır. Kısa Psikolojik Sağlamlık ölçeğinin cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur.

Ölçüt geçerliliği, bir ölçme aracından edinilen bulguların başka ölçme araçlarından edinilen bulgularla arasındaki uyumluluk düzeyini ifade etmektedir (şener, 2017, s. 221). Katılımcıların geliştirilmesi amaçlanan ölçekten aldıkları puanların, benzer tutumları ölçen başka ölçeklerden aldıkları puanların korelasyonuna bakarak ölçüt geçerliliği kontrol edilmektedir (Büyüköztürk, 2008, s. 169). Bu kapsamda hekim sahiplenme ölçeğinin ölçüt geçerliliğin test edilmesi için; Hekim Sahiplenme Ölçeğine yakın anlamlar içerdieği düşünölen Hekim Bağlılık Ölçeği (Ünal, 2017), Doktora Güven Ölçeği (şengöl ve Bulut, 2020) ve Hekim Sahiplenme Ölçeğiyle arasında benzerlik olmadığı düşünölen Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (Doğan, 2017) kullanılmış ve aralarındaki ilişki Pearson Çarpımı Momentler Korelasyon Analizi ile incelenmiştir.

Tablo 15'te hekim sahiplenme ölçeği ile hekime bağlılık ölçeği, doktora güven ölçeği ve kısa psikolojik sağlamlık ölçeği arasındaki korelasyon sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 15.** Hekim Sahiplenme Ölçeği ile Hekime Bağlılık Ölçeği, Doktora Güven Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Arasındaki Korelasyon Sonuçları

	<b>Hekim Sahiplenme Ölçeği</b>
<b>Hekime Bağlılık Ölçeği</b>	0.455**
<b>Doktora Güven Ölçeği</b>	0.356**
<b>Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği</b>	0.006

p\*\*<0.01

Tablo 15 incelendiği zaman hekim sahiplenme ölçeği ile hekime bağlılık ölçeği arasında ( $r=0.455$ ,  $p<.001$ ) ve doktora güven ölçeği arasında ( $r=0.356$ ,  $p<.001$ ) pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği ile arasında ( $r=0.006$ ,  $p<.001$ ) arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir.

Hekim sahiplenme ölçeği alt boyutları ile “hekim bağlılığı ölçeği”, “doktora güven ölçeği” ve “kısa psikolojik sağlamlık ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi için Pearson Çarpımı Momentler Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Bulgular Tablo 16’da yer almaktadır.

**Tablo 16.** Hekim Sahiplenme Ölçeği Boyutları ile Doktora Güven Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Arasındaki Korelasyon Sonuçları

	Bağlılık Boyutu	Korunacak Boyutu	Öz Kimlik Boyutu	Güven Boyutu	Uyum Boyutu	Hekime Bağlılık Ölçeği	Doktora Güven Ölçeği	Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
Bağlılık Boyutu	1	r=-0.719** p=0.000	r=-0.689** p=0.000	r=-0.579** p=0.000	r=-0.346** p=0.000	r=-0.392** p=0.000	r=-0.311** p=0.000	r=-0.011 p=0.000
Korunacak Boyutu	r=-0.719** p=0.000	1	r=-0.714** p=0.000	r=-0.634** p=0.000	r=-0.370** p=0.000	r=-0.391** p=0.000	r=-0.306** p=0.000	r=-0.048 p=0.000
Öz Kimlik Boyutu	r=-0.689** p=0.000	r=-0.714** p=0.000	1	r=-0.589** p=0.000	r=-0.361** p=0.000	r=-0.377** p=0.000	r=-0.289** p=0.000	r=-0.005 p=0.000
Güven Boyutu	r=-0.579** p=0.000	r=-0.634** p=0.000	r=-0.589** p=0.000	1	r=-0.542** p=0.000	r=-0.385** p=0.000	r=-0.315** p=0.000	r=-0.027 p=0.000
Uyum Boyutu	r=-0.346** p=0.000	r=-0.370** p=0.000	r=-0.361** p=0.000	r=-0.542** p=0.000	1	r=-0.293** p=0.000	r=-0.218** p=0.000	r=-0.096 p=0.000
Hekime Bağlılık Ölçeği	r=-0.392** p=0.000	r=-0.391** p=0.000	r=-0.377** p=0.000	r=-0.385** p=0.000	r=-0.293** p=0.000	1	r=-0.742** p=0.000	r=-0.026 p=0.000
Doktora Güven Ölçeği	r=-0.311** p=0.000	r=-0.306** p=0.000	r=-0.289** p=0.000	r=-0.315** p=0.000	r=-0.218** p=0.000	r=-0.742** p=0.000	1	r=-0.018 p=0.000
Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	r=-0.011 p=0.000	r=-0.048 p=0.000	r=-0.005 p=0.000	r=-0.027 p=0.000	r=-0.096* p=0.000	r=-0.026 p=0.000	r=-0.018 p=0.000	1

p\*\*<0.01

Tablo 16 incelendiği zaman bağlılık boyutu ile hekim bağlılığı ölçeği arasında ( $r=0.392$ ,  $p<0.01$ ) ve doktora güven ölçeği arasında ( $r=0.311$ ,  $p<0.01$ ) pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki görülmektedir. Korumacılık boyutu ile hekim bağlılığı ölçeği arasında ( $r=0.391$ ,  $p<0.01$ ) pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki görülmektedir. Öz kimlik boyutu ile diğer ölçekler arasındaki ilişki incelendiği zamanda hekim bağlılığı ölçeği ile arasında ( $r=0.377$ ,  $p<0.01$ ) ve doktora güven ölçeği arasında ( $r=0.289$ ,  $p<0.01$ ) pozitif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur. Güven boyutu ile hekim bağlılığı ölçeği arasında ( $r=0.385$ ,  $p<0.01$ ) ve doktora güven ölçeği arasında ( $r=0.315$ ,  $p<0.01$ ) pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Son boyut olan uyum boyutu ile hekim bağlılığı ölçeği arasında ( $r=0.293$ ,  $p<0.001$ ) ve doktora güven ölçeği arasında ( $r=0.218$ ,  $p<0.01$ ) pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bağlılık, korumacılık, öz kimlik ve güven boyutları ile kısa psikolojik sağlamlık ölçeği arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir.

Ölçüt geçerliğinin sağlanması için hekim sahiplenme ölçeğinin beş faktörünün birbirleri içindeki korelasyonları incelenmiştir. Hekim sahiplenme ölçeği faktörler arası korelasyon değerleri Tablo 17’de yer almaktadır.

**Tablo 17.** Hekim Sahiplenme Ölçeği Faktörler Arası Korelasyon Değerleri

	Bağlılık	Korumacılık	Öz Kimlik	Güven	Uyum
Bağlılık	1	0.719**	0.689**	0.579**	0.346**
Korumacılık		1	0.714**	0.634**	0.370**
Öz Kimlik			1	0.589**	0.361**
Güven				1	0.542**
Uyum					1

$p^{**}<0.01$

Hekim sahiplenme ölçeğinin faktörleri arasındaki korelasyon katsayıları tablosu incelendiği zaman bağlılık boyutu ile korumacılık boyutu arasında ( $r=0.719$ ,  $p=0.01$ ), bağlılık boyutu ile öz kimlik boyutu arasında ( $r=0.689$ ,  $p=0.01$ ), bağlılık boyutu ve güven boyutu arasında ( $r=0.579$ ,  $p=0.01$ ), bağlılık ve uyum boyut arasında ( $r=0.346$ ,  $p=0.01$ ), korumacılık boyutu ile öz kimlik boyutu arasında ( $r=0.714$ ,  $p=0.634$ ), korumacılık boyutu ve güven boyutu arasında ( $r=0.634$ ,  $p=0.01$ ), korumacılık boyutu ve uyum boyutu arasında ( $r=0.370$ ,  $p=0.01$ ), öz kimlik boyutu ve güven boyutu arasında ( $r=0.589$ ,  $p=0.01$ ), öz kimlik ve uyum boyutu arasında

( $r=0.361$ ,  $p=0.01$ ) ve güven boyutu ile uyum boyutu arasında ( $r=0.542$ ,  $p=0.01$ ) pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandığı görülmektedir.

Hekim Sahiplenme Ölçeğinin hem diğer ölçeklerle hem de faktörler arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde ölçüt geçerliliğinin sağlandığı ifade edilebilmektedir.

### **2.1.11. Ölçek Geliştirme Sürecinde Güvenilirlik Analizleri**

Ölçme aracında güvenilirlik ölçme sonuçlarının kararlılık derecesi veya hatalardan arınık olma derecesi olarak tanımlanmaktadır. Güvenilirlikte dikkat edilmesi gereken üç nokta bulunmaktadır. İlk dikkat edilmesi gereken özellik duyarlılıktır. Duyarlılık ölçme aracının ölçmek istediği özelliğe ne kadar hassas olduğunu ifade etmektedir. İkinci özellik olan kararlılık, ölçme aracından elde edilen sonuçların zamana karşı belirli bir kararlılığa sahip olmasını anlatmaktadır. Dikkat edilmesi gereken son nokta ise tutarlılıktır. Bir özelliğin ölçme aracıyla birçok kez ölçülmesi sonucu aynı ya da benzer sonuçların elde edilmesi tutarlılık olarak açıklanmaktadır (Şener, 2017, s. 211-212).

Bu çalışmada güvenilirlik analizleri için cronbach alfa katsayısı, CR değeri ve test tekrar test güvenilirlik katsayıları incelenmiştir.

Bu başlık altında da yapılan analizlere ve elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

#### **2.1.11.1. Cronbach Alfa Katsayısı**

Cronbach alfa katsayısı maddelerin iç tutarlılığını gösteren bir ölçüdür. Ölçekte yer alan maddelerin türdeş bir yapıyı açıklamak için bir bütün oluşturup oluşturamadıklarını ve ölçeğin genel güvenilirliğini değerlendirmektedir (Özdamar, 2017, s. 111). Cronbach alfa katsayısı yüksek olan ölçekteki maddelerin birbirleriyle tutarlı bir ilişkide olduğu ifade edilebilmektedir (Yıldız ve Uzunsakal, 2018, s. 19).

Tablo 18'de hekim sahiplenme ölçeği boyutları cronbach alfa katsayı değerlerine yer verilmiştir. Burada verilen değerler doğrulayıcı faktör analizinden sonra elde edilen değerlerdir.



**Tablo 18.** Hekim Sahiplenme Ölçeği Boyutları Cronbach Alpha Katsayısı

Boyutlar	Cronbach Alpha Katsayısı
Bağlılık	0.915
Korumacılık	0.921
Öz Kimlik	0.915
Güven	0.877
Uyum	0.864

Hekim sahiplenme ölçeği boyutlarının cronbach alfa katsayısı hesaplandığında bağlılık boyutunun cronbach alfa değeri 0.915, korumacılık boyutunun cronbach alfa değeri 0.921, öz kimlik boyutunun cronbach alfa değeri 0.915, güven boyutunun cronbach alfa değeri 0.877 ve uyum boyutunun cronbach alfa değeri 0.864 olarak bulunmuştur. Cronbach alfa değerinin 0.70 ile 0.90 arasında olması ölçeğin yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu, 0.90 ve üzerinde olması ise ölçeğin çok yüksek düzeyde güvenilir olduğunu ifade etmektedir (Özdamar, 2017, s. 112). Bu kapsamda güven ve uyum boyutlarının yüksek düzeyde, bağlılık, korumacılık ve öz kimlik boyutlarının çok yüksek düzeyde güvenilir olduğu yorumu yapılabilir.

#### 2.1.11.2. CR (Composite Reliability) Değeri

Güvenilirlik analizleri için CR (Composite Reliability) değerleri de kontrol edilmiş ve bu değerler Tablo 19’da verilmiştir.

**Tablo 19.** Hekim Sahiplenme Ölçeği Boyutları CR Değerleri

Boyutlar	CR Değeri
Bağlılık	0.91
Korumacılık	0.92
Öz Kimlik	0.91
Güven	0.88
Uyum	0.87

Boyutlara ait CR değerleri hesaplanmıştır. Tablo 19’da bulunan Hekim Sahiplenme Boyutlarının CR değerleri incelendiğinde bağlılık boyutunun CR değeri 0.91, korumacılık boyutunun CR değeri 0.92, öz kimlik boyutunun CR değeri 0.91,

güven boyutunun CR değeri 0.88 ve uyum boyutunun CR değeri 0.87 olarak bulunmuştur. CR değerlerinin 0.70 ve üzeri olması ölçeğin güvenilir olduğu anlamına gelmektedir (Raykov, 1998'den akt. Lapa vd., 2020: 92). Bu kapsamda değerlendirildiğinde tüm boyutların CR değerlerinin eşik değerin üzerinde ve güvenilir olduğu yorumu yapılabilir.

### 2.1.11.3. Test Tekrar Test Katsayısı

Hekim sahiplenme ölçeğinin güvenilirliğinin test edilmesi için son olarak test tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Test tekrar test yöntemi bir zaman örnekleme modelidir ve ölçme aracı belirli bir gruba belirli bir zaman aralığında tekrar uygulanarak gerçekleştirilmektedir. Bu zaman aralığı 15 ile 30 gün arasında olmalıdır. Yapılan iki uygulama arasındaki korelasyona bakılarak ölçeğin test tekrar test güvenilirliği saptanmaktadır (Şener, 2017, s. 213).

Hekim sahiplenme ölçeğinin belirli bir zaman aralığındaki kararlılığını istatistiksel olarak test etmek için 35 kişiye (lisansüstü öğrenci ve akademisyen) 15 gün ara ile iki uygulama yapılmıştır. İki uygulama arasındaki kararlılığı test etmek için Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayısına bakılmış ve sonuçları Tablo 20'de gösterilmiştir.

**Tablo 20.** Hekim Sahiplenme Ölçeğinin Test Tekrar Güvenilirlik Katsayıları

	<b>Bağlılık</b>	<b>Korumacılık</b>	<b>Öz Kimlik</b>	<b>Güven</b>	<b>Uyum</b>
<b>Bağlılık</b>	.929**				
<b>Korumacılık</b>		.915**			
<b>Öz Kimlik</b>			.826**		
<b>Güven</b>				.889**	
<b>Uyum</b>					.839**

n=35 p\*\*<0.01

Tablo 20'de görüldüğü üzere alt boyutların test tekrar test güvenilirlik katsayıları incelendiğinde bağlılık boyutunun 0.929, korumacılık boyutunun 0.915, öz kimlik boyutunun 0.826, güven boyutunun 0.889 ve uyum boyutunun 0.839 olarak tespit edildiği görülmektedir. Test tekrar test güvenilirlik katsayısının 0.80 ile 0.90 arasında olması, ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir (Özdamar, 2017, s.

83). Bu bağlamda hekim sahiplenme ölçeğinin güvenilir ve kararlı bir ölçüm yapabildiği ifade edilebilir.



## BÖLÜM 3

### BİREYLERİN HEKİM SAHIPLENME TUTUMLARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Geliştirilen hekim sahiplenme ölçeği kapsamında katılımcılardan yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve mesleklerine dair veri toplanmıştır. Ayrıca katılımcılara bu formu doldururken düşündükleri hastalıklarının kronik mi akut mu olduğu, gittikleri hekimin branşı, hekimin yaşı, hekime gidiş sayıları, hekimin cinsiyeti ve bu hekimden cerrahi operasyon hizmeti alıp almadığı sorulmuştur. Boyutların demografik değişkenlere göre karşılaştırmasının yapılabilmesi için verilen cevaplar analize tabi tutulmuştur. Bu kısımda katılımcılardan elde edilen verilerin analiz ve yorumlamalarına yer verilecektir.

#### 3.1. Bulgular

Bu başlık altında araştırmadan elde edilen bulgular sunulmaktadır.

##### 3.1.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan katılımcıların demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 21’de gösterilmektedir.

**Tablo 21.** Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
<b>Yaş (Yıl)</b>		
1.-29	141	23.4
2. 30-39	243	40.3
3.40-49	116	19.2
4. 50+	103	17.1
<b>Cinsiyet</b>		
1. Kadın	213	35.3
2. Erkek	390	64.7
<b>Medeni Durum</b>		
1. Evli	322	53.4
2. Evli Değil	281	46.6
<b>Eğitim Durumu</b>		
1. Ortaokul	62	10.3
2. Lise	135	22.4
3. Ön Lisans	98	16.3
4. Lisans	266	44.1
5. Lisansüstü	42	7.0
<b>Meslek</b>		

1. Memur	120	19.9
2. Esnaf	96	15.9
3. Öğrenci	39	6.5
4. Sağlık Personeli	46	7.6
5. Özel Sektör	116	19.2
6. Mimar-Mühendis	37	6.1
7. Çalışmıyor	76	12.6
<b>Hastalık</b>		
1. Kronik	341	56.6
2. Akut	213	35.3
<b>Hekim Branşı</b>		
1. Dahili Tıp	345	57.2
2. Cerrahi Tıp	220	36.5
3. Diş Hekimliği	32	5.3
<b>Hekimin Cinsiyeti</b>		
1. Kadın	192	31.8
2. Erkek	408	67.7
<b>Hekimin Yaşı</b>		
1. Genç	84	13.9
2. Orta Yaş	432	71.6
3. Yaşlı	84	13.9
<b>Hekime Gidiş Sayısı</b>		
1. 1-3	147	24.4
2. 4-6	155	25.7
3. 7-9	87	14.4
4. 10-12	114	18.9
5. 13-15	36	6.0
6. 16+	61	10.1
<b>Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu</b>		
1. Evet	127	21.1
2. Hayır	473	78.4
<b>Toplam</b>	<b>603</b>	<b>100.0</b>

\*Bazı demografik sorulara bazı katılımcılar cevap vermediği için bazı değişkenlerin toplamı 603'ün altına düşmektedir.

Katılımcıların yaşları 4 gruba ayrılmıştır. Tablo 23'te yaş grubu dağılımı incelendiğinde katılımcıların %23.4'ünün 29 yaş ve altında, %40.3'ünün 30-39 yaş aralığında, %19.2'sinin 40-49 yaş aralığında ve %17.1'inin 50 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların %64.7'si (390 birey) erkeklerden oluşurken, %35.3'ünü (213 birey) kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde %53.4'ünün (322 birey) evli iken %46.6'sının (281 birey) evli olmadığı görülmektedir.

Tablo 21'de yer aldığı gibi katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde; %10.3'ünün (62 birey) ortaokul ve altı, %22.4'ünün (135 birey) lise, %16.3'ünün (98

birey) ön lisans, %44.1'inin (266 birey) lisans ve %7'sinin (42 birey) lisansüstü eğitime sahip olduğu ortaya çıkmaktadır.

Katılımcılara “mesleğiniz” sorusu sorulmuş fakat bu sorunun cevaplanması zorunlu kılınmamıştır. Katılımcıların %12.1'i cevap vermemiştir. Cevap verenlerin %19.9'unun memur, %15.9'unun esnaf grubunda yer aldığı, %6.5'inin öğrenci olduğu, %7.6'sının sağlık personeli olduğu, %19.2'sinin özel sektörde yer aldığı, %6.1'inin mimar ve mühendis olduğu ve %12.6'luk kısmının ise çalışmadığı görülmektedir.

Katılımcılara “anketi cevaplarırken düşündükleri hastalıklarının kronik mi akut mu” olduğu sorulmuştur fakat bu sorunun cevaplanması için zorunluluk getirilmemiştir. Katılımcıların %8.1'i cevap vermemiştir. Katılımcıların hastalıkları incelendiğinde %56.6'sının kronik bir hastalığa sahip olduğu ve %35.3'ünün akut bir hastalığa sahip olduğu tespit edilmektedir.

Katılımcılara “anketi cevaplarırken düşündüğünüz hekimin branşı” nedir sorusu sorulmuş fakat bu sorunun cevaplanması için zorunluluk belirtilmemiştir. Katılımcıların %1'i bu soruyu cevaplamamıştır. Geriye kalan %99'luk katılımcının cevapları incelendiğinde %57.2'sinin dahili tıp alanında ve %36.5'inin cerrahi tıp alanında hizmet veren hekimlerden sağlık hizmeti aldığı ortaya çıkmıştır. %5.3'ünün ise diş hekimlerini düşünerek ankete cevap verdiği görülmektedir.

Katılımcılara “bu anketi cevaplarırken düşündüğünüz hekimin cinsiyeti” nedir sorusu sorulmuş fakat bu sorunun cevaplanması zorunlu tutulmamıştır. Katılımcıların %0.5'i bu soruyu cevaplamamıştır. %99.5 katılımcının cevapları incelendiğinde sağlık hizmeti aldıkları hekimlerin %31.8'inin kadın ve %67.7'sinin erkek olduğu görülmektedir.

Katılımcılara “bu anketi cevaplarırken düşündüğünüz hekimin yaşı” sorusu sorulmuş fakat bu sorunun cevaplanmasının zorunlu olduğu belirtilmemiştir. Katılımcıların %0.5'i bu soruyu cevapsız bırakmıştır. Cevap veren katılımcıların %13.9'unun genç bir hekimden, %71.6'sının orta yaşta bir hekimden ve %13.9'unun yaşlı bir hekimden sağlık hizmeti aldığı ortaya çıkmıştır.

Tablo 21'de katılımcıların sağlık hizmeti aldıkları hekimlerine gidiş sayılarının dağılımına yer verilmiştir. Katılımcılara “bu anketi cevaplarırken

düşündüğünüz hekime şimdiye kadar kaç kere gittiniz” sorusu sorulmuş fakat bu sorunun cevaplanması zorunlu tutulmamıştır. Soruyu katılımcıların %0.5’i cevaplamamıştır. Cevaplayan katılımcıların %24.4’ünün 3’ten daha az, %25.7’sinin 4-6 kez, %14.4’ünün 7-9 kez, %18.9’unun 10- 12 kez, %6’sının 13-15 kez ve %10.1’nin 16 ve daha fazla kez hekime gittikleri görülmektedir.

Katılımcılara “bu anketi cevaplarken düşündüğünüz hekimden cerrahi operasyon hizmeti aldınız mı” sorusu sorulmuş ve bu sorunun cevaplanması için bir zorunluluk getirilmemiştir. Katılımcıların %0.5’i bu soruyu cevaplamamıştır. Cevaplayan katılımcıların %21.1’inin gittikleri hekimden cerrahi operasyon hizmeti aldığı ve %78.4’ünün hekiminden cerrahi operasyon hizmeti almadığı tespit edilmiştir.

### 3.1.2. Hekim Sahiplenme Boyutlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Çalışmada verilerin normal dağılım gösterip göstermediklerinin belirlenmesi için normallik testi yapılmış ve her bir boyutun basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri bulunmuştur (Tablo 22). Boyutların basıklık (kurtosis) ve çarpıklık değerlerinin (skewness)-1.5 ile +1.5 arasında olması boyutların normal dağılım gösterdiğini açıklamaktadır (Tabachnick ve Fidell, 2012, s. 80).

**Tablo 22.** Boyutların Ortalama, Standart Sapma, Basıklık ve Çarpıklık Değerleri

	Ortalama	Standart Sapma	Skewness	Kurtosis
<b>Boyutlar</b>				
Bağlılık	3,2036	,86523	-,074	-,557
Korumacılık	3,7008	,89430	-,687	,101
Öz kimlik	3,3176	,95568	-,221	-,548
Güven	4,1797	,64690	-,791	,716
Uyum	4,3665	,57206	-,895	1,495

Boyutlar normal dağılım gösterdiğinden demografik değişkenlere göre karşılaştırmaların yapılabilmesi için parametrik testlerden yararlanılmıştır. İkili grupların karşılaştırılması yapılırken “independent t testi” kullanılmıştır. Üç ve üzeri grubun karşılaştırılması yapılırken “varyans analizi (ANOVA)” kullanılmış ve

değişkenler açısından fark bulunduğu zaman farkın kaynağının bulunması için “Tukey’s-b testi” yapılmıştır.

### 3.1.2.1. Bağlılık Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Bağlılık boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırması Tablo 23’te yer almaktadır.

**Tablo 23.** Bağlılık Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
<b>Yaş (Yıl)</b>				
1. -29	141	2.99	0.850	F= 3.619 p= <b>0.013</b> 2>1,3,4
2. 30-39	243	3.28	0.890	
3. 40-49	116	3.25	0.829	
4. 50+	103	3.24	0.831	
<b>Cinsiyet</b>				
1. Kadın	213	3.1961	0.86761	t= -0.157 p= 0.766
2. Erkek	390	3.2077	0.86501	
<b>Medeni Durum</b>				
1. Evli	322	3.2836	0.86839	t= 2.441 p= 0.537
2. Evli Değil	281	3.1119	0.85393	
<b>Eğitim</b>				
1. Ortaokul	62	3.308	0.733	F= 1.188 p=0.315
2. Lise	135	3.218	0.866	
3. Ön Lisans	98	3.325	0.752	
4. Lisans	266	3.140	0.938	
5. Lisansüstü	42	3.113	0.784	
<b>Meslek</b>				
1. Memur	120	3.287	0.856	F=2.497 p= <b>0.022</b>
2. Esnaf	96	3.284	0.773	
3. Öğrenci	39	2.874	0.888	
4. Sağlık Personeli	46	3.106	1.043	
5. Özel Sektör	116	3.308	0.850	
6. Mimar-Mühendis	37	2.906	0.896	
7. Çalışmıyor	76	3.196	0.815	
<b>Hastalık</b>				
1. Kronik	341	3.1727	0.89415	t= -0.570 p= 0.085
2. Akut	213	3.2160	0.82879	
<b>Hekim Branşı</b>				
1. Dahili Tıp	345	3.181	0.890	F= 0.222



2. Cerrahi Tıp	220	3.231	0.850	p= 0.801
3. Diş Hekimliği	32	3.208	0.700	
<b>Hekimin Cinsiyeti</b>				
1. Kadın	192	3.1887	0.84843	t= -0.263 p= 0.733
2. Erkek	408	3.2086	0.87333	
<b>Hekimin Yaşı</b>				
1. Genç	84	3.260	0.797	F= 0.753 p= 0.471
2. Orta Yaş	432	3.175	0.882	
3. Yaşlı	84	3.281	0.836	
<b>Hekime Gidiş Sayısı</b>				
1. 1-3	147	2.953	0.808	F= 4.920 p= <b>0.000</b> 6>1,2,3,4,5
2. 4-6	155	3.200	0.886	
3. 7-9	87	3.245	0.739	
4. 10-12	114	3.357	0.867	
5. 13-15	36	3.293	0.830	
6. 16+	61	3.555	0.978	
<b>Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu</b>				
1. Evet	127	3.3692	0.83076	t= 2.461 p= 0.625
2. Hayır	473	3.1574	0.86908	

Katılımcıların bağıllık boyutundan aldıkları puanları yaş gruplarına göre karşılaştırması yapıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (F= 3.619, p= 0.013). Yapılan ileri analizlerde farkın, 30-39 yaş arası olan grubun puanının diğer yaş gruplarının (-29, 40-49 ve 50+) puanlarından yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. 30-39 yaş grubunda yer alan katılımcıların diğer yaş grubunda yer alan katılımcılara göre hekimlerine daha fazla bağıllık duygusu hissettikleri sonucu ortaya çıkmaktadır.

Benzer şekilde bağıllık boyutunun puanlarının katılımcıların hekimlerine gidiş sayılarına göre karşılaştırılması yapıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Yapılan ileri analizlerde bu farkın, hekimlerine 16 kez ve daha fazla giden katılımcıların puanlarının, hekimlerine 16 defadan daha az giden tüm katılımcıların puanlarından yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Buradan hekimlerine daha fazla giden bireylerin hekimlerine karşı bağıllık duygularının daha fazla olduğu ve hekime gidiş sayısı arttıkça bağıllık duygusunun arttığı yorumu yapılabilir.

Ayrıca bağıllık boyutunun puanlarının katılımcıların mesleklerine göre karşılaştırılması yapıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan ileri analizlere göre, meslek gruplarının puanları arasında bir farklılık görülmemektedir.

Bağıllık boyutunun puanlarının katılımcıların cinsiyetlerine ( $t = -0.157$ ,  $p = 0.766$ ), medeni durumlarına ( $t = 2.441$ ,  $p = 0.537$ ), eğitim seviyelerine ( $F = 1.188$ ,  $p = 0.315$ ), hastalıklarına ( $t = -0.570$ ,  $p = 0.085$ ), tercih ettikleri hekimlerinin branşlarına ( $F = 0.222$ ,  $p = 0.801$ ), cinsiyetine ( $t = -0.263$ ,  $p = 0.733$ ), yaşına ( $F = 0.753$ ,  $p = 0.471$ ) ve bu hekimden cerrahi operasyon hizmeti alma durumlarına göre ( $t = 2.461$ ,  $p = 0.625$ ) karşılaştırıldığına istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir.

### 3.1.2.2. Korumacılık Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Tablo 24'te korumacılık boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması yer almaktadır.

**Tablo 24.** Korumacılık Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
<b>Yaş (Yıl)</b>				
1. -29	141	3.427	0.994	F= 5.936 p= 0.001 1<2,3,4
2. 30-39	243	3.782	0.836	
3. 40-49	116	3.811	0.834	
4. 50+	103	3.757	0.882	
<b>Cinsiyet</b>				
1. Kadın	213	3.651	0.926	t= -0.992 p= 0.168
2. Erkek	390	3.727	0.876	
<b>Medeni Durum</b>				
1. Evli	322	3.800	0.850	t= 2.945 p= 0.140
2. Evli Değil	281	3.586	0.930	
<b>Eğitim</b>				
1. Ortaokul	62	3.758	0.783	F= 1.188 p= 0.315
2. Lise	135	3.723	0.854	
3. Ön Lisans	98	3.883	0.810	
4. Lisans	266	3.614	0.968	
5. Lisansüstü	42	3.663	0.831	

<b>Meslek</b>				
1. Memur	120	3.753	0.900	F= 1.349 p= 0.233
2. Esnaf	96	3.726	0.758	
3. Öğrenci	39	3.476	1.017	
4. Sağlık Personeli	46	3.627	0.997	
5. Özel Sektör	116	3.793	1.008	
6. Mimar-Mühendis	37	3.417	0.989	
7. Çalışmıyor	76	3.715	0.813	
<b>Hastalık</b>				
1. Kronik	341	3.646	0.894	t= -1.868
2. Akut	213	3.791	0.828	p= 0.335
<b>Hekim Branşı</b>				
1. Dahili Tıp	345	3.665	0.934	F= 0.845 p= 0.430
2. Cerrahi Tıp	220	3.764	0.809	
3. Diş Hekimliği	32	3.687	0.884	
<b>Hekimin Cinsiyeti</b>				
1. Kadın	192	3.701	0.884	t= -0.010 p=0.945
2. Erkek	408	3.702	0.898	
<b>Hekimin Yaşı</b>				
1. Genç	84	3.775	0.920	F= 0.987 p= 0.373
2. Orta Yaş	432	3.670	0.900	
3. Yaşlı	84	3.792	0.825	
<b>Hekime Gidiş Sayısı</b>				
1. 1-3	147	3.437	0.990	F= 4.537 <b>p= 0.000</b>  5,6>1,2,3,4
2. 4-6	155	3.706	0.860	
3. 7-9	87	3.814	0.748	
4. 10-12	114	3.751	0.838	
5. 13-15	36	3.837	0.715	
6. 16+	61	3.995	0.982	
<b>Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu</b>				
1. Evet	127	3.905	0.717	t= 2.907 <b>p= 0.003</b>
2. Hayır	473	3.647	0.928	

Katılımcıların “korumacılık” boyutundan aldıkları puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F= 5.936 p= 0.001). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 29 yaş ve altı katılımcıların, diğer yaş gruplarındaki katılımcılardan (30-39, 30-49, 50+) daha

düşük puan almasından kaynaklandığı saptanmıştır. Katılımcıların yaşları arttıkça hekimlerini koruma duygularının da artış gösterdiği anlaşılmaktadır.

Katılımcıların “korumacılık” boyutundan aldıkları puanlar hekime gidiş sayılarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (F= 4.537 p= 0.000). Yapılan ileri analizlerle hekime üçten daha az giden katılımcıların, hekime üçten daha fazla giden gruplardan (4-6, 7-9, 10-12, 13-15, 16+) daha düşük puan olduğu bulunmuştur. Buradan hekimlerine daha fazla giden bireylerde hekimlerini koruma konusunda daha hassas oldukları ve koruma duygularının daha fazla olduğu yorumu yapılabilmektedir.

Katılımcıların “korumacılık” boyutundan aldıkları puanlar, anket formunu doldururken düşündükleri hekimlerinden cerrahi operasyon hizmeti alıp almama durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür (t= 2.907 p= 0.003). Bu fark cerrahi operasyon hizmeti alanların korumacılık puanlarının daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

“Korumacılık” boyutunun puanları katılımcıların cinsiyetlerine (t= -0.99 p= 0.168), medeni durumlarına (t= 2.945 p=0.140), eğitim seviyelerine (F= 1.188 p= 0.315), mesleklerine (F= 1.349 p= 0.233), hastalıklarına (t= -1.868 p= 0.335), anket formunu doldururken düşündükleri hekimlerin branşına (F= 0.845 p= 0.430), cinsiyetine (t= -0.010 p= 0.945), ve yaşına (F= 0.987 p= 0.373) göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.

### 3.1.2.3. Öz Kimlik Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Öz kimlik boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 25’te yer almaktadır.

**Tablo 25.** Öz Kimlik Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
<b>Yaş (Yıl)</b>				
-29	141	3.131	1.029	F= 2.445 p= 0.063
30-39	243	3.383	0.925	
40-49	116	3.334	0.955	
50+	103	3.398	0.899	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	213	3.316	1.040	t= -0.992

Erkek	390	3.318	0.907	p= 0.168
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	322	3.409	0.944	t= 2.538
Evli Değil	281	3.212	0.959	p= 0.811
<b>Eğitim</b>				
Ortaokul	62	3.279	0.819	F= 1.161 p= 0.327
Lise	135	3.414	0.908	
Ön Lisans	98	3.428	0.898	
Lisans	266	3.238	1.034	
Lisansüstü	42	3.301	0.888	
<b>Meslek</b>				
Memur	120	3.427	0.934	F= 1.391 p= 0.216
Esnaf	96	3.369	0.772	
Öğrenci	39	3.149	1.077	
Sağlık Personeli	46	3.119	1.199	
Özel Sektör	116	3.334	0.982	
Mimar-Mühendis	37	3.040	1.012	
Çalışmıyor	76	3.383	0.989	
<b>Hastalık</b>				
Kronik	341	3.259	0.968	t= -1.618
Akut	213	3.395	0.959	p= 0.558
<b>Hekim Branşı</b>				
Dahili Tıp	345	3.286	0.990	F= 0.596 p= 0.552
Cerrahi Tıp	220	3.373	0.907	
Diş Hekimliği	32	3.276	0.887	
<b>Hekimin Cinsiyeti</b>				
Kadın	192	3.286	0.941	t= -0.507
Erkek	408	3.328	0.962	p= 0.641
<b>Hekimin Yaşı</b>				
Genç	84	3.361	0.928	F= 1.080 p=0.340
Orta Yaş	432	3.282	0.964	
Yaşlı	84	3.440	0.932	
<b>Hekime Gidiş Sayısı</b>				
1-3	147	3.039	0.987	F= 5.737 p= 0.000 3,6>1,2,4,5
4-6	155	3.311	0.958	
7-9	87	3.423	0.843	
10-12	114	3.371	0.888	
13-15	36	3.250	0.875	
16+	61	3.315	1.003	
<b>Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu</b>				

Evet	127	3.467	0.851	t= 2.023 p= 0.047
Hayır	473	3.274	0.978	

Katılımcıların “öz kimlik” boyutundan aldıkları puanlar hekime gidiş sayılarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Yapılan ileri analizlerde 16 ve daha fazla kez hekime giden katılımcıların 16’dan daha az giden katılımcılardan daha yüksek puan aldığı ve hekime gidiş sayısı arttıkça puanların artış gösterdiği görülmüştür. Hekimlerine daha fazla giden bireylerin hekimlerini daha fazla benimsedikleri, onları çevrelerinden, ailelerinden biri olarak gördükleri anlaşılmaktadır.

Katılımcıların “öz kimlik” boyutundan aldıkları puanlar anket formunu doldururken düşündükleri hekimden cerrahi operasyon hizmeti alıp almama durumlarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu fark cerrahi operasyon hizmeti alan katılımcıların puanının ( $3.467 \pm 0.851$ ), cerrahi operasyon hizmeti almayan katılımcıların puanından ( $3.274 \pm 0.978$ ) yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

“Öz kimlik” boyutunun puanları katılımcıların yaş gruplarına ( $F= 2.445$   $p= 0.063$ ), cinsiyetlerine ( $t= -0.992$   $p= 0.168$ ), medeni durumlarına ( $t= 2.538$   $p= 0.811$ ), eğitim seviyelerine ( $F= 1.161$   $p= 0.327$ ), mesleklerine ( $F= 1.391$   $p= 0.216$ ), hastalıklarına ( $t= -1.168$   $p= 0.558$ ), anket formunu doldururken düşündükleri hekimlerinin branşına ( $F= 0.596$   $p= 0.552$ ), cinsiyetine ( $t= -0.507$   $p= 0.641$ ) ve yaşına ( $F= 1.080$   $p= 0.340$ ) göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.

#### 3.1.2.4. Güven Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Tablo 26’da güven boyutunun demografik değişkenler göre karşılaştırılması yer almaktadır.

**Tablo 26.** Güven Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
<b>Yaş (Yıl)</b>				
1. -29	141	4.076	0.699	F= 1.622 p= 0.183
2. 30-39	243	4.202	0.612	
3. 40-49	116	4.234	0.568	

4. 50+	103	4.205	0.722	
<b>Cinsiyet</b>				
1. Kadın	213	4.126	0.752	t= -1.507
2. Erkek	390	4.209	0.598	p= <b>0.002</b>
<b>Medeni Durum</b>				
1. Evli	322	4.235	0.618	t= 2.256
2. Evli Değil	281	4.116	0.673	p= 0.293
<b>Eğitim</b>				
1. Ortaokul	62	4.164	0.560	F= 0.629 p= 0.642
2. Lise	135	4.195	0.677	
3. Ön Lisans	98	4.260	0.578	
4. Lisans	266	4.157	0.677	
5. Lisansüstü	42	4.103	0.622	
<b>Meslek</b>				
1. Memur	120	4.227	0.592	F= 1.449 p= 0.194
2. Esnaf	96	4.251	0.493	
3. Öğrenci	39	4.175	0.612	
4. Sağlık Personeli	46	4.083	0.820	
5. Özel Sektör	116	4.192	0.651	
6. Mimar-Mühendis	37	3.923	0.805	
7. Çalışmıyor	76	4.149	0.745	
<b>Hastalık</b>				
1. Kronik	341	4.170	0.647	t= -0.055
2. Akut	213	4.173	0.652	p= 0.983
<b>Hekim Branşı</b>				
1. Dahili Tıp	345	4.180	0.679	F= 0.632 p= 0.532
2. Cerrahi Tıp	220	4.194	0.600	
3. Diş Hekimliği	32	4.057	0.584	
<b>Hekimin Cinsiyeti</b>				
1. Kadın	192	4.178	0.657	t= 0.020
2. Erkek	408	4.177	0.643	p= 0.800
<b>Hekimin Yaşı</b>				
1. Genç	84	4.204	0.648	F= 0.704 p= 0.495
2. Orta Yaş	432	4.159	0.663	
3. Yaşlı	84	4.246	0.560	
<b>Hekime Gidiş Sayısı</b>				
1. 1-3	147	3.943	0.763	F= 5.836 p= <b>0.000</b>
2. 4-6	155	4.204	0.617	
3. 7-9	87	4.279	0.559	
4. 10-12	114	4.252	0.580	

5. 13-15	36	4.245	0.475	1<2,3,4,5,6
6. 16+	61	4.352	0.613	
<b>Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu</b>				
1. Evet	127	4.269	0.569	t= 1.786 p= 0.201
2. Hayır	473	4.153	0.665	

Katılımcıların “güven” boyutundan aldıkları puanlar cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $t=-1.507$   $p=0.002$ ). Bu fark erkek katılımcıların puanının ( $4.209 \pm 0.598$ ) kadın katılımcıların puanından ( $4.126 \pm 0.752$ ) daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Benzer şekilde, katılımcıların “güven” boyutundan aldıkları puanlar hekimlerine gidiş sayılarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmektedir ( $F= 5.836$   $p= 0.000$ ). Yapılan ileri analizlerde (Tukey’s-b testi) hekime 1-3 kez aralığında giden grubun diğer gruplardan daha düşük puan aldığı ve hekime gidiş sayısı arttıkça puanlarında arttığı ortaya çıkmıştır. Buradan bireylerin hekimlerine gidiş sayıları arttıkça onlarla daha fazla iletişim kurdukları ve daha fazla güven hissettikleri yorumu yapılabilmektedir.

“Güven” boyutunun puanları katılımcıların yaş gruplarına ( $F=1.622$   $p=0.183$ ), medeni durumlarına ( $t=2.256$   $p=0.293$ ), eğitim seviyelerine ( $F=0.629$   $p=0.642$ ), mesleklerine ( $F= 1.449$   $p= 0.194$ ), hastalıklarına ( $t= -0.055$   $p=0.983$ ), anket formunu doldururken düşündükleri hekimlerinin branşına ( $F=0.632$   $p=0.532$ ), cinsiyetine ( $t=0.020$   $p=0.800$ ), yaşına ( $F=0.704$   $p=0.495$ ) ve bu hekimden cerrahi operasyon hizmeti alıp almama durumuna ( $t=1.786$   $p=0.201$ ) göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

### 3.1.2.5. Uyum Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Tablo 27’de uyum boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması yer almaktadır.

**Tablo 27.** Uyum Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
<b>Yaş (Yıl)</b>				
1. -29	141	4.363	0.609	F= 0.840
2. 30-39	243	4.352	0.521	



3. 40-49	116	4.409	0.542	p= 0.280
4. 50+	103	4.354	0.665	
<b>Cinsiyet</b>				
1. Kadın	213	4.379	0.605	t= 0.400 p= 0.577
2. Erkek	390	4.359	0.553	
<b>Medeni Durum</b>				
1. Evli	322	4.394	0.534	t= 1.283 p= 0.063
2. Evli Değil	281	4.334	0.612	
<b>Eğitim</b>				
1. Ortaokul	62	4.270	0.606	F= 1.501 p= 0.200
2. Lise	135	4.307	0.643	
3. Ön Lisans	98	4.344	0.509	
4. Lisans	266	4.422	0.552	
5. Lisansüstü	42	4.398	0.518	
<b>Meslek</b>				
1. Memur	120	4.350	0.516	F= 0.451 p= 0.844
2. Esnaf	96	4.364	0.516	
3. Öğrenci	39	4.455	0.595	
4. Sağlık Personeli	46	4.402	0.588	
5. Özel Sektör	116	4.415	0.570	
6. Mimar-Mühendis	37	4.344	0.596	
7. Çalışmıyor	76	4.312	0.696	
<b>Hastalık</b>				
1. Kronik	341	4.348	0.556	t= -0.609 p= 0.229
2. Akut	213	4.379	0.616	
<b>Hekim Branşı</b>				
1. Dahili Tıp	345	4.387	0.579	F= 0.843 p= 0.431
2. Cerrahi Tıp	220	4.325	0.572	
3. Diş Hekimliği	32	4.398	0.499	
<b>Hekimin Cinsiyeti</b>				
1. Kadın	192	4.352	0.536	t= -0.443 p= 0.188
2. Erkek	408	5.375	0.587	
<b>Hekimin Yaşı</b>				
1. Genç	84	4.357	0.554	F= 0.498 p= 0.608
2. Orta Yaş	432	4.358	0.567	
3. Yaşlı	84	4.425	0.608	
<b>Hekime Gidiş Sayısı</b>				
1. 1-3	147	4.216	0.659	F= 3.161 p= 0.008
2. 4-6	155	4.387	0.521	
3. 7-9	87	4.482	0.511	

4. 10-12	114	4.407	0.540	1<2,3,4,5,6
5. 13-15	36	4.444	0.503	
6. 16+	61	4.401	0.583	
<b>Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu</b>				
1. Evet	127	4.326	0.570	t= -0.915
2. Hayır	473	4.379	0.571	p= 0.684

Katılımcıların “uyum” boyutundan aldıkları puanlar hekimlerine gidiş sayılarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmektedir (F=3.161 p=0.008). Yapılan ileri analizlerde hekime 1-3 kez aralığında giden grubun diğer gruplardan daha düşük puan aldığı ve hekime gidiş sayısı arttıkça puanlarında arttığı ortaya çıkmıştır. Buradan bireylerin hekimlerine gidiş sayıları arttıkça onların verdiği tedavi ve tavsiyelere daha fazla uyup göstererek hayatlarına entegre ettikleri yorumu yapılabilmektedir.

“Uyum” boyutunun puanları katılımcıların yaş gruplarına (F=0.840 p=0.380), cinsiyetlerine (t=0.400 p=0.577), medeni durumlarına (t=1.283 p=0.063), eğitim seviyelerine (F=1.501 p=0.200), mesleklerine (F= 0.451 p=0.844), hastalıklarına (t=0.609 p=0.229), anket formunu doldururken düşündükleri hekimlerinin branşına (F=0.843 p=0.431), cinsiyetine (t= -0.443 p=0.188), yaşına (F=0.498 p=0.608) ve bu hekimden cerrahi operasyon hizmeti alıp almama durumlarına (t= -0.915 p=0.684) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.

### 3.1.3. Hekim Sahiplenme Boyutları ile Katılımcıların Hekime Gidiş Sayıları Arasındaki İlişki

Tablo 28’de hekim sahiplenme boyutları ile katılımcıların hekime gidiş sayıları arasındaki ilişkiye dair pearson korelasyon analizi bulguları yer almaktadır.

**Tablo 28. Hekim Sahiplenme Boyutları ile Katılımcıların Hekime Gidiş Sayılarına İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları**

	Bağlılık Boyutu	Korumacılık Boyutu	Öz Kimlik Boyutu	Güven Boyutu	Uyum Boyutu	Katılımcıların Hekime Gidiş Sayıları
Bağlılık Boyutu	1	r=-0.719** p=0.000	r=0.689** p=0.000	r=0.579** p=0.000	r=0.346** p=0.000	<b>r=0.184**</b> <b>p=0.000</b>
Korumacılık Boyutu		1	r=0.714** p=0.000	r=0.634** p=0.000	r=0.370** p=0.000	<b>r=0.170**</b> <b>p=0.000</b>
Öz Kimlik Boyutu			1	r=0.589** p=0.000	r=0.361 p=0.000	<b>r=0.181**</b> <b>p=0.000</b>
Güven Boyutu				1	r=0.542** p=0.000	<b>r=0.177**</b> <b>p=0.000</b>
Uyum Boyutu					1	<b>r=0.106**</b> <b>p=0.010</b>
Katılımcıların Yaşları						1

Bağlılık, korumacılık, öz kimlik, güven ve uyum boyutlarından alınan puanlar ile bireylerin hekime gidiş sayıları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Yapılan inceleme sonrası bağlılık, korumacılık, öz kimlik, güven ve uyum boyutları ile hekime gidiş sayısı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların hekime gidiş sayıları arttıkça hekimlerini sahiplenme düzeyleri de artmaktadır.

### 3.1.4. Hekim Sahiplenme Boyutları ile Katılımcıların Yaş Grupları Arasındaki İlişki

Tablo 29’da hekim sahiplenme boyutları ile katılımcıların yaş grupları arasındaki ilişkilere dair pearson korelasyon analizi bulguları yer almaktadır.

**Tablo 29. Hekim Sahiplenme Boyutları ile Katılımcıların Yaş Gruplarına İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları**

	Bağlılık Boyutu	Korumacılık Boyutu	Öz Kimlik Boyutu	Güven Boyutu	Uyum Boyutu	Katılımcıların Yaşları
Bağlılık Boyutu	1	r=0.719** p=0.000	r=0.689** p=0.000	r=0.579** p=0.000	r=0.346** p=0.000	<b>r=0.082*</b> <b>p=0.045</b>
Korumacılık Boyutu		1	r=0.714** p=0.000	r=0.634** p=0.000	r=0.370** p=0.000	<b>r=0.116**</b> <b>p=0.004</b>
Öz Kimlik Boyutu			1	r=0.589** p=0.000	r=0.361 p=0.000	r=0.077 p=0.058
Güven Boyutu				1	r=0.542** p=0.000	r=0.066 p=0.103
Uyum Boyutu					1	r=0.008 p=0.837
Katılımcıların Yaşları						1

Korumacılık, öz kimlik, güven ve uyum boyutlarından alınan puanlar ile katılımcıların yaş grupları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda bağlılık, öz kimlik, güven ve uyum boyutları ile katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Bunun dışında bağlılık boyutu ve korumacılık boyutu ile katılımcıların yaşları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşları arttıkça hekimlerini koruma istekleri ve onlara bağlılıkları artmaktadır.

### 3.2. Tartışma

Bu bölümde ölçek geliştirme süreci ve elde edilen bulgular tartışılmaktadır.

Bu çalışmada temel olarak psikolojik sahiplenme ele alınmıştır. Psikolojik sahiplenmenin, bireylerin somut veya soyut şeyleri kendilerine ait olarak hissetmesi, bilişsel ve duygusal bir yapıdan oluşan bir olgu olduğu göz önüne alındığında insan ilişkilerinde de önemli olabileceği, hekim ve hasta ilişkisi açısından da ele alınabileceği düşünülmüştür. Literatür taraması sonrasında psikolojik sahiplenmenin diğer disiplinlerde araştırılmasına rağmen sağlık yönetimi ve sağlık sosyolojisi alanlarında çok fazla araştırılmadığı görülmüştür. Gerek kavramsal gerekse ampirik olarak ele alınmamış hekim sahiplenme olgusu incelenmeye ve bu doğrultuda da

bireylerin hekim sahiplenme düzeylerini ölçen bir ölçme geliştirmenin uygun olacağına karar verilmiştir.

Ölçek geliştirme süreciyle ilgili alanyazın incelenmiş, gerekli okumalar yapılmış ve süreç içerisinde de sürekli araştırmaya devam edilmiştir. Ölçek geliştirme aşamalarının genel olarak benzer olduğu görölmüştür (Murphy ve Davidshofer, 2005; Erkuş; 2007; Karakoç ve Dönmez, 2014; Seçer, 2015; Özdamar, 2017; Erkuş, 2019; Özer ve Yılmaz, 2020; Bayrakcı, 2020). Genel olarak görölen aşamalar özetle; madde havuzunun oluşturulması, uzman görüşünün alınması, ön deneme aşamasının gerçekteştirilmesi, geçerlilik çalışmalarının ve güvenilirlik analizlerinin gerçekteştirilmesi ve elde edilen ölçeğin gerçekte toplum üzerinde yapılmasıdır (Özdamar, 2017; Erkuş, 2019). Bu araştırmada da ilgili fenomenin kavramsal alt yapısı belirlenerek nitel görüşmeler neticesinde madde havuzu oluşturulmuş, madde havuzu için uzman görüşleri alınmış, ön deneme aşaması yapılarak ölçeğin anlaşılabilirliği test edilmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılarak, ölçek Ankara ilinde yaşayan bireylerde uygulanmıştır. Ölçek geliştirilirken izlenen aşamaların, alanyazında mevcut olan aşamalarla benzerlik göstermesi, doğru bir yol izlendiğini destekler niteliktedir.

Ölçek geliştirmenin ilk aşaması olan madde havuzunun oluşturulmasında psikolojik sahiplenme kavramı temel alınmıştır. Psikolojik sahiplenmeyle ilgili ölçeklerden yararlanılarak, alan okumalarından destek alarak ve hastalarla yapılan nitel görüşmelerden elde edilen bulgularla madde havuzu oluşturulmuştur. Yapılan diğer araştırmalara bakıldığında bazı araştırmalarda madde havuzunun genelde kuramdan, modelden ve alan okumalarıyla oluşturulduğuna veya bu aşamanın roparlanmadığına rastlanılmıştır (Uçar, 2018; Özer, 2019; Bayrakcı 2020; Ünal, 2020; Koca ve Erigüç, 2021). Erkuş'a göre tutum gibi bir değişken ölçüleceği zaman, alan okumalarına ek olarak hedef grubun özelliklerini taşıyan bireylerden ölçölmek istenen tutum hakkında görüşleri alınmalı, kompozisyon yazdırılmalı ve buradan edinilen bilgiler madde oluştururken kullanılmalıdır (2019, s. 52). Bazı araştırmacıların bu tekniği kullandığı gözlemlenmiştir (Karal ve Kokoç, 2010; Demir ve Akpınar, 2015; Atik ve Doğan, 2019). Bu araştırmada madde havuzu oluşturmak için nitel görüşmeler yapılması maddelerin nitelik ve nicelik açasından daha güçlü olmasını sağlamıştır.

Uzman görüşünün alınması ve ön deneme aşamasının yapılması taslak ölçek formunun oluşabilmesi için oldukça önemlidir. Madde havuzunun mantıksal olarak gözden geçirilmesi, uzman kişilerin görüşleri alınarak ön elemeyden geçirilmesi ve az sayıda örneklem ile ön deneme aşamasının gerçekleştirilerek madde indirgenmesi ve düzeltilmesi yapılmalıdır (Özdamar, 2017, s. 46). Uzman görüşü sözel tartışma panel yoluyla ve görgül istatistik yöntemle yapılmalı, ön deneme aşaması da gerçek örnekleme uygun on on beş kişi üzerinde, yüz yüze gerçekleştirilmelidir (Erkuş, 2019, s. 53-56). Bu araştırmada gerçekleştirilen uzman görüşü ve ön deneme aşamalarının da ölçek geliştirme sürecine uygun olarak gerçekleştiği görülmektedir.

Alanyazın incelendiğinde yapı geçerliliği, içerik geçerliliği, ölçüt geçerliliği, kapsam geçerliliği, uyum geçerliliği, kültürel geçerlilik, içsel geçerlilik, değerlendirme geçerliliği (Özdamar, 2017, s. 70), yakınsak ve ıraksak geçerlilik (Yaşlıoğlu, 2017) gibi birçok geçerlilik yöntemi görülmektedir. Bu araştırmada geçerlilik yöntemlerinden kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, yakınsak ve ıraksak geçerlilik, ölçüt geçerliliği kullanılmıştır. Seçer de geçerlilik yöntemlerini kapsam geçerliliği, ölçüt geçerliliği, yapı geçerliliği ve görünüş geçerliliği olarak dört gruba ayırmaktadır (2017, s. 220-222). Buradan hareketle bu araştırmada kullanılan geçerlilik aşamalarının yeterli olduğu görülmektedir. Diğer araştırmaların kullandığı geçerlilik çalışmaları da bu çalışmayla benzerlik göstermektedir (Demir ve Koç, 2013; İlhan ve Çetin, 2013; Ersanlı ve Batık, 2018; Batıgün vd., 2018; Şengül ve Bulut, 2020; Özer ve Yılmaz, 2020; Lapa vd., 2020; Kıracı ve Öztürk, 2021; Özalp vd., 2021).

Seçer tarafından güvenilirlik analizleri; test tekrar test yöntemi, eş değer formlar güvenilirliği, cronbach alfa yöntemi ve iki yarı güvenilirliği olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır (2017, s. 213-217). Bu araştırmada da güvenilirlik yöntemlerinden cronbach alfa, CR değeri ve test tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Özdamar da güvenilirlik hesaplama yöntemleri olarak, cronbach alfa yöntemi, paralel yöntem güvenilirlik katsayısı yöntemi, ikiye bölme yöntemi, test tekrar test yöntemini önermektedir (2017, s. 79-83). Önerilen yöntemler araştırmada kullanılan yöntemleri içerdiği için güvenilirlik analizlerinin ölçek geliştirme sürecine uygun olduğu görülmektedir.

Araştırmada bireylerin hekim sahiplenmesini etkileyen değişkenlerin neler olduğu incelendiğinde, bireylerin yaşının bağıllık ve korumacılık boyutları ile aralarında anlamlı bir fark çıktığı ve yaşın sahiplenmeyi etkilediği görülmektedir. Bireylerin hekime gidiş sayısının bağıllık, korumacılık, güven, öz kimlik ve uyum boyutlarıyla arasında anlamlı bir fark çıkmış ve hekime gidiş sayısının bireyin hekimini sahiplenmesinde önemli bir rol oynadığı tespit edilmiştir. Hekim sahiplenmeyi etkileyen diğer bir değişken ise bireylerin hekimlerinden cerrahi operasyon alıp almama durumları olmuştur. Bireylerin hekimlerinden cerrahi operasyon alıp almama durumlarının korumacılık boyutu ve öz kimlik boyutu açısından anlamlı bir ilişki fark görülmesi, bu durumun bireyin hekimini sahiplenmesinde önemli bir rolünün olduğunu göstermektedir. Hekimi sahiplenmeyi etkileyen son değişken ise bireylerin cinsiyetidir. Cinsiyet ve güven boyutu arasında anlamlı bir fark görülmesi, bu değişkenin hekimi sahiplenmeyi etkilediğini ifade etmektedir.

Bireylerin hekime gidiş sayıları ile bağıllık, korumacılık, güven, öz kimlik ve uyum boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Hekimlerine on altı kez ve daha fazla giden bireylerin on altıdan daha az giden bireylerden daha fazla bağıllık gösterdikleri görülmüştür. Bağıllık alanyazında duygusal bağıllık, devam bağıllığı ve normatif bağıllık olarak üç boyutta ele alınmaktadır (Meyer ve Allen, 1984). Duygusal bağıllık, psikolojik bir bağıllık türüdür. Bireyin kendi değerlerinin örgütün kendi değerleriyle uyuşması ve örgütün üyesi olmaktan dolayı mutluluk duymaları sonucunda oluşmaktadır (Ensher vd., 2001, s. 56). Devam bağıllığı ise bireyin örgütte çalıştığı süre içerisinde harcadığı çaba, zaman ve emeğin örgütten ayrılması sonucunda kaybedileceği düşüncesiyle oluşan bağıllık türüdür (Yılmaz, 2010, s. 238). Bu bağıllık türleri örgütsel bağlamda açıklansa da hastaların hekimlerine gidiş sayılarının artış göstermesiyle hekimlerine daha fazla bağıllık göstermelerini açıklamaya yardımcı olmaktadır. Bir birey sürekli aynı hekimi tercih ettiğine göre onunla sağlık konusunda değerleri uyuşmakta ve sürekli aynı hekimi tercih etmesiyle birey sağlığında ve tedavisinde önemli aşamalara gelmektedir. Farklı bir hekime gitse kendi sağlığı için verdiği emek zarar görebilmekte ve her hekimde farklı tedavi alarak sağlığını kazanma süresini geciktirebilmektedir. Hekime gitme sayısı arttıkça hekimle birey arasındaki paylaşım artmakta ve bireyler de hekimlerine daha fazla

bağlılık göstermektedirler. Bağlılık, hekim bağlılığı açısından bireylerin sağlık hizmeti almak için gittikleri hekimden memnuniyet ve güven duymaları sonucunda sağlık hizmeti ihtiyaçları için tekrar aynı hekimi tercih etmeleri olarak tanımlanabilmektedir. Hekimlerine güven duyan bireyler de ihtiyaç duydukları durumlarda tekrar aynı hekimi seçmektedirler. Araştırmada da dört kez ve daha fazla giden bireylerin dörtten daha az giden bireylere göre daha fazla hekime güven duygusu hissettikleri görülmüştür. Bireyin hekim sahiplenmesi hizmet aldığı hekime duyduğu güven ile oluşmaktadır. Güven duygusunun oluşabilmesi için hekimine memnuniyet duyması gerekmektedir. Birey memnun olduğu hekimi değiştirmemekte ve hekimine gitmeye devam ederek ona git gide daha fazla güvenmektedir.

Genel olarak bakıldığında bireylerin hekimlerine gidiş sayıları hekimlerini sahiplenmeyi etkilemektedir. Hekime gidiş sayısı ve sahiplenmenin gerçekleşmesinin birbirine paralel ilerlediği düşünülmektedir. Bireylerin bağlılık gösterdikleri ve güvendikleri hekimlere gitmeyi tercih etmeleri, hekime gidiş sayısını arttırmaktadır. Hekime gidiş sayısı arttıkça da bireyin hekimi koruma içgüdüğü artmakta, onun verdiği öneri ve talimatlara daha fazla uyum göstermektedir. Ayrıca sürekli aynı hekime giden bir hasta zamanla hekimi daha fazla sahiplenmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile de hekim seçiminin hastanın tercihinin bırakılması bireylerin sahiplendikleri hekime gitmeleri ve bu sayede hekimlerini daha fazla sahiplenmelerinin önü açılmıştır.

Araştırmada katılımcıların yaşları ile hekim sahiplenme arasında farklılığın olup olmadığı incelenmiştir. Yaş değişkeni ile bağlılık ve güven boyutları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Bu farkın kaynağı incelendiğinde ise 30-39 yaş grubunda bulunan katılımcıların hekimlerine daha çok bağlılık gösterdikleri ve 30 yaş üstü bireylerin hekimlerini daha çok korudukları görülmüştür. Alanyazındaki araştırmalar incelendiğinde Booth ve Babchuk (1972, s. 97) tarafından yapılan araştırmada yaşlı bireylerin sağlık hizmeti almak için belirli bir hekim seçerek ona bağlılık gösterdiği tespit edilmiştir. Başka bir araştırmada da yaşın hekim bağlılığını etkilediği saptanmıştır (Hibbard ve Weeks, 1987, s. 1029). Bu sonuçlar, bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermekte ve araştırma bulgularını destekler niteliktedir.



Cerrahi operasyon hizmeti alıp almama durumunun hekim sahiplenmede farklılık oluşturup oluşturmadığı incelendiği zaman, korumacılık ve öz kimlik boyutu ile bireylerin hekimlerinden cerrahi operasyon hizmeti alıp almama durumları arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmış, hekimlerinden cerrahi operasyon hizmeti alan bireylerin hekimlerini daha çok sahiplendikleri tespit edilmiştir. Bireyin hekiminden cerrahi operasyon hizmeti alıp almamasına karar vermesi için öncelikle hekimine güvenmesi gerekmektedir. Cerrahi operasyon geçirmenin hekim sahiplenmesi etkilediği gibi aslında birey hekimini sahiplenebildiği için ondan cerrahi operasyon hizmeti almayı kabul etmektedir. Çünkü cerrahi operasyonlar bireylerde korku ve strese neden olmaktadır. Hekimine güvenmeyen bir birey cerrahi operasyonu kabul etmemesi kuvvetle muhtemeldir. Cerrahi operasyonun başarılı geçmesini de bireyler hekimlerine ve onların başarısına bağlamaktadır. Cerrahi operasyon hizmeti alma durumuyla öz kimlik boyutu arasındaki anlamlı fark da bu sebepten kaynaklanmaktadır. Bireyler başarılı cerrahi operasyonları içselleştirmekte, sağlıklarını hekimlerine borçlu olduklarını düşünmekte, onların bu başarılarını kendi başarıları gibi görmektedirler. Ayrıca başarı bir ameliyat geçirdiği hekimini de çevresine karşı korumakta ve onu daha fazla sahiplenmektedir.

Katılımcıların cinsiyeti ile güven boyutu ile arasında anlamlı bir fark bulunmuş ve erkeklerin hekimlerine daha fazla güvendikleri görülmüştür. Toplumsal hayata bakıldığında ilişkilerde kadınlar daha az güven duymakta, daha fazla sorgulamakta ve daha ihtiyatlı güvenmektedirler. Yapılan bir araştırmada kadınların erkeklere oranla insanlara daha az güvendikleri bulunmuştur (Başak, 2010, s. 65). Bu durum hekim ve hasta ilişkisine de yansımış ve kadınlar hekimlerine daha az güven duyarak onları sahiplenmede erkeklerden daha şüpheli olmaktadır.

Eğitim durumunun bireylerin hekimlerini sahiplenme açısından bir fark tespit edilememiştir. Alanyazın incelendiğinde, Caurana ve Benech tarafından yapılan araştırmada hekime bağlılık açısından eğitim durumunun önemli olmadığı ileri sürülmektedir (2005, s. 251). Ünal (2017) tarafından yapılan araştırmada da eğitim seviyesi açısından hekim bağlılığında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Hekim sahiplenmenin alt boyutlarında medeni durum açısından anlamlı bir farklılık görülmediği sonucuna ulaşılmıştır. Alanyazın incelendiğinde Caurana ve

Benech tarafından yapılan bir araştırmada medeni durum ile hekime bağlılık açısından anlamlı bir ilişki görülmediği ifade edilmektedir (2005, s. 251). Kalmaz ve Tozkoparan tarafından yapılan araştırmada da bireylerin kurumlarına karşı psikolojik sahiplenme göstermesinde medeni durumun bir etkisinin olmadığı görülmüştür (2020, s. 266). Havacılık sektöründe yapılan psikolojik sahiplenme araştırmasında da katılımcıların medeni durumlarının psikolojik sahiplenmeyi etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (şenol ve üzüm, 2020, s. 766). Bu sonuçlar araştırmanın bulgularını destekler nitelikte sonuçlar olduğu görülmektedir. Ayrıca Wazzan (2007, s. 90) tarafından yapılan bir araştırmada da medeni durumun bireylerin hasta memnuniyetinde ve hasta bağlılığında bir etkisinin olmadığı sonucu araştırma sonucunu desteklemektedir.

Hekimlerin cinsiyeti ve hekim sahiplenme arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Mahremiyet algısının bireylerin hekimi sahiplenmesinde etkili olduğu ve hekim seçimini etkilediği düşünülse de önemli olan hastalığın tedavi edilmesi ve bireyin sağlığına kavuşması olduğu göz önüne alındığında hekimi sahiplenmede hekimin cinsiyetinin etkisi olmadığı yorumu yapılabilmektedir. Alanyazındaki araştırmalar incelendiğinde bireylerin kendi cinsiyetlerine özgü bir hastalık geçirdiklerinde kendi cinsiyetlerinde olan bir hekimden tedavi almak istedikleri bir araştırmaya rastlanılmıştır (iğdem, 2019, s. 89). Özer ve zata tarafından yapılan araştırmada da hekim cinsiyetinin hekim tercihinde orta düzeyde anlamlı ilişki grldği eğitim ve ekonomik geliri yüksek olan gruplarda hekim tercihinde hekim cinsiyetine dikkat edilme eğiliminin azalış gösterdiği görülmüştür (zer ve zata, 2021, s. 116).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde çalışmanın bulgularından yola çıkarak elde edinilmiş sonuçlara yer verilmektedir.

Bu araştırmada bireylerin hekim sahiplenme düzeylerini ve bu hekim sahiplenmenin hangi boyutlarda gerçekleştiğini belirlemeye yönelik bir ölçek geliştirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda beş alt boyut ve otuz iki maddeden oluşan hekim sahiplenme ölçeği modeli ortaya çıkarılmıştır (Ek-5). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak, ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu tespit edilmiştir.

Hekim sahiplenme ölçeğini bağlılık, korumacılık, öz kimlik, güven ve uyum olmak üzere beş alt boyut oluşturmaktadır. Bu boyutlar aşağıda detaylı bir şekilde incelenmiştir.

*Bağlılık Boyutu:* Bağlılık boyutu dokuz maddeden oluşan ve ölçekteki en fazla maddeye sahip olan boyuttur. Boyuta ait maddeler şu şekildedir: *Hekimim benim için vazgeçilmezdir, Tedavi sürecim bittiğinde de hekimimi ziyaret ederim, hekimim hastane değiştirirse ondan hizmet almak için gittiği hastaneye giderim, hekimimin uzmanlığına girmeyen diğer durumlarda da (doktor, hastane vb.) hekimimin tavsiyesini alırım, Hekimimden kolay kolay vazgeçmem, Şehir değiştirmem durumunda hekimimi değiştirmem, Alanında daha meşhur bir hekimden tedavi alma alternatifim olsa bile kendi hekimime danışmaya devam ederim, Hekimim dışında bir hekimden tedavi hizmeti aldığımda eksik hizmet almış gibi hissederim, Kendi hekimime gitmediğim zaman suçluluk duygusu hissederim.* Boyut içerisinde yer alan maddeler incelendiği zaman bireylerin hekimlerine karşı göstermiş oldukları sadakat, vefa ve bağlılık ön plana çıkmaktadır. Hekimlerine karşı sadakat ve bağlılık gösteren bireylerin hekimlerini değiştirme ihtimallerinin daha az olduğu görülmektedir. Bu açıdan bağlılık boyutunun sahiplenme için önemli bir yeri olduğu söylenebilir. Ölçekteki puan ortalaması 1.00-1.80 aralığında ise çok düşük, 1.81-2.60 arasında ise düşük, 2.61-3.40 arasında orta, 3.41-4.20 arasında yüksek, 4.21-5.00 değerleri arasında ise çok yüksektir. Boyutun ortalama puanı 3.20 olduğu bulunmuştur.

*Koruyuculuk Boyutu:* Koruyuculuk boyutu yedi maddeden oluşmaktadır. Boyut altında toplanan maddeler şu şekildedir: *Sohbet ortamlarında hekimimden “benim hekimim” diyerek bahsederim, Hekimim hakkında olumsuz şeyler söyleyenleri uyarma ihtiyacı hissederim, Hekimimin bana uyguladığı tedavi yöntemini diğer bireylere karşı savunurum, Hekimimin hakkını savunurum, Hekimim hakkında kötü konuşulduğu zaman zoruma gider, Hekimime zarar verici davranışlarda bulunduğu düşünüyorum kişileri uyarmam gerektiğini hissederim, Hekimim eleştirildiğinde onu savunma ihtiyacı hissederim.* Maddeler incelendiğinde burada asıl vurgulanmak istenilenin hekimi koruma ve savunma olduğu görülmektedir. Koruma duygusu aslında bireyin hekime karşı duyduğu sahiplenme tutumunun davranışsal yaklaşımıdır. Bireylerin hekimleri için herhangi bir tehdit unsuru durumunda onları savunmaya geçmelerinin sahiplenmeyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu açıdan boyutun önemli olduğu yorumu yapılabilmektedir. Ölçekteki puan ortalaması 1.00-1.80 aralığında ise çok düşük, 1.81-2.60 arasında ise düşük, 2.61-3.40 arasında orta, 3.41-4.20 arasında yüksek, 4.21-5.00 değerleri arasında ise çok yüksektir. Koruyuculuk boyutundan alınabilecek ortalama puan 3.70’dir. Boyuttan alınan puanın yüksek olması bireylerin hekimlerini koruma ihtiyaçlarının ve içgüdülerinin yüksek düzeyde olması anlamına gelmektedir.

*Öz Kimlik Boyutu:* Bu boyut altı maddeden oluşmaktadır ve boyutu bir araya getiren maddeler şu şekildedir: *Hekimimi ailemden biri olarak görürüm, Hekimimi yakınım (arkadaş, dost vb.) gibi görürüm, Hekimimi hastalık sürecinde sırdaşım gibi görürüm, Hekimimi hastalık sürecimde yol arkadaşım gibi görürüm, Hekimim hakkında yapılan olumlu bir yorumu kendime yapılmış gibi hissederim, Hekimimin başarısına kendi başarımmış gibi sevinirim.* Bireyler sahiplendikleri şeylerle kendilerini tanımlayabilmektedir. Sahiplendikleri şeylere bağlanırlar ve kendilerini o şeye entegre edebilirler. Bu boyutu oluşturan maddeler incelendiğinde de bireylerin sahiplenme tutumu gösterdikleri hekimleri kendilerine yakın hissettikleri ve onların başarılarını içselleştirebildikleri vurgulanmaktadır. Birey sahiplendiği şeyi kendisinin gibi hissettiği zaman sosyal ve duygusal ihtiyaçları karşılanmaktadır. Hastalık sürecinde de psikolojik olarak iyi bir ruh halinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu açıdan bireyin hekimini kendisine yakın hissetmesinin hastalık sürecinin başarıyla yürütülmesinde fayda sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu noktada boyutun önem

derecesi ortaya çıkmaktadır. Ölçekteki puan ortalaması 1.00-1.80 aralığında ise çok düşük, 1.81-2.60 arasında ise düşük, 2.61-3.40 arasında orta, 3.41-4.20 arasında yüksek, 4.21-5.00 değerleri arasında ise çok yüksektir. Öz kimlik boyutundan elde edilen ortalama puan 3.31'dir.

*Güven Boyutu:* Güven boyutu altı maddeden oluşmaktadır ve bu boyutu: *Hekimin sözünü kesmeden dinlerim, hekime değer veririm, hekimimin tedaviyle ilgili kararlarını sorgulamam, hekimimin yanında güvende hissedirim, hekimimin tecrübesine güvenirim, hekimimin yanında kendimi rahat hissedirim* maddeleri oluşturmaktadır. Güven duygusu sosyal yapılardaki ve ilişkilerdeki karmaşıklığı azaltan, uyumun ve iletişimin devamlılığını sağlayan önemli bir unsurdur. Bu duygu hekimler ve hastalar arasındaki iletişimin ve ilişkinin kalitesini belirlemede, etkin bir sağlık hizmeti sunumunda, tedavi ve bakım sürecinin başarılı ilerlemesinde önemli bir rol oynamaktadır. Hastanın bir hekimi tercih etmesinde ve sahiplenmesinde ona duyduğu güvenin önemli bir payı olduğu düşünülmektedir. Çünkü hekimlerine güven duymayan hastaların tedavi sürecini yarıda bıraktıkları, hekimlerini tekrar tercih etmedikleri gözlenmektedir. Bu açıdan boyutun önemli olduğu görülmektedir. Ölçekteki puan ortalaması 1.00-1.80 aralığında ise çok düşük, 1.81-2.60 arasında ise düşük, 2.61-3.40 arasında orta, 3.41-4.20 arasında yüksek, 4.21-5.00 değerleri arasında ise çok yüksektir. Güven boyutunun ortalama puanı 4.17'dir. Güven boyutundan yüksek puan alınması bireylerin hekimlerine yüksek düzeyde güven duydukları anlamına gelmektedir.

*Uyum Boyutu:* Uyum boyutu ölçeğin son boyutudur. Boyut incelendiğinde boyutu oluşturan dört madde olduğu görülmektedir. Bu maddeler şu şekildedir: *Hekimin tedavimle ilgili beklentilerini karşılarım, Hekimin verdiği ilaçları düzenli kullanırım, hekimimin önerdiği tedaviye uyarım, hekimimin tedavi sürecindeki yönlendirmelerine uyarım.* Hastalarda uyum davranışı, hastanın kendisine önerilen tedavi kabul etmesi ve sürdürmesi anlamına gelmektedir. Hasta hekimin kullanmasını istediği ilaçları kullanarak, hastalık sürecinde dikkat etmesi gereken noktalara dikkat ederek, sağlığına uygun ve geliştirici davranışlarda bulunarak uyum davranışı sergilemektedir. Ölçeğin uyum boyutu da hastaların uyum düzeylerini ölçmeyi hedeflemesi açısından önemli bir boyut olduğu yorumu yapılabilir. Ölçekteki puan ortalaması 1.00-1.80 aralığında ise çok düşük, 1.81-2.60

arasında ise düşük, 2.61-3.40 arasında orta, 3.41-4.20 arasında yüksek, 4.21-5.00 değerleri arasında ise çok yüksektir. Uyum boyutundan alınan ortalama puan 4.36'dır. Uyum boyutundan yüksek puan alınması bireylerin hekimlerinin kendilerinden istediklerine ve onların önerilerine yüksek düzeyde uyum gösterdikleri şeklinde değerlendirilmektedir.

Boyutlar incelendiğinde boyutların sahiplenme ve hekim hasta ilişkisi açısından önemli bir yere sahip olduğu sonucuna varılmaktadır.

Araştırmada yapılan fark testlerinde bağıllık boyutuyla yaş ve bireylerin hekime gidiş sayıları arasında anlamlı bir fark çıkmış, bireylerin yaşları arttıkça ve hekime gidiş sayıları çoğaldıkça hekimlerini daha çok sahiplendikleri sonucuna varılmıştır. Korumacılık boyutu incelendiğinde; katılımcıların yaşı, hekime gidiş sayıları ve hekimden cerrahi operasyon alıp almama durumları ile boyut arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Otuz yaş ve üzeri katılımcıların ve hekime dörtten daha fazla giden bireylerin hekimlerini daha fazla korudukları ve cerrahi operasyon geçiren bireylerin hekimlerine geçirmeyenlere oranla koruyucu davrandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Öz kimlik boyutu ile hekime gidiş sayısı ve hekimden cerrahi operasyon hizmeti alıp almama durumu arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu anlamlı fark hekimlerini kendilerine yakın hisseden hastaların hekimlerinden cerrahi operasyon almayı tercih ettiği şeklinde değerlendirilmektedir. Güven boyutu incelendiğinde ise cinsiyet ve hekime gidiş sayısı ile arasında anlamlı fark saptanmıştır. Erkeklerin kadınlara göre hekimlerine daha fazla güvendikleri sonucuna varılmıştır. Uyum boyutu ile de hekime gidiş sayısı arasında anlamlı bir fark belirlenmiş, dörtten daha fazla kez hekime gidenlerin hekimlerinin uyguladığı tedaviye ve önerilere daha fazla uyum gösterdikleri görülmüştür.

Bu araştırmanın en önemli sonucu ise hekim sahiplenme ölçeğinin güvenilir ve geçerli bir ölçek olarak kararlı ölçüm yapabildiğidir. Bu araştırmanın amacı bireylerin hekim sahiplenme düzeylerini ölçebilecek ve sahiplenmenin hangi boyutlarda gerçekleştiğini tespit edebilecek bir ölçek geliştirmektir. Yapılan analizler sonucunda hekim sahiplenme ölçeğinin bireylerin hekim sahiplenme düzeylerini ölçebilecek bir ölçme aracı olduğu ortaya çıkmış ve hekim sahiplenmenin bağıllık,

korumacılık, öz kimlik, güven ve uyum olmak üzere beş boyutta gerçekleştiği sonucuna ulaşılmıştır.

Türkçe literatürde bu tez kapsamında çalışılan konuya benzer çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Ancak değişen ve gelişen sağlık sistemi ve sağlık hizmeti sunumuyla hekim hasta ilişkisi ve hekim hasta iletişimi daha önemli hale gelmesine rağmen bu ilişki ve iletişimden kaynaklanan bağlılık, sahiplenme gibi olgular tam olarak tespit edilmemiştir. Ayrıca bu çalışma Isparta ve Ankara il merkezleri ile sınırlı tutulmuştur. Bu sebeple daha geniş örneklem gruplarında ve farklı bileşenlerle birlikte hekim sahiplenmesine yönelik yeni çalışmaların yapılması tavsiye edilmektedir.

Bu ölçek hekime belirli süre (en az 1 yıldır ya da en az 5 defa aynı hekimden tedavi hizmeti alan) giden bireylerde kullanılabilecek niteliktedir.

Çalışmanın sonuçlarından yola çıkarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Sahiplenme kavramının sağlık yönetimi, sağlık sosyolojisi ve sağlık psikolojisi alanında daha çok araştırılması önerilmektedir. Hastalık sahiplenmesi gibi önemli bir olgunun da araştırılıp ortaya çıkarılması gerektiği düşünülmektedir.
2. Hekim sahiplenme ölçeği belirli hastalıklar veya hekim branşları açısından sahiplenme düzeylerinin belirlenmesinde kullanılabilir. Hastalık bazlı veya branş bazlı hekim sahiplenme araştırmaları yapılabilir.
3. Hekim sahiplenme ölçeği ile tedavi başarısı, tedaviye uyum gibi hekim sahiplenmenin etkileyebileceği durumlar netleştirilmelidir.
4. Bireylerin aile hekimlerini sahiplenme düzeyleri belirlenerek aile hekimliğinde yasal ve zorunlu durumun sahiplenme durumunda etkili olup olmadığı tespit edilebilir.
5. Gelecekte bu ölçek ile yapılacak olan araştırmalarda çeşitli hastalıkların hekim sahiplenmedeki rolleri, etkili hekim ve hasta iletişiminde bireyin hekimi sahiplenme tutumunun etkisi, hekim ve hasta ilişkisinde hekim sahiplenmenin önemi, ağır hastalıkların kabullenilmesinde hekim sahiplenmenin etkisi gibi farklı sonuçlar elde edilebilir.

## ARAŞTIRMACI NOTU

Bu kısımda ölçek geliştirme sürecinin araştırmacı tarafından nasıl geçtiği anlatılacak ve ölçek geliştirme çalışması yapmak isteyenlere küçük tavsiyelerde bulunulacaktır. Bu kısmın akademik bir dilden uzakta yazıldığı ve araştırmacının kendi duygu ve düşüncelerine yer verildiğinin belirtilmesinde fayda görülmektedir.

Öncelikle araştırmacı sahiplenme tutumunu hayatının birçok bölümünde yoğun bir şekilde gerçekleştirdiğini fark etmesi ve hastane gözlemleri sonucunda hastaların hekimlerini sahiplendikleri ve onları fazlasıyla koruyup çevrelerini övdüklerini gördükten sonra sahiplenme konusu üzerine çalışmayı istemiştir ve konuyu danışmanı ile paylaşarak hekim sahiplenme olgusunu ortaya çıkarmaya karar vermişlerdir. Burada araştırmacı tez döneminde bulunan öğrencilere “konuyu uzaklarda aramayın, tez öğrencisinin konusu kendi hayatında saklıdır” önerisini vermektedir. Konuyla ilgili literatür okumaları sonucunda sahiplenme konusunun sağlık alanında çok fazla çalışılmadığına rastlanılmış ve hekim sahiplenme düzeylerini ölçen bir ölçüm aracı bulunamamıştır. Bu nedenle bu durumun bir eksiklik olduğu düşünülerek çalışmanın ölçek geliştirme çalışması olmasına karar verilmiştir.

Ölçek geliştirme sürecine başlanmasıyla birlikte araştırmacıyı zorlu bir sürecin beklediği biliniyordu. Araştırmacının ölçek geliştirme alanında bir tecrübesinin olmaması araştırmacıyı zorlamış ve uzun bir süre vaktini almıştır. Ölçek geliştirme çalışması yapmak isteyen kişilerin geniş bir sürede araştırma yapmaları tavsiye edilmektedir. Ölçek geliştirmeyle ilgili kitapları okumaları, alanyazındaki araştırmaları detaylı incelemeleri ve ölçek geliştirme süreciyle ilgili eğitimlere katılmaları onların bu süreci başarıyla geçirmelerine ve güvenilir geçerli bir ölçek geliştirmelerine fayda sağlayacaktır.

Ölçek geliştirme aşamalarının karma yöntemler araştırmalarına dahil olması araştırmacıya yöntemler açısından çok fazla şey öğretmiştir. Madde havuzunun oluşturulması için nitel görüşmeler yapılması araştırmacıyı ilk başta zorlasa ve hatalar yapsa da araştırmacı daha sonra süreci öğrenmiş ve görüşmelerini doğru nitelikte gerçekleştirmiş ve kodlama yapmayı öğrenmiştir. Bu aşama araştırmacının



en çok eğlendiği ve heyecanlandığı aşamalardan biri olmuş, araştırmacıyı nitel çalışmalar yapmak konusunda istekli hale getirmiştir.

Araştırmanın en çok zorlayan kısmı uzman görüşü kapsamında alandaki uzmanlara ulaşma ve elektronik posta geri dönüşlerinin alınması aşamasıdır. Yeteri kadar geri dönüş alınamaması ve dönüşlerin uzun süreçte gerçekleşmesi araştırmacının uzun bir vaktini almıştır. Diğer bir zorluk ise araştırmada her analiz için farklı örneklemlerden veri toplanması olmuştur.

Her ne kadar araştırma sürecinde çeşitli zorluklar yaşansa da bu araştırmanın araştırmacının kendini geliştirmesinde çok faydası olmuştur. Yaşanılan zorluklar karşısında araştırmacı akademik isteğini hiçbir zaman kaybetmeden, danışmanının desteğiyle bu süreci heyecan ve zevkle yürütmüştür. Yeni analizler ve yöntemler öğrenilmesi, araştırmacıya çok büyük katkı sağlamıştır.

Bu araştırma sayesinde yöntemin derya deniz olduğu görülmüştür. Araştırmacı kendini denizin kıyısında yüzmeyi öğreniyor gibi görse de denizde yzeceği günlerin gelmesini heyecanla beklemektedir.

## KAYNAKÇA

- Akdeniz, M. ve Yaman, H., (2007), “Hasta Uyumu”, *Sendrom Dergisi*, 58-65.
- Arık, H. İ., (2020), *Duygusal Emek Davranışının Örgütsel Bağlılığa Etkisi: İstanbul'daki Beş Yıldızlı Otelere Yönelik Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü SBF İşletme Anabilim Dalı, Çanakkale.
- Arslan, A., (2005), *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Hekim-Hasta İletişimi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Ankara.
- Asatryan, V. S. and Oh, H., (2008), “Psychological Ownership Theory: An Exploratory Application In The Restaurant Industry”, *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 32(3): 363-386.
- Aslan M. ve Ateşoğlu H., (2020), “Psikolojik Sahiplenme Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması, Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışmaları”, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 12(4): 4184-4195.
- Atalay, T., (2013), *Acil Serviste Hasta Memnuniyeti (Çivril Devlet Hastanesi Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.
- Atıcı, E., (2007), “Hasta Hekim İlişisini Etkileyen Unsurlar”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(2): 91-96.
- Atik, A. D. ve Doğan, Y., (2019), “Antibiyotik Kullanım Ölçeği: Ölçek Geliştirme Çalışması”, 16(1): 1248-1276.
- Avey, J. B., Avolio, B. J., Crossley, C. D. and Luthans, F., (2009), “Psychological Ownership: Theoretical Extensions, Measurement and Relation to Work Outcomes”, *Journal of Organizational Behavior*, 30(2): 173–191.
- Avey, J., Wernsing, T. and Palanski, M., (2012), “Exploring the Process of Ethical Leadership: The Mediating Role of Employee Voice and Psychological Ownership”, *J Bus Ethics*, 107(1): 21–34.

- Babu, M. A., Rosenow, J. M. and Nahed, B. V., (2011), "Physician-Owned Hospitals, Neurosurgeons, and Disclosure: Lessons From Law and the Literature", *Neurosurgery*, 68(6): 1724–1732.
- Başgüt, S. (2019), *Algılanan Örgütsel Destek ve Psikolojik Sahiplenme İlişkisinde Örgüt Temelli Özsaygının Rolü*, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Malatya.
- Başol, E., (2018), "Hasta İle Sağlık Çalışanları (Doktor Ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları Ve Çözüm Önerileri", *International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal*, 4(1): 1-18.
- Batıgün, D. A., Gör, N., Kömürçü, B. ve Ertürk Şenkal, İ., (2018), "Cyberchondria Scale (CS): Development, Validity and Reliability Study", *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31: 148-162.
- Baxter Weston L., Aurisicchio Marco and Childs Peter R.N. (2015). Using Psychological Ownership To Guide Strategies For Slower Consumption, Product Lifetimes And The Environment (PLATE) Conference, 17-19 June, Nottingham Trent University.
- Belk, R. W., (1988), "Possessions and the Extend Self", *Journal of Consumer Research*, 15, 139-168.
- Berry, L. L., Parish, J. T., Janakiraman, R., Ogburn-Russell, L., Couchman, G. R., Rayburn, W. L. and Grisel, J., (2008), "Patients' Commitment to Their Primary Physician and Why It Matters", *The Annals of Family Medicine*, 6(1): 6–13.
- Beveridge, R. M., A. Berg, C., J. Wiebe, D. and L. Palmer, D., (2005), "Mother and Adolescent Representations of Illness Ownership and Stressful Events Surrounding Diabetes", *Journal of Pediatric Psychology*, 31(8), 818–827.
- Biscaia, R., Correia, A., Rosado, A., Maroco, J. and Ross, S., (2012), "The effects of emotions on football spectators' satisfaction and behavioural intentions", *European Sport Management Quarterly*, 12(3): 227–242.
- Booth, A. and Babchuk, N., (1972), "Seeking Health Care from New Resources", *Journal of Health and Social Behavior*, 13(1), 90-99.

- Brown, G., Lawrance, T. B. and Robinson, S. L. (2005), "Territoriality İn Organizations", *Academy Of Management Review*, 30 (3): 577-594.
- Brown, T. A. (2006), *Confirmatory factor analysis for applied research*. The Guilford Press.
- Bülbül, A. (2019), *Katılımcı Liderlik ile Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İlişkisinde Psikolojik Sahiplenmenin Rolüne İlişkin Sağlık Sektöründe Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İzmir.
- Büyüköztürk, Ş. (2020), *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*, Pegem Akademi.
- Carlson, M. ve Mulaik, S. A., (1993), "Trait ratings from descriptions of behavior as mediated by components of meaning", *Multivariate Behavioral Research*, 28(1): 111–159.
- Carr-Hill, R. A., (1992), "The measurement of patient satisfaction", *J Public Health Med.*, 14(3): 236- 249.
- Caruana A. and Fenech, N., (2005), "The Effect of Perceived Value and Overall Satisfaction on Loyalty: A Study among Dental Patients", *Journal of Medical Marketing*, 5(3): 245-255.
- Casalino, L. P., Devers, K. J. and Brewster, L. R., (2003) "Focused Factories? Physician-Owned Specialty Facilities", *Health Affairs*, 22(6): 56–67.
- Chahal, H., (2008), "Predicting Patient Loyalty and Service Quality Relationship: A Case Study of Civil Hospital", Ahmedabad, India, *Vision: The Journal of Business Perspective*, 12(4), 45–55.
- Chahal, H. and Mehta, S. (2013), "Modeling patient satisfaction construct in the Indian health care context", *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 7(1): 75–92.
- Charavel, M., Bremond, A., Ferdjaoui, N. M., Mignotte, H. and Carrere, M. O., (2001), "Shared Decision- Making in Question", *Psycho Oncology*, 10: 93-102.

- Charles, C., Gafni, A. and Whelan, T., (1999), “Decision-Making in the Physician–Patient Encounter: Revisiting The Shared Treatment Decision-Making Model”, *Social Science & Medicine*, 49(5), 651–661.
- Cirhinlioğlu, Z. (2012), *Sağlık Sosyolojisi*, 3. Baskı, Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Cockerham, W. C. (2016), *Medical Sociology*, 13. Baskı, New York: Routledge.
- Comrey, A. L. and Lee, H. B., (1992), *A First Course in Factor Analysis*, 2nd ed., Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Conrad, P., (2007), “Eliot Freidson’s revolution in medical sociology. Health: An Interdisciplinary”, *Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 11(2): 141–144.
- Conway, C. A. (2010). Physician ownership of hospitals significantly impacted by health care reform legislation. *Health Law Perspectives*, University of Houston Health Law and Policy, Houston.
- Cram, F. and Paton, H., (1993), “Personal Possessions and Self-Identity: The Experiences Of Elderly Women in Three Residential Settings”, *Australian Journal on Ageing*, 12(1):19–24.
- Çetintürk, İ., (2016), “Hasta Memnuniyeti, Hasta Sadakati ve Demografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *The Journal of Academic Social Science Studies*, 50: 203-215.
- Çıkmaz, G. ve Yeşil, S., (2020), “Çalışanların Algıladıkları Örgütsel Desteğin Psikolojik Sahiplenme Üzerine Etkisi”, *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 15(22): 1234-1254.
- Çınar, S. (2007), Talcott Parsons ve İşlevselci Kuram, *Sosyoloji Notları*, 35-43.
- Çiğdem, A. (2019). *Kişilerin Hekim Seçiminde Hekimin Cinsiyetine Yönelik Tercihlerinin İncelenmesi: Niteliksel Bir Araştırma*. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Denizli.
- Demir, K. ve Akpınar, E., (2016), “Mobil Öğrenmeye Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirme Çalışması, *Eğitim Teknolojisi Kuram ve Uygulama*”, 6(1): 59-79.

- Demir, S. B. ve Koç, H., (2013), “Coğrafya Dersi Tutum Ölçeği: Geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması”, *Turkish Studies*, 8(8): 1765-1777.
- Derin, N. ve Demirel, E. T., (2015), “Hasta Görüşlerine Göre Oluşan Kurum Ünü ile Hasta Tutum ve Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(2): 208-235.
- Dinç, D., Ünalın, P. C., Topsever, P. ve Özyavaş, S., (2009), “Hasta Memnuniyeti ve Yönetim Sistemi: Çözüm Ortağı Hekim”, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 13(2): 93-98.
- Dirgen, N. (2019), *Örgütsel Nepotizm ve Psikolojik Sahiplenme Arasındaki İlişkide Örgütsel Güvenin Aracılık Rolü: Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalı, Sakarya.
- Doğan, T., (2015), “Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması”, *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1): 93-102.
- Druskat, V. U. and Pescosolido, A.T., (2002), “The Content of Effective Teamwork Mental Models in Self-Managing Teams: Ownership, Learning and Heedful Interrelating”, *Human Relations*, 55(3), 283–314.
- Ekinci, S. (2018), *Profesyonel Öğrenme Topluluğu, Psikolojik Sahiplenme ve Bağlamsal Performans Arasındaki İlişki*, Doktora Tezi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Bolu.
- Emanuel, E. J., (1992), “Four Models of the Physician-Patient Relationship”, *The Journal of the American Medical Association*, 267(16): 2221-2226.
- Emhan, A. ve Bez, Y., (2010), “Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri”, *Dicle Tıp Dergisi*, 37(3): 241-243.
- Ensher, E. A., Grant-Vallone, E. J. and Donaldson, S. I., (2001), “Effects of Perceived Discrimination on Job Satisfaction, Organizational Commitment,

- Organizational Citizenship Behavior and Grievances”, *Human Resource Development Quarterly*, 12(1): 53-72.
- Erdem, R., Rahman, S., Avcı, L., Demirel, B., Köseoğlu, S., Fırat, G., Kesici, T., Kırmızıgül, Ş., Üzel, S. ve Kubat, C., (2008), “Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi”, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31, 95-110.
- Erkuş, A., (2007), “Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Çalışmalarında Karşılaşılan Sorunlar”, *Türk Psikoloji Bülteni*, 40: 17-25.
- Ersanlı, K. ve Batık, M., (2015), “Development of The Forgiveness Scale: A study of Reliability and Validity”, *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 10(7): 19-32. F
- Ertong, G. (2011), *Sağlık Sisteminde Hekim Hasta İlişkisi ve Güven Unsuru*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Ankara.
- Etzioni, A., (1991), “The Socio-Economics of Property”, *Journal of Social Behavior and Personality*, 6: 465-468.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C. and Strahan, E. J., (1999), “Evaluating the Use of Exploratory Factor Analysis in Psychological Research”, *Psychological Methods*, 4(3): 272-299.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Sage publications.
- Fornell C. and Larcker DF., (1981), “Evaluating Structural Equation Models with un Observable Variables and Measurement Error”, *Journal of Marketing Research*, 18(1): 39-50.
- Freidberg M.W., Chen, P. G., Van Busum, K. R., Aunon, F., Pham, C., Caloyeras J. vd. (2014), “Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy”, *Rand Health Quarterly*, 3(4).
- Freidson, E. (1961), *Patients Views of Medical Practise*, New York, Russell Sage Foundation.

- Freidson, E. (1988), *Profession of Medicine. A Study of The Sociology of Applied Knowledge*, New York, University of Chicago Press.
- Giffin, K., (1967), “The Contribution of Studies of Source Credibility to A Theory of Interpersonal Trust in The Communication Process”, *Psychological Bulletin*, 68(2), 104–120.
- Gültekin, E., (2016), “Etik Açıdan Doğru Hekim-Hasta İletişimi Nasıl Olmalıdır?”, *Turkiye Klinikleri J Med Ethics*, 24(3): 111-115.
- Güngör, A. (2019), *The Impact of Authentic Leadership and Psychological Ownership on Job Satisfaction: A Research in Tourism Enterprises*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı, Ankara.
- Gürbüz, S. ve Şahin, F., (2018), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Ha, J. and Jang, S.C., (2010), “Effects of Service Quality and Food Quality: The Moderating Role of Atmospherics in an Ethnic Restaurant Segment”, *International Journal of Hospitality Management*, 29: 520–529.
- Hagerty, M. R., (1999), “Testing Maslow's Hierarchy of Needs: National Quality-of-Life Across Time”, *Social Indicators Research*, 46(3): 249-271.
- Han, T. S., Chiang, H. H. and Chang, A. (2010), “Employee Participation in Decision Making, Psychological Ownership and Knowledge Sharing: Mediating Role of Organizational Commitment in Taiwanese high-Tech Organizations”, *The International Journal of Human Resource Management*, 21(12), 2218–2233.
- Henson, R. K. and Roberts, J. K., (2006), “Use of Exploratory Factor Analysis in Published Research: Common Errors and Some Comment on Improved Practice”, *Educational and Psychological Measurement*, 66(3): 393–416.
- Hibbard, J. H. and Weeks, E. C., (1987), “Consumerism in Health Care: Prevalence and Predictors”, *Medical Care*, 25(11): 1019-1032.

<https://sozluk.gov.tr/> , Erişim Tarihi: 17.01.2021.



<https://sozluk.gov.tr/> , Erişim Tarihi: 19.01.2021.

<https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/anayasa/> , Erişim Tarihi: 13.01.2021.

<https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1961-anayasasi/> , Erişim Tarihi: 13.01.2021.

Hu, L. and Bentler, P. M., (1999), “Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives”, *Structural Equation Modeling*, 6(1): 1–55.

Hutcheson, G. and Sofroniou, N. (1999), *The Multivariate Social Scientist: Introductory Statistics Using Generalized Linear Models*. Sage Publication, Thousand Oaks, CA.

Iglehart, J. K., (1989), “The Debate over Physician Ownership of Health Care Facilities”, *New England Journal of Medicine*, 321(3): 198–204.

İspirli, D., (2014), *Knowledge as an Object of Psychological Ownership and Knowledge Hiding via Territoriality among Knowledge Workers*, Unpublished Masters Thesis, Celal Bayar University Institute of Social Sciences, Manisa.

Kahn, C. N., (2006), “Intolerable Risk, Irreparable Harm: The Legacy Of Physician-Owned Specialty Hospitals”, *Health Affairs*, 25(1): 130–133.

Kalender, A. ve Uludağ, A., (2004), “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesinde Doktor-Hasta İlişkisinin Rolü”, *Amme İdaresi Dergisi*, 37(4): 117-132.

Kalmaz, M. ve Tozkoparan, G., (2020), “Psikolojik Sahiplenmenin Çalışanların Ekstra Rol Davranışı Üzerine Etkisi: Özel Sektörde Bir Araştırma”, *İzmir İktisat Dergisi*, 35(2): 255-270.

Kalmaz, M., (2019), *Psikolojik Sahiplenmenin Çalışanların Ekstra Rol Davranışı Üzerine Etkisi: Özel Sektörde Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İzmir.

Kane, R. L., Maciejewski, M. and Finch, M., (1997), “The Relationship of Patient Satisfaction with Care and Clinical Outcomes”, *Medical Care*, 35: 714-730.

- Karakoç, F. Y. ve Dönmez, L., (2014), “Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler”, *Tıp Eğitimi Dünyası*, 40: 39-49.
- Karal, H. ve Kokoç, M., (2010), “Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Ağ Siteleri Kullanım Amaçları Belirlemeye Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması”, *Türk Bilgisayar ve Matematik Eğitimi Dergisi*, 1(3): 251-263.
- Karnilowicz, W., (2010), “Identity and Psychological Ownership in Chronic Illness and Disease State”. *European Journal of Cancer Care*, 20(2): 276–282.
- Karsavuran, S., Kaya, S. ve Akturan, S., (2011), “Hasta Hekim İletişiminde Güven: Bir Genel Cerrahi Polikliniği Örneği”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 14(2): 185-212.
- Kart, M. E. ve Güldü, Ö., (2008), “Özerk Benlik Yönetimi Ölçeği: Uyarlama Çalışması”, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 41 (2): 187-207.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım S. (2018), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 5. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kıraç, R. ve Öztürk, Y. E., (2021), “Sağlık Arama Davranışı: Ölçek Geliştirme Çalışması”, 12(29): 224-234.
- Koca, G. Ş. ve Erigüç, G., (2021), “Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi: Hastaların Bakış Açısıyla Ölçmeye Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması”, *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19: 186-202.
- Koç, E., (2002), “İnsan ve Sadakat”, *Felsefe Dünyası*, 1(35): 49-57.
- Korkmaz, E. V. (2019), *Kadın Çalışanlara Yönelik Destekleyici Örgüt İkliminin Psikolojik Sahiplenme ve Yılmazlık Düzeyleri Üzerine Etkisi Araştırması*, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Konya.
- Köksal, H. (2019), *Proaktif Kişiliğin Yenilikçi Davranışla Olan İlişkisinde Psikolojik Sahiplenmenin Aracılık Rolü: Bir Hava Yolu Şirketi Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Gebze Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Gebze.

- Kula, S. ve Çakar, B., (2015), “Maslow İhtiyaçlar Hiyerarşisi Bağlamında Toplumda Bireylerin Güvenlik Algısı ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki”, *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(12): 191-210.
- Kutlu M., Çolakoğlu, N. ve Özgüvenç Pay, Z., (2010), “Hasta Hekim İlişkisinde Empatinin Önemi Hakkında Bir Araştırma”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2(2): 127-143.
- Lapa, Y. T., Serdar, E., Kaas Tercan, E., Çakır, O. V. ve Köse, E. (2020), “Rekreasyonda Algılanan Sağlık Çıktıları Ölçeğinin Türkçe Versiyonun Psikometrik Özellikleri”, *Spor Bilimleri Dergisi*, 31(2): 83-95.
- Linder-Pelz, S., (1982), “Toward a theory of patient satisfaction”, *Social Science & Medicine*, 16(5): 577–582.
- Liu, J., Wang, H., Hui, C. and Lee, C. (2011), “Psychological Ownership: How Having Control Matters”, *Journal of Management Studies*, 49(5): 869–895.
- Lu, X., and Zhang, R., (2021), “Impact of Patient Information Behaviours in Online Health Communities on Patient Compliance and the Mediating Role of Patients’ Perceived Empathy”, *Patient Education and Counseling*, 104(1): 186-193.
- Luhmann, N. (1979). *Trust and Power: Two Works by Niklas Luhmann*. New York: John Wiley&Sons.
- Marquis, M. S., Davies, A. R. and Ware, J. E., (1983), “Patient Satisfaction and Change in Medical Care Provider: A Longitudinal Study”, *Medical Care*, 21(8): 821-829.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a Psychology of Being*. New York: D. Van NostrandCompany.
- Mayhew, M. G., Ashkanasy, N. M., Bramble, T. and Gardner, J., (2007), “A Study of the Antecedents and Consequences of Psychological Ownership in Organizational Settings”. *The Journal of Social Psychology*, 147(5): 477–500.

- McDonald, R. P. and Ho, M.-H. R., (2002), "Principles and Practice in Reporting Structural Equation Analyses". *Psychological Methods*, 7(1): 64–82.
- Mechanic, D., (1996), "Changing Medical Organization and the Erosion of Trust", *The Milbank Quarterly*, 74(2): 171-189.
- Meredith, P., (1993), "Patient satisfaction with communication in general surgery: Problems of measurement and improvement", *Social Science & Medicine*, 37(5): 591–602.
- Meydan, H. C. ve Şeşen, H. (2011), *Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları*. Detay Yayıncılık.
- Meyer, J. P. and Allen, N. J., (1984), "Testing the "side-bet theory" of organizational commitment: Some methodological considerations", *Journal of Applied Psychology*, 69(3): 372–378.
- Mifsud, M., Molines, M., Cases, A.-S. ve N'Goala, G., (2019). "It's MY health care program: Enhancing patient adherence through psychological ownership". *Social Science & Medicine*, 232: 307–315.
- Mitchell, J. M., (2007). "Utilization Changes Following Market Entry by Physician-owned Specialty Hospitals", *Medical Care Research and Review*, 64(4): 395–415.
- Mitchell, J. M. ve Sunshine, J. H., (1992), "Consequences of Physicians' Ownership of Health Care Facilities — Joint Ventures in Radiation Therapy", *New England Journal of Medicine*, 327(21): 1497–1501.
- Montaglione, C., (1999), "The physician–patient relationship: Cornerstone of patient trust, satisfaction and loyalty", *Managed Care Quarterly*, 7: 5- 21.
- Morgan, M. (2003). Social roles of doctors and patients, Scambler, G. (Ed.). *Sociology As Applied To Medicine İçinde*, s.49-54, Toronto, Saunders Elsevier, 5.Edition.
- Murphy, K. and Davidshofer, C. O. (2005), *Psychological Testing: Principles and Applications*, 6th Edition, Pearson, Upper Saddle River.

- O'Driscoll, M. P., Pierce, J. L. ve Coghlan, A.-M. (2006), "The Psychology of Ownership", *Group & Organization Management*, 31(3): 388-416.
- Okay, A. (2016), *Sağlık İletişimi*, 3. Baskı, İstanbul: Derin Yayınları.
- Olckers, C. (2011). A Multi-Dimensional Measure of Psychological Ownership for South African Organizations, Unpublished Doctoral Thesis, South Africa: University of Pretoria Faculty of Economic and Management Sciences, South Africa.
- Olckers, C. and Du Plessis, Y., (2012), "Psychological Ownership: A Managerial Construct for Talent Retention and Organizational Effectiveness", *African Journal of Business Management*, 6 (7): 2585-2596.
- Oliver, R. L. (1999), "Whence Consumer Loyalty?", *Journal of Marketing*, 63: 33-34.
- Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M. and Lammes, F. B., (1995), "Doctor-Patient Communication: A Review of The Literature", *Social Science & Medicine*, 40(7): 903-918.
- Önder, Ö. R. ve Bayın, G., (2014), "Poliklinik ve Klinik Hastalarının Kurum İmajı ve Hasta Bağlılığı Algılarının Karşılaştırılması: Ankara'da Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği", *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 6(4): 120-138.
- Önsüz, M. F., Topuzoğlu, A., Cöbek, U. C., Ertürk, S., Yılmaz, F. and Birol, S., (2008), "İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi", *Marmara Medical Journal*, 21(1): 33-49.
- Ötken, A. B., (2015), "Algılanan Örgütsel Destek ve Psikolojik Sahiplenme Arasındaki İlişki ve Bu İlişkide Örgütsel Adaletin Rolü", *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 33(2): 113-140.
- Özalp, M., Demir Çelebi, Ç. ve Eksi, H., (2021), "Development of The Pandemic Anxiety Scale", *Sosyal Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 4(1): 119-136.
- Özdamar, K., (2017). Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi, Nisan Kitabevi, Eskişehir.

- Özer, E. ve Yılmaz, N., (2020), “Sağlıklı Yaşam Farkındalığı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması”, *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 3(1): 47-60.
- Özer, K. ve Özata, M., (2021), “Poliklinik Hizmeti Alanların Bakış Açısıyla Hasta Mahremiyeti”, *Assam Uluslararası Hakemli Dergi*, 8(18): 103-120.
- Özler, H., Yılmaz, A. ve D., Özler, (2008), “Psychological Ownership: An Empirical Study on Its Antecedents and Impacts upon Organizational Behaviors”, *Problems and Perspectives in Management*, 6(3): 38-47.
- Parker, S. K., Williams, H. M. and Turner, N., (2006), “Modeling the antecedents of proactive behavior at work”, *Journal of Applied Psychology*, 91(3): 636–652.
- Parsons. T., (1951), *The Social System*, London: Routledge.
- Peng, H. and Pierce, J., (2015), “Job- and Organization-Based Psychological Ownership: Relationship and Outcomes”, *Journal of Managerial Psychology*, 30 (2): 151-168.
- Pickford, H., Joy, G. and Roll, K., 2016, Psychological Ownership Effects and Applications, *Mutuality in Business Briefing* (2).
- Pierce, J. L. and Jussila, I., (2009), “Collective Psychological Ownership within the Work and Organizational Context: Construct Introduction and Elaboration”, *Journal of Organizational Behavior*, 31(6): 810–834.
- Pierce, J. L., Kostova, T. and Dirks, K. T. (2001), “Toward a Theory of Psychological Ownership in Organizations”, *Academy of Management Review*, 26(2): 298–310.
- Pierce, J. L., Kostova, T. and Dirks, K. T., (2001), “Toward a Theory of Psychological Ownership in Organizations”, *Academy of Management Review*, 26(2): 298–310.
- Pierce, J. L., Kostova, T. and Dirks, K. T., (2003), “The State of Psychological Ownership: Integrating and Extending a Century of Research”, *Review of General Psychology*, 7(1): 84-107.

- Pierce, J. L., Rubenfeld, S. A. and Morgan, S., (1991), "Employee Ownership: A Conceptual Model of Process and Effects", *The Academy of Management Review*, 16 (1): 121-144.
- Pierce, J.L. ve Jussila, L. (2011). Psychological Ownership and the Organizational Context: Theory, Research Evidence, and Application. UK: Edward Elgar Publishing.
- Prakash, B., (2010), "Patient Satisfaction", *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 3(3), 151-155.
- Roter, L. D. and Hall, A. J. (2006), *Doctors Talking with Patients / Patients Talking with Doctors: IMPROVING COMMUNICATION IN MEDICAL VISITS*, First published, United States of America.
- Rotter, J. B., (1967), "A New Scale for The Measurement of Interpersonal Trust", *Journal of Personality*, 35(4): 651-665.
- Ryan, R. M. and Deci, E. L., (2006), "Self-Regulation and the Problem of Human Autonomy: Does Psychology Need Choice, Self-Determination, and Will?", *Journal of Personality*, 74 (6): 1557-1585.
- Sartre, J. P. 1969. (first published in 1943.) *Being and Nothingness: A Phenomenological Essay On Ontology.*, New York: Philosophical Library.
- Schutte, J., (1990), "Malpractice: Why Fewer Patients are out For Blood", *Medical Economics*, 67, 56- 59.
- Shevlin, M. and Miles, J. N. V., (1998), "Effects of sample Size, Model Specification and Factor Loadings on the GFI in Confirmatory Factor Analysis". *Personality and Individual Differences*, 25: 85-90.
- Sığırı, Ü., (2007), "İş görenlerin örgütsel bağlılıklarının Meyer ve Allen tipolojisiyle analizi: kamu ve özel sektörde karşılaştırmalı bir araştırma", *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2): 261-278.
- Sieger, P., Bernhard, F. and Frey, U., (2011), "Affective Commitment and Job Satisfaction among Non-Family Employees: Investigating The Roles of

- Justice Perceptions and Psychological Ownership”, *Journal of Family Business Strategy*, 2(2): 78–89.
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D. and Till, J., (1991), “Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement”, *BMJ*, 303(6814): 1385-1387.
- Skirbekk, H., Middelthon, A.-L., Hjortdahl, P. and Finset, A., (2011), “Mandates of Trust in the Doctor-Patient Relationship”, *Qualitative Health Research*, 21(9): 1182-1190.
- Stewart, A. M., (1995), “Effective Physician-Patient Communication And Health Outcomes: A Review”, *Can Med Assoc J.*, 152(9): 1423-1433.
- Street, R. L., (1991), “Physicians Communication and Parents Evaluations of Pediatric Consultations”, *Medical Care*, 29(11): 1146–1152.
- Strope, S. A., Daignault, S., Hollingsworth, J. M., Ze, Z., Wei, J. T. and Hollenbeck., (2009), “Physician Ownership of Ambulatory Surgery Centers and Practice Patterns for Urological Surgery: Evidence from the State of Florida”, *Medical Care*, 47(4): 403-410.
- Şengül, H. ve Bulut, A., (2020). “Tıbbi Güvensizlik Ölçeği ve Doktora Güven Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması”, *International Social Sciences Studies Journal*, 6(62): 1956-1964.
- Şenol, L. ve Üzüm, B., (2020), “Demografik Özellikler ve Psikolojik Sahiplenme: Havacılık Sektöründe Bir Araştırma, *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*”, 22(3): 760-770.
- Tel, H., Doğan, S., Özkan, E. ve Çoban, S., (2010), “Hasta Yakınlarına Göre Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumu”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1): 7-12.
- Thom, D. H., Kravitz, R. L., Bell, A. B., Krupat, E. and Azari, R., (2002), “Patient trust in the physician: relationship to patient requests”, *Family Practice*, 19(5): 476–483.



- Tinsley, H. E. A. and Kass, R. A., (1979). "The Latent Structure of the Need Satisfying Properties of Leisure Activities", *Journal of Leisure Research*, 11(4): 278–291.
- Toprak, Ç., (2013), *Hemşirelerin Çalışma Yaşam Kalitesinin Hasta Tatmini Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Ankara.
- Torres, E., Vasquez-Parraga, A. Z. and Barra, C., (2009), "The Path of Patient Loyalty and the Role of Doctor Reputation", *Health Marketing Quarterly*, 26(3): 183–197.
- Tuan, Y.-F., (1980), "The Significance of the Artifact", *Geographical Review*, 70(4): 462.
- Turhan, Y., (2007), *Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti ile İlişkisi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Adana.
- Tükel, B., Acuner, A. M., Önder, Ö. R. ve Üzgöl, A., (2004), "Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği)", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(4): 205-214.
- Uçar, Z., (2018), "Psikolojik Sahiplik Olgusunu Örgütsel Düzlemde Ölçmek İçin Ölçek Geliştirme Çalışması", *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(3): 640-654.
- Uzunsakal, E. ve Yıldız, D., (2018), "Alan Araştırmalarında Güvenilirlik Testlerinin Karşılaştırılması ve Tarımsal Veriler Üzerine Bir Uygulama", *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1): 14-28.
- Ünal, Ö. (2016), *Hasta Hekim İletişiminin Hastanın Hekim Bağlılığına ve Hastane Bağlılığına Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sakarya.
- Ünal, S., Akkuş, G. ve Akkuş, Ç., (2014), "Yiyecek İçecek İşletmelerinde Atmosfer, Duygu, Memnuniyet ve Davranışsal Sadakat İlişkisi", *Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi*, 1: 23-49.

- Üresin, Y. ve Baran, E., (2011), “Tedavide Hızlı Salınlı ve Uzatılmış Salınlı Formülasyonların Farkları”, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 21(1): 58-65.
- Van Dyne, L. and Pierce, J. L., (2004), “Psychological Ownership and Feelings of Possession: Three Field Studies Predicting Employee Attitudes and Organizational Citizenship Behavior”, *Journal of Organizational Behavior*, 25(4): 439–459.
- Vandewalle, D., Van Dyne, L. and Kostova, T., (1995), “Psychological Ownership: An Empirical Examination of its Consequences”, *Group & Organization Management*, 20(2): 210–226.
- Von Raffler-Engel, W., (1989), *Doctor-Patient Relationships in The Doctor-Patient Interaction*, Philadelphia, John Benjamins.
- Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R. and Davies, A. R., (1983), “Defining and Measuring Patient Satisfaction with Medical Care”, *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4): 247–263.
- Webster, F. E., (1988), “The rediscovery of the marketing concept”, *Business Horizons*, 31(3): 29-39.
- Yaşloğlu, M. M. (2017), “Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46: 74-85.
- Yavuz, Ö. (2018), *Dönüşümcü Liderlik Davranışının Proaktif Davranışla İlişkisinde Psikolojik Sahiplenmenin Aracılık Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Gebze Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Gebze.
- Yılmaz, S. ve Akkaya, V.B., (2009), “Hekim ile Dermatoloji Hastaları Arasındaki İlişkide Güven Unsurunun Ölçülmesi”, *Türkderm- Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi*, 43: 89-94.
- Yılmaz, A., (2010), “Örgütsel Bağlılık ve Ekstra Rol Davranışı Arasındaki İlişkiler: İmalat Sektöründe Bir Araştırma”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 5(2): 236-250.

## ÖZGEÇMİŞ

### **Kişisel Bilgiler**

Adı ve Soyadı: Kevser Hüsna ÖZYILDIZ

### **Eğitim Durumu**

**Lisans:** Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi (2015-2019)

**Yüksek Lisans:** Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi (2019- )

### **Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar**

Alkan, A., Özyıldız, K. H., Güder, M. ve Balcı, B., (2020), “A Research on The Investigation of The Relationship Between The Use of Media And The Trust of Physician: A Case Of Isparta”, 5rd International Health Sciences and Management Conference, Kırşehir.

Ünal, A. K. ve Özyıldız, K. H., (2020), “Using Mobile Health Practices In Smartphones: Example Of Burdur-Isparta Provinces”, 5rd International Health Sciences and Management Conference, Kırşehir.

Alkan, A. ve Özyıldız, K. H. (2021). Sağlık Hizmeti Sunumunda Çocuk Hastalarla İletişim. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(2), 415-434.

## EK 1: ETİK KURUL İZİNİ



T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
Üniversite Etik Kurulu

Sayı :E-87432956-050.99-62560  
Konu :Bilimsel Çalışma Onayı.

Tarih: 01.06.2021

Kevser Hüsnâ ÖZYILDIZ

Yürütücülüğünü yaptığımız "**Kronik Hastalarda Hekim Sahiplenme Davranışı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması**" başlıklı bilimsel çalışmanız Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'nun 01.06.2021 tarihli ve 51/7 sayılı kararı ile uygun bulunmuştur.

Kararın bir sureti gönderilmiş olup, ilgi başvuruza cevaben bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet SALTAN  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 47B18B6D  
SDÜ Bari Yerleşkesi Çimür İSPARTA  
Tel No:02  
E-Posta: zühülbardak@sdu.edu.tr İnternet Adresi: www.sdu.edu.tr  
Kep Adresi: sdu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi: <https://ebys.sdu.edu.tr/EvrakDogrulu.html?47B18B6D>

Bilgi İçin: Zühülbardak BARDAK

Tel No



T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri  
Etik Kurul Kararları

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
01.06.2021	51	7

7- Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü yüksek lisans öğrencisi Kevser Hüsnâ ÖZYILDIZ tarafından yürütülen **"Kronik Hastalarda Hekim Sahiplenme Davranışı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması"** başlıklı bilimsel çalışma hk.

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü yüksek lisans öğrencisi Kevser Hüsnâ ÖZYILDIZ tarafından yürütülen **"Kronik Hastalarda Hekim Sahiplenme Davranışı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması"** başlıklı bilimsel çalışmasının kapsam ve uygulama açısından etik ilkelere ve insan haklarına uygun olduğuna.

Mevcutun oybirliği ile karar verildi.

Prof.Dr. Mehmet SALTAN  
Başkan

Prof.Dr.M.Cem KAR  
Başkan Yard.

Prof.Dr.M.Okan ÖZKAN  
Üye

Prof.Dr.Meltem KATIN  
Üye

Prof.Dr.Yesim KIRZIOĞLU  
Üye

(Katılmadı)  
Prof.Dr.Şenol GÜLMEN  
Üye

Prof.Dr.Zeliha BAŞKURT  
Üye

01.06.2021  
Zuhal BARDAK  
Raportör

## **EK-2: Görüşme Soruları**

- 1) Kendinizden ve ne kadardır bu hastalıktan muzdarip olduğunuzdan bahseder misiniz?
- 2) Şu an gittiğiniz hekime ne kadar süredir gidiyorsunuz?
- 3) Bu hekime uzun süredir gitmenizin sebebi nedir?
- 4) Dışarda hekiminiz hakkında olumsuz söylemler duysanız onu savunma ihtiyacı hisseder misiniz? Niçin?
- 5) Bir hekimin sizin hekiminiz olduğunu düşünmeniz için o hekimin neler yapması gerekir?
- 6) Hekiminizi diğer hekimlerden ayırma sebebiniz nedir?

### EK-3.Taslak Ölçek Formu 1

#### HEKİM SAHİPLENME ANKETİ

Bu çalışma Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ALKAN danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Kevser Hüsna ÖZYILDIZ'ın tez çalışması için yürütülmektedir. Vereceğiniz samimi cevaplar araştırmanın amacına ulaşılabilmesini sağlayacaktır. Verdiğiniz bilgiler gizlilik ilkesi çerçevesinde sadece araştırmacılar tarafından görülecektir ve sonuçlar tez çalışması olarak sunulacaktır. İlginiz ve yardımlarınız için teşekkür ederiz. (İletişim:

**Not: Lütfen ifadeleri en çok gittiğiniz hekimi düşünerek cevaplayınız.**

1							5				
Hiç Katılmıyorum		←—————→					Tamamen Katılıyorum				
		1	2	3	4	5					
İFADELER											
1	Hekimimin tedavimle ilgili beklentilerini karşılarım.	1	2	3	4	5					
2	Hekimimin verdiği ilaçları düzenli kullanırım.	1	2	3	4	5					
3	Hekimimin önerdiği tedaviye uyarım.	1	2	3	4	5					
4	Hekimimin tedavi sürecimdeki yönlendirmelerine uyarım.	1	2	3	4	5					
5	Hekimimi ailemden biri gibi görürüm.	1	2	3	4	5					
6	Hekimimi yakınım (arkadaş, dost vb.) gibi görürüm.	1	2	3	4	5					
7	Hekimimi hastalık sürecimde sırdaşım gibi görürüm.	1	2	3	4	5					
8	Hekimimi hastalık sürecimde yol arkadaşım gibi görürüm.	1	2	3	4	5					
9	Hekimim hakkında yapılan olumlu bir yorumu kendime yapılmış gibi hissedirim.	1	2	3	4	5					
10	Hekimimin başarısına kendi başarımmış gibi sevinirim.	1	2	3	4	5					
11	Hekimimin başarıları beni gururlandırır.	1	2	3	4	5					
12	Sohbet ortamlarında hekimimden “benim hekimim” diyerek bahsederim.	1	2	3	4	5					
13	Hekimimin benim için ideal bir hekim olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5					
14	Hekimim benim için vazgeçilmezdir.	1	2	3	4	5					
15	Hekimimi sahiplenirim.	1	2	3	4	5					
16	Hekimim hakkında olumsuz şeyler söyleyenleri uyarma ihtiyacı hissedirim.	1	2	3	4	5					
17	Hekimimin bana uyguladığı tedavi yöntemini diğer bireylere karşı savunurum.	1	2	3	4	5					
18	Hekimimin hakkını savunurum.	1	2	3	4	5					
19	Hekimim hakkında kötü konuşulduğu zaman zoruma gider.	1	2	3	4	5					
20	Hekimime zarar verici davranışlarda bulunduğunu düşündüğüm kişileri uyarmam gerektiğini hissedirim.	1	2	3	4	5					
21	Hekimim eleştirildiğinde onu savunma ihtiyacı hissedirim.	1	2	3	4	5					

22	Bu bir kontrol sorudur, lütfen üç rakamını işaretleyiniz.	1	2	3	4	5
23	İhtiyacım olduğunda yine aynı hekimden tedavi alırım.	1	2	3	4	5
24	Tedavim bittikten sonra hekimimle iletişimi koparmam.	1	2	3	4	5
25	Tedavi sürecim bittiğinde de hekimimi ziyaret ederim	1	2	3	4	5
26	Hekimim hastane değiştirirse ondan hizmet almak için gittiği hastaneye giderim.	1	2	3	4	5
27	Hekimimin uzmanlığına girmeyen diğer durumlarda da (doctor, hastane vb.) hekimimin tavsiyesini alırım.	1	2	3	4	5
28	Diğer insanların yanında hekimimi överim.	1	2	3	4	5
29	Hekimimden kolay kolay vazgeçmem.	1	2	3	4	5
30	Şehir değiştirmem durumunda hekimimi değiştirmem.	1	2	3	4	5
31	Alanında daha meşhur bir hekimden tedavi alma alternatifim olsa bile kendi hekimime danışmaya devam ederim.	1	2	3	4	5
32	Hekimim dışında bir hekimden tedavi hizmeti aldığımda eksik hizmet almış gibi hissederim.	1	2	3	4	5
33	Kendi hekimime gitmediğim zaman suçluluk duygusu hissederim.	1	2	3	4	5
34	Hekimime karşı bir minnet duygusu hissederim.	1	2	3	4	5
35	Hekimimi diğer hastalara tavsiye ederim.	1	2	3	4	5
36	Hekimimin değerlerine saygılı davranırım.	1	2	3	4	5
37	Hekimimin sözünü kesmeden dinlerim.	1	2	3	4	5
38	Hekimime değer veririm.	1	2	3	4	5
39	Hekimimin tedaviyle ilgili kararlarını sorgulamam.	1	2	3	4	5
40	Hekimimin yanında güvende hissederim.	1	2	3	4	5
41	Hekimimin tecrübesine güvenirim.	1	2	3	4	5
42	Hekimimin yanında kendimi rahat hissederim.	1	2	3	4	5



## DEMOGRAFİK BİLGİLER

**Yaşınız:** .....

**Cinsiyetiniz:** 1. Kadın ( ) 2. Erkek ( )

**Medeni Durumunuz:** 1. Evli ( ) 2. Bekar ( ) 3. Diğer ( )

**Eğitim Durumunuz:** 1. İlkokul ( ) 2. Ortaokul ( ) 3. Lise ( ) 4. Ön Lisans ( ) 5. Lisans ( )  
6. Lisansüstü ( )

**Mesleğiniz:** .....

**Bu Anketi Cevaplarken Düşündüğünüz Hastalığınız:** 1. Kronik ( ) 2. Akut ( )

**Bu Anketi Cevaplarken Düşündüğünüz Hekimin Branşı:** .....

**Bu Anketi Cevaplarken Düşündüğünüz Hekimin Cinsiyeti:** 1. Kadın ( ) 2. Erkek ( )

**Bu Anketi Cevaplarken Düşündüğünüz Hekimin Yaşı:** 1. Genç ( ) 2. Orta Yaş ( ) 3. Yaşlı ( )

**Bu Anketi Cevaplarken Düşündüğünüz Hekime Şimdiye Kadar Kaç Kere Gittiniz?**  
.....

**Bu Anketi Cevaplarken Düşündüğünüz Hekimden Cerrahi Operasyon Hizmeti Aldınız Mı?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

*Katılımınız için teşekkürler...*

#### EK-4. Kullanılan Diğer Ölçekler

##### Hekim Bağlılığı Ölçeği

1	Doktorum ihtiyaçlarıma uygun hizmet sunmak için gerekli yeteneğe sahiptir	1	2	3	4	5
2	Doktorum sorunlarıma içten bir şekilde yaklaşmaktadır.	1	2	3	4	5
3	Doktorumun kararlarına güvenirim.	1	2	3	4	5
4	Doktorum bana karşı çok özenlidir.	1	2	3	4	5
5	Doktorum bana değerli olduğum izlenimini vermektedir.	1	2	3	4	5
6	Doktorumun mevcut durumumu ve sağlık sonuçlarımı geliştirmek konusundaki performansı iyidir.	1	2	3	4	5
7	Bu bir kontrol sorudur, lütfen üç rakamını işaretleyiniz.	1	2	3	4	5
8	Doktorum problemlerimin çözümünde samimi bir ilgi göstermektedir.	1	2	3	4	5
9	Doktorum özel sağlık sorularımı cevaplamak için mükemmel düzeyde bilgi sahibidir.	1	2	3	4	5
10	Doktorumla aramdaki ilişkiyi sürdürme konusunda çok kararlıyım.	1	2	3	4	5
11	Doktorumun beni ben olduğum için kabul ettiğini hissedirim.	1	2	3	4	5
12	Doktorum bana karşı dürüst davranır.	1	2	3	4	5
13	Hizmet aldığım hastanenin doktorlarından gelecekte de hizmet almaya devam edeceğim.	1	2	3	4	5
14	Doktorumla aramdaki ilişkiyi sürdürebilme ihtimaline sahip olmak iyidir.	1	2	3	4	5

##### Doktora Güven Ölçeği

1	Doktorumun bir insan olarak benimle ilgilendiğimden şüpheliyim.	1	2	3	4	5
2	Doktorum genellikle ihtiyaçlarımı düşünür ve onlara öncelik verir.	1	2	3	4	5
3	Doktoruma çok güvenirim, onun tavsiyesine hep uyarım.	1	2	3	4	5
4	Eğer doktorum bana bir şey söylerse, bu kesinlikle doğru olmalıdır.	1	2	3	4	5
5	Bazen doktorumun fikirlerine güvenmem ve başka görüşlere başvururum.	1	2	3	4	5
6	Sağlığım konusunda doktorumun görüşlerine güvenirim.	1	2	3	4	5
7	Doktorumun sağlığım hakkında yapması gereken her şeyi yapmadığını hissediyorum.	1	2	3	4	5
8	Doktoruma tıbbi ihtiyaçlarıma her şeyden daha öncelik vereceği konusunda güveniyorum.	1	2	3	4	5
9	Doktorum sağlık problemlerimi çözebilecek (teşhis, tedavi veya sevk edecek) kadar niteliklidir.	1	2	3	4	5
10	Doktoruma tedavim konusunda bir hata yapıldığında bana söyleyeceği konusunda güvenirim.	1	2	3	4	5
11	Bazen doktorumun hakkımdaki bilgileri gizli tutmadığı konusunda endişeleniyorum.	1	2	3	4	5

### Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

1	Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.	1	2	3	4	5
2	Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
3	Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.	1	2	3	4	5
4	Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
5	Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.	1	2	3	4	5
6	Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.	1	2	3	4	5





31	Hekimimin önerdiği tedaviye uyarım.	1	2	3	4	5
32	Hekimimin tedavi sürecimdeki yönlendirmelerine uyarım.	1	2	3	4	5

## EK-6. Psikolojik Sahiplenmeyle İlgili Türkiye'de Yapılan Çalışmalar ve Kullanılan Ölçekler

**Tablo 30.** Psikolojik Sahiplenmeyle İlgili Türkiye'de Yapılan Çalışmalar ve Kullanılan Ölçekler

Araştırmacı	Konu Başlığı	Tür	Sahiplenme için Kullanılan Ölçek
Aslan ve Ateşoğlu, 2020	Psikolojik Sahiplenme Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması, Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışmaları	Ölçek Uyarlama Çalışması- Makale	Shukla ve Singh (2015)
Kalmaz, 2019	Psikolojik Sahiplenmenin Çalışanların Ekstra Rol Davranışı Üzerine Bir Araştırma	Tez	Van Dyne ve Pierce (2004)
Güngör, 2019	The impact of authentic leadership and psychological ownership on job satisfaction: A research in tourism enterprises ( <i>Otantik liderlik ve psikolojik sahiplenmenin iş tatmini üzerine etkileri: Turizm işletmelerinde bir araştırma</i> )	Tez	Avey vd., (2009)
Ekinci, 2018	Profesyonel öğrenme topluluğu, psikolojik sahiplenme ve bağlamsal performans arasındaki ilişki	Tez	Avey vd., (2009)
İspirli, 2014	Knowledge as an object of psychological ownership and knowledge hiding via territoriality among knowledge workers <i>Psikolojik sahiplenmenin nesnesi olarak bilgi ve bilgi işçilerinin bölgecilik aracılığıyla bilgi saklama davranışında bulunmaları</i>	Tez	Avey vd., (2009)
Dirgen, 2019	Örgütsel Nepotizm ve Psikolojik Sahiplenme Arasındaki İlişkide Örgütsel Güvenin Aracı Rolü: Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma	Tez	Avey vd., 2009
Köksal, 2019	Proaktif Kişiliğin Yenilikçi Davranışla Olan İlişkisinde Psikolojik Sahiplenmenin Aracılık Rolü: Bir hava yolu şirketi örneği	Tez	Van Dyne ve Pierce (2004)
Korkmaz, 2019	Kadın Çalışanlara Yönelik Destekleyici Örgüt İkliminin Psikolojik Sahiplenme ve Yılmazlık Düzeyleri Üzerine Etkisi Araştırması	Tez	Van Dyne ve Pierce (2004)
Başgüt, 2019	Algılanan Örgütsel Destek ve Psikolojik Sahiplenme İlişkisinde Örgüt Temelli Özsaygının Rolü	Tez	Van Dyne ve Pierce (2004)
Bülbül, 2019	Katılımcı Liderlik ile Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İlişkisinde Psikolojik Sahiplenmenin Rolüne İlişkin Sağlık Sektöründe Bir Araştırma	Tez	Uçar, 2018
Altuntaş, 2019	Kurumsallaşma ve Psikolojik Sahiplenmenin İş Sonuçlarına Etkisi: Hazır Giyim Sektöründe Bir Araştırma	Tez	Van Dyne ve Pierce (2004)
Akçin, 2018	Çalışanların Örgütsel Destek Algısı ve Psikolojik Sahiplenmelerinin, Sessizlik Davranışlarına Ve Görev Performansına Etkisi: Eğitim Sektöründe Bir Araştırma	Tez	Van Dyne ve Pierce (2004)
Yavuz, 2018	Dönüşümcü Liderlik Davranışının Proaktif Davranışla İlişkisinde Psikolojik Sahiplenmenin Aracılık Etkisi	Tez	Van Dyne ve Pierce (2004)
Alp, 2007	Örgütlerde Psikolojik Sahiplenme ve Örgütsel Vatandaşlık	Tez	Van Dyne ve Pierce (2004)

Uslu, 2014	Perceptions of Organizational Commitment, Job Satisfaction and Turnover Intentions in m&a Process: A multivariate Positive Psychology Model (Birleşme ve Satın alma Sürecinde İş Tatmini, Örgüte Duygusal Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyeti: Çok Değişkenli Bir Pozitif Psikoloji Modeli)	Tez	Avey vd., (2009)
Bora, 2019	Örgütlerde Özerklik ve Vatandaşlık Davranışı İlişkisinde Psikolojik Sahiplenmenin Aracılık Rolü: Nevşehir Otel İşletmeleri Örneği	Tez	Van Dyne ve Pierce (2004)
Yıldız, 2015	The Antecedents of Constructive and Destructive Deviant Workplace Behaviors (Yapıcı ve Yıkıcı Sapkın İşyeri Davranışlarının Öncülleri)	Tez	Van Dyne ve Pierce (2004)
Alkaya, 2018	Dokunma İhtiyacı ve Yazılı Bilginin Psikolojik Sahiplik Üzerindeki Etkisi	Tez	Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.
Bekmezci, 2018	Çalışanların Babacan Liderlik Algılarının Pozitif ve Negatif Sonuçları Üzerindeki Etkisinde Durumsal Faktörlerin Rolü	Tez	Van Dyne ve Pierce (2004)
Duran, 2019	Yüksek Performansa Dayalı İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamalarının Psikolojik Sahiplik ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisini İncelemeye Yönelik Bir Araştırma	Tez	Van Dyne ve Pierce (2004)
Çetinkaya, 2019	Personel Güçlendirme ve Psikolojik Sahipliğin İş Sonuçlarına Etkisi: Eğitim Sektörü Üzerine Bir Çalışma	Tez	Van Dyne ve Pierce (2004)
Ötken, 2015	Algılanan Örgütsel Destek Ve Psikolojik Sahiplenme Arasındaki İlişki Ve Bu İlişkide Örgütsel Adaletin Rolü	Makale	Van Dyne ve Pierce (2004)
Uçar, 2019	Psikolojik Sahiplenme: Örgütsel Alana İlişkin Bir Model Önerisi	Makale	
Uçar, 2016	Kontrol algısı-psikolojik sahiplenme ilişkisi üzerinde algılanan aşırı vasıflılığın düzenleyicilik etkisi	Makale	Van Dyne ve Pierce (2004)
Derin, 2018	Kuruma Duyulan Psikolojik Sahiplenme İle Yenilikçi İş Davranışı Arasındaki İlişkide Sanal Kaytarmanın Düzenleyici Rolü	Makale	Uslu (2015)
Aslan, 2020	Hizmetkar Liderliğin İş Tatmini Üzerindeki Etkisinde Psikolojik Sahiplenmenin Aracı Rolü	Makale	Van Dyne ve Pierce (2004)
Demirkaya ve Kandemir, 2014	21. Yüzyılın Anahtar Rekabet Faktörü Olan Psikolojik Sahiplenme Üzerine Bir İşletme İncelemesi	Makale	Van Dyne ve Pierce (2004)
Çıkmaz ve Yeşil, 2020	Çalışanların Algıladıkları Örgütsel Desteğin Psikolojik Sahiplenme Üzerine Etkisi	Makale	Van Dyne ve Pierce (2004)
Kalyoncuoğlu, 2018	Algılanan Kontrolün Psikolojik Sahiplenmeye Etkisinde Maksimum Fiyatı Ödeme İstekliliğinin Düzenleyici Rolü: Mercedes Marka Otomobil Kullanıcıları Üzerine Bir Araştırma	Makale	Lee ve Chen (2011)
Uçar ve Erçelik, 2017	Küreselleşme Bağlamında Başarılı Bir Toplam Kalite Yönetimi İçin Psikolojik Sahiplenme ve İç Girişimciliğin Rolü: Kuramsal Bir Analiz	Makale	
İşık ve Uçar, 2019	İş Tatmini Psikolojik Sahiplenme İlişkisinde Lider Üye Etkileşiminin Düzenleyicilik Etkisi	Makale	Van Dyne ve Pierce (2004)
Temizkan, 2019	Psikolojik Güçlendirme İle Psikolojik Sahiplenme Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi: Devlet Hastanesi Örneği	Makale	Van Dyne ve Pierce (2004)
Uçar, 2018	Algılanan Özerklik ve Etki İle Psikolojik Sahiplenme Arasındaki İlişkide Kontrol Algısının Aracılık Etkisi: Banka Çalışanları Üzerine Bir Araştırma	Makale	Van Dyne ve Pierce (2004)
Kalmaz ve Tozkoparan,	Psikolojik Sahiplenmenin Çalışanların Ekstra Rol Davranışı Üzerine Etkisi: Özel Sektörde Bir Araştırma	Makale	Van Dyne ve Pierce

2020			(2004)
Dirik ve Eryılmaz, 2016	Psikolojik Sahiplenme Ve İşkoliklik Arasındaki İlişkiye Yönelik Bir Araştırma	Makale	Avey vd., 2009
Şenol ve Üzüm, 2020	Demografik Özellikler ve Psikolojik Sahiplenme: Havacılık Sektöründe Bir Araştırma	Makale	Uçar, 2018
Kara ve Kaya, 2020	Yönetici Desteğinin İşe Adanmışlık Üzerindeki Etkisinde Psikolojik Sahiplenmenin Aracı Rolü	Makale	Van Dyne ve Pierce (2004)
Yeşil vd., 2015	Psikolojik Sahiplik Kavramına İlişkin Bir Literatür İncelemesi	Makale	
Akarca, 2020	Psikolojik Sahiplenmenin Kavramsal Farklılığı ve Örgütsel Davranış Alanı İçerisinde İncelenen Diğer Yapılardan Farklaştığı Noktalar Üzerine Bir Araştırma	Makale	
Ekber ve Mehmedova, 2017	Azerbaycan`da Bankacılık Sektörü Çalışanlarının Sahiplik Duygusu Analizine Yönelik Bir Çalışma	Makale	Van Dyne ve Pierce (2004)
Kaya, 2019	Öz-Duyarlılık, Dönüşümcü-Etkileşimci Liderlik İle Psikolojik Sahiplik Arasındaki İlişki: Öğretmenler Üzerine Bir Çalışma	Makale	Van Dyne ve Pierce (2004)
Uçar, 2018	Psikolojik Sahiplik Olgusunu Örgütsel Düzlemde Ölçmek İçin Ölçek Geliştirme Çalışması	Makale (Ölçek Geliştirme Çalışması)	Uçar, (2018)
Karadal ve Akyazı, 2015	Psikolojik Sahiplenme İle Etik Olmayan Örgüt Yanlısı Davranışlar Arasındaki İlişkinin Analizi Üzerine Aksaray İlinde Bir Araştırma	Bildiri	Avey vd., (2009)
Sözbilir, 2020	Factors Affecting Individuals' Creativity Performance: Paternalist Leadership, Management Innovation And Psychological Ownership	Makale	Shukla and Singh (2015)
Bekmezci ve Yıldız, 2019	Babacan Liderlik Psikolojik Sahipliği Nasıl Etkilemektedir? Kolektif Şükranın Aracı Rolü	Makale	Van Dyne ve Pierce (2004)
Öztürk, 2020	Psikolojik Sermaye ve Geri Çekilme Davranışı ilişkisi: Psikolojik Sahiplenmenin Aracılık Rolü	Makale	Avey vd., (2009)
Özler vd., 2008	Psychological Ownership: an Empirical Study on Its Antecedents and Impacts Upon Organizational Behaviors	Makale	Van Dyne ve Pierce (2004)
Uslu vd., 2015	İş Ortamında Pozitif Psikolojinin Çalışanları Güçlendirmedeki Rolü ve Bu Sürecin Olumlu Örgütsel Davranışlara ve Psikolojik Sahiplenmeye Olan Etkisi	Bildiri	Araştırmacı tarafından soru formu oluşturulmuştur.

## **EK-7. Uzman Listesi**

Prof. Dr. Hakan ÜLPER/Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi/Türkçe Eğitimi

Prof. Dr. Ramazan ERDEM/Süleyman Demirel Üniversitesi/Sağlık Yönetimi

Prof. Dr. Remzi ALTUNIŞIK/Sakarya Üniversitesi/İşletme

Doç. Dr. Zeki Uçar/Bitlis Eren Üniversitesi/İşletme

Dr. Öğr. Üyesi Elif KAYA/Süleyman Demirel Üniversitesi/Sağlık Yönetimi

Dr. Öğr. Üyesi İzzet ERDEM/Brdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi/Sağlık Yönetimi

Dr. Öğr. Üyesi Merve MULBUR/Süleyman Demirel Üniversitesi/Türkçe ve Sosyal Bilimler Eğitimi

Dr. Öğr. Üyesi Necla YILMAZ/Süleyman Demirel Üniversitesi/Sağlık Yönetimi

Dr. Öğr. Üyesi Nil Didem ŞİMŞEK/Süleyman Demirel Üniversitesi/Türkçe ve Sosyal Bilimler Eğitimi

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Gül GEDİKOĞLU ÖZİLHAN/Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi/Türkçe Eğitimi

Arş. Gör. Dr. Dilruba İZGÜDEN/Süleyman Demirel Üniversitesi/Sağlık Yönetimi

Arş. Gör. Dr. Seyhan ÖZDEMİR/Süleyman Demirel Üniversitesi/İşletme

Öğr. Gör. İbrahim TÜRKMEN/Uşak Üniversitesi/Yönetim ve Organizasyon Bölümü/Sağlık İşletmeciliği Programı

Öğr. Gör. Ramazan Rüçhan KAYA/Uşak Üniversitesi/Yönetim ve Organizasyon Bölümü/Sağlık İşletmeciliği

Öğr. Gör. Zeynep KUH/Trakya Üniversitesi/Yönetim ve Organizasyon/Sağlık Kurumları İşletmeciliği

Doktora Öğrencisi Elif ÖZER/Süleyman Demirel Üniversitesi/Sağlık Yönetimi