

HEKİM SAHİPLENME: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI *

Kevser Hüsna ÖZYILDIZ **

Ahmet ALKAN ***

ÖZ

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 ilişkiler de sahiplenme tutumunu gerçekleştirmektedir. Bireylerin çevresiyle 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 tutumu gösterecekleri düşünülmektedir. Bu araştırmada 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 literatürün taraması ve nitel görüşmelerden elde edilen veriler ile oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Araştırmada ölçeğin kapsam geçerliliği için uzman görüşlerine başvurulmuş; yapı geçerliliği için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA), birinci ve ikinci düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmış; maddelerin birbirleriyle, buldukları faktörlerle ve diğer faktörlerle ilişkili olup olmadığını tespit etmek için yakınsak ve iraksak geçerlilik değerleri test edilmiş; ölçüt geçerliliği içinse Hekim Sahiplenme Ölçeği ile Hekim Bağlılığı Ölçeği, Doktora Güven Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Güvenilirlik çalışması için cronbach alfa 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 ölçeği ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sahiplenme, Psikolojik sahiplenme, hekim sahiplenme, ölçek geliştirme

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışma Kevser Hüsna Özyıldız'ın "Hastaların Hekim Sahiplenme Tutumu: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması" adlı tez çalışmasından türetilmiştir.

** Süleyman Demirel Üniversitesi kevserozyildiz@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-7580-0139>

*** Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ahmetalkan_88@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4964-8591>

Gönderim Tarihi: 13.08.2021

Kabul Tarihi: 18.11.2021

Atıfta Bulunmak İçin:

Özyıldız, K. H. & Alkan, A. (2022). Hekim sahiplenme: Bir ölçek geliştirme çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 209-232

PHYSICIAN OWNERSHIP: A SCALE DEVELOPMENT STUDY *

Kevser Hüsna ÖZYILDIZ **

Ahmet ALKAN ***

ABSTRACT

Ownership refers to individuals' feeling that they own the thing they will own, and a psychological commitment they develop for that thing. Individuals generally develop close relationships with their environment, and these close relationships lead to an attitude of ownership. Another type of relationship that individuals develop with their environment is the relationship between physician and 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 an attitude of ownership 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, and students and academicians studying at Süleyman Demirel University. As a data collection tool, a questionnaire form was used by the researcher with the data obtained from the literature review and qualitative interviews. In the study, expert opinions were sought for the content validity of the scale; Exploratory Factor Analysis (EFA) and first and second level Confirmatory Factor Analysis (DFA) were used for construct validity; Convergent and divergent validity values were tested in order to determine whether the items were related to each other, to the factors in which they were found, and to other factors; For criterion validity, the relationship between Physician Affiliation Scale and Physician Engagement Scale, Doctor Trust Scale and Brief Psychological Resilience Scale was examined. For reliability study, Cronbach's alpha coefficient, CR value and test-retest coefficient were examined. As a result of the analyzes made, it was determined that the scale is a valid and reliable scale, and a physician ownership scale with five factors (loyalty, protectionism, self-identity, trust and compliance) was revealed.

Keywords: Ownership, psychological ownership, physician ownership, scale development

ARTICLE INFO

* This study was produced from Kevser Hüsna Özyıldız's thesis named "Physician Ownership in Chronic Patients: A Scale Development Study".

** Süleyman Demirel University, kevserozyildiz@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-7580-0139>

*** Assist. Prof., Süleyman Demirel University, ahmetalkan_88@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4964-8591>

Received: 13.08.2021

Accepted: 18.11.2021

Cite This Paper:

Özyıldız, K. H. & Alkan, A. (2022). Hekim sahiplenme: Bir ölçek geliştirme çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 209-232

I. GİRİŞ

Toplumda sosyal yaşantının doğal bir parçası olarak bireyler çevreleriyle çeşitli ilişkiler geliştirmektedir. Bu ilişkiler karşılıklı veya karşılıksız, somut veya soyut birçok şekilde ve şeyle olabilmektedir ve ilişkiler genellikle sahiplenme olgusunu içermektedir. Sahiplenme bilişsel ve duygusal bir özden oluşan karmaşık bir eylemdir ve somut veya soyut olan her şeye karşı geliştirilen aidiyet, bağlılık ve koruma durumudur.

Sahiplenme hissi insanların doğal bir parçasıdır ve insanlar doğaları gereği, maddi ve manevi her türlü şeye karşı sahiplenme hissi geliştirmektedirler (Pierce vd, 2001). Aynı zamanda bu his insanların kişisel hayatında önemli bir rol oynamakta ve sahip olunan şeyler kişinin hayatının bir parçası haline gelmektedir (Cram ve Paton, 1993). 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). Kişilerin yaşamında sahiplenme hissini nitelendiren birçok ifade bulunmaktadır. Örneğin; evimiz, kızım, oğlum, o benim fikrim, öğretmenim, doktorum gibi ifadeler yaygın bir şekilde kullanılmakta, sahiplenme hissi “benim” veya “bizim” gibi iyelik zamirleri ile ifade edilmektedir (Pierce ve Jussila, 2011). “Benim” ve “bizim” gibi iyelik zamirleri sahiplenme gösterilen her alanda kullanılmaktadır. İş yaşamı, sosyal hayat, bireysel eşyalar, sevdiğimiz insanlar, öğretmenlerimiz, doktorlarımız gibi aramızda bağ olan somut ve soyut her şeyde sahiplenme eğilimi görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde de bireyler için çok önemli bir yer tuttuğu göz önünde bulundurulduğunda sahiplenme hissini hasta ve hekim ilişkisinde yoğun bir şekilde görüldüğü düşünülmektedir.

Çok yönlü bir kavram olan sahiplenme 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 sahiplenmenin, değer ve sembollerin dışında var olan bir gerçek olduğu kabul edilmektedir (Etzioni, 1991). 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 açıklamışlardır. Literatür incelendiğinde (Vandewalle vd., 1995; Parker vd., 1997; Pierce vd., 2003; Mayhew vd., 2007; Pierce ve Jussila, 2011; Uçar, 2017; Kalmaz ve Tozkoparan, 2020) sahiplenmenin yasal ve psikolojik sahiplenme olmak üzere iki şekilde ele alındığı görülmektedir.

Yasal sahiplenme, kaynakların, eşyaların, malların ve hizmetlerin sahiplenilmesini, kullanılmasını ve elden çıkarılmasını yöneten sosyal ve resmi düzenlemelerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (Parkin, 2003) ve bireyin eşya, kaynak ve hizmet üzerinde hâkimiyet 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). Psikolojik sahiplenme kavramından da ilk kez Pierce ve diğerleri tarafından, çalışanların mal mülk sahipliği ile ilgili yaptıkları modellerinde bahsedilmiştir. Bu modelde psikolojik sahiplenmeden bahseden bir teori ortaya koymuşlar ve bunun yasal sahiplenmeden farklı bir kavram olduğu açıklamışlardır (Pierce vd., 1991). Psikolojik sahiplenmenin sadece biçimsel sahiplenme değil, büyüyen gelişen bir olgu olduğu belirtilmiştir. 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).

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. Bir şeye “benim” veya “bizim” dediğimiz zaman sahiplenme hissimiz harekete geçmektedir ve psikolojik olarak bir şeye bağlanıldığı zaman o şey, bireylerin benliklerinin bir parçası haline gelmektedir (Pierce vd., 2001). Psikolojik sahiplenme, bireylerin sahiplendikleri şeyleri kendilerinin (benim, bizim) gibi görmeleri

durumudur (Pierce vd., 2003) ve bireyin hedef için iyelik duyguları geliştirdiği, psikolojik olarak deneyimlenen bir olgu olarak tanımlanabilmektedir (Van Dyne ve Pierce, 2004).

Psikolojik sahiplenme durumu karmaşıktır ve bilişsel ve duygusal bir yapıdan oluşmaktadır. Psikolojik sahiplenmenin oluşmasında ve ortaya çıkmasında; hedefi kontrol etmek, hedefi yakından tanımak, hedefe yatırım yapmak, hedefe ilişkin diğer faktörler, bireysel faktörler, süreç faktörü ve bağlam faktörü önemli rol oynamaktadır (Pierce vd., 2001). 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). 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). 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.

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). 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). Bireysel düzeyde psikolojik sahiplenme, kişisel sahiplenme duygularını, kişi- sahiplenilecek şey etkileşimi yoluyla ortaya çıkaran bir durumdur. Bireysel psikolojik sahiplenme “ben” ve “benim” iyelik ekleriyle kullanılmaktadır. Kolektif psikolojik sahiplenme ise sahiplenme duygusunu, kişi-nesne, başkası-nesne, kişi-kişi etkileşimleriyle ortaya çıkan bir durumdur (Pierce ve Jussila, 2010).

Hekim-hasta ilişkisi hastaların çevresiyle geliştirdiği bir yakın ilişki türü olup bireyler hastalandıklarında daha hassas bir psikoloji içerisine girerek çevrelerinden psikolojik bir destek alma ihtiyacı hissedebilmekte ve bu desteği de genellikle gittikleri hekimden alma beklentisine girmektedirler. Hastaların hekimlerinden bu desteği hissetmesi sürekli aynı hekime gitmesini sağlayarak hastalarda hekimlerini benimseme ve sahiplenme tutumu geliştirecektir.

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 durumu olarak tanımlanabilmektedir. Pierce ve diğerleri (2001) psikolojik sahiplenmeyi kontrol, hedefe yatırım yapmak ve hedefi yakından tanıma faktörlerinin etkilediğini belirtirken, Olckers bu faktörlere ek olarak süreç, bağlam, bireysel faktörler ve hedefe ilişkin faktörlerinde psikolojik sahiplenmeyi etkilediğini ifade etmektedir (Olckers, 2011). 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 gibi faktörlerden de etkilenecektir.

Hastanın hekimini benimsemesi ve sahiplenebilmesi için hekiminden samimiyet hissetmesi, hekimin hastaya değer vermesi, hastayla iletişiminin iyi olması, hastaya karşı dürüst davranması, hastanın tedavi sürecine özen göstermesi, hastayı zihnen rahatlatması, erişilebilir olması gibi beklentileri bulunmaktadır. Hastaya güven verme, bilgi dağarcığının geniş olması, ilgili davranma, hasta tatminini sağlayabilme, açık iletişime sahip olma, tedavi sonrasında iletişime devam etme ve sabırlı olma gibi özelliklerin bireylerin hekimlerini diğer hekimlerden ayıran ve sahiplenme tutumunu göstereceği özellikler olduğu düşünülmektedir.

Hekimine karşı sahiplenme duygusu hisseden hastalar sahiplenme tutumu göstermektedirler. 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.

Hastaların hekim sahiplenme davranışının sonuçları çoğunlukla olumlu yönde olacağı varsayılmaktadır. 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 beklenmektedir.

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 araştırmalar da (Babu vd., 2011; Casalino, vd., 2003; Mitchell, 2007; Kahn, 2006; 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. Türkiye’de kullanılan ölçeklerin hepsi işe ve örgüte yönelik sahiplenme duygularını ölçmektedir. Sağlık alanında hekim ve hasta ilişkisi açısından kullanılacak bir sahiplenme ölçeğine rastlanılmamıştır. Bu açıdan çalışma önem arz etmektedir. Ayrıca sahiplenme kavramı memnuniyet, sadakat, tatmin, bağlılık gibi kavramlardan daha farklıdır ve memnuniyet, sadakat ölçekleriyle ölçülmemelidir. O nedenle bir sahiplenme ölçeğine ihtiyaç vardır. Bu ölçekle birlikte bireylerin hekim sahiplenme tutumları ölçülebilecek ve korumacılık, bağlılık, öz kimlik, güven ve uyum boyutları ile sahiplenme düzeyi ölçülebilecektir. Bu araştırmanın amacı da bireylerin hekim sahiplenme düzeylerini ölçmek ve sahiplenmenin hangi boyutlarda gerçekleştiğini belirlemek için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmektir.

II. YÖNTEM

Araştırmada ölçek geliştirme süreci yapının belirlenmesi, madde havuzunun oluşturulması, uzman görüşü ve kapsam geçerliliğinin sağlanması, ön deneme uygulamasının yapılması, geçerlilik çalışmalarının gerçekleştirilmesi ve güvenilirlik analizlerinin uygulanması olmak üzere altı ana aşamadan oluşmaktadır.

Araştırmanın her sürecinde farklı örneklem gruplarıyla çalışılmıştır. Ön deneme uygulaması içinse Isparta’da yaşayan 12 kişiyle çalışılmıştır. Geçerlilik çalışmalarından yapı geçerliliğinin ilk adımı olan açımlayıcı 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). Buna ek olarak ölçek geliştirme çalışmalarında Kass ve Tinsley (1979) ölçekte yer alan madde sayısının en az 5 ile 10 katı bireye ulaşılması gerektiğini belirtmektedir. Bu görüşler göz önüne alınarak çalışmada açımlayıcı faktör analizi Isparta’da yaşayan 475 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Ölçek geliştirme çalışmalarında ölçeğin geçerliliğinin artması için açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizinin farklı örneklemelerde uygulanması gerektiği belirtilmektedir (Fabrigar vd., 1999). Bu kapsamda araştırmanın yapı geçerliliği aşamasının ikinci adımı olan doğrulayıcı faktör analizi ve diğer analizler (ölçüt geçerliliği, yakınsak ve ıraksak geçerlilik, Cronbach alfa katsayısı, CR değeri) için evren Ankara olarak belirlenmiştir. Ankara ilinin toplam nüfusu 5.663 milyondur. %95 güven aralığı ve %5 hata payı düşünüldüğünde ve ölçek geliştirme çalışmalarındaki örneklem büyüklükleri göz önüne alındığında 384-400 kişilik bir örneklem grubu yeterli sayılmaktadır. Doğrulayıcı faktör analizi ve diğer analizler Ankara’da yaşayan 635 kişiden toplanan veri ile gerçekleştirilmiştir. Güvenilirlik analizlerinden test tekrar test yöntemi için Süleyman Demirel Üniversitesi’nde lisansüstü eğitim gören veya akademisyen olan 35 kişiden veri toplanmıştır. Araştırma toplamda 1157 kişiden toplanan veriler ile yürütülmüştür.

Verilerin toplanması aşamasında katılımcılardan belirli bir hekimden düzenli bir süre tedavi hizmeti alıp almadıkları, hekim deneyimlerinin olup olmadığı bilgisi istenmiş ve en çok gittikleri hekimi düşünerek cevap vermeleri talep edilmiştir. Anketin demografik sorular kısmında “Bu anketi cevaplarırken düşündüğünüz hekime şimdiye kadar kaç kere gittiniz?” ve “Bu anketi cevaplarırken düşündüğünüz hastalığınız akut mu, kronik mi?” soruları sorularak katılımcıların hekim deneyimleri dikkate alınmıştır. Yani hiç hekim deneyimi olmayanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmada veri toplama aracı anket yöntemi tercih edilmiş ve araştırmanın her aşamasında farklı ölçek formları devreye girmiştir. Açımlayıcı faktör analizi için araştırmacı tarafından geliştirilen 41 maddelik hekim sahiplenme taslak ölçek formu; doğrulayıcı faktör analizi, güvenilirlik analizleri, yakınsak-ıraksak geçerlilik ve fark analizleri için araştırmacı tarafından geliştirilen 32 maddelik ölçek formu kullanılmıştır. Ölçüt geçerliliği için araştırmacı tarafından geliştirilen 32 maddelik Hekim Sahiplenme ölçek formundan, Hekim Bağlılığı ölçeğinden (Ünal, 2017), Doktora Güven ölçeğinden (Şengül ve Bulut, 2020) ve Kısa Psikolojik Sağlık ölçeğinden (Doğan, 2017) faydalanılmıştır. Açımlayıcı faktör analizi için toplanan veriler haktan yüz yüze toplanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi ve diğer analizler için toplanan verilerin 42 tanesi pandemi sebebiyle çevrimiçi ortamda toplanmıştır. Güvenilirlik analizlerinden test tekrar test yönteminin uygulanması amacıyla toplanan verilerde (35 kişi) çevrimiçi ortamda toplanmıştır. Hem AFA hem DFA için verilerin toplanmasında kolayda örnekleme yönteminden yararlanılmıştır.

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. Doğrulayıcı faktör analizi, Analysis of Moment Structures (AMOS 22.0) ile gerçekleştirilmiştir.

Yapı geçerliliği aşamasının ilk adımı olan açımlayıcı faktör analizinde verilerin faktör analizine uygunluğu, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Küresellik testi kullanılarak test edilmiştir. Faktör belirleme tekniği olarak temel bileşenler analizi ve varimax döndürme tekniği tercih edilmiştir. Faktör sayısının belirlenmesinde ayrıca yamaç (çizgi) grafiği kullanılmıştır. Yapı geçerliliğinin aşamasının ikinci adımı doğrulayıcı faktör analizinde ise ölçeğin doğrulanıp doğrulanmadığı sınanan modelin yeterliliğini ortaya koymak için Ki kare uyum testi, GFI, RMSEA, CFI, NFI, RFI, IFI, RMR, CMIN/DF uyum indeksleri incelenmiştir. Ölçüt geçerliliği aşaması için hekim sahiplenme ölçeği ile hekime bağlılık ölçeği, doktora güven ölçeği, kısa psikolojik sağlık ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesinde ve boyutların birbirleriyle ilişkisini belirlemesinde Pearson

Çarpımı Momentler Korelasyon Analizinden yararlanılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği cronbach alfa katsayısı, CR değeri ve test tekrar test analizi ile kontrol edilmiştir.

Bu çalışma için Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulunun E-87432956-050.99-62560 numaralı, 01.06.2021 tarihli ve 51/7 sayılı kararı ile “etik kurul onayı” alınmıştır. Çalışma, Helsinki Deklarasyonu Prensipleri’ne uygun olarak yapılmıştır.

III. BULGULAR

Bu bölümde ölçek geliştirme sürecinde yer alan aşamalarda yapılan analizlere ve elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

3.1. Yapının Belirlenmesi

Türkçe ve İngilizce literatürde sahiplenme, psikolojik sahiplenme, sağlık hizmetinde sahiplenme, bağlılık, hekim ve hasta ilişkisi ilgili yapılan araştırmalar ve mevcut ölçekler incelenmiş ve bireylerin hekim sahiplenme tutumunu ölçen bir ölçeğe rastlanılmaması nedeniyle bireylerin hekimlerini sahiplenme düzeylerini ve sahiplenmenin hangi boyutlarda gerçekleştiğini belirlemek amacıyla geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmek amaçlanmıştır.

3.2. Madde Havuzu Oluşturulması

Hekim Sahiplenme Ölçeğinin maddeleri oluşturulurken psikolojik sahiplenme kavramı temel alınmıştır.

Maddeler oluşturulmadan önce 15 kronik ve 5 akut hastayla nitel görüşmeler yapılmış ve görüşmecilere hekim sahiplenmeyle ilgili araştırmacılar tarafından hazırlanan 6 soru sorulmuştur. Görüşmelerin dökümü yapılarak kodlama işlemi yapılmış ve buradan temalar elde edilmiştir. 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. 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). 69 maddelik madde havuzu araştırmacılar tarafından iki hafta süren detaylı incelemelerle (madde ekleme, çıkarma, düzeltme işlemleri) 52 maddeye düşürülmüştür. Madde yazımında dil bilgisi kurallarına dikkat edilmiş, Erkuş’un (2019) belirttiği gibi maddelerin kısa, net ve hedef kitlenin anlayabileceği düzeyde hazırlanmasına özen gösterilmiştir.

Araştırmanın güçlü yanı madde havuzunun oluşturulmasında kullanılan nitel görüşme tekniğidir. Nitel görüşmeler sayesinde halkın gerçek görüşleri alınmış ve ifadeler daha gerçekçi hazırlanmıştır. Psikolojik sahiplenmenin alt boyutları ve nitel görüşmelerden elde edilen temalar dikkate alınarak uyum, öz kimlik, aidiyet, korumacılık, bağlılık, sadakat, vefa, güven ölçek alt boyutları belirlenmiş ve maddelerin boyutlandırılmasında belirlenen boyutlar dikkate alınmıştır.

3.3. Uzman Görüşünün Alınması ve 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). Kapsam geçerliliği kısaca bir ölçme aracının ölçülmek istenen nitelikleri kapsayabilmesidir (Şeçer, 2017). Kapsam geçerliliğinde “Test maddeleri ölçülmek istenen davranışı yansıtıyor mu?” sorusunun cevabı aranmaktadır (Büyüköztürk, 2020). Kapsam geçerliliğinin sözel panel tartışma yöntemi ve istatistik yöntem olmak üzere iki yöntemi bulunmaktadır. Geçerlilik kontrol edilirken tek bir yöntem

veya her iki yöntem de kullanılabilir (Erkuş, 2019). Araştırmada sözel panel tartışma yöntemi tercih edilmiştir.

Araştırmacılar tarafında 52 maddeye indirilen madde havuzunun değerlendirilebilmesi ve kapsam geçerliliğinin sağlanabilmesi için farklı üniversitelerden akademisyenlerin oluşturduğu 8 kişilik sözel tartışma paneli grubu oluşturulmuştur. Maddeler tek tek tartışılmış, nitelik ve nicelik bakımından tüm maddeler herkes hem fikir olana kadar tartışma devam edilmiştir. 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 elektronik posta 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 araştırmacılar tarafından tekrar gözden geçirilmiş, maddelerin revize işlemleri yapılmış ve son olarak madde havuzu 41 madde olarak belirlenmiştir. Bir tane de kontrol sorusu (bu bir kontrol sorusudur, lütfen üç rakamını işaretleyiniz) eklenerek 42 madde ile ön deneme aşamasına geçilmiştir.

3.4. Ön Deneme Uygulamasının Yapılması

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-geç, eğitimli-egitimsiz vb.) 10-15 katılımcı üzerinde gerçekleştirilmelidir (Erkuş, 2019). Bu kapsamda taslak olarak geliştirilen ölçek formunun ön deneme uygulaması 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 problem olmadığı sonucuna varılmıştır.

3.5. Geçerlilik Çalışmaları

Bir ölçme aracında ilk aranan özellik geçerliliğidir. Geçerlilik, ölçeğin ölçmek için hazırlandığı amaca hizmet etme derecesi veya ölçmeye çalışılan amacı ölçebilme düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Seçer, 2017). Çok fazla sayıda geçerlilik çeşidi bulunmaktadır. Bu araştırmada kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, yakınsak-ıraksak geçerlilik ve ölçüt geçerliliği kullanılmıştır.

3.5.1. Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliği ölçme aracının ölçmeye çalıştığı teorik yapıyı ölçebilme derecesi olarak tanımlanmaktadır (Seçer, 2017). Yapı geçerliliğini incelemek amacıyla faktör analizinden ve hipotez testlerinden yararlanılabilmektedir (Büyüköztürk, 2020). Hekim sahiplenme ölçeğinin yapı geçerliliğini belirlemek için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizinden yararlanılmıştır.

3.5.1.1. Açımlayıcı Faktör Analizi

Bu araştırmada hekim sahiplenme ölçeğinin faktör yapısını belirlemek için açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. 41 maddelik taslak ölçek formu 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. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Birinci Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde	Değişkenler	Frekans	Yüzde
Yaş (Yıl)			Tedavi Alınan Hekime Gidiş Sayısı		
1.-29	214	46,7	1. 1-3	107	23,4
2. 30-39	108	23,6	2. 4-6	113	24,7
3.40-49	61	13,3	3. 7-9	65	14,2
4. 50+	75	16,4	4. 10-12	87	19,0
Cinsiyet			5. 13-15	26	5,7
1. Kadın	264	57,6	6. 16+	60	13,0
2. Erkek	194	42,4	Tedavi Alınan Hekimin Cinsiyeti		
Medeni Durum			1. Kadın	147	32,1
1. Evli	224	48,9	2. Erkek	311	67,9
2. Evli Değil	234	51,1	Tedavi Alınan Hekimin Yaşı*		
Eğitim Durumu			1. Genç	62	13,5
1. Ortaokul	40	8,7	2. Orta Yaş	322	70,3
2. Lise	109	23,8	3. Yaşlı	73	16,2
3. Ön Lisans	72	15,7	Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu		
4. Lisans	193	42,1	1. Evet	103	22,5
5. Lisansüstü	44	9,7	2. Hayır	355	77,5
Hastalık*			Toplam	458	100,0
1. Kronik	208	45,4			
2. Akut	199	43,4			

* Bazı katılımcıların cevap vermemesinden dolayı veri kaybı bulunmaktadır.

Demografik bilgiler incelendiğinde kadın katılımcıların (%57,6) daha fazla olduğu görülmektedir. Katılımcılara “anketi cevaplarırken düşündükleri hastalıklarının kronik mi akut mu” olduğu sorulmuştur ve verilen cevaplar doğrultusunda katılımcıların hastalıkları incelendiğinde %45,4’ünün kronik bir hastalığa sahip olduğu ve %43,4’ünün akut bir hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık hizmeti aldıkları hekimlerine gidiş sayılarının dağılımına bakıldığında katılımcıların %24,7’sinin 4-6 kez hekime gittikleri görülmüştür.

Faktör analizi yapılmadan önce örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygunluğu test edilmiştir. Faktör analizinde örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde literatürde farklı görüşler hâkimdir. Kass ve Tinsley (1979) ölçekte yer alan madde sayısının en az 5 ile 10 katı bireye ulaşılması gerektiğini ifade etmektedirler. Comrey ve Lee (1992) örneklem büyüklüğünde 100’ün zayıf, 200’ün orta, 300’ün iyi, 500’ün çok iyi, 1000 veya daha fazlasının mükemmel olarak değerlendirmektedirler. Field (2009) ise analizin yapılabilmesi için örneklem sayısının en az 300 olması gerektiğini ifade etmektedir. Bu görüşler doğrultusunda çalışmada kullanılan 458 kişilik örneklemin açıklayıcı faktör analizi için uygun olduğu düşünülmektedir. Bu uygunluğu istatistiksel olarak test etmek için KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) ve Barlett Küresellik testlerinden yararlanılmıştır.

Tablo 2. Hekim Sahiplenme Ölçeğinin KMO ve Barlett's Testi Değerleri

KMO ve Bartlett Küresellik Testi		
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Örneklem Yeterliliği	0,953	
Bartlett Küresellik Testi	Ki-kare değeri	11153,537
	Serbestlik derecesi	496
	<i>p</i>	0,000

Elde edilen değerin 1'e yaklaşması örneklem büyüklüğünün yeterli olduğuna dair fikir vermektedir (Seçer, 2017). Araştırmanın KMO örneklem uygunluk değeri tablo 2'de 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 değerin $p > 0,05$ olması ise ölçekteki maddelerin birbirinden bağımsız olduklarını göstermektedir (Özdamar, 2017). Tablo 2 incelendiği zaman çalışmanın Barlett Küresellik testi sonucunun (sig.0,000) anlamlı olması ($p < 0,05$) verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Verilerin faktör analizine uygunluğu test edildikten sonra ölçeğin yapı geçerliliğini ortaya koymak için faktör döndürme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada faktör belirleme tekniği olarak temel bileşenler analizi tercih edilmiş, döndürme tekniklerinden de dik döndürme yöntemlerinden varimax döndürme tekniği tercih edilmiştir.

Faktör analizinde madde faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle ilişkisini gösteren önemli bir katsayıdır (Büyüköztürk, 2002). Madde faktör yükünün en az 0,30 olması gerekmektedir (Seçer, 2017). Maddelerin yer aldıkları faktörlerdeki yük değerlerinin yüksek olması, o maddelerin birlikte bir faktörü ölçtüğü anlamına gelmektedir. Faktör yük değerinin, 0,45 ya da daha yüksek olan maddelerin daha iyi olduğu kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2020). 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 değeri vermesi ve maddenin iki ya da daha fazla faktörde sahip olduğu yük değerleri arasındaki farkın 0.10'dan daha az olması gerekmektedir (okluk vd., 2021).

Bu araştırmada da 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 birçok kez tekrarlanmıştır. Özdamar iki maddenin bir boyut oluşturamayacağını belirtmektedir (2017). Analizlerde de 23. ve 24. maddelerin tek bir boyut altında toplandığı görülmektedir. 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). Uzun süre faktör analizi yapılmaya devam edilmiş ve sonucunda başka hiçbir maddenin binişik olmadığı görülmüştür.

Tablo 3'te faktör analizinden elde edilen faktör yük değerleri gösterilmektedir.

Tablo 3. Hekim Sahiplenme Ölçeği Maddelerinin Faktör Yük Değerleri

Maddeler	Faktörler				
	1	2	3	4	5
M30. Alanında daha meşhur bir hekimden tedavi alma alternatifim olsa bile kendi hekimime danışmaya devam ederim.	0,810				
M31. Hekimim dışında bir hekimden tedavi hizmeti aldığımda eksik hizmet almış gibi hissederim.	0,786				
M29. Şehir değiştirmem durumunda hekimimi değiştirmem.	0,722				
M32. Kendi hekimime gitmediğim zaman suçluluk duygusu hissederim.	0,763				
M25. Hekimim hastane değiştirirse ondan hizmet almak için gittiği hastaneye giderim.	0,650				
M28. Hekimimden kolay kolay vazgeçmem.	0,623				
M24. Tedavi sürecim bittiğinde de hekimimi ziyaret ederim.	0,575				
M14. Hekimim benim için vazgeçilmezdir.	0,529				
M26. Hekimimin uzmanlığına girmeyen diğer durumlarda da (doktor, hastane vb.) hekimimin tavsiyesini alırım.	0,497				
M20. Hekimime zarar verici davranışlarda bulunduğunu düşündüğüm kişileri uyarman gerektiğini hissederim.		0,819			
M19. Hekimim hakkında kötü konuşulduğu zaman zoruma gider.		0,737			
M21. Hekimim eleştirildiğinde onu savunma ihtiyacı hissederim.		0,698			
M16. Hekimim hakkında olumsuz şeyler söyleyenleri uyarma ihtiyacı hissederim.		0,625			
M12. Sohbet ortamlarında hekimimden “benim hekimim” diyerek bahsederim.		0,612			
M18. Hekimimin hakkını savunurum.		0,580			
M17. Hekimimin tedavi yöntemini diğer bireylere karşı savunurum.		0,540			
M6. Hekimimi yakıным 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 hissederim.			0,686		
M10. Hekimimin başarısına kendi başarımmış gibi sevinirim.			0,610		
M40. Hekimimin tecrübesine güvenirim.				0,786	
M39. Hekimimin yanında güvende hissederim.				0,724	
M38. Hekimimin tedaviyle ilgili kararlarını sorgulamam.				0,693	
M37. Hekimime değer veririm.				0,667	
M36. Hekimimin sözünü kesmeden dinlerim.				0,658	
M41. Hekimimin yanında kendimi rahat hissederim.				0,633	
M3. Hekimimin önerdiği tedaviye uyarım.					0,859
M4. Hekimimin tedavi sürecimdeki yönlendirmelerine uyarım.					0,841
M2. Hekimimin verdiği ilaçları düzenli kullanırım.					0,778
M1. Hekimimin tedavimle ilgili beklentilerini karşılarım.					0,651
Faktörün Açıkladığı varyans (%)	17,64	14,30	14,02	12,40	9,69
Açıkladığı Toplam Varyans (%)	68,07				

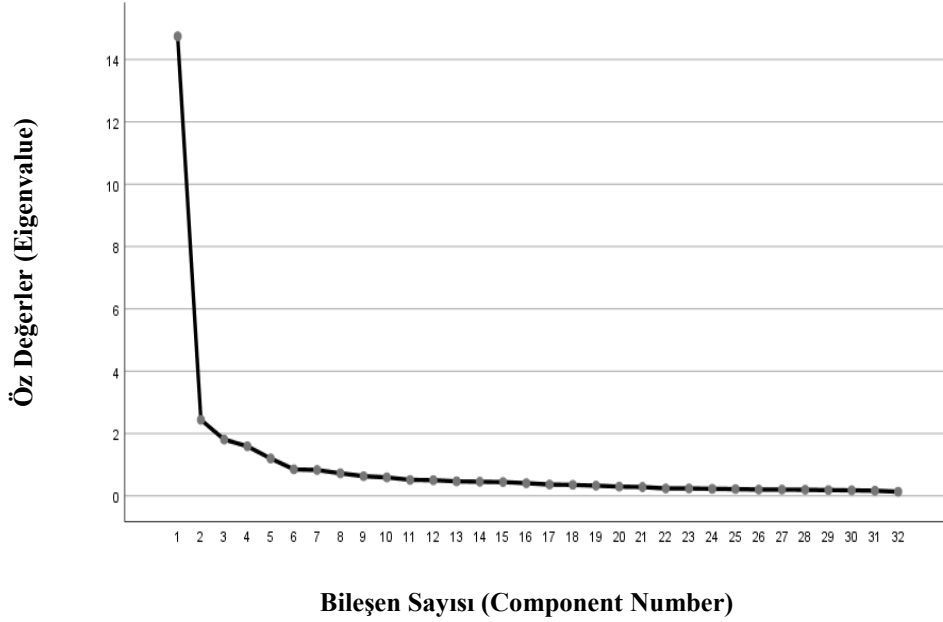
Ölçekten çıkarılan maddeler sonrasında kalan 32 madde ile temel bileşenler analizi varimax dik döndürme tekniği kullanılarak faktör analizi yapılmaya devam edilmiştir. Sonuç olarak ortaya 32 maddeli 5 faktörlü hekim sahiplenme yapısı ortaya çıkmıştır.

Açıklanan varyans oranının yüksekliği, ölçeğin faktör yapısının gücünü yansıtmaktadır. Çok faktörlü yapılarda açıklanan varyans oranının %52 ve üzeri olması gerekmektedir (Henson ve Robert, 2006). Alt faktörlerin her birinin de toplam varyansın en az %5'ini açıklaması gerekmektedir (Şeçer,

2015). Tablo 3 incelendiğinde Hekim Sahiplenme Ölçeğinde açıklanan toplam varyansının %68,07 olduğu görülmektedir. Açıklanan toplam varyans faktör bazında değerlendirildiğinde varyansın %17,64'ünü birinci faktör, %14,30'unu ikinci faktör, %14,02'sini üçüncü faktör, %12,40'ını dördüncü faktör, %9,69'unu ise beşinci faktör oluşturmaktadır.

Faktör analizinde faktör sayısının belirlenebilmesi için yamaç (çizgi) grafiğine de bakılması gerekmektedir (Çokluk vd., 2021; Büyüköztürk, 2020; Seçer, 2015). Şekil 1'de dikey eksen öz değer oranlarını, yatay eksen ise faktörleri gösterilmektedir (Büyüköztürk, 2020).

Şekil 1. 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. Faktörlerin isimlendirilmesi, ilgili faktörde bulunan maddelerin ifade ettikleri anlamlar ve araştırmacılar tarafından madde havuzunun oluşturulması aşamasında belirlenen boyutlar göz önüne alınarak yapılmıştır. Faktör 1 “bağlılık”, faktör 2 “korumacılık”, faktör 3 “öz kimlik”, faktör 4 “güven” ve faktör 5 “uyum” olarak isimlendirilmiştir.

3.5.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) elde edilen verilerden değişkenler arasındaki ilişkiye dair daha önce saptanan bir hipotez ya da kuram test edilmektedir (Büyüköztürk, 2020). Başka bir deyişle elde edilen verinin orijinal yapıya uyup uymadığını belirlemek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmaktadır (Seçer, 2015).

Bu çalışmada 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 ölçekle Ankara’da ikamet eden 635 kişiden toplanan veriler 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. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4’te gösterilmektedir.

Tablo 4. İkinci Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde	Değişkenler	Frekans	Yüzde
Yaş (Yıl)			Tedavi Alnan Hekimin Cinsiyeti*		
1.-29	141	23,4	1. Kadın	192	32,0
2. 30-39	243	40,3	2. Erkek	408	68,0
3.40-49	116	19,2	Tedavi Alnan Hekimin Yaşı*		
4. 50+	103	17,1	1. Genç	84	14,0
Cinsiyet			2. Orta Yaş	432	72,0
1. Kadın	213	35,3	3. Yaşlı	84	14,0
2. Erkek	390	64,7	Tedavi Alnan Hekime Gidiş Sayısı*		
Medeni Durum			1. 1-3	147	24,5
1. Evli	322	53,4	2. 4-6	155	25,8
2. Evli Değil	281	46,6	3. 7-9	87	14,5
Eğitim Durumu			4. 10-12	114	19,0
1. Ortaokul	62	10,3	5. 13-15	36	6,0
2. Lise	135	22,4	6. 16+	61	10,2
3. Ön Lisans	98	16,3	Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu*		
4. Lisans	266	44,1	1. Evet	127	21,2
5. Lisansüstü	42	7,0	2. Hayır	473	78,8
Hastalık*			Toplam	603	100,0
1. Kronik	341	61,6			
2. Akut	213	38,4			

* Bazı katılımcıların cevap vermemesinden dolayı veri kaybı bulunmaktadır

Demografik bilgiler incelendiğinde erkek katılımcıların (%64,7) daha fazla olduğu görülmektedir. Katılımcılara “anketi cevaplarırken düşündükleri hastalıklarının kronik mi akut mu” olduğu sorulmuştur ve verilen cevaplar doğrultusunda katılımcıların hastalıkları incelendiğinde %56,6’sının kronik bir hastalığa, %35,3’ünün ise akut bir hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık hizmeti aldıkları hekimlerine gidiş sayılarının dağılımına yer verilmiştir. Katılımcıların %24,4’ünün 1-3 kez, %18,9’unun ise 10-12 kez gittiği görülmüştür.

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 (Seçer, 2015). 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 (χ^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).

Tablo 5’te uyum indekslerinin kabul edilen uyum ve mükemmel uyum sınırları ile hekim sahiplenme ölçeğinin değerleri yer almaktadır.

Tablo 5. Hekim Sahiplenme Ölçeği Birinci Düzey DFA Uyum İndeksleri

Ölçüm (Uyum İndeksleri)	Kabul Edilebilir	Mükemmel Uyum	Model	Model Uyumu
CMIN/DF (Genel Model Uyumu)	Bulunan değer istatistiksel olarak anlamsız olmalıdır ve $\chi^2/sd=3$ 'ten küçük olmalıdır. $2 < \chi^2/sd < 5$		2,511	Mükemmel Uyum
GFI (Mutlak Uyum İndeksi)	0,85 ve üzeri	0,90 ve üzeri	0,90	Mükemmel Uyum
CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)	0,95 ve üzeri	0,97 ve üzeri	0,951	Mükemmel Uyum
RMSEA (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)	0,050 ve 0,080 arası	0,000 ve <0,050 arası	0,050	Kabul Edilebilir Uyum
NFI (Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi)	0,90 ve üzeri	0,95 ve üzeri	0,922	Kabul Edilebilir Uyum
RFI (Göreceli Uyum İndeksi)	0,90 ve üzeri	0,95 ve üzeri	0,912	Kabul Edilebilir
IFI (Artan Uyum İndeksi)	0,90 ve üzeri	0,95 ve üzeri	0,951	Mükemmel
RMR (Artık Temelli Uyum İndeksi)	0,050 ve 0,080 arası	0,000 ve <0,050 arası	0,043	Mükemmel Uyum

CMIN/DF minimum fark değerinin serbestlik derecesine bölümüdür. Bu oran güvenilir bir uyum ölçüsü olarak kabul edilmektedir (Özdamar, 2017). Tablo 5'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). Çalışmada GFI değeri 0,90 olarak tespit edilmiştir. GFI'nın 0,90 ve üzerinde olması mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermektedir (Shevlin ve Miles, 1997). 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). Tablo 5 incelendiğinde, hekim sahiplenme ölçeğinin CFI indeksi 0,951 olarak tespit edilmiştir 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). Çalışmada RMSEA değeri, 0,050 olarak tespit edilmiştir (Tablo 5). Bu değer 0,080 altında olması gerekmektedir (Brown, 2006). Çalışmadan elde edilen RMSEA değerinin kabul edilebilir uyuma sahip olduğu görülmektedir. NFI, modeldeki parametre sayısının kısıt düzeyini ölçmek için kullanılan bir indekstir (Özdamar, 2017). NFI değeri, 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır ve 0,90 üzeri olması daha iyi uyuma sahip olduğunu göstermektedir (Hu ve Bentler, 1999). Tablo 3'te görüldüğü üzere çalışmada da NFI değeri 0,922 olarak tespit edilmiş ve kabul edilebilir bir uyuma sahip olduğu söylenebilmektedir. Hekim sahiplenme ölçeğinin IFI (Artan Uyum İndeksi) değeri 0,951 olarak tespit edilmiştir (Tablo 5). IFI değerinin 0,90 üzeri olması iyi uyuma, 0,950 üzeri olması mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermektedir (Carlson ve Mulaik, 1993). IFI değerinin de bu çalışmada mükemmel uyuma sahip olduğu görülmektedir. Hekim sahiplenme ölçeğinin RMR değeri ise 0,043 olarak tespit edilmiştir (Tablo 5). RMR değerinin 0,050'nin altında olması mükemmel uyuma, 0,080'nin altında olması iyi uyuma, sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmada, RMR değerinin 0,043 çıkması mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermektedir.

Doğrulayıcı faktör analizi yapılırken çok boyutlu ölçeklerin ikinci düzey çok faktörlü modellerinin de test edilmesi gerekmektedir (Meydan ve Şeşen, 2011). Hekim sahiplenme ölçeğinin de ikinci düzey faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Aşağıdaki tabloda ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen veriler gösterilmektedir (Tablo 6).

Tablo 6. 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 6'da yer alan hekim sahiplenme ölçeği ikinci düzey DFA uyum indeksleri incelendiğinde, 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 görülmektedir. İkinci düzey doğrulayıcı faktör uyum analizlerinin de kabul edilebilir düzeyde olduğu ifade edilebilir.

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

3.5.2. Yakınsak ve İraksak Geçerlilik

Yapısal geçerlilik testlerinden sonra yakınsak (convergent) ve iraksak (discriminant) geçerliliklerin 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).

Yakınsak geçerliliğin incelenmesi 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).

Tablo 7'de hekim sahiplenme ölçeği yakınsak ve iraksak geçerlilik test sonuçları yer almaktadır.

Tablo 7. Hekim Sahiplenme Ölçeği Yakınsak ve İraksak 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

Tablo 7 incelendiğinde tüm boyutların AVE değerlerinin 0,50 üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgulara dayanarak ölçeğin yakınsak geçerliliğin sağlandığı ifade edilmektedir.

İraksak geçerliliğin incelenmesi 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). İraksak geçerliliğin sağlanabilmesi için $MSV < AVE$, $ASV < MSV$ ve AVE'nin karekökünün faktörler arası korelasyondan büyük olması

gerekmektedir (Fornell ve Larcker, 1981). Tablo 7’deki 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 ıraksak geçerliliğinin sağlandığı görülmektedir.

3.5.3. 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 (Seçer, 2015). Ölçüt geçerliliğinin yapılması için Ankara’da ikamet eden 603 kişiden oluşan örneklem grubu kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak “Hekim Bağlılığı Ölçeği” (Ünal, 2017), “Doktora Güven Ölçeği” (Şengül ve Bulut, 2020) ve “Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği” (Doğan, 2015) ölçekleri kullanılmıştır.

Katılımcıların geliştirilmesi amaçlanan ölçekten aldıkları puanların, benzer tutumları ölçen başka ölçeklerden aldıkları puanların korelasyonuna bakarak ölçüt geçerliliği kontrol edilmektedir (Büyükoztürk, 2008). Tablo 8’de hekim sahiplenme ölçeği ile hekime bağlılık ölçeği, doktora güven ölçeği ve kısa psikolojik sağlık ölçeği arasındaki korelasyon sonuçları yer almaktadır.

Tablo 8. Hekim Sahiplenme Ölçeği ile Hekime Bağlılık Ölçeği, Doktora Güven Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Arasındaki Korelasyon Sonuçları

	Hekim Sahiplenme Ölçeği
Hekime Bağlılık Ölçeği	0,455**
Doktora Güven Ölçeği	0,356**
Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği	0,006

Tablo 8 incelendiğinde hekim sahiplenme ölçeği ile hekime bağlılık ölçeği arasında ($r=0,455$, $p<0,001$) ve doktora güven ölçeği arasında ($r=0,356$, $p<0,001$) pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Kısa psikolojik sağlık ölçeği ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir.

Hekim sahiplenme ölçeği alt boyutları ile “hekim bağlılığı ölçeği”, “doktora güven ölçeği” ve “kısa psikolojik sağlık ölçeği” arasındaki ilişkinin incelenmesi için Pearson Çarpımı Momentler Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Bulgular Tablo 9’da yer almaktadır.

Tablo 9. Hekim Sahiplenme Ölçeği Boyutları ile Doktora Güven Ölçeği, Hekime Bağlılık Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Arasındaki Korelasyon Sonuçları

	Bağlılık Boyutu	Korumacılık 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
Korumacılık 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

Ölçüt geçerliğinin sağlanması için hekim sahiplenme ölçeğinin beş faktörünün birbirleri içindeki korelasyonları incelenmiştir. Hekim sahiplenme ölçeğinin faktörleri arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde bağlılık boyutu ile korumacılık boyutu arasında ($r=0,719$, $p<0,001$), bağlılık boyutu ile öz kimlik boyutu arasında ($r=0,689$, $p<0,001$), bağlılık boyutu ve güven boyutu arasında ($r=0,579$, $p<0,001$), bağlılık ve uyum boyut arasında ($r=0,346$, $p<0,001$), korumacılık boyutu ile öz kimlik boyutu arasında ($r=0,714$, $p<0,001$), korumacılık boyutu ve güven boyutu arasında ($r=0,634$, $p<0,001$), korumacılık boyutu ve uyum boyutu arasında ($r=0,370$, $p<0,001$), öz kimlik boyutu ve güven boyutu arasında ($r=0,589$, $p<0,001$), öz kimlik ve uyum boyutu arasında ($r=0,361$, $p<0,001$) ve güven boyutu ile uyum boyutu arasında ($r=0,542$, $p<0,001$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandığı görülmektedir.

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

3.6. Güvenilirlik Analizleri

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

3.6.1. Cronbach Alfa Katsayısı ve CR (Composite Reliability) Değeri

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 (Tablo 9). 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). Bu kapsamda güven ve uyum boyutlarının yüksek düzeyde; bağlılık, korumacılık ve öz kimlik boyutlarının çok yüksek düzeyde güvenilir olduğu yorumu yapılabilir.

Tablo 10. Hekim Sahiplenme Ölçeği Boyutları Cronbach Alpha Katsayısı ve CR Değeri

Boyutlar	Cronbach Alfa Katsayısı	CR Değeri
Bağlılık	0,915	0,91
Korumacılık	0,921	0,92
Öz Kimlik	0,915	0,91
Güven	0,877	0,88
Uyum	0,864	0,87

Tablo 10’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). Bu kapsamda değerlendirildiğinde tüm boyutların CR değerlerinin eşik değerin üzerinde ve güvenilir olduğu yorumu yapılabilir.

3.6.2. Test Tekrar Test Yöntemi

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 (Seçer, 2017).

Tablo 11. Hekim Sahiplenme Ölçeğinin Test Tekrar Güvenilirlik Katsayıları

	Bağlılık	Korumacılık	Öz Kimlik	Güven	Uyum
Bağlılık	0,929**				
Korumacılık		0,915**			
Öz Kimlik			0,826**		
Güven				0,889**	
Uyum					0,839**

n=35 p**<0,01

Hekim sahiplenme ölçeğinin belirli bir zaman aralığındaki kararlılığını istatistiksel olarak test etmek için 35 kişiye (lisansüstü öğrenci ve akademisyen) iki hafta ara ile iki uygulama yapılmıştır. İki uygulama arasındaki kararlılığı test etmek için Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayısına bakılmış ve sonuçları Tablo 11’de gösterilmiştir.

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

IV. SONUÇ

Araştırmada temel olarak psikolojik sahiplenme kavramı 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 aracı geliştirmenin uygun olacağına karar verilmiştir.

Türkçe literatürde bu araştırma 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. Bu çalışmada da 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 geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak, ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu tespit edilmiştir.

Ölçek geliştirme süreciyle ilgili alanyazın incelenmiş, gerekli okumalar yapılmış ve süreç içerisinde de sürekli araştırmaya devam edilmiştir. Ölçek geliştirme aşamalarının genel olarak benzer olduğu görülmüştür (Murphy ve Davidshofer, 2005; Erkuş, 2007; Karakoç ve Dönmez, 2014; Seçer, 2015; Özdamar, 2017; Erkuş, 2019; Özer ve Yılmaz, 2020). Genel olarak görülen aşamalar özetle; madde havuzunun oluşturulması, uzman görüşünün alınması, ön deneme aşamasının gerçekleştirilmesi, geçerlilik çalışmalarının ve güvenilirlik analizlerinin gerçekleştirilmesi ve elde edilen ölçeğin gerçek toplum üzerinde yapılmasıdır (Özdamar, 2017; Erkuş, 2019). Bu çalışmada 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.

Hekim sahiplenme ölçeğini bağlılık, korumacılık, öz kimlik, güven ve uyum olmak üzere beş alt boyut oluşturmaktadır. *Bağlılık Boyutu*, dokuz maddeden oluşan ve ölçekteki en fazla maddeye sahip olan boyuttur. Boyut içerisinde yer alan maddeler incelendiği zaman bireylerin hekimlerine karşı göstermiş oldukları sadakat, vefa ve bağlılık duyguları ön plana çıkmaktadır. Hekimlerine karşı sadakat ve bağlılık gösteren bireylerin hekimlerini değiştirme ihtimallerinin daha az olduğu görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında bağlılık boyutunun sahiplenme için önemli bir yeri olduğu ifade edilebilir. 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* yedi maddeden oluşmaktadır. Boyut içerisindeki maddeler incelendiğinde burada vurgulanmak istenilenin hekimi koruma ve savunma olduğudur. 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. 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. Bu çalışmada koruyuculuk boyutunun ortalama puanı 3,70 olarak bulunmuştur. Boyuttan alınan puanın yüksek olması bireylerin hekimlerini koruma içgüdülerinin yüksek düzeyde olması anlamına gelmektedir. *Öz Kimlik Boyutu* altı maddeden oluşmaktadır. 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 hissetmesi hastalık sürecinin başarıyla yürütülmesini sağlayacaktır. 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. Araştırmada Öz kimlik boyutunun ortalama puan 3,31 olarak

tespit edilmiştir. *Güven Boyutu* da altı maddeden oluşmaktadır. 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 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. Bu çalışmada güven boyutunun ortalama puanı 4,17 olarak bulunmuştur. Güven boyutundan yüksek puan alınması bireylerin hekimlerine yüksek düzeyde güven duydukları anlamına gelmektedir. *Uyum Boyutu* ölçeğin son boyutudur. Boyut incelendiğinde boyutu oluşturan dört madde olduğu görülmektedir. 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. Bu çalışmadan elde edilen uyum boyutu ortalama puanı 4.36'dır. Uyum boyutundan yüksek puan alınması bireylerin hekimlerinin kendilerinden istediklerine ve onların önerilerine yüksek düzeyde uyum gösterdikleri şeklinde değerlendirilmektedir.

Bu ölçek hekimine belirli süre (en az 1 yıldır aynı hekime giden ya da en az 5 defa aynı hekimden tedavi hizmeti alan) giden bireylerde kullanılabilir niteliktedir. Gelecekte bu ölçek ile yapılacak olan çalışmalarda 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 çalışmalar yürütülebilir.

Etik Kurul İzni: Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulunun E-87432956-050.99-62560 numaralı, 01.06.2021 tarihli ve 51/7 sayılı kararı ile "etik kurul onayı" alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Akça, K. (2015). Anayasa mahkemesi kararlarında mülkiyet hakkı. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi Özel Sayı*, 6(3), 543-596.
- Asatryan, V. S., & Oh, H. (2008). Psychological ownership theory: An exploratory application in the restaurant industry. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 32(3), 363-386.
- Babu, M. A., Rosenow, J. M., & Nahed, B. V. (2011). Physician-owned hospitals, neurosurgeons, and disclosure: Lessons from law and the literature. *Neurosurgery*, 68(6), 1724-1732.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606.
- Beveridge, R. M. A., Berg, C., J. Wiebe, D., & L. Palmer, D. (2005). Mother and adolescent representations of illness ownership and stressful events surrounding diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(8), 818-827.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. The Guilford Press.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 32, 470-483.

- Büyüköztürk, Ş. (2020). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Pegem Akademi Yayıncılık.
- Carlson, M., & Mulaik, S. A. (1993). Trait ratings from descriptions of behavior as mediated by components of meaning. *Multivariate Behavioral Research*, 28(1), 111-159.
- Casalino, L. P., Devers, K. J., & Brewster, L. R. (2003). Focused factories? Physician-owned specialty facilities. *Health Affairs*, 22(6), 56-67.
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis*. NJ: Lawrence Erlbaum.
- 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.
- Cram, F., & 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.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2021). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik spss ve lisrel uygulamaları*. Pegem Akademi Yayıncılık.
- DeVellis, R. F. (2017). *Ölçek geliştirme kuram ve uygulamalar*. (Çev. Tarık Toran). Atalay Matbaacılık.
- Doğan, T. (2015). Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nin türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 93-102.
- Erkuş, A. (2007). Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında karşılaşılan sorunlar. *Türk Psikoloji Bülteni*, 13(40), 17-25.
- Erkuş, A. (2019). *Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-I*. Pegem Akademi Yayıncılık.
- 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., & 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., & Larcker DF. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
- Gürbüz, S., & Şahin, F. (2018). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri*. Seçkin Yayıncılık.
- Henson, R. K., & 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.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Iglehart, J. K. (1989). The debate over physician ownership of health care facilities. *New England Journal of Medicine*, 321(3), 198-204.
- Kahn, C. N. (2006). Intolerable risk, irreparable harm: The legacy of physician-owned specialty hospitals. *Health Affairs*, 25(1), 130-133.

- Kalmaz, M., & 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.
- Karakoç, F. Y., & Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 40, 39-49.
- Karnilowicz, W. (2010). Identity and psychological ownership in chronic illness and disease state. *European Journal of Cancer Care*, 20(2), 276-282.
- Lapa, Y. T., Serdar, E., Kaas Tercan, E., Çakır, O. V., & Köse, E. (2020). Rekreasyonda algılanan sağlık çıktıları ölçeğinin türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri. *Spor Bilimleri Dergisi*, 31(2), 83-95.
- Mayhew, M. G., Ashkanasy, N. M., Bramble, T., & 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., & Ho, M.-H. R. (2002). Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychological Methods*, 7(1), 64-82.
- Meydan, H. C., & Şeşen, H. (2011). *Yapısal eşitlik modellemesi Amos uygulamaları*. Detay Yayıncılık.
- Mifsud, M., Molines, M., Cases, A.-S., & 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., & 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.
- Mitchell, J. M. (2007). Utilization changes following market entry by physician-owned specialty hospitals. *Medical Care Research and Review*, 64(4), 395-415.
- Murphy, K., & Davidshofer, C. O. (2005). *Psychological testing: Principles and applications*. Pearson, Upper Saddle River.
- 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.
- Özdamar, K. (2017). *Ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi*. Nisan Kitabevi.
- Özer, E., & Yılmaz, N. (2020). Sağlıklı yaşam farkındalığı: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 3(1), 47-60.
- Parker, S. K., Williams, H. M., & Turner, N. (2006). Modeling the antecedents of proactive behavior at work. *Journal of Applied Psychology*, 91(3), 636-652.
- Parkin, Michale. (2003). *Economics*. Addison Wesley.
- Peng, H., & Pierce, J. (2015). Job- and organization-based psychological ownership: Relationship and outcomes. *Journal of Managerial Psychology*, 30(2), 151-168.

- Pierce, J. L., & 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., & 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., & 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., & Morgan, S. (1991). Employee ownership: A conceptual model of process and effects. *The Academy of Management Review*, 16(1), 121-144.
- Pierce, J. L., & Jussila, L. (2011). *Psychological ownership and the organizational context: Theory, research evidence, and application*. UK: Edward Elgar Publishing.
- Shevlin, M., & 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.
- Strope, S. A., Daignault, S., Hollingsworth, J. M., Ze, Z., Wei, J. T., & Hollenbeck, B. K. (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.
- Seçer, İ. (2015). *SPSS ve LISREL ile pratik veri analizi analiz ve raporlaştırma*. Anı Yayıncılık.
- Seçer, İ. (2017). *SPSS ve LISREL ile pratik veri analizi analiz ve raporlaştırma*. Anı Yayıncılık.
- Şengül, H., & Bulut, A. (2020). Tıbbi güvensizlik ölçeği ve doktora güven ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *International Social Sciences Studies Journal*, 6(62), 1956-1964.
- Tinsley, H. E. A., & Kass, R. A. (1979). The latent structure of the need satisfying properties of leisure activities. *Journal of Leisure Research*, 11(4), 278-291.
- Uçar, Z. (2018). Psikolojik sahiplik olgusunu örgütsel düzlemde ölçmek için ölçek geliştirme çalışması. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(3), 640-654.
- Ünal, Ö. (2016). *Hasta hekim iletişiminin hastanın hekim bağlılığına ve hastane bağlılığına etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sakarya.
- Van Dyne L., & Pierce J. L. (2004). Psychological ownership and feelings of possession: Three field studies predicting employee attitudes and organizational citizenship behavior. *Journal of Organizational Behaviour*, 25, 439-459.
- Vandewalle, D., Van Dyne, L., & Kostova, T., (1995). Psychological ownership: An empirical examination of its consequences. *Group & Organization Management*, 20(2), 210-226.
- Yaşhoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74-85.

EK-1. Hekim Sahiplenme Tutum Ölçeği

1 Hiç Katılmıyorum	←—————→					5 Tamamen Katılıyorum				
	1	2	3	4	5					
No	İfadeler									
1	Hekimim benim için vazgeçilmezdir.					1	2	3	4	5
2	Tedavi sürecim bittiğinde de hekimimi ziyaret ederim.					1	2	3	4	5
3	Hekimim hastane değiştirirse ondan hizmet almak için gittiği hastaneye giderim.					1	2	3	4	5
4	Hekimimin uzmanlığına girmeyen diğer durumlarda da (doktor, hastane vb.) hekimimin tavsiyesini alırım.					1	2	3	4	5
5	Hekimimden kolay kolay vazgeçmem.					1	2	3	4	5
6	Şehir değiştirmem durumunda hekimimi değiştirmem.					1	2	3	4	5
7	Alanında daha meşhur bir hekimden tedavi alma alternatifim olsa bile kendi hekimime danışmaya devam ederim.					1	2	3	4	5
8	Hekimim dışında bir hekimden tedavi hizmeti aldığımda eksik hizmet almış gibi hissederim.					1	2	3	4	5
9	Kendi hekimime gitmediğim zaman suçluluk duygusu hissederim.					1	2	3	4	5
10	Sohbet ortamlarında hekimimden “benim hekimim” diyerek bahsederim.					1	2	3	4	5
11	Hekimim hakkında olumsuz şeyler söyleyenleri uyarma ihtiyacı hissederim.					1	2	3	4	5
12	Hekimimin bana uyguladığı tedavi yöntemini diğer bireylere karşı savunurum.					1	2	3	4	5
13	Hekimimin hakkını savunurum.					1	2	3	4	5
14	Hekimim hakkında kötü konuşulduğu zaman zoruma gider.					1	2	3	4	5
15	Hekimime zarar verici davranışlarda bulunduğunu düşündüğüm kişileri uyarman gerektiğini hissederim.					1	2	3	4	5
16	Hekimim eleştirildiğinde onu savunma ihtiyacı hissederim.					1	2	3	4	5
17	Hekimimi ailemden biri gibi görürüm.					1	2	3	4	5
18	Hekimimi yakınım (arkadaş, dost vb.) gibi görürüm.					1	2	3	4	5
19	Hekimimi hastalık sürecimde sırdaşım gibi görürüm.					1	2	3	4	5
20	Hekimimi hastalık sürecimde yol arkadaşım gibi görürüm.					1	2	3	4	5
21	Hekimim hakkında yapılan olumlu bir yorumu kendime yapılmış gibi hissederim.					1	2	3	4	5
22	Hekimimin başarısına kendi başarımmış gibi sevinirim.					1	2	3	4	5
23	Hekimimin sözünü kesmeden dinlerim.					1	2	3	4	5
24	Hekimime değer veririm.					1	2	3	4	5
25	Hekimimin tedaviyle ilgili kararlarını sorgulamam.					1	2	3	4	5
26	Hekimimin yanında güvende hissederim.					1	2	3	4	5
27	Hekimimin tecrübesine güvenirim.					1	2	3	4	5
28	Hekimimin yanında kendimi rahat hissederim.					1	2	3	4	5
29	Hekimimin tedavimle ilgili beklentilerini karşılarım.					1	2	3	4	5
30	Hekimimin verdiği ilaçları düzenli kullanırım.					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

* Ölçekte ters ifade bulunmamaktadır.

Bağlılık Boyutu: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. maddeler**Koruyuculuk Boyutu:** 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16. maddeler**Öz Kimlik Boyutu:** 17, 18, 19, 20, 21, 22. maddeler**Güven Boyutu:** 23, 24, 25, 26, 27, 28. maddeler**Uyum Boyutu:** 29, 30, 31, 32. maddeler