



**BİNGÖL ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**İŞLETME ANABİLİM DALI**

**BİRLİKTE DEĞER OLUŞTURMANIN İYİ OLUŞ  
DÜZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ: SAĞLIK  
SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA**

**Muhsin TAN**

**DOKTORA TEZİ**

**Danışman**  
**Prof. Dr. Sait PATİR**

**Bingöl - 2022**



**BİNGÖL ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**İŞLETME ANABİLİM DALI**

**BİRLİKTE DEĞER OLUŞTURMANIN İYİ OLUŞ**  
**DÜZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ: SAĞLIK**  
**SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA**

**Muhsin TAN**

**DOKTORA TEZİ**

**Danışman**  
**Prof. Dr. Sait PATİR**

**Bingöl - 2022**

## İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER .....	I
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	V
TEZ KABUL VE ONAY.....	VI
ÖNSÖZ .....	VII
ÖZET .....	VIII
ABSTRACT.....	X
KISALTMALAR .....	XII
TABLolar LİSTESİ.....	XIV
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	XVI
GİRİŞ .....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### HİZMET, SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK SİSTEMİ

1.1. Hizmet Kavramı .....	4
1.1.1. Hizmetlerin Özellikleri .....	6
1.1.1.1. Soyutluk .....	8
1.1.1.2. Heterojenlik.....	9
1.1.1.3. Ayrılmazlık.....	9
1.1.1.4. Dayanıksızlık.....	10
1.1.2. Hizmetlerin Sınıflandırılması.....	10
1.2. Hizmet Sektörü .....	12
1.3. Sağlık Kavramı .....	15
1.4. Sağlık Hizmetleri .....	17
1.5. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri .....	19

1.6. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	21
1.6.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	22
1.6.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	24
1.6.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri .....	27
1.6.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	28
1.7. Sağlık Sektörü ve Türkiye’de Sağlık Sektörü.....	29
1.8. Covid-19 Pandemisi Döneminde Türkiye Sağlık Sistemi .....	38
1.9. Covid-19 Pandemisine Karşı Türkiye’de Alınan Önlemler.....	43

## **İKİNCİ BÖLÜM**

### **DEĞER, DEĞER OLUŞTURMA, BİRLİKTE DEĞER OLUŞTURMA VE İYİ OLUŞ**

2.1. Değer Kavramı .....	47
2.2. Kullanım Değeri ve Değişim Değeri .....	50
2.3. Birlikte Değer Oluşturma.....	52
2.4. Birlikte Değer Oluşturma Modelleri .....	58
2.4.1. Hizmet Baskın Mantık .....	58
2.4.2. DART Modeli .....	63
2.4.2.1. Diyalog .....	64
2.4.2.2. Erişim .....	65
2.4.2.3. Risk Değerlemesi .....	65
2.4.2.4. Şeffaflık .....	66
2.4.3. Payne Modeli .....	67
2.4.4. Grönroos Modeli .....	69
2.5. Geleneksel Anlayış ile Birlikte Değer Oluşturmanın Farklılıkları .....	71
2.6. Sağlık Hizmetlerinde Birlikte Değer Oluşturma.....	73
2.7. Hasta Güçlendirme Kavramı.....	79

2.7.1. Hasta Güçlendirmenin Temel İlkeleri.....	82
2.7.2. Hasta Güçlendirmeyle İlişkili Kavramlar .....	83
2.7.2.1. Bilgiyi Anlama ve Kavrayış .....	83
2.7.2.2. Hasta Katılımı ve Birlikte Karar Verme .....	84
2.7.2.3. Sağlık Çalışanlarıyla İletişim .....	85
2.8. Hasta Güçlendirme ve Birlikte Değer Oluşturma Arasındaki İlişki .....	86
2.9. İyi Oluş Kavramı.....	87
2.10. İyi Oluş Teorileri.....	90
2.10.1. Hedonik İyi Oluş Bakış Açısı .....	90
2.10.2. Eudaimonik İyi Oluş (İşlevsellik) Bakış Açısı .....	92
2.11. Müşteri İyi Oluşu .....	94
2.12. İyi Oluş Türleri.....	95
2.12.1. Öznel İyi Oluş .....	95
2.12.2. Psikolojik İyi Oluş .....	97
2.12.3. Fiziksel İyi Oluş .....	99
2.12.4. Sosyal İyi Oluş .....	100
2.12.5. Finansal İyi Oluş .....	101
2.13. Sağlık Hizmetlerinde İyi Oluş.....	102
2.14. Sağlık Hizmetlerinde İyi Oluş, Birlikte Değer Oluşturma ve Hasta Güçlendirme İle İlgili Yapılan Çalışmalar.....	104

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BİRLİKTE DEĞER OLUŞTURMANIN İYİ OLUŞ DÜZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi .....	113
3.2. Araştırmanın Ana Kütlesi ve Örneklemi .....	115

3.3. Araştırmanın Modeli .....	116
3.4. Araştırma Hipotezleri.....	116
3.5. Veri Toplama Yöntem ve Araçları.....	116
3.6. Araştırma Ölçekleri ve Maddeleri.....	118
3.7. Araştırma Bulgularının Analiz ve Değerlendirilmesi .....	120
3.7.1. Kapsam Geçerliliği .....	120
3.7.2. Pilot Çalışması .....	122
3.7.2.1. Pilot Uygulamanın Keşfedici Faktör Analizi.....	123
3.7.2.2. Pilot Uygulamanın Güvenirlik Analizi .....	130
3.7.3. Esas Uygulamaya Ait Bulgular.....	131
3.7.3.1. Tanımlayıcı İstatistikler.....	131
3.7.3.2. Keşfedici Faktör Analizi .....	134
3.7.3.3. Güvenirlik Analizi.....	140
3.7.3.4. Normallik Analizi.....	141
3.7.3.5. Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	142
3.7.4. Korelasyon Analizi .....	149
3.7.5. Tanımlayıcı İstatistikler .....	150
3.7.6. Demografik Faktörlerin Karşılaştırması .....	151
3.7.7. Yapısal Eşitlik Modellemesi ve Varsayımları .....	168
3.7.8. Regresyon Analizi.....	172
3.7.9. Tobit Modeli .....	174
Sonuç ve Öneriler.....	180
Kaynakça.....	189
Ek 1. Etik Kurul İzni .....	232
Ek 2. Anket Formu.....	233

## **BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ**

Doktora tezi olarak hazırlamış olduğum *Birlikte Değer Oluşturmanın İyi Oluş Düzeyine Etkisinin İncelenmesi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama* isimli çalışmanın özgün bir çalışma olup öneri sürecinden sonuçlanmasına kadar geçen aşamada bilimsel etiğe ve akademik kurallara dikkatli bir biçimde uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım çalışmaların kaynakçada gösterilenlerden meydana geldiğini beyan ederim.

01/02/2022

Muhsin TAN

## **TEZ KABUL VE ONAY**

## ÖNSÖZ

Lisansüstü eğitimim sürecinde yol gösterici olan ve çalışmalarım boyunca her zaman bilgi, birikim ve deneyimlerini paylaşan, katkılarını esirgemeyen, çalışmamı defalarca sabırla okuyan ve değerlendirmeleriyle beni yönlendiren çok değerli Hocam Sayın Prof. Dr. Sait PATİR'a teşekkürlerimi borç bilirim.

Doktora eğitimime birlikte başladığım ve akademik olarak beni her zaman destekleyen sevgili arkadaşım Dr. Uğur BERDİBEK'e teşekkür ederim.

Son olarak her anımda varlıklarıyla bana güç veren aileme bu çalışmayı ithaf ediyorum.

Muhsin TAN

Bingöl, 2022

## ÖZET

**Tezin Başlığı :** Birlikte Değer Oluşturmanın İyi Oluş Düzeyine Etkisinin İncelenmesi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama

**Tezin Yazarı :** Muhsin TAN

**Danışman :** Prof. Dr. Sait PATIR

**Anabilim Dalı:** İşletme

**Bilim Dalı :** İşletme

**Kabul Tarihi :** 01.02.2022

**Sayfa Sayısı :** 16 (ön kısım) + 231 (tez) + 6 (ekler)

*Geleneksel olarak sağlık hizmetlerinde hastalar, hizmetlerin pasif alıcıları olarak kabul edildiğinden, sağlık hizmetlerinde hasta katılımına çok az önem verilmiştir. Hastalar, sağlık hizmetlerinin uygulanmasında ve geliştirilmesinde daha aktif bir rol üstlendikçe, sağlık hizmetlerinin pasif alıcısı konumundan aktif konuma evrilmektedirler. Son yıllarda yapılan çalışmalar hastaların tedavi sürecine katılımının, hasta iyi oluş düzeyine olumlu katkı sağladığını göstermektedir. Bu araştırmanın amacı, birlikte değer oluşturma ve hasta güçlendirme değişkenlerinin iyi oluş düzeyine etkisini belirlemek ve yapısal bir model inşa etmektir. Bu amaca ulaşmak için kronik rahatsızlığı bulunan hastaların algularının ölçülmesi ve ortaya çıkan iyi oluş düzeyinin bireysel ve toplumsal faydaları ile ilgili politika önerilerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir.*

*Söz konusu hedef doğrultusunda, TRB1 (Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli) bölgesindeki il merkezlerinde bulunan hastanelerde son bir yıl içerisinde yatış yapmış kronik rahatsızlığı bulunan 501 hastadan yüz yüze yapılan anketler yoluyla veriler toplanmıştır. Elde edilen veriler üzerinden güvenirlilik analizi, açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi test sonuçları sunulmuştur. Nihai aşamada, Yapısal Eşitlik Modeli ve Tobit Modeli kullanılarak araştırma modeli*

*sınanmıştır. Sonuç olarak kronik rahatsızlığı bulunan hastaların, birlikte değer oluşturma ve hasta güçlendirme algılarının iyi oluş düzeyleri üzerinde anlamlı ve pozitif yönlü etkisinin olduğu belirlenmiştir. Demografik faktörlerin eklenmesiyle oluşturulan Tobit Modeli sonucuna göre, cinsiyet ve hastane türünün iyi oluş üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı; yaş, medeni durum, meslek, ikamet edilen şehir ve hizmet alınan hastanenin bulunduğu şehir değişkenlerinin iyi oluş üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir.*

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık hizmetleri, iyi oluş, birlikte değer oluşturma, hasta güçlendirme, kronik hastalıklar

## ABSTRACT

**Title of the Dissertation :** An Analysis of the Effect of Value Co-creation on Levels of Well-Being: An Application in Healthcare Sector

**Author :** Muhsin TAN

**Supervisor :** Prof. Dr. Sait PATIR

**Department :** Business Administration

**Sub-Field :** Business Administration

**Date :** 01.02.2022

*Traditionally in healthcare, little attention has been paid to patient participation in healthcare, as patients are considered passive recipients of services. As patients take a more active role in the development of health services, they evolve from passive recipient to active. Studies conducted in recent years show that the participation of patients in the treatment process contributes positively to the level of patient well-being. The aim of this research is to determine the effects of co-value creation and patient empowerment variables on well-being and to construct a structural model. In order to achieve this goal, it is aimed to measure the perceptions of patients with chronic diseases and to develop policy recommendations regarding the individual and social benefits of the resulting level of well-being.*

*For this purpose, data are collected through face-to-face questionnaires from 501 patients with chronic illness who are hospitalized in the last year in hospitals located in provincial centers in the TRB1 (Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli Provinces) region. Over the obtained data; the results of reliability analysis, explanatory factor analysis and confirmatory factor analysis are presented. In the final stage, the research model is tested using Structural Equation Model and Tobit Model. As a result, it has been determined that the perceptions of co-creation and patient empowerment of patients who have chronic diseases have a significant and*

*positive effect on their well-being levels. According to the result of the Tobit Model which is created by adding demographic factors, gender and hospital type have not statistically effect on well-being; it is determined that the variables of age, marital status, occupation, city of residence and the city where the hospital is located have a statistically significant effect on well-being.*

**Keywords:** Healthcare services, well-being, value co-creation, patient empowerment, cronic diseases

## KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
Akt:	: Aktaran
AMA	: Amerikan Pazarlama Birliği
AMOS	: Analysis of Moment Structures
BAK	: Bilgiyi Anlama ve Kavrayış
BDO	: Birlikte Değer Oluşturma
bkz.	: Bakınız
CEST	: Central European Summer Time
CFI	: Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi/Comparative Fit Index
Covid-19	: Yeni Koronavirüs
DART	: Diyalog, erişim, risk değerlemesi ve şeffaflık
EPF	: European Patients Forum
FİO	: Finansal İyi Oluş
GFI	: Uyum iyiliği indeksi
GSFİO	: Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
H1N1	: İspanyol Gribi, İnfluenza
H2N2	: Asya Gribi
H3N2	: Hong Kong Gribi
H7N9	: Grip A Virüsü, Kuş Gribi
HG	: Hasta Güçlendirme
HIV	: AIDS'e Yol Açan Virüs
HKDTU	: Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyuma
IFI	: Artırmalı Uyum İndeksi/Incremental Fit Index
IHIP	: Soyutluk, heterojenlik, ayrılmazlık ve dayanıksızlık
İO	: İyi Oluş
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Taram
KGİ	: Kapsam Geçerliliği İndeksi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
Lab.	: Laboratuvar
LR	: Linear Regression
MÖ.	: Milattan Önce
Mrk.	: Merkez
NFI	: Normlaştırılmış Uyum İndeksi/Normed Fit Index
OD	: Olumlu Düşünme
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
OHC	: Çevrimiçi Sağlık Kuruluşları
Ort.	: Ortalama

ÖİÖ	: ÖZnel İYi Oluş
Örn.	: Örneğın
Özel H.	: Özel Hastane
PİÖ	: Psikolojik İYi Oluş
Prof.	: Profesör
R=G	: Resource=Global
RMSEA	: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
SARS-Cov-2	: Covid-19
SB	: Sağlık Bakanlığı
SCIBP	: Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı
sd	: Serbestlik derecesi
sig.	: Significancy
SİÖ	: Sosyal İYi Oluş
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TBB	: Türk Tabipler Birliğı
TE	: Tavsiye Etme
TL	: Türk Lirası
TLI (NNFI)	: Turker-Lewis İndeksi (Non-normed Fit Index)
TRB1	: Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli illerinden oluşan bölge
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
ÜNİ	: Üniversite
Var	: Varyans
vb.	: Ve benzeri
vd.	: Ve diğeri
WHO	: World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü
YEM	: Yapısal Eşitlik Modeli
$\chi^2$	: Ki-Kare

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.1. Literatürde Genel Kabul Görmüş Hizmetlerin Özellikleri .....	7
Tablo 1.2. Dört Boyutlu Hizmet Sınıflandırılması .....	11
Tablo 1.3. Tedavi Edici ve Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Farklılıkları.....	25
Tablo 1.4. Türkiye’de Sağlık Harcamaları, 2018 ve 2019 Yılları (Milyon TL) .....	32
Tablo 1.5. Türkiye’nin 2008 ve 2019 Yıllarına Ait Bazı Sağlık Göstergeleri.....	37
Tablo 1.6. 20 ve 21. Yüzyılda Meydana Gelen Salgınlar .....	39
Tablo 1.7. Dünya Genelinde Covid-19 Vaka ve Ölüm Sayıları, Kasım 2021 .....	42
Tablo 1.8. Covid-19 Döneminde Türkiye’de Açılan Hastane Bilgileri .....	45
Tablo 2.1. Literatürde Değer Kavramına İlişkin Yapılan Bazı Tanımlamalar .....	49
Tablo 2.2. Birlikte Değer Oluşturma Tanımlamaları .....	54
Tablo 2.3. Mal Baskın Mantık İle Hizmet Baskın Mantık Arasındaki Farklılıklar ...	61
Tablo 2.4. Hizmet Baskın Mantığının Temel Önergeleri .....	62
Tablo 2.5. Geleneksel Anlayış ile Birlikte Değer Oluşturma Anlayışı Farklılıkları..	72
Tablo 2.6. Hasta İçin Birlikte Değer Oluşturma Literatür Çalışması .....	78
Tablo 2.7. Hasta Güçlendirme Tanımlamaları ve Referans Bilgileri.....	80
Tablo 2.8. İyi Oluş, Birlikte Değer Oluşturma ve Hasta Güçlendirme Literatürü..	105
Tablo 3.1. Araştırma Verilerinin Analizinde Başvurulan Yöntem ve Programlar ..	117
Tablo 3.2. Birlikte Değer Oluşturma Ölçeği .....	118
Tablo 3.3. Hasta Güçlendirme Ölçeği.....	119
Tablo 3.4. İyi Oluş (Well-Being) Ölçeği .....	120
Tablo 3.5. Ölçeklere Ait Kapsam Geçerliliği İndeks Değerleri.....	122
Tablo 3.6. Pilot Uygulama BDO Ölçeğine Ait Keşfedici Faktör Analizi.....	124
Tablo 3.7. Pilot Uygulama Hasta Güçlendirme Ölçeği Keşfedici Faktör Analizi ...	126
Tablo 3.8. Pilot Uygulama İyi Oluş Ölçeği Keşfedici Faktör Analizi .....	128
Tablo 3.9. Cronbach’s Alpha(a) Katsayısının Değerleri.....	130
Tablo 3.10. Pilot Çalışma Güvenirlik Analizi.....	130
Tablo 3.11. Birlikte Değer Oluşturma Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri .....	132
Tablo 3.12. Hasta Güçlendirme Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri .....	133
Tablo 3.13. İyi Oluş Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri .....	134

Tablo 3.14. Birlikte Değer Oluşturma Ölçeği Keşfedici Faktör Analizi .....	135
Tablo 3.15. Hasta Güçlendirme Ölçeği Keşfedici Faktör Analizi .....	137
Tablo 3.16. İyi Oluş Ölçeği Keşfedici Faktör Analizi .....	139
Tablo 3.17. Ölçeklerin Güvenirlik Analizi .....	141
Tablo 3.18. Ölçeklerin Normallik Analizi .....	142
Tablo 3.19. Ölçeklerin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri .....	144
Tablo 3.20. Hasta Güçlendirme ve Birlikte Değer Oluşturma Analiz Sonuçları.....	145
Tablo 3.21. BDO ve HG Ölçeklerin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri	147
Tablo 3.22. İyi Oluş Ölçeğine Ait Analiz Sonuçları.....	148
Tablo 3.23. İyi Oluş Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri .....	149
Tablo 3.24. Korelasyon Tablosu .....	150
Tablo 3.25. Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler .....	151
Tablo 3.26. Faktör ve Ölçeklerin Homojenlik Testi – Hastanenin Bulunduğu İl ....	152
Tablo 3.27. Faktör ve Ölçeklere Ait Anova Testi – Hastanenin Bulunduğu İl.....	153
Tablo 3.28. Faktör ve Ölçeklere Ait Post-Hoc Testi – Hastanenin Bulunduğu İl ...	154
Tablo 3.29. Faktör ve Ölçeklerin Homojenlik Testi – Hastane Türü.....	158
Tablo 3.30. Hastane Türü İçin Yapılan Faktör ve Ölçeklere Ait Anova Testi .....	158
Tablo 3.31. Faktör ve Ölçeklere Ait Post-Hoc Testi – Hastane Türü .....	160
Tablo 3.32. Ölçeklerin Cinsiyete Göre Bağımsız Gruplarda T-Testi Sonuçları .....	162
Tablo 3.33. Betimsel Analiz Sonuçları .....	164
Tablo 3.34. Yapısal Eşitlik Modeli Uyum İndeksleri .....	171
Tablo 3.35. Yapısal Eşitlik Modeli Regresyon Ağırlıkları .....	171
Tablo 3.36. Regresyon Analizi Model Özeti .....	173
Tablo 3.37. Regresyon Analizi – ANOVA <sup>a</sup> .....	173
Tablo 3.38. Regresyon Analizi – Katsayı Tablosu .....	173
Tablo 3.39. Tobit Modelinde Kullanılan Değişkenler .....	176
Tablo 3.40. İyi Oluş Değişkenine İlişkin Tobit Tahmin Sonuçları.....	177

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Hizmetlerin Özellikleri .....	8
Şekil 1.2. Hizmet Sektörünün Toplam İstihdam İçindeki Payı.....	13
Şekil 1.3. Hizmet Sektörünün GSYİH İçindeki Payı.....	14
Şekil 1.4. Türkiye’de Hizmet Sektörünün Payı, 2020 .....	15
Şekil 1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	22
Şekil 1.6. Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Sunucuları.....	27
Şekil 1.7. Cari Sağlık Hizmet Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, OECD, 2019	30
Şekil 1.8. Türkiye Cari Sağlık Hizmet Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı.....	30
Şekil 1.9. Kişi Başına Düşen Cari Sağlık Hizmet Harcaması, OECD, 2019.....	31
Şekil 1.10. Türkiye Kişi Başı Cari Sağlık Hizmet Harcaması 2010-2019.....	32
Şekil 1.11. Bin Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı, OECD Ülkeleri, 2019 Yılı .....	33
Şekil 1.12. Bin Kişi Başına Düşen Hekim Sayısındaki Değişim, Türkiye .....	34
Şekil 1.13. Bin Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı, OECD Ülkeleri, 2019 Yılı .....	34
Şekil 1.14. Bin Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısındaki Değişim - Türkiye .....	35
Şekil 1.15. Türkiye’nin 2002, 2008, 2019 Yıllarına Ait Hastane Sayıları.....	36
Şekil 1.16. OECD Ülkelerinin Bin Kişi Başına Düşen Hastane Yatak Sayısı 2019..	37
Şekil 1.17. Yıllar İtibariyle Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet .....	38
Şekil 2.1. Kullanım Değeri İle Değişim Değeri Kavramlarının Karşılaştırılması .....	51
Şekil 2.2. Birlikte Değer Oluşturmanın Temel Yapı Taşları (DART Modeli) .....	63
Şekil 2.3. Birlikte Değer Oluşturma Kavramsal Modeli.....	68
Şekil 2.4. Değer Oluşturma Dairesel Alanları .....	70
Şekil 2.5. Geleneksel Değer Oluşturma Yaklaşımı.....	73
Şekil 2.6. Birlikte Değer Oluşturma Yaklaşımı .....	73
Şekil 2.7. Porter’ın Sağlık Hizmetlerinde Değerin Ölçülmesi Modeli .....	75
Şekil 2.8. Grossman’ın Sağlıkta Birlikte Değer Oluşturma Kavramsal Modeli .....	76
Şekil 3.1. Araştırmanın Modeli.....	116
Şekil 3.2. Hasta Güçlendirme ve Birlikte Değer Oluşturma Ölçeklerine Ait DFA .	145
Şekil 3.3. İyi Oluş Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	147
Şekil 3.4. Yapısal Eşitlik Modeli .....	170



## **GİRİŞ**

Geleneksel endüstri, ürün ve hizmet değişimlerinin tedarikçi tarafından sağlandığı ve hizmet sunucusu tarafından dağıtıldığı Mal-Baskın mantığına dayanmaktadır. Fakat mal baskın mantığı, sadece somut kaynaklar ve somut işlemlerle sınırlıdır (Vargo ve Lusch, 2004a, s. 1). Hizmet sektörünün sanayileşmiş ülkelerin GSYİH'sine katkıda bulunan önemli bir unsur olarak ortaya çıkmasıyla birlikte, hizmetlerin önemi giderek artmış ve hizmetleri anlama ihtiyacı eskiye nazaran daha fazla ortaya çıkmıştır (Koç Erdoğan, 2015, s. 32). Bu bağlamda, hizmet ile ilgili yapılan çalışmalarda, “fiziksel ürünlerin öneminin onlara sahip olmaktan çok sundukları hizmetleri elde etmekte yatmaktadır” değerlendirmesi ile hizmetlerin kısa ve öz bir şekilde anlaşılabilmesi için hizmet anlayışıyla ilgili çeşitli kavramların geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Shostack, 1977, s. 73). Mal ve hizmetlerin kapsamı ile ilgili yapılan tartışmaların ardından ortaya çıkan önemli bir argüman olan ve Vargo ve Lusch (2004a)’ın “Hizmet Baskın Mantık” olarak adlandırılan yeni bir pazarlama paradigmasını ortaya koyan önermeler literatüre kazandırılmıştır (Yip, 2011, s. 33).

Hizmet baskın mantık açısı, son yıllarda ortaya çıkan çalışmalar, küreselleşme ve teknolojik gelişmelerin sağladığı avantajlar, hizmet sektöründe müşteri ve hizmet sağlayıcının önceki zamanlara göre daha fazla etkileşimde bulunmalarına olanak sağladığını göstermektedir. Bu durum, müşterilerin firmayla ortak bir etkileşim içinde olduğu ve birlikte değer oluşturma sürecinin ayrılmaz bir parçası olduğunu göstermektedir (Pralhad ve Ramaswamy, 2004b, s. 5). Müşteriler geçmişe oranla son yıllarda birlikte değer oluşturmada daha fazla rol oynamaktadır (Zhang, vd., 2015, s. 201). Farklı bir perspektife sahip olan hizmet baskın bakış açısında, mal baskın mantığın aksine müşteri pasif bir özne veya sadece firma tarafından oluşturulan değerden yararlanan bir alıcı değil, daha çok değer oluşturma sürecinin ortasında yer alan bir aktör konumundadır. Müşteri, mal veya hizmet sunumundaki faaliyetlerini gerçekleştirerek aktif olarak değer oluşturabilmektedir (Spanò, vd., 2018, s. 3).

Müşterileri bir ürün veya hizmetin değer oluşturma sürecine dahil etmek anlamına gelen birlikte değer oluşturma süreci, kuruluşlar için önemli bir rekabet stratejisi haline gelecektir (Prahalad ve Ramaswamy, 2004a, s. 7). Bu nedenle birlikte değer oluşturma mantığı, kuruluşların müşterilerinin ihtiyaçlarına göre uyarlanmış daha iyi ürünler ve hizmetler sunmak için giderek daha bilinçli bir şekilde kullanmalarını sağlamaktadır (Rauws, 2018, s. 7).

Birlikte değer oluşturma sağlık hizmetlerinde de önemli bir unsur olduğu, hastaların sağlık hizmet sağlayıcılarıyla, aile ve arkadaşlar çevresiyle ve diğer hastalarla iletişim ve etkileşimi sonucunda değer oluşturmaya katkıda bulunması birçok araştırmacı tarafından ele alınmıştır (McColl-Kennedy, vd., 2012, s. 371).

Sağlık hizmeti sunumunda olduğu gibi birlikte değer oluşturmada da hastaların aktif bir şekilde katılımı son hizmet araştırmalarında büyük ilgi görmüştür. Sağlık hizmetlerindeki aktörler, hizmet sağlanırken meydana gelen karşılaşma veya değişim faaliyetlerinde işbirliği yapmaktadırlar. Söz konusu karşılama aşamasındaki işbirliği ile birlikte, birlikte değer oluşturma sürecindeki hasta deneyimleri, gerçekleşen değerlerin temelini oluşturmaktadır (Osei-Frimpong ve Owusu-Frimpong, 2017, s. 365).

Esas anlamda hastalar için birlikte değer oluşturma, sağlık sistemleri için önemli bir hedef haline gelmektedir. Çünkü elde edilen değer, sağlık hizmet harcamalarının doğru ve optimum yönde kullanıldığına işaret olarak görülmektedir. Bu hedef, sistemdeki tüm aktörlerin beklentilerini karşılayan ve faydalarını maksimize eden bir ortam sağlamaktadır. Değer artarsa sağlık sisteminin ekonomik sürdürülebilirliği artacak ve tüm paydaşlar faydalanabilecektir (Porter, 2010, s. 2477).

Ayrıca teknolojik gelişmeler son yıllarda sağlık sektöründe bir dizi değişimler ve dönüşümler yaşanmasına sebep olmuştur. Bu durum özellikle hastaların sağlık konusundaki araştırmalarının artışı ve hastaların bilgi sahibi olma istekliliğini tetiklemiştir. Hastaların teknolojik okuryazarlığının artışı buna sebep olan başlıca etmenlerdir (Osei-Frimpong ve Owusu-Frimpong, 2017, s. 365).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sağlık kavramını yeniden tanımlamasının ardından, sosyal sağlık, zihinsel sağlık, duygusal sağlık ve manevi sağlık gibi çeşitli sağlık alanları tanımlanmaya başlanmıştır. WHO tarafından yapılan bu yeni tanımlamada sağlık, artık iyi oluş (well-being) kavramı ile açıklanmaya başlanmıştır (Callahan, 1973, s. 78).

Bununla birlikte literatürde, birlikte değer oluşturma sürecinin iyi oluş üzerindeki etkisi hakkında çok az şey bilinmektedir (McColl-Kennedy, vd., 2017a, s. 56-57). Araştırmamızda, sağlık hizmeti bağlamında hastaların birlikte değer oluşturma ve hasta güçlendirme değişkenlerinin iyi oluş düzeyine etkisinin araştırılıp yapısal bir model inşa edilmesi amaçlanmıştır. Bu amaca ulaşmak için kronik hastalığı olan hastaların algılarının ölçülmesi ve ortaya çıkan iyi oluş düzeylerinin bireysel ve toplumsal faydaları ile ilgili politika önerilerinin sunulması hedeflenmiştir.

Araştırma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, hizmet, hizmet sektörü, sağlık hizmetleri ve ilişkili kavramlar anlatıldıktan sonra Türkiye'deki sağlık hizmetleri sektörünün mevcut durumu ve sağlık hizmet göstergelerinin OECD ülkeleriyle karşılaştırmalı grafiklerine yer verilmiştir. Birinci bölümün son kısmında, 2019 yılının son aylarında Çin'de ortaya çıkan ve kısa zamanda tüm dünyaya yayılan Covid-19 pandemisi ve bu pandemiye karşı Türk sağlık sektörünün gösterdiği reaksiyonlar yer almaktadır. İkinci bölümde, araştırmanın bağımlı değişkenleri olan birlikte değer oluşturma ve hasta güçlendirme kavramlarıyla birlikte bağımlı değişken olan iyi oluşa ilişkin kavramlar, teorilere ve yaklaşımlar ele alınmıştır. İkinci bölümün son kısmında söz konusu bağımlı ve bağımsız değişkenlerle ilgili ulusal ve uluslararası düzeyde yapılan çalışmaların olduğu literatür tablosu verilmiştir. Araştırmanın son bölümü olan üçüncü bölümde ise birlikte değer oluşturma ve hasta güçlendirme uygulamalarının kronik rahatsızlığı olan hastaların iyi oluş düzeyine etkisi incelenen uygulama bölümü bulunmaktadır.

## **BİRİNCİ BÖLÜM**

### **HİZMET, SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK SİSTEMİ**

Bu bölümde hizmet, hizmetlerin özellikleri, hizmet sektörü, sağlık hizmetleri ve ilişkili kavramlar ele alındıktan sonra Türkiye'deki sağlık hizmetleri sektörü ve sağlık hizmet göstergelerinin mevcut durumunun OECD ülkeleriyle karşılaştırmalı grafiklerine yer verilmiştir. Bölümün sonunda 2019 yılının son aylarında Çin'de ortaya çıkan ve kısa zamanda tüm dünyaya yayılan Covid-19 pandemisi ve bu pandemiye karşı Türk sağlık sektörünün gösterdiği reaksiyonlar yer almaktadır.

#### **1.1. Hizmet Kavramı**

Hizmet tam olarak nedir? Sezgisel olarak, "hizmet" kelimesi aşına olunan bir kavramdır. Güzellik salonundan bankacılığa, sinema biletlerinden uçak biletlerine, teknolojik ürün satışı sonrası hizmetlerden otomobil alımıyla ilgili teknik desteğe kadar tüketiciler günlük hayatta farklı hizmet türlerine maruz kalmaktadırlar. Dahası ve yaygın düşüncenin aksine, hizmetler sadece hizmet işletmeleri tarafından sunulmamaktadır; son yıllarda imalat sektörünün de hizmet alanlarına doğru genişlediğine şahit olunmaktadır (Gebauer, vd., 2010a, s. 198). Hizmetler, dünyanın hemen hemen tüm ülkelerinde ekonomik faaliyetlerin en önemli bileşenlerinden biri olmaktadır (Miles, 1993, s. 653; Weber ve Burri, 2012, s. 3; Baydaş, 2014, s. 43).

Hizmetin kavramsal ve tarihsel gelişimine ilişkin literatür iki yüz yılı aşkın bir geçmişe dayanmaktadır. On sekizinci yüzyılın sonlarında ve on dokuzuncu yüzyılın başlarında özellikle klasik iktisatçılar, takas faaliyeti aracı olarak ifade ettikleri malların somut sahipliğine odaklanmaktaydılar (Wirtz ve Lovelock, 2016, s. 18). Fakat Adam Smith 1776 yılında Britanya'da yayınlanan *Ulusların Zenginliği* isimli ünlü kitabında üretken (productive) ve üretken olmayan (unproductive) iş gücü ayrımını yapmıştır. Üretken iş gücü, üretiminden sonra depolanabilen ve daha sonra para ve diğer değerli öğelerle değiştirilebilen mallar üretirken; üretken olmayan iş gücü ise üretim esnasında yok olan ve sahip olunamayan hizmetleri meydana getirmektedirler (Smith, 1776, s. 270). Jean-Baptiste Say (1971), bu ayrıma dayanarak

hizmetlerde üretim ve tüketimin ayrılmaz olduğunu savunup hizmetleri tanımlamak için maddi olmayan ürünler (immaterial products) terimini kullanmıştır.

Üretim ve tüketimin birçok hizmet türü için gerçekten birbirinden ayrılabilceğini biliyoruz (Örneğin; kuru temizleme, çim biçme ve hava tahmini vb.). Tüm hizmet performansları bozulabilir değildir. Konser performansları ve spor etkinliklerinin video kayıtları gibi hizmet türleri, birçok hizmet alıcıları için kalıcı bir değer oluşturmak üzere tasarlanmıştır (Judd, 1964, s. 58-59). Ancak, bir sonraki başlıklarda tartışacağımız hizmetlerin sahip olunabilirliği ve sahip olunamaması arasındaki ayırım, birçok hizmet pazarlaması akademisyeni tarafından vurgulanan geçerli bir ayırım olmaya devam etmektedir.

Yıllar geçtikçe hizmet ve bileşenlerini neyin oluşturduğu konusunda kafa karışıklığına yol açan çeşitli şekillerde hizmet kavramı tanımlanmıştır. Hizmetlerin tanımı dar çerçeveden geniş doğru birçok araştırmacı tarafından yapılmıştır. Hizmetlerin tanımlanmasına yönelik en erken bir girişimlerden biri Amerikan Pazarlama Birimi (AMA) tarafından şu şekilde ortaya konmuştur; hizmetler, satışa sunulan veya malların satışıyla bağlantılı olarak sağlanan faaliyetler, faydalar veya tatminlerdir. Örneğin eğlenceler, otel servisi, elektrik servisi, ulaşım, berber ve güzellik salonu hizmetleri, onarım ve bakım servisi, kredi derecelendirme bürolarının faaliyetleri gibi faaliyetler hizmet türlerindedir (Cook, vd., 1999, s. 319).

Daha geniş bir tanım olarak “Hizmet nedir?” sorusunu Murdick, Render ve Russell, şu biçimde tanımlamışlardır; hizmetler, zaman, yer, biçim veya psikolojik faydalar üreten ekonomik faaliyetlerdir (Ascanio, 2007, s. 404).

Bir başka tanımda ise Grönroos (1990, s. 3-4) hizmeti, müşteri ile çalışan arasında meydana gelen, dokunulmaz özelliğe sahip olan ve bunun yanında müşterilerin talep ve beklentilerini karşılamaya aracı olan faaliyetlerin tamamı biçiminde tanımlamıştır. Gallan vd. (2013, s. 339)’ne göre hizmet, müşterilerin fayda elde etmek için hizmet sağlayıcılarla etkileşimlerinde bilgi ve beceri gibi kaynakları entegre ettikleri bir süreçtir.

Hizmet, fiziksel olsun ya da olmasın, dokunulmaz niteliktedir; bir kişiden başka bir kişiye sunulan fayda veya faaliyetler olarak ifade edilir (Kotler P., 1999, s. 185). Ayrıca hizmetler genellikle bir eylem, süreç ve performans olarak tanımlanmaktadır (Gilmore, 2003, s. 4). Ebert ve Griffin (2017 s. 260)’e göre hizmet operasyonları,

tüketicilerin karşılamak üzere üretilen, stoklanamayan, eş zamanlı olarak tüketilmesi gereken, heterojen özelliklerine sahip elle tutulamayan faaliyetler dizisidir. Diğer bir ifadeyle hizmetler; müşterilerin faydalandığı, elle tutulamayan, soyut olan, insan veya bir araç tarafından sağlanan uygulamalardır; örneğin ulaşım, eğlence ve eğitim sektörleri gibi.

AMA'nın yaptığı hizmet tanımı şu şekilde güncellenmiştir; hizmetler, soyut (elle tutulamayan, gözle görülemeyen) mallardır, en azından geniş ölçüde öyle oldukları düşünülmektedir. Eğer tamamen soyut iseler, üreticiden kullanıcıya direkt olarak değişimleri yapılır, taşınamazlar, depolanamazlar ve tüketildiği anda hemen bozulabilir niteliktedirler. Hizmet şeklindeki malların tanımlanması çoğunlukla zordur çünkü meydana getirilmeleri, satın alınmaları ve tüketilmeleri eş zamanlıdır. Onlar birbirlerinden ayrılmaz nitelikteki soyut unsurlardan oluşmaktadır; çoğu kez önemli bir biçimde tüketici katılımını kapsarlar ve mülkiyet (sahipliğin) devredilmesi anlamında satılmazlar ve mülkiyet hakları yoktur (Peter ve Donnelly, 2010, s. 173-174).

Son yıllarda yapılan tanımlardan biri ise Vargo vd. (2008b, s. 28-29) tarafından şu şekilde yapılmıştır: Hizmet, bilgi ve beceriler gibi yeterliklerin bir tarafın başka bir tarafın yararına kullanılması anlamına gelir.

### **1.1.1. Hizmetlerin Özellikleri**

Bilimsel gelişimin sağlanabilmesi için kavramların ve olguların tanımlanması ve özelliklerinin belirlenmesi gereklidir. Bu doğrultuda hizmet kavramının tanımı ve özellikleri sürekli bir şekilde literatürde işlenmektedir. Bu hususta hizmetlerin özellikleri 1980'lerden itibaren araştırmacılar tarafından IHIP olarak adlandırılan soyutluk, heterojenlik, ayrılmazlık ve dayanıksızlık şeklinde kabul edildiği görülmektedir (Genel bir bakış için bkz. Zeithaml, vd., 1985; Vargo ve Lusch, 2004b; Moeller, 2010; Kotler ve Armstrong, 2017).

Hizmetlerin fiziksel ürünlerden ayıran özellikleri için yukarıda adı geçen araştırmacıların yaptığı ayrıma benzer bir ayrımın Amerikan Pazarlama Birliği (AMA) tarafından, soyutluk, heterojenlik, dayanıksızlık ve ayrılmazlık şeklinde yapılmıştır (Yip, 2011, s. 27).

Literatürde araştırmacılar tarafından kabul edilmiş hizmet özelliklerinin her bir araştırmacı tarafından ayrı sınıflandırılmış olduğu liste Tablo 1.1’de verilmiştir.

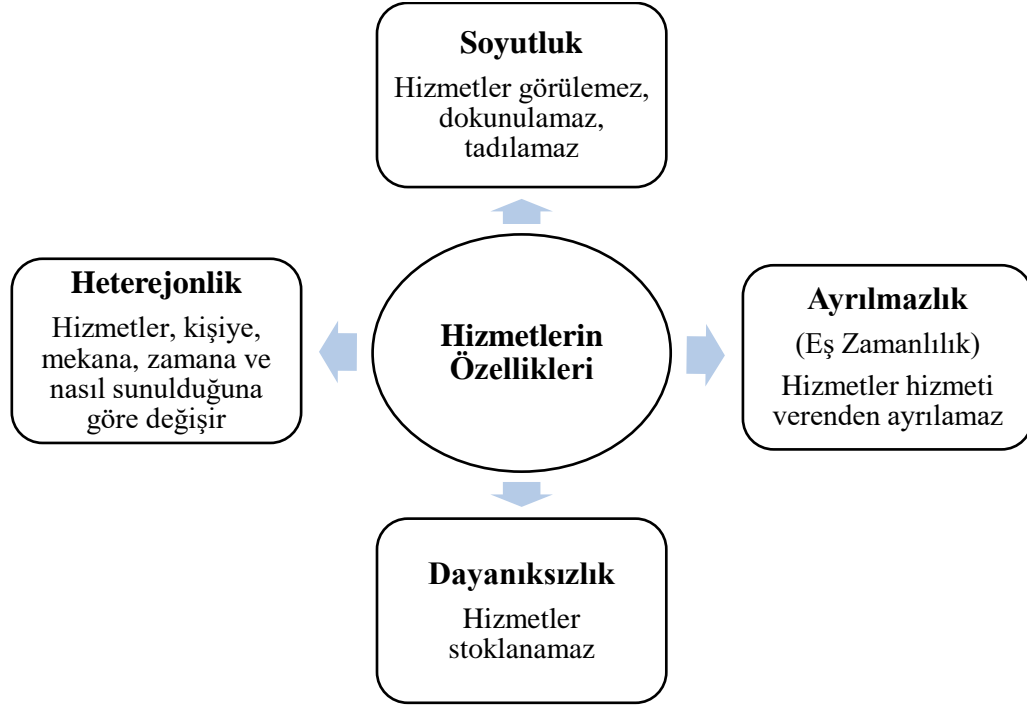
**Tablo 1.1.** Literatürde genel kabul görmüş hizmetlerin özellikleri

		Regan (1963)	Bateson (1977, 1979)	Bell (1981)	Berry (1975, 1980, 1983)	Bessom ve Jackson (1975)	Sasser ve Arbeit (1978)	Carmen ve Langeard (1980)	Davidson (1978)	Davis, vd., (1979)	Rathmell (1966, 1974)	Gronroos (1977, 1978, 1983)	Langeard vd., (1981)	Lovelock (1981)	Shostack (1977)	Thomas (1978)	Zeithaml (1985)
Karakteristik Özellikler	Soyutluk	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Heterojenlik	+		+	+	+	+	+	+		+		+		+	+	+
	Üretim ve Tüketimin Ayrılmazlığı	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+
	Dayanıksızlık (Depolanamaması)	+	+	+	+		+				+			+		+	

**Kaynak:** (Zeithaml, vd., 1985, s. 34)

Hizmetlerin karakteristik özellikleri, birçok yazar tarafından ele alınmış ve çalışmalarında hizmetlerin özelliklerini sınıflandırmışlardır. Bessom ve Jackson (1975), Carmen ve Langeard (1980), Davidson (1978), Langeard vd., (1981), Shostack (1977) ve Zeithaml (1985) gibi araştırmacılar hizmetleri fiziksel ürünlerden farklılaştıran özellikleri soyutluk, heterojenlik ve ayrılmazlık olarak sınıflandıranken Berry (1975, 1980, 1983), Sasser ve Arbeit (1978), Rathmell (1966, 1974) ve Regan (1963) ise bu özelliklere dayanıksızlık yani depolanamamazlık özelliğini eklemişlerdir (Zeithaml, vd., 1985, s. 34).

Hizmetlerin özellikleri, Kotler ve Armstrong (2017) tarafından detaylı bir şekilde tanımlanan gösterimi aşağıdaki şekilde verilmiştir.



Şekil 1.1. Hizmetlerin Özellikleri

**Kaynak:** (Kotler ve Armstrong, 2017, s. 258)

#### 1.1.1.1. Soyutluk

Soyutluk, literatürde hizmetleri fiziksel ürünlerden ayıran en temel boyutların başında gelmektedir. Shostack (1977), Bell (1986), Lovelock (1983), Kotler ve Armstrong (2017)'a göre hizmetler, satın alınmadan önce elle tutulamayan, tadına bakılamayan, görülemeyen ve koklanamayan soyut varlıklardır (Tan ve Patır, 2017, s. 29).

Hizmetlerin soyut özelliklere sahip olmalarından dolayı fiziksel ürünler gibi mülkiyet devrinin gerçekleşmesi imkânsızdır. Ayrıca hizmetlerin mülkiyet devrinden ziyade satışı söz konusudur; fakat satışı yapılan hizmetlerin daha sonra tekrar satışının olması söz konusu olmamaktadır (Çelik ve Şimşek, 2013, s. 218).

Hizmetlerin soyutluğuna dair farklı görüşler de tartışılmaktadır. Soyutluk özelliğine sahip olunması, hizmeti arz edenler için hizmetin tanımlanmasının, tüketiciler için ise hizmetin satın alınmasının kararının verilmesinin zor olduğu demektir. Bu sebeple, hizmetin satın alınması kararında tüketicilerin yoğunlaştıkları özellikler genellikle şunlardır; iletişim, ulaşılabilirlik, fiziksel ortam, imaj ve ağızdan ağza pazarlama vb. Dolayısıyla, hizmetler satın alınırken sahip olunan soyut özellikler,

somut ürün özellikleriyle kıyaslandığında daha önemli olmaktadır (Ghobadian, vd., 1994, s. 45).

Hizmetler tüketicilere zaman kazandırdığı için, ürünler uygun yerlerde sunulur, sağlanan bilgiler daha fazla kullanıcı dostu olacak bir şekilde sunulur ve öznel iyi oluş üretmek için değer oluşturur. Bu nedenle hizmetler, doğası gereği soyuttur ve aynı zamanda sunulduğu anda tüketildiği için bozulabilir (Ascanio, 2007, s. 404).

### **1.1.1.2. Heterojenlik**

Heterojenlik (Türdeş olmama), hizmeti kimin, ne zaman, nerede ve nasıl sağladığına bağlı olarak değişkenlik gösterdiği anlamına gelmektedir. Örneğin, bazı oteller diğerlerinden daha iyi hizmet sağlama konusunda bir üne sahiptir. Yine de, o otellerin tüm hizmet sağlayan birimlerinde personellerin aynı hizmeti aynı güler yüzlülükle ve aynı verimlilikte sağlanması farklılık gösterebilir. Sunulan hizmetin hangi ortamda, kim tarafından ve ne zaman sağlandığı gibi etmenler hizmetlerin birbirine türdeş olmama özelliğini ortaya çıkarmaktadır (Wirtz ve Lovelock, 2016, s. 18).

Hizmet sunumunu gerçekleştiren çalışanların davranışlarındaki tutarlılığı yakalamak oldukça zordur (Vargo ve Lusch, 2004b, s. 326). Hizmet sektöründe çalışanlar ve müşterilerin etkileşimi ile hizmet üretildiği için hizmet sunucuların davranışları ve müşterilerin algılamaları birbirinden farklı olmaktadır. Belli bir standartlaşmanın imkânsızına yakın olduğu hizmet sektöründe kişiye özel hizmet sunulmaktadır (Zeithaml, vd., 1985, s. 34).

### **1.1.1.3. Ayrılmazlık**

Hizmetler önce satılır, izleyen süreçte aynı anda üretilip tüketilir. Hizmetlerin sunumu ve tüketiminin ayrılmaz olduğu varsayılırken fiziksel ürünler ise önce üretilir, sonra satışı yapılır ve nihaş aşamada ise müşteriler tarafından tüketilmektedir (Regan, 1963, s. 57). Staw (2006) ve Moeller (2010) hizmetlerin eşzamanlılığını, bir diğer deyişle ayrılmazlığını, bir hizmet için belli bir talep geldiğinde hizmetin üretilip sunulması olarak belirtmektedirler.

Üretim ve tüketiminin eş zamanlı olması özelliği hizmetleri mallardan ayıran önemli özelliklerdendir. Mallar, taleple birlikte üretilmek zorunda olmadıkları için daha önce üretililebilir ve talep olması durumunda satılabilirler. Hizmetler ise daha farklı olarak talep geldiğinde satılmakta ve daha sonra sunumla birlikte gerçekleşen

tüketimle aynı anda üretilmektedirler. Ayrıca hizmetlerin belli bir çeşidinde üretim aşamasında (saç tıraş hizmetleri, uçuş hizmetleri, sağlık hizmetleri vs.) hizmet alıcılarının üretim esnasında hazır bulunmak zorundadırlar (Zeithaml, vd., 1985, s. 42). Fiziksel ürünlerin üretiminde, üretim ve tüketim aşamalarının birbirinden ayrı olması sebebiyle hizmet sunucusu ile hizmet alıcısı ancak fiziksel malların satın alınması esnasında karşı karşıya gelmektedirler. Fiziksel ürünlerde üretim genellikle müşteri tarafından görülmemektedir. Hizmetlerde ise üretim ve tüketim eş zamanlı gerçekleşmektedir. Bundan dolayı işletmeler ile müşteriler hizmet sunumu gerçekleşirken bir diğer deyişle üretim ve tüketim aynı anda meydana gelirken geçen zaman aralığında işletme ile müşteri etkileşim halindedir ve müşteri üretim sürecine aktif bir şekilde katılmaktadır (Gümüş, 2017, s. 225).

#### **1.1.1.4. Dayanıksızlık**

Hizmetleri, fiziksel ürünlerden farklılaştıran son özellik olarak gelecekteki talebi karşılamak üzere hizmetlerin seri üretiminin olmaması ve depolanamaması anlamına gelen dayanıksızlık kavramıdır (Wyckham, vd., 1975, s. 62). Hizmetlerin dayanıksızlığı, sonradan satışının yapılmasının veya kullanılmak üzere stoklanması mümkün olmadığından kaynaklanmaktadır. Hizmetlerin dayanıksızlık özelliği, talepteki olumlu değişimin olmadığı dönemlerde her hangi bir problem oluşturmamaktadır. Fakat talepte meydana gelebilecek dalgalanmaların olduğu zamanlarda genelde sorun oluşturmaktadır (Kotler ve Armstrong, 2012, s. 238).

Hizmetlerin stoklanamama özelliğinin bir diğer göstergesi ise hizmetlerin kullanılmasından sonra iadesinin imkânsızlığıdır (Wolak, vd., 1998, s. 27). Hizmetlerin bir süreç, eylem ve performans olması sebebiyle depolanmasının, saklanması, tekrar satılmasının ve değiştirilmesinin mümkün olmamaktadır. Dayanıksızlık özelliği esasında hizmetlerin soyut olması özelliğinden kaynaklanmaktadır. Örneğin; satışı yapılmayan bir otel odası, bir uçak koltuğu, bir kurvaziyer kabini, fiziksel ürünler gibi tekrar satışının yapılabilmesi için depolanamaz ve saklanamaz (Mengü, 2021, s. 26).

#### **1.1.2. Hizmetlerin Sınıflandırılması**

Amerikan Pazarlama Birliği ise hizmetleri 10 kategoriye göre sınıflandırmıştır. Bu sınıflandırma, aşağıdakilerden oluşmaktadır (Öcel, 2016, s. 33):

- Sağlık hizmetleri,

- Kişisel bakım ve onarım hizmetleri,
- Eğitim ve araştırma hizmetleri,
- Telekomünikasyon hizmetleri,
- Fiziksel dağıtım ve kiralama hizmetleri,
- Kamusal, yarı kamusal, kâr amacı gütmeyen hizmetler,
- Spor, sanat ve eğlendirme hizmetleri,
- Konaklama, seyahat ve turizm hizmetleri,
- Profesyonel hizmetler (avukatlık, muhasebecilik, mimarlık gibi),
- Finansal hizmetlerdir.

Wirtz ve Lovelock (2016) tarafından yapılan dört boyutlu hizmet sınıflandırılmasının detaylı gösterimi aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 1.2.** Dört Boyutlu Hizmet Sınıflandırılması

	<b>İnsan</b>	<b>Ürün Sahipliği</b>
<b>Somut Eylemler (Dokunulabilen)</b>	<b>İnsana Bedenine Yönelik Hizmetler</b>	<b>Ürüne Yönelik Hizmetler</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Güzellik salonları</li> <li>• Yolcu Taşımacılığı</li> <li>• Spor salonları</li> <li>• Sağlık Hizmeti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yük taşımacılığı</li> <li>• Çamaşır yıkama ve kuru temizleme</li> <li>• Tamir ve bakım</li> </ul>
<b>Soyut Eylemler (Dokunulamayan)</b>	<b>İnsan Zihnine Yönelik Hizmetler</b>	<b>Soyut Varlıklara Yönelik Hizmetler</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanat ve eğlence</li> <li>• Eğitim</li> <li>• Reklam ve halkla ilişkiler</li> <li>• Psikoterapi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bankacılık ve sigorta</li> <li>• Muhasebe</li> <li>• Hukuki hizmetler</li> </ul>

**Kaynak:** (Wirtz ve Lovelock, 2016, s. 23).

Hizmetler temel anlamda neye odaklandığına ve neyi esas aldığına göre sınıflanmaktadır. Somut eylemler, insanların bedenleri veya fiziksel eşyalarını esas alarak gerçekleştirilebilir. Maddi olmayan eylemler insanların zihinlerinde gerçekleştirilir. Bu durum, hizmetlerin dört geniş kategoride sınıflandırılmasına yol açmaktadır. İnsan için somut eylemler iki kategoride incelenebilmektedir. Bunlar güzellik salonları,

yolcu taşımacılığı ve sağlık hizmetleri gibi hizmetleri içeren insan bedenine yönelik hizmetlerdir. Soyut eylemler ise insan zihnine yönelik hizmetlerden oluşmaktadır. Ürün sahipliğini esas alan hizmetlerin somut değerlendirmesinde ürüne yönelik hizmetler yer almaktadır. Soyutluğu esas alan değerlendirmede ise ürün sahipliği bazında bankacılık, muhasebe ve hukuki hizmetler örnek verilebilmektedir (Wirtz ve Lovelock, 2016, s. 23-24).

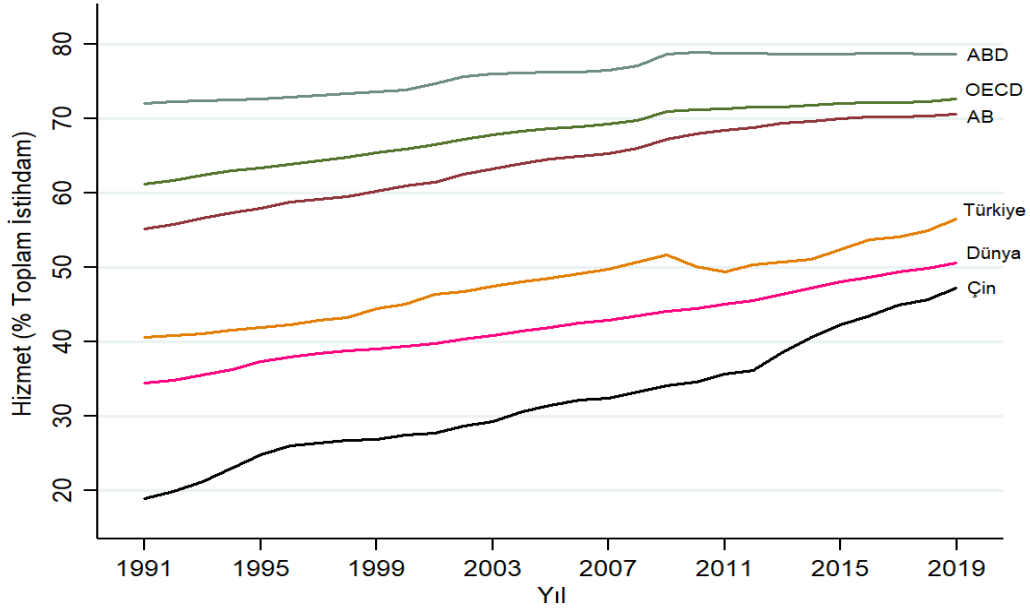
## **1.2. Hizmet Sektörü**

Sanayi devriminin gerçekleşmesini izleyen süreçte üretimde yeni teknolojik yöntemlerle seri üretime geçilmesiyle bireylerin çalışmak için harcadıkları zamanda azalma meydana geldiği göz önüne alındığında hizmet satın alınmasına olan talepte bir artış söz konusu olmuştur. Kırsal bölgelerden kentlere geçişlerin artması ve daha kaliteli eğitim alınması insanların hayat standartlarında değişimler meydana getirmiş, teknoloji ve yenilikçi ürünlerin de etkilemesiyle hizmet alımlarında artış meydana gelmiştir. Bu durum arz edenlerin rekabet ortamında avantajlı olabilmek maksadıyla hizmeti faaliyetlerinde ön plana almalarına neden olmuştur. Ayrıca insan ömrünün uzamasıyla birlikte sağlık ve bakım hizmetlerine olan talep hizmet sektörünün gelişmesinde önemli bir etken olmaktadır (Koç Erdoğan, 2015, s. 32).

Son yıllarda tüm dünyada iktisadi alanda hızlı bir değişim sürecinin yaşandığı görülmektedir (Patır ve Karahan, 2010, s. 28). Bu hızlı değişim süreciyle birlikte dünya ekonomilerinde üretim sektöründen hizmet sektörüne doğru bir yön değiştirme söz konusudur (Uyanık, 2009, s. 213).

Hizmetler modern dünyada toplumun ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir (Cook, vd., 1999, s. 318; Ascanio, 2007, s. 403; Bayat, vd., 2015, s. 61). Bununla birlikte, hizmetlerin sektörler içerisindeki payında gözle görünen artış gözlenmektedir (Lovelock ve Gummesson, 2004, s. 21). Örneğin aşağıdaki tablo incelendiğinde 2019 yılında hizmet sektörünün toplam istihdam içindeki oranı ABD için % 76,8, Avrupa Birliği için % 65,3, Dünya için % 64,9, Türkiye için % 56,5 ve Çin için % 53,9 olduğu görülmektedir. Türkiye'nin hizmet sektöründeki istihdam oranı sanayileşmiş ülkelerdeki gibi bir eğilim göstermiştir. Türkiye'nin 2019 yılındaki oran 1991 yılındaki orana göre % 39,4 bir artış gerçekleşmiştir (World Bank, 2019). 2008-2009 yılında tüm dünyada etkisini gösteren Mortgage krizinin bir yansıması olarak

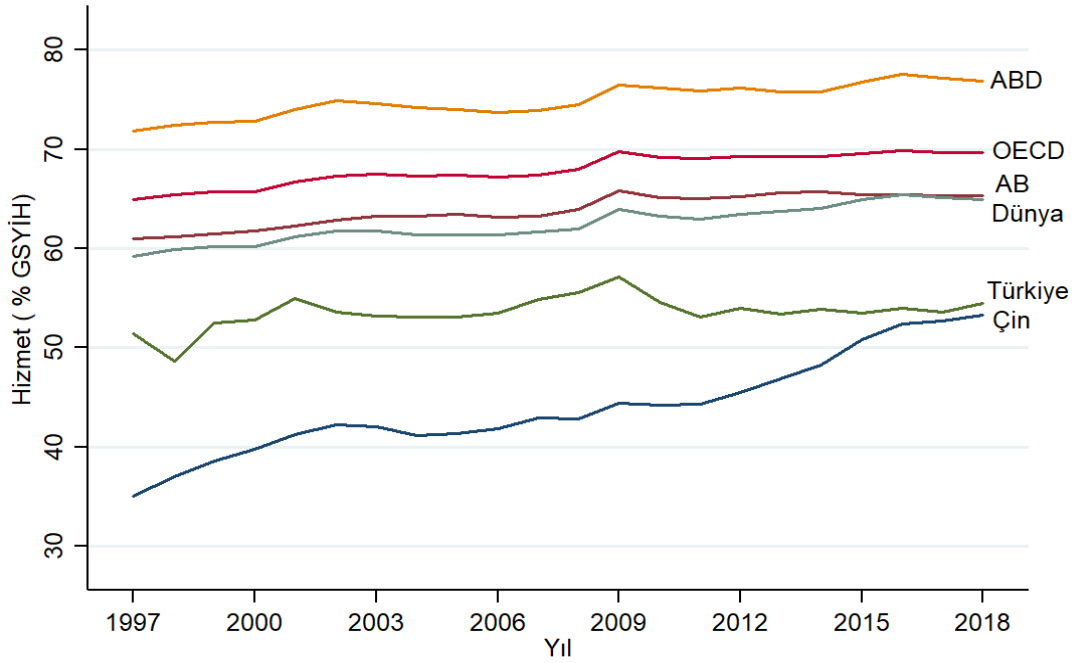
Türkiye'nin toplam istihdam içindeki hizmet sektörü payında bir düşüş yaşanmıştır. Bu düşüş 2011 yılından sonra yerini yükselme trendine bırakmıştır.



**Şekil 1.2.** Hizmet Sektörünün Toplam İstihdam İçindeki Payı (Türkiye, Dünya, OECD, AB, ABD, Çin)

**Kaynak:** World Bank, (2019), *Employment in services (% of total employment)*, United States, China, World, European Union, Turkey, E.T.: Mart 15, 2021.

Hizmet sektörünün Gayrisafi Yurtiçi Hasıla içindeki payı dünyanın gelişmiş ekonomilerinde olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir noktada yer almaktadır. Şekil 1.2 incelendiğinde hizmetlerin 2019 yılı itibariyle Gayrisafi Yurtiçi Hasılaya katkısı ABD için % 78,7, Avrupa Birliği için % 70,6, Dünya için % 50,6, Türkiye için % 56,6 ve Çin için % 47,2 olduğu görülmektedir. Türkiye’deki orana bakıldığında hizmet sektörünün diğer tüm sektörlerden daha fazla bir paya sahip olduğu anlaşılmaktadır (World Bank, 2019).

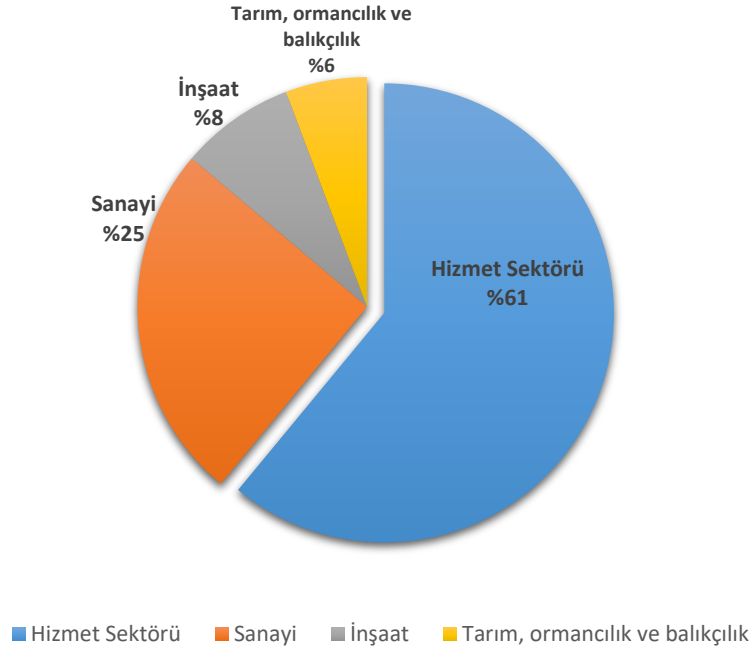


**Şekil 1.3.** Hizmet Sektörünün GSYİH İçindeki Payı (Türkiye, Dünya, OECD, AB, ABD, Çin)

**Kaynak:** World Bank, (2019), *Services, value added (% of GDP) - United States, China, World, European Union, Turkey*. E.T.: Mart 15, 2021.

Şekil 1.3'e bakıldığında ABD, OECD, AB Dünya, Türkiye ve Çin için hizmet sektörünün GSYİH içindeki paylarında genel bir yükseliş trendi görülmektedir. 2008 yılı incelendiğinde Türkiye ile birlikte ABD, OECD, Avrupa Birliği'nde hizmet sektörünün GSYİH içindeki payında gözle görünür bir düşüş yaşanmıştır. Ayrıca Türkiye için 2001 yılında yaşanan krizden dolayı da bir düşüş yaşanmıştır. Fakat genel olarak tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de hizmet sektörünün diğer sektörlerle göre yıllar geçtikçe daha fazla artış göstermiştir.

Türkiye'de 2020 yılı için tüm sektörlerin Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla içindeki paylarını detaylı gösteren şekil aşağıda verilmiştir.



**Şekil 1.4.** Türkiye’de Hizmet Sektörünün Payı, 2020

**Kaynak:** Hazine ve Maliye Bakanlığı, (2020), *Aylık Ekonomik Göstergeler*, Ankara, E.T.: 15 Mart 2021.

Türkiye’de hizmet sektörünün diğer sektörlerle karşılaştırmalı grafiği incelendiğinde 2020 yılına ait verilerine göre hizmet sektörünün Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla içindeki payı %61 olarak gerçekleşmiştir. Hizmet sektöründen sonra en yüksek pay ise %25 ile sanayi sektörüne aittir. Son olarak inşaat sektörü %8 ve tarım, ormancılık ve balıkçılık sektörü ise %6’lık bir paya sahiptir.

### 1.3. Sağlık Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre (WHO, 1946), ‘Sağlık, sadece hastalık ya da kusurun olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünsel bir iyi olma halidir (Callahan, 1973, s. 77). Bu tanım sağlık kavramıyla ilgili tüm alanları açıklarken son zamanlarda bu tanıma sosyal ve ekonomik olarak aktif üretici bir yaşam idame edebilme” eklenmiştir (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006, s. 47). Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) yapmış olduğu sağlık tanımından bu yana, tıp dünyasında hastaları karmaşık bir sosyal bağlamda yaşayan sosyal varlıklar olarak tedavi etme vurgusu öne çıkmıştır (McDowell I., 2006, s. 150). Ayrıca WHO tanımında yer alan bütünsel iyi oluş hali ile sağlığın aynı şekilde devam eden durağan bir durumun aksine sürekli değişen

ve geliştirilmesi gereken dinamik yapıya sahip olduğunu belirtmektedir (Mustafa, vd., 2015, s. 25).

Sağlık kavramına tıbbi açıdan bakıldığında “fiziksel, ruhsal ve *sosyal yönden tam iyilik hali*” de denilebilmektedir. Fakat bu durumun sadece kişinin kendisi ile ilgili olmadığı aynı zamanda çevresindeki ortamın ve yaşam koşullarının da buna etkisi olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Hem çevresel etkiler hem de yaşanan hayat standartları, sağlıklı olma ve hastalık konusunda derinlemesine araştırmalar yapılmasını sağlamaktadır (Somunoğlu, 1999, s. 53).

Sağlıklı olma ile sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı insanların en temel hakların başında gelmektedir. Sağlıklı olma hakkının geçmişi, insanlık tarihi kadar eskiye dayanmaktadır. Sağlık konusuna verilen önem, Gılgamış Destanı'nda söz edilmiştir. MÖ. 3000'lerin ilk yarısında Mezopotamya'daki Uruk şehrinde hâkimiyet sürdüren Kral Gılgamış'ın ölümsüzlük isteğiyle vukua gelenler sağlığın önemini ortaya koymuştur. Ayrıca çok eski çağlardan beri sağlığın önemli bir gösterge olduğu anlaşılmaktadır. Bunun yanında eski zamanlardan beri insanlığın kayıtsız kaymayıp sağlık ve sağlık hizmeti sağlayanlarını önemseydiği yazılı metinlerden çıkarılmıştır. Bunun en iyi örneklerinden birisi ise; MÖ. 2000'li yıllarda yazılan Hammurabi Kanunlarıdır. Babil Kralı Hammurabi, kendi adıyla anılan kanunlarda, doktorların sorumluluklarını vurgularken onların alacağı ödülleri de belirlemiştir (Yıldırım, 2021, s. 37).

Ayrıca sağlık söz konusu olduğunda üzerinde durulması gereken önemli kavramların başında hastalık kavramı gelmektedir. Hastalık, bireylerin kendi vücutlarında algıladıkları anormalliklerin bütünü olarak tanımlanabilmektedir. Hastalıklar, biyolojik (bakteri, virüs vb.) ve ruhsal (bunalım, depresyon vb.) sebeplerden kaynaklanabilir. Bireyleri genellikle sağlık hizmeti almaya ve doğru tedavi yöntemlerini aramaya ittiği için sağlık sisteminde hastalık kavramı önemli bir konumda yer almaktadır (Yıldırım ve Kavuncubaşı, 2010).

Amerikalı ünlü sosyolog Talcott Parsons sağlıkla ilgili olarak, kişiler kendilerinden arzu edilen sosyal işlevleri yerine getirebilme düzeylerinde sağlıklı sayılabilirler diye bir çıkarımda bulunmaktadır. Parsons ayrıca “Hastalık kavramı tümüyle biyolojik bir durum değildir, bireyler sosyal çevre ile uyumdan çok karar alarak seçimler yaparak eylemlerde bulunurlar. Bu beklentileri sağlayabilen bireyler

sağlıklıdır” demektedir. Geleneksel tıp anlayışı açısından hastalık, “özünde biyolojik bir durumdur ve bireyin biyolojik yapısındaki bozulmaları göstermektedir” olarak ifade edilmektedir. Kısaca hastalık, sağlığın bozulması ile tanımlanabilirken sağlık ise hastalığın bulunmaması durumu olarak tanımlanabilmektedir. İnsan hakları içerisinde yer alan ve en temel hakların başında yer alan ve başlangıçtaki tanımlarının “hasta olmayan insan sağlıklıdır” şeklinde yapılan sağlık kavramı, yaygın bir biçimde tüm toplumlarda kaybedildiği zaman kıymeti anlaşılan bir hazine olarak görülmektedir. Fakat buna rağmen en fazla ihmal edilen değerlerden biri yine sağlık kavramıdır (Aytaç ve Kurtdaş, 2015, s. 237-238).

#### **1.4. Sağlık Hizmetleri**

Genel tanımıyla sağlık hizmetleri, sağlığın önlenmesi, sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmaların tamamı olarak ifade edilebilmektedir (Odabaşı, 2001). Sağlık hizmetleri; belirli sağlık kurum ve kuruluşlarında, farklı tip sağlık personelinin yararlanarak, toplumun istek ve ihtiyaçlarına göre değişiklik gösteren amaçları gerçekleştirmek için ülke genelinde örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu için oluşturulan sağlık sisteminde bireylerin ve toplumun önleyici, koruyucu ve tedavi edici sağlık bakımına yönelik faaliyetleri yerine getirmek üzere tasarlanmıştır (Bozkurt, 2020, s. 91).

Dünya Sağlık Örgütü (2018)’ne göre sağlık hizmetleri, hastalık tanısı koyma, hastalıkların tedavisi veya sağlıkla ilgili her türlü reklam, bakım ve iyileştirme hizmetlerinin yanında kişisel ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini içermektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan başka bir değerlendirmede sağlık hizmetleri genellikle koruyucu ve tedavi edici olma özelliğini taşımaktadır. Böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü önleyici ve tedavi edici etkinliklerle sağlanabilmektedir (Sağ, 2019, s. 32).

Daha geniş bir tanım yapılacak olunursa sağlık hizmetleri, toplum içindeki bireylerin sakatlık ve hastalıklardan korunması, sosyal anlamda hayatlarını huzurla sürdürebilmeleri için organize edilen faaliyetlerin bütünü şeklinde ifade edilebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin tanımlanmasına dair literatür incelendiğinde var olan tanımlar genel itibarı ile şu kavramları içermektedir (Akdur, vd., 1998, s. 19):

- Hastalıklarının oluşumunu engelleme
- Sağlığın korunması ve geliştirilmesi

- Hasta kişilere olanaklar ölçüsünde erken tanının koyulması ve tedavilerinin sağlanması
- Sakatlıkların önlenmesi
- Her hangi bir durumdan dolayı sakatlığa uğramış bireylerin tıbbi ve sosyal anlamda ferahlatıcı hizmetler alması
- Toplumsal anlamda bireylerin hayatlarını huzurlu, mutlu ve kaliteli bir biçimde devam ettirmesinin sağlanması

Sağlık hizmet sunumundaki esas amaç, bireylerin sağlıklı olmasının sağlanması, bu durumun korunup geliştirilmesi ve hastalıklara karşı önleyici faaliyetlerin alınarak toplumun sağlık standartlarının yükseltilmesidir. Sağlık hizmetlerinin bu şekilde sunumunun gerçekleştirilmesi izlenebilecek en kolay, en ucuz ve kaliteli yöntem olmaktadır. Bunun yanında sağlık hizmetlerinde karşılaşılabilecek sağlık problemlerinde, etik ilkeler doğrultusunda, mümkün olan en kısa zamanda ve en uygun maliyetlerle bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık gereksinimlerinin karşılanması temel gayelerdendir (Karaçor ve Arkan, 2014, s. 92).

Temel anlamda sağlık hizmetleri, ülkelerin sosyo-ekonomik kalkınmışlık düzeyleri içerisindeki en önemli göstergelerdendir. Sağlık sektörünün çok dinamik bir yapısı bulunmaktadır. Çünkü devamlı bir şekilde hızlı değişim yaşanan teknolojik alt yapıların sağlamış olduğu iyileşme ile daha kapsamlı ve etkili tedavi hizmetleri sunulmaktadır (Tanrıverdi ve Erdem, 2010, s. 75).

Sektör hizmetleri teknolojik, bilgi yoğunluklu ve yüksek yenilikçiliğe açık bir yapıya sahip olan bir sektörde sunulduğu için sunum aşamasında aksiyonları hızlı alabilecek potansiyele sahiptir. Bu sebeple yenilikçi ürün ve hizmetler, erken teşhis ve tedavi olanaklarını artırarak daha sonra karşılaşılması muhtemel olan maliyetlerin önüne geçilmesi sağlanmaktadır. Söz konusu aksiyonların alınması kabiliyetine sahip olan sağlık sistemleri, uzun dönemde verimlilik artışı sağlayabilir ve aynı zamanda hastaların faydasına olabilecek alternatif çözüm seçeneklerini oluşturulabilmektedir. Nüfustaki demografik değişimlerin yaşanması ve toplumun giderek yaşlanması neticesinde hastalık türlerinde değişimler meydana geleceğinden, buna bağlı olarak sağlık bakım gereksinimi de bir takım değişiklikler göstereceği ön görülmektedir. Birleşmiş Milletler'in 2050 yılı için yaptığı hesaplamalar neticesindeki tahminine göre mevcut dünya nüfusunun beşte biri 60 yaş ve üzeri iken, bu oranın 2050 yılına

gelindiğinde yaklaşık üçte bir oranına yükselmesi beklenmektedir. Yaşlı nüfusundaki artışın, beslenme ve yaşam tarzlarındaki değişimlerin yaşanmasına ve kronik hastalıkların çok hızlı bir artış göstermesine neden olması öngörülmektedir. Yaşlı nüfusunun ve kronik rahatsızlıkların geçmiş yıllara göre artması, günümüzde sağlık sisteminde görülen önemli sorunların başında gelmektedir. Çünkü bugün dünyada bir yıl içinde meydana gelen ölümlerin %59'u ve toplam hastalık yükünün %46'sı kronik hastalıkların bir neticesidir (Şengün, 2016, s. 195).

### **1.5. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

Sağlık hizmetleri; bireyin ve toplumun mevcut sağlık durumunun korunması ve geliştirilmesi için sağlık çalışanlarınca sunulan koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici hizmetlerin bir bütünü olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri, sadece hastalıkların varlığı zamanda sunulan ve yalnızca hastalıkların tedavi edilmesi söz konusu olduğunda ortaya çıkan hizmetler olmayıp birbirinden farklı birçok misyona sahip, tüm toplumu etkileyen sürekli ve kapsamlı hizmetlerdir. Hizmetlerin bütün özelliklerini (depolanamaz, elle tutulmaz, taşınmaz vb.) içinde barındıran sağlık hizmetleri kendine has bazı önemli özellikleri de taşımaktadır. Sağlık hizmetlerine has bu özelliklerin aşağıdaki gibi sıralanması mümkündür (Tengilimoğlu, vd., 2014, s. 73):

- Sağlık hizmetlerinde çıktı kalitesinin ölçülmesi çok zordur,
- Sağlık hizmetlerinin çıktısı doğrudan paraya çevrilemez,
- Sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışları rasyonel değildir,
- Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi söz konusudur,
- Sağlık hizmetlerinde arzın talep oluşturması söz konusudur,
- Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur,
- Sağlık hizmetleri tüketimi çoğu zaman ertelenemez,
- Sağlık hizmetleri tüketimi rastlantısaldır.

Yukarıda sayılan özelliklere ek yapan Çelik, (2016) sağlık hizmetlerini önceden test edilemeyen ve garantisi olmayan hizmetler olarak ifade etmiştir. Kavuncubaşı ve Yıldırım, (2012) ise sağlık hizmetlerinin sahip olduğu bir takım ayırt edici özelliklerini aşağıda belirtilen şekilde özetlemiştir:

- Sağlık hizmetlerinde çıktının tanımının ölçülmesi zordur. Sağlık hizmetlerinin sonuçlarını, diğer sektörlerdeki gibi, kısa zamanda içinde gözlemek ve değerlendirmek imkân dâhilinde değildir. Sağlık kuruluşlarının girdi ve çıktısı insan olduğundan; koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin neticelerinin kısa bir süre içerisinde görülmesi ve değerlendirilmesi zorlaşmıştır.
- Sağlık hizmetlerinde çok fazla meslek grubu aynı anda ve birlikte hizmet sağlamaktadır. Birbirinden çok farklı medikal hizmetlerin yanı sıra otomasyon, inceleme, öğrenim, teknik hizmetler, otelcilik hizmetleri, danışmanlık/ yönlendirme, transport ve diğer bir takım faaliyetler sınırlı bir mekânda bir arada sunulmaktadır.
- Yapılan işlerde kompleks ve değişken bir yapı bulunmaktadır. Sağlık kuruluşları, teşhis ve tedavi hizmetlerine ek olarak, öğrenim ve araştırma hizmetlerini de bireylere sağlamaktadır. Sunulan hizmetlerin niceliğinde bir artış meydana geldikçe, karmaşıklık seviyesi de artış göstermektedir.
- Sağlık hizmetlerinde yüksek seviyede uzmanlaşma gerekmektedir. Hastalıkların ortaya çıkması, tedavi aşamasında uygulanan farklı metotların gereksinimi, yeni hastalıkların ortaya çıkması, bilim ve teknolojiye hızlı bir uzmanlaşmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.
- Sağlık kuruluşlarında fonksiyonel bağımlılık çok yüksek seviyededir. Farklı meslek gruplarının faaliyetlerinin kendi aralarında etkileşim sağlama aşamasında birbirleriyle yüksek düzeyde koordinasyon gerekmektedir.
- Hastanelerde insan kaynaklarında görev alan çalışanların büyük ölçüde uzmanlardan oluşmuş olması ve bu çalışanların alanlarındaki bilgi ve tecrübelerinden kaynaklanan bir güce sahip olmalarını da sağlık hizmetlerinin özelliklerinin getirdiği zorunluluktandır.

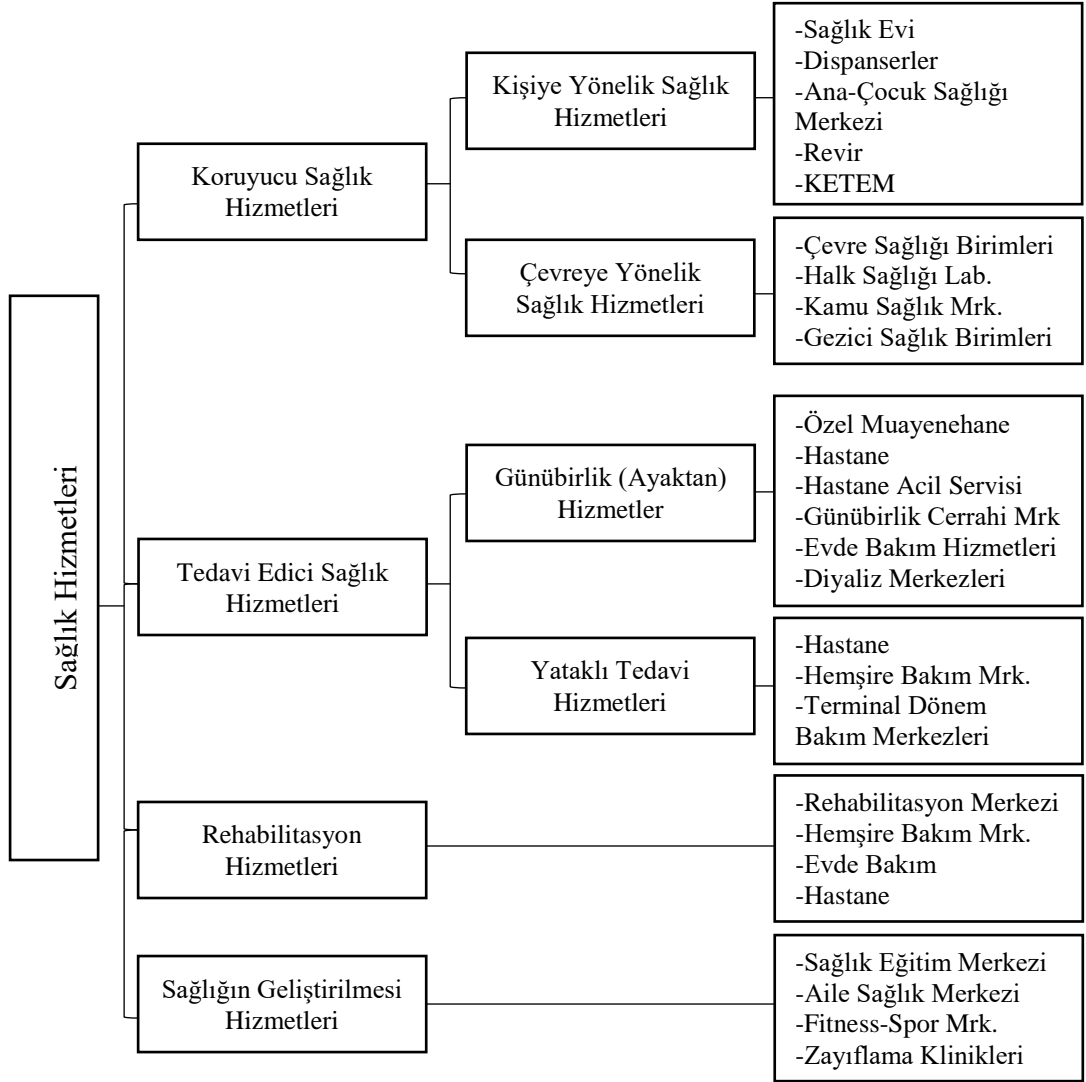
Sağlık hizmetlerinin özelliklerini ve genel kapsamını ele alan Odabaşı (2001), sağlık hizmetlerini, kişilerin sağlığının korunması ve teşhis, tedavi ve bakım olarak iki ana grupta ele almıştır. Odabaşı (2001)'na göre sağlık hizmetleri kişisel ya da kurumsal olarak sunulabilir. Sağlık hizmetleri, hizmet kavramının bütün özelliklerini

içinde barındırmaktadır. Hizmetlerden farklı olarak sağlık hizmetlerinde değer değişim faaliyetlerinde kâr amacı olup olmadığı önemli değildir.

### **1.6. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Sağlık hizmetleri 1978 yılında genel kabul almış olan Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri, Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri ve Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri biçiminde dört temel başlık halinde sınıflandırılmıştır. Son başlık olan Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri, Ottawa Sözleşmesi'nde Dünya Sağlık Örgütü tarafından sunulmuş diğerlerine göre yeni bir alandır (WHO, 2009).

Sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştiren kuruluşlar, her ne kadar yürüttükleri faaliyetlere göre sınıflandırılabilir olsalar da, her grup ana faaliyetleri yanında diğer tüm sağlık hizmeti faaliyetlerini de değişik seviyelerde sunmaktadır. Bu kapsamda, Kavuncubaşı ve Yıldırım, (2012, s. 35) ve Tengilimoğlu, vd., (2014, s. 74) sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin sunumunu yapan kuruluşlara ilişkin yapmış oldukları sınıflandırma Şekil 1.5'te detaylı olarak sunulmaktadır.



**Şekil 1.5.** Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

**Kaynak:** Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s. 35; Tengilimoğlu, vd., 2014, s. 74.

### 1.6.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu Sağlık Hizmetleri, bireylerin herhangi bir hastalığa veya sağlığını bozabilecek durumlara yakalanmalarını ve genel anlamda hastalıkların sayısını, ciddiyetini ve komplikasyonlarını önlemeyi veya azaltmayı amaçlayan sağlık hizmetleri türündedir (OECD, Eurostat, World Health Organization, 2011, s. 118).

WHO'ya göre koruyucu sağlık hizmetleri, insan merkezli entegre sağlık hizmetlerinin çok önemli bir parçasıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıkların ortaya çıkmaması için gereken tüm önlemlerin alınması, bulaşıcı hastalıklarla

mücadele, hijyen, hastalık sonrası rehabilitasyon konularında hastaya ve yakınlarına danışmanlık verilmesi, topluma hastalık ve sağlık konularında eğitim verilmesi, beslenme ve hayat tarzını değiştirmekle hastalıkların önlenmesi gibi konuları içeren; tedaviden önce önlemeyi ve korumayı ön plana alan sağlık hizmetlerinin tamamıdır (Basan ve Bilir, 2016, s. 45).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin temelinde bireye ve çevreye yönelik olma gayesi yatmaktadır. Bireyin iyi oluşunu sağlamaya yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleri; hastalıkların erken teşhis ve tedavisi, bireysel sağlık seviyelerini yükseltme, sağlık eğitimi, bağışıklama, aile planlaması ve yeterli ve dengeli beslenme gibi faaliyetlerden oluşmaktadır (Demirbilek ve Çolak, 2008, s. 94). Çevreye yönelik olan koruyucu sağlık hizmetlerinde ise, çevresel anlamda sağlığı olumsuz bir biçimde etkileyecek etkenleri zararsız hale getirmeyi ya da ortadan kaldırmayı amaçlayan uygulamaları içermektedir (Akdur, 2006, s. 12).

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler de koruyucu sağlık hizmetleri grubuna girmektedir. Bu özellikleri nedeniyle koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulması gereken hizmet türlerindedir (Tengilimoğlu vd., 2009, s. 44). Sağlığı koruyucu önlemler başlıca üç düzeyde ele alınmaktadır. Söz konusu bu düzeyler; birincil, ikincil ve üçüncül korumadır. Sağlığın korunması aşağıda ele alınan üç aşamada gerçekleşmektedir (Demirbilek ve Çolak, 2008, s. 94).

### ***Birincil Koruma***

Birincil korumada, bireylerin hastalıklara yakalanmasının önüne geçilme için önlemler almaya çalışılmaktadır. Bu amaçla yapılan uygulamalardan olan aşılama, aile planlaması ve sağlık eğitimi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliği sağlanmaya çalışılmaktadır (Demirbilek ve Çolak, 2008, s. 94).

Birincil koruma, bir hastalığın başlangıcını azaltmak, yeni vakaların sayısını azaltmak, hastalıkların ortaya çıkmasını önceden tahmin etmek ve hastalıkların ciddiyetini azaltmak için hastalıklara sebebiyet veren durumlardan ve risk faktörlerinden kaçınmayı amaçlayan özel sağlık önlemlerini içermektedir. Birincil önleyici tedbirlerin amacı, bir miktar etki oluşturmadan önce risklerin azaltılmasıdır (örneğin aşılama yoluyla) (OECD/Eurostat/World Health Organization, 2017, s. 84).

### ***İkincil Koruma***

İkincil korunma ise, hastalıkları semptomatik hale gelmeden önce teşhis ederek morbidite ve mortaliteyi azaltmayı hedefleyen koruyucu sağlık hizmetleri çeşididir (Öztürk, vd., 2016, s. 35).

Örnekler arasında verem, diyabet ve meme kanseri gibi hastalıkların taranması yer almaktadır. İkincil korumanın bir özelliği, teşhis konulmadan önce ortaya çıkmasıdır. Genellikle bu erken vaka tespitleri, laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerini içermektedir (OECD/Eurostat/World Health Organization, 2017, s. 84).

### ***Üçüncül Koruma***

Üçüncül koruma, kötü koşulu olanların sayısında bir azalmanın muhtemel veya belki de mümkün olmayabileceği önermesine dayanmaktadır; ancak durumun şeklini azaltmak gerçekçi bir amaç oluşturmaktadır. Yine, halk sağlığı perspektifiyle paralel olarak, üçüncül önleme, durumun ilişkili etkilerinin ifadesini azaltma çabaları olarak tanımlanabilir. Sağlanan hizmetler, tanımlanan durumla ilişkili doğrudan veya dolaylı etkilerin sayısını, kapsamını veya ciddiyetini azaltmak için tasarlanmıştır (Siemeonsson, 1991, s. 127).

### **1.6.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlığın bozulduğu durumlarda kişilerin eski sağlığına döndürebilmeyi amaç edinen hizmetlerdir. Bu tür hizmetler, bir hastalık veya yaralanmasının ciddiyetini azaltmayı ve yaşamın normal seyrini tehdit edebilecek komplikasyonlara karşı korumayı içermektedir (OECD/Eurostat/World Health Organization, 2017, s. 84).

Etkili bir sağlık hizmetinde hızlı tanı ve etkili tedavi gereklidir. Tedavi yönetiminde daha az hata, daha hızlı iyileşme ve hastalık durumunu ortadan kaldırmak açısından daha fazla işlevsellik olmalıdır (Chakraborty, 2014, s. 8).

Tedavi edici sağlık hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetleri birbirini tamamlayan sağlık uygulamalarıdır. Gerçekte koruyucu hizmetler ve iyileştirici hizmetler birbirini tamamlayan uygulamalardır. Bununla birlikte iki uygulama arasında bazı farklılıklar söz konusudur. Söz konusu farklılıklar aşağıdaki tabloda verilmiştir (Fineberg, 2013, s. 85-86).

**Tablo 1.3.** Tedavi Edici ve Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Farklılıkları

<b>Tedavi edici sağlık hizmetleri</b>	<b>Koruyucu sağlık hizmetleri</b>
Patolojinin belirlenmesi	Risk düzeyinin belirlenmesi
Birey düzeyinde hizmet etiği	Toplum düzeyinde sorumluluk
Sağlığın geri kazandırılması	Hastalık riskinin azaltılması
Klinik düzeyde müdahale	Klinik, davranışsal ve sosyal müdahale

**Kaynak:** (Fineberg, 2013, s. 85-86).

Bireylerin tekrar sağlığına kavuşabilmesi için gerekli olan tedavi edici sağlık hizmetleri kendi içinde birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç kademeye ayrılmaktadır (Akdur R., 2006, s. 13).

#### ***Birinci basamak***

Daha çok ayakta tedavi hizmetlerini içeren birinci basamak tedavi hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerini de kapsadığı bilinmektedir. Diğer basamaklarına göre daha düşük maliyeti olan birinci basamak sağlık hizmetinin ulaşılabilirliği daha yüksek ve kapsamı daha geniştir. İlk aşama olan birinci basamak sağlık hizmetinde, sağlık hizmeti sunan sağlık ocağı ve benzeri kuruluşlara başvuran kişiler ayakta tedavi edilmektedir (Öcel, 2016, s. 51).

Çok boyutlu (multidimesional) bir sistem olan birinci basamak sağlık hizmetleri, düzen, insan ve malzeme kaynakları, ekonomik durum gibi birçok yapısal elemanı içinde barındırmaktadır. Literatür incelendiğinde yazarların birinci basamak sağlık hizmetinin on boyuttan oluştuğu konusunda görüş birliğinde oldukları görülmüştür. Bunlar ekonomik durum, hizmet sunumu, yönetim, işgücü, tedavinin devamlılığı, tedavinin etkinliği, tedavide kapsamlılık, sağlık hakkı, tedavinin kalitesi ve tedavi de koordinasyondur (Başer, vd., 2015, s. 27).

#### ***İkinci basamak***

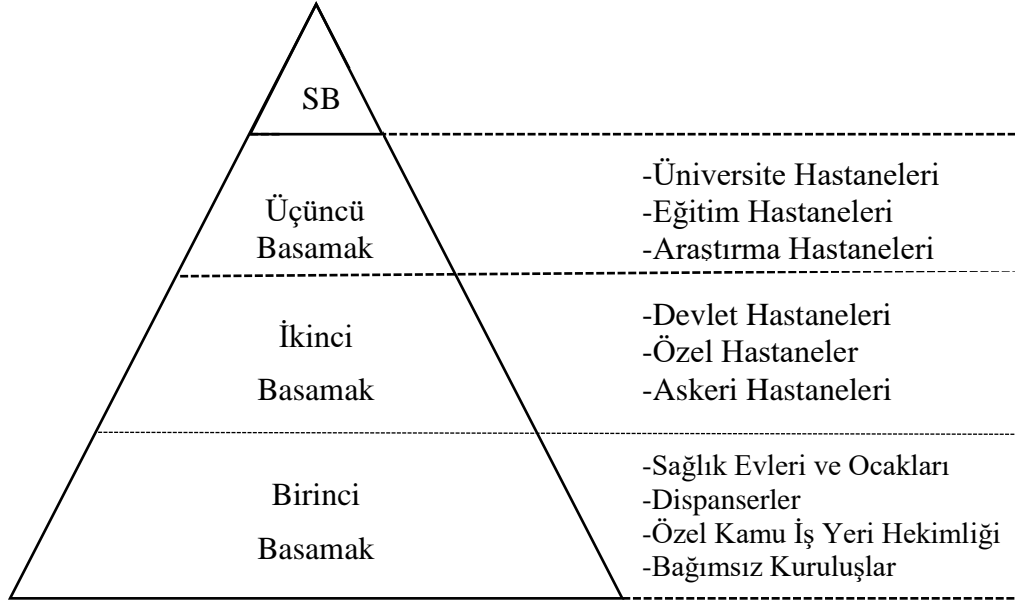
İkinci basamak, yatan hasta birimlerinin olduğu, teşhis ve tedavinin hastaların yatırılarak yapıldığı sağlık hizmeti kuruluşlarıdır. Özel tıp merkezleri ve dal

merkezleri de yönetmelikte belirtildiği üzere ikinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer almaktadır (Bayar, 2020, s. 179).

Birinci basamakta uygulanan tedavilerin yeterli olmadığı durumlarda devreye giren ikinci basamak sağlık hizmetlerinde, hastanın teşhis ve tedavisi genellikle sağlık kuruluşunda yatırılarak yapılmaktadır. İlgili tedavilerin uygulandığı bu tür kuruluşlara ikinci basamak tedavi birimi de denilmektedir. İkinci basamak sağlık kuruluşlarında tanısı koyulmayan hastalıkların teşhis ve tedavi süreçleri uzman doktorlarca yürütülmektedir. Bu süreçlerde ilaç kullanımı, ek tedavi ve gerekli cerrahi operasyonların gerçekleştirilmesi mümkündür. Yürütülen tedavi süreçleri ileri teknoloji ve gelişmiş tıp tekniklerini içinde barındırdığından birinci basamak sağlık hizmetlerine göre daha yüksek maliyetler oluşturmaktadır (Vargo, vd., 2008a, s. 141).

### ***Üçüncü basamak***

Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli olmadığı durumlarda, bünyesinde farklı alanlarda uzman kişilerce, ileri teknolojik donanımlar kullanarak, özel tedavi gerektiren hastalara sağlık hizmeti sunulan eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal hastaneleri, sanatoryumlar, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve üniversite hastaneleri gibi kuruluşlardır (Gümüş, 2017, s. 84). Üçüncü basamak sağlık hizmetleri; ileri düzey sağlık teknolojilerine ve farklı uzmanlık seviyesine sahip kalp hastaneleri, onkoloji hastaneleri, üniversite hastaneleri gibi hastaneler tarafından sunulan hizmetlerdir (Yeşilyurt, 2018, s. 13).



**Şekil 1.6.** Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Sunucuları

**Kaynak:** (Sağlık Bakanlığı, 2004, s. 10)

Şekil 1.6’da görüldüğü gibi sağlık bakanlığı bünyesinde özetle birinci basamakta sağlık ocakları ve dispanserler, ikinci basamakta devlet hastaneleri ve askeri hastaneler, üçüncü basamakta ise üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri yer almaktadır.

### 1.6.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Üçüncü sağlık hizmeti olan Rehabilite edici sağlık hizmetleri, toplum için önemlidir; çünkü yaşanan kötü durumlara neticesinde ortaya çıkan kronikleşmiş hastalıkların sonuçlarını ve etkilerini hafifletebilir (Brzoska, vd., 2017, s. 1-2) Rehabilite edici sağlık hizmetleri, herhangi bir kaza ya da hastalık sonucu bireylerde meydana gelmiş veya sakatlık durumunu yaşaması muhtemel olan sağlık koşullarına sahip kişileri, optimal işleyiş içerisinde makul bir yaşam kalitesini sağlayarak topluma dahil etmeyi amaçlayan bütünleştirici bir hizmet çeşididir. Tedavi edici sağlık hizmetleri esas olarak sağlık durumuna odaklanırken, Rehabilite edici sağlık hizmetleri ise sağlık durumuyla ilişkili işleyişe odaklanır. Rehabilite edici sağlık hizmetleri, bozulmuş vücut işlevlerini ve yapılarını stabilize eder, iyileştirir veya eski

haline getirmeyi hedefler (OECD/Eurostat/World Health Organization, 2017, s. 87; Tıraş, 2013, s. 129).

Rehabilite edici sağlık hizmetleri tıbbi rehabilitasyonlar ve sosyal rehabilitasyonlar olmak üzere iki başlık içerisinde değerlendirilmektedir. Tıbbi rehabilitasyonlar kişilerde ortaya çıkan fiziksel bozukluk ve sakatlıkların tedavi edilmesi, tedavi edilemeyen kalıcı hasarların ise postür bozuklukların giderilmesi ve pektremite protezlerin kullanılmasıyla kişinin yaşam standardına etkisinin en aza indirilmesini amaçlamaktadır. Çeşitli nedenlerden kaynaklı sakatlıkların kişinin yaşam konforuna etkisini en aza indirebilmek amacıyla sunulan sağlık hizmetleridir. Sosyal rehabilitasyon ise herhangi bir engeli olan bireylere iş bulma, yeni iş alanlarına yönlendirme, çeşitli eğitimler verme yoluyla topluma entegre etme çalışmalarını kapsamaktadır (Çoban, 2009, s. 18-19).

#### **1.6.4. Sağlık Geliştirme Hizmetleri**

Sağlık Geliştirme Hizmetleri toplum sağlığının iyileştirme ve koruma çabalarının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir (DiClemente, vd., 2009, s. 1).

Kavuncubaşı ve Yıldırım'a (2012) göre, sağlıklı bireylerin sağlık durumlarını daha iyi seviyelere ulaştırmayı amaçlayan sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Bu hizmetlerde temel sorumluluk sağlık hizmetini alan bireye aittir. Temel hedefleri yaşam kalitesini arttırmak, yaşam süresini uzatmak, zihinsel ve bedensel sağlık durumunu iyileştirmek olan sağlığın geliştirilemesi hizmetleri, daha dar kapsamlı birey ve grupları kapsayan sağlık hizmetlerinden farklılık göstermektedir.

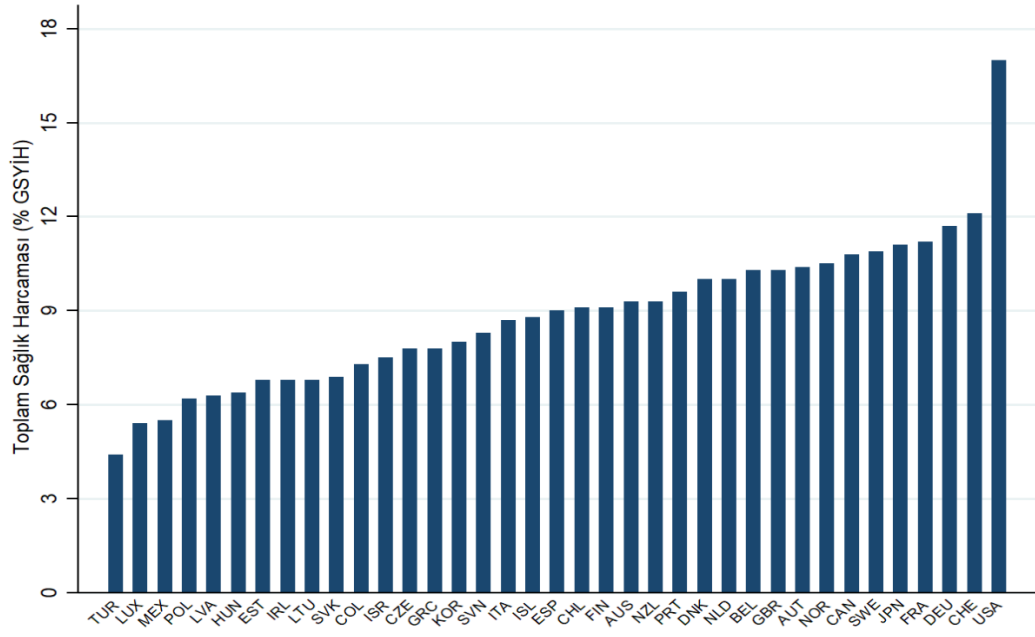
Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri bir süreç olarak ele alınmakta ve insanların kendi sağlık durumları üzerindeki kontrolü ele almalarına yardımcı olmayı hedeflemektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi (health promotion), kişilerin sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik bireylerde davranış değişikliği oluşturmak amacıyla verilen eğitim, ekonomik, organizasyonel ve çevresel tüm etkileri kapsamaktadır. Kanada'nın Ottawa şehrinde Ekim 1986'da birincisi gerçekleştirilen Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı'nda, doğru sağlık davranışının toplumun geniş kısmına yayılmasını sağlamaya yönelik Ottawa sözleşmesi imzalanmıştır. Bu alanda yapılan ilk konferans olma özelliğini taşıyan Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı, sağlığın teşvik edilmesi,

geliştirilmesi ve pratiğe dönüştürülmesini anlamamıza yardımcı olmakla beraber, gelişmekte olan ülkelere bu konularla ilgili yeterli bilgi vermemize imkân sağlamıştır (TC Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 1).

### **1.7. Sağlık Sektörü ve Türkiye’de Sağlık Sektörü**

Sağlık, ekonomik kalkınmayı, insan verimliliğini ve kişi başına düşen geliri artıran önemli bir unsurdur (Tatlı ve Barak, 2021, s. 67). Sağlık sektörü, sağlık hizmetleri sektörü, tıp endüstrisi, sağlık endüstrisi ve sağlık hizmetleri endüstrisi kavramları aynı anlamda kullanılan kavramlardır. Sağlık sektörü, hastaları iyileştirme ve hastalıkları önlemek, tedavi etmek, rehabilite etmek ve palyatif bakım sağlamak için fiziksel ürün ve hizmet üreten ekonomik birimleri sınıflandırmak için kullanılan bir kavram çeşididir. Sağlık hizmetleri sektörü ekonomik sistemin bir parçası olarak hastaları tedavi etmek için mal veya hizmet sağlayan milyonlarca insanın çalıştığı yüz binlerce kuruluştan oluşmaktadır. Sektörde sağlığın korunması ve geliştirilmesi için ticari niteliğe dönüştürülmüş mal ve hizmet üretimi ve sunumu yapılmaktadır (Gül, 2020, s. 59).

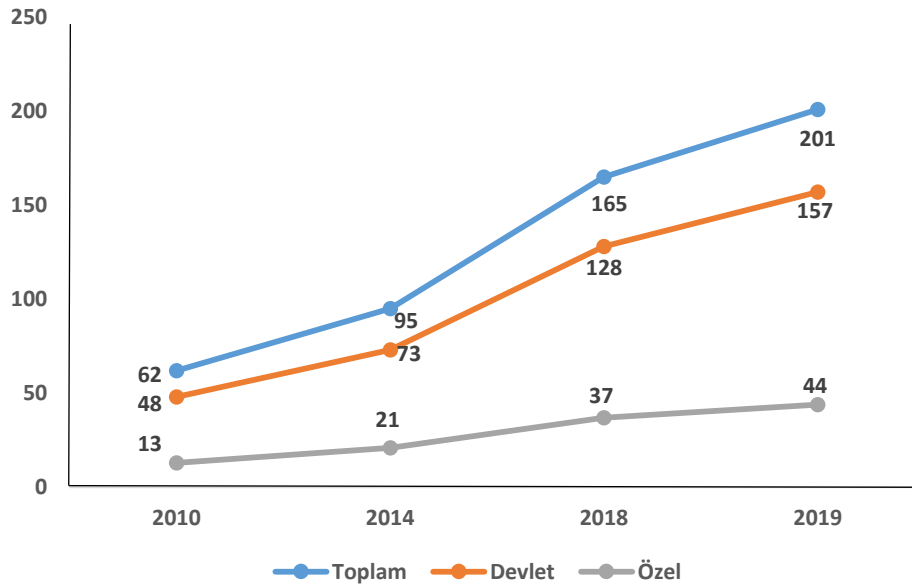
Sağlık sektörü, günümüzde ülke ekonomilerinin önemli bir parçası olup (Doğan ve Tatlı, 2011, s. 462) dünya genelinde yaklaşık 234 milyon iş gücü ile en büyük ve en hızlı büyüyen sektörlerden biridir (ILO, 2017, s. 16). OECD ülkelerinin 2019 yılına ait cari sağlık hizmet harcamalarının GSYİH içindeki payına ilişkin verilerin yer aldığı değerlendirme aşağıdaki şekilde verilmiştir.



Şekil 1.7. Cari Sağlık Hizmet Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, OECD, 2019

**Kaynak:** OECD, (2019), *Health Spending (% of GDP) OECD*, E.T.: 01.04.2021.

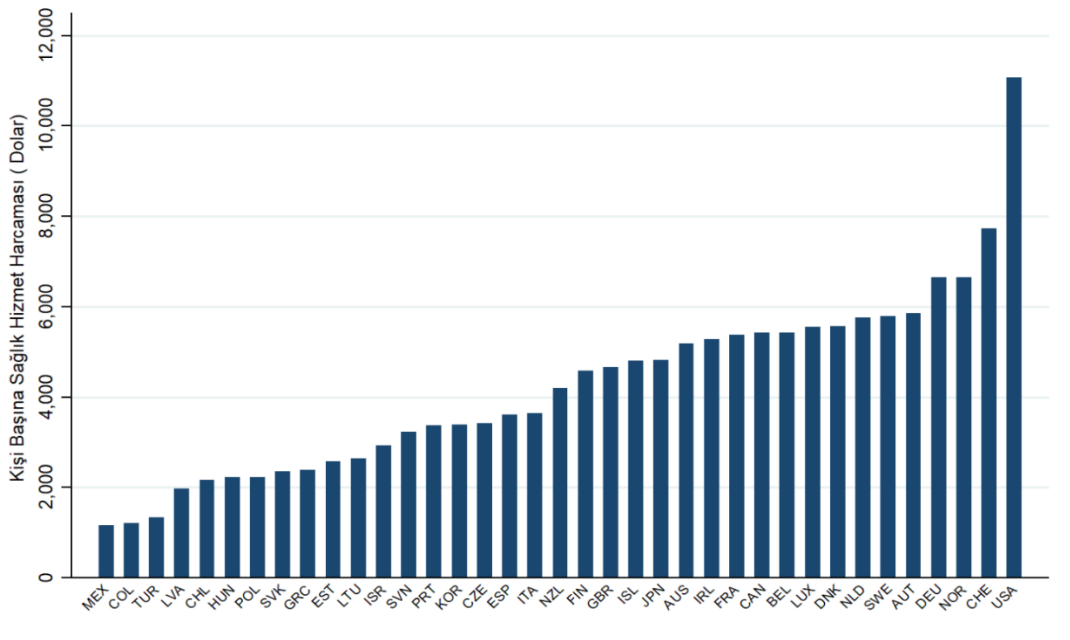
OECD ülkelerine ait 2019 yılındaki cari sağlık hizmet harcamalarının GSYİH içindeki payına bakıldığında Türkiye'nin OECD ülkeleri içerisinde en az paya sahip ülke konumunda olduğu ve ABD'nin en yüksek paya sahip ülke konumunda olduğu görülmektedir.



Şekil 1.8. Türkiye Cari Sağlık Hizmet Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı

**Kaynak:** TÜİK, (2019), *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*, E.T.: 01.09.2021.

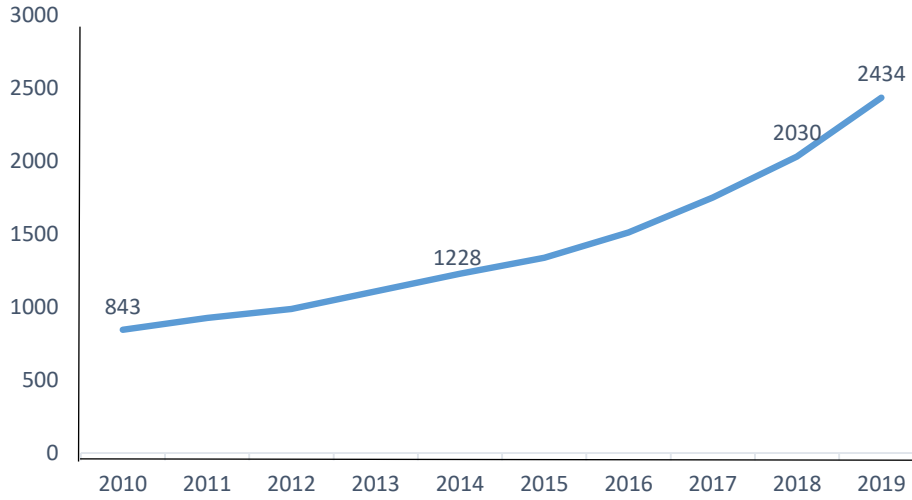
Cari sağlık hizmet harcamalarının GSYİH içindeki payı açısından OECD ülkeleri içerisinde en az paya sahip ülke konumunda olan Türkiye'nin 2010-2019 yıllarına ait veriler değerlendirildiğinde Türkiye'nin toplam cari sağlık hizmet harcamalarının GSYİH içindeki payının artış trendinde olduğu ve 2019 yılında 2010 yılına göre %224,19 artış göstermiştir. Kamudaki cari sağlık hizmet harcamalarının GSYİH içindeki payı, özel sektördeki harcamalarla kıyaslandığında kamu harcamalarının GSYİH içindeki payı özel sektörden yaklaşık 3,5 kat fazladır. Kamu sağlık hizmet harcamalarının GSYİH içindeki payı, özel sektöre göre daha fazla artış göstermiştir.



**Şekil 1.9.** OECD Ülkelerine ait Kişi Başına Düşen Cari Sağlık Hizmet Harcaması, 2019 yılı

**Kaynak:** OECD, (2019), *Health spending per capita OECD*, E.T.:01.04.2021

OECD ülkelerine ait kişi başına düşen cari sağlık hizmet harcamasının 2019 yılına ait verileri incelendiğinde Türkiye, OECD ülkeleri içerisinde en düşük skora sahip olan ülkeler içerisinde yer almaktadır. En düşük skora sahip olan iki ülke Meksika ve Kolombiya iken en yüksek kişi başına düşen sağlık harcaması ABD'ye aittir.



**Şekil 1.10.** Türkiye Kişi Başı Cari Sağlık Hizmet Harcaması 2010-2019 Yılları (Milyon TL)

**Kaynak:** TÜİK, (2019), *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*, E.T.: 01.09.2021.

Türkiye'nin 2010 ile 2019 yılları arasındaki kişi başına düşen cari sağlık hizmet harcamaları açısından bir artış trendi içerisinde olduğu görülmektedir. 2010 yılından 2019 yılına gelindiğinde kişi başına düşen cari sağlık hizmet harcamasında %188,7 artış gözlenmiştir. Türkiye'nin 2018-2019 yıllarına ait sağlık hizmeti sunucularına göre sağlık harcamalarını cari sağlık harcaması ve yatırım kalemleriyle detaylı bir şekilde gösteren tablo aşağıda verilmiştir.

**Tablo 1.4.** Türkiye'de Sağlık Harcamaları, 2018, 2019 Yılları (Milyon TL)

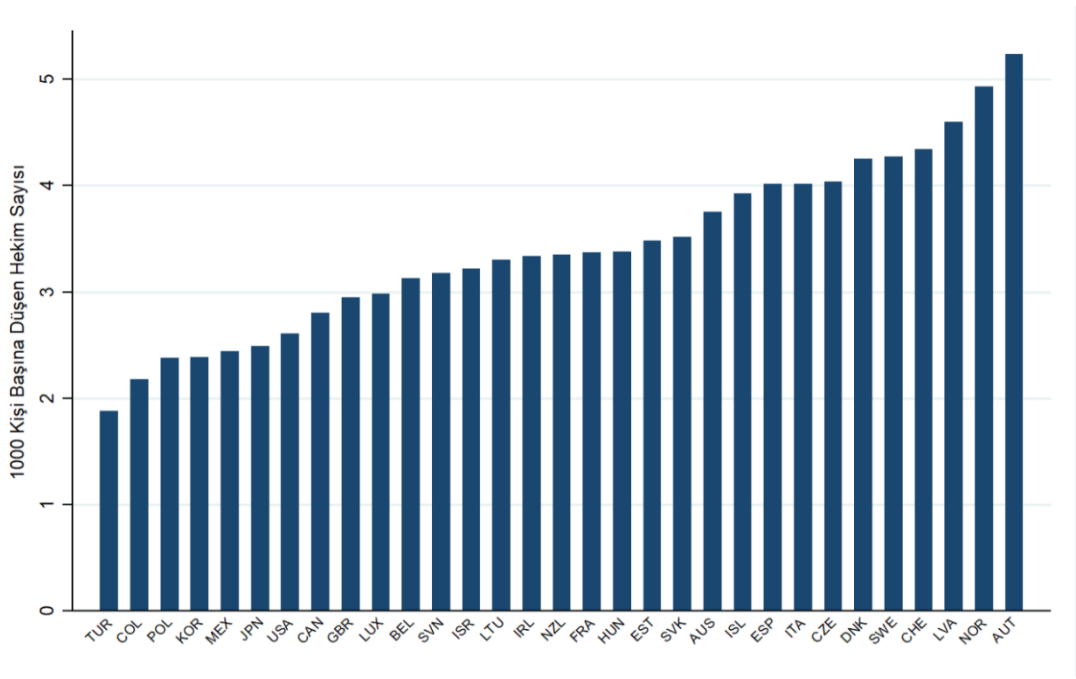
	2018	2018 Pay (%)	2019	2019 Pay (%)
<b>Toplam Sağlık Harcaması</b>	165 234	100,0	201 031	100,0
<b>Cari Sağlık Harcaması</b>	154 998	93,8	187 673	93,4
Hastaneler	80 701	48,8	96 883	48,2
Evde Hemşirelik Bakımı	1	0,0	1	0,0
Ayakta Bakım Sunanlar	20 117	12,2	23 971	11,9
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	41 424	25,1	51 922	25,8
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	7 324	4,4	8 884	4,4
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	931	0,6	949	0,5
Sınıflandırlamayan diğer kategori	4 501	2,7	5 065	2,5
<b>Yatırım</b>	10 236	6,2	13 357	6,6

**Not:** Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

**Kaynak:** TÜİK, (2019), *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*, E.T.: 01.09.2021.

Türkiye’deki sağlık hizmeti sunucularına göre sağlık harcamalarının 2018 ve 2019 yıllarına ait verilerine bakıldığında toplam sağlık harcaması 2019 yılında %21 artış sağlamıştır. 2019 yılında cari sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının %93,4’ünü oluşturken yatırımlar ise toplam sağlık harcamalarının %6,6’sını oluşturmaktadır.

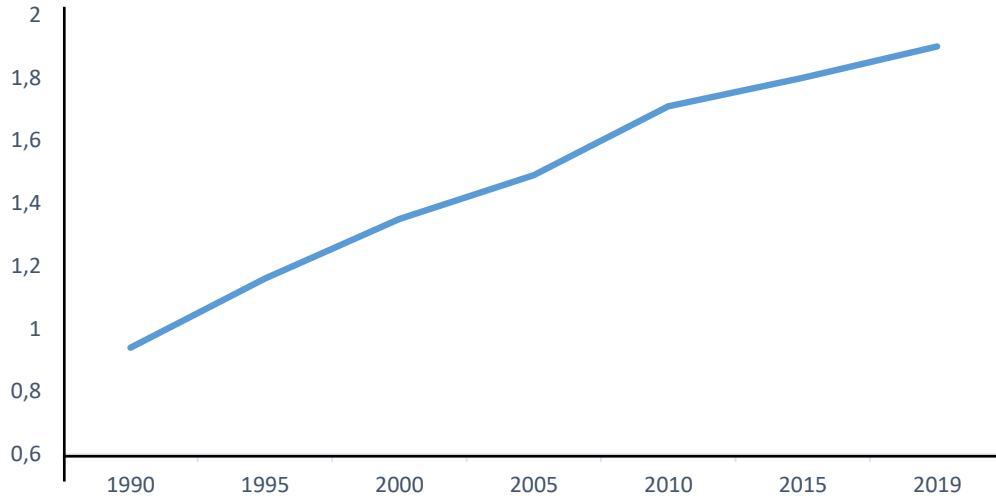
OECD ülkelerinin bin kişi başına düşen hekim sayısını göz önüne alarak ülkelere göre tasnif edilmiş versiyonu aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.



**Şekil 1.11.** Bin Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı, OECD Ülkeleri, 2019 Yılı

**Kaynak:** OECD, (2019), *Doctors (per 1,000 people) OECD*, E.T.: 01.04.2021.

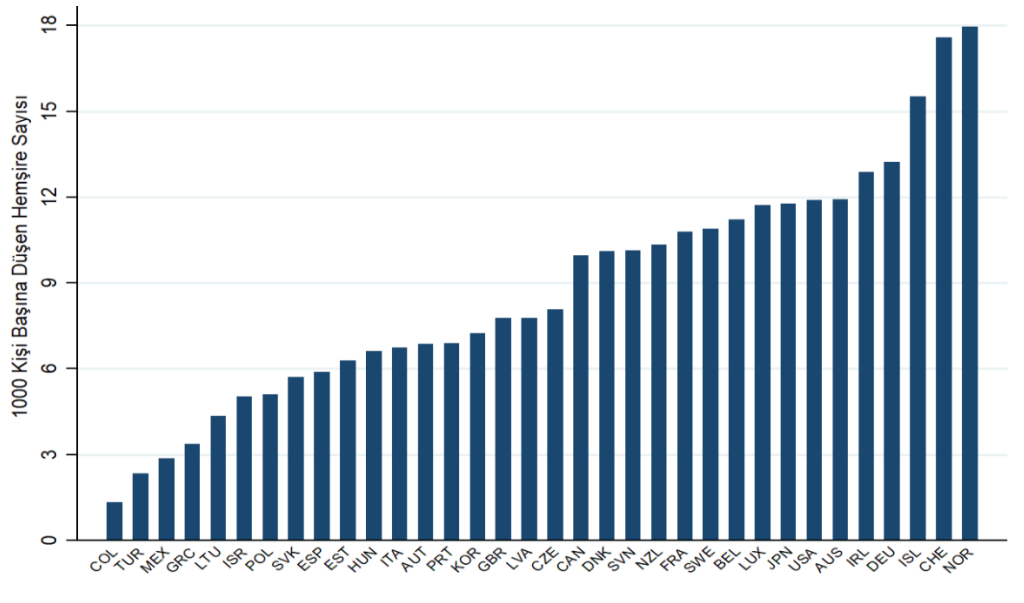
Sağlık hizmetlerinde önemli bir gösterge olan kişi başına düşen hekim sayısı açısından değerlendirildiğinde OECD ülkelerine ait verileri göre Türkiye’de bin kişi başına yaklaşık 2 hekim istihdam edilmektedir. Bin kişi başına en yüksek hekim sayısına sahip olan OECD ülkeler Avusturya, Norveç ve Litvanya’dır. Türkiye’nin yıllara göre hekim sayısındaki değişimi görmek için aşağıdaki şekil değerlendirilebilir.



**Şekil 1.12.** Bin Kişi Başına Düşen Hekim Sayısındaki Değişim, Türkiye

**Kaynak:** World Bank, (2019), *Doctors (per 1,000 people) – Turkey*, E.T.:15.03.2021.

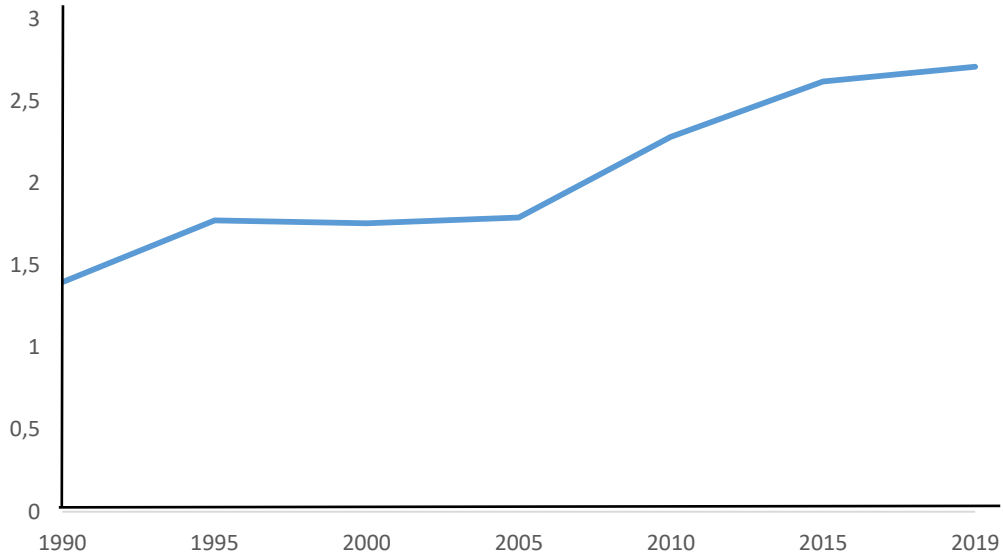
Türkiye’de 1990 yılında bin kişi başına düşen hekim sayısı yaklaşık 1 iken bu rakam 2019 yılına kadar geçen zaman aralığında sürekli bir yükseliş göstermiştir. 2019 yılında bin kişi başına düşen hekim sayısı yaklaşık 2 kişi olmuş ve 1990 yılına göre bu oran 2 kat artış göstermiştir. Hekim sayısının yanında önemli bir başka gösterge olan bin kişi başına düşen hemşire sayısının OECD ülkelerine ait bilgileri aşağıdaki grafikte yer almaktadır.



**Şekil 1.13.** Bin Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı, OECD Ülkeleri, 2019 Yılı

**Kaynak:** OECD, (2019), *Nurses (per 1,000 people) OECD*, E.T.: 01.04.2021.

OECD ülkelerinin 2019 yılındaki bin kişi başına düşen hemşire sayısı incelendiğinde en yüksek orana sahip olan ülkeler sırasıyla Norveç ve Çekya'dır. En düşük oran ise Kolombiya'ya aittir. Türkiye'nin 2019 yılındaki bin kişi başına düşen hemşire sayısı yaklaşık 3'tür. Türkiye özelinde yıllara göre değişimler hakkında değerlendirmenin yapılabilmesi için gerekli olan bilgiler aşağıdaki şekilde verilmiştir.

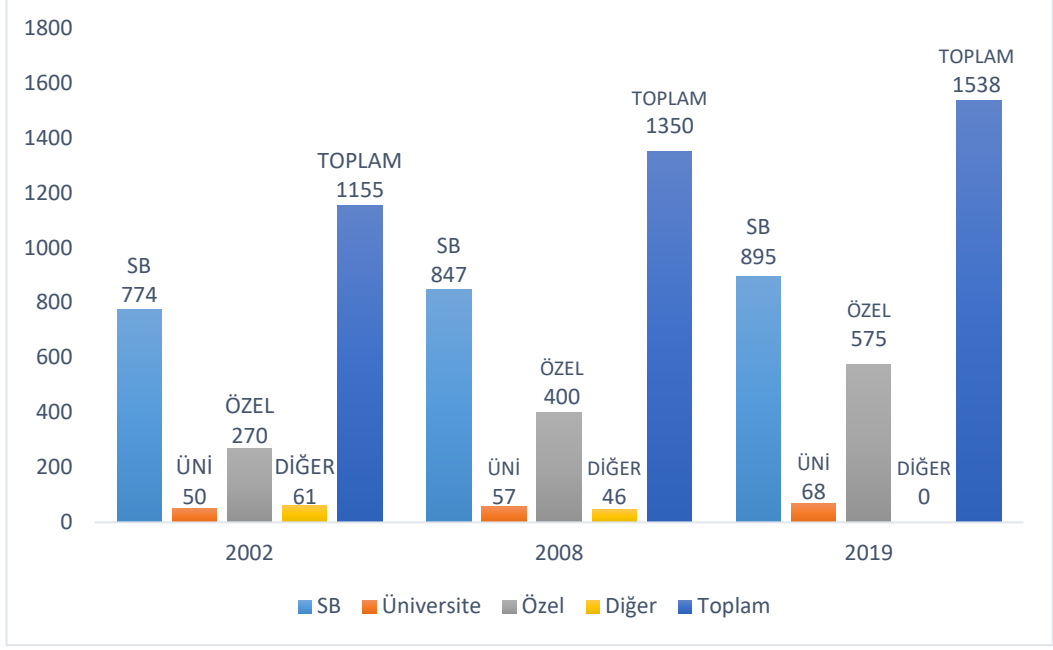


**Şekil 1.14.** Türkiye, Bin Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısındaki Değişim

**Kaynak:** World Bank, (2019), *Nurses and midwives (per 1,000 people) – Turkey*, E.T.: 15.03.2021.

Şekil 1.14'te gösterildiği gibi bin kişi başına düşen hemşire sayısı açısından Türkiye'nin 1990 yılından 1995 yılına kadar bir artış trendi göstermiş fakat daha sonraki yıllarda yani 2005 yılına gelinceye kadar ise sabit kalmıştır. 2005 yılından 2019 yılına kadar tekrar bir yükseliş trendi yakalamıştır. Türkiye'deki sağlık sektörünün yıllara göre hastane türlerini ele alarak yapılan sınıflandırmayı gösteren şekil aşağıda verilmiştir.

Hastalıkların önlenmesi, tedavi edilmesi ve rehabilitasyon hizmetlerini yapabilmek için sağlık hizmet sunumunu gerçekleştiren hastaneler, türlerini ve sayılarını gösteren sınıflandırılmış şekilde aşağıda verilmiştir.



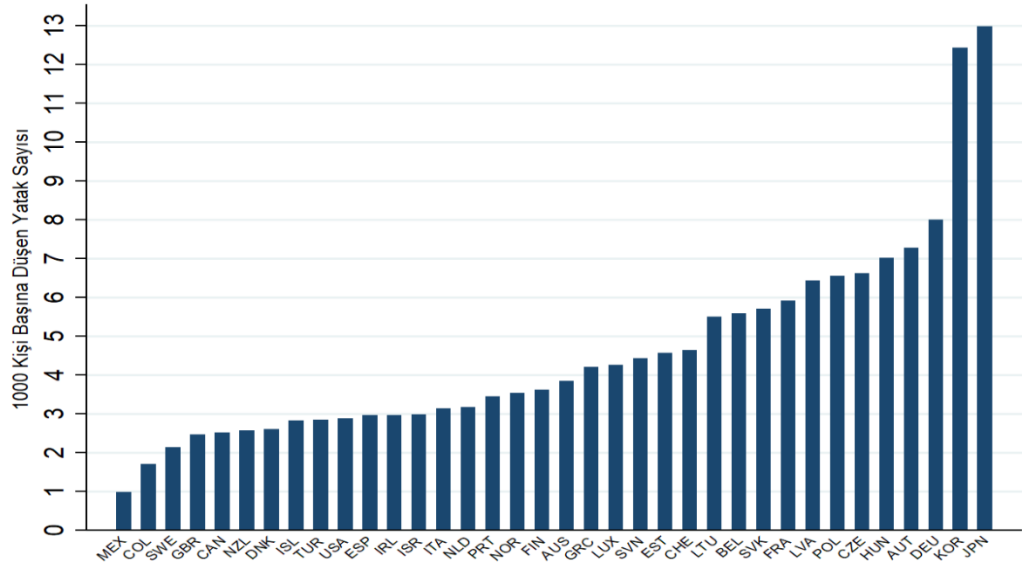
**Şekil 1.15.** Türkiye'nin 2002, 2008, 2019 Yıllarına Ait Hastane Sayıları

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, (2020), *Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2020*,

E.T.:17.11.2021

Türkiye'deki hastane sayıları ve türleri bakımında 2019 yılındaki toplam hastane sayısının 1538 olduğu ve 2002 yılına göre %33,16 artış sağlanmıştır. Buna benzer bir durum da Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler için geçerlidir. Sağlık Bakanlığına (SB) bağlı hizmet sunan hastanelerin sayısı 2019 yılı itibariyle 895 adettir. 2002 yılına göre 2019 yılındaki Sağlık Bakanlığına ait hastanelerin sayısında %15,63'lük bir artış meydana gelmiştir. Özel hastanelerin sayısındaki artış 2002 yılından 2019 yılına gelindiğinde %113'lük bir artış sağlamış ve 575 adet hastaneye ulaşmıştır.

OECD ülkelerinin 2019 yılındaki bin kişi başına düşen hastane yatak sayısı bilgilerini gösteren şekil aşağıda detaylı gösterilmiştir.



**Şekil 1.16.** OECD Ülkelerinin Bin Kişi Başına Düşen Hastane Yatak Sayısı (2019)

**Kaynak:** OECD, (2019), *Hospital Beds - OECD*, E.T.: 01.04.2021

Şekil 1.16’da gösterilen verilere göre OECD ülkelerinin 2019 yılındaki bin kişi başına düşen hastane yatak sayısı açısından en yüksek orana sahip olan ülkeler Japonya ve Kuzey Kore gelmektedir. En düşük oran ise Meksika ve Kolombiya’ya aittir. Türkiye açısından 2019 yılındaki bin kişi başına düşen hastane yatak sayısı yaklaşık 3’tür. Türkiye’nin tüm sektörler için 2008 ve 2019 yıllarındaki kişi başı hekime müracaat, yatak doluluk oranları, ortalama kalış gün sayısı, yatak devir hızı ve yatak devir aralığı bilgilerini gösteren tablo aşağıda verilmektedir.

**Tablo 1.5.** Türkiye’nin 2008, 2019 Yıllarına Ait Bazı Sağlık Göstergeleri

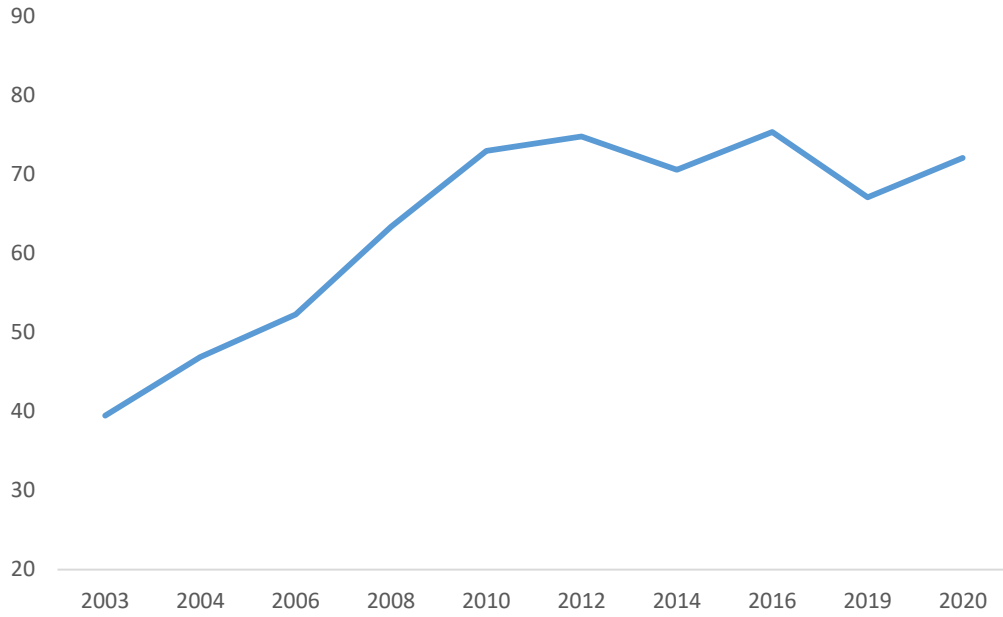
	2008	2019
Kişi Başına Hekime Müracaat	3,83	9,8
Yatak Doluluk Oranı	61,2	66,3
Ortalama Kalış Günü	4,2	4,2
Yatak Devir Hızı	50,0	58,1
Yatak Devir Aralığı	2,8	2,1

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, (2020), E.T.:17.11.2021

Türkiye’de kişi başı hekime müracaat sayısı 2019 yılında 9,8 olarak tespit edilmiştir. 2019 yılındaki kişi başı hekime müracaat sayısı 2008 yılına göre %155,8

artmıştır. Yatak doluluk oranı 2019 yılında %66,3'tür. Ortalama hastanede kalış günü açısından 2019 yılındaki durum 4,2 gün olarak ölçülmüştür. Yatak devir hızı ise 2019 yılında 58,1'dir. Son olarak yatak devir aralığı bilgileri bakımından 2009 yılında 2,1 olarak tespit edilmiştir.

Yıllar itibariyle Türkiye'deki sağlık hizmetlerinden memnuniyet bilgileri şekil 1.17'de verilmiştir.



**Şekil 1.17.** Yıllar İtibariyle Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, (2020), *Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2020*,  
E.T.:17.11.2021

Şekil 1.17'de gösterin Türkiye'deki sağlık hizmetlerinden memnuniyetin yıllara göre bilgileri yer almaktadır. 2003 yılındaki sağlık hizmetlerinden memnuniyetin %40 dolaylarında olduğu görülürken bu oran 2020 yılında %72 oranına yükselmiştir.

### **1.8. Covid-19 Pandemisi Döneminde Türkiye Sağlık Sistemi**

Tarih boyunca dünyada birçok büyük pandemi meydana gelmiş ve pandemilerle bağlantılı krizler sağlık, ekonomi ve hatta ulusal güvenlik üzerinde büyük olumsuz etkiler oluşturmuştur (Qiu, vd., 2017, s. 3). Pandemiler, çoğunlukla insandan insana enfeksiyonun yayılmasının bir sonucu olarak yaygınlaşan hastalık salgınları olarak tanımlanmaktadır. İspanyol Gribi, Hong Kong Gribi, SARS, H7N9, Ebola, Zika dahil

olmak üzere tarihte kaydedilmiş birçok önemli hastalık salgını ve salgın vakaları olmuştur (Maurice, 2016, s. 12).

Pandemiler dünyada yüksek morbidite ve mortaliteye neden olma potansiyeline sahiptir ve küresel mortalitenin dörtte üçüne karşılık gelebilmektedirler. Salgın hastalıklar ortaya çıktıkları ülkelerden çok kolay ve hızlı bir şekilde başka ülkelere yayılabilirler. Bazıları ise tüm dünyayı etkisi altına alabilen ve yaşamı tehdit eden boyutlara ulaşabilmektedir (Verikios, vd., 2016, s. 1225).

Salgın hastalıklar milyonlarca insanı enfekte ederek büyük bir popülasyonda binlerce kişinin ölümüne sebep olan geniş çaplı ciddi hastalıklara neden olmaktadır. Bunun en büyük örneklerinden biri, 14. yüzyılda ortaya çıkan 'Kara Ölüm' vebası Avrupa nüfusunun yarısının hayatını kaybetmesine sebebiyet vermiştir (Ross, vd., 2014, s. 217).

20. yüzyılda ise üç büyük salgın meydana gelmiştir. Bunlardan ilki 1919-1920 yıllarında ortaya çıkan ve yaklaşık 50 milyon insanın ölümüne sebep olan İspanyol gribidir (Taubenberger ve Morens, 2009, s. 197-198). 1957-1958 yıllarında ise Asya Gribi sebebiyle yaklaşık 2 milyon insanın hayatını kaybetmiştir. Son olarak Hong Kong Gribi 1968-1969 yıllarında 1 milyon insanın ölümüne neden olmuştur (MacKellar, 2007, s. 430). Aşağıdaki tabloda son yüzyıllarda meydana gelen salgınlarla ilgili bilgiler içermektedir.

**Tablo 1.6.** 20 ve 21. Yüzyılda meydana gelen salgınlar

<b>Pandemi</b>	<b>Yıl</b>	<b>Kodu</b>	<b>Çıkış Yeri</b>	<b>Yaklaşık Ölüm Sayısı</b>
İspanyol Gribi	1918–1920	H1N1	China	40–50 milyon
Asya Gribi	1957–1958	H2N2	China	1–2 milyon
Hong Kong Gribi	1968–1970	H3N2	China	500,000–2 milyon
İnfluenza	2009–2010	H1N1	Mexico	575,000

**Kaynak:** (Saunders-Hastings ve Krewski, 2016, s. 2)

Salgın hastalıklara Türkiye tarihinde de rastlamak mümkündür. Örneğin Cumhuriyet'in ilan edilmesini takip eden yıllarda frengi hastalığı ortaya çıkmıştır. Frenginin salgın halini almasıyla özellikle Anadolu'da pek çok insan hastalığa

yakalanmıştır. Salgınla mücadele kapsamında yeni hastaneler açılmış ve dispanserlerle birlikte gezici sağlık ekipleriyle çalışmalar yapılmış ve ücretsiz tedavi olanakları oluşturularak salgınla mücadeleye büyük katkı sağlanmıştır. Söz konusu zamanda devlet tarafından çıkarılan yasaklar ve kanunlar vasıtasıyla frengiye karşı topyekûn mücadelenin temelleri sağlamlaştırmıştır. Frengi salgının çıktığı dönemde Türkiye bir yandan yoksullukla mücadele ederken diğer yandan savaş şartlarının yaşanmasına rağmen frengi ve diğer bulaşıcı hastalıklarla baş etmeye alıksız devam etmiştir. Bu açıdan bakıldığında Cumhuriyetin ilk yıllarındaki frengiyle mücadeleden bir başarı olarak ele alınabilmektedir (Afacan ve Avcı, 2020, s. 5).

Günümüzde ise insanlık muhtemelen bu yüzyılın en kritik kavşağından geçmektedir. 2019 yılının son aylarında ortaya çıkan, varlığı hızlı bir şekilde tüm dünyaya yayılan ve yeni bölgeleri kapsamaya başlayan diğer türlerinden daha şiddetli bir akut solunum sendromu olan koronavirüsün (SARS-Cov-2) ortaya çıkmasıyla insanlar ciddi sağlık problemleriyle karşı karşıya kalmaya başlamıştır (Jones, 2020, s. 1683).

İlk olarak 31 Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde görülen ve "2019-nCoV" olarak adlandırılan COVID-19, Koronavirüs veya Corona Virüsü olarak kabul edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 11 Şubat 2020'de koronavirüs kaynaklı hastalığa COVID-19 adını vermiştir (Phelan, vd., 2020, s. 709). Koronavirüs, ilk başta Çin'de ortaya çıkmasına rağmen kısa zaman içerisinde Avrupa ülkelerine ve Amerika kıtasına yayıldı. Bunun ardından, dünya çapında bir salgın anlamına gelen bir pandemi olarak kabul edilmiştir (Fei Zhou, 2020, s. 1054).

Covid-19'un neden pandemi olarak ilan edildiğini pandemilerin özelliklerini sıralamakla anlamak mümkündür. Bir pandeminin özellikleri şu şekilde sıralanabilir: Geniş bir coğrafi alana yayılma, hastalık hareketi, yenilik, ciddiyet, yüksek yayılma oranları ve üreme, minimum nüfus bağışıklığı ve bulaşıcılık. COVID-19 salgını tüm bu özelliklere sahiptir. Yeni bir virüs türü olarak hemen hemen tüm ülkelere yayılmış olup, yaşlı hastalar ve başka bir kronik hastalığı olanlar üzerinde ölümcül etkiye sahiptir (Bostan, vd., 2020, s. 1).

Corona virüsün genel semptomları yüksek ateş ve kuru öksürük gibi bulgularla başlamaktadır. Bir haftanın sonunda nefes darlığı problemleri ortaya çıkabilmektedir. Salgının en başında Çin'de durumu kritik olan hastaların hastanede uzun süre tedavi

edilmesi gerekmektedir. Özellikle ileri yaş ve kronik hastalığı olanların COVID-19'u daha şiddetli yaşadıkları bilinmektedir. Bunların dışında kalan pek çok insan, hafif semptomlarla ve evde hastalıktan kurtulabilmektedir. Koronavirüs, orta derecede soğuk algınlığından dolayı ölüme yol açabilecek semptomlara neden olabilir (BBC, 2020).

Türkiye'de ilk korona virüs vakası 11 Mart 2020 tarihinde tespit edilmiştir. Daha sonra vakaların artışının önlenmesi için çeşitli tedbirler alınmaya başlanmıştır (Özdin ve Özdin, 2020, s. 504). Devam eden süreçte pandemiyle mücadele kapsamında alanında uzman akademisyenleri olduğu bir Koronavirüs Bilim Kurulu kurulmuştur.

Salgınlarla mücadele kapsamında dört grubun birbiri ile bağlantı içerisinde ve koordineli olarak çalışması gerekmektedir. Bu gruplar halk, Sağlık Bakanlığı çalışanları, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı çalışanları ve Medya'dır. Toplumsal hayatın düzenlenmesi ve eski normal yaşama dönüş için Covid 19 pandemisine karşı alınması gereken genel tedbirleri şöyle özetlemek mümkündür (Afacan ve Avcı, 2020, s. 12):

- Mevcut kamu ve özel hastaneler her açıdan güçlendirilmelidir.
- Salgın dönemlerinde yaşanacak ekonomik daralmaya karşı çeşitli önlemler önceden alınmalıdır.
- Ülke olarak biyolojik savunma sistemini geliştirmemiz gerekir.
- Sağlık çalışanları salgın konusunda daha iyi eğitilmelidir.
- Pandemi dönemi için büyük şehirlerde sahra hastaneler inşa edilmelidir.
- Virüse karşı aşı geliştirme çalışmaları teşvik edilmelidir.

Dünyayı etkisi altına alan pandeminin yol açtığı öngörülemeyen durumlara karşı bazı ülke sağlık sistemleri daha hazırlıklı yakalanırken, bazı gelişmiş ülkelerin de aralarında olduğu diğer ülkelerin hazırlıksız yakalandıklarını ve vatandaşları için sağlık hizmeti ihtiyaçlarına cevap vermekte sağlık sistemlerinin aciz ve kifayetsiz kaldıklarını toplum gözlemlemektedir. Hiç şüphesiz bu durumda ülkelerin ekonomik kaynak yeterliliğine sahip olması, yönetimlerinin bu yeni durumu doğru ve hızlı bir şekilde ele alışları salgına karşı verilen savaşta önemli belirleyicilerden olmuştur. Ayrıca ülkelerin buldukları coğrafya ve kültürleri de önemli belirleyicilerdendir. Fakat ülke yönetimlerinin kararlarına ve vatandaşların davranışlarına şekil veren asıl

önemli faktörün ülkelerin kendi sağlık sistemlerinin kapasitesine duyulan güven önemli bir etmendir (Boyacı, 2020, s. 60).

İnsandan insana virüsün bulaşmasının önlenmesinin imkânsız olduğu Covid-19 salgını birçok hastalıklara ve ölümlere sebep olduğu görülmektedir (Uslu ve Karagülle, 2021, s. 5). Bu durum, halk sağlığı tarafından izlenen politikalar ve sınırlama mekanizmaları ile önlenmeye çalışılmaktadır. Covid-19 ile mücadelede ülkelerin farklı karantina uygulamalarıyla salgının hızla artmasını engelleyerek, hastanelerin sağlık hizmetleri taleplerine cevap verebilmesini sağlamaya çalışmaktadır. Olası daha kötü senaryolarda, COVID-19 hasta sayısında artış görülürse, sağlık kurumlarının hastaların sağlık hizmetleri taleplerine cevap veremeyebileceği düşünülmektedir. Bu kapsamda enfeksiyon oranları da göz önüne alındığında, ülkelerin sağlık kapasitelerinin etkin kullanılması ve tıbbi altyapı için gerekli donanım gereksinimleri öngörülebilir olması önemli bir konu olmaktadır. Bu konuda halk sağlığı stratejilerinin geliştirilmesi önerilebilmektedir (Koç ve Türkoğlu, 2020, s. 1).

Türkiye'deki ilk vakanın ortaya çıkmasından sonra sağlık bakanlığı salgınla mücadelede ve salgının yayılmasını önlemede ve sağlık sistemine gereğinden fazla yük binmesini engelleme kapsamında çeşitli adımlar atmaya başlamıştır (Boyacı, 2020, s. 60). Vaka bildiriminden sonra, virüse bağlı ilk ölüm 16 Mart'ta gerçekleşmiş; eş zamanlı olarak sosyal, ekonomik, siyasi, idari, hukuki ve dini pek çok alanda hızla radikal kararlar alınmıştır (TBB, 2020, s. 48).

**Tablo 1.7.** Dünya genelinde COVID-19 Vaka ve Ölüm Sayıları, Kasım 2021

Bölge	Vaka Sayısı	Toplam Ölüm Sayısı
Amerika Kıtası	95,396,419	2,324,139
Avrupa Kıtası	81,894,394	1,493,570
Güney-Doğu Asya	44,327,019	700,830
Doğu Akdeniz	16,606,067	306,272
Afrika	6,190,015	135,756
Batı Pasifik	9,841,754	151,881
Dünya Geneli Toplam	254,256,432	5,112,461

**Kaynak:** WHO, (2021) E.T.: 18.11.2021.

Dünya genelinde, 18 Kasım 2021 tarihinde 15:18 CEST itibarıyla, 5,112,461 ölüm dahil olmak üzere 254,256,432 doğrulanmış COVID-19 vakası DSÖ'ye bildirilmiştir. 17 Kasım 2021 tarihi itibarıyla toplam 7,307,892,664 aşı dozu uygulanmıştır (WHO, 2021).

Türkiye'de 3 Mart 2020'den 14:46 CEST, 18 Kasım 2021'e kadar, DSÖ'ye bildirilen 73973 ölümle 8,457,119 doğrulanmış COVID-19 vakası olmuştur. 17 Kasım 2021 tarihi itibarıyla Türkiye'de toplam 117,378,532 aşı dozu uygulanmıştır (WHO, 2021).

### **1.9. Covid-19 Pandemisine Karşı Türkiye'de Alınan Önlemler**

COVID-19 salgını, sağlık sistemlerinin dünya çapında küresel bir salgına yanıt verecek şekilde yapılandırılması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Pandeminin başlangıç yeri olan Çin'de salgına yönelik kısıtlamalar net bir şekilde belirlenmiş ve uygulanmış olduğu için önlemlerle yeni vakaları %90'dan fazla azaltmayı başarmış olsa da bu tablo diğer ülkelerde geçerli olmamaktaydı. Başta İtalya olmak üzere Avrupa'daki birçok ülke, siyasi, sosyal ve kültürel dinamikler nedeniyle salgına yönelik kısıtlama ve tedbirler konusunda net bir tutum ve uygulama gösterememiştir. Bu tablonun bir sonucu olarak, İtalyan sağlık sisteminin enfekte olmuş ve yoğun bakıma ihtiyacı olan enfekte COVID-19 hastalarının ihtiyaçlarına etkin bir şekilde yanıt verme kapasitesi hakkında ciddi endişeler ortaya çıkmıştır. COVID-19 pandemisinde Avrupa'da yaşanan gelişmelerin Avrupa Birliği'nin yapısı ve işleyişi, sosyo-demografik yapısı, sağlık sistemlerinin yapısı ve işleyişi ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir (Hamza ve Kırılmaz, 2021, s. 31).

Kısaca Covid-19 salgını esnasında kısa, orta ve uzun vadeli önlemler alınması elzem hale gelmektedir. Tüm dünyada şok etkisi oluşturan bu salgın birçok ülkenin sağlık sisteminin çöküşüne sebep olmuştur. Ayrıca salgınla birlikte tüm dünyada personel, finans, ekipman, planlama ve kriz yönetimi konularında beklenmedik ihtiyaçlar meydana gelmiş ve ülkeleri bu durum açısından zor bir sürece sokmuştur (Yücesan ve Özkan, 2020, s. 135; Güven ve Gön, 2021, s. 37).

Covid-19 pandemisine karşı alınan önlemlere Türkiye açısından bakıldığında, pandeminin Türkiye'de görülmeye başalamasından sonra dünyadaki gelişmeleri takip etmek için 15 kişilik operasyon merkezi kurulmuştur. Daha sonra T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinden salgınla mücadele için pandemiyle ilgili araştırma ve

değerlendirmeler yapmak üzere birçok meslekten uzmanı barındıran danışma kurulu şeklinde Koronavirüs Bilim Kurulu oluşturulmuştur (Cansever, 2021, s. 94). Takip eden süreçte salgının etkilerini azaltmak ve ülkede yayılmasını engellemek adına çeşitli önlemler alınmaya başlamıştır. Alınan bu önlemlerden bazıları aşağıdaki tabloda verilmiştir (TBB, 2020, s. 9; Güngör, 2020, s. 830):

- Covid-19 Rehberi hazırlanmıştır.
- Yerli tanı kitinin ihraç edileceği açıklanmış ve ilerleyen tarihte tanı kitleri ülkeye getirilmiştir.
- İran, Irak ve Gürcistan sınırlarına sahra hastaneleri kurulmuştur.
- Enfeksiyon, göğüs ve iç hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı hekimlerden en az ikisinin görev yaptığı hastaneler pandemi hastanesi olarak kabul edilmiştir.
- Covid-19 verileri Sağlık Bakanlığı tarafından günlük tablolar ile paylaşılmaya başlanmıştır.
- Uluslararası uçuşlarda belli kısıtlamalara gidilmiştir.
- Özel hastanelerin Covid-19 tedavisinde ilave ücret almayacağı bildirilmiştir.
- Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi açılmıştır.
- Dünya’da ilk defa koronavirüs tedavisinde “Türk Işını” tedavisi Diyarbakır’da bir hastaya uygulanmış ve hastanın testi negatif çıkmıştır.
- Virüse karşı ”Hayat Eve Sığar” kampanyası başlatılmıştır.
- Kısıtlama esnasında vatandaşların ihtiyaçları karşılamak üzere Vefa Sosyal Destek Grupları kurulmuştur.
- Hastalara evlerde hizmet vermek için filyasyon ekipleri oluşturulmuştur.

Türkiye korona virüs vakası görüldükten hemen sonra yukarıdaki kısıtlamaları da içeren birçok kısıtlama getirilmiştir. Korona virüs bilim kurulunun yanında toplum bilimleri kurulu oluşturulmuştur Filyasyon ekipleri oluşturulmuş ve filyasyon işlemi uygulanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından pandemi hastanelerinin özellikleri belirlenmiş ve sağlık hizmetleri sunumunun devam etmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Aşı çalışmaları ve sağlık sistemine olan finansal destek artırılmıştır (Cansever, 2021, s. 94)

Covid-19 salgınında sağlık sistemlerinin küresel salgınlarla mücadele etmek için ulusal ve bölgesel düzeyde ek mali kaynaklara gereksinim duyulmuştur. Diğer taraftan

koruyucu ekipman, tanı kitleri, vantilatör ve yoğun bakım yatağı gibi altyapı ve tıbbi malzemelerin temini ile miktar ve nitelik açısından yeterli sağlık personeli ihtiyacı da önem arz etmiştir. Ayrıca salgın sürecinde kişilerin uzun süre karantina ve sosyal izolasyon gibi olağanüstü yaşam koşullarına uyum sağlaması da kritik konuların başında gelmektedir. Merkezi ve yerel yönetimler arasındaki koordinasyon ve uyum, global salgınlarla mücadelede başarı etmenleri arasında yer almaktadır. Son olarak salgın sonrası ortaya çıkacak tablonun sağlık sektöründe ek yatırım ihtiyacına neden olması tahmin edilmektedir (Ateş ve Kırılmaz, 2021, s. 32).

Türkiye'nin pandemi koşullarında sağlık sistemini güçlendirmek ve bireylerin koronavirüsün etkilerini minimize etmek için ülke çapındaki nitelikli hastaneler pandemi hastanesi ilan edilmiştir ve bunun yanında yeni hastaneler açılmıştır (Anadolu Ajansı, 2021).

**Tablo 1.8.** Covid-19 Döneminde Türkiye’de Açılan Hastane Bilgileri

Açılma Tarihi	Hastane Adı	Yatak Sayısı	Yoğun Bakım Yatak Sayısı
Mart 2020	Mersin Üniversitesi Onkoloji Hastanesi	150	127
Mart 2020	Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	750	99
Nisan 2020	Marmara Üniversitesi (MÜ) Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	535	32
Mayıs 2020	Erzurum Şehir Hastanesi	914	221
Mayıs 2020	Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi	725	328
Mayıs 2020	Prof. Dr. Feriha Öz Acil Durum Hastanesi	576	432
Mayıs 2020	Yeşilköy Prof. Dr. Murat Dilmener Acil Durum Hastanesi	1008	101
Mayıs 2020	Hadımköy Dr. İsmail Niyazi Kurtulmuş Hastanesi	101	59
Haziran 2020	MÜ Prof. Dr. Asaf Ataseven Hastanesi	530	60
Temmuz 2020	Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi	1105	145
Eylül 2020	Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi	1146	96
Eylül 2020	Bilecik Devlet Hastanesi	300	44
Ekim 2020	Konya Şehir Hastanesi	1250	256
Kasım 2020	Tekirdağ İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi	566	102
Kasım 2020	Lefkoşa Acil Durum Hastanesi	100	24
Kasım 2020	Bayburt Devlet Hastanesi	200	33

Aralık 2020	Giresun Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	350	75
Aralık 2020	Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi	810	130
Mayıs 2020	Menteşe Devlet Hastanesi	100	4
Ağustos 2020	Andırın Devlet Hastanesi	30	6
Eylül 2020	Adana Ceyhan Devlet Hastanesi	285	5
Ekim 2020	Kırklareli Lüleburgaz Devlet Hastanesi	300	31
Kasım 2020	Vezirköprü Devlet Hastanesi	200	28
Aralık 2020	Sason Devlet Hastanesi	50	8

**Kaynak:** Anadolu Ajansı, (2021), E.T.: 21.11.2021

Ayrıca Covid-19 sonrası döneme ilişkin olarak; birinci basamağın güçlendirilmesi ve bunun yanında etkili sevk zincirinin oluşturulması ve sağlık personeli sayısının artırılması oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Şehir hastanelerinde ortaya çıkan kamu-özel işbirliğinin maliyet etkin şekilde artırılması sağlık sistemini daha da güçlü hale getirileceği düşünülmektedir. Covid-19 süreciyle geleceğe dair yazılım temelli çözümler ve teknolojik fırsatlar doğmuştur. Bu kapsamda mevcut e-sağlık uygulamalarının gelişimine önem verilmesi sağlık sistemimizin gelişmesine önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Sağlık Endüstrileri Başkanlığının kurulması önemli bir girişim olmakla birlikte sağlık teknolojisinin ülkemizde yerli imkânlarla üretilmesi gelecekte daha da önemli hale geleceğinden oldukça önemli yer tutmaktadır. Bu alanda Covid-19 sürecinde ASELSAN, Arçelik, BAYKAR ve Biosys öncülüğünde yerli ventilatör üretimi önemli bir yer tutmuş ve sürecin hasarsız atlatılmasında önemli rol oynamıştır. Bu kapsamda üretilecek sağlık teknolojileri ile hem ülkemizin kaynaklarının farklı alanlara aktarılması sağlanarak büyüme hızlanacak ve üretilen ürünlerden önemli gelirler elde edilecek hem de Türkiye'nin uluslararası arenadaki yerini sağlamlaştıracaktır (Cansever, 2021, s. 99).

## **İKİNCİ BÖLÜM**

### **DEĞER, DEĞER OLUŞTURMA, BİRLİKTE DEĞER OLUŞTURMA VE İYİ OLUŞ**

Bu bölümde, değer, değer oluşturma, hizmet baskın mantık, birlikte değer oluşturma, hasta güçlendirme ve iyi oluşa ilişkin kavramlar, teorilere ve yaklaşımlar ele alınmıştır. Bölümün sonunda söz konusu bağımlı ve bağımsız değişkenlerle ilgili ulusal ve uluslararası düzeyde yapılan çalışmaların olduğu literatür tablosu verilmiştir.

#### **2.1. Değer Kavramı**

Değer, çok eski zamanlardan beri anlaşılması güç ve belli bir tanımlanmasının yapılması zor bir kavram olması sebebiyle filozof ve akademisyenler tarafından farklı açılardan kapsamlı bir biçimde ele alınmış ve tartışılmıştır (Grönroos ve Raval, 2011, s. 6; Dodds, 2015, s. 37). Belirli bir tanım üstünde anlaşmazlığın ortaya çıkması, literatürde yer alan değer kavramlarına uygulanan çoklu anlam ve perspektiflerden kaynaklanmaktadır (Flint, vd., 2002, s. 102; Grönroos ve Raval, 2011, s. 6).

Değerin doğasına ilişkin yapılan ilk değerlendirmeler Aristoteles'e dayanmaktadır (Vargo, vd., 2008a, s. 146). Birçok araştırmacı tarafından Değer Teorisinin babası olarak kabul edilen Aristoteles, değer kullanım değeri ve değişim değeri sınıflandırmasının temelini atmıştır (Gordon, 1964, s. 118). Aristoteles, bir ürünün kullanılabilmesi için iki yöntemin bulunduğunu, bu iki yöntemin birbirinden ayrı olduğunu ifade etmiş ve "bir ayakkabı değişim için satılabilir veya kişinin ihtiyaçlarını karşılama noktasında kullanılabilir" paradoksunu ortaya atmıştır. Bu ayrıma dayanarak Adam Smith değer kavramıyla ilgili olarak kullanım değeri ve değişim değeri terimlerini ortaya atmıştır (Eggert, vd., 2018, s. 81). Smith (1776)'e göre değer, bazen belirli bir nesnenin faydasını, bazen de bu nesneye sahip olmanın taşıdığı değer, diğer malları satın alma gücünü ifade etmektedir.

Literatürde değer kavramına ilişkin çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Zeithaml (1988)'a göre değer, tüketicinin neyin satın alındığına ve neyin kendilerine verildiğiyle ilgili algılarına dayalı olarak bir ürünün faydasıyla ilişkili yaptığı genel değerlendirmedir. Zeithaml bu tanımlandırmaya ek olarak değer kavramını kapsamlı bir

değerlendirmesini sunduktan sonra değeri temel bir kaç perspektife göre ele almıştır. Bunlardan ilkinde değerin fiyatla eşit (İlgüner, 2019, s. 42) olduğudur. Sunulan hizmet veya ürünün fiyatının düşük olması yüksek değer anlamına gelir, bu yüzden tüketicilere sunulan indirimler, düşük fiyat veya promosyonlar değer oluşturabilir. İkinci perspektifte değer, tüketicinin bir ürünü satın alarak tüm beklentilerini karşılmasıyla elde edilmektedir. Burada tüketiciler, ürün veya hizmetin faydasını nicelik veya nitelik olarak göz önüne alarak nihai bir genel değerlendirme yaparlar. Zeithaml (1988), değere ait üçüncü görüşünde ise elde edilen kalitenin, ödenen fiyattan daha az olduğunu basit bir hesaplama olarak açıklar. Tüketici, temel nitelikler üzerinde kalite performansı şeklinde faydalar elde etmekte ve bu kalite, algılanan değer belirlenmesinde teklif edilen fiyata göre belirlenmektedir (Babin ve William, 2010, s. 472).

İşletme dünyasında değer kavramına bakıldığında Anderson vd. (1992, s. 5) değeri, mevcut tedarikçilerin teklifleri ve fiyatlarını dikkate alınarak, bir ürün için ödenen bedel karşılığında bir müşterinin aldığı ekonomik, teknik, hizmet ve sosyal faydalar kümesinin parasal birimler olarak algılanan (karşılığıdır) şeklinde tanımlanmıştır.

Değer, aynı zamanda Amerikan Pazarlama Derneği'nin (AMA) en güncel pazarlama tanımında da kabul edilmekte ve yer almaktadır (Gundlach, vd., 2009, s. 260):

“Pazarlama, müşteriler, alıcılar, paydaşlar ve toplumun bütünü için değer ifade eden önerilerin geliştirilmesi, iletişimi, ulaştırılması ve değişimi için bir faaliyet, bir dizi kurum ve süreçtir.”

Literatürde değer kavramına ilişkin bazı tanımlar ve değerlendirmeler kronolojik olarak aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 2.1.** Literatürde Değer Kavramına İlişkin Yapılan Bazı Tanımlamalar

<b>Yazar</b>	<b>Tanım</b>
Porter M., (1985) Akt: Kuyucak ve Şengür, (2009)	Değer, tüketicilerin işletmenin kendilerine sunduğu faydaya karşılık olarak ödemeye razı oldukları bedel olarak ifade edilmektedir
Lichtenstein, vd., (1990)	Değer, kalitenin fiyata oranı olarak tanımlanabilir.
Rust ve Oliver, (1993)	Değer, satın alınan ile bunun için feda edilenin birleşimidir.
Hunt ve Morgan, (1995)	Değer, tüketicilerin pazardaki teklifleri kabul ettikleri takdirde alacaklarını düşündükleri tüm faydaların toplamını ifade eder.
De Chernatony, vd., (2000)	Değer, kazanılan faydaların toplamı ile yapılan fedakârlıkların toplamı arasındaki değiş tokuş olarak algılanır.
Doyle, vd., (2003)	Değer, ürün veya hizmetin ya da her ikisinin, kişinin ihtiyaçlarını karşılayabilmesine yönelik tatminidir.
Vargo ve Lusch, (2004b)	Değer, kullanım değeri temelinde müşteri tarafından algılanır ve belirlenir. Değer, bazen işlenen kaynaklar aracılığıyla iletilen edimsel kaynakların faydalı uygulamasından kaynaklanır. Ayrıca firmalar değer önerilerinde bulunabilir.
Kotler P., (2007)	Değer, kalite, hizmet ve maliyetin doğru şekilde birleşiminden oluşur.
Baydaş, (2007)	Değer, alıcının ürün veya hizmetler hakkında bir şeyler anımsatmasıyla ilgilidir.
Woodside, vd., (2008)	Bir kavram olarak değer, algılanan veya gerçekleşen toplam faydaların ölçümünü ve bir ürün veya hizmetin elde edilmesi, kullanılması ve elden çıkarılmasının toplam maliyetlerini içeren net bir puanı temsil eder.
Echeverri ve Skálén, (2011)	Değer kavramı, müşterinin tüketim esnasında tamamen öznel olan davranışları, tutumları ve yargıları ile deneyimlediği bir süreçtir.
Hilton, vd., (2012)	Değer, hizmetin bir çıktısı değil, bir sonucu olan değerlendirici bir yargıdır. Değerin birden çok değişkeni olabilir ve hizmetten ve diğer aktörlerden zamansal ve mekansal olarak ayrılabilir.
Grönroos ve Voima, (2013)	Değer, etkileşimli görelî tercih deneyimi olarak tanımlanabilir.

Yukarıdaki tabloda verilen tanımlamalar, değerîin çeşitli yönlerle ele alındığıının bir göstergesi olarak görülebilir. Değer, müşteri tatmini oluşturacak ve müşterilerle kurulacak uzun süreli ilişkiler vasıtasıyla rekabet avantajını getirecek niteliklere sahip ürün veya hizmetlerin sunulması yoluyla elde edilmektedir (Kuyucak ve Şengür, 2009,

s. 133). Ayrıca Kotler (2000, s. 6), bu tanımlamaya benzer bir değerlendirmeyi aşağıdaki gibi formulize etmektedir:

$$\text{Değer} = \frac{\text{Fayda}}{\text{Maliyetler}} = \frac{\text{Fonksiyonel Faydalar} + \text{Duygusal Faydalar}}{\text{Parasal Maliyetler} + \text{Zaman M.} + \text{Enerji M.} + \text{Fiziksel Maliyetler}}$$

Kotler (2000, s. 6)'e göre alıcı en fazla değeri sunduğuna inandığı teklifler arasında seçim yapar. Değeri, müşterinin aldığı ile verdiği arasındaki ona göre tanımlar. Müşteri yukarıdaki denklemde gösterildiği gibi faydalar elde ederken maliyetleri de üstlenmek durumundadır. Yüksek değer için faydaların maksimize edilmesi maliyetleri minimize edilmesi gerekmektedir.

## 2.2. Kullanım Değeri ve Değişim Değeri

Vargo vd., (2008a, s. 146), değeri, değişim değeri ve kullanım değeri olmak üzere iki perspektifte sınıflandırır. Değişim değerinde, üreticiler değeri oluşturduktan sonra bunu müşterilere dağıtırken, kullanım değerinde değer, hem üreticiler hem müşteriler tarafından kaynakların etkileşimleri ve entegrasyonu yoluyla ortaklaşa meydana getirildiği varsayılır. Dolayısıyla, değişim değeri perspektifinde üreticiler ve müşteriler farklı rollere sahipken, kullanım değeri perspektifindeki roller farklı değildir.

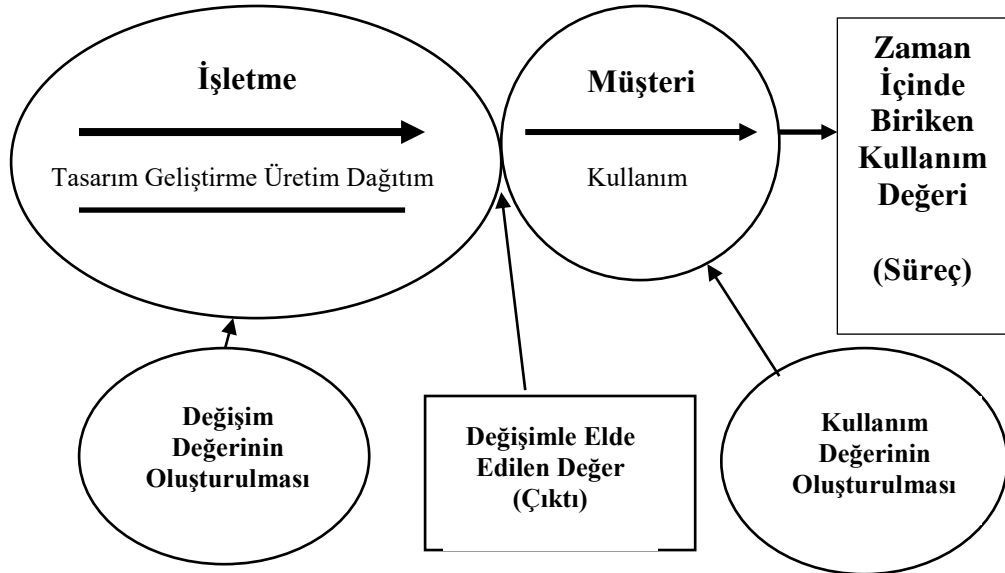
Değer kavramına ilişkin değerlendirmeleri literatürde ele alan ilk kişi Aristoteles'tir (Vargo, vd., 2008a, s. 146). Değer Teorisinin babası olarak kabul edilen Aristoteles, daha sonra Adam Smith'in sınıflandırma yaptığı kullanım değeri ve değişim değeri isimlendirmesinin temelini atmıştır. Aristoteles'e göre değişim değeri, piyasa talebi yoluyla ifade edilen kullanım değerinden elde edilir. Ethica'daki mübadele tartışmasında şöyle ifade edilmektedir: Tüm mallar tek bir şeyle ölçülmelidir. Aslında her şeyi bir arada tutan taleptir (çünkü insanlar birbirlerinin mallarına hiç ihtiyaç duymasalar ya da onlara eşit oranda ihtiyaç duysalardı değişim olmazdı) (Gordon, 1964, s. 118).

Bu konuda Aristoteles, bir ürünün kullanılabilceği iki yöntemin bulunduğunu ve bu iki yolun birbirinden ayrı olduğunu ifade etmiş ve “bir ayakkabı değişim için satılabilir veya kişinin ihtiyaçlarını karşılama noktasında kullanılabilir” paradoksunu ortaya atmıştır. Bu ayrıma dayanarak Adam Smith değer kavramıyla ilgili olarak kullanım değeri ve değişim değeri terimlerini ortaya atmıştır (Eggert, vd., 2018, s.

81). Smith (1776)'e göre değer, bazen belirli bir nesnenin faydasını, bazen de bu nesneye sahip olmanın taşıdığı değer, diğer malları satın alma gücünü ifade etmektedir.

Değer tam olarak nedir? Oxford İngilizce sözlüğüne göre “değer” iki şekilde tanımlanabilir. İlk olarak, değer “bir şeyin maddi veya parasal değeri; bir değişim aracı veya benzer nitelikteki başka bir standart açısından tahmin edilebileceği miktar”. İkinci olarak, “bir şeyin nispi durumu veya muadillere göre yapılan tahmini” olarak kabul edilebilir. Bu tanımların her ikisi de literatürde sıklıkla kullanılan “kullanım değeri” ve “değişim değeri” arasında ayırım yapmak için faydalı bir rehberlik sunmaktadır (Bowman ve Ambrosini, 2000, s. 1).

“Değişim değerini kullanım değerinden ayıran başka hususlara bakıldığında, değişim değeri, her hangi bir mal veya hizmetin değişiminin gerçekleştiği anda ortaya çıkan ve normal olarak fayda olarak kabul edilen fiyatı ifade etmektedir. Kullanım değeri ise tüketicinin mal ve hizmetten algıladıklarının niteliksel karşılığını belirtmektedir (Yip, 2011, s. 37; Woodruff ve Flint, 2014). Grönroos ve Voima (2013) kullanım değerinin oluşturulması ile ilgili bir model geliştirmişlerdir. Bu model aşağıdaki şekilde detaylandırılmıştır.



**Şekil 2.1.** Kullanım Değeri ile Değişim Değeri Kavramlarının Karşılaştırılması

**Kaynak:** (Grönroos ve Voima, 2013, s. 136)

Grönroos ve Voima (2013)'ya göre işletmenin değişim adına müşteriye sunduğu değer ile müşterinin ürün/hizmeti kullanım değeri birbirinden farklı olmasına rağmen aynı zamanda birbirlerinin ayrılmaz parçalarıdır. Dolayısıyla değer oluşturmanın tek taraflı olarak gerçekleştirilemeyeceği düşüncesi ortaya konmuştur. Bu nedenle değer oluşturma kavramı hem işletmenin hem de müşterinin etkileşim içerisinde olduğu bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu anlamda, araştırmalara bakıldığında işletmenin kendini değeri asıl meydana getiren olarak gördüğü ancak müşterinin de bu süreçten sonradan katılarak değeri birlikte son durumuna kavuşturduklarına inandıkları yeni bir dönem başlamıştır. Bu yeni değer oluşturma sürecinde ilk zamanlar işletmelerin müşterilerin deneyimlerini izleyerek ve dinleyerek bunlardan senaryolar ürettiğini, ardından bir seviye daha öteye giderek birlikte ürün/hizmet tasarımı yaptıklarını, son olarak da hizmeti tamamen birlikte ürettiklerini görmekteyiz (Pralad ve Ramaswamy, 2004; Vargo ve Lusch, 2004b).

Kullanım değeriyle ilgili nitelikler, farklı insanlar için farklı şeyler ifade eder ve bu nedenle doğası gereği farklı ve heterojendir. Kullanım değerine alternatif olarak görülen değişim değeri, her şeyin ölçülebilir değeri olarak kabul edilmektedir. Aristoteles kullanım değerini açıklayabilirken, değişim değerini spesifik olarak tanımlamakta güçlük çekmiştir (Vargo, vd., 2008a, s. 146).

Kullanım değeri, kaynaklara sahip olmaktan veya zihinsel durumlardan ortaya çıkabilir (Grönroos ve Ravald, 2011, s. 8). Ayrıca değer, hizmet baskın mantığına göre fenomenolojik olarak, “kullanıcı tarafından kaynakları/süreçleri/sonuçları kullanma aşamasında meydana getirilen değer” anlamına gelen kullanım değeri aracılığıyla deneyimlenir (Grönroos ve Voima, 2013, s. 144). Ek olarak kullanım değeri, bireysel veya sosyal olarak oluşturulabilir ve kullanım süreci doğası gereği fiziksel, sanal veya zihinsel olabilir (Grönroos ve Voima, 2013, s. 138; Hautamäki, 2015, s. 12).

### **2.3. Birlikte Değer Oluşturma**

Birlikte değer oluşturma kavramı, son zamanlarda işletme dünyasında gündeme gelen kelimelerden biri olarak kabul edilebilir. Genel olarak, kavramın pasif konumdaki müşterilerden aktif müşterilere, firmanın üretim sürecinin bir sonucu olarak algılanan değerden müşteri tarafından tanımlanan ve oluşturulan değere geçişi simgeleyen ve kısaca değişim değeri mantığından kullanım değeri mantığına geçişi temsil ettiği iddia edilmektedir (Skaržauskaitė, 2013, s. 117).

Geleneksel endüstri, ürün ve hizmet değişimlerinin tedarikçi tarafından sağlandığı ve hizmet sağlayıcı tarafından dağıtıldığı Mal-Baskın (GD) mantığına dayanır. Fakat bu mantık sadece somut kaynaklar ve somut işlemlerle sınırlıdır (Vargo ve Lusch, 2004a, s. 1). 21. yüzyılda ortaya çıkan çalışmalar, müşterilerin firmayla ortak bir etkileşim içinde olduğu ve birlikte değer oluşturma sürecinin ayrılmaz bir parçası olduğunu göstermektedir (Pralhad ve Ramaswamy, 2004a, s. 5). Artık müşterilerin davranışları, işletmelerin ürün veya hizmet üretim ve sunum aşamalarında etkin rol oynamaktadır (Baydaş & Berdibek, 2020, s. 924; Baydaş & Bayat, 2016) Müşterilerin ve firmaların ortaklaşa değer oluşturduğu alanla ilgili yapılan çok çeşitli çalışmalara rağmen, birlikte değer oluşturma kavramının kendisi oldukça soyut bir analiz düzeyinde kalmıştır. Sonuç olarak, kavramın özünü yakalamaya çalışan farklı yaklaşımlardan kaynaklanan bulanık doğası, daha net bir tanımın geliştirilmesini engellemiştir (Zhang, vd., 2015, s. 201).

Birlikte değer oluşturma, disiplinlere bağlı olarak çeşitli tanımlara sahiptir. İlgili alanı ne olursa olsun, birlikte değer oluşturma, tüm tarafların ortak çabalarına ihtiyaç duyar (Grönroos, 2011). Bu nedenle, birlikte değer oluşturma, bir veya her iki taraf için ortaya çıkan değere katkıda bulunmak için her iki tarafın (müşteriler ve hizmet sağlayıcılar) ortak faaliyetleri olarak tanımlanabilir. Birlikte değer oluşturulması kavramı, yönetim, pazarlama ve üretim sistemleri dâhil olmak üzere hizmet sistemlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Zhang, vd., 2015, s. 201).

Grönroos (2012)'a göre birlikte değer oluşturma, hizmet perspektifinin temel bir köşe taşıdır. Vargo vd. (2008), değer ve değer oluşturma, hizmetin merkezinde yer aldığını belirtirken, bu kavramları anlaşılması zor terimler olduğunu beyan etmektedir. Adı geçen bilim insanlarının ifadelerinin paralelliğinde Gummerus (2013), birlikte değer oluşturma kavramının tanımlanması, sınıflandırılması ve ölçülmesi konusunda belirsizlik yaşanmaya devam ettiğini belirtmektedir.

Değer oluşturma, geleneksel olarak bir organizasyonun doğru ürün ve hizmetleri sunarak değer zincirinde stratejik olarak konumlandırılması olarak görülmüştür (Ramirez, 1999, s. 49). Ramirez (1999)'e göre değer, dahil olan her aktör için ve birden fazla aktörün ortak yapımı yoluyla oluşturulur. Bununla birlikte Prahalad ve Ramaswamy (2004) değer oluşturma kavramının giderek daha az ürün ve şirket odaklı hale geldiğini (Karahana, 2019, s. 180), bunun yerine müşterilerin karşılaştığı deneyimlere

dayandığını belirtmişlerdir. Müşterileri bir ürün veya hizmetin değer oluşturma sürecine dahil etmek (yani birlikte değer oluşturma), kuruluşlar için önemli bir rekabet stratejisi haline gelecektir (Pralad ve Ramaswamy, 2004, s. 7). Bu nedenle birlikte değer oluşturma mantığı, kuruluşların müşterilerinin ihtiyaçlarına göre uyarlanmış daha iyi ürünler ve hizmetler sunmak için giderek daha bilinçli bir şekilde kullanmalarını sağlamaktadır (Rauws, 2018, s. 7).

Birlikte değer oluşturma sürecinde “tüketimin olgusunun tedarikçi ve müşteriler tarafından ortaklaşa üretildiği” varsayımı öne sürülmektedir. Başka bir deyişle, müşterilerin satın alma veya planlama sürecine dahil olma durumuna bağlı olarak nihai ürün/hizmete katkıda bulunma oranı artacağı için ürün veya hizmetten elde edilen değer de artacaktır (Wang, vd., 2011, s. 135).

Müşterinin değer oluşturma konusunda daha aktif duruma gelmesiyle birlikte, geleneksel olarak tanımlanan firma faaliyetlerinde ve hizmet sunumunda iyileştirmeler sağlamak amacıyla müşteriler fikir beyan etmeye başlamıştır (Bettencourt, 1997, s. 392-393). Bu düşüncüyü birçok araştırmacı Baron ve Harris (2008); Payne vd. (2008); Toffler (1999), müşterinin, her hangi bir rolü bulunmayan bir hizmet alıcısından ziyade; değeri ortaklaşa oluşturan ve bu konuda aktif rol üstelenen bir aktör olması gerektiğini savunmuşlardır.

Değer oluşturma literatürde çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Tablo 2.2’de Normann ve Ramirez (1994)’e kadar giden temel kavramsallaştırmaların bir özeti sunulmaktadır.

**Tablo 2.2.** Birlikte Değer Oluşturma Tanımlamaları

Yazar(lar)	Kavramsallaştırma
Normann ve Ramirez, (1994)	Aktörler biraraya gelerek değer ortaya çıkarabilir.
Vargo ve Lusch (2004)	Müşterilerin pasif konumda olmadıkları aksine aktif olarak değer oluşturmaya katıldıkları bir yöntemdir.
Pralad ve Ramaswamy (2004)	Birlikte değer oluşturma, hem müşteri hem üretici için aktif rol oynadıkları eşsiz bir değer sağlama sürecidir.
Payne, Storbacka ve Frow (2008)	Değer oluşturma süreci, bir mal veya hizmet tüketildiğinde değeri belirleyen müşterilerle birlikte, tedarikçinin üstün değer teklifleriyle biraraya gelerek değer ortaya çıkarılmasını içerir.
Xie, vd., (2008)	Firmalar ve müşteriler, birlikte değer oluşturulmasından karşılıklı yararlar elde ederler. Müşteriler için katılımın

	faydaları daha iyi hizmetler, daha fazla kişiselleştirme ve iyileştirilmiş hizmet kalitesidir.
Ramaswamy (2009)	Ürünler, hizmetler ve deneyimlerin şirketler ve paydaşları tarafından ortaklaşa geliştirildiği ve yepyeni bir değer dünyasının kapılarını açtığı süreçtir.
Ostrom, vd., (2010)	Birlikte değer oluşturma, bir firma ile müşterileri arasındaki simbiyotik bir ilişkidir ve müşteri ve hizmet sağlayıcısı tarafından ortaklaşa değer oluşturulması anlamına gelir.
Gebauer, vd., (2010b)	Problem tanımlama ve öznede müşteri ile işletmelerin olduğu bir katılım türüdür.
Ballantyne, vd., (2011)	Tedarikçiler ve müşteriler arasında, aynı şekilde, her türlü kurumlar arası bağlantılarla ve ayrıca bireyler ve birey grupları arasında, mevcut veya umut edilen, amaçlı bir niyet öneren bir deneysel etkileşim biçimi.
Ng, vd., (2011)	Fayda sağlamak için firma ve müşterilerin ortaklaşa oluşturmaya çalıştıkları bir tür kullanım değeridir. Müşteriler birlikte değer oluşturma yeteneğine sahiptir. Etkileşim yoluyla müşteriler birlikte değer oluşturma sürecine aktif olarak dahil olabilirler.
McColl-Kennedy, vd., (2012)	Birlikte değer oluşturma, “müşterinin hizmet ağındaki işbirlikçilerle faaliyetler ve etkileşimler yoluyla kaynakların entegrasyonundan elde edilen fayda” olarak tanımlanmaktadır.
Lambert ve Enz, (2012)	Kişilerin davranış ve algılarıyla rol oynadığı ekonomik ve sosyal bir süreçtir.
Galvagno ve Dalli, (2014)	Hem maddi hem de sembolik olarak işbirlikçi, eşzamanlı ve ortaklaşa değer oluşturma sürecidir.
Hsiao, vd., (2016)	Birlikte değer oluşturma süreci, hizmet sunumuna müşterilerin anlamlı ve işbirlikçi katılımlarını içerir.
Ramaswamy ve Ozcan, (2018)	Birlikte değer oluşturma, interaktif sistem çevrelerinde etkileşimli değer ortaya çıkarılma çabalarının bütünüdür.

Rod vd. (2014)’ne göre müşteriler farklı yöntemlerle kuruluşların faaliyetlerinde değer oluşturabilirler. Bu yöntemler; a) işleme dayalı değer veya değişim değeri: firma merkezli geleneksel, işlemsel değer oluşturma, b) değer oluşturmaya kolaylaştırma: kuruluşların fırsatlar yarattığı, değer oluşturan süreçlere katılım ve c) değer ortak üretimi: üretim sürecine ve hizmet sunumuna katılım.

Birlikte değer oluşturma yaklaşımına göre müşteriler değer oluşturma faaliyetlerine ortaktır ve firmalar değer oluşturmak için müşterilerle işbirliği yapmalıdır (Ertimur ve Venkatesh, 2010, s. 256). Bu süreçte müşteriler hizmet üretimine ve sunumuna direkt olarak katılırlar (Finsterwalder ve Tuzovic, 2010, s. 112). Bunu destekler nitelikte Prahalad ve Ramaswamy, (2000) kuruluşlarda değer oluşturma faaliyetlerinin önemi ile ilgili olarak şirketlerin değer oluşturmada

müşterileri ortak olarak tanımaları gerektiğini ve müşterilerinin yetkinliklerini nasıl kullanacaklarını öğrenmeleri gerektiğinin altını çizmektedir. Örnek olarak, müşterilerin yetenekleri ve kişisel deneyimleri aracılığıyla değer oluşturulmasına katılım göstermeleri verilebilir. Bu nedenle, birlikte değer oluşturmanın nasıl yönetileceğini öğrenmek, firmalar için rekabet avantajına sahiptir (Payne, vd., 2008, s. 86). Gerçekten de değer, mal ve hizmet sunumu yapanların müşteri değerini oluşturan süreçleri anladığı ve müşterilerin birlikte değer oluşturma faaliyetlerini nasıl destekleyeceğini öğrendiğinde başlar (Vargo ve Lusch, 2004a, s. 5).

Vargo ve Lusch (2004)'ın başlardaki birlikte değer oluşturma çalışmaları, işbirliği ve diyalojik etkileşim olan iki temel aktiviteyi vurgulamaktadır. Değerin birlikte oluşturulması için işbirliği yapmak, hizmet sağlayıcı ve müşteri arasında ortak ve eşit ortaklık anlamına gelmektedir. Hizmet sağlayıcı, müşterinin pazar bilgisine ve erişim olanaklarına ulaşmakla birlikte değer oluşturma bir parçası olarak müşteriye gerekli kaynakları elde etme imkanı sağlar ve birlikte değer oluşturma sürecine rehberlik eder.

İşbirliği konusunda Forsström, (2005) değer için vazgeçilmez olduğunu ifade etmekle birlikte işbirliğin, güven, bağlılık, sosyal ilişkiler, iletişim ve hatta dostluk gibi sosyal değişim kavramlarındaki birçok unsuru içerdiğini belirtmektedir.

Diyaloğa dayalı etkileşimler, müşterinin görünmez ihtiyaç ve isteklerini dinlemek için gerekli bir araçtır (Ballantyne ve Varey, 2008, s. 12). Jaworski ve Kohli (2006)'ye göre bu tür etkileşimler yoluyla, hizmet sağlayıcı ve müşteri, gereksinimleri için sürekli olarak bilgi paylaşabilir. Hem firma hem de müşteri sormayı, dinlemeyi, gözlemlemeyi ve denemeyi yapabilmelidir. Ayrıca adı geçen yazarlar, diyalogu esas alan etkileşimlerin amacının sadece bilgi alışverişi yapmak olmadığını, daha çok keşfetmek ve ortaklaşa yeni bilgi oluşturmak olduğunu öne sürmektedir.

Ek olarak, birlikte değer oluşturmaya sırasında, firma/hizmet sağlayıcı ve müşteri arasındaki tüm etkileşim noktaları, öğrenme fırsatları olarak kabul edilmektedir (Prahalad ve Ramaswamy, 2004, s. 9). Çeşitli çalışmalar, değer in birlikte oluşturulması sırasında öğrenmenin nasıl gerçekleştiğini açıklamıştır. Değer in ortaya çıkacağı karşılaşma noktası, öğrenme sürecini kolaylaştırır (Grönroos, 2006, s. 325). Karşılaşma noktasındaki süreçler, başarılı bir birlikte değer oluşumu için uygun şekilde yönetilmesi gereken, hizmet sağlayıcı ile müşterisi arasında gerçekleşen

etkileşim ve bilgi alışverişi uygulamalarıyla bağlantılıdır. Bu süreçler, hem firma hem de müşteri tarafından gerçekleştirilen bir dizi işlem, aktivite ve deneyimi içerir (Payne, vd., 2008, s. 86).

Vargo (2007), değer konusunda geliştirdiği teoride kavramsal bir çerçeve olarak hizmet baskın mantığını önermektedir. Vargo, ürünler yerine değer oluşturmanın uygun odak noktası olacağını ve pazardaki tüm paydaşların bunu anlaması gerektiğini vurgulamaktadır. Yazar, buna ek olarak hizmet baskın mantık temelinde bir piyasa teorisi geliştirmek için aşağıdaki esasların uygulamaya konulması gerekliliğini vurgulamaktadır:

- Üretici/tüketici ayrımını ortadan kaldırmak,
- Mübadele ve değer oluşumuna ilişkin ikili bir perspektiften ziyade bir tek ağa geçmek,
- Değerin vazgeçilmez bir unsur olduğunu anlamak.

Birlikte değer oluşturulması konusunda başka bir bakış açısı geliştiren Prahalad ve Ramaswamy, birlikte değer oluşturma sürecini iki basit denklem ile formüle etmiştir;  $N=1$  (number=1) ve  $R=G$  (resource=global).  $N=1$ , değer oluşturmak için her seferinde tek bir müşterinin deneyimine odaklanılması gerektiğinin altı çizilmektedir.  $N=1$  denklemi, her müşterinin eşsiz, kişiselleştirilmiş değerini temsil etmektedir.  $N=1$  üç ana fikirden meydana gelmektedir. Öncelikle müşteri ile işletme arasındaki deneyime odaklanılmakta, ürün ve hizmetlerin bunun sadece bir kısmını oluşturduğu belirtilmektedir. İkinci olarak, elde edilen deneyimin ortak oluşumuna ve son olarak da çok sayıda ortakla birlikte çalışmanın önemine vurgu yapılmaktadır. Bu noktada, birlikte değer oluşturma mantığının ikinci denklemi olan  $R=G$  devreye girmektedir.  $R=G$  denklemi,  $N=1$  denkleminin önerdiği tek bir kişiye ulaşabilme imkânına erişmek için, işletmelerin birçok kaynaktan elde ettiği imkanlara sahip olmasının gerekliliği üzerinde durmaktadır. Her müşteri için ayrı ayrı değer oluşturma imkanı sağlayan kaynaklar, tek bir işletmenin sağlayabileceğinden çok daha fazla sayıdadır. Bunun için de işletmeler küresel platformda birçok farklı işletme ile ortaklık kurmak zorundadır. Günümüz koşullarında işletmeler, müşterileri ile değer oluşturmalarına imkan sağlayan tüm bilgi, beceri ve kaynaklara tek başlarına sahip olamamakta, ancak bunları elde edebilecek beceriye sahip olabilmektedir (Prahalad ve Krishnan, 2008, s. 4-5). Prahalad ve Krishnan (2008),  $R=G$ , özetle, işletmeler için kendi kaynaklarına

erişebilme, küresel platformda hareket edebilme zorunluluğunu ifade etmektedir. Prahalad'ın öngörüsüne göre, işletmeler N=1 ve R=G seviyesine 2015-2020'li yıllarda ulaşacaktır. Bu öngörünün temelini ise, şu an çocuk yaşta olan ve bu tarihlerde yönetici ve tüketici durumunda olacak bireylerin yaşam tecrübelerinin; sosyal ağlar, kişiselleştirme, bağlantırlık ve daha fazla işbirliğinin meydana gelecek olması olanağıdır. Dolayısıyla bu bireyler, ancak kendilerine sunulan eşsiz tecrübeler ve kendilerinin de katıldığı değer oluşturma süreçleri vasıtasıyla tatmin olabileceklerdir.

## **2.4. Birlikte Değer Oluşturma Modelleri**

### **2.4.1. Hizmet Baskın Mantık**

İkinci dünya savaşından sonraki yıllarda hizmetlerden ziyade fiziksel ürünler/mallar iş dünyasının merkezi görünümündeydi (Judd, 1964, s. 58). Bankacılık, sigorta ve ulaşım hizmetleri gibi hizmet sektörlerindeki iş kollarının varlığı, ürünlerin pazarlamasına yardımcı olmak içindir gibi olan düşünce yapısı daha sonra hizmetlerin ürünlerden ayrı olduğu ve bu nedenle hizmetlerin işlevsiz olma olasılığının olmayacağına dair bazı argümanlar ortaya çıkmaya başlanmıştır (Wyckham, vd., 1975, s. 59; Yip, 2011, s. 32).

Ancak, hizmet sektörünün sanayileşmiş ülkelerin GSYİH'sine önemli bir katkıda bulunan bir unsur olarak ortaya çıkmasıyla birlikte, hizmetleri anlama ihtiyacı artmaya başlamıştır (Koç Erdoğan, 2015, s. 32). Shostack, (1977), hizmetlerin kısa ve öz bir şekilde anlaşılabilmesi için hizmet anlayışıyla ilgili çeşitli kavramların geliştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Hizmet ile ilgili yaptığı çalışmalarda, Kotler (1977) “fiziksel ürünlerin öneminin onlara sahip olmaktan çok sundukları hizmetleri elde etmekte yatmaktadır” önerisi ile hizmetle ilgili yeni kavramların oluşturulmasına yönelik desteğini yinelemiştir. Mal ve hizmetlerin kapsamı ile ilgili yapılan tartışmaların ardından ortaya çıkan önemli bir argüman olan ve Vargo ve Lusch'un (2004a, 2008a) “Hizmet Baskın Mantık” olarak adlandırılan yeni bir pazarlama paradigmasını ortaya koyan önermeleridir (Yip, 2011, s. 33).

Hizmet baskın mantık etrafındaki tartışma, pazarlama dünyasındaki fikir değişikliğinin bir sonucu olarak ortaya çıkarmayı Stephen Vargo ve Robert Lusch (2004) ile başarmıştır (Gummesson, 2008, s. 323). Hizmet Baskın Mantık kapsamında malların yerine hizmetin temel değişim birimi olması gerektiği savunulmaya başlanmıştır. Çünkü mallar, yalnızca hizmet aktarıcılarıdır ve müşterinin firma

tarafından sunulanlardan faydalanması için bir araç olarak hareket etmektedir (Vargo ve Lusch, 2004; Vargo, Maglio ve Akaka, 2008).

Vargo ve Lusch (2008a), hizmet baskın mantık aracılığıyla değer oluşturmanın ne olduğunu tasvir edebilmek için “değişim değeri” ve “kullanım değeri” terimlerinin tanımlanması gerektiğini belirtmektedir.

Geleneksel pazarlama teorisi “üretim mantığı” veya “firma merkezli mantık” olarak da bilinen Mal-Baskın Mantığı değer anlamını “değişim değeri” olarak savunur (Vargo ve Lusch, 2008a). Mal Baskın Mantığı, şirketin mal şeklinde değer oluşturulmasından tek başına sorumlu olduğunu ve değer piyasada para veya diğer mallar karşılığında değiş tokuş edildiğini varsaymıştır (Grönroos ve Voima, 2013). Değerin ölçümü böylece bu mübadele işlemi aracılığıyla yapılır (Vargo ve Lusch, 2008a).

İzleyen süreçte bilim insanları, “kullanım değeri” kavramını güçlendirerek pazarlama mekanizmalarını açıklayan Hizmet Baskın Mantığı kavramını önermişlerdir. Hizmet Baskın Mantığına göre, şirketler ve tüketiciler ortaklaşa değer oluştururlar: şirketler beceri ve bilgilerini mal üretmek ve piyasaya sunmak için uygularken (Lusch ve Vargo, 2006, s. 285); tüketiciler ise bilgi ve becerilerini kullanarak entegre olan ürünleri hayatlarını iyileştirmek ve maksimum fayda sağlamak için kullanırlar (Grönroos, 2008, s. 304). Mallar, yalnızca firmanın ürettiği mal veya hizmetleri satın alıp iyi oluşlarını artırdığını kabul eden tüketiciler tarafından kullanıldığında değer kazanır (Grönroos ve Ravald, 2011, s. 8).

Hizmet Baskın Mantık, değer yalnızca tüketim sürecinde kullanıcı tarafından belirlenebileceğini savunur (Lusch ve Vargo, 2006). Ayrıca Vargo vd. (2008)’ne göre geleneksel bir düşünce olan mal baskın (G-D) mantığının temellerini Adam Smith’in değişim değeri fikirlerine bağlar. Değerin somut mallara gömülü olduğu, daha sonra tüketicilere dağıtıldığı ve bir değiş tokuş için temel oluşturduğu fikri, sadece ekonomi biliminin değil, aynı zamanda ekonomik modelleri takip eden pazarlama gibi disiplinlerin de odak noktası haline geldiğini savunulmaktaydı.

Farklı bir perspektife sahip olan hizmet baskın bakış açısında ise, müşteri pasif bir özne veya sadece firma tarafından oluşturulan değerden yararlanan bir alıcı değil, daha çok değer oluşturma sürecinin ortasında yer alan bir aktör konumundadır. Müşteri, mal veya hizmet sunumundaki faaliyetlerini gerçekleştirerek aktif olarak

değer oluşturabilmektedir. Hizmet baskın mantığa göre değer, "değişim değeri"nin yerine "kullanım değeri"ni ifade etmektedir (Spanò, vd., 2018, s. 3).

Mal Baskın Mantığı bakış açısı, ürünü firma için yeni fırsatların 'organizatörü' olarak görmektedir. Hizmet Baskın Mantığı ise müşterinin zaman içinde sahip olduğu deneyimler tarafından ilgili anlamların meydana getirildiğini öne sürmektedir (Payne, vd., 2008, s. 86). Çünkü Hizmet Baskın Mantığı, müşteriyi değer ortak oluşturucusu olarak süreçlere dahil etmektedir (Lusch ve Vargo 2006, s. 181).

Hizmet Baskın Mantığı özel bağlamında, birlikte değer oluşturma konusundaki son araştırmalar şunlara odaklanmıştır: müşteriyi esas aktör olarak görme Jaworski ve Kohli (2006); beklentileri karşılama Oliver, (2006); birlikte değer üretimi için bir maliyet-fonksiyon modeli oluşturma Etgar, (2006) ve pazarlama stratejisi etkinliği ve operasyon verimliliği (Kalaignanam ve Varadarajan, 2006). Literatürde çoğu bilim insanı hizmet baskın mantığını desteklemiştir. Örneğin, Williams ve Aitken, (2011) mantığın, ilişkilere odaklandığı ve aktif katılımcı olarak insanı merkeze aldığı için uzmanlaşmanın duyarsızlaştırıcı etkisini çözmeye çalıştığını belirtmektedir.

Payne, vd., (2008), Hizmet Baskın Mantığının temel konseptini, “müşteri her zaman değer ortak oluşturucusudur” şeklinde ifade etmektedir. Yi ve Gong, (2013) değer oluşturma uygulamalarında firmanın tek başına aktör olmadığını müşterinin süreçte aktif katıldığını belirtmiştir. Bu araştırmacılar, müşterinin değer oluşturma sürecine aktif olarak katılması gerektiğini öne sürer.

Mal Baskın mantık ile hizmet baskın mantık perspektiflerinde müşterinin rolü, firmanın rolü, değer ve birlikte değer oluşturma rolleri Tablo 2.3'te verilmiştir.

**Tablo 2.3.** Mal Baskın mantık ile hizmet baskın mantık arasındaki farklılıklar

<b>Mantık Türü</b>	<b>Değer</b>	<b>Müşterinin Rolü</b>	<b>Firmanın Rolü</b>	<b>BDO</b>
<b>Mal Baskın Mantık</b>	Değer, firmalar tarafından üretilir ve ürünleri para ile değiş tokuş ederek tüketicilere ulaştırılır.	Pasif ürün alıcıları	Firmalar yalnızca ürünün şeklinde/görüntüsünde değer oluştururlar.	Birlikte değer oluşturma meydana gelmez. Değer yalnızca firma tarafından üretilir.
<b>Hizmet Baskın Mantık</b>	Ürünler, ancak tüketiciler tarafından kullanıldığında değer oluştur.	Aktif ürün alıcıları	Firmalar, değer oluşturmak için ürün üretimde sahip oldukları bilgi ve becerileri kullanırlar.	Değer, tüketiciler ve firmalar tarafından her zaman birlikte meydana getirilir.

**Kaynak:** (Zhang T. C., 2016)

Tek bir mal veya hizmete odaklanmak yerine, müşterinin firma tarafından sunulan mal veya hizmetlerden elde edilecek değer oluşturma sürecine dahil edilmesi mantığı zorunlu olmaktadır. Hizmet Baskın Mantığında mal veya hizmetler arasında herhangi bir ayırımın yapılması söz konusu değildir. Hizmet Baskın Mantığının temel fikirlerini detaylandırmak ve temel ilkelerini aktarabilmek adına Vargo ve Lusch (2004a) yayınlamış oldukları çalışmalarında sekiz temel önerme belirtmişlerdir. Yine bir kaç yıl sonra yayınlamış oldukları başka bir çalışmalarında önermeleri değiştirmiş ve Hizmet Baskın Mantık perspektifine iki yeni önerme eklemişlerdir. İlgili önermeler Tablo 2.4'te listelenmiştir.

**Tablo 2.4.** Hizmet Baskın Mantığının Temel Önergeleri

No.	Temel Önergeler	Önerme Açıklamaları
1	Hizmet, değişimin temel dayanağıdır.	Hizmet, bilgi ve yetenek gibi edimsel kaynakların kullanılması kapsamında değerlendirildiğinde tüm değişimin temelidir. Hizmet, hizmetle değiştirilir.
2	Dolaylı değişim (para, ürün ve kuruluşlar), temel değişimi (hizmet için hizmetin değişimi) maskeler.	Hizmet, mal, para ve kurumların karmaşık bileşimleri aracılığıyla sağlandığından, değişimin hizmet temeli her zaman açık, net ve anlaşılır değildir.
3	Fiziksel ürünler, sadece hizmet temini için bir dağıtım mekanizmalarıdır	Fiziksel ürünler ancak kullanılmaya başlandığı anda değer oluştururlar.
4	Edimsel (operant) kaynaklar, rekabet avantajının temel kaynağıdır.	Operant kaynaklar (bilgi ve beceri) olmadan rekabet edebilecek mal ve hizmetlerin üretilmesi imkânsızdır.
5	Tüm ekonomiler birer hizmet ekonomileridir.	Hizmetler ancak artan uzmanlaşma ve dış kaynak kullanımı ile göze çarpan bir hale gelebilmektedir.
6	Müşteri daima değerın ortak meydana getiricilerindedir.	Değer oluşumunda etkileşim vardır.
7	Firmalar tek başlarına değer oluşturamaz, yalnızca değer önerileri sunar.	Değer ancak firma ve müşterinin etkileşimi sonucunda ortaya çıkar.
8	Hizmet merkezli bir görüş, doğası gereği müşteri odaklı ve ilişkiseldir.	Hizmet, müşteri tarafından belirlenen fayda açısından tanımlandığından ve müşteriyile birlikte oluşturulduğundan, doğası gereği ilişkiyel ve müşteri odaklıdır.
9	Tüm sosyal ve ekonomik aktörler birer kaynak bütünleştiricileridir.	Değer oluşturma bağlamında tüm ekonomik ve sosyal özneler entegre biçimdedir.
10	Değer her zaman benzersiz ve fenomenolojik olarak fayda sağlayan tarafından belirlenir.	Değer, kendine özgü, deneyimsel, bağlamsal ve anlam yüklüdür.

**Kaynak:** Vargo ve Lusch (2004a)

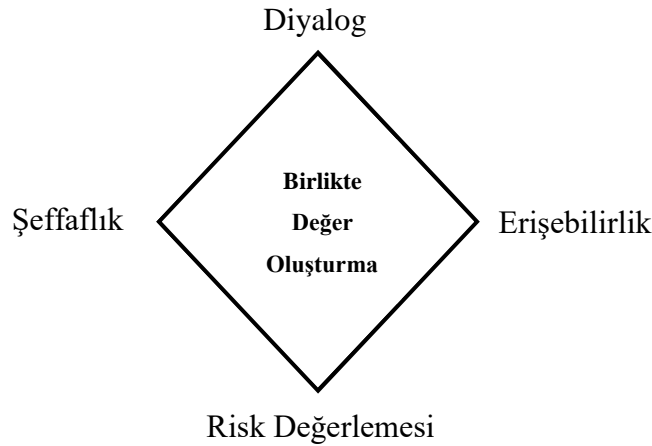
Yukarıdaki tabloda gösterildiği gibi, bilgi, beceriler ve süreçler gibi maddi olmayan varlıkların önemi, maddi malların mübadelesinde belirtilenin aksine hizmet baskın mantık tarafından önemli olarak vurgulanmaktadır (Payne, vd., 2009, s. 379). Ayrıca yukarıdaki önermelerden bir, üç, altı, yedi, dokuz ve 10'uncu temel önermeler değer oluşturma ve birlikte değer oluşturma ile ilgilidir (Grönroos, 2011; Yousefian, 2015, s. 29)

## 2.4.2. DART Modeli

DART modeli, özellikle müşteri için birlikte değer oluşturma uygulamalarını kavramsallaştırmak ve yönlendirmek için geliştirilen en popüler çerçevelerin başında gelmektedir. Prahalad ve Ramaswamy (2004) tarafından önerilen yaklaşım, müşterilere daha bilinçli satın alma seçimlerini yapma yetkisi veren ve onlara tedarikçilerle uzun vadeli ilişkiler kurma olanağı sunan bir modeldir (Mazur ve Zaborek, 2014, s. 108).

Birlikte değer oluşturma sürecinin gerçekleştirilmesi için bir sistem geliştirmeyi ve birlikte değer oluşturma kavramının sistemin ilk aşamasına dâhil edilmesini öngören bir model olarak geliştirilen DART modeli, geliştirilen bu süreci doğrudan etkileyen hizmet sektöründeki popüler modellerden biridir. DART modelinde birlikte değer oluşturma sürecine ulaşmak için olması gereken bir takım yapı taşlarını tanımlanmıştır. Ayrıca modeldeki faktörlerin/yapı taşlarının farklı şekillerde birleştirilmesi hem müşteri hem de firma için yeni ve çeşitli yetenekleri meydana çıkarabilmektedir (Prahalad ve Ramaswamy, 2004, s. 9; Ahmad, vd., 2011, s. 3).

Bunun yanı sıra müşteriler ve firma arasındaki geleneksel bilgi asimetrisini azaltmak için de kullanılabilen ve aynı zamanda diyalog, erişim, risk değerlemesi ve şeffaflık anlamına gelen bir model olarak önerilmektedir. DART modelinde belirtilen birlikte değer oluşturma yapı taşları Şekil 2.2'de gösterilmiştir (Prahalad ve Ramaswamy, 2004; Zhang ve Chen, 2008, s. 248).



Şekil 2.2. Birlikte Değer Oluşturmanın Temel Yapı Taşları (DART Modeli)

Bu model, birlikte değer oluşturma için bir dönüm noktası konumundadır. Şekil 2.2’de de görüldüğü gibi Diyalog (D), Erişim (A), Risk Değerlemesi (R) ve Şeffaflık (T) olmak üzere dört bileşenden oluşan DART modelinde, tüm bileşenler müşterilerin daha fazla katılım göstermesi ile değer oluşurmada aktif rol oynayabilir (Mukhtar, vd., 2012, s. 292). DART modeline göre tüm aktörler etkileşimli iş birliğine girerek eşit paydaşlar haline gelmeli ve bilgi paylaşımı yapmaya hazır olmalıdırlar (Buana, vd., 2021, s. 3). nk tüketiciler ile etkileşim kurabilmenin en kolay ve en temel yöntemi, etkili diyalog, etkili erişim, risk değerlendirme ve elde edilen bilginin Őeffaflıęından geçmektedir (Güneş, 2011, s. 76).

DART lğinin temel amacı, değer oluşturma kavramını ölçen mevcut ölçeklere katkıda bulunarak bir yandan da bir işletmenin birlikte değer oluşturma sürecine ne kadar hazır olduğunu ölçmektir. Ölçeğin unsurları işletme ve tüketicilerinin hizmet ilişkileri süresince buldukları etkileşimlerden faydalanılarak oluşturulmuştur (Aydınocak, 2015, s. 83).

DART leğinin tüm unsurları birbirini tamamlar niteliktedir ve tüketicilerle beraber değer oluşturmak isteyen işletmelerin buna ne kadar hazır olduklarını göstererek müşteri katılımını destekler. Aynı zamanda DART, işletmelerin bu alanda eksikliklerini ortaya koymakta da yardımcı olacaktır (Aydınocak, 2015, s. 84).

Temelde müşterilerin dönüşümünü incelemekle başlayan süreçte Prahalad ve Ramaswamy (2004), bazı Şirketlerin organizasyonel ortamını analiz ederek birlikte değer oluşturmayı nasıl teşvik edeceklerini araştırıp belirlemiş oldukları faktörler aşağıda açıklanacaktır (Mainardes, vd., 2017).

#### **2.4.2.1. Diyalog**

Hizmet ekosistemi içerisinde yer alan tüm aktörler arasında gerçekleşen karşılıklı etkileşimler ve ortak anlaşma konusundaki istekliliği ifade eden diyalog Albinsson, vd., (2016), kavramı; özellikle hizmet sunumuna ilişkin geri bildirimler sonucu birlikte değer oluşurmaya etki etmektedir. İşletmelerin sosyal, duygusal ve kültürel bağlamda tüketiciler deneyimini tanımlarında önemli rol oynayan karşılıklı diyalog aktörler için etkileşim, katılım, eşit iletişim ve öğrenme fırsatları sunmaktadır (Polat, 2021, s. 2). Ayrıca diyalog, harekete geçmeye ve öğrenmeye hevesli iki eşit problem üzücü arasındaki etkileşimi temsil etmektedir (Mazur ve Zaborek, 2014, s. 108).

Doğru bir diyalogun gerekleŒebilmesi için firma ve mŒŒteriler arasında sŒrekli ve geliŒme odaklı bir iletiŒimin olması gereklidir (Golooba ve Ahlan, 2013, s. 346). Birlikte değer oluŒturma için mŒŒteri ve firma arasında iŒbirliđinin olması zorunludur. GemiŒte pazar tek yŒnlŒ iletiŒime dayalıydı ve iletiŒim akıŒı firmadan mŒŒteriye doğru akmaktaydı. Ancak gŒnŒmŒzde bu durum deđiŒti ve artık hem Œirketler hem de mŒŒteriler birbirleriyle iletiŒim kurmaktan faydalanabilmektedirler. Ek olarak birlikte değer oluŒturma, her iki taraf için de bir taahhŒt ve etkileŒim isteğine dayanmaktadır (Rathore, 2016, s. 10).

#### **2.4.2.2. EriŒim**

EriŒim, diyalogu teŒvik eden bilgi ve araçlarla baŒlamaktadır (Mainardes, vd., 2017, s. 191). EriŒim, mŒŒteriler ve tedarikçiler arasındaki iletiŒim için doğru araçları sunarak birlikte değer oluŒturmayı kolaylaŒtırmak anlamına gelir; aynı zamanda mŒŒteriler için daha fazla seçim ŒzgŒrlŒđŒ sağlayan pazarlama ŒzŒmlerini de içerir (Mazur ve Zaborek, 2014, s. 108). EriŒimin ilk koŒulu, doğru iletiŒim araçlarının sunulmuŒ olmasıdır. Bunun yanında mŒŒteriler için daha fazla seçim ŒzgŒrlŒđŒnŒn olanaklılığı Œnemli bir husustur. ŒnkŒ mŒŒterilerin bilinçli kararlar vermelerini sağlamak için ilgili bilgilere doğrudan eriŒime izin verilmesi gerekmektedir (Golooba ve Ahlan, 2013, s. 343).

EriŒim, ayrıca bilgi ve araçlara eriŒimi temsil eden kilit bir faktŒr olarak tanımlanmaktadır (Desai ve Dharmapala, 2009, s. 119). Artık mŒŒteriler, Œirketlerin kaynakları, Œretim sŒreleri, ŒrŒn tasarımı ve kalite sŒreleri hakkındaki bilgilere eskiye gŒre daha fazla eriŒme imkânına sahiptir (Prahalad ve Ramaswamy, 2004a, s. 8).

#### **2.4.2.3. Risk Değerlemesi**

ŒŒncŒ unsur olan risk değerlemesi, tŒketicilere değer oluŒturabilmeleri için iŒletmenin sunduğu diyalog ve eriŒim olanaklarının ardından sŒrecin ıktıları konusunda da tŒketicilerin sorumluluk payları olduğunu ortaya koymaktadır. Bu anlamda etkin bir risk değerlemesi, tŒketicilere meydana gelen maliyet ve faydalar ve aynı zamanda oluŒturulan değerin getirdiği riskler hakkında bilgiler sunarak verilen kararlar konusunda tŒketicileri haberdar etmektir (Aydınocak, 2015, s. 84).

Risk değerlemesi, mŒŒterilerin değer teklifini kabul etmekten dolayı karŒılaŒtıkları riskler hakkında tam olarak bilgilendirilme hakkına atıfta bulunmaktadır

(Mazur ve Zaborek, 2014, s. 108). Risk değerlendirmesinde yanlış anlamaları önlemek için her iki taraftan işlemlerle ilgili tüm risklerin ifşa edilmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir (Golooba ve Ahlan, 2013, s. 346). Değer oluşturma sürecini geliştirmek için, kurumların müşteriilere zarar verme olasılığı nedeniyle müşterilerin potansiyel risklerin farkında olmaları gerekmektedir (Desai ve Dharmapala, 2009, s. 119). Prahalad ve Ramaswamy (2004b), müşterilerin şirketle birlikte değer oluştururken ortaya çıkan risklerden sorumlu olup olmadığı sorusunu gündeme getirmektedir. Diğer yandan Desai ve Dharmapala (2009), müşterilerin birlikte değer oluşturma sürecinde yer alan risklerle başa çıkmak için daha fazla sorumluluk taşıyabileceğini savunmaktadır. Buna göre, müşteriler ve kurum arasında belirli bir güven düzeyinin oluşturulması temel olarak önemlidir ve bu iyi bir diyalog yoluyla yapılabilir.

#### **2.4.2.4. şeffaflık**

şeffaflık, müşteri ve tedarikçi arasındaki bilgi asimetrisinden vazgeçmeyi ve bilginin açıklığını uygulamayı ifade etmektedir (Mazur ve Zaborek, 2014, s. 108). Schiavone (2014)'a göre şeffaflık temel yapı taşıdır, bilgi paylaşımı yani, şirket ve müşteriler arasında bilgi asimetrisinin olmamasını arzu edilir. Bu yapı taşı, hem diyalog hem de bilgiye erişim için zorunlu bir ön koşuldur.

DART modelinin ilk üç yapı taşı olan diyalog, erişilebilirlik, risk değerlemesinin birlikte değer oluşturmada etkin rol oynamasında önemli bir rolü olan şeffaflık kavramı, aktörler arasında meydana gelebilecek belirsizlikleri ortadan kaldırmaktadır (Pralhad ve Ramaswamy, 2004a). İşletmelerin etkileşimlerinde daha açık ve şeffaf olma eğilimi, müşterilerin hizmet kalitesinin kabulüne ilişkin istekliliğini arttırmaktadır (Patır, 2008, s. 63-64).

Desai ve Dharmapala (2009) kurumsal şeffaflığa vurgu yapmakta ve “eğer siz doğruyu söylemezseniz başkası söyleyecektir” diyerek artık müşterilerden bilgi saklamanın eskisi kadar kolay olmadığını dile getirmektedir. Ayrıca, Grönroos (2011), şirketler hakkındaki bilgilerin müşteriler arasında yayılmasının daha kolay olduğunu ve bunun şirket için olumsuz sonuçlar doğurabileceğini savunmaktadır. Bu nedenle Grönroos (2011), kurumların mevcut müşterilerle olduğu kadar potansiyel müşterilerle olan ilişkilerini de tehlikeye atabildiğini ifade etmektedir.

Diyalog, erişilebilirlik, risk değerlemesi ve şeffaflıktan oluşan ve yukarıda detaylı açıklanan bu dört yapı taşının birleşimi, şirketlerin müşterilerle birlikte birlikte

oluşturma deneyimlerini kolaylaştırmalarına yardımcı olur (Prahalad ve Ramaswamy, 2004a). Prahalad ve Ramaswamy'ye (2004a; 2004b) göre, farklı yapı taşlarını birçok şekilde birleştirmek mümkündür, ancak modelin ana amacı, şirketlerin müşterilerle daha iyi etkileşim kurmasını sağlamaktır.

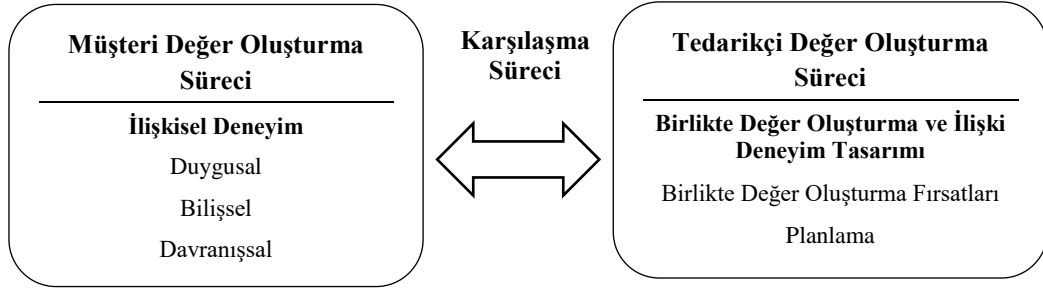
DART, çok çeşitli sektörlerde birlikte değer oluşturma dinamiklerini araştırmak için farklı disiplinlerdeki çalışmalarda da kullanılmıştır. (Spena, vd., 2012), markayı güçlendirmek için kısa vadeli bir işbirliği ortamı ile temsil edilen İtalya'daki mağazalarda birlikte değer oluşumu potansiyelini belirlemeye çalışmıştır. Bu işbirliğinin, müşteriler ve şirket arasında yoğun ve şeffaf bilgi paylaşımını sağladığını bulmuşlardır. Araştırmanın odaklandığı şirketler, müşterileriyle kısa sürede arzu edilen birlikte değer oluşturma düzeyine ulaşmışlardır. DART modeline test etmek ve etkinliğini test etmek için de bazı çalışmalar yapılmıştır. (Albinsson, vd., 2016), bu modelin etkinliğini test ettikleri çalışmalarında, iki ABD işletme okulunda 327 lisans öğrencisi üzerinde bir anket yapmış ve birlikte değer oluşturma kavramıyla ilgili olarak bu dört değişken arasında pozitif bir ilişki bulmuş, böylece Prahalad ve Ramaswamy (2004a) tarafından önerilen modeli doğrulamışlardır. Yi ve Gong (2013), Prahalad ve Ramaswamy (2004a)'nin önermelerini desteklemişlerdir. Birlikte değer oluşturma literatürünün büyük bir kısmı, Hizmet Baskın mantık yaklaşımını izlediğinden Prahalad ve Ramaswamy (2004a) tarafından öne sürülen ölçeğin geçerliğini desteklemiştir (Mainardes, vd., 2017, s. 192)

### **2.4.3. Payne Modeli**

Payne vd. (2008) birlikte değer oluşturma sürecinde bazı boşlukları olduğunu ve bu boşlukları doldurmak için birlikte değer oluşturma kavramı altında kavramsal bir çerçeve geliştirmiştir (Akt: Mukhtar, vd., 2012, s. 292). Birlikte değer oluşturma üzerine çalışılmaya devam edildiğinden araştırmacılar genellikle hizmet baskın mantığa yöneldikleri aşamada Payne vd. 2008 birlikte değer oluşturma için başka bir kavramsal çerçevenin gerekliliğine inanmışlardı (Payne vd., 2008, s. 3; Samarov, 2015, s. 11).

Geliştirilen kavramsal çerçevenin üç ana süreci bulunmaktadır. Bu süreçler; *müşteri değer oluşturma süreci, tedarikçi değer oluşturma süreci ve karşılama süreçleridir*. Bu kavramsal çerçeve alan araştırmalarına dayansa da birlikte değer oluşturma süreçlerini ölçmek ve bu konuda veriler toplamak hala zor bir durumdur.

Modelin yazarlarına göre bu model, değer oluşturmaya desteklemek için kilit uygulamalar geliştirebilir (Skaržauskaitė, 2013, s. 122). Şekil 2.3'te gösterildiği gibi çerçeve, müşteri değer oluşturma süreci, tedarikçi değer oluşturma süreci ve karşılaşma süreçleri olmak üzere üç ana yapıdan oluşmaktadır (Payne, vd., 2008, s. 88).



**Şekil 2.3.** Birlikte Değer Oluşturma Kavramsal Modeli

**Kaynak:** (Payne, vd., 2008, s. 86)

Birlikte değer oluşturma süreçlerinden ilk süreç olan müşteri değer oluşturma sürecinde ilişkisel deneyimin üç ana unsuru bulunmaktadır. Bu ana unsurlar, duygusal, bilişsel ve davranışsal deneyimdir. Tedarikçi değer oluşturma sürecini etkileyen unsurlar ise birlikte değer oluşturma fırsatları, planlama ve uygulama unsurlarıdır (Payne, vd., 2008, s. 87).

Payne vd. (2008)'nin çerçevelerinde belirtilen üç ana unsur, birbirine bağlı bir dizi süreci ve birlikte değer oluşturma sürecinin doğasını göstermektedir. Ortada bulunan çift yönlü oklar, müşteri ile tedarikçi arasında, kendi değer oluşturma süreçlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkan farklı karşılaşmaları ve etkileşimleri temsil etmektedir. Ayrıca, müşterinin bu süreçteki öğrenme aşaması, müşterinin kurduğu ilişki sırasında yaşadığı deneyime dayalı bir öğrenme sürecine girdiğini göstermektedir. Söz konusu müşteri değer oluşturma sürecindeki ilişkisel deneyim, müşterinin tedarikçiyle birlikte gelecekte değer oluşturma faaliyetlerine nasıl dahil olacağını belirlemektedir. Benzer şekilde, tedarikçi değer oluşturma süreci ile müşteri arasındaki oklar, tedarikçinin müşteri hakkında daha fazla şey öğrendikçe, tedarikçinin ilişkisel deneyiminin tasarımını daha da geliştirmesi ve müşterilerle birlikte değer oluşturma için daha fazla fırsatın ortaya çıktığını göstermektedir (Yip, 2011, s. 50).

#### 2.4.4. Grönroos Modeli

Nordic School araştırma geleneğine dayanan, ancak ayrı bir kimliğe sahip olan Grönroos (2008) tarafından geliştirilen hizmet mantığı (service logic), Vargo ve Lusch'ın (2004a) geliştirdiği hizmet baskın mantık modelinden farklı bir bakış açısı sağlamıştır. Hizmet baskın mantığın vurguladığı yönler Nordic School araştırma geleneğinin sağladığı katkılara büyük ölçüde benzerlik göstermesine rağmen hizmet mantığı ile doğası gereği farklılıklar içermektedir (Yousefian, 2015, s. 54-55).

Hizmet mantığı, günlük uygulamalarında ve değer oluşturma süreçlerinde firma tarafından sağlanan kaynakları sunulan diğer kaynaklarla birleştiren müşterilerle ilgilenen bir mantıktır. Bu nedenle hizmet mantığında, değer oluşturma sürecinden müşteri sorumludur ve sonuç olarak değer birlikte meydana getirilmez. Değer oluşturan müşteridir ve sadece bazı durumlarda hizmet sağlayıcı, hizmet mantığını benimser ve tedarikçi ile müşteri arasında etkileşimler kurarsa birlikte değer oluşturulur (Grönroos, 2006, s. 318; Saarijarvi, vd., 2013, s. 9).

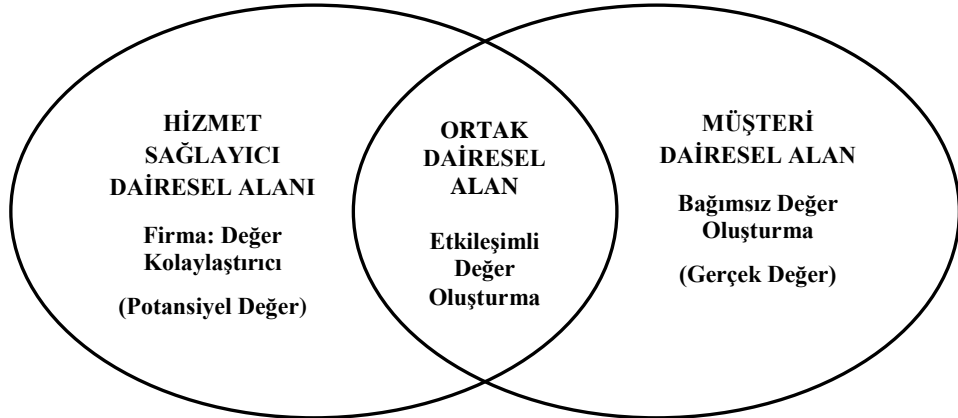
Firmalar müşterilere bir değer temeli sağlar ve müşterilerin günlük uygulamalarını ve değer oluşturan süreçlerini anlamaya odaklanmalı ve bu süreçleri kolaylaştırmalıdır (Grönroos, 2008, s. 300).

Firma, müşteriyle kurduğu etkileşimler yoluyla müşterinin değer gerçekleştirme sürecini etkileyebilir. Etkileşim sırasında hem firma hem de müşteri aktif katılımcılardır, yani müşterinin değer oluşturmada ikili öznelardır (Grönroos ve Ravald, 2011). Normatif olarak, firmaların tüketim sürecinin bir parçası olmak ve müşterilerle etkileşim noktaları oluşturmak için yenilikçi yollar bulması gerekir (Saarijarvi, vd., 2013, s. 9).

Değer, sadece müşteri tarafından meydana getirilir. Fakat bazı durumlarda firmanın müşteriyle birlikte gerçekleştirdiği etkileşimler yoluyla oluşturulur (Grönroos, 2008, s. 299).

Ayrıca Grönroos ve Voima (2013) birlikte değer oluşturma sürecinin üç etki alanı olduğunu belirtmektedir. Bu etki alanları; hizmet sağlayıcı dairesel alanı, ortak alan ve müşteri dairesel alanı olmak üzere üç etki alanından oluşmaktadır. Bu bilim insanları, müşteri ve sağlayıcı arasındaki etkileşim eksikliğinin hizmet sağlayıcı alanının özelliklerinden kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Ortak alanda ise hizmet sunucusu ve müşteri arasında doğrudan bir etkileşim vardır ve müşteri değer oluşturur. Diğer alan

olan müşteri dairesel alanında, müşteriler arasındaki etkileşimle değer gerçekleşir, ancak hizmet sağlayıcının aktif ve kişisel katılımı yoktur. Analitik olarak incelendiğinde, birlikte değer oluşturma kavramı ancak tarafların birbiri ile etkileşebildiği açık sistemlerde mümkündür. Etkileşim diyalogsal bir süreçtir (Ballantyne ve Varey, 2008, s. 12). Bu süreçte işletme ve müşteri aynı anda aktif rol üstlenerek işbirlikçi bir tavır sergiler (Grönroos ve Ravald, 2011, s. 10). Buna göre işletmenin ve müşterinin dairesel alanları artık ortak alan içeren yeni bir biçime bürünmüştür. İşletme müşterinin değer oluşturabilmesi için kaynaklarını kullanarak ürün/hizmet tasarlayan, üreten ve dağıtan yardımcı bir rol üstlenerek değer kolaylaştırıcı olarak adlandırılarak kendi dairesel alanında yer alır (Grönroos, 2008). Ortak dairesel alanda müşterinin rolü iki yönlüdür; işletme ile birlikte kaynakların ve süreçlerin üretilmesindeki rolü ve aynı zamanda işletme ile beraber değer oluşturulmasındaki rolleridir. Sadece müşterinin dairesel alanında ise müşteri kullanımındaki değeri tek başına oluşturan taraftır. Grönroos ve Voima (2013), bunu Şekil 2.4'teki gibi ifade etmiştir.



**Şekil 2.4.** Değer Oluşturma Dairesel Alanları

**Kaynak:** (Grönroos ve Voima, 2013)

Grönroos ve Voima (2013), üç değer alanı geliştirmiştir; sağlayıcı dairesel alanı, müşteri dairesel alanı ve ortak alan. Sağlayıcı alanı, tasarım, geliştirme, üretim ve teslimat gibi çeşitli faaliyetlerden oluşmaktadır. Şirkete kapalı müşteri alanı ise şirketler ve diğer paydaşlar tarafından sağlanan kaynakların entegrasyonu yoluyla bağımsız değer oluşturmada meydana gelmektedir. İki değer alanının örtüşmesi durumunda, değer ortak bir değer alanında birlikte meydana getirildiğini iddia etmek mantıklıdır. Ancak Grönroos ve Voima, şirketleri ortak değer alanına davet etmenin

müşterinin rolü ve ayrıcalığı olduğunun altını çizmektedir. Şirketler kaynak sağlayabilir ve değer oluşturma sürecini kolaylaştırabilir ancak bunu kontrol edemezler. Doğrudan etkileşimler yoluyla şirketler, kapalı müşteri alanına erişimi arzulayabilirler. Grönroos ve Voima (2013)'ya göre birlikte değer oluşturma, aktörler arasındaki etkileşimin bir işlevidir (Jalonen, 2017, s. 2382).

## **2.5. Geleneksel Anlayış ile Birlikte Değer Oluşturmanın Farklılıkları**

Birlikte değer oluşturma, değer oluşturmaya ilişkin genel kabul gören yaklaşımlardan farklı bir kavramsal çerçeveye sahip olduğu için birçok noktada geleneksel bakış açısından farklıdır. Geleneksel bakış açısında değer oluşturma kaynağı işletme görülürken, birlikte değer oluşturmada, müşteri ve işletmelerin ortak faaliyeti sonucunda değer oluşturan söz konusudur (Vargo ve Lusch, 2004a, s. 117).

İşletme odaklı bakış açısına sahip olan geleneksel yaklaşımda, müşteriler değer oluşum sürecine sadece işletme ile değiş tokuşun gerçekleştirildiği anlarda dâhil olmakta, değer meydana gelmesi ise, işletmenin içerisinde gerçekleştirilmektedir. Yani, geleneksel anlamda değer oluşturulması, işletmenin içinde gerçekleştirilen, tüketicilerin dışında kaldığı ve sadece kendileri için meydana getirilen değer pasif alıcıları durumunda olmalarını barındıran bir süreçtir. Ancak günümüz tüketicilerinde ise durum biraz değişmiştir. Tüketiciler, etkileşimde buldukları işletmelerin tüm iş süreçlerinde aktif rol oynamayı ve bu süreçleri doğrudan etkilemeyi arzulamaktadırlar. Böylelikle işletme ve tüketicilerin etkileşime geçerek, müşteriler için değer oluşturma sürecini birlikte şekillendirmesi gündeme gelmektedir (Prahalad ve Ramaswamy, 2004b, s. 2).

Geleneksel anlayış bakış açısında değer oluşturulmasında hizmet sunucusundan tüketicilere doğru gerçekleşen ve hizmet sunucusunun kontrolünde şekillenen bir süreç söz konusudur. Birlikte değer oluşturma yaklaşımında ise müşteri için ortaya çıkartılan değerde müşteri ve hizmet sunucusu olan işletmenin ortaklaşa hareket etmesi anlayışı barındırılmaktadır. Değerin ortaklaşa oluşturma sürecinin temelinde tüketici-işletme etkileşimi yatmaktadır. Değer, her bir müşterinin bireysel anlamda hizmet sunucusu ile nasıl etkileşimde bulunmayı istediği yönde ortaya çıkmaktadır (Prahalad ve Ramaswamy, 2004b, s. 3). Tüketicinin algıladığı değer, işletmenin sunduğu mal veya hizmetler ile elde edilen deneyimlere bağlı olarak şekillenmeye başlamıştır ve bunun

neticesinde, müşteri için üretilen değer, deneyimler neticesinde meydana gelmektedir (Chiu, vd., 2009, s. 404)

Sonuç olarak Ramaswamy ve Gouillart (2010, s. 5)'a göre eski ve yeni stratejiler arasındaki fark aşağıdaki tabloda ifade edildiği gibi özetlenmektedir.

**Tablo 2.5.** Geleneksel Anlayış ile Birlikte Değer Oluşturma Anlayışı Farklılıkları

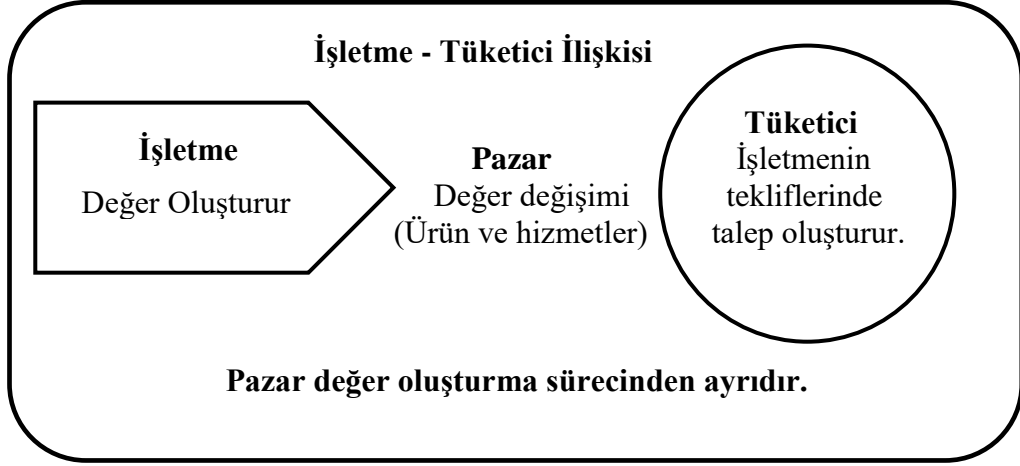
<b>Kriterler</b>	<b>Geleneksel Anlayış</b>	<b>Birlikte Değer Oluşturma Anlayışı</b>
<b>Değer Oluşturma</b>	Müşteri istek ve ihtiyaçlarının karşılanması ve müşterinin tatmin edilmesi hedeflenmektedir.	Paydaşların tümünün sürekli olarak katıldığı bir süreçtir. Süreç sonunda tüm taraflar için de değer üretildiği anlayışı bulunmaktadır.
<b>Hedefler</b>	Startejik hedeflere ulaşılması amaçlanır. Radikal değişimler istenmez.	Sürekli yeni başlangıç noktaları arayışı söz konusudur.
<b>İlgi Alanları</b>	Rakiplere oranla Pazar payını artırmak ve maliyetleri düşürmek.	Tüm paydaşların ilgi alanlarına odaklanılır. Öncelikli hedef pazarın genişletilmesidir.
<b>Avantaj</b>	Ölçek ekonomisi oluşturarak rakiplere karşı avantaj sağlanır.	Paydaşların tamamı karşılıklı etkileşim sağlayarak verimlilik, yaratıcılık, düşük maliyet avantajı elde edilir

**Kaynak:** (Ramaswamy ve Gouillart, 2010, s. 5)

Birlikte değer oluşturma kavramının pazarlama dünyasındaki hızlı gelişimini izleyen süreçte Ramaswamy ve Gouillart (2010), birlikte değer oluşturma tecrübesini edinen binlerce işletmenin sadece firmalar ve müşterileri üzerine inşa edilmiş bir yapısı olmadığını, aynı zamanda tedarikçiler, ortaklar, çalışanlar ve diğer paydaşları da kapsayan tüm paydaşların yeni tecrübeleri ile sürekli geliştirme süreci içerisinde bulduklarını ifade etmektedirler. Bu sürecin başarılı sonuç vermesini sağlayacak en önemli etmenin paydaşların edinmiş oldukları tecrübelerinden yola çıkılarak yapılan katkılar olduğunu ifade etmektedirler (Ramaswamy, 2011, s. 195).

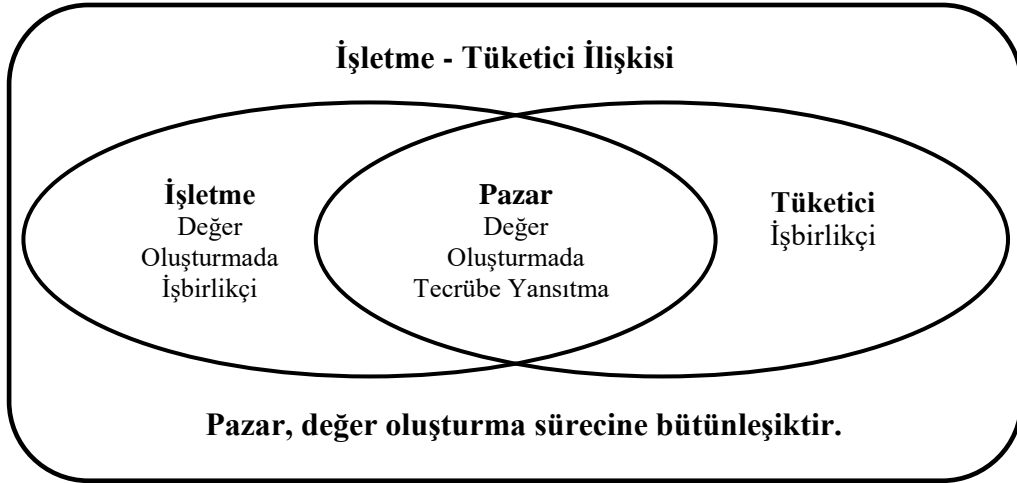
Porter tarafından geliştirilen ve işletme merkezli paradigmaya dayanan geleneksel değer oluşturma sisteminde “değer” işletme tarafından üretilen ve pazara sunulan “değer değişimli” yaklaşımdır, ürün pazarda mübadele edilerek değiştirildiğinde değer oluşmaktadır. Bazı araştırmacılar işletmeler ile pazar arasındaki sınırların aşamalı olarak kaybolduğunu ve ekonomideki değer oluşturma

işletme merkezli bakıştan (Şekil 2.5) pazar ve tüketici merkezli bir yapıya (Şekil 2.6) geçtiğini öne sürmektedir (Koç, 2018, s. 82).



Şekil 2.5. Geleneksel Değer Oluşturma Yaklaşımı

Kaynak: (Koç, 2018, s. 82)



Şekil 2.6. Birlikte Değer Oluşturma Yaklaşımı

Kaynak: (Koç, 2018, s. 83)

## 2.6. Sağlık Hizmetlerinde Birlikte Değer Oluşturma

Geleneksel endüstri, ürün ve hizmet değişimlerinin tedarikçi tarafından sağlandığı ve hizmet sağlayıcı tarafından dağıtıldığı Mal-Baskın (G-D) mantığına dayanmaktadır. Fakat bu mantık sadece somut kaynaklar ve somut işlemlerle sınırlıdır (Vargo ve Lusch, 2004a). Bu konuda yapılan çalışmalar, müşterilerin firmayla ortak bir etkileşim içinde olduğu ve birlikte değer oluşturma sürecinin ayrılmaz bir parçası olduğunu göstermektedir (Prahalad ve Ramaswamy, 2004b, s. 5).

Birlikte değer oluşturma faaliyetlerinde daha önceki başlıklarda anlatıldığı gibi değer, hem müşteri hem de hizmet sağlayıcıların ortak faaliyetleri sonucunda oluşturulmaktadır. Değerin birlikte oluşturulması kavramı, yönetim, üretim sistemleri, hizmet sektöründe yaygın olarak kullanılmaktadır. Küreselleşme ve teknolojik gelişmelerin sağladığı avantajlar hizmet sektöründe müşteri ve hizmet sağlayıcının önceki zamanlara göre daha fazla etkileşimde bulunmalarına olanak sağlamaktadır. Bu sebeple müşteri birlikte değer oluşturmada daha fazla rol oynamaktadır (Zhang, vd., 2015, s. 201).

Sağlık hizmetlerinde müşteriler için genellikle yaşam kalitesi, erişebilirlik, güven, güvenlik, rahatlık, hasta merkezlilik ve iletişim gibi faktörler önem arz etmektedir (Porter, 2010, s. 1). Artık hastaların sağlık hizmeti alırken pasif konumdan aktif konuma gelerek (Gallan, vd., 2013, s. 339) ortak değer oluşturucu olarak görülmeleri ve sağlık hizmetlerinde etkili bir konuma gelmeleri yadsınamaz bir gerçeklik olarak görülmektedir. Hastaların sağlık hizmet sağlayıcılarıyla, aile ve arkadaşlar çevresiyle ve diğer hastalarla iletişim ve etkileşimi sonucunda değer oluşturmaya katkıda bulunması birçok araştırmacı tarafından ele alınmıştır (McColl-Kennedy, vd., 2012, s. 371).

Sağlık hizmeti sunumunda birlikte değer oluşturulmasında hastaların aktif bir şekilde katılımı son hizmet araştırmalarında büyük ilgi görmüştür. Sağlık hizmetlerindeki aktörler, hizmet sağlarken meydana gelen karşılaşma veya değişim faaliyetlerinde işbirliği yaparken; birlikte değer oluşturma sürecindeki hasta deneyimleri, gerçekleşen değerin temelini oluşturmaktadır (Osei-Frimpong ve Owusu-Frimpong, 2017, s. 365).

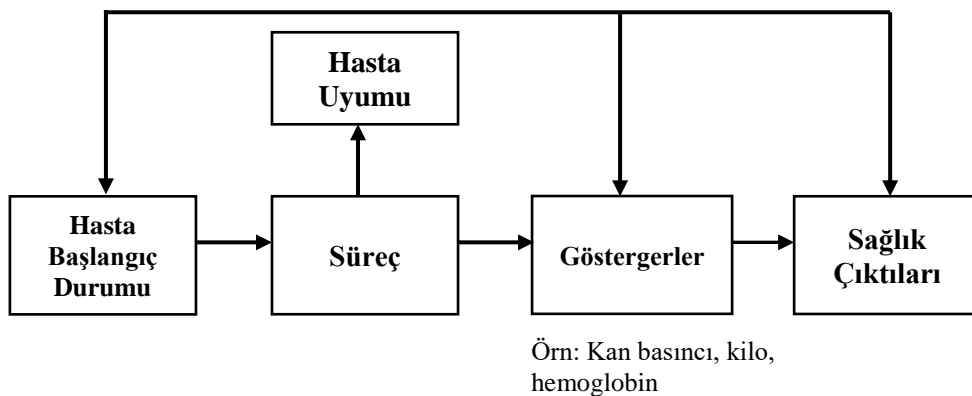
Esas anlamda hastalar için birlikte değer oluşturmak önemli bir hedef haline gelmelidir. Çünkü elde edilen değer sağlık hizmet harcamaların doğru ve optimum yönde kullanıldığına işarettir. Bu hedef, hastalar için hayati bir öneme sahip olmanın yanında sistemdeki tüm aktörlerin beklentilerini karşılayan ve faydalarını maksimize eden bir ortam sağlamaktadır. Değer artarsa sağlık sisteminin ekonomik sürdürülebilirliği artacak ve tüm paydaşlar faydalanabilecektir (Porter, 2010, s. 2477).

Ayrıca teknolojik gelişmeler son yıllarda sağlık sektöründe bir dizi değişimler ve dönüşümler yaşanmasına sebep olmuştur. Bu durum özellikle hastaların sağlık konusundaki araştırmalarının artışını ve hastaların bilgi sahibi olma istekliliğini

tetiklemiştir. Çünkü hastaların teknolojik okuryazarlığının artışı buna sebep olan başlıca etmenlerdir (Osei-Frimpong ve Owusu-Frimpong, 2017, s. 365).

Ayrıca son zamanlarda birlikte değer oluşturma faaliyetlerinde hasta katılımı büyük itibar kazanmıştır. Bitner, vd., (1997) ve Gill, vd., (2011), yaptıkları çalışmalarda hastaların aktif katılımının hizmet sunum çıktılarını olumlu yönde etkilediğini vurgulamaktadırlar. Mccoll-Kennedy vd. (2012) ve Osei-Frimpong, vd, (2015), hasta merkezli değer oluşturma uygulamalarını araştırmışlardır. Vargo vd. (2008a, s.146), geliştirdikleri hizmet baskın önermelerinin altıncısında da ifade ettikleri gibi, değer ancak hizmet alanla hizmet sağlayıcının her zaman ortak etkileşimi sonucunda ortaya çıkacağını belirtmektedirler. Değerin iki tarafın faaliyetlerinin kesiştiği noktada ortaya çıktığı görülmektedir (Vargo ve Akaka 2009; Reijonsaari, 2013, s. 18).

Porter (2010 s. 2477) sağlık hizmet çıktılarının değerle ilişkisinin varlığı arasında paralellik bulunduğunu belirtmektedir. Porter'a göre sağlık hizmetleri, doğası gereği hasta merkezli olduğu için ancak hastanın faydasına olan çıktılar değer ktedir. Sağlık hizmetlerinde hastanın faydasına olan çıktılar sağlık hizmetlerinde bir katma değeri ifade edilmektedir. Porter (2010 s. 2477), bu hususları göz önüne alan ve sağlık hizmetlerinde değer ölçülmesini sağlayan kavramsal bir model geliştirmiştir. Bu model aşağıdaki şekilde verilmiştir.



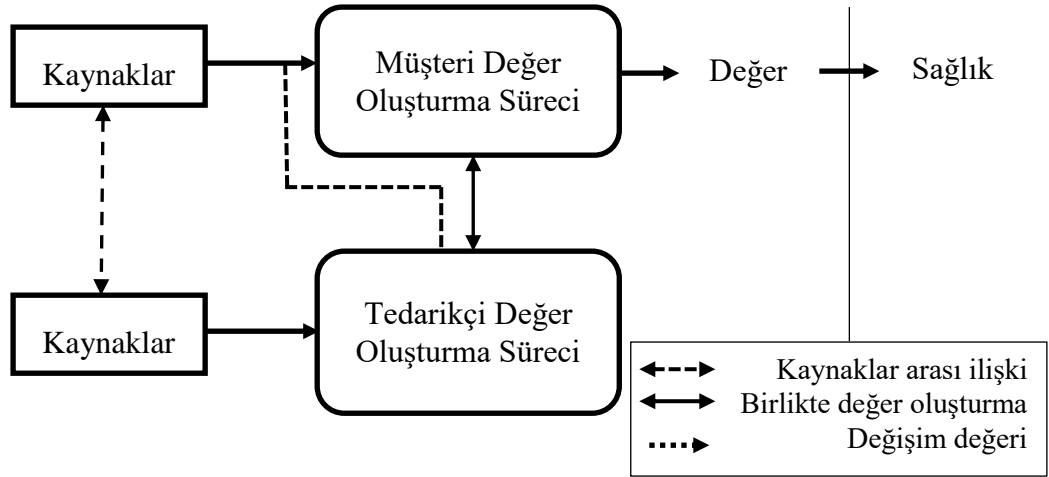
**Şekil 2.7.** Porter'ın Sağlık Hizmetlerinde Değerin Ölçülmesi Modeli

**Kaynak:** (Porter, 2010, s. 2477-2478)

Porter'in çerçevesinde ilk aşamada tedavi öncesi başlangıçtaki sağlık durumunu sağlık çıktılarıyla ilişkilendirmektedir. Bu durum değer oluşturma faaliyetlerinin

gerçekleşmesinde heterojenliğin olduğunu göstermektedir. İkinci aşamada ise yaşam tarzındaki değişiklikler, cerrahi veya hastalık yönetim programı gibi hizmet süreçlerini içerir. Bu süreç, sağlık sonuçlarını etkileyen sağlık göstergeleri olarak modellenmiştir (indicators). Bu göstergelerin kullanılması erken ölçüm açısından avantajlıdır. Modelde, müşteri uyumu (compliance) sağlık sonuçlarını etkileyen son bileşendir (Porter, 2010, s. 2477-2478). Ayrıca sağlık hizmetlerinin başarısı sağlık çıktılarını etkileyen bireyin hizmet sağlayıcılarının talimatlarına uymasına ve davranış değişikliğine bağlıdır (Dellande, vd., 2004, s. 78).

Başka bir model olan ve Grossman (1972) modelinin üzerine inşa edilen sağlık için birlikte değer oluşturma modeli Reijonsaari (2013) tarafından geliştirilmiştir. Grossman'ın orijinal çalışmasında sağlık hizmet sunumunu gerçekleştirenler açısından sağlık hizmetinden elde edilen faydaya odaklanılmaktadır. Orijinal modelde birlikte değer oluşturmada hizmet sağlayıcı ile hastanın etkileşimin göz ardı edilmiştir. Grossman modeli, birlikte değer oluşturulması için etkileşim ve değişim sürecini hesaba katacak şekilde Reijonsaari (2013) tarafından aşağıdaki şekilde gösterildiği gibi genişletilmiştir.



**Şekil 2.8.** Grossman'ın Sağlıkta Birlikte Değer Oluşturma Kavramsal Modeli

**Kaynak:** (Reijonsaari, 2013)

Geliştirilen yeni modelde, müşteri yani hasta, hizmet sunan ile birlikte değeri meydana getiren aktör olarak sürece dahil olacak şekilde güncellenmiştir. Yeni model hizmet baskın mantığının prensiplerini yansıtmaktadır. Değerin değış tokuş edildiği ve birlikte meydana getirildiği varsayılmaktadır (Reijonsaari, 2013, s. 51).

Sağlıkta birlikte değer oluşturma ile ilgili çalışmalar yapmış başka araştırmacı olan McColl-Kennedy vd. (2012, s. 378)'ne göre hastaların birlikte değer oluşturma faaliyetlerinde çeşitli önemli rolleri bulunmaktadır. Bu roller değerın meydana getirilmesi konusunda kritik öneme sahiptir. Söz konusu roller şöyle açıklanmıştır (Rauws, 2018, s. 10-11):

**İşbirliği:** Elde edilen bilgiyi anlayıp kabul etme ve sağlık hizmet sağlayıcıları tarafından verilen tedaviye uymaktır.

**Bilgi harmanlama:** Hastaların günlük edindikleri bilgileri hastalıklarını tedavi etme ve yönetme için derlemesi demektir.

**Takviye tedavi yöntemleri:** Hastaların tedaviyi destekleyici yöntemleri uygulamaları gerekmektedir. Örneğin: egzersiz yapmak, diyet yapmak, yoga yapmak veya meditasyon yapmak.

**Birlikte Öğrenme:** Tedavi süreci veya genel deneyimler hakkında diğer kaynaklardan aktif olarak bilgi araştırmak ve paylaşmak.

**Değişim:** Finansal durumdaki değişiklikler gibi uzun vadeli etki eden değişiklikleri yönetmek, örn. işe döndükten sonra tam zamanlı yerine yarı zamanlı çalışmak.

**İrtibat:** Hastaların kendi arkadaş ve ailelerine bağlı olmayı devam ettirmesi gerekmektedir.

**Birlikte Üretim:** Tedavi programlarının yeniden tasarlanmasına ve sağlık çalışanlarının etkili yönetimine yardımcı olmak.

**Distract Olumlu Düşünme:** Aktif olarak hastaların umudunu korumaları ve olumlu bir tutum içerisinde olmaları konusunda duygu durumunu yönetmelerine yardımcı olmak.

Hasta için birlikte değer oluşturma faaliyetlerinin bir başka çıktısı ise sağlık hizmetlerinin teknik kalitesinin ve işlevselliğinin artışını sağlamasıdır. Böylelikle faaliyetler sonucunda elde edilen değer aynı zamanda esas amaç olan hasta iyi oluşunu olumlu yönde etkileyebilir (Zhao, vd., 2015, s. 73).

Birçok araştırmacı hastaların birlikte değer oluşturma stillerine veya modellerine odaklanmıştır (örn: Nambisan ve Nambisan, 2009; Elg, vd., 2012; McColl-Kennedy,

vd., 2012). Sağlık sisteminde değer oluşturma homojen bir yapıya sahip değildir. Çünkü hastaların üstlendikleri roller çeşitlilik göstermektedir (Nambisan ve Nambisan, 2009; McColl-Kennedy vd., 2012). Ayrıca tüm hastalar birlikte değer oluşturmaya katılmaya istekli değildir (McColl-Kennedy vd., 2012). Çünkü değer oluşturma faaliyetinde hastaların daha fazla çaba sarfetmesi gereklidir (Etgar M., 2014, s. 128).

**Tablo 2.6.** Hasta için birlikte değer oluşturma literatür çalışması

Yazar(lar)	Araştırma Etki Alanı	Araştırma Sonucu
Fallowfield, vd., (1990)	Hasta için birlikte değer oluşturma etkileri	Randomize klinik çalışmalara katılmayı seçen hastalar, ameliyatlardan sonra daha az kaygı ve depresyon yaşadığı tespit edilmiştir.
Badcott, (2005)	Hasta için birlikte değer oluşturma özellikleri	Pasif hastadan aktif hasta rolüne geçiş ve sağlık profesyonellerinin kolaylaştırıcı davranışları bir sonuç olarak bulunmuştur.
Martin, vd., (2005)	Hasta için birlikte değer oluşturma etkileri	Hasta için birlikte değer oluşturma uygulamaları, hasta bağlılığını ve memnuniyetini artırır ve ayrıca sağlık hizmeti sonuçlarını iyileştirebilir.
Frost ve Massagli, (2008)	Çevrimiçi hasta topluluğunda bilgi paylaşımı modeli	Çevrimiçi hasta topluluğunda bulunan hastalar, benzer problemleri yaşanan hastalarla iletişim kurarak hastalıklarıyla ilgili tecrübelerini paylaşırlar ve güçlü dostluklar kurarlar.
Neander ve Skott, (2008)	Mükemmel değer oluşturanların özellikleri	Mükemmel değer oluşturanmaya katılan mükemmel sağlık profesyonelleri şu özelliklere sahiptir; normal, arkadaş canlısı, bilgili ve hata kabul edebilen.
Nambisan ve Nambisan, (2009)	Hasta için birlikte değer oluşturma modeli	Dörtlü birlikte değer oluşturma modeli: ortaklık, nüfuz etme, açık kaynak ve destek grubu modelleri
Ostrom A., vd., (2010)	Hasta Değeri Modeli	Çalışma sonucunda üç boyutlu hasta değeri birlikte değer oluşturma modeli: hasta katılımı, hasta eğitimi ve hasta kontrolü ortaya konmuştur.
Gill, vd, (2011)	Hasta için birlikte değer oluşturma etkileri	Sağlık hizmeti geliştirmede hasta için birlikte değer oluşturulması, hizmetlerin etkinliğini ve kalitesini iyileştirebilir.
McColl-Kennedy vd., (2012)	Hasta için birlikte değer oluşturmaya ait uygulama stilleri	Beşli hasta birlikte değer oluşturma modeli: ekip yönetimi, bağımsız denetim, ortaklık, pragmatik uyum ve pasif uyum.
Elg vd., (2012)	Sağlık hizmeti geliştirmede hasta için birlikte değer oluşturma süreci	Hasta için birlikte değer oluşturma gelişiminin ana adımları hazırlık, yürütme ve öğrenmeyi içerir. Sağlık hizmeti sunucuları, hastaların fikir ve düşüncelerini elde ederek, raporları özetleyerek ve deneyimlerini anlatarak hastalardan bilgi edinebilirler.

**Kaynak:** (Zhao, vd., 2015, s. 75)

## 2.7. Hasta Güçlendirme Kavramı

Geçtiğimiz yüzyıllarda sağlık kuruluşları, etkinlik ve verimlilik konusunda iyileştirmeler yapmayı hedef olarak görürken son yıllarda sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğine odaklanmaktadır. Aynı zamanda sağlık kuruluşları, sürdürülebilirliğin gerçekleştirilebilmesi için hasta merkezli bir anlayış benimseyerek sağlık hizmetlerinde hastanın aktif katılımını sağlamaya odaklanmaktadır (Russo vd., 2019: 2). Ayrıca yaşlanan nüfus, kronik hastalıkların artması ve hasta güvenliği gibi problemler ülkelerin üstlendikleri yükleri artırmaktadır. Bu durum sağlık alanında çeşitli aksiyonların alınmasını zorunlu kılmaktadır (Kaya ve Köşgeroğlu, 2020: 45).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 yılında belirlemiş olduğu "2020 Sağlık Hedefleri" içerisinde sağlık hizmetlerinden memnuniyeti, sağlık sistemi performansını ve sağlık hizmetlerinin sonuçlarını iyileştirmek maksadıyla hasta merkezli bir sağlık hizmetinin gerekliliğine ve bu doğrultuda hasta güçlendirmenin önemine vurgu yapılmaktadır (WHO, 2013: 86). Uluslararası düzeyde önem kazanan hasta güçlendirme kavramı karmaşık ve paradoksal bir yapıya sahiptir. Mikro, mezo ve makro gibi farklı düzeylerde değerlendirmeleri bulunan hasta güçlendirme kavramı, psikoloji, sosyoloji, hemşirelik ve sosyal hizmet gibi alanlarda kullanılmaktadır. Bundan dolayı tanımlamaların her biri farklı vurgulara sahiptir (Barr, 2015: 2).

Literatürde, hasta güçlendirme yalnızca bir durumun varlığı olarak ele alınmamıştır; aynı zamanda bir süreç ve felsefe olarak da tanımlanmış ve tartışılmıştır (Loukanova, 2007: 281). Örneğin Gibson (1991), hasta güçlendirmeyi şu şekilde tanımlar: "*İnsanların kendi kişisel ihtiyaçlarını karşılama, kendi sorunlarını çözme ve kendi hayatlarına dair kararlarda kontrol sahibi olabilmeyi hissetmeleri için gerekli kaynakları seferber etme, yeteneklerini tanıma ve geliştirmeyi kapsayan sosyal bir süreçtir.*" (Loukanova, 2007: 281).

Anderson ve Funnell (2010), hasta güçlendirmeyi, sağlık çalışanlarının hastaların eleştirel düşüncelerini, bireysel sağlık kararlarını almalarını ve hastalıkların durumunu olumlu yönde etkilemelerini teşvik etmek için özerk bir şekilde hareket etmelerini kapsayan bir süreç olarak belirtmişlerdir (Anderson ve Funnell, 2010: 277).

Hasta güçlendirmeyle ilgili literatürdeki tanımlamalar ve referanslar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 2.7.** Hasta güçlendirme tanımlamaları ve referans bilgileri

Yazar(lar)	Tanım
Rodwell, (1996)	İnsanların hayatlarını belli bir oranda kontrol etmelerini ve süreçle ilgili karar vermelerini sağlayan ilişkisel bir süreçtir.
O’Cathain, vd., (2005)	Güçlendirme, hastaların sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olmalarını sağlar.
Bulsara, vd., (2006)	Kronik hastalığı olan hastaların hastalıklarını kabul etme ve kontrol duygusunu yeniden kazanmak için spesifik baş etme stratejileri geliştirme ve kullanma kapasitesidir.
Aujoulat, vd., (2007)	Hasta güçlendirme, sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki iletişim ve eğitim sürecidir. Bu süreçte kişisel dönüşüm süreci olarak görülen bilgi, değerler ve güç paylaşılır.
McAllister, vd., (2012)	Güçlendirme, hastaları kendi sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olmalarını sağlayarak kendi durumlarını olumlu yönde etkileyen avantajlar sağlayan bir bakış açısıdır.
Small, vd.,(2013)	Hastalıkla ilgili bilgiler üzerinden sağlık uzmanlarıyla hastaların birbirleriyle bilgi paylaşımına dayanan bir süreçtir. Bu süreçte hastanın kontrol duygularını, öz yeterliliğini, olumsuz durumlarla baş etme yeteneklerini geliştirme amaçlanmaktadır.
Wentzer ve Bygholm, (2013)	Sağlık hizmet sunucularının, hastaların bilinçli kararlar vermek için gerekli bilgileri edinmelerine yardımcı olduğu ve sonunda hastanın kendi hastalığının yönetiminden sorumlu olduğu işbirlikçi bir yaklaşım.
Kaldoudi ve Makris, (2015)	Hasta güçlendirme, hastaların farkındalığına, özgüvenine, katılımına ve kontrolüne dayanan bilişsel bir süreç olarak tasvir edilebilir.
Prigge, vd., (2015)	Spesifik olarak hasta güçlendirme, hastaların hastalıklarıyla aktif olarak başa çıkma amacıyla bireysel özerklik ve yeterlilik ihtiyaçlarına dayalı olarak sağlık hizmet sunucularıyla belirlenen bir dizi davranışları içeren popüler bir kavramdır.
Palumbo, (2017)	Hasta katılımını teşvik eden ve hastaların birlikte değer oluşturmaya katkıda bulunmasını sağlayan bir süreçtir.

**Kaynak:** (Cerezo, vd., 2016)

Hastaların etkin rol üstlendikleri bu süreç ile ilgili birçok araştırmacı, hastaların aktivasyon düzeylerini iyileştirmek için tedavi seçenekleri hakkındaki bilgilerini artırmalarının ve sağlık durumlarını yönetmek için gerekli becerileri edinmelerinin gerekliliğini belirtmektedir (Hibbard, 2004: 1021). Castro (2016) hasta güçlendirme ile ilgili yakın zamanda yaptığı bir çalışmada ortaya koyduğu bir kavram analizinde,

hastaların kendileri için önemli olarak tanımladıkları konular üzerinde daha fazla bilgi sahibi olmalarının önemine vurgu yapmıştır. Ayrıca hasta güçlendirme süreci ile hastaların kendi hastalıkları ile baş edebilme konusundaki becerilerini artırarak bireysel sağlıkları üzerinde olumlu etkide bulunabileceğini ifade etmiştir (Castro, 2016: 1927).

1986 yılında imzalanan Ottawa Sözleşmesiyle “sağlığın teşviki, insanların sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve iyileştirmelerini sağlama süreci” olan hasta güçlendirme kavramı, sağlık sektöründeki önemini iyice hissettirmeye başlamıştır (Schulz ve Nakamoto, 2013, s. 4). Hasta güçlendirme, genel olarak sağlık sisteminin sunumunu rasyonelleştirmek ve sürdürülebilirliğini sağlamak için bir araç olmaktadır. Dolayısıyla hasta güçlendirme, sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesi, hizmetlerin kullanıcıların artan beklentilerine daha duyarlı hale getirilmesi ve sağlık hizmeti sunumunun maliyetlerinin düşürülmesi gibi çeşitli zorlu hedeflere ulaşılmasını teşvik etmektedir (Adinolfi, 2016: 118).

Hasta güçlendirmesiyle birlikte bazı kavramlar önemli rol üstlenmektedir. Bunlardan en önemlileri olan sağlıklı yaşam biçimindeki hastaların göstermiş oldukları katılım davranışları ve sağlık okuryazarlığı gibi kavramlardır. Temel amaç ise hastaların iyi oluşlarını sağlayacak davranış değişikliğine odaklanmaktadır (Yılmaz vd., 2020: 99).

Dünyada yaşlı nüfus oranının giderek arttığı ve 2019 ile 2050 yılları arasında yaşlı nüfusun diğer yaş gruplarına göre iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir. 2050 yılında tüm dünyada 65 ve üzeri insanların sayısının 1,5 milyara ulaşması beklenilmektedir (United Nations, 2019: 16). Söz konusu durumun bir benzeri Türkiye’de de görülmektedir. Türkiye’de doğumda beklenen yaşam süresindeki artışla (Doğan ve Tatlı, 2014) birlikte toplam nüfus içerisindeki yaşlı oranında gün geçtikçe artan bir eğilim görülmektedir (TUİK, 2019).

Toplumun giderek yaşlanması göz önüne alındığında, kronik hastalıklar şüphesiz artacak ve sağlık sistemi üzerinde daha da fazla baskı oluşturacaktır (Aydemir ve Yaşar, 2020: 105; Stremersch, 2008). Bununla birlikte bireylerin sağlıklarını yönetmek için paydaşlarla işbirliği yapması sağlık sistemi üzerindeki yükü azaltabilir (McColl-Kennedy, 2017a: 55).

Bununla birlikte, hasta güçlendirmenin faydaları, hastaların muzdarip olduğu hastalığın türüne bağlı olarak büyük ölçüde değişebilir (Stremersch, 2008; Tattersall, 2011). Spesifik olarak, hasta güçlendirmenin kronik hastalıklarda (yani, üç ay veya daha uzun süre devam eden hastalıklar, özellikle akut hastalıklarla karşılaştırıldığında daha etkili olduğu ve hastaların kronik hastalıklara karşı direncini arttırdığı söylenebilir. Hasta güçlendirmenin rolünün daha iyi anlaşılması, sağlık hizmeti paydaşlarının hasta güçlendirmeyi daha spesifik ve etkili bir şekilde yönetmesine yardımcı olabilir ve böylece potansiyel faydalarını artırır (Prigge, vd., 2015, s. 375).

Ayrıca Hasta güçlendirme hastalıkların iyileştirilmesinde bireylerin eski sağlıklarına kavuşmasında etkili yöntem olduğu için bireylerin fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal sağlıkları desteklenmektedir (European Patients Forum, 2015: 5). Sağlık hizmetlerindeki uygulamalar, gözle görünür bir şekilde dünya ekonomilerini etkilediği gibi bireylerin günlük yaşamlarındaki iyi oluş durumlarını da etkilemektedir (Berry ve Bendapudi, 2007: 119-120). Sağlık sistemindeki olumlu gelişmeler sonucunda oluşacak olan sağlıklı toplumun sürdürülebilirliğinin sağlanması ile toplumsal iyi oluş sağlanacaktır (Russo vd., 2019: 2).

### **2.7.1. Hasta Güçlendirmenin Temel İlkeleri**

Hasta güçlendirmenin temel ilkeleri gözlem ve mantıksal akıl yürütmeye dayanmaktadır (Anderson ve Funnell, 2010, s. 279). Anderson ve Funnell, (2010) Hasta güçlendirmenin temel ilkelerini aşağıdaki gibi sıralamışlardır:

- Hastalar, kendi hastalık bakımlarının %98'ini sağlarlar.
- Hastanın sağlığı ve iyi oluşu üzerindeki en büyük etki, günlük yaşamlarındaki rutin davranışları sırasında kendi kendine yönetim kararlarının/eylemlerinin sonucunda ortaya çıkmaktadır.
- Hastalık günlük yaşamın her anını etkilediği için hasta karar verme davranışları çok etkilidir.
- Hastalar, günlük yaşamlarında kendi kendine yönetim kararlarını alabilmeleri ve kontrol altında tutabilmeleri dolayısıyla aldıkları bu kararlardan ve bunun sonucunda ortaya çıkan sonuçlardan sorumludurlar.
- Hastalar, ne kadar isteseler de, hastalıklarının öz yönetimi için sahip oldukları kontrol veya sorumluluktan vazgeçemezler.

- Sağlık çalışanları, hastalarının öz bakım kararlarını kontrol edemez ve bu nedenle bundan sorumlu olamaz.

Yazarlara göre sağlık hizmet sunucuları hasta karar verme konusunda destekleyici tavırlar sergilemekten ve ellerinden gelen her şeyi yapmaktan sorumludurlar.

## **2.7.2. Hasta Güçlendirmeye İlişkili Kavramlar**

Sağlık hizmetlerinde hasta güçlendirilme uygulamalarının hasta bakım ve tedavisini etkileme durumu araştıran birçok araştırma söz konusudur. Literatürün gözden geçirilmesine dayanarak, araştırmalarda hasta güçlendirmede yer alan ve birbiriyle bağlantılı kilit boyutlar; bilgi anlama ve kavrayış, sağlık çalışanlarıyla iletişim ve hasta katılımı ve birlikte karar verme şeklinde elde edilmiştir (Bridges, vd., 2008, s. 21).

### **2.7.2.1. Bilgiyi Anlama ve Kavrayış**

Bilgiyi anlama ve kavrayış, bir kişinin herhangi bir yerde (evde, işyerinde, sağlık sisteminde, piyasada, politik alanda) kendisiyle ilgili sağlık kararlarını vermesi için gereken temel sağlık bilgilerini edinme, işleme ve anlama kapasitesi olarak tanımlanabilir (Tartaglione, vd., 2018, s. 155). Bilgiyi anlama ve kavrayış mantığında bireylerin temel sağlık bilgi düzeylerini ve sağlık hizmetlerini elde edebilmesi, çıkabilecek bulguları yorumlaması ve anlaması yetkinliği arzu edilmektedir (Wilson, 2001, s. 5)

Bilgiyi anlama ve kavrayış düzeyi yüksek bireyler; hastalanmadan önce de sağlık hizmetlerinden özellikle koruyucu sağlık hizmetleri türünden faydalanma bilincine sahiptirler ve sağlığın korunmasının sadece sağlık uzmanlarının görevi olmadığını bilincindedirler Bireysel sağlık ve toplum sağlığı için kendilerinin de yapmasının zorunlu olduğu görevler olduğu sorumluluğundadırlar (Tözün ve Sözmen, 2015, s. 51). Örnek olarak; hipertansiyon, diyabet veya kalp hastalıklarının ne tür bir hastalık olduğuna dair sebeplerini, bunların korunup ve önlenmesi için gerekenlerin insanlara ihtiyaç duyacakları bilgilerin ulaştırılmasıdır. Bireylerin bunları anlayabilmesi, bu bilgilere kolayca ulaşabilmeleri sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda hareket etmeleri beklenir (Bilir, 2014, s. 63)

Özetle hasta güçlendirmenin hem bireysel hem de kurumsal anlamda bilgiyi anlama ve kavrayış mantığına dayandığı iddia edilebilir. Palumbo, (2017, s. 65-66)'e

göre, bireysel ve kurumsal bilgiyi anlama ve kavrayış arasındaki kesişme noktasında hasta güçlendirilmesini konumlanmaktadır ve bu iki değişken arasındaki etkileşim hasta güçlendirmenin etkinliğini göstermektedir.

Bilgiyi anlama ve kavrayış, öncelikle sağlığın korunmasında önemli bir rol oynar. Bilgiyi anlama ve kavrayış ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Bilgiyi anlama ve kavrayış düzeyi arttıkça, kişilerin dengeli beslenme, fiziksel aktiviteler yapma, stresten kaçınma gibi konulardaki eğilimleri de olumlu yönde artmaktadır (Sezer, 2012, s. 4).

Hasta bakış açısından değerlendirince bilgiyi anlama ve kavrayış yoluyla edinilen bilgi ve yeterlilik hastalığa karşı direnci arttırmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek için gereken yetenekler aynı zamanda hasta güçlendirmeye yol açmaktadır. Bilgiyi anlama ve kavrayış iyi, kolay anlaşılır bilgilerle başlamaktadır (EPF, 2015, s. 9). Ancak hastanın doğru bilgiyi seçmesi ve doğru şekilde yönetmesi konusunda eğitilmemiş olması olumsuz olabilmektedir (Polese, vd., 2016, s. 390).

#### **2.7.2.2. Hasta Katılımı ve Birlikte Karar Verme**

Hastaları güçlendirme arzusunun temelinde, daha fazla hasta katılımı yönünde bir eğilim söz konusudur. Bu eğilimin temelinde ise genel olarak toplumdaki gelişmeler ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeler yer almaktadır (Tambuyzer, vd., 2014, s. 139).

Hastaların tedavileri üzerindeki kontrolü, hastanın sağlık koşullarını kontrol etme, yönetme ve karar verme yeteneğini gösterir (Polese, vd., 2016, s. 390; Tartaglione, vd., 2018, s. 155).

Hasta katılımı ve birlikte karar verme davranışları; bireyin tedavisi, fiziksel belirtileri, psikososyal etkileri ve yaşam tarzı değişikliklerini, kronik veya akut hastalıklara karşı direnç sağlamak için gerekli olan aksiyonları alabilme ve değişimleri yönetebilme kabiliyetini ifade etmektedir (Barlow, vd., 2002, s. 177-178). Hasta katılımı ve birlikte karar verme boyutu, bireylerin kendi sağlıkları ve iyi oluşları için sosyal, duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak; uzun vadeli durumlarına bakmak ve daha ileri hastalık veya kazaları önlemeye dayalı sağlıklı bir yaşam tarzına götürecek eylemleri içmektedir (Small, vd., 2013, s. 263). Özellikle kronik rahatsızlığı olanlar için hergün bu rahatsızlıkla yaşadıklarından dolayı, bu durumu sağlık profesyonellerinin desteği ile kendi başlarına yönetmeyi ve doğru bakım almak için

sağlık sisteminden faydalanmayı öğrenmek zorundadırlar. Ayrıca katılım davranışının bir unsuru olan kendi kendine yönetim, hasta odaklı bakımın kilit bir unsurudur: kronik hastalıklarda, tedavi çoğunlukla evde ve toplumda hasta tarafından yürütülür ve bu anlamda hastalar zaten "kendi kendini yönetmek ve karar almak zorundadırlar" (EPF, 2015, s. 11).

Hastanın kendi tedavisi sürecindeki kontrolü, katılımı ve karar vermesi, hastanın sağlık koşullarını kontrol etme ve yönetme yeteneğinden oluşmaktadır. Bu, sağlık durumunu ve/veya hastalığının ilerleyişini düzenli olarak kontrol eden hastanın durumunu yansıtır. Sağlık uzmanlarının yaptıkları düzenli sağlık kontrolleri aracılığıyla; hastalar hastalıklarını kontrol etmek ve yönetmek için tavsiye edilenleri uygulama becerileri geliştirilmelidir (Polese, vd., 2016, s. 390).

Sonuç olarak katılım ve karar verme, hastayı kendi başına hastalıklarla savaşıma ikna etmek anlamına gelmez. Bu boyut, her bir bireyin kişisel ihtiyaç ve tercihlerine göre uygun destek ve araçları sağlayan bütünsel bir yaklaşımdır (EPF, 2015, s. 9). Ortak karar verme ise hastaların ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının sağlıklı ilgili kararları birlikte almasına olanak tanıyan işbirlikçi bir yaklaşım anlamına gelmektedir (Small, vd., 2013).

### **2.7.2.3. Sağlık Çalışanlarıyla İletişim**

Sağlık çalışanlarıyla iletişim, hasta ve sağlık uzmanları olmak üzere iki taraflı mesajların veya bilginin alındığından ve anlaşıldığından emin olmaları gereken karşılıklı ve etkileşimli bir süreçtir (Tartaglione, vd., 2018, s. 154).

Bu süreçte hastalar, hastalık semptomlarını ayrıntılı olarak açıklayabilmeli, düşüncelerini ve tercihlerini ifade edebilmeli ve sonunda sağlık uzmanlarından tedavi aşamasıyla ilgili bilgi isteyebilmelidir. Ancak ancak klinisyen-hasta ziyaretleri üzerine yapılan araştırmalar, hastalara hastalıklarıyla ilgili hikayelerini/geçmişlerini anlatmak için genellikle fırsat veya zaman verilmediğini ortaya koymaktadır. Bundan dolayı bazı durumlarda doğru teşhisin konulması ve doğru tedavi uygulanması olanaksızlaşmaktadır (Polese, vd., 2016, s. 390).

Çünkü etkili iletişim olmaksızın ne bireyler yapacakları işlerden haberdar olabilir ne de soruların yanıtlanması, problemlerin çözülmesi, geribildirim sağlanması ya da sonuçların değerlendirilmesi mümkün olabilir (Arslanoğlu, 2019, s. 432).

Araştırmacılar, hasta güçlendirmenin hastaların sadece kendisinden geldiğini nadiren öne sürmüşlerdir. Ancak hastaların bilgi edinerek, kendi kendine yardım topluluklarına katılarak ve kendi sosyal ağlarından destek arayarak kendilerini güçlendirmeleri önerilmektedir. Kabul etmek gerekir ki, sağlık hizmeti sunucularının hastaların güçlendirilmesini kolaylaştırmak gibi bir sorumluluğu vardır. Ancak hastalar, kendi inisiyatifleriyle zaten yetkilendirilmiş olan doktorlarını da ziyaret edebilirler. Bazı araştırmalar, hastaların kendi bilgilerini, sağlık okuryazarlıklarını, iletişim becerilerini ve motivasyonlarını geliştirdikten sonra doktorla iletişim kurduklarında kendilerini daha güvende hissettiklerini bulmuştur. Tüm bu unsurlar, hastanın güçlendirilmesini artıran temel faktörlerdir (Oh ve Lee, 2012, s. 32)

İyi bir iletişim hasta güçlendirme için en önemli unsurlardan biridir. Çünkü hastalık yönetimi için belirtilen hedeflere ancak diyalog, karşılıklı dinleme ve anlama yoluyla ulaşmak mümkündür. Yani hastanın sağlık okuryazarlığı, karar verme sürecine katılımı ve hastalığın kontrolüne yönelik eğitimi ile birlikte sağlık çalışanlarıyla iletişimi hasta güçlendirme açısından hayati öneme sahiptir (Polese, vd., 2016, s. 390).

## **2.8. Hasta Güçlendirme ve Birlikte Değer Oluşturma Arasındaki İlişki**

Sağlık hizmetlerinde değer oluşturma konusunda sağlık hizmet sağlayıcılarıyla birlikte en önemli aktör olarak hasta görölmektedir. Hastayı ortak değer oluşturan olarak kabul etme konusunda hasta güçlendirmenin önemi yadsımamaz bir gerçektir. Hasta güçlendirmenin temel varsayımlarından olan hastanın tedavi sürecine aktif katılımını aynı zamanda birlikte değer oluşturma ile bütünleşmektedir (Tartaglione, vd., 2018, s. 155-156).

Sağlık hizmetlerinde önceki başlıkta ele alınan hasta katılımı son yıllarda kritik önem kazanmıştır. Hastaların tanı konulması aşamasına aktif katılımları, tıbbi yönetim kararlarını ve sonuçlarını iyileştirmede çok önemlidir. Bu sebeple hizmet sağlayıcılarıyla hastaların etkileşimi yoluyla birlikte meydana getirildiği varsayılan değerin hasta katılımıyla elde edileceği söylenebilmektedir. Çünkü birlikte değer oluşturma, hem sağlayıcıdan hem de hastadan gelen kaynakların entegrasyonunu gerektirir. Chandler ve Vargo (2011), tarafından belirtildiği gibi, mikro düzey bağlamda değer, sağlık hizmetlerindeki söz konusu aktörlerden ve bunlar arasındaki hizmet alışverişinden oluşur. Bu nedenle, üstlenen roller, sağlık hizmeti çıktılarını

iyileştirmek için çok önemli olabileceğinden, rollerin belirlenmesi önemlidir (Osei-Frimpong, vd., 2018, s. 16).

Söz konusu çok katmanlı ve karışık görülen durumda, hasta ve sağlık çalışanlarının karşılaşma noktalarındaki etkileşimleri sonucunda kurdukları ortaklık ile hasta güçlendirmenin önemli prensiplerinden olan ayrıntılı bilgi paylaşımı ve hasta karar verme davranışını teşvik etmesi hususları çok önemlidir. Çünkü bu karşılaşma ve ortaklık, birlikte değer oluşturmayı olumlu yönde etkilemektedir (Hausman, 2004, s. 407). Ayrıca bilgi paylaşımında önemli faktörlerden biri olan bilgiyi anlama ve kavrayışın geliştirilmesi hayati bir öneme sahip olduğu için bu kavramın önemsenmesi gerekmektedir (Ayers ve Kronenfeld, 2007, s. 328).

Sağlık hizmetlerinde birlikte değer oluşturma temel olarak Vargo ve Lucsh'ın (2004) geliştirmiş olduğu hizmet baskın mantığına dayanmaktadır. Hizmet Baskın mantığına göre üreticilerin ve tüketicilerin değer oluşturmadaki rolleri farklı değildir. Yani değer, kaynakların entegrasyonu ve aktörlerin etkileşimi yoluyla her zaman birlikte meydana getirilir. Hizmet baskın mantığına göre, hem teorik hem de yönetsel bağlamda mükemmel bir hizmet sunumu ve çıktısı ancak birlikte değer oluşturmayla mümkündür. Ayrıca hizmet baskın mantık, sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi ve verimliliğin elde edilmesi için tüm paydaşların aktif katılımını ön görmektedir (Polese, vd., 2016, s. 390). Zanetti ve Taylor'a (2016) göre, birlikte değer oluşturma, sağlık hizmet maliyetlerini düşürürken hastalar için hizmeti iyileştirme fırsatını sunmaktadır.

Birlikte değer oluşturma yaklaşımı kullanıldığında hasta güçlendirme, hastalar ve sağlık hizmet sunucuları arasındaki etkileşimin sağlanmasını ve ortak sorumluluğunu ifade etmektedir. Hasta güçlendirmesinde hastalar doktorlara saygı duyar ve bundan dolayı doktorların sağlıklı karar vermesine yardımcı olurlar. Birlikte değer oluşturma perspektifinde hastaların karar vermesine yardımcı olunarak işbirliği teşvik edilmelidir. Hasta ortaklığı ile karşılıklı anlayışın hızlı teşhise neden olduğu için uyulması daha muhtemel tedavi seçeneklerinin müzakere edilmesini sağlamaktadır (Polese, vd., 2016, s. 390).

## **2.9. İyi Oluş Kavramı**

İyi oluş (well-being), bir bireyin veya grubun psikolojik, fiziksel, sosyal veya ekonomik durumu gibi çeşitli bağlamlardaki durumunu ifade eden genel bir terimdir ve önemi giderek daha fazla tanınmaktadır (Lee ve Ahn, 2016, s. 19). İyi oluş, iyi bir

yaşamın amacı veya iyi bir yaşam sürmenin yolu olarak görülebilir. Aristoteles, iyi oluşu mutlu olmanın bir parçası ve hayatın en büyük ödülü olarak kabul etmiştir. Aristoteles'e göre iyi oluş bir araçtan ziyade bir amaçtır, çünkü onun tamamlanması o kadar sarhoş ediciydi ki, İyi oluş sonraki tüm arzu ve motivasyonları susturmuştur. Alternatif bakış açısı olarak, bireyin üretken ve etik bir vatandaş olma motivasyonunu koruyarak, hayatın sonundaki meşhur havuç olarak bilinen iyi oluşu gösterir. O halde iyi oluş, iyi yaşanmış bir hayatın ödülüdür. İyi oluş bir amaca giden yol olarak gösterilebilir. Burada hayatın amacı, tatmin edici, üretken ve sağlıklı bir şekilde yaşamaktır. İyi oluş, bireyleri hayattaki kaderleriyle yetinmek yerine yapıcı bir şekilde oluşturmaya, üretmeye ve topluluklarına katılmaya sevk edebilir (Bornstein, vd., 2003, s. 485).

İyi oluş, iyi oluş hali, iyilik hali olarak da kullanılan orijinal hali well-being olan terim; tanım olarak geniş bir yapıdadır ve birçok disiplinde yapılan çalışmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Birçok bakış açısıyla incelenen ve çok boyutlu olan iyi oluş kavramı için tek bir tanım yapmak oldukça güçtür. Genel bir kavram olarak ifade edilen iyi oluş, bir birey ya da grubun fiziksel, psikolojik, sosyal ya da ekonomik durumları gibi çeşitli anlamlardaki durumlarını açıklamaktadır (Malhotra, 2006, s. 77; Diener, 2009, s. 4). İyi oluş kavramı bireylerin kendi hayatlarını nasıl algıladıkları ile ulaşılan öznel bir veridir. Neşeden çökkünlüğe doğru değişen duygular ve yaşam doyumuna dair genel yargılarla ifade edilmektedir (Keyes, 2002, s. 208).

Uluslararası literatüre göre optimal iyi oluş, bireylerin genel durumunu birkaç yönden etkilemektedir. İyi oluşun etkilediği etmenler, fiziksel ve duygusal sağlık, mali durum ve sosyal etkileşimleri içermektedir (Halbreich, 2021, s. 1).

Myers vd. (2000), iyi oluş halini 'bireyin sosyal ve doğal çevrede tam fonksiyonel olarak yaşaması için zihnin, bedeninin ve ruhunun birleştiği optimal sağlık yönelimli bir yaşam biçimi ve iyi olma durumu' olarak tanımlamaktadırlar (Akt: Çağır ve Gürçan, 2010, s. 74).

İyi oluş, "optimal psikolojik işlevsellik ve deneyim" anlamına gelmektedir. İyi oluş, psikoloji araştırmalarında popüler bir kavramdır ve insan yaşamının önemli bir parçasıdır (Akın, 2012, s. 405). Diener ve Seligman (2004), politikalara yönelik kararlar alınırken örgütlerde iyi oluşun dikkate alınması gerektiğine işaret etmektedir. İyi oluş, insanların yaşamı üzerindeki etkisi nedeniyle önemlidir. Örneğin, Diener ve

Seligman (2004) insanların yaşamlarının farklı alanlarında daha yüksek iyi oluşun avantajlarını belirtmektedir. Bu alanlar toplum (örneğin, daha iyi demokratik yönetişim), iş (örneğin, daha iyi örgütsel vatandaşlık, daha memnun müşteriler), fiziksel sağlık (örneğin, daha uzun ömür), zihinsel bozukluklar (örneğin, daha düşük psikopatoloji) ve sosyal ilişkilere (örneğin, artan arkadaş sayısı ve sosyal destek). Benzer şekilde, iyi oluş hali daha iyi sağlık ve uzun ömür ile sonuçlanmaktadır. Bu nedenle, bireylerin iyi oluşunu artıran faktörlerin belirlenmesi toplumlara önemli bir katkıdır (Ed ve Chan, 2011, s. 1).

İyi oluşu Ardell (1977), gelişmiş bir fiziksel, psikolojik ve ruhsal sağlık hali için bilinçli ve kararlı bir yaklaşım biçiminde tanımlamıştır. Adams vd. (1997), ise iyi oluşu, kişinin fiziksel, manevi, psikolojik, sosyal, duygusal ve entelektüel boyutlarının tutarlı ve dengeli gelişimine izin veren bir yaşam biçimi olarak tanımlamıştır. İyi oluş çok boyutlu bir konsept içerir, fakat ilk belirtisi kendini mutlu hissetme, yaşam memnuniyeti ve özsaygıda artış gibi duygulardaki pozitif değişimlerdir. İyi oluş olmadığında ise kişi sıkıntılı hissetme, depresyon, ümitsizlik ve kızgınlık gibi duygular hisseder. İyi oluşun pozitif etkisi ise coşku, enerji ve mutluluktur (Bal, 2008, s. 162-163). İyi oluş, Ryff ve Singer (2008)'a göre sadece hastalığın olmaması değil, kişinin pozitif olmasıdır.

Schimmack vd. (2008), iyi oluşu, duygusal ve bilişsel ölçümlerle ölçülebilen tercihlerin gerçekleşmesi olarak tanımlamıştır. Çalışmasında, iyi oluşun bilişsel ölçümleri ile psikolojik anlamda bir iyilik hali olarak dört madde (mutlu, üzgün, kızgın ve korkmuş) arasındaki benzerlikleri ve farklılıkları incelemiştir.

Summer (1996), iyi oluşun nesnel ve öznel tanımları arasında bir ayrım yapmıştır. Bu ayrım, bireylerin iyi oluşunu değerlendirmek için kullanılan kriterlerin seçim sürecine dayanmaktadır. Objektif tanımlar, kriterlerin bireyin kendi tercihlerine, ilgi alanlarına, ideallerine, değerlerine ve tutumlarına atıfta bulunmadan tanımlanabileceğini varsayarken, öznel tanımlar bireylerin tercihlerinin, ilgilerinin, ideallerinin, değerlerinin ve tutumlarının önemli olmasını gerektirir (Haq ve Zia, 2008, s. 853).

## 2.10. İyi Oluş Teorileri

Felsefeciler, iyi oluşun ya da iyi bir yaşam sürmenin farklı yolları olduğunu belirtmişlerdir. Waterman (1981) ve Ryff (1989) iyi oluşu, hedonik ve eudaimonik yaklaşım olarak bir ayrıma tabi tutmuşlardır. İyi oluşa dair geliştirilen iki farklı bakış açısı odan hedonik iyi oluş ve eudaimonik iyi oluş aşağıdaki başlıklarda ele alınmıştır.

### 2.10.1. Hedonik İyi Oluş Bakış Açısı

İyi oluş, iki temel perspektiften türetilen karmaşık bir yapıdır. Söz konusu temel perspektifler; hedonik ve eudaimonik bakış açılarıdır. İyi oluşun hedonik yönü, yaşam kalitesini etkileyen duyuşal zevk ve mutluluk kavramına dayanmaktadır. Hedonik iyi oluş kavramına göre, birey olumlu duygulara sahip olduğunda ve yaşamdan memnuniyet duyduğunda mutluluğu deneyimleyebilmektedir (Sharma, vd., 2017, s. 398).

İyi oluşu, hedonik zevk veya mutlulukla eşitlemenin uzun bir geçmişi vardır. M.Ö. dördüncü yüzyıldan kalma bir Yunan filozofu olan Aristippus, yaşamın amacının maksimum miktarda zevki deneyimlemek olduğunu ve mutluluğun kişinin hedonik anlarının toplamı olduğunu öğretmiştir. Onun erken dönem felsefi hedonizmini başkaları izlemiştir. Hobbes, mutluluğun insan iştahımızın başarılı bir şekilde aranmasında yattığını savunmuş ve DeSade, duyum ve zevk arayışının yaşamın nihai hedefi olduğuna inanmıştır. Bentham gibi faydacı filozoflar, iyi toplumun inşa edilmesinin bireylerin zevk ve kişisel çıkarlarını en üst düzeye çıkarmaya çalışmaları yoluyla olduğunu savunmuşlardır. Bir iyi oluş görüşü olarak hazcılık, bu nedenle birçok biçimde ifade edilmiş ve bedensel zevklere nispeten dar bir odaklanmadan, iştah ve kişisel çıkarlara geniş bir odaklanmaya kadar değişim göstermiştir (Ryan ve Deci, 2001, s. 145-146; Dolunay, 2020, s. 2).

Bireyler mutlu olmak için kendilerine haz verecek eylemlere yönelmektedirler. Felsefi olarak hedonizm, ekonomik olarak ise en az çaba ile maksimum tatmin elde etmektir. İnsanlar tüketimde bireyler haz almayı, yaşamın bir parçası olarak görmektedirler. İhtiyaçlarını karşılamak için tüketmekten ziyade haz duygularını tatmin etmek için tüketime başvurmaktadır (Gürbüz, 2021, s. 35).

Hedonik tüketim (hedonic consumption); tüketicinin neyi gerçek olarak bildiğinden ziyade gerçeğin nasıl olmasını istediğine bağlıdır. Hedonist tüketimde,

ürünlerin sembolik boyutları ön plandadır ve tüketilmelerinde, tüketici yönünden önemli bir zihinsel çaba gerektiği söylenebilir (Odabaşı, 2006, s. 116-117).

Felsefeciler, iyi oluşun ya da iyi bir yaşam sürmenin farklı yolları olduğunu belirtmişlerdir. Waterman (1981) ve Ryff (1989) iyi oluşu, hedonik ve eudaimonik yaklaşım olarak bir ayrıma tabi tutmuşlardır. Hedonik yaklaşım (öznel iyi oluş); zevk ve yaşam memnuniyeti üzerine odaklanmaktadır.

Hedonia ve Eudaimonia arasındaki ayrımın kanıtı uzun bir teorik tarihe dayanmaktadır. Felsefi metinlerden başlayarak, hümanistlerin, psikanalistlerin ve psikoloji araştırmacılarının yazılarında süre gelen ve en az 2500 yıl boyunca iyi oluş tartışmalarına egemen olmuştur. Eudaimonia terimi, MÖ 4. yüzyılda Aristoteles tarafından popüler hale getirilmiştir. Nicomachean Ethics adlı makalesinde, hedonik-eudaimonik ayrımı hakkında uzun uzadıya yazılar yazan ilk kişiydi. Aristoteles, hedonik arayışları reddederek, onları aşağılık hayvanların davranışlarıyla eşitlemiş ve iyi bir yaşamın, erdem ve akla uygun eylem olan eudaimonia olarak tanımlanması gerektiğini savunmuştur. Aristoteles genellikle M.Ö. 4. yüzyılda yaşayan ve perspektifi özellikle hedonik yönde olan Aristippus ile karşılaştırılır. Aristippus, zevkin veya acının nasıl üretildiğine bakılmaksızın, zevkin hayattaki tek iyi olduğunu ve acının tek kötü olduğunu öğretmiştir. Tarih boyunca çeşitli filozoflar ya hedonik görüşten ya da eudaimonik görüşten yana olmuşlardır. Çalışmaları hedonik ilkelerle daha uyumlu olan filozoflar arasında Hobbes, Bentham ve yakın zamanda Onfray (2013) bulunmaktadır. Çalışmaları eudaimonik ilkelerle daha uyumlu olan filozoflar arasında Platon, Zeno of Citium, Marcus Aurelius, Kant ve son zamanlarda Annas (1993), Kraut (2007), Norton (1976) ve Tiberius (2013) yer almaktadır. Psikanalistlerin, hümanistlerin ve erken dönem psikologların yazılarında, bir yanda Freud'un (1920) haz ilkesi ile Jung'un (1933) bireyleşmesi, Maslow'un (1970) kendini gerçekleştirme ve Allport'un (1955) olgunluk ilkesi arasındaki ayrım görülmektedir (Huta, 2015, s. 3).

Hedonik iyi oluş kavramının en yaygın kullanılan kavramsallaştırması Diener ve Emmons, (1984)'in "olumlu etki" ve "olumsuz etki" arasındaki denge ile yaşam doyumundan oluşan öznel iyi oluş modelidir. Hedonik bakış açısı geniş bir kabul görmesine rağmen, bazı araştırmacılar zevk ve hayatın tadını çıkarmak yani hedonia

biçimindeki öznel iyi oluşun, iyi oluşu anlamının tek yolu olmadığını ve iyi oluş anlayışının genişletilmesi gerektiğini savunmuşlardır (Ryan ve Deci, 2001, s.144).

### **2.10.2. Eudaimonik İyi Oluş (İşlevsellik) Bakış Açısı**

Eudaimonia (eudaimonik iyi oluş) üzerinde yapılan araştırmalar Aristoteles'in zevk ve iyi yaşam arasındaki yaptığı ayırmadan yararlanmaktadır. Aristoteles "iyi bir hayatı, erdem veya mükemmellik doğrultusunda kişinin sahip olduğu en yüksek potansiyele göre yaşamak olarak tanımlamaktadır" (Disabato, vd., 2016, s. 471). Eudaimonik bakış açısı ya da psikolojik iyi oluş olarak ifade edilen yaklaşım, kişinin potansiyelini gerçekleştirme ve sorumluluklarını yerine getiren bir insan olma yönündeki gelişimine odaklanmaktadır. Eudaimonik bakış açısına göre; birey kendi ilgi alanına uygun şeyleri merak eder, ilgi duyar ve bunlara dâhil olmaktadır (Ryan ve Deci, 2001, s. 143).

Ryff (1989)'e göre eudaimonik iyi oluş, insanların tüm potansiyellerinden yararlanma fırsatını deneyimledikleri takdirde daha iyiye ulaşacakları görüşüne dayanır, bu da onların yaşam amacını deneyimledikleri ve uygun şekilde zorlandıkları anlamına gelir. Bu nedenle, bireyin yeterliliği, özerkliği ve ilişkiliği, eudaimonik iyi oluş için karşılanması ve desteklenmesi gereken temel psikolojik ihtiyaçlar olarak kabul edilmektedir. Bunlar, hizmet sunumunda savunmasız müşteriler arasında genellikle karşılanmayan temel psikolojik ihtiyaçlardır. Yetkinlik, müşterilerin hedeflerini gerçekleştirmede diğerleriyle etkileşime girme ve katılma yeteneklerine olan güvenidir. Özerklik, müşteriler tarafından gerçekleştirilen ve aynı zamanda onlara hedeflerini sahiplenmelerini sağlayan kendi kendini düzenleyen eylemleri yansıtır (Ryan ve Deci, 2000, s. 75). İlişkili olma, saygı duyulması ve diğer önemli kişiler için faydalı olan davranışlarda bulunma duygusudur, yalnızca bireysel faydaların peşinde koşmak için değil, aynı zamanda sosyal uyum için de çabalamak anlamına gelmektedir (Sharma, vd., 2017, s. 398).

İyi oluşa yönelik hedonik yaklaşımlara karşı eudaimonik yaklaşımlar üzerine kuram oluşturmada örtük olan, bu yaklaşımların pozitif psikolojik işlevsellik ile farklı şekilde ilişkili olduğu varsayımdır. Spesifik olarak, eudaimonik teoriler, zevkli olan birçok istenen sonucun birey için mutlaka iyi olmayabileceğini ve bu nedenle iyiliği desteklemeyeceğini iddia eder (Ryan ve Deci, 2001, s. 143-144). Örnek vermek gerekirse, güzel bir restoranda yemek yemek ve bir maraton koşmak, zevk almak ve

zevk deneyimi gibi benzer hedonik nitelikte deneyimler verebilir. Bununla birlikte, bir maraton koşmak, muhtemelen kişisel gelişim, kendini geliştirme ve yetkinlik duyguları için iyi bir restoranda yemek yemekten daha fazla fırsat sağlar ve bu nedenle muhtemelen daha fazla iyi oluş sağlar. Ek olarak, iyi oluşa yönelik geliştirilen eudaimonik yaklaşımlar, birey için doğası gereği iyi olan faaliyetleri iğerdiğinden, muhtemelen uzun vadeli ve kalıcı iyi oluş ile ilişkilidir. Çünkü basit zevklerin deneyiminden elde edilen iyi oluş duygusu muhtemelen kısa vadede yok olur. Destek olarak, araştırmalar, fiziksel zevkin kısa vadede (yani bir gün içinde) yaşam memnuniyeti ile ilişkili olduğunu, ancak uzun vadede (yani birkaç hafta boyunca) etkisini yitireceğini savunmaktadır. Ayrıca, tek bir gün boyunca eudaimonik aktivitenin olumlu etkileri, birkaç gün boyunca sonraki iyilik hali sonuçlarıyla ilişkili olabilmektedir (McMahan ve Estes, 2011, s. 94-95).

Eudaimonia'yı incelemek için üzerinde anlaşmaya varılmış tek bir teori veya metodolojik yaklaşım bulunmamaktadır. Mevcut eudaimonia modelleri çok çeşitlidir, ancak tipik olarak iki yakınsama noktasına sahiptirler: kişisel anlam ve büyümenin bazı bileşenleri ve bir duygulanım bileşeninin açıkça dışlanması (Ryan ve Deci, 2001, s. 145). Eudaimonia'nın en yaygın teorilerinden biri, pozitif işlevselliğe denk gelen psikolojik iyi oluştur (Ryff, vd., 1998, s. 2). Bu teori, eudaimonia'yı belirli bir uyarlanabilir özellikten ziyade geniş bir refah türü olarak kavramsallaştırır. Psikolojik iyi oluşun yönleri, zihinsel sağlığın olumlu tarafına odaklanması da dâhil olmak üzere, tarihsel olarak zengin hümanist-varoluşçu psikoloji literatürlerinden kaynaklanmaktadır. Psikolojik iyi oluş modeli, iyi oluş ve kişilik özellikleri, zihinsel ve fiziksel sağlık, sağlıklı yaşlanma, aile ve mesleki deneyimler ve nörolojik süreçler arasındaki ilişkileri incelemek için kullanılmıştır (Disabato, vd., 2016, s. 472).

Karşıt görüşe sahip olan araştırmacıardan Waterman (1993), iyi oluşu hedonik olarak tanımlanmasına rağmen, eudaimonik iyi kavramının insanları kendi Őeytanlarına veya gerçek benliklerine göre yaşamaya çağırdığını belirtmiştir. Eudaimonia'nın, insanların yaşam aktiviteleri için uyumlu olduğunda veya derinden tutulan değerlerle i ie geçtiğinde ve bütünsel veya tamamen meşgul olduğunda ortaya çıktığını ne sürmektedir.

## 2.11. Müşteri İyi Oluşu

Müşteri iyi oluş kavramı, birçok araştırmacının ilgisini çekmeye başlayan bir kavramdır. Sadece müşteri iyi oluşunu temel alıp bu konuya özel yayın yapan dergiler bulunmaktadır (örn: The Journal of Consumer Research Ekim 2008, the Journal of Macromarketing Kasım 2007 ve the Journal of Public Policy and Marketing, Bahar 2011). İşletme dünyasındaki birçok araştırma pazarlama odaklı çalışma, tüketicinin iyi oluşunu ve yaşam kalitesini destekleyen faktörleri bulmayı amaçlamaktadır (Pancer ve Handelman, 2012, s. 177).

Gelişmiş ülkelerdeki çoğu tüketici için tüketimin temel amacı iyi oluşu elde etmektir. Bu nedenle mal veya hizmet sunumundan beklenen faydanın nihai hedefinin yaşam memnuniyeti olduğu varsayılmaktadır (Ahn, vd., 2016, s. 18). Hizmet sunumundaki temel amaç müşteri beklentilerini karşılayarak onun iyi oluşunu iyileştirmek olmalıdır (Lee, vd., 2002, s. 158).

Müşteri iyi oluşu, özellikle bir bireyin tüketici olarak refahına ve tüketimle ilgili yönleri dikkate alınmanın önemli olduğu fikrine odaklanmaktadır (Ahn, vd., 2016, s. 19). Sirgy vd. (2007), tarafından yapılan kapsamlı bir derlemede, müşteri iyi oluşunun mevcut kavramsallaştırmalarını ve ölçümlerini listelenmiş ve açıklanmıştır. Yazarlar müşteri iyi oluşunun iki alt boyuta ayrılabilceğini gözlemlediler: nesnel ve öznel bileşenler. İlki nesnel bir yaklaşım (yani yaşam maliyeti) alırken, ikincisi öznel bir yaklaşım (yani mallardan memnuniyet) almaktadır. Bununla birlikte, gözden geçirmede listelenen müşteri iyi oluşunun tüm kavramsallaştırmaları ve ölçümleri, müşterinin iyi oluş düzeylerinin genel yaşam kalitesini etkilediğini varsaymaktadır (Ahn, vd., 2016, s. 19).

Leelanuithanit, vd. (1991) ise, müşteri iyi oluş için iki boyut olduğunu ifade etmişlerdir. Bu boyutları içeren modeller aşağıda verilmiştir.

*Müşteri İyi Oluş Kazanım Modeli:* Kazanım modeli, müşteri iyi oluşunun tüketim mal ve hizmetlerinin satın alınmasından duyulan memnuniyetle belirlendiğini varsaymaktadır. Bu modelde müşterinin, gıda, konut, giyim ve aksesuarlar, kişisel bakım, tıbbi bakım, eğlence, ulaşım ve eğitim gibi mal ve hizmet alımını sağladığı alanlardan edinilen deneyimin müşteri için önemli olduğunu vurgulanmaktadır. Modelin ifade ettiği kazanım alanı, tüketim malları ve hizmetlerin sunumundan edinilen deneyimleri kapsamaktadır. Örneğin; yerel mağazalarda bulunan malların

çeşitliliği, kalitesi ve fiyatı; mağazaların çekiciliği; mağaza personelinin nezaketi ve yardımseverliği ve yerel mağazalar tarafından sağlanan satın alma sonrası hizmetler (Lee, vd., 2002, s. 160). Tüketiciler alışverişte çok fazla memnuniyet ve memnuniyetsizlik yaşadıklarından, tüketicilerin yaşam kalitesi alışveriş deneyiminden çok etkilenmektedir (Hawes ve Lumpkin, 1984, s. 202).

*Müşteri İyi Oluş Sahiplik Modeli:* Bir diğer model olan sahiplik modelinde belirli tüketim mallarının mülkiyeti (örneğin: ev, araba, mobilya ve ev aksesuarları) iyi oluşu önemli ölçüde etkilemektedir (Leelanuithanit, vd., 1991).

Müşteri iyi oluşu, bireysel seviyedeki yaşam kalitesinin (quality of life) merkezi bir bileşenidir ve bireylerin yaşamlarının bilişsel ve duygusal değerlendirmelerini ifade etmektedir. Bilişsel bileşen olarak, bireyin yaşam doyumu belirtilirken; duygusal bileşen olarak ise bireyin olumlu ve olumsuz etkiler arasındaki hedonik dengesi gösterilmektedir (Daskalopoulou, 2014, s. 1222). Buna karşılık müşteri iyi oluşu ise, hedonik teoriden gelmekte ve tüketim faaliyetleri yoluyla müşterilerin algıladığı memnuniyet, zevk ve yaşam kalitesine odaklanmaktadır (Waterman, vd., 2008, s. 42).

## **2.12. İyi Oluş Türleri**

İyi oluş ile ilgili çalışmalarda genelde ortaya konan iyi oluş türleri, Öznel İyi Oluş, Psikolojik İyi Oluş, Fiziksel İyi Oluş, Sosyal İyi Oluş ve Finansal İyi Oluştan meydana gelmektedir.

### **2.12.1. Öznel İyi Oluş**

İyi oluş ile ilgili çalışmaların psikolojik iyi oluş ile birlikte en çok odaklandığı iyi oluş türü olan öznel iyi oluş, bireyselliğe ve yaşam kalitesinin geliştirilmesine gösterilen rağbetin bir sonucu olarak ikinci dünya savaşından sonra ilgi görmeye başlamıştır. Öznel iyi oluş, bireyler için iyi yaşamın ne olduğunu araştırma yeteneğini arttıran insancıl yönü ortaya çıkaran bir iyi oluş çeşididir (Telef, 2013, s. 374).

Öznel iyi oluş, bilişsel ve duygusal bileşenler ile olumlu ruh sağlığından oluşan öznel tatmin durumu olarak tanımlanmaktadır (Deiner, 2001, s. 34). Ayrıca öznel iyi oluş, bireyin kendi yaşamını değerlendirmesi ve yargılarda bulunması anlamına gelmektedir. Öznel iyi oluşun üç önemli unsuru vardır. Olumlu duygulanım, olumsuz duygulanım ve yaşam doyumu bu unsurları oluşturmaktadır. Olumlu duygulanım; güven, ilgi, umut, heyecan, gurur, neşe gibi duygular; Olumsuz duygu, öfke, nefret, suçluluk, üzüntü gibi olumsuz duygulara işaret eden öznel stres ve memnuniyetsizliği

içerir. Yaşam doyumu boyutu ise öznel iyi oluşun bilişsel bileşenidir. Bireylere ait yaşam, çeşitli alanlarındaki memnuniyet değerlendirmelerini yansıtmaktadır. Bir kişi daha zevkli deneyimler yaşar ve olumsuz deneyimleri daha az deneyimlerse yüksek iyi oluş düzeyine sahip olmaktadır. Özetle öznel iyi oluş, kişinin yaşamını bilişsel ve duygusal bakımdan öznel olarak ele alması ve değerlendirmesidir (Myers ve Diener, 1995, s. 10-11).

Öznel iyi oluşu açıklayan birkaç kuram geliştirilmiştir. Bu kuramlar şunlardır (Eryılmaz, 2009, s. 976-977);

**Uyum kuramı:** Brickman, vd.'nin (1978) geliştirdiği uyum kuramı, bireyin geçmiş deneyimleri onun karşılaştırma kriteri olarak ele alınmaktadır. Örneğin, bir bireyin şu anki yaşam standardı geçmiş yaşam standardına göre iyi durumdayda mutlu olacağı söylenebilir. Fakat, uyum kuramına göre olayların duyguları uyandırma kabiliyetinin zaman geçtikçe azalacağını da varsayılmaktadır. Örnek vermek gerekirse, bir kişi terfi gibi hayatında olumlu bir durumla karşılaşarsa, uyum kuramına göre, bu kişinin bir önceki yaşam koşullarını iyileştireceği için, öznel iyi oluşunda bir artış yaşanacağını öne sürülmektedir. Ne varki uyum kuramı, vakit geçtikçe terfinin yeni bir standart haline geleceğini, böylece bireyin iyi oluş duygusunu uyandırma gücünü kaybedeceğini belirtmektedir. Bu şekilde bireyler, hayat koşullarındaki son değişikliklerin, bireyin yaşam standartlarını yeni koşullara alışmadan önce, bireyin öznel iyi oluşunu geçici olarak artırma sürecini tanımlayan “haz çarkı” olarak isimlendirilir. Dolayısıyla, uyum kuramına göre, olaylar ve koşullar sadece kısa vadede önemlidir, ama mizaç iyi oluş üzerinde uzun vadeli önemli bir etken olarak ele alınır (Gencer, 2018, s. 2626).

**Sabit Nokta Kuramı:** Sabit nokta kuramına göre, bireylerin mutlu oldukları sabit bir düzey bulunmaktadır. Bireylerin mutlulukları uzun süreli ele alındığı takdirde mutluluk seviyelerinde bir kararlılığın olduğu söylenebilir. Bu kararlılığa yol açan en önemli belirleyici ise genetik faktörlerdir. Genetik anlamda bireyin mutluluğunda çok az değişiklikler meydana gelmektedir. Bireysel mutluluk düzeylerinde çeşitli dalgalanmalar yaşansa da tekrardan zamanla sabit bir noktaya dönecektir (Eryılmaz, 2009, s. 976-977).

**Erek (Telic) Kuramı:** Öznel iyi oluşun erek kuramları, bireylerin bir amaç veya ihtiyaç gibi belirli bir nihai aşamaya ulaştıklarında mutluluğu elde edeceğini ifade

etmektedir. Bu kuramlarda tartışılan nokta, belirli nihai aşamanın neleri içerdiğidir. Örneğin, geçmişte filozoflar arzuların yerine getirilmesi ile iyi oluşun elde edilip edilmeyeceğini ve ya bazı arzuların iyi oluşun sağlanması için zararlı olup olmadığını sorgulamışlardır. Uzun vadeli neticeler uğruna kısa vadeli bir arzuyu tatmin etmek akıllıca bir davranıl mıdır ve bir bireyin arzuları birbiriyle çatışırsa ne gibi durumlar meydana gelir? Başka bir sorgulamada ise bireylerin bir arzuya kavuşmak için çabalamasının mı, istenen arzuya ulaşılmasının gerçekten daha tatmin edici olup olmadığını araştırmışlardır (Gencer, 2018, s. 2624).

***Aşağıdan Yukarıya ve Yukarıdan Aşağıya Kuramları:*** Aşağıdan yukarı kuramına göre mutluluk, yaşam doyumu birçok özel ana sahip olunca elde edilmektedir. Bireyin yaşamına olumlu açıdan bakması için genel ve bütünsel bir eğilim taşıdığı varsayılmaktadır. Kişiliğin, öznel iyi olma halini doğrudan etkilediği ileri sürülmektedir. Bireyler, kişilik özelliklerine bağlı olarak olaylara ve durumlara olumlu ya da olumsuz bir şekilde tepki gösterme eğilimlerini barındırırlar. Aşağıdan yukarı kuramda ise öznel iyi olma, bireyin tutumları mutluluğun odak noktası olarak görülmektedir. Yukarıdan aşağı kuramda bireylerin kendi anlık haz ve acılarını göz önüne alarak kendileri mutlu ya da mutsuz olarak algırlar. Yukarıdan aşağı yaklaşımda iyi oluş bir sebep olarak ifade edilmektedir (Satan, 2014, s. 58).

### **2.12.2. Psikolojik İyi Oluş**

Sağlık araştırmacıları, genellikle depresyon ve anksiyete gibi olumsuz sağlık etmenleri üzerine odaklanmıştır. Ancak sağlığının olumsuz unsurlarının yanında olumlu unsurlarını da inceleme isteği giderek artmaktadır. Söz konusu çalışmalar, iyi oluş ve etmenleri ile ilgili literatürü zenginleştirmiştir (Springer ve Hauser, 2006, s. 1081). İyi oluş çalışmalarını karakterize eden iki araştırma alanı vardır: Birincisi, öznel iyi oluşun arttığı bir ortamda yaşam kalitesini araştırmak için bilimsel eğilimin bir parçası olarak 1950'de başlayan öznel iyi oluş olarak isimlendirilmiştir. İkincisi, psikolojik iyi oluş, 1980'lerde ampirik çalışmalarla başlayan, kişinin kendini gerçekleştirme ve zorluklarla karşılaştığında anlamlı bir yaşam için potansiyellerini vurgulayan daha önceki klinik ve yetişkin gelişim psikolojisi teorileri üzerine kuruludur. Her iki gelenek de insanın iyi yaşamın ne olduğunu inceleme kapasitesini yükselten hümanist değerleri içermektedir (Telef, 2013, s. 374).

Hedonik yaklaşımdan farklı bir yaklaşım olan eudaimonik yaklaşım, iyi oluşu, olumlu ve olumsuz duygu deneyimleri arasındaki dengeyi gözeterek psikolojik iyi oluşu olumlu yönde etkilemektedir. Aynı zamanda psikolojik iyi oluş eudaimonik bakış açısının bir türüdür (Fredrickson, 2013, s. 814). İyi oluşun en önemli ve ayrılmaz etmenlerinden biri olan psikolojik iyi oluşta meydana gelebilecek en küçük bir olumsuzluk kötü sağlığa ve düşük seviyede bir iyi oluşa sebebiyet verecektir (King ve Pennebaker, 1998, s. 54).

Psikolojik iyi oluşun her fırsatta önemli olduğunu çalışmalarında da vurgulayan araştırmacılar iyi oluş ile eş anlamlı “yaşam doyumu”, “yaşam kalitesi” ya da “mutluluk” gibi benzer anlama gelen kavramlar kullanmışlardır. Psikolojik iyi oluş kavramından ilk olarak 1969 yılında The Structure of Psychological Well-Being adlı kitabında bahseden Amerikalı sosyal bilimci Norman Bradburn olmuştur. Aristo'nun mutluluk arayışı ve ruh sağlığı konularında iyi olma halimi temel alan Bradburn, bu kavramları psikolojik iyi oluş adı altında toplamayı başarmış ve bu nedenle mutluluk anlamına gelen Aristo'nun da eserlerinde adı geçen "Eudaemonia" kavramını psikolojik iyi oluşu açıklama kavramı olarak ifade etmiştir (Forgeard, vd., 2011, s. 89-90). Eudaimonik iyi oluş olarak da anılan psikolojik iyi oluş, kişinin tüm potansiyeline ulaşması, yaşamda bir amaç veya anlama sahip olması gibi birçok amaçtan oluşmaktadır (Ryff, 1989, s. 1070).

Psikolojik iyi oluş kavramı, bireyin kendisi ve mevcut yaşamı hakkında olumlu bir bakış açısına sahip olması anlamına gelmektedir. Psikolojik olarak iyi durumda olan birey, sürekli gelişme ve ilerlemeyi kendisinde hissederek yaşamının anlamlı olduğuna inanır ve belirli bir amacı olduğu inancını sürdürür. Bu kavramın bireyde varlığı, diğer bireylerle olumlu ilişkiler kurmayı ve kendi amaçları doğrultusunda kararlar almayı içeren işlevsel bir kavramdır. Psikolojik iyi oluş, kelimenin tam anlamıyla bireyin kendini gerçekleştirmesini temsil eder (Ryan ve Deci, 2001, s. 144).

Ryff (1989), daha önce geliştirilen teoriler ve bakış açılarındaki kavramlarından yararlanarak (örneğin, Maslow'un kendini gerçekleştirme kavramı, 1968; Rogers'ın tam işlevli kişi görüşü, 1961; Jung'un bireyleşme görüşü, 1933; Allport'un olgunluk kavramı, 1961; Erikson'un psikososyal evre modeli, 1959), psikolojik iyi oluşun temel unsurlarını geliştirmiştir. Ryff (1989)'in psikolojik iyi olma modeli altı bileşenden oluşur: özerklik, çevresel hakimiyet, kişisel gelişim, başkalarıyla olumlu ilişkiler,

yaşam amacı ve kendini kabul etme. Bu modele göre, hayatta mutlu olmak bu altı özelliği içerir. Özellikle, "özerklik" bileşeni, bağımsız düşünebilme ve hareket edebilme anlamına gelir. 'Çevresel hakimiyet' bileşeni, kişinin hayatında çevreyi yönetme becerisine sahip olmayı ifade eder. 'Kişisel gelişim' bileşeni, zaman içinde gelişme ve kendini geliştirme duygularını ifade eder. 'Başkalarıyla olumlu ilişkiler' yönü, başkalarıyla yakın, sevgi dolu ve güvene dayalı ilişkilere işaret eder. 'Hayatta amaç' bileşeni, yaşamak için amaç ve hedeflere sahip olduğunu gösterir. Son olarak, 'Kendini kabul etme' bileşeni, benliğin hem iyi hem de kötü yanları dahil olmak üzere çeşitli yönlerine yönelik olumlu bir tutumu ifade eder (Ryff ve Singer, 2008, s. 18-19).

Halk dilinde "mutluluk" olarak ifade edilen öznel iyi oluş, kişinin kendi yaşamını değerlendirmesi olarak ifade edilmektedir. Bu değerlendirme hem bilişsel (yaşam doyumuyla ilgili yargılar) hem de duygusaldır (tatmin edici ve tatmin edici olmayan duygusal tepkiler). Öznel iyi oluşun duygusal ve bilişsel öğeleri birbirinden tamamen bağımsız değildir. Ancak bu iki unsur birbirinden biraz farklıdır ve ayrı ayrı değerlendirildiğinde tamamlayıcı bilgiler sağlayabilir (Diener ve Diener, 1996, s. 181). Öznel iyi oluş, basitçe kişinin yaşamını değerlendirmenin bir yolu olarak tanımlansa da, doğasının çok yönlü ve karmaşık olduğuna inanılmaktadır (Diener, vd., 2009, s. 190).

Ayrıca F.Steger vd. (2008), günlük çalışmaları, geleceğe yönelik hedefler gibi eudaimonik davranışlarda bulunan bireylerin, hedonik davranışlarda bulunan bireylerle göre daha tutarlı bir şekilde daha yüksek bir iyi oluş duygusuna sahip olduğunu belirtmişlerdir.

### **2.12.3. Fiziksel İyi Oluş**

Fiziksel sağlık, insanlık için çok değerli ve vazgeçilmez bir olgudur. Fiziksel sağlığın bozulması bireysel iyi oluşun üzerinde olumsuz etkilere sebebiyet vermektedir (Hayes ve Ross, 1986, s. 388). Hayes ve Ross (1986) ve Neff vd. (1980)'ne göre fiziksel ve psikolojik iyilik halinin güçlü bir şekilde ilişkili olduğuna ve fiziksel hastalığın depresyon üzerinde aynı anda olumlu bir etkiye sahip olduğuna dair iyi kanıtlar bulunmaktadır.

Fiziksel iyilik oluş ölçütleri, doğası gereği öznel (fiziksel semptomların kendi bildirimlerini içeren) veya nesnel (daha nesnel tıbbi göstergelerin ölçümlerini içeren) olarak kategorize edilmiştir. Öznel fiziksel sağlık değerlendirmeleri, tipik olarak,

kişinin özel (örneğin, baş ağrıları, sırt ağrıları) veya genel (örneğin, kendini iyi hissetmeyen gün sayısı) gibi sağlık şikayetlerinin azalmış olup olmadığı hakkında sorgulamaları içerir (McKee-Ryan, vd., 2005, s. 54).

Fiziksel iyi oluş düzeyini olumlu yönde etkileyen egzersizlerin düzenli yapılması, el becerisi, hareketlilik, esneklik ve dayanıklılık, kan basıncının düşmesi, baş ağrılarının azalması, kortizol düzeylerinin azalması ve bağışıklık sisteminin güçlenmesinde olumlu değişikliklerde bulunduğu varsayılmaktadır (Rath ve Harter, 2013, s. 45). Fiziksel sağlığı ifade eden fiziksel iyi oluş psikolojik iyi oluşa katkıda bulunur. Örneğin, düşük kan basıncı ve alerjiler ve kardiyovasküler hastalıktan kaynaklanan daha düşük ölüm oranı, kişinin kendi algıladığı genel iyi oluş halini de iyileştirir (Shanahan, vd., 2016, s. 1). Olumsuz fiziksel sağlık psikolojik iyi oluşu doğrudan etkileyebilir (Hayes ve Ross, 1986, s. 389).

#### **2.12.4. Sosyal İyi Oluş**

Son elli yıldır, Dünya Sağlık Örgütü (1948), sosyal iyi oluşu bireyin genel sağlığının merkezi ve bir bileşeni olarak tanımlamıştır. Bununla birlikte gelişmiş birkaç ülkede sosyal iyi oluş, sosyal sağlığın oluşmasının önünü tıkayan sayısız olumsuzluklara karşı operasyonel hale getirilmiştir. Bazı araştırmalarda sosyal iyi oluşun işlevselliğini, toplumların görece refahını yansıtan GSYİH gibi nesnel kriterler vasıtasıyla elde edildiği ifade edilmiştir. Öte yandan, daha yakın tarihli çalışmalar, sosyal iyi oluşu, topluluk ve örgütsel katılım ve üyeliği yansıtan davranışlar açısından ele almıştır (Shapiro ve Keyes, 2008, s. 330-331).

Larson (1996)'a göre, "bir sosyal iyilik ölçüsünün bireyin sağlığının bir parçası olup olmadığına karar vermenin anahtarı, ölçünün uyaranlara verilen içsel tepkileri - duygular, düşünceler ve davranışlar- çevreden tatmini veya tatminsizliği yansıtır yansıtmadığıdır. Genel olarak bireysel düzeyde sosyal iyi oluş, iki yönü olan olarak kavramsallaştırılabilir: Sosyal uyum ve sosyal destek (McDowell ve Newell, 1987). Sosyal uyum, ilişkilerden veya sosyal rollerin performansından öznel tatmin anlamına gelmektedir. Sosyal destek ise bir bireyin güvendiği ve güvenebileceği kişilerin kalitesi ve sayısı ile bunlara ne ölçüde ihtiyaç duyulduğu ve başkaları ve toplum için ne derece önemli olduğunu gösterir. Dolayısıyla sosyal iyi oluş, bireyin sosyal ilişkilerinin, başkalarının onlara nasıl tepki verdiğinin ve sosyal kurumlar ve toplulukla

nasıl etkileşime girdiğinin değerlendirmesi olarak tanımlanabilir (Larson, 1993, s. 288).

Deliege, toplumdaki (bireyden ziyade) sosyal iyi oluşu, beslenme, habitat, ekonomik düzey, iş, eğitim, yaşam koşulları, kültür, sosyal ve politik yapılardan etkilendiğini belirtmektedir. Diğer araştırmacılar, sosyal iyi oluşu tanımlamak için farklı terimler kullanır. Blum, sosyal iyi oluşu olumlu "sosyal davranış" olarak tanımlar, Segovia "sosyal temaslar" terimini kullanır ve Sintonen sosyal iyi oluşu "sosyal katılım" ile eş tutar. Ancak terminolojideki bu farklılıklara rağmen, araştırmacıların çoğu sosyal iyi oluşun unsurlarını tanımlarken sosyal uyum ve sosyal destek terimlerini benimsemiştir (Larson, 1993, s. 289-290).

Sosyal iyi oluşa olumlu katkı veren desteklerin stresten koruyucu etkisinin olduğu belirtilmektedir. Bir iletişim sırasında alınan sosyal desteğin ardından, kişiler bu durumu değerlendirmektedir. Daha sonra birey stresli durumla başa çıkmaya başlamaktadır ve böylece hem fiziksel hem de psikolojik iyi oluş gerçekleşmektedir. Sosyal ilişkilerde bulunmak hem psikolojik hem de fiziksel sağlığın anahtarlarından birisi olarak gösterilmektedir. Yalnızlık ve yalıtılmışlık duygularının daha fazla sağlık sorunu yaşama ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Yalçın, 2014, s. 2).

### **2.12.5. Finansal İyi Oluş**

Finansal iyi oluş insanlığın yaşam kalitesi ve mutluluğu için gerçekten önemli bir bileşendir. Ancak insanların düşündüğü kadar diğer iyi oluş türlerinden önemli değildir. Çünkü para size mutluluk getirebilir ama fazla değil; belirli bir eşiğin üzerinde mutluluk getiremeyeceği bir gerçektir (Helliwell, 2006, s. 38). Çok sayıda araştırma, finansal iyi oluşun yalnızca belirli bir noktaya kadar genel iyi oluş üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir. Örneğin, çoğu gelişmiş ekonomide kişi başına düşen reel gelirler son 50 yılda dört katına çıkarken, toplam öznel iyi oluş seviyeleri esasen değişmeden kalmıştır (Helliwell ve Putnam, 2004, s. 1436).

Bu nedenle bilim insanları, finansal kaygıların yanı sıra iyi oluşu başka nelerin tetikleyebileceğini araştırmaya devam etmişlerdir. Sosyal bağlılık ve iyi oluş arasındaki sezgisel bağı destekleyen çok sayıda çalışma vardır (Baumeister ve Leary, 1995, s. 500).

Shim vd. (2009)'ne göre finansal iyi oluş, bireylerin akademik başarısı, genel yaşam doyumu, psikolojik ve fiziksel sağlığı önemli ölçüde etkilemektedir.

Finansal iyi oluş gerçek bir dünya sorunudur. Bu nedenle araştırmalar, finansal iyi oluşun ölçümüne, ekonomik sorunların kapsamına, bundan etkilenen insan türlerine ve bunun görünür nedenlerine ve sonuçlarına odaklanmalıdır. Finansal iyi oluş alanındaki araştırmalar, parça parça yürütölmektedir. Kronolojik olarak, demografik özellikler, sosyoekonomik durum ve finansal yönetim davranışları gibi finansal iyi oluşun nesnel ölçümleri ilk önce araştırılmıştır. İkinci olarak, finansal duruma ilişkin bireysel algıların iyi oluş üzerindeki rolünü değerlendirmek için sübjektif ölçüler kullanılmıştır. Literatür, finansal iyi oluşun bu çeşitli bileşenleri arasında ilişkilerin var olduğunu öne sürmektedir (Porter, 1990, s. 9)

O'Neill vd. (2005), yaptıkları çalışmalarında ekonomik durumun çoğu kültürde mutluluğu ve genel iyi oluşu güçlü bir şekilde öngördüğünü doğrulamışlardır. Yazarlara göre insanlar finansal olarak güvende olduklarında daha mutlu olurlar. Worthy vd. (2010)'ne göre olumlu finansal davranışlar geliştirmek, bireyin ileriki yaşamlarında daha kaliteli bir yaşam elde etme şansını artırmaktadır.

### **2.13. Sağlık Hizmetlerinde İyi Oluş**

Bazı insanlar, sağlıklı yaşama konusunda diğer insanlara göre çabucak iyileşir ve daha uzun yaşarken, aynı yaş, cinsiyet ve sosyal sınıftan diğer bireyler ise genellikle hastalık ve erken ölüm riski ile karşı karşıya kalmaktadır. İyi oluş ve genel sağlık yakından bağlantılı kavramlardır (Friedman ve Kern, 2014, s. 723). Temel sorular olan "İnsanlar neden hastalanır?", "Gerçekten kim hasta olur ve kim iyi kalır?", "Bir bireyin iyi oluş durumu ve olumlu düşünceleri, hastalıklara karşı iyi olma duygusunu artırmakta mıdır?" ve "Bu tür güçlü duygular aynı zamanda insanları daha sağlıklı hale getirecek midir?" gibi sorular olduğu ve bunun gibi soruların cevapları her zaman merak edilmektedir (Lyubomirsky ve Layous, 2013, s. 16). Pratik açıdan, sağlık ve iyi oluş arasındaki gerçek nedensel bağlantılar bulunmakta ve bilim adamlarının, doktorların, hastaların, halk sağlığı programlarının ve toplumların sağlığı geliştirmek için yapabileceklerini ve yapmaları gerektiğini etkilemektedir. İyi oluş daha mükemmel sağlığa neden oluyorsa, destekleyici pozitif müdahaleler sağlık ve uzun ömür ile sonuçlanacak ve dolayısıyla halk sağlığı açısından önem arz edecektir (Friedman ve Kern, 2014, s. 724).

İyi oluş kavramı, sağlık hakkındaki görüşleri daha da genişleten ve çeşitli sağlık alanlarını bir çatı altında toplayan bir kavram olarak ortaya çıkmıştır. İyi oluş hali

(well-being) bireylerin kendi yaşamlarını nasıl algıladıkları ile ulaşılan öznel bir veri çeşididir. Neşeden çökkünlüğe doğru değişen duygulanıma ve yaşam doyumuna dair genel yargılarla ifade edilmektedir (Aditya, vd., 2019, s. 1). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sağlık kavramını yeniden tanımlamasının ardından, sosyal sağlık, zihinsel sağlık, duygusal sağlık ve manevi sağlık gibi çeşitli sağlık alanları tanımlanmaya başlanmıştır. WHO tarafından yapılan bu yeni tanımlamada sağlık artık iyi oluş (well-being) kavramı ile açıklanmaya başlanmıştır. İyi oluşa dair tanımlamalar yapılırken birçok kavramdan yararlanılmaktadır. İlişkili bulunan bu kavramlar; haz, doyum, refah, toplumsal iyi olma, öznel iyi oluş ve yaşam kalitesi olarak sıralanabilmektedir. İyi oluş kavramının tanımlarında bulunan ortak özellik ruh ve beden sağlığını bütüncül bir şekilde değerlendirmeye elde edilen bir olgudur. Yapılan tüm bu tanımlamalardan kişilerin iyi oluş halinin sadece fiziksel faktörlerden değil aynı zamanda psikososyal faktörlerden de etkilenebileceği söylenebilir. Bundan dolayı iyi oluş düzeyleri, bireyin çabalarıyla değişime uğrayabilir ve geliştirilebilir (Kılıç, 2019, s. 5). Yakın zamanda yapılan araştırmalar, ciddi hastalık ve psikolojik rahatsızlıktan kurtulmanın bazen iyi oluştan kaynaklanan yaşam doyumundan (örneğin, güzelliği takdir etme, affetme, minnettarlık, mizah ve nezekat) olumlu etkilendiğini göstermiştir (Proctor, vd., 2011, s. 155).

İyi oluş ve sağlık yakından ilişkilidir ve özellikle toplumun giderek yaşlanmasıyla birlikte kronik hastalıklar arttığı için yaşam beklentisi artacaktır. Yaşam beklentisi arttıkça ve yaşamı tehdit eden hastalıklara yönelik tedavilerin daha etkili hale geldikçe, iyi oluş kavramı giderek önem kazanmaktadır. Hastalıklar her zaman maruz kalan insanlar üzerine yapılan araştırmalar, bireylerin yaşam kalitesini gösteren iyi oluşun sağlık durumundan etkilendiğini göstermektedir. Hastaların iyi oluş düzeyleri ile sağlık durumları karşılıklı birbirini etkileyen olgulardır. Ayrıca araştırmalar, öznel iyi oluşun sağlık için koruyucu bir faktör olabileceğini, kronik fiziksel hastalık riskini azalttığını ve uzun ömürlülüğü desteklediğini gösteriyor. Bazı araştırmacılar ise öznel iyi oluşun sağlık değerlendirmesinin bir ölçüsü olarak ele alınması ve sağlık hizmetlerine kaynak tahsisinde dikkate alınması gerektiğini tartışmışlardır (Steptoe, vd., 2015, s. 640-641).

Sağlık hizmetleri, hastaların bireysel iyi oluş düzeylerine yönelik algıladıkları faydalara yöneliktir (Wattles, 2021, s. 9). İyi oluş, geniş anlamda, bireyin duygularını

ve yaşam doyumuna ilişkin küresel algısını kapsadığı görülebilir (Diener, vd., 1999, s. 190). Sağlık hizmet çıktıları, sağlık, mutluluk ve iyi oluşu kapsayan toplumsal faydaları içermektedir (McColl-Kennedy, vd., 2017, s. 57). Sağlık hizmeti sunucuları, hastalar, bakıcılar ve diğerleri arasındaki sağlık hizmetleri ilişkilerinin, toplumun iyi oluş düzeyini etkileme potansiyeline sahiptir (Gallan, vd., 2019, s. 4).

#### **2.14. Sağlık Hizmetlerinde İyi Oluş, Birlikte Değer Oluşturma ve Hasta Güçlendirme İle İlgili Yapılan Çalışmalar**

Sağlık hizmetlerinde iyi oluş, birlikte değer oluşturma ve hasta güçlendirme kavramları literatürde birçok araştırmacı tarafından ciddiye alınmaya önce başlanmış ve bu alanda konuyla ilgili çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Tablo 2.8’de söz konusu kavramlarla ilgili ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalar verilmiştir.

**Tablo 2.8.** İyi Oluş, Birlikte Değer Oluşturma ve Hasta Güçlendirme Literatür Çalışması

Yazar(lar)	Örneklem	Sonuç
Bridges, vd. (2008)	Hastalar	Çalışmada hasta güçlendirmenin sağlık sistemindeki önemine vurgu yapılmış olup hastaların kendi hastalıklarında daha fazla kontrol sağlayabilmeleri için sağlık reformlarına ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir.
Lam ve Lee (2009)	Kronik Rahatsızlığı Bulunan Yaşlılar	Kronik rahatsızlığı bulunan yaşlıların hasta güçlendirmesi uygulamalarından olan hasta katılımının çaresizlik gibi duyguları azalttığı ve iyi oluşu güçlendirdiğini ortaya koyulmuştur. Yazarlar yaşlılar ve imkânları kısıtlı olan birçok hasta grubunun hasta katılımını gerçekleştirecekleri bilgi düzeyine sahip olmadıkları ve bu konuda desteklenmedikleri için motivasyonlarında düşüş görüldüğünü belirtmişlerdir. Bu sebeple hasta güçlendirme vasıtasıyla kronik rahatsızlığı olan yaşlı bireylerin yaşamları üzerindeki kontrolleri artırılıp iyi oluş düzeylerinin iyileştirilebileceğini öne sürmüşlerdir.
Nambisan ve Nambisan, (2009)	Hastalar	Çalışmada, sağlık hizmetlerinde tüketici değerinin birlikte oluşturulmasını analiz etmek için özlü ve tutarlı bir teorik çerçeve sunulması ve böyle bir anlayışa katkıda bulunmak amaçlanmaktadır. Ortaklık modeli, açık kaynak modeli, destek grubu modeli ve yayılma modeli olmak üzere dört alternatif birlikte değer oluşturma modeli ortaya konulmuştur. Sunulan teorik çerçeve, farklı tüketici için birlikte değer oluşturma modellerinin hizmet kalitesi üzerindeki potansiyel etkisi hakkında bilgi verir.
Kracen, (2009)	Kanser Hastaları	Yapılan çalışmada, a) sağlık, iyi oluş ve onkolojik hastalıkları olan bireylere yönelik hizmetler, b) doktorların farkındalıkları ve sağlık göstergeleri (genel sağlık ve öznel iyi oluş) arasındaki ilişki incelenmiştir.
McColl-Kennedy, vd., (2012)	Hastalar	Araştırmada sağlık hizmeti alan hastaların birlikte değer oluşturduklarında gerçekte ne yaptıklarını derinlemesine araştırılmıştır. Daha önce yayınlanmış araştırmalardaki derinlemesine görüşmelerden, saha gözlemlerinden ve odak gruplarından toplanan verileri birleştiren ve derleyen yazarlar, sağlık hizmetlerinde birlikte değer oluşturma uygulamasının farklı tarzlarını tanımlamaktadırlar. Hastaların kendi sağlık öz bakımlarını yapmaları aracılığıyla birlikte değer oluşturulmasına nasıl katkı sağlayacakları ele alınmıştır.
Holland, (2013)	Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastalar	Madde kullanımı ve/veya birlikte ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar için tedavi gören ergenlerin dini iyi oluşları ile genel sağlık belirtileri ve davranış bozuklukları arasında ilişki tespit edilmiştir.

**Tablo 2.8.** İyi Oluş, Birlikte Değer Oluşturma ve Hasta Güçlendirme, Literatür Çalışması (Devam)

Yazar(lar)	Örneklem	Sonuç
Zainuddin, vd., (2013)	Hastalar	Çalışmada, koruyucu bir sağlık hizmeti için değer oluşturma sürecinde birden fazla aktörün rolü ve tedaviden memnuniyetin sağlık çıktıları üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Bulgular, değer organizasyonel ve müşteri kaynaklarından yaratıldığını göstermektedir. Sonuçlar, ayrıca değer oluşturmada kullanıcılar tarafından sağlanan kaynakların önemine işaret ederek, müşteri eğitimi ve yönetiminin önemine işaret etmektedir.
Mathis, (2013)	Turistler	Hizmet sağlayıcılar, birlikte değer oluşturma, memnuniyet ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkiyi belirleyerek, stratejilerini değiştirebilir ve benzersiz deneyimler oluşturmak için bir platform uygulayabilir, bu da bireylerin fiziksel ve duygusal olarak daha fazla memnun olmalarını sağlar. Çalışmada, memnuniyet yoluyla birlikte değer oluşturma ve öznel iyi oluş arasında teoriye dayalı ampirik bir bağlantı kurarak turizm deneyimlerinin algılanan müşteri değerini anlamada artan bilgi birikimine katkıda bulunmuştur.
Nyirenda, (2014)	HV Hastaları	Güney Afrika'nın kırsal kesiminde yaşayan ve HIV'den ciddi etkilenen yaşlı insanların yaşam koşullarını (finansal ve fiziksel) ve aldıkları bakımı tanımlamayı ve bu koşulların yaşlıların fiziksel sağlığını, psikolojik iyi oluşunu ve hayatta kalmasını nasıl etkileyebileceği incelenmiştir. Bulgular, HIV'den ciddi şekilde etkilenen yaşlı insanların yaşam koşullarının düzenlemeleri, resmi olmayan bakım ve sağlık, psikolojik iyi oluş ve hayatta kalma arasında karmaşık bir ilişki olduğunu göstermektedir.
Vorster, (2014)	Akademisyenler	Güney Afrika üniversitelerinde çalışanları konu alan araştırma, iş yeri çalışma ortamı, sağlık ve iyi oluş gibi faktörler arasındaki ilişkiyi test etmeyi amaçlamıştır. Elde edilen sonuçlara göre, işyeri çalışma ortamı ile iyi oluş arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bir diğer faktör olan sosyal topluluğun iyi oluşa etkisi tespit edilmiştir.
Zhao, vd., (2015)	Çevrimiçi Sağlık Kuruluşu Hastaları	Çalışmada çevrimiçi sağlık kuruluşlarında (OHC), hastaları birlikte değer oluşturmaya aktif olarak katılmaya motive eden faktörleri ampirik olarak incelemektedir. Sonuçlar, sosyal kimliğin hastaların değer oluşturma faaliyetlerini yönlendirdiğini göstermektedir. OHC üyeleri arasındaki etkileşimler, sosyal kimliğinin gelişimine katkıda bulunur. Ayrıca, yardımseverlik, güven, paylaşılan vizyon ve paylaşılan dil, OHC'deki birlikte değer oluşturma faaliyetlerini daha fazla etkiler.

**Tablo 2.8.** İyi Oluş, Birlikte Değer Oluşturma ve Hasta Güçlendirme, Literatür Çalışması (Devam)

Yazar(lar)	Örneklem	Sonuç
Black ve Gallan, (2015)	Hastalar	Hizmet ağındaki çeşitli ilişkilerin birlikte değer oluşturma üzerindeki potansiyel ilişkisi araştırılmaktadır. Makale bir sağlık hizmeti ağında birlikte oluşturulan değeri değerlendiren araştırma önerileri geliştirmektedir. Öneri olarak, kuruluşların, gelişmiş işbirliği ve iletişimi kolaylaştırmak için müşterilerin destek ağlarını daha iyi tanımlaması ve etkinleştirmesi gerektiği ifade edilmiştir. Spesifik olarak, bir hizmet sunucu ile alıcının temel hizmet karşılaşmasında birlikte değer oluşturma potansiyelini uygun şekilde ortaya çıkarmak için müşteri katılımının gerekli olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. İşbirliği ve iletişim, çift taraflı bilgi asimetrisini çözdüğü, birlikte tasarlanmış bir eylem planını desteklediği ve plan yürütme olasılığını (bağlılık, uyumluluk) artırdığı için, temel hizmetin tercih edilen durumu aktörlerin karşılaşmasıdır. Bu, bir hastanın bakış açısından nihai sonuç olan daha iyi sağlık ve iyi oluşa yol açabilir.
Osborn, (2015)	Ruh ve Sinir Hastaları	Devlet hastanelerinde ruh sağlığı bozukluğu olan ve yatarak tedavi gören hastaların, sağlık profesyonelleriyle işbirliği ve iletişiminin hasta öznel iyi oluşa etkisi incelenmiştir. İletişim ve işbirliğinin hastaların iyi oluş düzeyine olumlu etki ettiği tespit edilmiştir. Çalışmaya göre sağlık çalışanlarıyla güçlü ilişkiler kurulması iyi oluş açısından önemlidir.
Zhang, vd., (2015)	Betimsel Çalışma	Birlikte değer oluşturma ve S-D mantığı kavramları endüstriyel hizmetlerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinde uygulamaları halen teorik ve deneysel aşamadadır. Yazarlar çalışmada, sağlık hizmetlerinde birlikte değer oluşturma için bir model geliştirmektedir. Hastaları sağlık hizmetlerinde değer ortak oluşturmaları yapan müşteriler olarak kabul edildiğinden, hastaların memnuniyetini ve geri bildirimlerinden gelen taleplerini anlamak, sağlık hizmeti sağlayıcılarına sağlık hizmetleri için iyileştirme alanları hakkında daha iyi bir fikir verebilir. Geliştirilen model, hastaların geri bildirimlerini sistematik bir şekilde toplamanın ve analiz etmenin, hastaları sağlık hizmeti için verimli bir şekilde birlikte değer oluşturmaya dahil edebileceğini göstermektedir.
Açıkgöz, (2015)	Hastalar	Araştırmanın temel hipotezine göre örgüt sağlığı ve birlikte değer oluşturma kültürü ilişkisi arasında bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 2.8.** İyi Oluş, Birlikte Değer Oluşturma ve Hasta Güçlendirme, Literatür Çalışması (Devam)

Yazar(lar)	Örneklem	Sonuç
Polese, vd., (2016)	Hastalar	Makale, birlikte değer oluşturma görüşünün ve hasta güçlendirmenin sağlık hizmeti kalitesinin iyileştirilmesine nasıl katkıda bulunabileceğine odaklanmaktadır.
Pöyry-Lassila, vd., (2016)	Hastalar	Araştırmada iyi oluşu elde etmek için co-creation'ın (birlikte değer oluşturma) ekonsistem içindeki önemini test edilmiştir. Sonuçlara göre birlikte değer oluşturma iyi oluş için kritik öneme sahiptir ve ekosistemdeki tüm aktörlerin algılarının bu iki kavramı etkilediği ortaya çıkmıştır. Ayrıca başa bir sonuca göre ise sosyal ve sağlık hizmetlerinde yetkilendirmenin iyi oluş ve anlamlı hizmetleri geliştirmenin kilit rollerinden biri olduğu ifade edilebilir.
Sharma, (2016)	Hastalar	Araştırma, sağlık sisteminde hastaların birlikte değer oluşturma çabalarını tanımlayıp iyi oluşa etkisini incelemiştir. Sonuçlar literatüre uygun olarak hastaların değer oluşturma aktivitelerinin iyi oluşa olumlu etki gösterdiği tespit edilmiştir. Ayrıca birlikte değer oluşturma aracılığıyla hastalar, kendi sağlık durumlarını istenilen düzeyde kontrol etme ve yönetebilme becerilerini kazanabilmektedirler. Bu sebeplerden dolayı sağlık sistemlerinde kabiliyetleri, kültürü ve kaynakları birlikte değer oluşturma sürecine katarak hastaların iyi oluşlarında iyileştirmeler sağlanabilir.
Damali, vd., (2016)	Diyabet Hastaları	Sağlık hizmetlerinde birlikte değer oluşturmak için önemli olan hasta katılım unsurunun ön koşulları olan hastaların sahip olması gereken bilgi, beceri ve motivasyonun ne tür sonuçları olduğu araştırılmıştır. Çalışmada profesyonel bir hizmette etkili davranışlar sağlamak için müşteri hazır oluşunu geliştirmek için müşteri eğitimi ve öğretiminden (CTE) yararlanmanın etkinliğini araştırmak için kavramsal bir model geliştirmektedir. Model, sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak CTE alan diyabet teşhisi konmuş hastalardan alınan anket verileri kullanılarak test edilmiştir. Çalışma sonucunda sorumluluklarını neden yerine getirmeleri gerektiği öğretilen hastalar, bu görevleri etkin bir şekilde yerine getirmek için daha yüksek motivasyon seviyelerine sahip olduklarını tespit edilmiştir. Ayrıca, geliştirilen hasta hazır olma modelinin önerdiği gibi, görev performansları daha yüksek olduğunda, hastaların sağlıklarında iyileşme meydana gelmiş ve sağlık bakım maliyetleri düşmüştür.

**Tablo 2.8.** İyi Oluş, Birlikte Değer Oluşturma ve Hasta Güçlendirme, Literatür Çalışması (Devam)

Yazar(lar)	Örneklem	Sonuç
Sharma, vd., (2017)	Hastalar	Çalışma, sağlık hizmeti sunumunda birlikte değer oluşturulmasına hassas müşterilerin katılımının öznel iyi oluş sonuçlarını nasıl etkilediğine dair bir anlayış sağlamayı amaçlamaktadır. Bir organizasyon veya sistem düzeyinde birlikte değer oluşturmanın bireysel hedonik ve eudaimonik iyi oluşu etkilediği tespit edilmiştir.
Osei-Frimpong ve Owusu-Frimpong, (2017)	Kamu Sağlık Sektöründeki Doktor-Hastalar	Birlikte değer oluşturmanın artan kavramsallaştırmasını göz önünde bulundurarak, yapılan bu çalışma, bir kamu sağlık hizmeti bağlamında değer sonuçlarına yol açan doktor-hasta karşılaşma sürecini daha fazla anlamak için fenomenolojik bir yaklaşımla birlikte değer oluşturma sürecini ampirik olarak anlamayı amaçlamaktadır. Bulgular, klinik karşılaşmalarda güven, rol netliği ve aktör deneyimlerinin önemini ortaya koymaktadır. Her iki aktör de (hasta-doktor), sonuç olarak tedavi, iyileşme, iyi oluş, iyileştirilmiş uyum, sağlık tesislerine daha az ziyaret ve daha fazla hizmet katılımı gibi değer oluşturma faaliyetlerini etkileyen karşılaşmalardaki duygusal, bilişsel, sosyal ve davranışsal tepkilere vurgu yapmıştır.
McColl-Kennedy, vd., (2017a)	Kronik Rahatsızlığı Olan Hastalar	Yazarlar, hasta için birlikte değer oluşturma uygulamalarının iyi oluş üzerindeki etkilerini modelleyerek birlikte değer oluşturma müşteri uygulamalarını araştırmışlardır. Sonuçlar, sağlık personeli (doktorlar) ile olumlu etkileşimlerin, tedavi seçeneklerini birlikte üretme yoluyla artan iyi oluşa yol açmasına rağmen, arkadaşlar ve aile ile etkileşimlerin ve bunlarla ilişkili birlikte meydana getirilen aktivitelerin, iyi oluş üzerinde daha da büyük bir olumlu etkiye sahip olduğunu vurgulamaktadır.
McColl-Kennedy, vd., (2017b)	Hastalar	Yazarlar, sağlık hizmeti bağlamında ele alınan iki önemli araştırma sorusunu ele alarak bu boşluğu doldurmaya çalışmaktadır: (1) Sağlık hizmeti kuruluşları, sağlık hizmeti deneyimleri sırasında hasta ve ailelerin duygularını nasıl daha iyi anlayabilir? Ve (2) Sağlık hizmetleri kuruluşları, hasta iyi oluşunu artırmak için hasta deneyimlerini tasarlamak ve daha iyi yönetmek için bu anlayışı nasıl kullanmalıdır? Yazarlar, sonuçları iyileştirmek için duygusal tepkilere dayalı yeni bir teorik çerçeve önermektedir. Çerçevede, sağlık kuruluşlarının hedefinin hasta iyi oluşunu arttırmak, hastaların ve ailelerinin olumlu duygularını yönetmek ve sürekli hastalara bakmak ve onların ihtiyaçlarını karşılamaya çalışan personellerine karşı sorumlu olmak olduğu belirtilmektedir.

**Tablo 2.8.** İyi Oluş, Birlikte Değer Oluşturma ve Hasta Güçlendirme, Literatür Çalışması (Devam)

Yazar(lar)	Örneklem	Sonuç
Tartaglione, vd., (2018)	Hastalar	Sonuçlar, hastayı güçlendirmenin birlikte değer oluşturmayı olumlu yönde etkilediğini ve bunun da hasta memnuniyeti ile pozitif ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca analiz, hasta güçlendirmenin memnuniyet üzerinde doğrudan bir etkisi olmadığını ortaya koymaktadır. Ek olarak, tedavileri üzerinde kontrol sahibi olabilen hastalar, hastalık yönetiminde doktorlara ve sağlık hizmetlerine daha az bağımlıdırlar.
Oerle, vd., (2018)	Çevrimiçi Sağlık Kuruluşu Hastaları	Araştırmada, bir bilgi işleme mekanizması olarak hastaların deneyime dayalı yorumlarını ve bunların çevrimiçi topluluklarda değer oluşturma üzerindeki etkilerini araştırılmaktadır. Önde gelen bir sağlık hizmeti platformunun 1.687 çevrimiçi yorumunun analiz edilmesi aracılığıyla, hasta-doktor karşılaşma noktasında meydana gelen deneyimler tedavi ve bakımla ilgili birlikte değer oluşturmaya yönelik faaliyetleri olumlu etkiler. Ayrıca hastaların ihtiyaçlarının belirlenmesi gerektiği ve sağlık profesyonellerinin çevrimiçi sağlık topluluklarında bilgi kalitesinin sağlanması açısından hala kritik bir rol oynadığını göstermektedir.
Hjelm ve Rauws, (2018)	Hastalar	Hastanın bakış açısıyla tanımlanabilecek değer oluşturan faaliyetler; işbirliği yapma, birlikte öğrenme ve bilgileri harmanlamadır. Diş hekimlerinin bakış açısından, faaliyet ağlarını bütünleştirmek ve tedavi seçenekleri sunmaktır. Bu nedenle, sağlık sektöründe birlikte değer oluşturulmasına ilişkin önceki araştırmaların diş sağlığı hizmetlerinin mikro düzeyine kısmen uygulanabilir olduğu sonucuna varılabilir. Ayrıca değerlerin birlikte oluşturulmasının, yalnızca fiziksel etkileşimler ve faaliyetler yoluyla değil, psikolojik düzeyde de aktif olabileceği sonucu tespit edilmiştir.
Villapol, vd., (2018)	Obezite Hastaları	Obezite hastalarının ve sağlık sunucularının birlikte değer oluşturmadaki rollerini ve sorumluluklarını aktaran bir kavramsal model geliştirilmiştir. Sağlık hizmet sunucularının, hastaların iyi oluşlarını göz önüne aldığı birlikte değer oluşturma faaliyetleri kolaylaşabilmektedir.
Spanò, vd., (2018)	C1 İnhibitör Eksikliği Olan Hastalar	Araştırmada, C1 inhibitör eksikliği (C1-INH-HAE) olan bir kalıtsal anjiyoödem vakasına atıfta bulunarak sağlık hizmetlerinde birlikte değer oluşturulmasına odaklanmaktadır. Çalışmanın amacı, yenilikçi terapötik çözümlerin hastalar ve sağlık sistemleri için değer oluşturup oluşturamayacağını anlamak için tedavi sonuçları ve maliyetlerine odaklanarak alternatif bir tedavi stratejisinin etkisini değerlendirmektir. Özellikle evde sunulan sağlık hizmetlerinin birlikte değer oluşturma dinamiklerini olumlu etkilediği tespit edilmiştir.

**Tablo 2.8.** İyi Oluş, Birlikte Değer Oluşturma ve Hasta Güçlendirme, Literatür Çalışması (Devam)

Yazar(lar)	Örneklem	Sonuç
Dekhili ve Hallem, (2019)	Fransız Gezginler	Çalışma, birlikte değer oluşturmanın tüketici iyi oluşunu nasıl etkilediğini ampirik olarak incelemek için 339 Fransız gezginden oluşan bir örnekleme ele alıyor. Bir yapısal eşitlik modelinden elde edilen bulgular, değerın turistlerle birlikte ne ölçüde oluşturulduğunu, turistlerin iyi oluşları üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu ve bu etkinin geniş ölçüde bireysel güçlendirmenin aracılık ettiğini doğrulamaktadır. Bulgular ayrıca, güçlendirme ve sadakat arasındaki bağlantıda kısmi bir aracı olarak hareket ederek, tüketici iyi oluşunun sadakat üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Son olarak, birlikte değer oluşturma performansı ile tüketici memnuniyetinin, onların güçlendirmesini, iyi oluşunu ve sadakatini güçlendirdiği görülmektedir.
Gallan, vd., (2019)	Patient Ecosytem Management	Çalışmada iyi oluşun mikro ve mezo bağlantılarını açıklanması, hasta deneyiminin toplumsal iyi oluş ile ilişkisinin varlığını ele alınması ve bir model geliştirme amaçlanmıştır. Teorik olarak çalışmada mikro düzeydeki etkileşimler ile toplumsal iyi oluş arasında bağlar bulunmuştur. Politika yapıcılar ve sağlık profesyonelleri, yeni roller ve davranışlar geliştirecek ve hastaların bireysel hizmet ekosistemlerini genişletmek için teknolojiyen yararlanacak PEM (patient ecosytem management) konseptinde bir sağlık modeli perspektifi benimsemeli ve böylece toplumsal iyi oluş genişletilmelidir.
Fiorillo ve Gorwood (2020)	Covid-19 Hastaları	Covid-19 pandemisinin sadece fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda zihinsel sağlığı ve iyi oluşu da etkilediği belirtilmiştir.
Mgbako vd., (2020)	HIV Hastaları	HIV hastalarının pandemi döneminde güçlendirilmesinin hasta merkezli bir yaklaşımla ve her bir hastanın eğitilmesi ile mümkün olabileceği önerilmiştir.
Cheng vd.. (2021)	Covid-19 Hastaları	Yapılan çalışmada teletıp hizmetiyle görüşülen Covid-19 pandemisinden etkilenen hastaların doktorlar tarafından uygulanan hasta güçlendirme uygulamalarının hastaların stres durumunu azalttığı ve psikolojik iyi oluşa olumlu etki ettiği sonucu ortaya çıkmıştır. Ayrıca insan-teknoloji ve insan-insan etkileşiminin hasta güçlendirme üzerindeki etkisi dört aşamalı çoklu regresyon analizi ile test edilmiştir. Çalışmanın sonucu, teletıp teknolojisinin, sağlık koşullarını yönetmede kontrol ve yeterlilik duygusunu etkileyerek mevcut pandemi durumu sırasında hastaları önemli ölçüde güçlendirdiğini göstermektedir.

**Tablo 2.8.** İyi Oluş, Birlikte Değer Oluşturma ve Hasta Güçlendirme, Literatür Çalışması (Devam)

Yazar(lar)	Örneklem	Sonuç
Partouche ve Saeedeh, (2021)	Hizmet Sektörü Çalışanları	Birlikte değer oluşturma davranışlarının bireylerin iyi oluşu, iş performansı ve takım esnekliği üzerindeki etkisi araştırılır. Sonuçlar, aktif bir birlikte değer oluşturma sürecinin bireylerin iyi oluşu, iş performansı ve takım esnekliği üzerindeki olumlu sonuçlarını vurgulamıştır.
Wang vd., (2021)	Covid-19 Hastaları	Wang ve ark. (2021), Covid-19 pandemisinin sadece fiziksel sağlığı ve iyi oluşu değil aynı zamanda mental iyi oluşu etkilediğini belirtmişlerdir. Çalışmada geliştirdikleri dört aşamalı programla hastaların kendi sağlıklı yaşam tarzını yeniden tasarlamasını destekleyip mental iyi oluşu yükseltmeyi amaçlamışlardır.
Sürücü ve Sungur (2021)	Diyabetli Hastalar	Araştırmada, kronik rahatsız olan ve aynı zamanda Covid-19'a yatkın olan diyabetli hastaların kötü sağlık sonuçları bakımından yüksek risk altında oldukları için psikolojik anlamda olumsuz etkilendikleri vurgulanmaktadır. Kronik rahatsızlığı olan hastaların pandemi sürecinde psikolojik olarak olumsuz etkilenmelerini önlemek için hastaların eğitilmesi ve desteklenmesiyle güçlendirilmeleri önerilmektedir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BİRLİKTE DEĞER OLUŞTURMANIN İYİ OLUŞ DÜZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA

Birlikte değer oluşturma ve hasta güçlendirme değişkenlerinin iyi oluş üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olup olmadığı bu çalışmada araştırılmıştır. Çalışmanın bu bölümünde, öncelikle araştırma modeli ve hipotezleri ortaya konulmuştur. Ölçeklerin güvenirlik ve geçerlik analizleri için SPSS 26.0, AMOS ve STATA paket programları kullanılmış ve elde edilen sonuçlar yorumlarıyla birlikte verilmiştir. Yapısal eşitlik modeli ve Tobit modellerinin oluşturulmasıyla araştırma modeli sınanmış ve çıkan sonuçlar önceki çalışmalarla karşılaştırmalı olarak tartışılmıştır.

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Geleneksel olarak sağlık hizmetlerinde hastalar, hizmetlerin pasif alıcıları olarak kabul edildiğinden, sağlık hizmetleri sistemlerinde hasta katılımına çok az önem verilmiştir (Holman ve Lorig, 2000, s. 526; Berry ve Bendapudi, 2007, s. 11; McColl-Kennedy vd., 2012, s. 55). Hizmet sektörü alanlarında, mal-baskın mantıktan hizmet-baskın mantığa doğru kayma ile hastaların tedavi sürecinde etkin rol oynadığı ve sağlık hizmet çıktılarını birlikte meydana getirdiği fikri, sağlık hizmetleri uygulamaları, akademisyenler ve araştırmacılar tarafından kabul edilmeye başlanmıştır (Gill, vd., 2011, s. 153; McColl-Kennedy vd., 2012, s. 55).

Hastalar, sağlık hizmetlerinin uygulanmasında ve geliştirilmesinde daha aktif bir rol üstlendikçe, sağlık hizmetlerinin pasif alıcıları oldukları bir konumdan aktif oldukları konuma evrilmektedirler. Hastaların sağlık durumlarını yönetmeye katılımının sağlık sonuçları üzerinde olumlu bir etkisi olduğuna dair artan bir kabul vardır (Holman ve Lorig, 2000, s. 526; McColl-Kennedy vd., 2012). Çeşitli işbirlikçi

tedavi modelleri sağlık kuruluşları tarafından giderek daha fazla benimsenmektedir (Sweeney, vd., 2015, s. 2).

Özellikle tüm dünyada toplumun giderek yaşlanması neticesinde kronik rahatsızlıkların geçmiş yıllara göre artması, günümüzde sağlık sisteminde görülen önemli sorunların başında gelmektedir. Çünkü dünyada bir yıl içinde meydana gelen ölümlerin %59'u ve toplam hastalık yükünün %46'sı kronik hastalıkların bir neticesidir (şengün, 2016, s. 195). Ayrıca kronik hastalıkların artışı sağlık sistemi üzerinde daha fazla baskı oluşturacaktır (Aydemir ve Yaşar, 2020: 105). Bununla birlikte bireylerin sağlık durumlarını yönetmek için sağlık sektöründeki paydaşlarla işbirliği yapmaları, sağlık sistemi üzerindeki yükü azaltabilir (McColl-Kennedy, 2017a: 55). Sağlık sisteminde hastanın güçlendirilerek birlikte değer oluşturma sürecine dahil edilmesi, hizmet ıktıları üzerinde olumlu etkide bulunacağı yadsınamaz bir gerçektir (Tartaglione, vd., 2018, s. 155-156).

Toplumdaki yaşam süresinin artması kronik rahatsızlıkları arttırmasının yanında, yaşam beklentisinin artışı izleyen aşamada yaşamı tehdit eden hastalıklara yönelik tedaviler daha fazla önemli hale gelmektedir. Bu durum temelde hastaların iyi oluş düzeylerini etkileyen sağlık hizmet çıktılarının niteliğinin geliştirilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bazı araştırmacılar ise iyi oluşun, sağlık hizmet çıktılarının değerlendirmesinin bir ölçüsü olarak ele alınması ve sağlık hizmetlerine kaynak tahsisinde dikkate alınması gerektiğini tartışmışlardır (Steptoe, vd., 2015, s. 640-641). Hastalar, çabalarını, becerilerini ve bilgilerini bir araya getirip iyi oluşlarını olumlu etkileyen hizmet sunumlarına katılmaya daha isteklidirler (Vargo vd., 2008b, s. 29). Hastanın yetkilendirilmesini sağlayarak birlikte değer oluşturma çabalarında iyileştirmeler yapmayı amaçlayan çalışmalar mevcut olmasına karşın, bu yapıların iyi oluş ile arasındaki ilişkileri ele alan kapsamlı bir model şimdiye kadar geliştirilmemiştir (Tartaglione, vd., 2018, s. 153).

Sağlık hizmetlerinde müşteri konumunda olan hastalar, hizmet sağlayıcılarıyla aktif olarak birlikte değer oluşturdukları zaman, iyi oluş düzeylerini olumlu etkilemeyle birlikte edindikleri deneyimlerle mevcut ve gelecekteki diğer hastalara da fayda sağlayabilmektedirler. Ancak bugüne kadar birlikte değer oluşturmanın kurumsal faydaları olarak değerlendirilen verimlilik, kar, müşteri sadakati vb. gösteren

çalışmalar bulunurken, birlikte değer oluşturma sürecinin müşteri iyi oluşunu ne düzeyde etkilediğini inceleyen çok fazla çalışma bulunmamaktadır.

Bu araştırmanın kapsayıcı amacı, birlikte değer oluşturma ve hasta güçlendirme değişkenlerinin iyi oluş düzeylerine etki edip etmediğini belirlemek ve yapısal bir model inşa etmektir. Araştırmanın amacına ulaşmak için kronik rahatsızlığı bulunan hastaların algılarının ölçülmesi ve ortaya çıkan iyi oluş düzeyinin bireysel ve toplumsal faydaları ile ilgili politika önerilerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir.

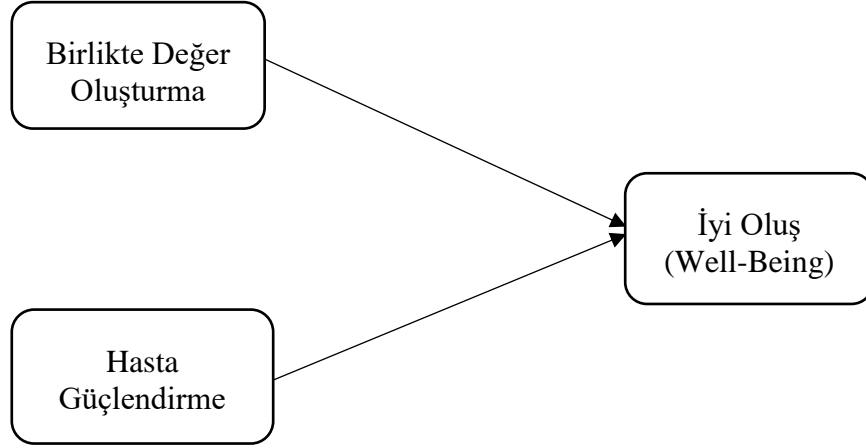
### **3.2. Araştırmanın Ana Kütlesi ve Örneklemi**

Araştırmanın ana kütlesi TRB1 (Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli) bölgesinde son bir yıl içerisinde en az bir gün il merkezlerinde bulunan kamu, eğitim ve araştırma veya özel hastanelerde yatış yapmış kronik rahatsızlığı bulunan hastalardan oluşmaktadır. Araştırmanın ana kütesine ulaşmanın mevcut durumdaki olanaksızlığı, maliyet ve zaman kısıtından dolayı evrenin özelliklerini taşıyabilecek temsil gücü olan bir örneklem seçimine gidilmiştir. Araştırmada veriler, iradi örnekleme yöntemlerinden amaçlı (yargısal) örnekleme yöntemi ile toplanmış, bu kapsamda sadece kronik rahatsızlığı bulunan hastalar örnekleme seçilmiş olup diğer hasta grupları elimine edilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı TRB1 bölgesinde bulunan illerin 2020 yılına ait toplam nüfusu 1,759,327'dir (TUİK, 2020). Örneklem büyüklüğü için Cohen ve ark. (2002) yaptıkları hesaplama yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evreninin oluşturan kişi sayısının %95 güven aralığında 100 bin ile 1 milyon arasında olduğu durumlarda örneklem büyüklüğünün 384 olması yeterli olmaktadır (Cohen, vd., 2002, s. 94-95).

Araştırmanın verileri, Ağustos-Ekim 2020 tarihleri arasında toplam 525 hastaya yapılan yüz yüze anket görüşmesiyle toplanmıştır. Toplanan verilerdeki hataların ayıklanması sonucunda toplam 501 adet anket veri analizinde kullanılmıştır. Elde edilen anketlerin hizmet alınan hastanelerin bulunduğu illere göre dağılımı, Malatya (192 kişi), Elazığ (147 kişi), Bingöl (112 kişi) ve Tunceli (50 kişi) şeklinde gerçekleşmiştir. 501 kişiden oluşan örneklem büyüklüğünün seçilme nedeni ise örneklemin ana kütleyle temsil yeteneğine sahip olacağıdır.

### 3.3. Araştırmanın Modeli



Şekil 3.1. Araştırmanın Modeli

### 3.4. Araştırma Hipotezleri

H<sub>1</sub>: Kronik rahatsızlığı bulunan hastaların birlikte değer oluşturma düzeyinin iyi oluş düzeyi üzerinde olumlu etkisi vardır.

H<sub>2</sub>: Kronik rahatsızlığı bulunan hastaların hasta güçlendirme düzeyinin iyi oluş düzeyi üzerinde olumlu etkisi vardır.

### 3.5. Veri Toplama Yöntem ve Araçları

Araştırmanın üç adet ölçeği bulunmaktadır. Bu ölçeklerin test edilebilmesi için gerekli olan birincil veriler anket yöntemiyle yüz yüze görüşmeler aracılığıyla elde edilmiştir. Araştırma modelinin test edilmesinde yararlanılacak araçların belirlenmesi için detaylı bir biçimde ilgili literatür taraması yapılmıştır. Böylece bu çalışmada birlikte değer oluşturma, hasta güçlendirme ve iyi oluş (well-being) olmak üzere üç ölçek kullanılmıştır.

Kullanılan anket formunda, hastalara ait tanımlayıcı sorular ve çalışmanın amacına yönelik maddeler yer almaktadır. Anketlerde birlikte değer oluşturma (Russo, vd., 2019), hasta güçlendirme (Russo, vd., 2019) ve iyi oluş (Kinderman, vd., 2011) ölçekleri yer almaktadır. Likert tipi ölçekler için yapılan önceki çalışmalar derecelendirme seçeneklerinin istatistiksel güvenilirlik açısından araştırmasında, Lissitz ve Green, (1975) ve Boote, (1981), 5 puanlık bir ölçeğin güvenilir olduğunu öne sürmüşlerdir. Cicchetti, vd., (1985), bir Monte Carlo simülasyonu kullanarak güvenilirliği incelemiş ve kategori sayısı sekizden az olduğunda güvenilirliğin arttığını bildirmiştir. Ooster, (1989), 7 puanlık bir ölçeğin en yüksek test güvenilirliğini

gösterdiğini belirtmiştir. Preston ve Colman, (2000) ayrıca iki ila dört kategoriye sahip bir ölçeğin en düşük test güvenilirliğini gösterdiğini ve yedi veya daha fazla kategoriye sahip bir ölçeğin en yüksek test güvenilirliğini gösterdiğini ortaya koymuştur. 7’li likert tipi ölçek tipi derecelendirmeleri, 7-Kesinlikle Katılıyorum, 1-Kesinlikle Katılmıyorum olarak ifade edilmektedir (Terzi, 2006, s. 82).

Bu çalışmada ölçeklerin derecelendirme metodu olarak 7’li likert tipi ölçek tipi tercih edilmiştir. Kullanılan ölçeklerin içerik geçerliliği aşamasında çalışma konusunda uzman kişilerle işbirliği yapılmış ve söz konusu uzmanların görüşleri doğrultusunda ölçek maddeleri düzenlenmiştir. Anketlerin uygulanmasına başlamadan önce hazırlanan anket sorularının uygulanacak örneklem tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı test etmek için pilot çalışma uygulanmıştır.

Ölçek sahibi yazarlardan mail aracılığı ile izinler alındıktan ve Türkçeye çevirilerinin yapıp uzman görüşleri alındıktan sonra madde eklemesi ve çıkarımı ile son halini alan anketler için Bingöl Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu’nun 17/08/2020 tarih ve 92342550/302.01.08/ sayılı kararı ile onay alınmıştır.

Araştırma kapsamında kullanılan analiz yöntemleri ve kullanım amaçlarını gösteren tablo analiz türünün kullanım amaçlarıyla birlikte aşağıda verilmiştir.

**Tablo 3.1.** Araştırma Verilerinin Analizinde Başvurulan Yöntemler ve Programlar

<b>Analiz Türü</b>	<b>Kullanım Amacı</b>	<b>Kullanılan Program</b>
Betimleyici Analizler	Ankete katılanların cevaplarının ortalamasını ve standart sapmasını elde etmek için kullanılır.	SPSS
Güvenirlik Analizleri	Ölçeğin güvenilirliğinin ispatı maksadıyla kullanılır.	SPSS
Normallik Analizi	Elde edilen verilerin normal dağılıp dağılmadığını araştırmak amacıyla uygulanmaktadır.	SPSS
Keşfedici Faktör Analizi	Örneklemin uygunluğunu ve faktör sınıflamalarını göstermek için uygulanmaktadır.	SPSS
Doğrulayıcı Faktör Analizi	Modelin doğrulanması için başvurulur.	AMOS
Yapısal Eşitlik Modeli	Araştırmanın ana amacına yönelik tespit edilmek istenen; etki ve ilişki düzeylerini modellemek ve hipotezleri test etmek maksadıyla kullanılır.	AMOS
Tobit Modeli	Bağımlı değişkeni etkileyen bağımsız değişkenlerin etki oranını modellemek ve hipotezleri sınamak amacıyla kullanılır.	STATA

### 3.6. Araştırma Ölçekleri ve Maddeleri

**Birlikte Değer Oluşturma Ölçeği:** Araştırmanın odaklandığı örneklem grubu olan kronik rahatsızlığı bulunan hastaların tedavi gördükleri süreyi kapsayan algılarını ölçmek için Russo vd. (2019) tarafından geliştirilen birlikte değer oluşturma ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için gerekli olan izinler mail ortamında yazarlardan alınmıştır. Birlikte değer oluşturma ölçeğinin Türkçe'ye çevirisi yapıldıktan ve uzman görüşleri alındıktan sonra madde eklemesi ve çıkarımı ile son halini alan ilişkili maddeler aşağıda verilen tabloda gösterilmiştir.

**Tablo 3.2.** Birlikte Değer Oluşturma Ölçeği

Madde No.	İfadeler
bdo1	Hastanedeki tedavi sürecinde şimdiye kadar sağlık çalışanlarına doğru bilgi verdim
bdo2	Hastanedeki tedavi sürecinde sağlık çalışanlarına kendi görevlerini yapabilmeleri için gerekli olan bilgileri aktardım
bdo3	Hastanedeki tedavi sürecinde tedavim için üstüme düşen sorumlulukları yaptım
bdo4	Hastanedeki tedavi sürecinde tedavimde benden beklenen tüm görevleri yerine getirdim
bdo5	Hastanedeki tedavi sürecinde sağlıklı beslenmeye özen gösterdim
bdo6	Hastanedeki tedavi sürecinde doktorlara karşı sorumluluklarımı yerine getirdim
bdo7	Hastanedeki tedavi sürecinde doktorların direktif ve tavsiyelerine uydum
bdo8	Hastanedeki tedavi sürecinde doktorlara karşı dostça davrandım
bdo9	Hastanedeki tedavi sürecinde doktorlara kibarca davranışlar sergiledim
bdo10	İyi bir sağlık hizmeti aldığımda diğer insanların bunu bilmesini sağladım
bdo11	Hastanedeki tedavi sürecinde bir sorun yaşadığımda, doktorların bunu bilmesini sağladım
bdo12	Hastanede aldığım sağlık hizmeti ve hastanedeki sağlık çalışanları hakkında başkalarına olumlu şeyler söyledim
bdo13	Aldığım sağlık hizmetini başkalarına tavsiye ettim
bdo14	Arkadaşlarımla ve akrabalarımla aynı hastaneden yararlanmamı önerdim/teşvik ettim
bdo15	Tedavi sürecinde moralimi yüksek tutmak için farklı uğraşlar edindim/ediniyorum
bdo16	Tedavi sürecinde hastalığımla devamlı meşgul olmamak adına hobilerime odaklandım

Ölçeğin kullanılabilmesi için yazarlardan gerekli izinler alındıktan sonra orijinal dili olan İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. Çeviri işleminden sonra alan uzmanlarından alınan görüş doğrultusunda ölçeğin geliştirilerek yeni maddeler eklenmesine karar verilmiştir. Araştırmanın amacına uygun olarak üç madde

eklenmiştir. Bu aşamadan sonra ölçek için kapsam geçerlilik analizi ve pilot çalışması yapılmıştır.

Araştırmanın bir diğer ölçeği olan hasta güçlendirme ölçeği ve ilişkili maddelerini içeren tablo aşağıda gösterilmiştir.

**Tablo 3.3.** Hasta Güçlendirme Ölçeği

Madde No.	İfadeler
hg1	Hastalığımla ilgili farklı kaynaklardan birçok bilgiye ulaşırım
hg2	Özellikle kendi hastalığımla alakalı bilgileri bulmaya çalışırım
hg3	Elde ettiğim bilgilerin içeriğini ve kapsamını anlayabiliyorum
hg4	Elde edilen bilgilerin geçerliliğini ve güvenilirliğini kontrol ederim
hg5	Olası tedavi alternatifleri hakkında bilgi bulmaya özen gösteririm
hg6	Tedavim hakkında fikrimi değiştirirsem doktorumla bunu konuşurum
hg7	Sağlık çalışanlarına tedavim ve hastalığımla ilgili fikirlerimi her zaman ifade ederim
hg8	Doktorumun hastalığımla ilgili bilmek istediği tüm bilgileri paylaşıyorum
hg9	Tedavi sürecimle ilgili bütün merak ettiklerimi sağlık çalışanlarına sorarım
hg10	Anlamadığım bir şey olursa daha fazla açıklama isterim
hg11	Daha önce aldığım tedavileri ve varsa alerji bilgilerimi detaylıca anlatırım
hg12	Tedavim için yapmam gerekenleri yapmadığımda bunu dürüstçe itiraf ederim
hg13	Sağlık çalışanlarıyla kolayca iletişim kurabilirim
hg14	Hastalığım ve tedavimle ilgili her zaman ek bilgi isterim
hg15	Önerilen tedavi sürecine olabildiğince bağlıyım
hg16	Sağlığıma zarar veren alışkanlıklarımı değiştirmekte kararlılık gösteririm
hg17	Sağlık durumumu elimden geldiğince koruma konusunda kararlı ve azimliyim
hg18	Yaşam tarzım sağlığıma kötüleştirdiğinde bunu fark edebilirim

Russo vd. (2019), tarafından geliştirilen hasta güçlendirme ölçeğinin veri toplamada kullanılabilmesi için ilgili yazarlardan mail aracılığıyla gerekli gerekli izinler alınmıştır. Bu aşamadan sonra orijinal dili olan İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. Çeviri sürecinden sonra alan uzmanlarının görüşleri göz önüne alınarak madde eklenmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Araştırma amacını gerçekleştirecek ve literatürden elde edilen yeni maddeler eklenmiştir. Bir önceki ölçekte olduğu gibi son aşama olarak ölçek için kapsam geçerlilik analizi ve pilot çalışması uygulanmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni olan iyi oluş (well-being) ölçeği ve ölçeğe ait ifadeleri kapsayan tablo aşağıda verilmiştir.

**Tablo 3.4. İyi Oluş (Well-Being) Ölçeği**

Madde No.	İfadeler
io1	Fiziksel sağlığımdan memnunum
io2	Genel olarak sağlığım mükemmel
io3	Uyku kalitemden memnunum (Yeterli bir uyku uyuyabiliyorum)
io4	Günlük işlerimi yardım almadan yapabiliyorum
io5	Mesleğimi (işimi) icra edebilecek güçteyim
io6	1 yıl öncesine göre şu andaki sağlığım daha iyi
io7r	Depresyondayım (Bunalım ve çöküntü halindeyim)
io8	Hayattan zevk alıyorum
io9	Ulaşmak istediğim hedeflerim var
io10	Gelecekle ilgili iyimserim
io11	Hayatımı tamamen ben kontrol ediyorum
io12	Kendimden memnunum
io13	Sevildiğimi hissediyorum
io14	Kendi kararlarımı kendim verebiliyorum
io15	Kendi görüş ve düşüncelerimi değerli buluyorum
io16	Planlarım ve hedeflerimi gerçekleştirebileceğime inanıyorum
io17	Kendimden ve başardıklarımından memnunum
io18	Ailemle olan ilişkilerimden memnunum
io19	Arkadaşlarımla olan ilişkilerimden memnunum
io20	Başkalarıyla rahatlıkla iletişim kurabiliyorum
io21	Herhangi bir sorun olduğunda başkalarından yardım isteyebiliyorum
io22	Şuandaki gelirim ihtiyaçlarımı karşılamaktadır
io23	Yaşam standartım istediğim düzeydedir
io24	İstediğim zaman (ihtiyaç duyduğumda) sağlık hizmeti alabiliyorum
io25	Egzersiz yapabiliyorum (Örnek: Yürüyüş, koşu, yüzme, bisiklet sürme vb.)
io26	Ülke sağlık sistemine güveniyorum

Kinderman, vd., (2011) tarafından geliştirilen iyi oluş ölçeğine çeviri aşamasını takip eden süreçten sonra alan uzmanlarının görüşleri göz önüne alınarak, araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek özellikleri barındıran ve literatürden çekilerek alınan birkaç maddenin eklenmesine karar verilmiştir. Eklenen maddeler sonucunda oluşan ölçeğin geçerliği için ölçek maddeleri kapsam geçerlilik analizine ve pilot çalışmasına tabi tutulmuştur.

### **3.7. Araştırma Bulgularının Analiz ve Değerlendirilmesi**

#### **3.7.1. Kapsam Geçerliliği**

Ölçek geliştirirken başvurulacak deneysel uygulamalar mevcut olmadığında kapsam geçerliği yapılarak kapsam geçerlilik oranları incelenir (Yurdugöl, 2005, s. 771). Kapsam geçerliliği, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen

davranış/özelliği nicelik ve nitelik olarak yeterli düzeyde temsil edip etmediğinin göstergesidir. Kapsam geçerliliği uzman görüşü ile elde edilmektedir. Uzmanlardan elde edilen puanlar Kapsam Geçerliliği İndeksi (KGI) ile değerlendirilmektedir. Lynn (1986), KGI değerini en az %83 olması gerektiğini önermektedir (Sezer ve Kadioğlu, 2014, s. 167).

Bu araştırmada ölçeklerin uyarlaması yapılırken kapsam geçerliliğini belirlemek için alınan uzman görüşleri, hem madde düzeyinde hem de ölçek düzeyinde değerlendirilmiştir. Uyarlama yapılırken Davis'in (1992) önerdiği yöntem uygulanmış ve kullanıcıların farklı kültürde ve dillerde hazırlanan ölçekleri anlamaları amaçlanmıştır. Bu doğrultuda yöntem uygun olarak öncelikle ölçeklerin orijinal dillerinden Türkçeye çevirisi yapıp değerlendirilmiştir. Daha sonra hedef dilden orijinal dile tekrar çevirisi yapılarak uzman görüşleri alınmıştır. Çeviri işleminde biri dil uzmanı olmak üzere toplam iki akademisyen yer almıştır. Bu işlem sonrasında çevrilen ifadelerin doğru karşılıkları dil yeterliliği bulunan uzman tarafından değerlendirilmiş ve çeviriler arasında bariz bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Nihai aşamada ise ölçeklerin ele aldığı konulara hâkim dört akademisyenden uzman görüşü alınarak kapsam geçerliliğinde kullanılacak ölçeklerin son hali elde edilmiştir.

Çevirisi yapılan ve uzman görüşü alındıktan sonra elde edilen ölçek maddelerinin kapsam geçerliliğini test etmek için Davis (1992) tekniğine başvurulmuştur.

Davis, (1992) tekniği uzman görüşlerini (a) "Uygun", (b) "Madde hafifçe gözden geçirilmeli", (c) "Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli" ve (d) "Madde uygun değil" şeklinde dörtlü derecelendirmektedir. Bu teknikte (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin "kapsam geçerlik indeksi" elde edilmektedir ve bu değer istatistiksel bir ölçütle karşılaştırmak yerine 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir (Yurdugül, 2005, s. 773).

**Tablo 3.5.** Ölçeklere ait kapsam geçerliliği indeks değerleri

Madde	a	b	c	d	KGİ	Madde	a	b	c	d	KGİ
bdo 1	17	0	2	1	0,85	hg 15	15	3	1	1	0,9
bdo 2	17	2	1	0	0,95	hg 16	18	0	2	0	0,9
bdo 3	16	2	2	0	0,9	hg 17	17	2	1	0	0,95
bdo 4	19	0	1	0	0,95	hg 18	17	2	0	1	0,95
bdo 5	18	2	0	0	1	io 1	17	2	1	0	0,95
bdo 6	18	1	1	0	0,95	io 2	18	2	0	0	1
bdo 7	18	1	1	0	0,95	io 3	18	1	1	0	0,95
bdo 8	19	1	0	0	1	io 4	19	0	1	0	0,95
bdo 9	19	0	1	0	0,95	io 5	17	3	0	0	1
bdo 10	16	2	1	1	0,9	io 6	18	2	0	0	1
bdo 11	15	4	1	0	0,95	io 7	16	2	1	1	0,9
bdo 12	16	3	1	0	0,95	io 8	15	4	1	0	0,95
bdo 13	17	1	1	1	0,9	io 9	18	2	0	0	1
bdo 14	19	0	1	0	0,95	io 10	17	2	1	0	0,95
bdo 15	18	1	1	0	0,95	io 11	16	3	1	0	0,95
bdo 16	19	0	1	0	0,95	io 12	19	1	0	0	1
hg 1	17	0	2	1	0,85	io 13	18	0	2	0	0,9
hg 2	16	2	2	0	0,9	io 14	16	2	1	1	0,9
hg 3	15	3	2	0	0,9	io 15	15	3	2	0	0,9
hg 4	17	1	1	1	0,9	io 16	16	3	1	0	0,95
hg 5	18	2	0	0	1	io 17	18	2	0	0	1
hg 6	19	0	1	0	0,95	io 18	18	1	1	0	0,95
hg 7	17	2	1	0	0,95	io 19	19	1	0	0	1
hg 8	18	1	0	0	0,95	io 20	17	2	1	0	0,95
hg 9	18	1	1	0	0,95	io 21	18	1	1	0	0,95
hg 10	19	0	1	0	0,95	io 22	15	3	1	1	0,9
hg 11	17	3	0	0	1	io 23	14	5	1	0	0,95
hg 12	14	3	2	1	0,85	io 24	19	0	1	0	0,95
hg 13	15	3	1	1	0,9	io 25	15	3	1	1	0,9
hg 14	16	2	2	0	0,9	io 26	17	2	1	0	0,95

Birlikte değer oluşturma, hasta güçlendirme ve iyi oluş (well-being) ölçeklerinin kapsam geçerliliğine ait değerler 20 uzmanın katılımıyla elde edilmiştir. Kapsam geçerlilik oranlarına bakıldığında üç ölçeğe ait maddelerin tamamının değerlerinin 0,85 ile 1 aralığında olduğu görülmektedir. Kabul edilen ölçüt olan 0,80 değeri ile karşılaştırılınca tüm maddelerin kapsam geçerliliğini sağladığı tespit edilmiştir.

### 3.7.2. Pilot Çalışması

Anket, bilimsel araştırmalar için temel veri toplama yöntemlerinden biridir. Dolayısıyla anket yönteminin veri toplama aşamasında muhtemel algılama ve yorumlama problemlerinin ortadan kaldırılması için katılımcıların zorlanmasını önleyecek biçimde tasarlanması gerekmektedir (Altunışık, 2008, s. 8).

Bir anket çalışmasında, anketlerin uygulamaya geçilmeden önce, söz konusu problemlerin önemli bir bölümünün ortadan kaldırması ve katılımcılar için problem oluşturacak unsurların olup olmadığını belirlemek, pilot çalışmasıyla mümkün olmaktadır (Presser, vd., 2004, s. 109-110). Ayrıca pilot uygulama, genel olarak yeni geliştirilen veya daha önce geliştirilen ölçeklerin farklı örneklemelerde ne gibi etkiler oluşturacağını belirlenmesi amacıyla uygulanan bir değerlendirme aşamasıdır (De Vaus, 2002, s. 114-116).

Pilot çalışma için oluşturulacak örneklem büyüklüğüne dair literatürde hemfikir olunan konu örneklemin küçük olacağıdır. Ancak pilot çalışma örnek büyüklüğünün araştırmacının amacına ve hassasiyetine bağlı olduğu ve genellikle 5-10 ile 50-100 arası olduğu görülmektedir (Reynolds, vd., 1993, s. 4).

Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla gerekli izinler alındıktan sonra araştırma kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden son bir yıl içerisinde TRB1 bölgesindeki il merkezlerinde bulunan hastanelerde en az bir gün yatış yapmış kronik rahatsızlığı bulunan 150 hastaya yüz yüze yapılan anketlerle pilot çalışma uygulanmıştır.

### **3.7.2.1. Pilot Uygulamanın Keşfedici Faktör Analizi**

Pilot çalışma sonucunda elde edilen veriler test edilerek araştırmanın üç ölçeği olan hasta güçlendirme, birlikte değer oluşturma ve iyi oluş ölçekleri için güvenilirlik ve keşfedici faktör analizleri yapılmıştır.

Keşfedici faktör analizinde değişkenlerin ait olduğu veri yapısının faktör analizi için yeterli olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği vasıtasıyla belirlenmektedir. KMO değerinin 0,50'den yüksek olması, faktör analizine devam edilebileceği anlamını taşımaktadır (Kaiser, 1974, s. 31; Patır, 2009, s. 73).

Gürbüz ve Şahin (2014)'e göre ise genel değerlendirme aşamasında faktör yüklerinin 0,32'den büyük olması yeterli olacaktır. Geçerlik çalışmaları kapsamında uygulanan bir diğer test olan Barlett Küresellik testi, korelasyon matrisinde elde edilen ilişkilerin faktör analizi yapabilecek yeterliğe sahip olup olmadığını belirlemeye yönelik kullanılmaktadır. Korelasyon matrisi ise tüm gözlenen değişkenlerin aralarındaki korelasyon ilişkisini gösteren bir tablo çeşididir. Ayrıca Barlett testinin sonucunun anlamlı çıkması, faktör analizi yapılabileceğinin göstergesidir ( $p < 0,05$ ). Açıklanan varyans analizi tablosu (total variance explained), değişkenlerin temsil

edildiği faktörlerle ilgili bilgileri içermektedir. Tabloda yer alan birinci sütunu (component), değişkenlerden elde edilmiş olan faktörleri yansıtmaktadır. İkinci bölümde ise bir faktörü oluşturan maddelerin faktör yüklerinin kareleri anlamına gelen özdeğerler hakkındaki bilgiler yer almaktadır. Analiz kapsamında özdeğeri 1'den büyük olan faktörler değerlendirmeye tabi tutulmalıdır (Gürbüz ve Şahin, 2014: 304).

Tablo 3.6'da birlikte değer oluşturma ölçeğinin pilot çalışma sonucunda yapılan keşfedici faktör analizi verilmiştir.

**Tablo 3.6.** Pilot Uygulama Birlikte Değer Oluşturma Ölçeğine Ait Keşfedici Faktör Analizi

Önerme Kodu	Önermeler	Faktör Yük Değeri	Açıklanan Varyans	Öz Değer
<b>Faktör 1: Hasta Katılım Davranışı</b>				
bdo3	Hastanedeki tedavi sürecinde tedavim için üstüme düşen sorumlulukları yaptım	0,880		
bdo4	Hastanedeki tedavi sürecinde tedavimde benden beklenen tüm görevleri yerine getirdim	0,876		
bdo6	Hastanedeki tedavi sürecinde doktorlara karşı sorumluluklarımı yerine getirdim	0,835	27,967	4,475
bdo5	Hastanedeki tedavi sürecinde sağlıklı beslenmeye özen gösterdim	0,832		
bdo7	Hastanedeki tedavi sürecinde doktorların direktif ve tavsiyelerine uydum	0,811		
<b>Faktör 2: Bilgi Paylaşımı ve Tedaviye Uyum</b>				
bdo9	Hastanedeki tedavi sürecinde doktorlara kibarca davranışlar sergiledim	0,868		
bdo8	Hastanedeki tedavi sürecinde doktorlara karşı dostça davrandım	0,855		
bdo10	İyi bir sağlık hizmeti aldığımında diğer insanların bunu bilmesini sağladım	0,775		
bdo2	Hastanedeki tedavi sürecinde sağlık çalışanlarına kendi görevlerini yapabilmeleri için gerekli olan bilgileri aktardım	0,709	25,099	4,016
bdo11	Hastanedeki tedavi sürecinde bir sorun yaşadığımda, doktorların bunu bilmesini sağladım	0,690		
bdo1	Hastanedeki tedavi sürecinde şimdiye kadar sağlık çalışanlarına doğru bilgi verdim	0,541		
<b>Faktör 3: Tavsiye Etme</b>				
bdo12	Hastanede aldığım sağlık hizmeti ve hastanedeki sağlık çalışanları hakkında başkalarına olumlu şeyler söyledim	0,827		
bdo13	Aldığım sağlık hizmetini başkalarına tavsiye ettim	0,816	17,880	2,861
bdo14	Arkadaşlarımla ve akrabalarımla aynı hastaneden yararlanmasını önerdim/teşvik ettim	0,792		

<b>Faktör 4: Olumlu Düşünme</b>				
bdo15	Tedavi sürecinde moralimi yüksek tutmak için farklı uğraşlar edindim/ediniyorum	0,912	13,557	2,169
bdo16	Tedavi sürecinde hastalığımla devamlı meşgul olmamak adına hobilerime odaklandım	0,910		
<b>Toplam Açıklanan Varyans (%)</b>				<b>84,502</b>
<b>Kaiser-Maier-Olkin Testi</b>				<b>0,865</b>
<b>Yaklaşık Ki-Kare</b>				<b>3005,388</b>
<b>Serbestlik derecesi (sd)</b>				<b>120</b>
<b>Barlett Küresellik Testi</b>				<b>0,000</b>

Birlikte değer oluşturma ölçeğinin pilot çalışma sonucunda yapılan keşfedici faktör analizine göre toplam dört alt faktör tespit edilmiştir. Bu faktörler şunlardır; hasta katılım davranışı, bilgi paylaşımı ve tedaviye uyum, tavsiye etme ve olumlu düşünme. Elde edilen sonuçlara bakıldığında hasta katılım davranışı faktörünün değişkenlerinin faktör yükleri 0,811 ile 0,880 aralığında değiştiği ve bu faktöre ait majör değişkenin 0,880 faktör yüküne sahip olan “Hastanedeki tedavi sürecinde tedavim için üstüme düşen sorumlulukları yaptım” ifadesi olduğu tespit edilmiştir. Bilgi Paylaşımı ve Tedaviye Uyum faktörüne ait değişkenlerin faktör yükleri 0,541 ile 0,868 aralığında değişkenlik göstermektedir.

En yüksek faktör yüküne sahip olan değişken ise “Hastanedeki tedavi sürecinde doktorlara kibarca davranışlar sergiledim” ifadesidir. Tavsiye Etme faktörüne ait faktör yüklerinin 0,792 ile 0,827 aralığında değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir. En yüksek faktör yüküne sahip olan ifade ise “Hastanede aldığım sağlık hizmeti ve hastanedeki sağlık çalışanları hakkında başkalarına olumlu şeyler söyledim” ifadesidir. Elde edilen son faktör olan Olumlu Düşünme ise iki ifadeden oluşmaktadır. Bu ifadelere ait faktör yükleri sırasıyla 0,910 ve 0,912’dir. Olumlu Düşünmenin en yüksek faktör yüküne sahip olan ifadesi “Tedavi sürecinde moralimi yüksek tutmak için farklı uğraşlar edindim/ediniyorum” olarak görülmüştür.

Faktörlere ait açıklanan varyans değerlerine bakıldığında, hasta katılım davranışının %27,967; bilgi paylaşımı ve tedaviye uyumun %25,099; tavsiye etmenin %17,880 ve son olarak olumlu düşünmenin %13,557 açıklanan varyans oranına sahip olduğu görülmektedir. Keşfedici faktör analizi için hayati öneme sahip olan örneklem yeterlik değeri olan KMO’nun 0,865 olduğu tespit edilmiş ve faktör analizinin yapılmasının yeterli olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca Bartlett küresellik testi sonucunun anlamlı olduğu tespit edilmiştir [0,000( $p < 0.05$ )]. Bartlett küresellik testinin sonucunun anlamlı çıkması, ifadeler arasındaki korelasyon ilişkilerinin faktör analizi yapılması

için uygun olacağını ifade etmektedir. Birlikte değer oluşturma ölçeğini oluşturan faktörler toplam varyansın %84,502'sini açıkladığı ve bu değer yeterli olduğu görülmüştür.

Tablo 3.7'de hasta güçlendirme ölçeğine ait pilot çalışma sonucunda yapılan keşfedici faktör analizine yer verilmiştir.

**Tablo 3.7. Pilot Uygulama Hasta Güçlendirme Ölçeği Keşfedici Faktör Analizi**

Önerme Kodu	Önermeler	Faktör Yük Değeri	Açıklanan Varyans	Öz Değer
<b>Faktör 1: Sağlık Çalışanlarıyla İletişim</b>				
hg12	Tedavim için yapmam gerekenleri yapmadığımda bunu dürüstçe itiraf ederim	0,871		
hg13	Sağlık çalışanlarıyla kolayca iletişim kurabilirim	0,808		
hg11	Daha önce aldığım tedavileri ve varsa alerji bilgilerimi detaylıca anlatırım	0,793		
hg8	Doktorumun hastalığımla ilgili bilmek istediği tüm bilgileri paylaşıyorum	0,775		
hg9	Tedavi sürecimle ilgili bütün merak ettiklerimi sağlık çalışanlarına sorarım	0,757	31,477	5,981
hg10	Anlamadığım bir şey olursa daha fazla açıklama isterim	0,749		
hg14	Hastalığım ve tedavimle ilgili her zaman ek bilgi isterim	0,721		
hg7	Sağlık çalışanlarına tedavim ve hastalığımla ilgili fikirlerimi her zaman ifade ederim	0,615		
<b>Faktör 2: Bilgiyi Anlama ve Kavrayış</b>				
hg4	Elde edilen bilgilerin geçerliliğini ve güvenilirliğini kontrol ederim	0,918		
hg3	Elde ettiğim bilgilerin içeriğini ve kapsamını anlayabiliyorum	0,909		
hg2	Özellikle kendi hastalığımla alakalı bilgileri bulmaya çalışırım	0,889		
hg1	Hastalığımla ilgili farklı kaynaklardan birçok bilgiye ulaşırım	0,870	30,179	5,734
hg5	Olası tedavi alternatifleri hakkında bilgi bulmaya özen gösteririm	0,844		
hg6	Tedavim hakkında fikrimi değiştirirsem doktorumla bunu konuşurum	0,612		
<b>Faktör 3: Hasta Katılımı</b>				
hg15	Önerilen tedavi sürecine olabildiğince bağlıyım	0,797		
hg17	Sağlık durumumu elimden geldiğince koruma konusunda kararlı ve azimliyim	0,747		
hg18	Yaşam tarzım sağlığımı kötüleştirdiğinde bunu fark edebilirim	0,683	20,121	3,823
hg16	Sağlığıma zarar veren alışkanlıklarımı değiştirmekte kararlılık gösteririm	0,656		

<b>Toplam Açıklanan Varyans (%)</b>	<b>81,778</b>
<b>Kaiser-Maier-Olkin Testi</b>	<b>0,927</b>
<b>Yaklaşık Ki-Kare</b>	<b>3897,010</b>
<b>Serbestlik derecesi (sd)</b>	<b>171</b>
<b>Barlett Küresellik Testi</b>	<b>0,000</b>

Hasta güçlendirme ölçeğine ait yapılan pilot çalışmasında uygulanan keşfedici faktör analizine göre hasta güçlendirme ölçeğinin toplam 3 alt faktörünün olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara bakıldığında Sağlık Çalışanlarıyla İletişim faktörüne ait değişkenlerin faktör yükleri 0,615 ile 0,871 aralığında değiştiği ve bu faktöre ait majör değişkenin 0,871 faktör yüküne sahip olan “tedavim için yapmam gerekenleri yapmadığımda bunu dürüstçe itiraf ederim” ifadesi olduğu tespit edilmiştir. Bilgiyi Anlama ve Kavrayış faktörüne ait değişkenlerin faktör yükleri 0,612 ile 0,918 aralığında değişkenlik göstermektedir. En yüksek faktör yüküne sahip olan değişken ise “elde edilen bilgilerin geçerliliğini ve güvenilirliğini kontrol ederim” ifadesidir. Hasta Katılımı faktörüne ait faktör yüklerinin 0,656 ile 0,797 aralığında değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir. En yüksek faktör yüküne sahip olan ifade ise “önerilen tedavi sürecine olabildiğince bağlıyım” ifadesi olmuştur.

Faktörlere ait açıklanan varyans değerlerine bakıldığında, Sağlık Çalışanlarıyla İletişimin %31,477; Bilgiyi Anlama ve Kavrayışın %30,179 ve son olarak Hasta Katılımının %20,121 açıklanan varyans oranına sahip olduğu görülmektedir. Keşfedici faktör analizinde örneklem yeterlik değeri olan KMO'nun 0,927 olduğu tespit edilmiş ve faktör analizi yapılmasına uygun olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca Bartlett küresellik testi sonucunun anlamlı olduğu tespit edilmiştir [0,000( $p < 0.05$ )]. Bartlett küresellik testinin sonucunun anlamlı çıkması, ifadeler arasındaki korelasyon ilişkilerinin faktör analizi yapılması için uygun olacağını ifade etmektedir. Birlikte değer oluşturma ölçeğini oluşturan faktörler toplam varyansın %81,778'ini açıkladığı tespit edilmiştir.

Pilot çalışmanın uygulama aşamasındaki son ölçeği ve aynı zamanda araştırmanın bağımlı değişkeni olan iyi oluş ölçeğine ait keşfedici faktör analizi tablo 3.8'de verilmiştir.

**Tablo 3.8.** Pilot Uygulama İyi Oluş Ölçeği Keşfedici Faktör Analizi

Önerme Kodu	Önermeler	Faktör Yük Değeri	Açıklanan Varyans	Öz Değer
<b>Faktör 1: Sosyal İyi Oluş</b>				
io19	Arkadaşlarımla olan ilişkilerimden memnunum	0,913	16,441	4,267
io18	Ailemle olan ilişkilerimden memnunum	0,917		
io20	Başkalarıyla rahatlıkla iletişim kurabiliyorum	0,852		
io13	Sevdiğimi hissediyorum	0,782		
io21	Herhangi bir sorun olduğunda başkalarından yardım isteyebiliyorum	0,707		
<b>Faktör 2: Psikolojik İyi Oluş</b>				
io9	Ulaşmak istediğim hedeflerim var	0,776	14,817	3,852
io7r	Depresyodayım (Bunalım ve çöküntü halindeyim)	0,771		
io8	Hayattan zevk alıyorum	0,734		
io10	Gelecekle ilgili iyimserim	0,651		
io16	Planlarım ve hedeflerimi gerçekleştirebileceğime inanıyorum	0,577		
io25	Egzersiz yapabiliyorum (Örnek: Yürüyüş, koşu, yüzme, bisiklet sürme vb.)	0,575		
<b>Faktör 3: Öznel İyi Oluş</b>				
io14	Kendi kararlarımı kendim verebiliyorum	0,839	14,950	3,887
io17	Kendimden ve başardıklarımından memnunum	0,752		
io12	Kendimden memnunum	0,818		
io15	Kendi görüş ve düşüncelerimi değerli buluyorum	0,737		
io11	Hayatımı tamamen ben kontrol ediyorum	0,500		
<b>Faktör 4: Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş</b>				
io2	Genel olarak sağlığım mükemmel	0,792	14,367	3,736
io1	Fiziksel sağlığımdan memnunum	0,754		
io3	Uyku kalitemden memnunum (Yeterli bir uyku uyuyabiliyorum)	0,741		
io6	1 yıl öncesine göre şu andaki sağlığım daha iyi	0,668		
io4	Günlük işlerimi yardım almadan yapabiliyorum	0,665		
io5	Mesleğimi (işimi) icra edebilecek güçteyim	0,556		
<b>Faktör 5: Finansal İyi Oluş</b>				
io23	Yaşam standartım istediğim düzeydedir	0,890	8,203	2,133
io22	Şuandaki gelirim ihtiyaçlarımı karşılamaktadır	0,843		
<b>Faktör 6: Sağlık Hizmetlerine Ulaşabilirlik</b>				
io26	Ülke sağlık sistemine güveniyorum	0,868	7,803	2,029
io24	İstedğim zaman (ihtiyaç duyduğumda) sağlık hizmeti alabiliyorum	0,829		
<b>Toplam Açıklanan Varyans (%)</b>				<b>76,551</b>
<b>Kaiser-Maier-Olkin Testi</b>				<b>0,857</b>
<b>Yaklaşık Ki-Kare</b>				<b>3310,169</b>
<b>Serbestlik derecesi (sd)</b>				<b>325</b>
<b>Barlett Küresellik Testi</b>				<b>0,000</b>

Not: io7r ifadesi ters çevrilmiştir.

İyi oluş ölçeğe uygulanan keşfedici faktör analizine göre ölçeğin toplam altı alt faktörünün olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara bakıldığında Sosyal İyi Oluş faktörünün değişkenlerinin faktör yükleri 0,707 ile 0,917 aralığında değiştiği ve bu faktöre ait majör değişkenin 0,917 faktör yüküne sahip olan “arkadaşlarımla olan ilişkilerimden memnunum” ifadesi olduğu tespit edilmiştir. Psikolojik İyi Oluş faktörüne ait değişkenlerin faktör yükleri 0,575 ile 0,776 aralığında değişkenlik göstermektedir. En yüksek faktör yüküne sahip olan değişken ise “ulaşmak istediğim hedeflerim var” ifadesidir. Öznel İyi Oluş faktörüne ait faktör yüklerinin 0,500 ile 0,839 aralığında değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir. En yüksek faktör yüküne sahip olan ifade ise “kendi kararlarımı kendim verebiliyorum” ifadesidir. Elde edilen bir diğer faktör olan Genel sağlık ve fiziksel iyi oluş faktöründe bulunan ifadelerle ait faktör yükleri 0,556 ile 0,792 aralığında değişmektedir. Faktörün en yüksek faktör yüküne sahip olan ifadesi “genel olarak sağlığım mükemmel” olarak görülmüştür. Finansal İyi Oluş faktörü iki ifadeden oluşmaktadır ve bu değişkenlere ait faktör yüklerinin 0,843 ile 0,890 aralığında değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir. En yüksek faktör yüküne sahip olan ifade ise “yaşam standartım istediğim düzeydedir” ifadesidir.

Elde edilen son faktör olan Sağlık Hizmetlerine Ulaşabilirlik faktörü de Finansal İyi Oluş faktörü gibi iki ifadeden oluşmaktadır. Bu ifadelerle ait faktör yükleri sırasıyla 0,829 ve 0,868’dir. Sağlık Hizmetlerine Ulaşabilirlik faktörünün en yüksek faktör yüküne sahip olan ifadesi “ülke sağlık sistemine güveniyorum” olarak tespit edilmiştir.

Faktörlere ait açıklanan varyans değerlerine bakıldığında, Sosyal İyi Oluşun %16,441; Psikolojik İyi Oluşun %14,817; Öznel İyi Oluşun %14,950; Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluşun %14,367; Finansal İyi Oluş faktörünün %7,803 ve son olarak Sağlık Hizmetlerine Ulaşabilirliğin %7,803 açıklanan varyans oranına sahip olduğu görülmektedir. Pilot çalışmada hizmet kalite algısı ölçeğinin, kaiser-maier-olkin örneklem yeterlilik değeri 0,857 sonucunu vermiş ve ölçeğin faktör analizi yapılmaya uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Bartlett küresellik testi sonucunun anlamlı olduğu tespit edilmiştir [0,000( $p < 0.05$ )]. Bartlett küresellik testinin sonucunun anlamlı çıkması ile ifadeler arasındaki korelasyon ilişkilerinin faktör analizi yapılması için uygun olacağını ifade etmektedir. İyi oluş ölçeğini oluşturan faktörler toplam varyansın %76,551’ini açıkladığı ve bu değer yeterli olduğu görülmüştür.

### 3.7.2.2. Pilot Uygulamanın Güvenirlik Analizi

Araştırmanın pilot analizinde güvenilirlik testi için Alpha modeli ve Cronbach Alpha katsayısına başvurulmuştur. Cronbach'ın alfa güvenilirliği Cronbach (1951), sosyal ve örgütsel bilimlerde en yaygın olarak kullanılan güvenilirlik ölçütlerinden biridir (Bonett ve Wright, 2015, s. 3). Araştırmada kullanılan ve sosyal bilimlerdeki çalışmalar için Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ) Katsayısının olması gereken Değerlerini gösteren tablo aşağıda verilmiştir.

**Tablo 3.9.** Cronbach's Alpha( $\alpha$ ) Katsayısının Değerleri

Cronbach's Alpha Katsayı Değeri	Güven Düzeyi
$0,00 \leq \alpha < 0,40$	Güvenilir Değil
$0,40 \leq \alpha < 0,60$	Düşük Güvenilir
$0,60 \leq \alpha < 0,80$	Oldukça Güvenilir
$0,80 \leq \alpha < 1,00$	Yüksek Derecede Güvenilir

**Kaynak:** (Akbulut, 2010, s. 80-81)

Pilot çalışmasında kullanılan ölçekler ve analiz sonucunda elde edilen ölçeklerin alt boyutlarına ait güvenilirlik analiz sonuçlarını gösteren Cronbach Alpha Katsayıları Tablo 3.10'da yer almaktadır.

**Tablo 3.10.** Pilot Çalışma Güvenirlik Analizi

Değişkenler	Cronbach Alpha Katsayısı	Madde Sayısı
<b>Birlikte Değer Oluşturma Genel</b>	<b>0,956</b>	<b>16</b>
Hasta Katılım Davranışı	0,891	5
Bilgi Paylaşımı ve Tedaviye Uyum	0,966	6
Tavsiye Etme	0,941	3
Olumlu Düşünme	0,968	2
<b>Hasta Güçlendirme Genel</b>	<b>0,966</b>	<b>18</b>
Bilgiyi Anlama ve Kavrayış	0,951	6
Hasta Katılımı	0,889	4
Sağlık Çalışanlarıyla İletişim	0,960	8
<b>İyi Oluş Genel</b>	<b>0,939</b>	<b>26</b>
Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş	0,905	6
Psikolojik İyi Oluş	0,876	6
Öznel İyi Oluş	0,872	5

Sosyal İyi Oluş	0,922	5
Finansal İyi Oluş	0,876	2
Sağlık Hizmetlerine Ulaşabilirlik	0,859	2

Tablo 3.10’da pilot çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik istatistikleri verilmektedir. Birlikte değer oluşturma leğine ait 16 ifadenin Cronbach Alpha Katsayısı 0,956 olup bu değer ölçeğin güvenilir olduğunu ifade etmektedir. BDO leğinin alt boyutlarının tümünün yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir. Bir diğer ölçek olan hasta güçlendirme leğinin genel değerlendirmesine ait Cronbach Alpha Katsayısı 0,966 yani yüksek derece güvenilir olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde hasta güçlendirmenin tüm alt boyutlarının da yüksek derecede güvenilir bulunduğu tespit edilmiştir.

İyi oluş leğine ait güvenirlik katsayısına bakıldığında 26 maddeye ait Cronbach Alpha Katsayısının 0,939 gibi yüksek güvenilir olduğu ve aynı zamanda alt boyutlar bakımından bakıldığında da tüm faktörlerin yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir.

### **3.7.3. Esas Uygulamaya Ait Bulgular**

Pilot alışma uygulanan ölçeklerin güvenirlik ve geçerlilikleri tespit edildikten sonra TRB1 Bölgesinde esas uygulama için veriler toplanmıştır. Elde edilen veriler için tanımlayıcı istatistikler, açıklayıcı faktör analizleri ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadıklarını anlamak için arpıklık ve basıklık testleri yapılmıştır. Nihai aşamada ise hasta güçlendirme, birlikte değer oluşturma ve iyi oluş ölçeklerini içeren araştırma modelinin test edilmesi için yapısal eşitlik modeline başvurulmuştur.

#### **3.7.3.1. Tanımlayıcı İstatistikler**

Araştırmanın esas uygulaması için TRB1 (Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli) bölgesindeki il merkezlerinde bulunan hastanelerde yatış yapmış kronik rahatsızlığı bulunan hastalarla yapılan anket çalışmasında kullanılan ölçeklere ait ortalamalar ve standart sapmaları her bir ölçek için aşağıdaki üç tabloda verilmiştir. Ölçekler için yedili likert türü derecelendirme (7: Kesinlikle Katılıyorum, 1: Kesinlikle Katılmıyorum) kullanılmıştır.

Birlikte değer oluşturma leğine ait ortalamaları ve standart sapmaları gösteren bilgiler Tablo 3.11’de verilmiştir.

**Tablo 3.11.** Birlikte Değer Oluşturma Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri

Önerme Kodu	Önerme Adı	Ort.	Standart Sapma
bdo2	Hastanedeki tedavi sürecinde sağlık çalışanlarına kendi görevlerini yapabilmeleri için gerekli olan bilgileri aktardım	5,89	1,365
bdo3	Hastanedeki tedavi sürecinde tedavim için üstüme düşen sorumlulukları yaptım	5,67	1,557
bdo4	Hastanedeki tedavi sürecinde tedavimde benden beklenen tüm görevleri yerine getirdim	5,69	1,559
bdo5	Hastanedeki tedavi sürecinde sağlıklı beslenmeye özen gösterdim	5,50	1,699
bdo6	Hastanedeki tedavi sürecinde doktorlara karşı sorumluluklarımı yerine getirdim	5,60	1,626
bdo7	Hastanedeki tedavi sürecinde doktorların direktif ve tavsiyelerine uydum	5,68	1,604
bdo12	Hastanede aldığım sağlık hizmeti ve hastanedeki sağlık çalışanları hakkında başkalarına olumlu şeyler söyledim	5,74	1,444
bdo13	Aldığım sağlık hizmetini başkalarına tavsiye ettim	5,62	1,593
bdo14	Arkadaşlarımın ve akrabalarımın aynı hastaneden yararlanmasını önerdim/teşvik ettim	5,59	1,654
bdo15	Tedavi sürecinde moralimi yüksek tutmak için farklı uğraşlar edindim/ediniyorum	4,85	1,905
bdo16	Tedavi sürecinde hastalığımla devamlı meşgul olmamak adına hobilerime odaklandım	4,80	1,931

Birlikte değer oluşturma ölçeği tanımlayıcı istatistiklerine bakıldığında ankete katılanların verdikleri cevapların ortalamasının genel itibarıyla 4,80'den yüksek olduğu tespit edilmiştir. Anket katılımcılarının verdikleri cevaplar açısından “Hastanedeki tedavi sürecinde sağlık çalışanlarına kendi görevlerini yapabilmeleri için gerekli olan bilgileri aktardım” ifadesi 5,89 ile en yüksek ortalamaya sahip ifade olmuştur. Ortalamaları 5,00'in altında olan sadece “Tedavi sürecinde moralimi yüksek tutmak için farklı uğraşlar edindim/ediniyorum” ve “Tedavi sürecinde hastalığımla devamlı meşgul olmamak adına hobilerime odaklandım” ifadeleri olmuştur.

Hasta güçlendirme ölçeğinde bulunan her bir ifadenin ortalamasını ve standart sapmasını gösteren bilgiler Tablo 3.12'de verilmiştir.

**Tablo 3.12.** Hasta Güçlendirme Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri

Önerme Kodu	Önerme Adı	Ort.	Standart Sapma
hg1	Hastalığımla ilgili farklı kaynaklardan birçok bilgiye ulaşırım	5,00	1,816
hg2	Özellikle kendi hastalığımla alakalı bilgileri bulmaya çalışırım	5,09	1,824
hg3	Elde ettiğim bilgilerin içeriğini ve kapsamını anlayabiliyorum	5,09	1,795
hg4	Elde edilen bilgilerin geçerliliğini ve güvenilirliğini kontrol ederim	5,13	1,782
hg5	Olası tedavi alternatifleri hakkında bilgi bulmaya özen gösteririm	5,20	1,747
hg7	Sağlık çalışanlarına tedavim ve hastalığımla ilgili fikirlerimi her zaman ifade ederim	5,57	1,551
hg8	Doktorumun hastalığımla ilgili bilmek istediği tüm bilgileri paylaşıyorum	5,74	1,485
hg9	Tedavi sürecimle ilgili bütün merak ettiklerimi sağlık çalışanlarına sorarım	5,54	1,574
hg10	Anlamadığım bir şey olursa daha fazla açıklama isterim	5,58	1,612
hg11	Daha önce aldığım tedavileri ve varsa alerji bilgilerimi detaylıca anlatırım	5,82	1,420
hg12	Tedavim için yapmam gerekenleri yapmadığımda bunu dürüstçe itiraf ederim	5,69	1,521
hg13	Sağlık çalışanlarıyla kolayca iletişim kurabilirim	5,53	1,608
hg14	Hastalığım ve tedavimle ilgili her zaman ek bilgi isterim	5,57	1,638

Hasta güçlendirme ölçeğinde bulunan her bir ifadenin ortalamasını ve standart sapmasını gösteren bilgiler incelendiğinde tüm ifadelerin ortalamasının 5,00'dan yüksek olduğu görülmüştür. En yüksek ortalamaya 5,82 ile “Daha önce aldığım tedavileri ve varsa alerji bilgilerimi detaylıca anlatırım” ifadesi sahiptir. En düşük ortalama ise 5,00 ile “Hastalığımla ilgili farklı kaynaklardan birçok bilgiye ulaşırım” ifadesine ait olduğu bulunmuştur.

İyi oluş ölçeğinin her bir ifadesine ait ortalamalar ve standart sapmalar aşağıdaki tabloda detaylı gösterilmiştir.

**Tablo 3.13.** İyi Oluş Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri

Önerme Kodu	Önerme Adı	Ort.	Standart Sapma
io1	Fiziksel sağlığımdan memnunum	4,87	1,882
io2	Genel olarak sağlığım mükemmel	4,72	1,867
io3	Uyku kalitemden memnunum (Yeterli bir uyku uyuyabiliyorum)	4,92	1,887
io4	Günlük işlerimi yardım almadan yapabiliyorum	5,66	1,657
io5	Mesleğimi (işimi) icra edebilecek güçteyim	5,33	1,868
io6	1 yıl öncesine göre şu andaki sağlığım daha iyi	4,51	2,034
io7r	Depresyondayım (Bunalım ve çöküntü halindeyim)	5,42	1,851
io8	Hayattan zevk alıyorum	5,04	1,645
io9	Ulaşmak istediğim hedeflerim var	5,19	1,728
io10	Gelecekle ilgili iyimserim	5,18	1,727
io11	Hayatımı tamamen ben kontrol ediyorum	5,41	1,597
io12	Kendimden memnunum	5,81	1,363
io14	Kendi kararlarımı kendim verebiliyorum	5,90	1,366
io15	Kendi görüş ve düşüncelerimi değerli buluyorum	6,01	1,254
io17	Kendimden ve başardıklarımından memnunum	5,95	1,320
io18	Ailemle olan ilişkilerimden memnunum	6,05	1,371
io19	Arkadaşlarımla olan ilişkilerimden memnunum	6,04	1,326
io20	Başkalarıyla rahatlıkla iletişim kurabiliyorum	5,85	1,423
io21	Herhangi bir sorun olduğunda başkalarından yardım isteyebiliyorum	5,58	1,625
io22	Şuandaki gelirim ihtiyaçlarımı karşılamaktadır	4,68	1,931
io23	Yaşam standartım istediğim düzeydedir	4,50	1,941
io24	İstediğim zaman (ihtiyaç duyduğumda) sağlık hizmeti alabiliyorum	5,62	1,504

**Not:** io7r ifadesi ters çevrilmiştir.

Tablo 3.13 incelendiğinde iyi oluş ölçeği için anket katılımcılarının verdikleri cevapların ortalamalarının 5,00 ve yukarısında olan io4, io5, io7r, io8, io9, io10, io11, io12, io12, io14, io15, io17, io18, io19, io20, io21 ve io24 kodlu ifadelerle ait olduğu bulunmuştur. En düşük ortalamalara sahip ifadeler ise io1, io2, io3, io6, io22 ve io23 kodlu ifadeler olarak tespit edilmiştir. İfadeler kendi aralarında değerlendirildiğinde “Ailemle olan ilişkilerimden memnunum” ifadesi 6,05 ile en yüksek ortalamaya sahip ifade olmuştur. En düşük ortalama ise 4,50 ile “Yaşam standartım istediğim düzeydedir” ifadesine ait olduğu tespit edilmiştir.

### 3.7.3.2. Keşfedici Faktör Analizi

Araştırmalarda Keşfedici faktör analizine başvurma nedenlerinin başında uygulamaya başlamadan önce ölçeklerin örneklemeden elde edilen verilere göre nasıl bir faktöriyel yapı göstereceği hakkında net bilgiye sahip olunmamasıdır. Kullanılan ölçeğin ilk defa geliştirilmesi veya uyarlama metodunun izlenmesi sebebiyle yeni

faktör dağılımlarını tespit etmek için keşfedici faktör analizine başvurulmaktadır (Şencan ve Fidan, 2020, s. 643).

Keşfedici faktör analizinde, “bağımsızlık, yorumlamada açıklık ve anlamlılık” sağlamak amacıyla elde edilen faktörler için eksen döndürme yöntemleri uygulanabilir. Böylelikle elde edilen bu faktörlerin kendi aralarındaki ilişkilerinde, yüksek ilişkiler ortaya çıkarılabilmekte ve faktörler daha basit yöntemlerle açıklanabilmektedir (Tabak, vd., 2013, s. 223).

Tablo 3.14’te birlikte değer oluşturma ölçeğinin geçerliğini ve faktör dağılımlarını gösteren keşfedici faktör analizine yer verilmiştir.

**Tablo 3.14.** Birlikte Değer Oluşturma Ölçeği Keşfedici Faktör Analizi

Önerme Kodu	Önermeler	Faktör Yük Değeri	Açıklanan Varyans	Öz Değer
<b>Faktör 1: Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma</b>				
bdo6	Hastanedeki tedavi sürecinde doktorlara karşı sorumluluklarımı yerine getirdim	0,905		
bdo3	Hastanedeki tedavi sürecinde tedavim için üstüme düşen sorumlulukları yaptım	0,884		
bdo4	Hastanedeki tedavi sürecinde tedavimde benden beklenen tüm görevleri yerine getirdim	0,890		
bdo5	Hastanedeki tedavi sürecinde sağlıklı beslenmeye özen gösterdim	0,877	42,320	4,655
bdo7	Hastanedeki tedavi sürecinde doktorların direktif ve tavsiyelerine uydum	0,861		
bdo2	Hastanedeki tedavi sürecinde sağlık çalışanlarına kendi görevlerini yapabilmeleri için gerekli olan bilgileri aktardım	0,618		
<b>Faktör 2: Tavsiye Etme</b>				
bdo14	Arkadaşlarımın ve akrabalarımın aynı hastaneden yararlanmasını önerdim/teşvik ettim	0,897		
bdo13	Aldığım sağlık hizmetini başkalarına tavsiye ettim	0,894	25,025	2,753
bdo12	Hastanede aldığım sağlık hizmeti ve hastanedeki sağlık çalışanları hakkında başkalarına olumlu şeyler söyledim	0,814		
<b>Faktör 3: Olumlu Düşünme</b>				
bdo16	Tedavi sürecinde hastalığımla devamlı meşgul olmamak adına hobilerime odaklandım	0,940	18,947	2,084
bdo15	Tedavi sürecinde moralimi yüksek tutmak için farklı uğraşlar edindim/ediniyorum	0,936		
<b>Toplam Açıklanan Varyans (%)</b>				<b>86,293</b>
<b>Kaiser-Maier-Olkin Testi</b>				<b>0,880</b>
<b>Yaklaşık Ki-Kare</b>				<b>6858,126</b>
<b>Serbestlik derecesi (sd)</b>				<b>55</b>
<b>Barlett Küresellik Testi</b>				<b>0,000</b>

Yapılan faktör analizi sonucunda faktör yükleri 0,5'in altında olan bdo1, bdo8, bdo9, bdo10 ve bdo11 kodlu değişkenler analizden çıkarılarak nihai durum yukarıdaki tabloda verilmiştir. Elde edilen faktörler, Hasta katılım davranışı ve tedaviye uyma; Tavsiye etme ve Olumlu düşünme faktörlerinden oluşmaktadır. Birlikte değer oluşturma ölçeğinin keşfedici faktör analizi sonucunda elde edilen faktörlerin ilki olan Hasta katılım davranışı ve tedaviye uyma faktörüne ait yükler, 0,618 ile 0,905 aralığında değişmektedir. Bu faktöre ait majör değişkenin 0,905 faktör yüküne sahip olan “Hastanedeki tedavi sürecinde doktorlara karşı sorumluluklarımı yerine getirdim” ifadesi olduğu tespit edilmiştir. Tavsiye etme faktörüne ait değişkenlerin faktör yükleri 0,814 ile 0,897 aralığında değişkenlik göstermektedir. En yüksek faktör yüküne sahip olan değişken ise “Arkadaşlarımın ve akrabalarımın aynı hastaneden yararlanmasını önerdim/teşvik ettim” ifadesidir.

Birlikte değer oluşturma ölçeğinin üçüncü ve son faktörü olan Olumlu Düşünme, iki ifadeden oluşmaktadır ve bu değişkenlere ait faktör yüklerinin 0,936 ile 0,940 aralığında değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir. En yüksek faktör yüküne sahip olan ifade ise “Tedavi sürecinde hastalığımla devamlı meşgul olmamak adına hobilerime odaklandım” ifadesinin olduğu tespit edilmiştir.

Faktörlere ait açıklanan varyans değerlerine bakıldığında, Hasta katılım davranışı ve tedaviye uyma faktörünün %42,320; Tavsiye etme faktörünün %25,025 ve son olarak Olumlu düşünme faktörünün %18,947 açıklanan varyans oranına sahip olduğu görülmektedir. Keşfedici faktör analizi için hayati öneme sahip olan örneklem yeterlik değeri olan KMO'nun 0,880 olduğu tespit edilmiş ve faktör analizinin yapılmasının yeterli olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca Bartlett küresellik testi sonucunun anlamlı olduğu tespit edilmiştir [0,000( $\rho < 0.05$ )]. Bartlett küresellik testinin sonucunun anlamlı çıkması ile ifadeler arasındaki korelasyon ilişkilerinin faktör analizi yapılması için uygun olacağını ifade etmektedir. Birlikte değer oluşturma ölçeğini oluşturan faktörler toplam varyansın %86,293'ünü açıkladığı ve bu değer yeterli olduğu görülmüştür.

Araştırmanın diğer bağımsız değişkeni olan hasta güçlendirme ölçeğine ait keşfedici faktör analizinin detaylı gösterimi Tablo 3.15'te verilmiştir.

**Tablo 3.15.** Hasta Güçlendirme Ölçeği Keşfedici Faktör Analizi

Önerme Kodu	Önermeler	Faktör Yük Değeri	Açıklanan Varyans	Öz Değer
<b>Faktör 1: Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı</b>				
hg12	Tedavim için yapmam gerekenleri yapmadığımda bunu dürüstçe itiraf ederim	0,851		
hg11	Daha önce aldığım tedavileri ve varsa alerji bilgilerimi detaylıca anlatırım	0,843		
hg13	Sağlık çalışanlarıyla kolayca iletişim kurabilirim	0,829		
hg10	Anlamadığım bir şey olursa daha fazla açıklama isterim	0,818		
hg8	Doktorumun hastalığımla ilgili bilmek istediği tüm bilgileri paylaşıyorum	0,815	47,180	6,133
hg14	Hastalığım ve tedavimle ilgili her zaman ek bilgi isterim	0,813		
hg9	Tedavi sürecimle ilgili bütün merak ettiklerimi sağlık çalışanlarına sorarım	0,811		
hg7	Sağlık çalışanlarına tedavim ve hastalığımla ilgili fikirlerimi her zaman ifade ederim	0,802		
<b>Faktör 2: Bilgiyi Anlama ve Kavrayış</b>				
hg3	Elde ettiğim bilgilerin içeriğini ve kapsamını anlayabiliyorum	0,901		
hg2	Özellikle kendi hastalığımla alakalı bilgileri bulmaya çalışırım	0,900		
hg1	Hastalığımla ilgili farklı kaynaklardan birçok bilgiye ulaşırım	0,895	38,410	4,993
hg4	Elde edilen bilgilerin geçerliliğini ve güvenilirliğini kontrol ederim	0,886		
hg5	Olası tedavi alternatifleri hakkında bilgi bulmaya özen gösteririm	0,834		
<b>Toplam Açıklanan Varyans (%)</b>				<b>85,590</b>
<b>Kaiser-Maier-Olkin Testi</b>				<b>0,947</b>
<b>Yaklaşık Ki-Kare</b>				<b>9431,348</b>
<b>Serbestlik derecesi (sd)</b>				<b>78</b>
<b>Barlett Küresellik Testi</b>				<b>0,000</b>

Hasta güçlendirme ölçeğine ait yapılan faktör analizi sonucunda faktör yükleri 0,5'in altında olan değişkenlerin çıkarılması ile elde edilen iki alt faktör sırasıyla şunlardır; Sağlık çalışanlarıyla iletişim ve bilgi paylaşımı ve Bilgiyi anlama ve kavrayış. Elde edilen sonuçlara bakıldığında Sağlık çalışanlarıyla iletişim ve bilgi paylaşımı faktörünün değişkenlerinin faktör yükleri 0,811 ile 0,851 aralığında değiştiği ve bu faktöre ait majör değişkenin 0,851 faktör yüküne sahip olan “Tedavim için yapmam gerekenleri yapmadığımda bunu dürüstçe itiraf ederim” ifadesi olduğu tespit edilmiştir. Bilgiyi anlama ve kavrayış faktörüne ait değişkenlerin faktör yükleri 0,834 ile 0,901 aralığında değişkenlik göstermektedir. En yüksek faktör yüküne sahip

olan değişken ise “Özellikle kendi hastalığımla alakalı bilgileri bulmaya çalışırım” ifadesidir.

Faktörlere ait açıklanan varyans değerlerine bakıldığında, Sağlık çalışanlarıyla iletişim ve bilgi paylaşımı faktörünün %47,180 ve Bilgiyi anlama ve kavrayış faktörünün %38,410 açıklanan varyans oranına sahip olduğu görülmektedir. Keşfedici faktör analizinde örneklem yeterlik değeri olan KMO'nun 0,947 olduğu tespit edilmiş ve faktör analizinin yapılmasının yeterli olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca Bartlett küresellik testi sonucunun anlamlı olduğu tespit edilmiştir [0,000( $p < 0.05$ )]. Bartlett küresellik testinin sonucunun anlamlı çıkması ile ifadeler arasındaki korelasyon ilişkilerinin faktör analizi yapılması için uygun olacağını ifade etmektedir. Birlikte değer oluşturma ölçeğini oluşturan faktörler toplam varyansın %85,590'ını açıkladığı tespit edilmiştir.

Araştırmanın son ölçeği ve aynı zamanda araştırmanın bağımlı değişkeni olan iyi oluş ölçeğine ait keşfedici faktör analizi Tablo 3.16'da verilmiştir.

**Tablo 3.16.** İyi Oluş Ölçeği Keşfedici Faktör Analizi

Önerme Kodu	Önermeler	Faktör Yük Değeri	Açıklanan Varyans	Öz Değer
<b>Faktör 1: Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş</b>				
io1	Fiziksel sağlığımdan memnunum	0,832		
io2	Genel olarak sağlığım mükemmel	0,813		
io3	Uyku kalitemden memnunum (Yeterli bir uyku uyuyabiliyorum)	0,771	19,506	4,291
io4	Günlük işlerimi yardım almadan yapabiliyorum	0,703		
io5	Mesleğimi (işimi) icra edebilecek güçteyim	0,712		
io6	1 yıl öncesine göre şu andaki sağlığım daha iyi	0,609		
<b>Faktör 2: Psikolojik İyi Oluş</b>				
io8	Hayattan zevk alıyorum	0,756		
io7r	Depresyondayım (Bunalım ve çöküntü halindeyim)	0,754	15,482	3,406
io9	Ulaşmak istediğim hedeflerim var	0,661		
io10	Gelecekle ilgili iyimserim	0,622		
<b>Faktör 3: Öznel İyi Oluş</b>				
io14	Kendi kararlarımı kendim verebiliyorum	0,770		
io12	Kendimden memnunum	0,768		
io15	Kendi görüş ve düşüncelerimi değerli buluyorum	0,752	14,221	3,129
io17	Kendimden ve başardıklarımından memnunum	0,701		
io11	Hayatımı tamamen ben kontrol ediyorum	0,536		
<b>Faktör 4: Sosyal İyi Oluş</b>				
io19	Arkadaşlarımla olan ilişkilerimden memnunum	0,867		
io18	Ailemle olan ilişkilerimden memnunum	0,798		
io20	Başkalarıyla rahatlıkla iletişim kurabiliyorum	0,747	12,888	2,835
io21	Herhangi bir sorun olduğunda başkalarından yardım isteyebiliyorum	0,718		
<b>Faktör 5: Finansal İyi Oluş</b>				
io22	Şuandaki gelirim ihtiyaçlarımı karşılamaktadır	0,880		
io23	Yaşam standartım istediğim düzeydedir	0,879	10,614	2,335
io24	İstediğim zaman (ihtiyaç duyduğumda) sağlık hizmeti alabiliyorum	0,567		
<b>Toplam Açıklanan Varyans (%)</b>				<b>72,711</b>
<b>Kaiser-Maier-Olkin Testi</b>				<b>0,906</b>
<b>Yaklaşık Ki-Kare</b>				<b>8122,900</b>
<b>Serbestlik derecesi (sd)</b>				<b>231</b>
<b>Barlett Küresellik Testi</b>				<b>0,000</b>

Not: io7r ifadesi ters çevrilmiştir.

İyi oluş ölçeği için uygulanan faktör analizi sonucunda faktör yükleri 0,5'in altında olan io13, io16 ve io25 kodlu değişkenler analizden çıkarılarak yukarıdaki tabloda verilmiştir. Keşfedici faktör analizine göre ölçeğin toplam beş alt faktörünün olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara bakıldığında Genel sağlık ve fiziksel iyi oluş faktörünün değişkenlerinin faktör yükleri 0,609 ile 0,832 aralığında değiştiği ve bu faktöre ait majör değişkenin 0,832 faktör yüküne sahip olan "Fiziksel sağlığımdan

memnunum” ifadesi olduğu tespit edilmiştir. Psikolojik iyi oluş faktörüne ait değişkenlerin faktör yükleri 0,622 ile 0,756 aralığında değişkenlik göstermektedir. En yüksek faktör yüküne sahip olan değişken ise “Hayattan zevk alıyorum” ifadesidir. Öznel iyi oluş faktörüne ait faktör yüklerinin 0,536 ile 0,770 aralığında değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir. En yüksek faktör yüküne sahip olan ifade ise “kendi kararlarımı kendim verebiliyorum” ifadesidir. Elde edilen bir diğer faktör olan Sosyal iyi oluş faktöründe bulunan ifadeler için faktör yükleri sırasıyla 0,718 ve 0,792 arasında değişmektedir. Faktörün en yüksek faktör yüküne sahip olan ifadesi “Arkadaşlarımla olan ilişkilerimden memnunum” olarak görülmüştür.

Ölçeğin beşinci ve son faktörü olan Finansal iyi oluş faktörü üç ifadeden oluşmaktadır ve bu değişkenlere ait faktör yüklerinin 0,567 ile 0,880 aralığında değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir. En yüksek faktör yüküne sahip olan ifade ise “Şuandaki gelirim ihtiyaçlarımı karşılamaktadır” ifadesidir.

Faktörlere ait açıklanan varyans değerlerine bakıldığında, Genel sağlık ve fiziksel iyi oluşun %19,506; Psikolojik iyi oluşun %15,482; Öznel iyi oluşun %14,221; Sosyal iyi oluşun %12,888 ve Finansal iyi oluş faktörünün %10,614 açıklanan varyans oranına sahip olduğu görülmektedir. Çalışmada hizmet kalite algısı ölçeğinin, Kaiser-Maier-Olkin örneklem yeterlilik değeri 0,857 sonucunu vermiş ve ölçeğin faktör analizi yapılmaya uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Bartlett Küresellik Testi sonucunun anlamlı olduğu tespit edilmiştir [ $0,000(p<0.05)$ ]. Bartlett Küresellik Testinin sonucunun anlamlı çıkması ile ifadeler arasındaki korelasyon ilişkilerinin faktör analizi yapılması için uygun olacağını ifade etmektedir. İyi oluş ölçeğini oluşturan faktörler toplam varyansın %72,711’ini açıkladığı ve bu değer yeterli olduğu görülmüştür.

### **3.7.3.3. Güvenirlilik Analizi**

Araştırmada kullanılan ölçeklerin faktör analizi yapılmış ve bu faktörlerin geçerliliğini ölçmek amacıyla da Cronbach Alpha analizi yapılmıştır. Yapılan analizle birlikte önermelerin altında yer aldıkları faktörü ölçüp ölçmedikleri ve güvenirliliği test edilmektedir. Araştırmanın güvenirlilik testi için Alpha modeli ve Cronbach Alpha katsayısına başvurulmuştur. Cronbach’ın alfa güvenirliliği Cronbach (1951), sosyal ve örgütsel bilimlerde en yaygın olarak kullanılan güvenirlilik ölçütlerinden biridir (Bonett ve Wright, 2015, s. 3). Araştırmada kullanılan ve sosyal bilimlerdeki

çalışmalar için Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ) Katsayısının olması gereken değerlerini gösteren tablo aşağıda verilmiştir.

**Tablo 3.17. Ölçeklerin Güvenirlik Analizi**

Ölçek/Faktör	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
<b>Birlikte Değer Oluşturma</b>	<b>0,934</b>	<b>11</b>
Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma	0,950	6
Tavsiye Etme	0,941	3
Olumlu Düşünme	0,987	2
<b>Hasta Güçlendirme</b>	<b>0,970</b>	<b>13</b>
Bilgiyi Anlama ve Kavrayış	0,979	5
Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı	0,966	8
<b>İyi Oluş (Well-Being)</b>	<b>0,938</b>	<b>22</b>
Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş	0,904	6
Psikolojik İyi Oluş	0,854	4
Öznel İyi Oluş	0,888	5
Sosyal İyi Oluş	0,882	4
Finansal İyi Oluş	0,800	3

Tablo 3.17'de çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenirlilik istatistikleri verilmektedir. Birlikte değer oluşturma ölçeğine ait 11 ifadenin Cronbach Alpha Katsayısı 0,934 olup bu değer ölçeğin güvenilir olduğunu ifade etmektedir. Birlikte değer oluşturma ölçeğinin tüm alt boyutlarının yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir. Bir diğer ölçek olan hasta güçlendirme ölçeğinin genel değerlendirmesine ait Cronbach Alpha Katsayısı 0,970 olduğu ve bu değer yüksek derece güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde hasta güçlendirmenin tüm alt boyutlarının da yüksek derecede güvenilir bulunduğu anlaşılmıştır.

İyi oluş ölçeğine ait güvenirlilik katsayısına bakıldığında 22 maddeye ait Cronbach Alpha Katsayısının 0,938 olduğu, bu oran yüksek güvenilir olduğu ve aynı zamanda alt boyutlar bakımından bakıldığında da tüm faktörlerin yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir.

#### **3.7.3.4. Normallik Analizi**

Normallik analizi, elde edilen verilerin normal dağılıp dağılmadığı tespit edilmektedir. Elde edilen sonuçlarla yapılacak analizlerin türleri belirlenmektedir. Verilerin normal dağılıp dağılmadığını tespit edebilmek için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri yapılmaktadır. Testler sonucunda p değeri 0,05'den küçük sonuç verirse verilerin normal dağılmadığı kabul edilmektedir. Ancak literatür

incelendiğinde faktörlere ait çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılarak verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmektedir. Tabachnick vd. (2013)'ne göre -1,5 ve +1,5 arasında yer alıyor ise serinin normal dağılım gösterdiği varsayılmaktadır. Darren ve Paul (2016, s. 114) ve Garson (2012) ise kullanılan değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri -2 ve +2 aralığında değerler alıyorsa verilerin normal dağılım gösterdiğini ifade etmektedirler.

Birlikte değer oluşturma, hasta güçlendirme ve iyi oluş ölçeklerine ait verilerin normal dağılıp dağılmadığı tespit etmek için yapılan normallik analizi Tablo 3.18'de verilmiştir.

**Tablo 3.18.** Ölçeklerin Normallik Analizi

Ölçek Adı	Çarpıklık	Basıklık	Kolmogorov-Smirnov (Sig)	Shapiro-Wilk (Sig)
<b>Birlikte Değer Oluşturma</b>	-1,179	0,835	0,000	0,000
<b>Hasta Güçlendirme</b>	-0,812	-0,238	0,000	0,000
<b>İyi Oluş (Well-Being)</b>	-0,844	0,123	0,000	0,000

Ölçeklere ait normallik test sonuçları incelendiğinde çalışmada kullanılan değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,5 ve +1,5 aralığında değerler aldığı ve normal dağılım gösterdiği saptanmıştır.

### 3.7.3.5. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) keşfedici faktör analizinde (KFA) bulunan modelleri uyum indeksleri yoluyla test ederek veriyi açıklama oranını vermektedir. Analizde verilen uyum indeksleri (ölçeklerin DFA analizi tablosu altında yer almaktadır) modelin uyumunu test eden birden çok uyum indeksinden oluşmaktadır. Araştırma kapsamında ortaya konulan modellerin parametreleri ile alınan örnek veriden elde edilen verilerin uygunluğu uyum indeksleri ile ölçülmektedir. Uyum indeksleri belirlenen değerlerin altında sonuç verirse model reddedilir. Model uyum indeksleri belirlenen değerlerin üzerinde ise verilerin altında yatan nedensel verinin model ile açıklanabildiği sonucuna varılır (Özdamar, 2010, s. 251).

Yapılan araştırmalarda genellikle doğrulayıcı faktör analizinin, keşfedici faktör analizinden sonra kullanıldığı görülmektedir. Doğrulayıcı faktör analizinin keşfedici

faktör analizi çalışmalarından farkı, ölçekteki ifadelerin, hangi örtük değişkenin ögesi olacağını araştırmacı tarafından belirlenmiş olmasıdır. Böyle bir duruma Yapısal Eşitlik Modellemesinde (YEM) sınırlama (constraint) denilmektedir (Şimşek, 2007, s. 3). Doğrulayıcı faktör analizi aslında keşfedici faktör analizinde ortaya çıkan faktör yapılarının doğrulanması işlemidir denilebilir. Böylece ölçüm modelleri test edilmektedir. Araştırmalarda kullanılan doğrulayıcı faktör analizlerinde t değerinin 1,96'dan küçük ve düzenlenmiş regresyon değerinin de 1'den düşük olması gerekmektedir (Şimşek, 2007, s. 86). Araştırmamızda kullandığımız AMOS programında t değeri yer almamakta; bunun yerine yapısal eşitlik modellerinde kullanılan uyum indeksleri ve düzenlenmiş regresyon değeri yer almaktadır.

Yapısal eşitlik modellerinde kullanılan AMOS ve Lisrel programlarının ikisi için de Ki Kare ( $\chi^2$ ) indeksi, model uyumunu test etmek amacıyla incelenen ilk indekstir. Ki Kare ( $\chi^2$ ) indeksi, gözlenen kovaryans matrisi ile kestirilen kovaryans matrisi arasındaki farkın anlamlılığını test etmektedir. Ki Kare değerinin örneklem büyüklüğüne olan duyarlılığı sebebiyle, model uyumu değerlendirilirken Ki Kare değeri serbestlik derecesine ( $\chi^2/sd$ ) bölünür (İlhan ve Çetin, 2014, s. 30). Yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan diğer uyum indeksleri şunlardır (Erkorkmaz, vd., 2013):

**IFI:** Bollen'in artan uyum indeksi olarak da bilinen bu indeks 0 ile 1 arasında değer alır ve 1'e yaklaştıkça iyi uyumu gösterir.

**NFI:** İlgili modelin ki-kare değerinin, en kötü durum ki-kare istatistiği oranı olarak ifade edilen, en kötü durum senaryosundan daha düşük olan derecesini gösterir. Yani ölçülen tüm değişkenlerin bağlantısız olduğu sıfır modelin  $\chi^2$  değeri ile model  $\chi^2$  değerini karşılaştırarak modeli değerlendirir.

**TLI (NNFI):** Trucker ve Lewis indeksi olarak bilinen ölçeklendirilmiş uyum indeksidir. Temel model ve hedef modelin serbestlik dereceleri kullanılarak hesaplanır. 0 ile 1 arasında değer alır ve 1'e yaklaştıkça iyi uyumu gösterir.

**RMSEA:** Modelden tahminlenen kovaryans matrisin, örnekten elde edilen kovaryans matrisine uygunluk düzeyini bulmak için kullanılmaktadır. 0 ile 1 arasında değer almakta ve 0'a yaklaştıkça model uyumunu güçlendirmektedir.

**RMR:** Hata kareleri ortalamasının kareköküdür. Modeldeki her bir gözlenen değişken için hesaplanmaktadır. 0 ile 1 arasında değer almakta ve 0 a yaklaştıkça model uyumunu güçlendirmektedir.

**CFI:** Karşılaştırmalı uyum indeksi olarak adlandırılmaktadır. İlgili modele ilişkin uyum fonksiyonunu, temel alınan başka bir modelden elde edilen uyum fonksiyonuyla karşılaştırmaktadır. 0 ile 1 arasında değer alır ve 1'e yaklaştıkça iyi uyumu gösterir (Erkorkmaz, vd., 2013).

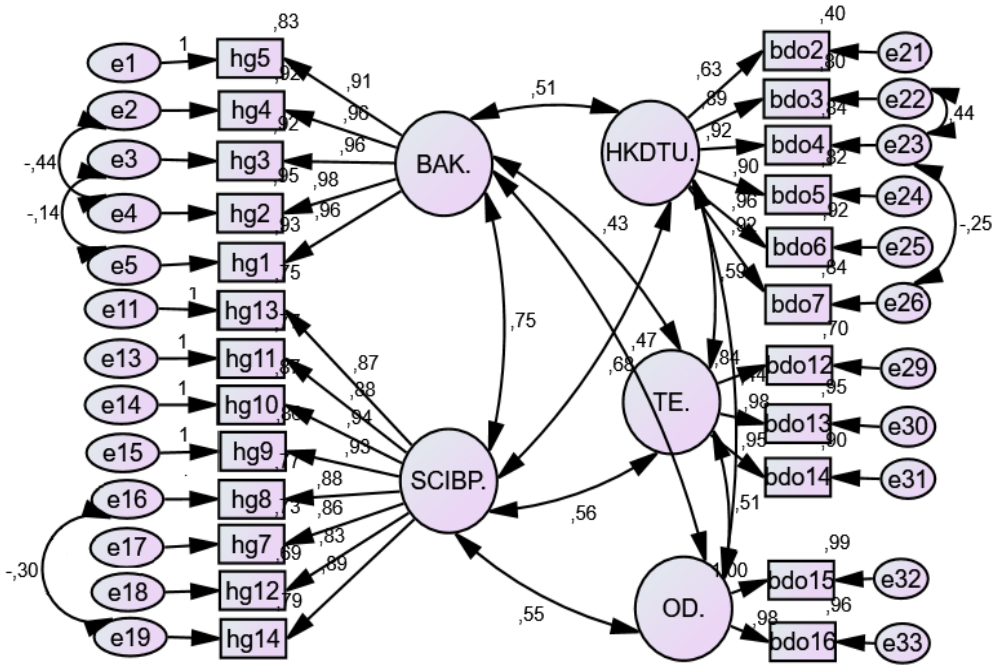
Doğrulayıcı faktör analizi ve yapısal eşitlik modellerinde kullanılan uyum indeksleri Tablo 3.19'da verilmiştir.

**Tablo 3.19.** Ölçeklerin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

Uyum İndeksleri	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri
$\chi^2/sd$	$0 \leq \chi^2/sd \leq 3$	$3 \leq \chi^2/sd \leq 5$
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$
IFI	$0.95 \leq IFI \leq 1.00$	$0.90 \leq IFI \leq 0.95$
TLI (NNFI)	$0.95 \leq TLI \leq 1.00$	$0.90 \leq TLI \leq 0.95$
RMSEA	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$
GFI	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$

**Kaynak:** (Erkorkmaz Ü., Etikan, Demir, Özdamar, Sanisoğlu, 2013, s. 220)

Şekil 3.2'de Hasta güçlendirme ve Birlikte değer oluşturma ölçekleri için yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçları verilmiştir.



CMIN=856,692; DF=232; CMIN/DF=3,693; p=,000; RMSEA=,073; CFI=,963; NFI=,950; IFI=,963

**Şekil 3.2.** Hasta Güçlendirme ve Birlikte Değer Oluşturma Ölçeklerine ait Doğrulamalı Faktör Analizi

Hasta güçlendirme ve Birlikte değer oluşturma ölçeklerine ait doğrulamalı faktör analizinde gözlenen değişkenler ile örtük değişkenler arasında yollar çizilmiş ve örtük değişkenler arasında da kovaryans oluşturulmuştur. Oluşturulan DFA modeline ilişkin sonuçlar Tablo 3.20’de gösterilmiştir.

**Tablo 3.20.** Hasta Güçlendirme ve Birlikte Değer Oluşturma Ölçeklerine Ait Analiz Sonuçları

Önerme Kodu	Faktör Adı	Faktör Yükleri
hg5	Bilgiyi Anlama ve Kavrayış	0,909
hg4	Bilgiyi Anlama ve Kavrayış	0,960
hg3	Bilgiyi Anlama ve Kavrayış	0,961
hg2	Bilgiyi Anlama ve Kavrayış	0,976
hg1	Bilgiyi Anlama ve Kavrayış	0,964
hg10	Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı	0,935
hg9	Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı	0,926
hg8	Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı	0,875
hg7	Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı	0,857
hg12	Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı	0,832
hg13	Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı	0,867

<b>Önerme Kodu</b>	<b>Faktör Adı</b>	<b>Faktör Yükleri</b>
hg11	Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı	0,878
hg14	Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı	0,886
bdo4	Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma	0,915
bdo5	Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma	0,903
bdo3	Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma	0,892
bdo2	Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma	0,631
bdo7	Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma	0,916
bdo6	Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma	0,960
bdo12	Tavsiye Etme	0,836
bdo13	Tavsiye Etme	0,976
bdo14	Tavsiye Etme	0,948
bdo15	Olumlu Düşünme	0,997
bdo16	Olumlu Düşünme	0,978

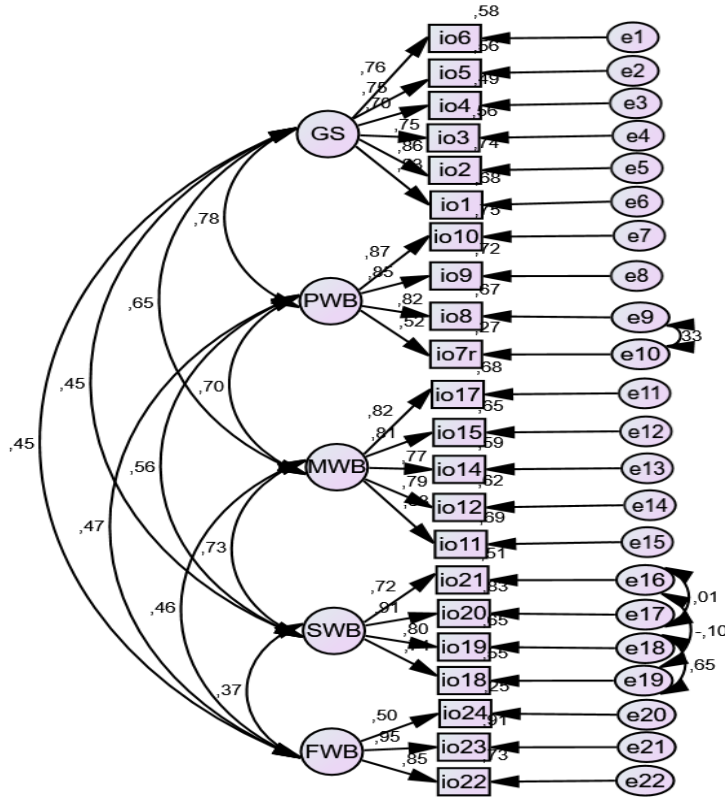
Hasta güçlendirme ve Birlikte değer oluşturma ölçeklerine ait doğrulayıcı faktör analizinde toplam 5 faktör ve 24 değişken bulunmaktadır. Tabloda değişken kodları, altında buldukları faktörler ve faktör yükleri verilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde elde edilen tüm faktörler 0,5 değerinden yüksek bir değere sahiptir. Bilgiyi Anlama ve Kavrayış faktörünü en iyi açıklayan değişken 0,976 faktör yükü ile hg2 kodlu ifade olmuştur. Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı faktörünü en iyi açıklayan değişken 0,935 faktör yükü ile hg10 kodlu ifade olmuştur. Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma faktörünü en iyi açıklayan değişken 0,960 faktör yükü ile bdo6 kodlu ifade olmuştur. Tavsiye Etme faktörünü en iyi açıklayan değişken 0,976 faktör yükü ile bdo13 kodlu ifade olmuştur. Olumlu Düşünme faktörünü en iyi açıklayan değişken 0,997 faktör yükü ile bdo15 kodlu ifade olmuştur.

Birlikte değer oluşturma ve hasta güçlendirme ölçeğine uygulanan doğrulayıcı faktör analizin ait uyum indeksleri (standart değerleri) Tablo 3.22'de verilmiştir. AMOS programı vasıtasıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizinde uyum indekslerini yakalayabilmek amacıyla aynı faktör altındaki değişkenler arasında olmak şartıyla bazı kovaryansların yapılması uygun görülmüştür.

**Tablo 3.21.** BDO ve HG Ölçeklerin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

Uyum İndeksleri	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri	Çalışmanın Bulgusu
$\chi^2/sd$	$0 \leq \chi^2/sd \leq 3$	$3 \leq \chi^2/sd \leq 5$	3,693 Kabul Edilebilir
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0,96 Mükemmel
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0,95 Mükemmel
IFI	$0.95 \leq IFI \leq 1.00$	$0.90 \leq IFI \leq 0.95$	0,96 Mükemmel
TLI (NNFI)	$0.95 \leq TLI \leq 1.00$	$0.90 \leq TLI \leq 0.95$	0,96 Mükemmel
RMSEA	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,073 Kabul Edilebilir

Yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda  $\chi^2/sd$  değeri 3,693; CFI değeri 0,96; NFI değeri 0,95; IFI değeri 0,96; TLI (NNFI) değeri 0,96; ve son olarak RMSEA değeri 0,073 ile kabul edebilir uyum değerlerinin ölçek kabul edilebilirliğini göstermiştir. Şekil 3.3'te iyi oluş ölçeğine uygulanan doğrulayıcı faktör analizinin modeli verilmiştir.



CMIN=744,591; DF=188; CMIN/DF=3,961; p=,000; RMSEA=,077; CFI=,931; NFI=,910; IFI=,931

**Şekil 3.3.** İyi Oluş Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi

İyi oluş ölçeğine ait doğrulayıcı faktör analizinde gözlenen değişkenler ile örtük değişkenler arasına yollar çizilmiş ve örtük değişkenler arasında da kovaryans oluşturulmuştur. Oluşturulan DFA modeline ilişkin sonuçlar Tablo 3.22’de gösterilmiştir.

**Tablo 3.22.** İyi Oluş Ölçeğine Ait Analiz Sonuçları

Önerme Kodu	Faktör Adı	Faktör Yükleri
io1	Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş	0,825
io2	Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş	0,861
io3	Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş	0,751
io4	Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş	0,698
io5	Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş	0,751
io6	Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş	0,759
io10	Psikolojik İyi Oluş	0,869
io9	Psikolojik İyi Oluş	0,851
io8	Psikolojik İyi Oluş	0,819
io7r	Psikolojik İyi Oluş	0,515
io17	Öznel İyi Oluş	0,824
io15	Öznel İyi Oluş	0,808
io14	Öznel İyi Oluş	0,769
io12	Öznel İyi Oluş	0,785
io11	Öznel İyi Oluş	0,833
io21	Sosyal İyi Oluş	0,716
io20	Sosyal İyi Oluş	0,912
io19	Sosyal İyi Oluş	0,804
io18	Sosyal İyi Oluş	0,743
io24	Finansal İyi Oluş	0,500
io23	Finansal İyi Oluş	0,955
io22	Finansal İyi Oluş	0,854

İyi oluş ölçeğine ait doğrulayıcı faktör analizinde toplam 5 faktör ve 22 değişken bulunmaktadır. Tabloda değişken kodları, altında buldukları faktörler ve faktör yükleri verilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde elde edilen tüm faktörler 0,5 değerinden yüksek bir değere sahiptir. Genel sağlık ve fiziksel iyi oluş faktörünü en iyi açıklayan değişken 0,861 faktör yükü ile io2 kodlu ifade olmuştur. Psikolojik iyi oluş faktörünü en iyi açıklayan değişken 0,869 faktör yükü ile io10 kodlu ifade olmuştur. Öznel iyi oluş faktörünü en iyi açıklayan değişken 0,833 faktör yükü ile io11 kodlu ifade olmuştur. Sosyal iyi oluş faktörünü en iyi açıklayan değişken 0,912 faktör yükü ile io20 kodlu ifade olmuştur. Finansal iyi oluş faktörünü en iyi açıklayan değişken 0,955 faktör yükü ile io23 kodlu ifade olmuştur.

İyi oluş ölçeğine uygulanan doğrulayıcı faktör analizin ait uyum indeksleri Tablo 3.23'te verilmiştir. AMOS programı vasıtasıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizinde uyum indekslerini yakalayabilmek amacıyla aynı faktör altındaki değişkenler arasında olmak şartıyla bazı kovaryansların yapılması uygun görülmüştür.

**Tablo 3.23.** İyi Oluş Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

Uyum İndeksleri	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri	Çalışmanın Bulgusu	
$\chi^2/sd$	$0 \leq \chi^2/sd \leq 3$	$3 \leq \chi^2/sd \leq 5$	3,96	Kabul Edilebilir
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0,93	Kabul Edilebilir
IFI	$0.95 \leq IFI \leq 1.00$	$0.90 \leq IFI \leq 0.95$	0,93	Kabul Edilebilir
TLI (NNFI)	$0.95 \leq TLI \leq 1.00$	$0.90 \leq TLI \leq 0.95$	0,91	Kabul Edilebilir
RMSEA	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,077	Kabul Edilebilir
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0,91	Kabul Edilebilir

İyi oluş ölçeği için uygulanan Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda  $\chi^2/sd$  değeri 3,96; CFI değeri 0,93; NFI değeri 0,91; IFI değeri 0,93; TLI (NNFI) değeri 0,91 ve RMSEA değeri 0,077 ile kabul edebilir uyum değerlerinin ölçek kabul edilebilirliğini göstermiştir.

#### 3.7.4. Korelasyon Analizi

Keşfedici faktör analizi sonucunda elde edilen faktörler arasındaki ilişkiyi ve ilişkinin yönünü tespit etmek için korelasyon analizine başvurulmuştur. Ölçekler ve alt boyutları için yapılan korelasyon analizine ilişkin bulgular Tablo 3.24'te detaylı verilmiştir.

**Tablo 3.24. Korelasyon Tablosu**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BAK**	1									
SCİBP**	0,731*	1								
TE**	0,437*	0,570*	1							
OD**	0,471*	0,532*	0,510*	1						
GSFİO**	0,514*	0,465*	0,393*	0,319*	1					
PİO**	0,470*	0,472*	0,368*	0,387*	0,686*	1				
ÖİO**	0,455*	0,517*	0,344*	0,349*	0,603*	0,601*	1			
SİO**	0,373*	0,448*	0,320*	0,374*	0,429*	0,498*	0,650*	1		
FİO**	0,375*	0,353*	0,272*	0,258*	0,445*	0,448*	0,451*	0,386*	1	
HKDTU**	0,518*	0,695*	0,598*	0,443*	0,482*	0,430*	0,424*	0,362*	0,328*	1

\*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \*\*BAK: Bilgiyi anlama ve kavrayış; \*\*SCİBP: Sağlık çalışanlarıyla iletişim ve bilgi paylaşımı; \*\*TE: Tavsiye etme; \*\*OD: Olumlu düşünme; \*\*GSFİO: Genel sağlık ve fiziksel iyi oluş; \*\*PİO: Psikolojik iyi oluş; \*\*ÖİO: Öznel iyi oluş; \*\*SİO: Sosyal iyi oluş; \*\*FİO: Finansal iyi oluş; \*\*HKDTU: Hasta katılım davranışı ve tedaviye uyma.

Faktörler arasında yapılan korelasyon analizinin sonuçları Tablo 3.24'te görüldüğü gibi bütün boyutlar arasında pozitif yönlü korelasyon tespit edilmiştir. Korelasyon oranları, söz konusu boyutta ortaya çıkan bir birimlik değişimin ilişkili olduğu boyutta oluşturduğu değişim miktarını göstermektedir. Boyutlar arasındaki en yüksek korelasyon oranı 0,731 katsayı oranıyla “Bilgiyi anlama ve kavrayış (BAK)” ve “Sağlık çalışanlarıyla iletişim ve bilgi paylaşımı (SCİBP)” boyutu arasında tespit edilmiştir. En düşük korelasyon ise 0,258 katsayı oranıyla “Finansal iyi oluş (FİO)” ve “Olumlu düşünme (OD)” boyutu arasındadır.

### **3.7.5. Tanımlayıcı İstatistikler**

Birlikte değer oluşturma, hasta güçlendirme ve iyi oluş ölçekleri için oluşturulan boyutlara ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 3.25’de detaylandırılmıştır. Bütün boyutlar için 7 en yüksek katılım oranını, 1 ise en düşük katılım oranını ifade etmektedir.

**Tablo 3.25. Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler**

Faktör Adı	N	Min.	Max.	Ortalama	Standart Sapma
Bilgiyi Anlama ve Kavrayış	501	1,00	7,00	5,1022	1,71439
Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı	501	1,00	7,00	5,6290	1,36955
Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma	501	1,57	7,00	5,7194	1,32103
Tavsiye Etme	501	1,00	7,00	5,6514	1,48099
Olumlu Düşünme	501	1,00	7,00	4,8244	1,90580
Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş	501	1,00	7,00	4,9997	1,53578
Psikolojik İyi Oluş	501	1,00	7,00	5,2096	1,45017
Öznel İyi Oluş	501	1,40	7,00	5,8144	1,15049
Sosyal İyi Oluş	501	1,00	7,00	5,8802	1,23759
Finansal İyi Oluş	501	1,00	7,00	4,9335	1,52447
Birlikte Değer Oluşturma	501	1,42	7,00	5,5532	1,23255
İyi Oluş	501	2,00	7,00	5,3741	1,09629
Hasta Güçlendirme	501	1,00	7,00	5,4044	1,41323

Tanımlayıcı istatistikleri gösteren tablo incelendiğinde Birlikte değer oluşturma ölçeğinin ortalaması 5,55; Hasta güçlendirme ölçeğinin ortalaması 5,40 ve İyi oluş ölçeğinin ortalaması ise 5,37 olarak ölçülmüştür. Birlikte değer oluşturma boyutu en yüksek olduğu boyut 5,62’lik ortalama ile “Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı” boyutudur. Hasta güçlendirme ölçeğinin en yüksek düzeyde olduğu boyut ise 5,71’lik ortalama ile “Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyum” boyutudur. İyi oluşun en düşük olduğu boyut 5,88’lik ortalama ile “Sosyal İyi Oluş” boyutudur. Tüm boyutlar bazında en düşük düzeyde olduğu boyut ise 4,82’lik ortalama ile “Olumlu Düşünme” boyutunda gerçekleşmiştir.

### 3.7.6. Demografik Faktörlerin Karşılaştırması

Çalışmanın demografik faktörlerinden olan hangi ildeki hastaneden hizmet alındığı, hastane türü ve cinsiyetin faktörlere göre karşılaştırılması için Anova ve T-testine başvurulmuştur. Anova testinde iller arasındaki anlamlı farklılığı ölçmek için “Post-Hoc Multiple Comparisons” testi yapılmıştır. Homojenlik analizi yaparak faktörlere uygulanacak test belirlenmiştir. Homojen olmayan faktörler ( $p < 0,05$ ) için “Games-Howel” testi, homojen olan faktörler ( $p \geq 0,05$ ) için ise “Tukey” testi uygulanmıştır.

Sağlık hizmeti alınan TRB-1 Bölgesinde bulunan iller ile araştırmanın iki bağımsız bir bağımlı değişkenleri ve alt boyutları arasında karşılaştırmadan önce yapılan homojenlik testi verilerini içeren tablo aşağıda verilmiştir.

**Tablo 3.26.** Faktör ve Ölçeklerin Homojenlik Testi – Hastanenin Bulunduğu İl

Faktör Adı	Levene Statistic	p
Bilgiyi Anlama ve Kavrayış	10,997	0,000
Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı	11,268	0,000
Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma	1,895	0,129
Tavsiye Etme	7,702	0,000
Olumlu Düşünme	4,721	0,003
Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş	6,136	0,000
Psikolojik İyi Oluş	0,893	0,444
Öznel İyi Oluş	2,001	0,113
Sosyal İyi Oluş	7,031	0,000
Finansal İyi Oluş	2,928	0,033
Birlikte Değer Oluşturma	3,027	0,029
İyi Oluş	4,803	0,003
Hasta Güçlendirme	14,586	0,000

Tablo 3.26 incelendiğinde, Bilgiyi Anlama ve Kavrayış, Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı, Tavsiye Etme, Olumlu Düşünme, Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş, Sosyal İyi Oluş, Finansal İyi Oluş, Birlikte Değer Oluşturma, İyi Oluş ve Hasta Güçlendirme faktörlerinin 0,05’den küçük p değeri olarak homojen olmadığı görülmüş, ilgili faktörlere “Games-Howel” testi, diğer faktörlerin tamamına “Tukey” testi yapılması uygun görülmüştür.

Kronik rahatsızlığı bulunan hastaların TRB-1 Bölgesinde sağlık hizmeti aldıkları iller ile Birlikte Değer Oluşturma, İyi Oluş ve Hasta Güçlendirme değişkenleri ve alt boyutları arasında karşılaştırmayı gösteren veriler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 3.27.** Faktör ve Ölçeklere Ait ANOVA Testi – Hastanenin Bulunduğu İl

ANOVA						
		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ort. Kare	F	p
Bilgiyi Anlama ve Kavrayış	Gruplar Arası	78,599	3	26,200	9,880	0,000*
	Grup İçi	1317,904	497	2,652		
	Toplam	1396,502	500			
Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı	Gruplar Arası	19,737	3	6,579	3,925	0,009*
	Grup İçi	832,940	497	1,676		
	Toplam	852,676	500			
Hasta Güçlendirme	Gruplar Arası	36,233	3	12,078	6,894	0,000*
	Grup İçi	870,653	497	1,752		
	Toplam	906,886	500			
Tavsiye Etme	Gruplar Arası	5,554	3	1,851	0,843	0,471
	Grup İçi	1091,106	497	2,195		
	Toplam	1096,660	500			
Olumlu Düşünme	Gruplar Arası	8,354	3	2,785	0,766	0,514
	Grup İçi	1807,688	497	3,637		
	Toplam	1816,043	500			
İyi Oluş	Gruplar Arası	37,722	3	12,574	11,096	0,000*
	Grup İçi	563,205	497	1,133		
	Toplam	600,927	500			
Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş	Gruplar Arası	88,914	3	29,638	13,509	0,000*
	Grup İçi	1090,392	497	2,194		
	Toplam	1179,306	500			
Psikolojik İyi Oluş	Gruplar Arası	48,570	3	16,190	8,023	0,000*
	Grup İçi	1002,924	497	2,018		
	Toplam	1051,494	500			
Öznel İyi Oluş	Gruplar Arası	21,290	3	7,097	5,507	0,001*
	Grup İçi	640,526	497	1,289		
	Toplam	661,817	500			
Sosyal İyi Oluş	Gruplar Arası	2,746	3	0,915	0,596	0,618
	Grup İçi	763,069	497	1,535		
	Toplam	765,814	500			
Finansal İyi Oluş	Gruplar Arası	171,857	3	57,286	28,754	0,000*
	Grup İçi	990,147	497	1,992		
	Toplam	1162,004	500			
Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma	Gruplar Arası	24,397	3	8,132	4,206	0,006*
	Grup İçi	961,068	497	1,934		
	Toplam	985,466	500			
Birlikte Değer Oluşturma	Gruplar Arası	9,715	3	3,238	2,014	0,111
	Grup İçi	799,256	497	1,608		
	Toplam	808,971	500			

\*0,05 anlam düzeyindeki anlamlı farkı ifade eder.

Tablo 3.27 incelendiğinde Birlikte Değer Oluşturma, Sosyal İyi Oluş, Olumlu Düşünme ve Tavsiye Etme ölçek ve faktörlerinde hizmet alınan iller arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. İyi Oluş, Hasta Güçlendirme, Bilgiyi Anlama ve Kavrayış,

Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı, Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş, Psikolojik İyi Oluş, Öznel İyi Oluş, Finansal İyi Oluş, Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma ölçek ve faktörlerde ise hizmet alınan iller arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Anlamlı farklılıkların bulunduğu ölçek ve faktörler için yapılan Post-Hoc Testi aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 3.28.** Faktör ve Ölçeklere Ait Post-Hoc Testi – Hastanenin Bulunduğu İl

Faktör	Şehir	Şehir	Ortalamalar Arası Fark	Standart Hata	P
Bilgiyi Anlama ve Kavrayış	Malatya	Elazığ	-0,51301*	0,16540	0,011
		Bingöl	0,51488	0,20371	0,058
		Tunceli	0,45317	0,29271	0,415
	Elazığ	Malatya	0,51301*	0,16540	0,011
		Bingöl	1,02789*	0,19683	0,000
		Tunceli	0,96618*	0,28797	0,007
	Bingöl	Malatya	-0,51488	0,20371	0,058
		Elazığ	-1,02789*	0,19683	0,000
		Tunceli	-0,06171	0,31155	0,997
	Tunceli	Malatya	-0,45317	0,29271	0,415
		Elazığ	-0,96618*	0,28797	0,007
		Bingöl	0,06171	0,31155	0,997
Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı	Malatya	Elazığ	-0,39028*	0,13744	0,025
		Bingöl	0,05711	0,15910	0,984
		Tunceli	0,13380	0,21102	0,921
	Elazığ	Malatya	0,39028*	0,13744	0,025
		Bingöl	0,44739*	0,14576	0,013
		Tunceli	0,52408	0,20115	0,053
	Bingöl	Malatya	-0,05711	0,15910	0,984
		Elazığ	-0,44739*	0,14576	0,013
		Tunceli	0,07670	0,21653	0,985
	Tunceli	Malatya	-0,13380	0,21102	0,921
		Elazığ	-0,52408	0,20115	0,053
		Bingöl	-0,07670	0,21653	0,985
Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma	Malatya	Elazığ	-0,12613	0,15240	0,841
		Bingöl	0,41270	0,16534	0,062
		Tunceli	0,38389	0,22079	0,305
	Elazığ	Malatya	0,12613	0,15240	0,841
		Bingöl	0,53883*	0,17441	0,011
		Tunceli	0,51002	0,22766	0,114
	Bingöl	Malatya	-0,41270	0,16534	0,062
		Elazığ	-0,53883*	0,17441	0,011
		Tunceli	-0,02881	0,23652	0,999
	Tunceli	Malatya	-0,38389	0,22079	0,305
		Elazığ	-0,51002	0,22766	0,114
		Bingöl	0,02881	0,23652	0,999

Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş	Malatya	Elazığ	0,00455	0,16098	0,999
		Bingöl	0,92498*	0,17468	0,000
		Tunceli	0,84920*	0,24758	0,005
	Elazığ	Malatya	-0,00455	0,16098	0,989
		Bingöl	0,92042*	0,16738	0,000
		Tunceli	0,84465*	0,24248	0,005
	Bingöl	Malatya	-0,92498*	0,17468	0,000
		Elazığ	-0,92042*	0,16738	0,000
		Tunceli	-0,07577	0,25179	0,990
	Tunceli	Malatya	-0,84920*	0,24758	0,005
		Elazığ	-0,84465*	0,24248	0,005
		Bingöl	0,07577	0,25179	0,990
Psikolojik İyi Oluş	Malatya	Elazığ	-0,10132	0,15568	0,915
		Bingöl	0,32980	0,16890	0,208
		Tunceli	0,94266*	0,22554	0,000
	Elazığ	Malatya	0,10132	0,15568	0,915
		Bingöl	0,43112	0,17817	0,075
		Tunceli	1,04398*	0,23257	0,000
	Bingöl	Malatya	-0,32980	0,16890	0,208
		Elazığ	-0,43112	0,17817	0,075
		Tunceli	0,61286	0,24161	0,056
	Tunceli	Malatya	-0,94266*	0,22554	0,000
		Elazığ	-1,04398*	0,23257	0,000
		Bingöl	-0,61286	0,24161	0,056
Öznel İyi Oluş	Malatya	Elazığ	-0,11643	0,12442	0,786
		Bingöl	0,16920	0,13498	0,593
		Tunceli	0,60213*	0,18024	0,005
	Elazığ	Malatya	0,11643	0,12442	0,786
		Bingöl	0,28563	0,14239	0,187
		Tunceli	0,71856*	0,18586	0,001
	Bingöl	Malatya	-0,16920	0,13498	0,593
		Elazığ	-0,28563	0,14239	0,187
		Tunceli	0,43293	0,19309	0,113
	Tunceli	Malatya	-0,60213*	0,18024	0,005
		Elazığ	-0,71856*	0,18586	0,001
		Bingöl	-0,43293	0,19309	0,113
Finansal İyi Oluş	Malatya	Elazığ	-0,10629	0,15881	0,909
		Bingöl	0,13393	0,15347	0,819
		Tunceli	1,93167*	0,24960	0,000
	Elazığ	Malatya	0,10629	0,15881	0,909
		Bingöl	0,24022	0,16721	0,478
		Tunceli	2,03796*	0,25827	0,000
	Bingöl	Malatya	-0,13393	0,15347	0,819
		Elazığ	-0,24022	0,16721	0,478
		Tunceli	1,79774*	0,25502	0,000
	Tunceli	Malatya	-1,93167*	0,24960	0,000
		Elazığ	-2,03796*	0,25827	0,000

		Bingöl	-1,79774*	0,15881	0,009
İyi Oluş	Malatya	Elazığ	-0,07737	0,12028	0,918
		Bingöl	0,33945*	0,12226	0,030
		Tunceli	0,81192*	0,16211	0,000
	Elazığ	Malatya	0,07737	0,12028	0,918
		Bingöl	0,41682*	0,11898	0,003
		Tunceli	0,88929*	0,15965	0,000
	Bingöl	Malatya	-0,33945*	0,12226	0,030
		Elazığ	-0,41682*	0,11898	0,003
		Tunceli	0,47247*	0,16115	0,022
	Tunceli	Malatya	-0,81192*	0,16211	0,000
		Elazığ	-0,88929*	0,15965	0,000
		Bingöl	-0,47247*	0,16115	0,022
Hasta Güçlendirme	Malatya	Elazığ	-0,43748*	0,13898	0,010
		Bingöl	0,23317	0,16169	0,474
		Tunceli	0,25663	0,22782	0,674
	Elazığ	Malatya	0,43748*	0,13898	0,010
		Bingöl	0,67066*	0,14725	0,000
		Tunceli	0,69412*	0,21781	0,011
	Bingöl	Malatya	-0,23317	0,16169	0,474
		Elazığ	-0,67066*	0,14725	0,000
		Tunceli	0,02346	0,23296	0,991
	Tunceli	Malatya	-0,25663	0,22782	0,674
		Elazığ	-0,69412*	0,21781	0,011
		Bingöl	-0,02346	0,23296	0,991

\*0,05 anlam düzeyindeki anlamlı farkı ifade eder.

Tablo 3.28 incelendiğinde Bilgiyi anlama ve kavrayış faktörü için Elazığ ili, Bingöl, Malatya ve Tunceli illerine göre 0,05 anlam düzeyinde daha yüksek ortalamaya sahiptir. Malatya, Bingöl ve Tunceli illeri arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmamaktadır.

Sağlık çalışanlarıyla iletişim ve bilgi paylaşımı faktörü için Elazığ ili, Bingöl, ve Malatya illerine göre 0,05 anlam düzeyinde daha yüksek ortalamaya sahiptir. Tunceli ilinin Malatya, Bingöl ve Elazığ illeriyle arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmamaktadır.

Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyuma faktörü için Bingöl ili Elazığ ili arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmaktadır. Elazığ ili Bingöl iline göre daha yüksek ortalamaya sahiptir. Bingöl ilinin, Malatya ve Tunceli illerine göre 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmamaktadır.

Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş faktörü için Malatya ilinin, Bingöl ve Tunceli illerine göre 0,05 anlam düzeyinde daha yüksek ortalamaya sahiptir. Malatya ili ile Elazığ illeri arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmamaktadır. Bingöl ili ile Tunceli ili arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmamaktadır.

Psikolojik İyi Oluş faktörü için Malatya ve Elazığ illeri, Tunceli iline göre 0,05 anlam düzeyinde daha yüksek ortalamaya sahiptir. Malatya ile Elazığ arasında ve Bingöl ve Tunceli illeri arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmamaktadır.

Öznel İyi Oluş faktörü için Malatya ve Elazığ illeri, Tunceli iline göre 0,05 anlam düzeyinde daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Malatya ile Elazığ arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ayrıca Bingöl ve Tunceli illeri arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmamaktadır.

Finansal İyi Oluş faktörü için Malatya, Bingöl ve Elazığ illeri, Tunceli iline göre 0,05 anlam düzeyinde daha yüksek ortalamaya sahiptir. Malatya, Bingöl ve Elazığ illeri arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmamaktadır.

İyi Oluş ölçeği için Malatya, Elazığ ve Bingöl illeri, Tunceli illerine göre 0,05 anlam düzeyinde daha yüksek ortalamaya sahiptir. Malatya ve Elazığ illeri arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmamaktadır. Bingöl ilinin diğer tüm iller arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmaktadır. Son olarak Tunceli ilinin diğer tüm iller arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmaktadır.

Hasta güçlendirme ölçeği için Elazığ ili, Bingöl, Malatya ve Tunceli illerine göre 0,05 anlam düzeyinde daha yüksek ortalamaya sahiptir. Tunceli, Malatya ve Bingöl illerinin birbirleriyle aralarında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmamaktadır.

TRB-1 Bölgesinde bulunan hastane türleri ile araştırmanın iki bağımsız bir bağımlı değişkenleri ve alt boyutları arasında yapılacak olan karşılaştırmadan önce yapılan homojenlik testi verilerini içeren bilgiler Tablo 3.29'da verilmiştir.

**Tablo 3.29.** Faktör ve Ölçeklerin Homojenlik Testi – Hastane Türü

Faktör Adı	Levene Statistic	p
Bilgiyi Anlama ve Kavrayış	4,551	0,011*
Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı	0,587	0,556
Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma	0,125	0,883
Tavsiye Etme	0,452	0,636
Olumlu Düşünme	1,458	0,234
Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş	0,501	0,606
Psikolojik İyi Oluş	4,853	0,008*
Öznel İyi Oluş	0,015	0,985
Sosyal İyi Oluş	8,094	0,000*
Finansal İyi Oluş	5,522	0,004*
Birlikte Değer Oluşturma	0,214	0,808
İyi Oluş	0,644	0,526
Hasta Güçlendirme	0,128	0,880

\*0,05 anlam düzeyindeki anlamlı farkı ifade eder.

Yukarıdaki tablo incelendiğinde, Bilgiyi Anlama ve Kavrayış, Psikolojik İyi Oluş, Öznel İyi Oluş ve Finansal İyi Oluş faktörlerinin 0,05’den küçük p değeri olarak homojen olmadığı görülmüş, ilgili faktörlere “Games-Howel” testi, diğer faktörlerin tamamına “Tukey” testi yapılmıştır.

TRB1 Bölgesindeki il merkezlerinde bulunan hastane türleri ile Birlikte Değer Oluşturma, İyi Oluş ve Hasta Güçlendirme değişkenleri ve alt boyutları arasında karşılaştırmayı gösteren veriler Tablo 3.30’da gösterilmiştir.

**Tablo 3.30.** Hastane Türü İçin Yapılan Faktör ve Ölçeklere Ait ANOVA Testi

ANOVA						
		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ort. Kare	F	p
Bilgiyi Anlama ve Kavrayış	Gruplar Arası	45,196	2	22,598	8,328	0,000*
	Grup İçi	1351,307	498	2,713		
	Toplam	1396,502	500			
Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı	Gruplar Arası	9,099	2	4,549	2,686	0,069
	Grup İçi	843,577	498	1,694		
	Toplam	852,676	500			
Hasta Güçlendirme	Gruplar Arası	17,953	2	8,976	5,029	0,007*
	Grup İçi	888,933	498	1,785		

	Toplam	906,886	500			
Tavsiye Etme	Gruplar Arası	8,520	2	4,260	1,950	0,143
	Grup İçi	1088,141	498	2,185		
	Toplam	1096,660	500			
Olumlu Düşünme	Gruplar Arası	,114	2	0,057	0,016	0,984
	Grup İçi	1815,929	498	3,646		
	Toplam	1816,043	500			
İyi Oluş	Gruplar Arası	18,321	2	9,160	7,830	0,000*
	Grup İçi	582,606	498	1,170		
	Toplam	600,927	500			
Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş	Gruplar Arası	44,112	2	22,056	9,676	0,000*
	Grup İçi	1135,194	498	2,280		
	Toplam	1179,306	500			
Psikolojik İyi Oluş	Gruplar Arası	30,105	2	15,052	7,339	0,001*
	Grup İçi	1021,389	498	2,051		
	Toplam	1051,494	500			
Öznel İyi Oluş	Gruplar Arası	9,842	2	4,921	3,759	0,024*
	Grup İçi	651,974	498	1,309		
	Toplam	661,817	500			
Sosyal İyi Oluş	Gruplar Arası	,466	2	,233	0,152	0,859
	Grup İçi	765,348	498	1,537		
	Toplam	765,814	500			
Finansal İyi Oluş	Gruplar Arası	60,640	2	30,320	13,710	0,000*
	Grup İçi	1101,365	498	2,212		
	Toplam	1162,004	500			
Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma	Gruplar Arası	9,523	2	4,761	2,430	0,089
	Grup İçi	975,943	498	1,960		
	Toplam	985,466	500			
Birlikte Değer Oluşturma	Gruplar Arası	6,414	2	3,207	1,990	0,138
	Grup İçi	802,557	498	1,612		
	Toplam	808,971	500			

\*0,05 anlam düzeyindeki anlamlı farkı ifade eder.

Hastane türü için yapılan faktör ve ölçeklere ait ANOVA testi tablosu incelendiğinde Birlikte Değer Oluşturma, Sosyal İyi Oluş, Olumlu Düşünme ve Tavsiye Etme, Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma ölçek ve faktörlerinde hizmet alınan hastane türleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. İyi Oluş, Hasta Güçlendirme, Bilgiyi Anlama ve Kavrayış, Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş, Psikolojik İyi Oluş, Öznel İyi Oluş, Finansal İyi Oluş ölçek ve faktörlerde ise hizmet alınan hastane türleri arasında

anlamli farklılıklar bulunmaktadır. Anlamli farklılıkların tespit edildiği ölçek ve faktörlerin hastane türleri arasındaki farklılıkların tespiti için Post-Hoc Testi yapılmış ve ilgili bilgiler aşağıdaki tabloda detaylı verilmiştir.

**Tablo 3.31.** Faktör ve Ölçeklere Ait Post-Hoc Testi – Hastane Türü

Faktör	(I) Hangi Hastanede yatış yaptınız?	(J) Hangi Hastanede yatış yaptınız?	Ortalamalar Arası Fark (I-J)	Std. Hata	p
Bilgiyi Anlama ve Kavrayış	Devlet Hastanesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	-0,63448*	0,16161	0,000
		Özel Hastane	-0,55038*	0,21022	0,026
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Devlet Hastanesi	0,63448*	0,16161	0,000
		Özel Hastane	0,08409	0,20188	0,909
	Özel Hastane	Devlet Hastanesi	0,55038*	0,21022	0,026
		Eğitim ve Araştırma Hastanesi	-0,08409	0,20188	0,909
Hasta Güçlendirme	Devlet Hastanesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	-0,35123*	0,13359	0,024
		Özel Hastane	-0,43212*	0,16233	0,022
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Devlet Hastanesi	0,35123*	0,13359	0,024
		Özel Hastane	-0,08090	0,16491	0,876
	Özel Hastane	Devlet Hastanesi	0,43212*	0,16233	0,022
		Eğitim ve Araştırma Hastanesi	0,08090	0,16491	0,876
İyi Oluş	Devlet Hastanesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	-0,40573*	0,10815	0,001
		Özel Hastane	-0,34548*	0,13141	0,024
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Devlet Hastanesi	0,40573*	0,10815	0,001
		Özel Hastane	0,06025	0,13351	0,894
	Özel Hastane	Devlet Hastanesi	0,34548*	0,13141	0,024
		Eğitim ve Araştırma Hastanesi	-0,06025	0,13351	0,894
Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş	Devlet Hastanesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	-0,63217*	0,15096	0,000
		Özel Hastane	-0,52849*	0,18344	0,012
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Devlet Hastanesi	0,63217*	0,15096	0,000
		Özel Hastane	0,10367	0,18636	0,843
	Özel Hastane	Devlet Hastanesi	0,52849*	0,18344	0,012
		Eğitim ve Araştırma Hastanesi	-0,10367	0,18636	0,843
Psikolojik İyi Oluş	Devlet Hastanesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	-0,53940*	0,14033	0,000
		Özel Hastane	-0,14500	0,18300	0,708
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Devlet Hastanesi	0,53940*	0,14033	0,000
		Özel Hastane	0,39440	0,17774	0,071

	Özel Hastane	Devlet Hastanesi	0,14500	0,18300	0,708
		Eğitim ve Araştırma Hastanesi	-0,39440	0,17774	0,071
Öznel İyi Oluş	Devlet Hastanesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	-0,27822*	0,11441	0,041
		Özel Hastane	-0,29448	0,13902	0,087
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Devlet Hastanesi	0,27822*	0,11441	,041
		Özel Hastane	-0,01625	0,14123	0,993
	Özel Hastane	Devlet Hastanesi	0,29448	0,13902	0,087
		Eğitim ve Araştırma Hastanesi	0,01625	0,14123	0,993
Finansal İyi Oluş	Devlet Hastanesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	-0,61850*	0,14667	0,000
		Özel Hastane	-0,82333*	0,18763	0,000
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Devlet Hastanesi	0,61850*	0,14667	0,000
		Özel Hastane	-0,20483	0,18031	0,493
	Özel Hastane	Devlet Hastanesi	0,82333*	0,18763	0,000
		Eğitim ve Araştırma Hastanesi	0,20483	0,18031	0,493

\*0,05 anlam düzeyindeki anlamlı farkı ifade eder.

Tablo 3.31 incelendiğinde TRB1 Bölgesindeki il merkezlerinde bulunan hastanelerde son bir yıl içerisinde yatış yapmış kronik rahatsızlığı bulunan hastaların hizmet aldıkları hastane türleri açısından farklılıklarının olup olmadığına dair değerlendirme verilmiştir.

Bilgiyi anlama ve kavrayış faktörü için TRB1 Bölgesindeki Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Özel Hastaneler, Devlet hastanelerine göre 0,05 anlam düzeyinde daha yüksek ortalamaya sahiptir. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Özel Hastaneler arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmamaktadır. Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş faktörü için TRB1 Bölgesindeki Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Özel Hastaneler, Devlet hastanelerine göre 0,05 anlam düzeyinde daha yüksek ortalamaya sahiptir. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Özel Hastaneler arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmamaktadır.

Psikolojik İyi Oluş faktörü için sadece Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Devlet hastaneleri arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmamaktadır. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Devlet hastanelerine göre 0,05 anlam düzeyinde daha yüksek ortalamaya sahiptir. Devlet Hastaneleri ve Özel Hastaneler arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmamaktadır. Aynı zamanda Özel Hastaneler ile Eğitim ve Araştırma Hastaneleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Öznel İyi Oluş faktörü için TRB1 Bölgesindeki Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Özel Hastaneler, Devlet hastanelerine göre 0,05 anlam düzeyinde daha yüksek ortalamaya sahiptir. Devlet Hastaneleri ve Özel Hastaneler arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmamaktadır. Finansal İyi Oluş faktörü için TRB1 Bölgesindeki Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Özel Hastaneler, Devlet hastanelerine göre 0,05 anlam düzeyinde daha yüksek ortalamaya sahiptir. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Özel Hastaneler arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmadığı tespit edilmiştir.

İyi Oluş ölçeği için Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Özel Hastanelerin Devlet hastanelerine göre 0,05 anlam düzeyinde daha yüksek ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur. Özel Hastaneler ile Eğitim ve Araştırma Hastaneleri arasında 0,05 anlam düzeyinde fark bulunmamaktadır.

Birlikte değer oluşturma, Hasta güçlendirme ve İyi oluş ölçeklerinin cinsiyete göre farklılıklarını gösteren tablo aşağıda verilmiştir.

**Tablo 3.32.** Ölçeklerin Cinsiyete Göre Bağımsız Gruplarda T-Testi Sonuçları

Faktör	Cinsiyet	N	Ort.	Std. Sapma	t	P
Bilgiyi Anlama ve Kavrayış	Kadın	237	4,8540	1,75763	-3,096	0,002
	Erkek	264	5,3250	1,64628		
Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı	Kadın	237	5,3645	1,44360	-4,132	0,000
	Erkek	264	5,8665	1,25547		
Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyma	Kadın	237	5,6166	1,32393	-1,653	0,099
	Erkek	264	5,8117	1,31408		
Tavsiye Etme	Kadın	237	5,6414	1,39758	-0,143	0,886
	Erkek	264	5,6604	1,55465		
Olumlu Düşünme	Kadın	237	4,6751	1,97171	-1,664	0,097
	Erkek	264	4,9583	1,83807		
Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş	Kadın	237	4,8889	1,56898	-1,532	0,126
	Erkek	264	5,0991	1,50136		
Psikolojik İyi Oluş	Kadın	237	5,1414	1,38644	-0,998	0,319
	Erkek	264	5,2708	1,50507		
Öznel İyi Oluş	Kadın	237	5,6287	1,18659	-3,460	0,001
	Erkek	264	5,9811	1,09271		
Sosyal İyi Oluş	Kadın	237	5,7468	1,18104	-2,296	0,022
	Erkek	264	6,0000	1,27662		
Finansal İyi Oluş	Kadın	237	4,7131	1,58863	-3,092	0,002
	Erkek	264	5,1313	1,43895		
Birlikte Değer Oluşturma	Kadın	237	5,4659	1,23752	-1,505	0,133
	Erkek	264	5,6316	1,22511		
İyi Oluş	Kadın	237	5,2349	1,12087	-2,708	0,007
	Erkek	264	5,4990	1,06039		
Hasta Güçlendirme	Kadın	237	5,1421	1,49960	-3,962	0,000
	Erkek	264	5,6398	1,28894		

Tablo 3.32’de TRB1 Bölgesindeki il merkezlerinde bulunan hastanelerde son bir yıl içerisinde yatış yapmış kronik rahatsızlığı bulunan katılımcıların ölçek ve faktörlerin cinsiyete göre fark oluşturup oluşturmadığına ilişkin bulgular verilmiştir. Veriler incelendiğinde, Hasta Katılım Davranışı ve Tedaviye Uyuma, Tavsiye Etme, Olumlu Düşünme, Genel Sağlık ve Fiziksel İyi Oluş, Psikolojik İyi Oluş faktörleri ile Birlikte Değer Oluşturma ölçekleri, cinsiyete göre anlamlı farklılıklar oluşturmaktadır.

Bilgiyi Anlama ve Kavrayış faktörü için cinsiyete göre yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Test sonucuna göre kronik rahatsızlığı bulunan erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre ortalamaları daha fazla bulunmuştur.

Sağlık Çalışanlarıyla İletişim ve Bilgi Paylaşımı faktörü için cinsiyete göre yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kronik rahatsızlığı bulunan erkek katılımcılar kadın katılımcılara göre büyük ortalamalara sahiptir.

Öznel İyi Oluş faktörü için cinsiyete göre yapılan test sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Kronik rahatsızlığı bulunan kadın katılımcıların ortalamaları daha düşük bulunmuştur.

Sosyal İyi Oluş faktörü için cinsiyete göre yapılan bağımsız t-testi neticesinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kronik rahatsızlığı bulunan erkek katılımcıların ortalamaları kadın katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Finansal İyi Oluş faktörü için cinsiyete göre yapılan analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Kronik rahatsızlığı bulunan erkek katılımcılar kadın katılımcılara göre daha büyük ortalamalara sahip olmuştur.

İyi Oluş ölçeği için cinsiyete göre yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Kronik rahatsızlığı bulunan kadın katılımcıların ortalamaları daha düşük bulunmuştur.

Hasta Güçlendirme ölçeği için cinsiyete göre yapılan incelemede istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kronik rahatsızlığı bulunan erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre büyük ortalamalara sahip olduğu görülmüştür.

TRB1 Bölgesindeki il merkezlerinde bulunan hastanelerde son bir yıl içerisinde yatış yapmış kronik rahatsızlığı bulunan hastaların betimsel analiz sonuçları Tablo 3.33'te detaylı verilmiştir.

**Tablo 3.33.** Betimsel Analiz Sonuçları

Değişken		Frekans	Oran (%)
Cinsiyet	Kadın	237	47,3
	Erkek	264	52,7
Yaş	18-30 yaş	59	11,8
	31-44 yaş	137	27,3
	45-59 yaş	181	36,1
	60-74 yaş	97	19,4
	75 yaş ve üstü	27	5,4
Meslek	Çalışmıyorum	48	9,6
	Öğrenci	16	3,2
	Kamu Çalışanı	82	16,4
	İşçi	48	9,6
	Özel sektör	78	15,6
	Emekli	73	14,6
	Ev Hanımı	136	27,1
	Diğer	20	4,0
Gelir	0-1500 TL	116	23,2
	1501-3000 TL	146	29,1
	3001-4500 TL	96	19,2
	4501-6000 TL	78	15,6
	6001-7500 TL	37	7,4
	7501 TL ve üzeri	28	5,6
Kiminle yaşıyorsunuz?	Tek başıma	47	9,4
	Ailemle	452	90,2
	Arkadaşlarımla	2	,4
Medeni Durum	Hiç Evlenmemiş	74	14,8
	Evli	362	72,3
	Boşanmış	19	3,8
	Dul (Eşi Vefat Etmiş)	46	9,2
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	71	14,2
	Okuryazar	64	12,8
	İlkokul	87	17,4
	Lise	121	24,2
	Üniversite	118	23,6
	Lisansüstü	40	8,0
Yaşanılan Şehir	Malatya	184	36,7
	Elazığ	130	25,9
	Bingöl	132	26,3
	Tunceli	55	11,0
Sosyal Güvence	Güvencem Yok	45	9,0
	SGK	205	40,9
	Emekli Sandığı	112	22,4
	Özel Sigorta	15	3,0

	Yeşilkart (G0)	124	24,8
Hane Nüfusu	1-3 kişi	191	38,1
	4-6 kişi	279	55,7
	7 kişi ve üzeri	31	6,2
Hastalık Türü	Diyabet Hastalığı	80	16,0
	Kardiyovasküler Hastalıklar	92	18,4
	Kas-eklem Hastalıkları	52	10,4
	Göğüs Hastalıkları	53	10,6
	Onkolojik Hastalıklar	72	14,4
	Karaciğer Hastalıkları	42	8,4
	Covid-19 pozitif olan kronik rahatsızlığı bulunan hastalar	110	22,0
Hastalık Süresi	6 aydan az	123	24,6
	7 ay - 23 ay	21	4,2
	2 yıl - 5 yıl	117	23,4
	6-9 yıl	82	16,4
	10-14 yıl	90	18,0
	15 yıl ve daha fazla	68	13,6
Ek Hastalık Durumu	Evet	221	44,1
	Hayır	280	55,9
Son 1 yıl içinde hastaneye gitme sıklığı	1-5 defa	211	42,1
	6-10 defa	205	40,9
	11-15 defa	59	11,8
	16 ve daha fazla defa	26	5,2
Son 1 yıl içinde hastanede yatış yapma durumu	Evet	501	100
	Hayır	0	0
Yatış Gün Sayısı	1-3 gün	167	33,3
	4-6 gün	220	43,9
	7-9 gün	54	10,8
	10 gün ve daha fazla	60	12,0
Yatış Yapılan Hastanenin Bulunduğu İl	Malatya	192	38,3
	Elazığ	147	29,3
	Bingöl	112	22,4
	Tunceli	50	10,0
Yatış Yapılan Hastane Türü	Devlet Hastanesi	210	41,9
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	191	38,1
	Özel Hastane	100	20,0
Yatış Yapılan Hastane Tercih Nedenleri	Başka hastaların tavsiyesi	123	24,6
	Eski hastası olma	241	48,1
	Temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması	77	15,4
	Rasgele kendi seçimim	55	11,0
	Diğer	5	1,0
Hastanın Engel Durumu	Evet	54	10,8
	Hayır	447	89,2
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	98	19,6
	Normal	282	56,3
	Kilolu	104	20,8
	Aşırı Kilolu	17	3,4
	Sigara vb	71	14,2

Sigara/Alkol Tüketme Alışkanlığı	Alkol vb.	13	2,6
	Bir süre kullandım bıraktım	44	8,8
	Kullanmıyorum	373	74,5

Yukarıdaki tablo incelendiğinde TRB1 Bölgesindeki il merkezlerinde bulunan hastanelerde son bir yıl içerisinde yatış yapmış kronik rahatsızlığı bulunan hastaların demografik bilgilerine göre şu sonuçlar ortaya çıkmıştır; Araştırmaya katılan kronik rahatsızlığı bulunan hastaların %47,3’ü kadın, %52,7’si erkektir. Katılımcıların %72,3’ü evli, %14,8’i hiç evlenmemiş, %3,8’i boşanmış ve %9,2’si dul (Eşi vefat etmiş) olduğu görülmektedir. Ankete katılan hastaların aylık ortalama gelirleri sırasıyla; %49,6 oran ile “0-2325 TL” arası geliri olanlar, %23,2 oran ile “0-1500 TL” arası geliri olanlar, %29,1 oran ile “1501-3000 TL” arası geliri olanlar, %19,2 oran ile “3001-4500 TL” arası geliri olanlar, %15,6 oran ile “4501-6000 TL” arası geliri olanlar, %7,4 oran ile “6001-7500 TL” arası geliri olanlar ve son olarak %5,6 oran ile “7501 TL ve üzeri” geliri olanlar şeklinde sınıflanmıştır. Çalışmaya katılanların yaş aralıkları sırasıyla; %11,8 oran ile “18-30” yaş arasında olanlar, %27,3 oran ile “31-44” yaş aralığında olanlar, %36,1 oran ile “45-59” yaş arasında olanlar, %19,4 oran ile “60-74” yaş arasında olanlar, %5,4 oran ile “75 yaş ve üstü” yaş aralığında olanlardan oluşmaktadır.

Eğitim durumları açısından değerlendirmede yüzdeler dağılımlarına göre sırasıyla; %14,2 oran ile “Okuryazar değil”, %12,8 oran ile “Okuryazar”, %17,4 oran ile “İlkokul” mezunları, %24,2 oran ile “Lise” mezunları, %23,6 oran ile “Üniversite” mezunları ve %8,0 oran ile “Lisansüstü” mezunlarıdır.

Kronik rahatsızlığı bulunan anket katılımcılarının meslekleri ise yüzdeler dağılımlarına göre sırasıyla; %9,6 oran ile “Çalışmıyor”, %3,2 oran ile “Öğrenci”, %16,4 oran ile “Kamu Çalışanı”, %9,6 oran ile “İşçi”, %15,6 oran ile “Özel sektör”, %14,6 oran ile “Emekli”, %27,1 oran ile “Ev Hanımı”, %4,0 oran ile “Diğer” meslek gruplarından oluşmaktadır.

TRB-1 Bölgesindeki il merkezlerinde bulunan hastanelerde son bir yıl içerisinde yatış yapmış kronik rahatsızlığı bulunan anket katılımcılarının kiminle yaşadığına dair soru incelendiğinde, katılımcıların %9,4’ünün tek başına, %90,2’sinin ailesiyle ve %0,4’ünün ise arkadaşlarıyla yaşadığı anlaşılmaktadır. Hane nüfusu bakımından katılımcıların %38,1’i 1-3 kişi, %55,7’si 4-6 kişi, %6,2’si ise 7 kişi ve üzeri hane nüfusuna sahip hanelerde yaşamaktadır. Katılımcıların yaşadıkları il bilgisine göre,

%36,7'si Malatya, %25,9'u Elazığ, %26,3'ü Bingöl, %11'i Tunceli ilinde ikamet etmektedir. Sosyal güvencesi olmayan katılımcıların %9; SGK'sı olanların %40,9; Emekli Sandığı olanların %22,4; Özel sigortası olanların %3 ve Yeşilkart'ı(G0) olanların ise %24,8 oranında olduğu görülmüştür.

Hastanede yatış yapma sebepleri olarak katılımcıların %16'sı Diyabet, %18,4'ü Kardiyovasküler Hastalıklar, %10,4'ü Kas-eklem Hastalıkları, %10,6'sı Göğüs Hastalıkları, %14,4'ü Onkolojik Hastalıklar, %8,4'ü Karaciğer Hastalıkları ve %22'si covid-19 hastalığı bulunmaktadır. Covid-19 hastalığı geçiren kronik rahatsızlığı olan hastaların oranı diğer tüm hastalıklara göre daha fazla olduğu bulunmuştur.

Yatış yapılan hastalık için ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz? Sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde kronik rahatsızlığı bulunan katılımcıların %24,6'sı 6 aydan az; %4,2'si 7 ay - 23 ay; %23,4'ü 2 yıl - 5 yıl; %16,4'ü 6-9 yıl; %18'i 10-14 yıl; %13,6'sı 15 yıl ve daha fazla süre boyunca tedavi gördüğünü belirtmiştir. Katılımcıların %44,1'inin ek hastalığı bulunmakta, %55,9'unun ise herhangi bir ek hastalığı bulunmamaktadır. Son 1 yıl içinde hastaneye gitme sıklığı açısından bakıldığında katılımcıların %42,1 oranında 1-5 defa, %40,9 oranında 6-10 defa, %11,8 oranında 11-15 defa son olarak %5,2 oranında 16 ve daha fazla defa ziyaret ettiği tespit edilmiştir. Katılımcıların tamamının hastanede yatış yaptığı anlaşılmaktadır. Yatış gün sayısı incelendiğinde katılımcıların %33,3'ü 1-3 gün, %43,9'u 4-6 gün, %10,8'i 7-9 gün son olarak %12'u 10 ve daha fazla gün hastanede yatış yapmışlardır. Yatış yapılan hastanenin bulunduğu il bilgisi bakımından hastaların %38,3'ü Malatya, %29,3'ü Elazığ, %22,4'ü Bingöl, %10'u Tunceli ilindeki hastanelerde yatış yapmıştır. Yatış yapılan hastane türü olarak Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin %38,1, Devlet Hastanelerinin %41,9 ve Özel Hastanelerin ise %20 oranında olduğu görülmüştür.

Sağlık hizmeti alınan hastaneyi tercih etme sebepleri olarak katılımcıların %24,6'sı "Başka hastaların tavsiyesi", %48,1'i "Eski hastası olma", %15,4'ü "Temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması", %11'i "Rasgele kendi seçimim", %1'i ise "Diğer" seçeneğini cevaplamışlardır. Katılımcıların %10,8'inin engel durumu olduğu, %89,2'sinin ise herhangi bir engel durumunun olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların vücut kitle indeksi durumu incelendiğinde katılımcıların %19,6'sının zayıf, %56,3'ünün normal, %20,8'inin kilolu ve son olarak %3,4'ünün ise aşırı kilolu

oldukları görülmüştür. Sigara/Alkol tüketme alışkanlığı açısından katılımcıların %74,5'inin Sigara/Alkol tüketmediği, %14,2'sinin sadece sigara kullandığı, %2,6'sının alkol vb. ürünler tükettiği, %8,8'inin ise bir süre sigara/alkol kullandığı ve bunları tüketmeyi terkettiği anlaşılmaktadır

### **3.7.7. Yapısal Eşitlik Modellemesi ve Varsayımları**

Özellikle sosyal bilimler, eğitim bilimleri veya davranış bilimleri gibi alanlarda yapılan bilimsel araştırmalarda teoriler, değişkenler arasındaki nedensel ilişkilere dayanan hipotezler öne sürülerek oluşturulmaktadır (Kelloway, 2015, s. 5). Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) (Structural Equation Modeling), bilimsel araştırmalarda hipotezlerin test edilmesi için değişkenlerin birbirleri arasındaki ilişkiyi tespit ve analiz eden istatistiksel bir yaklaşımdır (Hoyle, 1995, s. 1). Yapısal eşitlik modellemesi, bazı olguları içeren yapısal kuramların çözümlenmesi için doğrulayıcı bir yaklaşım ortaya koyan gözlenen değişkenler arasındaki ilişkiyi, birçok farklı model kullanarak değişken kümelerinin nasıl tanımlandığını ve bu yapıların birbirleriyle nasıl ilişkili olduğuna dair kurulan hipotezler üzerinde çeşitli teorik modeller test edilebilir (Dogan ve Özdamar, 2017, s. 7225).

YEM'de bağımsız ve bağımlı değişkenler ya faktör ya da gözlenen değişken olabilmektedir. Yapısal Eşitlik Modeli için nedensel analiz, nedensel modelleme, eşzamanlı eşitlik adlandırmaları da yapılmaktadır (Tabachnick ve Fidell, 2007, s. 28; Erkorkmaz vd., 2013, s. 211). Yapısal Eşitlik Modelinin birçok alanda kullanılması (Hershberger, 2003, s. 35), diğer istatistiksel yaklaşımlardan farklı olarak gizil değişkenlerdeki ölçüm hatalarının dikkate alınması önemli bir konu olmaktadır (Schumacker ve Lomax., 2004, s. 5). Yapısal eşitlik modeline ait varsayımlar, Tenko ve George'a (2006) göre dört ana başlık altında incelenebilir. Bunlar (a) çok değişkenli normallik, (b) doğrusallık, (c) örneklem büyüklüğü ve (d) ölçek türünden oluşmaktadır.

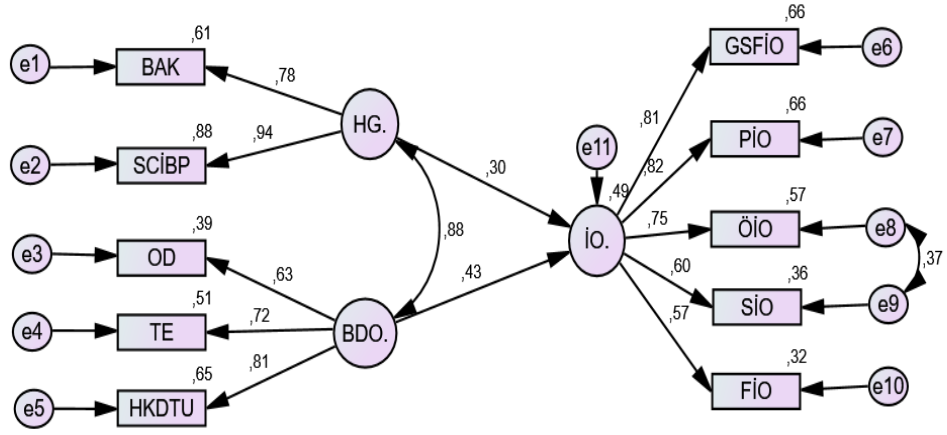
Yapısal eşitlik modeli, doğrulayıcı faktör analizi ve çoklu regresyon olarak düşünülmesine karşın bu analizlere göre daha doğrulayıcı bir tekniktir. Bu sebeple araştırmalarda YEM, keşifsel amaçlı olarak da kullanılmaktadır. Ayrıca yapısal eşitlik modeli doğrulayıcı faktör analizinin esasen oluşturduğu ölçme modeliyle birlikte bir yapısal model önererek gizil değişkenler arasındaki ilişkilerin test edilmesi mantığına dayanmaktadır (Koç, 2017, s. 129).

Yapısal eşitlik modellemesinin çok değişkenli istatistikî modellerinden ayrıştığı birtakım güçlü özellikleri bulunmaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2014: 323). Bu özellikler;

- Yapısal eşitlik modellemesi, keşfedici yaklaşımlar benimsemek yerine, doğrulayıcı bir yaklaşımları tercih etmektedir. Kuramsal alt yapısı olan ilişkilerin veri ile uyumunu doğrulamaya çalışmaktadır.
- Çok değişkenli analizlerde ölçüm hataları çoğunlukla dikkate alınmadığı gibi bunlar için herhangi bir düzeltme yapılması döz konusu değildir. Buna karşın Yapısal eşitlik modellemesinde ise parametrelerin ölçüm hataları dikkate alınmakta ve modeller buna göre test edilmektedir.
- Geleneksel çok değişkenli analizlerde ilişkiler genellikle gözlemlenebilen değişkenler üzerinden yapılırken, Yapısal eşitlik modellemesinde gözlenen ve örtük değişkenler birlikte analiz edilmektedir.

Yapısal eşitlik modellemesinin ilk aşamasında araştırma konusuyla ilgili teori, araştırma ve bilgiler kullanılarak teorik model oluşturulur. İkinci aşamada path diyagramı yardımı aracılığıyla yapısal eşitlikler tanımlanır. Üçüncü aşamada anakütleyi temsil yeteneğine sahip olan örneklem seçilir ve veriler toplanır. Dördüncü aşamada ise eşitliklerde tanımlanan parametrelerin tahminlemeleri yapılır. Daha sonra hesaplanan uyum iyiliği indeksleri değerlendirmeye alınır, bu değerlendirme sonucunda model kabul edilir ya da reddedilir. Bu aşamada hata olursa modelde düzeltmeler (modifikasyon) yapılır ve test tekrarlanır. Son olarak elde edilen sonuçlar baz alınarak raporlaştırmalar yapılır ve hipotezlerin kabul veya red edilmesinin çıktılarını tartışılır (Yılmaz ve Varol, 2015, s. 30).

Araştırma modelini test etmek amacıyla KFA ve DFA sonucunda elde edilen değişkenlerin son halleri arasında yapısal eşitlik modeli oluşturulmuş ve analiz gerçekleştirilmiştir. Yapısal eşitlik modeli Şekil 3.4'te, uyum iyiliği değerleri ise Tablo 3.33'te ve regresyon ağırlıkları Tablo 3.34'te sunulmuştur.



CMIN=122,694; DF=31; CMIN/DF=3,958; p=,000; RMSEA=,077; CFI=,964; NFI=,952; IFI=,964

**Şekil 3.4.** Yapısal Eşitlik Modeli

Şekil 3.4'te TRB1 Bölgesindeki il merkezlerinde bulunan hastanelerde en az bir gün yatış yapmış kronik rahatsızlığı bulunan hastaların birlikte değer oluşturma ve hasta güçlendirmelerinin iyi oluş düzeyine etkisini incelemek için AMOS programı ile yapılan yapısal eşitlik modeli verilmiştir. Modelde gösterilen örtük değişkenlerdeki kısaltmalar KFA ve DFA sonucunda elde edilen boyutlara ait kısaltmaları ifade etmektedir. Hasta güçlendirme (HG) ve Birlikte değer oluşturma (BDO) ölçekleri araştırmanın iki bağımsız değişkenini oluştururken; İyi oluş (İO) ise bağımlı değişkenini ifade etmektedir. Modelde bağımsız değişkenler olan hasta güçlendirme ve birlikte değer oluşturma değişkenleri arasında kovaryanslar oluşturulmuştur. Birlikte değer oluşturma, Hasta katılım davranışı ve tedaviye uyma (HKDTU), Tavsiye etme (TE) ve Olumlu düşünme (OD) faktörlerinden oluşurken; Hasta güçlendirme değişkeni, Bilgiyi anlama ve kavrayış (BAK) ve Sağlık çalışanlarıyla iletişim ve bilgi paylaşımı (SCİBP) faktörlerinden oluşmaktadır. Bağımlı değişken olan iyi oluş, Genel sağlık ve fiziksel iyi oluş (GSFİO), Psikolojik iyi oluş (PİO), Sosyal iyi oluş (SİO), Öznel iyi oluş (ÖİO) ve Finansal iyi oluş (FİO) olmak üzere toplam 5 faktörü içermektedir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni etkileme yönü ve oranını ölçmek için her bir bağımsız değişkenden bağımlı değişkene regresyon okları gönderilmiştir. Ayrıca kurulan modelin uyum iyiliği değerlerini yükseltmek için aynı faktör altındaki değişkenler arasında olmak şartıyla bazı modifikasyonlar yapılmıştır.

**Tablo 3.34.** Yapısal Eşitlik Modeli Uyum İndeksleri

Uyum İndeksleri	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri	Çalışmanın Bulgusu	
$\chi^2/sd$	$0 \leq \chi^2/sd \leq 3$	$3 \leq \chi^2/sd \leq 5$	3,958	Kabul Edilebilir
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0,96	Mükemmel
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0,95	Mükemmel
IFI	$0.95 \leq IFI \leq 1.00$	$0.90 \leq IFI \leq 0.95$	0,96	Mükemmel
TLI (NNFI)	$0.95 \leq TLI \leq 1.00$	$0.90 \leq TLI \leq 0.95$	0,95	Mükemmel
RMSEA	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,077	Kabul Edilebilir
GFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0,95	Mükemmel

Yapılan Yapısal eşitlik modeli sonucunda  $\chi^2/sd$  değeri 3,958; CFI değeri 0,96; NFI değeri 0,95; IFI değeri 0,96; TLI (NNFI) değeri 0,95; RMSEA değeri 0,077 ve son olarak GFI değeri 0,95 ile kabul edebilir uyum değerleri, modelin kabul edilebilirliğini göstermektedir.

Araştırma kapsamında bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında yol analizi yapılmış ve bağımlı değişkenlerin bağımsız değişkenlere olan etki oranları gözlemlenmiştir. Araştırmanın temel amacı olan hipotezleri test etmek için başvuru olan yol analizi ve verileri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

**Tablo 3.35.** Yapısal Eşitlik Modeli Regresyon Ağırlıkları

Hipotez	Regresyon Yönü	Tahmin	Std. Hata	Kritik Oran	P	Sonuç
H <sub>1</sub>	BDO ► İO	0,430	0,115	2,825	0,005	Kabul
H <sub>2</sub>	HG ► İO	0,300	0,097	2,047	0,041	Kabul

Araştırma kapsamında başvuru olan yol analizi sonuçlarını gösteren tablo incelendiğinde elde edilen sonuçlara göre; Birlikte değer oluşturma (BDO) ölçeğinin İyi oluş (İO) düzeyi üzerine pozitif yönlü ve anlamlı bir etkisi bulunmaktadır. Başka bir ifadeyle kronik rahatsızlığı bulunan hastaların birlikte değer oluşturma düzeyleri arttıkça hasta iyi oluş düzeyleri de artmaktadır. Birlikte değer oluşturmadaki 1 birimlik artış hasta iyi oluşunda 0,43'lik bir artışa veya bunun tam tersi Birlikte değer oluşturmadaki azalış hasta iyi oluşunda azalışa sebep olmaktadır. Hasta güçlendirme

(HG) ölçeğinin iyi oluş ölçeği üzerine pozitif yönlü ve anlamlı bir etkisi bulunmaktadır. Kronik rahatsızlığı bulunan hastaların hasta güçlendirme düzeylerinin artışı hasta iyi oluş düzeyine olumlu etki etmektedir. Hasta güçlendirmedeki 1 birimlik artış hasta iyi oluşunda 0,30'lik bir artışa veya bunun tam tersi Hasta güçlendirmedeki azalış hasta iyi oluşunda azalışa neden olmaktadır.

Yapısal eşitlik modeli yol analizi neticesinde “H<sub>1</sub>: Kronik rahatsızlığı bulunan hastaların birlikte değer oluşturma düzeyinin iyi oluş düzeyi üzerinde olumlu etkisi vardır” hipotezi ve “H<sub>2</sub>: Kronik rahatsızlığı bulunan hastaların hasta güçlendirme düzeyinin iyi oluş düzeyi üzerinde olumlu etkisi vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

### 3.7.8. Regresyon Analizi

Araştırmanın hipotezleri, yapısal eşitlik modeli aracılığıyla test edilmiş ve kabul edilmiştir. Birlikte değer oluşturma ve hasta güçlendirme değişkenlerinin iyi oluş üzerindeki etkisinin belirlenmesi ve yapısal eşitlik modeli sonuçlarının teyit edilmesi için regresyon analizine başvurulmuştur

Bir veya birden fazla bağımsız değişkenin bir bağımsız değişken arasındaki ilişki çoklu regresyon analizi kullanılarak matematiksel eşitlik vasıtasıyla açıklanmaktadır (Kaneko, vd., 2008, s. 534). Regresyon analizinde test edilen modelin anlamlı olabilmesi için aşağıda ifade edilen varsayımların sağlanması gerekmektedir (Kleinbaum, vd., 2013);

- Bağımsız değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı olmamalı,
- Tahmin hatalarının dağılımının normal dağılıma uygun olmalı,
- Tahmin hatalarının arasında bağımlılık (oto korelasyon) olmamalı,
- Tahmin hatalarının varyanslarının eşit olması başa bir değişle eşit varyanslılık şartının sağlanmış olmalıdır.

Araştırma kapsamında bağımsız değişkenler olan hasta güçlendirme (HG) ve birlikte değer oluşturma (BDO) bağımlı değişken olan iyi oluşa (İO) etkisini test etmek için doğrusal regresyon analizi kullanılacaktır. Bu çerçevede çoklu regresyon denklemi aşağıda verilen şekilde formüle edilmektedir.

$$\text{İO}_i = \beta_0 + \beta_1 \text{BDO}_i + \beta_2 \text{HG}_i + e_i$$

Kurulan çoklu regresyon modelinin özetini içeren tablo aşağıda detaylı bir şekilde gösterilmiştir.

**Tablo 3.36.** Regresyon Analizi Model Özeti

Model	R	R Kare	Ayarlanmış R Kare	Tahmini Satandart Sapma
İyi Oluş	0,640 <sup>a</sup>	0,410	0,407	0,84393

a. Predictors: (Constant), BDO, HG

Regresyon analizi model özetine göre “R kare” değeri bağımlı değişkenin yüzde kaçlık kısmının bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını ifade etmektedir. R Kare, modelin açıklama gücünü ifade etmektedir. Analiz neticesinde R<sup>2</sup> değeri 0,410 bulunmuştur. Bu değer incelendiğinde araştırmada bağımlı değişken olan iyi oluş değişkeninin %41’lik kısmının modele dahil edilen 2 adet bağımsız değişken (hasta güçlendirme ve birlikte değer oluşturma) tarafından açıklanabildiğini göstermektedir.

**Tablo 3.37.** Regresyon Analizi - ANOVA<sup>a</sup>

Model	Kareler Toplamı	Serbestik Derecesi	Ortalama Kare	F	p değeri	
İyi Oluş	Regresyon	246,243	2	123,121	172,871	0,000 <sup>b</sup>
	Kalıntı(residual)	354,684	498	0,712		
	Toplam	600,927	500			

a. Dependent Variable: İO; b. Predictors: (Constant), BDO, HG

Araştırma modelinin bir bütün olarak anlamlı olup olmadığını test etmek üzere verilen ANOVA tablosuna bakıldığında 172,871 olan F değeri regresyon modelinin istatistiksel olarak her düzeyde anlamlı olduğunu (p=,000) göstermektedir.

**Tablo 3.38.** Regresyon Analizi – Katsayı Tablosu

Faktörler	Beta	St. Hata	St. Beta	t değeri	p değeri
(Sabit)	2,240	0,175		12,786	0,000
Hasta Güçlendirme	0,340	0,040	0,418	8,419	0,000
Birlikte Değer Oluşturma	0,233	0,043	0,270	5,435	0,000

Tablo 3.38’de yer alan bağımsız değişkenlerin (BDO ve HG) her biri için p değerlerinin 0,05 anlamlılık seviyesinde olduğu görülmektedir. Bu verilerden hareketle araştırmada bağımsız değişken olan “İyi oluş” ile modele dahil edilen bağımsız değişkenler “Hasta güçlendirme” ve “Birlikte değer oluşturma” arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modele anlamlı bir katkı sağladığı tespit

edilmiştir. Modelde, Birlikte değer oluşturma değişkenindeki 1 birimlik artışın İyi oluş üzerinde 0,233 birim artışa ve hasta güçlendirmedeki 1 birimlik artışın İyi oluş üzerinde 0,340 birimlik bir artışa sebep olduğu görülmektedir.

Yapılan regresyon analizi, yapısal eşitlik modellemesindeki sonuçlarla paralellik göstermiş olup araştırmanın iki hipotezi olan “H<sub>1</sub>: Kronik rahatsızlığı bulunan hastaların birlikte değer oluşturma düzeyinin iyi oluş düzeyi üzerinde olumlu etkisi vardır” hipotezi ve “H<sub>2</sub>: Kronik rahatsızlığı bulunan hastaların hasta güçlendirme düzeyinin iyi oluş düzeyi üzerinde olumlu etkisi vardır” hipotezleri kabul edilmiştir.

### 3.7.9. Tobit Modeli

Yapısal eşitlik modeli ve regresyon analizi ile elde edilen sonuçları teyit etmek ve araştırmanın bağımsız değişkenleri olan birlikte değer oluşturma ve hasta güçlendirmenin yanısıra iyi oluş üzerinde etkili olduğu düşünülen demografik faktörlerin eklenmesiyle Tobit Modeli oluşturulmuştur.

Tobit Modeli, bağımlı değişkenin sınırlı değerler aldığı durumlarda başvurulan bir model türüdür. Belirli bir üst veya alt sınıra tabi bağımlı değişkenleri analiz etmek için ekonomistler tarafından sıklıkla kullanılan modele Tobit Modeli denilmektedir (Olsen, 1978, s. 1211).

Tobit modeli, sansürlü veya kesikli regresyon modeli olarak da bilinmektedir. Belirli bir aralığın dışındaki gözlemler tamamen dışlanmış ise kesikli model ve dışsal (bağımsız) değişkenler gözlemlenebiliyorsa sansürlü modelden söz edilir (Amemiya, 1984, s. 3). Bağımlı değişkenin alt veya üst limite sahip olduğu model çeşidi olarak bilinen Tobit modeli, ilk olarak Tobin tarafından, dayanıklı mallara ilişkin bağımlı değişken olan hanehalkı harcamalarının negatif olamayacağı gerçeğini hesaba katan bir regresyon modeli oluşturularak analiz yapılmıştır (Tobin, 1958, s. 24). Tobit modeli tahmininde hipotez testleri Maksimum Olabilirlik testiyle yapılmaktadır (Özdes, vd., 1999, s. 495). Tobit modeli denklemi aşağıdaki gibi kurulmaktadır (Daşkiran ve Özkoç, 2019, s. 1056):

$$y_t^* = X_t\beta + u_t \quad (1)$$

(1) numaralı denklemde yer alan  $y_t^*$  bağımlı değişken ve  $X_t$  bağımsız değişken vektörü olmak üzere  $\beta$  bilinmeyen katsayılar vektörü,  $u_t$  ise sıfır ortalama ve sabit varyans  $\sigma^2$  ile normal kabul edilen hata terimidir.

$$X_t\beta + u_t > 0$$

$$X_t\beta + u_t < 0$$

$$t = 1,2,3 \dots \dots \dots n \quad (2)$$

(2) numaralı denkleme göre  $(X_t\beta + u_t)$ 'ye eşit olan  $y_t^*$ , yalnızca sıfırdan büyük olduğunda gözlemlenen ve dolayısıyla gözlenmemiş bir değişken olarak nitelendirilen stokastik bir indeks içermektedir (McDonald ve Moffitt, 1980, s. 318).

(1) numaralı denklemde verilen analizi daha basit hale getirmek için, bağımsız (açıklayıcı) değişkenin sadece bir tane olduğu varsayılmıştır. (2) numaralı denklem ise logit ve probit modellerinde gözlemlenen kukla değişkeni ifade etmektedir. Buna göre;

$$y_t = \begin{cases} (1) X_t\beta + u_t > 0 \\ (0) X_t\beta + u_t < 0 \end{cases}$$

Tobit modelinde ise  $u_t \sim IN(0, \sigma^2)$  şeklinde formülize edilmektedir. Bu denklemin anlamı yukarıda ifade edildiği gibi, Tobit modellerde  $(u_t)$  sıfır ortalama ve sabit varyans  $(\sigma^2)$  ile normal kabul edilen hata terimidir. Ayrıca bu modellerde eğer  $(y_t^*) > 0$  ise  $(y_t^*)$  görünmeyen bir değişken olmaktadır. Bu durumda;

$$y_t = \begin{cases} y_t^* = X_t\beta + u_t & \text{eğer } y_t^* > 0 \\ 0 & \text{eğer } y_t^* \leq 0 \end{cases}$$

(4) numaralı denkleme sansürlenmiş normal regresyon modeli adı verilmektedir. Çünkü  $y_t^* \leq 0$  olan yani sıfır ve negatif olan değerler modelden dışlanır (Maddala, 1992, s. 338-339).

Araştırma kapsamında bağımsız değişkenlerle birlikte iyi oluşu etkileyen faktörlerin eklenmesiyle birlikte aşağıdaki gibi bir model oluşturulmuştur. Demografik değişkenler, cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, ikamet edilen il, yatış yapılan hastanenin bulunduğu il, yatış yapılan hastane türü ve son olarak tütün/alkol kullanma alışkanlığından oluşmaktadır.

$$\dot{IO} = \beta_0 + X\beta + \mu_i$$

Eşitlikte;  $\dot{IO}$  bağımlı değişken iyi oluşu,  $X$  birlikte değer oluşturma, hasta güçlendirme, cinsiyet, yaş, meslek, medeni durum, eğitim durumu, yaşanan şehir, yatış yapılan hastanenin bulunduğu il, yatış yapılan hastane türü ve sigara/alkol tüketme alışkanlığı değişkenlerini ifade edilmektedir. Modelde her bir demografik

değişken için bir baz değişken belirlenmiş ve kukla değişkenler modelde tanımlanmıştır. Örneğin cinsiyet için baz değişken olarak kadın, kukla değişken olarak erkek modele eklenmiştir. Eğer cinsiyet erkek ise 1, değilse 0 olarak tanımlanmıştır. Çalışmada kullanılan değişkenler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 3.39.** Tobit Modelinde Kullanılan Değişkenler

<b>Değişken</b>	
Cinsiyet	<b>Kadın (Baz Değişken)</b>
	Erkek
Yaş	18-30 yaş
	31-44 yaş
	45-59 yaş
	<b>60-74 yaş (Baz Değişken)</b>
	75 yaş ve üstü
Meslek	Çalışmıyorum
	Öğrenci
	Kamu Çalışanı
	İşçi
	Özel sektör
	Emekli
	<b>Ev Hanımı (Baz Değişken)</b>
	Diğer
Gelir	0-1500 TL
	<b>1501-3000 TL (Baz Değişken)</b>
	3001-4500 TL
	4501-6000 TL
	6001-7500 TL
	7501 TL ve üzeri
Medeni Durum	Bekar (Hiç Evlenmemiş)
	<b>Evli (Baz Değişken)</b>
	Boşanmış
	Dul (Eşi Vefat Etmiş)
Eğitim Durumu	Okuryazar değil
	Okuryazar
	İlkokul
	Lise
	<b>Üniversite (Baz Değişken)</b>
	Lisansüstü
Yaşanılan Şehir	Malatya
	Elazığ
	<b>Bingöl (Baz Değişken)</b>
	Tunceli
Yatış Yapılan Hastanenin Bulunduğu İl	Malatya
	Elazığ
	<b>Bingöl (Baz Değişken)</b>
	Tunceli
Yatış Yapılan Hastane Türü	Devlet Hastanesi
	<b>Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Baz Değişken)</b>
	Özel Hastane

Sigara/Alkol Tüketme Alışkanlığı	Sigara vb
	Alkol vb.
	Bir süre kullandım bıraktım
	<b>Hiç Kullanmadım (Baz Değişken)</b>

Tahmin edilen tobit modeli çıktıları ve marjinal etkilerin sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 3.40.** İyi Oluş Değişkenine İlişkin Tobit Tahmin Sonuçları

Değişkenler	Tobit Regresyon Çıktıları		Ortalama Marjinal Etkiler		
	İO	Katsayı	P	Marjinal Katsayı (dy/dx)	P
Constant		2,6633	0,000*		
HG		0,2025	0.000*	0,1716	0.000*
BDO		0,2683	0.000*	0,2274	0.000*
Erkek		-0,0892	0.351	-0,0756	0.350
18-30 yaş		0,4792	0.002*	0,4061	0.002*
31-44 yaş		0,2285	0.051	0,1937	0.051
45-59 yaş		0,2387	0.018*	0,2023	0.018*
75 yaş ve üstü		-0,3432	0.044*	-0,2909	0.043*
Bekar (Hiç evlenmemiş)		-0,2634	0.026*	-0,2232	0.026*
Boşanmış		-0,4131	0.030*	-0,3501	0.029*
Dul (Eşi vefat etmiş)		0,4196	0,001*	0,3556	0,001*
Okuryazar değil		-0,4150	0,004*	-0,3518	0,004*
Okuryazar		-0,1401	0,319	-0,1188	0,319
İlkokul		-0,2199	0,079	-0,1864	0,078
Lise		-0,0672	0,512	-0,0569	0,512
Lisansüstü		0,2276	0,116	0,1929	0,115
Çalışmayan		-0,3426	0,024*	-0,2904	0,024*
Öğrenci		0,1315	0,573	0,1114	0,573
Kamu Çalışanı		0,2155	0,164	0,1827	0,163
İşçi		0,3416	0,031*	0,2895	0,031*
Özel sektör		0,0113	0,932	0,0095	0,932
Emekli		0,0863	0,533	0,0731	0,533
Diğer		-0,1330	0,490	-0,1127	0,490
0-1500 TL		-0,0412	0,679	-0,0349	0,679
3001-4500 TL		0,1185	0,245	0,1004	0,244
4501-6000 TL		0,0549	0,657	0,0465	0,657
6001-7500 TL		-0,2417	0,097	-0,2049	0,097
7501 TL ve üzeri		0,0966	0,569	0,0818	0,568
Malatya'da ikamet eden		1,1414	0,000*	0,9674	0,000*
Elazığ'da ikamet eden		0,6688	0,001*	0,5668	0,001*
Tunceli'de ikamet eden		0,2621	0,491	0,2221	0,491
Malatya'da bulunan hastanelerden hizmet alan		-0,8908	0,000*	-0,7550	0,000*
Elazığ'da bulunan hastanelerden hizmet alan		-0,5309	0,012*	-0,4500	0,012*
Tunceli'de bulunan hastanelerden hizmet alan		-0,7402	0,065	-0,6274	0,064
Devlet Hastanesi		0,0362	0,731	0,0306	0,730

Özel Hastane	-0,1121	0,250	-0,0950	0,249
Sigara vb, kullanan	0,0378	0,709	0,0320	0,709
Alkol vb, kullanan	0,0991	0,650	0,0840	0,650
Bir süre sigara/Alkol vb, kullanıp bırakan	0,1001	0,409	0,0849	0,409
var (e.İÖ)	0,5172			
Gözlem Sayısı:				501
Log likelihood:				-545,7514
LR chi2:				421,39
Prob>chi2:				0,000

\*: %5 düzeyinde anlamlı parametreler. Not: İÖ: İyi Oluş; BDO: Birlikte Değer Oluşturma; HG: Hasta Güçlendirme

Bağımsız değişkenlerin istatistiksel anlamlı olup olmadığı incelendikten sonra ilişkinin yönünü ve açıklayıcı değişkenlerin bağımlı değişkeni (İyi Oluş) etkileme oranını yorumlamak için marjinal etkiler katsayısına bakarak etkinin miktarı hakkında yorum yapılabilir. Tobit modeli sonucuna göre; birlikte değer oluşturma (BDO), hasta güçlendirme (HG), yaş, medeni hal, eğitim durumu, meslek, ikamet yeri ve hizmet alınan hastanenin bulunduğu şehir ile İyi oluş (İÖ) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Marjinal etkiler incelendiğinde, araştırmada bağımsız değişken olan “İyi oluş” ile modele dahil edilen birlikte değer oluşturma ve hasta güçlendirme değişkenleri ile olan ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve bu değişkenlerin modele anlamlı bir katkı sağladığı tespit edilmiştir. Model sonucuna göre, Birlikte değer oluşturma değişkenindeki 1 birimlik artışın İyi oluş üzerinde 0,227 birim artışa sebep olduğu görülmektedir. Bir diğer bağımsız değişken olan hasta güçlendirmedeki 1 birimlik artışın İyi oluş üzerinde 0,171 birimlik bir artışa sebep olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, yapısal eşitlik modeli ve regresyon analiz sonuçlarıyla paralellik bulunmuş olup araştırmanın hipotezleri olan: “H<sub>1</sub>: Kronik rahatsızlığı bulunan hastaların birlikte değer oluşturma düzeyinin iyi oluş düzeyi üzerinde olumlu etkisi vardır” ve “H<sub>2</sub>: Kronik rahatsızlığı bulunan hastaların hasta güçlendirme düzeyinin iyi oluş düzeyi üzerinde olumlu etkisi vardır” hipotezleri kabul edilmiştir.

Tobit modelinde yer alan değişken, model dışında bırakılan baz değişkene göre yorumlanmaktadır. Bu bağlamda tablo incelendiğinde 18-30 yaş ve 45-59 yaş aralığındaki hastaların, baz kategori seçilen 60-74 yaş aralığındaki hastalara göre iyi oluşa daha fazla etki ettiği görülmektedir. Fakat 75 yaş ve üstü katılımcıların ise 60-

74 yaş aralığındaki katılımcılara göre iyi oluşu etikleme oranının düşük olduğu bulunmuştur.

Medeni duruma göre bakıldığında, bekar (hiç evlenmemiş), boşanmış katılımcı hastaların baz kategori olan evli katılımcılara göre anlamlı bir farklılıkla ama daha az bir etkiyle iyi oluşu etkilemektedir. Evlilerin, dul (eşi vefat etmiş) olan katılımcılara göre daha fazla oranda iyi oluşu etkilediği tespit edilmiştir. Eğitim durumunda okuryazar olmayan hastaların üniversite (lisans) mezunlarıyla arasında anlamlı farklılık olduğu ama iyi oluşu daha az etkilediği anlaşılmıştır.

Meslek değişkenine göre baz değişken olan kamu çalışanı katılımcıları ile çalışmayan katılımcılar arasında anlamlı fakat negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Mesleği işçilik olan hastalar ile kamu çalışanı olan hastalar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kamu çalışanlarının işçilere göre iyi oluşu daha fazla etkilediği tespit edilmiştir.

İkamet edilen şehir değişkeni incelendiğinde Malatya ilinde ikamet eden katılımcılar ile Elazığ'da ikamet eden katılımcıların, baz değişken olan Bingöl ilinde ikamet eden katılımcılara göre daha fazla iyi oluşu etkilemektedir. Son olarak hizmet alınan hastanenin bulunduğu şehir değişkenine göre baz değişken olan Bingöl ilindeki hastanelerden hizmet alan katılımcı hastaların Malatya ilindeki hastanelerden hizmet alan katılımcılar ve Elazığ ilinde hastaneye giden katılımcılarla arasında anlamlı fakat negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Elazığ ve Malatya illerindeki hastanelerden hizmet alan katılımcıların Bingöl ilindeki hastanelerden hizmet alan katılımcılara göre iyi oluşu daha fazla etkilediği tespit edilmiştir.

## Sonuç ve Öneriler

Araştırmanın bu bölümünde analiz sonucunda elde edilen bulguların araştırma problemlerine göre ve ilgili literatür çalışmalarıyla karşılaştırması yapılarak yorumlanmış ve elden edilen bulgulara dayalı olarak bazı öneriler sunulmuştur.

### Sonuçlar

Araştırma, kronik rahatsızlığı bulunan hastaların birlikte değer oluşturma ve hasta güçlendirme faaliyetlerinin iyi oluş düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. TRB1 Bölgesindeki il merkezlerinde bulunan hastanelerde yatış yapmış kronik hastalığı olan vatandaşlardan anket metoduyla veriler elde edilmiştir. Araştırma hipotezlerinin test edilebilmesi için üç adet ölçeğin içerik geçerliliği için çalışma konusunda uzman kişilerle işbirliği yapılmış ve söz konusu uzmanların görüşleri doğrultusunda ölçek maddeleri düzenlenmiştir. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla gerekli izinler alındıktan sonra araştırma kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılım sağlamayı kabul eden son bir yıl içerisinde TRB1 bölgesindeki il merkezlerinde bulunan hastanelerde en az bir gün yatış yapmış kronik rahatsızlığı bulunan 150 hastaya yüz yüze yapılan anketlerle pilot çalışma uygulanmıştır. Yapılan pilot çalışma sonucunda ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik bakımından uygun olduğu tespit edilmiştir.

Pilot çalışması uygulanan ölçeklerin güvenilirlik ve geçerlilikleri tespit edildikten sonra TRB1 Bölgesinde esas uygulama için veriler toplanmıştır. Elde edilen veriler için tanımlayıcı istatistikler, açıklayıcı faktör analizleri ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. Ölçeklere ait ortalamalar ve standart sapmalar incelenmiştir. Birlikte değer oluşturma ölçeğinin tanımlayıcı istatistiklerine göre katılımcıların verdikleri cevapların ortalamasının genel itibarıyla yüksek olduğu, sadece “Tedavi sürecinde moralimi yüksek tutmak için farklı uğraşlar edindim/ediniyorum” ve “Tedavi sürecinde hastalığımla devamlı meşgul olmamak adına hobilerime odaklandım” ifadeleri düşük ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Hasta güçlendirme ölçeğinde tüm ifadelerle ait ortalamaların 5,00’in üstünde olduğu görülmüştür. En yüksek ortalamaya 5,82 ile “Daha önce aldığım tedavileri ve varsa alerji bilgilerimi detaylıca anlatırım” ifadesi sahiptir. En düşük ortalama ise 5,00 ile “Hastalığımla ilgili farklı kaynaklardan birçok bilgiye ulaşıyorum” ifadesine ait olduğu bulunmuştur. İyi oluş için

katılımcıların verdikleri cevaplar kendi aralarında değerlendirildiğinde “Ailemle olan ilişkilerimden memnunum” ifadesi 6,05 ortalama ile en yüksek ortalamaya sahip ifade olmuştur. En düşük ortalama ise 4,50 ile “Yaşam standartım istediğim düzeydedir” ifadesine ait olduğu tespit edilmiştir.

Bu aşamadan sonra araştırma kapsamında anket yardımı ile elde edilen veriler doğrultusunda, ölçeklerin geçerliğini ve faktör dağılımlarını gösteren keşfedici faktör analizine yer verilmiş ve ardından doğrulayıcı faktör analizi ile ölçeklerin araştırma örneklemini için uygun olup olmadığı tespit edilmiştir. Devamında önermelerin altında yer aldıkları faktörü ölçüp ölçmedikleri ve güvenilirlikleri test edilmiştir.

İlk aşamada Birlikte değer oluşturma ölçeği için KFA yapılmış ve ölçeği oluşturan üç faktörün toplam varyansın %86,293’ünü açıkladığı ve bu değer yeterli olduğu görülmüştür. İkinci aşamada hasta güçlendirme ölçeği için KFA yapılmış ve elde edilen iki faktörün toplam varyansın %85,590’nını açıkladığı tespit edilmiştir. Üçüncü aşamada araştırmanın bağımlı değişkeni olan iyi oluş ölçeği için yapılan KFA sonucunda toplam beş faktör elde edilmiş ve bu faktörlerin toplam varyansın %72,711’ni açıkladığı ve bu değer yeterli olduğu görülmüştür.

Keşfedici faktör analizinde (KFA) bulunan modelleri uyum indeksleri yoluyla test ederek veriyi açıklama oranını vermek için DFA yapılmış ve modelin genel olarak iyi uyum sonuçlarını verdiği tespit edilmiştir.

Araştırma hipotezlerin test edilmesi için korelasyon ve yol analizleri gerçekleştirilmiştir. Geliştirilen toplam 2 hipotez kapsamında birlikte değer oluşturma ve hasta güçlendirmenin iyi oluş üzerindeki etkisine bakılmıştır. Yapılan analizler sonucunda şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Birlikte değer oluşturma’nın iyi oluş düzeyi üzerine pozitif yönlü ve anlamlı bir etkisi bulunmaktadır. Başka bir ifadeyle kronik rahatsızlığı bulunan hastaların birlikte değer oluşturma düzeyleri arttıkça hasta iyi oluş düzeyleri de artmaktadır. Birlikte değer oluşturmadaki 1 birimlik artış hasta iyi oluşunda 0,43’lük bir artışa veya bunun tam tersi Birlikte değer oluşturmadaki azalış hasta iyi oluşunda azalışa sebep olmaktadır. Bu bağlamda oluşturulan  $H_1$  kabul edilmiştir.

- Hasta güçlendirmenin iyi oluş ölçeği üzerine pozitif yönlü ve anlamlı bir etkisi bulunmaktadır. Kronik rahatsızlığı bulunan hastaların hasta güçlendirme düzeylerinin artışı hasta iyi oluş düzeyine olumlu etki etmektedir. Hasta güçlendirmedeki 1 birimlik artış hasta iyi oluşunda 0,30'luk bir artışa veya bunun tam tersi Hasta güçlendirmedeki azalış hasta iyi oluşunda azalışa neden olmaktadır. Bu bağlamda oluşturulan H<sub>2</sub> kabul edilmiştir.

Araştırmada yapısal eşitlik modeli sonucuna göre Birlikte değer oluşturma ve Hasta güçlendirmenin iyi oluşu toplam %73 etkilemektedir. Geri kalan etki oranı başka değişkenler tarafından açıklanmaktadır. İyi oluş ile ilgili literatüre bakıldığında iyi oluşu etkileyen pek çok değişken ortaya konulmuştur. İyi oluşu açıklamada cinsiyet (Fujita, 1991), yaşın (Ryff C. D., 1989), eğitim düzeyinin (Veenhoven, 1994), gelirin, medeni durumun, sağlığın (Diener, vd., 1999), özsaygının (Lyubomirsky ve Lepper, 1999) ve akademik başarının (Broege, vd., 2006) gibi faktörlerin etkili olacağı incelenmiştir Bu bağlamda araştırmadaki bağımlı değişkeninin açıklanmayan oranın bu araştırma kapsamında ele alınmayan değişkenler olabileceği ve bunlardan kaynaklanabileceği söylenebilir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri olan birlikte değer oluşturma ve hasta güçlendirmenin yanısıra iyi oluş üzerinde etkili olduğu düşünülen demografik faktörlerin eklenmesiyle oluşturulan Tobit Modeli sonucuna göre; birlikte değer oluşturma (BDO), hasta güçlendirme (HG), yaş, medeni hal, eğitim durumu, meslek, ikamet yeri ve hizmet alınan hastanenin bulunduğu şehir ile İyi oluş (İO) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yapısal eşitlik modeli ve regresyon analiz sonuçlarıyla paralellik bulunmuş olup araştırmanın hipotezleri olan: “H<sub>1</sub>: Kronik rahatsızlığı bulunan hastaların birlikte değer oluşturma düzeyinin iyi oluş düzeyi üzerinde olumlu etkisi vardır” ve “H<sub>2</sub>: Kronik rahatsızlığı bulunan hastaların hasta güçlendirme düzeyinin iyi oluş düzeyi üzerinde olumlu etkisi vardır” hipotezleri kabul edilmiştir.

Tobit Modeli neticesinde elde edilen demografik faktörlerin marjinal etkilerine ait sonuçlar aşağıda gösterilmiştir;

- Yaş değişkenine göre, 18-30 yaş ve 45-59 yaş aralığındaki hastaların, baz kategori seçilen 60-74 yaş aralığındaki hastalara göre iyi oluşa daha fazla etki ettiği tespit edilmiştir. Fakat 75 yaş ve üstü katılımcıların ise 60-74 yaş

aralığındaki katılımcılara göre iyi oluşu etikleme oranının düşük olduğu bulunmuştur.

- Medeni duruma göre bakıldığında, bekar (hiç evlenmemiş), boşanmış katılımcı hastaların baz kategori olan evli katılımcılara göre anlamlı bir farklılıkla ama daha az bir etkiyle iyi oluşu etkilemektedir. Evlilerin, dul (eşi vefat etmiş) olan katılımcılara göre daha fazla oranda iyi oluşu etkilediği tespit edilmiştir. Eğitim durumunda okuryazar olmayan hastaların üniversite (lisans) mezunlarıyla arasında anlamlı farklılık olduğu ama iyi oluşu daha az etkilediği anlaşılmıştır.
- Meslek değişkenine göre baz değişken olan kamu çalışanı katılımcıları ile çalışmayan katılımcılar arasında anlamlı fakat negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Mesleği işçilik olan hastalar ile kamu çalışanı olan hastalar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kamu çalışanlarının işçilere göre iyi oluşu daha fazla etkilediği tespit edilmiştir.
- İkamet edilen şehir değişkeni incelendiğinde Malatya ilinde ikamet eden katılımcılar ile Elazığ'da ikamet eden katılımcıların, baz değişken olan Bingöl ilinde ikamet eden katılımcılara göre daha fazla iyi oluşu etkilemektedir. Son olarak hizmet alınan hastanenin bulunduğu şehir değişkenine göre baz değişken olan Bingöl ilindeki hastanelerden hizmet alan katılımcı hastaların Malatya ilindeki hastanelerden hizmet alan katılımcılar ve Elazığ ilinde hastaneye giden katılımcılarla arasında anlamlı fakat negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Elazığ ve Malatya illerindeki hastanelerden hizmet alan katılımcıların Bingöl ilindeki hastanelerden hizmet alan katılımcılara göre iyi oluşu daha fazla etkilediği tespit edilmiştir.

Araştırma sonuçlarının daha önce yapılan çalışmalar ile karşılaştırılması yapıldığında literatürdeki çeşitli çalışmalarla tutarlılık gösterdiği tespit edilmiştir (örn: Damali, vd., 2016; Nyirenda, 2014; Kracen, 2009; Mathis, 2013; Osborn, 2015; Villapol, vd., 2018; McColl-Kennedy, vd., 2017; Wang vd., 2021; Osei-Frimpong ve Owusu-Frimpong, 2017; Sharma, 2016; Pöyry-Lassila, vd., 2016; Sharma, vd., 2017; Dekhili ve Hallem, 2019; Tartaglione, vd., 2018; Polese, vd., 2016; Partouche ve Saeedeh, 2021; Lam ve Lee, 2009). Verilen bu çalışmalar aşağıda mevcut çalışmayla detaylı olarak karşılaştırmalı bir biçimde ele alınmıştır.

Çalışmada kronik rahatsızlığı bulunan hastaların birlikte değer oluşturma faaliyetlerinin hasta iyi oluşu üzerinde olumlu etkisinin bulunmasının daha önce yapılmış olan çalışmalarla tutarlı olduğu görülmüştür. McColl-Kennedy, vd., (2017) hipertansiyon, stress, astım gibi kronik rahatsızlığı olanlar üzerine yaptıkları yapısal eşitlik modellemesi kullandıkları çalışmada, sağlık çalışanlarıyla iletişim, hasta katılım davranışı ve olumlu düşünmenin iyi oluşu geliştirdiği bulgusuna ulaşmıştır. Bu çalışmada McColl-Kennedy, vd'nin (2017) çalışmasına paralel olarak hasta katılım davranışı ve tedaviye uyma, olumlu düşünme ve sağlık çalışanlarıyla iletişim ve bilgi paylaşımı faktörlerinin hasta iyi oluş düzeyini pozitif etkileği tespit edilmiştir.

Villapol vd. (2018), obezite hastalarının birlikte değer oluşturmadaki rollerinin ve sorumluklarının geliştirilmesi sağlık hizmet çıktılarını ve hasta iyi oluşunu etkilediğini belirtmektedir. Bu çalışmada Villapol vd. (2018)'ne paralel olarak kronik rahatsızlığı olan hastaların birlikte değer oluşturma çabalarının iyi oluş düzeyini olumlu yönde etkilediği bulgusuna ulaşılmıştır. Partouche-Sebban vd. (2021), bilgi paylaşımı, hasta katılımı, bilgiyi anlama ve kavrayışın hasta iyi oluşunu pozitif yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Bu çalışmada da bilgiyi anlama ve kavrayış, sağlık çalışanlarıyla iletişim ve bilgi paylaşımı, hasta katılım davranışı ve tedaviye uyum boyutlarının hastaların iyi oluşlarında iyileştirmeler meydana getirdiği sonuçları elde edilmiştir. Literatürde bu çalışmanın değişkenlerini konu alan bazı çalışmalar ve çıkarımları şöyle verilebilir:

Sharma vd. (2017), mental hastalığı olanların birlikte değer oluşturma düzeylerinin hasta iyi oluşunu etkilemesini araştırdıkları çalışmada, hasta katılımının iyi oluşu etkilediğini yapılan testler sonucunda ifade etmişlerdir. Araştırma sonucunda göre özel anlamda hastaların öznel ve psikolojik iyi oluşu olumlu etkilenmektedir. Roberts (2001), bilgiyi anlama ve kavrayışın ve hasta katılım davranışlarının sağlık hizmet çıktılarını olumlu etkilediği bulgularını ortaya çıkarmıştır. Tartaglione vd. (2018), hastayı güçlendirmenin birlikte değer oluşturmaya olumlu yönde etkilediğini ve bunun da genel anlamda memnuniyeti etkilediğini ve hasta iyi oluşunda gelişme sağladığını tespit etmişlerdir. Tedavileri üzerinde kontrol sahibi olabilen hastaların, iyi oluşları ve yaşam kaliteleri üzerinde önemli faydalar sağladığı sonucu elde edilmiştir. Lam ve Lee (2009), hasta güçlendirme uygulamalarından olan hasta katılımı uygulamasının, kronik rahatsızlığı bulunan yaşlılarda çaresizlik gibi duyguları azalttığı

ve iyi oluş düzeylerini arttırdığını ortaya koymuşlardır. Sürücü ve Sungur (2021), hastaların bilgiyi anlama ve kavrayış düzeylerindeki artışın hastaların psikolojik iyi oluş düzeylerini olumlu etkilediğini ifade etmişlerdir. Segal (1998), hasta güçlendirmenin sağlığı ve iyi oluşu desteklediğini tespit etmiştir.

Partouche ve Saeedeh (2021)'e göre aktif bir birlikte değer oluşturma sürecinin bireylerin iyi oluşu, iş performansı ve takım esnekliği üzerinde olumlu sonuçları bulunmuştur. Black ve Gallan (2015)'a göre, bir hizmet sunucusu ile alıcısının temel hizmet karşılığında birlikte değer oluşturma potansiyelini uygun şekilde ortaya çıkarmak için hasta katılımının gerekli olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanlarıyla iletişim ve tedaviye uyumun daha iyi sağlık çıktısına ve iyi oluşun elde edilmesine katkı sağladığı sonucu elde edilmiştir. Osborn (2015), ruh sağlığı bozukluğu olan ve yatarak tedavi gören hastaların, sağlık profesyonelleriyle işbirliği ve iletişiminin hastanın öznel iyi oluşuna etkisinin olumlu olduğunu tespit etmiştir. Pöyry-Lassila vd. (2016), iyi oluşu elde etmek için birlikte değer oluşturma (co-creatio) sağlık ekosistemi içindeki önemini yaptıkları amprik çalışmayla ifade etmişlerdir. Birlikte değer oluşturma ve iyi oluş arasında kurulan bağlantılar (Pera ve Viglia, 2015) mevcut çalışmada da anlatıldığı gibi birlikte değer oluşturma, iyi oluşun öncülü olarak ele alınmıştır. Bu çalışmada spesifik olarak sağlık hizmetleri literatürüne hasta güçlendirme ve birlikte değer oluşturma faaliyetlerinin iyi oluşa etkisinin incelenmesini teorik ve amprik olarak genişletmiştir.

Mevcut araştırmada bilgiyi anlama ve kavrayış, sağlık çalışanlarıyla iletişim ve bilgi paylaşımı faktörlerinden oluşan hasta güçlendirmenin hasta iyi oluş düzeyini, literatürdeki çalışmalara paralel olarak, olumlu etkilediği tespit edilmiştir. Araştırmanın diğer bir bağımsız değişkeni olan hasta katılım davranışı, tavsiye etme ve olumlu düşünme faktörlerini içeren birlikte değer oluşturma değişkenindeki artışın hasta iyi oluşunu arttırdığı bulgusuna ulaşılmıştır. Bu bulgu da sağlık alanında yapılan önceki çalışmaları destekler niteliktedir.

### **Öneriler**

Araştırmanın sonuçları, sağlık hizmet sunucuları ve yöneticileri için çeşitli çıkarımlar sunmaktadır. Öncelikle bu araştırma sağlık çalışanları ve hastaların iletişimlerinin hasta iyi oluşu üzerindeki önemini, hizmet sağlayıcılarının hizmet sunumunda göz önüne almaları kritik öneme sahiptir. Sağlık politikalarının da bu

konuyu önemsemeleri hayati önem arz etmektedir. Bir başka bulgu olan hastaların tedaviye katılımlarını gösteren hasta katılım davranışı ve tedaviye uyma faktörünün fiziksel, psikolojik, öznel, sosyal ve finansal iyi oluşu pozitif yönde etkilemesinden dolayı sağlık politikalarının bu yönde hastayı katılım davranışı göstermesi yönünde teşvik etmesi sağlık hizmet çıktılarını olumlu etkiler. Bundan dolayı sağlık hizmet sunucularının hasta iyi oluşunu en üst seviyeye çıkarabilmesi için hastalarla işbirliği yapması ve tedavi sürecine hastayı aktif bir şekilde dahil etmesi gerekmektedir.

Yaşlı nüfus oranının artışıyla birlikte tüm dünyada kronik rahatsızlıklarda artış görülecektir. Bu da daha fazla sağlık hizmeti talebi doğuracağı için sağlık sistemlerinin büyük yük altına girecekleri ortamlar oluşacaktır. Özellikle her zaman tedaviye muhtaç olan kronik rahatsızlığı bulunan hastaların, sağlık sistemine olumsuz etkisini önlemek için hastaların iyi oluş durumlarını nelerin etkilediğini belirlemek ve bu konuda aksiyonlar almak sağlık hizmet sağlayıcılarının amaçları arasında olmalıdır. Çünkü aynı rahatsızlık için defalarca sağlık hizmet sunumunun yapıldığı merkezlere gitmek sağlık sistemlerinin üstlendikleri maliyetleri arttırmaktadır. Bu konuda araştırmanın bir sonucu olarak ortaya çıkan birlikte değer oluşturmanın sağlanması yani hastaların aktif bir şekilde sağlık hizmet üretimine dahil olması, onların iyi oluş düzeylerini olumlu etkilediği için hastaların tekrar tekrar aynı hastalık için sağlık hizmeti talebinde bulunmayacağı söylenebilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımında yer alan iyi oluşun elde edilmesi, hastalar için daha iyi bir toplum, daha iyi bir fiziksel sağlık, daha iyi bir mental sağlık ve daha iyi sosyal ilişkilere ortaya çıkacağı için bireyler daha mutlu olacak ve hastalıklara daha fazla direnç gösterebileceklerdir. Sağlık hizmet çıktıları anlamına gelen bu durum için kamu ve özel kurumlarda görev alan sağlık hizmet yönetici ve profesyonellerinin hasta merkezli bir tedavi programı uygulaması zorunlu olmaktadır.

Bir başka önemli kavram olan bilgiyi anlama ve kavrayış ile sağlık çalışanlarıyla iletişim ve bilgi paylaşımından oluşan hasta güçlendirme, hastaların iyi oluş düzeylerini olumlu etkilediği tespit edilmiştir. Aynı zamanda sağlık kuruluşları, sürdürülebilirliğin gerçekleştirilebilmesi için hasta merkezli bir anlayış benimseyerek sağlık hizmetlerinde hastanın aktif katılımını sağlamaya odaklanmaktadırlar. Sağlık çalışanlarının hastaların eleştirel düşüncelerini, bireysel sağlık kararlarını almalarını ve hastalıkların durumunu olumlu yönde etkilemelerini teşvik etmek için özerk bir

şekilde hareket etmelerini kapsayan bir süreç olan hasta güçlendirme felsefesini uygulamaya yardımcı olmalıdırlar.

Hastanın sağlık okuryazarlığı, karar verme sürecine katılımı ve hastalığın kontrolüne yönelik eğitimi ile birlikte sağlık çalışanlarıyla iletişimi, hasta güçlendirme ve nihayetinde iyi oluş açısından hayati öneme sahip olduğu için sağlık sisteminde bu yönde yapısal reformlar yapılması önerilebilir. Ayrıca hasta güçlendirme, hastalıkların iyileştirilmesinde bireylerin eski sağlıklarına kavuşmasında etkili yöntem olduğu için bireylerin fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal sağlıkları sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmelidir. Hasta güçlendirme ve birlikte değer oluşturma uygulamalarının sağlık sisteminde uygulanması, bu konuda hasta ve sağlık profesyonellerinin desteklenmesi ve devlet politikalarının bu doğrultuda çıkarılması orta ve uzun vadede önerilebilir.

Araştırma sonucunda ortaya çıkan demografik faktörlerin hastalara ait iyi oluş düzeyini etkileme durumuna bakıldığında yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ikamet edilen şehir ve hastanenin bulunduğu yer faktörlerinin iyi oluş üzerinde etkisi tespit edilmiştir. Bu durum incelendiğinde 60 yaş ve üzerindeki kronik rahatsızlığı olan hastaların, diğer yaş gruplarına göre iyi oluşlarının daha fazla desteklenmesi gerekmektedir. En çok hastalığa muzdarip olan ve en çok sağlık hizmet talebinde bulunan 60 yaş ve üzerindeki vatandaşların iyi oluş düzeylerinin yükseltilmesi, sağlık ekonomisi üzerindeki baskıyı azaltabilir.

Medeni durum açısından bekar, boşanmış ve dul (eşi vefat etmiş) hastaların, evli hastalara göre iyi oluş düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Bekar, boşanmış ve dul (eşi vefat etmiş) hastalar için sağlık hizmet sunumu aşamasında etkileşimli ve destekleyici bir tedavi metoduna başvurulabilir. Kamu ve Özel hastanelerin bu konuda duyarlı olmaları önem arz etmektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen verilere göre iyi oluş düzeyi düşük olan herhangi bir işte çalışmayan hastaların iyi oluş düzeyindeki iyileştirmenin sağlanabilmesi, toplumsal iyi oluş için gereklidir. Herhangi bir işte çalışmayan hastaların iyi oluş düzeylerini olumsuz etkileyen faktörlerin araştırılması gelecek çalışmalar için önerilebilir. Böylelikle elde edilecek sonuçlara göre yeni politika önerileri geliştirilebilir.

Eğitim durumuna göre okuryazar olmayan hastaların niversite mezunu hastalara göre iyi oluş düzeyleri düşük bulunmuştur. Okuryazar olmayan hastalara okuma yazma öğretilmesi ile bilgiyi anlama ve kavrayış faktörünün geliştirilmesi ve dolayısıyla sağlık sunumunu algılaması ve etkileşimli bir tedavi programına dahil edilmesi, hastaların iyi oluşunu olumlu yönde etkileyebilir.

kamet edilen şehir faktörü açısından Bingöl ilinde ikamet eden hastaların Elazığ ve Malatya illerinde ikamet eden hastalara göre iyi oluş seviyelerinin düşük olmasının sebepleri araştırılabilir ve bu hususta yeni öneriler geliştirilebilir. Bu duruma benzer bir sonuç hizmet alınan hastanenin bulunduğu il için geçerlidir. Elazığ ve Malatya illerinde bulunan hastanelerden sağlık hizmeti alan hastaların Bingöl ilinden sağlık hizmeti alanlara göre daha yüksek iyi oluş düzeyine sahip oldukları bulunmuştur. Bingöl il merkezinde bulunan hastanelerdeki sağlık yönetici ve profesyonellerinin hasta iyi oluş düzeyinde iyileştirmelerin sağlanabilmesini, sağlık sunumunda birincil hedef olarak belirlemeleri önerilebilir. Sağlık profesyonelleri, hizmet sunumunda hasta güçlendirme ve birlikte değer oluşturma felsefesini uygulayarak daha etkin bir hasta merkezli sağlık hizmeti sunabilirler.

Son olarak bu araştırma, on birinci kalkınma planında yer alan sağlık hedeflerinin gerçekleştirilmesi anlamında TRB1 Bölgesi zelinde Türkiye'nin tamamı için yararlı bulgular içermektedir. Toplumun daha iyi bir yaşam sahibi olabilmesi için iyi oluş bakımından desteklenmesi hem kamu kurum ve kuruluşları hem sivil toplum kuruluşları tarafından eksiye nazaran daha fazla nemslenmelidir. Sağlık alanında yapılacak olan fiziki yatırımlara ek olarak sağlık profesyonellerinin birlikte değer oluşturma ve hasta güçlendirme uygulamaları hakkında eğitilmesi ve üniversitelerin müfredatlarında sağlıkta iyi oluş konusu daha fazla yer verilmesi önerilebilir.

## Kaynakça

- Açıköz, N. (2015). Hastanelerde Örgütsel Sağlık ve Değer Yaratma Kültürü İlişkisi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. Konya, Türkiye: Selçuk Üniversitesi.
- Adams, T., Bezner, J., ve Steinhardt, M. (1997). The conceptualization and measurement of perceived wellness: Integrating balance across and within dimensions. *American Journal of health promotion*, 11(3), 208-218.
- Adinolfi, P. F. (2016). Health outcomes and patient empowerment: The case of health budgets in Italy. *Journal of Health Management*, 18(1), 117-133.
- Aditya, J., Leka, S., ve Zwetsloot. (2019). *Managing Health, Safety and Well-Being Ethics, Responsibility and Sustainability*. Nottingham: Springer.
- Afacan, E., ve Avcı, N. (2020). Koronavirüs (Covid-19) Örneği Üzerinden Salgın Hastalıklara Sosyolojik Bir Bakış. *Eurasian Journal of Researches in Social and Economics (EJRSE)*, 7(5), 1-14.
- Akbulut, Y. (2010). *Sosyal Bilimlerde SPSS Uygulamaları*. İstanbul: İdeal Kültür Yayıncılık.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü Türkiye Ve Avrupa Birliği'nde Durum Türkiye Avrupa Birliği'nde Durum Ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu*. Ankara,: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akdur, R., Çöl, M., Işık, A., İdil, A., ve Durmuşoğlu, M. (1998). *Halk sağlığı*. Ankara: Antip Aş Tıp Kitapları Ve Bilimsel Yayınlar, No:26. <https://www.recepakdur.com/media/1275/04-akdur-r-ve-ark-halk-sag-lig-i-antip-1998.pdf> adresinden alındı
- Akın, A. (2012). The Relationships Between Internet Addiction, The Relationships Between Internet Addiction,. *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking*, 15(8), 404-410.

- Albinsson, P., Perera, B., ve Sautter, P. (2016). DART scale development: diagnosing a firm's readiness for strategic value co-creation. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 24(1), 42-58.
- Altunışık, R. (2008). Anketlerde Veri Kalitesinin İyileştirilmesi İçin Öntest (Pilot Test) Yöntemleri. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 2, 1-17.
- Amemiya, T. (1984). Tobit models: A survey. *Journal of econometrics*, 24(1-2), 3-61.
- Anadolu Ajansı. (2021, Ocak 3). *Türkiye'nin Kovid-19'la mücadelesine 2020'de açılan 17 dev hastane büyük katkı sağladı.* (A. Ajansı, Düzenleyen) Kasım 21, 2021 tarihinde Anadolu Ajansı: <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/turkiyenin-kovid-19la-mucadelesine-2020de-acilan-17-dev-hastane-buyuk-katki-sagladi/2096775> adresinden alındı
- Anderson , R., ve Funnell, M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79, 277-282.
- Anderson, J. C., Jain, D., ve Chintagunta, P. (1992). Customer value assessment in business markets: A state-of-practice study. *ournal of Business-to-Business Marketing*, 1(1), 3-29.
- Ardell, D. B. (1977). *High-level wellness: An alternative to doctors, drugs, and disease.* Union Institute and University.
- Arslandoğlu, A. (2019). Etkili İletişimin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi ve İç Girişimciliğin Aracı Rolü: Bir Özel Hastane Uygulaması. *İnsan&İnsan*, 6(21), 431-451.
- Ascanio, A. (2007). Reseña de" Service Operations Management" de Robert G. Murdick, Barry Render y Roberta S. Russell. *PASOS. Revista de Turismo y Patrimonio Cultural*, 5(3), 403-405. <https://www.redalyc.org/pdf/881/88150312.pdf> adresinden alındı
- Ateş, H., ve Kirilmaz, H. (2021). An Evaluation of the Performance of the Turkish Health System in the COVID-19 Pandemic. *Duzce Medical Journal*, 23, 30-37.

- Aujoulat, I., d'Hoore, W., ve Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient education and counseling*, 66(1), 13-20.
- Aydemir, İ., ve Yaşar, M. E. (2020). Demografik Değişim Kuramının Sağlık, Hastalık ve Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisine İlişkin Literatür Değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi | Journal of Social Sciences Institute*, 8(15), 102-116.
- Aydınocak, E. U. (2015). Cep Telefonu Markalarının Müşterileri ile Birlikte Değer Yaratma Heveslilikleri: İstanbuldaki Tüketicilerin Algıları Üzerine Bir Araştırma. *Beykoz Akademi Dergisi*, 3(2), 75-92. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/949551> adresinden alındı
- Ayers, S., ve Kronenfeld, J. (2007). Chronic illness and health-seeking information on the Internet. *Health*, 11(3), 327-347.
- Aytaç, Ö., ve Kurtdaş, M. (2015). Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri Ve Sağlık Sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 231-250.
- Babin, B. J., ve William, K. (2010). A brief retrospective and introspective on value. *European Business Review*, 22(5), 471-478.
- Badcott, D. (2005). The expert patient: valid recognition or false hope? *Medicine, Health Care*, 8(2), 173-178.
- Bal, E. (2008). Self-efficacy, contextual factors and well-being: The impact of work engagement. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. Türkiye: Marmara Üniversitesi.
- Ballantyne, D., ve Varey, R. (2008). The service-dominant logic and the future of marketing. *Journal of the academy of marketing science*, 36(1), 11-14.
- Ballantyne, D., Williams, J., ve Aitken, R. (2011). Introduction to service-dominant logic: From propositions to practice. *Industrial Marketing Management*, 2(40), 179-180.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., ve Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*, 48(2), 177-187.

- Baron, S., ve Harris, K. (2008). Consumers as Resource Integrators. *Journal of Marketing Management*, 24(1-2), 113-130.
- Barr, P. J., Scholl, I., Bravo, P., Faber, M. J., Elwyn, G., ve McAllister, M. (2015). Assessment of patient empowerment-a systematic review of measures. *PloS one*, 10(5), e0126553.
- Basan, N. M., ve Bilir, N. (2016). Koruyucu sağlık hizmetlerinde önleme çelişkisi ve nedenleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 44-51.
- Başer, D. A., Kahveci, R., Koç, E., Kasım, İ., Şencan, İ., ve Özkara, A. (2015). Strong Primary Care for Effective Health Systems. *Ankara Med J*, 15(1), 26-31.
- Baumeister, R. F., ve Leary, M. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117(3), 497-529.
- Bayar, M. (2020). Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği Kapsamında Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamalarının Önemi. Ş. A. Uysal, ve R. Çelik içinde, *Sağlık Yönetiminde Güncel Konular* (s. 173-195). Ankara: iksad publishing house.
- Bayat, M., Baydaş, A., ve Cahit, A. (2015). Hizmet Sektörünün Kavramsal Tanımı ve Ulusal Ekonomilerdeki Önemi. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(9), 59-88.
- Baydaş, A. (2007). Pazarlama Açısından Markanın Finansal Değeri ve Dış Ticaret İşletmelerinde Bir Uygulama. *Bilim Dergisi*(42), 127-150.
- Baydaş, A. (2014). Customer Satisfaction in Private Health Organization: An Amprical Study. *Review of Applied Socio- Economic Research*, 8(2), 43-56.
- Baydaş, A., ve Bayat, M. (2016). *Kırsal Kalkınma Perspektifinden Sektörel Pazarlama*. İstanbul: Kriter Yayınları.
- Baydaş, A., ve Berdibek, U. (2020). Yeşil Ürün Satın Alma Davranışı İle Dini Değerlerin İlişkilendirilmesi: Bingöl İli Örneği. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(2), 922-943.

- BBC. (2020). *Koronavirüs nedir: Covid-19'a karşı hangi önlemler alınmalı, virüsün özellikleri neler?* BBC NEWS: <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-51177538> adresinden alındı
- Bell, M. L. (1986). Some Strategy Implications of a Matrix. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 14(1), 13-20.
- Berry, L. L., ve Bendapudi, N. (2007). Health care: a fertile field for service research. *Journal of service research*, 10(2), 111-122.
- Bettencourt, L. A. (1997). Customer voluntary performance: Customers as partners in service delivery. *Journal of retailing*, 73(3), 383-406.
- Bilir, N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı/Health Literacy. *Turkish Journal of Public Health*, 12(1), 61-68.
- Bitner, M., Faranda, W., Hubbert, A., ve Zeithaml, V. (1997). Customer contributions and roles in service delivery. *International Journal of Service Industry Management*, 8, 193-205.
- Black, H. G., ve Gallan, A. (2015). Transformative service networks: cocreated value as well-being. *The Service Industries Journal*, 19(34), 1-20.
- Bonett, D. G., ve Wright, T. A. (2015). Cronbach's alpha reliability: Interval estimation, hypothesis testing, and sample size planning. *Journal of Organizational Behavior*, 36(1), 3-15.
- Boote, A. S. (1981). Reliability testing of psychographic scales. *Journal of Advertising Research*, 21(5), 53-60.
- Bornstein, M. H., Davidson, L., Keyes, C., ve Moore, K. (2003). *Well-being: Positive development across the life course: Psychology Press*. London: Lawrence Erlbaum Associates. [https://images-insite.sgp1.digitaloceanspaces.com/dunia\\_buku/koleksi-buku-neuro-science/well-being-positive-development-across-the-life-course-crosscurrents-in-contemporary-psychology-pdfdrivecom-4051577422115.pdf#page=494](https://images-insite.sgp1.digitaloceanspaces.com/dunia_buku/koleksi-buku-neuro-science/well-being-positive-development-across-the-life-course-crosscurrents-in-contemporary-psychology-pdfdrivecom-4051577422115.pdf#page=494) adresinden alındı

- Bostan, S., Erdem, R., Öztürk, Y., Kılıç, T., ve Yılmaz, A. (2020). The Effect of COVID-19 Pandemic on the Turkish Society. *Electronic Journal of General Medicine*, 17(6), 1-8.
- Bowman, C., ve Ambrosini, V. (2000). Value creation versus value capture: towards a coherent definition of value in strategy. *British journal of management*, 11(1), 1-15. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-8551.00147?casa\\_token=BHX-5hKZWwEAAAAA:pl0XALCPHbaa-hqaQNhG-kjrrswptMtoFmXwphRa5iXpuzn2Apn5VRiTnBcp1XLtEyLM5qaTrzv4gqs](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-8551.00147?casa_token=BHX-5hKZWwEAAAAA:pl0XALCPHbaa-hqaQNhG-kjrrswptMtoFmXwphRa5iXpuzn2Apn5VRiTnBcp1XLtEyLM5qaTrzv4gqs) adresinden alındı
- Boyacı, İ. (2020). Türkiye sağlık sisteminin dönüşümü (2003-13): Covid-19 pandemisi ile mücadele sürecinde sağlık reformlarına yeniden bakış. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Covid-19 Sosyal Bilimler Özel Sayısı*, 19(37), 59-80.
- Bozkurt, İ. (2020). Hizmet, Sağlık Hizmeti ve Hastane. Ş. A. Uysal, ve R. Çelik içinde, *Sağlık Yönetiminde Güncel Konular* (s. 91). Ankara: iksad publishing house.
- Brickman, P., Coates, D., ve Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 917-927.
- Bridges, J., Loukanova, S., ve Carrera, P. (2008). *Patient Empowerment in Health Care*. Academic Press. doi:10.1016/B978-012373960-5.00583-9
- Broege, N., Owens, A., ve Schneider, B. (2006). Performing Well but Feeling Bad: The Classroom Experiences of Adolescents. *The Sccond Annual Conference of The Achievement Gap Initiative at Harvard University*. . Harvard University.
- Brzoska, P., Sauzet, O., Yılmaz-Aslan, Y., Widera, T., ve Razum. (2017). Satisfaction with rehabilitative health care services among German and non-German nationals residing in Germany: a cross-sectional study. *BMJ open*, 7(8), 1-13.
- Bulsara, C., Styles, I., Ward, A., ve Bulsara, M. (2006). The psychometrics of developing the patient empowerment scale. *Journal of psychosocial oncology*, 24(2), 1-16.

- Çağır, G., ve Gürcan, U. (2010). Lise Ve Üniversite Öğrencilerinin Problemlı İnternet Kullanım Düzeyleri İle Algılanan İyilik Halleri Ve Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Bahkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 13(24), 70-85.
- Callahan, D. (1973). The WHO definition of health. *Hastings Center Studies*, 77-87.
- Cansever, İ. H. (2021). Covid-19 Sürecinde Türkiye'de Sağlık Politikaları. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD* 6, 6(Özel Sayı), 86-104.
- Castro, E. M. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient education and counseling*, 99(12), 1923-1939.
- Çelik, A., ve Şimşek, M. (2013). *İşletme Bilimine Giriş*. Eğitim Yayınevi. [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=3e-iDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=%C4%B0%C5%9Fletme+Bilimine+Giri%C5%9F&ots=u\\_Oo1DVaKT&sig=IplJxNzF8wUjEciu25CdmdAqcgI&redir\\_esc=y#v=onepage&q=%C4%B0%C5%9Fletme%20Bilimine%20Giri%C5%9F&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=3e-iDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=%C4%B0%C5%9Fletme+Bilimine+Giri%C5%9F&ots=u_Oo1DVaKT&sig=IplJxNzF8wUjEciu25CdmdAqcgI&redir_esc=y#v=onepage&q=%C4%B0%C5%9Fletme%20Bilimine%20Giri%C5%9F&f=false) adresinden alındı
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Cerezo, P. G., Juvé-Udina, M.-E., ve Delgado-Hito, P. (2016). Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 667-674.
- Chakraborty, S. (2014). *Healthcare System Innovization, First Edition*. Reference: HSIDT 1. [https://www.researchgate.net/profile/Sumit-Chakraborty-3/publication/305380234\\_Healthcare\\_System\\_Innovization\\_through\\_Digital\\_Transformation/links/578b1a5d08ae7a588eebcb89/Healthcare-System-Innovization-through-Digital-Transformation.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sumit-Chakraborty-3/publication/305380234_Healthcare_System_Innovization_through_Digital_Transformation/links/578b1a5d08ae7a588eebcb89/Healthcare-System-Innovization-through-Digital-Transformation.pdf) adresinden alındı
- Chandler, J., ve Vargo, S. (2011). Contextualization and value-in-context: How context frames exchange. *Marketing theory*, 11(1), 35-49.

- Chiu, H.-C., Hsieh, Y., Chang, S., ve Lee, W. (2009). Exploring the effects of anticounterfeiting strategies on customer values and loyalty. *Ethics & Behavior*, 19(5), 403-413.
- Cicchetti, D. V., Shoinralter, D., ve Tyrer, P. J. (1985). The effect of number of rating scale categories on levels of interrater reliability: A Monte Carlo investigation. *Applied Psychological Measurement*, 9(1), 31-36.
- Çoban, H. (2009). Sağlık Ekonomisi Ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. İzmir, Türkiye: Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Cohen, L., Lawrence , M., ve Morrison, K. (2002). *Research methods in education* (5 b.). London and New York: routledge.
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*, 94, 95-120.
- Cook, D. P., Goh, C.-H., ve Chung, C. (1999). Service typologies: a state of the art survey. *Production and Operations management*, 8(3), 318-338.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of the oryand applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Damali, U., Miller, J., Fredendall, L., Moore, D., ve Dye, C. (2016). Co-creating value using customer training and education in a healthcare service design. *Journal of Operations Management*, 47-48, 80-97.
- Darren, G., ve Paul, M. (2016). *IBM SPSS Statistics 23 Step by Step. A simple Guide and Reference*. New York and London: Routledge.
- Daskalopoulou, I. (2014). Consumer well-being. *Encyclopedia of quality of life and well-being research*, 1221-1223.
- Daşkiran, F., ve Özkoç, H. H. (2019). Türkiye’deki Hanehalkının Tatil Harcama Yapısının İncelenmesi: Tobit Model. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(71), 1051-1065.

- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied nursing research*, 5(4), 194-197.
- De Chernatony, L., Harris, F., ve Riley, F. (2000). Added value: its nature, roles and sustainability. *European Journal of marketing*, 34(1/2), 39-56.
- Deiner, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national Index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Dekhili, S., ve Hallem, Y. (2019). An examination of the relationship between co-creation and well-being: an application in the case of tourism. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 33-47.
- Dellande, S., Gilly, M., ve Graham, J. (2004). Gaining compliance and losing weight: The role of the service provider in health care services. *Journal of marketing*, 68(3), 78-91.
- Demirbilek, S., ve Çolak, M. (2008). The Quality in Health Services: The Example of Manisa. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Journal of the Institute of Social Sciences*, 2(2), 91-111.
- Desai, M. A., ve Dharmapala, D. (2009). Corporate tax avoidance and firm value. *The review of Economics and Statistics*, 91(3), 537-546.
- DiClemente, R. J., Crosby, R., ve Kegler, M. (2009). *Emerging theories in health promotion practice and research*. John Wiley & Sons.
- Diener, E. (2009). *The science of well-being: The collected works of Ed Diener Vol. 37*. Dordrecht: Springer.
- Diener, E., ve Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological science*, 7(3), 181-185.
- Diener, E., ve Emmons, R. A. (1984). The Independence of Positive and Negative Affect. *journal of Personality and Social Psychology*, 47(5), 1105-1117.
- Diener, E., ve Seligman, M. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological science in the public interest*, 5(1), 1-31.
- Diener, E., Eunkook, M., Suh, R. E., ve Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.

- Diener, E., Scollon, C., ve Lucas, R. (2009). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219.
- Disabato, D. J., Goodman, F., Kashdan, T., Short, J., ve Jarden, A. (2016). Different Types of Well-Being? A Cross-Cultural Examination of Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Psychological Assessment*, 28(5), 471– 482.
- Dodds, S. L. (2015). Consumer Value and Value Co-creaiton in Complementary and Alternative Medicine (CAM) Health Services. *Consumer Value and Value Co-creaiton in Complementary and Alternatve Medicine (CAM) Health Services*. Albany, New Zealand: Massey University.
- Doğan, E., ve Tatlı, H. (2011). Hastane Verimliliği Konusunda Hemşirelerin Algıları: Bingöl Devlet Hastanesinde Bir Uygulama. *Ekev Akademi Dergisi*, 46, 461-476.
- Doğan, I., ve Özdamar, K. (2017). The effect of different data structures, sample sizes on model fit measures. *Communications in Statistics - Simulation and Computation*, 46(9), 7525-7533.  
[https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03610918.2016.1241409?casa\\_token=JtDscPpPfoAAAAA:zrEY5yUvPiJI\\_cekcSsw8-PVUsWd4bFa9LwTRfd4uEa14rm5EvWvbvc4GPdjEG1k-kHqiLhsVWE8hI](https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03610918.2016.1241409?casa_token=JtDscPpPfoAAAAA:zrEY5yUvPiJI_cekcSsw8-PVUsWd4bFa9LwTRfd4uEa14rm5EvWvbvc4GPdjEG1k-kHqiLhsVWE8hI)  
adresinden alındı
- Doğan, M., ve Tatlı, H. (2014). İnsani Gelişme ve İnsani Yoksulluk Bağlamında Türkiye'nin Dünyadaki Yeri. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 28(1), 99-124.
- Dolunay, F. Ç. (2020). *The Predictors of Subjective Well-being*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Doyle, J. T., Lundholm, R., ve Soliman, M. (2003). The predictive value of expenses excluded from pro forma earnings. *Review of Accounting Studies*, 8(2), 145-174.
- Durugbo, C., ve Pawar, K. (2014). A unified model of the co-creation process. *Expert Systems with Applications*, 41, 2373-7387.

- Ebert, R. J., ve W., G. R. (2017). *Business Essentials Global Edition Eleventh Edition*. Boston Columbus Indianapolis New York San Francisco Amsterdam: Pearson Education.
- Echeverri, P., ve Skålén, P. (2011). Co-creation and co-destruction: A practice-theory based study of interactive value formation. *Marketing theory*, 11(3), 351-373.
- Ed, D., ve Chan, M. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43.
- Eggert, A., Ulaga, W., Frow, P., ve Payne, A. (2018). Conceptualizing and communicating value in business markets: From value in exchange to value in use. *Industrial Marketing Management*, 69, 80-90.
- Elg, M. E., Witell, L., ve Poksinska, B. (2012). Co-creation and learning in health-care service development. *Journal of Service Management*, 23(3), 328-343.
- EPF. (2015). *EPF Background Brief: Patient Empowerment*. Belgium: European Patient Forum. [https://www.eu-patient.eu/globalassets/campaign-patient-empowerment/epf\\_briefing\\_patientempowerment\\_2015.pdf](https://www.eu-patient.eu/globalassets/campaign-patient-empowerment/epf_briefing_patientempowerment_2015.pdf) adresinden alındı
- Erdoğan, K. (2015). *Hizmet Pazarlaması ve Yönetimi, Global ve Yerel Yaklaşım 1.b*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Erkorkmaz, Ü., Etikan, İ., Demir, O., Özdamar, K., ve Sanisoğlu, S. Y. (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1), 210-223.
- Ertimur, B., ve Venkatesh, A. (2010). Opportunism in co-production: Implications for value co-creation. *Australasian Marketing Journal*, 18(4), 256-263.
- Eryılmaz, A. (2009). Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7(4), 975-959.
- Etgar, M. (2014). Co-production of Services: A managerial extension. Lusch, ve Vargo içinde, *The Service-Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate, and Directions* (s. 128-138). London and New York: Routledge.

- European Patients Forum. (2015). *EPF Background Brief: Patient*. Brussels: European Patients Forum. <https://www.rarecommons.org/files/epf-briefing-paper-patient-empowerment.pdf> adresinden alındı
- F.Steger, M., Kashdan, T., ve Oishi, S. (2008). Being good by doing good: Daily eudaimonic activity and well-being. *Journal of Research in Personality*, 42(1), 22-42.
- Fallowfield, L., Hall, W., Maguire, G., ve Baum, M. (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal*, 301(6752), 575-580.
- Fei Zhou., T. Y. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 1054-1062.
- Fineberg, H. V. (2013). The Paradox of Disease Prevention Celebrated in Principle, Resisted in Practice. *Jama*, 310(1), 85-90.
- Finsterwalder, J., ve Tuzovic, S. (2010). Quality in group service encounters: A theoretical exploration of the concept of a simultaneous multi-customer co-creation process. *Managing Service Quality: An International Journal*, 109-122.
- Fiorillo, A., ve Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), 1-2.
- Fişek, N. (1982). *Sağlık Hizmetleri ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları*”, Prof.Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-I Sağlık Yönetimi, Modern Yönetim Semineri. Ankara: Türk-İş Yayınları No: 144. [https://www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap\\_1/33.html](https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html) adresinden alındı
- Flint, D. J., Woodruff, R., ve Gardial, S. (2002). Exploring the Phenomenon of Customers' Desired Value Change in a Business-to-Business Context. *Journal of Market*, 66, 102-117.

- Forgeard, M. J., Jayawickreme, E., Kern, M., ve Seligman, M. (2011). Doing the right thing: Measuring wellbeing for public policy. *International journal of wellbeing*, 1(1), 79-106.
- Forsström, B. (2005). *Value co-creation in industrial buyer-seller partnerships-creating and exploiting interdependencies: an empirical case study*. Åbo Akademi University Press. doi:ISBN 951-765-231-3
- Fredrickson, B. L. (2013). Updated Thinking on Positivity Ratios. *American Psychologist*, 68(9), 814-822.
- Friedman, H. S., ve Kern, M. (2014). Personality, Well-Being. *Annu. Rev. Psychol.*, 65, 719-742.
- Frost, J., ve Massagli, M. (2008). Social uses of personal health information within PatientsLikeMe, and online patient community: what can happen when patients have access to one another's data. *Journal of Medical Internet Research*, 10(3), e15.
- Fujita, F. D. (1991). An investigation of the relationship between extraversion, neuroticism, positive affect, and negative affect. *Diss. University of Illinois at Urbana-Champaign*. University of Illinois at Urbana-Champaign.
- Gallan, A. S., Jarvis, C., Brown, S., ve Bitner, M. (2013). Customer positivity and participation in services: an empirical test in a health care context. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41(3), 338-356.
- Gallan, A. S., McColl-Kennedy, J., Barakshina, T., Figueiredo, B., ve Jefferies, J. (2019). Transforming community well-being through patients' lived experiences. *Journal of Business Research*, 1-16.
- Galvagno, M., ve Dalli, D. (2014). Theory of value co-creation: a systematic literature review. *Managing service quality*, 24(6), 643-683.
- Garson, G. D. (2012). *Testing statistical assumptions*. Asheboro, NC: Statistical Associates Publishing.
- Gebauer, H., Edvardsson, B., Gustafsson, A., ve Witell, L. (2010a). Match or mismatch: Strategy-structure configurations in the service business of manufacturing companies. *Journal of Service Research*, 13(2), 198-215.

- Gebauer, H., Johnson, M., ve Enquist, B. (2010b). Value co-creation as a determinant of success in public transport services: A study of the Swiss Federal Railway operator (SBB). *Managing Service Quality: An International Journal*, 20(6), 511-530.
- Gencer, N. (2018). Öznel İyi Oluş: Genel Bir Bakış. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2621-2638.
- Ghobadian, A., Speller, S., ve Jones, M. (1994). Service quality: concepts and model. *International journal of quality & reliability management*, 43-66.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing*, 16(3), 354-361.
- Gill, L., White, L., ve Cameron, I. D. (2011). Service co-creation in community-based aged healthcare. *Managing Service Quality: An International Journal*, 21(2), 152-177.
- Gilmore, A. (2003). *Services marketing and management*. London: SAGE. file:///C:/Users/MUHS%C4%B0N/Downloads/Audrey%20Gilmore%20-%20Services%20marketing%20and%20management%20%20-SAGE%20(2003).pdf adresinden alındı
- Golooba, M., ve Ahlan, A. (2013). Service Value Co-Creation in Research & Innovation Practices in Higher Education Institutions in Malaysia. *Procedia Technology*, 11, 342 – 347. <https://pdf.sciencedirectassets.com/282073/1-s2.0-S2212017313X00064/1-s2.0-S221201731300354X/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEBoaCXVzLWVhc3QtMSJIMEYCIQDRYt7VKCqx3dSwj%2BAuYSXG7jrXyDpsnotyu22uvBjJcwIhAKednRld5ZSoFTs9WPIUT0vP6x7V5ltYnZ6K%2BXQI> adresinden alındı
- Gordon, B. J. (1964). Aristotle and the development of value theory. *The Quarterly Journal of Economics*, 78(1), 115-128. <https://www.jstor.org/stable/pdf/1880547.pdf> adresinden alındı
- Grönroos, C. (1990). *Service Management and Marketing: Managing the Service Profit*. Toronto: Lexington Books.

- Grönroos, C. (2006). Adopting a service logic for marketing. *Marketing theory*, 6(3), 317-333.
- Grönroos, C. (2008). Service logic revisited: who creates value? And who co-creates? *European business review*, 298-314.
- Grönroos, C. (2011). Value Co-creation: Towards a Conceptual Model. *Otago Forum*, 3, 6-14.
- Grönroos, C. (2012). Conceptualising value co-creation: A journey to the 1970s and back to the future. *Journal of Marketing Management*, 28, 1520-1534.
- Grönroos, C., ve Ravald, A. (2011). Service as business logic: implications for value creation and marketing. *ournal of service management*, 22(1), 5-22. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09564231111106893/full/pdf?title=service-as-business-logic-implications-for-value-creation-and-marketing> adresinden alındı
- Grönroos, C., ve Voima, P. (2013). Critical service logic: making sense of value creation and co-creation. *Journal of the academy of marketing science*, 41(2), 133-150. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11747-012-0308-3.pdf> adresinden alındı
- Grossman, M. (1972). *The demand for health: a theoretical and empirical investigation*. USA: National Bureau of Economic Research.
- Gül, H. (2020). Sağlık Hizmetleri Muhasebesi: Boyutları ve Zorlukları. Ş. A. Uysal, ve R. Çelik içinde, *Sağlık Yönetiminde Güncel Konular* (s. 55-83). Ankara: Iksad Publications.
- Gummerus, J. (2013). Value creation processes and value outcomes in marketing theory: Strangers or siblings? *Marketing Theory*, 13, 19-46.
- Gummesson, E. (2008). Customer centricity: reality or a wild goose chase? *European Business Review*, 20(4), 315-330.
- Gümüş, S. (2017). *Hizmet Pazarlanması: Sağlıkta Güncel Konular, İnceleme ve Deneyimler*. Hiperlink eğit. ilet. yay. san. tic. ve ltd. sti. <https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=EVxaDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=G%C3%BCm%C3%BC%C5%9F,+Sefer+2017+Hiperlink+e>

%C4%9Fit.+ilet.+yay.+san.+tic.+ve+ltd.+sti.&ots=pZb5-  
NR37p&sig=Y2LEM4m2iouw2LRULzg2V4x81no&redir\_esc=y#v=onepage  
&q=G%C3%BCm%C3%BC%C5%9 adresinden alındı

- Gundlach, G., Wilkie, T., ve William, L. (2009). The American Marketing Association's new definition of marketing: Perspective and commentary on the 2007 revision. *Journal of Public Policy & Marketing*, 28(2), 259-264. <https://www.jstor.org/stable/pdf/25651629.pdf> adresinden alındı
- Güneş, S. (2011). Değer yaratma bağlamında güncel dört yenilik modeli. *Sanat ve Tasarım Dergisi*, 1(7), 71-89.
- Güngör, B. (2020). Türkiye’de Covid-19 Pandemisi Süresince Alınan Önlemlerin Kriz Yönetimi Perspektifinden Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 2(4), 818-851.
- Gürbüz, C. (2021). Tüketim Toplumunda Tüketim Türlerinin Öznel İyi Oluş Üzerindeki Etkisine İlişkin Bir Araştırma. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi.
- Gürbüz, S., ve Şahin, F. (2014). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (2.Baskı)*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Güven, M., ve Gön, E. (2021). Covid-19 Sürecinin Girişimciler, İşletme Yöneticileri ve İşletme Fonksiyonarı Açısından Etkileri: Bitlis İlindeki İşletmelerde Bir Uygulama. E. A. Sahabi içinde, *İşletmelerde Güncel Sorunlar ve Çözüm Önerileri* (s. 37-54). İstanbul: Eğitim Yayınevi.
- Halbreich, U. (2021). Well-being: Diversified perspectives in search of operational definitions. *International Journal of Social Psychiatry*. doi:<https://doi.org/10.1177/00207640211036176>
- Hamza, A., ve Kırılmaz, H. (2021). An Evaluation of the Performance of the Turkish Health System in the COVID-19 Pandemic. *Duzce Medical Journal*, 23(S1), 30-37.
- Haq, R., ve Zia, U. (2008). Dimensions of well-being and the millennium development goals. *The Pakistan Development Review*, 851-876.

- Hausman, A. (2004). Modeling the Patient-Physician Service Encounter: Improving Patient Outcomes. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32(4), 403-417.
- Hautamäki, M. (2015). Co-Creating Value-In-Use For Public Healthcare Customer Through Modularity Of Logistics Services. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. Pro gradu. Oulun yliopiston kauppakorkeakoulu, Oulun yliopisto.
- Hawes, J. M., ve Lumpkin, J. (1984). Understanding the outshopper. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 12(4), 200-217.
- Hayes, D., ve Ross, C. (1986). Body and Mind: The Effect of Exercise, Overweight, and Physical Health on Psychological Well-Being. *Journal of Health and Social Behavi*, 387-400.
- Hazine ve Maliye Bakanlığı. (2020). *Aylık Ekonomik Göstergeler*. Ankara: Hazine ve Maliye Bakanlığı. Mart 15, 2021 tarihinde <https://ms.hmb.gov.tr/uploads/2020/01/aylikekonomikgosterge03012020.pdf> adresinden alındı
- Helliwell, J. F. (2006). Well-being, social capital and public policy: what's new? *The economic journal*, 116(510), c34-c45.
- Helliwell, J. F., ve Putnam, R. D. (2004). The social context of well-being. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B: Biological Sciences*, 359(1449), 1435-1446.
- Hershberger, S. L. (2003). The growth of structural equation modeling: 1994-2001. *Structural Equation Modeling*, 10(1), 35-46.
- Hibbard JH, S. J. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumer. *Health Serv. Re*, 39(4), 1005–1026.
- Hilton, T., Hughes, T., ve Chalcraft, D. (2012). Service co-creation and value realisation. *Journal of Marketing Management*, 28(13-14), 1504-1519.
- Hjelm, M., ve Rauws, S. (2018). Value co-creating activities in micro-level healthcare - A qualitative study of value co-creation in dental care. Uppsala University.

- Holland, M. W. (2013). The Impact of Counselor Level of Spiritual Well-Being on the Morale, Global Symptoms, and Global Impairment of Adolescents Receiving Treatment for Substance Use and/or Other Mental Health Disorders: A Pilot Study. University of Arkansas, Fayetteville.
- Holman, H., ve Lorig, K. (2000). Patients as partners in managing chronic disease: partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *British Medical Journal*, 526-527.
- Hoyle, R. H. (1995). *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications*. London, New Delhi: Sage Publications.
- Hsiao, C., Lee, Y.-H., ve Chen, W.-J. (2016). The effect of servant leadership on customer value co-creation: A cross-level analysis of key mediating roles. *Tourism Management*, 49, 45-57.
- Hunt, S. D., ve Morgan, R. (1995). The comparative advantage theory of competition. *Journal of marketing*, 59(2), 1-15.
- Huta, V. (2015). An overview of hedonic and eudaimonic well-being concepts. L. R. (Eds.) içinde, *Handbook of media use and well-being* (s. Chapter 2). New York: Routledge. [https://www.researchgate.net/profile/Veronika-Huta/publication/292134516\\_An\\_overview\\_of\\_hedonic\\_and\\_eudaimonic\\_well-being\\_concepts/links/56a9490608ae7f592f0d782d/An-overview-of-hedonic-and-eudaimonic-well-being-concepts.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Veronika-Huta/publication/292134516_An_overview_of_hedonic_and_eudaimonic_well-being_concepts/links/56a9490608ae7f592f0d782d/An-overview-of-hedonic-and-eudaimonic-well-being-concepts.pdf) adresinden alındı
- İlgüner, M. (2019). *Değer Yaratmak*. İstanbul: Boyut.
- İlhan, M., ve Çetin, B. (2014). LISREL ve AMOS programları kullanılarak gerçekleştirilen yapısal eşitlik modeli (yem) analizlerine ilişkin sonuçların karşılaştırılması. *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology*, 5(2), 26-42.
- ILO. (2017). *Improving employment and working conditions in health services*. Geneva: International Labour Organization.
- Jalonen, H. (2017). Social media as a ‘service’ for value co-creation by integrating sponsoring companies, sports entities and fans. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 11(1), 2381–2388.

file:///C:/Users/MUHS%C4%B0N/Downloads/Jalonen\_2017\_Socialmediaasa  
serviceforvalueco-  
creationbyintegratingsponsoringcompaniessportsentitiesandfans.pdf  
adresinden alındı

Jaworski, B., ve Kohli,, A. (2006). Co-creating the voice of the customer. The Service dominant. V. S. Lusch RF içinde, *The Service Dominant Logic of Marketing* (s. 109-117). New York: ME Sharpe Inc.

Jones, D. S. (2020). History in a crisis: lessons for Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1681-1683.

Judd, R. C. (1964). The case for redefining services. *Journal of marketing*, 28(1), 58-59.

<https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=bd3c95d4-2fdf-4d14-be63-b3abab7fe10f%40redis> adresinden alındı

Kaiser, H. F. (1974). An İndex of Factorial Simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36.

Kalaignanam, K., ve Varadarajan, R. (2006). Customers as co-producers: Implications for marketing strategy effectiveness and marketing operations efficiency. R. F. Vargo içinde, *The service dominant logic of marketing: Dialog, debate and directions* (s. 166-180). NY: M.E. Sharpe.

Kaldoudi, E., ve Makris, N. (2015). Patient Empowerment as a Cognitive Process. *Healthinf*, 605-610. doi: 10.5220/0005281906050610

Kaneko, H., Arakawa, M., ve Funatsu, K. (2008). Development of a New Regression Analysis Method Using Independent Component Analysis. *J. Chem. Inf. Model*, 48, 534-541.

Karaçor, S., ve Arkan, A. (2014). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma. *Selçuk İletişim*, 8(2), 90-118.

Karahan, M. (2019). *Teknoloji ve Yenilik Yönetimi*. Ankara: Akademisyen Yayınevi.

Kavuncubaşı, Ş., ve Yıldırım, S. (2012). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

- Kaya, N. T., ve Köşgeroğlu, N. (2020). Akut Bakım Modeli ve Akut Bakım. *Güncel Hemşirelik Çalışmaları* (s. 45-55). içinde
- Kelloway, E. K. (2015). *Using Mplus for structural equation modeling: A researcher's guide 2nd Edition*. London: Sage.
- Kesgin, C., ve Topuzoğlu, A. (2006). Sağlık Tanımı: Başaçıkma. *Journal of İstanbul Kültür University*, 3, 47-49.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222.
- Kılıç, S. T. (2019). Kanser Hastalarının Bütüncül İyi Hallerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Kinderman, P., Schwannauer, M., Pontin, E., ve Tai, S. (2011). The development and validation of a general measure of well-being: the BBC well-being scale. *Quality of Life Research*, 20(7), 1035–1042.
- King, L. A., ve Pennebaker, J. (1998). What's So Great About Feeling Good? *Psychological Inquiry*, 9(1), 53-56. [https://sci-hub.se/10.1207/s15327965pli0901\\_8](https://sci-hub.se/10.1207/s15327965pli0901_8) adresinden alındı
- Kleinbaum, D., Kuppar, L., Nizam, ve Rosenberd. (2013). *Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods Fifth Edition*. Australia • Brazil • Mexico • Singapore • United Kingdom • United States: Cengage Learning.
- Koç, E. (2017). Tedarik Zinciri Entegrasyonunun Yeni Ürün Geliştirme Üzerindeki Etkisi. *Doktora Tezi*.
- Koç, E., ve Türkoğlu, M. (2020). Forecasting of medical equipment demand and outbreak spreading based on deep long short-term memory network: the COVID-19 pandemic in Turkey. *Springer*, 1-9.
- Koç, S. (2018). Paydaş Etkileşimi Temelinde Havalimanlarında Sürdürülebilir Yer Hizmetleri Misyonuna Yönelik Değer Yaratma Sürecinin Analizi ve Kayseri Havalimanında Bir Araştırma. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Kotler, P. (1999). *Marketing management: the millennium edition*. New Jersey: Prentice Hall. <http://www.ascdegreecollege.ac.in/wp-content/uploads/2020/12/Marketing-Management-Millennium-Edition.pdf> adresinden alındı
- Kotler, P. (2000). *Marketing management: The millennium edition. Vol. 199*. Upper Saddle River NJ: Prentice Hall. <http://www.ascdegreecollege.ac.in/wp-content/uploads/2020/12/Marketing-Management-Millennium-Edition.pdf> adresinden alındı
- Kotler, P. (2003). *Marketing Insights from A to Z (5 b.)*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Kotler, P., ve Armstrong, G. (2012). *Principles of Marketing. 14th Edition*. Essex, England: Pearson Education Limited.
- Kotler, P., ve Armstrong, G. (2017). *Principle of Marketing*. Pearson higher education.
- Kracen, A. C. (2009). Mindfulness, Health, Well-being, and Patient Care of Oncologists. Virginia Commonwealth University.
- Kuyucak, F., ve Şengür, Y. (2009). Değer Zinciri Analizi. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2009(1), 132-147.
- Lam, K. L., ve Lee, S. (2009). Elderly participation and empowerment: experiences of SAGE. *Lingnan University Monography Series No:21*, 1-20. <http://commons.ln.edu.hk/> adresinden alındı
- Lambert, D. M., ve Enz, M. (2012). Managing and measuring value co-creation in business-to-business relationships. *Journal of Marketing Management*, 28(13-14), 1588-1625.
- Larson, J. S. (1993). The Measurement of Social Well-Being. *Social Indicators Research*, 28(285), 285-296.
- Larson, J. S. (1996). The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Social indicators research*, 38(2), 181-192.
- Lee, D.-J., Sirgy, M., Larsen, V., ve Wright, N. (2002). Developing a Subjective Measure of Consumer Well-Being. *Journal of Macromarketing*, 22(2), 158-169.

- Lee, M. S., ve Youn, C. S. (2016). Anti-Consumption, Materialism, and Consumer Well-Being. *The Journal Of Consumer Affairs*, 18-47.
- Lee, M., ve Ahn, C. S. (2016). Anti-Consumption, Materialism, and Consumer Well-Being. *The Journal of Consumer Affairs*, 18-47.
- Leelanuithanit, O., Day, R., ve Walters, R. (1991). Investigating the relationship between marketing and overall satisfaction with life in a developing country. *Journal of Macromarketing*, 11(1), 3-23.
- Lichtenstein, D. R., Netemeyer, R., ve Burton, S. (1990). Distinguishing coupon proneness from value consciousness: An acquisition-transaction utility theory perspective. *Journal of marketing*, 54(3), 54-67.
- Lissitz, R. W., ve Green, S. B. (1975). Effect of the number of scale points on reliability: A Monte Carlo approach. *Journal of applied psychology*, 60(1), 10-13.
- Loukanova, S. M. (2007). Promoting patient empowerment in the healthcare system: highlighting the need for patient-centered drug policy. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 7(3), 281-289.  
file:///C:/Users/MUHS%C4%B0N/Desktop/tez%20makale%202021/loukanova2007.pdf adresinden alındı
- Lovelock, C. H. (1983). Classifying services to gain strategic marketing insights. *Journal of marketing*, 47(3), 9-20.
- Lovelock, C., ve Gummesson, E. (2004). Whither services marketing? In search of a new paradigm and fresh perspectives. *Journal of service research*, 7(1), 20-41.
- Lusch, R. F., ve Vargo, S. (2006). Service-dominant logic: reactions, reflections and refinements. *Marketing theory*, 6(3), 281-288.
- Lyubomirsky, S., ve Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Curr. Dir. Psychol. Sci.*, 22, 57-62.
- Lyubomirsky, S., ve Lepper, H. (1999). A Measure of Subjective Happiness: Preliminary Reliability and Construct Validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.

- MacKellar, L. (2007). Pandemic influenza: a review. *Population and Development Review*, 33(3), 429-451.
- Maddala, G. S. (1992). *Introduction to econometrics*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Mainardes, E. W., Teixeira, A., ve Romano, D. S. (2017). Determinants of co-creation in banking services. *International Journal of Bank Marketing*, 35(2), 187-204.
- Malhotra, N. K. (2006). Consumer well-being and quality of life: An assessment and directions for future research. *Journal of Macromarketing*, 26(1), 77-80.
- Martin, L., Williams, S., Haskard, K., ve DiMatteo, M. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 1(3), 189-199.
- Mathis, E. F. (2013). The Effects of Co-Creation and Satisfaction on Subjective Well-Being. Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Maurice, J. (2016). Cost of protection against pandemics is small. *The Lancet*, 387(10016), e12.
- Mazur, J., ve Zaborek, P. (2014). Validating DART model. *International Journal of Management and Economics*, 44(1), 106-125.
- McAllister, M., Dunn, G., Payne, K., Davies, L., ve Todd, C. (2012). Patient empowerment: the need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC health services research*, 12(1), 1-8.
- McColl-Kennedy, J. R., Danaher, T., Gallan, A., Orsingher, C., Lervik-Olsen, L., ve Verma, R. (2017b). How do you feel today? Managing patient emotions during health care experiences to enhance well-being. *Journal of Business Research*, 79, 247-259.
- McColl-Kennedy, J. R., Hogan, S., Snyder, H., ve Witell, L. (2017a). Cocreative customer practices: Effects of health care customer value. *Journal of Business Research*, 70, 55–66.
- McColl-Kennedy, J. R., Vargo, S., Dagger, T., Sweeney, J., ve Kasteren, Y. (2012). Health care customer value cocreation practice styles. *Journal of service research*, 15(4), 370-389.

- McDonald, J. F., ve Moffitt, R. A. (1980). The uses of tobit analysis. *The Review of Economics and Statistics*, 62(2), 318-321.
- McDowell, I. (2006). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires, Third Edition*. New York: Oxford Uni. Press.  
[http://library.mpib-berlin.mpg.de/toc/z2008\\_1151.pdf](http://library.mpib-berlin.mpg.de/toc/z2008_1151.pdf) adresinden alındı
- McDowell, I., ve Newell, C. (1987). *Measuring Health: a guide to rating scales and questionnaires* . New York: Oxford Press.
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C., ve Kinicki, A. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of applied psychology*, 53-79.
- McMahan, E. A., ve Estes, D. (2011). Hedonic Versus Eudaimonic Conceptions of Well-being: Evidence of Differential Associations With Self-reported Well-being. *Social Indicators Research*, 103(1), 93-108.
- Mengü, C. (2021). *Turizm Ekonomisi Stratejileri*. İstanbul: Yalın Yanıncılık.
- Mgbako, O., Miller, E., Santoro, A., Remien, R., Shalev, N., Olender, S., . . . Sobieszczyk, M. (2020). COVID-19, Telemedicine, and Patient Empowerment in HIV Care and Research. *AIDS and Behavior*, 24, 1990-1993.
- Miles, I. (1993). Services in the New Industrial. *Journal of European Industrial Training*, 25(6), 653-672. [https://www.researchgate.net/profile/Ian-Miles-2/publication/222022291\\_Services\\_in\\_the\\_new\\_industrial\\_economy\\_1/links/5c580de5a6fdccd6b5e15eb7/Services-in-the-new-industrial-economy-1.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ian-Miles-2/publication/222022291_Services_in_the_new_industrial_economy_1/links/5c580de5a6fdccd6b5e15eb7/Services-in-the-new-industrial-economy-1.pdf) adresinden alındı
- Moeller, S. (2010). Characteristics of services—a new approach uncovers their value. *Journal of services Marketing*, 24(5), 359-368.
- Mukhtar, M., Nazul Ismail , M., ve Yahya, Y. (2012). A hierarchical classification of co-creation models and techniques to aid inproduct or service design. *Computers in Industry*, 63, 289-297.  
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0166361512000474?token=516E91C43E1E9A54535B853359417B8C1D902C5C96DA89B3F1DC354982BFB8>

70CC8C4BCDEDDDD78787B95C2337415E144&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211018112446 adresinden alındı

- Mustafa, Ş., Baş, M., ve Çelik, A. (2015). Öznel İyi Oluş ve Spor. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 17(1), 23-31.
- Myers, D. G., ve Diener, E. (1995). Who is happy. *Psychological science*, 6(1), 10-19.
- Nambisan, P., ve Nambisan, S. (2009). Models of consumer value cocreation in health care. *Health Care Management Review*, 34(4), 344-354.
- Neander, K., ve Skott, C. (2008). Bridging the gap – the co-creation of a therapeutic process. *Qualitative Social Work*, 7(3), 289-309.
- Neff, J. A., Baqar, A., ve McCorkel, J. (1980). Psychiatric and medical problems in rural communities. *Social Science & Medicine Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 14(4), 331-336.
- Ng, I., Maull, R., ve Smith, L. (2011). Embedding the new discipline of service science. J. C. H. Demirkan içinde, *The science of service systems* (s. 13-35). Boston: Springer.
- Normann, R., ve Ramirez, R. (1994). *Designing Interactive Strategy: From Value Chain to Value Constellation*. Bloomington: Wiley.
- Nyirenda, M. (2014). Ageing with HIV: an investigation of the health and well-being of older people in a rural South African population with a severe HIV epidemic. *Ageing with HIV: an investigation of the health and well-being of older people in a rural South African population with a severe HIV epidemic*. University of Southampton.
- O’Cathain, A., Goode, J., Luff, D., Strangleman, T., Hanlon, G., ve Greatbatch, D. (2005). Does NHS Direct empower patients? *Social science & medicine*, 61(8), 1761-1771.
- O’Neill, B., Sorhaindo, B., Xiao, J., ve Garman, E. (2005). Financially distressed consumers: Their financial practices, financial well-being, and health. *Financial Counseling and Planning*, 16, 73-87.
- Oaster, T. R. (1989). Number of alternatives per choice point and stability of Likert-type scales. *Perceptual and Motor Skills*, 68(2), 549-550.

- Öcel, Y. (2016). Sağlık Hizmet Kalitesi Ve Algılanan Doktor İmajının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*.
- Odabaşı, Y. (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Odabaşı, Y. (2006). *Tüketim Kültürü-Yetinen Toplumdan Tüketen Topluma* (2 b.). Sistem Yayıncılık.
- OECD. (2019). *Doctors*. 4 1, 2021 tarihinde OECD Data: <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm#indicator-chart> adresinden alındı
- OECD. (2019). *Health spending*. 4 1, 2021 tarihinde OECD Data: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> adresinden alındı
- OECD. (2019). *Hospital beds*. 4 1, 2021 tarihinde OECD Data: <https://data.oecd.org/healthq/hospital-beds.htm> adresinden alındı
- OECD. (2019). *Nurses*. 4 1, 2021 tarihinde OECD Data: <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm#indicator-chart> adresinden alındı
- OECD. (2019, 12 12). *OECD Data*. Nisan 1, 2021 tarihinde OECD Data: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> adresinden alındı
- OECD, Eurostat, World Health Organization. (2011). *A System of Health Accounts 2011 Revised edition: Revised edition*. OECD Publishing. 4 1, 2021 tarihinde alındı
- OECD/Eurostat/World Health Organization. (2017). “*Classification of Health Care Functions (ICHA-HC)*”, in *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*. Paris: OECD Publishing. doi:<https://doi.org/10.1787/9789264270985-7-en>
- Oerle, S. V., Lievens, A., ve Mahr, D. (2018). Value co-creation in online healthcare communities: The impact of patients’ reference frames on cure and care. *Psychology & Marketing*, 35(9), 629-639.
- Oh, H. J., ve Lee , B. (2012). The Effect of Computer-Mediated Social Support in Online Communities on Patient Empowerment and Doctor–Patient Communication. *Health Communication*, 27, 30-41.

- Oliver, R. L. (2006). Co-producers and co-participants in the satisfaction process: Mutually satisfying consumption. R. F. L. içinde, *The service dominant logic of marketing: Dialog, debate and directions* (s. 118-127). New York: M.E. Sharpe.
- Olsen, R. J. (1978). Note on the uniqueness of the maximum likelihood estimator for the Tobit model. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 1211-1215.
- Osborn, L. A. (2015). The Provider-Consumer Relationship And Individual Well-Being: Perspectives Of Adults With Serious Mental Illness And Their Mental Health Care Providers.
- Osei-Frimpong, K., ve Owusu-Frimpong, N. (2017). Value co-creation in health care: A phenomenological examination of the doctor-patient encounter. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 29(4), 365-384.
- Osei-Frimpong, K., Wilson, A., ve Lemke, F. (2018). Patient co-creation activities in healthcare service delivery at the microlevel: The influence of online access to healthcare information. *Technological Forecasting & Social Change*, 126, 14-27.
- Osei-Frimpong, K., Wilson, A., ve Owusu-Frimpong, N. (2015). Service experiences and dyadic value co-creation in healthcare service delivery: a CIT approach. *Journal of Service Theory and Practice*, 25, 443-462.
- Ostrom, A. L., Bitner, M., Brown, S., Burkhard, K., Goul, M., Smith-Daniels, V., ve Rabinovich, E. (2010). Moving forward and making a difference: research priorities for the science of service. *Journal of service research*, 13(1), 4-36.
- Ostrom, A., Bitner, M., Brown, S., Burkhard, K., Goul, M., Smith-Daniels, V., . . . Rabinovich, E. (2010). Moving forward and making a difference: research priorities for the science of service. *Journal of Service Research*, 13(1), 4-36.
- Özdamar, K. (1999). *Paket programlar ile istatistiksel veri analizi-1: SPSS-MINITAB*. Kaan Kitabevi.
- Özdamar, K. (2010). *PASW ile Biyoistatistik*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.

- Özdes, A., Aktas, E., ve Koc, A. (1999). Analysis Of Concentrated Fruit Juice Demand Using The Tobit Model. *Tr. J. of Agriculture and Forestry*, 23, 493-499.
- Özdin, S., ve Özdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504–511.
- Öztürk, A., Özenç, S., Canmemiş, S., ve Bozoğlu, E. (2016). Yaşlılık döneminde koruyucu sağlık bakımı. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 34-41.
- Palumbo, R. (2017). *The Bright Side and the Dark Side of Patient Empowerment: Co-creation and co-destruction of value in the healthcare environment*. Fisciano: Springer.
- Pancer, E., ve Handelman, J. (2012). The evolution of consumer well-being. *Journal of Historical Research in Marketing*, 4(1), 177-189.
- Partouche-Sebban, J., Vessa, S. R., ve Bernhard, F. (2021). When co-creation pays off: the effect of co-creation on well-being, work performance and team resilience. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 1-10.
- Patır, S. (2008). Kalite Anlayışında Altı Sigma Yaklaşımı. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(24), 63-68.
- Patır, S. (2009). Faktör Analizi ile Öğretim Üyesi Değerleme Çalışması. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(4), 69-86.
- Patır, S., ve Karahan, M. (2010). Girişimcilik Eğitimi ve Üniversite Öğrencilerinin Girişimcilik Profillerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması . *İşletme ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 27-44.
- Payne, A. F., Storbacka, K., ve Frow, P. (2008). Managing the co-creation of value. *J. of the Acad. Mark. Sc.*, 36, 83–96.  
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11747-007-0070-0.pdf>  
adresinden alındı
- Payne, A., Storbacka, K., Frow, P., ve Knox, S. (2009). Co-creating brands: Diagnosing and designing the relationship experience. *Journal of business research*, 62(3), 379-389.

- Pera, R., ve Viglia, G. (2015). Turning ideas into products: subjective well-being in co-creation. *The Service Industries Journal*, 37(7-8), 388-402.
- Peter, J. P., ve James H. Donnelly, J. (2010). *A Preface to Marketing Management Twelfth Edition*. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Phelan, A. L., Katz, R., ve Gostin, L. O. (2020). The novel coronavirus originating in Wuhan, China: challenges for global health governance. *Jama*, 323(8), 709-710.
- Polat, İ. (2021). Ortak Değer Yaratmanın Yolcu Sadakati ve Algılanan Hizmet Yeniliği Üzerine Etkisi. 25. *Pazarlama Kongresi*. [http://pazarlama.org.tr/ppadpk-2021/bildiriler/81-1146-2251-v1\\_OK-U.pdf](http://pazarlama.org.tr/ppadpk-2021/bildiriler/81-1146-2251-v1_OK-U.pdf) adresinden alındı
- Polese, F., Tartaglione, A., ve Cavacece, Y. (2016). Patient empowerment for healthcare service quality improvements: a value co-creation view. *19th Toulon-Verona International Conference* (s. 385-397). Huelva: University of Huelva.
- Porter, M. E. (1985). *What is Value Chain*. Ranchi: Department of MCA & MSC-IT , Dr. Shyama Prasad Mukherjee University.
- Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481.
- Porter, N. M. (1990). Testing a model of financial well-being. *Virginia Polytechnic Institute and State University*.
- Pöyry-Lassila, P., Tarja, K., Marika, N., Soile, P., Tarja, M., ve Merja, L.-L. (2016). Co-creating Well-being Services in Ecosystems: Two Case Studies. *European association for research on services conference*, 1-17.
- Prahalad, C. K., ve Ramaswamy, V. (2000). Co-opting customer competence. *Harvard business review*, 78(1), 79-90.
- Prahalad, C. K., ve Ramaswamy, V. (2004a). Co-creation experiences: The next practice in value. *Journal of interactive marketing*, 18(3), 5-14.
- Prahalad, C., ve Krishnan, M. (2008). *The new age of innovation: Driving Cocreated Value Through Global Networks*. New York: McGraw-Hill Professional.

- Prahalad, C., ve Ramaswamy, V. (2004b). Co-creating unique value with customers. *Strateg. Leadersh*, 4-9. doi:doi:10.1108/10878570410699249
- Presser, S., Couper, M. P., Lessler, J. T., Martin, E., Martin, J., Rothgeb, J. M., ve Singer, E. (2004). Methods for testing and evaluating survey questions. *Public opinion quarterly*, 68(1), 109-130.
- Preston, C. C., ve Colman, A. M. (2000). Optimal number of response categories in rating scales: reliability, validity, discriminating power, and respondent preferences. *Acta psychologica*, 104(1), 1-15.
- Prigge, J.-K., Dietz , B., Homburg, C., Hoyer, W., ve Burton, J. (2015). Patient empowerment: A cross-disease exploration of antecedentsand consequences. *Intern. J. of Research in Marketing*, 32, 375-386.
- Proctor, C., Maltby, J., ve Linley, P. (2011). Strengths Use as a Predictor of Well-Being and Health-Related Quality of Life. *J Happiness Studies*, 12, 153-169.
- Qiu, W., Rutherford, S., Mao, A., ve Chu. (2017). The pandemic and its impacts. *Health, culture and society*, 9, 1-11.
- Ramaswamy, V. (2009). Leading the transformation to co-creation of value. *Strategy & Leadership*, 37(2), 32-37.
- Ramaswamy, V. (2011). It's about human experiences... and beyond, to co-creation. *Industrial Marketing Management*, 40(2), 195-196.
- Ramaswamy, V., ve Gouillart, F. (2010). Building the CoCreative Enterprise. *Harvard Business Review*, 1-9.
- Ramaswamy, V., ve Ozcan, K. (2018). What is co-creation? An interactional creation framework and its implications for value creation. *Journal of Business Research*, 84, 196-205.
- Ramirez, R. (1999). Value co-production: intellectual origins and implications for practice and research. *Strategic management journal*, 20(1), 49-65.
- Rath, T., ve Harter, J. (2013). *Wellbeing*. (Ç. Yılmaz, Çev.) İstanbul: İstanbul Kültür Üniversitesi Yayinevi.

- Rauws, M. H. (2018). Value co-creating activities in micro-level healthcare- A qualitative study of value co-creation in dental care. *Value co-creating activities in micro-level healthcare- A qualitative study of value co-creation in dental care*. Uppsala University.
- Regan, W. (1963). The service revolution. *Journal of marketing* , 27(3), 57-62.
- Reijonsaari, K. (2013). *Co-creating health-examining the effects of co-creation in a lifestyle intervention service targeting physical activity*. Finland: Aalto University publication series.
- Reynolds, N., Diamantopoulos, A., ve Schlegelmilch, B. (1993). Pre-Testing in Questionnaire Design: A Review of the Literature and Suggestions for Further Research. *International Journal of Market Research*, 35(2), 1-11.
- Roberts, K. J. (2001). Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expectations*, 2(2), 82-92.
- Rod, M., Lindsay, V., ve Ellis, N. (2014). Managerial perceptions of service-infused IORs in China & India: A discursive view of value co-creation. *Industrial Marketing Management*, 43(4), 603-612.
- Rodwell, C. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *J Adv Nurs*, 23(2), 305-313.
- Ross, A. G., Olveda, R. M., ve Yuesheng, L. (2014). Are we ready for a global pandemic of Ebola virus. *International Journal of Infectious Diseases*, 28, 217-218.
- Russo, G., Tartaglione, M., ve Cavacece, Y. (2019). Empowering Patients to CoCreate A Sustainable Healthcare Value. *Sustainability*, 11(5), 1315.
- Rust, R. T., ve Oliver, R. (1993). *Service quality: New directions in theory and practice*. London: Sage Publications.  
[https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=c3woDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT7&dq=rust+and+oliver+service+quality&ots=zqZdBewMMv&sig=v gWOcejeCV6jQiZJE9PYoEFLOWc&redir\\_esc=y#v=onepage&q=rust%20and%20oliver%20service%20quality&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=c3woDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT7&dq=rust+and+oliver+service+quality&ots=zqZdBewMMv&sig=v gWOcejeCV6jQiZJE9PYoEFLOWc&redir_esc=y#v=onepage&q=rust%20and%20oliver%20service%20quality&f=false) adresinden alındı

- Ryan, R. M., ve Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryan, R. M., ve Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is Everything, or is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D., ve Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of happiness studies*, 9(1), 13-39.
- Ryff, C. D., Love, G. D., Essex, M. J., ve Singer, B. (1998). Resilience in adulthood and later life." *Handbook of aging and mental health. Springer*, 69-96.
- Saarijarvi, H., Kannan, P., ve Kuusela, H. (2013). Value co-creation: theoretical approaches and practical implications. *European Business Review*, 25(1), 6-19. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09555341311287718/full/pdf?title=value-cocreation-theoretical-approaches-and-practical-implications> adresinden alındı
- Sağ, İ. (2019). Hastanelerin Fiziksel Ortamının (Servicescape) Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi ve Hastaların İyileşme Beklentilerine Etkisi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. Eskişehir, Türkiye: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sağlık Bakanlığı. (2004). *Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı*. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı. [https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik\(16\).pdf](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik(16).pdf) adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2020, Kasım 17). *Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2020*. Kasım 17, 2021 tarihinde Tuik: [https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/SaglikHizmetKalitesi\\_ve\\_MaliSurdurulebilirlikOzelIhtisasKomisyonuRaporu.pdf](https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/SaglikHizmetKalitesi_ve_MaliSurdurulebilirlikOzelIhtisasKomisyonuRaporu.pdf) adresinden alındı

- Samarov, E. (2015). Value creation and co-creation in a consumer sphere within online retail. *A Research Project Submitted to the Gordon Institute of Business Science, University of Pretoria, in Partial fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Business Administration*. University of Pretoria.
- Satan, A. A. (2014). Religious Beliefs and Cognitive Flexibility Levels Effect of the Level of Subjective Well-Being. *21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum*, 3(7), 56-74.
- Saunders-Hastings, P. R., ve Krewski, D. (2016). Reviewing the History of Pandemic Influenza: Understanding Patterns of Emergence and Transmission. *Pathogens*, 5(4), 1-19.
- Say, J. B. (1971). *A Treatise on Political Economy: or. The Production Distribution and Consumption of Wealth*. (M. C. R. Prinsep, Dü., ve C. C. Biddle, Çev.) New York: M. Kelley Publishers. [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=qnsPAAAAYAAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=A+Treatise+on+Political+Economy:+or.+The+Production+Distribution+and+Consumption+of+Wealth&ots=qndn4Fx9ok&sig=Jl\\_jb7WB7May-NbGzDD6TpQbTjY&redir\\_esc=y#v=onepage&q=A%20Treatise%20o](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=qnsPAAAAYAAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=A+Treatise+on+Political+Economy:+or.+The+Production+Distribution+and+Consumption+of+Wealth&ots=qndn4Fx9ok&sig=Jl_jb7WB7May-NbGzDD6TpQbTjY&redir_esc=y#v=onepage&q=A%20Treatise%20o) adresinden alındı
- Schimmack, U., Schupp, J., ve Wagner, G. (2008). The Influence of Environment and Personality on the Affective and Cognitive Component of Subjective Well-being. *Social Indicators Research*, 89, 41-60.
- Schulz, P. J., ve Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. *Patient education and counseling*, 90(1), 4-11.
- Schumacker, R. E., ve Lomax., R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling: psychology press*. Mahwah, New Jersey London : Lawrence Erlbaum Associates.
- Schwartz, M. H. (1992). What do the words product and service really mean for management. *Quality Progress*, 25(6), 35-39.
- Segal, L. (1998). The importance of patient empowerment in health system reform. *Health Policy*, 44(1), 31-44.

- Şencan, H., ve Fidan, Y. (2020). Likert Verilerinin Kullanıldığı Keşfedici Faktör Analizlerinde Normallik Varsayımı ve Faktör Çıkarma Üzerindeki Etkisinin Spss, Factor ve Prelis Yazılımlarıyla Sınanması. *Business & Management Studies: An International Journal*, 8(1), 640-687.
- Şengün, H. (2016). Sağlık hizmetleri sunumunda inovasyon. *Med Bull Haseki*, 54, 194-198.
- Sezer, A. (2012). Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. *Doktora Tezi*. Türkiye: Marmara Üniversitesi.
- Sezer, A., ve Kadioğlu, H. (2014). Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 165-170.
- Shanahan, D. F., Bush, R., Gaston, K., Lin, B., Dean, J., Barber, E., ve Fuller, R. (2016). Health benefits from nature experiences depend on dose. *Scientific reports*, 6(1), 1-10.
- Shapiro, A., ve Keyes, C. (2008). Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off? *Soc Indic Res*, 88, 329-346.
- Sharma, S. (2016). Organizational conditions for co-creaiton a health care context. University of Adelaide.
- Sharma, S., Conduit, J., ve Hill, S. (2017). "Hedonic and eudaimonic well-being outcomes from co-creation roles: a study of vulnerable customers. *Journal of Services Marketing*, 397-411.
- Shim, S., Xiao, J., Barber, B., ve Lyons, A. (2009). Pathways to life success: A conceptual model offinancial well-being foryoung adults. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 708-729.
- Shostack, G. L. (1977). Breaking free from product marketing. *Journal of marketing*, 41(2), 73-80.
- Siemeonsson, R. J. (1991). Primary, Secondary, and Tertiary Prevention in Early Intervention. *Journal of Early Intervention*, 15(2), 124-134.
- Şimşek, Ö. F. (2007). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş, Temel İlkeler ve Lisrel*. Ankara: Ekinoks Yayınları.

- Sirgy, M. J., Lee, D.-J., ve Rahtz, D. (2007). Research on consumer well-being (CWB): Overview of the field and introduction to the special issue. *Journal of Macromarketing*, 27(4), 341-349.
- Skaržauskaitė, M. (2013). Measuring and Managing Value Co-creation Process: Overview of Existing Theoretical Models. *Socialinės technologijos/Social Technologies*, 3(1), 115-129.
- Small, N., Bower, P., Chew-Graham, C., Whalley, D., ve Protheroe, J. (2013). Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC health services research*, 13(1), 1-15.
- Smith, A. (1776). *The Wealth of Nations, Books I-III*. (A. B. Krueger, Dü.) London: Bantam Classics.
- Somunoğlu, S. (1999). Kavramsal A çıdan Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 4(1), 51-62.
- Spanò, R., Paola, N., Bova, M., ve Barbarino, A. (2018). Value co-creation in healthcare: evidence from innovative therapeutic alternatives for hereditary angioedema. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-13.
- Spena, T., Caridà, A., Colurcio, M., ve Melia, M. (2012). Store experience and co-creation: the case of temporary shop. *International Journal of Retail and Distribution Management*, 40(1), 21-40.
- Springer, K. W., ve Hauser, R. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: Method, mode, and measurement effects. *Social science research*, 35(4), 1080-1102.
- Staw, B. M. (2006). *Research in Organizational Behavior vol 27: an Annual Series of Analytical Essays and Critical Reviews*. Amsterdam – Boston – Heidelberg – London – New York – Oxford: Elsevier.
- Steptoe, A., Deaton, A., ve Stone, A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640-648.
- Stremersch, S. (2008). Health and marketing: The emergence of a new field of research. *International Journal of Research in Marketing*, 25(4), 229–233.

- Summer, L. W. (1996). *Welfare, Happiness, and Ethics*. Clarendon Press.  
[https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=QU4qLZJ2D4wC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Sumner+\(1996\)&ots=K8AhSplPFm&sig=dJkgMJZCvA6mXYqJnF-onvmG77s&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Sumner%20\(1996\)&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=QU4qLZJ2D4wC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Sumner+(1996)&ots=K8AhSplPFm&sig=dJkgMJZCvA6mXYqJnF-onvmG77s&redir_esc=y#v=onepage&q=Sumner%20(1996)&f=false)  
adresinden alındı
- Sweeney, J. C., Danaher, T. S., ve McColl-Kennedy, J. R. (2015). Customer effort in value cocreation activities: Improving quality of life and behavioral intentions of health care customers. *Journal of Service Research*, 18(3), 318-335.
- Tabachnick, B., ve Fidell, L. U. (2013). *Using Multivariate Statistics (6th Edition)*. Boston: Pearson.
- Tabachnick, B., Fidell, L., ve Ullman, J. (2007). *Using Multivariate Statistics (5th Edition)*. Boston: MA: Pearson.
- Tabak, A., Sigri, Ü., ve Türköz, T. (2013). Öz Liderlik Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Çalışması. *Bilig*, 213-246.
- Tambuyzer, E., Pieters, G., ve Van Audenhove, C. (2014). Patient involvement in mental health care: one size does not fit all. *Health Expectations*, 17(1), 138-150.
- Tan, M., ve Patır, S. (2017). Measurement and Evaluation of Healthcare Service Quality Application in the Bingol State Hospital. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 7(2), 29-40. [http://jocrehes.com/Makaleler/202898777\\_7-2-3-tan-pat%C4%B1r.pdf](http://jocrehes.com/Makaleler/202898777_7-2-3-tan-pat%C4%B1r.pdf) adresinden alındı
- Tanrıverdi, H., ve Erdem, Ş. (2010). Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi ile tatmin düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi ve bir uygulama. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1, 73-92.
- Tartaglione, A. M., Cavacece, Y., ve Russo, G. (2018). The excellence of patient-centered healthcare: Investigating the links between empowerment, co-creation and satisfaction. *The TQM Journal*, 30(2), 153-167.
- Tatlı, H., ve Barak, D. (2021). Sağlık Harcamaları, Hükümet Etkinliği ve Beklenen Yaşam Süresi: OECD Ülkelerinden Yeni Kanıtlar. *Bingöl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(2), 65-97.

- Taubenberger, J. K., ve Morens, D. M. (2009). Pandemic influenza—including a risk assessment of H5N1." *Revue scientifique et technique. (International Office of Epizootics, 28(1), 187-202.*
- TBB. (2020). *Covid-19 Pandemisi İki Aylık Değerlendirme Raporu.* Ankara: Türk Tabibler Birliği COVID-19 Danışma ve İzleme Kurulu.
- TC Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü.* Ankara: Bakanlık Yayın (TC Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü).  
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6z%20l%C3%BCk.pdf> adresinden alındı
- Telef, B. B. (2013). The Adaptation of Psychological Well-Being into Turkish: A Validity and Reliability Study. (*H. U. Journal of Education, 28(3), 374-384.*
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., ve Akbolat, M. (2014). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi 6. Basım.* Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Tenko, R., ve George, A. M. (2006). *A First Course in Structural Equation Modeling Second Edition.* Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Terzi, Ş. (2006). Kendini Toparlama Gücü Ölçeğinin Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3(26), 77-86.*
- Tıraş, H. H. (2013). Sağlık ekonomisi: Teorik bir inceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 3(2), 125-152.*
- Tobin, J. (1958). Estimation of relationships for limited dependent variables. *Econometrica: journal of the Econometric Society, 24-36.*
- Toffler, A., Johnson, T., ve Bennis, L. (1999). Riding the Third Wave: A Conversation with Alvin Toffler Tom Johnson and Lawrence Bennis. *Strategy & Leadership, 1-7.*  
[https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/eb054640/full/pdf?casa\\_token=nffH7dLBRkUAAAAA:oWX6rCJ3MkQT9Z\\_XV6BW2M5ki46Ql](https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/eb054640/full/pdf?casa_token=nffH7dLBRkUAAAAA:oWX6rCJ3MkQT9Z_XV6BW2M5ki46Ql)

3KcaPE4kvKpdhlgkJQcNHZeQoxT39Y-jMqK42kkHBvr-  
BepPESTzAWVUJvFKBOnxl\_7\_1cf-1UzOrKnBJdr\_hQ adresinden alındı

Tözün, M., ve Sözman, M. (2015). Halk sağlığı bakışı ile sağlık okuryazarlığı health Literacy with Perspective of Public Health. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2, 48-54.

Tuik. (2019). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2019*. Ankara: Tuik. Eylül 1, 2021 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2019-33712> adresinden alındı

TUİK. (2019). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*. 9 1, 2021 tarihinde Tuik Sağlık Harcamaları İstatistikleri: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659> adresinden alındı

TUİK. (2020). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. 9 1, 2021 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210> adresinden alındı

Turgul, Ö., Doğan, F., Mandıracıoğlu, A., ve Lüleci, E. (2002). Sağlığı geliştirici davranışların değerlendirilmesi amacıyla çok boyutlu sağlık anketi (ÇSA)'nın Bausel Ölçeği ile birlikte uygulanması. *Ege Tıp Dergisi*, 41(2), 91-95.

United Nations. (2019). *World Population Population 2019 Highlights*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs. [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf) adresinden alındı

Uslu, A. U., ve Karagülle, M. (2021). *Covid-19 Sürecinde Sağlık Hizmetleri Yönetimi Pratik Yaklaşımlar*. Ankara: Nobel Bilimsel Eserler.

Uyanık, Y. (2009). Neoliberal küreselleşme sürecinde işgücü piyasaları. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(2), 209-224.

Vargo, S. L., ve Lusch, R. F. (2004b). The four service marketing myths: Remnants of a goods-based, manufacturing model. *Journal of Service Research*, 6, 324–335.

Vargo, S., ve Lusch, R. (2004a). Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*, 1-17.

- Vargo, S., ve Lusch, R. (2008b). Why “service”? *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1), 25-38.
- Vargo, S., Maglio, P., ve Akaka, M. A. (2008a). On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective. *European Management Journal*, 26(3), 145-152.
- Vaus, D. D. (2002). *Surveys in Social Research 5th edition*. Australia: Allens and Unwin.
- Veenhoven, R. (1994). Is Happiness a Trait: Tests of the Theory that a Better Society Does Not Make People any Happier. *Social Indicators Research*, 32, 101-160.
- Verikios, G., Sullivan, M., Stojanovski, P., Giesecke, J., ve Woo, G. (2016). Assessing Regional Risks From Pandemic Influenza: A Scenario Analysis. *The World Economy*, 1225-1251. doi:doi: 10.1111/twec.12296
- Villapol, M., Shahper, R., ve Krassie, P. (2018). Value Co-Creation And Opportunities In Health Care And Wellbeing: The Case Of The Green Pre-Scriptioin. *Twenty-Sixth European Conference on Information Systems*.
- Vorster, D. (2014). The relationship between social capital and health and wellbeing of academics at a South African Higher Education Institution. North-West University.
- Wang, C., Ao, L., Wang, L., Jiang, F., Liao, P., Zhou, Y., ve Lee, M. (2021). Promoting mental wellbeing through internet during COVID-19: A case report in Yunnan, China. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 77(1), 6-9. doi:https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080/14473828.2020.1821499
- Wang, W., Hsieh, P., ve Yen, H. (2011). Engaging customers in value co-creation: The emergence of customer readiness. *2011 International Joint Conference on Service Sciences* (s. 135-139). Taiwan: IEEE.
- Waterman, A. S. (1981). Individualism and interdependence. *American Psychologist*, 36(7), 762-773.

- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of personality and social psychology*, 64(4), 678-691.
- Waterman, A. S., Schwartz, S., ve Conti, R. (2008). The implications of two conceptions of happiness (hedonic enjoyment and eudaimonia) for the understanding of intrinsic motivation. *Journal of happiness studies*, 9(1), 41-79.
- Wattles, W. D. (2021). *Science of Well-being (İyi Olma Bilimi)*. (B. Tartıcı, Çev.) İstanbul: indie.
- Weber, R. H., ve Burri, M. (2012). *Classification of services in the digital economy*. Springer Science & Business Media. [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=UatEOYcGWVkc&oi=fnd&pg=PR5&dq=Services+in+economy&ots=PxUsCN-npQ&sig=mGvW5frYvPpROGX9B8JY2zCO6E8&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Services%20in%20economy&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=UatEOYcGWVkc&oi=fnd&pg=PR5&dq=Services+in+economy&ots=PxUsCN-npQ&sig=mGvW5frYvPpROGX9B8JY2zCO6E8&redir_esc=y#v=onepage&q=Services%20in%20economy&f=false) adresinden alındı
- Wentzer, H., ve Bygholm, A. (2013). Narratives of empowerment and compliance: studies of communication in online patient support groups. *Int J. Med Inform.*, 82(12), e386-94.
- WHO. (2013). *Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*. Copenhagen: World Health Organization 2013. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf) adresinden alındı
- WHO. (2018, 4 4). *World Health Organization*. 4 4, 2021 tarihinde World Health Organization: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/> adresinden alındı
- WHO. (2021). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. 11 18, 2021 tarihinde WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: <https://covid19.who.int/> adresinden alındı
- Williams, J., ve Aitken, R. (2011). The Service-Dominant Logic of Marketing and Marketing Ethics. *Journal of Business Ethics*, 102, 439-454.

- Wilson, K. K. (2001). *Promoting Health Literacy*. South Carolina: Institute on Family and Neighborhood Life at Clemson University and J. Marion Sims Foundation, Inc.
- Wirtz, J., ve Lovelock, C. (2016). *Services Marketing* (8 b.). Singapore: Pearson Education, Inc.
- Wolak, R., Kalafatis, S., ve Harris, P. (1998). An investigation into four characteristics of services. *ournal of Empirical Generalisations in Marketing Science*, 3, 22-43.
- Woodruff, R. B., ve Flint, D. (2014). Marketing's service-dominant logic and customer value. Lusch, ve Vargo içinde, *The Service-Dominant Logic of Marketing* (s. 201-213). London and New York: Routledge.
- Woodside, A. G., Golfetto, F., ve Gibbert, M. (2008). *Customer Value: Theory, Research, and Practice*. United Kingdom: Emerald Group Publishing Limited.  
file:///C:/Users/MUHS% C4% B0N/Downloads/Arch% 20G.% 20Woodside,% 20Michael% 20Gibbert,% 20Francesca% 20Golfetto% 20-% 20Creating% 20and% 20Managing% 20Superior% 20Customer% 20Value% 20(Advances% 20in% 20Business% 20Marketing% 20and% 20Purchasing)% 20(2008).pdf adresinden alındı
- World Bank. (2019). *Employment in services (% of total employment) (modeled ILO estimate) - United States, Turkey, European Union, China, World*. Mart 15, 2021 tarihinde WorldBank: <https://data.worldbank.org/indicator/SL.SRV.EMPL.ZS?locations=US-TR-EU-CN-1W> adresinden alındı
- World Bank. (2019). *Nurses and midwives (per 1,000 people) - Turkey*. Mart 15, 2021 tarihinde The World Bank Data: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?end=2017&locations=TR&start=1990&view=chart> adresinden alındı
- World Bank. (2019). *Services, value added (% of GDP) - United States, China, World, European Union, Turkey*. Mart 15, 2021 tarihinde WorldBank: <https://data.worldbank.org/indicator/NV.SRV.TOTL.ZS?end=2019&locations=US-CN-1W-EU-TR&start=1997> adresinden alındı

- Worthy, S. L., Jonkman, J., ve Pike, L. (2010). Sensation-seeking, risk-taking, and problematic financial behaviors of college students. *Journal of Family and Economic Issues*, 31, 161-170.
- Wyckham, R. G., Peter T., F., ve Gordon D., M. (1975). Marketing of services an evaluation of the theory. *European Journal of Marketing*, 59-67.
- Xie, C., Bagozzi, R., ve Troye, S. (2008). Trying to prosume: toward a theory of consumers as co-creators of value. *ournal of the Academy of marketing Science*, 36(1), 109-122.
- Yalçın, İ. (2014). İyi Oluş ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkiler: Türkiye’de Yapılmış Çalışmaların Meta Analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25, 1-12.
- Yeşilyurt, Ö. (2018). Sağlık İşletmesinde Algılanan Hizmet Kalitesi, Algılanan Risk ve Algılanan Değer Boyutlarının Hasta Memnuniyeti ve Davranışsal Niyeti Üzerine Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli İle Değerlendirilmesi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. Selçuk Üniversitesi.
- Yi, Y., ve Gong, T. (2013). Customer value co-creation behavior: Scale development and validation. *Journal of Business Research*, 66(9), 1279-1284.
- Yıldırım, J. G. (2021). Hemşirelik Bakımında Kullanılan Malzemelerin Tarihsel Yolculuğu. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 37-44.
- Yıldırım, S., ve Kavuncubaşı, Ş. (2010). *Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Yılmaz, A., Kar, A., ve Kaya, M. (2020). Hasta Güçlendirme ve Yaşam Kalitesi. *İşletme Bilimi Dergisi (JOBS)*, 8(1), 97-114.
- Yılmaz, V., ve Varol, S. (2015). Hazır Yazılımlar ile Yapısal Eşitlik Modellemesi: AMOS, EQS, LISREL. *Dumlupınar University Journal of Social Sciences*(44), 28-44.
- Yip, K. T. (2011). The attributes of value co-creation in service and its impact on customers’ willingness to pay. Observations from three service industries. England: University of Exeter as a thesis for the degree of Doctor of Philosophy.

- Yousefian, J. (2015). The Effect of Self-efficacy, Role Clarity, and Trust on Customer Well-being and Loyalty through Value Co-creation: The Case of Fitness Centres. University of Hull.
- Yücesan, B., ve Özkan, Ö. (2020). COVID 19 pandemi sürecinin sağlık yönetimi açısından değerlendirilmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3.COVID-19, 134-139.
- Yurdugül, H. (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi 1* (s. 771-774). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi.
- Zainuddin, N., Russell-Bennett, R., ve Previte, J. (2013). The value of health and wellbeing: an empirical model of value creation in social marketing. *European Journal of Marketing*, 47(9), 1504-1524.
- Zanetti, C. A., ve Taylor, N. (2016). Value co-creation in healthcare through positive deviance. *Healthcare*, 4, 277-281.
- Zeithaml, V. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. *Journal of marketing*, 52(3), 2-22.
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., ve Berry, L. L. (1985). Problems and strategies in services marketing. *Journal of Marketing*, 49(2), 33-46.
- Zhang, L., Tong, H., Demirel, H., Duffy, V., Yih, Y., ve Bidassie, B. (2015). A practical model of value co-creation in healthcare service. *Procedia Manufacturing*, 3, 200-207.
- Zhang, T. C. (2016). Customer Engagement of Value Co-creation. *Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy*. United States: The Ohio State University.
- Zhang, X., ve Chen, R. (2008). Examining the mechanism of the value co-creation with customers. *International Journal of Production Economics*, 116(2), 242-250.
- Zhao, J., Wang, T., ve Fan, X. (2015). Patient value co-creation in online health communities. *Journal of Service Management*, 26(1), 72-96.

## Ek 1. Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/08/2020-E.14160



T.C.  
BİNGÖL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sayı :92342550/302.01.08/  
Konu :Anketler

Sayın Prof. Dr. Sait PATİR

Danışmanlığımı Prof.Dr. Sait PATİR yaptığı Doktora öğrencisi Muhsin TAN tarafından Kurulumuza sunulan "Yapısal Eşitlik Modeli ile Sağlık Hizmetlerinde Birlikte Değer Oluşturma Uygulamalarının Hastaların İyi Oluş Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi: TRB1 Bölgesinde Bulunan Hastanelerde Bir Uygulama" isimli anket çalışması Kurulumuz tarafından etik yönden değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda; söz konusu anket çalışmasının Üniversitemiz Etik Kurul Yönergesi ilkeleri çerçevesinde değerlendirilmiş ve araştırma etiği açısından "UYGUN OLDUĞUNA" oy birliği ile karar verilmiştir.

e-imzalıdır  
Prof. Dr. Mehmet ÇİFTÇİ  
Kurul Başkanı

e-imzalıdır  
Prof. Dr. İbrahim Yasin  
ERDOĞAN  
Üye

e-imzalıdır  
Prof. Dr. Sait PATİR  
Üye

e-imzalıdır  
Prof. Dr. Lütfi BEHÇET  
Üye

e-imzalıdır  
Prof. Dr. Turgay ŞENGÜL  
Üye

e-imzalıdır  
Prof. Dr. Ramazan MERAL  
Üye

e-imzalıdır  
Prof. Dr. Erdal  
KAYGUSUZUĞLU  
Üye

e-imzalıdır  
Arş. Gör. Fatma ARVAS  
Raportör

Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Bingöl Üniversitesi Rektörlüğü Selahaddin-i Eyyübi Mah. Aydınlık Cad. No:1 BİNGÖL/TÜRKİYE  
Tel:0426 216 00 12-13-14-15 Faks:0426 215 10 20  
E-Posta :basinyayin@bingol.edu.tr Elektronik Ağ :www.bingol.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

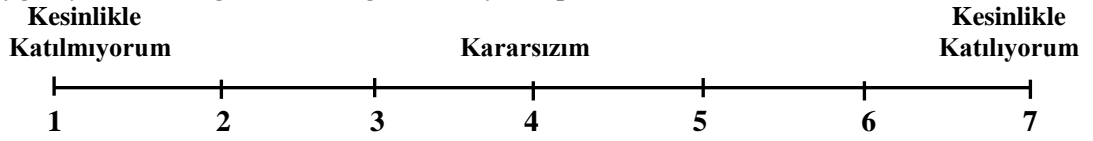
## Ek 2. Anket Formu

Değerli katılımcı, bu anket formu Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde yürütülmekte olan Doktora Tezinin uygulamasında kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Bu nedenle verdiğiniz tüm cevaplar gizli tutulacaktır. Çalışmamıza katkılarınız ve değerli zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederim.

**Araştırma Sorumlusu:** Arş. Gör. Muhsin TAN, [mtan@bingol.edu.tr](mailto:mtan@bingol.edu.tr)

**Araştırma Danışmanı:** Prof. Dr. Sait PATİR, [spatir@bingol.edu.tr](mailto:spatir@bingol.edu.tr)

**BÖLÜM 1:** Aşağıda verilen her bir ifade için **tedavi sürecinizi düşünerek** katılım derecenizi **1: Kesinlikle Katılmıyorum** ile **7: Kesinlikle Katılıyorum** arası verilen ölçekte size uygun yanıtı denk gelen kutucuğu işaretleyerek puanlandırınız.



Hastalığımla ilgili farklı kaynaklardan birçok bilgiye ulaşırım	1	2	3	4	5	6	7
Özellikle kendi hastalığımla alakalı bilgileri bulmaya çalışırım	1	2	3	4	5	6	7
Elde ettiğim bilgilerin içeriğini ve kapsamını anlayabiliyorum	1	2	3	4	5	6	7
Elde edilen bilgilerin geçerliliğini ve güvenilirliğini kontrol ederim	1	2	3	4	5	6	7
Olası tedavi alternatifleri hakkında bilgi bulmaya özen gösteririm	1	2	3	4	5	6	7
Tedavim hakkında fikrimi değiştirirsem doktorumla bunu konuşurum	1	2	3	4	5	6	7
Tedavi hedeflerine ulaşılmadığında çözüm yollarını doktorumla tartışırım	1	2	3	4	5	6	7
Sağlık durumumu elimden geldiğince koruma konusunda kararlı ve azimliyim	1	2	3	4	5	6	7
Yaşam tarzım sağlığıma kötüleştirdiğinde bunu fark edebilirim	1	2	3	4	5	6	7
Önerilen tedavi sürecine olabildiğince bağlıyım	1	2	3	4	5	6	7
Sağlığıma zarar veren alışkanlıklarımı değiştirmekte kararlılık gösteririm	1	2	3	4	5	6	7
Sağlık çalışanlarına tedavim ve hastalığımla ilgili fikirlerimi her zaman ifade ederim	1	2	3	4	5	6	7
Doktorumun hastalığımla ilgili bilmek istediği tüm bilgileri paylaşıyorum	1	2	3	4	5	6	7
Tedavi sürecimle ilgili bütün merak ettiklerimi sağlık çalışanlarına sorarım	1	2	3	4	5	6	7
Anlamadığım bir şey olursa daha fazla açıklama isterim	1	2	3	4	5	6	7
Daha önce aldığım tedavileri ve varsa alerji bilgilerimi detaylıca anlatırım	1	2	3	4	5	6	7
Tedavim için yapmam gerekenleri yapmadığımda bunu dürüstçe itiraf ederim	1	2	3	4	5	6	7
Sağlık çalışanlarıyla kolayca iletişim kurabilirim	1	2	3	4	5	6	7
Hastalığım ve tedavimle ilgili her zaman ek bilgi isterim	1	2	3	4	5	6	7
Hastanedeki tedavi sürecinde şimdiye kadar sağlık çalışanlarına doğru bilgi verdim	1	2	3	4	5	6	7
Hastanedeki tedavi sürecinde sağlık çalışanlarına kendi görevlerini yapabilmeleri için gerekli olan bilgileri aktardım	1	2	3	4	5	6	7

Hastanedeki tedavi sürecinde tedavim için üstüme düşen sorumlulukları yaptım	1	2	3	4	5	6	7
Hastanedeki tedavi sürecinde tedavimde benden beklenen tüm görevleri yerine getirdim	1	2	3	4	5	6	7
Hastanedeki tedavi sürecinde sağlıklı beslenmeye özen gösterdim	1	2	3	4	5	6	7
Hastanedeki tedavi sürecinde doktorlara karşı sorumluluklarımı yerine getirdim	1	2	3	4	5	6	7
Hastanedeki tedavi sürecinde doktorların direktif ve tavsiyelerine uydum	1	2	3	4	5	6	7
Hastanedeki tedavi sürecinde doktorlara karşı dostça davrandım	1	2	3	4	5	6	7
Hastanedeki tedavi sürecinde doktorlara kibarca davranışlar sergiledim	1	2	3	4	5	6	7
İyi bir sağlık hizmeti aldığımda diğer insanların bunu bilmesini sağladım	1	2	3	4	5	6	7
Hastanedeki tedavi sürecinde bir sorun yaşadığımda, doktorların bunu bilmesini sağladım	1	2	3	4	5	6	7
Hastanede aldığım sağlık hizmeti ve hastanedeki sağlık çalışanları hakkında başkalarına olumlu şeyler söyledim	1	2	3	4	5	6	7
Aldığım sağlık hizmetini başkalarına tavsiye ettim	1	2	3	4	5	6	7
Arkadaşlarımla ve akrabalarımla aynı hastaneden yararlanmasını önerdim/teşvik ettim	1	2	3	4	5	6	7
Tedavi sürecinde moralimi yüksek tutmak için farklı uğraşlar edindim/ediniyorum	1	2	3	4	5	6	7
Tedavi sürecinde hastalığımla devamlı meşgul olmamak adına hobilerime odaklandım	1	2	3	4	5	6	7

**BÖLÜM 2: Son 2 haftada içerisinde bulunduğunuz durumu göz önüne alarak** aşağıdaki ifadeleri **1: Kesinlikle Katılmıyorum** ile **7: Kesinlikle Katılıyorum** arası verilen ölçekte size uygun yanıtı denk gelen kutucuğu işaretleyerek puanlandırınız.

	Kesinlikle Katılmıyorum		Kararsızım		Kesinlikle Katılıyorum		
	1	2	3	4	5	6	7
Fiziksel sağlığımdan memnunum	1	2	3	4	5	6	7
Genel olarak sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5	6	7
Uyku kalitemden memnunum (Yeterli bir uyku uyuyabiliyorum)	1	2	3	4	5	6	7
Günlük işlerimi yardım almadan yapabiliyorum	1	2	3	4	5	6	7
Mesleğimi (işimi) icra edebilecek güçteyim	1	2	3	4	5	6	7
1 yıl öncesine göre şu andaki sağlığım daha iyi	1	2	3	4	5	6	7
Depresyondayım (Bunalım ve çöküntü halindeyim)	1	2	3	4	5	6	7
Hayattan zevk alıyorum	1	2	3	4	5	6	7
Ulaşmak istediğim hedeflerim var	1	2	3	4	5	6	7
Gelecekle ilgili iyimserim	1	2	3	4	5	6	7
Hayatımı tamamen ben kontrol ediyorum	1	2	3	4	5	6	7
Kendimden memnunum	1	2	3	4	5	6	7
Sevdiğimi hissediyorum	1	2	3	4	5	6	7
Fiziksel görünüşümden memnunum	1	2	3	4	5	6	7
Kendi kararlarımı kendim verebiliyorum	1	2	3	4	5	6	7

Kendi görüş ve düşüncelerimi değerli buluyorum	1	2	3	4	5	6	7
Planlarım ve hedeflerimi gerçekleştirebileceğime inanıyorum	1	2	3	4	5	6	7
Kişisel olarak daha fazla gelişebileceğime inanıyorum	1	2	3	4	5	6	7
Kendimden ve başardıklarımın memnunum	1	2	3	4	5	6	7
Ailemle olan ilişkilerimden memnunum	1	2	3	4	5	6	7
Arkadaşlarımla olan ilişkilerimden memnunum	1	2	3	4	5	6	7
Başkalarıyla rahatlıkla iletişim kurabiliyorum	1	2	3	4	5	6	7
Cinsel hayatımdan memnunum (Not: Bu soruyu cevaplamak zorunda değilsiniz)	1	2	3	4	5	6	7
Herhangi bir sorun olduğunda başkalarından yardım isteyebiliyorum	1	2	3	4	5	6	7
Şuandaki gelirim ihtiyaçlarımı karşılamaktadır	1	2	3	4	5	6	7
Yaşam standartım istediğim düzeydedir	1	2	3	4	5	6	7
Egzersiz yapabiliyorum (Örnek: Yürüyüş, koşu, yüzme, bisiklet sürme vb.)	1	2	3	4	5	6	7
İstediğim zaman (ihtiyaç duyduğumda) sağlık hizmeti alabiliyorum	1	2	3	4	5	6	7
Ülke sağlık sistemine güveniyorum	1	2	3	4	5	6	7

### BÖLÜM 3: DEMOGRAFİK BİLGİLER

Cinsiyetiniz?	() Kadın () Erkek	
Yaşınız?		
Medeni Durumunuz?	() Bekâr () Evli () Boşanmış () Dul (Eşi vefat eden)	
Eğitim Durumunuz?	() Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü	
Mesleğiniz?	() Çalışmıyorum () Öğrenci () Kamu Çalışanı () İşçi () Özel sektör () Emekli () Ev Hanımı () Diğer.....	
Geliriniz?		
Yaşadığınız şehir?	.....(İl)	
Sosyal güvenceniz var mı?	() Yok () SGK () Emekli Sandığı () Özel Sigorta ( ) Yeşil kart (G0)	
Hane Nüfusu?	.....(Kişi)	
Hane bilgisi: Kiminle yaşıyorsunuz?	() Tek başıma () Ailemle () Arkadaşlarımla () Barınma evi vb.	
Hastalığınız nedir? Ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?	.....(Hastalık)	.....Ay/Yıl
Son 1 yıl içerisinde hastaneye kaç defa gittiniz? Ek Hastalığınız var mı?	.....(defa)	() Evet () Hayır (Ek Hastalığınız var mı?)
Son 1 yıl içerisinde 3 günden fazla yatış yaptınız mı? Kaç gün yatış yaptınız?	() Evet () Hayır	..... gün
Hangi İlde ve Hangi Hastanede yatış yaptınız?	..... (İl)	() Devlet Hastanesi () Eğitim ve Araştırma Hastanesi () Özel Hastane
Yatış yaptığımız hastaneyi tercih nedenleriniz?	() Başka hastaların tavsiyesi () Eski hastası () Temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması () Rasgele kendi seçimim () Diğer.....	
Engel durumunuz var mı? Türü?	() Evet () Hayır	Engel Türü:.....
Vücut Kitle indeksiniz?	() Zayıf () Normal () Kilolu () Aşırı Kilolu	Boy:..... Kilo:.....
Sigara/Alkol Tüketme alışkanlıklarınız?	() Sigara vb. () Alkol vb. () Bir süre kullandım bıraktım () Kullanmıyorum	