

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİRLİKTE DEĞER
YARATMA FAALİYETLERİNİN DAVRANIŞSAL
NİYETE ETKİSİNDE ARACI DEĞİŞKENLERİN
ROLÜ**

Abdülkadir ŞENCAN
2502160428

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Emrah CENGİZ

İSTANBUL – 2023

ÖZ

SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİRLİKTE DEĞER YARATMA
FAALİYETLERİNİN DAVRANIŞSAL NİYETE ETKİSİNDE ARACI
DEĞİŞKENLERİN ROLÜ
ABDÜLKADİR ŞENCAN

Değişen ve gelişen dünya ile birlikte güncellenen pazar yapısı pazarlamada da paradigma değişimlerini gerekli kılmıştır. Bir paradigma önerisi olarak ortaya çıkan hizmet baskın mantık hizmet sektörü özelinde bir önerme değil hizmetin mübadelenin temeli olduğunu yönünde bir anlayıştır. Hizmet baskın mantığa göre kurumların düzenleyici görev aldığı ekosistem içerisindeki aktörler, kaynak entegrasyonu ile hizmet için hizmet mübadelesini gerçekleştirir ve birlikte değer yaratır. Hizmet baskın mantığa göre pazarlamanın ana hedefi değer yaratmaktır.

Değerin ne olduğu, nasıl yaratıldığı ve birlikte nasıl yaratılabileceği ile ilgili olarak farklı yaklaşımlar vardır. Literatürde mübadele değeri ve kullanım değeri olmak üzere iki farklı değerden bahsedilmektedir. Geleneksel anlayış mübadele değerine odaklanır. Hizmet baskın mantık ise asıl değer kullanım değeri olduğunu savunur ve bu değeri yaratan kullanıcı ile birlikte değer yaratmanın pazarlamanın amacı olması gerektiğini söyler. Geleneksel anlayıştaki kullanım değeri süreci üretimi, üretilenin imhasını kapsar. Hizmet baskın mantıktaki kullanım değeri süreci ise birlikte değer yaratma sürecidir. Üretimi, üretilenin imhasını, geri bildirim ve geri bildirim ile tekrar öğrenmeyi de kapsayan döngüsel bir süreçtir. Hizmet için hizmet mübadelesi yani kaynakların aktörler arasında mübadelesi ve entegrasyonu bu döngüsel sürecin içindedir. Sonuç olarak birlikte değer yaratılmış olur.

Bu çerçevede sağlık hizmetlerinde birlikte değer yaratma büyük önem arz eder. Birlikte değer yaratma konusunda ampirik çalışmalar oldukça sınırlıdır. Hele ki sağlık hizmetlerindeki etik kaygılar gerekçesiyle bu çalışmalar yok denecek kadar azdır. Oysa birlikte değer yaratma ekosistemini anlayabilmek adına sağlık hizmetleri biçilmiş kaftandır. Bir tarafta hizmeti sunucuları diğer tarafta ise hizmeti kullanan, kendi hastalığından sorumlu insanlar vardır. Hizmet çıktılarının artırılması için iki

taraf arasında etkileşim ve birlikte hareket etme gerekir. Sağlık hizmetinin çıktılarının artması için fayda sağlayanın hizmete katılım göstermesi, sağlığını korumak veya kazanmak için hizmete katılıma ek olarak bireysel çaba göstermesi; kişinin kendisinin doktoru olması gerekmektedir.

Sağlık hizmetinin çıktılarını artırmak ülkelerin sağlık için yaptığı harcamaları azaltmak ve refahı artırmak anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinde artan harcamalar, düşen kalite, verim gibi makro sorunlar ile artan sağlık hizmeti talebi, yaşlanan nüfus gibi mikro sorunlar bir süredir ülke yönetimlerinin temel sorunları haline gelmiştir. Hastayı merkeze alan birlikte değer yaratma anlayışı sağlık hizmetlerinin çıktılarını önemli ölçüde artırabilme potansiyeline sahiptir.

Bu tez kapsamında yapılan araştırmada kronik hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin davranışsal niyetlerine etkisi ve bu etkide iyi oluş, tatmin, hizmet performansı, algılanan değer aracı rolleri incelenmiştir. Araştırmaya katılan 18 yaş üstü, 104 farklı kronik hastalıktan muzdarip 878 kronik hastaya Facebook üzerindeki kronik hasta gruplarından ulaşılmıştır. Veriler anket yöntemi ile çevrimiçi olarak toplanmıştır. Kavramsal model, yapısal eşitlik modellemesi ile analiz edilerek yapısal model ortaya konmuştur. Analiz neticesinde 14 ana hipotezden yalnızca 1 tanesi kabul edilmiş diğerleri kısmen kabul edilmiştir. Sonuç olarak kronik hastaların davranışsal niyetlerini somut öğelerden ziyade soyut öğelerin etkilediği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Pazarlama, hizmet pazarlaması, sağlık hizmetleri pazarlaması, hizmet baskın mantık, birlikte değer yaratma, kronik hasta, hastane, sağlık hizmetleri, hizmet mantık, toplumsal pazarlama

ABSTRACT
THE ROLE OF MEDIATOR VARIABLES ON THE EFFECT OF VALUE
CO-CREATION ACTIVITIES IN HEALTH CARE SERVICES ON
BEHAVIORAL INTENTION
ABDULKADIR SENCAN

The market structure updated with the changing and developing world has necessitated paradigm shifts in marketing. The service-dominant logic that emerged as a paradigm proposal is not a proposition specific to the service sector, but an understanding that service is the basis of exchange. According to the service-dominant logic, actors within the ecosystem in which institutions have a regulatory role exchange service for service through resource integration and create value together. According to the service dominant logic, the main goal of marketing is to create value.

There are different approaches to what value is, how it is created, and how it can be co-created. Two different values are mentioned in the literature value-in-exchange and value-in-use. The traditional understanding focuses on value-in-exchange. Service dominant logic, on the other hand, argues that the real value is value-in-use and says that creating value together with the user who creates value-in-use should be the purpose of marketing. The value-in-use process in the traditional understanding involves production and destruction of what is produced. The value-in-use process in the service-dominant logic is the process of co-creating value. It is a circular process that includes production, destruction of what is produced, feedback, and relearning with feedback. Service-for-service exchange, that is, the exchange and integration of resources between actors, is within this circular process. As a result, value is co-created.

In this context, value co-creation in health services is of great importance. Empirical studies on value co-creation are quite limited. These studies are almost non-existent, especially due to ethical concerns in healthcare. However, healthcare services are perfect for understanding the ecosystem of value co-creation. On one side there are the service providers and on the other side there are the people who use the service and

are responsible for their own illness. In order to increase service outputs, interaction and joint action between the two parties is required. In order to increase the outcomes of the health service, the beneficiary must participate in the service and make individual efforts in addition to participation in the service to maintain or gain health; A person must be her/his own doctor.

Increasing the outcomes of health care means reducing countries' spending on health and increasing welfare. Macro problems such as increasing expenditures in health services, decreasing quality and efficiency, and micro problems such as increasing demand for health services and aging population have become the main problems of countries for a while. The concept of co-creating value that puts the patient at the center has the potential to significantly increase the outcomes of health services.

In the research conducted within the scope of this dissertation, the effect of value co-creation activities of chronic patients on their behavioral intentions and the mediating roles of well-being, satisfaction, service performance and perceived value were examined. 878 chronic patients, over the age of 18, suffering from 104 different chronic diseases, who participated in the research, were reached through chronic patient groups on Facebook. Data was collected online by survey method. The conceptual model was analyzed with structural equation modeling and the structural model was revealed. As a result of the analysis, only 1 of the 14 main hypotheses was accepted and the others were partially accepted. As a result, it can be said that intangible elements rather than tangible elements affect the behavioral intentions of chronic patients.

Keywords: Marketing, service marketing, healthcare marketing, service dominant logic, value co-creation, chronic patient, hospital, healthcare services, service logic, societal marketing

ÖNSÖZ

1970'lerden sonra bir disiplin olarak ortaya çıkan hizmet pazarlaması bir anlayıştan ziyade hızlı bir gelişim gösteren hizmet sektörüne odaklı bir yaklaşımdır. Özellikle üretimi baz alan pazarlama anlayışıyla ortaya çıkan hizmet pazarlaması, hizmete de ürün gibi yaklaşmıştır. Bu sebeple ürün gibi hizmetin de özellikleri belirlenmiş, hizmetin özünü araştırmak yerine disiplini meşrulaştırma çabasına girilmiştir. Ancak ürün gibi değerlendiremeyecek olan hizmete “ürün giysisi” dikme çabası zamanında pazarlamanın ilerlemesine büyük katkılarda bulunmuş olsa da bir yerden sonra tıkanmıştır. 2000'li yılların başına gelindiğinde bu tıkanıklığı Vargo ve Lusch'un pazarlamaya bakışın hizmet baskın mantık olması gerekliliği önerisi ile açıldığı söylenebilir. Hizmet baskın mantık Vargo ve Lusch'a ait bir teori değildir. Kendi deyimleri ile var olanın tanımlanmasıdır.

Hizmet baskın mantığının ana fikri şüphesiz ki birlikte değer yaratmadır. Bu birliktelik firma müşteri tek yönlü olmadığı gibi yalnızca firma ve müşteri ile sınırlı değildir. Sistem mantığında görünen veya görünmeyen aktörler vardır. Bu aktörler birbirlerinden öğrenir. Kurumların da etkisiyle döngüsel bir sürece dahil olurlar. Bu döngüsel sürece mutlaka fayda sağlayan da dahil olmalıdır aksi halde birlikte değer yaratmaktan bahsedilemez.

Birlikte değer yaratmanın belki de en iyi incelenebileceği alan sağlık hizmetleridir. Bunun nedeni mikrodan makroya kadar bütün ekosistemler içerisindeki aktörler ile yoğun ilişki içinde olmasıdır. Sağlık hizmeti yalnızca bireyin sağlığı için değil toplumun sağlığı için de gereklidir. Kuralları düzenlenmiş ve sıkı kontrol altındadır. Sağlık hizmetlerinde de en çok anlaşılması gereken sağlık hizmetini en çok kullanan (%75) kronik hastalardır.

Bu tezin amaçlarından biri Türkçe literatürde çok az incelenmiş hizmet baskın mantığa ve genel olarak incelendiğinde yanlış veya eksik anlaşılmış birlikte değer yaratma kavramına yerli bir kaynak sağlamaktır. Bir diğer amacı da sadece yerli değil yabancı literatürdeki ampirik çalışma eksikliğini bir nebze olsun giderebilmektir. Son,

belki de en ulvi amacı sağlık hizmetleri konusunda karanlık kalmış alanlara ışık tutarak topluma bir katkıda bulunabilmektir.

Öncelikle doktora hayatım boyunca idari ve akademik meşguliyetine rağmen katkısını ve desteğini esirgemeyen danışman hocam Sayın Prof. Dr. Emrah CENGİZ’e teşekkür ederim.

Tez yazım sürecinde eleştirilerini büyük bir nezaketle dile getiren ve akademik katkılarından mahrum bırakmayan Prof. Dr. şebnem Burnaz’a; sayesinde çok şey öğrendiğim, dostum ve hocam Dr. Öğr. Üyesi İrfan AKYÜZ’e ne kadar teşekkür etsem azdır.

Doktora eğitimim boyunca ders aldığım, akademik bilgileriyle önümde başka kapılar ačan, yönlendirmeleri ile vizyonumu genişleten bütün hocalarıma çok řey borçluyum. Ayrıca beni bir öğrenci değil bir arkadaş olarak gören İşletme Bölümü ekibine teşekkürlerimi sunuyorum. Özellikle ilk günden bu yana hişbir mecburiyeti olmamasına rağmen, yalnızca bana değil bütün öğrencilere karşı yardımsever tutumuyla herkesin sevgisini ve takdirini kazanmış İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü sekreteri dostum Armađan GÖRÜCÜ’ye her konudaki desteği için teşekkür borçluyum.

Zorlu doktora süreci boyunca bana sabır gösteren aileme ve beni her daim destekleyen babam Prof. Dr. Sadık şENCAN’a müteşekkirim.

ABDÜLKADİR şENCAN
İSTANBUL, 2023

İÇİNDEKİLER

ÖZ	ii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ	vi
TABLolar LİSTESİ.....	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xv
GRAFİKLER LİSTESİ.....	xvii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xviii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

BİRLİKTE DEĞER YARATMA

1.1. Birlikte Değer Yaratmanın Gelişimi	4
1.1.1. Pazarlamanın Evrimi	5
1.1.2 Hizmet Pazarlaması	12
1.1.3 Hizmet Baskın Mantık.....	18
1.1.3.1 Birinci Temel Öncül: Hizmet Mübadelenin Temel İlkesidir	24
1.1.3.2 İkinci Temel Öncül: Dolaylı Mübadele, Mübadelenin Temel İlkesini Maskeler	25
1.1.3.3 Üçüncü Temel Öncül: Mallar, Hizmet Sunumunun Dağıtım Mekanizmalarıdır.....	26
1.1.3.4 Dördüncü Temel Öncül: İşleyen Kaynaklar Stratejik Faydanın Temel Kaynağıdır	28
1.1.3.5 Beşinci Temel Öncül: Tüm Ekonomiler Hizmet Ekonomileridir.....	29

1.1.3.6 Altıncı Temel Öncül: Değer, Fayda Sağlayanın da İçinde Bulunduğu Birçok Aktör Tarafından Birlikte Yaratılır	30
1.1.3.7 Yedinci Temel Öncül: Aktörler Değer Sağlayamazlar Ancak Değer Tekliflerinin Yaratımında ve Önermelerinde Rol Alabilirler	31
1.1.3.8 Sekizinci Temel Öncül: Hizmet Odaklı Bakış Açısı Doğası Gereği Fayda Sağlayan Odaklıdır ve İlişkiseldir.....	32
1.1.3.9 Dokuzuncu Temel Öncül: Bütün Sosyal ve Ekonomik Aktörler Kaynak Entegratörleridir.....	33
1.1.3.10 Onuncu Temel Öncül: Değer Her Zaman Benzersiz Bir Şekilde ve Fenomenolojik Olarak Fayda Sağlayan Tarafından Belirlenir	35
1.1.3.11 Onbirinci Temel Öncül: Birlikte Değer Yaratma, Aktörler Tarafından Oluşturulan Kurumlar ve Kurumsal Düzenlemeler Aracılığı ile Koordine Edilir	35
1.1.4 Hizmet Baskın Mantığın Teorik Değerlendirilmesi	36
1.2 Birlikte Değer Yaratma Kavramı	48
1.2.1. Değer Kavramı	48
1.2.2. Tüketici Değeri.....	50
1.2.3 Değer Yaratmak	56
1.2.3.1 Odak Noktasındaki Etkileşimli Sosyal Çevrede Bulunan Her Kişi Değer Yaratandır – Geleneksel Bir Yaklaşım	56
1.2.3.2 Müşteri Kaynakları, Süreçleri ve Çıktıları Entegre Ederek Kendi Sosyal Bağlamında Değer Yaratır ve Deneyimler. Müşteri Yegâne Değer Yaratandır	58
1.2.3.3 Değer, Her Zaman Fayda Sağlayanın da İçinde Bulunduğu Birçok Aktör Tarafından Birlikte Yaratılır.....	61
1.2.4 Birlikte Değer Yaratmanın Tanımı.....	63
1.2.4.1 HBM'nin Merkezinde Bulunan, Tüm Aktörlerin Birlikte Yarattığı Değer Kavramı - Sistem Odaklı Bir Yaklaşım	66

1.2.4.2 Hizmet Mantıkta Değer Yaratma Süreci Kaynaklı Olarak Aktörlerin Rollerine Odaklı Birlikte Değer Yaratma Kavramı - Tüketici Odaklı Bir Yaklaşım	72
1.2.4.3 Etkileşimi Merkeze Alarak, Etkileşimi Yaratan Olgular Çerçevesinde Etkileşim Sürecindeki Daha Deneyimsel Birlikte Değer Yaratma Kavramı – Firma, Yönetim ve İnovasyon Odaklı Bir Yaklaşım	82
1.2.4.4. Birlikte Değer Yaratma Kavramı ile Karıştırılan Bazı Kavramlar	90

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİRLİKTE DEĞER YARATMA

2.1 Sağlık Hizmetlerinin Dünyadaki Durumu	92
2.2 Sağlık Hizmetlerinin Türkiye’deki Durumu	100
2.3 Sağlık Hizmetlerinde Birlikte Değer Yaratma	104
2.4 Sağlık Hizmetlerinde Birlikte Değer Yaratmayla İlişkili Diğer Kavramlar	131
2.4.1 İyi Oluş	131
2.4.2 Tatmin	132
2.4.3 Hizmet Kalitesi	133
2.4.4 Algılanan Değer	134
2.4.5 Davranışsal Niyet	134

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİRLİKTE DEĞER YARATMA FAALİYETLERİNİN DAVRANIŞSAL NİYETE ETKİSİNDE ARACI DEĞİŞKENLERİN ROLÜ

3.1 Araştırmanın Önemi, Amacı, Kapsamı ve Kısıtları	137
3.1.1 Araştırmanın Önemi ve Amacı	137
3.1.2 Araştırmanın Kapsamı ve Kısıtları	140

3.2 Araştırmanın Metodolojisi	140
3.2.1 Araştırmanın Ön Çalışmaları.....	140
3.2.2 Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri.....	147
3.2.3 Araştırmanın Örneklem Süreci	148
3.2.4 Anket Oluşturma, Veri Toplama Yöntem ve Aracı	149
3.2.5 Veri Analizi	157
3.3 Araştırmanın Bulguları.....	157
3.3.1 Betimleyici Veriler	158
3.3.2 Güvenilirliğinin ve Geçerliliğinin Sorgulanması	164
3.3.2.1 Keşfedici Faktör Analizleri.....	166
3.3.2.2 Doğrulayıcı Faktör Analizleri.....	175
3.3.3 Yapısal Model Analizi.....	194
3.3.3.1 Doğrudan Etki Analizi	206
3.3.3.2 Dolaylı Etki Analizi	214
SONUÇ	222
KAYNAKÇA.....	232
EKLER.....	276
ÖZGEÇMİŞ	282

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.1: Pazarlamanın Evrimi	9
Tablo 1.2: Pazarlama Düşüncesinin ve Uygulamasının Evrimi.....	10
Tablo 1.3: Hizmet Tanımları.....	17
Tablo 1.4: Ürün Baskın Mantık ve Hizmet Baskın Mantık	20
Tablo 1.5: Ürün ve Hizmet Odaklı Bakış Açılarının Kaynak Temelli Farkı	22
Tablo 1.6: Ekonomik Devirler ve Makro Uzmanlaşma	29
Tablo 1.7: Aksiyomlar ve Temel Öncüller	38
Tablo 1.8: Akademide HBM Çalışmaları	42
Tablo 1.9: Tüketici Değeri Tipolojisi.....	52
Tablo 1.10: Müşterilerin Evrimi ve Dönüşümü	64
Tablo 1.11: Değer Yaratma ile Alakalı HBM Öncüllerine Hizmet Mantıkla Bakış..	76
Tablo 1.12: HBM ve Hizmet Mantık Arasındaki Benzerlikler ve Farklar	78
Tablo 1.13: Birlikte Yaratma Kavramı	83
Tablo 2.1: Amerika Birleşik Devletleri Sigarada İyi Obezitede Kötü	98
Tablo 2.2: Sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler, 1999-2021.....	102
Tablo 2.3: Genel devlet ve özel sektöre göre toplam sağlık harcaması, 2020, 2021	103
Tablo 2.4: Yönetimsel Mantıkların Karşılaştırılması	105
Tablo 2.5: Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Terminolojilerinin Karşılaştırılması	106
Tablo 2.6: Sağlık ve Sağlık Hizmetleri İçin HBM'nin Yeni Bir Dile Uygulanması	106
Tablo 2.7: Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Birlikte Değer Yaratmasının Dört Modeli	109
Tablo 2.8: Hastaların Birlikte Değer Yaratma Faaliyetleri.....	116
Tablo 2.9: Hastaların Birlikte Değer Yaratma Uygulamaları Örnekleri.....	120
Tablo 3.1: Hekim Bakış Açısından Birlikte Değer Yaratma	141
Tablo 3.2: Birlikte Değer Yaratmaya Konu Olabilecek Hastalıklar	143
Tablo 3.3: Araştırmada Kullanılan Ölçekler	150
Tablo 3.4: Hastalıkların Gruplandırılması	153
Tablo 3.5: Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımları	158
Tablo 3.6: Hastaların Kronik Hastalık Sürelerine Göre Dağılımları	158

Tablo 3.7: Hastaların Hastalıkları İle İlgili Olarak Düzenli Hastaneye Başvurma Sürelerine Göre Dağılımları.....	159
Tablo 3.8: Hastaların Kronik Hastalıklarıyla İlgili Olarak En Son Düzenli Başvurdukları Hastaneye Göre Dağılımları.....	159
Tablo 3.9: Hastaların Kronik Hastalıklarıyla İlgili Olarak En Son Düzenli Başvurdukları Hastaneyi Ziyaret Etme Süresine Göre Dağılımları.....	160
Tablo 3.10: Hastaların Kronik Hastalıklarına Göre Dağılımları.....	160
Tablo 3.11: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	161
Tablo 3.12: Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımları.....	162
Tablo 3.13: Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları.....	162
Tablo 3.14: Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımları.....	162
Tablo 3.15: Hastaların Kişisel Aylık Gelirlerine Göre Dağılımları.....	163
Tablo 3.16: Hastaların Kendilerini Koydukları Gelir Gruplarına Göre Dağılımları.....	163
Tablo 3.17: Hastaların Meslek Gruplarına Göre Dağılımları.....	164
Tablo 3.18: KMO Değerleri ve Yorumları.....	166
Tablo 3.19: Etkileşim Ölçeği ile İlgili Keşfedici Faktör Analizi Sonucu.....	167
Tablo 3.20: Birlikte Değer Yaratma Faaliyetleri Ölçeği ile İlgili Keşfedici Faktör Analizi Sonucu.....	168
Tablo 3.21: İyi Oluş Ölçeği ile İlgili Keşfedici Faktör Analizi Sonucu.....	170
Tablo 3.22: Tatmin Ölçeği ile İlgili Keşfedici Faktör Analizi Sonucu.....	171
Tablo 3.23: Hizmet Performansı Ölçeği ile İlgili Keşfedici Faktör Analizi Sonucu.....	172
Tablo 3.24: Algılanan Değer (GLOVAL) Ölçeği ile İlgili Keşfedici Faktör Analizi Sonucu.....	173
Tablo 3.25: Davranışsal Niyet Ölçeği ile İlgili Keşfedici Faktör Analizi Sonucu.....	175
Tablo 3.26: Kovaryans Yapı Modelleri için Uyum İndeksleri.....	177
Tablo 3.27: Etkileşim Ölçeğinin Model Uyum İndeks Değerleri.....	180
Tablo 3.28: Etkileşim Ölçeği Değişkenlerinin Parametre Değerleri.....	180
Tablo 3.29: Birlikte Değer Yaratma Faaliyetleri Ölçeğinin Model Uyum İndeks Değerleri.....	182
Tablo 3.30: Birlikte Değer Yaratma Faaliyetleri Ölçeği Değişkenlerinin Parametre Değerleri.....	182
Tablo 3.31: İyi Oluş Ölçeğinin Model Uyum İndeks Değerleri.....	183

Tablo 3.32: İyi Oluş Ölçeği Değişkenlerinin Parametre Değerleri.....	184
Tablo 3.33: Tatmin Ölçeğinin Model Uyum İndeks Değerleri.....	185
Tablo 3.34: Tatmin Ölçeği Değişkenlerinin Parametre Değerleri	185
Tablo 3.35: Hizmet Performansı Ölçeğinin Model Uyum İndeks Değerleri	186
Tablo 3.36: Hizmet Performansı Ölçeği Değişkenlerinin Parametre Değerleri	187
Tablo 3.37: Algılanan Değer Ölçeğinin Model Uyum İndeks Değerleri.....	188
Tablo 3.38: Algılanan Değer Ölçeği Değişkenlerinin Parametre Değerleri	189
Tablo 3.39: Davranışsal Niyet Ölçeğinin Model Uyum İndeks Değerleri.....	190
Tablo 3.40: Davranışsal Niyet Ölçeği Değişkenlerinin Parametre Değerleri	190
Tablo 3.41: Ölçüm Modeli Uyum İndeks Değerleri	191
Tablo 3.42: Ölçüm Modeli Değişkenlerinin Parametre Değerleri	192
Tablo 3.43: Araştırma Modelinin Ana ve Alt Hipotezleri	195
Tablo 3.44: Kavramsal Yapısal Modelde Yer Alan Değişkenler	205
Tablo 3.45: Kavramsal Yapısal Model Uyum İndeks Değerleri.....	206
Tablo 3.46: Yapısal Modelde Yer Alan Değişkenler	207
Tablo 3.47: Yapısal Model Uyum İndeks Değerleri.....	208
Tablo 3.48: Yapısal Model Kabul Edilen Hipotezler ve Parametre Değerleri	208
Tablo 3.49: Aracılık Etkisi Hipotez Testi	214
Tablo 3.50: Aracılık Etkisi Parametre Değerleri.....	217
Tablo 3.51: Araştırmanın Ana Hipotez Testi Sonuçları	220

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1: Tüketicinin işleyen ve işlenen kaynakları.....	21
Şekil 1.2: Aracılar Mübadelenin Hizmet için Hizmet Doğasını Maskeler	26
Şekil 1.3: Kaynak entegratörlerinin mübadelesi	34
Şekil 1.4: Hizmet Baskın Mantığın Aksiyomları.....	39
Şekil 1.5: Hizmet Ekosistemi Katmanları.....	41
Şekil 1.6: Geleneksel Değer Yaratma Sürecinde Pazar	57
Şekil 1.7: Geleneksel Değer Yaratma Süreci.....	57
Şekil 1.8: Kullanım Değeri – Mübadele Değeri Karşılaştırması	58
Şekil 1.9: Kullanım Değeri – Kapsayıcı Süreç Olarak Değer Yaratma.....	60
Şekil 1.10: Değer Yaratma Süreci Uzayı.....	61
Şekil 1.11: Değer Yaratma Faaliyetleri Temelinde HBM Değer Yaratma Süreci.....	62
Şekil 1.12: Birlikte Değer Yaratmanın Kavramsal Çerçevesi	67
Şekil 1.13: HBM’de Birlikte Değer Yaratma Süreci	69
Şekil 1.14: İç İç Ekosistem Katmanları.....	71
Şekil 1.15: Sağlayıcı Müşteri İlişkisinde Değer Yaratma ve Birlikte Değer Yaratma	74
Şekil 1.16: Değer Yaratma Alanları.....	75
Şekil 1.17: Değer Yaratmanın Birlikte Yaratma Paradigması	84
Şekil 1.18: Birlikte Değer Yaratmak İçin Etkileşimlerin Yapı Taşları.....	87
Şekil 1.19: Birlikte Yaratmanın Kavramsallaştırılması	89
Şekil 2.1: Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Birlikte Değer Yaratma Modeli.....	111
Şekil 2.2: Sağlık Hizmetleri Ekosistemi	113
Şekil 2.3: Müşteri Birlikte Değer Yaratma Uygulama Stilleri Tipolojisi	117
Şekil 2.4: Değer Ağlarında Birlikte Değer Yaratma.....	130
Şekil 2.5: Elektronik Sağlık Kayıtlarıyla Birlikte Değer Yaratma Modeli.....	130
Şekil 3.1: Kavramsal Araştırma Modeli.....	147
Şekil 3.2: Etkileşim Ölçeğinin DFA Sonrası Görünümü	179
Şekil 3.3: Birlikte Değer Yaratma Faaliyetleri Ölçeğinin DFA Sonrası Görünümü	181
Şekil 3.4: İyi Oluş Ölçeğinin DFA Sonrası Görünümü	183

Şekil 3.5: Tatmin Ölçeğinin DFA Sonrası Görünümü.....	185
Şekil 3.6: Hizmet Performansı Ölçeğinin DFA Sonrası Görünümü	186
Şekil 3.7: Algılanan Değer Ölçeğinin DFA Sonrası Görünümü.....	188
Şekil 3.8: Davranışsal Niyet Ölçeğinin DFA Sonrası Görünümü.....	190
Şekil 3.9: Ölçüm Modeli DFA Sonrası Görünümü.....	191
Şekil 3.10: Kavramsal Yapısal Model	205
Şekil 3.11: Yapısal Model.....	207

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 2.1: Hükümet Sağlık Harcamalarının Geçmiş Yıllara Göre Karşılaştırılması	93
Grafik 2.2: Tüm Gelir Grubu Ülkelerde Sağlık Harcamaları Hükümet Kaynaklarına Daha Bağımlı Hale Geldi	94
Grafik 2.3: Amerika Birleşik Devletleri OECD Ülkeleri Arasında En Yüksek Sağlık Hizmetleri Harcamasına Sahip.....	97
Grafik 2.4: Sağlık harcamaları, 2012-2021.....	102

KISALTMALAR LİSTESİ

AMA	: Amerikan Pazarlama Birliği
HBM	: Hizmet Baskın Mantık
B2B	: İşletmenden İşletmeye
B2C	: İşletmenden Tüketicie
C2C	: Tüketiciden Tüketicie
Örn.	: Örneğin
G-Ç	: Girdi – Çıktı
DART	: Diyalog, Erişim, Şeffaflık, Risk
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
\$	: Amerikan Doları
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
YEM	: Yapısal Eşitlik Modellemesi
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
KFA	: Keşfedici Faktör Analizi
SRA	: Standartlaştırılmış Regresyon Ağırlığı
SH	: Standart Hata
KO	: Kritik Oran
RA	: Regresyon Ağırlığı

GİRİŞ

Geçtiğimiz yüzyılda pazarlama paradigma değişimleri yaşamıştır. Bu değişimleri tetikleyen de pazarın değişmesi ve gelişmesinin yanında pazarlamanın dar bir alan sıkıştırılmaya çalışıldığı konusundaki eleştiriler olmuştur. Özellikle pazarlamanın değil de pazarlama yönetimi üzerinde durulması eleştirilerin ana temasını oluşturur (Thomas, 2020).

Bu eleştirilerin ışında ortaya çıkan hizmet baskın mantık pazarlamanın ihtiyacı olan paradigma değişiminin hizmet merkezli bir anlayış olması gerektiğini savunur. Hizmet baskın mantık pazarlamanın değer teklifinde bulunma amacındaki değer hizmette saklı olduğunu söyler. Lakin hizmeti bir sektör olarak değil mübadeledeki tarafların kaynak entegrasyonu olarak tanımlar. Mübadeledeki tarafları da yalnızca müşteri-firma ile sınırlamayarak bir ekosistem mantığında değerlendirir. Ekosistem içerisinde değer, aktörlerin kaynaklarını entegre ederek kurumların düzenleyici rolü ışığında hizmet için hizmet mübadelesi gerçekleştirdiklerinde yaratılır (Vargo & Lusch, 2016).

Bu perspektiften bakıldığında pazarlamanın özü birlikte değer yaratma olabilir (Grönroos, 2012). Hizmet baskın mantığın temelinde de birlikte değer yaratma vardır (Lusch & Vargo, 2019). Birlikte değer yaratma kavramının önemini akademik olarak kabul edilmiş olsa da pazarlama araştırmalarında geri kalmıştır (Yi & Gong, 2013). Özellikle de sağlık hizmetleri alanında ampirik çalışma eksiği göze çarpmaktadır (Barile, Saviano, & Polese, 2014).

Oysa birlikte değer yaratma sağlık hizmetlerinin içinde bulunduğu zorlu duruma bir çare olabilir (Joiner & Lusch., 2016). Sağlık hizmetlerinin devletler üzerindeki yükü her geçen yıl tehlikeli boyutlarda artmaktadır (WHO, 2020). Birlikte değer yaratma ile sağlık hizmetlerindeki çıktılar artırılarak hem harcamalar azaltılabilir hem de toplumun refah düzeyinde hatırı sayılır bir artış elde edilebilir (Sweeney, Danaher, & McColl-Kennedy, 2015). Özellikle sağlık harcamalarındaki

payı %75'i bulan kronik hastalar ile yapılacak çalışmalar devletler üzerindeki yükü azaltmaya büyük destek sağlayabilir (Harris & Wallace, 2012).

Sağlık hizmetlerinde hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin etkilerini incelemeyi amaçlayan bu çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde birlikte değer yaratma kavramının teorik çerçevesi çizilmeye çalışılmıştır. Bu bölümde öncelikle pazarlamanın zaman içerisindeki değişimi ve gelişimine değinilmiştir. Takiben bu değişime ve gelişime bir paradigma önerisi olarak ortaya çıkan hizmet baskın mantık ele alınmıştır. Son olarak da değer, değer yaratmak ve birlikte değer yaratmak kavramlarının literatürdeki farklı anlayışlarına yer verilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde birlikte değer yaratma kavramı sağlık hizmetleri özelinde değerlendirilmiştir. Öncelikle Dünya'da ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin durumu betimlenmeye çalışılmıştır. Bölümün devam eden kısmında birlikte değer yaratmanın sağlık hizmetlerindeki teorik ve pratik uygulamalarına yer verilmiştir. Bölüm sonunda ise birlikte değer yaratma kavramının farklı kavramlarla olan ilişkisine değinilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin davranışsal niyetleri üzerinde etkisi olup olmadığı incelenmiş, buna ek olarak da iyi oluş, tatmin, hizmet performansı, algılanan değer aracı değişkenlerinin rolü araştırılmıştır. Bölümün başında araştırma konusunun önemine ve amacına değinilmiş, kapsamı ve kısıtları belirtilmiştir. Daha sonra araştırma metodolojisi çerçevesinde ön çalışmalara, araştırma modeline, araştırma hipotezlerine, örnekleme sürecine, veri toplama yöntemine, veri toplama aracına ve veri analizine değinilmiştir. Bölümün araştırma bulguları kısmında öncelikle betimleyici veriler sunulmuş sonra da keşfedici faktör analizleri ve doğrulayıcı faktör analizlerine yer verilmiştir. Son olarak yapısal model analizi ile doğrudan ve dolaylı etki analizleri gerçekleştirilerek yapısal model ortaya konulmuştur.

Çalışmanın son bölümü olan sonuç bölümünde araştırmanın sonuçlarına dayanan çıkarımlar ve bu çıkarımlar çerçevesindeki önerilere yer verilmiştir. Son

olarak araştırmanın katkılarından bahsedilmiş ve gelecekte yapılacak çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.



BİRİNCİ BÖLÜM

BİRLİKTE DEĞER YARATMA

Amerikan Pazarlama Birliğine (AMA) göre pazarlama müşteriler, ortaklar ve topluma kısaca bütün paydaşlara değer teklifi sunma, iletme ve mübadele etkinliğinde bulunmadır (AMA, 2022). Mübadelenin ana amacı ve temel sürecinde yatan şey ise değer yaratmadır (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008)

Değerin ne olduğu, nasıl yaratıldığı ve nasıl birlikte yaratılabileceği Aristo'dan bu yana tartışılmaktadır (Gordon, 1964) çünkü değeri tanımlamak da ölçmek de başlı başına büyük zorluklar içermektedir (Grönroos, 2008). Bu zorluklar bir yana akademisyenler değerın tüketicisi tarafından yaratıldığı konusunda neredeyse fikir birliğine varmışlardır (Fleetwood, 1997).

Değerin yalnızca tüketici tarafından mı yaratıldığı yoksa tüketicinin her zaman kendi kaynakları yanında bir dış kaynak kullanarak mı değerin yaratıldığı konusunda henüz bir fikir birliği bulunmamaktadır (Gummesson & Gronroos, 2012) ancak değer kavramı teorik olarak geçen yıllar neticesinde oldukça sağlam temeller üstüne oturmaya başlamıştır.

1.1. Birlikte Değer Yaratmanın Gelişimi

Birlikte değer yaratma kavramı günümüzde firma odaklılıktan ziyade tüketici odaklı bir anlayıştadır (Normann & Ramirez, 1993). 2000'li yıllardan bu yana akademisyenlerin ilgi odağındaki birlikte değer yaratma kavramı (Cova, Dalli, & Zwick, 2011) teorik olarak açıklanmada başlarda eksik kalmış olsa da (Prahalad & Ramaswamy, 2000) zamanla kavramsal olarak belli bir çerçeveye oturtulmuştur (Ramaswamy & Özcan, 2018).

Bu çerçevelerin başında da hizmet baskın mantık gelir. Hizmet baskın mantık birlikte değer yaratmaya aktör, hizmet, kaynak, değer ve kurum çerçevesinden bakar. Bu açıdan değerlendirildiğinde hizmet baskın mantık birlikte değer yaratmayı firma

ve müşteri odağından çıkartarak daha geniş bir çerçevede değerlendirir (Vargo & Lusch, 2016).

1.1.1. Pazarlamanın Evrimi

Pazarlama kavramı olarak ortaya çıktığı ilk zamanlarda, ekonominin bir disiplini olarak emtianın dağıtımı ve mübadelesi üzerine yoğunlaşmaktaydı. Pazarlamanın ilk düşünürleri tüm dikkatlerini mübadele odaklı olarak pazarlama kurumlarınca ürünlerin hazır bulundurulmasına ve sahiplik değişiminin organize edilmesine vermişler, bu amaçla da pazarlama kurumlarının fonksiyonlarını yerine getirebilmesine olanak tanıyacak çalışmalarda bulunmuşlardır (Vargo & Lusch, 2004a). Pazarlamada amaç 1950'lere gelinene kadar ürünlerin fiziksel olarak dağıtımı (Savitt, 1990) yani ürünleri fiziksel olarak yer değiştirme uygulaması olmuştur (Shaw, 1912).

Pazarlama bir başka bakış açısına göre (tıpkı ürünün veya hammaddenin üreticiye de farklı ticari kanallardan dağıtımı gerçekleştiğinde bir kurtulma sürecinden geçtiği gibi) üreticinin ürettiği maldan kurtulması süreci olarak tanımlanmıştır. Pazarlama doğası ve benzerlikleri sebebi ile ticaret ile çokça karıştırılmıştır. Üreticiler ürünlerini pazarlarken perakendeciler, taşeronlar veya aracılar bu ürünlerin ticaretini yapmaktaydılar. Ticaret yapanlarda bir sahiplik ve stokçuluk vardı oysa pazarlamada temel amaç bunlardan farklıydı (Johnson, Falkner, Greendlinger, & Hurd, 1918).

İlk dönem pazarlamanın temel amacı eşdeğeri başka bir şey ile mübadele sürecine katılmak için emtianın transferiydi (Cherington, 1920). Modern endüstriyel toplumdaki ticari organizasyon ürünleri bir noktadan diğer noktaya ulaştırma görevini üstlenmiş yapılar olarak tanımlanmaktaydı. Organizasyon ile ilgili bir problem tespiti yapılacaksa aslında bir pazarlama araştırması yapılmış olurdu (Duncan C. , 1920) çünkü pazarlama bir iktisatçıya göre üretimin bir parçasıydı (Converse, 1921). Pazarlama genel olarak yalnızca dağıtım anlamına gelen satış üzerine kabul görüyorsa da bundan daha fazlasıydı çünkü satışın gerçekleşebilmesi için araştırma, öngörü, planlama gibi faaliyetlere de ihtiyaç vardır (Collins, 1930). İlk dönem pazarlama emtiadaki bir şekil değişimi ile ilgili bütün faaliyetleri dışarıda bırakarak üreticiden

tüketicie ulaşınca kadar bütün faaliyetler olarak tanımlanabilirdi (Maynard, Weilder,, & Beckman, 1932).

1935 yılı pazarlamanın evriminde önemli bir yere sahiptir. 1937 yılında kurulan AMA'nın selefi Pazarlama Öğretmenleri Ulusal Birliği (National Association of Marketing Teachers) tarafından pazarlamanın ilk resmi tanımı yapılmıştır. Pazarlama Öğretmenleri Ulusal Birliği'ne göre pazarlama, “üretim noktasından tüketim noktasına kadar mal ve hizmetlerin akışında yer alan ticari faaliyetlerden” oluşmaktaydı. Zamanının anlayışını temsil eden bu tanım 1985 yılına kadar değişmeden AMA tarafından kabul edilmiştir. Her ne kadar uzunca bir süre AMA tarafından kabul edilmiş, başlarda akademisyenler ve uygulayıcılar tarafından kabul görmüş olsa da ilerleyen zamanlarda pazarlamacıları tatmin edememiştir. Bu tanımın en büyük eksiği pazarlamacıların malların yer değiştirme için yapması gereken faaliyetlerin ne olduğunu tanımlamamış olmasıdır (Thomas, 2020). Pazarlamanın kurumsal tanımının yapılmasından kısa bir süre sonra Neil H. Borden (1942) yayımladığı makalesinde pazarlamacıların görevlerini yerine getirmek için ihtiyaç duydukları faaliyetlerin ne olduğunu belirtmiş, 1960 yılında ise E. Jerome McCarthy (1960) “Basic Marketing: A Managerial” kitabı ile (4P olarak hafızalara kazınan) pazarlama karması başlığında toplamıştı.

1950'lere gelindiğinde pazarlama ilk büyük paradigma değişimini yaşamıştır. Pazarlamaya fonksiyonel açıdan yaklaşan ekol, pazarlama yönetimi ekolüne evrilmiş ve bilimsellik ön plana çıkmaya başlamıştır (Webster, 2005). Müşteri odaklı olma (Drucker, 2011), değerin nasıl belirlendiği (Levitt, 1960) ve pazarlamanın ne olduğu (McCarthy, 1960) gibi kavramlar üzerine teoriler üretilmiştir. Kotler (1967) bu dönemde pazarlamayı “hedef pazardaki müşterileri karlı bir şekilde tatmin etmek için fikir oluşturma faaliyeti” ve “pazarlama karmasına en uygun şekilde karar verme” olarak tanımlamıştır. Bu dönemde pazarlama tek bir şey değil birçok şeydir. Üreticiden tüketiciye ulaşınca kadar, bir yerden bir yere taşınıncaya kadar, tüccarın ürününü satıncaya kadar veya üreticinin ürününü üretinceye kadarki ilgili bütün faaliyetlerine, koordinasyonuna ve uygulanmasına kadar pazarlamadır. Eski anlayıştan farkı artık tüketiciye satışla ya da mübadele ilişkisini gerçekleştirmekle pazarlama bitmez. Tüketicinin tatminini de sağlamak pazarlamanın görevidir (Duddy & Revzan, 1953).

1980'lerin başında ise pazarlamadaki yeni paradigma değişiminin emareleri görülmektedir. Özellikle pazarlama karmasını yani 4P'yi fazla sınırlandırılmış ve ürün odaklı olduğunu iddia eden akademisyenler ilişkisel pazarlama, kalite yönetimi, pazar odaklılık, tedarik ve değer zinciri yönetimi, kaynak yönetimi ve ağlar gibi pazarlamaya farklı alanlar kazandırmışlardır. Yeni alanlarda arasında belki de en popüler olanı ve ilgi çeken hatta belki de pazarlamanın bir alt disiplini olarak kabul görebilecek olan hizmet pazarlaması olmuştur. Elbette bunun en büyük nedeni pazarlamanın yalnızca ürün odaklı olarak ileriye gidemeyeceğini savunan akademisyenlerin, hizmet pazarlamasını pazarlamanın zincirlerini kırabileceği bir alan olarak görmesidir (Dixon, 1990).

1985 yılında AMA pazarlamanın tanımında değişikliğe gitmiştir; "Pazarlama, bireysel ve örgütsel amaçları tatmin eden değişimleri yaratmak için malların, fikirlerin ve hizmetlerin tasarımını, fiyatlandırılmasını, tutundurulmasını ve dağıtımını planlama ve uygulama sürecidir" şeklinde yeniden tanımlamıştır (Gundlach & Wilkie, 2009). Yarım asır sonra gelen bu resmi tanımlama çok ciddi eleştirilere maruz kalmıştır; pazarlama hala organizasyonların müşteriye pazarlama faaliyetleri yürütmelerinden öteye gidememektedir. Bir önceki tanım bir yerlerinden tutularak çekildiğinde daha çoğulcu bir yaklaşıma sahipken yeni tanım toplumu tamamen dışlamaktadır. Aslında AMA pazarlamanın değil pazarlama yönetiminin tanımını yaptığı gerekçesiyle eleştirilmektedir (Thomas, 2020). Bir yönetim faaliyeti olarak pazarlamayı sıkı sıkıya savunan Kotler bile pazarlama kitabının 1967'de ki ilk baskısında pazarlamayı "seçilen müşteri gruplarının ihtiyaç ve isteklerini kârlı bir şekilde karşılamak amacıyla firmanın müşteriye etkileyen kaynaklarının, politikalarının ve faaliyetlerinin analizi, düzenlenmesi, planlanması ve kontrolü" olarak tanımlarken 1972 baskısında pazarlama ve pazarlama yönetimini ayırarak pazarlamayı "mübadeleyi kolaylaştırmaya ve tamamlamaya yönelik insan faaliyetleri dizisi" ve pazarlama yönetimini " kişisel veya karşılıklı kazanç amacıyla hedef kitlelerle istenen alışverişi sağlamak için tasarlanmış programların analizi, planlanması, uygulanması ve kontrolüne, etkili yanıt elde etmek için büyük ölçüde ürün, fiyat, promosyon ve yerin adaptasyonuna ve koordinasyonuna dayanır" olarak tanımlamıştır. Bunlara ek olarak

ilk kez “uzun vadeli müşteri refahı yaratmayı amaçlayan” toplumsal pazarlama kavramını da tanıtmıştır (Lusch, 2007).

1990’lar ise seslerin daha yüksek çıktığı ve hatta pazarlama biliminin o zamana kadar ki tartışılmaz temel yapı taşlarının tartışıldığı bir zaman olmuştur. Geleneksel pazarlama yönetimi fonksiyonunun yalnızca kar maksimizasyonuna odaklanmış yapısının pazarlama teorisi ve uygulaması ile olan bağı sorgulanmaya başlamıştır (Webster, 1992). 4P pazarlamanın ana hatlarını belirleyen bir yapı iken birden pazarlama biliminin inovatif tarafına ket vurduğu ve mevcut halinin yalnızca işe yarar bir çerçeveden öteye gidemeyeceği dillendirilmiştir (Day & Montgomery, 1999). Yeni teoriler, yeni anlayışlar ve tüketimin muhtemel etkileri pazarlamada paradigma değişimin sinyallerini vermekten öte bu değişimi mecbur kılmıştır (Achrol & Kotler, 1999). Sheth ve Parvatiyar (1995) pazarlamada ilişkilerin sürekliliğini de kapsayan yeni bir paradigmaya ihtiyaç olduğunu, pazarlama disiplininin artık kutsal “mücadele teorisi” ni bir kenara bırakması gerekliliğini belirtmişlerdir. Pazarlamadaki bu başkaldırı gücünü pazarlama üstatlarının pazarlamayı mevcut zincirlerinden kurtarmanın bir yolunu bulmasından almaktadır. Bu yol ilk kez 1988’de McKinsey için yazılmış bir raporda ortaya çıkmıştır; Michael Lanning ve Edward Michaels’ın yazdığı raporda “değer teklifi” (**value proposition**) terimi ilk kez kullanılmıştır. 1990’da ise Robert Kaplan ve David Norton değer teklifini işletmelerin anlayacakları şekilde geliştirmişlerdi (Thomas, 2020).

Değer kelimesi artık pazarlamacıların dillerine pelesenk olmuştur. Değer, sürdürülebilir rekabet avantajı probleminin cevabıdır (Parasuraman A. , 1997). Değer pazarlamanın merkezinde olmalı ve pazarlama uygulamalarının değer temelli olarak yapılması arzulanmaktadır (Doyle, 2000). 4P modelinin yerine ilişkisel pazarlamayı öneren akademisyenler bile değeri öncelemektedirler çünkü ticari bir ilişkinin temel amacı ihtiyaçlardır ve müşterilerin bu ilişkilerinde değer aradıkları artık fark edilmiştir. İlişkisel pazarlamanın en önemli bileşeni de müşteri değeridir (Ravald & Grönroos, 1996).

Değer o kadar güçlüdür ki AMA’nin 2004 pazarlama tanımında da kendine yer bulmuştur: “Pazarlama, müşteriler için değer yaratmak, iletmek ve sunmak ve müşteri

ilişkilerini organizasyona ve paydaşlarına fayda sağlayacak şekilde yönetmek için kurumsal bir işlev ve bir dizi süreçtir” (Gundlach G. , 2007). Bu tanımlamayla AMA pazarlamayı 4P paradigmasından çıkartarak müşteri değeri odaklı hale getirmiştir. Bir önceki anlayışta tek başına var olan mübadele değeri anlayışının yanına kullanımdan doğan değer anlayışı da kendisine yer edinmiştir. Bu güncellemeye rağmen AMA pazarlamayı dar anlamda tanımlamakla suçlanmaktan kurtulamamıştır. Akademisyenler ve pazarlama profesyonelleri tanımı fazla sıkıştırılmış, toplum ve kültür gibi birçok faktörü dışarıda bırakılmış olarak eleştirmişlerdir (Gundlach & Wilkie, 2009). Pazarlamada gerekli “paradigma değişimi ve değer odaklı bir pazarlama anlayışı gerekliliği” ile ilgili eleştirileri ve önerileri (Sheth & Uslay, 2007) haklı görmüş olmalı ki AMA kısa bir süre sonra 2007’de yeni bir tanımlama yapmıştır: “Pazarlama, müşteriler, ortaklar ve genel olarak toplum için değeri olan teklifleri yaratma, iletme, sunma ve mübadele etkinliği, kurumlar dizisi ve süreçleridir” (Brunswick, 2014). Pazarlamanın bu tanımı en son 2017’de yeniden gözden geçirilerek AMA’nın oluşturduğu bir kurul tarafından onaylanmıştır ve 2022 yılında hala AMA tarafından pazarlamanın tanımı olarak kabul edilmektedir (AMA, 2022). Pazarlamaya bu bakış açısı pazarlama bilimine yeni ufuklar ve akademisyenlere yeni araştırma alanları açacak, uygulayıcılara da daha geniş bir perspektif sunacaktır (Gundlach & Wilkie, 2009).

Son zamanlarda pazarlamaya bir yönetim fonksiyonu olarak bakılmadığına dair kanıtlar da vardır. Pazarlama belki de bir yönetim fonksiyonundan öte birer süreçler bütünü haline gelmiş olabilir. Belki de pazarlama değişen dünyaya ayak uyduramamıştır (Webster, 2005). Günümüze yaklaşırken pazarlamanın kanaat önderleri müşteri odaklı ve hizmet baskın bir pazarlama tanımı üzerinde durmaktadır. Pazarlamayı müşteriye değer vadinde bulunan iş süreçleri bütünü olarak görmektedirler (Vargo & Lusch, 2004a).

Tablo 1.1: Pazarlamanın Evrimi

Düşünce Ekolleri ve Pazarlama Teorisi ve Uygulaması Üzerindeki Etkileri	
Zaman Aralığı	Temel Fikirleri veya Önergeleri

1800 - 1920: Klasik ve Neo-Klasik İktisat	Ekonomi doğa bilimlerinin nicel karmaşıklığına ulaşan ilk sosyal bilim oldu. Üretim mallarının(emtia) içine gömülü olarak gelen değer(katma değer, fayda, mübadele değeri) standart bir çıktı olarak görülüyordu. Toplum içinde zenginlik somut şeylere sahiplikten geçerken, pazarlama yalnızca ürünlerin yer değiştirmesi ile ilgiliydi.
1900 - 1950: Erken Pazarlama Dönemi - Emtia - Kurumlar - Fonksiyonel	Erken pazarlama düşüncesi emtiayı, kurumları ve pazarlama işlevlerini oldukça açıklayıcıydı: emtia ekolü (malların karakteristikleri), kurumsal ekol (değer gömme sürecinde pazarlama kurumlarının rolü) ve işlevsel ekol (pazarlamacıların gerçekleştirdiği işlevler). Temel odak noktası çıktı ve kurumların pazarlama fonksiyonlarının mallara değeri nasıl eklediği idi. Pazarlama öncelikle zaman ve mekân faydası sağladı ve en büyük hedefi sahiplik faydasıydı (sahipliğin transferi veya satışı)
1950 - 1980: Pazarlama Yönetimi - Ticarethaneler müşteri odaklı olmalıdır - Değer pazarda belirlenir - Pazarlama karar verme ve problem çözme fonksiyonudur	Şirketler ideal firma performansı için pazarlama karmasını tanımlamaya çalışırken çoğunluğu mikro ekonomiden alınmış analitik teknikler kullanır hale geldiler. Değer pazarda belirlenirdi; ürün içindeki gömülü değer bir anlamı olmalıydı. Müşteriler "şeyleri" değil isteklerin ve ihtiyaçların tatminini satın alıyorlardı. Şirket içindeki herkes müşteriye odaklanmalıydı çünkü şirketin yegâne amacı tatmin olmuş müşteri yaratmıydı. Farklılaşma yoluyla rekabet avantajı sağlayan değişen çevreye verilen işlevsel tepkilerin tanımlanması kullanım değerine doğru kaymaya başladı.
1980 - 2000 ve Ötesi: Sosyal ve Ekonomik Süreç Olarak Pazarlama - Pazar Yönelimi - Hizmet Pazarlaması - İlişkisel Pazarlama - Kalite Yönetimi - Değer ve Tedarik Zinciri Yönetimi - Kaynak Yönetimi - Ağ Analizi	Pazarlamayı sürekli bir sosyal ve ekonomik süreç olarak gören baskın bir mantık ortaya çıkmaya başladı. Bu mantık, finansal sonuçları nihai bir sonuç olarak değil, bir değer önerisi hakkındaki piyasa hipotezinin testi olarak görür. Pazar, kuruluşların eylemleri hakkında bilgi edinmelerini ve müşterilerine daha iyi hizmet vermenin ve finansal performansı iyileştirmenin yollarını bulmalarını sağlayan pazar ile ilgili hipotezleri yanlışlayabilir. Bu paradigma, müşteri ve pazar yönelimi, hizmet pazarlaması, ilişkisel pazarlama, kalite yönetimi, değer ve tedarik zinciri yönetimi, kaynak yönetimi ve ağ analizi gibi önemli alanlarda farklı literatür kaynaklarını birleştirmeye başladı. Ortaya çıkan paradigmanın temel öncülleri (1) beceri ve bilgi mübadelenin temel birimidir, (2) dolaylı mübadele temel mübadele birimini maskeler, (3) mallar hizmet sunumu için dağıtım mekanizmalarıdır, (4) bilgi rekabet avantajının temel kaynağıdır, (5) tüm ekonomiler hizmet ekonomileridir, (6) müşteri her zaman birlikte üretendir, (7) işletme yalnızca değer önerilerinde bulunabilir, (8) hizmet merkezli bir bakış açısı doğası gereği müşteri odaklı ve ilişkiseldir.

Kaynak: Vargo, Stephen & Lusch, Robert. (2004). Evolving to a New Dominant Logic. Journal of Marketing. 68. 1-17, s.3

Pazarlamanın evrimini özetleyen Tablo 1.1'e bakıldığında yönetsel odaktan analitik bir odağa geçiş görülmektedir. Bu anlayışlar birbirlerinin yerine geçmek yerine sürekli bir rekabet halindedirler.

Tablo 1.2: Pazarlama Düşüncesinin ve Uygulamasının Evrimi

Zaman Aralığı	Öne Çıkan Konu(lar)	Baskın Metafor	Konulara Zemin Hazırlayan Faaliyetler
1936 - 1945	Pazarlama ilkelerinin ve kavramlarının aydınlatılması	Uygulamalı ekonomi olarak pazarlama	•Vaka çalışmaları yoluyla pazarlama ilkelerinin anlaşılması •Devlet mevzuatını ve ticaret yönetmeliklerini anlama ihtiyacı •Pazarlama araştırması konuları ve pazarlama uygulamasına etkileri
1946 - 1955	Pazarlama işlevlerinin ve sistem verimliliğinin iyileştirilmesi	Bir yönetim faaliyeti olarak pazarlama	•Pazarlama fonksiyonlarının ve sistem üretkenliğinin pazarlama teorisi ve bilimine karşı sorumluluğu •Pazarlama disiplininin büyümesine odaklanma •Pazarlama fonksiyonlarının belirlenmesi ve pazarlamanın tanımına karar verilmesi
1956 - 1965	Pazar karmaşı etkisinin değerlendirilmesi	Nicel bir bilim olarak pazarlama	•Pazarlama teorisi geliştirmeye odaklanma •Analitik çalışmalara geçiş •İstatistiksel kalite kontrolüne ilgi
1966 - 1975	Alıcı ve organizasyonel süreçleri ortaya çıkarmak	Davranışsal bilim olarak pazarlama	•Pazarlama disiplini için net gündemler oluşturma ihtiyacı •Daha fazla araştırma için talimatları vurgulayan makaleler •<i>Journal of Marketing</i> dergisinin "Uygulamalı Pazarlama" bölümü aracılığıyla pazarlama uygulamalarına dikkat çekme
1976 - 1985	Pazar/pazarlama stratejisi oluşturma	Bir karar bilimi olarak pazarlama	•Yayın politikası değişiklikleri yoluyla "bilimsel açıdan profesyonel bir dergiye" yeniden odaklanma •Teori geliştirmeye vurgu ve piyasa yapısını anlama •Pazarlamada nicel tekniklerin kullanımına yönelik bakış açısı
1986 - 1995	Pazar/pazarlama olasılıklarının belirlenmesi	Bütünleştirici bir bilim olarak pazarlama	•Sofistike ampirik tekniklerin kullanımı •Pazarlama fenomenlerinin kavramsal çerçevelerinin ortaya çıkışı •Disiplinlerarası bilginin kullanımı
1996 - 2004	Müşteri karlılık çalışmaları ve kaynak tahsis çalışmaları	Kıt bir kaynak olarak pazarlama	•Veritabanı teknolojisindeki gelişmeler •Bireysel müşteri verilerini yakalama yeteneği •Bireysel düzeyde gerçekleştirilen analizler

2005 - 2012	Pazarlama sorumluluğu ve müşteri odaklılık	Bir yatırım olarak pazarlama	•Teknolojik gelişmeler •Pazarlama girişimlerine yardımcı olmak için daha derin müşteri bilgileri •Müşteri düzeyine yönelik pazarlama yatırım faaliyetleri
2013 ve ötesi	Kaynakta pazarlama ve yeni medya etkisi	Organizasyonun ayrılmaz bir parçası olarak pazarlama	•Medya kullanım düzenlerindeki değişiklikler •Pazarlama verimliliğine ve etkinliğine odaklanma •Firmanın paydaşlarının katılımıyla yaratılan firma değeri

Kaynak: Kumar, V. (2015). Evolution of marketing as a discipline: What has happened and what to look out for. Journal of Marketing, 79(1), 1-9.

Pazarların yıllar içindeki gelişimini ve değişimini özetleyen Tablo 1.2'e bakıldığında yönetsel odaktan uzaklaştığı anlaşılmaktadır.

1.1.2 Hizmet Pazarlaması

İngilizcede “Somut bir ürün üretmeyen işe yarar işgücü”, “hizmet veren tarafından görülen iş”, “faydalı eylem” gibi anlamları olan (Merriam-Webster, 2022) (**service**)hizmet kelimesi Nişanyan’a (2022) göre Türkçe’ye Arapça’dan geçmiş ve Arapça **خدم** kökünden gelen **خدم(ت)** خدمة “kulluk etme” sözcüğünden alıntıdır. Hizmet kelimesinin İngilizce karşılığı olan **service** kelimesinin kökeni ise 12. yüzyıla dayanır. “Öngörülen biçimlere veya yöntemlere göre halka açık dini ibadetin kutlanması”, Eski Fransızca hizmet kelimesinden “saygı eylemi; kölelik; sofrada hizmet; Ayin, kilise töreni”, Latince **servitium**'dan (Ortaçağ Latincesinde ayrıca **servicium**) “kölelik, bir kölenin durumu, kulluk”, ayrıca Ortaçağ Latincesinde “hizmet” **servus** “köle” den gelmektedir (Harper, 2022).

Kelimenin ötesine geçerek bir kavram olarak hizmeti ilk tanımlayanlar Fizyokratlar olmuştur. Fizyokratlara göre hizmet tarımsal üretim haricindeki bütün faaliyetlerdir (Koç, 2017). Birçok bilim insanına göre modern ekonomi düşüncesinin doğuşu olarak nitelendirilen Ulusların Zenginliği kitabında Adam Smith (1776, s. 259) hizmetlerin ifa edildikleri anda yok olduklarını, nadiren arkalarında iz veya değer bıraktıklarını söyler.

Hizmet kavramı pazarlama düşüncesi oluşmaya başladığı zamandan beri var olsa da erken pazarlama düşüncesinde hizmet yalnızca ürünlerin pazarlanmasına ve üretilmesine yardımcı olarak tanımlanmaktadır (Vargo & Morgan, 2005). Hizmet pazarlamasının, pazarlamanın bir alt disiplini olarak ortaya çıkışı 1970'lere denk gelse de (Grönroos, 2012) bir alt disiplin olarak kabul edilişi ve akademide merak uyandırışı Shostack'ın (1977) makalesi ile olmuştur (Grönroos, 2006). Bu ortaya çıkış, ürün odaklı pazarlamanın hegemonyasına karşı bir başkaldırı olmuştur (Gummesson, 2007). Hizmet pazarlaması genel kabul görünceye kadar ürün temelli bakış açısına sahip pazarlama anlayışı en basit formuyla şöyle özetlenmektedir (Lusch, Vargo, & Wessels, 2008):

1. Ekonomik bir faaliyetin amacı satılabilecek şeyler üretmek ve dağıtmaktır.
2. Satılabilmesi için üretilen şeylerin işe yarar olması ve değer barındırması gerekir. İşe yararlık ve değer, üretimde ve dağıtımda ürünlerin içine gömülür. Bu ürünler müşteriye, rakiplere nazaran daha iyi bir değer önermelidir.
3. Firma satıştan en yüksek karı elde edebilmek için gerekli bütün karar mekanizmalarını düzenlemelidir.
4. Maksimum üretim kontrolü ve etkinliği için ürün standartlaştırılmalı ve pazardan uzak üretilmelidir.
5. Ürün, müşterinin talebine kadar stoklanmalı ve müşteriye bir kar karşılığında ulaştırılmalıdır.

Hizmet pazarlamasının henüz emekleme yılları olan 1980 öncesindeki akademisyenlerin ana hedefi hizmeti tanımlamak olmuştur. Hizmetleri somut ürünlerden ayırmak, soyut ürünlerin pazarlama yönetimindeki zorlukları gibi konular sebebi ile akademisyenler hizmetleri tanımlamaktan ziyade hizmetlerin karakteristiklerini belirlemeye çalışmışlar, somut ürünlerle soyut ürünlerin farklarını anlatmaya ve çizimlerle örneklendirme yoluna gitmişlerdir (Fisk, Brown, & Bitner,

1993). Shostack (1977) bu durumu klasik pazarlama karmasına sıkışıp kalmış ve ürün odaklı pazarlama anlayışının bir sonucu olduğunu söylemiştir.

Ürün ve hizmet arasında genel ve sade bir ayrım yapmak gerekirse “süreç” kelimesi üzerinde durmak gerekmektedir. Ürün ve hizmet arasında fark hizmetlerin ve ürünlerin süreç doğasından kaynaklanmaktadır. Somut ürünler kapalı bir üretim sürecinden geçerler ve müşteriler bu kapalı sürecin yalnızca çıktılarını görmektedirler. Yani müşteriler tarafından algılanan, pazarlama karmasındaki “ürün(**product**)” unsurudur. Öte yandan pazarlamacı için de tüketicinin ürün ile ne yaptığı kapalı bir süreçtir. Mübadele sonrasında müşteri ile iletişim kesilir. Müşterinin tüketimi bir kara kutudur. Oysa hizmet ise hem hizmet sağlayıcı hem de müşteri için açık bir süreçtir. Her iki taraf da tüketim sürecine tanık olmaktadır (Grönroos, 2006).

1980 sonrası dönemde ürün ve hizmet ayrımı üzerine durmak yerine hizmetin temel konuları üzerinde durulmuştur. Lovelock (1983) çeşitli hizmetlerde ne gibi pazarlama yönetimi stratejileri kullanılması gerektiğini açıklayarak, Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985) hizmet kalitesi modelinin nasıl olması gerektiğine dair bir öneriyi dile getirerek, Solomon vd. (1985) hizmet sektöründe farklı alanlardaki oyunculara yardımcı olmak için farklı hizmet kategorilerinin çerçevesini çizerek pazarlamada hizmet anlayışını bir adım öteye taşımışlardır. Bilim insanlarının bu çalışmaları değer yaratma ve mübadelenin kavramsallaştırılmasına ciddi katkılar yapmıştır (Lusch & Vargo, 2006).

Hizmet kalite modeli önerisinde bulunan Zeithaml, Parasuraman ve Berry (1985) hizmet literatürünü taradıklarında karşılarında hizmetin dört özelliği çıkmıştır (Gummesson, 2007):

- Soyutluk: Somut ürünlerin aksine hizmetlerin elle tutulamaması yani beş duyu ile hissedilememesi (İlk kez Jean – Baptiste Say [1767 – 1832] tarafından tanımlanmıştır)
- Heterojenlik: Somut ürünlerle karşılaştırıldığında kalitenin ölçülebilirliğinin standartlaştırılamaması durumu (İlk kez Joan Robinson [1903 – 1983] tarafından tanımlanmıştır)

- Ayrılmazlık: Somut ürünler gibi üretimin, satışın ve tüketimin farklı zamanlarda gerçekleşmemesi; üretim ve tüketimin aynı anda gerçekleşmesi mecburiyeti (İlk kez Jean – Baptiste Say [1767 – 1832] tarafından tanımlanmıştır)
- Bozulabilirlik: Somut ürünlere nazaran hizmetlerin depolanamaması (İlk kez Adam Smith [1723 – 1790] tarafından tanımlanmıştır)

Hizmetlerin bu özellikleri ürünlerle olan farklılıklarından ziyade ürünlere göre dezavantajlarını sıraladığı için genel olarak eleştiriye maruz kalmıştır. Bu durumun temelinde yatan sebep olarak ürün temelli ekonomi anlayışı ve üretim bakışı açısı gösterilmiştir (Vargo & Lusch, 2004b).

Hizmetin özelliklerini tanımlama veya hizmet ile ürün arasındaki farkların neler olduğunu belirleme gayesi halen sorgulanmaktadır. Ürün ve hizmet gerçekten de karşılaştırılabilecek iki farklı öge midir yoksa başka bir sınıflandırma mı yapmak gerekir? Hizmetin tanımı hakkında bile bir görüş birliğine varılamamışken ürün ile hizmet arasındaki ayrım yapılabilir mi (Gummesson, 2007)? Bir zamanlar meşrulaştırma gayesiyle ürün odaklı bir anlayışla hizmetleri karakterize etmenin bugün artık hizmet pazarlaması alanının bir alt disiplin olarak kabul görmesiyle alanın gelişmesine bir faydası var mıdır (Beaven & Scotti, 1990)? Hizmetler üzerine çalışıldığı halde daha iyi bir hale gelmiş midir (Gummesson & Gronroos, 2012)? Tüm bu soruları cevaplamak için ürün odaklılıktan vazgeçmeye ve yeni bir anlayışa ihtiyaç olduğu, yeni bir altdisiplinden öte kavramsal bir çerçeve gerekliliği vurgulanmıştır (Shostack, 1977).

Pazarlama biliminin kısıtlı bir vizyon olan ürün odaklılığı ve bundan kurtulamamasının sebebi derin tarihsel köklere sahip paradigmlar olabileceği öne sürülmektedir. Bunlar (Vargo & Morgan, 2005);

- Toplum faydasına katkıda bulunma
- Romalıların geliştirdiği öz denetim sistemi
- Newton fiziğinin belirleyici ve değişmez modeli

- Fizyokrat ve merkantelist somut anlayışı
- Politik ekonomistin ahlaki ve politik gündemi
- Ekonomi biliminin marjinal fayda ve denge teorileri

Ancak bilimsel olarak uzun süredir kabul görmüş bu zorlu engellere rağmen hizmet pazarlaması alanının doğması engellenememiştir. Bu doğumu sağlayan etmenler arasında sınırları aşmayı arzulayan akademisyenlerin yanında doğal olarak var olan güçler de etkili olmuştur. Hizmet sektörünün büyümesinde de etkili olan kişilerden ve kurumlardan gelen talep faktörü, çevresel faktörler ve bilimsel olarak pazarlama alanının gelişmeye hazır olması hizmet pazarlaması disiplininin ortaya çıkışını kolaylaştırmıştır (Berry & Parasuraman, 1993).

Hizmet pazarlamasının ortaya çıkışı ve bir disiplin olarak kabul görmesi hizmetin pazarlama açısından tanımlanmasını da gerekli kılmıştır. Bilim insanları hizmet pazarlaması alanını şekillendirme gayesiyle hizmetlerin ürünlerden farklılıklarına dem vurarak ürün ve hizmet ayrımını netleştirmeye çalışmıştır. Hem bu ayrımı yapabilmek hem de hizmet pazarlaması eleştirildiğinde bir savunma hattı oluşturabilmek için genel kabul görmüş soyutluk, heterojenlik, ayrılmazlık ve bozulabilirlik hizmet özelliklerini kullanmışlardır (Edvardsson, Gustafsson, & Roos, 2005). Ancak bu özellikler hizmetlerin hala ürün odaklı bir mantıkla değerlendirilmeye çalışıldığı ve yine bu özellikleri yalnızca hizmetlere özgü olmadığı gerekçesiyle eleştirilmiştir (Lovelock & Gummesson, 2004). Aslında bu özellikleri tanımlayarak -ürün baskın mantık- hizmetlere bir çeşit ürün muamelesi yaptığı ileri sürülmektedir (Vargo & Lusch, 2015). Hizmetin genel kabul görmüş özelliklerinin (hizmeti tanımlama gayesini gütmesine rağmen) hizmeti tanımlamakta yetersiz kaldığı eleştirileri bilim insanlarının hizmeti tanımlama uğraşlarını da beraberinde getirmiştir. Edvardsson, Gustafsson ve Roos (2005) yaptıkları çalışmada hizmet pazarlamasının öncüleri olarak belirledikleri 16 isme (Len Berry; Christian Groënoos; Christopher Lovelock; Valerie A Zeithaml; Mary Jo Bitner; Evert Gummesson; A. Parasuraman; David Bowen; James Heskett; Benjamin Schneider; Stephen W Brown; Bob Johnston; Berndt Stauss; Ray Fisk; Jos Lemmink; Roland Rust) “Sizce hizmetlerin özü olarak düşündüğünüz şeyi en iyi hangi tanım yansıtıyor? Lütfen bu tanımın neden diğer

tanımlardan daha iyi olduğunu açıklayınız. Bu tanımın kaynağı nedir? Lütfen tanımınızı başvurduğunuz kaynağa atıfta bulunarak yazınız” sorularını yöneltmişler ve 11 bilim insanından tablo 1.3’de gösterilen cevapları almışlardır.

Tablo 1.3: Hizmet Tanımları

Hizmet Uzmanı	Verilen Cevap
Uzman 1	“Hizmet” birçok farklı bağlamda birçok farklı anlama gelir. Müşteri perspektifinden “hizmet”, müşterinin deneyiminin ve sonuca ilişkin algılarının birleşimidir.
Uzman 2	Bir veya iki satırın hizmeti tanımlayabileceğini düşünüyorum. Bana göre: “Mallar nesnelerdir, hizmetler faaliyetlerdir. Mallar hizmetleri gerçekleştirir ve hizmetler hizmetleri gerçekleştirir”
Uzman 3	Bence bir hizmetin ne olduğuna dair herhangi bir tanım sorunlu olacaktır. “Hizmet, her zaman olmasa da normal olarak, müşteri ve hizmet işverenleri ve/veya hizmet sağlayıcının fiziksel kaynakları veya malları ve/veya sistemleri arasındaki etkileşimlerde yer alan bir dizi az çok somut faaliyetlerden oluşan bir süreçtir, çözümler olarak müşterilere sunulmaktadır.” Ticari bağlamda, tanımım belki de şu olabilir: “Hizmet, bir başkasının süreçlerini desteklemektir, böylece bu süreçlerde o kişi (veya kuruluş) için değer yaratılır”. Bu, hizmetin bir perspektif olarak tanımlanmasıdır ve bence böyle görülmeli, ilk tanım ise hizmetin bir faaliyet olarak tanımlanmasıdır. Literatürde hizmetler her zaman bir faaliyet olarak tanımlanır.
Uzman 4	Hizmetlerden ziyade hizmeti tartışmalıyız. “Hizmetler” terimi, hizmet sektörünü ima ettiği için çok sınırlayıcıdır. Hizmet artık her şeyi kapsıyor ve fiziksel mallar bunun sadece bir parçası. Hizmet tanımım “müşteri ihtiyaç ve isteklerini tatmin etmek” olurdu.
Uzman 5	Rathmell’in (1966) erken dönem tanımını seviyorum- “Hizmet bir eylemdir, bir performanstır, bir çabadır”. Tanımların en iyi ifadesi üzerine yapılan tartışmalardan hiç hoşlanmadım
Uzman 6	Hizmetler, bir tarafça diğerine sunulan ekonomik faaliyetlerdir ve en yaygın olarak alıcıların kendilerinde veya alıcıların sorumlu olduğu nesnelerde veya diğer varlıklarda istenen sonuçları elde etmek için zaman tanımlı performansları kullanır. Hizmet müşterileri, işgücüne, mesleki becerilere, tesislere, ağlara, sistemlere ve ekipmana erişimden değer elde etmeyi bekler, ancak normalde ilgili fiziksel unsurların hiçbirinin mülkiyetini almazlar.
Uzman 7	Eylemler, süreçler ve performanslar. Bu birçok yazara atfedildi, bu yüzden nereden geldiğinden emin değilim. Basittir ve tüm hizmetleri içerir
Uzman 8	Hizmetin özü, bir sağlayıcı firma, ekip ve/veya birey ile temas halindeyken müşteriler için yaratılan deneyimdir. Deneyimin iki ana bileşeni vardır: temel kalite (gıda, giyim) ve teslimat kalitesi
Uzman 9	Hizmetleri “bir şirketin kaynaklarının (fiziksel ürünler dışında) şirketin dış ve iç müşterileri için değer katan faydalara dönüştürülmesini yansıtan ve bunun sonucunda ortaya çıkan süreçler, performanslar ve eylemler” olarak tanımlardım. Bu tanımlamanın kaynağı olan Vargo ve Lusch (2004a) hizmetleri “başka bir varlığın veya kurumun kendisinin yararına eylemler, süreçler ve performanslar yoluyla uzmanlaşmış yeterliliklerin (bilgi ve becerilerin) uygulanması” olarak tanımlamaktadır.

Uzman 10	Hizmet, özünde, fayda sağlamaya yönelik bir performanstır. Bir müşteri için veya bir müşteri tarafından yapılabilir. Malların aksine, hizmetler müşteriye aittir ancak müşteriye ait değildir.
Uzman 11	“Hizmetler işler, süreçler ve performanslardır”. Bu tanıımı seviyorum çünkü geniş bir tanım ve hem kar amacı gütmeyen hem de üretim organizasyonlarını kapsıyor.

Kaynak: Edvardsson, B., Gustafsson, A., & Roos, I. (2005). Service portraits in service research: a critical review. *International journal of service industry management*.

Tablo1.3’deki cevaplar ve literatüre bakıldığında tartışmanın yoğun olarak ürün / hizmet ilişkisinin ve ürün / hizmet ikilisinin karakteristik olarak nasıl farklılaştığı üzerine olduğu görülmektedir (Vargo & Lusch, 2004b). Rathmell’in (1966) hizmeti tanımlamak için kullandığı 13 özellik, Booms ve Bitner’in (Lovelock & Wirtz, 2011) 4P olarak da bilinen pazarlama karması hizmet pazarlamasına uyarlayarak oluşturduğu 7P ve Zeithaml, Parasuraman ve Berry’nin (1985) genel kabul görmüş soyutluk, heterojenlik, ayrılmaz ve bozulabilirlik tanımlamaları pazarın talebi doğrultusunda ortaya çıkmış geleneksel ürün odaklı pazarlama anlayışına uymayan, hizmet pazarlamasını (Berry & Parasuraman, 1993) meşru zemine oturtma amacıyla ortaya atılmış teoriler olsa da bilim insanlarının bunları tartışırken hizmetin net bir tanımını yapmakta zorlandığını da göstermiştir. Mevcut hizmet sektörünü tanımlamakta yapılan hizmet tanımları çok sık, hizmete atfedilen özellikler de miadını doldurmuş ve alana katkı sağlamamaktadır. Pazarlama teorisi bir yol ayrımında (Duncan & Moriarty, 1998) ve yeni bir yaklaşım kaçınılmazdır (Edvardsson, Gustafsson, & Roos, 2005). Bu yeni yaklaşımın da giderek ve dahi kaçınılmaz olarak pazarlamanın genelinin hizmet pazarlamasına benzemesini de göz önüne aldığımız da hizmet odaklı bir yaklaşım olması büyük ihtimaldir (Rust & Huang, 2014).

1.1.3 Hizmet Baskın Mantık

Bütün bu özverili uğraşlara, ilişkisel pazarlama ve ağ pazarlaması gibi yeni altdisiplinlerin ortaya çıkmasına, pazarlamada bir paradigma değişiminin şart olduğu görüş birliğine rağmen pazarlama bilim insanları pazarlamanın veya baskın mantığının ne olduğuna dair net bir açıklama, bir kolektif mantık geliştirememişlerdir. Tam da bu

sırada Stephen L. Vargo ve Robert F. Lusch (2004a)¹ pazarlamadaki hakim mantığın somut kaynaklara dayalı olduğu oysa 1980’lerden sonra pazarlamaya soyut kavramların da giriş yaptığı ve pazarlamadaki baskın mantığın “hizmet” olması gerektiğini savunarak “Hizmet Baskın Mantık - HBM” (**Service Dominant Logic – SDL**) kavramını ortaya atmışlardır. Vargo ve Lusch aslında kendi deyimleri ile “yeni bir şey” bulmadıklarını, yalnızca “var olan ama tanımlanmamış olanı” tanımladıklarını söylemişlerdir. HBM’nin onlara ait bir kavram değil pazarlamaya karşı -olması gereken- bir bakış açısını tanımladığını ifade etmişlerdir (Lusch & Vargo, 2006).

Pazarlamada mevcut paradigma değişimini anlatabilmek adına iki farklı baskın mantıktan söz edilebilir. Birincisi ürün baskın mantık olarak değerlendirilebilecek hizmetleri bir çeşit ürün olarak gören ve somut ürünler için geliştirilmiş üretim ve dağıtım mekanizmalarının hizmetlere adapte edilerek uygulanmasını öngören bir pazarlama anlayışı; diğeri ise aktörün faydasına süreç ve kaynak kullanımı olarak değerlendirilebilecek hizmet baskın mantık (Vargo & Lusch, 2008b)(Tablo 1.4). Hizmet baskın mantık ürün odaklı pazarlama anlayışından evrilen bir pazarlama anlayışını temsil etmektedir. Ürün baskın pazarlama anlayışında mücadelenin odağı üründür ve hizmetler ürünlerin özel durumlarını ifade eder(Vargo & Lusch, 2004a). HBM’de ise ön planda olan hizmettir. Ancak burada dikkat çekilmesi gereken bir durum vardır o da HBM’nin pazarlamada uzun süredir tartışma konusu olan hizmet-ürün çekişmesinde hizmetlerin ürünlere galip geldiği gibi bir iddiasının olmamasıdır (Lusch & Vargo, 2019). HBM “hizmetler” kelimesini ürün baskın mantığın bir terimi olarak görür ve odaklandığı “hizmet” ile “hizmetleri” terimlerini ayırır. HBM ürün baskın mantıkla ilişkili olarak görülebilecek literatürdeki “çıktıların birimleri” anlamındaki çoğul olarak kullanılan “hizmetler” yerine “birisi için bir şey yapma” anlamına gelen tekil larak kullanılan “hizmet” terimini kullanır. HBM’de hizmet mücadelenin ortak paydasıdır ve üründen daha üst bir pozisyondadır (Lusch & Vargo, 2006). Ürün baskın mantık ile HBM arasında parmak bastıkları bir diğer farklı nokta ise verimlilik (**efficiency**) ve etkinliktir (**effectiveness**). Ürün baskın mantığın önem verdiği verimlilik bir üretimdeki performansın çıktısı olarak kabul edilebilir. HBM’de

1 Bu makale 2018 yılında **Journal of Marketing**’in 80 yıllık geçmişinde en çok atıf alan makale olmuştur (Gummesson, 2019, s. 704).

ise etkinlik önemlidir yani arzu edilen sonucun elde edilebilmesi önem arz eder çünkü etkinlik hem verimliliğin bir parçasıdır (müşteri açısından) hem de uzun dönem verimliliğin olmazsa olmazıdır (satıcı açısından) (Vargo & Lusch, 2008b).

Tablo 1.4: Ürün Baskın Mantık ve Hizmet Baskın Mantık

<u>Ürün Baskın Mantık</u>	<u>Hizmet Baskın Mantık</u>
İşlenen Kaynaklar	İşleyen Kaynaklar
Kaynak Edinimi	Kaynak Sağlama (kaynakların yaratılması ve entegrasyonu)
Ürünler ve Hizmetler	Hizmet Sağlama ve Deneyimleme
Fiyat	Değer Teklifi
Tutundurma	Diyalog
Tedarik Zinciri	Değer Yaratma Ağı
Maksimize Etme Davranışı	Mübadele Aracılığıyla Öğrenme
Hedefle Pazarlama	Hedefle Pazarlama (İşbirlikçi Pazarlama)

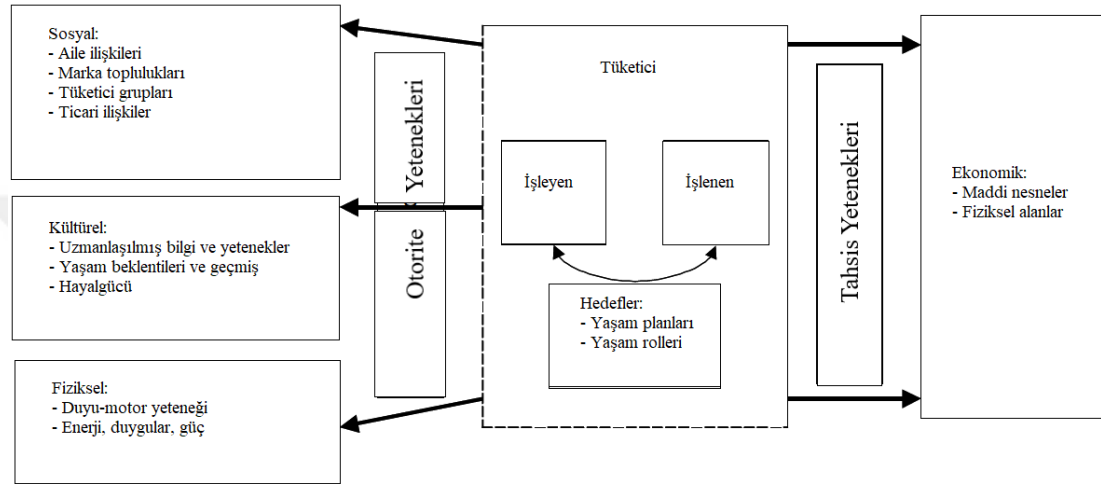
Kaynak: Lusch, R. F., Vargo, S. L., & Wessels, G. (2008). Toward a conceptual foundation for service science: Contributions from service-dominant logic. IBM systems journal, 47(1), 5-14. s.7

HBM mübadelede geleneksel olarak ön plana çıkarılan işlenen kaynaklara (**operand resources**) değil işleyen kaynaklara (**operant resources**) vurgu yapar. HBM, uygulamalı, uzmanlaşmış beceri ve bilgiyi ekonomik mübadelenin odağı ve toplumun üzerine inşa edildiği temel dayanaklardan biri olarak görür (Vargo & Lusch, 2015).

HBM’de bahsi geçen işlenen ve işleyen kaynakların arasındaki fark basitçe somut ve soyut durumda olmalarıdır. İşleyen kaynaklar gözle görülmez ancak firmanın bilgisini, yeteneğini ve dinamik kapasitesini barındırır. İşlenen kaynaklar ise

elle tutulabilen, gerek ürünler gerekse de hammaddeler olarak tanımlanabilir. İşlenen kaynaklar firmanın ve tüketicinin davranışsal faaliyetlerini üzerinde uygulayabileceği kaynaklardır. Şekil 1.1 tüketici açısından işleyen ve işlenen kaynakların neler olduğu ve tüketicinin aktif rolünü göstermektedir. (Arnould, Price, & Malshe, 2015).

Şekil 1.1: Tüketicinin işleyen ve işlenen kaynakları



Kaynak: Arnould, E. J., Price, L. L., & Malshe, A. (2015). Toward a Cultural Resource-Based Theory of The Customer. R. F. Lusch, & S. L. Vargo içinde, The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions (s. 91-104). New York: Routledge. s.92

Tüketicinin işlenen kaynakları pazardaki mübadele ile sahip olduğu somut objeler olarak tanımlanabilir. Bazen de bir hediye, kendi yaptığı bir eser veya yolda yürürken bulduğu bir şey... bunların hepsi tüketicinin sahip olduğu, duyuşal olarak algılanılabilen nesnelerdir. Bunlara ek olarak fiziksel alanının sahipliğinden de bahsedilebilir. Mesela tüketicinin içinde yaşayabileceği bir ev veya işlerini yaptığı bir marangozhane tüketicinin fiziksel alanları olarak değerlendirilebilir. Tüketicinin normlar çerçevesinden sahipliği bulunan bu şeyler üzerinden tam yetkisi vardır ve istediği tasarrufta bulunabilir. Bu sahiplik aynı zamanda pazarda mübadele davranışını da etkiler (Arnould, Price, & Malshe, 2015).

Tüketicilerin işleyen kaynakları yani soyut sahiplikleri ise sosyal, kültürel ve fiziksel olmak üzere üç kategoride incelenebilir. Tüketici bu kaynaklarını tek tek kullanabileceği gibi ikisini veya üçünü birleştirerek de kullanabilir. Örneğin fiziksel kaynağını ve kültürel kaynağını birleştirerek bir resim yapabilir veya sosyal ve kültürel kaynaklarını kullanarak pazarlık yapabilir. Bu kaynakları yalnız başına kullanabileceği

gibi başka bir tüketici ile bir araya gelerek yine bu kaynaklar yardımıyla birlikte değer yaratma yoluna da gidebilir (Baron & Harris, 2008).

Pazarlama, rekabet avantajı elde edebilmek için işleyen kaynaklar olarak bilgi ve uzmanlaşmış yetenekler üzerine yoğunlaşmalıdır (Madhavaram & Hunt, 2007). HBM bakış açısı işleyen kaynakları birinci sıraya koyar çünkü etkiyi yaratan işleyen kaynaklardır (Vargo & Lusch, 2004a). Tablo 1.5'te işlenen ve işleyen kaynaklar açısından ürün merkezli ve hizmet merkezli anlayışların farkları görülebilir.

Tablo 1.5: Ürün ve Hizmet Odaklı Bakış Açılarının Kaynak Temelli Farkı

	Ürün Merkezli Bakış Açısı	Hizmet Merkezli Bakış Açısı
Mübadelelerin ana birimi	İnsanlar mamüller için mübadele ederler. Bu ürünler işlenen kaynak olarak kullanılırlar	İnsanlar özelleştirilmiş yetkinliklerin(bilgi ve yetenekler) veya hizmetlerin faydalarına sahip olmak için mübadele ederler. Bilgi ve yetenekler işleyen kaynaklardır.
Ürünlerin rolü	Mamüller işlenen kaynaklardır ve son üründür. Pazarlamacılar ürünü alır ve formunu, yerini, zamanını ve sahipliğini değiştirir.	Mamüller işleyen kaynakların (gömülü bilgi) aracısı gibi işlev görürler; mamüller değer yaratma sürecinde diğer işleyen kaynaklarca (müşteriler) kullanılan ara ürünlerdir.
Müşterinin rolü	Müşteri mamüllerin alıcısıdır. Pazarlamacılar müşteriler üzerinde faaliyette bulunur; onları bölümlendirir, onlara nüfuz eder, onlara dağıtır ve onlara tutundurma faaliyetlerinde bulunur. Müşteri işlenen kaynaktır.	Müşteri hizmetin ortak üreticisidir. Pazarlama müşteri ile etkileşim içinde bir şeyler yapma sürecidir. Müşteri birincil olarak işleyen kaynaktır ancak ara sıra işlenen kaynak olarak işlev görebilir.
Değerin belirlenmesi ve anlamı	Değer üretici tarafından belirlenir. İşlenen kaynağın (mamül) içine gömülüdür ve mübadele değeri olarak tanımlanır.	Değer tüketici tarafından kullanım değeri temeline algılanır ve belirlenir. Değer, (bazen işlenen kaynaklar aracılığı ile aktarılan) işleyen kaynakların faydalı uygulamalarından ortaya çıkar. Firmalar yalnızca değer tekliflerinde bulunabilir.
Firma - müşteri etkileşimi	Müşteri işlenen kaynaktır. Müşteriler kaynaklarla işlem yapılabilmesi için etki edilebilir.	Müşteri birincil olarak işleyen kaynaktır. Müşteri ilişkisel mübadelelerin ve ortak üretimin aktif katılımcısıdır.
Ekonomik büyümenin kaynağı	Zenginlik somut kaynakların ve mamüllerin çokluğuyla elde edilir. Zenginlik sahiplikle, kontrol etmekle ve işlenen kaynaklar üretmekle elde edilir.	Zenginlik uzmanlaşmış bilgi ve yeteneklerin mübadelesi ve uygulamasıyla elde edilir. Zenginlik, işleyen kaynakların gelecekte de kullanılabilme hakkını temsil eder.

Kaynak: Vargo, Stephen & Lusch, Robert. (2004). Evolving to a New Dominant Logic. Journal of Marketing. 68. 1-17. s.7

HBM pazarlamayı firmaların rekabet avantajı yaratabilme amacıyla sürekli geliştirmeye çalıştıkları işleyen kaynakları ile bağıntılı sosyal ve ekonomik süreçler olarak görür. Hizmet merkezli bakış açısına göre pazarlama, işleyen kaynakları geliştirmek için sürekli bir öğrenme sürecidir. Bu öğrenme sürecinin adımları şu şekilde ifade edilebilir (Lusch & Vargo, 2015);

1. Potansiyel rekabet avantajını temsil eden bir ekonomik varlığın temel bilgi ve becerilerini, temel yetkinliklerini tanımlamak veya geliştirmek.
2. Bu yetkinliklerden yararlanabilecek diğer birimleri (potansiyel müşteriler) tanımlamak.
3. Müşterileri kendilerine özgü ihtiyaçları karşılamak için uzmanlaştırılmış ve rekabet avantajı yaratan değer tekliflerini hazırlama sürecine dahil edecek ilişkiler geliştirmek.
4. Müşterilere teklifler geliştirmek için mübadeleden kaynaklı finansal performansı analiz ederek pazar geribildirimlerini değerlendirmek ve firma performansını geliştirmek.

HBM’de çıktılar çok önemlidir ancak bu önem geleneksel mantıktaki gibi çıktıların maksimize edilmesi gerekliliğinden değil çıktılardan öğrenilecek şeyler olduğu mantığından gelir. Firmalar müşterileri daha iyi hizmet verebilmek ve performanslarını artırabilmek için bu çıktılardan hareketle sürekli bir hipotez geliştirme ve test etme sürecinde bulunurlar. HBM ürün odaklı bakış açısından vazgeçmeyi gerek kılmaz. HBM, bakış açısında bir değişim önerir (Vargo & Lusch, 2004a).

Hizmet baskın mantık bu çerçeveden hareketle onbir temel öncül (**premise**) ve aksiyom (**axiom**) üzerinde yapılandırılmıştır. Bu öncüller ve aksiyomlar zaman için hem artmış hem de gelişmiştir (Vargo & Lusch, 2016). İlk makalede sayısı sekiz olan daha sonra sayısı onbire çıkan HBM’nin temel öncülleri şunlardır:

1.1.3.1 Birinci Temel Öncül: Hizmet Mübadelenin Temel İlkesidir^{2 3 4}

Aktörlerin üç temel işleyen kaynakları vardır: sosyal, kültürel ve fiziksel (Arnould, Price, & Malshe, 2015). Aktörler bu kaynakları işleyen ve işlenen diğer kaynakları harekete geçirmekte ve fayda sağlayan etkiler yaratmakta kullanır. Aktörler bu kaynakları geliştirerek ve uygulayarak sistem içerisinde yaşamlarını sürdürmeye çalışırlar (Lusch & Vargo, 2014, s. 57-58).

Bu kaynaklar toplum içinde eşit olarak dağılmazlar. Her aktörün kaynağı kendisi için yetersiz kalabilir. Aktörler kendi işlerini görmek veya kendi iyi olma halini sağlayabilme yetisine sahip olmayabilir. Bu sebeple uzmanlaşma hem toplum hem de toplumu oluşturan aktörler için daha verimlidir (Vargo & Lusch, 2004a). Her ne kadar bu uzmanlaşma Marx'a (2011) göre insanın aslına uygun olmamakta ve sınıf farklılıkları yaratarak topluma faydadan çok zarar veriyor olsa da Sokrates'in (Platon, 2006, s. 54-55) "...toplumu yapan, insanın tek başına kendi kendine yetmemesi başkalarını gerekmesidir...öyleyse bir insan bir eksiği için bir başkasına başvurur, başka bir eksiği için de bir başkasına" sözlerini de destekleyen Mauss'un (2002, s. 6) çalışmasına göre bu uzmanlaşmanın yarattığı mübadele kabile toplumlarından bu yana toplam hizmet mantığı çerçevesinde genele faydalı olmuştur. Uzmanlaşma için mübadele şarttır (Lusch & Vargo, 2014). Uzmanlığın ve bilginin başkalarının kullanımına sunulması hizmettir (Vargo & Lusch, 2015). Dolayısıyla hizmet mübadelenin temel ilkesidir (Vargo & Lusch, 2008a).

2 Bu öncül ilk olarak "Uzmanlaşmış Yetenekler ve Bilginin Uygulaması Mübadelenin Temel Birimidir" olarak önerilmiş (Vargo & Lusch, 2004a) ancak "birim"(**unit**) kelimesinin fazlaca ürün odaklı olduğuna dair gelen eleştiriyi (Ballantyne & Varey, 2015) haklı bularak "ilke"(**basis**) olarak değiştirmişlerdir (Vargo & Lusch, 2008a).

3 Bu öncül ilk olarak "Uzmanlaşmış Yetenekler ve Bilginin Uygulaması Mübadelenin Temel Birimidir" olarak önerilmiş ancak sadeleştirmek adına "hizmet, yetenekler ve bilginin (işleyen kaynaklar) uygulamasıdır" (Vargo & Lusch, 2004a) tanımından hareketle "hizmet" olarak değiştirilmiştir (Vargo & Lusch, 2008a).

4 Aksiyom durumunda (Vargo & Lusch, 2016)

Uzmanlaşmış yeteneklerin ve mübadelenin kökenleri Plato'ya kadar geriye götürülebilecek olsa da ilk kez ekonomik olarak Smith (1776) tarafından iş bölümü olarak kavramsallaştırılmıştır. Lakin Smith (1776) işbölümü kavramını yalnızca ulusun zenginliğine tek katkısı olduğunu söylediği somut çıktılar (özellikle de üretimin çıktıları ile) olan yeteneklerle sınırlandırmıştır. Her ne kadar mübadelenin temelini bu yetkinlikler olarak kabul etmişse de (gerekliliklerini ve kullanışlılıklarını da) ulusal zenginlik için bunları “üretken” bulmamaktadır (Vargo & Lusch, 2004a).

Smith'e göre zenginlik yalnızca somut çıktılardan oluşurken Bastiat (2001, s. 161) buna şiddetle karşı çıkarak değer in işgücünde olduğunu ve mübadeledeki değerin yalnızca “işe yararlık” ile değerlendirilebileceğini söyler ve ekler: “Tek büyük ekonomik yasa hizmetlerin hizmetler için mübadelesidir”.

Ekonomiye bilimsel meşruiyet kazandırmak isteyen erken dönem ekonomi felsefecileri pozitif bilimsel bir yaklaşımla somut ürüne yönelerek maddeyi iş görür bir hale getiren yetenekleri gözardı etmişlerdir. Oysa bu yetenekler sayesinde iş görür hale gelen madde müşterinin tek gerçek değer algısını yaratan şeylerdir. Levitt'in (1960) pazarlama miyopisinde vurgu yaptığı da aslında budur (Vargo & Lusch, 2004a).

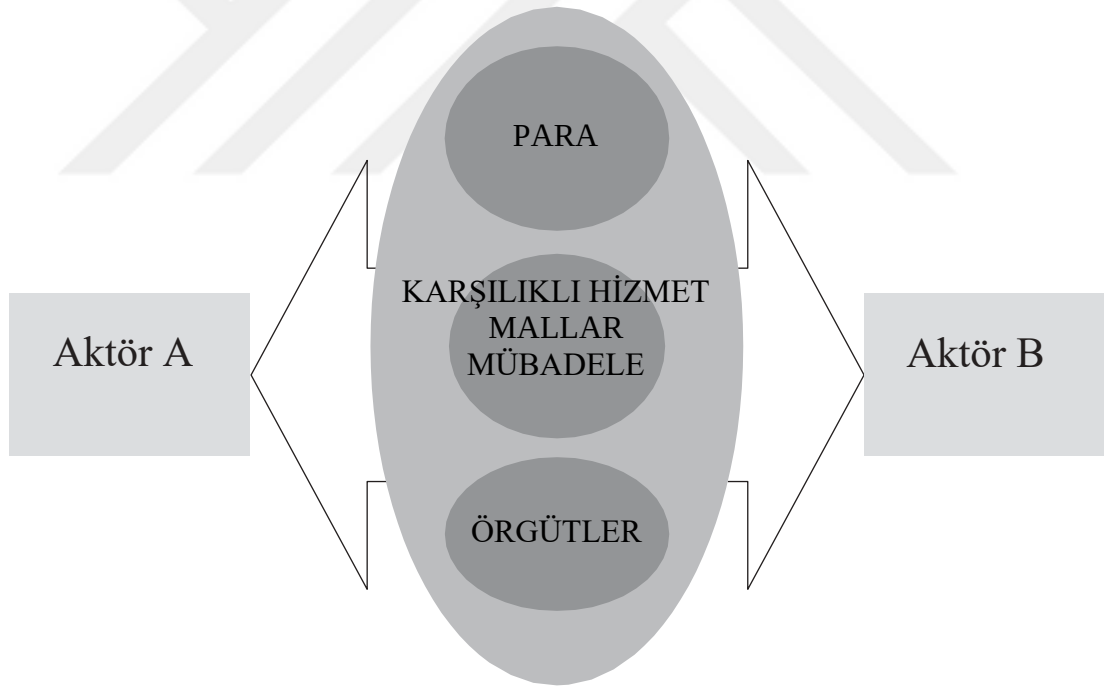
1.1.3.2 İkinci Temel Öncül: Dolaylı Mübadele, Mübadelenin Temel İlkesini Maskeler⁵

İnsanlık var olageldiğinden bu yana mübadele olmuştur. Eski toplumlarda mübadele emtia karşılığı emtia olarak vuku bulurken zaman ilerledikçe mübadele “para” üzerinden gerçekleşmeye başlamıştır. Endüstri devrimini takiben ortaya çıkan işbölümü ve uzmanlaşma ile gerek hammaddenin sahibi gerekse de ürünü üreten insan(lar) mübadeleyi gerçekleştirmedikleri için ürün üzerinde bir sahiplik hissetmezler ve üründen uzaklaşırlar (Lusch & Vargo, 2014). Marx (2011, s. 116) bu durumu meta fetişizmi olarak tanımlar. Endüstriyel toplumun iş bölümü yapısı gereği bürokratik ve hiyerarşik yapıdaki örgüt içindeki örgüt üyeleri yalnızca üründen

⁵ Bu öncül ilk olarak “Dolaylı Mübadele, Mübadelenin Temel Birimini Maskeler” olarak önerilmiş (Vargo & Lusch, 2004a) ancak “birim” (**unit**) kelimesinin fazlaca ürün odaklı olduğuna dair gelen eleştiriyi (Ballantyne & Varey, 2015) haklı bularak “ilke” (**basis**) olarak değiştirmişlerdir (Vargo & Lusch, 2008a).

uzaklaşma kalmaz, anlaşılabilir bir şekilde müşteriden de uzaklaşır. Paranın ortaya çıkışı ile zaten yok olmaya başlayan müşterinin mübadelenin direkt bir tarafı olduğu algısı endüstriyel toplumdaki işbölümü ve uzmanlaşma ile tamamen ortadan kalkar (Webster, 1992). Endüstriyel toplumda işbölümü ve uzmanlaşma yalnızca bireyler düzeyinde değildir. Gelişen pazar yapısı uzmanlaşmayı ve işbölümünü şirketler düzeyinde de (toptancılar, perakendeciler vs.) uygulamayı gerekli kılar. Bu durum zaten endüstri devrimi ile gizli hale gelen yeteneklerle yeteneklerin mübadelesini daha da maskeler (Vargo & Lusch, 2004a). Hizmet, kurumların, yeteneklerin, bilginin, paranın ve ürünlerin karmaşık bir şekilde bir araya gelmesiyle ortaya çıktığı için mübadelenin hizmet ilkesi her zaman görünür değildir (Vargo & Lusch, 2008a) (Şekil 1.2).

Şekil 1.2: Aracılar Mübadelenin Hizmet için Hizmet Doğasını Maskeler



Kaynak: Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2014). Service-Dominant Logic: Premises, Perspectives, Possibilities. New York: Cambridge University Press.s.59

Şekil 1.2’de aracılar tarafından mübadelenin nasıl maskelendiği görülebilir.

1.1.3.3 Üçüncü Temel Öncül: Mallar, Hizmet Sunumunun Dağıtım Mekanizmalarıdır

Ekonomik mübadelenin temelini oluşturan somut ürünler, endüstriyel devrimin şafağında batılı toplumlara ekonomiyi bilim olarak nitelendirebilmek adına büyük hizmetlerde bulunmuştur çünkü erken dönem ekonomi biliminin odaklandığı şey malların üretimidir. Üretilen malların pazara ulaştırılması ile ilgilenen erken dönem pazarlama anlayışı da aynı şekilde somut ürünler kavramında yararlanmıştır. Bugün ise mallar pazarlamaya göre mübadelenin ortak paydası değildir; ortak payda uzmanlaşmış bilgi, zihinsel yetenekler ve fiziksel işgücüdür(Vargo & Lusch, 2004a).

Bilgi ve yetenekler direkt olarak, eğitimle veya somut nesneler aracılığı ile dolaylı olarak aktarılabilmektedir. Bu yüzden ürünler somutlaştırılmış bilgiler veya faaliyetler olarak görülebilir (Normann & Ramirez, 1993). HBM bu bilgilerin ve faaliyetlerin üründen ayrı olarak değerlendirilmesi durumunu “kaynak sıvılaştırması” olarak kavramsallaştırır (Lusch & Nambisan, 2015, s. 160). rnlere sahip olmanın bir anlamı da yoktur. nemli olan onların sağladığı hizmetlerdir. Bu hizmetler sebebiyle insanlar ürünleri satın alır, onlara sahip olur, onları sergiler ve onlarla deneyim yaşarlar. rnler mutluluk, güvenlik veya başarı gibi “son hali” temsil eder (Gutman, 1982). rnler hizmetler için dağıtım mekanizmalarıdır veya daha yüksek mertebedeki ihtiyaçlar için tatmin sunumudur (Vargo & Lusch, 2004a). Dayanıklı olsun veya olmasın malların değeri kullanımdan, sağladıkları hizmetten kaynaklanır (Vargo & Lusch, 2008a).

HBM malları küçük görme veya reddetme eğiliminde değildir. Aksine malların varlığının mecburiyetini kabul eder. Onlarsız hizmet aktarımının çoğu zaman mümkün olmadığını bilir ve hatta HBM, malların gerçek işlevlerinin ürün odaklı bakış açısına göre daha çok farkındadır. HBM’nin tartıştığı şey malların yalnızca somut birer ürün olarak görülmesidir oysa mallar hizmetler için çoğu zaman gerekli bir transfer aracıdır (Lusch & Vargo, 2014, s. 63).

Mallar için tanımlanmış bu göreve İskandinav ekolü karşı çıkar. İskandinav ekolüne göre mallar hizmetlerin aracıları değil hizmet sürecindeki girdilerden yani kaynaklardan bir tanesidir. Müşteri bir ürünü hizmet olarak tüketmez. Onu kullanarak değer yaratır. Yani rn hizmet aracısı değil hizmet sürecini ve hizmet tüketimini imkankıl kılan bir kaynaktır (Grönroos, 2006, s. 330).

1.1.3.4 Dördüncü Temel Öncül: İşleyen Kaynaklar Stratejik Faydanın Temel Kaynağıdır⁶

Neo-Klasik ekonomik büyüme modelinde toplum içinde bilgi edinme dışsaldır. Rekabet sistemi için bilginin dışsallığı vardır. Oysa Hunt'ın (2001) genel rekabet teorisine göre ise bilgi içseldir. Firma kar amacıyla yaptığı faaliyetlerden öğrenir. Rekabet aslında bir “bilgi keşfetme” sürecidir. Dolayısıyla rekabetler yetenekleri geliştirdiği gibi yetenekler de rekabet avantajı sağlar. Rekabet avantajı yaratacak olan firma verimliliği bilgiye ve “nasıl yapılacağını bilme” (**know-how**) olarak tanımlanabilecek olan teknolojiye bağlıdır (Capon & Glazer, 1987). Verimliliğin bir bileşeni olan teknolojinin iki bileşenini vardır; ürün teknolojisi (ürün sayesinde somutlaşmış bilgi) ve süreç teknolojisi (üretim sürecine giren bilgi) (Porter, Technology and Competitive Advantage, 1985). Rekabetin yegane kaynağı firmanın değer zincirini bir bütün olarak algılayarak tüm bu bilgileri işler hale getirebilmesidir (Normann & Ramirez, 1993). İşlenen kaynaklar elbette önemlidir ancak işleyen kaynaklar olmadan yani gerekli yetenekler ve bilgi olmadan işlenen kaynakların işleyen kaynaklar haline gelmesi mümkün değildir (Lusch & Vargo, 2014, s. 65)

Rekabeti yönlendiren, arzu edilen şeyleri sağlayabilen karşılaştırmalı yeteneklerdir (Vargo & Lusch, 2008a). Bilgi işleyen bir kaynaktır ve HBM bilginin rekabet avantajı olarak bütün değer zincirine, daha doğrusu “hizmet sunma” zincirine entegre edilmesi gerekliliğini savunur. Ürün baskın olan zincirde akış somut ürünlerin akışıdır. Bilgi akışı reddedilmez ancak ikincil plandadır. HBM bilgi akışını birincil olarak görür. Hizmet, bilginin sunumudur. Unutulmamalıdır ki değer zincirinde birincil olarak görülen bilgi akışı, bütün paydaşlar arasında vuku bulur (Vargo & Lusch, 2004a). Kısacası hizmet rekabet avantajının temelini oluşturur (Lusch, Vargo, & O'brien, 2007).

⁶ Bu öncül ilk olarak “Bilgi, Rekabet Avantajının Temel Kaynağıdır” olarak önerilmiş (Vargo & Lusch, 2004a) takip eden zamanda “İşleyen Kaynaklar Rekabet Avantajının Temel Kaynaklarıdır” olarak değiştirilmiş (Vargo & Lusch, 2008a) ve son olarak “İşleyen Kaynaklar Stratejik Faydanın Temel Kaynağıdır” şeklinde güncellenmiştir (Vargo & Lusch, 2016).

1.1.3.5 Beşinci Temel Öncül: Tüm Ekonomiler Hizmet Ekonomileridir⁷

Ekonomik mübadele Smith'in (1776) somut çıktılarına bağlanmış ve hizmet "üretim çıktısı olmayan şeyler" olarak dar bir anlama sıkıştırılmış (Rathmell, 1966) olsa da zaman göstermiştir ki sanayileşmiş ekonomilerde hizmetin önemi artmaktadır. Bugün hizmetlerin gayrisafi yurt içi hasıladaki payları %65.7'e yükselmiştir (WorldBank, 2022). İşlenen kaynaklar üzerine yoğunlaşan ve somut ürünleri temel alan eski ekonomi ekolü mevcut durumda gerekli olan ekonomik açıklamaları yapmakta yetersiz kalmaktadır. Bunun yerine makro uzmanlaşmaları dahi kapsayan işleyen kaynaklara odaklanmak yerinde olacaktır. Bu odaklanma mikro düzeydeki uzmanlaşmaları da beraberinde getirir. Bugün artık birçok üretici belli başlı uzmanlıkları (bünyesinde bulunması zor veya maliyetli) dış kaynak kullanımı ile elde etmektedir. Bu mübadele sayesinde üretim tarafındaki işçi ihtiyacı azalıyor olsa da diğer taraftan hizmet sektöründeki işçi ihtiyacı hızla artmakta ve dolayısıyla da ekonomik olarak büyüme kaydedilmektedir (Lusch & Vargo, 2014, s. 67)

Bilginin ve yeteneklerin mübadelesi günümüzde daha ön plandadır. Hizmetlerin ekonomi içindeki varlığı yeni olmak bir yana her zaman ekonomi içinde varolmuş ve hatta tek ekonomik gerçek olmuştur (Tablo 1.6) ancak artan ve artmaya da devam edecek olan payı ile daha görünür hale gelmiştir. Ekonomilerde bilginin ve uzmanlaşmanın önemi arttıkça mübadelenin ana unsurunun da somut ürünler değil "hizmet" olacağı daha da anlaşılabacaktır (Vargo & Lusch, 2004a).

Tablo 1.6: Ekonomik Devirler ve Makro Uzmanlaşma

⁷ Bu öncül ilk olarak "hizmetler" (sektör anlamında) (Vargo & Lusch, 2004a) kelimesini kullanmış sonra "hizmet" (birinin kaynaklarının başkasının faydası için kullanılma süreci) olarak değiştirilmiştir (Vargo & Lusch, 2008a).



Kaynak: Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2019). An Overview of Service-Dominant Logic. S. L. Vargo, & R. F. Lusch içinde, The Sage Handbook of Service-Dominant Logic (s. 3- 21). California: SAGE. s.12

1.1.3.6 Altıncı Temel Öncül: Değer, Fayda Sağlayanın da İçinde Bulunduğu Birçok Aktör Tarafından Birlikte Yaratılır^{8 9}

Katma değer kavramı üreticinin ürünün şeklini, yerini, zamanını ve sahipliğini değiştirmek için katlandığı eforların bir karşılığı olarak karşımıza çıkar. Fakat katma değer kavramı şirket bakış açısıyla değere odaklanan ve mübadele değerine atıfta bulunan bir kavramdır. Şirket ürüne bir değer kattığını düşünebilir ve muhasebe bakış açısıyla satılmamış veya satılmaya devam etmeyen bir ürün değer de ifade edebilir lakin bir başka aktörün istek ve ihtiyaçlarını tatmin etmeyen bir malın değer barındırdığı düşünmek yanlıştır (Lusch & Vargo, 2014, s. 69)

⁸ Vargo ve Lusch (2004a) bu temel öncülü ilk tanımladıklarında “birlikte üreten” (**coproducer**) olarak kavramsallaştırmış ancak kısa bir süre sonra fazla ürün odaklı olduğu gerekçesi ile daha hizmet odaklı olan “birlikte değer yaratan” (**cocreator**) kavramıyla değiştirmişlerdir (Vargo & Lusch, 2015). Yine de yanlış anlaşılmalara önüne geçilemediği için “Değer, Fayda Sağlayanın da İçinde Bulunduğu Birçok Aktör Tarafından Birlikte Yaratılır” olarak netleştirilmiştir (Vargo & Lusch, 2016).
⁹ Aksiyom durumunda (Vargo & Lusch, 2016).

HBM bakış açısı sürekli ve müşteri her zaman değerin yaratılmasına dahil olur. Somut ürünlerde dahi imalatın sonlanması değerin yaratımının bittiği anlamına gelmez. İmalat süreci bir ara süreçtir. Mamül tüketiciye geçtikten sonra da değer yaratımı devam eder. Mallar hizmetlerin aracılılarıdır mantığından hareketle tüketici sahipliğini aldığı mal üzerinde tasarrufta bulunmalıdır. Tüketici bu malın sahipliğini takiben kullanmayı, saklamayı, tamir etmeyi ve bertaraf etmeyi de öğrenmelidir. Kısaca tüketici sahip olduğu maldan kendine özgü ihtiyaçları ve isteklerine özgü olarak fayda sağlamalı ve tatmin olmalıdır. Tüketici işlenen kaynak (hedef) olmaktan uzaklaşarak işleyen kaynağa (birlikte değer yaratıcı) dönüşür(Vargo & Lusch, 2004a). Değer yaratımının etkileşimsel bir süreç olduğu unutulmamalıdır (Vargo & Lusch, 2008a).

1.1.3.7 Yedinci Temel Öncül: Aktörler Değer Sağlayamazlar Ancak Değer Tekliflerinin Yaratımında ve Önergelerinde Rol Alabilirler¹⁰

Erken dönem pazarlama bilginlerinin görüşüne göre değer ürünün içerisine gömülü olarak gelir ve üzerine yoğunlaşılan konu, pazarlama süreciyle katma değerin nasıl sağlanacağı olmuştur. Katma değer fonksiyonu oldukça iyi hizmet etmiş olmasını rağmen bir sorunu vardır; somut ürün odaklı oluşudur. Katma değer kavramı müşteri odaklı gibi görünse de katma değerin öne sürdüğü olgu müşterinin değeri, kullandığı değer değil mübadeleden kaynaklı değerde araması yönündedir. Geleneksel pazarlama, pazarlamaya yeni özellikler ekleyerek pazarlama teorisindeki memnuniyetsizliği gidermeye çalışmıştır (Dixon, 1990).

Hizmet pazarlamasında değerin yeniden tanımlanması gerekliliği tartışılmıştır. Pazarlamanın odak noktasında müşteri varsa değer yaratma yalnızca tüketim gerçekleştiğinde olmalıdır. Satılmamış bir ürünün değer barındırması mantıksızdır ve

¹⁰ Bu öncülün orijinali “İşletme Yalnızca Değer Tekliflerinde Bulunabilir” olarak tanımlanmıştır(Vargo & Lusch, 2004a). İşletmenin değer teklifinden sonra birlikte değer yaratma sürecindeki görevinin sonlandığına ve değeri yaratan taraf olduğuna dair bir algı oluştuğu için “İşletme değer sağlayamaz yalnızca değer tekliflerinde bulunabilir” şeklinde değiştirilmiştir (Vargo & Lusch, 2008a). Aktör yönelimli anlayış çerçevesinde güncellenerek son halini almıştır (Vargo & Lusch, 2016).

dahi müşterisi olmayan bir hizmet sağlayıcısının değer sağladığını söylemek de yanlıştır (Gummesson, 1998). Pazarlamanın amacı değeri sağlamak değil değer yaratmak olmalıdır. Bunu da hazır değeri müşteriye sağlayarak değil müşteri değer yaratırken onu destekleyerek yapar (Grönroos, 2016, s. 11). Somut bir ürün bilgi ve yetenekler aracılığı ile içinde hedef müşteri için bir -değer- değil -değer potansiyeli- barındırabilir. Müşteri bu değer potansiyelinin birlikte değer yaratarak kendi ihtiyaçlarına ve isteklerine dönüştürülebileceğini anlaması gerekir. Firmalar ve diğer aktörler yalnızca rekabet avantajı sağlayabilecek değer tekliflerinde bulunabilir (Vargo & Lusch, 2004a). Tek başlarına değer yaratamaz veya sağlayamazlar (Vargo & Lusch, 2008a). Değer tekliflerinin verilen ve tutulması gereken birer söz olduğu unutulmamalıdır. Değeri teklif eden taraf rakiplerinden daha iyi bir teklifte bulunmasıyla ancak rekabet avantajı elde edebilir. Yalnız dikkat edilmesi gereken husus burada değer teklifini değere dönüştürecek ve değeri belirleyecek olan tarafın fayda sağlayan taraf olacağı noktasıdır. Değer teklifinde bulunan aktör fayda sağlayana verdiği sözü yerine getirmeli hatta sözünü yerine getirirken fayda sağlayanın beklentilerinin de ötesine geçmelidir (Lusch & Vargo, 2014, s. 72) çünkü değer teklifleri aktörlerin iletişimi için kilit noktadır ve mübadele, ilişkiler ve karşılıklı öğrenme pratiklerine olanak sağlar (Ballantyne, Frow, Varey, & Payne, 2011).

1.1.3.8 Sekizinci Temel Öncül: Hizmet Odaklı Bakış Açısı Doğası Gereği Fayda Sağlayan Odaklıdır ve İlişkiseldir¹¹

Hizmet odaklı bakış açısının özellikleri etkileşim, entegrasyon, özelleştirme ve birlikte üretimdir. Doğal olarak odağı da müşteri ve ilişkidir çünkü müşterilerin asıl ihtiyacı olan şey ürünler değildir. Müşteri veya fayda sağlayan, ihtiyaçlarının ve isteklerinin tatmini ile ilgilenir (Lusch & Vargo, 2014, s. 74). Müşteriler kendileri için zihinsel ve/veya fiziksel faaliyetleri yerine getirebilir, başkalarının onlar için yerine

¹¹ Bu öncül ilk olarak “Hizmet Odaklı Bakış Açısı Müşteri Odaklıdır ve İlişkiseldir” olarak sunulmuş (Vargo & Lusch, 2004a) ancak fazla kuralcı görülmesi sebebi ile sonrasında normatif değil pozitif bir yapı kazandırmak adına doğal olarak kelimesi eklenerek “Hizmet Odaklı Bakış Açısı Doğası Gereği Müşteri Odaklıdır ve İlişkiseldir” olarak değiştirilmiş (Vargo & Lusch, 2008a) ve en son “Hizmet Odaklı Bakış Açısı Doğası Gereği Fayda Sağlayan Odaklıdır ve İlişkiseldir” şeklinde güncellenmiştir (Vargo & Lusch, 2016).

getirmesini isteyebilir (Gummesson, 2008) ve/veya bu faaliyetleri yerine getirecek ürünler talep edebilirler. Sonuç olarak isteklerini ve ihtiyaçlarını tatmin etmek için hizmetlere ihtiyaç duyarlar(Vargo & Lusch, 2004b).

Ürün baskın mantıkta firma ve tüketici iki ayrı taraf olarak bulunur. Bir taraf değeri yaratırken diğer taraf yaratılan bu değeri tüketir. HBM’de ise değeri belirleyen fayda sağlayan olduğu için doğası gereği hizmet sağlama ve değerın birlikte yaratımı ilişkiseldir (Vargo & Lusch, 2008a) çünkü HBM mübadelede birincil olarak transferi değil, transfer ve sonrasındaki müşteri ile ilişkide olma durumunu temel alır. HBM dinamik bir yapıya sahiptir. Hizmet sonrasında müşteri ile birlikte olur ve onunla birlikte öğrenir. Öğrendiklerini de aktif kullanarak evrim geçirir (Vargo & Lusch, 2004a). Karşılıklı yaşanan bu süreç sayesinde işletme müşteri ile etkileşime geçerek hizmetlerin özelleştirilmesini de başarabilir (Lambert & Garcia-Dastugue, 2015).

1.1.3.9 Dokuzuncu Temel Öncül: Bütün Sosyal ve Ekonomik Aktörler Kaynak Entegratörleridir¹²

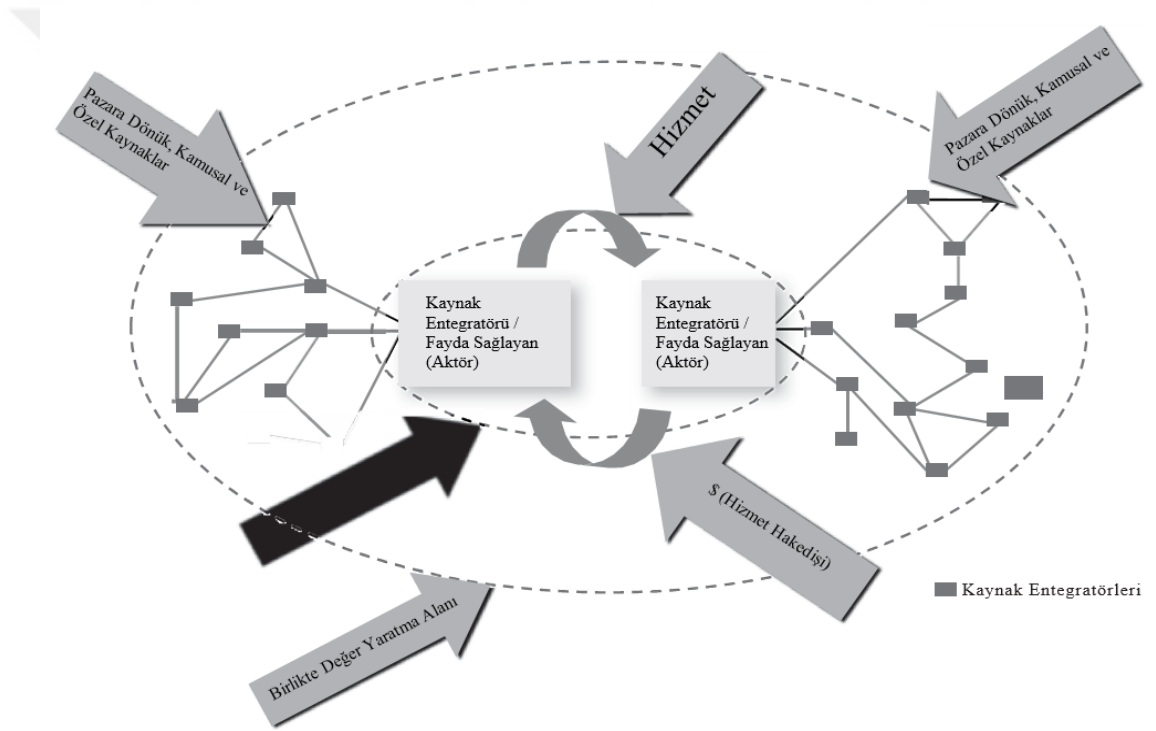
Bu temel öncül ilk olarak “örgütlerin varoluş amacı mikro özel yetkinlikleri pazarda talep edilen karmaşık hizmetlere entegre etmek ve dönüştürmektir” (Vargo & Lusch, 2015) olarak önerilmiş olsa da kısa bir süre içinde kaynak entegratörlüğü rolünü bireylerin ve hanelerin de üstlenebileceğinin farkına varılmıştır (Lusch & Vargo, 2006). Takip eden zamanda “bütün sosyal ve ekonomik aktörler kaynak entegratörleridir” olarak değiştirilmiştir (Vargo & Lusch, 2008a).

Sekizinci öncülden hareketle fayda sağlayan ve ilişkisel olan HBM, ilişkiyi değerlerin birlikte yaratılmasında ortak, etkileşimli, işbirlikçi, karşılıklı rollerin ortaya çıkması olarak tanımlar. Bu tanım birlikte değer yaratmaya Şekil 1.3’te gösterildiği şekilde geniş bir bakış açısından bakmayı gerekli kılar. Şekil 1.3’te merkezde bulunan hizmetin sağlanabilmesi için kaynak entegratörlerinin hizmet için hizmet mübadelesini yerine getirmesi gerekir. Elbette bu şekil tek bir pazar yerini temsilidir. Başka pazar yerlerinde aynı aktörler farklı aktörlerle yine benzer bir yerde bir araya gelerek hizmet için hizmet mübadelesinde bulunurlar (Lusch & Vargo, 2014, s. 74-

¹² Aksiyom durumunda (Vargo & Lusch, 2016)

76). Bu bir döngüdür ve süreç inovasyonunu da tanımlamak için kullanılabilir çünkü ürün baskın mantıkta inovasyon firmanın tekelinde bir süreçken HBM’de inovasyon bütün entegratörlerin bir araya geldiği bir kavramı tanımlar (Lusch, Vargo, & Tanniru, 2010, s. 29) Basit bir bakış açısı ile sosyal ve ekonomik bütün aktörler kaynak entegratörleridir. Aktörlerin bu kaynak entegrasyonu sonucu yeni kaynaklar yaratılmış olur ve yaratılan yeni kaynaklar başka kaynaklar ile entegre edilir. Bu döngü sürekli olarak devam eder (Lusch & Vargo, 2014, s. 74-76).

Şekil 1.3: Kaynak entegratörlerinin mübadelesi



Kaynak: Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2014). Service-Dominant Logic: Premises, Perspectives, Possibilities. New York: Cambridge University Press.s.75

Genel olarak bütün ekonomik birimler birer kaynak entegratörleridir. Mübadelenin gerçekleşmesini de sağlayan aslında kaynak entegratörlerinin benzersiz kaynakları yine benzersiz bir şekilde entegre etmesidir. Buradan hareketle hizmet sunumunun kaynakların entegrasyonu açısından değerlendirilmesi gerekir çünkü HBM’ye göre değer yaratmak kaynakların entegrasyonu ve şekil değiştirmesi ile ilgilidir (Lusch & Vargo, 2006).

1.1.3.10 Onuncu Temel Öncül: Değer Her Zaman Benzersiz Bir Şekilde ve Fenomenolojik¹³ Olarak Fayda Sağlayan Tarafından Belirlenir¹⁴

Daha önceki öncüllerde değerın deneyimsel yapısı yeteri kadar açıklanmamıştır. Bu temel öncüde her ne kadar aynı anlam ifade edilmeye çalışılmış olsa da “fenomenolojik” kelimesinin “deneyimsel” kelimesinin yerine kullanılmasındaki temel neden “deneyimsel” kelimesinin içinin fazlaca boşaltılmış olmasıdır. Deneyimsel kelimesinin kullanımında bir beis olmamakla birlikte artık neredeyse “lunapark deneyimi” seviyesine indirilmiş bir kelime anlamının olduğunu da göz önünde bulundurmakta fayda vardır (Vargo & Lusch, 2008a).

Bu temel öncünün belirtmeye çalıştığı olgu ise her hizmet mübadelesinin kendine göre eşsiz olduğu ve fayda sağlayanı özgü deneyimler yarattığıdır. HBM’de değer demek iyi oluş demektir, sistemin devamlılığının sağlanabilmesi demektir. Değer her ne kadar birlikte yaratılıyor olsa da değere kıymet biçen, “fayda sağlayan” bir taraf vardır (Lusch & Vargo, 2019, s. 15). Bu değerlendirme her bir fayda sağlayan için geçerlidir çünkü her olayda bir fayda sağlayan olduğu gibi her bir olayın meydana gelişinin kendine özgü bir zamanı, mekanı, aktörleri, kaynakları, bağlamı ve bunların birbiriyle farklı kombinasyonu vardır. Bazı aktörler mesela işletmeler veya devletler değeri ölçme gayesinde bulunabilirler. Kendi açılarından değeri verimlilik, karlılık gibi somut çıktılarla ölçebilirler ancak fayda sağlayan tarafından ölçmeleri mümkün değildir (Lusch & Vargo, 2014, s. 78)

1.1.3.11 Onbirinci Temel Öncül: Birlikte Değer Yaratma, Aktörler Tarafından Oluşturulan Kurumlar ve Kurumsal Düzenlemeler Aracılığı ile Koordine Edilir¹⁵

¹³ Görüngü bilimsel; “Görüngü: Duyularla algılanabilen her şey, fenomen, numen karşıtı” (TDK, 2022). Görüngü bilim fenomen kavramını olay olarak değil olayın içindeki öz olarak kabul eder.

¹⁴ Aksiyom durumunda (Vargo & Lusch, 2016)

¹⁵ Aksiyom durumunda (Vargo & Lusch, 2016)

Kurum, kurumsallık ve kurumsallaşmaya kavramsal olarak Türkiye’de farklı anlamların yüklendiği görülmektedir. Örneğin kurumsal şirket veya şirketin kurumsallaşması ile bahsedilen genel olarak şirketin veya organizasyonun bireylere bağlı olmadan kendi kendine hareket etmesi, bir otokontrol mekanizmasına sahip olmasıdır. Oysa kurumsallaşma tek bir kelime ile ifade edilecek olsa “meşrulaşma” olarak nitelendirilebilir. Geniş çerçeveden bakıldığında kurumsallaşma yeni kurumların ortaya çıkarak onların benimsenmesi, kalıcı hale gelmesidir (Çakar & Danışman, 2015). Kurumsal düşüncenin yönetim, organizasyon, pazarlama (az da olsa), ekonomi, siyaset, sosyoloji bilim dallarında her geçen gün büyüyen bir literatürü vardır (Vargo & Lusch, 2016). “Kurumlar, ilgili faaliyetler ve kaynaklarla birlikte toplumsal yaşama istikrar ve anlam sağlayan düzenleyici, normatif ve kültürel-bilişsel unsurlardan oluşur” (Scott, 2014, s. 56). HBM’de kurumlar büyük önem arz eder çünkü kaynak entegrasyonu (temel öncül 9) ve hizmet için hizmet mübadelesi (temel öncül 1) aracılığı ile birlikte değer yaratma (temel öncül 2) ve fayda sağlayan tarafından değerin belirlenmesi (temel öncül 10) çatışmadan kaçınma ve uzlaşma için aktörler arasında bir koordinasyon sistemi anlamına gelir (Lusch & Vargo, 2019, s. 16). Kurumlar, kaynak entegrasyonunda, hizmet için hizmet mübadelesinin yani sürecinin yapı taşlarını oluşturur ve karmaşık bir sistem olan birlikte değer yaratmanın anlaşılması için elzemdir (Vargo & Lusch, 2016).

1.1.4 Hizmet Baskın Mantığının Teorik Değerlendirilmesi

HBM’nin kökenlerinde yatan fikrin ortaya çıkışında B2B evreni etkili olmuştur denilebilir. Müşterilerle birlikte hareket etme, geribildirimler sayesinde ürün ve hizmetler açısından iyileştirmeler ve güncelleştirmeler ve dahasını ilk kullanan B2B evreni olmuştur. Bu açıdan bakıldığında satıcı işletme, ürününü satmakla değil (mübadeledeki değer) sattığı işletmenin bunu nasıl kullandığı (kullanımdaki değer) ve kendisine nasıl değer sağladığı ile ilgilenmiştir (Vargo & Lusch, 2008b). HBM ise B2B’de filizlenen bu anlayışı ayakları yere basan bir çerçeveye oturtmuş ve son kullanıcıya kadar götürülebilecek bir tedarik zinciri sistemi tanımlamıştır. Ne de olsa tedarik zincirinin ana amacı müşterilerin değer yaratma süreçlerine hizmet teklifleriyle

ya da hizmetlerin aracıları olan mallarla desteklemektir (Lusch, Vargo, & Tanniru, 2010).

Bu tanımlama desteklendiği kadar fazla müşteri odaklı olduğu ve aslında hizmetin yaratıcılarının bir veya iki değil bir bütün olarak ağ yapısı içerisinde paydaşlar olduğu savıyla da eleştirilmiştir (Gummesson, 2008). Tek bir gerçek var ki o da HBM ortaya atıldığından bu yana “firma” ve “müşteri” sınırlarından sıyrılıp daha geniş bir bakış açısına evrilmiştir (Vargo & Lusch, 2016).

HBM’nin son tahlilde temelini oluşturan beş kavram vardır: aktörler, hizmet, kaynaklar, değer ve kurumlar. Bu kavramlar HBM’nin zaman içinde temel öncüllerinin geliştirilerek ve hatta öncüllerin artık aksiyom durumuna geçerek çerçevesinin gelişmesi ile temel yapı taşları haline gelmiştir (Lusch & Vargo, 2019). Bu kavramlar şöyle açıklanabilir:

1- Aktörler: HBM başlarda klasik literatürden hareketle tanımlanmış tüketici, müşteri, üretici, tedarikçi gibi aslında roller biçilmiş terimleri kullanmıştır. Zamanla rolleri sınırlandırmak yerine daha geniş bir anlam ifade etmesi açısından “aktör” kelimesi tercih edilmiştir. Ne de olsa bütün aktörler aynı şeyi yapmaktadır: kaynak entegrasyonu ve hizmet mübadelesi. Aktör bakış açısı kullanımda olan B2C, B2B ve C2C kavramlarını da A2A olarak kullanımını gerekli kılmıştır (Vargo & Lusch, 2011).

2- Hizmet: Burada özellikle belirtilmesi gereken nokta HBM’nin “hizmetler” yerine “hizmet” kullanımında özen göstermiş olmasıdır çünkü HBM’ye göre hizmetler hem bir sektörü belirttiği gibi hem de ürün baskın mantığın getirdiği bir kullanım olmuştur. Ürün baskın mantık çerçevesinde bakıldığında “hizmetler” soyut bir çıktıyı tanımlamakta oysa HBM çerçevesinden bakıldığında “hizmet” bilgi ve yetenek gibi kaynakların bir uygulaması olarak kavramsallaştırılmaktadır (Lusch & Vargo, 2015).

3- Kaynaklar: Kaynaklar hizmet sağlayabilmenin birincil gerekliliğidir. Aktörlerin değer yaratabilmek adına kullandıkları herşey kaynak olarak değerlendirilebilir. Bu kaynaklar somut ve soyut olarak gruplandırılacakları gibi işlenen ve işleyen kaynaklar olarak da gruplandırılabilir. İşlenen kaynaklar, fayda sağlayabilmek için işlenmesi gereken kaynaklar olarak gösterilebilir (Örn: doğal

kaynaklar). İşleyen kaynaklar ise işlenen kaynakları işleyerek fayda sağlayabilmek yetkinliğine sahip olan kaynaklardır (Örn: bilgi ve yetenekler). İnsan yetenekleri, uygulamalı bilgi gibi olgular hizmet mübadelesinin konusudur (Lusch & Vargo, 2019, s. 8-9).

4- Değer: Mübadelenin gerçekleşmesindeki amaç değer yaratmaktır. Değer bir aktörün iyi oluşundaki net bir değişimi ifade eder (Lusch & Vargo, 2014). Bu tanım aynı zamanda değerın aktöre özgü olduğunu ve değerin fayda sağlayan tarafından belirlendiğini de anlatır. Değer her zaman birlikte yaratılır. Bu sebeple değer algısında mübadeledeki tarafların yani aktörlerin de önemi vardır çünkü değeri tanımlayan taraf değeri tanımlarken deneyimlerinden, tecrübelerinden, yargılarından, mübadele konusunun mevcudiyetinden ve etkileşimlerden etkilenir (Vargo & Lusch, 2016).

5- Kurumlar: Kurumlar düzenleyici, normatif ve kültürel-bilişsel unsurların faaliyetler ve kaynaklarla bir araya gelmesinden oluşur (Scott, 2014, s. 56). Kurumlar birlikte değer yaratmayı mümkün kılar. Burada bahsedilen kurumlar genel olarak literatürde bahsi geçen organizasyonel yapıları tanımlamak için kullanılmamaktadır. Kurumlar daha kapsamlı kurumsal düzenlemelerin birer parçasıdır. Kurumlar kaynak entegrasyonu, hizmet mübadelesi ve birlikte değer yaratma faaliyetlerinin düzenleyicisi rollerini üstlenirler. Hizmet ekosistemini anlamak için kurumlar çok önemlidir çünkü önyargılar, genel kabul görmüş mantıklar ve de ideoloji gibi kurumlar hizmet sunumunu ve dahi birlikte değer yaratmayı etkileyebilecek güce sahiptirler (Lusch & Vargo, 2019, s. 9).

HBM'ın teorik çerçevesini oluşturan onbir temel öncül vardır. İlk ortaya atılışından bu yana geçen zaman içinde geliştirilen temel öncüllerin ana kaynağı ise içlerinden belirlen beş aksiyomdur. Bu aksiyomlardan diğer altı öncül türetilbilir (Tablo 1.7) ve bu aksiyomların esas gayesi hizmet için hizmet mübadelesi aracılığı ile değer yaratmayı açıklamaktır (Vargo & Lusch, 2016).

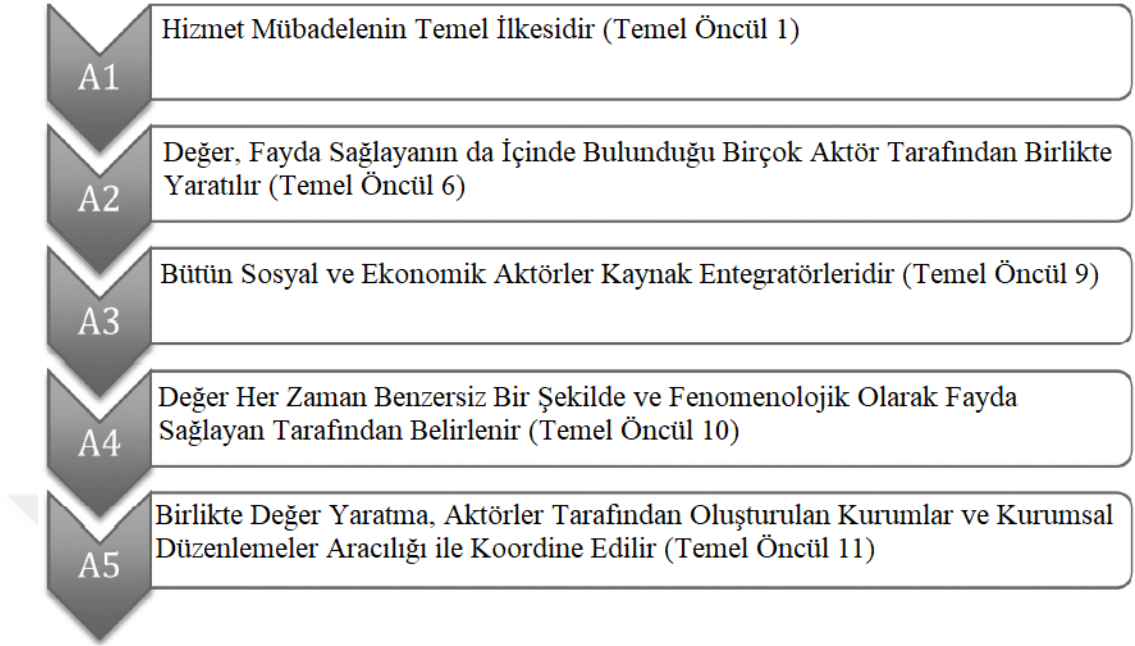
Tablo 1.7: Aksiyomlar ve Temel Öncüller

Aksiyom 1 / Temel Öncül 1: Hizmet Mübadelenin Temel İlkesidir	Aksiyom 2 / Temel Öncül 6: Değer, Fayda Sağlayanın da İçinde Bulunduğu Birçok Aktör Tarafından Birlikte Yaratılır	Aksiyom 3 / Temel Öncül 9: Bütün Sosyal ve Ekonomik Aktörler Kaynak Entegratörleridir	Aksiyom 4 / Temel Öncül 10: Değer Her Zaman Benzersiz Bir Şekilde ve Fenomenolojik Olarak Fayda Sağlayan Tarafından Belirlenir	Aksiyom 5 / Temel Öncül 11: Birlikte Değer Yaratma, Aktörler Tarafından Oluşturulan Kurumlar ve Kurumsal Düzenlemeler Aracılığı ile Koordine Edilir
Temel Öncül 5: Tüm Ekonomiler Hizmet Ekonomileridir	Temel Öncül 3: Mallar, Hizmet Sunumunun Dağıtım Mekanizmalarıdır Temel Öncül 2: Dolaylı Mübadele, Mübadelenin Temel İlkesini Maskeler	Temel Öncül 4: İşleyen Kaynaklar Stratejik Faydanın Temel Kaynağıdır	Temel Öncül 7: Aktörler Değer Sağlayamazlar Ancak Değer Tekliflerinin Yaratımında ve Önergelerinde Rol Alabilirler	Temel Öncül 8: Hizmet Odaklı Bakış Açısı Doğası Gereği Fayda Sağlayan Odaklıdır ve İlişkiseldir

Kaynak: Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2019). An Overview of Service-Dominant Logic. S. L. Vargo, & R. F. Lusch içinde, The Sage Handbook of Service-Dominant Logic (s. 3- 21). California: SAGE. s.16

Tablo 1.7’de gösterilen aksiyom 1’den öncül 5’e, aksiyom 2’den öncül 3 ve öncül 2’ye, aksiyom 3’ten öncül 4’e, aksiyom 4’ten öncül 7’ye, aksiyom 5’ten öncül 8’e ulaşılabilir. Şekil 1.4’te bu aksiyomlar ve değer yaratma sürecindeki yerleri gösterilmiştir.

Şekil 1.4: Hizmet Baskın Mantığının Aksiyomları



Kaynak: Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2019). An Overview of Service-Dominant Logic. S. L. Vargo, & R. F. Lusch içinde, *The Sage Handbook of Service-Dominant Logic* (s. 3- 21). California: SAGE. s.9

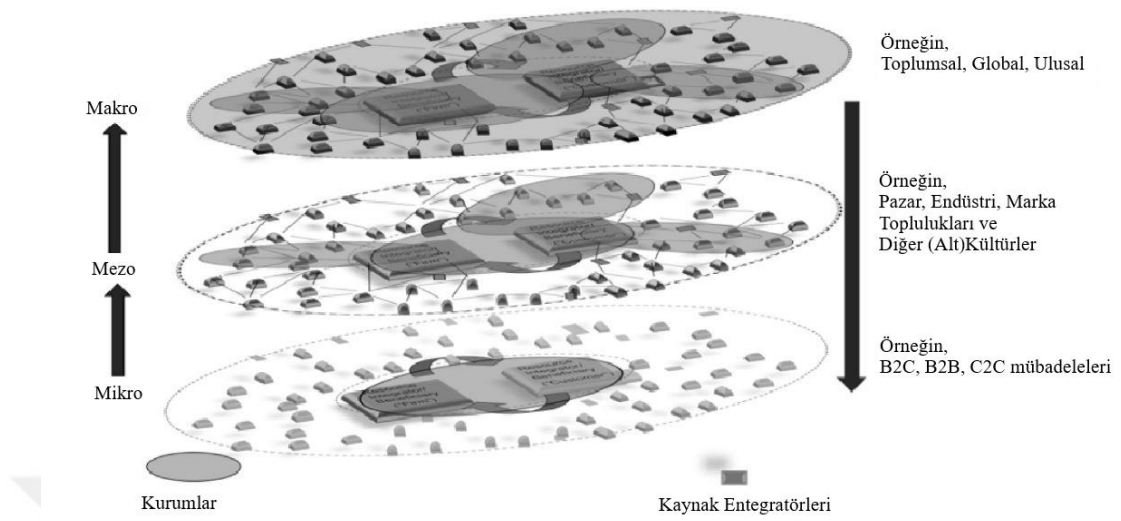
HBM bazen fazla yönetsel bakış açısı odaklı olmakla (Wilkie & Moore, 2015), bazen fazla makro seviye olduğu için mikro düzeyde yönetsel bir bakış açısı sunamayacağı ile (Grönroos & Voima, 2013), bazen de her hizmetin kendi bağlamında değerlendirilmesi gerektiği ancak HBM'nin genelleştirme yaparak aynı ürün odaklı bakış açısı gibi bir standardizasyon arayışında olduğu ile eleştirilmiştir (Grönroos, 2006). Bu eleştiriler yerinde olmakla birlikte yanlış anlaşılmanın bir sonucudur (Vargo & Lusch, 2017). Bu eleştirilere sebep olan yanlış anlamaları düzeltebilmek için HBM'nin beşinci aksiyomu olan “Birlikte Değer Yaratma, Aktörler Tarafından Oluşturulan Kurumlar ve Kurumsal Düzenlemeler Aracılığı ile Koordine Edilir” bakış açısını genişletmek gerekir. Kurumlar, aktörler ve kurumsal düzenlemelere daha geniş bir açıdan bakınca aradaki etkileşimleri ve akışı görmek mümkün olabilir. Bu geniş bakış açısıyla karşımıza sistem yönelimi olan “yığınların yığınlarla” (many-with-many) aktör bakış açısı çıkar (Gummesson, 2015). Ortak bir değer yaratma, aktörler arası etkileşimler, hizmet için hizmet mübadelesi ve ortak hizmet sunma gibi olgular aslında bir sistemi yani hizmet ekosistemini tanımlamaktadır (Vargo & Lusch, 2011).

Hizmet ekosisteminde kaynak entegrasyonunda bulunan aktörler hizmet için hizmet mübadelesi aracılığı ile kurumsal düzenlemeler çerçevesinde ortak bir değer

yaratma amacıyla birbirleri ile etkileşim içindedirler. Hizmet ekosistemleri açık ve dinamik sistemler olup, sürekli bir öğrenme sürecinden geçerler. Böylece bu öğrenme süreci sonunda kendileri yeniden düzenleyerek sistem içinde varlıklarını devam ettirirler (Lusch & Vargo, 2019, s. 17).

Hizmet ekosistemleri tek bir katmandan oluşmazlar (Şekil 1.5). Bu katmanlar kendi içlerinde etkileşimde bulunan aktörlere sahip olduğu gibi katmanlar arasındaki aktörler arasında da etkileşim vardır. En altta bulunan en küçük katman olan mikro seviyedeki katmanda B2B, B2C ve C2C mübadeleleri konumlandırılabilir. Bu katmandaki etkileşimlerde spesifik beklentilerin karşılanması vardır. Bu etkileşimlerde beklentiler fazlaca karşılanabileceği gibi tamamen hüsrana da sonuçlanabilir. Mezo olarak nitelendirilen orta katmanda pazar, endüstri, marka birlikleri ve diğer alt kültürler bulunmaktadır. Mezo katmanda etkileşim biraz daha komplikedir çünkü taraflar birbirlerine hizmet sağladıkları gibi bu hizmet sağlama etkileşimleri üçüncü bir aktörü de etkileyebilir. Mezo katmada değer aktörlerin algılarına göre farklılık gösterebilir. En üst katmanda yani macro seviyede ise toplumsal, global ve ulusal aktörler yer alır. Bu katmanda aktörlerin oluşturduğu yığınlar vardır ve bu yığınlar karmaşık şekilde değer yaratmaktadır. Bu katman aslında bir mübadele ağını temsil eder. Bu katman yalnızca aktörlerden değil onları çevreleyen kurumlardan, kültürlerden ve ilişkilerden oluşur. Üst katmanları oluşturan alt katmanlardır ancak bu oluşan üst katmanlar da alt katmanları etkileyen onlar için bir çevre olarak, bir bağlam olarak hizmet eder. Kısacası birbirlerinden kopuk olarak düşünülemezler (Chandler & Vargo, 2011) (Akaka & Chandler, 2019). Bu birliktelik içinde bilgi alışverişi ve öğrenme barındırdığı için doğal olarak inovasyonu da barındırır. Aktörler ile katmanların etkileşimi ve hizmet mübadelelerinin devamlılığı için inovasyon, HBM'nin ekosistem kavramı içine gömülü bir etmendir (Lusch & Nambisan, 2015).

Şekil 1.5: Hizmet Ekosistemi Katmanları



Kaynak: Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2014). Service-Dominant Logic: Premises, Perspectives, Possibilities. New York: Cambridge University Press.s.171

Hizmet baskın mantık geçtiğimiz yıllar içerisinde kayda değer teorik geliştirmelere tabi olmuştur. HBM'nin temel öncülleri güncellenmiş, hatta daha da teorik çerçevesini sağlamlaştıracak aksiyomlara evrilerek temellendirilmiştir. Bunlara ek olarak kurumsal ve ekosistem yapılarının da eklenilerek çoklu disiplinli bir kavram haline gelmiştir (Vargo & Lusch, 2016). HBM'nin hem pazarlama alanının da hem de pazarlama ile diğer disiplinler arasındaki çalışma konuları Tablo 1.8'de görülebilir.

Tablo 1.8: Akademide HBM Çalışmaları

Pazarlama Alanındaki HBM Çalışmaları	
Pazarlama Altıdalı	Odak / Çıktılar
Markalaşma (Branding)	HBM'nin B2B markalaşması üzerine içgörüler. Markalaşma, iletişimsel bir etkileşim süreci haline gelir ve marka değeri, müşteriler tarafından kullanım sonucu olarak onaylanır veya onaylanmaz
	Markaları, firmaların ve tüm paydaşlarının işbirlikçi, birlikte değer yaratma faaliyetleri olarak anlamak için HBM'ye dayalı bir araştırma ajandası oluşturmak.
	Markaları birlikte yaratmakla ilgili müşteri deneyimini tasarlamak ve planlamak için kavramsal bir model oluşturmak adına HBM'den yararlanmak

	Markalar hakkında kullanıcı tarafından oluşturulan içeriği anlamak için HBM'yi ve aktörden aktöre yaklaşımını kullanmak
Müşteri Katılımı (Customer Engagement)	İlişkisel pazarlama teorisi ve HBM'den yararlanarak müşteri katılımının teorik temellerini keşfetmek
	Müşteri katılımı kavramını satın alma anının ötesine taşımak için HBM'nin kullanılması
Müşteri Algılanan Değer (Customer Perceived Value)	Değeri sosyal bağlamda değer olarak anlamak için HBM'yi ve sosyal inşa yaklaşımını sentezlemek.
	Değeri bir deneyim olarak nitelendirerek değer üzerine HBM tartışmasını genişletmek
Tüketici Kültürü Teorisi (Consumer Culture Theory)	Tüketici kültürü teorisini ve HBM'yi doğal müttefikler olarak konumlandırmak.
	Marka topluluklarında birlikte değer yaratmayı incelemek için tüketici kültürü teorisini ve HBM'yi sentezlemek
Uluslararası Pazarlama (International Marketing)	HBM'yi ve hizmet ekosistemleri yaklaşımını uluslararası pazarlamaya uygulamak
Lojistik / Tedarik Zinciri Yönetimi(Logistics/Supply Chain Management)	Performansa dayalı lojistiği HBM'ye bağlama
	Lojistik değerinin birlikte yaratılmasına ilişkin HBM bakış açısı (bağlam olarak lojistik, lojistik hizmetler)

	Değer zinciri yönetimi için bilgilendirici bir çerçeve olarak HBM
	HBM yoluyla tedarik zincirlerinin ortak değer yaratma ağları olarak algılanması – detaylandırma ve araştırma fırsatları
Pazarlama İletişimi (Marketing Communication)	Pazarlama iletişiminin çerçevesini genişletmek için HBM'yi ve diyalojik yönelimi sentezlemek
	HBM ile bütünleşik pazarlama iletişiminin kesişimini marka “temas noktaları” kavramı üzerinden incelemek
	Kişisel medya aracılığıyla pazarlama iletişimini incelemek için HBM'yi ve birlikte üretim kavramını kullanmak.
Pazarlama Stratejisi (Marketing Strategy)	HBM ile pazarlama kararlarında etik hesap verebilirliğin entegrasyonuna olanak tanımak
	Stratejik avantaj elde etme ve sürdürme amacıyla pazarlama düşüncesine ve uygulamasına rehberlik etmek için HBM'yi kullanmak
	SD mantığının işleyen kaynak perspektifinin ilişkisel pazarlama stratejisi başarısını nasıl etkileyebileceğini açıklamak
Sosyal Pazarlama (Social Marketing)	etkin bir sosyal pazarlamanın uygulanması amacıyla HBM de dahil olmak üzere hizmet düşüncesini sosyal pazarlamaya aşılacak
	HBM'nin ilkelerini, kavramlarını ve teorilerini uygulayarak (ve uyarlayarak) sosyal pazarlamayı genişletmek

Değer Teklifleri(Value Propositions)	HBM'yi, müşteri ağı değer teklifleri stratejilerine uygulamak ve değer tekliflerini müşteri ağı değer teklifleri olarak kavramsallaştırmak
	Değer tekliflerinin dinamiklerini anlamak için HBM'den yararlanmak
	Paydaşlar bakış açısıyla HBM bağlamında değer tekliflerini araştırmak
Disiplinler Arası HBM Çalışmaları	
Uygulama Alanı	Odak / Çıktılar
Sanat Felsefesi ve Yaratıcı Endüstriler (Arts Philosophy and Creative Industries)	Sanatları gündelik hayata entegre edilmiş bir kaynak olarak tartışmak için HBM'yi kullanmak
	HBM'den ve “değer yaratan ekoloji” metaforundan yararlanarak yaratıcı endüstrilerin uygulamalarına rehberlik etmek
Tasarım Odaklı Düşünme / Hizmet Tasarımı (Design Thinking / Service Design)	Hizmet sistem tasarımını ilerletmek için HBM'yi ve tasarım bilimini birbirine bağlamak
	Hizmet için tasarlamayı, bir sosyo-materyal konfigürasyon içinde farklı aktörler arasında yeni tür değer ilişkileri yaratmayı amaçlayan bir keşif süreci olarak tanımlamak için HBM'den yararlanmak
Ekosistem Hizmetleri (Ecosystem Services)	Hizmet baskın bir değer yaratma çerçevesi oluşturmak için HBM'yi ve doğa bilimlerinden ekosistem hizmeti yaklaşımını bir araya getirmek
Eğitim (Education)	Kalabalık sınıflarda katılımı teşvik etmek, öğrenme deneyimleri ve sonuçlar için birlikte yaratma gibi HBM kavramlarını uygulamak
	HBM'nin işletme eğitimi üzerindeki etkilerini araştırmak.

Mühendislik (Engineering)	İmalat firmaları için ürün-hizmet sistemlerinin zorluklarını ve fırsatlarını incelemek
	HBM'den ve diğer destekleyici literatürden yararlanarak “teknolojide liderlikten kullanımda liderliğe bir paradigma kaymasını” savunmak.
Sağlık (Health)	Onkoloji hastalarının birlikte değer yaratma sürecine katılımının önemini ve bunun algılanan kalite üzerindeki etkisini incelemek için HBM'yi uygulamak
	Sağlık hizmetlerinde mikro düzeydeki karşılaşmalarda hasta katılımını incelemek amacıyla bir temel olarak değer yaratmayı kullanmak için bir araştırma gündemi oluşturmak üzere HBM'den yararlanmak
	HBM'ye dayalı olarak sağlık hizmetlerinde değer tasavvur etmek için yeni bir paradigma önermek
Bilgi Sistemleri / Bilgisayar Bilimi (Information Systems / Computer Science)	Hizmet ve hizmet metaforlarını alanın temel yönleri olarak yerleştirerek bilgi sistemleri araştırmasını genişletmek
	İşbirlikli üretim için bir ontoloji geliştirme amacıyla hizmet merkezli mimari ve HBM'nin bağlanması
İnovasyon Çalışmaları (Innovation Studies)	HBM'den ve HBM'nin hizmet ekosistemleri perspektifinden yararlanarak inovasyon konusundaki farklı görüşleri uzlaştırmak
	HBM merceği aracılığıyla kesintili inovasyonların genişletilmiş ve stratejik bir görünümü
Yönetim (Management)	Yönetim eğitimi ve araştırmalarını HBM perspektifi ve ilgili kavramları benimsemeye teşvik etmek

	Hizmetler bağlamında kuruluşlar, çalışanlar ve müşterilerle ilgilenen yönetim araştırması için dahili olarak tutarlı bir çerçeve oluşturmak amacıyla hizmet sistemleri düşüncesi ve HBM'den yararlanmak.
	Gelişmekte olan ekonomilerde stratejileri ele almak ve yeni işletmelere rehberlik etmek için HBM'nin kavramsal bir temel olarak incelenmesi
Kamu Yönetimi Hizmetleri Bilimi (Public Administration Service Science)	Kamu HBM'si için HBM'den kamu yönetimine uyarlamalarda bulunmak
	Hizmet biliminde ve hizmet sistemlerinde analizin temel birimi olarak HBM'yi yerleştirmek
	Sistemler arasındaki etkileşimlerin değerini uyarlamalı olarak hesaplayan sembolik süreçlere dayalı disiplinler arası bir hizmet bilimini oluştururken HBM'den yararlanmak
Turizm (Tourism)	Turizm endüstrisinde birlikte üretim ve birlikte yaratmanın oynadığı rolü ortaya çıkarmada HBM'nin önemi
	Otel endüstrisindeki soyut varlıkları daha anlaşılır kılmak için bir çerçeve olarak HBM'yi kullanmak
	HBM tabanlı olarak bilişim teknolojilerinin nasıl birlikte değer yaratmayı mümkün kıldığı üzerine çalışmalar

Kaynak: Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2017). Service-dominant logic 2025. International Journal of Research in Marketing, 34(1), 46-67. s.57-58

HBM, yalnızca sanayi devrimi sonrasını değil sanayi devrimi öncesi dönemi de kapsayarak daha bütüncül bir pazarlama anlayışı için bir referans noktası tanımlamaktadır (Ballantyne & Varey, 2008). Bu sebeple HBM hem pazarlama alanında hem de pazarlama dışındaki alanlarda akademisyenlerden kabul görerek yayılmış ve yayılmaya da devam etmektedir. HBM gelişmeye ve genişlemeye devam ederek pazarlamanın genel teorisinin gelişmesine yardımcı olabilir hatta birlikte değer

yaratmanın pazar dışındaki uygulamalarında da kabul gören genel teorisi haline gelme potansiyeli taşımaktadır (Vargo & Lusch, 2017).

1.2 Birlikte Değer Yaratma Kavramı

Toplum, hizmet sunumu aracılığı ile birlikte değer yaratma gerekliliğinin bir sonucudur (Platon, 2006, s. 54-60). Bu açıdan bakıldığında toplumun amacı birlikte değer yaratacağı pazarı desteklemektir. Bir başka açıdan bakıldığında ise pazarın amacı toplumu desteklemek olarak da algılanabilir. Pazarlama, pazarlama departmanının uygulamalarından ziyade mübadele aracılığı ile değer yaratmakla ilgilidir (Vargo & Lusch, 2017). Pazarlamaya hizmet perspektifinden bakıldığında temel taşının değer yaratmak olduğu görülebilir (Grönroos, 2012). HBM'nin temelinde yatan fikir de birlikte değer yaratmadır (Lusch & Vargo, 2019, s. 18) çünkü HBM pazarlamayı etkileşimin merkezde olduğu sosyal ve ekonomik bir süreç olarak görür. (Lusch & Vargo, 2006). Değer yaratma kavramı çoktan eskimiş olan katma değer ile karıştırılmamalıdır (Normann & Ramirez, 1993). HBM, pazarlamaya kurumsal düşünceden fayda sağlayabileceği gerekli ve uygulanabilir bir teorik çerçeve sunar. Birlikte değer yaratma ise bu teorik çerçevenin tam da kalbinde yer alır (Vargo & Lusch, 2016).

1.2.1. Değer Kavramı

Değer hem tanımlanması hem de ölçülmesi oldukça zor bir kavramdır (Grönroos, 2008) ancak ekonomik açıdan bakıldığında iki farklı değerden bahsetmek mümkün olabilir; kullanımdan doğan değer ve mübadeleden yani değiş tokuştan doğan değer. Kullanım değeri ihtiyaçlara ve isteklere atıfta bulunurken mübadele değeri ise başkalarının kullanımından doğacak değere atıfta bulunur (Marx, 2011)

Değerin doğası ve ne olduğu gibi tartışmalar İsa'dan önce 4. yüzyılda yaşamış Aristo'dan bu yana süregelmektedir (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008). Değer kavramını kullanım ve mübadele olarak ikiye ayıran Aristo bu ayrımı yaparken temel olarak ürünün ne olduğu (Örn. Araba) ve niteliklerini göz önüne almıştır. Nitelikler olarak özellikleri (Örn. Rengi, motoru), miktarı (Örn. Bir araba, iki araba) ve ilişkiliği (Örn. Kiralık, sahiplik) tanımlayan Aristo, kullanım değerinin cisimlerden (veya

şeylerden) ve özelliklerinden oluştuğunu söyler. Aristo'nun teorisine göre değer, öznel olarak sağlanan fayda neticesinde ortaya çıkar. Bu fayda ürünlerden, hizmetlerden veya kişinin kendi yeteneklerinden yardım alınmasıyla sağlanır. Mübadele değeri ise ancak kullanım değeri neticesinde oluşabilir (Gordon, 1964). Aristo mübadele değerinin cisimlerin (veya şeylerin) miktarının her şeyin ölçülebilir ortak değeri olduğunu iddia eder. Mübadele değerini açıklamaya çalışan Aristo, mübadelede ölçülebilir ortak değer para ve ihtiyaç olduğunu söyler ve hemen ardından ikisini de reddeder. Paranın bir şeyin değerini ölçemeyeceğini çünkü paranın değeri ölçebilmesi için öncelikle değerini ölçeceği şeyin de ölçülebilir olması gerektiğini ifade eder. İhtiyaç ise Aristo'ya göre mübadele sürecini ayakta tutan yegâne kavramdır ancak kişinin ihtiyacı ölçülebilir değildir. Aristo, paranın ihtiyacın bir ölçüğü olabileceğini söylese de mübadeleyi ayakta tutan ihtiyaç ile mübadeleye konu olan şeyin değerinin aynı olmadığına kanaat getirmiştir. Aristo kullanım değerini detaylı şekilde açıklamış ancak mübadele değerini tanımlamakta (büyük çabasına rağmen) yetersiz kalmıştır (Fleetwood, 1997).

Her ne kadar kullanım değeri ile mübadele değeri ayrımını yapan ilk kişi Aristo olsa da bugüne kadar düşünürler tarafından da vurgulanan şey iktisadi bir mübadelenin içindeki kullanım değeri ve mübadelenin temelinde yatan tüketici ihtiyaçları olmuştur. Ekonominin formel bir yapıya kavuşuncaya kadar ki geçen zamanda kullanım değeri düşünürler tarafından daha fazla önem görmüş ve değer içindeki tatmine odaklanılmıştır (Dixon, 1990). Kullanım değerinin tanımı modern ekonomiye kadar düşünürlerce genel kabul görmüş lakin Adam Smith (1776) gerçek değer, işgücü, nominal değer, para gibi ayrımları yapana kadar mübadele değerinin ölçülebilirliği havada kalmıştır.

Değerin ürünün içinde yerleşik olarak bulunduğu, değer tek yönlü olduğu, ikili bir ilişkiyle sınırlandırıldığı ve fayda-maliyet ekseninde değerlendirildiği anlayış pazarlamaya ekonomi biliminden ve endüstriyel çalışmalardan miras kalmıştır (Vargo & Lusch, 2004a). Porter'a (1998) göre değer harcanan para başına çıktıdır ve bu değer performansı geliştirmek için gerekli çerçeveyi sunar. Zeithaml'a (1988) göre ise değer, tüketicinin verdiği karşılık aldığına algısına bağlı olarak ürünün faydasının genel bir değerlendirilmesidir. Holbrook'a (1999) göre değer tüketim nesnesinin

hazsal(**hedonic**) takdiridir. Grönroos ve Helle'nin (2010)görüşüne göre ise iş ortaklarının karşılıklı olarak elde ettikleri maddi kazançlardır. Nerede, ne ile, nasıl, kiminle, kim tarafından ve ne zaman sorularının cevaplarına göre değişen değer, değer kavramının tanımlanmasını da karmaşıktırmaktadır (Voima, Heinonen, & Strandvik, 2010).

1.2.2. Tüketici Değeri

Pazarlamada uzunca bir süre kabul edilen değer kavramının kökleri ekonomi bilimine dayanmaktadır ve “değer” hep “fiyat” üzerinden açıklanmaya çalışılmıştır (Ravald & Grönroos, 1996) ancak değişen bakış açısı tüketici odaklı bir değeri tanımlama gereği doğurmuştur. Holbrook’a (1999, s. 5) göre değer “etkileşimli göreceli tercih deneyimi”dir. Tüketici değerinin tanımındaki dört yön şöyle detaylandırılabilir (Holbrook, 1999):

1. Tüketici değeri etkileşimseldir: Tüketici, değeri tanımlarken bir değerlendirme yapar. Bir özne ile bir nesnenin etkileşimi sonucunda değer tanımlanır. Burada özne tüketicinin kendisi veya bir başkası olarak nitelendirilebilir. Nesne ise üründür; bir emtia, bir mal, güzel bir çiçek, bir politik parti, Beethoven’ın dokuzuncu senfonisi olabilir.
2. Tüketici değeri görecelidir: Tüketici değeri karşılaştırmalı, kişisel ve durumsaldır. Değerin karşılaştırmalı doğası tüketicinin bir nesneyi değerlendirirken ancak başka bir nesne ile karşılaştırmasını anlatır. Değer yargısı tüketiciler arasında bir karşılaştırma değil tüketicinin göreceli değerlendirmesidir. Değerin kişiselliği, kişiden kişiye göre değişiklik göstermesiyle ilgilidir. Değerin durumsallığı ise değer yargısı oluşurken kişinin o an içinde bulunduğu durum ile ilgili olmasıdır.
3. Tüketici değeri tercihseldir: Tüketici karşılaştırma yaparken bir şeyi başka bir şeye tercih eder; yeğler. Yeğleme yargısının oluşması tüketiciyi tercihe yöneltir ve değer algısı oluşur.

4. Tüketici değeri deneyimseldir: Tüketici için değer, satın aldığı üründe veya tercih ettiği markada veya sahipliğini üstlendiği nesnede değil yaşadığı tüketim deneyimindedir.

Tüketici değeri yalnızca tüketim deneyimi neticesinde ortaya çıkar. Tek başına bir nesnenin değeri yoktur. Sahiplik veya tüketimin tüketiciler için bir önemi yoktur. Önemli olan nesnenin, ürünün, emtianın, malın veya kişinin sağladığı hizmetin yarattığı tüketim deneyimidir (Grönroos & Ravald, 2011). Tüketim neticesinde oluşan değer üç boyutu vardır ve şunlardır (Holbrook, 2020):

1. İçsel ve Dışsal Değer (**Intrinsic vs Extrinsic**): İçsel değer tüketime konu olan şeyin bizzatı değeri. Bir müzik parçasının, bir sanat eserinin tüketim deneyiminden ortaya çıkan değer içsel değerdir. Dışsal değer ise tüketime konu olan şeyin kendisinin değil sunduğu hizmetin değeridir. Bir arabanın, bir çekicinin tüketim deneyimi bu ürünlerin kendisinde değil sundukları taşıma, iş görme veya hedonik hizmetin değeridir.
2. Kendine Odaklı ve Başkasına Odaklı Değer (**Self-Oriented vs Other-Oriented**): Kendine odaklı (kendisi için) değer, kişinin yalnızca kendisini düşünerek yaşadığı tüketim deneyiminin bir sonucudur. Bazen normal olarak ihtiyaçlarını ve isteklerini giderebilmek adına bazen de tamamen bencilce duygularla yapılan tüketimin tamamen kendisini etkilemesi ile ortaya çıkan değerdir. Başkasına odaklı değer ise yakın çevre olarak mikro düzeyden, topluma ve doğaya makro düzeye kadar seviyelerde değerlendirmeye tabi olabilir. Başkasına odaklı değer, tüketim deneyimi neticesinde ortaya çıkan değer başkasını etkilemesiyle ilgilidir. Kendine odaklı ve başkasına odaklı değer arasındaki çizgi keskin olmak bir yana net de değildir. Kişi bazen farkında olmadan, başkasına odaklı değer arayışındayken aslında bilinçaltındaki iç kişiliği için de tüketim deneyimi yaşayabilir.
3. Etkisel ve Tepkisel Değer (**Active vs Reactive**): Etkisel değer tüketicinin somut veya soyut bir obje üzerindeki tasarrufu neticesinde

yaşadığı deneyimin sonucu olarak ortaya çıkan değerdir. Yemek yapmak, yüzmek veya tamirat yapmak gibi örnekler verilebilir. Tepkisel değer ise tüketicinin tüketim deneyiminde başkası veya bir ürün tarafından yerine getirilen, tüketici üzerindeki etkisi ile tepkisel olarak ortaya çıkan değerdir. Bir resmin tüketicide uyandırdığı his buna bir örnek olabilir.

Tüketim neticesinde oluşan değerın tanımlanan üç boyuttan hareketle değerin “belirgin” türleri tanımlanabilir. İçsel-dışsal, kendine odaklı-başkasına odaklı, etkisel-tepkisel tüketim sonucu ortaya çıkan değerler bir araya gelerek “Tüketici Değeri Tipolojisi”ni meydana getirir (Holbrook, 1999)(Tablo 1.9).

Tablo 1.9: Tüketici Değeri Tipolojisi

		<u>İçsel</u>	<u>Dışsal</u>
<u>Kendine Odaklı</u>	<u>Etkisel</u>	OYUN (Eğlence)	VERİMLİLİK (G-Ç, Elverişlilik)
	<u>Tepkisel</u>	ESTETİK (Güzellik)	MÜKEMMELLİK (Kalite)
<u>Başkasına Odaklı</u>	<u>Etkisel</u>	ETİK (Erdem, Adalet, Ahlak)	STATÜ (Başarı, İzlenim Yönetimi)
	<u>Tepkisel</u>	MANEVİYAT (İnanç, Vecd, Kutsallık, Büyü)	SAYGI (İtibar, Maddecilik, Sahiplikler)

Kaynak: Holbrook, M. B. (2019). The Concept of Consumer Value: Development, Implications, Trajectory. In Value in Marketing (pp. 9-41). Routledge.s.18

Tüketici değeri tipolojisindeki tüketim deneyiminden kaynaklı değerler şunlardır:

- Oyun: Tüketicinin kendine odaklı olarak içsel ve etkisel yaşadığı tüketim deneyimi olan oyun, kendine bir ödül verdiği veya memnuniyet yaşatan değer türüdür. Bu değer türünde bir amaç yoktur. Tek şey zevk alma, eğlenme, iyi hissetme ve iyi vakit geçirmedir. Oyunu daha anlaşılır kılmak adına iş ve eğlence arasındaki ayrım örnek verilebilir. İş, bir kişinin başka amaçlar uğruna (genelde para) yaşadığı deneyimlerken eğlence, tamamen kendi memnuniyeti amacıyla yaşadığı deneyimlerdir (Grayson, 1999).
- Estetik: Tüketicinin kendine odaklı olarak içsel ve tepkisel yaşadığı tüketim deneyimi olan estetik, tüketim deneyimi sonucundaki tüketicinin tepkisel olarak gösterdiği takdirin bir sonucu olarak yaratılan değerdir. Güzellik deneyimi estetik değere bir örnek olarak verilebilir. Bir sanat eserinin güzelliğinin takdiri herhangi bir pratik amaca hizmet etmez. Yalnızca tüketim deneyiminin kendisi değer ifade eder (Wagner, 1999).
- Etik: Tüketicinin başkasına odaklı olarak içsel ve etkisel yaşadığı tüketim deneyimi olan etik, tüketicinin kendi iç huzuru için başkalarını etkileyecek şekilde veya başkalarının nasıl tepki vereceğine bağlı olarak yaşanan erdemli tüketim deneyimini ifade eder. Kendi adına dürüst olmak veya başkalarına zarar verebilecek yalan söylememek etik değere örnek olabilir. Bu örneklerle topluma zarar vermemek adına yere çöp atmamak, kanunlara uymak da eklenebilir (Smith N. , 1999).
- Maneviyat: Tüketicinin başkasına odaklı olarak içsel ve tepkisel yaşadığı tüketim deneyimi olan maneviyat, ötekiyle bir çeşit iletişim kurarak veya kurduğunu hissederek bir inanç, bir kutsiyet halinde bulunmadır. Burada bu bağın kurulduğu “öteki” bir tanrı figürü olabileceği gibi, evren, doğa vb. de olabilir. Bir genelleme yapılmak istenirse maneviyat değerinin oluşacağı deneyimler “dîn”, “inanç”, “kutsiyet” tandanslı olacaktır (Brown, 1999).

- Verimlilik: Tüketicinin kendine odaklı olarak dışsal ve etkiyel yaşadığı tüketim deneyimi olan verimlilik, bir olaya veya bir ürüne aktif müdahale sonucunda tüketicinin yarattığı değerdir. Genel bir tanımlamayla verimlilik, girdi ve çıktı arasındaki farktır. Burada verimliliğin bir çeşidi olarak “elverişlilik” kavramına dikkat çekmek gerekir. Elverişlilik zamanla ilgilidir. Bir hizmet satın alırken harcanan zaman girdi olarak nitelendirilebilir. Bir sağlık hizmeti alırken bekleme süresi ve hizmetin verilme süresi girdi olarak kabul edilebilir. Bu girdi, yaratılan değeri belirler. Elverişlilik kavramındaki zamansallığı açıklamak için ürünler birer “zaman makinesi” olarak da değerlendirilebilir. Ürünün içerisinde barındırdığı tüketim deneyimi ürünün içine koyulduğu anda tüketim zorunluluğu yoktur. Buna bir örnek video kasetler olabilir. Sony, zamanında Amerikan mahkemelerini video kaset kayıt cihazının korsan film için değil tamamen zamansallık yaratmak amacıyla kullanıldığına “zaman makinesi” iddiasıyla ikna etmiştir. Pazarlama literatüründeki değer çalışmalarının çoğunluğu (girdi-çıktı, alınan-verilen, elde edilen-vazgeçilen, fayda-zarar vb.) verimlilik değeri üzerinedir (Örn: SERVQUAL). Kısacası zaman bir değerdir ve alınıp satılabileceği gibi saklanıp boşa da harcanabilir (Leclerc & Schmitt, 1999).
- Mükemmellik: Tüketicinin kendine odaklı olarak dışsal ve tepkisel yaşadığı tüketim deneyimi olan mükemmellik, verimlilik değerinin farkında olup bunu takdir etmek ile ilgilidir. Bir Lamborghini aracın ne kadar hızlı olduğu, ne kadar iyi yol tutuşu olduğu, mevcut hız limitlerinde kullanılamayacak olsa bile takdir edilişindeki tüketim deneyimi mükemmellik ile ilgilidir. Kısacası bir ürünün veya hizmetin yaptıklarıyla değil yapabilme kapasitesi ile ilgili değer mükemmelliğin tanımladığı değerdir (Oliver, 1999).
- Statü: Tüketicinin başkasına odaklı olarak dışsal ve etkiyel yaşadığı tüketim deneyimi olan statü, tüketim deneyiminin başkalarında yarattığı etki ile ilgilidir. Bu etki, tüketicinin arzuladığı bir etkidir.

Tüketici arzuladığı bu etki hedefiyle tüketim deneyimini tasarlar. Statü değeri arzulanan izlenime göre kıyafet tüketimi olabilir. İşyerinde yükselmek isteyen bir beyaz yaka veya bir kadını etkilemek isteyen erkeğin kıyafet seçimi olabileceği gibi bir politikacının halktan biri gibi görünmek için tercih edeceği normal giysiler de olabilir. Statü değerini yaratan tüketicinin temel amacı kendi öz başarısı, yaratmak istediği izlenimdir (Solomon, 1999).

- Saygı: Tüketicinin başkasına odaklı olarak dışsal ve tepkisel yaşadığı tüketim deneyimi olan saygı, bir şeyin sahipliğine neticesinde oluşan itibar ile ilgilidir. Tüketici maddelere materyalist bir yaklaşımla büyük önem atfeder. Lüks bir arabaya sahip olma, dil bilme örnek olarak verilebilir. Bu sahipliklerin başkaları tarafından görülmesine veya açıkça takdir edilmesine gerek yoktur. Sahipliğin verdiği tatmin bu değeri yaratır. Saygıyı statüden ayırmak zordur hatta aralarındaki fark biraz gri bölgede bile denilebilir. Basit bir dille saygı statünün tepkisel halidir ve sahipliğin kendisi ile ilgilidir (Richins, 1999).

Literatürün geneline bakıldığında farklı tüketici değeri türleri tanımlamalarına rastlamak mümkündür; “fonksiyonel değer, sosyal değer, duygusal değer, epistemik değer” türleri (Gilly, 1992), “işlevsel, sosyal, duygusal, epistemik, estetik, hedonik, durumsal, bütünsel ve koşullu değer” türleri (Lai, 1995), B2B bağlamında “sosyal/ilişkisel değer, ekonomik değer” türleri (Gassenheimer, Houston, & Davis, 1998). Bunların yanında ürünün işlevi, duygusal çekim, fayda-maliyet değişimi ve farklı kazanç faktörleri çerçevesinde farklı değer tanımlamalarına ve türleri ile de karşılaşılabilir (McColl-Kennedy & Cheung, 2019, s. 67). Fakat pazarlama literatüründe değer her ne kadar “müşteri yaşam boyu değeri” (**customer lifetime value**), “müşteri için değer” (**value for customer**), “müşteri değeri” (**customer value**), “müşterinin algıladığı değer” (**customer perceived value**) gibi terimlerle adlandırılıyor olsa da vurgu yapılan olgu hep tek bir değer yani mübadele değeri olmuştur (Woodall, 2003). Oysa değer varlığı yalnızca tüketici tarafından tüketim sürecinde belirlenir (Lusch & Vargo, 2006) ve birden fazla aktörün bir araya gelerek,

hepsinin kendi faydası ve diğerlerinin faydası için kaynakları entegre etmesiyle ortaya çıkar (Vargo & Lusch, 2008a).

1.2.3 Değer Yaratmak

Pazarlama müşteri değerinin algısal durumunu anlamaya yoğun çaba göstermesine rağmen değer yaratma sürecine çok ilgi göstermemiştir (Woodruff & Flint, 2015). Oysa daha önceleri yalnızca endüstriyel pazarlarda inceleme konusu olan endüstriyel müşterilerin değer yaratma süreçlerine (Wikström, 1996) ek olarak firmalar, tüketicilerin de değer yaratma süreçlerini inceleyip müşterilerin satın alma ve tüketim esnasında neler yaptıklarını anlayarak stratejiler geliştirebilir, inovasyon ve karlılık maksimizasyonu gibi fırsatlar elde edebilirler (Prahalad & Ramaswamy, 2003).

Tüketicinin merkezde olduğu, değeri yaratanın tüketici olduğu bir anlayışta değer yaratma kavramına üç farklı yaklaşımdan bahsedilebilir:

- Değer, her zaman fayda sağlayanın da içinde bulunduğu birçok aktör tarafından birlikte yaratılır (Vargo & Lusch, 2016).
- Müşteri kaynakları, süreçleri ve çıktıları entegre ederek kendi sosyal bağlamında değer yaratır ve deneyimler. Müşteri yegâne değer yaratandır (Grönroos & Voima, 2013).
- Odak noktasındaki, etkileşimli sosyal çevrede bulunan her kişi değer yaratandır (Ramaswamy & Özcan, 2018).

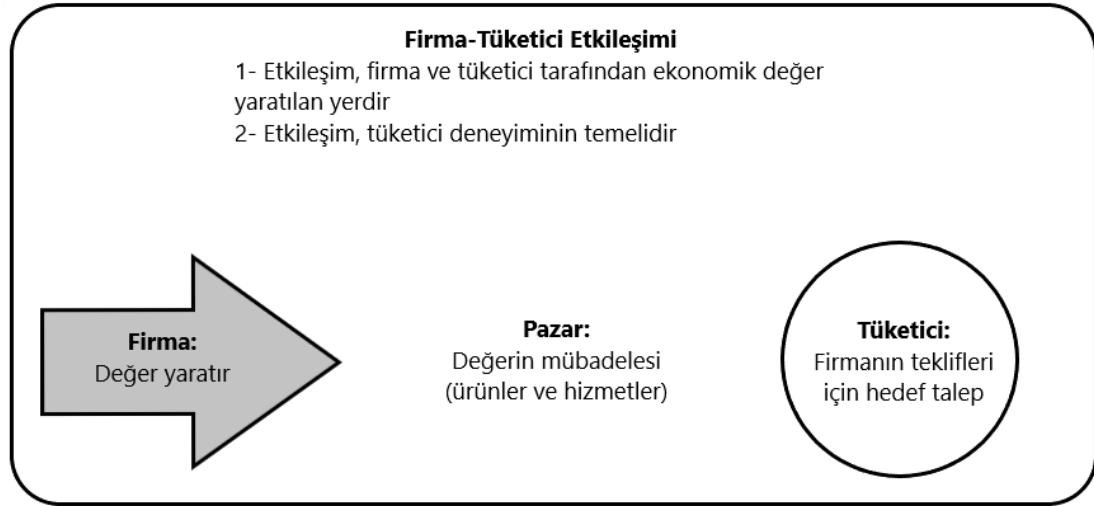
Bu üç farklı yaklaşımda da tüketici süreçte yer alır ancak tüketicinin değer yaratma süreci içindeki konumu farklıdır.

1.2.3.1 Odak Noktasındaki Etkileşimli Sosyal Çevrede Bulunan Her Kişi Değer Yaratandır – Geleneksel Bir Yaklaşım

Değer yaratma sürecinin geleneksel algısında değer yaratma, firmanın içinde gerçekleşen, tüketicilerin dahil edilmediği (dışarıda bırakıldığı), firma merkezli bir

kavramdır. Porter'ın (1998) değer zincirinde firma tek taraflı olarak değeri yaratandır. Üretim ve tüketim anlayışlı olarak firmanın ve müşterinin net çizgilerle belirlenmiş çerçevelerinde, pazar üretici ve tüketicinin bir araya gelerek mübadeleyi gerçekleştirdiği yer olarak sınırlandırılmıştır. Bu sebeple firmalar sürekli olarak doğru müşteriye hedefleme ve yönetme amacıyla mübadeleyi sağlayacak ve maddi kazanç getirecek değer teklifleri yaratma üzerine odaklanırlar. Sonuç olarak pazar mübadelenin gerçekleştiği ancak değer yaratmanın gerçekleşmediği bir yer halini alır (Prahalad & Ramaswamy, 2004c)(Şekil 1.6).

Şekil 1.6: Geleneksel Değer Yaratma Sürecinde Pazar

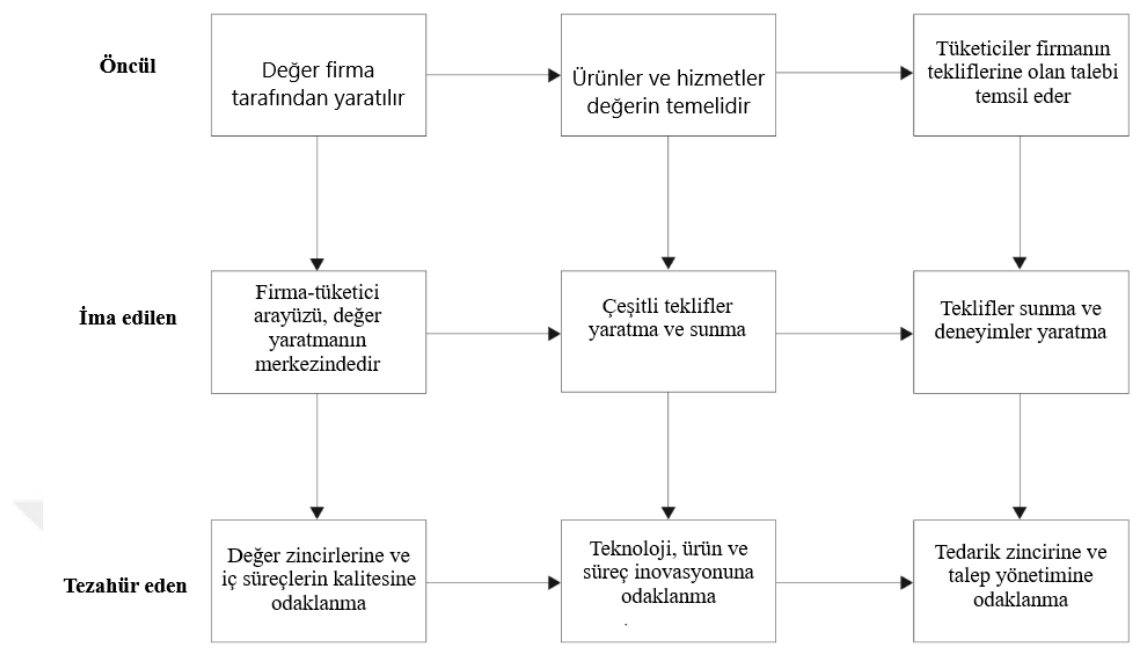


Pazar, değer yaratma sürecinden ayırdır

Kaynak: Prahalad, C. K., & Ramaswamy, V. (2004). Co-creation experiences: The next practice in value creation. Journal of interactive marketing, 18(3), 5-14. s.7

Geleneksel değer yaratma sürecinin öncülü değeri yaratan firmadır. Öncülden kasıt, firmanın müşteriler ile karşı karşıya gelerek mübadele sürecini gerçekleştirmesidir. Bu anlayışın kendini göstermesi ise yöneticilerin tedarik zincirine önem vermesi ve iç süreçlerin kalitesini iyileştirme çalışmaları şeklinde olur (Prahalad & Ramaswamy, 2004a) (Şekil 1.7).

Şekil 1.7: Geleneksel Değer Yaratma Süreci



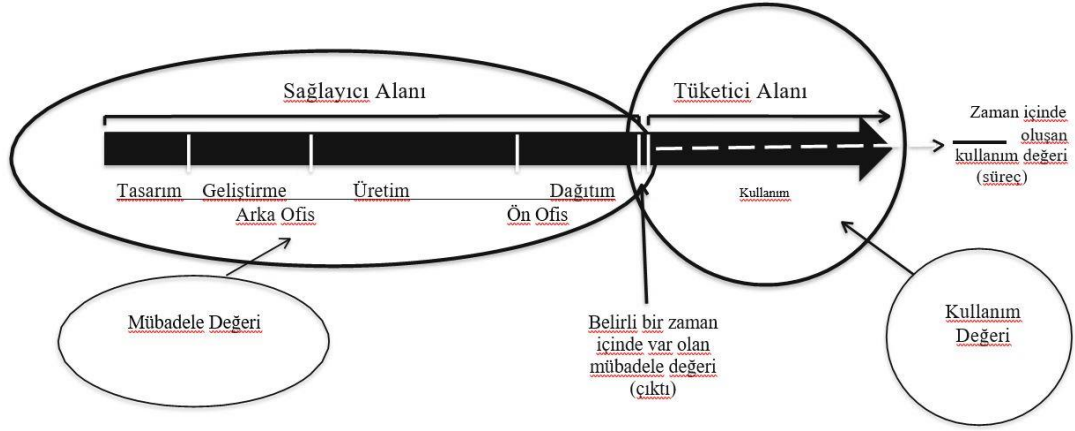
Kaynak: Prahalad, C. K., & Ramaswamy, V. (2004). The future of competition: Co-creating unique value with customers. Harvard Business Press. s.13

Geleneksel değer yaratma sürecinde değeri firma yaratır ve müşteriye değer teklifi ile gider. Müşterinin değer yaratması veya geribildirimleri ile firmanın değer yaratma sürecine katılımı göz ardı edilir.

1.2.3.2 Müşteri Kaynakları, Süreçleri ve Çıktıları Entegre Ederek Kendi Sosyal Bağlamında Değer Yaratır ve Deneyimler. Müşteri Yegâne Değer Yaratandır

Son tahlilde değeri yaratan her zaman müşteridir ve değer yaratmaktan kasıt müşterinin kullanımından doğan değerdir. Bu bakış açısını kaybetmek demek kullanım değerinden ve tüketicinin yarattığı değerden uzaklaşarak mübadele değerine ve üreticinin yarattığı değere doğru kaymak demektir (Şekil 1.8) (Grönroos & Voima, 2013). “Değer her zaman kullanıcı tarafından kullanıcı için yaratılır” (Grönroos, 2011).

Şekil 1.8: Kullanım Değeri – Mübadele Değeri Karşılaştırması

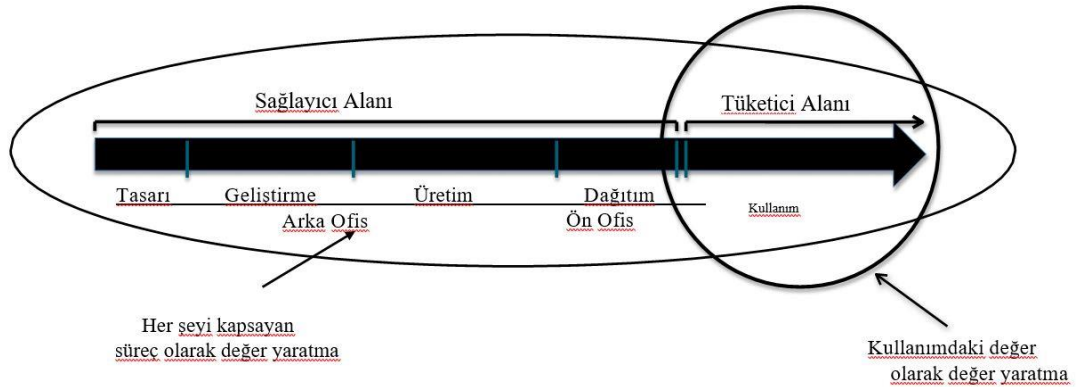


Kaynak: Grönroos, C., & Voima, P. (2013). Critical service logic: making sense of value creation and co-creation. Journal of the academy of marketing science, 41(2), 133-150. s. 136

Şekil 1.8’de sağlayıcı alanı kaynak sağlayanı temsil eder. Kaynak sağlayan ekosistem içindeki bir kişi(ler), firma, kamu kuruluşu, sivil toplum kuruluşu veya devlet olabilir. Kaynak sağlayıcı mübadele neticesinde mübadele değeri yaratmış olur. Tüketici alanı ise sağlayıcının kaynaklarını kullanarak kullanım değerini yaratan taraftır.

Geçmişten gelen yerleşik pazarlama anlayışında değer yaratma süreci her şeyi kapsayan bir süreç olarak nitelendirilir. Oysa bu tanım değer yaratma süreci ve birlikte değer yaratma süreci arasındaki farkı bulanıklaştırarak yeni geliştirilebilecek teorik ve pratik değerlendirmelerin önünü kesmektedir. Bu değerlendirmelerin en başında da değer yaratma sürecinde rol alan aktörlerin rollerinin ne olduğu gelmektedir (Şekil 1.9) (Grönroos & Ravald, 2011).

Şekil 1.9: Kullanım Değeri – Kapsayıcı Süreç Olarak Değer Yaratma



Kaynak: Grönroos, C., & 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. s. 137

Değeri yaratan tüketici ise tüketici bu değeri nasıl yaratır? Bu soruya Grönroos (2008) “tüketicinin kendine kendine hizmet (**self-service**) süreci veya tam hizmet süreci neticesinde geçmişte olduğundan daha iyi hissetmesiyle değer yaratılmış olur” cevabını verir. Değer yaratma tüketicinin bilgisini, yeteneklerini, mantığını ve deneyimlerini kullanarak ürünlerden, hizmetlerden ve diğer kaynaklardan değer ortaya çıkarması sürecidir (Grönroos & Voima, 2013).

Değeri yaratan tüketici olduğuna göre firmaya burada düşen görev, tüketici için kaynaklar yaratarak değer teklifinde bulunmaktır. Üretici değer tekliflerini yaratırken, tüketiciyi üretici çevresinde değer yaratmaya zorlamamalı, hizmet mantığının bir koşulu olarak tüketicinin değer yaratma çevresinde kendine yer bulmaya çalışmalıdır (Grönroos & Ravald, 2011). Tüketici sadece kendi kaynaklarını kullanarak veya bir aktörün kaynaklarını da kendi kaynaklarına ekleyip kullanarak değer yaratır. Firma bu diğer kaynakları sağlayan haline gelmelidir çünkü mübadele ile değer yaratma süreci sonlanmaz. Değer yaratma süreci mübadele sonrasında da devam eder. Firma için de tüketici için de tek başına mübadele değerinin değil kullanım değerinin oluşması bir anlam ifade eder çünkü sonunda kullanım değerinin oluşmadığı bir mübadelede tüketici açısından değerden bahsetmek olanaksızdır (Grönroos, 2008).

B2B bağlamında da durum farklı değildir. Müşterinin bir işletme olması hizmet bakış açısını değiştirme zorunluluğu getirmemektedir. Aksine aynı bakış açısını organizasyonlar arasında uygulamak değer yaratma şansını artırır. B2B’de önemli olan

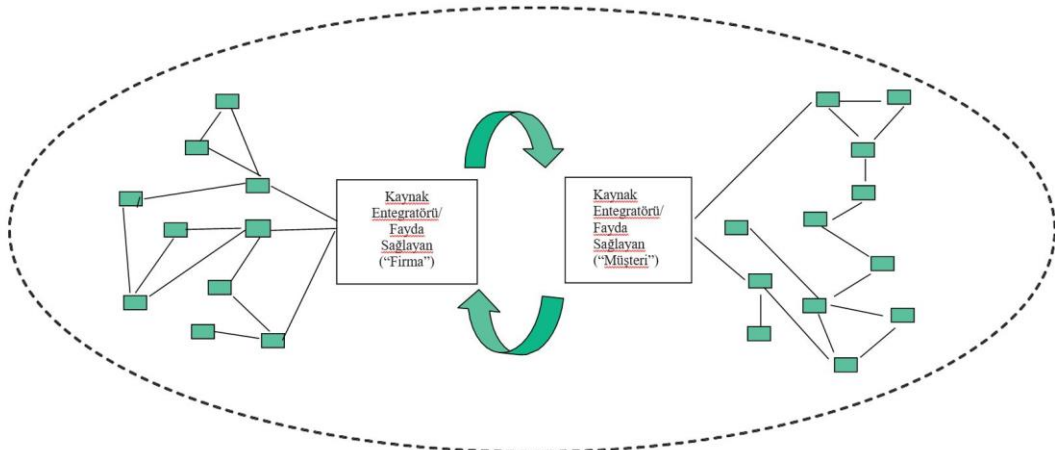
müşteri işletmenin standart gündelik işlerindeki değer yaratmalarını, sağlayıcı firmanın desteklemesidir. Müşteri işletmenin operasyonel verimliliği ve işletme verimliliği, değer yaratmanın bir sonucu olarak kabul edilebildiği için sağlayıcı firmanın müşteri firmaya değer yaratma için kaynak sağlaması, değer yaratmadaki çıktıları artırabilir (Grönroos, 2011).

1.2.3.3 Değer, Her Zaman Fayda Sağlayanın da İçinde Bulunduğu Birçok Aktör Tarafından Birlikte Yaratılır

Pazarlamanın odaklanması gereken şey müşterinin de birlikte yaratıcı olarak katıldığı değer yaratım süreçleri olmalıdır ancak unutulmamalıdır ki firmalar tek başlarına değer yaratamazlar yalnızca değer tekliflerinde bulunabilirler (Lusch & Vargo, 2015). Değer yaratma sürecini, bağlamından ayrı değerlendirmek imkansızdır. Her süreç kendine özgüdür ve eşsizdir. Değer yaratma sürecini değerlendirecek olan da fayda sağlayan olacaktır (Vargo & Akaka, 2009).

Değer yaratma süreci işleyen kaynakların nasıl kullanıldığı, işleyen kaynaklarla ne yapıldığıdır (Berthon & John, 2015, s. 199). Ancak değer nasıl yaratıldığını anlamak için öncelikle değer yaratıldığı bağlamı anlamak gerekir. Değer yaratımı yalnızca ikili etkileşimle değil çok daha büyük bir uzay içerisinde yaratılır (Şekil 1.10) (Vargo S. L., 2008).

Şekil 1.10: Değer Yaratma Süreci Uzayı

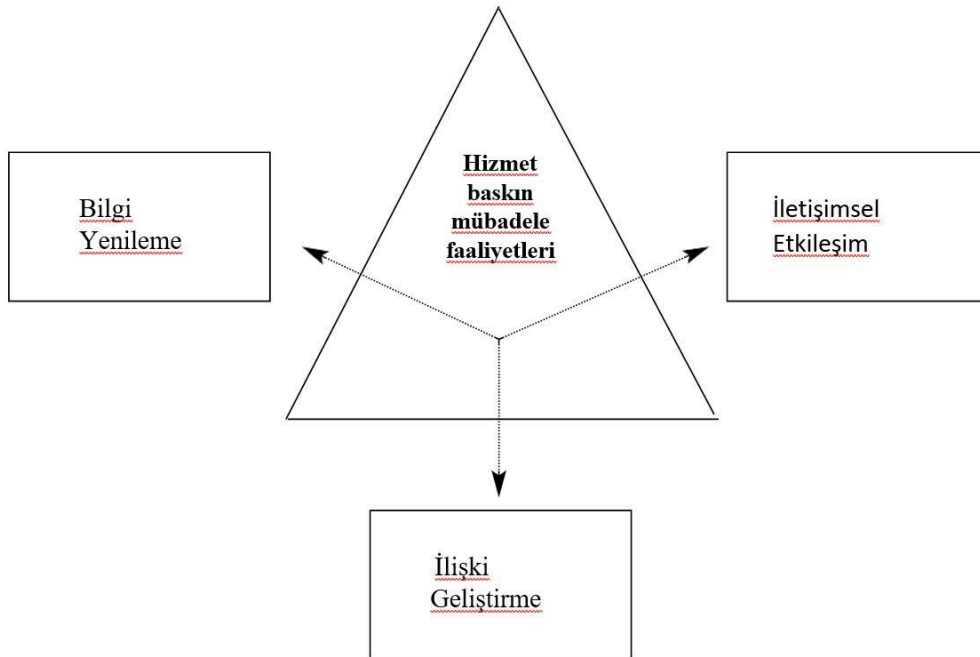


Kaynak: Vargo, S. L. (2008). Customer integration and value creation: paradigmatic traps and perspectives. Journal of service research, 11(2), 211-215. s. 214

Fayda sağlayanın da mutlaka içinde bulunduğu değer yaratma sürecinde kaynak entegrasyonunun gerçekleştiği yerlere hizmet ekosistemleri denir. Katmanlı bir oluşuma sahip olan bu hizmet ekosistemlerindeki aktörler birbirleri ile bazen açık bir şekilde bazen de üstü örtülü veya gizli bir şekilde etkileşim halinde bir ağ yapısı oluştururlar. Dinamik bir yapısı olan hizmet ekosistemleri yalnızca aktörleri değil aynı zamanda kurumları da ihtiva ederler. Unutulmamalıdır ki odak noktasında insan olan hizmet ekosistemleri sosyal bir yapı içerisindedirler ve değer “nerede, kiminle, ne zaman, kim tarafından” gibi soruların cevabını ihtiva eden hizmet ekosistemleri içerisinde yaratılır (Lusch & Vargo, 2014, s. 23-27).

Hizmet ekosistemleri içerisinde gerçekleşen değer yaratma süreci yalnızca firma veya müşteri alanı ile sınırlı değildir. HBM çerçevesinde değer yaratılabilmesi için bu iki aktörün bir araya gelerek etkileşimde bulunması gereklidir. Etkileşimi takip eden değer yaratma sürecinin faaliyetleri olarak ilişki, iletişim ve bilgi tanımlanabilir. (Şekil 1.11) (Ballantyne & Varey, 2006).

Şekil 1.11: Değer Yaratma Faaliyetleri Temelinde HBM Değer Yaratma Süreci



Kaynak: Ballantyne, D., & Varey, R. J. (2006). Creating value-in-use through marketing interaction: the exchange logic of relating, communicating and knowing. Marketing theory, 6(3), 335-348.s. 343

İlişki, değer yaratma sürecine yapısal destek ve bilgi kaynaklarının uygulanması faaliyetidir. İletişim, ilişki faaliyeti için uygulanan iletişimsel etkileşimlerdir. Bilgi ise değer yaratma sürecinde gerekli olan kaynağı sağlama ve devam eden bilgi alışverişi içinde kaynağı geliştirerek, değer yaratma sürecinde yaratılan değeri artırma amacı güden faaliyettir. HBM’de değer yaratma süreci bu üç faaliyet çerçevesinde şekillenir.

1.2.4 Birlikte Değer Yaratmanın Tanımı

Birlikte değer yaratma kavramının öncüleri olarak, Normann ve Ramirez’i (1993) göstermek yanlış olmaz. Normann ve Ramirez’in öncü çalışmaları sayesinde değer kavramı firma odaklılıktan sıyrılarak müşteri odaklı bir anlayışa evrilmiştir. Müşteriyi, pasif alıcıdan çıkartarak firma ile birlikte üretici olarak konumlandırmışlardır. Normann ve Ramirez makalelerinde firmaların değer yaratma olgusunu yeniden düşünmeleri gerektiğini, odak noktalarını örgütlerin içinden değerın asıl yaratıcısı olan müşterilere çevirmeleri gerektiğinin altını çizerek. Şirketlerin yalnızca değer teklifinde bulunup müşterileri değer yaratma süreçlerinde tek başlarına bırakmalarının yanlışlığından bahsederler. Normann ve Ramirez’in çalışmaları HBM’nin geliştirilmesindeki en büyük dayanak olmuştur (Michel, Vargo, & Lusch, 2008).

2000’li yılların başlarında Prahalad ve Ramaswamy’nin yazdıkları kitap ve makaleler neticesinde birlikte değer yaratma kavramına akademik camiadan hatırı sayılır bir ilgi gelmiştir (Cova, Dalli, & Zwick, 2011). Özellikle 2000 yılından sonra müşteri ile birlikte değer yaratma olgusu hem akademik camiada hem de iş dünyasında artan bir şekilde kendine yer bulmuştur. Oysa literatüre bakıldığında birçok makalede “birlikte değer yaratma” kavramından bahsediliyor olmasına rağmen kavramsal anlamda “birlikte”, “değer” ve “yaratma”nın ne olduğu ve nasıl bağlantılı olduğu ile ilgili teorilerin çok az olduğu görülmektedir (Tablo 1.10) (Prahalad & Ramaswamy, 2000). Bazen de birlikte değer yaratma kavramı kullanılarak “birlikte üretme” gibi başka kavramlara atıfta bulunulduğu gibi, “değer” kelimesinin kullanımı ile “yaratma” olgusundan tamamen uzaklaşmaktadır. Bu sebeple literatürde “birlikte değer

yaratma'nın farklı kavramsallaştırmalarına rastlanıyor olması, kavramın belli bir çerçeveye oturtulmasını gerekli kılar (Ramaswamy & Özcan, 2018).

Tablo 1.10: Müşterilerin Evrimi ve Dönüşümü

	Pasif Kitle Olarak Müşteriler			Aktif Oyuncular Olarak Müşterileri
	Önceden belirlenmiş alıcı gruplarını ikna etmek	Bireysel satın alıcılarla alış veriş yapmak	Bireysel müşteriler ile yaşam boyu kurulan bağlar	Birlikte değer yaratıcılar olarak müşteriler
Zaman Aralığı	1970'ler, 1980'lerin başları	1980'lerin sonları ve 1990'ların başları	1990'lar	2000 sonrası
Ticari mübadelelerinin doğası ve müşterinin rolü	Müşteriler, önceden belirlenmiş tüketim rolleri ile pasif satın alıcılar olarak görülür			Genişletilmiş bir ağın parçası olarak müşteriler; ticari değeri ortaya çıkartıyor ve birlikte yaratıyorlar. Müşteriler işbirlikçiler, birlikte geliştiriciler ve rakipler.
Yönetim Zihniyeti	Şirket tarafından önceden belirlenmiş ortalama istatistiksel grup olarak satın almacılar olan müşteriler	Alışverişte bireysel istatistik olarak müşteri	Güven ve ilişki geliştirilen insan olarak müşteri	Müşteri sadece birey değil aynı zamanda ortaya çıkmaya başlayan sosyal ve kültürel dokunun bir parçası

Şirketin müşterilerle etkileşimi ve ürünlerle servislerin geliştirilmesi	Geleneksel pazar araştırmaları ve bilgileri; fazla geribildirim olmadan geliştirilen ürünler ve servisler	Satıştan, müşteri hizmetleri ile müşterileri yardımcı olmaya geçiş; tüketiciden gelen sorunları tanımlama ve bu geribildirimler doğrultusunda ürünleri ve hizmetleri yeniden tasarlama	Kullanıcıları gözlemleme aracılığıyla müşterilere sağlama; öncü kullanıcılardan çözümleri tanımlama ve müşterileri en iyi şekilde anlayarak ürünleri hizmetleri yeniden yapılandırma	Müşteriler kişiselleştirilmiş deneyimlerin birlikte geliştiricileridir. Şirketlerin ve öncü müşterilerin ürünler ve hizmetler için eğitimde, beklentileri şekillendirmede ve pazarın kabullerini birlikte yaratmada ortaklaşa rolleri var.
İletişimin amacı ve akışı	Önceden belirlenmiş alıcı gruplarına erişim ve hedefleme. Tek yönlü iletişim.	Veritabanı pazarlaması; iki yönlü iletişim	İlişkisel pazarlama; iki yönlü iletişim ve erişim	Beklentileri şekillendirmek ve konuşulmayı sağlamak için müşteriler ile aktif diyalog içinde bulunmak. Çok seviyeli erişim ve iletişim

Kaynak: Prahalad, C. K., & Ramaswamy, V. (2000). Co-opting customer competence. Harvard business review, 78(1), 79-90..s. 80

Genel literatüre bakıldığında birlikte değer yaratma kavramının farklı bilim dallarında ve disiplinlerde kullanıldığı görülebilmektedir. Pazarlama, yönetim, strateji, planlama, eğitim, psikoloji, aile çalışmaları, kurumlar, inovasyon, örgütler arası etkileşim konularında çalışmalar görülmektedir (Galvagno & Dalli, 2014). Birlikte değer yaratmayı literatürde tek başına kavramsal olarak çalışmalarda görmekle beraber, beraber değerlendirilebileceği başka alanlara rastlamak da mümkündür. Bunlar arasında tüketici kültürü teorisi, deneyim ekonomisi ve pazarlama, ilişkisel pazarlama, ağlar, kişilik ve motivasyon, sosyal mübadele konuları gösterilebilir (Ranjan & Read, 2016).

Pazarlama literatürüne bakıldığında birlikte değer yaratma kavramına üç farklı yaklaşım ile karşılaşılmaktadır:

1. HBM'nin merkezinde bulunan, tüm aktörlerin birlikte yarattığı değer kavramı(sistem odaklı bir yaklaşım) (Vargo & Lusch, 2004a) (Vargo & Lusch, 2008a) (Lusch & Vargo, 2014) (Vargo & Lusch, 2019).
2. Hizmet mantıkta değer yaratma süreci kaynaklı olarak aktörlerin rollerine odaklı birlikte değer yaratma kavramı(tüketici odaklı bir yaklaşım) (Grönroos, 2008) (Grönroos & Ravald, 2011) (Grönroos & Voima, 2013)
3. Etkileşimi merkeze alarak, etkileşimi yaratan olgular çerçevesinde etkileşim sürecindeki daha deneyimsel birlikte değer yaratma kavramı (firma, yönetim ve inovasyon odaklı bir yaklaşım) (Prahalad & Ramaswamy, 2004a) (Prahalad & Ramaswamy, 2004b) (Prahalad & Ramaswamy, 2004c) (Ramaswamy & Ozcan, 2014) (Ramaswamy & Özcan, 2018)

Bu üç birlikte değer yaratma yaklaşımı arasında nüanslar olsa da hepsi merkezine “fayda sağlayan” kavramını almaktadır. Fayda sağlayan müşteri olabileceği gibi, tüketici, çalışan, seçmen, tedarikçi, toplum, işletme hatta devlet olabilir. Fayda sağlayan ile kast edilen her ne olursa olsun merkezde olmalıdır çünkü değeri yaratan her zaman “fayda sağlayan”dır ve başkası “fayda sağlayan” için değer yaratamaz (Prahalad & Ramaswamy, 2004a) (Lusch & Vargo, 2015) (Grönroos, 2016).

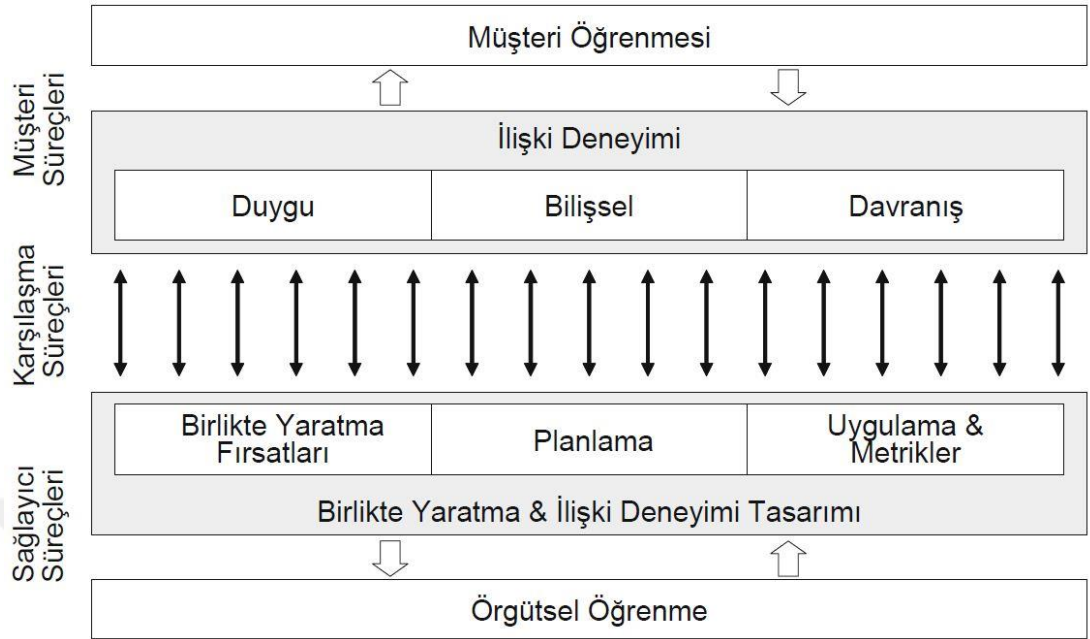
1.2.4.1 HBM'nin Merkezinde Bulunan, Tüm Aktörlerin Birlikte Yarattığı Değer Kavramı - Sistem Odaklı Bir Yaklaşım

HBM'ye göre “potansiyel bir kaynak belirli bir faydaya dönüştüğü anda değer yaratılmış olur” (Lusch, Vargo, & Wessels, 2008, s. 8) ve değer çıktının bir özelliği değil, fenomenolojik bir sürecin sonucudur (Vargo & Lusch, 2017). HBM'nin merkezinde yer alan birlikte değer yaratma “belirli bir bağlamda yer alan fayda sağlayanlar için kullanımdaki faydayı gerçekleştirmek amacıyla her zaman müşteriyi de içeren çok sayıda aktör tarafından bir dizi kaynaktan sağlanan kaynakların entegrasyonu” olarak tanımlanabilir (McColl-Kennedy, 2019, s. 59).

Birlikte değer yaratmada hizmet için hizmetin mübadelesi vardır. Bir tarafta firma bir hizmet sunumunda bulunur (örn. bilgi, ürün, kaynak). Diğer taraftan müşteri kaynak entegrasyonu sayesinde bilgi ve yetkinlikleri ile kullanım değeri yaratır. Değer yaratmayı takip eden süreçte müşteri geribildirimleri ile (bilgi) firmaya hizmet sağladığında hizmet için hizmet mübadelesi gerçekleşmiş olur (Vargo & Lusch, 2008a). Müşteri birlikte değer yaratma faaliyetinde bulunurken yalnızca firmanın sağladığı kaynakları kullanmayabilir. Kendi yarattığı, başkalarından elde ettiği veya başkalarından elde ettiği kaynakları kendi yarattığı kaynaklara dönüştürerek de birlikte değer yaratabilir. Bu kaynaklar kendi bilgi ve yetenekleri olabileceği gibi, arkadaşlarından, ailesinden veya sosyal çevresinden veya toplumdan hatta devletten elde ettiği kaynaklar veya onlardan elde ettiği kaynakları entegre ederek kendi yarattığı kaynaklar olabilir (Arnould, Price, & Malshe, 2015).

HBM'nin merkezinde bulunan birlikte değer yaratma kavramı HBM ilk tanımlandığı zamanlarda üzerinde yeteri kadar durulmamış ve hatta hatalı değil ama eksik bir bakış açısı ile “birlikte üretme” kavramı olarak kullanılmıştır. Bu yanıltan hızlı bir şekilde dönülerek HBM'nin temel öncüllerindeki “birlikte üretme” kavramı birlikte değer yaratma” olarak değiştirilmiştir (Lusch & Vargo, 2015). Birlikte değer yaratma kavramının erken dönem kavramsallaştırılmasında birlikte değer yaratmanın firma tarafından yönetilen bir süreç anlayışı hakimdir. Firma değer yaratma sürecini yönlendirir ve müşteri değer yaratma sürecine birlikte değer yaratıcı olarak katılır. Etkileşim ve diyalog aracılığı ile firma ve müşteri birbirinden öğrenerek ve geliştirilen ilişki sayesinde birlikte değer yaratır.

Şekil 1.12: Birlikte Değer Yaratmanın Kavramsal Çerçevesi

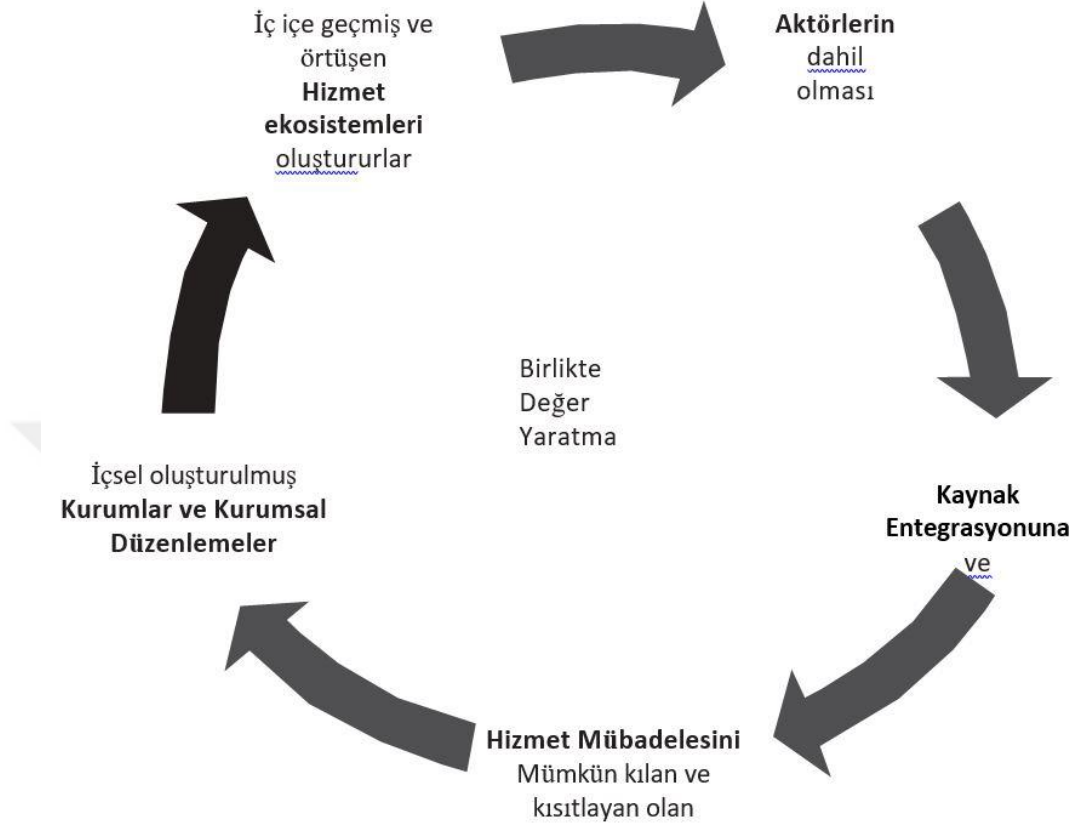


Kaynak: Payne, A. F., Storbacka, K., & Frow, P. (2008). Managing the co-creation of value. Journal of the academy of marketing science, 36(1), 83-96. s.86

Şekil 1.12’de gösterilen birlikte değer yaratma sürecinin kavramsal çerçevesinde üç ana bileşen vardır: Müşteri değer yaratma süreci, Sağlayıcı değer yaratma süreci ve Karşılaşma süreci. Müşteri değer yaratma sürecinde duygusal, bilişsel, davranışsal süreçler yer alır. Müşteri bu süreçler aracılığı ile ilişki deneyimi elde eder ve öğrenir. Firma değer yaratma sürecinde birlikte değer yaratma ve ilişki deneyimi tasarımı için üstüne düşeni yapar, süreci yönetir ve bunlardan öğrenir. Karşılaşma sürecinde firma ve müşteri bir araya gelerek birlikte değer yaratır ve birbirlerinden öğrenirler. Bu süreç aslında bir döngüdür ve dinamiktir (Payne, Storbacka, & Frow., 2008).

Takip eden zamanlarda teorik olarak gelişmeye devam eden HBM’nin birlikte değer yaratma döngüsünde yeniden düzenlemeler yapılmıştır: Firma-müşteri ikili ilişkisinden sıyrılarak sürece dahil olan tüm tarafların “aktör” olarak nitelendirilmesi, kaynak kullanımı yerine kaynak entegrasyonu, hizmet sağlama yerine hizmet için hizmet mübadelesi kavramı, kurumlar ve kurumsal düzenlemeler, birlikte değer yaratmanın içinde vuku bulduğu hizmet ekosistemleri kavramları da çerçeveye dahil edilmiştir. Birlikte değer yaratma sürecinin dinamik yapısı şekil 1.13’de açıklanmaktadır (Vargo S. L., 2019).

Şekil 1.13: HBM’de Birlikte Değer Yaratma Süreci



Kaynak: Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2016). Institutions and axioms: an extension and update of service-dominant logic. Journal of the Academy of marketing Science, 5-23. s.7

Birlikte değer yaratan aktörlerin değer yaratma sürecine katılmalarındaki amaç süreç sonucundaki yaratılan değer ile iyi oluşlarını artırmaktır. Sürece katılan bütün aktörler temelde aynı şeyi yaparlar: Kaynak entegrasyonu. HBM’de aktör kavramının kullanımı değer yaratma sürecine katılanları aynı veya eşdeğer görmek değil aksine aktörlerin rollerini ayırmadan ve sınırlandırmadan birlikte değer yaratma sürecinde rollerin belirlenmesidir. B2B, B2C, C2C gibi rollerin belirlendiği durumlarda taraflara rol biçilerek sınırlandırmak değer yaratmayı sınırlandırmak ile eşdeğer görülebilir (Vargo & Lusch, 2011).

A2A kavramına evriliş, kaynak entegrasyonu ve hizmet için hizmet mübadelesi yönelimleri ile birleşince ağ yapısından sistem yaklaşımına evrilişi de beraberinde getirmiştir. HBM’nin ilk kavramsallaşma adımlarında firmanın kaynaklarının entegrasyon için müşterinin kullanımına sunulması ve müşterinin hem kendi

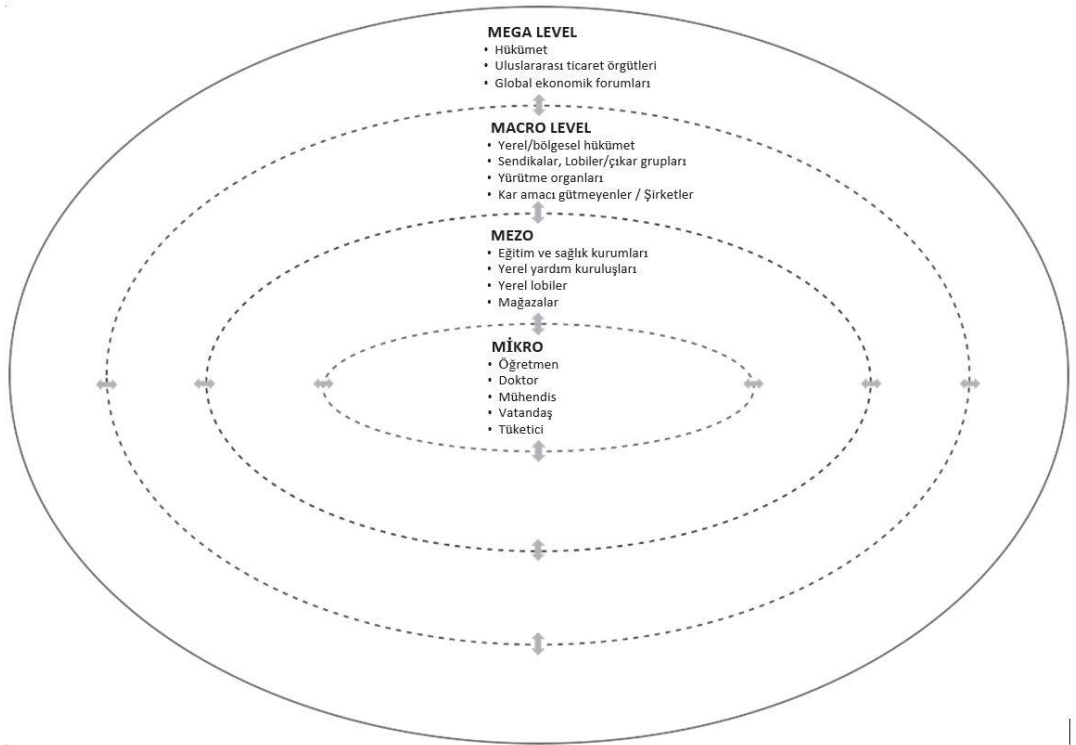
kaynaklarını hem de başka kaynakları birleştirerek kendi bilgi ve yetenekleri ile değer yaratma sürecinde firma ile birlikte değer yaratmış olur görüşü hakimdi. HBM'nin bugün evrildiği kavramsal yapıda ise birlikte değer yaratma için gereklilik olan karşılıklı işleyen kaynakların değiş tokuşu yani hizmet için hizmet mübadelesinin gerçekleşmesidir. Ayrıca başka kaynaklar sağlayan tarafların da sınırlı ağ yapısından sıyrılarak bu sürece dahil olması ile sistem yönelimine geçiş olmuştur. Birlikte değer yaratma kavramının sistem yaklaşımı ile açıklanma çabaları hizmet ekosistemi kavramını doğurmuştur. Birlikte değer yaratma kavramındaki hizmet ekosistemi sadece ontolojik açıdan tek düze ve yekpare bir sistemi değil epistemolojik olarak çok katmanlı, iç içe geçmiş ve örtüşen bir yapıyı da tanımlar (Chandler & Vargo, 2011).

Geleneksel pazarlamadaki firma ve müşteri ikilisi ile sınırlı karşılıklı mübadelenin yerini ağ yapısının aldığını söylemek doğru olacağı için (Achrol & Kotler, 2012) birlikte değer yaratma kavramına halen gelişmekte olan HBM açısından bakıldığında bir ağ yapısı içinde değerlendirilmesi yanlış olmaz (Vargo & Lusch, 2016). Hatta hizmet ekosistemleri içerisinde bulunan aktörlerin kaynak entegrasyonu aracılığı ile birlikte değer yarattıkları açık bir şekilde görüldüğü için bir gereklilik olarak dahi kabul edilebilir (Ostrom, Parasuraman, Bowen, Patricio, & Voss, 2015). Literatürde ağ ve ekosistem kelimelerinin birbiri yerine kullanıldığı görülmektedir. HBM ve birlikte değer yaratma kavramlarına pazarlama bakış açısıyla bakıldığında ekosistem kelimesini kullanmak yerinde olacaktır çünkü literatürde ağ kavramı tanımlanırken aktörler arasındaki ilişkiler tanımlanmakta ancak son kullanıcı genel olarak hesaba katılmamaktadır. Oysa ekosistem kavramında son kullanıcı merkezdedir ve kendisi de bir aktör olduğu gibi çevresindeki diğer aktörlerle de doğrudan veya dolaylı olarak etkileşim halindedir (Frow, McColl-Kennedy, & Payne, 2016). Yani ağ ekosistemin bir parçasıdır (Mele, Pels, & Storbacka, 2015).

Bu kabullerden hareketle birlikte değer yaratmanın odağı, firma müşteri mübadelesinden kurtarılarak paydaş, ağ, sistem ve ekosistem odağına kaydırılabilir. HBM'nin birlikte değer yaratma kavramını tanımlarken terminolojisine "aktör" kelimesini eklemesi bu yüzdendir (Vargo & Lusch, 2016). Modern pazarlama anlayışında artık -firma, müşteri ve firmanın paydaşları- yerini ekosistemler içerisinde aktörlerin kaynak entegrasyonu ve ağ kavramı ile birbirlerine bağlı bir yapı

oluşturmasına bırakmıştır. Bu yapı tek bir katmandan oluşmadığı gibi katmanlar tek başına değerlendirilemez. Mikro, mezo, makro ve mega olarak sınıflandırılabilen katmanlar hem kendi içlerinde hem de birbirleri arasında bir ağ oluştururlar. Biri diğerinden keskin çizgilerle ayrılamaz ve tamamen ayrı değerlendirilemez (Şekil 1.14) (Frow & Payne, 2019).

Şekil 1.14: İç İçe Ekosistem Katmanları



Kaynak: Frow, P., & Payne, A. (2019). Value Cocreation: An Ecosystem Perspective. S. L. Vargo, & R. F. Lusch içinde, The SAGE Handbook of Service-Dominant Logic (s. 80-96). London: SAGE. s.85

Birlikte değer yaratma sürecini ve çıktılarını, içinde bulunduğu ve etkileşimde olduğu ekosistemler etkilediği gibi çevre, ağ yapısı ve diğer faktörlerin de etkisi vardır (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008). Birlikte değer yaratma süreci bağlamından kopuk düşünülemez (Chandler & Vargo, 2011) çünkü değer fenomenolojik (deneyimsel) ve bağlamsaldır (Vargo & Lusch, 2016). İnsanlar değer ve değer yaratma gibi deneyimleri (ve de tüketimi) anlamlandırırken yaşadıkları deneyimi mevcut bağlamı içinde değerlendirirler. Bağlam farklı şekillerde değerlendirilebilir: sektör, pazar veya hizmet süreci olarak bağlam; mikro, mezo ve makro olarak bağlam; ekosistem olarak bağlam; sosyal (Edvardsson, Tronvoll, & Gruber, 2011) ve kültürel (Arnould &

Thompson, 2005) olarak bağlam; davranış kalıpları olarak veya uygulamalar olarak bağlam örnekleri verilebilir. Birlikte değer yaratma sürecinin tüm bu bağlamlar göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi gerekir (Helkkula, Dube, & Arnould, 2019).

Oyuncuların, kaynakların ve sürecin gerçekleştiği alanların olduğu birlikte değer yaratmada oyunun kurallarını da “kurumlar ve kurumsal düzenlemeler” belirler. Kurumlar ve kurumsal düzenlemeler toplum tarafından meşru görülen her şey olabilir. Kurallar, değer yargıları, kanunlar, işletmeler, bayramlar örnek olarak gösterilebilir. Kurumlar, birlikte değer yaratma sürecinde ortak amaç güden aktörler arasında düzenleyici olarak görev alırlar. Kurumlar yeni yaratılmış olabileceği gibi eskilerin düzenlenmesiyle veya birleştirilmesiyle de oluşturulmuş olabilirler (Vargo, Wieland, & Akaka, 2015). HBM’de kurumlar, birlikte değer yaratma sürecindeki aktörleri, kaynak entegrasyonunu ve hizmet ekosistemlerini bir arada tutan şeylerdir (Vargo & Lusch, 2017).

Birlikte değer yaratma kavramının tanımlanabileceği ve açıklanabileceği temel yaklaşımın HBM olduğunu söylemekte bir hata yoktur çünkü birlikte değer yaratma kavramının temellendirilebileceği bir çerçeve sunan bakış açısı HBM’dir (Ranjan & Read, 2016). HBM yaklaşımını benimsemiş birlikte değer yaratma kavramı üzerine oluşmuş üç alt disiplinden bahsetmek mümkündür: 1-hizmet sistemlerinin gelişmesi üzerine çalışan ve hizmet mantığının merkeze alındığı teorik çerçeve üzerinde duran hizmet bilimi alt disiplini, 2-inovasyon yönünden birlikte değer yaratmayı değerlendiren ürünler, hizmetler ve deneyimlere odaklı inovasyon ve teknoloji yönetimi alt disiplini, 3-müşteri ve firma ilişkilerine odaklanan etkileşim neticesinde birlikte değer yaratma sürecindeki rollerle ilgilenen, müşterinin birlikte üretme ve müşterinin üretici-tüketici rolünü aynı anda üstlenme istekliliğini araştırarak pazarlama ve tüketici araştırmaları alt disiplini (Galvagno & Dalli, 2014).

1.2.4.2 Hizmet Mantıkta Değer Yaratma Süreci Kaynaklı Olarak Aktörlerin Rollerine Odaklı Birlikte Değer Yaratma Kavramı - Tüketici Odaklı Bir Yaklaşım

Her ne kadar bazı akademisyenler HBM'ye karşı bir duruş sergilemenin yanlış olduğunu, HBM'nin bir çerçeve çizerek bütün pazarlama akademisyenlerini teoriyi geliştirmeye davet ettiğini, HBM'nin kimsenin tekelinde olmadığını ve eleştirilmesi gereken bir teori değil geliştirilmesi gereken bir pazarlama bakış açısını temsil ettiğini söylüyor olsa da (Gummesson, 2019) bazı akademik gruplar HBM'nin eksik yönleri olduğunu özellikle birlikte değer yaratma sürecinde çok genel tanımlamalar ile aslında tanımlamadan kaçtığını iddia ederek farklı bakış açılarından birlikte değer yaratma kavramını tanımlamaya çalışmışlardır. Bunlardan birisi de İskandinav ekolünün benimsediği “Hizmet Mantık”tır.

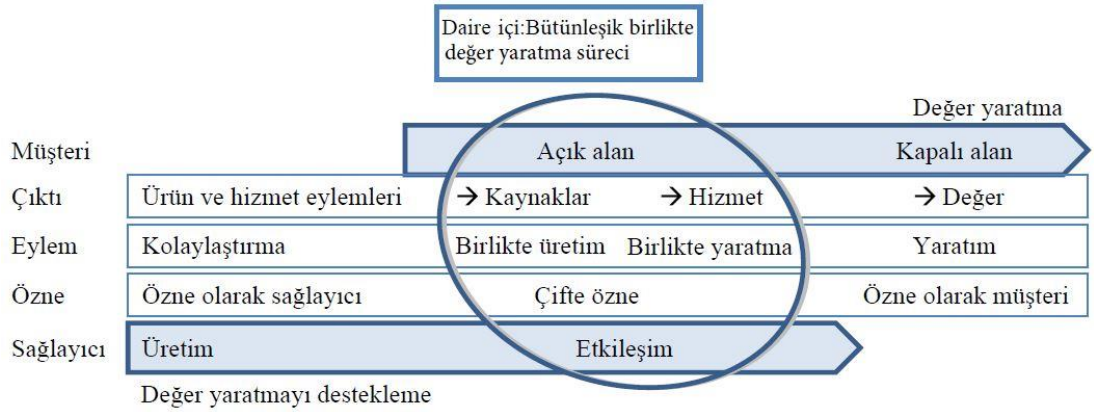
Hizmet mantık çerçevesinde değer yaratma, müşterinin tekelinde olan ve kullanımdan doğan değeri baz alan bir kavram olarak tanımlanır. Değer yaratma her şeyi kapsayıcı bir süreç olarak kabul edilmez. Firma tarafındaki üretim ve yönetim gibi süreçler ve faaliyetler değer yaratmanın bir parçası olarak görülmez. Lakin bu durum süreçlere ve faaliyetlere müşterinin katılımı ile değişerek, firmanın süreçleri ve faaliyetleri değer yaratma sürecinin bir parçası haline gelir. Firma böylece hizmet veren durumuna geçer çünkü hizmet vermek diğer tarafın uygulamaları için değer yaratıcı destekte bulunmak demektir (Grönroos, 2011).

HBM'ye göre fayda sağlayan, her zaman birlikte yaratılan değer taraflarından biridir. Buradan hareketle hem firma hem de müşteri her zaman birlikte değer yaratandır denilebilir ancak bu mantık doğru kabul edilse dahi firmanın ve müşterinin rollerinin birlikte değer yaratma sürecinde ne olduğu belirsizliğini korumaktadır (Grönroos & Ravald, 2011). Literatürdeki genel algı, firmanın değer yaratma zeminini hazırlayıp değer yaratma sürecinin yöneticisi olarak müşteriyi birlikte değer yaratıcı olarak sürece davet etmesidir. Bu algı, pazarlamanın “müşterinin değer yaratma sürecindeki ihtiyaçlarının karşılanması” mantığı ile uyuşmamaktadır. Bu algıdaki yanlışlığın kaynağı, birlikte değer yaratma ile birlikte üretme kavramının (firmanın üretim sürecine müşteriyi dahil etmesi) birbirini yerine kullanılıyor olmasından gelir (Grönroos, 2011). Oysa, mademki değerden kasıt müşterinin kullanımından kaynaklı değerdir, o zaman müşteri kendi değer yaratma sürecine firmayı davet ederek firmaya ve kendine birlikte değer yaratan etiketini verebilir (Grönroos, 2008).

Hizmet mantığını benimsemenin belki de en büyük faydası firmalara müşterilerin değer yaratma süreçlerine katılarak birlikte değer yaratma şansını sağlamasıdır. Firma, müşterinin değer yaratma esnasında müşteriye gerekli kaynakları sağlayarak bir değer yardımcısı veya değer kolaylaştırıcısı olarak rol alabilir ve birlikte değer yaratabilir. Bu sebeple firmalar tüketicilerin değer yaratma süreçlerini çok iyi analiz etmelidirler. Ürün baskın mantıkta kaynak sağlayıcı aktör için tüketicinin tüketim süreci kara kutudur ve etki edilemez. Birlikte değer yaratabilmek için kaynak sağlayan ve entegre eden aktörün mutlaka hizmet mantıklı bakış açısını benimsemesi gerekir (Grönroos, 2008).

Tüketicinin yegâne değer yaratıcısı olduğu konumda ve firmanın bir değer kolaylaştırıcısı rolü yüklenebildiği durumda birlikte değer yaratma nasıl mümkün olabilir? Bu soruya tek cevap müşterinin değer yaratma süreci ile firma tarafının kolaylaştırıcı sürecinin kesişmesidir. Değer yaratma bakış açısında bunun yolu etkileşimden geçer (Ballantyne & Varey, 2015)(Şekil 1.15).

Şekil 1.15: Sağlayıcı Müşteri İlişkisinde Değer Yaratma ve Birlikte Değer Yaratma

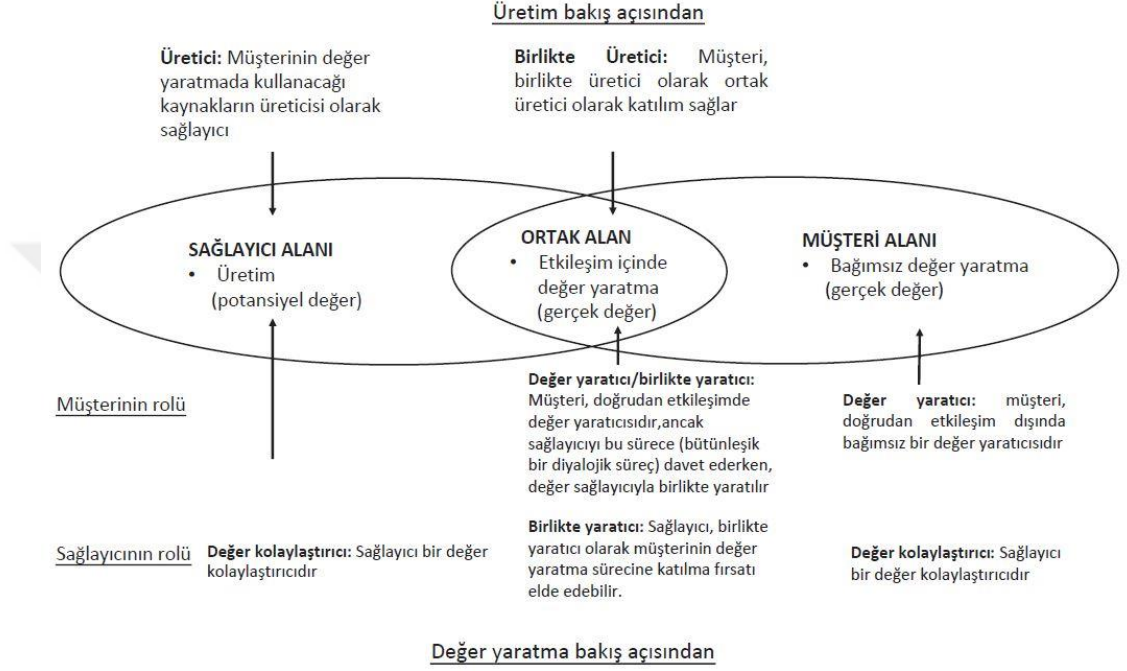


Kaynak: Grönroos, C., & Ravald, A. (2011). Service as business logic: implications for value creation and marketing. Journal of service management. s. 12

Şekil 1.15'te daire içindeki alan birlikte değer yaratma sürecini tanımlar. Bu sürece geçebilmek için sağlayıcı firma müşteri ile etkileşime girmelidir. Etkileşim sayesinde firma ve müşterinin süreçleri iki farklı süreçten tek bir sürece indirgenebilir ve firma, içinde bulunduğu bu süreç sayesinde "birlikte değer yaratıcı" rolünü üstlenme şansı elde edebilir. Unutulmaması gereken nokta "süreç" kelimesinin

doğrusal bir anlam ifade etmediğidir. Süreç, daha geniş kapsamlı bazen döngüsel bazen doğrusal bazen de her ikisini de kapsayan alanlar içerisinde oluşan bir kavram olarak algılanması gerekir (Şekil 1.16).

Şekil 1.16: Değer Yaratma Alanları



Kaynak: Grönroos, C. (2021). Co- creation of Value in Service Marketing: An Approach Relevant to Managerial Decision Making. B. B. Schlegelmilch, & R. S. Winer içinde, The Routledge Companion to Strategic Marketing (s. 261-274). New York: Routledge s. 267

Şekil 1.16'daki sağlayıcı ve müşteri alanların tarafların tek başlarına bulundukları alanlardır. Taraflar ortak alanda bulaşabilir ya da bu alanı oluşturabilirlerse birlikte değer yaratmak için bir şans elde etmiş olurlar. Bu alanların birbirleriyle kesişmemesi veya dışarıya kapalı olduğu durumda birlikte değer yaratma ve birlikte üretim mümkün olamaz (Grönroos & Voima, 2013).

Direkt etkileşimin olmadığı bir yerde birlikte değer yaratmaktan bahsedilemez. Sadece etkileşim olması da yeterli değildir. Hem sağlayıcı hem de müşterinin birlikte değer yaratmaya gönüllü olması gerekir. Aksi halde birlikte değer yaratma gerçekleşmez (Grönroos, 2021). Bu sebeple “tüketicinin her zaman birlikte değer yaratıcı” olduğunu söyleyen HBM (Vargo & Lusch, 2016), değer nasıl yaratıldığına

ve etkileşim kavramına yeterli bir açıklama getirmediği için birlikte değer yaratma konusunda puslu alanlar bırakmaktadır (Tablo 1.11) (Grönroos, 2011).

Tablo 1.11: Değer Yaratma ile Alakalı HBM Öncüllerine Hizmet Mantıkla Bakış

Değer yaratma ile ilgili HBM öncülleri	Analitik değerlendirme	Öncüllerin hizmet mantıkla düzenlenmiş hali
1. Hizmet Mübadelenin Temel İlkesidir	Hizmet, nihai olarak süreçteki tüm taraflar için değer üretmeyi amaçlayan değer yaratma sürecinde yalnızca aracı bir faktördür.	Hizmetin aracı etken olduğu karşılıklı değer yaratma, ticaretin temelidir.
3. Mallar, Hizmet Sunumunun Dağıtım Mekanizmalarıdır	Mallar ve diğer kaynaklar da hizmet iletir. Ancak değer bu tür kaynaklarda saklı değildir, kullanım neticesinde ortaya çıkar.	Tüm kaynaklar ve süreçler, hizmet sunumuna yönelik dağıtım mekanizmalarıdır, ancak kendi içlerinde değer içermemektedir.
6. Değer, Fayda Sağlayanın da İçinde Bulunduğu Birçok Aktör Tarafından Birlikte Yaratılır	Bu ifade, yalnızca müşterinin başka bir tarafla birlikte değer yaratmaya her zaman dahil olduğunu söylediği ölçüde doğrudur. Bu basit sonucun ötesinde, ifade teorik ve pratik değerlendirmelere ve geliştirmeye olanak sağlamaz.	Temel olarak, müşteri her zaman bir değer yaratıcısıdır.
7a. Aktörler Değer Sağlayamazlar	Bu ifade yalnızca kısmen doğrudur çünkü belirli koşullar altında (doğrudan etkileşimler sırasında) firma değerini birlikte yaratıcısı olabilir. Hizmet mantığı tarafından benzersiz bir şekilde mümkün kılınan bu fırsat göz ardı edilir. Ancak firma değer üretmez.	1) Temel olarak, firma müşteri için değer kolaylaştırıcısıdır. 2) Firma, doğrudan etkileşimler sırasında müşterilerinin değer yaratma süreçlerine dahil olabilmesi koşuluyla, onlarla birlikte değer

		yaratma fırsatlarına da sahiptir.
7b. Değer Tekliflerinin Yaratımında ve Önergelerinde Rol Alabilirler	Firmanın ve müşterilerinin süreçleri, doğrudan etkileşimler sırasında tek bir entegre ve koordineli süreçte birleştiğinden, benzersiz bir şekilde hizmet mantığı sayesinde firma yalnızca değer önermeleri sunmanın ötesine geçebilir.	Firma yalnızca değer teklifleri sunmakla sınırlı değildir, aynı zamanda müşterilerinin değer yaratmasını doğrudan ve aktif olarak etkileme fırsatına da sahiptir.
9. Bütün Sosyal ve Ekonomik Aktörler Kaynak Entegratörleridir		Bütün Sosyal ve Ekonomik Aktörler Kaynak Entegratörleridir
10. Değer Her Zaman Benzersiz Bir Şekilde ve Fenomenolojik Olarak Fayda Sağlayan Tarafından Belirlenir	Bu doğru ama eksik. Değer, müşterilerin küresel deneyimlerine bağlı olarak deneyimsel olarak da birikmektedir. Değer sadece müşteri tarafından belirlenmez, aynı zamanda deneyimlenir.	1) Değer, müşterinin değer yaratma süreci boyunca birikmektedir. 2) Değer her zaman benzersizdir ve müşteri tarafından hem deneyimsel hem de bağlamsal olarak algılanır ve belirlenir.

Kaynak: Grönroos, C. (2011). Value co-creation in service logic: A critical analysis. Marketing theory, 11(3), 279-301. s.293

Tablo 1.11’de HBM’nin bazı öncüllerine hizmet mantık çerçevesinden bakıldığında nasıl olmaları gerektiğine dair öneriler bulunmaktadır. HBM’deki bazı öncüllerin düzenlenmesinin poslu alanları gidereceği düşünülmektedir.

Pazarlamanın ana amacı müşterinin değer yaratma süreçlerini desteklemektir. Bunun için öncelikle değeri, müşterinin yarattığı ve firmanın müşteriye destekleyici görev üstlenmesi gerektiği anlayışını benimsemek gerekir. Elbette ticaretin temelinde karşılıklı değer yaratma zorunluluğu yatar lakin müşterinin değer yaratmadığı bir durumda firma için değerden bahsetmek olanaksızdır. Müşteriler her zaman birlikte değer yaratan taraf değildir. Tek başlarına da değer yaratabilirler. Firmalar ise müşteriler ile etkileşim esnasında birlikte değer yaratma şansı elde ederek birlikte değer yaratıcı olabilirler (Grönroos, Strandvik, & Heinonen, 2015). Özet olarak kullanımdaki değer yaratma süreci hem üretimi hem de bertarafı kapsayan bir süreçtir (Echeverri & Skålén, 2011). Firma sadece değer teklifinde bulunan taraf rolünün ötesine geçip, süreç içine etkileşim ile dahil olarak müşteri ile birlikte değer yaratma şansı elde edebilir (Grönroos & Voima, 2013).

HBM ile hizmet mantığının birlikte değer yaratmaya yaklaşımı farklıdır. HBM birlikte değer yaratmaya daha dolaylı ve geniş bir bakış açısından yaklaşır. Firma, müşteri ve diğer aktörler müşteri için değer ifade eden sürece dahil olurlar. HBM’de birlikte değer yaratma sürecini firma yönetir. Değeri yaratanın fayda sağlayan olduğu göz önüne alındığında aslında birlikte değer yaratma HBM’de firmanın yönettiği bir sürecin paradoksu ile kaybolur. Hizmet mantık ise birlikte değer yaratmaya daha analitik bir yaklaşım içerisindedir. Değer yaratma süreci müşteri tarafından yönetilir ve değeri mutlak müşteri yaratır. Birlikte değer yaratma ancak her iki tarafında da istekliliği ve müşteri daveti neticesinde oluşabilir. Firma için burada kilit nokta etkileşimdir (Grönroos & Gummerus, 2014). HBM ve hizmet mantık arasındaki benzerlikler ve farklar Tablo 1.12’de gösterilmiştir.

Tablo 1.12: HBM ve Hizmet Mantık Arasındaki Benzerlikler ve Farklar

<u>BENZERLİKLER</u>	
Amaç	İş ve pazarlama için değer yaratmaya bir bakış açısı
Hizmetin anlamı	Birinin değer yaratmasını desteklemek için bilgi ve becerilerin kaynaklara uygulanması

Kullanılan kaynaklar	Sağlayıcı tarafından kullanılan kaynaklar (mallar, hizmet faaliyetleri, bilgi veya diğer herhangi bir maddi veya maddi olmayan kaynaklar) hizmet perspektifinin uygulanması için önemli değildir.	
<u>FARKLILIKLAR</u>		
	Hizmet Mantık	Hizmet Baskın Mantık
Bakış açısı düzeyi	Yönetimsel; tanımlanmış kavramlar	Sistemik; soyut; mecazi
Hizmet bakış açısının hedefi	Hizmetin "kolaylaştırıcı" işlevi gördüğü değer yaratma; hizmet aracılığıyla, kullanıcının değer yaratması kolaylaştırılır ve bu da sağlayıcının hizmet sunarak değer elde etmesini sağlar	Hizmet hizmet için mübadele edilir
Değer	Kullanımdaki değer olarak tanımlanır	Değer, farklı bağlamlarda farklı anlamlarda kullanılır
Değer yaratma süreci	İlgili tüm aktörlerin tüm eylemlerini içeren ve nihai olarak kullanıcı için değere yol açan bir süreç (müşteri tarafından örneklendiği gibi)	Açıkça tartışılmayan; zımnen, tüm aktörleri (örn. sağlayıcı, müşteri, dahil olan diğer aktörler) içeren her şeyi kapsayan bir değer yaratma süreci
Değer yaratma noktası	Müşterinin kullanımdaki değeri yaratması	Açıkça tanımlanmamış; zımnen, her şeyi kapsayan, sağlayıcılar, müşteriler ve diğer aktörler tarafından yapılan eylemleri içeren bir süreç
Kullanım değeri olarak değerin doğası	Müşterinin değer yaratması boyunca olumlu ve olumsuz aşamalarla kümülatif bir süreçte kullanım değeri olarak gelişir	

Kullanım değeri: bağlamsal etki	Kullanım sırasında gelişen faydaya dayalı bir değer kavramının nitelendirici boyutu; sosyal, fiziksel, zihinsel veya diğer bağlamsal faktörler değiştiğinde, kullanım değeri değişir	Bazen, kullanım değerinin birçok kullanım biçimi sırasında yaratılmış olarak nitelendirilen yönünü gizleyen, bağlamdaki değer ifadesi ile değiştirilir.
Değer alanları	Üç, belirgin şekilde farklı değer alanı: müşteriye kapalı bir sağlayıcı alanı, sağlayıcıya kapalı bir müşteri alanı ve müşterilerin ve sağlayıcıların doğrudan etkileşimde bulunduğu ve birlikte değer yaratabilecekleri ortak bir alan	Açıkça dahil edilmemiş; dolaylı olarak, dahil olan tüm aktörlerin birlikte değer yarattığı, her şeyi kapsayan bir değer yaratma süreci için tek bir değer alanı
Etkileşim	Doğrudan ve dolaylı etkileşimler arasında net, kavramsal bir ayrım ile açıkça tanımlanmış; akıllı kaynaklarla (insanlar, akıllı sistemler) doğrudan etkileşimler birlikte yaratmayı mümkün kılar; akıllı olmayan kaynaklarla (çoğu ürün ve sistem) dolaylı etkileşim birlikte yaratma mümkün değildir.	Açıkça tanımlanmamış, yalnızca temel öncüllerle ele alınan ima
Birlikte Yaratma	Aktörlerin (örn. sağlayıcılar ve müşteriler) süreçlerinin tek bir işbirlikçi, diyalogik süreçte birleştiği, böylece bir birlikte yaratma platformunun oluştuğu ortak, doğrudan etkileşimli bir süreç	Birbirleriyle nasıl ilişkili olduklarından bağımsız olarak, bir süreçte yer alan tüm aktörler (örn. sağlayıcılar, müşteriler) tarafından gerçekleştirilen eylemler
Birlikte değer yaratma	Aktörlerin birbirlerinin süreçlerini (örneğin, tedarikçi hizmet süreci ve müşteri tüketimi ve değer yaratma süreçleri) doğrudan ve aktif olarak etkileyebilecekleri bir birlikte yaratma platformunda aktörler tarafından gerçekleştirilen eylemler.	Birbirleriyle veya süreçle nasıl ilişkili olduklarına bakılmaksızın, dahil olan tüm aktörlerin (ör. sağlayıcılar, müşteriler, diğerleri) her şeyi kapsayan bir değer yaratma sürecinde müşteriler için değere katkıda bulunan eylemleri.

Değer yaratmanın itici gücü	Değer yaratmayı müşteri yönlendirir ve onun yetkisindedir	Değer yaratmayı sağlayıcı yönlendirir ve onun yetkisindedir
Birlikte değer yaratmada rol dağılımı	Sağlayıcı, müşterinin değer yaratma sürecine dahil olabilir ve müşteri ile birlikte değer yaratabilir.	Müşteri, sağlayıcının sürecine dahil olabilir ve sağlayıcıyla birlikte değer yaratabilir
Değer yaratma: müşterinin rolü	Müşteri değeri hem yaratır hem de belirler (kullanım değeri olarak)	Müşteri yalnızca değeri belirler (kullanım değeri olarak)
Değer yaratma: sağlayıcının rolü	Sağlayıcı, müşterinin değer yaratmasının kolaylaştırıldığı, potansiyel kullanım değeri ile gömülü olan kaynakları derler.	Sağlayıcı birlikte değer yaratır
Birlikte değer yaratma: müşteri ekosisteminin rolü	Sosyal ekosistemdeki kişilerle etkileşimler sırasında, müşteri sosyal olarak onlarla birlikte değer yaratabilir.	Soyut; açıkça tartışılmıyor
Pazarlama: değer teklifleri yoluyla vaatlerde bulunmak	Sağlayıcı, değer teklifleri sunarak vaatlerde bulunmanın ötesine geçebilir ve müşterinin değer yaratmasını ve değer gerçekleştirmesini aktif ve doğrudan etkilemek için bir birlikte yaratma platformunda doğrudan, etkileşimli eylemler üstlenebilir.	Sağlayıcı yalnızca değer teklifleri sunabilir
Pazarlama: verilen sözleri tutmak	Sağlayıcı, müşterileriyle birlikte değer yaratarak, sözlerin tutulmasını ürün performansının ötesine taşıyabilir; pasiften aktif söz tutmaya	Açıkça tartışılmıyor
Pazarlamayı yeniden keşfetmek	Pazarlama, tek işlevli, tek departmanlı vaatlerde bulunma ve marka farkındalığı yaratma sürecinin ötesine uzanır; kuruluş çapında bir taahhüt yönetimi süreci haline gelebilir	Açıkça tartışılmıyor

Kaynak: Grönroos, C., & Gummerus, J. (2014). The service revolution and its marketing implications: service logic vs service-dominant logic. Managing service quality, 24(3), 206-229. Ss. 213-214

1.2.4.3 Etkileşimi Merkeze Alarak, Etkileşimi Yaratan Olgular Çerçevesinde Etkileşim Sürecindeki Daha Deneyimsel Birlikte Değer Yaratma Kavramı – Firma, Yönetim ve İnovasyon Odaklı Bir Yaklaşım

HBM’de insan deneyimleri yerine hizmetin bir fonksiyonu muamelesi yapılan değer kavramı, birlikte değer yaratmayı açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Gelişen dünyanın nimetleri ile iletişimin ve etkileşimin de artmasıyla müşteriye dokunma şansı da artmıştır. Eskide kalmış müşterileri değer tekliflerinin hedefi yapma anlayışının yerine onlarla birlikte değer yaratma anlayışı benimsenmelidir. Gerek özel gerekse de kamu kurumlarının (ve tabi ki toplumun) müşteri deneyimlerini merkeze alarak yeni sistemler, yeni ürünler ve yeni hizmetler geliştirmesi; inovasyonun, stratejinin ve yönetsel başarıyı artırabilmesi; müşteriler, çalışanlar, tedarikçiler, toplum ve tüm paydaşlarla birlikte değer yaratma ile mümkündür (Ramaswamy, 2011). Birlikte değer yaratma belki bazı aktörlerin bakış açısından bir mecburiyet durumu ifade ediyor olabilir lakin tüketici açısından mecburiyet değil bir isteklilik halini ifade eder. Günümüzde şirketler tek başlarına değer yaratma şanslarının olmadığını farkında olmalıdırlar. Özellikle yöneticiler kafa yapılarını “teklifler, özellikler ve süreçler” sınırlarından kurtararak “deneyimler ve etkileşimler” üzerine yeniden oluşturmaları gerekmektedir (Ramaswamy & Gouillart, 2010). Günümüzde firmalar tek başlarına değer yaratamayacaklarının farkında olmalıdırlar. Farkında olmaları gereken bir başka şey ise günümüzde tüketicilerin de değer yaratırken tek başlarına olmak istememeleridir. Müşteriler artık hizmet sağlayıcılarla, profesyonellerle, komünitelerle ve diğer kullanıcılarla, yani ekosistem içerisinde bulunan diğer aktörlerle birlikte değer yaratma arzusu içindedirler (Prahalad & Ramaswamy, 2004b). Globalleşen ve iletişim imkanları artan dünyada bireylerin kendi arasında ve çevreleriyle olan etkileşimleri çok hızlı değişmiştir. Bu durum iş dünyasının, toplumun ve devletlerin değer yaratma süreçlerinde de ciddi değişimlere neden olmuştur. Bu gelişimler ve değişimler birlikte değer yaratmayı bir paradigma değişimi olarak kabul etmeyi de gerektirmektedir. Bugüne kadar “toplam kalite yönetimi” ve “six sigma”

gibi alt disiplinler aracılığı ile firmalar her zamana ürün çıktısının veya süreçlerinin kalitesine odaklanmışlardır. Müşterilerin tutumları araştırılmış, davranışları gözlemlenmiş, bölümlendirilmiş, hedeflenmiş ve konumlandırılmış lakin hiçbir zaman etkin bir ilişki geliştirilme amacı güdülmemiş veya samimi etkileşimlerde bulunulmamıştır. Müşteriler hep pasif bir değer yaratıcı algısıyla onlara sunulanlar arasından seçmeye zorlanmış onlara neyin sunulacağı konusunda yaratıcı pozisyonda olmamışlardır. Pazarlamadaki süregelen paradigma değişimi ile birlikte değer yaratma kavramı müşterilerin pasif değil aktif tutum geliştirmeleri anlayışına dayanmaktadır (Ramaswamy & Ozcan, 2014).

Birlikte değer yaratma için etkileşim şarttır (Grönroos & Voima, 2013). Peki birlikte değer yaratma nedir(Tablo 1.13)? Bu soruya Ramaswamy ve Özcan (2018) “Birlikte değer yaratma etkileşimli sistem ortamlarında (etkileşimli platformlar aracılığıyla), katılım eylemliliği ve organizasyon yapılandırma ile sonuçlanan, etkileşimsel yaratımı tesis etmektir” cevabını verir. Etkileşimden kasıt basit bir ikili ilişkiden öte çevresel etmenleri de içine katarak bir sistem bakış açısıyla bütünleşik bir etkileşimdir (Gummesson & Mele, 2010). Birlikte değer yaratma için ilk gereklilik etkileşimin gerçekleşeceği bir alan, bir platformdur. Teknolojinin gelişmesiyle artan global iletişim olanakları ve bilgi teknolojilerindeki atılımlar bu alanların ve platformların oluşturulmasını daha mümkün hale getirmiştir (Ramaswamy & Özcan, 2018).

Tablo 1.13: Birlikte Yaratma Kavramı

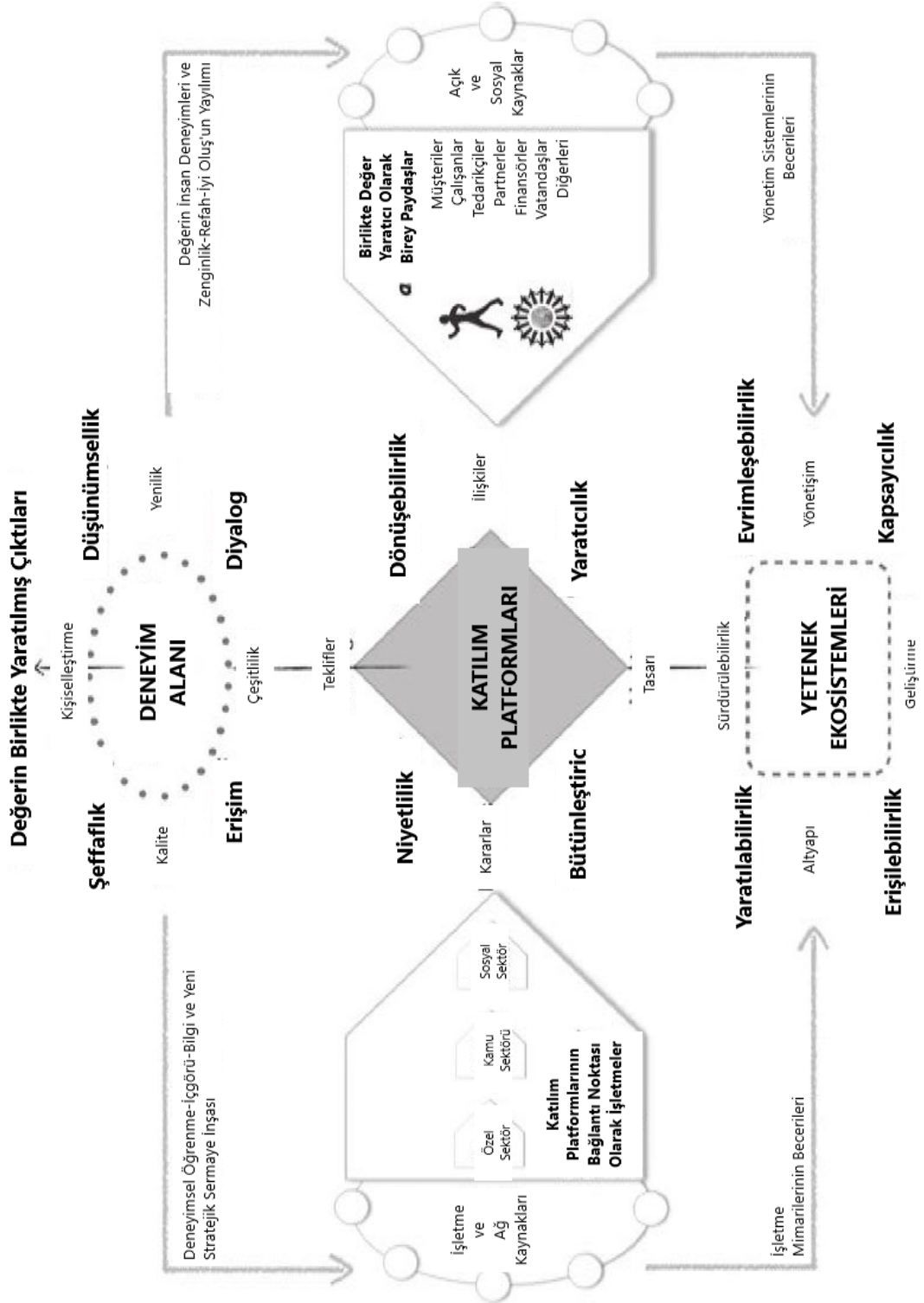
BİRLİKTE YARATMA <u>NE DEĞİLDİR</u>	BİRLİKTE YARATMA <u>NEDİR</u>
*Müşteri odaklılık *Müşteri kraldır veya müşteri her zaman haklıdır	* Birlikte yaratma değerın şirket ve müşteri tarafından müştereken yaratılması ile ilgilidir. Firmanın müşteriyi memnun etmeye çalışması değildir.
*İyi bir müşteri hizmetleri sağlama veya cömert müşteri hizmetleri ile müşteriyi şımartmak	* Müşteriye, kendi bağlamına uyacak şekilde hizmet deneyimini birlikte inşa etmeye izin vermek

*Endüstrinin tedarik zincirine uyacak şekilde teklifleri aşırı kişiselleştirme	* Müştereken problemleri tanımlama ve problem çözme
* Kendi kendine hizmette olduğu gibi faaliyetlerin firmadan müşteriye transferi * Ürün müdürü olarak müşteri veya ürünlerin ve hizmetlerin birlikte tasarlayıcısı	* Tüketicilerin içinde aktif diyalog kurabildikleri ve kişiselleştirilmiş deneyimleri birlikte inşa edebildikleri bir deneyim çevresi yaratmak; ürün aynı olabiliir ama tüketiciler farklı deneyimler inşa edebilir
*Ürün çeşitliliği	*Deneyim çeşitliliği
*"Tek"in bölümü (segmentasyon)	*"Tek"in deneyimi
*Titiz Pazar araştırması	* Ticareti müşteriler gibi gerçek zamanlı deneyimleme * Kesintisiz diyalog
* Deneyimleri sahneleme	* Kişiselleştirilmiş deneyimleri birlikte inşa etme
* Yeni ürünler ve hizmetler için talep eden taraf inovasyonu	* Yeni birlikte yaratma deneyimleri için deneyim çevreleri inovasyonu

Kaynak: Prahalad, C., & Ramaswamy, V. (2004c). Co-creation experiences: The next practice in value creation. Journal of Interactive Marketing, 5-14. s. 8

Birlikte değer yaratma tabanlı değer yaratma anlayışı, örgütlerin paydaşı olan bireylerle birlikte değer yaratmasına dayanır. Birlikte değer yaratma sürekli evrimleşen, kazan-kazan durumundan öte döngüsel doğası gereği “daha fazla kazan-daha fazla kazan” mantığının hakim olduğu bir yapıdır. Birlikte değer yaratma baştan sona kadar bir süreci ifade eder (Şekil 1.17) ve bu süreçten firma sorumludur (Prahalad & Ramaswamy, 2004c).

Şekil 1.17: Değer Yaratmanın Birlikte Yaratma Paradigması



Kaynak: Ramaswamy, V., & Ozcan, K. (2014). The Co-Creation Paradigm. Stanford: Stanford University Press.s. 29

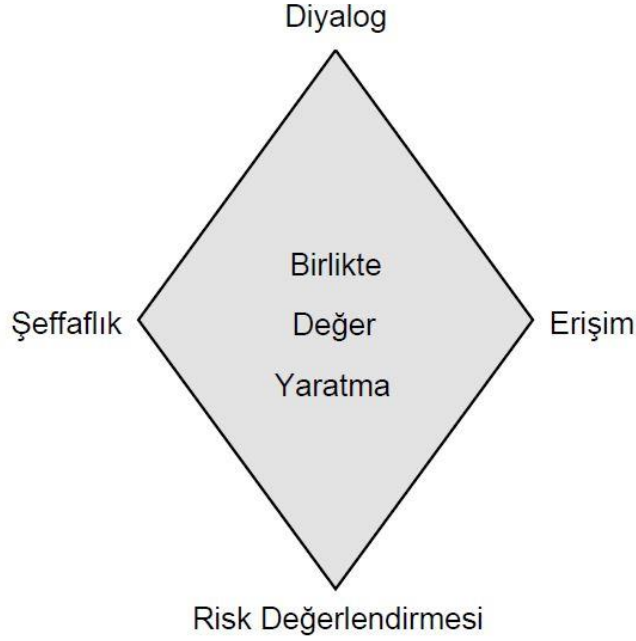
Yöneticiler, müşteriler için sağlayacakları kaynaklarının yanında hem örgütlerinin hem de müşterilerinin yetkinliklerini ve yeterliliklerini sürekli olarak takip etmek zorundadırlar. Gerekğinde geliştirilmesi için inisiyatif almalıdırlar. Birlikte değer yaratılabilmesi için yöneticilerin aşağıdaki faaliyetler için harekete geçmesi ve geleneksel mantıklarını değiştirmesi gerekir (Ramaswamy & Ozcan, 2014, s. 16):

- Paydaşların kişisel ve toplu olarak birlikte değer yaratmaya katılımlarını sağlama ve kuruluşun değer yaratma fırsatlarını kaynaklarla nasıl ilişkilendirmesi gerektirdiğini belirlemek,
- Birlikte yaratma eylemlerini yoğunlaştırmak ve karşılıklı olarak değerli sonuçlar üretmek için etkileşim ortamları sağlayan, amaca yönelik olarak tasarlanmış kişiler, süreçler, ara yüzler ve yapıtlar topluluğu olarak katılım platformları tasarlamak,
- Gerçekleşen değerın özne olduğunu ve birlikte yaratılmış değer çıktıların kişiselleştirilmiş deneyimlerinin bir fonksiyonu olarak değişebileceğini anlamak,
- Birlikte değer yaratma yeteneklerini sanallaştırmak için bireylerin içinde bulunduğu sosyal, ticari, sivil ve doğal toplulukların ağ yeteneklerinden yararlanmak,
- Ekonomide ve bir bütün olarak toplumda zenginliği, refahı ve iyi oluşu artırmak için diğer özel, kamu ve sosyal sektör kurumları ile birlikte yetenek ekosistemleri oluşturmak.

Birlikte değer yaratma sistemi oluşturmak için öncelikle birlikte değer yaratmanın temelinde olan firma-müşteri etkileşiminin yapı taşlarını tanımlamak gerekir. Birlikte değer yaratma deneyimini kolaylaştıracak olan bu yapı taşları İngilizce **dialogue**, **access**, **transparency** ve **risk assessment** in kısaltması DART model olarak bilinen diyalog, erişim, şeffaflık ve risk değerlendirmesidir (Prahalad & Ramaswamy, 2004b).

- **Diyalog:** Her iki taraf için de etkileşim, katılımda bulunma, davranışa geçme eğilimi demektir. Müşteriyi dinlemek ve anlamaya çalışmaktan öte birlikte öğrenme, bilgi mübadelesi demektir. Diyalog sadık müşteri yaratmak ve sürdürmek demektir.
- **Erişim:** Müşterinin firmanın ve firmanın diğer müşterilerinin bilgilerine ve süreçlerine erişimi ile ilgilidir. Bu erişim özel bilgiler veya süreçlerle ilgili değildir. Anlamlı bir diyalogun geliştirilebilmesi ile ilgilidir.
- **Şeffaflık:** Müşteriden bugüne kadar gizlenen süreçlerin ve bilgilerin diyalogun kalitesini artırabilme gayesiyle açılması ve erişimine izin verilmesidir. Firma müşterinin hem risk algısını azaltmak hem de süreçlerini şeffaflıkla yürüttüğüne ikna ederek müşteri güvenini kazanmalıdır.
- **Risk Değerlendirmesi:** Müşteri ile birlikte değer yaratılacaksa müşterinin kendini güvende hissetmesi gerekir. Aslında tüm diyalog, erişim ve şeffaflık yapı taşları müşteri ile iyi bir diyalog geliştirerek, riskten kaçınma önceliğinde davranış sergileyen müşteriye güven aşlamakla ilgilidir. Bu güven tesisi müşterinin bedensel, finansal ve de toplumsal bir zarar görmemesi için elzemdir (Şekil 1.18).

Şekil 1.18: Birlikte Değer Yaratmak İçin Etkileşimlerin Yapı Taşları



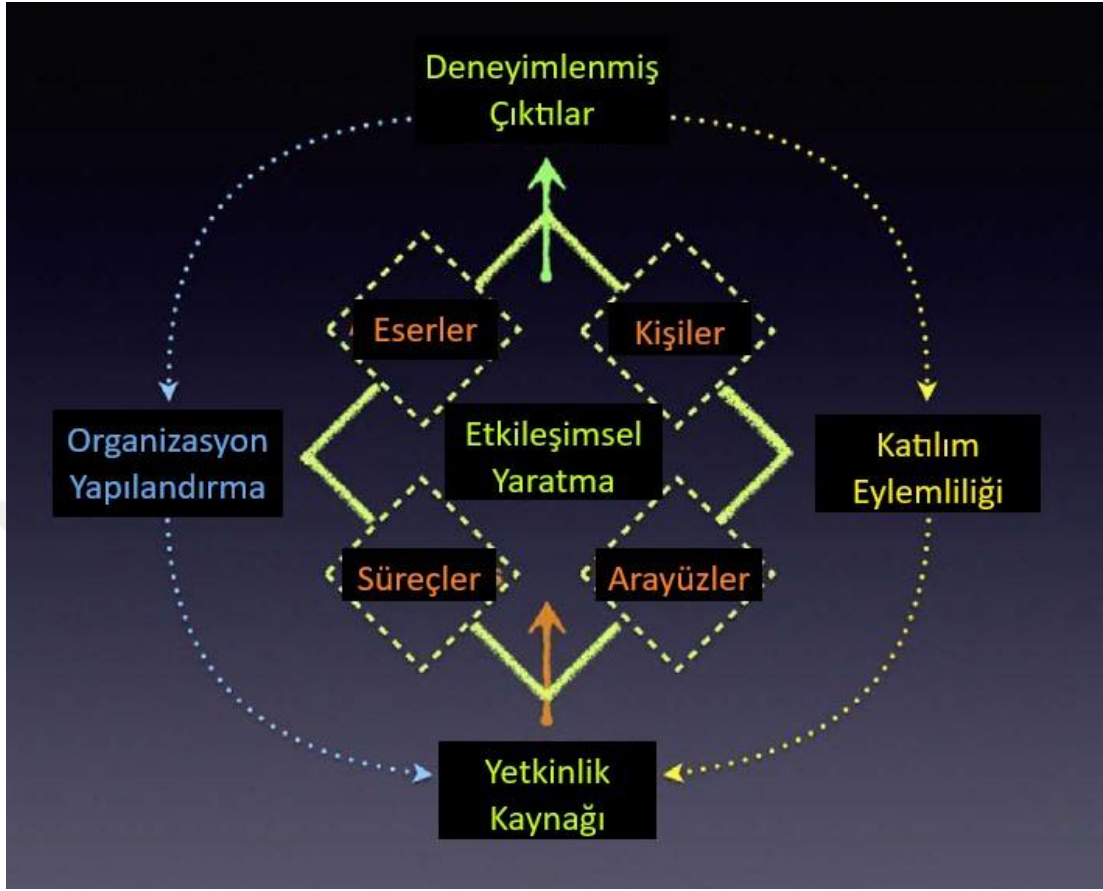
Kaynak: Prahalad, C., & Ramaswamy, V. (2004c). Co-creation experiences: The next practice in value creation. Journal of Interactive Marketing, 5-14.. s.9

Birlikte değer yaratma süreci etkileşimin kuvvetleri tarafından yönlendirilir. Gelişen teknoloji ve artan dijitalleşme sayesinde insanların ve şeylerin birbirini etkilemesinde değişim yaşanmıştır ve yaşanmaya devam etmektedir. Etkileşimler geçmişe nazaran bugün farklılık göstermektedir. Yapay zekalar, internet, mikroişlemciler, yazılımlar ve mobil iletişimdeki gelişmeler sayesinde neredeyse tüm dünyanın hem cihaz hem de insan olarak birbiri ile sürekli iletişim halinde olması durumu etkileşimin yapısını değiştirmiş ve yeni ara yüzler doğmasına vesile olmuştur. Böylelikle katılım platformlarının sınırları genişlemiş ve etkileşimli platformlar haline gelmiştir (Ramaswamy, 2009).

Etkileşimli platformlar eserlerden, süreçlerden, arayüzlerden ve kişilerden oluşur. Eserler fiziksel ve verinin de dahil olduğu tüm dijital şeylerden oluşur. Süreçler dijitalleşmiş ve geleneksel ticari etkileşim süreçlerini kapsar. Arayüzler fiziksel veya dijital olarak tarafların etkileşime girmesi anlamındadır. Kişiler ise müşteri, çalışan, partner veya paydaş rolüne bürünmüş bireyleri temsil eder (Ramaswamy & Ozcan, 2014, s. 32-48).

Etkileşimli platformların genişletilebilirliği sayesinde, etkileşimsel yaratım uygulamaları, katılım eylemliliği (**agencing engagement**) ve organizasyon yapılandırma (**structuring organization**) arasındaki etkileşimleri kapsar. Katılım eylemliliği, “etkileşimlerde somutlaşmış deneyimsel uygunluk, deneyimsel oluş” olarak tanımlanabilir. Somutlaşmış deneyimsel oluş, etkileşimli platformların bileşenleri olan eserler, süreçler, ara yüzler ve kişileri ile platformdaki tarafların yaratıcı bir ilişkiye girme sürecini ifade eder. Organizasyon yapılandırma ise etkileşimli sistem içindeki aktör-ağ ilişkileri demektir. Organizasyon yapılandırma, başarılı bir organizasyon tasarlarırken ağ yapısı içinde uygun unsurları seçmek ve aralarında uygun iletişimi sağlayarak ortak hedefe güdülemektir. Birlikte değer yaratma etkileşim platformunda genellikle yardımcı bir firma eşliğinde ağ içindeki unsurlarla etkileşim aracılığı ile bireylerin kendi bağlamsal değer çıktılarını yaratmasıdır (Şekil 1.19) (Ramaswamy & Özcan, 2018).

Şekil 1.19: Birlikte Yaratmanın Kavramsallaştırılması



Kaynak: Ramaswamy, V., & Özcan, K. (2018). What is Co-Creation? An Interactional Creation Framework and Its Implications for Value Creation. *Journal of Business Research*, 196-205. s.201

1.2.4.4. Birlikte Değer Yaratma Kavramı ile Karıştırılan Bazı Kavramlar

Literatürde birlikte değer yaratma kavramı ile başka kavramlar birbiri ile karıştırılmakta, birbirleri yerine kullanılmakta veya birlikte değer yaratma kavramının unsurları olarak lanse edilmektedir. Tüm bu kavramlar birlikte değer yaratma kavramından ayrı değildir. Birlikte değer yaratma sürecine dahil olabilecek, süreci destekleyecek ve içinde var olan kavramlardır (Ranjan & Read, 2016).

Katılım (**engagement**) kelimesi sosyoloji, psikoloji, örgüt davranışı, siyaset bilimi gibi birçok akademik alanda farklı anlamlarda kullanılmaktadır. Pazarlama literatüründe müşteri katılımı (**customer engagement**) genel tanımı şu şekildedir (Brodie, Hollebeek, Jurić, & Ilić, 2011, s. 260):

Müşteri katılımı, odak hizmet ilişkilerinde bir odak aracı/nesne (örneğin bir marka) ile etkileşimli, birlikte yaratıcı müşteri deneyimleri sayesinde ortaya çıkan psikolojik bir durumdur. Farklı müşteri katılımı seviyeleri oluşturan belirli bir bağlama bağlı koşullar kümesi altında gerçekleşir; ve değeri birlikte yaratan hizmet ilişkileri içinde dinamik, yinelemeli bir süreç olarak var olur. müşteri katılımı, diğer ilişkisel kavramların (örneğin, katılım, sadakat) yinelemeli müşteri katılımı süreçlerinde öncüller ve/veya sonuçlar olduğu hizmet ilişkilerini yöneten bir nomolojik ağda merkezi bir rol oynar. İlgili bilişsel, duygusal ve/veya davranışsal boyutların bağlama ve/veya paydaşa özgü ifadesine tabi olan çok boyutlu bir kavramdır.

Özellikle 2005'ten sonra sıkça kullanılmaya başlayan, burada kullanılan şekliyle katılım (**engagement**) literatürde geçen ve çokça birbiri yerine kullanılan diğer katılım (**participation**) ve dahil olma (**involvement**) kavramlarından psikolojik bir durumu ifade etmesi ve daha geniş anlamda dinamik bir süreç olmasıyla farklılaşır (Brodie, Hollebeek, Jurić, & Ilić, 2011).

Müşteri katılımı davranışı (**customer engagement behaviour**) müşterilerin mübadelenin gerçekleşmesi için gerekli temel kaynak katkısının ötesine geçen gönüllü kaynak katkısı olarak tanımlanabilir. Müşterinin kendi için üretilen tekliflere dahil olması olarak tanımlanabilecek birlikte üretme (**coproductio**) kavramı müşteri katılımına oranla daha dar anlamda ve daha az gönüllü veya ekstra bir rol içermeyen bir tanıma sahiptir. Bir diğer anlamdaki müşteri katılımı (**customer participation**) mübadele odaklı ve yalnızca mübadele sırasında müşteri davranışı ile ilgiliyken müşteri katılımı (**customer engagement**) daha geniş anlamda ve gönüllülük esasındadır (Jaakkola & Alexander, 2014). Firmalar özellikle birlikte değer yaratma için müşteri katılımını sağlamaya çalışmaktadırlar oysa asıl yapmaları gereken şey müşterinin değer yaratma sürecine dahil olmaya çalışmaktır (Heinonen, ve diğerleri, 2010).

Müşteri gönüllü performansı (**customer voluntary performance**) (Bettencourt, 1997) ve müşteri vatandaşlık davranışı (**customer citizenship behaviour**) (Yi & Gong, 2008) kavramları ise firmanın hizmet kalitesini artırmak için müşterilere biçtiği roller olarak özetlenebilir. Müşteri firmaya kendi planları çerçevesinde değil firmanın planları çerçevesinde yardımcı olur.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİRLİKTE DEĞER YARATMA

Sağlık hizmetlerinde artan harcamalar, düşen kalite, verim gibi makro sorunlar ile birlikte artan sağlık hizmeti talebi, yaşlanan nüfus gibi mikro sorunlar bir süredir ülke yönetimlerinin temel sorunları haline gelmiş ve araştırma konusunda birincil önceliğe sahip araştırmalar arasına girmiştir (Ostrom, ve diğerleri, 2010) (Ostrom, Parasuraman, Bowen, Patricio, & Voss, 2015).

Sağlık hizmetleri, birlikte değer yaratma ekosisteminin nasıl şekillendiğini kavrayabilmek adına hizmet ortamı anlamında büyük önem arz eder (Frow, McColl-Kennedy, & Payne, 2016) çünkü bir tarafta hizmeti sunan profesyoneller öbür tarafta ise hizmeti kullanan, kendi hastalığından sorumlu hastalar vardır. Hizmet çıktılarının artırılması için iki taraf arasında etkileşim ve iki tarafın da işbirliği gerekir (Díaz-Méndez & Gummesson, 2012). Genel kabul görmüş anlayışa göre sağlık hizmeti çıktılarının yükselmesindeki en temel etken, fayda sağlayanın hizmete katılım göstermesi ve sağlığını korumak veya kazanmak için katılımın ötesinde de bireysel çaba göstermesi; “kişi kendisinin doktorudur” anlayışına sahip olması gerekmektedir (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002). Sağlık hizmetinin çıktılarını artırmak ülkelerin sağlık için yaptığı harcamaları azaltacağı ve refahı artıracacağı için hastayı merkeze alan birlikte değer yaratma anlayışı sağlık hizmetleri açısından büyük önem arz eder (Sweeney, Danaher, & McColl-Kennedy, 2015).

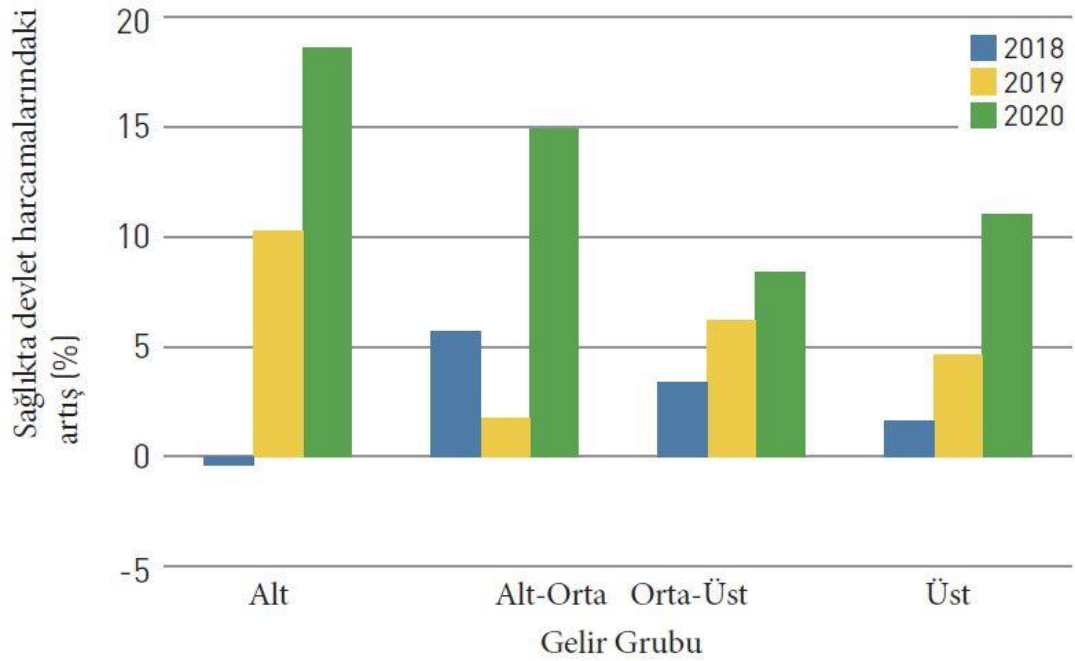
2.1 Sağlık Hizmetlerinin Dünyadaki Durumu

Sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar tüm dünyada ciddi bir artış göstermiştir. Bunun altında yatan nedenlerden biri sosyal sigortalamanın artması neticesinde birey için sağlık hizmeti maliyetinin ortadan kalkması, bu nedenle artan talep sonucunda sağlık hizmetlerinin fütursuzca kullanılmasıdır (Numerof & Abrams, 2016, s. 15). Sağlık hizmetleri, ulusların gayri safi yurt içi hasıllarında (GSYİH) çok

ciddi bir yer tutarken ne yazık ki kalite ve maliyetler bağlamında çok düşük performans göstermektedirler (Porter & Teisberg, 2004). Gelişmiş ve sosyal devlet anlayışını benimsemiş ülkelerde dahi hastaların sağlık hizmetine ulaşımı altı ayı bulmakta, bu sürenin kısaltılabilmesi ülke meclislerinin gündemini meşgul etmekte, hastaların da daha kısa süreler için daha yüksek sigorta kesintilerine bile rıza göstermesine neden olmaktadır (Nordgren L. , 2009). Sağlık hizmetlerinde yaşanan bu ve benzeri diğer sorunlar bireylerin iyi oluşlarını etkilemekte ve dolayısıyla toplumsal faydasını azaltmaktadır. Bu sebeptendir ki sağlık hizmetleri üzerine çalışmalar hem araştırmacılar hem de kanun koyucular tarafından desteklenmektedir (Berry & Bendapudi, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verileri incelendiğinde karşılaşılan tabloda tüm ülkelerde 2000 yılından bu yana sağlık harcamalarında gayri safi yurtiçi hâsıla (GSYİH) içindeki payında önemli artışlar görülmektedir. 2022 yılı itibariyle global sağlık harcamaları GSYİH'nin %11'ine ulaşmıştır. Kişi başı sağlık harcaması gelişmiş ülkelerde 212 \$ seviyesindeki iken en düşük gelirli ülkelerde 14 \$ ortalamasındadır. 2020 yılı itibari ile global sağlık harcaması toplamda 9 trilyon \$ olurken (5.7 trilyon \$ devlet harcamaları, 3.3 trilyon \$ özel harcamalar) bu harcamaların %80'i yüksek gelirli ülkeler tarafından yapılmıştır (Grafik 2.1) (Grafik 2.2.) (WHO, 2022a). Düşük gelirli ülkelerde 2000 – 2018 yılları arasındaki sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %4,2'den %5,2'ye yüksek gelirli ülkelerde ise sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %9,5'dan %12,5'a yükselmiş durumdadır. Bir başka veriye bakacak olursak Avrupa Birliği bölgesinde %8,6'dan %10,1'e, Kuzey Amerika'da %12,3'ten %16,4'e, OECD ülkelerinde %9,4'ten %12,4'e, Asya-Pasifik bölgesinde %6'dan %6,7 (Bu oranlar yüksek gelir grubuna dahil ülkeler hariç tutulduğunda %3,6'dan %5,1'e olarak değişiyor) bir artış söz konusudur. Dünya'ya bakıldığında ise sadece 2018'den 2020'ye %9,9'dan %11'e çıkan sağlık harcamalarındaki artış tehlikenin boyutunu göstermektedir (WHO, 2020).

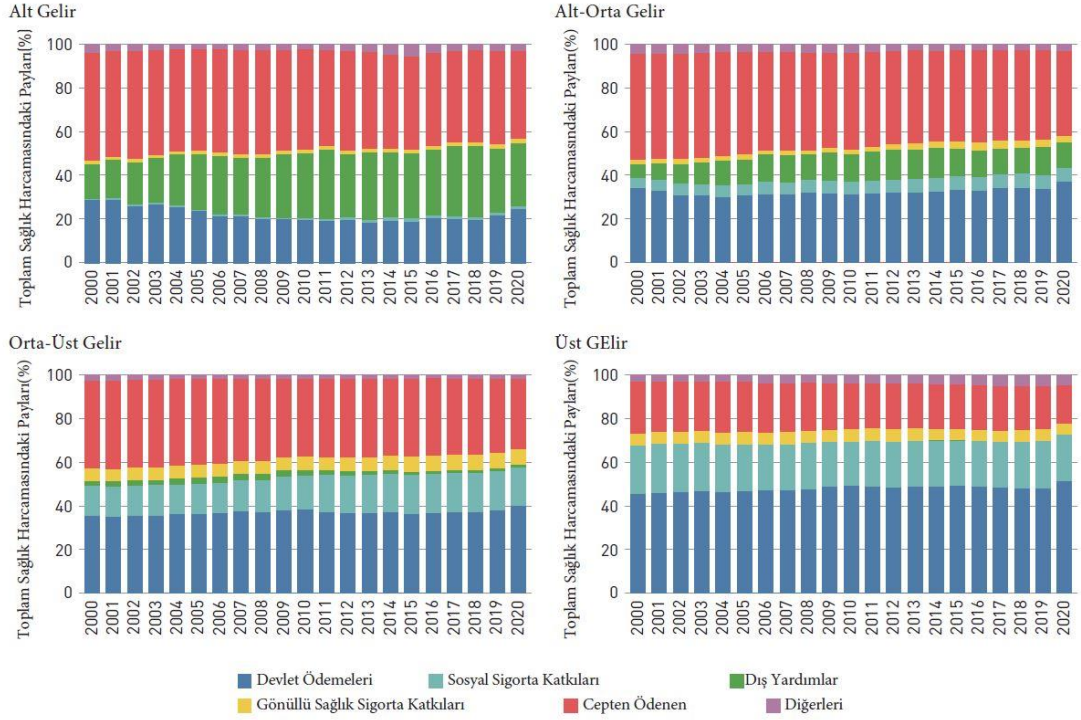
Grafik 2.1: Hükümet Sağlık Harcamalarının Geçmiş Yıllara Göre Karşılaştırılması



Kaynak: World Health Organization. (2022). Global spending on health: rising to the pandemic's challenges. World Health Organization.s.5

Sağlıkta devlet harcamalarındaki artış hemen her geliri grubundaki ülkelerde göze çarpmaktadır. Özellikle alt gelir grubundaki ülkelerde yüzdesel olarak daha fazla artışın olması zaten zor durumdaki bu ülkelerin sınırlı kaynaklarının daha fazla sağlık hizmetlerine kaydırıldığı anlamına gelmektedir.

Grafik 2.2: Tüm Gelir Grubu Ülkelerde Sağlık Harcamaları Hükümet Kaynaklarına Daha Bağımlı Hale Geldi



Kaynak: World Health Organization. (2022). Global spending on health: rising to the pandemic's challenges. World Health Organization. s.9

Veriler ışığında 2000-2020 arası döneme bakıldığında sağlık harcamalarının ülkelerin GSYİH içindeki paylarındaki artışlar gözlenebilmektedir. Bu durum ekonomiler üzerinde ciddi baskılar yaratmaktadır. Artan maliyetler ile sağlık harcamaları bütçeler üzerinde daha fazla yük oluşturmaktadır. Bu baskıya rağmen yaşanan Covid-19 salgınında hükümetlerin sağlık hizmetlerine yatırım yapmalarının ne kadar önemli olduğu ve insanların hayatlarının bu sayede nasıl kurtulduğu ortadadır. DSÖ Avrupa Bölge Direktörü Dr Hans Henri P. Kluge, DSÖ/Avrupa Ülke Sağlık Politikaları ve Sistemleri Bölümü Direktörü Dr Natasha Azzopardi-Muscat ve DSÖ Merkezlerinden Direktör Dr. Christopher Murray sağlık hizmetlerine ayrılan pay ile ilgili şu açıklamayı yapmaktadır (Kluge, Azzopardi-Muscat, & Murray, 2022):

“Şimdi ve önümüzdeki yıllarda geçmişin hatalarından kaçınmak için hükümetlerin artan bütçe baskısı ile karşı karşıya olsalar bile sağlık alanında daha fazla kamu yatırımı yapması gerekecek. Bu yatırımların yapılması gelecekte oluşabilecek sağlık hizmetlerindeki yıkıcı etkileri engellemek, işsizlik ve yoksulluğun sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak ve gelecekteki şoklara karşı hazırlıklı olmak için gerekli. Bunun yanında hükümetler

eşitsizliklerin daha da artmasını önlemek için sağlık hizmetleri kaynaklarının adilce dağıtıldığını da kontrol etmek zorundalar.”

Dünya sağlık sistemi bir çıkmazın içine girmiş bulunmaktadır. Daha fazla sağlık hizmetine talep ve artan harcamalar hükümetleri daha fazla kaynak ayırmaya zorlamaktadır. İçinden çıkılmaz bir hale gelen bu durum için yeni bir yaklaşım şarttır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) verilerine göre dünya nüfusunun ortalama yaşam süresi 1950’de 47 yıl iken 2020’de 73,2 yıl oldu. DSÖ öngörüsüne göre bu süreyi 2030’a kadar 3,7 yıl daha artırmak mümkün olabilir. Bu verilerden insanların sağlık hizmetine erişimlerinin daha kolay olduğu, sağlık personeli sayısının arttığı ve medikal teknolojinin ciddi bir ilerleme kaydettiğini anlamları çıkarılabilir lakin gerçekler çok daha farklı gözükmemektedir. Sağlık sistemlerindeki tıkanıklığının sonuçlarının en büyük yansımaya son dönemde İngiltere’de rastlanmaktadır. Kemer sıkma politikalarından en çok ücret kesintisine sağlık personeli maruz kalmakta (Smith, Strauss, & Fray, 2023) ve daha da önemlisi geçmişten bu yana gelen kemer sıkma politikaları yeni hekimlerin yetişmesini engellemekte, personel sıkıntısı yaşatmaktadır. Hükümet üzerinde her geçen yıl daha fazla yük oluşturan sağlık hizmetlerindeki maliyetleri düşürme çabası sağlık hizmetlerinin kronik hastalara cevap vermede yetersiz kalmasına ve bunun bir sonucu olarak da iyi oluştaki düşüşler yaşanmasına neden olmaktadır (BMA, 2023).

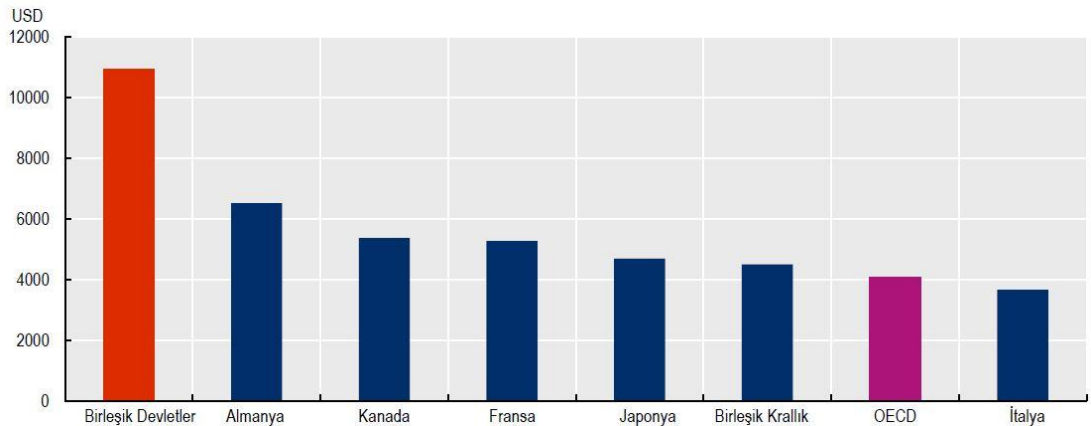
OECD ülkeleri arasında kişi başına düşen yaklaşık 11.000 \$ (satınalma gücüne göre uyarlanmıştır) harcama ile en yüksek harcamayı Amerika Birleşik Devletleri yapmaktadır (Grafik 2.3). Dünyanın en zengin ülkesinin en yüksek harcamayı yapmasını normal gözükebilir. Düz bir mantıkla yüksek sağlık harcamalarının diğer OECD ülkelere göre daha iyi sağlık hizmeti getirmesi beklenebilir. Diğer bir bakış açısıyla Amerika’nın yüksek sağlık harcamaları altında yatan temel nedenin obezite gibi sağlık sorunlarını tetikleyici etmenler olduğu düşünülebilir. Ancak veriler incelendiğinde OECD ülkeleri arasında Amerika obezitede liderliği kaptırmasa da bir başka temel sağlık bozucu etmen olan sigarada (ikisinin de sağlık tehdit ediciler olduğu bilinmektedir) OECD ülkelerinin oldukça gerisindedir (Grafik 2.4). Bu durum

Amerikan toplumunun obez olması ile sağlık harcamalarının yüksekliği arasında kesin bir bağlantı olmadığının göstergesidir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde kişi başına düşen en yüksek harcamayı ve en kaliteli sağlık hizmeti sunumunu açıklamaya yardımcı beş faktörden bahsedilebilir (OECD, 2022);

- Daha yüksek sağlık teknolojisi kullanımı
- İlaç ve hizmet fiyatlandırmalarının serbest piyasada belirlenmesi
- Yönetimsel faaliyetlere ayrılan pay (Toplam sağlık harcamalarının %8'ini yönetim giderleri oluşturmaktadır. Bu oran G7 ülkeleri ortalamasının beş katına eşittir.)
- Sağlık hizmeti sunucusu yoğunluğu (Hastanelerin çok olduğu yerde fiyatlar daha düşükken az olduğu yerlerde daha yüksek. Amerika, kişi başına düşen hekim sayısı olarak OECD ülkeleri arasındaki en düşük rakama sahip ülkelerden birisi)
- Sağlık hizmetleri personeli ödemeleri

Grafik 2.3: Amerika Birleşik Devletleri OECD Ülkeleri Arasında En Yüksek Sağlık Hizmetleri Harcamasına Sahip



Kaynak: OECD. (2022). Understanding differences in health expenditure between the United States and OECD countries. OECD. s.2

Satınalma gücü verilerine göre uyarlanmış Grafik 2.3’e göre kişi başı sağlık harcamalarında Amerika Birleşik Devletleri 11.000 dolarlık sağlık harcaması ile 4.000 dolarlık OECD ortalamasının oldukça üzerindedir.

Tablo 2.1: Amerika Birleşik Devletleri Sigarada İyi Obezitede Kötü

	Sigara		Alkol		Obezite		Hava kirliliği	
	Günlük içiciler (% 15+ yaş nüfus)		Kişi başı tüketim litre (% 15+ yaş nüfus)		VKI ≥ 25 nüfus (% 15+ yaş nüfus)		Ölümler (100 000 nüfus başına)	
OECD	16.5		8.7		56.4		29	
Kanada	10.3	☑	8.0	●	59.8	●	10	☑
Fransa	24.0	☒	11.4	●	49.0	●	20	●
Almanya	18.8	●	10.6	●	60.0	●	32	●
İtalya	18.6	●	7.7	●	46.4	●	41	●
Japonya	16.7	●	7.1	●	27.2	☑	31	●
Birleşik Krallık	15.8	●	9.7	●	64.2	●	21	●
Birleşik Devletler	10.9	☑	8.9	●	73.1	☒	15	●

Not: ☑ OECD ortalamasından daha iyi; ● OECD ortalamasına yakın; ☒ OECD ortalamasından kötü.

Kaynak: OECD. (2022). Understanding differences in health expenditure between the United States and OECD countries. OECD. s.4

Yüksek harcamalara, kaliteli sağlık hizmet sunumlarına rağmen Amerika benzer varlıklı ülkelere göre halen ciddi “sağlıklı olma” sorunları yaşamaktadır. Yapılan araştırmalar bu sorunun sigortasız nüfus, sosyal ve ekonomik engeller veya ırksal ve etnik ayrımcılık gibi nedenlerden kaynaklanmadığını göstermektedir. İlk akla gelen neden sigara, alkol ve obezite olmakla beraber asıl neden bu da değildir. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki sigara kullanmayan ve obez olmayan Amerikalılar benzer gelişmiş ülkelere göre daha sağlıklıdır. Amerikalıların sağlık dezavantajı, yetişkinler arasında daha yüksek kronik hastalık ve ölüm oranlarıyla, ergenler ve küçük çocuklar arasında daha yüksek zamansız ölüm ve yaralanma oranlarıyla açıklanmaktadır (Woolf & Aron, 2013).

Amerika ile benzer bir yönetsel yaklaşıma İtalya da sahiptir. 1978’de kurulan Ulusal Sağlık Hizmeti ilk kuruluşunda tüm vatandaşları kapsarken ve toplam vergiden pay alırken 1992-1999 arasında değişim geçirmiş ve merkezi sistemde toplanan yetkiler bütçelemesi de dahil olmak üzere mahalli idarelere devredilmiştir. İtalyan Ulusal Sağlık Hizmeti hayata geçtiğinde kamu sektörü şemsiyesi altında bireysel hizmetlerden oluşmuştur. Hekimler devletle anlaşma yaparak bireysel düzeyde sağlık hizmeti sunmuşlardır. Ulusal Sağlık Hizmeti’nin 1992-1999 arası

geçirdiği değişimle daha rekabetçi ve yönetimsel yaklaşım ön plana çıkmıştır çünkü hizmetin devamlılığının yetki ve sorumluluğu mahalli idarelere verilmiştir. Devam eden süreçte sağlık hizmetlerinin bütçe üzerindeki artan yüküne çare yönetimsel bir yaklaşımla, tasarruf yolları aranmasıyla sonuçlanmıştır. Bunun sebebi İtalya'nın en borçlu gelişmiş ülkelerden biri olmasıdır. Bu sorun yalnızca bütçe sorunu olmaktan da çıkarak doktor-hasta arasında bir probleme dönüşmüştür (Barile, Saviano, & Polese, 2014).

Birleşmiş Milletlerin milenyum kalkınma hedefleri (2015 itibari ile sürdürülebilir kalkınma hedefleri ismini almıştır) arasında olan evrensel sağlık kapsayıcılığı (**Universal Health Coverage**) (Mathur, Williams, Reddy, & Watt, 2015), tüm insanların ihtiyaç duydukları her türlü kaliteli sağlık hizmetine, ihtiyaç duydukları zaman ve yerde, finansal sıkıntı yaşamadan erişebilmeleri anlamına gelir. Sağlığın teşviki, geliştirilmesi, korunma, tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakıma kadar temel sağlık hizmetlerinin tüm yönlerini kapsar (T.C.-Sağlık-Bakanlığı, 2023). Evrensel sağlık kapsayıcılığı güçlü, insan merkezli birinci basamak sağlık hizmeti gerektirir. İyi sağlık sistemleri, hizmet ettikleri toplumlarda kök salmaktadır. Sadece hastalıkları ve rahatsızlıkları önlemeye ve tedavi etmeye değil, aynı zamanda iyi oluşu ve yaşam kalitesini iyileştirmeye de odaklanırlar. (WHO, 2023). Bunu sağlamak için gerekli olan hukuki ve maddi düzenlemeleri yapmak ülkelerin sorumluluğundadır (SDG, 2023).

Sağlık hizmetlerinin geleceği, sorunların çözülmesine ek olarak tüketici beklentilerini karşılamakla da şekillenecektir. Tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 salgını ile hayatımıza daha fazla nüfuz eden dijitalleşme süreçlerinin sağlık hizmetlerinde de yaşanılacağı beklenmektedir. Bir yanda tüketiciler daha dijital, daha erişilebilir, daha etkin, daha sürdürülebilir ve daha kişiselleştirilmiş sağlık hizmeti talep ederken öte yandan bunların gerçekleştirme görevini üstlenen kurumlar daha fazla birlikte çalışarak sağlık hizmetleri ekosistemi içerisinde daha entegre bir hizmet anlayışı ile birlikte değer yaratma yolunu seçmelidirler. Bunun da yolu elbette hizmet sürecine, değeri asıl yaratıcısı olan hastanın dahil edilmesinden geçmektedir. Geçmişte bu argüman fazla ütöpik karşılanabilirken bugün sürekli çevrimiçi olan hastalarla imkansız olmaktan çıkmış, hatta sağlık hizmetinin tüketiciye evinde sağlanabilmesi

bile mümkün hale gelmiştir. Geleceğin hastanelerinin duvarları olmayacaktır (Allen, 2020). Hastaların sağlık hizmetlerinde artan birlikte değer yaratma arzusu ile iyi oluşu artırma hedefine ulaşma, hastaların hizmete katılımını destekleyen, iyi oluşları için bunun gerekliliğine inanmış sağlık hizmeti sunucuları ile mümkün olacaktır (Deloitte, 2023). Burada büyük görev devletlere düşmektedir. Devletler sağlık hizmetlerine daha fazla bütçe ayırmakla yükümlüdürler. Bu bütçe sağlık çalışanları, sağlık hizmetlerindeki sabit yatırımlar (bina, cihaz vb.) ve araştırmalara ayrılmalıdır. Sağlık sektöründe veri eksikliği bulunmamasına rağmen bilgi eksikliği ciddi boyutlardadır (OECD, 2023).

Bir tarafta ayrılması gereken ek bütçe diğer tarafta devletin üzerindeki mali baskı yöneticileri içinden çıkılmaz bir durumda bırakmaktadır. Özellikle kronik hastalıklar doğası gereği devletler üzerinde daha fazla mali baskıya sahiptir. Sadece diyabetin global maliyeti yıllık 673 milyar \$'dır. 2022'de 415 milyon olan diyabetli sayısının 2040'a gelindiğinde 642 milyona çıkması beklenmektedir. Hali hazırda yüksek gelir grubundaki ülkelerde sağlık hizmetleri maliyetlerini ve kronik hastalıkların yükünü hafifletmek için nüfus sağlık yönetimi sistemleri uygulanmaktadır (Deloitte, 2022).

Devletler üzerindeki bu yükü hafifletmek çok mümkün olmayabilir. Özellikle Avrupa ülkelerinde çok eskiye dayanan sosyal sağlık hizmeti yalnızca bir sağlık hizmetinden çok daha fazlasını ifade eder. Sosyal sağlık hizmeti Avrupa ülkeleri için bir yaşam tarzıdır (Saltman & Dubois, 2004).

2.2 Sağlık Hizmetlerinin Türkiye'deki Durumu

Dünya bankasının da etkisiyle gelişmekte ülkelerde uygulanması desteklenen sağlıkta dönüşüm programı Türkiye'de 2003 yılında başlamıştır (Chawla, 2003). Bu programın temel amacı devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi, serbest piyasada düzenleyici rolünün dışına çıkmaması ve performans sistemi ile verimliliğin artırılmasıdır. Bu program dahilinde tüm vatandaşlar sisteme dahil edilecek, her birey belli ölçülerde prim ödeyecek ve aile hekimliği olarak adlandırılan birinci basamak sağlık hizmeti ile hastaneler ve bütçe üzerindeki yüklerin azaltılacağı beklenmiştir. Fakat beklentilerin aksine 20 yıllık bir süreç içerisinde devletin sağlıktaki rolü, sağlık

sistemi ve bütçe üzerindeki yükler daha da fazla artmıştır (Erol & Özdemir, 2014). Sağlık hizmetlerinde karlılıklardaki farklılıklar ve riskler bazı alanlara eğilimi artırmış bu sebeple sağlık hizmetinin toplam kalitesini azaltmıştır. Maliyet kısıntıları bütçe yükünü hafifletmeyi amaçlamışsa da sağlık hizmetindeki toplam kaliteyi azalttığı gibi cepten harcanan ve özel sigortalama tutarını da etkileyerek dolaylı olarak bütçe üzerindeki yükü daha da artırmıştır (Kasapoğlu, 2016). Bu sebeplerden dolayı 2023 hedefleri (T.C.-Sağlık-Bakanlığı, 2023) ve 2022 performans raporunda (T.C.-Sağlık-Bakanlığı, 2022) maddi tasarruf sağlanarak kaliteli ve verimli sağlık hizmetleri amaçlanmaktadır.

Türkiye’de Dünya Bankasının sağlıkta dönüşüm önerisiyle başlayan performans tabanlı sağlık hizmeti modeli uygulanmaktadır. Performans tabanlı sistemde sağlık hizmeti sağlayıcısı verdiği hizmetin karşılığında bir ödeme almaktadır. Oysa son yıllarda artan bir şekilde bu modelin verimsizliği tartışılmakta ve yerine “değer tabanlı” sağlık hizmeti modeli önerilmektedir. Bu ikisi arasındaki fark performans tabanlı sağlık hizmetinde maliyetler önem arz ederken, değer tabanlı sağlık hizmetinde sağlık çıktıları önemlidir. Değer tabanlı sağlık hizmeti sayesinde hastalar daha az para harcayarak daha iyi bir sağlığa kavuşurlar, sağlık hizmeti sunucuları hem daha çok verim hem de daha fazla hasta tatmini elde ederler. Sağlık hizmetlerine talep düşeceği için devlet üzerindeki yük azalır. İlaç ve tıbbi cihaz sağlayıcıları hastaya sağladığı değer odaklı bir ödeme alacağı için maliyetler azalır. Neticede sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar azalmasına rağmen toplum daha sağlıklı olur (Catalyst, 2017).

Türkiye’de sağlık harcamaları her geçen gün artmakla birlikte devletin harcamalardaki payı da artmaktadır(Tablo 2.2). TÜİK’e göre toplam sağlık harcaması 2021 yılında bir önceki yıla göre %41,6 artarak 353 milyar 941 milyon TL’ye yükselmiştir. Genel devlet sağlık harcaması %41,5 artarak 280 milyar 220 milyon TL olmuştur. Özel sektör sağlık harcaması ise %42,1’lik bir artış oranı ile 73 milyar 721 milyon TL olduğu tahmin edilmektedir (Grafik 2.4). Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı 2021 yılında %79,2, özel sektör sağlık harcamasının ise %20,8 olarak gerçekleşmiştir. Genel devlet ve özel sektörün alt bileşenlerine bakıldığında, 2021 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu %47,2, merkezi devlet %31,4,

hanehalkları %15,9, sigorta şirketleri %2,6, hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar ile diğer işletmeler %2,3, mahalli idareler %0,6'lık bir paya sahiptir (Tablo 2.3). Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ye oranı 2019 yılında %4,7 iken, 2020 yılında %5,0 olmuştur. Cari sağlık harcamasının GSYİH'ye oranı ise 2019 yılında %4,4 iken, 2020 yılında %4,6 olarak gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ye oranı 2020 yılında %5,0 iken, 2021 yılında %4,9 oldu. Cari sağlık harcamasının GSYİH'ye oranı ise 2020 ve 2021 yıllarında %4,6 olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, 2023).

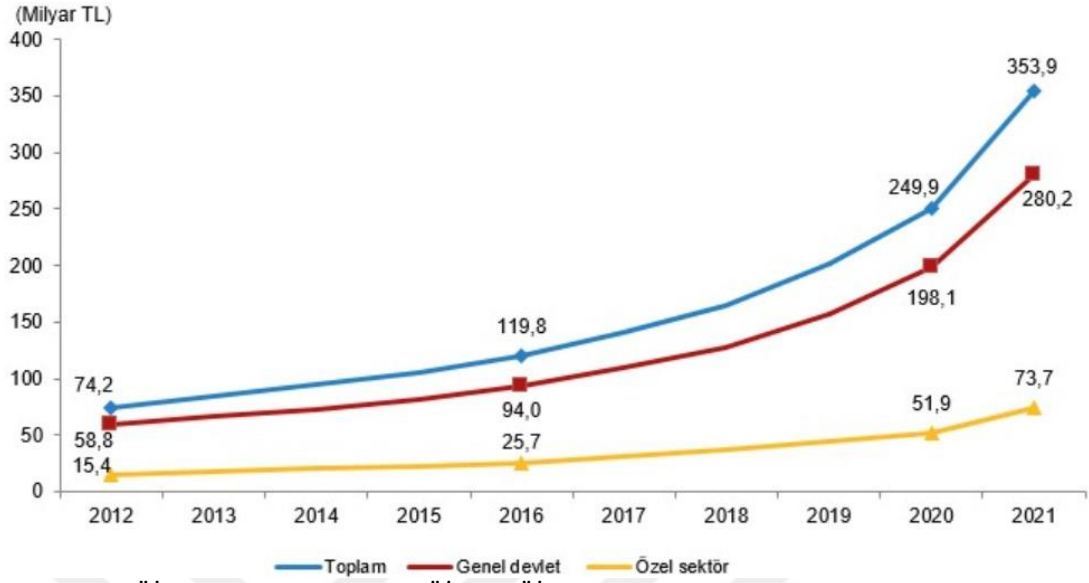
Tablo 2.2: Sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler, 1999-2021

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%)	4,6	4,8	5,0	5,2	5,1	5,2	5,2	5,5	5,7	5,8	5,8	5,3	4,9	4,7	4,6	4,6	4,4	4,6	4,5	4,4	4,7	5,0	4,9
Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	61,1	62,9	68,1	70,7	71,9	71,2	67,8	68,3	67,8	73,0	81,0	78,6	79,6	79,2	78,5	77,4	78,5	78,5	78,0	77,5	78,0	79,2	79,2
Özel sektör sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	38,9	37,1	31,9	29,3	28,1	28,8	32,2	31,7	32,2	27,0	19,0	21,4	20,4	20,8	21,5	22,6	21,5	21,5	22,0	22,5	22,0	20,8	20,8

Kaynak: TÜİK. (2023, 01 01). TÜİK. TÜİK: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2021-45728> adresinden alındı

Tablo 2.2'deki rakamlar incelendiğinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı 1999-2021 arasında 4,6 ile 5,8 dalgalı bir seyir izlemiştir. Ancak sağlık harcamalarındaki devletin payı 1999'da %61,1 iken 2021'de %79,2'ye çıkmıştır.

Grafik 2.4: Sağlık harcamaları, 2012-2021



Kaynak: TÜİK. (2023, 01 01). TÜİK. TÜİK: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamaları-Istatistikleri-2021-45728> adresinden alındı

Grafik 2.4'teki rakamlar enflasyona göre düzeltilmediği için nominal yaklaşmak yanıltıcı olabilir. Ancak genel devlet harcamaları ile özel sektör harcamaları arasındaki açılan fark devletin üzerindeki yükün her geçen gün arttığını göstermektedir.

Tablo 2.3: Genel devlet ve özel sektöre göre toplam sağlık harcaması, 2020, 2021

(Milyon TL)				
	2020	Pay (%)	2021	Pay (%)
Toplam sağlık harcaması	249 932	100,0	353 941	100,0
Genel devlet	198 062	79,2	280 220	79,2
Merkezi devlet	68 927	27,6	111 180	31,4
Mahalli idareler	1 632	0,7	1 975	0,6
Sosyal Güvenlik Kurumu	127 504	51,0	167 065	47,2
Özel sektör	51 869	20,8	73 721	20,8
Hanehalkları	40 105	16,0	56 342	15,9
Sigorta şirketleri	6 458	2,6	9 330	2,6
Diğer ⁽¹⁾	5 306	2,1	8 050	2,3

Kaynak: TÜİK. (2023, 01 01). TÜİK. TÜİK: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamaları-Istatistikleri-2021-45728> adresinden alındı

Tablo 2.3'te sağlık harcamaları kaynaklarının detayları görölmektedir. 2020 ile 2021 arasındaki merkezi devlet tarafından yapılan harcamalardaki artış Covid19 salgınına bağlanabilir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı çalışanların yatırdıkları primlerden ve devlet tarafından yapılan desteklerden karşılanmaktadır. Covid19 sonrasında gelen ekonomik sıkıntılarla birlikte azalan istihdam ve maaşlar yüzünden prim ödemelerinde de azalmalar yaşanmaktadır (Pınarbaşı & Piyal, 2022). Bu durum tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de devlet üzerindeki mali yükü artırmaktadır (Deloitte, 2019). Bu mali yükün azaltılabilmesi için karar mekanizmalarında sağlık hizmeti alanların yer alması ve sağlık hizmeti sunanların iletişim ve klinik becerilerinin artırılması anlamına gelen sağlık okur yazarlığının geliştirilmesinin çok önemli olduğu belirtilmektedir (Yılmazel & Çetinkaya, 2016).

Türkiye'de devlet üzerindeki bir diğer yük de mültecilerdir. Türkiye'de güçlü bir sağlık sistemi bulunmasına rağmen, ücretsiz sağlık hizmeti sunulan yaklaşık 1,7 milyonu çocuk olan 4 milyon mülteci ve sığınmacı, sisteminin kapasitesini zorlamaktadır (UNICEF, 2023). Tüm dünyada artan eşitsizliklerin, çatışmaların ve iklim değışikliklerinin büyük göçlere sebebiyet vereceği düşünülmektedir. Türkiye'nin mülteci ve sığınmacı konusunda henüz yolun başında olduğu da düşünüldüğünde bütçe üzerinde çok ciddi bir sorun oluşturacağı beklenebilir (Karadağ & Altıntaş, 2010).

2.3 Sağlık Hizmetlerinde Birlikte Değer Yaratma

Hemen tüm sektörler gibi sağlık hizmetleri de endüstri devriminden kalma ürün baskın mantıkla sundukları ürünlerin ya da hizmetlerin (Örn. yataklı tedavi, ambulans hizmetleri, önleyici tıp, alternatif tıp) içsel bir değeri barındırdığını düşünür. İçsel değerin altındaki yatan ürünü tüketene değil ürüne odaklanma sorunu, kullanımdan doğan değeri maskeleydiği için sektörün verim sorununa (daha doğrusu çıktılarının iyileşmeme sorununa) çare olamamaktadır. Sağlık alanındaki bütün gelişmelere rağmen artmayan çıktılara sağlık hizmetlerine HBM ve birlikte değeri

yaratma anlayışı ile yaklaşarak bir çare bulunabilir (Tablo 2.4) (Tablo 2.5) (Tablo 2.6) (Joiner & Lusch., 2016). Sağlık hizmetleri literatüründe birlikte değer yaratma kavramını baz alarak yapılan araştırmalar hasta forumları, hasta panelleri, odak gruplar, birebir araştırmalar ve faaliyetler ile sınırlı kalmıştır. Çalışmalarda hastaların rolü sınırlı veya hiç olmamakla beraber hastalardan sadece bilgi talep edilmiş, hizmet sunumunda veya geliştirilmesinde aktif bir rol verilmemiştir (Crawford, ve diğerleri, 2002). Oysa sağlık hizmetleri hasta doktor ilişkisinin ötesinde daha karmaşık bir hizmet ekosistemi tanımlar (Frow, McColl-Kennedy, & Payne, 2016). Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak genel algı hastaların pasif durumda oldukları onlara sağlık hizmetleri personeli tarafından (doktor, hemşire vb.) sağlık hizmetinin “verildiği” yönündedir (Badcott, 2005). Eskide kalmış bu anlayış sağlık hizmetlerinde verimlilik çalışmalarını da sonuçsuz bırakmıştır çünkü hastaların değer yaratmaya katkıları görmezden gelinmiştir (Nordgren L. , 2009). Oysa özellikle son zamanlarda gelişen anlayışa göre hastalar pasif olarak hizmeti alan değil bilakis hizmete aktif olarak katılım gösteren taraflardır. Hastanın merkeze oturtulduğu bu anlayışta hizmet kalitesinin gelişmesinden öte hastanın fayda sağlama derecesi artmaktadır (Porter & Lee, 2013). Hastanın birlikte değer yaratma konusunda isteklilik seviyesi arttıkça hizmet kalitesi algısı da artmakta ve sağlık hizmeti çıktıları da artış göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde birlikte değer yaratma tüm taraflar için değer çıktıları ile sonuçlanmaktadır (Gallan, Jarvis, Brown, & Bitner, 2013).

Tablo 2.4: Yönetimsel Mantıkların Karşılaştırılması

Geleneksel (ürün baskın) mantıktan	Yeni (hizmet baskın) mantığa
Ürünler ve hizmetler teklifleri	Hizmet teklifi ve deneyimler
Standartlaştırılmış seri üretim	Özelleştirme
Fiyat	Değer teklifi
Tutundurma	Diyalog
Tedarik zinciri	Değer takımyıldızı
Analiz, planlama, kontrol	Hissetme, cevap verme, öğrenme
Pazar odaklı	Ekosistem odaklı
İcat	Açık inovasyon
Sadakat	Katılım gösterme

Rekabet	İşbirliği
Kar maksimizasyonu	Sistemin sürdürülebilirliği

Kaynak: Joiner, K. A., & Lusch, R. F. (2016). Evolving to a new service-dominant logic for health care. *Innovation and Entrepreneurship in Health*, 3(3), 25-33.s.30

Tablo 2.4 ürün baskın mantık ile hizmet baskın mantığın yönetsel çerçevesindeki farklılıkları göstermektedir. Sağlık hizmetlerindeki yönetim zihniyetindeki, yönetim kararlarındaki, yönetim tutumlarındaki ve yönetim davranışlarındaki değişikliklere vurgu yapmaktadır.

Tablo 2.5: Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Terminolojilerinin Karşılaştırılması

Ürün baskın mantık	Hizmet baskın mantık
Sağlık (Health) hizmeti	Sağlık iyileştirme
Kalite	Değer
Hasta merkezli hizmet	Hasta idaresi
İyi yaşam (Wellness) hizmeti	Sağlık yatırımı
Kişiselleştirilmiş / kesin ilaç	Sağlık değer düzenlemesi
Tüketici yönetiminde hizmet	Tüketici değer seçimi
Hasta tatmin anketi	Değer değerlendirme ölçeği; hazır oluş değerlendirme aracı
Hasta harekete geçirme / katılım	Değer açıklama ve önceliklendirme

Kaynak: Joiner, K. A., & Lusch, R. F. (2016). Evolving to a new service-dominant logic for health care. *Innovation and Entrepreneurship in Health*, 3(3), 25-33.. s.31

Tablo 2.5’de yapılan karşılaştırma, farklılıkları tespit etmek amacıyla yapılmış bir araştırmanın çıktıları değil, HBM çerçevesinin daha iyi anlaşılması için önerilen bir terminolojidir.

Tablo 2.6: Sağlık ve Sağlık Hizmetleri İçin HBM’nin Yeni Bir Dile Uygulanması

Terim / kavram	Ne değil?	Ne?
----------------	-----------	-----

Hasta merkezli hizmet	*Müşteriyi ve aileyi dinleyen sağlayıcılar, ardından doktor tarafından optimal olarak belirlenen bir dizi aktiviteyi reçete eder. *Müşteri ve aileyi dinleyen sağlayıcılar, ardından müşteri ve ailelerin isteklerini tamamen yerine getirir.	*Tüketicinin yapmak istediği işi başarma olasılığını önemli ölçüde artırmak için sağlayıcılar ve sağlık ve iyi yaşam sistemi tarafında idare. *Tüketici tarafında öz yeterlilik.
Kişiselleştirilmiş ilaç	*Tüketicilere bir yaşam tarzı planı, ilaç profili ve tarama programı reçete etmek için sağlayıcılar tarafından genomik, proteomik, metabolomik, farmakogenomik, genetik epidemiyoloji ve diğer araçların kullanılması.	*Günlük yaşam aktivitelerine gömülü bir yaşam tarzı ve sağlık yönetimi planının tüketici ve sağlayıcı arasında birlikte yaratılması.
Tüketici yönetiminde hizmet	*Sigorta kapsamı, koruyucu bakım ve kronik durumların yönetimine ilişkin kaynak tahsisi kararları için sorumluluğu tüketicilere devretmek.	*Zaman ve bütçe kısıtlamaları dahilinde sağlık sermayesi stokunu optimize etmede tüketiciler için öz-yeterlilik yaratmak.
Sorumlu hizmet	*Maliyet tasarrufu ile eş zamanlı olarak kalite ölçütlerindeki performansı iyileştirmek için tüketicilerin sağlık hizmeti sisteminin sağlayıcıları ve bakım unsurlarıyla olan ilişkilerini koordine etmek.	*Tüketici için değer yaratmayı artırmak için tüketiciler, sağlayıcılar ve bakım unsurları arasında birlikte yaratmayı kolaylaştırmak.

Kaynak: Joiner, K. A., & Lusch, R. F. (2016). Evolving to a new service-dominant logic for health care. *Innovation and Entrepreneurship in Health*, 3(3), 25-33.. s.31

Tablo 2.6 ürün baskın mantığının literatürdeki hizmet algısı ile HBM'nin ekosistem mantığı ile hizmet algısı arasındaki farklılıklara ışık tutmaktadır. Ürün baskın mantıkla hizmetin de tek yönlü olduğuna dair yanlış algıyı düzeltmeyi amaçlayan HBM hastayı merkeze koymakla kalmaz onu ekosistemin merkezindeki aktör olarak tanımlar.

Sağlık hizmetlerinde birlikte değer yaratmanın çok zor veya imkânsız olduğu durumlar da yok değildir. Birlikte değer yaratmayı işleyen kaynakların entegrasyonu olarak kabul edersek, sağlık hizmetlerinin paydaşları arasındaki iş yapma kültürü farkları sebebiyle verimlilik açısından büyük kayıplar yaşandığı görülmektedir (Glasziou, ve diğerleri, 2014). Birlikte değer yaratma niyetinin sonuçsuz kalması veya başarısız olmasının altında yatan temel neden birlikte değer yaratma için gerekli prensiplerin çok hızlı terk edilmesi veya hiçbir zaman birlikte değer yaratma gerekliliklerinin yerine getirilmemesidir (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016).

Yapılan bütün teorik çalışmalara rağmen sağlık hizmetleri pratiğinde hastaların merkeze konulması gerekliliğine gereken önem verilmemiştir. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğine önemli katkılar yapması muhtemel bu anlayışın, sağlık hizmetlerinin her fonksiyonunda bir değişim gerektirdiği ve bu sayede bu fonksiyonları geliştireceği yadsınamaz bir gerçektir (WHO-Europe, 2013). Sağlık hizmetinin sunulması, sağlık hizmetleri eşitliği, çalışan güvenliği, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi gibi sorunlar ve bu sorunların birlikte değer yaratma anlayışı ile üstesinden gelinebilecek olmasına rağmen ne yazık ki üzerinde durulmamaktadır. Bunun bir nedeni aktörlerin kim olduğu, aktörlerin arasındaki direkt veya endirekt ilişkiler, aktörlerin işleyen kaynakları, aktörleri yönlendiren kurumlar gibi kavramların net tanımlanmış olmamasıdır (Hardyman, Daunt, & Kitchener, 2015). Porter'a (2010) göre ise sağlıktaki sorunların üstesinden gelinemiyor olmasının temelinde sağlık hizmetlerinde değer çıktısının diğer sektörlere kıyasla ölçülmesindeki zorluklar yatmaktadır.

Tüm bu sorunların üstesinden gelmek ve engelleri aşmak için sağlık hizmeti sunucuları yeni yöntemler geliştirmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları hizmet kalitelerini ve tekliflerinin değerini artırmak adına hastaların birbiri ile iletişim kurabileceği hasta toplulukları oluşturma ve destekleme yolunu seçmişlerdir. Bu hasta toplulukları yalnızca bilgi alışverişi ve duygusal destek arayışının ötesinde etkileşim ile birlikte değer yaratma ve inovasyon potansiyeline sahiptir. Hastalık topluluklarındaki bilgi paylaşımı bir süre sonra bilgi paylaşımını bir adım öteye götürerek inovasyon yapar hale gelen birlikte değer yaratma faaliyetlerine evrilmiştir

(Barile, Saviano, & Polese, 2014). Birlikte değer yaratma anlayışı güden etkileşim ile inovatif çözümler arayan sağlık hizmetleri sunucularına, hasta toplulukları aracılığı ile birlikte değer yaratmak için dört farklı model önerilmektedir; açık kaynak (**open source**) modeli, destek grubu (**support groups**) modeli, ortaklık (**partnership**) modeli, yayılım (**diffusion**) modeli (Tablo 2.7). Bu dört model iki boyut temelinde tanımlanmaktadır. Birinci boyut liderlik doğası olup birlikte değer yaratma faaliyetlerine kimin liderlik edeceği ile ilgilidir. İkinci boyut ise bilgi faaliyetleri ile ilgili olup bilginin yaratılması ve paylaşılması üzerinedir (Şekil 2.1) (Nambisan & Nambisan, 2009).

Tablo 2.7: Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Birlikte Değer Yaratmasının Dört Modeli

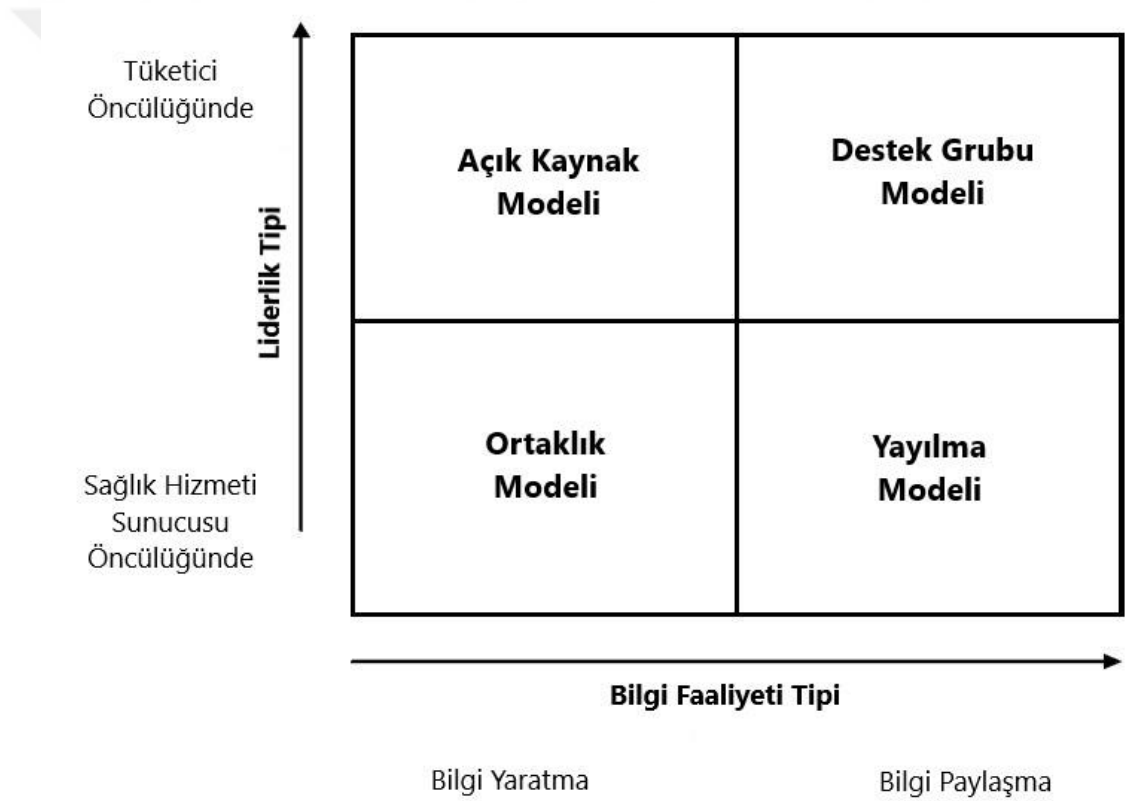
	Model 1: Ortaklık	Model 2: Açık Kaynak	Model 3: Destek Grubu	Model 4: Yayılma
Birlikte değer yaratmanın doğası ve organizasyonu	Sağlık hizmeti sunucuları tarafından yönlendirilen birlikte değer yaratma projeleri ve tüketicileri, yeni hizmetler ve ürünler (veya mevcut ürünleri ve hizmetleri) geliştirmek için ortaklar olarak dahil etmek	Topluluğun faydasına olacak yeni bilgi yaratmanın da dahil olduğu tüketiciler tarafından yönlendirilen birlikte değer yaratma projeleri	Tüketiciler arasında deneyimsel bilgi paylaşımını da (hastalık veya hizmet ile ilgili) içeren tüketiciler tarafından yönlendirilen birlikte değer yaratma projeleri	Yeni ürünler ve hizmetlerle ilgili bilginin tüketiciler arasında yayılmasına odaklı sağlık hizmeti sunucuları tarafından yönlendirilen birlikte değer yaratma projeleri

Kilit çıktılar	a) Sağlık hizmeti sunucusunun mevcut veya yeni hizmetleri veya teklifleri ile ilgili yenilikçi fikirler	a) Sağlık hizmetlerinde yeni tedavi yöntemleri, klinik araştırmalar veya genel hizmetler ile ilgili yaratıcı fikirler	a) Benzer tüketicilerin mevcut ürün ve hizmetlerle ilgili sorularını ele alma	a) Sağlık hizmeti sunucusunun yeni ürünlerinin ve hizmetlerinin daha hızlı yayılımı
	b)inovasyon maliyetinde ve pazarlama için harcanan zamandan tasarruf	b) Sağlık hizmeti sunucusunun inovasyon ajandasının daha iyi pazar uyumu	b)Sağlık hizmeti sunucusu tarafından uygun maliyetli hasta destek hizmetlerinin devreye alınması	b)Sağlık hizmeti sunucusu ile ilgili olumlu algılar
	c)Sağlık hizmeti sunucusu ile ilgili olumlu algılar	c)Sağlık hizmeti sunucusu ile ilgili olumlu algılar	c) Hizmet geliştirme fırsatlarının tanımlanması	
Kritik başarı faktörleri	a)Sağlık hizmeti sunucusunun tüketicilerle uzun dönemli, güven temelli ilişki geliştirme kabiliyeti	a)Sağlık hizmetleri sunucusunun tüketici tarafından yönlendirilen girişimleri desteklemek için altyapı ve diğer kaynakları sağlama yeteneği	a) Sağlık hizmeti sunucusunun tüketiciler arasında bilgi paylaşımını uygun destek hizmetleriyle tamamlama yeteneği	a) Sağlık hizmeti sunucusunun ürün yayılımında "dinleme" ve tüketicilerle etkileşime geçebilme yeteneği

	b) Açık veya şeffaf inovasyon sistemleri ve süreçleri	b) Sağlık hizmetleri sunucusunun yönlendirici olmayan roller üstlenme yeteneği	b) ürün veya hizmetle ilgili uygun bilgilerin zamanında paylaşılması
--	---	--	--

Kaynak: Nambisan, P., & Nambisan, S. (2009). Models of consumer value cocreation in health care. Health care management review, 34(4), 344-354 s.349

Şekil 2.1: Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Birlikte Değer Yaratma Modeli



Kaynak: Nambisan, P., & Nambisan, S. (2009). Models of consumer value cocreation in health care. Health care management review, 34(4), 344-354 s.348

Sağlık hizmetleri sunucularının birlikte değer yaratma için gösterdikleri çabaların çıktılarının olumlu olabilmesi için hasta için değer yaratıp yaratmadığı çok önemlidir. Hastalar için birçok değer ifade eden şey olabilir ancak bunlardan en önde gelen iki tanesi hasta doktor etkileşiminde hastanın kendisinin dinlendiğinin ve ciddiye alındığının hastaya hissettirilmesidir (Nordgren & Fridlund, 2001). Bunu sağlamanın bir yolu hastalara sağlık hizmeti yükünün bir kısmını yüklemektir. Kendi sağlığından

sorumlu, kendi tedavi düzenini sağlayan hastaların daha az hastane ziyaretinde bulunduğu ve sağlık hizmeti sunucuları üzerindeki iş yükünü azalttığı tespit edilmiştir. Sağlık hizmeti sunucusu üzerindeki azalan iş yükü sayesinde sağlık hizmetleri personeli bireysel hizmete daha fazla yönlendirilebilmekte ve sağlık hizmeti çıktılarındaki değer artırılabilir (Nordgren L. , 2009).

Sağlık hizmetlerinde hasta ve sağlık hizmeti sunucusunun iş birliğinin önemi bilim dünyası tarafından kabul görmüş bir gerçektir. Özellikle kronik hastalıklarda bireyin ve sağlık hizmeti sunucusunun, hastanın hayat kalitesini artırmak adına birlikte hareket etmesi ve hastanın da buna gereken katılımı göstermesi hastalığın bir sorundan çıkarak hayat kalitesini ve bireyin iyi oluşunu en az düzeyde etkilemesini sağlamıştır. Hastanın yaşam kalitesindeki artışın yegane sebebi sağlık hizmeti sunucusu ile olan etkileşimi ile sınırlı değildir. Hastanın inançlarından yaşam tarzına kadar geniş bir skaladaki sebepler de etkilemektedir (Michie, Miles, & Weinman, 2003).

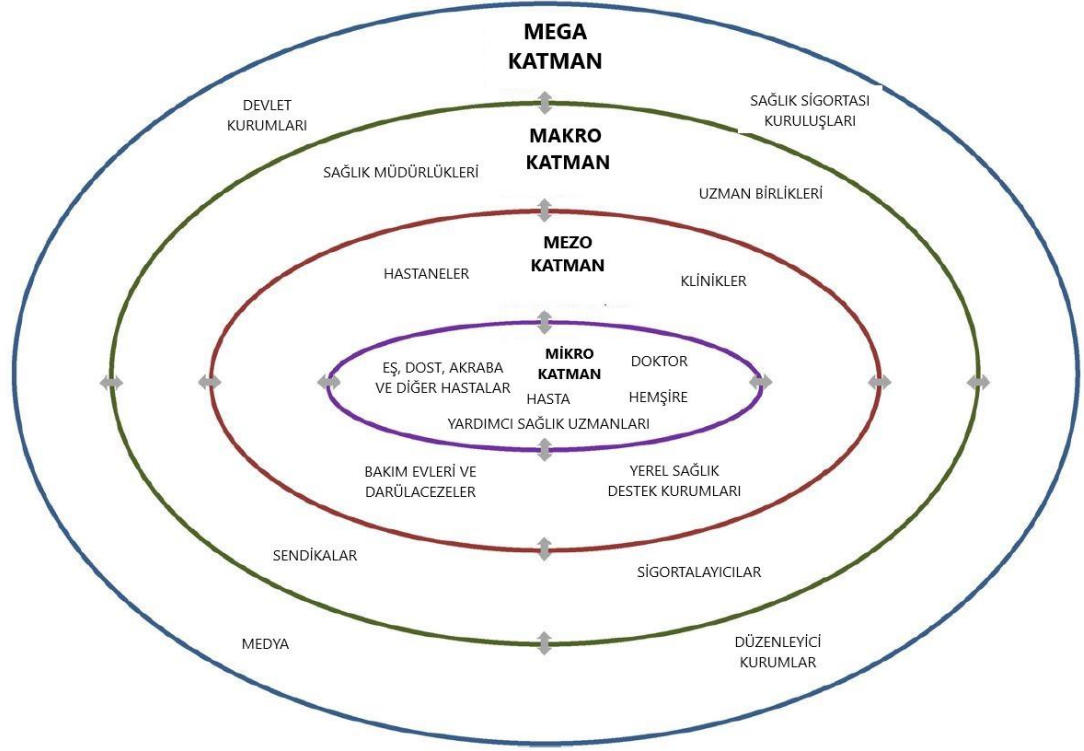
Hastaların yaşam kalitelerini ve iyi oluş durumlarını (özellikle de kronik hastaların) artırmalarının yolunun tedavi sürecine katılım göstermelerinden, kendi tedavilerini takip etmelerinden ve yaşam tarzlarını buna göre adapte etmelerinden geçtiği sağlık toplulukları tarafından kabul edilmiştir. Bu sebeple hastaların birlikte değer yaratırken ne gibi faaliyette bulunduklarını belirlemek büyük önem taşır. Bu faaliyetlerin ne olduğunun belirlenmesindeki ilk adım bu faaliyetlerin uygulandığı sağlık ekosisteminin belirlenmesi olmalıdır. Unutmamak gerekir ki birlikte değer yaratma faaliyetleri bağlamından kopuk olarak düşünülemez (Lusch & Vargo, 2014).

Hizmet ekosistemi içerisinde aktör görevi üstlenen hasta, ekosistem içinde ve farklı ekosistem katmanlarındaki diğer aktörlerle birlikte değer yaratır. Hastaların birlikte değer yarattığı sağlık hizmetleri ekosistemi dört katmanda tanımlanabilir; Mikro, mezo, makro ve mega olarak tanımlanabilecek bu katmanlar hem kendi içlerinde hem de birbirleri arasında etkileşim içindedirler. Biri diğerinden keskin çizgilerle ayrılmaz ve tamamen ayrı değerlendirilemez (Şekil 2.2) (Frow & Payne, 2019). Bunlar arasındaki en önemli katman mega olarak kabul edilebilir. Devletin, sigorta kurumlarının, kültürün, tarihin, politikanın, kanunların ve yaptırım gücüne

sahip devlet kurumlarının oluşturduğu mega katmanın en önemli katman olmasının üç sebebinden bahsedilebilir (Frow, McColl-Kennedy, & Payne, 2016):

1. Mega katman sağlık hizmetlerinin şekillenmesindeki ana aktördür. Farklı ÷lkelerde farklı sağlık hizmetinin gör÷lmesinin sebebi de budur. O ÷lkeye özg÷ kurumsallaşmış yapıların yanında sağlığın erişilebilirliği ve maddi karşılanabilirliği sağlık hizmetini şekillendirir.
2. Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun sağlıklı bireylere sahip olmasıdır. Bunun için mikro düzeydeki bireyin sağlığından mega düzeydeki toplumsal refaha kadar odaklanılması gerekmektedir. Bunu yaparken problemlerin tahmin edilmesi, önlenmesi ve çöz÷lmesi gerekmektedir. Bu mega seviye tarafından yapılabilecek bir görevdir.
3. Sağlık hizmetleri ekosisteminde katmanlar birbirleri ile aşılamaz sınırlarla ayrılmış değillerdir. Aktörler sürekli birbirleri ile direkt veya endirekt olarak ilişki içindedirler. Birlikte değer yaratma aktörlerin kaynak entegrasyonu ile vuku bulduğu içinde hem aktörlerin katılımının sağlanması hem de bunun düzenlenmesi ve reg÷le edilmesi gerekir. Sağlık hizmetlerinde sorun çöz÷mek kadar sorunun gerçekleşmeden engellenmesi de elzemdir.

şekil 2.2: Sağlık Hizmetleri Ekosistemi



Kaynak: Frow, P., McColl-Kennedy, J. R., & Payne, A. (2016). Co-creation practices: Their role in shaping a health care ecosystem. *Industrial Marketing Management*, 56, 24-39. s.27

Hastaların sağlık hizmetleri ekosistemi içerisinde nasıl birlikte değer yarattıklarını anlamak yalnızca bireyin kendisi için değil sağlık hizmeti sunucuları, devlet ve toplum için de büyük önem arz etmektedir. Katılımcı bir tutum takınan hasta psikolojik olarak kendini iyi hissetmekte, klinik durumunun iyi olmasının yanı sıra hekimin verdiği hizmetten de daha fazla memnun kalmaktadır (Ashcroft, Leinster, & Slade, 1986). Ayrıca sağlık sunucusu tarafından kendisine verilen görevleri yerine getiren hastalarda daha yüksek kalite algısı ve tatmin olduğuna yönelik çalışmalar da vardır (Fattal, Lampe, Barcelona, & Muzina, 2005). Birlikte değer yaratma anlayışının sağlık hizmetlerinde benimsenmesi hastaların tedaviye uyum göstermelerini ve tedaviye bağlılıklarını artırmakta; bu da klinik çıktılarda artışla ve maliyetlerde düşüşle sonuçlanmaktadır (Martin, Williams, Haskard, & DiMatteo, 2005). Bu sebeplerden ötürüdür ki sağlık hizmeti sunucuları, hastaları da değer yaratma sürecine dahil etmeli ve onların da işleyen kaynaklarını birlikte değer yaratma sürecine entegre ettiklerinden emin olmalıdırlar (Edvardsson, Ng, Min, Firth, & Yi, 2011).

Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerini tespit etmek için yapılan önemli çalışmalardan bir tanesi Elg vd. (2012) tarafından yapılmıştır. Araştırmacılar kronik ortopedi, ağrı rehabilitasyon ve kronik gastroentroloji alanlarından 53 hasta ile yaptıkları çalışmada hastalardan günlük tutmalarını istemişlerdir. Yaptıkları öncü atölyeler ile günlüklerin nasıl olması gerektiğini araştırmışlar ve elde ettikleri bilgiler ile günlükleri tasarlamışlardır. Daha sonra hastalara bu günlükleri dağıtarak günlük tutmaları teşvik edilmiştir. Çalışma sonucu olarak hasta günlüklerinden elde ettikleri bilgiler ile birlikte değer yaratmak için üç farklı hastalardan öğrenme modeli geliştirmişler. Birinci öğrenme modeli tamamen hastanın yazdıklarına odaklanma amaçlı geliştirilen model, ikinci model hastaların hikayelerine odaklanarak yani bağlamından hareketle hasta odaklı bir sağlık hizmeti geliştirmek, üçüncü model ise hastaların hepsinden sağlanan bilgileri toplu bir değerlendirmeye tabi tutarak hastanın algıladığı sağlık hizmeti deneyimini tespit etmek olmuştur. Araştırmacılar elde edilen bu bilgiler sayesinde birlikte değer yaratma yaklaşımını benimseyen sağlık hizmeti sunucularının, birlikte değer yaratma sürecine hastaları nasıl dahil edebilecekleri hakkında bilgi sahibi olabileceklerini savunmaktadır.

Özellikle kanser gibi kronik hastalıklarda hastanın sağlık hizmetine aktif olarak katılımı bireyin iyi oluşunu artırdığı gibi klinik bulgularının da pozitif ve doğru evrilmesinde büyük etkisi olduğu anlaşılmaktadır (Holman & Lorig, 2000). Tedavideki temel yönergelere uyma, kliniğe düzenli gelme, diyetle uyma, ilaçları düzenli kullanma gibi faaliyetlerin yerine getirilmesi, hastaların genel sağlık durumlarını düzelttiğinin görüldüğü araştırmalar da vardır (Fattal, Lampe, Barcelona, & Muzina, 2005).

Birlikte değer yaratma faaliyetleri; hastaların sağlık hizmetleri sürecinde diğer kaynaklardan sağladıkları kaynaklarla neler yaptıkları, diğer kaynaklarla kendi kaynaklarını nasıl entegre ettikleri ve bireysel faaliyetlerinin bu süreçte nerede olduğudur. Hastaların bireysel kaynakları, bireysel faaliyetlerini de içeren entegre edilebilir kaynaklarını tanımlar. Diğer kaynaklar ise arkadaşlardan, aileden, odak firma veya hastane kaynakları, hasta grupları veya devlet yardımları gibi kamu kaynakları olarak tanımlanabilir. Geniş tanımlı hastaların birlikte değer yaratma

faaliyetleri ise Tablo 2.8'deki gibidir. (McColl-Kennedy, Vargo, Dagger, Sweeney, & Kasteren, 2012).

Tablo 2.8: Hastaların Birlikte Değer Yaratma Faaliyetleri

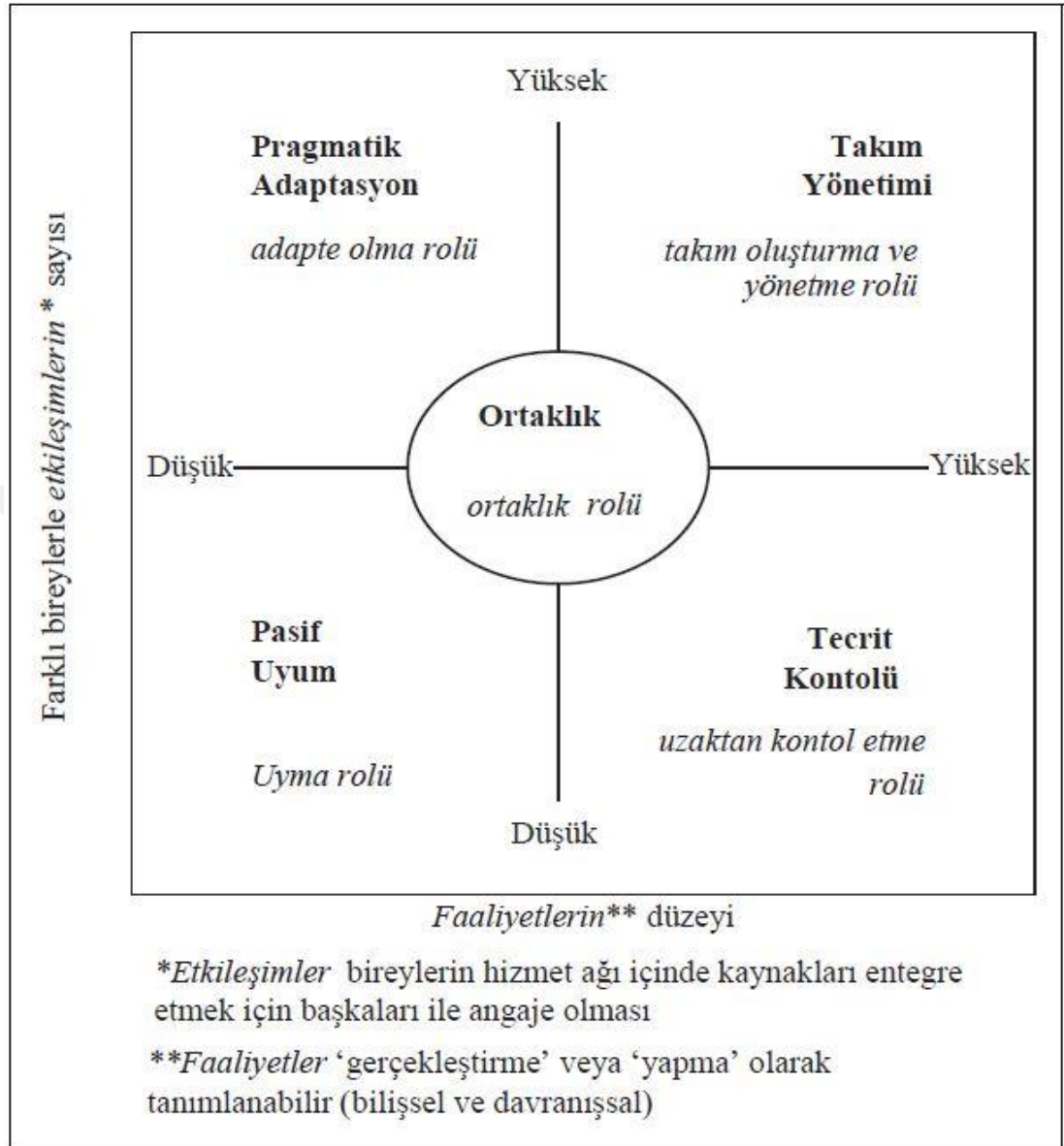
Faaliyet	Örnekler
İşbirliği Yapmak (Cooperating)	*Hizmet sağlayıcısından gelen bilgileri kabul etmek (örneğin, "yaşanabilecek tüm sorunları açıklayan bir sayfa verilmesi") *Temel şeylerde uyum (örneğin, yapılması gereken herhangi bir şeye, kemoterapiye, düzenli ilaç almaya uyum göstermek.)
Bilgi Harmanlama (Collating Information)	*Bilgileri sıralamak ve tasnif etmek, temel günlük aktiviteleri yönetmek (örneğin, "Randevuların ne zaman olduğu, günlük tutmak, yaşadıklarını yazmak...")
Tamamlayıcı Tedavileri Birleştirmek (Combining Complementary Therapies)	*Tamamlayıcı ilaç kullanımı (örn. Çin tıbbı), egzersiz, diyet, yoga, meditasyon (örn. "Limon suyu içmek, keten tohumu yemek ve zencefil yemek gibi hastaya iyi gelen şeylerin diyetle dahil edilmesi.")
Birlikte Öğrenme (Colearning)	*Diğer kaynaklardan (yani İnternet, diğer doktorlar/diğer sağlık uzmanları) aktif olarak bilgi aramak ve paylaşmak, ör. "''. . . Kanseri deneyimi olsun ya da olmasın farklı kişilerin yazdığı kitaplar bulmak" ve hizmet sağlayıcı ile bilgi paylaşımı, örn. "Onlara bilgi vermek"
İşleri Yapmanın Yollarını Değiştirmek (Changing Ways of Doing Things)	*Mali durumdaki değişiklikler gibi uzun vadeli uyarlanabilir değişiklikleri yönetmek (örneğin, "bir sonraki hedef işe geri dönüp dönmek, tam zamanlı mı, yarı zamanlı mı, ya da hiç çalışmamak, spor yapmaya çalışmak ve bu şekilde yaşamaya hazır olup olmamak) *Bir kişinin aklını durumdan uzaklaştırmayı kasıtlı olarak hedefleyen faaliyetlere katılım, örn. tatil/yurtdışı gezisi, hobiler, ". . . boş zamanlarında evin etrafında meşgul olmak ve hastalık hakkında düşünmemeyi öğrenmek)

Bağlanmak (Connecting)	*İlişkiler kurmak ve sürdürmek (örneğin, "arkadaşlarla bağlantıda hissetmemi sağlamak için çok fazla mesajlaşma... beni hayatta tuttu. Çünkü kendimi bağlı hissettim...")
Birlikte Üretmek (Coproduct)	*Tedavi programlarının yeniden tasarlanmasına ve tıbbi ekibin kompozisyonunun yeniden yapılandırılmasına yardımcı olmak (örn. "(Tıbbi) ekibimi değiştirdim ... hematologumu seçtim, etrafı kontrol ettim.")
Birlikte Değer Yaratmaya Katkıda Bulunan, Benliğin Dahil Olduğu Beyinsel Faaliyetler(Cerebral Activities Engaged in by The Self that Ultimately Contribute to The Cocreation of Value)	*Aktif olarak umut etmek, kendi kendine konuşmak ve olumlu bir tavır sergilemek (örneğin, "Muhtemelen kliniğe gelmeden bir hafta önce kendi kendime düşünmeye başlamalıyım ... gerçekten kendini psikolojik olarak içine sokman gerekiyor..."*Duygusal emek - örneğin, "Korkularım veya gerçekten kafamın içindekiler hakkında insanlara karşı dürüst olamadım çünkü onlar bununla başa çıkamayacaklardı, bu yüzden onlara söylemesem daha iyi olur."*Yeniden çerçeveleme ve anlamlandırma—kişinin gerçek durumunu kabul etmesi (örneğin, "İyice ağladım ve buna [hayat] alışsam iyi olur dedim")

Kaynak: McColl-Kennedy, J. R., Vargo, S. L., Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Kasteren, Y. V. (2012). Health care customer value cocreation practice styles. *Journal of service research*, 15(4), 370-389.s.378

McColl-Kennedy vd. (2012) yaptıkları araştırmaları neticesinde tespit ettikleri bu faaliyetleri, pratikte hastaların beş farklı stilde hayata geçirdiklerini ve etkileşimde bulunduklarını söylerler. Bu faaliyetleri bir çerçeveye oturarak “birlikte değer yaratma uygulama stilleri tipolojisini” geliştirmişlerdir (Şekil 2.3).

Şekil 2.3: Müşteri Birlikte Değer Yaratma Uygulama Stilleri Tipolojisi



Kaynak: McColl-Kennedy, J. R., Vargo, S. L., Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Kasteren, Y. V. (2012). Health care customer value cocreation practice styles. *Journal of service research*, 15(4), 370-389.s.383

Birlikte değer yaratma uygulama stilleri tipolojisi şöyle açıklanabilir:

1. **Takım Yönetimi (Team Management):** Yüksek düzey faaliyet ve yüksek sayıda etkileşim. Hasta çevresindeki hemen herkesle (kamu dahil) etkileşim içindedir. Çok sayıda birlikte değer yaratma faaliyetlerinde bulunmaktadır. Her yerden bilgi temin etmekte ve bu bilgilerle edindiği kaynakları başkalarına da kullanmaktadır.

2. Pasif Uyum (**Passive Compliance**): takım yönetimi uygulamasının tam tersi olarak nitelendirilebilir. Düşük düzey faaliyet ve düşük sayıda etkileşim. Bu uygulama stilinde hasta tek görevinin ona söylenilenleri yapmak olduğunu düşünür. Daha içine kapanık bir şekilde tutum sergiler. Doktorun söylediklerini sorgusuz sualsiz kabul eder. İleri araştırma veya etkileşimini artırma gayretinde değildir.
3. Tecrit Kontrolü (**Insular Controlling**): Yüksek düzey faaliyet ve düşük sayıda etkileşim. Hasta kendisine odaklıdır ve tek başına kalmak istemektedir. Yakını haricinde etkileşim kurmaz. Başkalarıyla hislerini paylaşmaz ve onlardan yardım istemez. Hasta kendini uzaktan kontrol eder rolüne büründürmüştür. Birlikte değer yaratma faaliyetlerini aktif olarak benimsemiştir.
4. Ortaklık (**Partnering**): Orta düzey faaliyet ve orta sayıda etkileşim. Bu tutumdaki hastalar kendilerini değil sağlık hizmeti sunucusunu merkeze alır. Kendisini onun ortağı veya yardımcısı gibi görür. Tedaviye uyum göstermenin yanında kendisi de tedaviye katkıda bulunmak için çaba sarf eder.
5. Pragmatik Adaptasyon (**Pragmatic Adapting**): Düşük düzey faaliyet ve yüksek sayıda etkileşim. Hasta daha ziyade değişen duruma adapte olma davranışı gösterir. Hastalığına göre yaşamını adapte eder. Faaliyet düşük olsa da etkileşim sayısı yüksektir.

Sağlık hizmetleri ekosistemini ve sağlık hizmetlerinde hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerini takiben hastaların sağlık hizmetleri ekosistem içerisinde birlikte değer yaratma faaliyetlerini nasıl uyguladıklarını incelemek yerinde olacaktır. Özellikle birlikte değer yaratmayı sistem yaklaşımı çerçevesinde, “belirli bir bağlamda yer alan fayda sağlayanlar için kullanımdaki faydayı gerçekleştirmek amacıyla her zaman müşteriyi de içeren çok sayıda aktör tarafından bir dizi kaynaktan sağlanan kaynakların entegrasyonu” olarak (McColl-Kennedy, 2019, s. 59) kabul ettiğimizde birlikte değer yaratmayı bir çıktı özelliği değil, fenomenolojik bir süreç çıktısı olarak değerlendirmek gerekmektedir (Vargo & Lusch, 2017). Bu sebeple sağlık

hizmetlerinde birlikte değer yaratmanın sağlık hizmetleri ekosistemi içerisinde incelenmesi ve etkilerinin anlaşılması gerekmektedir (Tablo 2.9).

Tablo 2.9: Hastaların Birlikte Değer Yaratma Uygulamaları Örnekleri

Birlikte Değer Yaratma Uygulaması	Birlikte Değer Yaratma Uygulamasının Sağlık Hizmetleri Ekosisteminde Örneği
Aktörlere sosyal sermaye sağlayan birlikte değer yaratma uygulamaları	Çevrimiçi bir foruma aktif olarak katılan, yeni bilgilerini (kaynağını) benzer tıbbi sorunları olan diğer kişilerle paylaşan bir hasta örneği. Derinlemesine bilgisi ve deneyimi, diğer forum üyelerini onunla işbirliği yapmaya çeken, bilgilerini (kaynağını) paylaşarak çekiciliğini artıran bir güvenilirlik sağlar.
	Bir doktorun asistanı, tıbbi uzmanlığın bekçisidir ve doktorlar, hastalar, uzmanlar vb. ile birçok birlikte yaratma uygulamasına yönetici rolünü üstlenerek katılır. Sınırlı ve değerli bir bilgi kaynağının v (örneğin doktor randevularının planlanması) verimli kullanımından sorumludur. Ekosistem üzerindeki etkisinin olumlu (verimli kaynak kullanımı) bir sonucu vardır.
	Saygın bir bilim insanı grubu, (bilgi/uzmanlık kaynaklarını kullanarak) belirli bir sağlık hizmeti uygulamasına, örneğin belirli bir ilacın kullanımına karşı ortaklaşa konuşabilir ve halihazırdaki reçete uygulamalarının ekosistem üzerinde olumsuz etkilerle aksamasına neden olabilir.
Aktörlere ortak bir dil, semboller, işaretler ve hikayeler içeren bir ekosistem sağlayan uygulamalar	Tekerlekli sandalye sembolü, hastanın fiziksel durumundan bağımsız olarak hareketsizlikle ilgili belirli uygulamaları ifade eder. Tekerlekli sandalye, tesislere erişim ve gezici yardımcılarla iş birliği konusunda bakıma/yardıma ihtiyaç duyan bir hasta olarak kişinin “rolünü” gösterir. Fiziksel ve empatik bilgi kaynakları destekleyici bir şekilde paylaşılır.
	Belirli hizmet sağlayıcıların kalitesi hakkında bir ekosistem içinde çevrimiçi bir hasta forumunda paylaşılan hikayeler (bilgi kaynakları), bunların çekiciliğini azaltır (olumsuz etki) ve belirli hizmet sağlayıcılara olan talebi azaltır (potansiyel olarak ekosistemdeki diğer hizmet sağlayıcılara yönelik talebi etkiler).

Aktörün zihinsel modelini şekillendiren uygulamalar	Hasta merkezli uygulamalar, bir klinisyenin ve diğer sağlık çalışanlarının, bir hastanın sağlık bakım programını yapılandırmadaki rollerine ilişkin görüşlerini şekillendirir. Bu uygulamalar, klinisyen ve sağlık çalışanlarının sağlık bakım programının tasarlanmasında proaktif olarak yer almalarına neden olarak faydalı hasta sonuçlarına odaklanır. Bu etkileşimler sırasında profesyonel bilgi kaynakları paylaşılır.
	Yararlı hasta merkezli uygulamalar, koğuş yöneticisinin rollerine ilişkin görüşünü şekillendirerek, hasta için taburcu düzenlemelerini tasarlar. Hastalar ve aileleri ile daha proaktif bir şekilde ilgilenmelerini sağlar. Yöneticilerin bilgi kaynakları hasta, aile ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile paylaşılır.
	Bir klinisyen, yaşlı bir hastayı ve ailesini bir sağlık bakım programının (hasta merkezli bir uygulama) tasarımına dahil etmek isteyebilir. Bununla birlikte, hastanın tercihi (zihinsel model), klinisyenin bakımını zorunlu kılmasıdır. Hasta ve ailesi, çoklu seçeneklerden hangisini seçmeleri gerektiğine karar vermede sıkıntı yaşayabilir. Klinisyenin bilgi kaynakları zayıf bir şekilde iletilmiştir ve hasta ile ailenin bilgi kaynakları etkin işbirliği için uygun değildir.
Bağlamlarını şekillendiren fiziksel yapılar ve kurumlar tarafından yaratılan veya kısıtlanan, ekosistemi etkileyen uygulamalar	Hasta merkezli uygulamaların yararlı ilkeleri etrafında tasarlanmış ve fiziksel olarak yapılandırılmış (fiziksel kaynaklar) bir hastane, bir akraba veya arkadaş için yataklı bireysel odalar sağlar. Yapılar, yakının (fiziksel ve bilgi kaynaklarını kullanarak) hastanın sağlık bakımına (örneğin yeme ve içmeye yardım etme) ve iyileşme sürecine (sık seferberlik, zamanında ilaç alma vb.) aktif katılımını teşvik eder. Hasta ve hasta yakını bu iş birliğinde fiziksel ve bilgi kaynaklarını kullanır.
	Uzmanlara (bir bilgi kaynağı) hasta erişimi, bir doktorun uygun olmayan sevk uygulamalarıyla (bilgi ve etkileşim kaynakları kullanılarak) kısıtlanır.

	Katı düzenlemeler, ilacın sonuçlarıyla ilgili son derece olumlu kanıtlara rağmen, çığır açan ilaçların insanlara reçeteyle verilmesini kısıtlamaktadır. Bu uygulama, hastaların yardım almasını geciktirir. Burada bilgi kaynakları ve fiziksel kaynaklar hasta üzerinde olumsuz etki yaratacak şekilde uygunsuz bir şekilde kullanılır.
Mevcut değer tekliflerini şekillendiren ve yenilerine ilham veren uygulamalar	Kendi kendine ilaç vermenin faydalı uygulaması, aile ve arkadaşların i birliğini (desteğini), hastanın hemirelerle i birliğini ve hemşirelere güvenini azaltmayı içerir. Burada hastaların ve ailelerin fiziksel ve bilgi kaynakları, hemşirenin sınırlı bilgi kaynaklarının mevcudiyetine faydalı sonuçlarla i birliği içinde kullanılır. Yararlı hasta merkezli bakım uygulamaları, doktorlara destekleyici bir sağlık hizmeti paketi tasarlarken hastaların ve ailelerinin görüşlerini alma konusunda ilham verir. Doktorların, hastaların ve ailelerin bilgi kaynaklarının paylaşılması faydalı sonuçlar vermektedir. Vizite uygulaması (her hastaya yapılan hemşire ziyaretlerinin sayısını artırmak) daha fazla etkileşimi teşvik eder. Ancak bu birlikte yaratma pratiği, az etkileşimi tercih eden bazı hastalar için hasta-hemşire ilişkilerini olumsuz etkiler. Bu uygulamanın etkisi (bilgi ve bilgi kaynaklarının paylaşımı), bu hastalar için genel sağlık hizmeti deneyimini olumsuz etkiler.
Ekosistemdeki kaynaklara erişimi etkileyen uygulamalar:	İlaç endüstrisindeki bürokratik düzenleyici uygulamalar, yayılan yeni ilaçlar hakkındaki bilgileri kısıtlayabilir. Bu olumsuz uygulamanın sonucu, ilaçtan fayda görebilecek hastalar üzerinde olumsuz etkisi olan bilgi kaynaklarının zayıf paylaımıdır. Hastalar arasındaki bilgi paylaşım uygulamaları bir lobi grubu oluşturabilir ve medyanın ilgisini çekerek yeni bir tıbbi yeniliğin yasama sürecini hızlandırabilir. Burada hastaların bilgi kaynakları paylaşılır, medyanın fiziksel ve bilgi kaynakları işbirlikçi bir şekilde çalışmaya teşvik edilir ve hastalara fayda sağlanır.

	Bir pratisyen hekim, hastalar için potansiyel değere sahip daha geniş uzman ağlarını keşfetmeden, hastalarını kendi ağlarındaki yalnızca birkaç uzmana yönlendirir. Bir hasta, bilgili bir danışmana uygun bir sevk alamayabilir. Hasta en iyi tavsiyeyi ve en faydalı bakımı almıyor. Bilgi kaynaklarının (pratisyen hekim ve sevk ağı) işbirlikçi kullanımı, hastanın iyi oluşu üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir.
Yeni ilişkiler oluşturan, etkileşimli ve/veya deneyimsel fırsatlar yaratan uygulamalar	Çevrimiçi hasta forumları, çeşitli faydalı ilişkiler kurar. Paylaşılan yararlı bilgiler, forum üyelerini yeni tıbbi tedaviler aramaya teşvik ederek olumlu sağlık sonuçları sağlar. Forumda hastaların bilgi kaynakları paylaşılmaktadır.
	Çevrimiçi hasta forumları, yanlış bilgiler paylaşıldığında ve hastalar yeterince bilgilendirilmediğinde ekosistem üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir. Bilgi kaynakları, bireysel hastalar üzerinde olumsuz sonuçlarla paylaşılır.
	Tıbbi bir konferansta yararlı bilgileri (bir kaynağı) paylaşan doktorlar, ilişki ağlarını genişletir ve tıbbi tedaviler hakkında yeni bilgilere erişim kazanır. Bu yeni bilgiyi kullanarak, hastalarına faydalı sonuçları olan yeni geliştirilmiş tedaviler sunuyorlar.
Kasıtlı olarak birlikte yıkıcı olan ve ekosistem içinde dengesizlik yaratan uygulamalar:	Ambulans şoförlerinin grev eylemi (ortak yıkıcı bir uygulama), acil hastalara yardımda gecikmelere neden olur ve hastanenin acil servis birimine kabul sürecini bozar. Acil tedavi gerektiren hastalar olumsuz etkilenir. Burada, ambulans şoförlerinin fiziksel ve bilgi kaynakları kasıtlı olarak, hastalar üzerinde olumsuz etki yaratacak şekilde, yıkıcı bir şekilde paylaşılmaktadır.
	Malzemelerin hemşireler tarafından istiflenmesi (birlikte yıkıcı bir uygulama), kritik ilaçların ve diğer tıbbi malzemelerin mevcudiyetini kısıtlar. Hastalar ve personel için sonuçlar olumsuzdur ve hasta bakımı üzerinde zararlı bir etkiye sahiptir. Burada fiziksel kaynaklar ve bilgi paylaşım kaynakları kasıtlı olarak uygunsuz bir şekilde kullanılmaktadır.

Kaynak: Frow, P., McColl-Kennedy, J. R., & Payne, A. (2016). Co-creation practices: Their role in shaping a health care ecosystem. *Industrial Marketing Management*, 56, 24-39. s.31-33

Tablo 2.9 incelendiğinde sağlık hizmetleri bakış açısından hastaların sekiz farklı birlikte değer yaratma uygulaması olduğu söylenebilir:

1. Aktörlere sosyal sermaye sağlayan birlikte değer yaratma uygulamaları: Bireyler arası bağlantılardan kaynaklı yoğun şekilde ortaya çıkan sosyal ağlar, normlar ve güvenilirlik (Forrest & Kearns, 2001, s. 2129) olarak tanımlanabilecek olan sosyal sermaye, bireyin ekosistem içerisinde fayda sağlayan olarak ortaya çıkmasını sağlar. Birlikte değer yaratma uygulamaları aktör için sosyal sermaye sağlar.
2. Aktörlere ortak bir dil, semboller, işaretler ve hikayeler içeren bir ekosistem sağlayan uygulamalar: Etkileşim ile birleşen birlikte değer yaratma uygulamaları aktörler arasında ortak bir dil sağlar ve ilişki geliştirir. Bu sayede aktörler ekosistem içerisinde birlikte değer yaratabilirler. Semboller ve işaretler aktörleri yönlendirerek taraflar için anlam ifade eden birlikte yaratımlara yönlendirebilir. Aynı semboller ve işaretler belirli uygulamalar için atanarak farklı aktörlerin koordinasyonunu da sağlayabilir (Akaka, ve diğerleri, 2014).
3. Aktörün zihinsel modelini şekillendiren uygulamalar: Bazı uygulamalar aktörün başkaları ile olan etkileşimini etkileyebileceği gibi etkileşim sonucunda aktörün zihinsel modelini de değiştirebilir. Takınılan roller farklı ekosistemler içindeki diğer aktörlerin de faaliyetlerini, zihinsel modellerini değiştirerek birlikte değer yaratma uygulamalarında rol almalarına neden olabilir. Aktörün zihinsel modelinin başkalarını etkilemesi aktörün ekosistem içindeki pozisyonu ile ilgilidir (Kjellberg & Helgesson, 2007).
4. Bağlamlarını şekillendiren fiziksel yapılar ve kurumlar tarafından yaratılan veya kısıtlanan, ekosistemi etkileyen uygulamalar: Ekosistem iş birliği içinde olan aktörlerin uygulamaları ile sürekli değişen bir yapıya sahiptir. Bu durum bir engel değil bilakis yeni uygulamalar için bir fırsat demektir. Kurumlar sayesinde uygulamalar şekillenirken, uygulamalar neticesinde de yeni kurumlar ortaya çıkarak ekosistemi

regüle eder ve kaynak entegrasyonunun nasıl olması gerektiğini tanımlar (Lawrence, Hardy, & Phillips, 2002).

5. Mevcut değer tekliflerini şekillendiren ve yenilerine ilham veren uygulamalar: Uygulamalar değer tekliflerini şekillendirir. Değer teklifleri birden fazla uygulamanın ve kaynağın bir araya gelerek oluşturduğu tekliflerdir. Değer teklifleri ilişkilerin nasıl yapılandırılacağını, ilişkilerin önemini ve kaynakların ekosistemi nasıl etkileyeceğini belirler. Uygulamalar her seferinde yeni kaynakları entegre ederek yeni yeni ilişkilerin doğmasına, inovasyonlara ve yeni değer tekliflerine yol açabilir. Buradan hareketle birlikte değer yaratma uygulamalarının gerçekleşmesine neden olacak yeni aktörler yeni kaynaklarla ekosistem içerisinde yer alabilir (Skalen, Gummerus, von Koskull, & Magnusson, 2014).
6. Ekosistemdeki kaynaklara erişimi etkileyen uygulamalar: Aktörleri birlikte değer yaratma uygulamalarına iten en temel neden yeni kaynaklara duyulan açlıktır. Birlikte değer yaratma uygulamalarında mübadeleye konu olan kaynaklar aktörler için yeni değer yaratma fırsatları demektir. Bunun haricinde daha da çekici olan şey ise bir diğer aktörün kaynaklarına erişim sağlarken, erişim esnasında başka ekosistemdeki kaynaklara da erişim sağlama şansı elde edebilme imkanıdır (Maglio & Spohrer, 2013).
7. Yeni ilişkiler oluşturan, etkileşimli ve/veya deneyimsel fırsatlar yaratan uygulamalar: Birlikte değer yaratma uygulamaları yalnızca fayda sağlayana özgü değildir. Aktörün takındığı bu rol başka bir aktör için yol gösterici olabilir. Birlikte değer yaratan aktörü taklit eden diğer aktör yeni dinamikler, inovasyon ve yeni ilişkiler için fırsat elde eder. Bu sayede ekosistem içerisindeki aktörler arasında güçlü bağlar oluşur ve yeni fırsat döngüsü devam eder (Schau, Muñiz, & Arnould, 2009).
8. Kasıtlı olarak birlikte yıkıcı olan ve ekosistem içinde dengesizlik yaratan uygulamalar: Birlikte yaratma uygulamaları değer yaratmakla

ilgili olduğu gibi yıkıcı odaklı da olabilir. Birlikte değer yaratmaya çalışan aktörler ekosistem içerisindeki diğer aktörler için birlikte yıkıcı görevi üstlenebileceği gibi her bir araya geliş bir değer yaratma uygulaması değil tamamen birlikte yıkıcılık uygulaması amacıyla da olabilir. Bu durum bazen aktörler arasındaki çekişmelerden kaynaklanabileceği gibi birden fazla ekosistemde olan aktörün kurumsal farklılıklarından da kaynaklanabilir. Böylelikle verimsiz hatta zarar verici birlikte değer yaratma uygulamaları olabilir (Palumbo, 2017).

Bireysel düzeyde bakıldığında birlikte değer yaratma faaliyetlerinde tüketicinin çabası büyük önem arz eder çünkü tüketici bir ürüne ulaşmak için gösterdiği çaba o üründen aldığı tatmini artırır. Tüketicinin çabası zihinsel, finansal ve fiziksel olabilir. Tüketicinin çabası arttıkça üründen aldığı tatmin de artar (Cardozo, 1965). Aynı durum sağlık hizmetlerinde de geçerlidir. Her ne kadar sağlığın önemli olduğu bireyler tarafından söylene de ve hastalar kendilerine söylenenlere uyma tutumu gösterse de bu durum davranışsal olarak pratikte gerçekleşmemektedir. Sağlıkla ilgili faaliyetlerde bireylerin birlikte değer yaratma faaliyetlerini uygulamaya dökmeleri çok zor olmakla birlikte bu faaliyetlerin sonucunda iyi oluşun artmasının temelinde kalıcı davranışsal değişiklikler gerekmektedir (Fineberg, 2013). Hastaların birlikte değer yaratmak için kaynakları entegre etme çabası yani birlikte değer yaratma faaliyetlerini pratiğe dökmeye gösterdikleri gayret, sağlık hizmetinden aldıkları tatmini ve hastaların iyi oluşlarını artırmaktadır. Hastaların en kolay ve zor olarak değerlendirdikleri faaliyetler içerisinde en kolay olanlarındaki tatmin seviyesi en zora gidildikçe artmakta olup iyi oluşu da pozitif etkilemektedir. Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetleri kolaydan zora şu şekilde sıralanabilir (Sweeney, Danaher, & McColl-Kennedy, 2015):

- Temel gerekliliklerle uyum
- Aile ve arkadaşlarla ilişkiler
- Sağlık personeli ile etkileşim

- Yaşam tarzını yönetme ve hastalığına adaptasyon
- Olumlu düşünme
- Aktif bilgi paylaşımı
- Sağlıklı beslenme
- Bilgi arayışı
- Kafasını hastalığından uzaklaştıracak farklı faaliyetler
- Duygusal düzenleme
- Hastalığı ile ilgili kararlarda aktif olarak dahil olma
- Hastalıktan muzdarip başkaları ile iletişim halinde olma

Sağlık hizmetlerinde birlikte değer yaratma faaliyetlerinin ve uygulamalarının etkilerinin incelenmesindeki en önemli nokta birlikte değer yaratma kavramının sağlık hizmetlerine katkı sağlamada büyük potansiyel barındırmasıdır. Sağlık hizmetleri her ne kadar vazgeçilmez olsa da hastalar gönülsüz tüketicilerdir çünkü gerek hastalığın verdiği psikolojik ve fiziksel stres, acı gerekse de sonucun belirsizliği hastaların üzerinde ciddi bir yükür. Bu sebeple sağlık hizmeti her ne kadar “ihtiyaç” duyulan bir hizmet olsa da genelde “istenmeyen” bir hizmettir (Berry & Bendapudi, 2007). Özellikle kronik hastalıklarda hastalara verilen karmaşık görevler süreklilik arz ettiği ve davranışsal değişiklikler gerektirdiği için hastalar bu faaliyetleri yapmakta gönülsüzdür (Spanjol, ve diğerleri, 2015). Bu sebeple sağlık hizmetlerinde hastaları pasif birer alıcı olarak görmek ne kadar yanlışsa bütün sağlık hizmeti yükünü hastalara yüklemek de o derece yanlıştır. Profesyonel olarak sağlık hizmeti sunan personel, direktiflerle hastalığı tedavi etme ve hastaya hastalığı ile birlikte kaliteli bir yaşam sürebilme imkanı tanırken, hastanın da kendi açısından kaynak entegrasyonu için etkileşimde bulunması hastaların iyi oluşlarını anlamlı ölçüde artırmaktadır. Burada sağlık hizmetleri personeline düşen görev, hastaları birlikte değer yaratmaya teşvik ederek ekosistem içerisinde bir aktör olarak görev almalarına ve değerini yegane yaratıcıları olarak birlikte değer yaratma olgusunu özümsemelerine önayak olmaktır

(McColl-Kennedy, Hogan, Witell, & Snyder, 2017). Birlikte değer yaratmanın toplumsal olarak benimsenmesi isteniyorsa ilk yapılması gereken şey sağlık hizmetleri sunucusu ya da personeli gibi kavramlar kullanıldığında akla tek gelen sağlık hizmeti sunucusunun hekim olmaması gerekliliğidir. Şüphesiz ki hekimler sağlık hizmetlerinin bel kemikleridir ancak bütün yükün tek bir gruba yıkılması birlikte değer yaratma kavramının mantığı ile uyuşmaz. Birlikte değer yaratmaya bir sistem olarak bakılmalı ve paydaşları olduğu unutulmamalıdır. Her paydaşın bir bilgi kaynağı olduğu ve işleyen kaynaklara sahip olduğu veya işleyen kaynaklar yaratabileceği potansiyeli unutulmamalıdır (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016). Birlikte değer yaratmaya mega düzeyde yaklaşım sosyal inovasyonu doğurur. Böyle bir girişimde paydaşların, etkilerin ve çıktıların neler ve kimler olduğu araştırılmalı ayrıca ekosistem içerisindeki birlikte değer yaratma süreci desteklenmeli ve düzenlenmelidir (Voorberg, 2015).

Mikro düzeyde bakıldığında birlikte değer yaratmanın ilk adımı etkileşimle başlar (Ramaswamy & Özcan, 2018). Sağlık hizmetlerinde de doğal olarak birlikte değer yaratma sağlık hizmetleri personelinin hasta ile etkileşimiyle başlar. Özellikle hastanın sağlık sürecinin asıl yükünü çeken olduğu göz önünde bulundurulunca bunun ne kadar önemli olduğu anlaşılabilir. Hastalar bu yük nedeniyle birlikte değer yaratmaya gönülsüz yaklaşabilir (Engström, 2012). Bu sebeple etkileşimin kalitesi hastanın birlikte değer yaratmaya gönüllü olmasına ve tatminine pozitif etki yapmaktadır (Choi & Kim, 2013). Etkileşimin kalitesi de sağlık hizmeti personelinin genel tutumuna, arkadaş canlısı olup olmadığına, ne kadar yardım sever oluşuna ve uyumluluğuna bağlıdır (Chahal, 2010). Örneğin doktorun iletişim yeteneği hastanın doktora olan güveni üzerinde pozitif etkiye sahiptir (Gaur, Xu, Quazi, & Nandi, 2011). Etkileşimin türü her ne olursa olsun etkileşim arttıkça hastaların birlikte değer yaratmaya katılım düzeyleri artmakta ve bununla beraber algılanan değer de artmaktadır (Hau, Tram Anh, & Thuy, 2017).

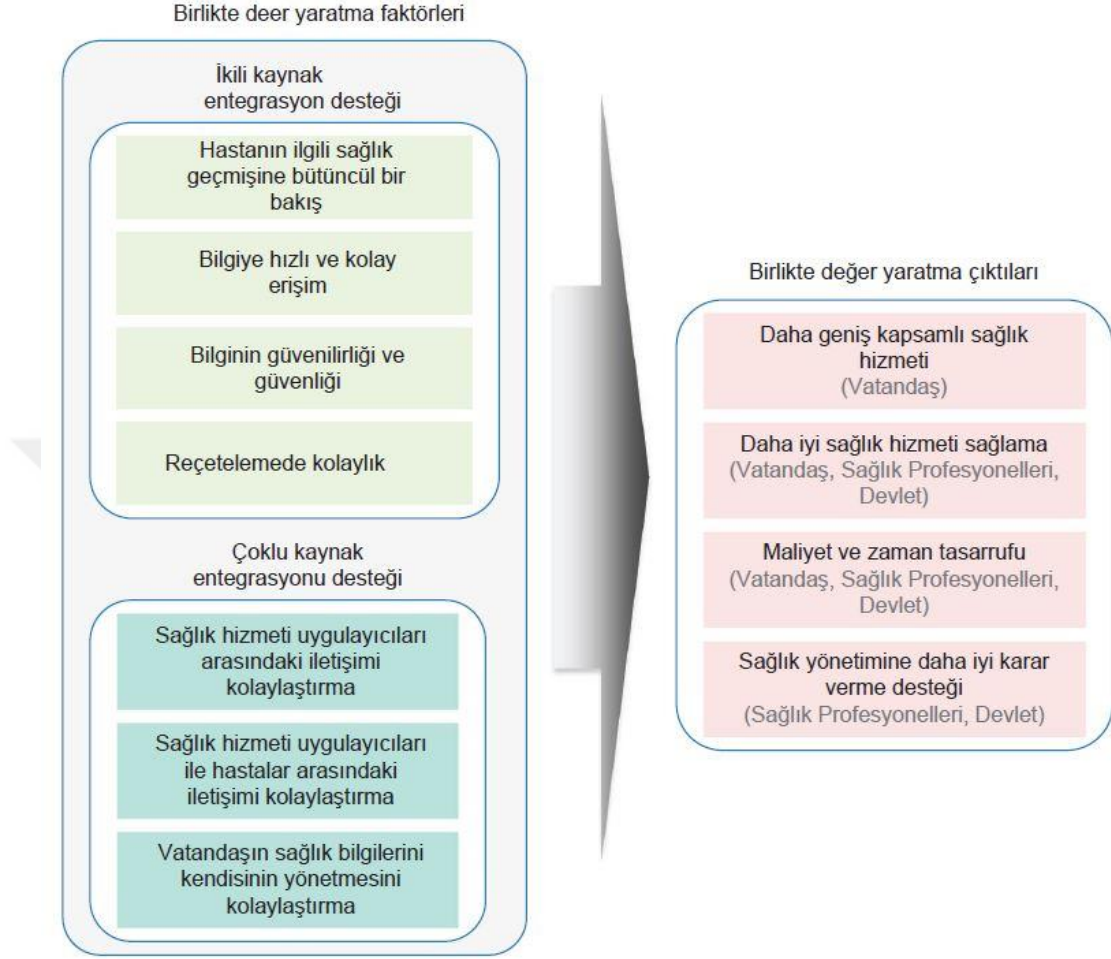
Etkileşimi başlatan ve birlikte değer yaratmanın temelinde yatan ana olgu işleyen kaynak paylaşımı yani bilgi paylaşımı amacıdır (Lusch, Vargo, & Tanniru, 2010) ancak birlikte değer yaratan aktörler arasındaki bilgi asimetrisi yani uzmanlık farkı aktörlerden birinin diğerini istismar etmesine neden olabilir (Bloom, Standing, &

Lloyd., 2008). Keza sağlık hizmetlerindeki bu bilgi asimetrisi sağlık hizmetlerinin diğer hizmet alanlarına göre daha yavaş şekilde birlikte değer yaratma kavramını benimsemesine yol açmaktadır (Engström, 2012). Oysa sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisinin ortadan kaldırılması veya en azından bilgi asimetrisinin azaltılması, değer yaratan tüketicinin birlikte değer yaratmaya aktör olarak katılım göstermesini teşvik etmekte ve tarafların birbirini eşitler olarak görerek birlikte değer yaratmaya rıza göstermesiyle sonuçlanmaktadır (Barile, Saviano, & Polese, 2014).

Sağlık hizmetleri ekosistemindeki başka aktörlerin, başka etkileşimlerin de olduğu ve bu aktörlerin ve etkileşimlerin de birlikte değer yaratma için kaynak oluşturduğunu göz önünde bulundurmak gerekir. Bunların etkilerinin neler olduğunu anlamak, sağlık hizmetlerinde birlikte değer yaratma kavramını anlamak için gereklidir çünkü birlikte değer yaratmak için gerekli olan etkileşim yalnızca tüketici ile olmaz. Aktörlerin de etkileşim içinde olması gerekir (Fyrberg & Jüriado, 2009). Diğer hizmet sektörlerinden farklı olarak sağlık hizmetlerinde devlet ve dolayısıyla yasalar ve kanunlar yüksek düzeyde ekosisteme etki eder. Sağlık hizmetleri birbirine bağlı farklı yapılarla bir arada bir hizmet sunumunda bulunur. Kendi içinde sağlık hizmetleri olarak adlandırılıyor olsa da palyatif bakımdan önleyici sağlık hizmetlerine kadar birçok koldan hizmet sunumu gerçekleştirmektedir (Gill, White, & Cameron, 2011).

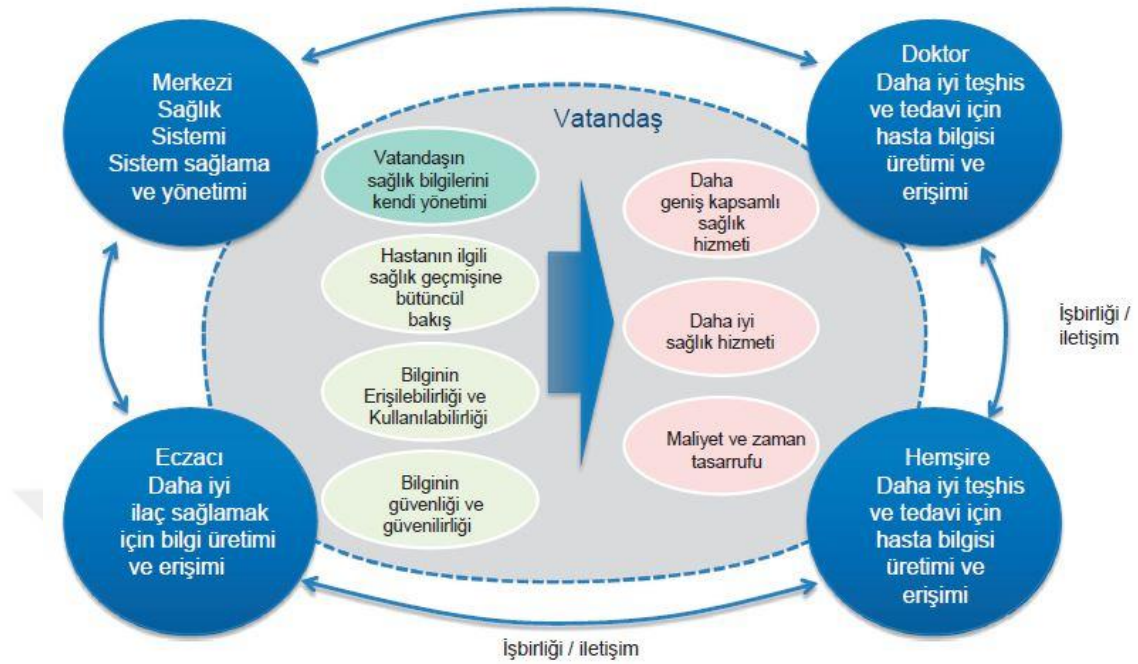
HBM'nin ve de birlikte değer yaratmanın sistem mantığından hareketle Pinho vd. (2014) Portekiz elektronik sağlık kayıtlarının (Türkiye'deki e-nabız benzeri bir sistem) farklı aktörlerden tarafından nasıl kullanıldığını araştırmışlardır. Bu sistem ile sağlık hizmetlerindeki farklı aktörler (doktorlar, hemşireler, eczacılar, aile vb.) farklı kayıtlara farklı yerlerde ve farklı zamanlarda erişim sağlayarak hastaların değer yaratmaları için kaynaklar sağlamaktadır. Araştırmacılar ilk olarak taraflarla görüşmeler neticesinde günlük hayatlarında bu sistemin taraflarca nasıl kullanıldığını anlamışlar, ardında da birlikte değer yaratma için nasıl faaliyetlerde bulunduklarını ve bu faaliyetlerin çıktılarını tespit etmişlerdir (şekil 2.4). Elektronik kayıt sistemlerinin sağlık hizmetlerinde birlikte değer yaratmaya nasıl katkıda bulunduğunu ve döngüsel bir birlikte değer yaratma ekosisteminin ne gibi katkılarının olabileceğine dair bir model önerisinde bulunmuşlardır (Şekil 2.5).

Şekil 2.4: Değer Ağlarında Birlikte Değer Yaratma



Kaynak: Pinho, N., Beirão, G., Patrício, L. and P. Fisk, R. (2014), "Understanding value co-creation in complex services with many actors", Journal of Service Management, Vol. 25 No. 4, pp. 470-493.s.478

Şekil 2.5: Elektronik Sağlık Kayıtlarıyla Birlikte Değer Yaratma Modeli



Kaynak: Pinho, N., Beirão, G., Patrício, L. and P. Fisk, R. (2014), "Understanding value co-creation in complex services with many actors", Journal of Service Management, Vol. 25 No. 4, pp. 470-493. s.486

2.4 Sağlık Hizmetlerinde Birlikte Değer Yaratmayla İlişkili Diğer Kavramlar

2.4.1 İyi Oluş

İyi oluş yaşam kalitesi olarak da kabul edilebilir (Ostrom, Parasuraman, Bowen, Patrício, & Voss, 2015). İyi oluş yalnızca bireyin iyi oluşu ile ilgili değildir. Diğer insanların ve toplumun da iyi oluşu bireyin iyi oluşunu etkiler. Bunun yanında iyi oluş için yalnızca finansal durumun iyi olması yeterli değildir. Çevresel, fiziksel ve zihinsel sağlığın yanında eğitim, sosyal iyi oluş, rahatlama zamanları gibi bireyin gündelik yaşantısındaki faktörlerin de iyi olması iyi oluş durumunu etkiler (Uysal, Perdue, & Sirgy, 2012). Özellikle kronik hastaların hastalıklarının gündelik ve genel yaşam koşullarını hastalıklarına adapte ederek yaşamaları gerekliliği sağlık hizmeti araştırmalarında önem arz eder (McColl-Kennedy, Hogan, Witell, & Snyder, 2017).

İnsanlar iyi oluş motivasyonu ile birlikte değer yaratmaya çalışabilir ve uygulamalarında bulunabilirler (Pera & Viglia, 2015). Kendinden motivasyonu bulunmayan insanların birlikte değer yaratmaya katılmaya motive edilmesi de iyi oluş

üzerinde olumlu etkiye sahiptir (Dekhili & Hallem, 2020). Özellikle bazı hastalıklar hastaların üzerinde büyük yük oluşturur. Hastaya özgü olarak tasarlanacak tedaviler için hastayı merkeze oturtmak ve hasta ile birlikte değer yaratmak tedavinin çıktılarını artırır ve iyi oluş üzerinde olumlu etki yapar (Kuipers, Cramm, & Nieboer, 2019).

Birlikte değer yaratma neticesinde mübadelesi gerçekleşen işleyen kaynakların da birlikte değer yaratma döngüsüne sokularak inovasyon için kullanılması da birlikte değer yaratmaya katılımı artırır (Chen, Cottam, & Lin, 2020).

Birlikte değer yaratmanın iyi oluş üzerindeki etkisi her hasta için farklı olabilir. Kimi hastalarda iyi oluş mutluluk ve haz olarak bir iyi oluş ortaya çıkarken kimi hastalarda da birlikte değer yaratmaya katılmanın, bir amacın ve başarmanın verdiği zevk olarak ortaya çıkabilir (Sharma, Conduit, & Hill, 2017).

2.4.2 Tatmin

Birlikte değer yaratmanın temeli işleyen kaynakların karşılıklı mübadelesidir. Bilgi paylaşmaya daha istekli tüketiciler hizmet sunucuları ile daha iyi ilişkiler geliştirmekte ve hizmet sunumundan daha fazla tatmin duymaktadır (Ennew & Binks, 1999). Bilgi paylaşmanın yanında bilgiyi işleyerek hizmet sunumuna katkıda bulunan tüketicilerin tatmin seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Groth, 2005) (González-Mansilla, Berenguer-Contrí, & Serra-Cantalops, 2019). Birlikte değer yaratılan tüketicilerin firma ile ilişkileri daha ileriye gitmekte ve tatminlerinde artış olmaktadır (Chan, Yim, & Lam, 2010). Birlikte değer yaratma ve tatmin arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır (Vega-Vazquez, Revilla-Camacho, & Cossio-Silva, 2013) (Shaw, Bailey, & Williams, 2011). Birlikte değer yaratma ile oluşan tatmin sonucunda tüketicinin birlikte değer yaratma döngüsüne dahil olma isteği artar (Pascoe, 1983) (Grissemann & Stokburger-Sauer, 2012).

Kronik hastalıklara sahip hastaların sağlık hizmeti sunumuna katkıda bulunmaları için yapılan teşviklerin hastaların tatmini üzerinde etkisi bulunduğu gözlemlenmiştir (Ouschan, Sweeney, & Johnson, 2006). Komplike ihtiyaçları olan hastaların bu ihtiyaçlarını gidermede birlikte değer yaratma yolunun seçilmesi ve hastaların birlikte değer yaratmada aktif tutum sergilemeleri ile hastaların tatminleri

ilişkilidir (Kuipers, Cramm, & Nieboer, 2019). Hastaların birlikte değer yaratmak için gösterdikleri çaba arttıkça tatminleri de artmaktadır (Sweeney, Danaher, & McColl-Kennedy, 2015).

2.4.3 Hizmet Kalitesi

Literatüre bakıldığında hizmet kalitesi ve birlikte değer yaratma arasında farklı modeller karşımıza çıkmaktadır. Birinci grup olarak nitelendirebileceğimiz modellerde bağımsız değişken birlikte değer yaratma bağımlı değişken hizmet kalitesi olarak karşımıza çıkarken ikinci grup modellerde tam tersi yani bağımsız değişken hizmet kalitesi bağımlı değişken birlikte değer yaratma olarak görülmektedir. Birlikte değer yaratmanın döngüsel yapısı göz önünde bulundurulduğunda her iki yaklaşımda kıymetli bilgiler barındırmaktadır.

Bağımsız değişkenin birlikte değer yaratma bağımlı değişkenin hizmet kalitesi olduğu modellerde temel argüman tüketicinin kaliteye katkı sağlayan olduğudur. Birlikte değer yaratma etkileşim ile başlar ve kaliteli bir etkileşim tüketicinin kalite algısını artırır (Luo, Wong, King, Liu, & Huang, 2019). Bu etkileşim yalnızca doktor hasta etkileşimi olmak zorunda da değildir. Sağlık hizmeti veren veya destekleyici sağlık hizmeti sunan platformlar aracılığı ile de hastaların kalite algısı artırılabilir (Yan, Yang, & Fang, 2022). Tüketici işleyen kaynakları ile birlikte değer yaratmaya katılarak sağlayıcıyla işleyen kaynak mübadelesinde bulunur ve sağlayıcının kalitesini artırmasına yardımcı olur (Ennew & Binks, 1999) (Finsterwalder & Tuzovic, 2010). Bu sayede birlikte değer yaratma davranışı tüketicilerin hizmet kalitesi algısı üzerinde pozitif etkiye sahiptir (Torkzadeh, Zolfagharian, & Iyer, 2020).

Bağımsız değişkenin hizmet kalitesi bağımlı değişkenin birlikte değer yaratma olduğu modellerde temel argüman hizmet kalitesinin yükseldiği durumlarda tüketicinin birlikte değer yaratmaya daha istekli olduğu üzerinedir (Mostafa, 2020) (Prayag, Gannon, Muskat, & Taheri, 2020). Ne de olsa tüketici birlikte değer yaratmanın merkezinde kaynak entegrasyonu yapan asıl değer üreticidir (Grönroos & Voima, 2013). Hizmet sunumunu yapan taraf hizmet kalitesini (veya performansını) yüksek tutarak tüketicileri ikna edebilir ve birlikte değer yaratabilir (Huang, Wuhan, & Lin, 2021) (Albuquerque & Ferreira, 2021).

2.4.4 Algılanan Değer

Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinden olan birlikte üretme (McColl-Kennedy, Vargo, Dagger, Sweeney, & Kasteren, 2012) kavramı hizmet sunumunda hizmetin tüketici ile birlikte üretilmesi anlamına gelir. Birlikte üretme tüketicinin değer algısının artmasına katkıda bulunur (Auh, Bell, McLeod, & Shih, 2007).

Tüketicinin hizmet sunumunda aktif rol alması ile algılanan değer arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır (González-Mansilla, Berenguer-Contrí, & Serra-Cantalops, 2019) (Tran & Vu, 2021). Birlikte değer yaratma faaliyeti neticesi oluşan çıktıların değer algısı tüketici yönünden artar (Peña, Jamilena, Ángel, & Molina, 2014). Bu çıktı bazen bir ürünün psikolojik sahipliği üzerinden olurken (Deng, Lu, Lin, & Chen, 2021) bazen de marka değeri üzerinden olur (France, Grace, Lo Iacono, & Carlini, 2020) bunun sebebi birlikte değer yaratma ile artan algılanan değerın marka sevgisi ve marka değeri üzerinde pozitif etkisi olmasıdır (Junaid, Hussain, Asghar, Javed, & Hou, 2020). Tüketicinin birlikte değer yaratmaya olan katkısı (bilgi ve yetenekler) arttıkça algılanan değer de artar (Prebensen & Xie, 2017).

2.4.5 Davranışsal Niyet

Bir çeşit sadakat çıktısı olan hizmeti tekrar kullanma ve tavsiye etme şeklinde nitelendirilebilecek olan davranışsal niyeti (Rahman, Mannan, Hossain, & Zaman, 2018) tetikleyen şey hizmet tüketicisinin o hizmet üzerindeki tasarrufudur (Van Raaij & Pruyn, 1998). Birlikte değer yaratma faaliyetlerinde bulunan hastaların davranışsal niyeti pozitif etkilenir (Akter, Babu, Hossain, & Hani, 2021). Yalnızca sağlık bağlamında değil diğer hizmet bağlamları için de bu geçerlidir (Wantara, Hamat, & Tambrin, 2020). Burada unutulmaması gereken nokta, sağlık hizmetleri ihtiyaç duyulan ama her zaman istenmeyen hizmetler (Berry & Bendapudi, 2007) olduğu için hastanın davranışsal niyetinin ziyadesiyle ağızdan ağıza veya ilerdeki tercih üzerine olacağıdır (Sweeney, Danaher, & McColl-Kennedy, 2015).

Hizmetten tatmin olan tüketicinin hizmet sunucusuna karşı davranışsal niyeti etkilenir (Cronin Jr, Brady, & Hult., 2000) (Dabholkar, Shepherd, & Thorpe, 2000).

Sağlık hizmetlerinde de bu ilişkiyi destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Dagger & Sweeney, 2006) (Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007). Bu durum sağlık hizmetleriyle beraber farklı hizmet sektörlerinde de geçerlidir (Bitner, 1990) (Anderson & Sullivan, 1993) (Baker & Crompton, 2000) (Chen & Tsai, 2007) (Chen & Chen, 2010).

Algılanan değer tüketicinin fedakarlıkları ile elde ettiği fayda arasındaki fark olarak kavramsallaştırılabilir (Zeithaml, 1988). Pozitif algılanan değer belirsizliği azalttığı için firmaya olan güven artar ve böylece tüketicinin davranışsal niyeti pozitif etkilenir (Kamtarin, 2012). Özellikle turizm sektöründe belirsizlik üst seviyede olduğu için ve turistler sınırlı sürelerinde belirsizlikten kaçınmak için hem daha önce yüksek değer algısına sahip olduğu firmaları tercih eder ve başkalarına da tavsiye eder hem de diğer turistlerin firma hakkındaki tavsiyelerine önem verir (Shiang-Min, Gin-Shuh, & Shih-Hao, 2011) (Jen, Tu, & Lu., 2011) (Moon, Ko, Connaughton, & Jeoung-Hak, 2013) (Jin, Lee, & Lee, 2015). Hastaların algıladığı değer ile davranışsal niyetleri arasında pozitif etki olduğuna dair literatürde kanıtlar vardır (Gooding, 1995) (Fornell, Johnson, Anderson, Cha, & Bryant, 1996) (Choi, Cho, Lee, Lee, & Kim, 2004).

Hizmet kalitesi ürün kalitesinin aksine nesnel değerler ile ölçülemez ve dolayısıyla öznelidir (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985). Literatürde hizmet ve tatmin ile ilişkili tartışma süregelmektedir. Bazı araştırmalara göre müşteri algısına göre hizmet kalitesi ve tatmin ayrılmaz bir bütün iken (Iacobucci, Ostrom, & Grayson, 1995) bazı araştırmalara göre de aralarında yüksek korelasyon olsa da birbirlerinden farklı iki kavramdır (Spreng & Mackoy, 1996). Bu tartışmanın temelinde yatan şey hizmet kalitesinin ve tatminin, beklenti ve beklentinin karşılanmaması arasındaki fark olarak birbiri ile örtüşmesi olsa da iki kavramın birbirinden farkı içsel doğalarından değil anlamsal farklılıklarından kaynaklanmaktadır (Tian-Cole & Crompton, 2003). Fakat genel olarak literatür iki kavramı farklı kabul etmekte ve bu sebeple davranışsal niyet üzerindeki etkilerine farklı bakılmakta ve hizmet kalitesinin direkt davranışsal niyet üzerinde etkisi olduğu anlaşılmaktadır (Lee, Graefe, & Burns, 2004) (Dado, Petrovicova, Cuzovic, & Rajic, 2012). Sağlık hizmetlerinde de yapılan çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Ramez, 2012) (Cham, Mee, & Nai-Chiek, 2014) (Jang, Kim, & Lee, 2016) (Rahman, Mannan, Hossain, & Zaman, 2018).

İyi oluşun davranışsal niyet üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu ile ilgili geniş bir literatür bulunmaktadır ancak ekseriyetinin hedonik tüketim neticesinde oluşan iyi oluş ve davranışsal niyet üzerine etkisi üzerine çalışmalardır (Kim, Jeon, & Hyun, 2012) (Vada, Prentice, & Hsiao, 2019) (Joseph Sirgy, 2019). Lakin Dünya Sağlık Örgütü iyi oluşu “bireyin içinde yaşadığı kültür ve değerler sistemi bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile bağlantılı olarak yaşamdaki konumunu algılaması” olarak tanımlamaktadır (WHO, WHOQOL, 2022b). Bu tanımı baz alan çalışmalar sağlık alanındaki çalışmalar olup araştırmalar neticesinde ulaşılan sonuçlar sağlık hizmetleri bağlamında da iyi oluşun davranışsal niyetle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Ma & Kaplanidou, 2021) (Akter, Babu, Hossain, & Hani, 2021)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİRLİKTE DEĞER YARATMA FAALİYETLERİNİN DAVRANIŞSAL NİYETE ETKİSİNDE ARACI DEĞİŞKENLERİN ROLÜ

Çalışmanın bu bölümünde, kronik hastaların sağlık hizmetlerinde birlikte değer yaratma faaliyetlerinin hastaların davranışsal niyetleri üzerinde etkisi olup olmadığının araştırılmasıdır. Öte yandan bu çalışmada birlikte değer yaratma faaliyetlerinin davranışsal niyet üzerindeki etkisinde iyi oluş, tatmin, hizmet performansı ve algılanan değer aracı etkisini incelenmesi için gerçekleştirilen araştırma ile ilgili bilgilere yer verilmektedir. Buna göre, öncelikle araştırma konusunun önemi, amacı, içeriği ve kısıtlarına değinilmektedir. Ardından araştırma metodolojisi başlığı altında sırasıyla; araştırmanın ön çalışmaları, araştırmanın varsayımları, değişkenleri, modeli ve hipotezleri, örnekleme süreci, çalışmada kullanılan veri ve bilgi toplama yöntem ve aracı ile veri ve bilgilerin analizi hususları ele alınmaktadır. Araştırmanın bulguları ortaya konulduktan sonra, çalışmada ulaşılan sonuçlar ile bu sonuçlardan hareketle elde edilen öneriler ve araştırmanın literatüre katkıları başlıkları yer almaktadır.

3.1 Araştırmanın Önemi, Amacı, Kapsamı ve Kısıtları

Çalışmanın bu kısmında, araştırma konusunun önemi, araştırmanın amacı ile araştırmanın içeriği, kısıtları ve varsayımları başlıkları ele alınmaktadır.

3.1.1 Araştırmanın Önemi ve Amacı

Pazarlama dünyası geçtiğimiz yüzyılda farklı paradigma değişimlerine şahit olmuştur (Vargo & Lusch, 2004a). Pazarlama için yapılan tanımlamalar her ne kadar yıllar içerisinde gelişip genişlese de pazarlamayı çok dar bir çerçeveye sıkıştırmaya çalışması, fazla ürün odaklı olması ve sürekli olarak pazarlamanın değil pazarlama yönetimini tanımlama üzerine yoğunlaşılması pazarlamanın çerçevesini daralttığı sebebiyle rahatsızlık yaratmıştır (Thomas, 2020). Pazarlamayı sınırlandırıcı söylemlere belki bir tepki belki de bir alternatif olmak ve pazarlamadaki güncel

paradigma değişiminin öncüsü olabilmek amacıyla ortaya çıkan HBM, pazarlama için ne olması gerektiğini belirten değil nerelere gidebileceğini anlatan çok geniş kapsamlı bir çerçeve tanımlamaya çalışır (Vargo & Lusch, 2016). HBM'nin önerdiği paradigmanın pazarlama camiası tarafından bu kadar büyük bir lütuf görmesinin (Gummesson, 2019) nedenlerinden biri olarak HBM'nin yalnızca tanımlayanlara ait olmaması ve tabii olarak da HBM'nin gelişmesinin onların tekelinde değil bütün pazarlama bilginlerine ait olması gösterilebilir (Lusch & Vargo, 2006).

HBM'nin önerdiği paradigma değişiminin merkezindeki teori ise birlikte değer yaratmadır (McColl-Kennedy J. R., 2019). Birlikte değer yaratma bağlamında farklı teoriler olsa da asıl olan son tüketicinin mutlak olarak birlikte değer yaratma sürecine dahil olduğudur (Grönroos & Voima, 2013) (Ramaswamy & Özcan, 2018) (Vargo & Lusch, 2019).

HBM ve onun temelini oluşturan birlikte değer yaratma kavramı hizmet sektöründe ve endüstriyel alanda ciddi teorik çalışmalara konu olmuş olsa da kantitatif çalışmalar konusunda çok geri kalmıştır (Yi & Gong, 2013). Özellikle sağlık hizmetlerinde birlikte değer yaratma kavramında ciddi bir araştırma boşluğu vardır (Zhang, ve diğerleri, 2015) (Barile, Saviano, & Polese, 2014). Bunun ana nedeni birlikte değer yaratmanın sağlık hizmetlerinde (etik gerekçelerden de kaynaklı) ampirik olarak gözlemlenebilmesinin zorluğudur (Storbacka, Brodie, Böhmman, Maglio, & Nenonen, 2016).

Sağlık hizmetlerinin medeniyet düzeyi artan bir toplumun haklı talebi olarak artan önemi yadsınamaz düzeydedir. Medeni toplumlarda ise artan sağlık hizmet talebinin yoğun bir kısmını kronik hastalıklar için sağlık hizmeti talepleri oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar sebebi ile ölümler son 20 yılda hızla artmaktadır. 2000 yılında önde gelen ölüm nedenleri arasında ilk onda sadece dört kronik hastalık bulunurken 2019 yılında bu sayı yediye çıkmıştır. Bunun sebebi bulaşıcı hastalıklar kaynaklı ölümlerin azalması ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile global nüfusun yaşlanmasıdır (WHO, 2023).

Kronik hastalıkların ekonomik olarak iki farklı yükü bulunmaktadır. İlki devletler üzerindeki harcama yükü diğeri ise işgücü kaybından ortaya çıkan yüküdür

(Şahin, Kurutkan, & Kara, 2020) ve bu yük gittikçe artmaktadır. Örneğin 2020 tarihli rapora göre obez insan sayısı 2020’de 2,5 milyar civarındayken bu sayının 2035 4 milyara çıkması beklenirken hem sağlık harcaması hem de işgücü kaybı kaynaklı ekonomik etkisinin ise 2 trilyon \$’dan 4.3 trilyon \$’a çıkması beklenmektedir (WOF, 2023). ABD’nin 4.1 trilyon \$’lık genel sağlık harcamalarının %90’ı kronik hastalıklara ve ruhsal sağlık durumlarına (CDC, 2023) harcamaların %60’ı ise birden fazla kronik durumu olan hastalar için yapılmaktadır (Anderson G. , 2023). Türkiye’de ise 2016 verilerine göre kronik hastalıkların toplam maliyeti 70 milyar lira, bunun %35’lik kısmı doğrudan sağlık hizmetinden kaynaklı kalan kısmı ise ekonomik kayıp kaynaklıdır (Karaaslan, 2018). Global olarak sadece doğrudan sağlık hizmetinden kaynaklı bu kayıplar 2030 yılında 30 trilyon \$’ı bulabilir (Kamineneni, 2019).

Kronik hastalıkların kaynak kullanımı yalnızca finansal kaynaklarla sınırlı kalmamaktadır. Bir hastanın her bir ek kronik rahatsızlığı %51 daha fazla hekimlik hizmetine ihtiyaç duymasına neden olmaktadır. Bu durum zaten yetişmesi zor olan hekim kaynağının eksikliğine yol açmaktadır. Hastaların kendi tedavilerini de üstlenebileceği ve takip edebileceği inovasyonlara ihtiyaç duyulduğu ortadadır. Birlikte değer yaratma kavramı burada devreye girerek bu maliyetleri düşürmede rol alabilir (Adler-Waxman, 2023).

Çalışmanın temel amacı sağlık hizmetlerinde birlikte değer yaratma faaliyetlerinin hastaların davranışsal niyetleri üzerinde etkisi olup olmadığının araştırılmasıdır. Bu çalışmada hedef kitle kronik hastalar olarak belirlenmiştir. Bunun sebebi kronik hastalıkların düzenli olarak sağlık hizmetlerinden faydalanması mecburiyetidir. Kronik rahatsızlıklar genel kabul görmüş teamüllere göre hastanın tedavi sürecinde aktif katılımını gerektirdiği gibi sağlık hizmeti sunucusu ile hasta arasında işbirlikçi etkileşimler gerektirmektedir (Holman & Lorig, 2000). Bunun yanında kronik hastalıklar hastanın gündelik yaşantısını da etkilediği için hekimlerin yalnızca hastanın hastalığı ile ilgili etkileşimin de ötesine geçmesi gerekliliği konusunda oluşan konsensüstür (Michie, Miles, & Weinman, 2003).

Kronik hastaların hedef kitle olarak seçilmesindeki bir diğer neden ise makro boyutta toplum üzerinde yarattığı sosyal etkilerdir çünkü sağlıklı olma kavramı Dünya

Sağlık Örgütü'nün 1948 tanımına göre “Yalnızca hastalık veya sakatlığın bulunmaması değil, fiziksel, sosyal ve zihinsel olarak tam bir iyi oluş hali” dir ve bir insan hakkıdır. İyi oluş ise “bireylerin ve toplumların deneyimlediği olumlu bir durumdur. Sağlık gibi günlük yaşam için bir kaynaktır ve sosyal, ekonomik ve çevresel koşullar tarafından belirlenir” (WHO, 2021, s. 3-10).

3.1.2 Araştırmanın Kapsamı ve Kısıtları

Sağlık hizmetlerinde birlikte değer yaratma faaliyetlerinin davranışsal niyet üzerindeki etkilerinin araştırılmasına yönelik yapılacak çalışmada sosyal bilimler alanında yürütülen birçok ampirik çalışmada olduğu gibi kısıtlar bulunmaktadır. Bunlardan ilki araştırmanın yapılacağı örneklem ile ilgilidir. Araştırmanın anakütlesini Türkiye’de yaşayan 18 yaşını doldurmuş kronik hastalar oluşturmaktadır. Ancak kronik hastalığı olsa da hastalığının kronik olduğunun farkında olmayan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir. Bunun sebebi hastalığının farkında olmayan veya hastalığı gündelik hayatına etki etmeyen kronik hastanın sağlık hizmetleri çalışanları ve çevresi ile olan etkileşimlerinde hastalığı ile ilintili bir faaliyeti olmayacak olmasıdır. Bu araştırmanın bir diğer kısıtı ise finansal kaynakların kısıtlı olması sebebi ile ana kütlenin yalnızca sınırlı bir kısmına ulaşılmasıdır. Son kısıt araştırmanın zamansal kısıtı olup verilerin toplanma zaman aralığıdır. Bu çalışmada kullanılan veriler 2023 yılı Şubat-Mayıs ayları arasında toplanmıştır.

3.2 Araştırmanın Metodolojisi

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın ön çalışmalarına, değişkenlerine, modeline, hipotezlerine, örnekleme sürecine, veri toplama yöntem ve aracına yer verilecektir.

3.2.1 Araştırmanın Ön Çalışmaları

Araştırmanın ana amacı olan sağlık hizmetlerinde birlikte değer yaratma faaliyetlerinin davranışsal niyete etkisinin incelenebilmesi için öncelikle birlikte değer yaratmanın teorik çerçevesi ve sağlık hizmetlerindeki yerinin anlaşılabilmesi için

literatür taraması gerçekleştirilmiştir. Taramadan elde edilen bilgiler bu tezin ilk bölümünde anlatılmıştır.

Ön çalışmanın bir sonraki aşamasında ise literatür taraması kısmında teorik olarak anlatılan birlikte değer yaratma kavramının pratikte sağlık hizmetleri bağlamında karşılığının olup olmadığı ve ne anlam ifade ettiği araştırılmıştır. Bu amaçla dört farklı hekimle randevu alınarak yüz yüze sohbet tarzı derinlemesine görüşme yapılmış (Gegez, 2015) ve onlara sağlık hizmetlerinde değer ne olduğu, nasıl yaratıldığı ve birlikte değer yaratma kavramının onlar için ne ifade ettiği sorulmuş ve Tablo 3.1’deki cevaplar alınmıştır.

Tablo 3.1: Hekim Bakış Açısından Birlikte Değer Yaratma

Hekim 1 (05.09.2022 Tarihinde yaklaşık 35 dakikalık bir görüşme gerçekleştirildi)	Sağlık hizmetlerinde değer bilgi ve ilgidir. Hekimin bilgili ve ilgili olması sağlık hizmetlerinin en büyük değeridir. Bunun yanında uygun fiyat da olmazsa olmazdır. Sağlık hizmetlerinde değer yaratmak için öncelikle çalışan memnuniyeti ile olur. Bunu takiben görsel kalite de önemlidir. görsel kalite için konumun kaliteli olması kadar binanın ve iç mekanın da kaliteli olması gerekir. Sağlık hizmetlerinde hastayı bilgilendirerek ve hastanın hekime güvenini tesis ederek birlikte değer yaratılır. Bu sayede sağlık hizmetinin olumlu sonucu artar. Hastanın hekimin tedavisine ikna olması hastayı bilgilendirerek sağlanır. Hasta ile iletişim kuvvetli tutularak hastanın başkalarına tavsiye etmesi sağlanabilir ve bu sayede de birlikte değer yaratılmış olunabilir.
---	--

Hekim 2 (07.09.2022 Tarihinde yaklaşık 45 dakikalık bir görüşme gerçekleştirildi)	Sağlık hizmetlerinde değer hastanın doğru hizmet alabilmesidir. Burada doğru hizmetten kasıt hastanın ihtiyacı olan tüm hizmettir. Toplam hizmetten hastanın bilgisi olmayabilir veya eksik bilgisi olabilir fakat sağlık sunucusunun bu hizmeti eksiksiz sunması şarttır. Sağlık hizmetlerinde değeri doktor yaratır ancak somut şeyler de önemlidir. Çalışanların kıyafetlerinden hastanenin genel görünümüne kadar her şey somut şeyler kapsamına girer. Değerin yaratılması aynı zamanda toplum için de değer yaratır. Örneğin koruyucu hekimlik toplum için değer yaratmış olur. Kronik hastalıklar hem hasta için hem de toplum için maddi ve manevi birer yüküdür. Mesela kalp hastalığını ele alalım: 70 yaşına kadar engellenmiş bir kalp hastalığı kişinin kendisine ve ailesine hem maddi hem manevi yük olmayacaktır. Bunun yanında daha düşük tedavi masrafları ile de bütçe üzerindeki yük de azalacaktır. Sağlık hizmetlerinde birlikte değer yaratma ise sağlık hizmeti sunucularının yarattığı bu değere hastanın uyumu ile olur.
Hekim 3 (08.09.2022 Tarihinde yaklaşık 30 dakikalık bir görüşme gerçekleştirildi)	Sağlık hizmetlerinde değer uygun fiyata gerekli zamanı ve değerlendirmeyi alabilmektir. Yüksek kalitede uygun fiyat alabilmektir. Hastanın üzerine büyük maddi külfetler yüklenmeden hekimin yeteri kadar zaman ayırabilmesi ve gerekli tedavi planını yapmasını sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinde değer yaratmak için öncelikle ekonomik altyapının iyi olması gereklidir çünkü sağlık hizmeti yalnızca hekimler tarafından verilmez. Hekimlerin yanında teknolojik imkanların, bu teknolojiyi kullanacak ve sürdürülebilirliğini sağlayacak iyi eğitilmiş teknik personelin, iyi eğitilmiş yardımcı sağlık personelinin varlığı da şarttır. Sadece konumu değil sağlık hizmeti sunulan binanın fiziksel şartları da iyi olmalıdır. Tüm sağlık hizmeti sunumu aynı yerde olmalıdır. Hasta hekim görüşmesine, tetkikine ve tedavisine hızlı bir şekilde bina için hızlı bir şekilde ulaşabilmedir. Bunun olabilmesi için iyi bir organizasyon ve insan kaynağı da gereklidir. Bunlar da ekonomik altyapı ile ilgilidir. Bu hizmetin sunulması için gerekli personel, otomasyon sistemi, yazılım vs. Tüm bunlar sağlandıktan sonra hastanın da uyum göstermesi, direktiflere uyması ile birlikte değer yaratılmış olur.

Hekim 4 (13.09.2022 Tarihinde yaklaşık 20 dakikalık bir görüşme gerçekleştirildi)	Sağlık hizmetlerinde değer hastaya ve topluma kazandırdığı şeylerdir. Değer hekimin eğitimi ile emeğidir. İşini düzgün yapan bir hekim sağlık hizmetlerinde bir değerdir. Olması gereken yerde, olması gereken zamanda ve tam gerektirdiği kadar (fazla da yapmamalı çünkü fazla yapması da zarar verir) işi yapan doktor değerdir. Bunun yanında hekim yetiştirme ve geliştirme de bir değerdir. Hekim haricinde sağlık personelinin de unutmamak gerekir. Sağlık hizmetlerinde değer yaratmak tek yönlü bir şey değildir. Hastaya ne kadar yardımcı olunduğu, ne kadar emek harcadığı ve maddi değerler çerçevesinde değer yaratmayı değerlendirmek gerekir. Bir hasta estetik operasyon neticesinde kendini iyi hissedebilir. Bu kendisine olduğu kadar morali düzeleceği ve kendini iyi hissedeceği için çevresi için de değer yaratılmış olabilir. Bir başka örnek olarak yenidoğan yoğun bakımda iyi bakılmış bir bebek engelli bir birey olmaktan korunmuş olur. Bu hem kendisi hem ailesi hem de toplum için maddi ve manevi değer yaratır. İşini düzgün yapan hekim değer yaratır. Sağlık hizmetlerinde birlikte değer yaratmak için hastanın uyum göstermesi mecburidir.
---	--

Bu cevaplardan hareketle hekimlerin değer kavramına yaklaşımının hekim bakış açısından kavramsallaştırıldığı, değeri yaratının hekim olduğu ve birlikte değer yaratmanın hekim yönetimindeki bir değer yaratma olabileceği şeklinde değerlendirildiği sonucuna varılmıştır.

Ön çalışmanın takip eden aşamasında ise araştırmada hedef kitle olarak belirlenen kronik hastaların Türkiye bağlamında doğru bir ana kütle olup olmadığının tespiti için hekimlere danışılmıştır. 27-30 Eylül 2022 tarihleri arasında süren ön araştırma boyunca öncelikle en kolay ulaşılabilen hekimlerden bilgi toplanmış sonrasında da çevrelerindeki hekimlerden ve hekim gruplarından bilgi toplamak için yardımcı olunması istenmiştir. Tablo 2.11’de belirtilen hastaların birlikte değer yaratma faaliyetleri (McColl-Kennedy, Vargo, Dagger, Sweeney, & Kasteren, 2012) çerçevesinde bu faaliyetlerde bulunabilecek veya bulunması gereken hasta gruplarından üç tane örnek vermeleri istenmiştir. Toplamda 44 hekimden cevaplar toplanmış ve bu cevaplar Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.2: Birlikte Değer Yaratmaya Konu Olabilecek Hastalıklar

<u>Hastalık Önerisi</u>	<u>Öneride Bulunan Hekimin Uzmanlık Alanı</u>	<u>Hastalık Önerisi</u>	<u>Öneride Bulunan Hekimin Uzmanlık Alanı</u>
*Diyabet *Hipertansiyon *KOAHA	Göz Hastalıkları Uzmanı	*Koroner Arter Hastalığı *Diyabet *Kronik sinüzit	Pratisyen Hekim
*Diabetes Mellitus Tip 2 *Esansiyel Hipertansiyon *Alzheimer	Belirtilmemiş	*Tip 1 Diabetes Mellitus *Behçet Hastalığı *Ankilozan Spondilit	Radyoloji
*Onkoloji *Kardiyak Hastalıklar *Diyabet	Çene Cerrahı	*Diabetes Mellitus Tip 2 *Esansiyel Hipertansiyon *Alzheimer	Belirtilmemiş
*Crohn ve ülseratif kolit *Kronik karaciger hastalıkları *Çölyak hastalığı	Çocuk Gastroenteroloji	*Diyabetik Ayak *Hipertansiyon *Crohn	Belirtilmemiş
*Diyabet *Hipertansiyon *Kronik ürtiker	Pratisyen Hekim	*Diyabet *Hipertansiyon *Steatohepatitis	Dahiliye
*Ankilozan spondilit *Parkinson *Diyabet	Belirtilmemiş	*Diabetes mellitus *Kronik hipertansiyon *Glokom	Göz Doktoru
*Osteoartroz(osteoartrit, kireçlenme) *Diabetes mellitus (diabet, şeker) *Lomber disk hernisi (bel fıtığı)	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	*Glokom *Blefarit *İridosiklit	Göz Doktoru
*Obezite *Depresyon *Aids	Belirtilmemiş	*Hipertansiyon *Diyabet *Romatoid artrit	Göz Doktoru
*Romatolojik hastalıklar *KOAHA *Allerjik hastalıklar	Göz Doktoru	*Diyabet *Depresyon *Kanser	Ftr

*DM - Diabetes Mellitus Type II *ESRD - End Stage Renal Disease *Ampute Hasta Grubu* - hastalık değil; ancak kronik, geri dönüşümsüz bir durum ve toplumsal adaptasyon güçlükleri yaşanan bir durum.	Ortopedi ve Travmatoloji	*Hipertansiyon *Diyabet *Romatoid artrit	Göz Doktoru
*Hipertansiyon *Diyabet *Kalp Yetmezliği	Acil	*Hipertansiyon *Epilepsi *Migren	Nöroloji
*Esansiyel hipertansiyon *Diyabetes mellitus *Crohn hastalığı.	Aile Hekimi	*Kuru göz *Blefarit *Pterjium	Göz Hastalıkları Uzmanı
*Koah *Astım *İnterstitiyel akciğer hastalığı	Göğüs Hastalıkları	*Depresif bozukluklar *Diabetes mellitus *Malign hastalıklar	Belirtilmemiş
*Diabetik ayak *Kronik artrozlu hastalar(Gonartroz,Koksartroz) *Kronik Osteomyelit	Ortopedi	*Obsessif kompulsif bozukluklar *Hipertansiyon *Peptik ülser	Belirtilmemiş
*Tip 1 Diabetes Mellitus *Behçet Hastalığı *Ankilozan Spondilit	Radyoloji	*Diabet *KOAH *Hipertansiyon	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı
*Kardiyovasküler sistem Hastalıkları *Hiv/aids pozitif hastalar *Kanser hastaları	Enfeksiyon Hastalıkları	*Kuru göz *Blefarit *Pterjium	Göz Hastalıkları Uzmanı
*Buerger hastalığı *Serebrovasküler hastalıklar *Maligniteler	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	*Kanser *Ankilozan spondilit *Depresyon	Tıbbi Genetik
*Hipertansiyon *Epilepsi *Migren	Nöroloji	*Romatolojik hastalıklar *KOAH *Allerjik hastalıklar	Göz Doktoru

*Kanser *Diyabet *Romatizmal hastalıklar(romatoid artrit sle. Vb)	Anestezi	*Diyabet Tip 1&2 *Fibromiyalji *Kronik Böbrek Yetmezliği	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı
*Kırılma Kusuru. *Yardımcı cihaz veya tedavi olmadan sağlıklı görme özürü. *Gözlük *Kontakt Lens *Refraktif Cerrahi ameliyatları	Göz Doktoru	*Diyabet Tip 1&2 *Obsesif Kompulsif Bozukluk (Psikiyatri) *Kronik Böbrek Yetmezliği	Pratisyen Hekim
*Malinite *Serebrovasküler hastalık *Kronik bobrek yetmezligi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	*Kronik ağrılar, bel ağrıları, omurga ağrıları (dar kanal omurga kayması hastaları) *İnflamatuvar bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit ve kron hastalığı), iltihabi bağırsak hastalıkları (Romatizmal Hastalıklar) romatoit artrit (romatoloji) *Parkinson *Kronik Böbrek Yetmezliği	Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı
*Hipertansiyon *Diabetes Mellitus *Kalp Yetmezliği	Acil	*Tip 1 Diyabet ve Endokrin Hastalıkları *İltihabi bağırsak hastalıkları (Romatizmal Hastalıklar), romatoit artrit (romatoloji) *Kronik Ağrı Hastaları	Anesteziyoloji ve Reanimasyon

Cevaplar analiz edildiğinde tek bir hastalık grubu olmadığı, genel olarak kronik hastalıklar olduğu ve seçilen kronik hastalar ana kütesinin doğru olduğu anlaşılmıştır.

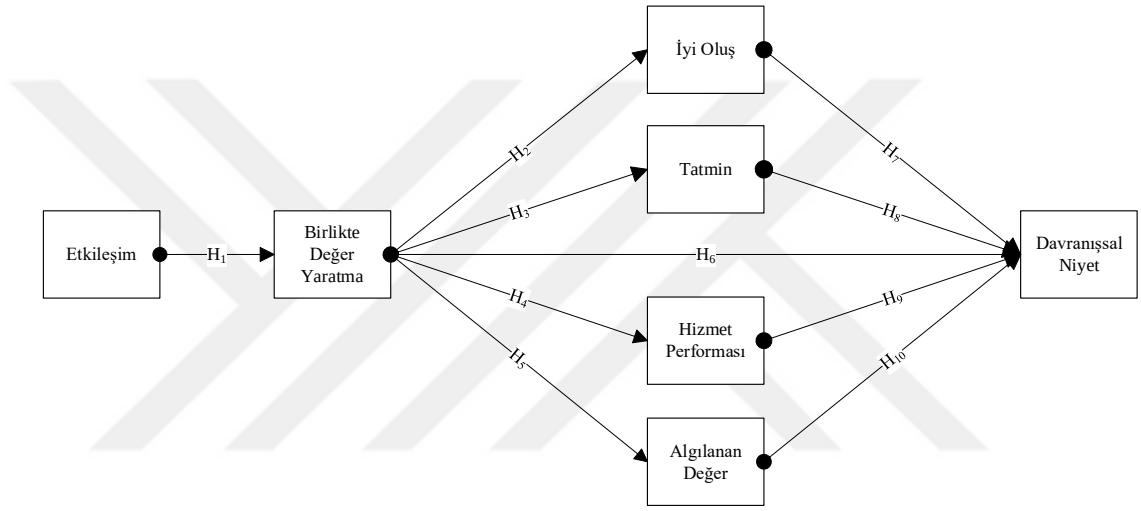
Ön çalışmanın son aşamasında ise uzman görüşleri ile hazırlanan anket formunun pilot çalışmaya konu edilmesi vardır. Pilot çalışma 15-25 Ocak 2023 tarihleri arasında kolayda örnekleme ile otuz katılımcı ile yapılmıştır. Anket formunda

katılımcıların anlamadığı veya yanlış yorumlanabilecek olan sorular tespit edilerek anket formuna son hali verilmiştir. Bu aşamada herhangi bir değişkenin çıkarılmasına gerek kalmadığı anlaşılmıştır.

3.2.2 Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Araştırmanın kavramsal modelin Şekil 3.2'deki gibi oluşturulmuştur.

Şekil 3.1: Kavramsal Araştırma Modeli



Şekil 3.1'de araştırmanın kavramsal modelinde bulunan değişkenler ve değişkenler arasındaki ilişkiler görülmektedir. Buradan hareketle belirtilen değişkenler arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkiler için test edilecek ana hipotezler aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

H₁: Etkileşim, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerini etkiler.

H₂: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetleri, iyi oluşu etkiler.

H₃: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetleri, tatmini etkiler.

H₄: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetleri, hizmet performansını etkiler.

H₅: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetleri, algılanan değeri etkiler.

H₆: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetleri, davranışsal niyeti etkiler.

H₇: İyi oluş, davranışsal niyeti etkiler.

H₈: Tatmin, davranışsal niyeti etkiler.

H₉: Hizmet performansı, davranışsal niyeti etkiler.

H₁₀: Algılanan değer, davranışsal niyeti etkiler.

H₁₁: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde “iyi oluşun” aracı rolü vardır.

H₁₂: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde “tatminin” aracı rolü vardır.

H₁₃: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde “hizmet performansının” aracı rolü vardır.

H₁₄: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde “algılanan değer” aracı rolü vardır.

3.2.3 Araştırmanın Örneklem Süreci

Araştırmanın ana kütlesini Türkiye’de yaşayan 18 yaş üstü ve en az bir kronik hastalıktan muzdarip hastalar oluşturmaktadır. Araştırmalara göre Türkiye’deki kronik hasta sayısı 22 milyon civarındadır (Kaya & Gamsızkan, 2022). Ana kütleyle ulaşmanın zorluğu, araştırmanın maliyet ve zaman kısıtlarından dolayı örnek kütle oluşturulması uygun bulunmuştur. Kanunlar çerçevesinde hasta bilgilerine ulaşmanın imkansızlığı ve günümüzde genel olarak kullanılan çevrimiçi olarak veri toplama yönteminin kullanılacak olması (Coşkun, Altunışık, & Yıldırım, 2020) örneklem yöntemi olarak kolayda örneklemeyi mecbur kılmıştır.

Örnek kütle büyüklüğünü hesaplamak için farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bunlardan en yaygın kullanılan formüllerden biri kullanılarak (Kurtuluş, 2010, s. 67) %5 hata payı ve %95 güven aralığında ana kütlede varyansın bilinemediği durumlar için aşağıdaki sonuç hesaplanmıştır:

$$n = \pi(1 - \pi) / (e/Z)^2$$

$$n = 0,5 \times 0,5 / (0,05/1,96)^2$$

$$n = 384$$

Yapısal eşitlik modellemesinin kullanılacağı analizlerde ise örnek yeter sayısı ile ilgili literatürde farklı görüşler bulunmaktadır. Basit yapısal eşitlik modellemelerinde oldukça küçük bir örneklemin kullanılabileceğine dair bulgular olsa da (Hoyle, 1999) genel olarak $n=100 - 150$ arası bir örneklem büyüklüğünün yapısal eşitlik modellemesinin yürütülebilmesi için yeterli sayı olduğu belirtilmektedir (Tinsley & Tinsley, 1987) (Anderson & Gerbing, 1988) (Ding, Velicer, & Harlow, 1995) ancak kovaryansların daha stabil olması için örnek sayısının daha fazla olması gerekliliği, kovaryans tabanlı yapısal eşitlik modellemesinin stabilitesi için örnek sayısının fazla olması gerekliliğini doğurmaktadır (Tabachnick & Fidell, 2012, s. 688). Bir genel kabul edilmiş görüşe göre yapısal eşitlik modellemesinde kullanılabilecek minimum örnek sayısının soru sayısının 5 katı olması gerektiği (Bentler & Chou, 1987) (Tanaka, 1987), bir diğer genel kabul edilmiş görüşe göre minimum örnek sayısının soru sayısının 10 katı olması gerektiğidir (Barclay, Higgins, & Thompson, 1995). Buradan hareketle araştırmaya konu demografik sorular haricindeki 102 soru için örnek yeter minimum sayısının 510 olduğuna karar verilmiştir. Veri toplama süreci sonunda 878 örnek sayısına ulaşılmıştır.

3.2.4 Anket Oluşturma, Veri Toplama Yöntem ve Aracı

Yapılan literatür taraması neticesinde oluşturulan kavramsal modeli test etmek amacıyla ilgili değişkenler için bir anket formu oluşturulmuştur. Anket formunu oluştururken kullanılan ölçeklerin orijinali İngilizce olup Türkçe'ye çevrilmesi aşamasında bu tezin danışmanlığını üstlenen Prof. Dr. Emrah CENGİZ'in yanında öğretim üyeleri Prof. Dr. Şebnem BURNAZ ve Dr. Öğr. Üyesi İrfan AKYÜZ'den de görüş alınmıştır.

Araştırma kapsamında veri toplamaya başlayabilmek için İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurulmuş ve etik yönden bir sakınca olmadığına dair rapor alınmıştır (EK1). Araştırma sürecinde nicel veri toplama anket aracılığıyla ve çevrimiçi olarak yapılmıştır. Veri toplamada Facebook

gruplarından ve hasta derneklerinden faydalanılmıştır. Toplamda üç yüz yetmiş yedi Facebook grubunda yöneticilerinden izin alınarak anket formu paylaşılmış ve düzenli olarak iletişimde kalınmıştır. Bunun yanında Türkiye’de ki seksen ayrı kronik hasta derneğine mail atılmış altmış altısından cevap alınamamış, on ikisinden ret cevabı alınmış ve ikisinden onay alınarak mail gruplarında anketin dağıtılması sağlanmıştır.

Anket formu toplam yüz on beş sorudan ve üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda hastanın sosyal güvencesi, kronik hastalığı ve hastane tercihi ile ilgili altı soru sorulmaktadır. Bu sorulardan tercih edilen hastane ve kronik hastalığınız soruları açık uçlu sorulardır. İkinci kısımda ise literatür taraması ile belirlenen likert tipi aralıklı ölçeğe sahip değişkenlerin bulunduğu toplam yüz iki soruluk ölçeklere yer verilmiştir (Tablo 3.3). Üçüncü kısımda ise demografik verilerin toplandığı yedi soru bulunmaktadır.

Tablo 3.3: Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Etkileşim
Hastanedeki doktor ile samimi bir iletişimim vardır
Hastanedeki hemşire ile samimi bir iletişimim vardır
Hastanedeki yardımcı sağlık personeli ile samimi bir iletişimim vardır
Hastanedeki doktor ile olan samimiyetimi artırmak için çok emek harcadım
Hastanedeki hemşire ile olan samimiyetimi artırmak için çok emek harcadım
Hastanedeki yardımcı sağlık personeli ile olan samimiyetimi artırmak için çok emek harcadım
Bu hastalıkla ilgili yaşadıklarımı arkadaşlarımla paylaşıyorum
Bu hastalıkla ilgili yaşadıklarımı ailemle paylaşıyorum
Arkadaşlarımla hastalığımla ilgili olarak bana destek olmaları için çok gayret ederim
Ailemin hastalığımla ilgili olarak bana destek olmaları için çok gayret ederim
Benimle benzer deneyimi yaşayan kişilerden tavsiye isterim
Aynı hastalığa sahip diğer insanların tedavi hakkında deneyimlerinden faydalanmak için gayret sarf ederim
Aynı hastalığa sahip diğer insanlara yardımcı olmak için deneyimlerimi paylaşıyorum
Birlikte Değer Yaratma Faaliyetleri
Doktorum tedavimle ilgili kararlara beni de dâhil eder.
Farklı tedavi seçenekleri arasından seçim yaparım
Tedavi sürecinin bazı yönleriyle ilgili doktoruma bazı önerilerde bulunurum
Hastanede doktorumun tedavimle ilgili yapmamı söylediği her şeyi yaparım
Tedavi sürecinde doktorum ile işbirliği içindeyiz

Tedavi düzenime sıkı sıkıya uyarım
Sağlık durumumla ilgili bilgileri hastanedeki doktorum ile paylaşırım
Sağlık durumumla ilgili görüşürken doktoruma sorular sorarım
Bir önceki tedavim sonrası olanları doktorumla ayrıntısıyla paylaşırım
Sağlık durumum hakkında önemli ölçüde araştırma yaparım
Hastalığımla ilgili en güncel tedavi yöntemlerini araştırırım
Hastalığımla ilgili ulaşabildiğim tüm kaynaklardan bilgi toplarım
Beslenmeme dikkat ederim
Sağlıklı beslenirim
Bana iyi gelen yiyecekleri yemeye dikkat ederim
Formda kalmaya özen gösteririm
Günlük işlerimi sağlık durumuma göre ayarlarım
Hayatımı daha iyi sürdürebilmek için günlük işlerimin yoğunluğunu değiştiririm
Sağlık durumuma iyi gelecek şekilde hayatımda değişiklikler yaparım
Sağlık durumumu düşünmemek için kendimi meşgul tutarım
Sağlık durumumu düşünmemek için hobilerime yoğunlaşıyorum
İyi Oluş
Fiziksel olarak kendimi çok iyi hissediyorum
Depresyondayım
Gerginim
Üzgün hissediyorum
Geleceği düşündüğümde sürekli korku içindeyim
Varoluşumun anlamlı bir amacı olduğunu düşünüyorum
Hayattaki hedeflerime ulaşma konusunda ilerleme kaydettim
Hayatımın şu ana kadarı faydalı geçti
Hayatım üzerinde kontrole sahibim
İyi bir insan olduğumu düşünüyorum
Bana göre her gün (1 = yük, 5 = hediye)
Dünya benim açımdan..... (1 = duygudan yoksun bir yer, 5 = ihtiyaçlarıma duyarlı bir yer)
Dünya benim ihtiyaçlarıma.... (1=duyarsızdır, 5= duyarlıdır)
Beni destekleyen insanlar olduğunu hissediyorum
Tatmin
Gittiğim hastaneye ilişkin olumlu hislerim var
Tedavi olmaya her zamanki hastaneme gittiğim için iyi hissediyorum
Genel olarak hastanemden memnunum.
Genel olarak hastanenin sunduğu hizmetten memnunum.
Tedavimin sonuçlarının elde edilebilecek en iyi sonuçlar olduğu konusunda tatmin olmuş hissediyorum
Tedavimden alınabilecek en iyi sonucu aldığımı bilmek tatmin edicidir.
Hizmet Performansı

Hastane güncel teknolojik cihazlara sahiptir
Hastane binası görsel çekiciliğe sahiptir
Hastane çalışanlarının görünümü düzgündür
Hastane sağlık hizmetini tam zamanında verir
Hastaların sorunları olduğunda hastane çalışanları anlayışlı davranır
Hastaların sorunları olduğunda hastane çalışanları güven verici davranır
Hastane ödenecek fatura tutarını doğru hesaplar
Hastane çalışanları, hastalara işlemlerin tam olarak ne zaman yapılacağını bildirir
Hastalar, hastane çalışanlarından hızlı hizmet alır
Hastane çalışanları hastalara yardımcı olmaya her zaman isteklidir
Hastalar, hastane çalışanları ile olan ilişkilerinde kendilerini güvende hisseder
Hastane çalışanları bilgilidir
Hastane çalışanları kibardır
Çalışanlar işlerini iyi yapmak için hastaneden yeterli desteği alır
Hastane çalışanları hastalarla özel olarak ilgilenir
Hastane hastalarının iyiliğini yürekten ister
Algılanan Değer
Hastanenin iç tasarımında mahremiyete önem verilmiştir
Hastanenin içi iyi organize edilmiştir.
Hastane binası ferahdır
Hastane binası moderndir
Hastane binası temizdir
Hastane kolay ulaşılabilir bir yerdedir
Hastanedeki doktorlar işlerinde uzmandır
Hastanedeki doktorlar alanlarıyla ilgili en güncel bilgilere sahiptir
Hastanedeki doktorlar işlerinde iyidirler
Hastanedeki doktorlar değerli tavsiyeler verir
Hastanedeki doktorlar hastanenin sunduğu hizmet paketleri hakkında bilgi sahibidir
Hastanede sunulan hizmetler iyi organize edilmiştir
Hastanede sağlık hizmetinin kalitesi tedavi süresi boyunca aynıdır
Hastanenin hizmet kalitesi diğer hastanelere göre kabul edilebilir düzeydedir
Aldığım hizmetin sonucu her zaman beklediğim gibidir
Ödediğim ücret aldığım hizmete göre uygundur
Aldığım hizmetin fiyatı makuldür
Fiyat, her zamanki hastaneyi tercih etmemdeki asıl nedendir
Aldığım sağlık hizmetinden memnunum
Hangi hizmeti alırsam alayım, hastane çalışanları bir hasta olarak isteklerimi yerine getirmeye her zaman gönüllüdür
Hastanedeki doktorlar kendimi iyi hissettiriyor
Hastanedeki hemşireler kendimi iyi hissettiriyor
Hastanedeki yardımcı sağlık personeli kendimi iyi hissettiriyor

Hastane içinde kendimi rahat hissedirim
Hastanedeki Doktorlar hızlı karar vermem için bana baskı yapmazlar
Hastanenin hizmetlerinden faydalanmam, insanların bana bakışını olumlu anlamda değiştirdi
Tanıdığım birçok insan benimle aynı hastaneden hizmet almaktadır.
Her zamanki hastaneden hizmet alıyor olmak başkalarının gözündeki değerimi artırdı
Gittiğim hastaneden hizmet alanlar toplumda saygınlık elde etmektedir
Davranışsal Niyet
Tedavime baştan başlayacak olsam yine aynı hastaneyi tercih ederim
Gittiğim hastaneyi diğer hastalara kesinlikle tavsiye ederim
Gittiğim hastanede tedavime devam etme niyetindeyim

Bu araştırmaya katılan kronik hastaların hastalıkları üç farklı hekimden görüş alınarak gruplandırılmıştır. Hekimler bazı hastalıkları gruplandırmada genetik veya başka nedenler olabileceği için hastalıkların altında yatan nedenin bilinmesi gerekliliği, hastalığın etkilediği bölgelerin de farklılar gösterebileceği ve bunlar dışında çok farklı gruplandırmaların da söz konusu olabileceği hakkında uyarıda bulunmuşlardır. Bunun üzerine hekimlerden en temel olarak, genelin anlayabileceği şekilde gruplandırmaları istenmiştir. Tablo 3.4 hangi hastalığın hangi gruba dahil edildiğini göstermektedir. Herhangi bir gruba ait olmayan hastalıklar diğer grubu içerisine dahil edilmiştir. Diyabet hastalığı endokrin hastalıklarına dahil edilmesi gerekmesine rağmen hem sık görülmesi (yetişkin nüfusun %15'i) hem de bir epidemik olarak kabul görmesi sebebi ile ayrı olarak değerlendirmeye sokulmuştur (T.C.-Sağlık-Bakanlığı, 2023). Bunun yanında Dünya Sağlık Örgütü'nün (2023) en çok ölüme neden olan 10 sebep listesinde bulunması ve OECD'nin (2023) en çok ölüme neden olan sebepler listesinde bulunması da diyabeti dahil olduğu hastalıklar grubundan ayrı tutmayı gerekli kılmıştır.

Tablo 3.4: Hastalıkların Gruplandırılması

Boşaltım Sistemi Hastalıkları	Böbrek yetmezliği	Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	Bel boyun fıtığı
	Kronik prostatit		Skolyoz
	Nefrit		Lumbo sakral pleksopati
	Demans		Kireçlenme

Nörolojik Hastalıklar	Migren		Menisküs
	Vertigo		Distoni
	Meniere sendromu		DMD
	ALS		Miyopati
	Nöropatik ağrı		Miyotonik distrofi
	Tremiginal nevralji		Spina bifida
	Hidrocefali		Lateral epikondilit
	CIDP polinöropati	Cilt Hastalıkları	Sedef(pzöriasis)
	Charcot maria tooth (CMT)		Alerjik cilt
	Epilepsi		Egzema
	Polinöropati		Ürtiker
	Multipl skleroz		Seboreik Dermatit
	Kore-huntington		Rozasea
	Miyastenia gravis		Behçet
	Huzursuz bacak	Ruh ve Sinir Hastalıkları	Anksiyete
	Narkolepsi		Depresyon
			Bipolar
Sindirim Sistemi Hastalıkları	Gastrit	Endokrin Hastalıkları	Hipertiroid-hipotroidi
	IBS		Guatr
	Crohn		Hashimoto
	Ülseratif kolit		Diyabet Tip 1 ve 2*
	Çölyak	Kanser	Lenfoma
	Ülser		Lösemi
	Siroz		Melanom
	Hepatit		Tüm kanser türleri
	İrritabl bağırsak sendromu (IBS)		
	Reflü	Diğer	Wilson hastalığı
Solunum Sistemi Hastalıkları	Astım		HIV
	İntertisiyel akciğer hastalığı		ITP
	Koah		Demir eksikliği
	Alerjik solunum		Ağız kuruması
	Bronşektazi		Sık idrar

	Bronşit		Gaucher
	Faranjit		Esansiyel trombositoz
	Alerjik rinit		Hemofili
	İdiopatik pulmoner fibrozis (İPF)		Göz tansiyonu
	KOAH		Prostat
Kalp - Damar Sistemi Hastalıkları	Kolesterol		Mide bulantısı
	Kardiyomiyopati		Lenfödem
	Ritim bozukluğu		Turner sendromu
	Perikardit		Pansitopeni
	Hipertansiyon		Faktor V Leiden Mutasyonu
Romatolojik Hastalıklar	Fibromiyalji		Üveit
	Ankilozan spondilit	XXX	XXX
	FMF - Ailevi akdeniz ateşi		XXX
	Romatoid artrit		XXX
	Romatizma		XXX
	Sklorederma		XXX
	Sjögren		XXX
	Kronik halsizlik		XXX
	Üveit		XXX
	Yaygın vücut ağrısı		XXX
	Ürik asit - gut		XXX
	Sarkoidoz		XXX
	SLE - sistemik lupus		XXX

*: Arz ettiği önem sebebi ile Diyabet Tip 1 ve 2 değerlendirmede Endokrin Hastalıkları grubu dışında tutulmuş ve tek başına analizde yer almıştır.

Hastaların gittikleri hastanenin kaçınıcı basamak hastane olduğunu bilmeme ihtimalini ortadan kaldırmak adına hastane tercihleri açık uçlu soru olarak sorulmuştur. Gelen cevaplar devlet üniversitesi hastanesi, vakıf üniversitesi hastanesi, devlet hastanesi ve özel hastane olmak üzere dört farklı grupta toplanmıştır.

Birlikte değer yaratmanın ölçülmesi için literatürde birden fazla ölçek bulunmaktadır (Albinsson, Perera, & Sautter, 2016) (Yi & Gong, 2013) (Merz, Zarantonello, & Grappi, 2018). Bu araştırmada sistem yaklaşımı çerçevesine bağlı kalarak sağlık hizmetlerine özel olarak geliştirilmiş birlikte değer yaratma faaliyetleri ölçeği (McColl-Kennedy, Hogan, Witell, & Snyder, 2017) tercih edilmiştir. Bu ölçek ilk kez Türkçe'ye çevrilerek Türkiye bağlamında kullanılmıştır. Ölçekteki çift yargılar düzeltilmiştir. Medikal personel sorusu doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personeli olarak ayrılarak Türk sağlık sistemine adapte edilmiştir. Etkileşim, birlikte üretme, temel, birlikte öğrenme, bilgi harmanlama, diyet/spor, değişim, zihnini uzaklaştırma boyutları vardır.

İyi oluş ölçeği için McColl-Kennedy vd.'nin (2017) birlikte değer yaratma faaliyetleri ölçeğini test ederken de kullandıkları ve literatürde sıkça karşılaşılan McGill Quality of Life'ın adapte edilmiş versiyonlarından biri tercih edilmiştir (Cohen, Hassan, Lapointe, & Mount, 1996). Fiziksel, psikolojik, varoluşsal, sosyal destek boyutları vardır.

Tatmin boyutunu ölçmek için ise sağlık hizmetlerine adapte edilmiş hizmet tatmini ölçeği kullanılmıştır (De Ruyter, Bloemer, & Peeters, 1997) (Dagger & Sweeney, 2006). Bu ölçekte tek soruda sorulan hizmet ve hastane yargıları ayrılarak iki ayrı soru haline getirilmiştir. Tek boyutlu bir ölçektir.

Hizmet kalitesi ölçeği SERVQUAL iki boyutlu bir ölçektir (Parasuraman, Valarie, & Leonard, 1988). Araştırmaya konu hastalar kronik hastalar ve hizmeti sürekli alan hastalar olduğu için hizmet kalitelisindeki beklenti boyutunu ölçmek yanlış olacaktır. Kaldı ki hizmet kalitesinin -hizmet sürecindeki veya hizmet sonrasındaki tüketicinin öznel değerlendirmesi (Gallan, Jarvis, Brown, & Bitner, 2013) - tanımından hareketle hizmet konusunda bilgi sahibi olmayanlara yapılabilecek beklenti modelinin anlamsız olduğu da savunulmaktadır (Cronin & Taylor, 1992). Modelde hizmet kalitesini ölçmek için SERVQUAL'in sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere adapte edilen (Babakus & Mangold, 1992) ölçeğinin hizmet performansı boyutu SERVPERF kullanılmıştır. Somut, güvenilirlik, cevap verebilirlik, güven verme, empati boyutları vardır.

Algılanan değer için GLOVAL (Sánchez, Callarisa, Rodriguez, & Moliner, 2006) ölçeği kullanılmıştır. Ölçek turizm bağlamında denenmiş ve hizmet literatüründe farklı alanlarda da kullanılmıştır. Sağlık hizmetlerine de adapte edilmiş bir versiyonu bulunsa da (Moliner, 2009) tez izleme komitesinin de görüşü alınarak orijinal ölçeğin hem Türkçeleştirilmesi hem de Türkiye sağlık sistemine adapte edilerek kullanılması yoluna gidilmiştir. Fonksiyonel değer altında dört boyut, duygusal değer ve sosyal değer boyutları vardır.

Davranışsal niyet ölçeği için Zeithaml vd.'den (1996) alınarak sağlık hizmetlerine adapte edilmiş (Sweeney, Danaher, & McColl-Kennedy, 2015) versiyonu kullanılmıştır. Tek boyutlu bir ölçektir.

3.2.5 Veri Analizi

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmanın bulgularına, sonuçlarına, önerilerine ve literatüre katkılarına yer verilmektedir. Araştırmada elde edilen verilerle ilgili öncelikle demografik bilgilere yer verilmektedir. Araştırmada kullanılan ölçekler daha önce Türkiye’de kullanılmamış oldukları için keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizleri yardımıyla geçerlilikleri irdelenmektedir. Geçerlilik analizi sonrasında, güvenilirlik analizi ile ölçeklerin güvenilirlikleri test edilmiştir. Bu bağlamda, yapısal eşitlik modellemesi sürecine geçerlilik ve güvenilirlikleri irdelenmiş ölçekler/değişkenler dâhil edilmiştir. Son aşamada ise, geçerli ve güvenilir ölçek yapıları iki aşamalı yapısal eşitlik modellemesi sürecine tabi tutulmuştur. Buna göre, araştırma modeli ilk aşamada bütünsel olarak doğrulayıcı faktör analizine tabi tutularak, geçerlilik bir kere daha irdelenmiştir. Bu analizler IBM SPSS 26.0.0.0 ve IBM SPSS AMOS 24.0.0 programları kullanılarak yapılmıştır.

3.3 Araştırmanın Bulguları

Araştırmanın bu kısmında öncelikle araştırmaya konu örneklerin demografik bilgilerinin yanı sıra hastaların sosyal güvencesi, kronik hastalığı ve hastane tercihi ile ilgili verilere yer verilmiştir. Takip eden kısımda ise geçerlilik ve güvenilirlik analizlerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Son kısımda yapısal modelin testi ve hipotez sonuçları belirtilmiştir.

3.3.1 Betimleyici Veriler

Araştırmanın bu kısmında araştırmaya katılım sağlayan kronik hastaların betimleyici verilerine yer verilmiştir.

Tablo 3.5: Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımları

Sosyal Güvence	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
SGK	807	91,9	91,9	91,9
Özel	25	2,8	2,8	94,8
Yeşil Kart	23	2,6	2,6	97,4
Yok	23	2,6	2,6	100,0
Toplam	878	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan hastaların %91,9'u SGK, %2,8'i Özel, %2,6'sı Yeşil Kart sosyal güvencelerine sahip olup %2,6'sının herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Genel olarak değerlendirildiğinde araştırmaya katılan hastaların büyük bir çoğunluğunun SGK'lı olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3.6: Hastaların Kronik Hastalık Sürelerine Göre Dağılımları

Kronik Hastalık Süresi	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
1 yıldan az	45	5,1	5,1	5,1
1 - 3 yıl	151	17,2	17,2	22,3
4 - 6 yıl	124	14,1	14,1	36,4
7- 9 yıl	107	12,2	12,2	48,6
10 yıldan fazla	451	51,4	51,4	100,0
Toplam	878	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan hastaların %5,1'i 1 yıldan az, %17,2'si 1 ila 3 yıl arasında, %14,1'i 4 ila 6 yıl arasında %12,2'si 7 ila 9 yıl arasında, %51,4'ü 10 yıldan fazla süredir kronik hastalıkla mücadele etmektedirler.

Tablo 3.7: Hastaların Hastalıkları İle İlgili Olarak Düzenli Hastaneye Başvurma Sürelerine Göre Dağılımları

Hastaneye Başvurma Süresi	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
1 yıldan az	106	12,1	12,1	12,1
1 - 3 yıl	183	20,8	20,8	32,9
4 - 6 yıl	129	14,7	14,7	47,6
7- 9 yıl	100	11,4	11,4	59,0
10 yıldan fazla	360	41,0	41,0	100,0
Toplam	878	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan hastaların %12,1'i 1 yıldan az, %20,8'i 1 ila 3 yıl arasında, %14,7'si 4 ila 6 yıl arasında %11,4'ü 7 ila 9 yıl arasında, %41'i 10 yıldan fazla süredir kronik hastalıklarıyla ilgili düzenli olarak bir hastaneye başvurumaktadırlar.

Tablo 3.8: Hastaların Kronik Hastalıklarıyla İlgili Olarak En Son Düzenli Başvurdukları Hastaneye Göre Dağılımları

En Son Başvurulan Hastane	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Devlet Üniversitesi Hastanesi	266	30,3	30,3	30,3
Vakıf Üniversitesi Hastanesi	72	8,2	8,2	38,5
Devlet Hastanesi	388	44,2	44,2	82,7
Özel Hastane	152	17,3	17,3	100,0
Toplam	878	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan hastaların %30,3'ü devlet üniversitesi hastanesine, %8,2'si vakıf üniversitesi hastanesine, %44,2'si devlet hastanesine, %17,3'ü özel hastaneye kronik hastalıklarıyla ilgili en son düzenli olarak başvurmuşlardır.

Tablo 3.9: Hastaların Kronik Hastalıklarıyla İlgili Olarak En Son Düzenli Başvurdukları Hastaneyi Ziyaret Etme Süresine Göre Dağılımları

Son Hastane Ziyaret Süresi	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
1 yıldan az	167	19,0	19,0	19,0
1 - 3 yıl	232	26,4	26,4	45,4
4 - 6 yıl	149	17,0	17,0	62,4
7- 9 yıl	92	10,5	10,5	72,9
10 yıldan fazla	238	27,1	27,1	100,0
Toplam	878	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan hastaların %19'u'ı 1 yıldan az, %26,4'ü 1 ila 3 yıl arasında, %17'si 4 ila 6 yıl arasında %10,5'i 7 ila 9 yıl arasında, %27,1'i 10 yıldan fazla süredir kronik hastalıklarıyla ilgili en son düzenli olarak başvurdıkları hastaneyi ziyaret etmektedirler.

Tablo 3.10: Hastaların Kronik Hastalıklarına Göre Dağılımları

Kronik Hastalık	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Diyabet (Tip1 ve Tip2)	94	10,7	10,7	10,7
Boşaltım Sistemi Hastalıkları	45	5,1	5,1	15,8
Nörolojik Hastalıklar	101	11,5	11,5	27,3
Sindirim Sistemi Hastalıkları	114	13,0	13,0	40,3

Solunum Sistemi Hastalıkları	52	5,9	5,9	46,2
Kalp-Damar Sistemi Hastalıkları	153	17,4	17,4	63,7
Romatolojik Hastalıklar	113	12,9	12,9	76,5
Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	40	4,6	4,6	81,1
Cilt Hastalıkları	30	3,4	3,4	84,5
Ruh ve Sinir Hastalıkları	8	0,9	0,9	85,4
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	37	4,2	4,2	89,6
Kanser	51	5,8	5,8	95,4
Diğer	40	4,6	4,6	100,0
Toplam	878	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan hastaların %10,7'si diyabet hastası olup %5,1'nin boşaltım sistemi hastalıkları, %11,5'nin nörolojik hastalıklar, %13'nün sindirim sistemi hastalıkları, %5,9'unun solunum sistemi hastalıkları, %17,4'ünün kalp-damar sistemi hastalıkları, %12,9'unun romatolojik hastalıklar, %4,6'sının kas ve iskelet sistemi hastalıkları, %3,4'ünün cilt hastalıkları, %0,9'unun ruh ve sinir hastalıkları, %4,2'sinin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, %5,8'nin kanser, %4,6'sının diğer grubuna dahil kronik hastalığı bulunmaktadır. Birden fazla hastalık belirten katılımcıların yalnızca ilk belirttikleri hastalıkları araştırmaya dahil edilmiştir.

Tablo 3.11: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları

Cinsiyet	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Kadın	477	54,3	54,3	54,3

Erkek	401	45,7	45,7	100,0
Toplam	878	100,0	100,0	

Araştırmaya katılanların %54,3'ünü kadın, %45,7'sini erkek hastalar oluşturmaktadır.

Tablo 3.12: Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımları

Yaş	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
18-30	108	12,3	12,3	12,3
31-43	236	26,9	26,9	39,2
44-56	283	32,2	32,2	71,4
57 ve üstü	251	28,6	28,6	100,0
Toplam	878	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan hastaların %12,3'ü 18-30 yaş arasında, %26,9'u 31-43 yaş arasında, %32,2'si 44-56 yaş arasında, %28,6'sı ise 57 yaş üstü bireylerden oluşmaktadır.

Tablo 3.13: Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

Medeni Durum	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Evli	603	68,7	68,7	68,7
Bekar	275	31,3	31,3	100,0
Toplam	878	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan hastaların %68,7'si evli, %31,3'ü bekar bireylerden oluşmaktadır.

Tablo 3.14: Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımları

Eğitim Düzeyi	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
İlkokul	116	13,2	13,2	13,2
Ortaokul	76	8,7	8,7	21,9
Lise	192	21,9	21,9	43,7
Üniversite	371	42,3	42,3	86,0
Yüksek Lisans - Doktora	122	13,9	13,9	99,9
Diğer	1	0,1	0,1	100,0
Toplam	878	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan hastaların %13,2'si ilkokul, %8,7'si ortaokul, %21,9'u lise, %42,3'u üniversite, %13,9'u yüksek lisans -doktora, %0,1', diğer eğitim düzeyine sahiptir. Örneklemenin eğitim düzeyi yüksek bir yapıya sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 3.15: Hastaların Kişisel Aylık Gelirlerine Göre Dağılımları

Kişisel Aylık Gelir	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
0-8500TL	302	34,4	34,4	34,4
8501-17000TL	293	33,4	33,4	67,8
17001-25500TL	139	15,8	15,8	83,6
25501-34000TL	60	6,8	6,8	90,4
34001-42500TL	33	3,8	3,8	94,2
42501TL ve üstü	51	5,8	5,8	100,0
Toplam	878	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan hastaların %34,4'ü 0-8500 TL arası gelire, %33,4'ü 8501-17000 TL gelire, %15,8'i 17001-25500 arası gelire, %6,8'i 25501-34000 TL arası gelire, %3,8'i 34001-42500 arası gelire, %5,8'i 42501 TL ve üstü gelire sahiptir.

Tablo 3.16: Hastaların Kendilerini Koydukları Gelir Gruplarına Göre Dağılımları

Gelir Grubu	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Alt gelir	212	24,1	24,1	24,1
Alt – Orta arası gelir	256	29,2	29,2	53,3
Orta gelir	324	36,9	36,9	90,2
Orta – Üst arası gelir	75	8,5	8,5	98,7
Üst gelir	11	1,3	1,3	100,0
Toplam	878	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan hastaların %24,1'i kendisini alt gelir, %29,2'si kendisini alt-orta arası gelir, %36,9'u kendisini orta gelir, %8,5'i kendisini orta-üst arası gelir, %1,3'ü kendisini üst gelir grubu olarak tanımlıyor.

Tablo 3.17: Hastaların Meslek Gruplarına Göre Dağılımları

Meslek Grubu	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
İşçi	57	6,5	6,5	6,5
Esnaf	48	5,5	5,5	12,0
Emekli	238	27,1	27,1	39,1
Ev Hanımı	146	16,6	16,6	55,7
Öğrenci	28	3,2	3,2	58,9
İşsiz	22	2,5	2,5	61,4
Kamu Sektörü Çalışanı	153	17,4	17,4	78,8
Özel Sektör Çalışanı	186	21,2	21,2	100,0
Toplam	878	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan hastaların %6,5'i işçi, %5,5'i esnaf, %27,1'i emekli, %16,6'sı ev hanımı, %3,2'si öğrenci, %2,5'i işsiz, %17,4'ü kamu sektörü çalışanı, %21,2'si özel sektör çalışanı bireylerden oluşmaktadır.

3.3.2 Güvenilirliğinin ve Geçerliliğinin Sorgulanması

Araştırmanın bu bölümünde güvenilirlik ve geçerlilik sonuçları irdelenmektedir.

Bir ölçeğin geçerliliği kullanıldığı amacı doğrultusunda istenilen şeyi ölçüp ölçemediği ile ilgilidir (Gegez, 2015, s. 223). Kurtuluş'a (2010, s. 108) göre geçerlilik "bir ölçek sistematik hatadan arındığı ölçüde veya başka bir deyişle belli bir dönemde kişiler arasındaki gerçek farkları veya aynı kişi için zaman içindeki gerçek farkları yansıttığı ölçüde geçerli olacaktır. Sistematik hata, ölçeğin bizzat kendisinden, ölçeğin kullanıcısından, cevaplayıcılardan veya çevre koşullarından ötürü oluşabilir. Uygulamada gerçek değerleri bilme olanağımız çoğu kez olmadığından kullanılan ölçeğin geçerliliği hakkında bir yargıya varabilmek için başka standartları kullanmak gerekir".

Geçerliliği sorgulamanın en temel yöntemi doğrulayıcı faktör analizidir. Doğrulayıcı faktör analizinden önce keşfedici faktör analizi yapılarak bir model oluşturulmalı ve takiben modelin kabulünde veya test edilmesinde doğrulayıcı faktör analizi kullanılmalıdır (Akyüz, 2014).

Faktör analizinin iki türü bulunmaktadır. Keşfedici faktör analizinde "...araştırmacı değişkenlerin anlamlı ilgi düzeyleri ile gruplanması sonucu oluşan faktörleri içerikleri ve güçleri bakımından inceleyerek onlara yeni isimler verir ve faktörleri tanımlar. Doğrulayıcı faktör analizinde ise araştırmacı teoriden kaynaklanan veya araştırma varsayımlarına dayanan belli sayıda faktör oluşmasını bekleyerek belirlenen bu sayıda faktör oluşturacak şekilde veriyi işleme sokar" (Kurtuluş, 2010, s. 189-190)

Araştırmada toplanan veri setinin faktör analizine uygun olup olmadığına örnekleme yeterliliği değerleriyle karar verilir. Faktör analizi yapabilmek için öncelikle değişkenler arasında belli bir oranda ilişki bulunmalıdır. Bartlett Küresellik Testi (**Barlett Test of Sphericity**) değişkenler arasında yeterli ilişki olup olmadığını gösterir. Bartlett Küresellik Testi'nin p değeri 0,05 anlamlılık derecesinden küçük ise değişkenler arasında faktör analizi için yeterli ilişki vardır. Benzer şekilde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Örnekleme Yeterliliği ise örneklemin faktör analizine uygunluğunu test eder. KMO değeri 0 ile 1 arasında bir değer alır. KMO değerlerinin

kabul edilebilirlik düzeyleri Tablo 3.17’de gösterilmiştir (Durmuş, Yurtkoru, & Çinko, 2013, s. 79-80).

Tablo 3.18: KMO Değerleri ve Yorumları

KMO Değeri	Yorumu
0,80 ve yukarısı	Mükemmel
0,70 ve 0,80 arası	İyi
0,60 ve 0,70 arası	Orta
0,50 ve 0,60 arası	Kötü
0,50'den aşağı	Kabul edilmez

Kaynak: Durmuş, Beril, E. Serra Yurtkoru, and Murat Çinko. "Sosyal bilimlerde SPSS’le veri analizi (5. Baskı)." İstanbul: Beta Yayıncılık (2013). s.79-80

Bu testleri takiben anket boyutlarının bilgisini vermesi için açıklanan varyans oranı ve faktör yükleri ele alınır. Her bir faktörün açıkladığı kümülatif varyansın %60 olması istenmektedir (Kurtuluş, 2010, s. 190). Her bir değişken ile faktörün ilişkisini gösteren faktör yükleri için farklı kabuller vardır. Bazı araştırmacılar örnek sayısına göre alt sınırı 0,30’a kadar kabul ederken (Akyüz, 2014, s. 183), bazı araştırmacılar 0,50 faktör ağırlığı altını, bazıları ise 0,70 altını elemeye tabi tutar (Durmuş, Yurtkoru, & Çinko, 2013, s. 87). En son olarak elde edilen faktörler rotasyona tabi tutularak (bu araştırmada Varimax Rotasyonu kullanılmıştır) faktörler isimlendirilir.

3.3.2.1 Keşfedici Faktör Analizleri

Araştırma modelinin boyutları olan etkileşim 13 değişkenle, birlikte değer yaratma faaliyetleri 21 değişkenle, iyi oluş 14 değişkenle, tatmin 6 değişkenle, hizmet performansı 16 değişkenle, algılanan değer 29 değişkenle, davranışsal niyet 3 değişkenle ölçülmektedir. Keşfedici faktör analizi sonuçları da bu sırayla belirtilecektir.

Hastaların etkileşimlerini ölçmeyi amaçlayan 13 değişkenden oluşan ölçek keşfedici faktör analizine tabi tutulmuş ve analize devam edilip edilmeyeceğine karar vermek için KMO ve Bartlett Küresellik Testi sonuçları incelenmiştir. Bartlett Küresellik Testi .000 sonucu ile 0.05 anlamlılık derecesinden düşük olması neticesinde faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. KMO örnekleme

yeterliliği değeri 0,757 çıkmış ve örneklemenin yeterli olduğuna karar verilmiştir. Faktör yapısını bozucu, faktör ağırlığı 0,50 altında bir değişkene rastlanmamıştır. Etkileşim ile ilgili faktör analizi bulguları Tablo 3.19’da verilmiştir.

Tablo 3.19: Etkileşim Ölçeği ile İlgili Keşfedici Faktör Analizi Sonucu

	Hastane Emek	Hastane Samimiyet	Diğer	Aile ve Arkadaş
Etkileşim 5	0,926			
Etkileşim 6	0,893			
Etkileşim 4	0,863			
Etkileşim 2		0,926		
Etkileşim 3		0,900		
Etkileşim 1		0,827		
Etkileşim 12			0,893	
Etkileşim 11			0,857	
Etkileşim 13			0,810	
Etkileşim 8				0,810
Etkileşim 7				0,712
Etkileşim 10				0,592
Etkileşim 9				0,548
Toplam Açıklanan Varyans: %73,858 KMO: 0,757 Bartlett Küresellik Testi: 6137, 831 , p: 0,000 (sd:78)				

13 değişkenli etkileşim ölçeği %73,858 açıklanan varyans oranı ile 4 faktörden oluşmuştur. Varimax rotasyonu sonucu oluşan faktörlerden ilki hastanedeki doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personeli ile olan etkileşimdeki sarfedilen emeği belirten “hastane emek” (etkileşim 5, 6, 4), ikincisi doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personeli ile olan etkileşimdeki samimiyeti belirten “hastane samimiyet” (etkileşim 2, 3, 1), üçüncüsü hastane, aile ve arkadaş dışında kalan diğer kişileri belirten “diğer” (etkileşim 12, 11, 13) ve dördüncüsü de aile ve arkadaşlarla olan etkileşimi belirten “aile ve arkadaş” (etkileşim 8, 7, 10, 9) olarak isimlendirilmiştir. Teoride medikal personel, aile ve arkadaş, diğer olarak üç alt boyutu olan ölçeğin dört boyutta çıkmasının sebebinin ölçeğin Türkiye şartlarına adapte edilmesi için medikal personel

kavramının doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personeli olarak üç farklı değişkene bölünmesi olduğu tahmin edilmektedir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliğinin incelenmesinde, güvenilirlik analizinden yararlanılmıştır. Güvenilirlik analizinde alfa modelinden yararlanılacaktır. Cronbach alfa katsayısı 0,60 ila 0,80 arasında ise; ölçek oldukça güvenilir; 0,80 ila 1,00 aralığında ise yüksek derecede güvenilir kabul edilmektedir. Sosyal bilimlerde Cronbach alfa katsayısının keşfedici araştırmalar dışındaki araştırmalarda 0,70'den büyük olması istenir. Ancak soru sayısı az ise bu değer 0,60 ve üstü olarak kabul edilebilir (Durmuş, Yurtkoru, & Çinko, 2013, s. 89). Buradan hareketle güvenilirlik analizi neticesinde hastane emek(0,910), hastane samimiyet(0,878), diğer(0,850), aile ve arkadaş(0,681) faktörlerinin Cronbach's alfa değerlerinin oldukça güvenilir olduğu söylenebilir.

Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerini ölçmeyi amaçlayan 21 değişkenden oluşan ölçek keşfedici faktör analizine tabi tutulmuş ve analize devam edilip edilmeyeceğine karar vermek için KMO ve Bartlett Küresellik Testi sonuçları incelenmiştir. Bartlett Küresellik Testi .000 sonucu ile 0.05 anlamlılık derecesinden düşük olması neticesinde faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. KMO örnekleme yeterliliği değeri 0,873 çıkmış ve örneklemenin yeterli olduğuna karar verilmiştir. Faktör yapısını bozucu bir değişkene rastlanmamıştır. Birlikte değer yaratma faaliyetleri ile ilgili faktör analizi bulguları Tablo 3.20'de verilmiştir.

Tablo 3.20: Birlikte Değer Yaratma Faaliyetleri Ölçeği ile İlgili Keşfedici Faktör Analizi Sonucu

	Temel Hasta Faaliyetleri	Diyet ve Egzersiz	Bilgi Harmanlama	Yaşam Tarzı Değişimi	Birlikte Üretme	Dikkat Yöneltilme
Faal 7	0,752					
Faal 5	0,726					
Faal 4	0,672					
Faal 8	0,663					
Faal 6	0,649					

Faal 9	0,636					
Faal 14		0,886				
Faal 13		0,832				
Faal 15		0,822				
Faal 16		0,791				
Faal 11			0,880			
Faal 12			0,864			
Faal 10			0,843			
Faal 18				0,890		
Faal 17				0,824		
Faal 19				0,755		
Faal 2					0,808	
Faal 3					0,788	
Faal 1					0,580	
Faal 20						0,910
Faal 21						0,884
Toplam Açıklanan Varyans: %73,762 KMO: 0,873 Bartlett Küresellik Testi: 10749,676 p: 0,000 (sd:210)						

21 değişkenli birlikte değer yaratma faaliyetleri ölçeği %73,762 açıklanan varyans oranı ile 6 faktörden oluşmuştur. Varimax rotasyonu sonucu oluşan faktörlerden ilki hastanın hastalığı için bulunduğu temel faaliyetleri belirten “temel hasta faaliyetleri” (faaliyet 7, 5, 4, 8, 6, 9), ikincisi gündelik yaşamdaki beslenme ve hareketi belirten “diyet ve egzersiz” (faaliyet 14, 13, 15, 16), üçüncüsü birincil bilgi kaynakları dışında ikincil bilgi kaynaklarını da kullandığını, hastanın hastalığı ile ilgili araştırma yaptığını belirten “bilgi harmanlama” (faaliyet 11, 12, 10), dördüncüsü günlük yaşantısında hastalığına bağlı olarak yaptığı değişimleri belirten “yaşam tarzı değişimi” (faaliyet 18, 17, 19), beşincisi hastanın tedavisi ile ilgili kararlarda hekimle birlikte ortak karar almasını belirten “birlikte üretme” (faaliyet 2, 3, 1) altıncısı ise hastanın sağlık durumunu düşünmemek adına başka şeylerle uğraşma faaliyetini tanımlayan “dikkat yöneltme” (faaliyet 20, 21) olarak isimlendirilmiştir. Literatürde ölçek 7 boyutlu olup bu çalışmada “temel sağlık direktiflerine uyum” ve “birlikte öğrenme” boyutları “temel hasta faaliyetleri” altında birleşerek tek boyutta toplanmıştır. Güvenilirlik analizi sonuçları temel hasta faaliyetleri(0,837), diyet ve

egzersiz(0,904), bilgi harmanlama(0,920), yaşam tarzı değişimi(0,869), birlikte üretme(0,702), dikkat yöneltme(0,848) faktörlerinin Cronbach's alfa değerlerinin oldukça güvenilir olduğu söylenebilir.

Hastaların iyi oluşlarını ölçmeyi amaçlayan 14 değişkenden oluşan ölçek keşfedici faktör analizine tabi tutulmuş ve analize devam edilip edilmeyeceğine karar vermek için KMO ve Bartlett Küresellik Testi sonuçları incelenmiştir. Bartlett Küresellik Testi .000 sonucu ile 0.05 anlamlılık derecesinden düşük olması neticesinde faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. KMO örnekleme yeterliliği değeri 0,881 çıkmış ve örnekleminin yeterli olduğuna karar verilmiştir. Faktör yapısını bozucu bir değişkene rastlanmamıştır. İyi oluş ile ilgili faktör analizi bulguları Tablo 3.21’de verilmiştir.

Tablo 3.21: İyi Oluş Ölçeği ile İlgili Keşfedici Faktör Analizi Sonucu

	Psikolojik İyi Oluş	Varoluşsal İyi Oluş	Destek/Sosyal İyi Oluş
IyiOlus 4	0,884		
IyiOlus 3	0,868		
IyiOlus 2	0,848		
IyiOlus 5	0,781		
IyiOlus 8		0,739	
IyiOlus 7		0,692	
IyiOlus 10		0,677	
IyiOlus 9		0,665	
IyiOlus 6		0,514	
IyiOlus 1		0,396	
IyiOlus 12			0,843
IyiOlus 13			0,826
IyiOlus 11			0,594
IyiOlus 14			0,453
Toplam Açıklanan Varyans: %59,555 KMO: 0,881 Bartlett Küresellik Testi: 4926,076 p: 0,000 (sd:91)			

14 değişkenli iyi oluş ölçęęi %59,555 açıklanan varyans oranı ile 3 faktörden oluşmuştur. Varimax rotasyonu sonucu oluşan faktörlerden ilki hastanın psikolojik durumu ile ilgili olan “psikolojik iyi oluş” (iyiolus 4, 3, 2, 5), ikincisi varoluşsal değerlendirmeleri ile ilgili olan “varoluşsal iyi oluş” (iyiolus 8, 7, 10, 9, 6, 1) üçüncüsü çevreden aldığı desteği ve sosyal olarak hislerini belirten “destek/sosyal iyi oluş” (iyi oluş 12, 13, 11, 14) olarak isimlendirilmiştir. Literatürdeki ölçek fiziksel iyi oluşu tek değişken ile, psikolojik iyi oluşu 4 değişken ile, varoluşsal iyi oluşu 6 değişken ile, destek/sosyal iyi oluşu ise 3 değişken ile ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu araştırmada ise literatürde varoluşsal iyi oluş faktörüne dahil olan İyiOlus 11 değişkeni destek/sosyal iyi oluş faktörüne, fiziksel iyi oluş faktörünü dahil olan İyiOlus 1 değişkeni ise varoluşsal iyi oluş faktörüne dahil olmuştur. Faktör isimleri literatürdeki gibi kabul edilmiştir. Güvenilirlik analizi sonuçları psikolojik iyi oluş (0,884), varoluşsal iyi oluş (0,768), destek/sosyal iyi oluş (0,755) faktörlerinin Cronbach’s alfa değerlerinin oldukça güvenilir olduğu söylenebilir.

Hastaların tatmin boyutunu ölçmeyi amaçlayan 6 değişkendten oluşan ölçek keşfedici faktör analizine tabi tutulmuş ve analize devam edilip edilmeyeceğine karar vermek için KMO ve Bartlett Küresellik Testi sonuçları incelenmiştir. Bartlett Küresellik Testi .000 sonucu ile 0.05 anlamlılık derecesinden düşük olması neticesinde faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. KMO örnekleme yeterliliği değeri 0,880 çıkmış ve örneklemenin yeterli olduğuna karar verilmiştir. Faktör yapısını bozucu bir değişkene rastlanmamıştır. Tatmin ile ilgili faktör analizi bulguları Tablo 3.22’de verilmiştir.

Tablo 3.22: Tatmin Ölçeği ile İlgili Keşfedici Faktör Analizi Sonucu

	Tatmin
Tatmin 3	0,929
Tatmin 4	0,912
Tatmin 2	0,895
Tatmin 1	0,884
Tatmin 5	0,852
Tatmin 6	0,801

Toplam Açıklanan Varyans: %77,405
KMO: 0,880
Bartlett Küresellik Testi: 5178,120 , p: 0,000 (sd:15)

6 değişkenli tatmin ölçeği %77,405 açıklanan varyans oranı ile literatüre uygun olarak tek faktörden oluşmuştur. Tatmin ölçeğinin 0,941 Cronbach's alfa değerinin oldukça güvenilir olduğu söylenebilir.

Hastaların hastaların hizmet performansı algısını ölçmeyi amaçlayan 16 değişkenden oluşan ölçek keşfedici faktör analizine tabi tutulmuş ve analize devam edilip edilmeyeceğine karar vermek için KMO ve Bartlett Küresellik Testi sonuçları incelenmiştir. Bartlett Küresellik Testi .000 sonucu ile 0.05 anlamlılık derecesinden düşük olması neticesinde faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. KMO örnekleme yeterliliği değeri 0,958 çıkmış ve örneklemenin yeterli olduğuna karar verilmiştir. Faktör yapısını bozucu bir değişkene rastlanmamıştır. Hizmet performansı ile ilgili faktör analizi bulguları Tablo 3.23'te verilmiştir.

Tablo 3.23: Hizmet Performansı Ölçeği ile İlgili Keşfedici Faktör Analizi Sonucu

	Soyut Hizmet Performansı	Somut Hizmet Performansı
HizPer 10	0,852	
HizPer 13	0,836	
HizPer 11	0,826	
HizPer 15	0,823	
HizPer 12	0,795	
HizPer 6	0,788	
HizPer 5	0,765	
HizPer 9	0,759	
HizPer 16	0,678	
HizPer 8	0,659	
HizPer 14	0,656	
HizPer 4	0,582	
HizPer 2		0,837
HizPer 1		0,762
HizPer 3		0,715

HizPer 7		0,427
Toplam Açıklanan Varyans: %66,905 KMO: 0,958 Bartlett Küresellik Testi: 11313,361 , p: 0,000 (sd:120)		

16 değişkenli hizmet performansı ölçeği faktör analizine tabi tutulmuş ve %66,905 açıklanan varyans oranıyla iki farklı boyuta ayrılmıştır. Literatürde somut, güvenilirlik, cevap verebilirlik, güven verme ve empati alt boyutlarından oluşan hizmet performansı ölçeği bu araştırmada iki alt boyuta ayrılmıştır. Somut alt boyutu literatürdeki gibi ayrılmış ve ek olarak da orijinal ölçekte güvenilirlik alt boyutunda olan HizPer7 değişkeni bu boyuta yüklenmiş olup “somut hizmet performansı” (HizPer 2, 1, 3, 7) olarak adlandırılmış, kalan bütün alt boyutlar tek bir alt boyut altında birleşmiş ve “soyut hizmet performansı” (HizPer 10, 13, 11, 15, 12, 6, 5, 9, 16, 8, 14, 4) olarak adlandırılmıştır. Güvenilirlik analizi sonuçları somut hizmet performansı (0,765) ve soyut hizmet performansı (0,957) faktörlerinin Cronbach’s alfa değerlerinin oldukça güvenilir olduğu söylenebilir.

Hastaların algıladıkları değeri ölçmeyi amaçlayan 29 değişkenden oluşan ölçek keşfedici faktör analizine tabi tutulmuş ve analize devam edip edilmeyeceğine karar vermek için KMO ve Bartlett Küresellik Testi sonuçları incelenmiştir. Bartlett Küresellik Testi .000 sonucu ile 0.05 anlamlılık derecesinden düşük olması neticesinde faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. KMO örneklemeye yeterliliği değeri 0,957 çıkmış ve örneklemenin yeterli olduğuna karar verilmiştir. Faktör yapısını bozucu bir değişkene rastlanmamıştır. Algılanan değer ile ilgili faktör analizi bulguları Tablo 3.24’te verilmiştir.

Tablo 3.24: Algılanan Değer (GLOVAL) Ölçeği ile İlgili Keşfedici Faktör Analizi Sonucu

	Hizmet Sunum Kalitesi	Tesis ve Donanım	Duygusal Değer	Sosyal Değer	Fiyat
AlgDeg 8	0,839				
AlgDeg 9	0,834				
AlgDeg 7	0,816				

AlgDeg 10	0,791				
AlgDeg 11	0,695				
AlgDeg 12	0,557				
AlgDeg 13	0,546				
AlgDeg 6	0,535				
AlgDeg 14	0,499				
AlgDeg 15	0,484				
AlgDeg 4		0,868			
AlgDeg 3		0,854			
AlgDeg 2		0,784			
AlgDeg 5		0,769			
AlgDeg 1		0,668			
AlgDeg 22			0,781		
AlgDeg 23			0,774		
AlgDeg 20			0,668		
AlgDeg 21			0,659		
AlgDeg 24			0,637		
AlgDeg 19			0,552		
AlgDeg 25			0,433		
AlgDeg 28				0,849	
AlgDeg 29				0,811	
AlgDeg 27				0,578	
AlgDeg 26				0,531	
AlgDeg 17					0,805
AlgDeg 16					0,732
AlgDeg 18					0,608
Toplam Açıklanan Varyans: %70,930 KMO: 0,957 Bartlett Küresellik Testi: 21595,941 , p: 0,000 (sd:406)					

29 değişkenli algılanan değer ölçeği faktör analizine tabi tutulmuş ve %70,930 açıklanan varyans oranıyla beş farklı boyuta ayrılmıştır. Literatürdeki orijinal ölçekte fonksiyonel değer-tesis ve donanım, fonksiyonel değer-profesyonellik, fonksiyonel değer-kalite, fonksiyonel değer-fiyat, duygusal değer ve sosyal değer alt boyutları bulunmaktadır. Faktör analizi neticesinde fonksiyonel değer-profesyonellik ve fonksiyonel değer-kalite alt boyutları birleşerek tek boyutta toplanmış ve ek olarak literatürde fonksiyonel değer-tesis ve donanım alt boyutunda olan bir değişken de

(AlgDeg 6) aynı alt boyuta yüklenmiştir. Bu alt boyuta “hizmet sunum kalitesi” (AlgDeg 8, 9, 7, 10, 11, 12, 13, 6, 14, 15) adı verilmiştir. Diğer boyutlar orijinal ölçek ile birebir aynı çıkmıştır ve aynı isimlendirilmiştir. Güvenilirlik analizi sonuçları hizmet sunum kalitesi(0,937), tesis ve donanım(0,914), duygusal değer(0,931), sosyal değer(0,783), fiyat(0,721) faktörlerinin Cronbach’s alfa değerlerinin oldukça güvenilir olduğu söylenebilir.

Hastaların davranışsal niyetlerini ölçmeyi amaçlayan 3 değişkenden oluşan ölçek keşfedici faktör analizine tabi tutulmuş ve analize devam edilip edilmeyeceğine karar vermek için KMO ve Bartlett Küresellik Testi sonuçları incelenmiştir. Bartlett Küresellik Testi .000 sonucu ile 0.05 anlamlılık derecesinden düşük olması neticesinde faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. KMO örnekleme yeterliliği değeri 0,735 çıkmış ve örneklemenin yeterli olduğuna karar verilmiştir. Faktör yapısını bozucu bir değişkene rastlanmamıştır. Davranışsal niyet ile ilgili faktör analizi bulguları Tablo 3.25’te verilmiştir.

Tablo 3.25: Davranışsal Niyet Ölçeği ile İlgili Keşfedici Faktör Analizi Sonucu

	Davranışsal Niyet
DavNiy 2	0,933
DavNiy 1	0,931
DavNiy 3	0,884
Toplam Açıklanan Varyans: %83,944	
KMO: 0,735	
Bartlett Küresellik Testi: 1776,633 , p: 0,000 (sd:3)	

3 değişkenli davranışsal niyet ölçeği %83,944 açıklanan varyans oranı ile literatüre uygun olarak tek faktörden oluşmuştur. Tatmin ölçeğinin 0,903 Cronbach’s alfa değerinin oldukça güvenilir olduğu söylenebilir.

3.3.2.2 Doğrulayıcı Faktör Analizleri

Araştırmanın bu bölümünde keşfedici faktör analizleri neticesinde ortaya çıkan faktörler doğrulayıcı faktör analizlerine tabi tutulacaktır. Doğrulayıcı faktör analizinin

yapılacak olmasındaki amaç araştırmada yapısal eşitlik modellemesi (YEM) kullanılacak olmasıdır.

YEM geleneksel istatistikî analizlerin aksine, analizi parçalar için değil modelin bütünü için yapar. Varyans analizi, t testi, regresyon, korelasyon gibi analizler iki değişken arasındaki farkları ve ilişkileri tespit etmek için kullanılırken YEM modelin tamamı ve modeli oluşturan parçalar hakkında bilgi edinmek için kullanılır (Nakip & Yaraş, 2017, s. 441). YEM birçok değişken arasındaki nedensel ilişkileri tek model üzerinde test eder ve çoklu regresyon, doğrulayıcı faktör analizi gibi birçok analizi aynı anda yapabilir (Kurtuluş, 2010, s. 194).

YEM için literatürde tek-adım modellemesi, iki-adım modellemesi ve dört-adım modellemesi olmak üzere üç farklı modelleme stratejisi vardır. Bunlardan en çok önerilen önce doğrulayıcı faktör analizinin yapıldığı daha sonra da modelin test edildiği iki-adım modellemesidir. Tek adım modellemesinin tavsiye edilmemesinin nedeni tüm bileşenlerin tek seferde analize sokulması ve ölçümler tek seferde yapılmasıdır. Bu yol izlendiğinde modelde zayıf bir uyum çıkarsa bu zayıflığın nereden kaynaklandığını bilmek imkansızdır. Dört-adım modellemesi ise daha uzun çalışma serilerinin olduğu, daha fazla doğrulayıcı faktör analizinin yapıldığı ve her faktörde en az dört değişkenin olması gereken bir modelleme olduğu için kullanım amacı farklıdır (Kline, 2023, s. 265-268).

Bu araştırmadaki YEM sürecinde tavsiye edildiği gibi iki-adım modellemesi kullanılacaktır. Bu sebeple keşfedici faktör analizi neticesinde ortaya çıkan faktörler IBM SPSS AMOS 24.0.0 programı ile doğrulayıcı faktör analizine sokularak geçerlilikleri testleri yapılacak ardında da YEM uygulamasına geçilecektir.

Doğrulayıcı faktör analizinde analize tabi tutulan faktörlerin bir sonraki aşamaya geçip geçmeyeceğinin kararı uyum indeksleri aracılığı ile verilir. Uyum indeksleri modelin veriyi ne kadar iyi açıkladığı hakkında bilgi verir. Birçok uyum indeksi olmakla beraber en çok kullanılan uyum ölçümü ki-karedir. Ki-kare testinin önerilen modelin veriye mükemmel şekilde uyumlu olup olmadığını; diğer indekslerin ise modelin veriye bir dereceye kadar uyumlu olup olmadığı örneklem büyüklüğünden bağımsız olarak sağladığını belirtir (West, Wu, McNeish, & Savord, 2023, s. 184). Ki-

kare serbestlik derecesi ile birlikte kullanılarak modelin doğru olma olasılığını belirler. Her ne kadar ki-kare en çok tercih edilen uyum indeksi olsa da mükemmel değildir. Bu sebeple başka uyum indeksleri de geliştirilmiştir (Keith, 2019, s. 308-309). Hatta bu indekslerin sayısı düzinelerle ifade edilmektedir (Kline, 2023, s. 164). Tablo 3.26’da bu indekslerin en çok kullanılanları verilmiştir.

Tablo 3.26: Kovaryans Yapı Modelleri için Uyum İndeksleri

Uyum İndeksi	Teorik Sınırı	Tavsiye Edilen Kabul Kriteri
X^2 (Ki-kare)	≥ 0	$p < 0,05$
X^2 / df (Ki-kare / serbestlik derecesi)	> 0	< 5
GFI (Goodness-of-fit index;)	0 - 1	$> 0,95$
AGFI (Adjusted goodness-of-fit index)	0 - 1	Kabul kriteri belirtilmemiştir
GFI* (Revised GFI)	0 - 1	$> 0,95$
AGFI* (Revised AGFI)	0 - 1	Kabul kriteri belirtilmemiştir
RMR (Root mean square residual)	> 0	Kabul kriteri belirtilmemiştir
SRMR (Standardized root mean square residual)	> 0	$< 0,08$
RMSEA (Root mean square error of approximation)	> 0	$< 0,06$
TLI (Tucker–Lewis index)	0 - 1	$> 0,95$
NFI (Normed fit index)	0 - 1	$> 0,95$
IFI (Incremental fit index)	> 0	$> 0,95$

RNI (Relative noncentrality index)	>0	> 0,95
CFI (Comparative fit index)	0 - 1	> 0,95

Kaynak: West, S. G., Wu, W., McNeish, D., & Savord, A. (2023). Model Fit in structural Equation Modeling. R. H. Hoyle içinde, Handbook of Structural Equation Modeling(2nd Edition) (s. 184-205). New York: The Guilford Press.s.187

Tablo 3,26’da belirtilen kabul kriterleri için farklı öneriler de bulunmaktadır. Örneğin RMSEA indeksi için 0,05 değerinin altının mükemmel yakın uyum, 0,08 değerinin altının iyi bir uyum olduğu belirtilmektedir (Keith, 2019, s. 311). Bir diğer kabule göre ise AGFI’nin 0,85 üstü ve GFI’nın 0,90 üstü değerlerinin uygun olduğu yönündedir (İlhan & Çetin, 2014, s. 31). Öte yandan CFI için kabul edilebilir değerin 0,90 olduğu yönünde görüş de vardır (Gürbüz, 2021, s. 38).

Tablo 3.26’da verilen indekslere ek olarak istatistik analiz yapan programlarda bir çıktı olarak verilen Hoelter’s indeksi de mevcuttur. Hoelter’s indeksinin bu tabloda olmamasının sebebi bir model uyum indeksi olmasından ziyade örneklem büyüklüğünün yeterliliği üzerine bir hesaplama yapmasıdır. Net bir amaç belirtilecek olursa Hoelter’s indeksi ki-kare model uyumu testi için örneklem büyüklüğü yeterliliğini belirlemektir. 200 üzeri bir değer örneklem büyüklüğünün modeli temsil için yeterli kabul edilmektedir (Byrne, 2016, s. 101).

Tablo 3.26’da belirtilen “tavsiye edilen kabul kriterleri” bir öneri niteliğindedir. Tek bir kriterden yola çıkarak ve kabul kriterine dayanarak “model uyumunun kabulü veya reddi için yeterli” demek yanlıştır. Bu kabul kriterlerinin mutlak kabulü hipotezin mutlak kabulü veya reddi açısından tehlikelerle dolu olabilir çünkü tavsiye edilen kabul kriterleri tavsiye edenlerin çalışmaları ile sınırlıdır (West, Wu, McNeish, & Savord, 2023, s. 192). Örneğin GFI ve AGFI uyum indeksi yaratıcıları tarafından sırf insanlar istediği için LISREL programına eklendiği söylenmiş ve asıl ihtiyacın sadece ki-kare olduğu yönünde görüş belirtilmiştir (Sörbom, 2001, s. 10).

Literatürde tek bir indeks ve tek bir kabul kriteri ile doğrulayıcı faktör analizinin model kabulü konusunda görüş birliği bulunmamaktadır. Hangi indekslerin

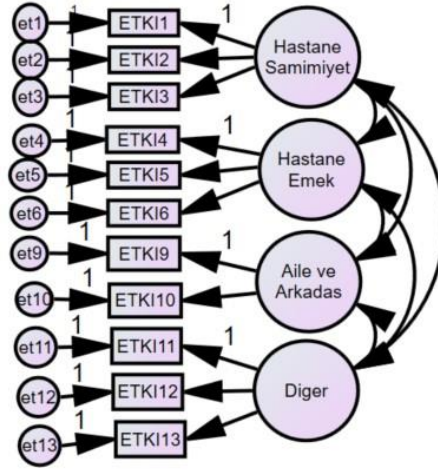
kullanılması gerekliliği ile ilgili de bir görüş birliğine varılamamıştır. Kline (2023, s. 165) RMSEA, CFI, SRMR indekslerini önerir. Keith (2019, s. 326-328) tekli modellerde ki-kare konusunda kararsız olduğunu ama RMSEA, SRMR, CFI veya TLI'ı, karşılaştırmalı modellerde ise ki-kareyi kullanışlı bulduğunu ve AIC, BIC ve aBIC'i tavsiye etmektedir. Byrne (2016, s. 102) tek bir indekse bağlı kalmanın güvenli olmayacağını ancak hangi indeksleri seçeceğinin araştırmacının sorumluluğunda olduğunu söyler. West vd. (2023, s. 191) literatürde en çok kullanılan indekslerin SRMR, RMSEA, TLI, CFI/RNI olduğunu ancak araştırmacının kendi indekslerini seçmekte ve model uyum kabulünde sorumluluğu üstlenmesi gerektiğini belirtir. Gürbüz (2021, s. 40) ise büyük örneklem setlerinde ($N > 250$) X^2 ve buna ait p değeri, CMIN/DF, CFI, SRMR, RMSEA uyum indekslerinin raporlanmasını uygun bulur.

Literatürde uyum ile ilgili bilgilerden hareketle doğrulayıcı faktör analizine sokulan ölçeklerin çıktıları gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra aşağıda verilmiştir. Çıktıları verilecek indeksler literatürdeki tavsiyeler ışığında CMIN/DF, RMSEA, SRMR, CFI, GFI, AGFI ve Hoelter's index olarak belirlenmiştir.

Uyum indekslerine ek olarak göz önünde bulundurulması gereken değerler, değişkenlerin standartlaştırılmış regresyon ağırlığı (SRA), standart hata (SH) (S_e), kritik oran (KO) (**C.R.**) (z değeri) ve anlamlılık düzeyi (AD) (**P**) değerleridir. SRA değerleri için 0,5 üzeri mükemmel, 0,5-0,4 arası çok iyi, 0,4-0,3 arası iyi, 0,3-0,2 arası kabul edilebilir, 0,2-0,1 arası zayıf kabul edilmektedir (Kline, 2023, s. 239). KO değerlerinin 2 üzerinde olması anlamlıdır (Keith, 2019, s. 354).

Araştırma modelinde hastaların etkileşimlerini ölçmeyi amaçlayan 13 değişkenden oluşan ölçek doğrulayıcı faktör analizine (DFA) tabi tutulmuş ve şekil 3.2'deki model elde edilmiştir.

Şekil 3.2: Etkileşim Ölçeğinin DFA Sonrası Görünümü



Tablo 3.27: Etkileşim Ölçeğinin Model Uyum İndeks Değerleri

Ölçüm Modeli	P	CMIN / DF	RMSEA	SRMR
Etkileşim	0,000	3,801	0,057	0,0358
CFI	GFI	AGFI	Hoelter 0,05	Hoelter 0,01
0,981	0,971	0,949	325	372

Yapılan analiz neticesinde ETKI7 ve ETKI8'in standartlaştırılmış regresyon ağırlıklarının (0,376 ve 0,421) 0,5 altında olduğu görülmüş ve kareleştirilmiş çoklu korelasyonlar(R^2)(0,093 ve 0,087) katsayısı 0,25 değerinin altındaki değerlerin zayıf kabul edilmesi gerektiği (Jr, Black, Babin, & Anderson, 2019, s. 780) görüşünden hareketle modelden çıkarılmıştır. Tablo 3.27'de etkileşim ölçeğinin iyileştirmeler sonucu uyum indeksi değerleri görülmektedir. Uyum indeksi değerleri incelendiğinde CMIN/DF=3,801, RMSEA=0,057, SRMR=0,0358, CFI=0,981, GFI=0,949, AGFI=0,949 ve Hoelter endeksi %95 güven aralığında 325 değerlerine ulaşılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu ve model uyum değerlerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 3.28: Etkileşim Ölçeği Değişkenlerinin Parametre Değerleri

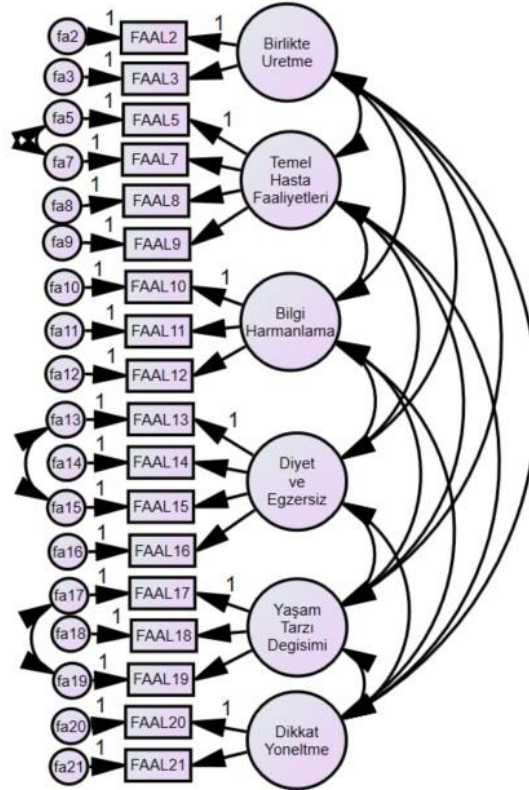
Gizli Değişken	Gözlenen Değişken	SRA	SH	KO	P
Hastane Samimiyet	ETKI1	0,699			

	ETKI2	0,960	0,059	24,290	0,000
	ETKI3	0,867	0,053	24,262	0,000
Hastane Emek	ETKI4	0,799			
	ETKI5	0,961	0,035	32,958	0,000
	ETKI6	0,884	0,034	31,001	0,000
Aile ve Arkadaş	ETKI9	0,835			
	ETKI10	0,708	0,061	14,284	0,000
Diğer	ETKI11	0,836			
	ETKI12	0,908	0,040	27,037	0,000
	ETKI13	0,693	0,031	21,980	0,000

Tablo 3.28’de etkileşim ölçeğine ait DFA sonrası çıktılar görülmektedir. SRA, SH, KO ve P değerlerinin uygun olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma modelinde hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerini ölçmeyi amaçlayan 21 değişkenden oluşan ölçek DFA’ya tabi tutulmuş ve şekil 3.3’deki model elde edilmiştir.

Şekil 3.3: Birlikte Değer Yaratma Faaliyetleri Ölçeğinin DFA Sonrası Görünümü



Tablo 3.29: Birlikte Değer Yaratma Faaliyetleri Ölçeğinin Model Uyum İndeks Değerleri

Ölçüm Modeli	P	CMIN / DF	RMSEA	SRMR
Birlikte Değer Yaratma Faaliyetleri	0,000	2,677	0,044	0,032
CFI	GFI	AGFI	Hoelter 0,05	Hoelter 0,01
0,979	0,962	0,944	402	436

Yapılan analiz neticesinde FAAL1'in diğer faktörlere de yüklenmesi, FAAL4 ve FAAL6'nın standartlaştırılmış artık kovaryans değerlerinin sorunlu olması (Gürbüz, 2021, s. 44) (>2,58) nedeniyle modelden çıkarılmıştır. Tablo 3.29'da birlikte değer yaratma faaliyetleri ölçeğinin DFA sonrası değerleri görülmektedir. Uyum indeksi değerleri incelendiğinde CMIN/DF=2,677, RMSEA=0,044, SRMR=0,0320, CFI=0,979, GFI=0,962, AGFI=0,944 ve Hoelter endeksi %95 güven aralığında 402 değerlerine ulaşılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu ve model uyum değerlerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu anlaşılmıştır. Bu değerlere Şekil 3.3'te görülen çizilmiş kovaryanslar sonucu ulaşılmıştır.

Tablo 3.30: Birlikte Değer Yaratma Faaliyetleri Ölçeği Değişkenlerinin Parametre Değerleri

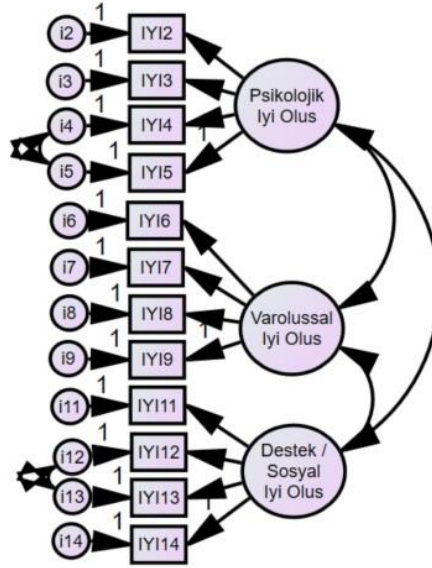
Gizli Değişken	Gözlenen Değişken	SRA	SH	KO	P
Birlikte Üretme	FAAL2	0,712			
	FAAL3	0,735	0,095	10,979	0,000
Temel Hasta Faaliyetleri	FAAL5	0,506			
	FAAL7	0,696	0,075	15,458	0,000
	FAAL8	0,846	0,084	14,514	0,000
	FAAL9	0,822	0,089	14,428	0,000
Bilgi Harmanlama	FAAL10	0,836			
	FAAL11	0,932	0,034	35,692	0,000
	FAAL12	0,912	0,036	34,827	0,000
Diyet ve Egzersiz	FAAL13	0,910			
	FAAL14	0,888	0,027	35,325	0,000

	FAAL15	0,862	0,029	31,137	0,000
	FAAL16	0,736	0,033	26,337	0,000
Yaşam Tarzı Değişimi	FAAL17	0,906			
	FAAL18	0,797	0,042	21,115	0,000
	FAAL19	0,909	0,036	25,732	0,000
Dikkat Yönelme	FAAL20	0,798			
	FAAL21	0,923	0,078	15,182	0,000

Tablo 3.30’da birlikte değer yaratma ölçeğine ait DFA sonrası çıktılar görülmektedir. SRA, SH, KO ve P değerlerinin uygun olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma modelinde iyi oluşu ölçmeyi amaçlayan 14 değişkenden oluşan ölçek DFA’ya tabi tutulmuş ve şekil 3.4’teki model elde edilmiştir.

Şekil 3.4: İyi Oluş Ölçeğinin DFA Sonrası Görünümü



Tablo 3.31: İyi Oluş Ölçeğinin Model Uyum İndeks Değerleri

Ölçüm Modeli	P	CMIN / DF	RMSEA	SRMR
İyi Oluş	0,000	2,286	0,038	0,0337
CFI	GFI	AGFI	Hoelter 0,05	Hoelter 0,01
0,986	0,979	0,967	520	587

Literatürde de tek boyut olarak fiziksel iyi oluşu ölçmeyi amaçlayan IYI1 değişkeni DFA’da uyum bozucu değerleri sebebiyle, IYI10’un standartlaştırılmış regresyon ağırlığının(0,334) 0,5 altında olduğu görülmesi ve kareleştirilmiş çoklu korelasyonlar(R^2)(0,111) katsayısı 0,25 değerinin altındaki değerlerin zayıf kabul edilmesi gerektiği (Jr, Black, Babin, & Anderson, 2019, s. 780) görüşünden hareketle modelden çıkarılmıştır. Tablo 3.31’de iyi oluş ölçeğinin DFA sonrası değerleri görülmektedir. Uyum indeksi değerleri incelendiğinde CMIN/DF=2,286, RMSEA=0,038, SRMR=0,0337, CFI=0,986, GFI=0,979, AGFI=0,967 ve Hoelter endeksi %95 güven aralığında 520 değerlerine ulaşılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu ve model uyum değerlerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu anlaşılmıştır. Bu değerlere Şekil 3.4’te görülen çizilmiş kovaryanslar sonucu ulaşılmıştır.

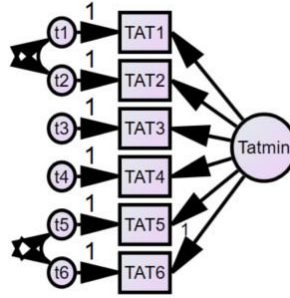
Tablo 3.32: İyi Oluş Ölçeği Değişkenlerinin Parametre Değerleri

Gizli Değişken	Gözlenen Değişken	SRA	SH	KO	P
Psikolojik İyi Oluş	IYI2	0,835	0,056	20,551	0,000
	IYI3	0,856	0,058	20,802	0,000
	IYI4	0,848	0,049	24,163	0,000
	IYI5	0,673			
Varoluşsal İyi Oluş	IYI6	0,518	0,066	13,404	0,000
	IYI7	0,758	0,064	18,438	0,000
	IYI8	0,819	0,063	19,254	0,000
	IYI9	0,669			
Destek / Sosyal İyi Oluş	IYI11	0,682	0,112	13,189	0,000
	IYI12	0,654	0,112	12,797	0,000
	IYI13	0,621	0,115	12,389	0,000
	IYI14	0,547			

Tablo 3.32’de iyi oluş ölçeğine ait DFA sonrası çıktılar görülmektedir. SRA, SH, KO ve P değerlerinin uygun olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma modelinde hasta tatminini ölçmeyi amaçlayan 6 değişkenden oluşan ölçek DFA’ya tabi tutulmuş ve şekil 3.5’teki model elde edilmiştir.

Şekil 3.5: Tatmin Ölçeğinin DFA Sonrası Görünümü



Tablo 3.33: Tatmin Ölçeğinin Model Uyum İndeks Değerleri

Ölçüm Modeli	P	CMIN / DF	RMSEA	SRMR
Tatmin	0,005	2,900	0,047	0,0097
CFI	GFI	AGFI	Hoelter 0,05	Hoelter 0,01
0,997	0,993	0,978	608	799

Tablo 3.33'te tatmin ölçeğinin DFA sonrası değerleri görülmektedir. Uyum indeksi değerleri incelendiğinde CMIN/DF=2,900, RMSEA=0,047, SRMR=0,0097, CFI=0,997, GFI=0,993, AGFI=0,978 ve Hoelter indeksi %95 güven aralığında 608 değerlerine ulaşılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu ve model uyum değerlerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu anlaşılmıştır. Bu değerlere Şekil 3.5'te görülen çizilmiş kovaryanslar sonucu ulaşılmıştır.

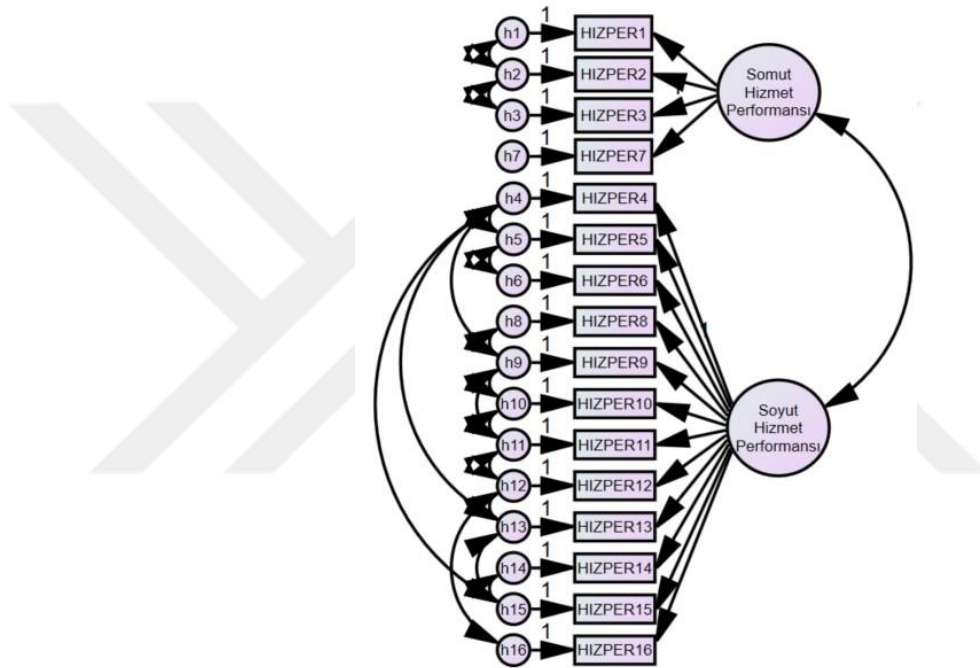
Tablo 3.34: Tatmin Ölçeği Değişkenlerinin Parametre Değerleri

Gizli Değişken	Gözlenen Değişken	SRA	SH	KO	P
Tatmin	TAT1	0,848	0,053	23,215	0,000
	TAT2	0,855	0,054	23,397	0,000
	TAT3	0,958	0,053	25,725	0,000
	TAT4	0,926	0,052	25,092	0,000
	TAT5	0,752	0,036	32,197	0,000
	TAT6	0,681			

Tablo 3.34’te tatmin ölçeğine ait DFA sonrası çıktılar görülmektedir. SRA, SH, KO ve P değerlerinin uygun olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma modelinde hizmet performansını ölçmeyi amaçlayan 16 değişkenden oluşan ölçek DFA’ya tabi tutulmuş ve şekil 3.6’daki model elde edilmiştir.

Şekil 3.6: Hizmet Performansı Ölçeğinin DFA Sonrası Görünümü



Tablo 3.35: Hizmet Performansı Ölçeğinin Model Uyum İndeks Değerleri

Ölçüm Modeli	P	CMIN / DF	RMSEA	SRMR
Hizmet Performansı	0,000	3,991	0,058	0,0293
CFI	GFI	AGFI	Hoelter 0,05	Hoelter 0,01
0,977	0,954	0,928	278	305

Tablo 3.35’de hizmet performansı ölçeğinin DFA sonrası değerleri görülmektedir. Uyum indeksi değerleri incelendiğinde CMIN/DF=3,991, RMSEA=0,058, SRMR=0,0293, CFI=0,977, GFI=0,954, AGFI=0,928 ve Hoelter

endeksi %95 güven aralığında 278 değerlerine ulaşılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu ve model uyum değerlerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu anlaşılmıştır. Bu değerlere Şekil 3.6’da görülen kovaryanslar çizildikten sonra ulaşılmıştır.

Tablo 3.36: Hizmet Performansı Ölçeği Değişkenlerinin Parametre Değerleri

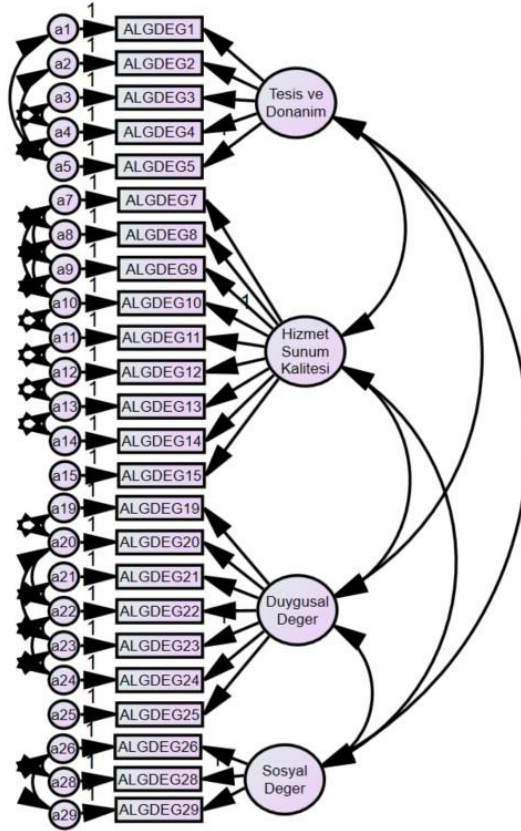
Gizli Değişken	Gözlenen Değişken	SRA	SH	KO	P
Somut Hizmet Performansı	HIZPER1	0,685	0,048	19,106	0,000
	HIZPER2	0,558	0,052	17,075	0,000
	HIZPER3	0,774			
	HIZPER7	0,552	0,048	15,297	0,000
Soyut Hizmet Performansı	HIZPER4	0,754	0,034	26,704	0,000
	HIZPER5	0,830	0,021	49,191	0,000
	HIZPER6	0,852			
	HIZPER8	0,749	0,031	26,678	0,000
	HIZPER9	0,794	0,033	28,975	0,000
	HIZPER10	0,867	0,030	33,871	0,000
	HIZPER11	0,852	0,030	32,822	0,000
	HIZPER12	0,811	0,031	30,090	0,000
	HIZPER13	0,856	0,030	32,986	0,000
	HIZPER14	0,738	0,031	26,018	0,000
	HIZPER15	0,820	0,033	30,555	0,000
	HIZPER16	0,688	0,032	23,546	0,000

Tablo 3.36’da hizmet performansı ölçeğine ait DFA sonrası çıktılar görülmektedir. SRA, SH, KO ve P değerlerinin uygun olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma modelinde algılanan değeri ölçmeyi amaçlayan 29 değişkenden oluşan ölçek DFA’ya tabi tutulmuş ve fiyat faktörü altındaki ALGDEG 18 değişkeninin SRA değerinin 0,5 altında kaldığı tespit edilerek faktörden çıkarılmıştır. Daha sonra yeniden analiz yapıldığında bu sefer ALGDEG 16 değişkenin varyansının p değerinin 0,05 üzerinde (0,700) olduğu tespit edilerek faktörden çıkarılmıştır. Fiyat faktörü içerisinde yalnızca ALGDEG 17 değişkenin kalması sebebiyle fiyat faktörü tamamen modelden çıkarılmıştır. Bu durumun örneklemde yoğun olarak kamu hastanelerini (üniversite ve devlet) kullanan, herhangi bir ödeme ile karşılaşmayan, bedelsiz hizmet alan hastaların olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu

değişkenlere ek olarak SRA değerinin 0,5 altında olan ALGDEG 6 (0,454) ALGDEG 27 (0,419) değişkenleri de modelden çıkarılmıştır. Fiyat faktörü, ALGDEG6 ve ALGDEG27 çıkarıldıktan sonra şekil 3.7’deki model elde edilmiştir.

Şekil 3.7: Algılanan Değer Ölçeğinin DFA Sonrası Görünümü



Tablo 3.37: Algılanan Değer Ölçeğinin Model Uyum İndeks Değerleri

Ölçüm Modeli	P	CMIN / DF	RMSEA	SRMR
Algılanan Değer	0,000	4,041	0,059	0,0424
CFI	GFI	AGFI	Hoelter 0,05	Hoelter 0,01
0,965	0,916	0,887	252	268

Tablo 3.37’de algılanan değer ölçeğinin DFA sonrası değerleri görülmektedir. Uyum indeksi değerleri incelendiğinde CMIN/DF=4,041, RMSEA=0,059,

SRMR=0,0424, CFI=0,965, GFI=0,916, AGFI=0,887 ve Hoelter endeksi %95 güven aralığında 252 değerlerine ulaşılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu ve model uyum değerlerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu anlaşılmıştır. Bu değerlere Şekil 3.7’de görülen kovaryanslar çizildikten sonra ulaşılmıştır.

Tablo 3.38: Algılanan Değer Ölçeği Değişkenlerinin Parametre Değerleri

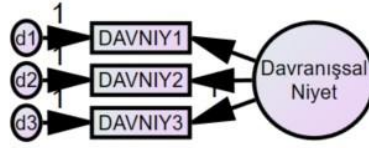
Gizli Değişken	Gözlenen Değişken	SRA	SH	KO	P
Tesis ve Donanım	ALGDEG1	0,796	0,037	23,364	0,000
	ALGDEG2	0,911	0,039	26,819	0,000
	ALGDEG3	0,796	0,042	24,455	0,000
	ALGDEG4	0,748	0,039	25,045	0,000
	ALGDEG5	0,845			
Hizmet Sunum Kalitesi	ALGDEG7	0,750	0,029	30,436	0,000
	ALGDEG8	0,755	0,031	30,634	0,000
	ALGDEG9	0,769	0,028	32,783	0,000
	ALGDEG10	0,778			
	ALGDEG11	0,755	0,036	27,897	0,000
	ALGDEG12	0,832	0,041	27,106	0,000
	ALGDEG13	0,806	0,040	25,967	0,000
	ALGDEG14	0,801	0,040	25,799	0,000
	ALGDEG15	0,827	0,040	26,901	0,000
Duygusal Değer	ALGDEG19	0,871	0,037	28,440	0,000
	ALGDEG20	0,798	0,035	29,598	0,000
	ALGDEG21	0,866	0,039	28,319	0,000
	ALGDEG22	0,799	0,027	38,544	0,000
	ALGDEG23	0,774			
	ALGDEG24	0,809	0,036	29,937	0,000
	ALGDEG25	0,641	0,039	19,705	0,000
Sosyal Değer	ALGDEG26	1,262	0,086	14,860	0,000
	ALGDEG28	0,890			
	ALGDEG29	0,861	0,055	17,902	0,000

Tablo 3.38’de algılanan değer ölçeğine ait DFA sonrası çıktılar görülmektedir. SRA, SH, KO ve P değerlerinin uygun olduğu anlaşılmaktadır. ALGDEG26 değişkenin SRA katsayısının 1’in üzerinde olması anlamsız olduğu anlamına gelmemekte, bazı durumlarda böyle bir katsayı ile karşılaşılabilmekte ve bu durum

Heywood vakası olarak adlandırılmaktadır (Deegan Jr, 1978) (Kline, 2023, s. 134) (Jöreskog, 2023).

Araştırma modelinde davranışsal niyeti ölçmeyi amaçlayan 3 değişkenden oluşan ölçek DFA'ya tabi tutulmuş ve şekil 3.8'deki model elde edilmiştir.

Şekil 3.8: Davranışsal Niyet Ölçeğinin DFA Sonrası Görünümü



Tablo 3.39: Davranışsal Niyet Ölçeğinin Model Uyum İndeks Değerleri

Ölçüm Modeli	P	CMIN / DF	RMSEA	SRMR
Davranışsal Niyet	0,000	-	-	0,000
CFI	GFI	AGFI	Hoelter 0,05	Hoelter 0,01
1,000	1,000	-	4	6

Tablo 3.39'da davranışsal niyet ölçeğinin DFA sonrası değerleri görülmektedir. Uyum indeksi değerleri incelendiğinde CMIN/DF= -, RMSEA= -, SRMR=0,000, CFI=1,000, GFI=1,000, AGFI= - ve Hoelter indeksi %95 güven aralığında 4 değerlerine ulaşılmıştır. Bu değerler mükemmel uyuma işaret ediyor olup tek faktörlü ve üç değişkenli bir modelin mükemmel uyumu her zaman beklenendir (Kline, 2023, s. 234).

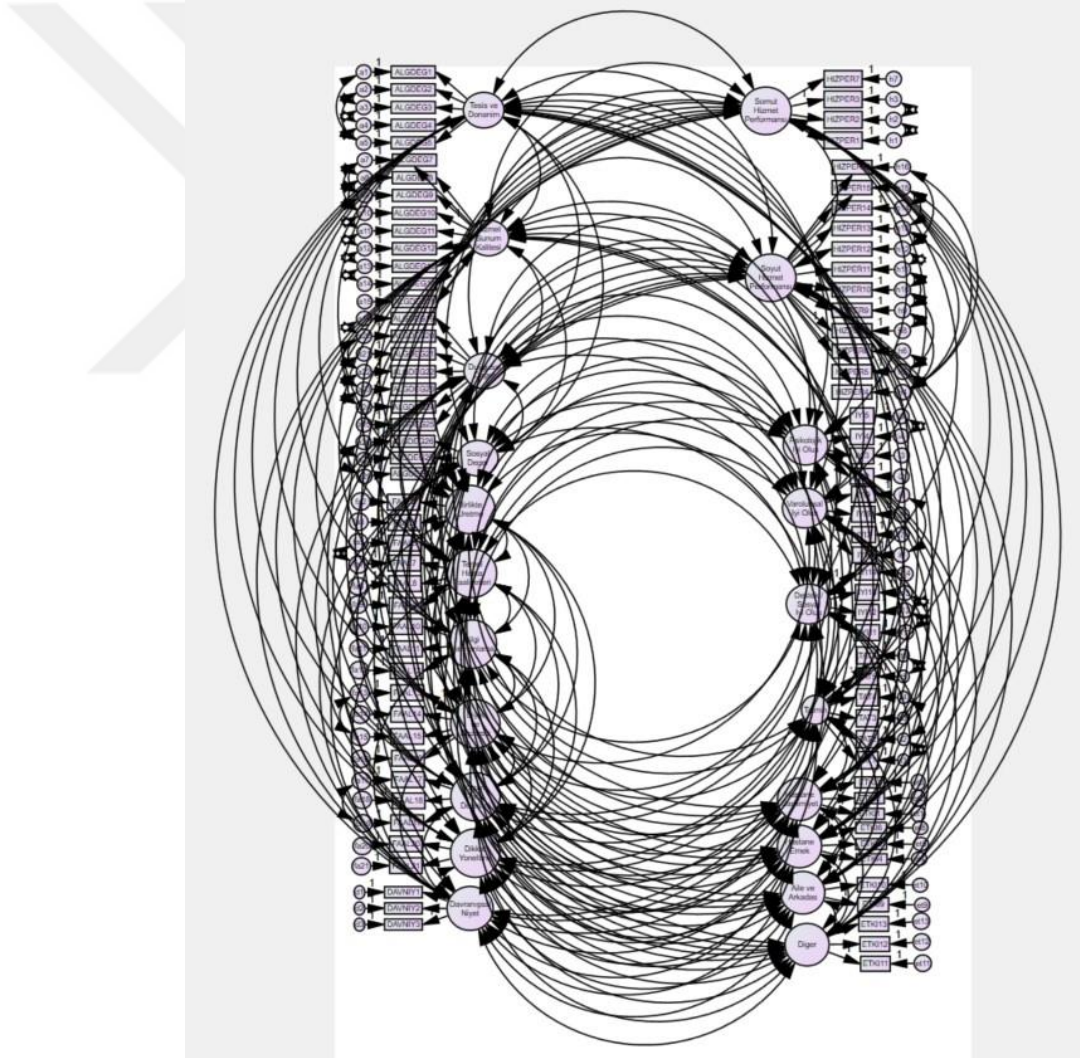
Tablo 3.40: Davranışsal Niyet Ölçeği Değişkenlerinin Parametre Değerleri

Gizli Değişken	Gözlenen Değişken	SRA	SH	KO	P
Davranışsal Niyet	DAVNIY1	0,910	0,45	30,033	0,000
	DAVNIY2	0,918	0,42	30,164	0,000
	DAVNIY3	0,788			

Tablo 3.40'ta davranışsal niyet ölçeğine ait DFA sonrası çıktılar görülmektedir. SRA, SH, KO ve P değerlerinin uygun olduğu anlaşılmaktadır.

Birinci düzeyde çok faktörlü bir ölçüm modeli DFA sonrası uyum kriterlerini karşılıyorsa faktörlerin ve faktörlere ait maddelerin belirli bir düzeyde birleşim ve ayrışım geçerliliğine sahip olduğu (Gürbüz, 2021, s. 81), ayrıca güvenilir olduğu söylenebilir (Harrington, 2009, s. 7). Yapısal eşitlik model analizine geçilmeden önce ölçüm modeli DFA'ya tabi tutulmuş ve şekil 3.9'daki model elde edilmiştir.

Şekil 3.9: Ölçüm Modeli DFA Sonrası Görünümü



Tablo 3.41: Ölçüm Modeli Uyum İndeks Değerleri

Ölçüm Modeli	P	CMIN / DF	RMSEA	SRMR
--------------	---	-----------	-------	------

Tüm Model	0,000	2,289	0,038	0,0471
CFI	GFI	AGFI	Hoelter 0,05	Hoelter 0,01
0,927	0,819	0,797	399	405

Tablo 3.41’de ölçüm modeli DFA sonrası değerleri görülmektedir. Uyum indeksi değerleri incelendiğinde CMIN/DF=2,289, RMSEA=0,038, SRMR=0,0471, CFI=0,927, GFI=0,819, AGFI=0,797 ve Hoelter endeksi %95 güven aralığında 399 değerlerine ulaşılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu ve model uyum değerlerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu anlaşılmıştır. Bu değerlere Şekil 3.9’da görülen kovaryanslar çizildikten sonra ulaşılmıştır.

Tablo 3.42: Ölçüm Modeli Değişkenlerinin Parametre Değerleri

Gizli Değişken	Gözlenen Değişken	SRA	SH	KO	P
Hastane Samimiyet	ETKI1	0,721			
	ETKI2	0,940	0,052	26,302	0,000
	ETKI3	0,878	0,049	25,398	0,000
Hastane Emek	ETKI4	0,802			
	ETKI5	0,955	0,035	33,287	0,000
	ETKI6	0,890	0,033	31,360	0,000
Aile ve Arkadaş	ETKI9	0,846			
	ETKI10	0,698	0,056	15,307	0,000
Diğer	ETKI11	0,838			
	ETKI12	0,903	0,038	28,888	0,000
	ETKI13	0,700	0,031	22,391	0,000
Birlikte Üretme	FAAL2	0,702			
	FAAL3	0,745	0,082	13,132	0,000
Temel Hasta Faaliyetleri	FAAL5	0,546	0,055	15,627	0,000
	FAAL7	0,714	0,044	21,291	0,000
	FAAL8	0,836	0,038	24,954	0,000
	FAAL9	0,808			
Bilgi Harmanlama	FAAL10	0,838			
	FAAL11	0,930	0,034	35,995	0,000
	FAAL12	0,912	0,036	35,141	0,000
Diyet ve Egzersiz	FAAL13	0,905			
	FAAL14	0,893	0,027	35,983	0,000

	FAAL15	0,857	0,029	31,141	0,000
	FAAL16	0,739	0,033	26,590	0,000
Yaşam Tarzı Değişimi	FAAL17	0,907			
	FAAL18	0,792	0,042	21,152	0,000
	FAAL19	0,918	0,036	25,814	0,000
Dikkat Yönelme	FAAL20	0,821			
	FAAL21	0,897	0,063	17,673	0,000
Psikolojik İyi Oluş	IYI2	0,836	0,056	20,772	0,000
	IYI3	0,855	0,057	21,018	0,000
	IYI4	0,848	0,049	24,317	0,000
	IYI5	0,677			
Varoluşsal İyi Oluş	IYI6	0,546	0,066	13,488	0,000
	IYI7	0,752	0,058	19,206	0,000
	IYI8	0,795	0,057	19,974	0,000
	IYI9	0,701			
Destek / Sosyal İyi Oluş	IYI11	0,630	0,093	13,733	0,000
	IYI12	0,609	0,093	13,268	0,000
	IYI13	0,604	0,097	13,352	0,000
	IYI14	0,587			
Tatmin	TAT1	0,856	0,051	24,010	0,000
	TAT2	0,867	0,052	24,196	0,000
	TAT3	0,946	0,050	26,323	0,000
	TAT4	0,934	0,050	25,999	0,000
	TAT5	0,761	0,035	32,773	0,000
	TAT6	0,692			
Somut Hizmet Performansı	HIZPER1	0,710	0,045	21,537	0,000
	HIZPER2	0,639	0,049	20,864	0,000
	HIZPER3	0,763			
	HIZPER7	0,521	0,046	15,339	0,000
Soyut Hizmet Performansı	HIZPER4	0,762	0,034	27,310	0,000
	HIZPER5	0,820	0,020	48,868	0,000
	HIZPER6	0,852			
	HIZPER8	0,744	0,031	26,552	0,000
	HIZPER9	0,798	0,033	29,467	0,000
	HIZPER10	0,857	0,030	33,443	0,000
	HIZPER11	0,846	0,030	32,655	0,000
	HIZPER12	0,812	0,030	30,346	0,000
	HIZPER13	0,850	0,030	32,833	0,000
	HIZPER14	0,744	0,031	26,485	0,000
	HIZPER15	0,825	0,033	31,135	0,000

	HIZPER16	0,714	0,032	24,843	0,000
Tesis ve Donanım	ALGDEG1	0,816	0,037	24,795	0,000
	ALGDEG2	0,878	0,038	27,234	0,000
	ALGDEG3	0,788	0,040	25,489	0,000
	ALGDEG4	0,767	0,037	27,106	0,000
	ALGDEG5	0,837			
Hizmet Sunum Kalitesi	ALGDEG7	0,754	0,029	30,661	0,000
	ALGDEG8	0,757	0,031	30,796	0,000
	ALGDEG9	0,771	0,028	32,914	0,000
	ALGDEG10	0,779			
	ALGDEG11	0,748	0,035	27,863	0,000
	ALGDEG12	0,832	0,040	27,311	0,000
	ALGDEG13	0,810	0,040	26,370	0,000
	ALGDEG14	0,797	0,039	25,862	0,000
	ALGDEG15	0,829	0,040	27,199	0,000
Duygusal Değer	ALGDEG19	0,877	0,036	29,352	0,000
	ALGDEG20	0,801	0,034	30,183	0,000
	ALGDEG21	0,858	0,038	28,539	0,000
	ALGDEG22	0,801	0,026	39,375	0,000
	ALGDEG23	0,776			
	ALGDEG24	0,809	0,035	30,431	0,000
	ALGDEG25	0,640	0,039	19,939	0,000
Sosyal Değer	ALGDEG26	1,090	0,064	17,471	0,000
	ALGDEG28	0,873			
	ALGDEG29	0,877	0,046	22,018	0,000
Davranışsal Niyet	DAVNIY1	0,896	0,042	31,019	0,000
	DAVNIY2	0,927	0,039	32,382	0,000
	DAVNIY3	0,795			

Tablo 3.42’de ölçüm modeline ait DFA sonrası çıktılar görülmektedir. SRA, SH, KO ve P değerlerinin uygun olduğu anlaşılmaktadır.

3.3.3 Yapısal Model Analizi

Araştırmanın bu bölümünde kavramsal modelin testine yer verilecektir. Ana hipotezlerin testi keşfedici faktör analizi ile tanımlanan ve doğrulayıcı faktör analizi ile uyumları sağlanan alt hipotezler aracılığı ile yapılacaktır. Bunun sebebi ölçüm modelinin birinci seviyede ikinci seviyeye nazaran daha iyi uyum göstermesidir

(Gürbüz, 2021, s. 88). Tablo 3.43'te test edilecek ana hipotezler ve alt hipotezler görülmektedir.

Tablo 3.43: Araştırma Modelinin Ana ve Alt Hipotezleri

HİPOTEZLER
H₁: Etkileşim, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerini etkiler.
H _{1A1} : Etkileşimin “hastane samimiyet” boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “birlikte üretme” boyutunu etkiler.
H _{1A2} : Etkileşimin “hastane samimiyet” boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “temel hasta faaliyetleri” boyutunu etkiler.
H _{1A3} : Etkileşimin “hastane samimiyet” boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “bilgi harmanlama” boyutunu etkiler.
H _{1A4} : Etkileşimin “hastane samimiyet” boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “diyet ve egzersiz” boyutunu etkiler.
H _{1A5} : Etkileşimin “hastane samimiyet” boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “yaşam tarzı değişimi” boyutunu etkiler.
H _{1A6} : Etkileşimin “hastane samimiyet” boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “dikkat yöneltme” boyutunu etkiler.
H _{1B1} : Etkileşimin “hastane emek” boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “birlikte üretme” boyutunu etkiler.
H _{1B2} : Etkileşimin “hastane emek” boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “temel hasta faaliyetleri” boyutunu etkiler.
H _{1B3} : Etkileşimin “hastane emek” boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “bilgi harmanlama” boyutunu etkiler.
H _{1B4} : Etkileşimin “hastane emek” boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “diyet ve egzersiz” boyutunu etkiler.
H _{1B5} : Etkileşimin “hastane emek” boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “yaşam tarzı değişimi” boyutunu etkiler.
H _{1B6} : Etkileşimin “hastane emek” boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “dikkat yöneltme” boyutunu etkiler.
H _{1C1} : Etkileşimin "aile ve arkadaş" boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “birlikte üretme” boyutunu etkiler.
H _{1C2} : Etkileşimin "aile ve arkadaş" boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “temel hasta faaliyetleri” boyutunu etkiler.
H _{1C3} : Etkileşimin "aile ve arkadaş" boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “bilgi harmanlama” boyutunu etkiler.
H _{1C4} : Etkileşimin "aile ve arkadaş" boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “diyet ve egzersiz” boyutunu etkiler.

H _{1C5} : Etkileşimin "aile ve arkadaş" boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutunu etkiler.
H _{1C6} : Etkileşimin "aile ve arkadaş" boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutunu etkiler.
H _{1D1} : Etkileşimin "diğer" boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "birlikte üretme" boyutunu etkiler.
H _{1D2} : Etkileşimin "diğer" boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "temel hasta faaliyetleri" boyutunu etkiler.
H _{1D3} : Etkileşimin "diğer" boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutunu etkiler.
H _{1D4} : Etkileşimin "diğer" boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutunu etkiler.
H _{1D5} : Etkileşimin "diğer" boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutunu etkiler.
H _{1D6} : Etkileşimin "diğer" boyutu, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutunu etkiler.
H₂: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetleri, iyi oluşu etkiler.
H _{2A1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "birlikte üretme" boyutu, iyi oluşun "psikolojik iyi oluş" boyutunu etkiler.
H _{2A2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "birlikte üretme" boyutu, iyi oluşun "varoluşsal iyi oluş" boyutunu etkiler.
H _{2A3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "birlikte üretme" boyutu, iyi oluşun "destek/sosyal iyi oluş" boyutunu etkiler.
H _{2B1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "temel hasta faaliyetleri" boyutu, iyi oluşun "psikolojik iyi oluş" boyutunu etkiler.
H _{2B2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "temel hasta faaliyetleri" boyutu, iyi oluşun "varoluşsal iyi oluş" boyutunu etkiler.
H _{2B3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "temel hasta faaliyetleri" boyutu, iyi oluşun "destek/sosyal iyi oluş" boyutunu etkiler.
H _{2C1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutu, iyi oluşun "psikolojik iyi oluş" boyutunu etkiler.
H _{2C2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutu, iyi oluşun "varoluşsal iyi oluş" boyutunu etkiler.
H _{2C3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutu, iyi oluşun "destek/sosyal iyi oluş" boyutunu etkiler.
H _{2D1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutu, iyi oluşun "psikolojik iyi oluş" boyutunu etkiler.

H _{2D2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutu, iyi oluşun "varoluşsal iyi oluş" boyutunu etkiler.
H _{2D3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutu, iyi oluşun "destek/sosyal iyi oluş" boyutunu etkiler.
H _{2E1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutu, iyi oluşun "psikolojik iyi oluş" boyutunu etkiler.
H _{2E2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutu, iyi oluşun "varoluşsal iyi oluş" boyutunu etkiler.
H _{2E3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutu, iyi oluşun "destek/sosyal iyi oluş" boyutunu etkiler.
H _{2F1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutu, iyi oluşun "psikolojik iyi oluş" boyutunu etkiler.
H _{2F2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutu, iyi oluşun "varoluşsal iyi oluş" boyutunu etkiler.
H _{2F3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutu, iyi oluşun "destek/sosyal iyi oluş" boyutunu etkiler.
H₃: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetleri, tatmini etkiler.
H _{3A} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "birlikte üretme" boyutu, tatmini etkiler.
H _{3B} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "temel hasta faaliyetleri" boyutu, tatmini etkiler.
H _{3C} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutu, tatmini etkiler.
H _{3D} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutu, tatmini etkiler.
H _{3E} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutu, tatmini etkiler.
H _{3F} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutu, tatmini etkiler.
H₄: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetleri, hizmet performansını etkiler.
H _{4A1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "birlikte üretme" boyutu, hizmet performansının "somut hizmet performansı" boyutunu etkiler.
H _{4A2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "birlikte üretme" boyutu, hizmet performansının "soyut hizmet performansı" boyutunu etkiler.
H _{4B1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "temel hasta faaliyetleri" boyutu, hizmet performansının "somut hizmet performansı" boyutunu etkiler.
H _{4B2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "temel hasta faaliyetleri" boyutu, hizmet performansının "soyut hizmet performansı" boyutunu etkiler.

H _{4C1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutu, hizmet performansının "somut hizmet performansı" boyutunu etkiler.
H _{4C2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutu, hizmet performansının "soyut hizmet performansı" boyutunu etkiler.
H _{4D1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutu, hizmet performansının "somut hizmet performansı" boyutunu etkiler.
H _{4D2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutu, hizmet performansının "soyut hizmet performansı" boyutunu etkiler.
H _{4E1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutu, hizmet performansının "somut hizmet performansı" boyutunu etkiler.
H _{4E2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutu, hizmet performansının "soyut hizmet performansı" boyutunu etkiler.
H _{4F1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutu, hizmet performansının "somut hizmet performansı" boyutunu etkiler.
H _{4F2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutu, hizmet performansının "soyut hizmet performansı" boyutunu etkiler.
H₅: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetleri, algılanan değeri etkiler.
H _{5A1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "birlikte üretme" boyutu, algılanan değer "tesis ve donanım" boyutunu etkiler.
H _{5A2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "birlikte üretme" boyutu, algılanan değer "hizmet sunum kalitesi" boyutunu etkiler.
H _{5A3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "birlikte üretme" boyutu, algılanan değer "duygusal değer" boyutunu etkiler.
H _{5A4} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "birlikte üretme" boyutu, algılanan değer "sosyal değer" boyutunu etkiler.
H _{5B1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "temel hasta faaliyetleri" boyutu, algılanan değer "tesis ve donanım" boyutunu etkiler.
H _{5B2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "temel hasta faaliyetleri" boyutu, algılanan değer "hizmet sunum kalitesi" boyutunu etkiler.
H _{5B3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "temel hasta faaliyetleri" boyutu, algılanan değer "duygusal değer" boyutunu etkiler.
H _{5B4} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "temel hasta faaliyetleri" boyutu, algılanan değer "sosyal değer" boyutunu etkiler.
H _{5C1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutu, algılanan değer "tesis ve donanım" boyutunu etkiler.
H _{5C2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutu, algılanan değer "hizmet sunum kalitesi" boyutunu etkiler.

H _{5C3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutu, algılanan değer "duygusal değer" boyutunu etkiler.
H _{5C4} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutu, algılanan değer "sosyal değer" boyutunu etkiler.
H _{5D1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutu, algılanan değer "tesis ve donanım" boyutunu etkiler.
H _{5D2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutu, algılanan değer "hizmet sunum kalitesi" boyutunu etkiler.
H _{5D3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutu, algılanan değer "duygusal değer" boyutunu etkiler.
H _{5D4} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutu, algılanan değer "sosyal değer" boyutunu etkiler.
H _{5E1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutu, algılanan değer "tesis ve donanım" boyutunu etkiler.
H _{5E2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutu, algılanan değer "hizmet sunum kalitesi" boyutunu etkiler.
H _{5E3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutu, algılanan değer "duygusal değer" boyutunu etkiler.
H _{5E4} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutu, algılanan değer "sosyal değer" boyutunu etkiler.
H _{5F1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutu, algılanan değer "tesis ve donanım" boyutunu etkiler.
H _{5F2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutu, algılanan değer "hizmet sunum kalitesi" boyutunu etkiler.
H _{5F3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutu, algılanan değer "duygusal değer" boyutunu etkiler.
H _{5F4} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutu, algılanan değer "sosyal değer" boyutunu etkiler.
H₆: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetleri, davranışsal niyeti etkiler.
H _{6A} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "birlikte üretme" boyutu, davranışsal niyeti etkiler.
H _{6B} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "temel hasta faaliyetleri" boyutu, davranışsal niyeti etkiler.
H _{6C} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutu, davranışsal niyeti etkiler.
H _{6D} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutu, davranışsal niyeti etkiler.

H _{6E} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutu, davranışsal niyeti etkiler.
H _{6F} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutu, davranışsal niyeti etkiler.
H₇: İyi oluş, davranışsal niyeti etkiler.
H _{7A} : İyi oluşun "psikolojik iyi oluş" boyutu, davranışsal niyeti etkiler.
H _{7B} : İyi oluşun "varoluşsal iyi oluş" boyutu, davranışsal niyeti etkiler.
H _{7C} : İyi oluşun "destek/sosyal iyi oluş" boyutu, davranışsal niyeti etkiler.
H₈: Tatmin, davranışsal niyeti etkiler.
H₉: Hizmet performansı, davranışsal niyeti etkiler.
H _{9A} : Hizmet performansının "somut hizmet performansı" boyutu, davranışsal niyeti etkiler.
H _{9B} : Hizmet performansının "soyut hizmet performansı" boyutu, davranışsal niyeti etkiler.
H₁₀: Algılanan değer, davranışsal niyeti etkiler.
H _{10A} : Algılanan değer "tesis ve donanım" boyutu, davranışsal niyeti etkiler.
H _{10B} : Algılanan değer "hizmet sunum kalitesi" boyutu, davranışsal niyeti etkiler.
H _{10C} : Algılanan değer "duygusal değer" boyutu, davranışsal niyeti etkiler.
H _{10D} : Algılanan değer "sosyal değer" boyutu, davranışsal niyeti etkiler.
H₁₁: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde "iyi oluş" aracı rolü vardır.
H _{11A1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "birlikte üretme" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun "psikolojik iyi oluş" boyutunun aracı rolü vardır.
H _{11A2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "birlikte üretme" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun "varoluşsal iyi oluş" boyutunun aracı rolü vardır.
H _{11A3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "birlikte üretme" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun "destek/sosyal iyi oluş" boyutunun aracı rolü vardır.
H _{11B1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "temel hasta faaliyetleri" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun "psikolojik iyi oluş" boyutunun aracı rolü vardır.
H _{11B2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "temel hasta faaliyetleri" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun "varoluşsal iyi oluş" boyutunun aracı rolü vardır.

H _{11B3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “temel hasta faaliyetleri” boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun "destek/sosyal iyi oluş” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{11C1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun “psikolojik iyi oluş” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{11C2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun "varoluşsal iyi oluş” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{11C3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun "destek/sosyal iyi oluş” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{11D1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun “psikolojik iyi oluş” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{11D2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun "varoluşsal iyi oluş” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{11D3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun "destek/sosyal iyi oluş” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{11E1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun “psikolojik iyi oluş” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{11E2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun "varoluşsal iyi oluş” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{11E3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun "destek/sosyal iyi oluş” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{11F1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun “psikolojik iyi oluş” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{11F2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun "varoluşsal iyi oluş” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{11F3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde iyi oluşun "destek/sosyal iyi oluş” boyutunun aracı rolü vardır.

H₁₂: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde “tatminin” aracı rolü vardır.
H _{12A} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “birlikte üretme” boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde "tatminin" aracı rolü vardır.
H _{12B} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “temel hasta faaliyetleri” boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde "tatminin" aracı rolü vardır.
H _{12C} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde "tatminin" aracı rolü vardır.
H _{12D} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde "tatminin" aracı rolü vardır.
H _{12E} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde "tatminin" aracı rolü vardır.
H _{12F} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde "tatminin" aracı rolü vardır.
H₁₃: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde “hizmet performansının” aracı rolü vardır.
H _{13A1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “birlikte üretme” boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet performansının “somut hizmet performansı” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{13A2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “birlikte üretme” boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet performansının “soyut hizmet performansı” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{13B1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “temel hasta faaliyetleri” boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet performansının “somut hizmet performansı” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{13B2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “temel hasta faaliyetleri” boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet performansının “soyut hizmet performansı” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{13C1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet performansının “somut hizmet performansı” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{13C2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet performansının “soyut hizmet performansı” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{13D1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet performansının “somut hizmet performansı” boyutunun aracı rolü vardır.

H _{13D2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet performansının “soyut hizmet performansı” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{13E1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet performansının “somut hizmet performansı” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{13E2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet performansının “soyut hizmet performansı” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{13F1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet performansının “somut hizmet performansı” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{13F2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet performansının “soyut hizmet performansı” boyutunun aracı rolü vardır.
H₁₄: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde “algılanan değer” aracı rolü vardır.
H _{14A1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “birlikte üretme” boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “tesis ve donanım” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14A2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “birlikte üretme” boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “hizmet sunum kalitesi” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14A3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “birlikte üretme” boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “duygusal değer” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14A4} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “birlikte üretme” boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “sosyal değer” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14B1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “temel hasta faaliyetleri” boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “tesis ve donanım” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14B2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “temel hasta faaliyetleri” boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “hizmet sunum kalitesi” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14B3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “temel hasta faaliyetleri” boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “duygusal değer” boyutunun aracı rolü vardır.

H _{14B4} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin “temel hasta faaliyetleri” boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “sosyal değer” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14C1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “tesis ve donanım” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14C2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “hizmet sunum kalitesi” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14C3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “duygusal değer” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14C4} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "bilgi harmanlama" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “sosyal değer” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14D1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “tesis ve donanım” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14D2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “hizmet sunum kalitesi” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14D3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “duygusal değer” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14D4} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "diyet ve egzersiz" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “sosyal değer” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14E1} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “tesis ve donanım” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14E2} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “hizmet sunum kalitesi” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14E3} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “duygusal değer” boyutunun aracı rolü vardır.
H _{14E4} : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "yaşam tarzı değişimi" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değer “sosyal değer” boyutunun aracı rolü vardır.

H_{14F1}: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değerın “tesis ve donanım” boyutunun aracı rolü vardır.

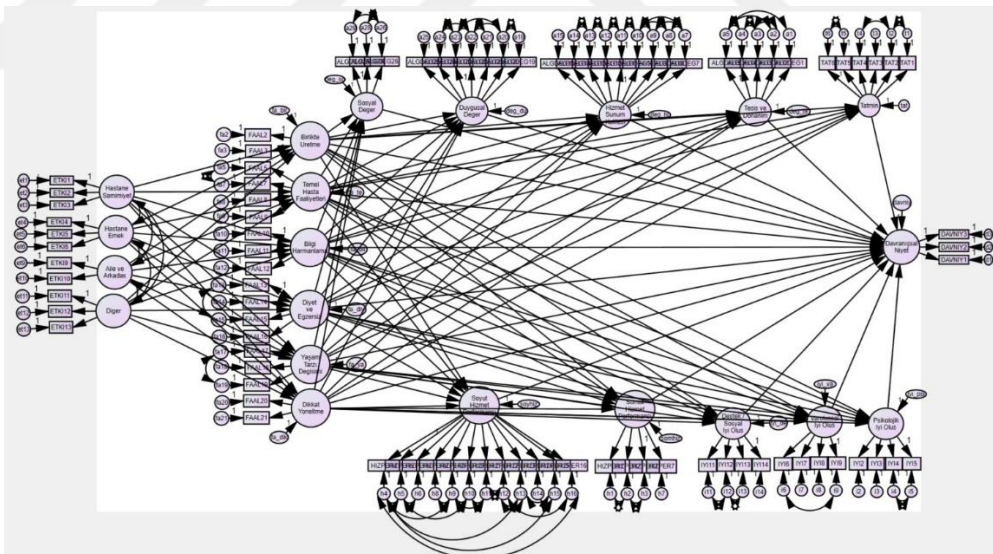
H_{14F2}: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değerın "hizmet sunum kalitesi" boyutunun aracı rolü vardır.

H_{14F3}: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değerın “duygusal değer” boyutunun aracı rolü vardır.

H_{14F4}: Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin "dikkat yöneltme" boyutunun, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde algılanan değerın "sosyal değer" boyutunun aracı rolü vardır.

Şekil 3.10 ölçüm modelin birinci seviye kavramsal yapısal modelidir. Tablo 3.44’te modelde yer alan değişkenlerin türleri ve sayıları verilmiştir.

Şekil 3.10: Kavramsal Yapısal Model



Tablo 3.44: Kavramsal Yapısal Modelde Yer Alan Değişkenler

Modelde yer alan değişken sayısı	218
Gözlenen değişken sayısı	90
Gözlenemeyen değişken sayısı	128
Egzojen değişken sayısı	111
Endojen değişken sayısı	107

Tablo 3.45'te kavramsal yapısal modele ait uyum indeksi değerleri verilmiştir.

Tablo 3.45: Kavramsal Yapısal Model Uyum İndeks Değerleri

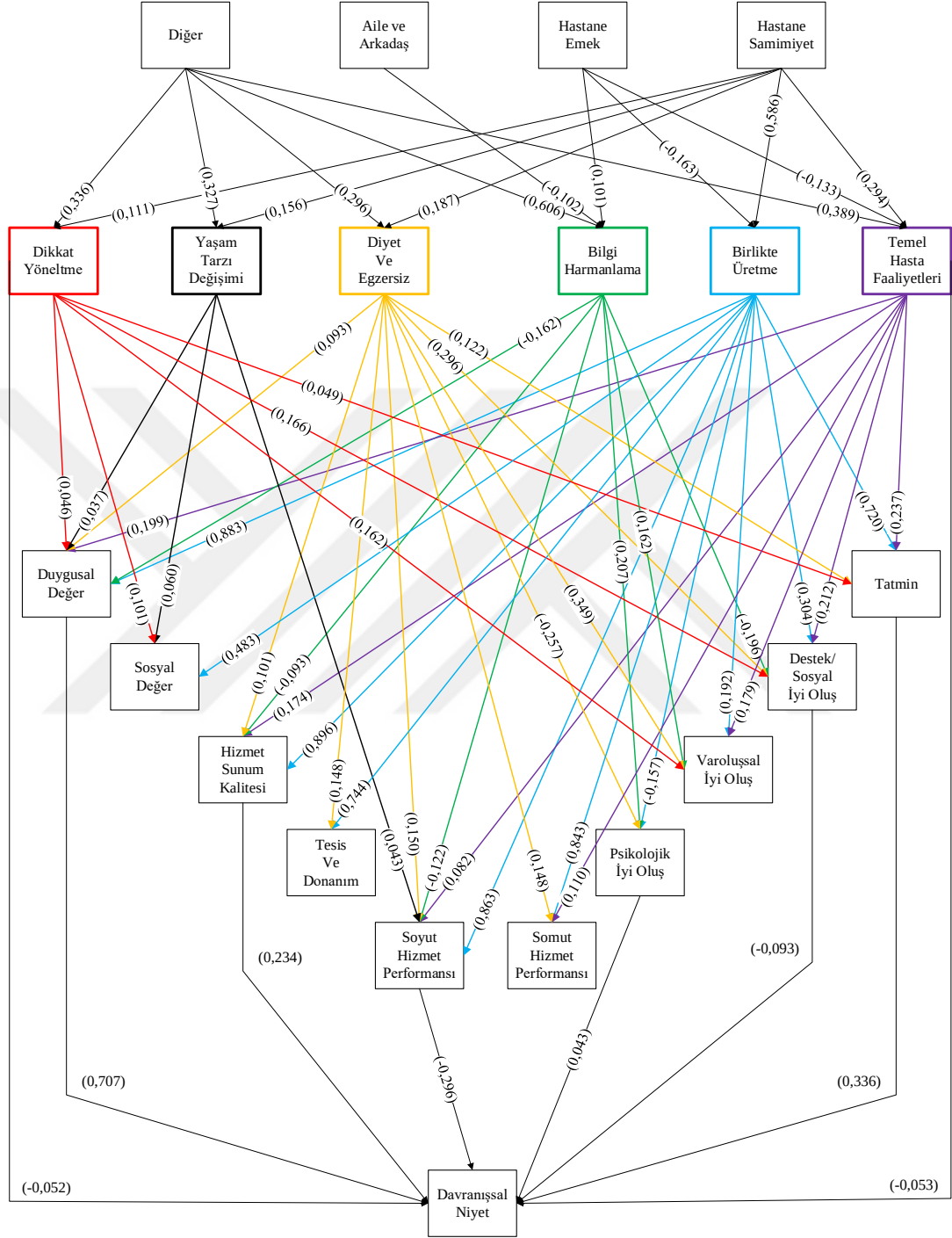
Model	P	CMIN / DF	RMSEA	SRMR
Kavramsal Yapısal Model	0,000	2,745	0,045	0,0694
CFI	GFI	AGFI	Hoelter 0,05	Hoelter 0,01
0,899	0,779	0,759	332	337

Tablo 3.45'te kavramsal yapısal modelin uyum indeksi değerleri görülmektedir. 2,745'lik normlaştırılmış ki-kare ve 0,045'lik RMSEA değeri mükemmel uyum gösteren modelin, 0,899'luk CFI ve 0,0694'lük SRMR değerleri kabul edilebilir bir seviyededir. Uyum indeksi değerleri incelendiğinde 0,779'luk GFI ve 0,759'luk AGFI değerlerinin kabul değerlerinin altında olduğu ancak literatürde genelde kullanılması tavsiye edilen diğer değerlerin genel kabul görmüş değerlere uygun değerler olduğu anlaşılmaktadır. Hoelter endeksinin önerdiği %95 güven aralığındaki 332 değerine araştırmanın örneklem büyüklüğünün uygun olduğu anlaşılmış ve model uyum değerleri kabul edilmiştir.

3.3.3.1 Doğrudan Etki Analizi

Araştırmanın bu bölümünde model düzeltme (**model trimming**) yapılarak kavramsal yapısal model üzerindeki anlamsız yollar çıkarılarak veri setinin yapısal modeli ortaya koyulmuştur (Kline, 2023, s. 183). Şekil 3.11'de model düzeltme sonrası oluşan yapısal model görülmektedir. Tablo 3.46'da modelde yer alan değişkenlerin türleri ve sayıları verilmiştir.

Şekil 3.11: Yapısal Model



Tablo 3.46: Yapısal Modelde Yer Alan Değişkenler

Modelde yer alan değişken sayısı	218
Gözlenen değişken sayısı	90
Gözlenemeyen değişken sayısı	128

Egzojen değişken sayısı	111
Endojen değişken sayısı	107

Tablo 3.47’de yapısal modele ait uyum indeksi değerleri verilmiştir.

Tablo 3.47: Yapısal Model Uyum İndeks Değerleri

Model	P	CMIN / DF	RMSEA	SRMR
Yapısal Model	0,000	2,728	0,044	0,0711
CFI	GFI	AGFI	Hoelter 0,05	Hoelter 0,01
0,899	0,778	0,761	334	339

Tablo 3.47’de yapısal modelin uyum indeksi değerleri görülmektedir. 2,728’lik normlaştırılmış ki-kare ve 0,044’lük RMSEA değeri mükemmel uyum gösteren modelin, 0,899’luk CFI ve 0,0711’lik SRMR değerleri kabul edilebilir bir seviyededir. Uyum indeksi değerleri incelendiğinde 0,778’lik GFI ve 0,761’lik AGFI değerlerinin kabul değerlerinin altında olduğu ancak literatürde genelde kullanılması tavsiye edilen değerlerin genel kabul görmüş değerlere uygun değerler olduğu anlaşılmaktadır. Hoelter endeksinin önerdiği %95 güven aralığındaki 334 değerine araştırmanın örneklem büyüklüğünün uygun olduğu anlaşılmış ve model uyum değerleri kabul edilmiştir.

Uyum indeksleri kabul edilen yapısal modelin, 0,05 anlamlılık düzeyinde hipotez testi sonuçları ve yapısal modelin yollarına ait regresyon ağırlığı (RA), standartlaştırılmış regresyon ağırlığı (SRA), standart hata (SH) (S_e), kritik oran (KO) (C.R.) (z değeri) ve anlamlılık düzeyi (AD) (P) değerleri tablo 3.48’de verilmiştir.

Tablo 3.48: Yapısal Model Kabul Edilen Hipotezler ve Parametre Değerleri

	RA	SRA	SH	KO	P	Hipotezler
Birlikte_ Hastane_<--- Samimiye Uretme t	0,151	0,586	0,029	5,149	***	H _{1A1} Kabul

Temel_H asta_Faali yetleri	<---	Hastane_ Samimiye t	0,22	0,294	0,028	7,845	***	H _{1A2} Kabul
Diyet_Eg zersiz	<---	Hastane_ Samimiye t	0,183	0,187	0,034	5,301	***	H _{1A4} Kabul
Yasam_T arzi	<---	Hastane_ Samimiye t	0,172	0,156	0,037	4,667	***	H _{1A5} Kabul
Dikkat_Y oneltme	<---	Hastane_ Samimiye t	0,117	0,111	0,039	2,999	0,003	H _{1A6} Kabul
Birlikte_ Uretme	<---	Hastane_ Emek	-0,038	-0,163	0,01	-3,742	***	H _{1B1} Kabul
Temel_H asta_Faali yetleri	<---	Hastane_ Emek	-0,09	-0,133	0,025	-3,633	***	H _{1B2} Kabul
Bilgi_Har manlama	<---	Hastane_ Emek	0,079	0,101	0,029	2,757	0,006	H _{1B3} Kabul
Bilgi_Har manlama	<---	Aile_Ark adas	-0,074	-0,102	0,034	-2,16	0,031	H _{1C3} Kabul
Temel_H asta_Faali yetleri	<---	Diger	0,284	0,389	0,029	9,892	***	H _{1D2} Kabul
Bilgi_Har manlama	<---	Diger	0,507	0,606	0,036	13,983	***	H _{1D3} Kabul
Diyet_Eg zersiz	<---	Diger	0,281	0,296	0,035	8,132	***	H _{1D4} Kabul
Yasam_T arzi	<---	Diger	0,352	0,327	0,038	9,332	***	H _{1D5} Kabul
Dikkat_Y oneltme	<---	Diger	0,347	0,336	0,042	8,332	***	H _{1D6} Kabul
Duygusal _Deger	<---	Birlikte_ Uretme	3,21	0,883	0,599	5,362	***	H _{5A3} Kabul

Hizmet_S unum_Ka litesi	<---	Birlikte_ Uretme	2,975	0,896	0,555	5,36	***	H _{5A2} Kabul
Tatmin	<---	Birlikte_ Uretme	2,335	0,72	0,443	5,27	***	H _{3A} Kabul
Psiko_Iyi	<---	Birlikte_ Uretme	-0,622	-0,157	0,182	-3,412	***	H _{2A1} Kabul
Des_Sos_ Iyi	<---	Birlikte_ Uretme	0,771	0,304	0,178	4,323	***	H _{2A3} Kabul
Soyut_Hi zPer	<---	Birlikte_ Uretme	3,459	0,863	0,643	5,377	***	H _{4A2} Kabul
Sosyal_D eger	<---	Birlikte_ Uretme	2,19	0,483	0,431	5,075	***	H _{5A4} Kabul
Tesis_Do nanim	<---	Birlikte_ Uretme	2,984	0,744	0,561	5,322	***	H _{5A1} Kabul
Varol_Iyi	<---	Birlikte_ Uretme	0,592	0,192	0,155	3,811	***	H _{2A2} Kabul
Somut_Hi zPer	<---	Birlikte_ Uretme	2,649	0,843	0,499	5,306	***	H _{4A1} Kabul
Duygusal _Deger	<---	Temel_H asta_Faali yetleri	0,249	0,199	0,032	7,665	***	H _{5B3} Kabul
Hizmet_S unum_Ka litesi	<---	Temel_H asta_Faali yetleri	0,198	0,174	0,031	6,493	***	H _{5B2} Kabul
Tatmin	<---	Temel_H asta_Faali yetleri	0,263	0,237	0,034	7,759	***	H _{3B} Kabul
Des_Sos_ Iyi	<---	Temel_H asta_Faali yetleri	0,185	0,212	0,04	4,655	***	H _{2B3} Kabul
Soyut_Hi zPer	<---	Temel_H asta_Faali yetleri	0,114	0,082	0,036	3,13	0,002	H _{4B2} Kabul

Davranissal_Niyet	<---	Temel_Hasta_Faaliyetleri	-0,063	-0,053	0,03	-2,103	0,036	H _{6B} Kabul
Varol_Iyi	<---	Temel_Hasta_Faaliyetleri	0,189	0,179	0,042	4,508	***	H _{2B2} Kabul
Somut_HizPer	<---	Temel_Hasta_Faaliyetleri	0,118	0,11	0,037	3,209	0,001	H _{4B1} Kabul
Duygusal_Deger	<---	Bilgi_Harmanlama	-0,176	-0,162	0,024	-7,409	***	H _{5C3} Kabul
Hizmet_Sunum_Kalitesi	<---	Bilgi_Harmanlama	-0,092	-0,093	0,022	-4,135	***	H _{5C2} Kabul
Tatmin	<---	Bilgi_Harmanlama	-0,133	-0,137	0,026	-5,196	***	H _{3C} Kabul
Psiko_Iyi	<---	Bilgi_Harmanlama	0,245	0,207	0,044	5,574	***	H _{2C1} Kabul
Des_Sos_Iyi	<---	Bilgi_Harmanlama	-0,149	-0,196	0,032	-4,603	***	H _{2C3} Kabul
Soyut_HizPer	<---	Bilgi_Harmanlama	-0,146	-0,122	0,028	-5,284	***	H _{4C2} Kabul
Varol_Iyi	<---	Bilgi_Harmanlama	-0,077	-0,084	0,034	-2,276	0,023	H _{2C2} Kabul
Duygusal_Deger	<---	Diyet_Egzersiz	0,089	0,093	0,026	3,47	***	H _{5D3} Kabul
Hizmet_Sunum_Kalitesi	<---	Diyet_Egzersiz	0,089	0,101	0,024	3,634	***	H _{5D2} Kabul
Tatmin	<---	Diyet_Egzersiz	0,104	0,122	0,025	4,187	***	H _{3D} Kabul

Psiko_Iyi	<---	Diyet_Eg zersiz	-0,268	-0,257	0,04	-6,75	***	H _{2D1} Kabul
Des_Sos_Iyi	<---	Diyet_Eg zersiz	0,197	0,296	0,029	6,739	***	H _{2D3} Kabul
Soyut_HizPer	<---	Diyet_Eg zersiz	0,159	0,15	0,03	5,372	***	H _{4D2} Kabul
Tesis_Donanim	<---	Diyet_Eg zersiz	0,157	0,148	0,032	4,866	***	H _{5D1} Kabul
Varol_Iyi	<---	Diyet_Eg zersiz	0,283	0,349	0,032	8,95	***	H _{2D2} Kabul
Somut_HizPer	<---	Diyet_Eg zersiz	0,122	0,148	0,029	4,262	***	H _{4D1} Kabul
Duygusal_Deger	<---	Yasam_Tarzi	0,032	0,037	0,014	2,231	0,026	H _{5E3} Kabul
Soyut_HizPer	<---	Yasam_Tarzi	0,04	0,043	0,018	2,255	0,024	H _{4E2} Kabul
Sosyal_Deger	<---	Yasam_Tarzi	0,063	0,06	0,024	2,607	0,009	H _{5E4} Kabul
Duygusal_Deger	<---	Dikkat_Yoneltme	0,04	0,046	0,016	2,548	0,011	H _{5F3} Kabul
Tatmin	<---	Dikkat_Yoneltme	0,039	0,049	0,019	2,015	0,044	H _{3F} Kabul
Des_Sos_Iyi	<---	Dikkat_Yoneltme	0,102	0,166	0,027	3,833	***	H _{2F3} Kabul
Sosyal_Deger	<---	Dikkat_Yoneltme	0,111	0,101	0,028	4,03	***	H _{5F4} Kabul
Davranissal_Niyet	<---	Dikkat_Yoneltme	-0,043	-0,052	0,019	-2,256	0,024	H _{6F} Kabul
Varol_Iyi	<---	Dikkat_Yoneltme	0,121	0,162	0,029	4,229	***	H _{2F2} Kabul
Davranissal_Niyet	<---	Duygusal_Deger	0,674	0,707	0,088	7,639	***	H _{10C} Kabul

Davraniss al_Niyet	<---	Hizmet_S unum_Ka litesi	0,245	0,234	0,088	2,791	0,005	H _{10B} Kabul
Davraniss al_Niyet	<---	Tatmin	0,36	0,336	0,042	8,486	***	H ₈ Kabul
Davraniss al_Niyet	<---	Psiko_Iyi	0,038	0,043	0,019	2,022	0,043	H _{7A} Kabul
Davraniss al_Niyet	<---	Des_Sos_ Iyi	-0,127	-0,093	0,041	-3,067	0,002	H _{7C} Kabul
Davraniss al_Niyet	<---	Soyut_Hi zPer	-0,256	-0,296	0,049	-5,234	***	H _{9B} Kabul

Tablo 3.48 incelendiğinde öncelikli olarak farklı etkileşimlerin farklı birlikte değer yaratma faaliyetleri üzerinde etkisi olduğu anlaşılmaktadır. Hastane samimiyet faktörünün bilgi harmanlama hariç bütün birlikte değer yaratma faaliyetleri alt boyutlarını etkilediği, özellikle birlikte üretme faktörü üzerinde pozitif yüksek etkisi (0,586) olduğu göze çarpmaktadır. Hastane emek ise birlikte üretme(-0,163) ve temel hasta faaliyetleri(-0,133) üzerinde negatif bir etkiye sahipken bilgi harmanlama(0,101) üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir. Aile ve arkadaş faktörü ise yalnızca bilgi harmanlama faktörünü etkiliyor olup negatif yönlü bir etkiye sahiptir. Diğer faktörünün yalnızca birlikte üretme faktörüne etkisi bulunmamakta, öte yandan en yüksek pozitif etkiyi(0,606) bilgi harmanlayama yapmaktadır.

Birlikte değer yaratma faaliyetlerinin etkilerine bakıldığında yalnızca birlikte üretmenin algılanan değer, hizmet performansı, tatmin ve iyi oluşa ait tüm alt faktörlerin tamamı üzerinde etkisi olduğu fark edilmektedir. Birlikte üretme diğer tüm aracı değişkenlere pozitif bir etki yaparken psikolojik iyi oluş üzerinde negatif bir etkiye(-0,157) sahiptir. Genel bir çerçeveden bakıldığında ise birlikte üretmenin iyi oluş boyutları üzerinde düşük ancak algılanan değer alt boyutları , tatmin ve hizmet performansı alt boyutları üzerinde oldukça yüksek bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Davranışsal niyete etkiler üzerinde durulduğunda birlikte değer yaratma faaliyetlerinden yalnızca dikkat yöneltme ve temel hasta faaliyetlerinin doğrudan ve negatif etkilediği görülmektedir. Sosyal değer, tesis ve donanım, somut hizmet performansı, varoluşsal iyi oluş faktörlerinin davranışsal niyet üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Destek/sosyal iyi oluş ve soyut hizmet performansının negatif etkisi, duygusal değer, tatmin, hizmet sunum kalitesi ve psikolojik iyi oluşun ise pozitif etkisi olduğu tespit edilmiştir. Özellikle duygusal değerın yüksek pozitif yönlü etkisi (0,707) gözden kaçmamaktadır.

3.3.3.2 Dolaylı Etki Analizi

Araştırmanın bu bölümünde aracılık etkileri araştırılacaktır. Aracılık etkisi bir bağımsız değişkenin bir bağımlı değişkene etkisinde aracılık eden bir değişken olmasıdır. Bağımsız değişkenin bağımlı değişkene doğrudan bir etkisi olması gerekli değildir. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde direkt etkisinin olmadığı durumlardaki aracılık etkisine tam aracılık etkisi adı verilir (Gürbüz, 2021, s. 110-112). Tablo 3.49’da aracılık etkisi hipotez testi sonuçları, Tablo 3.50’de parametre değerleri verilmiştir.

Tablo 3.49: Aracılık Etkisi Hipotez Testi

				RA	Alt Sınır	Üst Sınır	P	Hipotez	
Davra nissal_ Niyet	<--	Psiko _Iyi	<--	Birlikt e_Uret me	-0,024	-0,073	0,002	0,067	H _{11A1} Ret
Davra nissal_ Niyet	<--	Psiko _Iyi	<--	Bilgi_ Harma nlama	0,009	-0,001	0,022	0,063	H _{11C1} Ret
Davra nissal_ Niyet	<--	Psiko _Iyi	<--	Diyet_ Egzers iz	-0,010	-0,023	0,001	0,066	H _{11D1} Ret
Davra nissal_ Niyet	<--	Des_ Sos_I yi	<--	Birlikt e_Uret me	-0,098	-0,244	-0,020	0,015	H _{11A3} Kabul

Davranışsal Niyet	<--	Des_Sos_Iyi	<--	Temel_Hasta_Faaliyetleri	-0,023	-0,057	-0,006	0,008	H _{11B3} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Des_Sos_Iyi	<--	Bilgi_Harmalama	0,019	0,004	0,042	0,011	H _{11C3} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Des_Sos_Iyi	<--	Diyet_Egzersiz	-0,025	-0,050	-0,006	0,013	H _{11D3} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Des_Sos_Iyi	<--	Dikkat_Yoneltme	-0,013	-0,032	-0,003	0,009	H _{11F3} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Soyut_Hiz_Per	<--	Birlikte_Uretme	-0,885	-1,721	-0,467	0,000	H _{13A2} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Soyut_Hiz_Per	<--	Temel_Hasta_Faaliyetleri	-0,029	-0,060	-0,010	0,001	H _{13B2} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Soyut_Hiz_Per	<--	Bilgi_Harmalama	0,037	0,020	0,065	0,000	H _{13C2} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Soyut_Hiz_Per	<--	Diyet_Egzersiz	-0,041	-0,073	-0,020	0,000	H _{13D2} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Soyut_Hiz_Per	<--	Yasam_Tarzi	-0,010	-0,027	0,001	0,076	H _{13E2} Ret
Davranışsal Niyet	<--	Duygusal_Değer	<--	Birlikte_Uretme	2,164	1,239	4,167	0,000	H _{14A3} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Duygusal_Değer	<--	Temel_Hasta_Faaliyetleri	0,168	0,098	0,272	0,000	H _{14B3} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Duygusal_Değer	<--	Bilgi_Harmalama	-0,119	-0,189	-0,067	0,000	H _{14C3} Kabul

Davranışsal Niyet	<--	Duygusal Değer	<--	Diyet_Egzersiz	0,060	0,017	0,117	0,004	H _{14D3} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Duygusal Değer	<--	Yaşam_Tarzi	0,021	-0,002	0,054	0,077	H _{14E3} Ret
Davranışsal Niyet	<--	Duygusal Değer	<--	Dikkat_Yoneltme	0,027	0,003	0,058	0,024	H _{14F3} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Hizmet_Sunum_Kalitesi	<--	Birlikte_Uretim	0,728	0,057	1,701	0,035	H _{14A2} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Hizmet_Sunum_Kalitesi	<--	Temel_Hasta_Faaliyetleri	0,048	0,006	0,111	0,023	H _{14B2} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Hizmet_Sunum_Kalitesi	<--	Bilgi_Harmanlama	-0,023	-0,058	-0,003	0,019	H _{14C2} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Hizmet_Sunum_Kalitesi	<--	Diyet_Egzersiz	0,022	0,002	0,061	0,021	H _{14D2} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Tatmin	<--	Birlikte_Uretim	0,841	0,511	1,635	0,000	H _{12A} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Tatmin	<--	Temel_Hasta_Faaliyetleri	0,095	0,049	0,165	0,000	H _{12B} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Tatmin	<--	Bilgi_Harmanlama	-0,048	-0,086	-0,021	0,000	H _{12C} Kabul
Davranışsal Niyet	<--	Tatmin	<--	Diyet_Egzersiz	0,037	0,014	0,070	0,001	H _{12D} Kabul

Davranissal_ Niyet	<--	Tatmin	<--	Dikkat_ Yoneltme	0,014	-0,002	0,034	0,079	H _{12F} Ret
--------------------	-----	--------	-----	------------------	-------	--------	-------	-------	----------------------

Tablo 3.49’da kabul edilen ve reddedilen hipotezler gösterilmiştir. Aracılık analizi için çoklu aracı analizlerine daha uygun olan bootstrap metodu tercih edilmiştir (Keith, 2019, s. 181-182). Bu metot ile aracılık etkisi ve güven düzeyi çerçevesinde anlamlılık seviyesi hesaplanır. %95 güven aralığında p değerinin 0,05’den küçük olması, alt ve üst sınırlar arasında 0 değerinin olmaması hipotezin kabulü için yeterlidir.

Tablo 3.50: Aracılık Etkisi Parametre Değerleri

					RA	SH	KO	P
Davranissal_Niyet	<--	Psiko_Iyi	<--	Birlikte_Uretme	-0,024	0,019	-1,263	0,067
Davranissal_Niyet	<--	Psiko_Iyi	<--	Bilgi_Harmanlama	0,009	0,006	1,500	0,063
Davranissal_Niyet	<--	Psiko_Iyi	<--	Diyet_Egzersiz	-0,010	0,006	-1,667	0,066
Davranissal_Niyet	<--	Des_Sos_Iyi	<--	Birlikte_Uretme	-0,098	0,056	-1,750	0,015
Davranissal_Niyet	<--	Des_Sos_Iyi	<--	Temel_Hasta_Faaliyetleri	-0,023	0,012	-1,917	0,008
Davranissal_Niyet	<--	Des_Sos_Iyi	<--	Bilgi_Harmanlama	0,019	0,010	1,900	0,011
Davranissal_Niyet	<--	Des_Sos_Iyi	<--	Diyet_Egzersiz	-0,025	0,011	-2,273	0,013
Davranissal_Niyet	<--	Des_Sos_Iyi	<--	Dikkat_Yoneltme	-0,013	0,007	-1,857	0,009

Davranissal_ Niyet	<--	Soyut_HizPe_r	<--	Birlikte_Uretim	-0,885	0,335	-2,642	0,000
Davranissal_ Niyet	<--	Soyut_HizPe_r	<--	Temel_Hasta_Faaliyetleri	-0,029	0,012	-2,417	0,001
Davranissal_ Niyet	<--	Soyut_HizPe_r	<--	Bilgi_Harmanlama	0,037	0,011	3,364	0,000
Davranissal_ Niyet	<--	Soyut_HizPe_r	<--	Diyet_Egzersiz	-0,041	0,013	-3,154	0,000
Davranissal_ Niyet	<--	Soyut_HizPe_r	<--	Yasam_Tarzi	-0,010	0,007	-1,429	0,076
Davranissal_ Niyet	<--	Duygusal_Deger	<--	Birlikte_Uretim	2,164	0,787	2,750	0,000
Davranissal_ Niyet	<--	Duygusal_Deger	<--	Temel_Hasta_Faaliyetleri	0,168	0,044	3,818	0,000
Davranissal_ Niyet	<--	Duygusal_Deger	<--	Bilgi_Harmanlama	-0,119	0,030	-3,967	0,000
Davranissal_ Niyet	<--	Duygusal_Deger	<--	Diyet_Egzersiz	0,060	0,025	2,400	0,004
Davranissal_ Niyet	<--	Duygusal_Deger	<--	Yasam_Tarzi	0,021	0,014	1,500	0,077
Davranissal_ Niyet	<--	Duygusal_Deger	<--	Dikkat_Yoneltme	0,027	0,014	1,929	0,024
Davranissal_ Niyet	<--	Hizmet_Sunum_Kalitesi	<--	Birlikte_Uretim	0,728	0,421	1,729	0,035

Davranissal_ Niyet	<--	Hizmet_Sun um_Kalitesi	<--	Temel_H asta_Faali yetleri	0,048	0,026	1,846	0,023
Davranissal_ Niyet	<--	Hizmet_Sun um_Kalitesi	<--	Bilgi_Har manlama	-0,023	0,014	-1,643	0,019
Davranissal_ Niyet	<--	Hizmet_Sun um_Kalitesi	<--	Diyet_Eg zersiz	0,022	0,014	1,571	0,021
Davranissal_ Niyet	<--	Tatmin	<--	Birlikte_ Uretme	0,841	0,284	2,961	0,000
Davranissal_ Niyet	<--	Tatmin	<--	Temel_H asta_Faali yetleri	0,095	0,029	3,276	0,000
Davranissal_ Niyet	<--	Tatmin	<--	Bilgi_Har manlama	-0,048	0,016	-3,000	0,000
Davranissal_ Niyet	<--	Tatmin	<--	Diyet_Eg zersiz	0,037	0,014	2,643	0,001
Davranissal_ Niyet	<--	Tatmin	<--	Dikkat_Y oneltme	0,014	0,009	1,556	0,079

Aracılık etkisi analizi sonucunda psikolojik iyi oluşun %95 güven aralığında aracılık etkisinde bahsedilemeyeceği ancak %90 güven aralığında aracılık etkisinin söz konusu olabileceği görülmüştür. Keza yaşam tarzı değişiminin davranışsal niyet üzerinde bir aracı değişken üzerinden etkisinden bahsedebilmek için de %90 güven aralığını baz almak gerekir. %95 güven aralığında yaşam tarzı değişiminin davranışsal niyet üzerinde aracı bir değişkenle etkisinden bahsetmek mümkün değildir. Birlikte üretme, temel hasta faaliyetleri, bilgi harmanlama, diyet egzersiz ve dikkat yöneltmenin davranışsal niyet üzerindeki etkilerinde tatminin, hizmet sunum kalitesinin, duygusal değer, soyut hizmet performansının ve destek/sosyal iyi oluşun aracı değişken olarak rolü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Araştırma neticesinde ortaya çıkan ana hipotez testi sonuçları Tablo 3.51’de verilmiştir.

Tablo 3.51: Araştırmanın Ana Hipotez Testi Sonuçları

H ₁ : Etkileşim, hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerini etkiler.	Kısmen Kabul
H ₂ : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetleri, iyi oluşu etkiler.	Kısmen Kabul
H ₃ : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetleri, tatmini etkiler.	Kısmen Kabul
H ₄ : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetleri, hizmet performansını etkiler.	Kısmen Kabul
H ₅ : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetleri, algılanan değeri etkiler.	Kısmen Kabul
H ₆ : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetleri, davranışsal niyeti etkiler.	Kısmen Kabul
H ₇ : İyi oluş, davranışsal niyeti etkiler.	Kısmen Kabul
H ₈ : Tatmin, davranışsal niyeti etkiler.	Kabul
H ₉ : Hizmet performansı, davranışsal niyeti etkiler.	Kısmen Kabul
H ₁₀ : Algılanan değer, davranışsal niyeti etkiler.	Kısmen Kabul
H ₁₁ : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde “iyi oluşun” aracı rolü vardır.	Kısmen Kabul
H ₁₂ : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde “tatminin” aracı rolü vardır.	Kısmen Kabul
H ₁₃ : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde “hizmet performansının” aracı rolü vardır.	Kısmen Kabul
H ₁₄ : Hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerinin, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde “algılanan değer” aracı rolü vardır.	Kısmen Kabul

Tablo 3.51’de literatür taraması neticesinde ortaya çıkan kavramsal modele ait hipotezlerden araştırma sonucunda yalnızca tatminin davranışsal niyet üzerindeki etkisi kabul edilmiş olup diğer hipotezler kısmen kabul edilmiştir.



SONUÇ

Pazarlamanın ortaya çıkışından bu yana geçirdiği değişim neticesinde önceleri yalnızca üretilen ürünlerin pazara ulaşması mevzu bahiskken (Savitt, 1990) bugün değerın tüm paydaşlar için nasıl üretileceğı söz konusudur (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008).

Geçtiğimiz yüzyıldaki süreçte pazarlama ilk değişimini 1950’lerde bilimselliğın ön plana çıkmasıyla yaşamıştır (Webster, 2005). 1980’lere gelindiğinde ise pazarlama yalnızca ürünlerle değil hizmetlerle de ilgilenmeye başlamıştır (Grönroos, 2012). Lakin bu ilgi, ürün odaklı pazarlama anlayışına sıkışıp kalmış uzmanların hizmete ürün muamelesi yapmasıyla sonuçlanmıştır (Shostack, 1977). Oysa hizmetler ürün değildir. Merkezinde insanın olduğu, ilişkilerin kurulduğu süreçlerdir. İlişkinin temelinde ise müşteri değeri yatmaktadır (Ravald & Grönroos, 1996).

Vargo ve Lusch bu dağınık yapıyı bir çerçeveye oturtarak pazarlamanın aslında hizmetin baskın olduğu bir mantık çerçevesinde değerlendirilmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir (Vargo & Lusch, 2004a). Hizmet baskın mantık bir sektör(hizmet sektörü) odaklılık değildir. Hizmet baskın mantık aktörün yararına süreç ve kaynak kullanımıdır (Vargo & Lusch, 2008b). HBM’nin merkezinde ise birlikte değer yaratma bulunur (Lusch & Vargo, 2019). Birlikte değer yaratma için farklı yaklaşımlar vardır ancak hepsinin birleştiğı bir nokta vardır ki o da değer fayda sağlayan tarafından yaratılır ve fayda sağlayanın olmadığı bir durumda birlikte değer yaratmaktan bahsedilemez (Grönroos & Voima, 2013) (Vargo & Lusch, 2016) (Ramaswamy & Özcan, 2018).

Birlikte değer yaratmanın ekosistem içerisinde nasıl şekillendiğini anlayabilmek adına sağlık hizmetleri çok önemlidir (Frow, McColl-Kennedy, & Payne, 2016). Bir yanda sağlık hizmetini sunanlar öte yanda ise sağlıklarına kavuşmak isteyenler hep bir etkileşim içinde olmalıdırlar (Díaz-Méndez & Gummesson, 2012). Hastaların sağlık hizmetine katılım göstermelerinin sağlık çıktılarına olum etki gösterdiği bilinmektedir (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002). Bu olumlu etki halihazırda düşük performans gösteren sağlık hizmetleri yüzünden

GSYİH’de yaşanan kayıpları da azaltabilir (Porter & Teisberg, 2004) aksi halde devletlerin bütçeleri üzerindeki sağlık hizmetinin yüklerini azaltma çabaları özellikle kronik hastaların iyi oluşlarını negatif etkileyecektir (BMA, 2023).

Birlikte değer yaratmanın olası faydaları göz önünde bulundurulduğunda sağlık hizmetlerinde birlikte değer yaratma ile ilgili ampirik araştırma boşluğu olması şaşırtıcıdır (Barile, Saviano, & Polese, 2014). Bu araştırma boşluğunu doldurma hedefiyle yürütülen çalışma neticesinde bazı bilgiler elde edilmiştir.

Ana araştırmaya başlamadan önce yapılan ön çalışmada Türkiye bağlamında birlikte değer yaratmanın ne olduğuna dair hekimlerle yüzyüze sohbet tarzı derinlemesine görüşme yapılmıştır. Bu görüşmeler neticesinde hekimlerin bakış açısına göre değerın hasta odaklı değil hekim odaklı olduğu, değerin birlikte yaratılmasının ise hekim kontrolünde olabileceğı sonucuna ulaşılmıştır. Ön çalışmanın takip eden aşamasında ise Türkiye bağlamında literatüre uygun olarak ana kütle seçiminde kronik hastaların (Holman & Lorig, 2000) uygun olup olmadığı araştırılmıştır. 44 hekimden toplanan, hangi hasta gruplarıyla bu araştırmanın yapılması üzerine alınan görüşler neticesinde kronik hasta grubunun Türkiye bağlamında da doğru bir seçim olduğu anlaşılmıştır. Daha sonra anket formu pilot çalışmaya tabi tutulmuş ve herhangi bir değışken çıkarılmadan ana araştırma için anket formu hazır hale getirilmiştir.

Araştırma süreci sonucunda 878 örneğe ulaşılmıştır. Online olarak yapılan araştırmaya katılım gösterenler çoğunlukla sosyal güvencesi SGK olanlardır. Katılımcıların %50’den fazlası 10 yıldan daha uzun süredir kronik hastalık sahibidir ve dörtte üçüne yakını devlet üniversite hastanesi veya devlet hastanesinde tedavilerini sürdürmektedir. Örnekleme dahil olan kronik hastaların hastalıklarına göre dağılımlarının gösterildiğı Tablo 3.10 birden fazla hastalık belirten katılımcıların belirttikleri ilk hastalıkları ile oluşturulmuştur. Birden fazla hastalık belirtilen durumlarda bu hastalıkların birbiri ile ilintili olup olmadığı bilinmemekle beraber sahadan edinilen intiba ilintili olduğuna dair güçlü kanı oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %54,3’ünü kadınlar %45,7’sini erkek oluşturmuş olsa da kolayda örnekleme yöntemi ile toplanan anketleri güçlü bir sosyolojik önerme olan “kadınlar

hasta olur, erkekler ölür” (Özen, 2019, s. 280) söylemini destekler nitelikte olup olmadığı bilinmemektedir. Lakin örneklemedeki yaş dağılımı göz önünde bulundurulduğunda her yaşta kronik hasta olabileceği söylenebilir.

Araştırmada kullanılan tüm ölçekler Türkiye bağlamında test edilip edilmediğine veya Türkçeleştirilip Türkçeleştirilmediğine bakılmaksızın yabancı kaynaklardan alınmış, Türkçeleştirilmiş ve tez izleme komitesindeki öğretim üyelerinin de görüşleri alınarak Türkiye bağlamına uyarlanmıştır. Bu sebeple ölçekler öncelikle keşfedici faktör analizine tabi tutulmuş (Kurtuluş, 2010, s. 189-190) ve Türkiye bağlamında ortaya çıkan faktörleri tespit edilmiştir. Analizde yapısal eşitlik modellemesi kullanılacağı için daha sonrasında doğrulayıcı faktör analizine (Akyüz, 2014) sokulan ölçeklerin uyum indeksleri kabul edilen değerler içerisinde olduğu anlaşılmıştır. Son olarak ölçüm modeli doğrulayıcı faktör analizine sokulmuş ve uyum değerleri içinde çıkan ölçeklerin belirli bir düzeyde birleşim ve ayrışım geçerliliğine sahip olduğu (Gürbüz, 2021, s. 81), geçerli ve güvenilir olduğuna karar verilmiştir (Harrington, 2009, s. 7).

Yapısal model analizinde öncelikle kavramsal model test edilmiş, anlamsız yollar çıkarılarak model düzeltme yapılmış (Kline, 2023, s. 183) ve yapısal model elde edilmiştir. Yapısal model ile hem doğrudan hem de dolaylı etkiler tespit edilerek kabul edilen ve reddedilen hipotezler %95 güven aralığında belirlenmiştir. Ana hipotezlerden H₈ kabul edilmiş, diğer hipotezler kısmen kabul edilmiştir.

Birlikte değer yaratma tüketicinin hizmet ağındaki faaliyetleri ve aktörlerle etkileşimleri aracılığı ile kaynak entegrasyonu neticesinde elde edilen fayda olarak tanımlanabilir (McColl-Kennedy, Vargo, Dagger, Sweeney, & Kasteren, 2012, s. 6). Dolayısıyla birlikte değer yaratmak için önce etkileşim gereklidir. Sağlık hizmetleri gibi bazı hizmetlerde hizmetin üretilmesi için hizmeti alan tarafın da faaliyetlerde bulunması gerekir (Podsakoff, MacKenzie, Paine, & Bachrach, 2000). Farklı aktörler ile olan etkileşimler farklı fayda çıktıları üretebiliyor olsa da ekosistem içindeki bu aktörler birbirlerinden kopuk ve birbirlerini etkilemedikleri düşünülemez (Chandler & Vargo, 2011).

Yapısal modelin etkileşim boyutu altında bulunan hastane samimiyet boyutu ve hastane emek boyutu literatürde tek bir boyut olarak “medikal personel” olarak geçmektedir. Türkiye bağlamına uyarlanan ölçek keşfedici faktör analizi neticesinde iki farklı boyuta ayrılarak hastane samimiyet ve hastane emek olarak ortaya çıkmıştır. Analiz sonucunda hastane samimiyet boyutunun birlikte değer yaratma faaliyetlerinin bilgi harmanlama boyutu hariç bütün alt boyutlarını etkilediği görülmektedir. Medikal personel ile olan bireysel ilişki düzeyinin iyi olması, açık iletişimin kurulması hekime güven duyulmasına neden olmakta (Hausman, 2004) ve bu olumlu duygular hastanın faaliyetlerde bulunması ve ortaklaşa faaliyetlere katılım göstermesi ile sonuçlanmaktadır (Gallan, Jarvis, Brown, & Bitner, 2013). Türkiye bağlamında hastanın medikal personel ile olan samimiyetinin, sağlık hizmetinin üretimine katılım göstermesine ve üzerine düşen görevleri yapmasına ek olarak medikal personelin tavsiyelerini dinleyerek yaşam tarzını değiştirmesine, diyet ve egzersiz yapmasına ve kafasını dağıtacak şeylerle uğraşmasına etki ettiği söylenebilir. Etkileşimin en güçlü boyutunun literatüre uygun olarak hastane personeli ile olan samimiyet olduğu söylenebilir (Nordgren & Fridlund, 2001).

Çıktıları uzun zaman alacak faaliyetler için daha fazla emek gösterilmesi gerekmektedir (Mischel, Shoda, & Rodriguez, 1989). Bu durum sağlık hizmetlerinde de böyledir. Hastalar faaliyetler için daha fazla emek gösterdikçe çıktılar artmaktadır ancak her hasta segmenti aynı emeği göstermeye yatkın değildir (Sweeney, Danaher, & McColl-Kennedy, 2015). Türkiye bağlamında hastane emek boyutu birlikte değer yaratma faaliyetlerinin birlikte üretme ve temel hasta faaliyetleri boyunu negatif yönlü etkilerken bilgi harmanlama boyutunu pozitif etkilemektedir. Buradan hasta medikal personel ile geliştirdiği samimiyete emek harcamadığı zaman birlikte üretmeye ve temel hasta faaliyetlerini yapmaya daha yatkın olduğu söylenebilir. Medikal personelin samimi davranışları hastayı birlikte değer yaratmaya yönlendirebilir. Bilgi harmanlama üzerindeki pozitif etkisi ise hastanın medikal personelden bir samimiyet görmediği veya medikal personelin hastaya empati göstermediği durumlarda (Hausman, 2004) hastanın kendi sağlığı için emek göstererek, kendi işlerini halletmeye çalışması, hastalığı ile bağlantılı olarak hangi başka bölümleri ziyaret etmesi gerekliliğini araştırması ve daha fazla bilgi harmanlamasına etki ediyor olabilir.

Bu önerme sahada alınan geri bildirimlerle destekleniyor olmakla beraber daha fazla ampirik kanıtı ihtiyaç duymaktadır.

Hastaların aile ve arkadaşları ile olan etkileşimi hekimlerden bağımsız olarak onları hastalıkları ile bilgi toplamaya, daha sağlıklı beslenmeye ve egzersiz yapmaya yönlendirebilir (Ramírez, ve diğerleri, 2013). Bu durum hastaları birlikte değer yaratma faaliyetlerinden bilgi harmanlamaya, diyet ve egzersize, yaşam tarzı değişimine, dikkat yöneltmeye olumlu etki ile sonuçlanabilir (McColl-Kennedy, Hogan, Witell, & Snyder, 2017). Türkiye bağlamında etkileşimin aile ve arkadaş boyutu yalnızca bilgi harmanlama üzerinde ve negatif etkiye sahiptir. Hali hazırda gayret göstermeden aile ve arkadaşlarının desteğini alan hastalar bilgi harmanlama faaliyetini gerçekleştiriyor olabilir.

Hastaların diğer hastalarla olan etkileşimi Türkiye bağlamında birlikte üretme hariç tüm birlikte değer yaratma faaliyetlerine etki etmektedir. Hastaların diğer hastalarla olan etkileşimi karşılıklı olarak bilgi alışverişine etki ettiği (Olivera & Straus, 2004) için öğrenme ve tecrübeleri paylaşma üzerine olumlu etki ile sonuçlanabilir (Dholakia, Blazevic, Wiertz, & Algesheimer, 2009). Örneklemin yoğunlukla Facebook gruplarından toplandığı göz önüne alındığında örnekleme dahil olan hastaların diğer hastalar ile yoğun bir etkileşim içinde olduğu söylenebilir. Bu durumun Türkiye bağlamında Facebook gruplarındaki hastaların birlikte değer yaratma faaliyetlerini pozitif ve yüksek düzeyde etkilediği söylenebilir.

Birlikte değer yaratmanın iyi oluş üzerinde olumlu etkisi vardır (Kuipers, Cramm, & Nieboer, 2019). Hastanın kendi hastalık sürecinin idaresinde söz sahibi olmasının iyi oluş üzerinde pozitif etkileri vardır (Michie, Miles, & Weinman, 2003). Örneğin diyet ve egzersizin (Wolin, Dart, & Colditz., 2013) yanında kişiyi hastalığını düşünmekten uzaklaştıracak aktivitelerin (Cahow, ve diğerleri, 2012) iyi oluş üzerinde pozitif etkileri olduğu görülmüştür. Yapılan araştırma sonucunda birlikte değer yaratmanın iyi oluş üzerinde kısmen etkisi olduğu anlaşılmıştır. İyi oluşun alt boyutlarından destek / sosyal iyi oluş üzerinde temel hasta faaliyetleri, birlikte üretme, diyet ve egzersiz, dikkat yöneltme pozitif yönlü etki gösterirken, bilgi harmanlama negatif yönlü etki göstermektedir. Bilgi harmanlama hastalığı hakkında bilgi

topladıkça, daha fazla bilgi sahibi oldukça hastanın destek/sosyal iyi oluş kriterlerindeki değişimlerin bir sonucu olarak negatif etkiliyor olabilir. iyi oluşun bir diğer alt boyutu olan varoluşsal iyi oluşu birlikte değer yaratma faaliyetlerinden temel hasta faaliyetleri, birlikte üretme, bilgi harmanlama, diyet ve egzersiz, dikkat yöneltme pozitif yönde etkilemektedir. Psikolojik iyi oluş üzerinde birlikte üretme ve bilgi harmanlama pozitif etkiye sahipken, diyet ve egzersiz negatif yönlü etkiye sahiptir.

Birlikte değer yaratma tatmin üzerinde pozitif etkiye sahiptir (Chan, Yim, & Lam, 2010). Hizmet sunumunda yer alan, birlikte üreten aktörün tatmini artmaktadır (Auh, Bell, McLeod, & Shih, 2007). Analiz sonucunda tatmin üzerinde temel hasta faaliyetleri, diyet ve egzersiz, dikkat yöneltme ve birlikte üretme alt boyutlarından en yüksek etkinin birlikte üretmeye ait olduğu anlaşılmıştır. Türkiye bağlamında birlikte değer yaratmanın tatmini kısmen etkilediği söylenebilir.

Temel hasta faaliyetlerinin, hastayla birlikte üretmenin, hastanın bilgi toplama faaliyetlerinin hastanın algıladığı değer üzerinde anlamlı bir etkisi vardır (Yi & Gong, 2013). Türkiye bağlamında birlikte değer yaratma faaliyetlerinin algılanan değer üzerinde kısmen etkisi olduğu söylenebilir. Özellikle birlikte üretme faaliyetinin algılanan değer üzerindeki çok yüksek pozitif etkisi göz önünde bulundurulmalıdır. Bilgi harmanlamanın algılanan değer hizmet sunum kalitesi ve duygusal değer alt boyutlarına negatif etkisi de üzerinde durulması gereken başka bir konudur. Farklı kaynaklardan bilgi toplayan, bilgi sahibi bir hastanın değerlendirme kriterleri değişiyor olabilir.

Birlikte değer yaratma faaliyetleri, tüketicilerin hizmet performansı algıları üzerinde pozitif etkiye sahiptir (Torkzadeh, Zolfagharian, & Iyer, 2020). Türkiye bağlamında da bu önerme kısmen doğru kabul edilebilir. Analiz neticesinde özellikle birlikte üretmenin sağlık hizmet performansı üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu görülmektedir. Literatürde beş boyut olan hizmet performansının bu araştırmada iki boyut altında toplanması sebebiyle hangi soyut olguların ne kadar etkilendiği bilinmemektedir.

Bir çeşit sadakat çıktısı olan hizmeti tekrar kullanma olarak da nitelendirilebilecek olan davranışsal niyeti (Rahman, Mannan, Hossain, & Zaman,

2018) birlikte değer yaratma faaliyetlerinin (Akter, Babu, Hossain, & Hani, 2021), iyi oluşun (Ma & Kaplanidou, 2021), algılanan değer (Gooding, 1995), tatminin (Cronin Jr, Brady, & Hult., 2000) ve hizmet performansının (Ramez, 2012) pozitif etkilemesi beklenmektedir. Araştırma neticesinde ortaya çıkan sonuca göre birlikte değer yaratma faaliyetlerinden yalnızca dikkat yöneltme ve temel hasta faaliyetleri davranışsal niyeti doğrudan ve negatif olarak etkilemektedir. Davranışsal niyeti etkileyen diğer faktörlerden destek/sosyal iyi oluş ve soyut hizmet performansı negatif yönlü etkiye sahiptir. Algılanan değer boyutlarından duygusal değer ve hizmet sunum kalitesi, tatmin ve iyi oluş psikolojik iyi oluş boyutu davranışsal niyeti pozitif yönlü etkilemektedir. Özellikle duygusal değer çok yüksek pozitif etkisi dikkat çekicidir.

Aracılık etki analizi neticesinde ortaya çıkan tabloya göre birlikte değer yaratma faaliyetlerinin davranışsal niyet üzerindeki etkisinde aracı değişkenlerin rolü şöyle özetlenebilir: temel hasta faaliyetleri boyutunun davranışsal niyete etkisinde duygusal değer, hizmet sunum kalitesinin ve tatminin pozitif yönlü, destek / sosyal iyi oluşun ve soyut hizmet performansının negatif yönlü aracılık etkisi vardır. Birlikte üretme boyutunun davranışsal niyete etkisinde duygusal değer, hizmet sunum kalitesinin ve tatminin pozitif yönlü, destek / sosyal iyi oluşun ve soyut hizmet performansının negatif yönlü aracılık etkisi vardır. Bilgi harmanlama boyutunun davranışsal niyete etkisinde duygusal değer, hizmet sunum kalitesinin ve tatminin negatif yönlü, destek / sosyal iyi oluşun ve soyut hizmet performansının pozitif yönlü aracılık etkisi vardır. Diyet egzersiz boyutunun davranışsal niyete etkisinde duygusal değer, hizmet sunum kalitesinin ve tatminin pozitif yönlü, destek / sosyal iyi oluşun ve soyut hizmet performansının negatif yönlü aracılık etkisi vardır. Dikkat yöneltme boyutunun davranışsal niyete etkisinde duygusal değer ve tatminin pozitif yönlü, destek / sosyal iyi oluşun negatif yönlü aracılık etkisi vardır.

Bu araştırma Türkiye bağlamında öncü bir araştırma olup hem sağlık hizmetlerinde birlikte değer yaratma ile ilgili araştırma boşluğunu doldurmaya katkıda bulunmakta (Zhang, ve diğerleri, 2015) hem de oluşturulan yapısal model ile gelecek araştırmalar için bir çerçeve sunmaktadır. Uyarlanan ölçekler, test edilen hipotezler ve çıktıları ileride yapılacak diğer araştırmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgular neticesinde sağlık hizmetlerindeki yöneticilere bazı önerilerde bulunulabilir. Öncelikli olarak sağlık hizmeti sunucularının yöneticileri davranışsal niyetin önemini anlamalıdır. Hizmeti tekrar kullanma ve tavsiye etme olarak tanımlanabilecek olan davranışsal niyet bir çeşit sadakattir. Sadakat bir işletme için maddi açıdan çok önemlidir çünkü mevcut müşteriyi elde tutmak yeni müşteri kazanmaktan beş kat daha ucuzdur (Kotler & Armstrong, 2018, s. 22). Sağlık hizmetinde sadakati sağlamak daha zor olabilir çünkü sağlık hizmetleri ihtiyaç duyulan ama genelde istenmeyen hizmetlerdir (Berry & Bendapudi, 2007). Bu yüzden hastaların sürekliliğini sağlamak adına davranışsal niyeti etkileyen birlikte değer yaratmanın öncelikle etkileşim kısmını incelemek gerekir. Birlikte değer yaratma etkileşim ile başlar (Luo, Wong, King, Liu, & Huang, 2019). Bu araştırma sonucu göstermektedir ki sağlık hizmeti sunucusundaki birlikte değer yaratma faaliyetlerini en çok etkileyen faktör hastanedeki sağlık personeli ile olan samimiyettir. Özellikle birlikte üretme üzerindeki etkisi gözden kaçmamalıdır çünkü birlikte üretme aracı değişkenler üzerinden (özellikle duygusal değer, tatmin ve hizmet sunum kalitesi) davranışsal niyete en yüksek etkisi olan faktördür. Diğer yandan aracı değişkenlere doğrudan etkiler de göz önünde bulundurulmalı ve birlikte değer yaratma faaliyetlerinin Türkiye bağlamında ne gibi etkileri olduğu tahkik edilmelidir. Sağlık hizmeti sunucuları yöneticileri özellikle günlük yaşantısını etkileyen sağlık durumları olan hastaların hayatlarına dokunacak yöntemler geliştirerek hastalarla birlikte değer yaratmaya çalışmalıdır. Bu bazen çevrimiçi veya çevrimdışı platformlar üzerinden (Ramaswamy & Özcan, 2018) bazen de ortaklık veya destek grubu modelleri (Nambisan & Nambisan, 2009) üzerinden olabilir. Tüm bunları yapabilmek ve değer tekliflerini cazip hale getirebilmek için sağlık hizmeti sunucuları yöneticileri inovatif çözümler üretmelidir (Barile, Saviano, & Polese, 2014). Bunlarla ilgilenirken yöneticiler birlikte değer yaratmanın karşılıklı öğrenme süreci olduğunu, sürecin doğrusal değil döngüsel bir süreç olduğunu, bu sürecin yalnızca hizmeti veren ile alan arasında olmadığını başka aktörlerin ve kurumların da olduğunu akıllarının hep bir köşesinde bulundurmalıdırlar (Vargo & Lusch, 2016).

Birlikte değer yaratma yalnızca sağlık hizmeti sunucuları için değil devletin karar alma mekanizmasındakiler için de bir çözüm önerisi sunabilir. Kronik hastaların

sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar üzerindeki %75'i bulan payı ve yaşlanan nüfusun bu payı daha da artıracığı beklentisi (Harris & Wallace, 2012) devletlerin üzerindeki maddi yükü artırmakta ve yönetim kademesini zor kararlarla yüz yüze getirmektedir. Özellikle yaşlanan nüfusun yanında doğum oranlarının düşeceği beklentisi (Fujimoto, 2023) sosyal sistem üzerinden dönen sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından tehlikeler barındırmaktadır. Sağlık hizmetlerini bekleyen tehlikelerin üstesinden özel ve kamu etkileşiminde sağlık hizmetleri ekosistemleri oluşturarak gelinebilir. Böylece bir bütün olarak birlikte değer yaratıp toplumun zenginliği artırılabilir (Ramaswamy & Ozcan, 2014, s. 16). Bunun yanında birlikte değer yaratma kollektif bir refaha katkıda bulunabilir. Öncelikle bireyin iyi oluşu toplumsal refaha katkıda bulunur (Frow, McColl-Kennedy, & Payne, 2016). Kronik hastalığı veya kronik durumu olan bireylerin topluma adaptasyonu, kendini dışlanmış veya ötekileştirilmiş hissetmesi toplum içindeki çatışmaları azaltabilir. Öte yandan birlikte değer yaratma sağlık hizmetleri denilince akla ilk gelen ve sağlık hizmeti yükünün büyük kısmını üstlenen hekimlerin üzerindeki yükü hafifleterek (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016) sağlık hizmetlerindeki verimi artırabilir, çıktıları iyileştirebilir (Wu, ve diğerleri, 2013).

Öncül olan bu araştırma gelecekte yapılacak çalışmalar için yeni araştırma alanları açmaktadır. Bunlardan ilki farklı kronik hastalıkların karşılaştırılması olabilir. Bu araştırma kronik hastalık farkı gözetmeksizin örnekleri analize sokmuştur. Farklı hastalıklarda farklı sonuçlar beklenebilir (McColl-Kennedy, Vargo, Dagger, Sweeney, & Kasteren, 2012) (Sweeney, Danaher, & McColl-Kennedy, 2015) (McColl-Kennedy, Hogan, Witell, & Snyder, 2017). Bunun yanında demografik farklılıklar özelinde çalışmalar yapılabilir. Cinsiyetler arasındaki farklar üzerine yoğunlaşarak yapılacak araştırmalar neticesinde literatürde var olan “kadınlar hasta olur, erkekler ölür” (Özen, 2019) önermesinin gerçekliği üzerine bulgular elde edilebilir, kronik hastalıklarda cinsiyet merkezli olarak farklı birlikte değer yaratma pratikleri veya değer algıları üzerine çalışılabilir. Bir diğer çalışma yaklaşımı birden fazla kronik hastalığı olan hastalar üzerine olabilir. Bu araştırmada belirtilen hastalık gruplarına dahil olan örnekler arasında çokça birden fazla kronik hastalığı olan örneğe rastlanmış ve yalnızca cevaplayıcıların ilk belirttikleri hastalıkları dikkate alınmıştır. Belirtilen ilk

hastalığın diğerkronik hastalıkların sebebi olup olmadığı veya ilişkili olup olmadıkları bilinmemektedir. Bu çerçevede bir araştırma literatüre katkı sağlayacaktır. Örneğin şekere bağlı böbrek yetmezliği veya polikistik böbrek hastalığına bağlı yüksek tansiyon gibi bağlantılı kronik hastalıklar araştırılabilir. Bir uyarılma veya Türkiye bağlamında keşfedici bir araştırma olarak birlikte değer yaratmanın başlangıç noktası olan “etkileşim” kavramı detaylı araştırılarak birlikte değer yaratma pratiğı daha net anlaşılabilir. Son olarak doğrusal değil döngüsel bir süreç olan birlikte değer yaratma sürecinin farklı noktalarındaki kaynak entegrasyonları incelenebilir, farklı etkiler araştırılabilir hatta bu araştırmalara kurumlar ve kurumsal düzenlemeler de dahil edilebilir.

KAYNAKÇA

- Achrol, R. S., & Kotler, P. (1999): Marketing in the Network Economy. *Journal of Marketing*, 146-163.
- Achrol, R. S., & Kotler, P. (2012): Frontiers of the marketing paradigm in the third millennium. *Journal of Academy of Marketing Science* , 35-52.
- Adler-Waxman, A. (2023, 04 29): *This is the biggest challenge to our health*. World Economic Forum: <https://www.weforum.org/agenda/2017/12/healthcare-future-multiple-chronic-disease-ncd/> adresinden alındı
- Akaka, M. A., & Chandler, J. D. (2019): Reframing Exchange: A Service-Ecosystems Perspective. S. L. Vargo, & R. F. Lusch içinde, *The SAGE Handbook of Service-Dominant Logic* (s. 135-148). California: SAGE.
- Akaka, M. A., Corsaro, D., Kelleher, C., Maglio, P. P., Seo, Y., Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2014): The role of symbols in value cocreation. *Marketing Theory*, 311-326.
- Akter, S., Babu, M. M., Hossain, M. A., & Hani, U. (2021): How does value co-creation transform quality of life at the bottom of the pyramid? *Journal of Marketing Management*, 962-992.
- Akyüz, İ. (2014): Siyasal Pazarlama Yaklaşımı ile Seçim Öncesi ve Sonrası Seçmen Davranışının İncelenmesi. *Doktora Tezi*. İstanbul.
- Albinsson, P. A., Perera, B. Y., & Sautter, P. T. (2016): DART scale development: diagnosing a firm's readiness for strategic value co-creation. *Journal of Marketing Theory and Practice* , 42-58.
- Albuquerque, R. P., & Ferreira, J. J. (2021): Service quality, loyalty, and co-creation behaviour: a customer perspective. *International Journal of Innovation Science*, 157-176.

- Alkış, N. (2016): Bayes Yapısal Eşitlik Modellemesi: Kavramlar ve Genel Bakış. *Gazi İktisat ve İşletme Dergisi* , 105-116.
- Allen, S. (2020, 05 06): Deloitte. Deloitte: <https://www.deloitte.com/global/en/Industries/life-sciences-health-care/perspectives/hospital-future-without-walls.html> adresinden alındı
- AMA. (2022, 07 07): American Marketing Association. <https://www.ama.org/the-definition-of-marketing-what-is-marketing/> adresinden alındı
- Anderson, E. W., & Sullivan., M. W. (1993): The antecedents and consequences of customer satisfaction for firms. *Marketing science*, 125-143.
- Anderson, G. (2023, 04 29): *Responding to the Growing Cost and Prevalence of People With Multiple Chronic Conditions*. OECD: <https://www.oecd.org/els/health-systems/48245231.pdf> adresinden alındı
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988): Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological bulletin*, 411-423.
- Arnould, E. J., & Thompson, C. J. (2005): Consumer culture theory (CCT): Twenty years of research. *Journal of consumer research* , 868-882.
- Arnould, E. J., Price, L. L., & Malshe, A. (2015): Toward a Cultural Resource-Based Theory of The Customer. R. F. Lusch, & S. L. Vargo içinde, *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions* (s. 91-104). New York: Routledge.
- Ashcroft, J. J., Leinster, S. J., & Slade, P. D. (1986): Mastectomy vs Breast Conservation: Psychological Effects of Patient Choice of Treatment. *Psychological Issues in Malignant Disease*, 55-71.

- Auh, S., Bell, S. J., McLeod, C. S., & Shih, E. (2007): Co-production and customer loyalty in financial services. *Journal of retailing*, 359-370.
- Babakus, E., & Mangold, W. G. (1992): Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health services research*, 767-786.
- Badcott, D. (2005): The expert patient: valid recognition or false hope? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 173-178.
- Baker, D. A., & Crompton, J. L. (2000): Quality, Satisfaction and Behavioral Intentions. *Annals of Tourism Research*, 785-804.
- Ballantyne, D., & Varey, R. J. (2006): Creating value-in-use through marketing interaction: the exchange logic of relating, communicating and knowing. *Marketing Theory*, 335-348.
- Ballantyne, D., & Varey, R. J. (2008): The Service Dominant Logic and Future of Marketing. *Journal of The Academy of Marketing Science*, 11-14.
- Ballantyne, D., & Varey, R. J. (2015): Introducing a dialogical orientation to the service-dominant logic of marketing. R. F. Lusch, & S. L. Vargo içinde, *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions* (s. 224-235). New York: Routledge.
- Ballantyne, D., Frow, P., Varey, R. J., & Payne, A. (2011): Value propositions as communication practice: Taking a wider view. *Industrial Marketing Management*, 202-210.
- Barclay, D., Higgins, C., & Thompson, R. (1995): The partial least squares (PLS) approach to casual modeling: personal computer adoption and use as an Illustration. *Technology Studies*, 285-309.

- Barile, S., Saviano, M., & Polese, F. (2014): Information asymmetry and co-creation in health care services. *Australasian Marketing Journal* , 205-217.
- Baron, S., & Harris, K. (2008): Consumers as resource integrators. *Journal of Marketing Management*, 113-130.
- Bastiat, F. (2001): *Selected Essays on Political Economy*. New York: The Foundation for Economic Education. 09 09, 2022 tarihinde https://oll-resources.s3.us-east-2.amazonaws.com/oll3/store/titles/956/0181_Bk.pdf adresinden alındı
- Beaven, M. H., & Scotti, D. J. (1990): Service-oriented Thinking and its Implications for the Marketing Mix. *Journal of Services Marketing*, 5-19.
- Bentler, P. M., & Chou, C.-P. (1987): Practical Issues in Structural Modeling. *Sociological methods & research*, 78-117.
- Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1993): Building a New Academic Field-- The Case of Services Marketing. *Journal of Retailing*, 13-60.
- Berry, L., & Bendapudi, N. (2007): Health Care: A Fertile Field for Service Research. *Journal of Service Research*, 111-122.
- Berthon, P., & John, J. (2015): From Entitites to Interfaces: Delineating Value in Customer–Firm Interactions. R. F. Lusch, & S. L. Vargo içinde, *The Service Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate and Directions* (s. 196-207). New York: Routledge.
- Bettencourt, L. A. (1997): Customer Voluntary Performance: Customers as Partners in Service Delivery. *Journal of Retailing*, 383-406.
- Bitner, M. J. (1990): Evaluating service encounters' effects of physical surroundings. *Journal of marketing*, 69-82

- Bloom, G., Standing, H., & Lloyd, R. (2008): Markets, information asymmetry and health care: towards new social contracts. *Social science & medicine*, 2067-2087.
- BMA. (2023, 01 13): *British Medical Association*. British Medical Association: [https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and-workforce/pressures/an-nhs-under-pressure#:~:text=Poor%20retention,retain%20the%20doctors%20we%20have.adresinden alındı](https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and-workforce/pressures/an-nhs-under-pressure#:~:text=Poor%20retention,retain%20the%20doctors%20we%20have.adresinden%20alındı)
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002): Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA*, 2469-2475.
- Borden, N. H. (1942): FINDINGS OF THE HARVARD STUDY ON THE ECONOMIC EFFECTS OF ADVERTISING. *Journal of Marketing*, 89-99.
- Brodie, R. J., Hollebeek, L. D., Jurić, B., & Ilić, A. (2011): Customer Engagement: Conceptual Domain, Fundamental Propositions, and Implications for Research. *Journal of Service Research*, 252-271.
- Brown, S. (1999): Devaluing value: The apophatic ethic and the spirit of postmodern consumption. M. B. Holbrook içinde, *Consumer value: a framework for analysis and research* (s. 159-182). London: Routledge.
- Brunswick, G. J. (2014): A Chronology Of The Definition Of Marketing. *Journal of Business & Economics Research*, 105-114.
- Byrne, B. M. (2016): *Structural Equation Modeling with Amos: Basic Concepts, Applications, and Programming (3rd Edition)*. New York: Routledge
- Cahow, C., Gassaway, J., Rider, C., Joyce, J. P., Bogenschutz, A., Edens, K., . . . Whiteneck, G. (2012): Relationship of therapeutic recreation inpatient rehabilitation interventions and patient characteristics to outcomes following spinal cord injury: The SCIRehab project. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 547-564.

- Capon, N., & Glazer, R. (1987): Marketing and Technology: A Strategic Coalignment. *Journal of Marketing*, 1-14.
- Cardozo, R. N. (1965): An Experimental Study of Customer Effort, Expecations and Satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 244-249.
- Catalyst, N. (2017): What Is Value-Based Healthcare? *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*.
<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0558>
 adresinden alındı
- CDC. (2023, 04 29): *Health and Economic Costs of Chronic Diseases*. Centers for Disease Control adn Prevention:
<https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/costs/index.htm>
 adresinden alındı
- Chahal, H. (2010): Two component customer relationship management model for healthcare services. *Managing Service Quality: An International Journal*, 343-365.
- Cham, T. H., Mee, L. Y., & Nai-Chiek, A. (2014): A study of brand image, perceived service quality, patient satisfaction and behavioral intention among the medical tourists. *Global Journal of Business and Social Science Review*, 32-43.
- Chan, K. W., Yim, C. K., & Lam, S. S. (2010): Is customer participation in value creation a double-edged sword? Evidence from professional financial services across cultures. *Journal of marketing*, 48-64.
- Chandler, J. D., & Vargo, S. L. (2011): Contextualization and value-in-context: How context frames exchange. *Marketing Theory* 11, 35-49.
- Chawla, M. (2003): *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficency*. World Bank.

- Chen, C.-F., & Chen, F.-S. (2010): Experience quality, perceived value, satisfaction and behavioral intentions for heritage tourists. *Tourism Management*, 29-35
- Chen, C.-F., & Tsai, D. (2007): How destination image and evaluative factors affect behavioral intentions? *Tourism Management*, 1115-1122.
- Chen, Y., Cottam, E., & Lin, Z. (2020): The effect of resident-tourist value co-creation on residents' well-being. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 3037.
- Cherington, P. T. (1920): *The elements of marketing*. New York: The Macmillan Company.
- Choi, B. J., & Kim, H. S. (2013): The impact of outcome quality, interaction quality, and peer-to-peer quality on customer satisfaction with a hospital service. *Managing Service Quality*, 188-204.
- Choi, K. S., Cho, W. H., Lee, S., Lee, H., & Kim, C. (2004): The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South Korean study. *Journal of business research*, 913-921.
- Cohen, S. R., Hassan, S. A., Lapointe, B. J., & Mount, B. M. (1996): Quality of life in HIV disease as measured by the McGill Quality of Life Questionnaire. *Aids*, 1421-1427.
- Collins, G. R. (1930): *Marketing*. New York: Alexander Hamilton Institute.
- Converse, P. D. (1921): *Marketing: Methods and policies*. New York: Prentice-Hall, Inc.

- Coşkun, R., Altunışık, R., & Yıldırım, E. (2020): *Sosyal bilimlerde Araştırma Yöntemleri: SPSS Uygulamalı*. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Cova, B., Dalli, D., & Zwick, D. (2011): Critical perspectives on consumers' role as 'producers': Broadening the debate on value co-creation in marketing processes. *Marketing Theory*, 231-241.
- Crawford, M. J., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Bhui, K., Fulop, N., & Tyrer, P. (2002): Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *British Medical Journal*, 1-5.
- Cronin Jr, J. J., Brady, M. K., & Hult, G. T. (2000): Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of retailing*, 193-218.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992): Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 55-68.
- Çakar, M., & Danışman, A. (2015): Kurumsal Kuram. H. C. Sözen, & H. N. Basım içinde, *Örgüt Kuramları* (s. 257-285). İstanbul: BETA Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Dabholkar, P. A., Shepherd, C. D., & Thorpe, D. I. (2000): A comprehensive framework for service quality: an investigation of critical conceptual and measurement issues through a longitudinal study. *Journal of retailing*, 139-173.
- Dado, J., Petrovicova, J. T., Cuzovic, S., & Rajic, T. (2012): An empirical examination of the relationships between service quality, satisfaction and behavioral intentions in higher education setting. *Serbian Journal of Management*, 203-218.

- Dagger, T. S., & Sweeney, J. C. (2006): The effect of service evaluations on behavioral intentions and quality of life. *Journal of service research* , 3-18.
- Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2007): A hierarchical model of health service quality: scale development and investigation of an integrated model. *Journal of service research*, 123-142.
- Day, G. S., & Montgomery, D. B. (1999): Charting New Directions for Marketing. *Journal of Marketing*, 3-13.
- De Ruyter, K., Bloemer, J., & Peeters, P. (1997): Merging service quality and service satisfaction. An empirical test of an integrative model. *Journal of economic psychology*, 387-406.
- Deegan Jr, J. (1978): On the occurrence of standardized regression coefficients greater than one. *Educational and Psychological Measurement*, 873-888.
- Dekhili, S., & Hallem, Y. (2020): 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.
- Deloitte. (2019);, 2019 *Global health care outlook* . Deloitte
- Deloitte. (2022): *The future awakens: Life sciences and health care predictions 2022*. London: Deloitte.
- Deloitte. (2023, 01 01): Deloitte. Deloitte: <https://www.deloitte.com/global/en/Industries/health-care/about.html> adresinden alındı

- Deng, W., Lu, C., Lin, Y., & Chen, W. (2021): A study on the effect of tourists value co-creation on the perceived value of souvenirs: mediating role of psychological ownership and authenticity. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 200-214.
- Dholakia, U. M., Blazevic, V., Wiertz, C., & Algesheimer, R. (2009): Communal service delivery: How customers benefit from participation in firm-hosted virtual P3 communities. *Journal of service research*, 208-226.
- Díaz-Méndez, M., & Gummesson, E. (2012): Value co-creation and university teaching quality: consequences for the European higher education area (EHEA). *Journal of Service Management*, 571-592.
- Ding, L., Velicer, W. F., & Harlow, L. L. (1995): Effects of estimation methods, number of indicators per factor, and improper solutions on structural equation modeling fit indices. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 119-143.
- Dixon, D. F. (1990): Marketing as Production: The Development of a Concept. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 337-343.
- Doyle, P. (2000): Value-based marketing. *Journal of Strategic Marketing*, 299-311
- Drucker, P. F. (2011): *The Practice of Management*. New York: Routledge. 08 2022 tarihinde <https://ebookcentral.proquest.com/lib/istanbul-ebooks/reader.action?docID=631874> adresinden alındı
- Duddy, E. A., & Revzan, D. A. (1953): *Marketing: An institutional approach*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Duncan, C. (1920): *Marketing: Its problems and methods*. New York: D. Appleton and Company.

- Duncan, T., & Moriarty, S. E. (1998): A Communication-Based Marketing Model for Managing Relationships. *Journal of Marketing*, 1-13.
- Durmuş, B., Yurtkoru, E. S., & Çinko, M. (2013): *Sosyal Bilimlerde SPSS'le Veri Analizi (5. Baskı)*. İstanbul: BETA Basım A.Ş.
- Echeverri, P., & Skålén, P. (2011): Co-creation and co-destruction: A practice-theory based study of interactive value formation. *Marketing theory*, 351-373.
- Edvardsson, B., Gustafsson, A., & Roos, I. (2005): Service portraits in service research: a critical review. *International Journal of Service Industry Management*, 107-121.
- Edvardsson, B., Ng, G., Min, C. Z., Firth, R., & Yi, D. (2011): . Does service-dominant design result in a better service system? *Journal of Service Management*, 540-556.
- Edvardsson, B., Tronvoll, B., & Gruber, T. (2011): Expanding understanding of service exchange and value co-creation: a social construction approach. *Journal of the academy of marketing science* , 327-339.
- Elg, M., Engström, J., Witell, L., & Poksinska, B. (2012): Co-creation and learning in health-care service development. *Journal of Service Management*, 328-343.
- Engström, J. (2012): *Co-creation in healthcare service development: A diary-based approach*. Linköping: Linköping University Electronic Press
- Ennew, C. T., & Binks, M. R. (1999): Impact of Participative Service Relationships on Quality, Satisfaction and Retention: An Exploratory Study. *Journal of Business Research*, 121-132.

- Erol, H., & Özdemir, A. (2014): Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 9-34.
- Fattal, O., Lampe, E., Barcelona, I., & Muzina, D. (2005): Patient Compliance with Medication and Follow-up Appointments. *Psychiatric Annals*, 165-178.
- Fineberg, H. V. (2013): The paradox of disease prevention: celebrated in principle, resisted in practice. *Jama* , 85-90.
- Finsterwalder, J., & 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.
- Fisk, R. P., Brown, S. W., & Bitner, M. J. (1993): Tracking the evolution of the services marketing literature. *Journal of Retailing*, 61-103.
- Fleetwood, S. (1997): Aristotle in the 21st Century. *Cambridge Journal of Economics*, 729 - 744.
- Fornell, C., Johnson, M. D., Anderson, E. W., Cha, J., & Bryant, B. E. (1996): The American customer satisfaction index: nature, purpose, and findings. *Journal of marketing*, 7-18.
- Forrest, R., & Kearns, A. (2001): Social Cohesion, Social Capital and the Neighbourhood. *Urban Studies*, 2125-2143.
- France, C., Grace, D., Lo Iacono, J., & Carlini, J. (2020): Exploring the interplay between customer perceived brand value and customer brand co-creation behaviour dimensions. *Journal of brand Management*, 466-480.

- Frow, P., & Payne, A. (2019): Value Cocreation: An Ecosystem Perspective. S. L. Vargo, & R. F. Lusch içinde, *The SAGE Handbook of Service-Dominant Logic* (s. 80-96). London: SAGE.
- Frow, P., McColl-Kennedy, J. R., & Payne, A. (2016): Co-creation practices: Their role in shaping a health care ecosystem. *Industrial Marketing Management* , 24-39.
- Fujimoto, K. (2023, 08 09): *Nikkei*. Nikkei: https://www.nikkei.com/article/DGXZQOUD11D7P0R10C23A7000000/?n_cid=SNSTW007 adresinden alındı
- Fyrberg, A., & Jürriado, R. (2009): What about interaction? Networks and brands as integrators within service-dominant logic. *Journal of Service Management*, 420-432.
- Gallan, A. S., Jarvis, C. B., Brown, S. W., & Bitner, M. J. (2013): Customer positivity and participation in services: an empirical test in a health care context. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 338-356.
- Galvagno, M., & Dalli, D. (2014): Theory of value co-creation: a systematic literature review. *Managing service quality*, 643-683.
- Gassenheimer, J. B., Houston, F. S., & Davis, J. C. (1998): The Role of Economic Value, Social Value, and Perceptions of Fairness in Interorganizational Relationship Retention Decisions. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 322-337.
- Gaur, S. S., Xu, Y., Quazi, A., & Nandi, S. (2011): Relational impact of service providers' interaction behavior in healthcare. *Managing Service Quality: An International Journal*, 67-87.
- Gegez, A. E. (2015): *Pazarlama Araştırmaları*. İstanbul: BETA Basım A.Ş.

- Gill, L., White, L., & Cameron, I. D. (2011): Service co-creation in community-based aged healthcare. *Managing Service Quality: An International Journal*, 152-177.
- Gilly, M. C. (1992): CONSUMPTION VALUES AND MARKET CHOICES: THEORY AND APPLICATIONS. *Journal of Marketing Research*, 487-489.
- Glasziou, P., Altman, D. G., Bossuyt, P., Boutron, I., Clarke, M., Julious, S., . . . Wager, E. (2014): Research: increasing value, reducing waste 5; Reducing waste from incomplete or unusable reports of biomedical research . *Lancet*, 267-276.
- González-Mansilla, Ó., Berenguer-Contrí, G., & Serra-Cantallops, A. (2019): The impact of value co-creation on hotel brand equity and customer satisfaction. *Tourism Management*, 51-65.
- Gooding, S. K. (1995): Quality, sacrifice, and value in hospital choice. *Marketing Health Services*, 24-31.
- Gordon, B. J. (1964): ARISTOTLE AND THE DEVELOPMENT OF VALUE THEORY. *Quarterly Journal of Economics*, 115-128.
- Grayson, K. (1999): The dangers and opportunities of playful consumption. M. B. Holbrook içinde, *Consumer value: A framework for analysis and research* (s. 105-125). London: Routledge.
- Greenhalgh, T., Jackson, C., Shaw, S., & Janamian, T. (2016): Achieving Research Impact Through Co-creation in Community-Based Health Services: Literature Review and Case Study. *Milbank Quarterly*, 392-429.

- Grisseman, U. S., & Stokburger-Sauer, N. E. (2012): Customer co-creation of travel services: The role of company support and customer satisfaction with the co-creation performance. *Tourism management*, 1483-1492.
- Groth, M. (2005): Customers as Good Soldiers: Examining Citizenship Behaviors in Internet Service Deliveries. *Journal of Management*, 7-27.
- Grönroos, C. (2006): Adopting a Service Logic for Marketing. *Marketing Theory*, 317-333.
- Grönroos, C. (2008): Service logic revisited: who creates value? And who co-creates? *European Business Review*, 298 - 314.
- Grönroos, C. (2011): A Service Perspective on Business Relationships: The Value Creation, Interaction and Marketing Interface. *Industrial Marketing Management*, 240-247.
- Grönroos, C. (2011): Value Co-creation in Service Logic: A Critical Analysis. *Marketing Theory*, 279-301.
- Grönroos, C. (2012): Conceptualising value co-creation: A journey to the 1970s and back to the future. *Journal of Marketing Management*, 1520-1534.
- Grönroos, C. (2016): *Service Management and Marketing: Managing the Service Profit Logic, 4th Edition*. Wiley
- Grönroos, C. (2021): Co-creation of Value in Service Marketing: An Approach Relevant to Managerial Decision Making. B. B. Schlegelmilch, & R. S. Winer içinde, *The Routledge Companion to Strategic Marketing* (s. 261-274). New York: Routledge.
- Grönroos, C., & Gummerus, J. (2014): The service revolution and its marketing implications: servicelogic vs service-dominant logic. *Managing Service Quality*, 206-229.

- Grönroos, C., & Helle, P. (2010): Adopting a service logic in manufacturing: Conceptual foundation and metrics for mutual value creation. *Journal of service management* , 564-590.
- Grönroos, C., & Ravald, A. (2011): Service as business logic: implications for value creation and marketing. *Journal of Service Management*, 5-22.
- Grönroos, C., & Voima, P. (2013): Critical service logic: Making sense of value creation and co-creation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41, 133-150.
- Grönroos, C., Strandvik, T., & Heinonen, K. (2015): Value Co-Creation: Critical Reflections. J. Gummerus, & C. v. Koskull içinde, *THE NORDIC SCHOOL – SERVICE MARKETING AND MANAGEMENT FOR THE FUTURE* (s. 69-81). Helsinki: Hanken School of Economic
- Gummesson, E. (1998): Implementation requires a relationship marketing paradigm. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 242-249.
- Gummesson, E. (2007): Exit services marketing - enter service marketing. *Journal of Customer Behaviour*, 113-141.
- Gummesson, E. (2008): Extending the Service Dominant Logic: From Customer Centricity to Balanced Centricity. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 15-17.
- Gummesson, E. (2008): *Total Relationship Marketing 3rd Edition*. Oxford: Elsevier.
- Gummesson, E. (2015): Many-to-Many Marketing as Grand Theory: A Nordic School Contribution. R. F. Lusch, & S. L. Vargo içinde, *The Service Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate and Directions* (s. 339-353). New York: Routledge.

- Gummesson, E. (2019): Toward a Grand View of Service: The role of Service-Dominant Logic. S. L. Vargo, & R. F. Lusch içinde, *The SAGE Handbook of Service Dominant Logic* (s. 701-719). London: SAGE.
- Gummesson, E., & Gronroos, C. (2012): The emergence of the new servicemarketing: Nordic School perspectives. *Journal of Service Management*, 479-497.
- Gummesson, E., & Mele, C. (2010): Marketing as Value Co-creation Through Network Interaction and Resource Integration. *Journal of Business Market Management* , 181-190.
- Gundlach, G. (2007): The American Marketing Association's 2004 Definition of Marketing: Perspectives on Its Implications for Scholarship and the Role and Responsibility of Marketing in Society. *Journal of Public Policy & Marketing*, 243-250.
- Gundlach, G. T., & Wilkie, W. L. (2009): The American Marketing Association's New Definition of Marketing: Perspective and Commentary on the 2007 Revision. *Journal of Public Policy & Marketing*, 259-264.
- Gutman, J. (1982): A Means-End Chain Model Based on Consumer Categorization Processes. *Journal of Marketing*, 60-72
- Gürbüz, S. (2021): *AMOS ile Yapısal Eşitlik Modellemesi: TEml İlkelere ve Uygulamalı Analizler*. Ankara: Seçkin Yayıncılık .
- Hardyman, W., Daunt, K. L., & Kitchener, M. (2015): Value Co-Creation Through Patient Engagement in Health Care. *Public Management Review*, 90-107.
- Harper, D. (2022, 08 20): *Etymonline*. <https://www.etymonline.com/word/service> adresinden alındı

- Harrington, D. (2009): *Confirmatory Factor Analysis*. New York: Oxford University Press.
- Harris, J. R., & Wallace, R. B. (2012): *The Institute of Medicine's New Report on Living Well With Chronic Illness*. Atlanta: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Hau, L. N., Tram Anh, P. N., & Thuy, P. N. (2017): The effects of interaction behaviors of service frontliners on customer participation in the value co-creation: a study of health care service. *Service Business*, 253-277.
- Hausman, A. (2004): Modeling the patient-physician service encounter: improving patient outcomes. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 403-417
- Heinonen, K., Strandvik, T., Mickelsson, K.-J., Edvardsson, B., Sundström, E., & Andersson, P. (2010): A customer-dominant logic of service. *Journal of Service Management*, 531-548.
- Helkkula, A., Dube, A., & Arnould, A. (2019): The Contextual Nature of Value and Value Cocreation. S. L. Vargo, & R. F. Lusch içinde, *The SAGE Handbook of Service-Dominant Logic* (s. 118-132). London: SAGE.
- Holbrook, M. B. (1999): Introduction to consumer value. M. B. Holbrook içinde, *Consumer Value: A framework for analysis and research* (s. 1-28). London: Routledge.
- Holbrook, M. B. (2020): . The Concept of Consumer Value. M. A. Marinov içinde, *Value in Marketing* (s. 9-41). New York: Routledge.

- Holman, H., & Lorig, K. (2000): Patients as Partners in Managing Chronic Disease. *British Medical Journal*, 526-527.
- Hoyle, R. H. (1999): *Statistical Strategies for Small Sample Research*. Thousand Oaks: SAGE.
- Huang, C.-H., Wuhan, C., & Lin, Y.-C. (2021): Relationships among employee acting, customer-perceived service quality, emotional well-being and value co-creation: An investigation of the financial services industry. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*, 29-52.
- Hunt, S. D. (2001): A General Theory of Competition: issues, asnwars and invitation. *European Journal of Marketing*, 524-548.
- Iacobucci, D., Ostrom, A., & Grayson, K. (1995): Distinguishing service quality and customer satisfaction: the voice of the consumer. *Journal of consumer psychology* , 277-303.
- İlhan, M., & Çetin, B. (2014): LISREL ve AMOS Programları Kullanılarak Gerçekleştirilen Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) Analizlerine İlişkin Sonuçların Karşılaştırılması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 26-42.
- Jaakkola, E., & Alexander, M. (2014): The Role of Customer Engagement Behavior in Value Co-Creation: A Service System Perspective. *Journal of Service Research*, 247-354.
- Jang, S. H., Kim, R. H., & Lee, C. W. (2016): Effect of u-healthcare service quality on usage intention in a healthcare service. *Technological forecasting and social change*, 396-403.
- Jen, W., Tu, R., & Lu, T. (2011): Managing passenger behavioral intention: an integrated framework for service quality, satisfaction, perceived value, and switching barriers. *Transportation*, 321-342.

- Jin, N., Lee, S., & Lee, H. (2015): The effect of experience quality on perceived value, satisfaction, image and behavioral intention of water park patrons: New versus repeat visitors. *International journal of tourism research*, 82-95.
- Johnson, J. F., Falkner, R. P., Greendlinger, L., & Hurd, C. (1918): *Marketing and Merchandising* (s. 19). içinde New York: Alexander Hamilton Institute.
- Joiner, K. A., & Lusch, R. F. (2016): Evolving to a new service-dominant logic for health care. *Innovation and Entrepreneurship in Health*, 25-33.
- Joseph Sirgy, M. (2019): Promoting quality-of-life and well-being research in hospitality and tourism. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 1-13.
- Jöreskog, K. G. (2023, 07 25): *How Large Can a Standardized Coefficient be?* Statmodel: <http://www.statmodel.com/download/Joreskog.pdf> adresinden alındı
- Jr, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019): *Multivariate Data Analysis, Eighth Edition*. Hampshire: Pearson.
- Junaid, M., Hussain, K., Asghar, M. M., Javed, M., & Hou, F. (2020): An investigation of the diners' brand love in the value co-creation process. *Journal of Hospitality and Tourism*, 172-181.
- Kamineni, S. (2019, 01 09): *Why the 21st century's biggest health challenge is our shared responsibility*. World Economic Forum: <https://www.weforum.org/agenda/2019/01/why-the-21st-century's-biggest-health-challenge-is-our-shared-responsibility/> adresinden alındı

- Kamtarin, M. (2012): The Effect of Electronic Word of Mouth, Trust and Perceived Value on Behavioral Intention from the Perspective of Consumers. *International Journal of Academic Research in Economics and Management Sciences*, 56-66.
- Karaaslan, Y. S. (2018, 09 18): *Kronik hastalıkların yıllık maliyeti 70 milyar lira*. Anadolu Ajansı: <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/kronik-hastaliklari-yillik-maliyeti-70-milyar-lira/1257788#:~:text=Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%2C%20DS%C3%96%20ve%20BM,lira%20oldu%C4%9Fu%20tespiti%20yer%20ald%C4%B1.adresinden%20alindi>
- Karadağ, Ö., & Altıntaş, K. H. (2010): Mülteciler ve Sağlık . *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 55-62.
- Kasapoğlu, A. (2016): Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 131-174.
- Kaya, A., & Gamsızkan, Z. (2022): Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Sayıları ile Aile Hekimliğine Başvurularının İncelenmesi: Tek Birimlik Retrospektif Çalışma. *Türk Aile Hek Derg* , 1-5.
- Keith, T. Z. (2019): *Multiple Regression and Beyond: An Introduction to Multiple Regression and Structural Equation Modeling (3rd Edition)*. New York: Routledge.
- Kim, I., Jeon, S. M., & Hyun, S. S. (2012): Chain restaurant patrons’ well-being perception and dining intentions: The moderating role of involvement. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 402-429.
- Kjellberg, H., & Helgesson, C. F. (2007): On the nature of markets and their practices. *Marketing Theory*, 137-162.

- Kline, R. B. (2023): *Principles and Practice of Structural Equation Modeling (5th Edition)*. New York: The Guilford Press
- Kluge, H. H., Azzopardi-Muscat, N., & Murray, C. (2022, 09 20): *Global Cause*. Global Cause: <https://www.globalcause.co.uk/infectious-diseases/millions-of-people-hit-with-long-covid-may-have-to-live-with-it-for-years-to-come/> adresinden alındı
- Koç, E. (2017): Hizmetlere ve Hizmet Pazarlamasına Giriş. E. Koç içinde, *Hizmet Pazarlaması ve Yönetimi* (s. 21). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Kotler, P. (1967): *Marketing management: analysis, planning, and control*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. 08 2022 tarihinde https://archive.org/details/marketingmanagem0000unse_b5m2/page/n5/mode/2up adresinden alındı
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2018): *Pazarlama İlkeleri*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Kuipers, S. J., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2019): The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Services Research*, 1-9.
- Kumar, V. (2015): Evolution of marketing as a discipline: What has happened and what to look out for. *Journal of Marketing*, 1-9.
- Kurtuluş, K. (2010): *Araştırma Yöntemleri*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Lai, A. W. (1995): Consumer Values, Product Benefits and Customer Value: A Consumption Behavior Approach. *Advances in Consumer Research*, 381-388.

- Lambert, D. M., & Garcia-Dastugue, S. J. (2015): Cross Functional Business Processes For The Implementation of Service Dominant Logic. R. F. Lusch, & S. L. Vargo içinde, *The Service Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate and Directions* (s. 150-165). New York: Routledge.
- Lawrence, T. B., Hardy, C., & Phillips, N. (2002): Institutional effects of interorganizational collaboration: The emergence of proto-institutions. *Academy of Management Journal*, 281-290.
- Leclerc, F., & Schmitt, B. H. (1999): The value of time in the context of waiting and delays. M. B. Holbrook içinde, *Consumer Value: A framework for analysis and research* (s. 29-42). London: Routledge.
- Lee, J., Graefe, A. R., & Burns, R. C. (2004): Service Quality, Satisfaction, and Behavioral Intention Among Forest Visitors. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 73-82.
- Levitt, T. (1960): Marketing Myopia. *Harvard Business Review*, 24-47.
- Lovelock, C. H. (1983): Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights. *Journal of Marketing*, 9-20.
- Lovelock, C., & Gummesson, E. (2004): Whither services marketing? In search of a new paradigm and fresh perspectives. *Journal of Service Research*, 20-41
- Lovelock, C., & Wirtz, J. (2011): *SERVICES MARKETING People, Technology, Strategy 7th Edition*. Boston: Pearson.
- Luo, J. G., Wong, I. A., King, B., Liu, M. T., & Huang, G. (2019): Co-creation and co-destruction of service quality through customer-to-customer interactions: Why prior experience matters. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 1309-1329.

- Lusch, R. F. (2007): Marketing's Evolving Identity: Defining Our Future. *Journal of Public Policy & Marketing*, 261-268.
- Lusch, R. F., & Nambisan, S. (2015): Service Innovation: A Service-Dominant Logic Perspective. *MIS Quarterly*, 155-175.
- Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2006): Service-Dominant Logic: Reactions, Reflections and refinements. *Marketing Theory*, 281-288.
- Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2014): *Service-Dominant Logic: Premises, Perspectives, Possibilities*. New York: Cambridge University Press.
- Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2015): *The Service Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate and Directions*. New York: Routledge.
- Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2019): An Overview of Service-Dominant Logic. S. L. Vargo, & R. F. Lusch içinde, *The Sage Handbook of Service-Dominant Logic* (s. 3-21). California: SAGE.
- Lusch, R. F., Vargo, S. L., & O'brien, M. (2007): Competing through service: Insights from service-dominant logic. *Journal of retailing*, 5-18.
- Lusch, R. F., Vargo, S. L., & Tanniru, M. (2010): Service, value networks and learning. *Journal of The Academy of Marketing Science*, 19-31.
- Lusch, R. F., Vargo, S. L., & Wessels, G. (2008): Toward a conceptual foundation for service science: Contributions from service-dominant logic. *IBM systems journal*, 5-14.

- Ma, S.-C., & Kaplanidou, K. (2021): Effects of event service quality on the quality of life and behavioral intentions of recreational runners. *Leisure Sciences*, 1-21.
- Madhavaram, S., & Hunt, S. D. (2007): The Service-Dominant Logic and a Hierarchy of Operant Resources: DEveloping Masterful Operant RESources and Implications for Marketing Strategy. *Academy of Marketing Science*, 67-82.
- Maglio, P. P., & Spohrer, J. (2013): A service science perspective on business model innovation. *Industrial Marketing Management*, 665-670.
- Martin, L. R., Williams, S. L., Haskard, K. B., & DiMatteo, M. R. (2005): The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 189-199.
- Marx, K. (2011): *Kapital*. İstanbul: Yordam Kitap.
- Mathur, M., Williams, D., Reddy, K., & Watt, R. (2015): Universal Health Coverage. *Journal of Dental Research*, 3S-5S.
- Matsueda, R. L. (2023): a Brief History of structural Equation Modeling. R. H. Hoyle içinde, *Handbook of structural equation modeling* (s. 17-48). New York: The Guilford Press,.
- Mauss, M. (2002): *The Gift* (1 b.). London: Routledge. 09 09, 2022 tarihinde <https://files.libcom.org/files/Mauss%20-%20The%20Gift.pdf> adresinden alındı
- Maynard, H. H., W. W., & Beckman, T. N. (1932): *Principles of marketing*. New York: Ronald Press Company.

- McCarthy, E. J. (1960): *Basic marketing, a managerial approach*. Homewood, Illinois: Richard D. Irvin. 08 2022 tarihinde <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=inu.30000041584743&view=1up&seq=8> adresinden alındı
- McColl-Kennedy, J. R. (2019): Value Cocreation. S. L. Vargo, & R. F. Lusch içinde, *The SAGE Handbook of Service Dominant Logic* (s. 59-61). California: SAGE.
- McColl-Kennedy, J. R., & Cheung, L. (2019): Value Cocreation: Conceptualizations, Origins and Developments. S. L. Vargo, & R. F. Lusch içinde, *The SAGE Handbook of Service Dominant Logic* (s. 63-79). California: SAGE.
- McColl-Kennedy, J. R., Hogan, S. J., Witell, L., & Snyder, H. (2017): Cocreative customer practices: Effects of health care customer value cocreation practices on well-being. *Journal of Business Research*, 55-66.
- McColl-Kennedy, J. R., Vargo, S. L., Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Kasteren, Y. v. (2012): Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles. *Journal of Service Research*, 363-488.
- Mele, C., Pels, J., & Storbacka, K. (2015): A holistic market conceptualization. *Journal of the Academy of Marketing Science* , 100-114.
- Merriam-Webster. (2022, 08 20): Merriam-Webster: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/service> adresinden alındı
- Merz, M. A., Zarantonello, L., & Grappi, S. (2018): How valuable are your customers in the brand value co-creation process? The development of a Customer Co-Creation Value (CCCV) scale. *Journal of Business Research*, 79-89.

- Michel, S., Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2008): Reconfiguration of the conceptual landscape: a tribute to the service logic of Richard Normann. *Journal of Academy of Marketing Science*, 152-155.
- Michie, S., Miles, J., & Weinman, J. (2003): Concepts of Trust among Patients with Serious Illness. *Patient Education and Counseling*, 197-206.
- Mischel, W., Shoda, Y., & Rodriguez, M. L. (1989): Delay of gratification in children. *Science*, 933-938.
- Moliner, M. A. (2009): Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services. *Journal of Service Management*, 76-97.
- Moon, K.-S., Ko, Y. J., Connaughton, D. P., & Jeoung-Hak. (2013): A mediating role of destination image in the relationship between event quality, perceived value, and behavioral intention. *Journal of Sport & Tourism*, 49-66.
- Mostafa, R. B. (2020): Mobile banking service quality: a new avenue for customer value co-creation. *International Journal of Bank Marketing*, 1107-1132.
- Nakip, M., & Yaraş, E. (2017): *SPSS Uygulamalı Pazarlamada Araştırma Teknikleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Nambisan, P., & Nambisan, S. (2009): Models of consumer value cocreation in health care. *Health Care Management Review*, 344-354
- Nişanyan, S. (2022, 08 20): *Nişanyan Sözlük*. <https://www.nisanyansozluk.com/kelime/hizmet> adresinden alındı

- Nordgren, L. (2009): Value Creation in Health Care Services - Developing Service Productivity: Experiences from Sweden. *International Journal of Public Sector Management*, 114-127.
- Nordgren, S., & Fridlund, B. (2001): Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care . *Journal of Advanced Nursing*, 117-125.
- Normann, R., & Ramirez, R. (1993): From value chain to value constellation: Designing interactive strategy. *Harvard Business Review*, 65-77.
- Numerof, R. E., & Abrams, M. N. (2016): *Bringing Value to Healthcare: Practical Steps for Getting to a Market-Based Model*. Boca Raton: CRC Press.
- OECD. (2022): *Understanding differences in health expenditure between the United States and OECD countries*. OECD.
- OECD. (2023, 04 29): *Main causes of mortality*. OECD-iLibrary: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ddcd9abf-en/index.html?itemId=/content/component/ddcd9abf-en> adresinden alındı
- OECD. (2023, 01 01): *OECD*. OECD: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/investing-in-health-systems-to-protect-society-and-boost-the-economy-priority-investments-and-order-of-magnitude-cost-estimates-abridged-version-94ba313a/> adresinden alındı
- Oliver, R. L. (1999): Value as excellence in the consumption experience . M. B. Holbrook içinde, *Consumer Value: A framework for analysis and research* (s. 43-62). London: Routledge.

- Olivera, F., & Straus, S. G. (2004): Group-to-individual transfer of learning: Cognitive and social factors. *Small Group Research*, 440-465.
- Ostrom, A. L., J., B. M., W., B. S., A., B. K., Michael, G., Vicki, S.-D., . . . Elliot, R. (2010): Moving Forward and Making a Difference: Research Priorities for the Science of Service. *Journal of Service Research*, 4-36.
- Ostrom, A. L., Parasuraman, A., Bowen, D. E., Patricio, L., & Voss, C. A. (2015): Service Research Priorities in a Rapidly Changing Context. *Journal of Service Research*, 127-159.
- Ouschan, R., Sweeney, J., & Johnson, L. (2006): Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations. *European Journal of Marketing*, 1068-1086.
- Özen, Y. (2019): Toplumsal Cinsiyete Özgü Tıp Üzerine Sosyolojik Tartışmalar. *Akdeniz Kadın Çalışmaları ve Toplumsal Cinsiyet Dergisi*, 279-294.
- Palumbo, R. (2017): *The Bright Side and the Dark Side of Patient Empowerment: Co-creation and Co-destruction of Value in the Healthcare Environment*. Online: Springer. 12 20, 2022 tarihinde https://books.google.com.tr/books?id=fyYmDwAAQBAJ&pg=PA5&dq=editions:ISBN3319583433&hl=tr&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false adresinden alındı
- Parasuraman, A. (1997): Reflections on Gaining Competitive Advantage Through Customer Value. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 154-161.

- Parasuraman, A., Valarie, Z., & Leonard, B. (1988): SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985): A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 41-50.
- Pascoe, G. C. (1983): Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and program planning*, 185-210.
- Payne, A. F., Storbacka, K., & Frow., P. (2008): Managing the co-creation of value. *Journal of the academy of marketing*, 83-96.
- Peña, A. I., Jamilena, D. M., Ángel, M., & Molina, R. (2014): Value co-creation via information and communications technology. *The Service Industries Journal*, 1043-1059.
- Pera, R., & Viglia, G. (2015): Turning ideas into products: subjective well-being in co-creation. *The Service Industries Journal*, 388-402.
- Pınarbaşı, Ş., & Piyal, B. (2022): Sürdürülebilir kalkınma hedefi üç'ün sağlık kapsayıcılığı işlevi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 379-91.
- Pinho, N., Beirão, G., Patrício, L., & Fisk, R. P. (2014): Understanding value co-creation in complex services with many actors. *Journal of Service Management*, 470-493.
- Platon. (2006): *Devlet*. İstanbul: İş Bankası Kültür Yayınları

- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Paine, J. B., & Bachrach, D. G. (2000): Organizational citizenship behaviors: A critical review of the theoretical and empirical literature and suggestions for future research. *Journal of management*, 513-563.
- Porter, M. E. (1985): Technology and Competitive Advantage. *Journal of Business Strategy*, 60-78.
- Porter, M. E. (1998): *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. New York: The Free Press
- Porter, M. E. (2010): What Is Value in Health Care? *The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE*, 2477-2481.
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013): The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 50-70.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2004): Redefining Competition in Health Care. *Harvard Business Review*, 64-76.
- Prahalad, C. K., & Ramaswamy, V. (2000): Co-opting customer competence. *Harvard business review*, 79-90.
- Prahalad, C. K., & Ramaswamy, V. (2003): The new frontier of experience innovation. *MIT Sloan management review*, 12-18.
- Prahalad, C. K., & Ramaswamy, V. (2004a): *The Future of Competition: Co-Creating Unique Value With Customers*. Boston: Harvard Business School Press.

- Prahalad, C., & Ramaswamy, V. (2004b): Co-creating unique value with customers. *Strategy & Leadership*, 4-9.
- Prahalad, C., & Ramaswamy, V. (2004c): Co-creation experiences: The next practice in value creation. *Journal of Interactive Marketing*, 5-14.
- Prayag, G., Gannon, M. J., Muskat, B., & Taheri, B. (2020): A serious leisure perspective of culinary tourism co-creation: the influence of prior knowledge, physical environment and service quality. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 2453-2472.
- Prebensen, N. K., & Xie, J. (2017): Efficacy of co-creation and mastering on perceived value and satisfaction in tourists' consumption. *Tourism Management*, 166-176.
- Rahman, M. S., Mannan, M., Hossain, M. A., & Zaman, M. H. (2018): Patient's behavioral intention: public and private hospitals context. *Marketing Intelligence & Planning*, 349-364.
- Ramaswamy, V. (2009): Co-Creation of Value – Towards an Expanded Paradigm of Value Creation. *Marketing Review St. Gallen*, 11-17.
- Ramaswamy, V. (2011): It's about human experiences... and beyond, to co-creation. *Industrial Marketing Management*, 195-196.
- Ramaswamy, V., & Gouillart, F. J. (2010): *The Power of Co-Creation: Build It with Them to Boost Growth, Productivity, and Profits*. New York: Free Press.

- Ramaswamy, V., & Ozcan, K. (2014): *The Co-Creation Paradigm*. Stanford: Stanford University Press.
- Ramaswamy, V., & Özcan, K. (2018): What is Co-Creation? An Interactional Creation Framework and Its Implications for Value Creation. *Journal of Business Research*, 196-205.
- Ramez, W. S. (2012): Patients' Perception of Health Care Quality, Satisfaction and Behavioral Intention: An Empirical Study in Bahrain. *International Journal of Business and Social Science*, 131-141.
- Ramírez, A. S., Freres, D., Martinez, L. S., Lewis, N., Bourgoin, A., Kelly, B. J., . . . Hornik, R. C. (2013): Information Seeking From Media and Family/Friends Increases the Likelihood of Engaging in Healthy Lifestyle Behaviors. *Journal of Health Communication*, 527-542.
- Ranjan, K. R., & Read, S. (2016): Value co-creation: concept and measurement. *Journal of the academy of marketing science*, 290-315.
- Rathmell, J. M. (1966): What is meant by services? *Journal of Marketing*, 32-36.
- Ravald, A., & Grönroos, C. (1996): The value concept and relationship. *European Journal of Marketing*, 19-30.
- Richins, M. L. (1999): Possessions, materialism, and other-directedness in the expression of self. M. B. Holbrook içinde, *Consumer Value: A framework for analysis and research* (s. 85-104). London: Routledge.

- Rust, R. T., & Huang, M.-H. (2014): The Service Revolution and the Transformation of Marketing Science. *Marketing Science*, 206-221.
- Saltman, R. B., & Dubois, H. F. (2004): The historical and social base of social health insurance systems. R. B. Saltman, R. Busse, & J. Figueras içinde, *Social health insurance systems in western Europe* (s. 21-32). Glasgow: Open University Press.
- Sánchez, J., Callarisa, L., Rodriguez, R. M., & Moliner, M. A. (2006): Perceived value of the purchase of a tourism product. *Tourism management*, 394-409.
- Savitt, R. (1990): Pre-Aldersonian Antecedents to Macromarketing: Insights from the Textual Literature. *Journal of Academy of Marketing Science*, 293-301
- Schau, H. J., Muñiz, A. M., & Arnould, E. J. (2009): How Brand Community Practices Create Value. *Journal of Marketing*, 30-51.
- Scott, W. R. (2014): *Institutions and Organizations: Ideas, Interests and Identities (4th Edition)*. California: SAGE.
- SDG. (2023, 01 01): *Birleşmiş Milletler. Sürdürülebilir kalkınma hedefleri 3.8.2: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-02.pdf> adresinden alındı*
- Sharma, S., Conduit, J., & Hill, S. R. (2017): Hedonic and eudaimonic well-being outcomes from co-creation roles: a study of vulnerable customers. *Journal of Services Marketing*, 397-411.

- Shaw, A. W. (1912): Some Problems in Market Distribution. *The Quarterly Journal of Economics*, 703-765.
- Shaw, G., Bailey, A., & Williams, A. (2011): Aspects of service-dominant logic and its implications for tourism management: Examples from the hotel industry. *Tourism management*, 207-214.
- Sheth, J. N., & Parvatiyar, A. (1995): Relationship Marketing in Consumer Markets: Antecedents and Consequences. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 255-271.
- Sheth, J. N., & Uslay, C. (2007): Implications of the Revised Definition of Marketing: From Exchange to Value Creation. *Journal of Public Policy and Marketing*, 302-307.
- Shiang-Min, M., Gin-Shuh, L., & Shih-Hao, Y. (2011): The relationships of cruise image, perceived value, satisfaction, and post-purchase behavioral intention on Taiwanese tourists. *African Journal of Business Management* , 19-29.
- Shostack, G. L. (1977): Breaking Free from Product Marketing. *Journal of Marketing*, 73-80.
- Skalen, P., Gummerus, J., von Koskull, C., & Magnusson, P. (2014): Exploring value propositions and service innovation: A service-dominant logic study. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 137-158.
- Smith, A. (1776): *The Wealth of Nations*
- Smith, A., Strauss, D., & Fray, K. (2023, 01 11): *Financial Times*. Financial Times: <https://www.ft.com/content/fac8062a-bd83-486b-ac6f-582f1931750b> adresinden alındı

- Smith, N. (1999): Ethics and the Typology of Consumer Value. M. B. Holbrook içinde, *Consumer value: A framework for analysis and research* (s. 147-158). London: Routledge.
- Solomon, M. R. (1999): The value of status and the status of value. M. B. Holbrook içinde, *Consumer Value: A framework for analysis and research* (s. 63-84). London: Routledge.
- Solomon, M. R., Surprenant, C., Czepiel, J. A., & Gutman, E. G. (1985): A Role Theory Perspective on Dyadic Interactions: The Service Encounter. *Journal of Marketing*, 99-111.
- Sörbom, D. (2001): Karl Jöreskog and LISREL: A personal story. R. Cudeck, S. D. Toit, & D. Sörbom içinde, *Structural equation modeling: Present and future. A Festschrift in honor of Karl Jöreskog* (s. 1-10). Lincolnwood: Scientific Software International Inc.
- Spanjol, J., Cui, A. S., Nakata, C., Sharp, L. K., Crawford, S. Y., Xiao, Y., & Watson-Manheim, M. B. (2015): Co-production of prolonged, complex, and negative services: An examination of medication adherence in chronically ill individuals. *Journal of Service Research*, 284-302.
- Spreng, R. A., & Mackoy, R. D. (1996): An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction. *Journal of retailing*, 201-214.
- Storbacka, K., Brodie, R. J., Böhmann, T., Maglio, P. P., & Nenonen, S. (2016): Actor engagement as a microfoundation for value co-creation. *Journal of business research*, 3008-3017.

- Sweeney, J. C., Danaher, T. S., & 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*, 318-335.
- Şahin, D., Kurutkan, M. N., & Kara, O. (2020): Kronik Hastaların ve Çeşitli Demografik Faktörlerin Hastalığa Bağlı Devamsızlığa Etkisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2175-2190.
- T.C.-Sağlık-Bakanlığı. (2022): *2022 Yılı Performans Programı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C.-Sağlık-Bakanlığı. (2023): *2019-2023 Stratejik Planı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C.-Sağlık-Bakanlığı. (2023, 04 29): *Dünya Diyabet Günü (2020)*. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-76887/dunya-diyabet-gununu-2020.html> adresinden alındı
- T.C.-Sağlık-Bakanlığı. (2023, 01 01): *T.C. Sağlık Bakanlığı*. T.C. Sağlık Bakanlığı: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareket-haberler/d%C3%BCnya-sa%C4%9Fl%C4%B1k-g%C3%BCn%C3%BC.html> adresinden alındı
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2012): *Using Multivariate Statistics - 6th Edition*. Boston: Pearson.
- Tanaka, J. S. (1987): "How Big Is Big Enough?": Sample Size and Goodness of Fit in Structural Equation Models with Latent Variables. *Child development* , 134-146.
- TDK. (2022, 09 21): *TDK Sözlük*. <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alındı

- Thomas, J. (2020): Marketing Concept: Examining AMA Definitions, Evolution, Influence. *Seventeenth AIMS International Conference on Management* (s. 957-964). Kozhikode, Kerala, India: AIMS International.
- Tian-Cole, S., & Crompton, J. (2003): A conceptualization of the relationships between service quality and visitor satisfaction, and their links to destination selection. *Leisure studies*, 65-80.
- Tinsley, H. E., & Tinsley, D. J. (1987): Uses of factor analysis in counseling psychology research. *Journal of counseling psychology*, 414-424.
- Torkzadeh, S., Zolfagharian, M., & Iyer, P. (2020): Customer value co-creation behaviors and service outcomes: insights from a transformative service. *Journal of Strategic Marketing*, 1-23.
- Tran, T. B., & Vu, A. D. (2021): From customer value co-creation behaviour to customer perceived value. *Journal of Marketing Management*, 993-1026.
- TÜİK. (2023, 01 01): TÜİK. TÜİK: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2021-45728> adresinden alındı
- UNICEF. (2023, 01 01): UNICEF. UNICEF: <https://www.unicef.org/turkiye/sa%C4%9Fl%C4%B1k> adresinden alındı
- Uysal, M., Perdue, R. R., & Sirgy, M. J. (2012): *Handbook of tourism and quality-of-life research: Enhancing the lives of tourists and residents of host communities*. Dordrecht: Springer.

- Vada, S., Prentice, C., & Hsiao, A. (2019): The role of positive psychology in tourists' behavioural intentions. *Journal of Retailing and Consumer*, 293-303
- Van Raaij, W. F., & Pruyn, A. T. (1998): Customer control and evaluation of service validity and reliability. *Psychology & Marketing*, 811-832.
- Vargo, S. L. (2008): Customer Integration and Value Creation: Paradigmatic Traps and Perspectives. *Journal of Service Research*, 211-215
- Vargo, S. L. (2019): Service-Dominant Logic: Backward and Forward. S. L. Vargo, & R. F. Lusch içinde, *The SAGE Handbook of Service-Dominant Logic* (s. 720-739). London: SAGE.
- Vargo, S. L., & Akaka, M. A. (2009): Service-dominant logic as a foundation for service science: clarifications. *Service Science*, 32-41.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004b): The Four Service Marketing Myths: Remnants of Goods-Based, Manufacturing Model. *Journal of Service Research*, 324-335.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2008a): Service-dominant logic: continuing the evolution. *Journal of the Academy of marketing Science*, 1-10.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2008b): From goods to service(s): Divergences and convergences of logics. *Industrial Marketing Management*, 254-259.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2011): It's all B2B...and beyond: Toward a Systems Perspective of The Market. *Industrial Marketing Management*, 181-187.

- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2015): Service-Dominant Logic: What It Is, What It Is Not, What It Might Be. R. F. Lusch, & S. L. Vargo içinde, *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions* (s. 43-56). New York: Routledge.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2016): Institutions and axioms: an extension and update of service-dominant logic. *Journal of the Academy of marketing Science*, 5-23.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2017): Service Dominant Logic 2025. *International Journal of Research in Marketing*, 46-67.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2019): *The SAGE Handbook of Service-Dominant-Logic*. California: SAGE.
- Vargo, S. L., & Morgan, F. W. (2005): Services in Society and Academic Thought: An Historical Analysis. *Journal of Macromarketing*, 42-53.
- Vargo, S. L., Wieland, H., & Akaka, M. A. (2015): Innovation through institutionalization: A service ecosystems perspective. *Industrial Marketing Management*, 63-72.
- Vargo, S., & Lusch, R. (2004a): Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*, 1-17.
- Vargo, S., Maglio, P., & Akaka, M. A. (2008): On value and value creation: a service systems and service logic perspective. *European Management Journal*, 145 - 152.
- Vega-Vazquez, M., Revilla-Camacho, M. A., & Cossio-Silva, F. J. (2013): The value co-creation process as a determinant of customer satisfaction. *Management Decision*, 1945-1953.

- Voima, P., Heinonen, K., & Strandvik, T. (2010): Exploring customer value formation—a customer dominant logic perspective. *HANKEN SCHOOL OF ECONOMICS WORKING PAPERS* - 552. Helsinki, Finland: Hanken School of Economics .
- Voorberg, W. H. (2015): A systematic review of co-creation and co-production: Embarking on the social innovation journey. *Public management review*, 1333-1357.
- Wagner, J. (1999): Aesthetic value: Beauty in art and fashion. M. B. Holbrook içinde, *Consumer value: A framework for analysis and research* (s. 126-146). London: Routledge.
- Wantara, P., Hamat, Z., & Tambrin, M. (2020): The Influence of Service Quality, Satisfaction, on Behavioral Intention: A Study on the Tourism Destination of Gili Iyang Island, Sumenep, Indonesia. *International Tourism and Hospitality Journal*, 1-12.
- Webster, F. (1992): The changing role of marketing in the corporation. *Journal of Marketing*, 1-17.
- Webster, F. (2005): A Perspective on the Evolution of Marketing Management. *Journal of Public Policy & Marketing*, 121-126.
- West, S. G., Wu, W., McNeish, D., & Savord, A. (2023): Model Fit in structural Equation Modeling. R. H. Hoyle içinde, *Handbook of Structural Equation Modeling(2nd Edition)* (s. 184-205). New York: The Guilford Press.
- WHO. (2020): *Global spending on health: Weathering the storm*. Geneva: World Health Organization
- WHO. (2021): *Health promotion glossary of terms*. World Health Organization.

- WHO. (2022a): *Global spending on health: Rising to the pandemic's challenges*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2022b, 09 09): *WHOQOL*. WHO: <https://www.who.int/tools/whoqol> adresinden alındı
- WHO. (2023, 04 29): *Leading causes of death and disability*. World Health Organization: <https://www.who.int/data/stories/leading-causes-of-death-and-disability-2000-2019-a-visual-summary> adresinden alındı
- WHO. (2023, 04 29): *The top 10 causes of death*. World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> adresinden alındı
- WHO. (2023, 01 01): *Universal Health Coverage*. WHO: https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1 adresinden alındı
- WHO-Europe. (2013): *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks*. Kopenhag: World Health Organization.
- Wikström, S. (1996): Value creation by company-consumer interaction. *Journal of marketing management* , 359-374.
- Wilkie, W. L., & Moore, E. S. (2015): Examining Marketing Scholarship and The Service Dominant Logic. R. F. Lusch, & S. L. Vargo içinde, *The Service Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate and Directions* (s. 266-278). New York: Routledge.
- WOF. (2023): *World Obesity Atlas 2023*. London: World Obesity Federation.

- Wolin, K. Y., Dart, H., & Colditz, G. A. (2013): Eight ways to stay healthy after cancer: an evidence-based message. *Cancer Causes & Control* , 827-837.
- Woodall, T. (2003): Conceptualising 'Value for the Customer': An Attributional, Structural and Dispositional Analysis . *Academy of marketing science review*, 1-42.
- Woodruff, R. B., & Flint, D. J. (2015): MARKETING'S SERVICE-DOMINANT LOGIC AND CUSTOMER VALUE. R. F. Lusch, & S. L. Vargo içinde, *The Service Dominant Logic of Marketing; Dialog, Debate and Directions* (s. 183-195). New York: Routledge.
- Woolf, S. H., & Aron, L. (2013): *U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health*. Washington, DC: The National Academies Press.
- WorldBank. (2022, 09 09): *World Bank*. World Bank: <https://data.worldbank.org/indicator/NV.SRV.TOTL.ZS?end=2021&start=1960> adresinden alındı
- Wu, H., Liu, L., Wang, Y., Gao, F., Zhao, X., & Wang, L. (2013): Factors associated with burnout among Chinese hospital doctors: a cross-sectional study. *BMC Public Health* , 1-8.
- Yan, Y.-H., Yang, C.-W., & Fang, S.-C. (2022): Patient-centred e-health supports value cocreation and quality of medical care in Taiwan. *Health Information & Libraries Journal*, 68-78.
- Yi, Y., & Gong, T. (2008): The effects of customer justice perception and affect on customer citizenship behavior and customer dysfunctional behavior. *Industrial Marketing Management*, 767-783.

- Yi, Y., & Gong, T. (2013): Customer value co-creation behavior: Scale development and validation. *Journal of Business research*, 1279-1284.
- Yılmazel, G., & Çetinkaya, F. (2016): Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 69-74.
- Zeithaml, V. A. (1988): Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. *Journal of marketing*, 2-22.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996): The behavioral consequences of service quality. *Journal of marketing*, 31-46.
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1985): Problems and strategies in services marketing. *Journal of marketing*, 33-46.
- Zhang, L., Tong, H., Demirel, H. O., Duffy, V. G., Yih, Y., & Bidassie, B. (2015): A Practical Model of Value Co-creation in Healthcare Service. *Procedia Manufacturing*, 200-207.

EKLER

EK 1: Etik Kurul Raporu

Tarih ve Sayı: 20.06.2022-951303



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu
Başkanlığı



Sayı :E-35980450-663.05-951303
Konu :Abdülkadir ŞENCAN

Sayın Abdülkadir ŞENCAN

İlgi : 20.05.2022 tarihli, 892727 sayılı yazı

Sorumlu araştırmacılığımı üstlendiğiniz 2022/200 dosya numaralı "Sağlık Hizmetlerinde Birlikte Değer Yaratma Faaliyetlerinin Davranışsal Niyete Etkisinde Aracı Değişkenlerin Rolü" başlıklı çalışma, Kurulumuzun 30.05.2022 tarih ve 06 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. N. Tolga SARUÇ
Başkan

Ek:Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Kararı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSFSP4TMSZ Pin Kodu :85492

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-universitesi-ebys>

Istanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü

34452 Beyazıt/Fatih-Istanbul

Tel : 0212 440 20 89 Faks : 0212 440 20 88

e-posta : sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Kep Adresi: istanbuluniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için : Süleyman ARIK

Dahili : 10689



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Tarih ve Sayı: 03.06.2022-914366



İlgili makama,
İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yönetim ve Strateji Ana Bilim Dalı Doktora Öğrencisi **Abdülkadir ŞENCAN** “Sağlık Hizmetlerinde Birlikte Değer Yaratma Faaliyetlerinin Davranışsal Niyete Etkisinde Aracı Değişkenlerin Rolü” başlıklı, **2022/200** dosya numaralı 20.05.2022 tarih ve **892727** sayılı başvurusu ile İ.Ü. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurmuştur. 30.05.2022 tarihinde gerçekleştirilen inceleme sonucunda, adı geçen çalışmada etik açıdan bir sorun olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir. Gereğini bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Unvanı / Adı / Soyadı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Karar	İmza
Prof. Dr. Naci Tolga SARUÇ (Başkan)	İktisat Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Çiğdem Börke TUNALI (Başkan Yardımcısı)	İktisat Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Eray YURTSEVEN (Başkan Yardımcısı)	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Aydın TOPALOĞLU	İlahiyat Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Yasemin İŞIKTAÇ	Hukuk Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selahattin KARABINAR	İktisat Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Seyhan NİŞEL	İşletme Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Mustafa Hamdi SAYAR	Edebiyat Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selim YAZICI	Siyasal Bilgiler Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	İZİNLİ
Prof. Dr. Rasim İlker GÖKBULUT	Ulaştırma ve Lojistik Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Enes KABAKCI	Edebiyat Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Haluk ZÜLFİKAR	İktisat Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK	Edebiyat Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Şerife Sema KARAKELLE	Edebiyat Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	
Dr. Öğr. Üyesi Göklem TEKDEMİR YURTDAS	Edebiyat Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	
Dr. Öğr. Üyesi Bengi PİRİM DÜŞGÖR	Edebiyat Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Elif YAVUZ SEVER	Edebiyat Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Güven GÜNVER	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☒ H ☒	☒ Onay ☒ Katılmadı ☒ Ret ☒ M.Katılmadı	

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 2: Anket Formu

-----ANKET CALISMASI-----

- 1) Sosyal güvenceniz var mı? ()SGK ()Özel ()Yeşil Kart ()Yok ()Diğer – Lütfen Belirtiniz:.....
- 2) Kaç yıldır kronik hastasınız? ()1 yıldan az ()1 - 3 yıl ()4 - 6 yıl ()7- 9 yıl ()10 yıldan fazla
- 3) Kaç yıldır hastalığınız ile ilgili düzenli ()1 yıldan az ()1 - 3 yıl ()4 - 6 yıl ()7- 9 yıl ()10 yıldan fazla olarak bir hastaneye başvuruyorsunuz?
- 4) Hastalığınız ile ilgili başvurduğunuz hastane:.....
- 5) Hastanenizi kaç yıldır ziyaret ediyorsunuz? ()1 yıldan az ()1 - 3 yıl ()4 - 6 yıl ()7- 9 yıl ()10 yıldan fazla
- 6) Kronik hastalığınızı belirtiniz:.....

Aşağıda yer alan ifadelere katılım durumunuzu işaretleyiniz.					
1: Kesinlikle katılmıyorum 5: Kesinlikle katılıyorum					
Şeklinde katılım derecenizi ifade etmektedir.					
7-Hastanedeki doktor ile samimi bir iletişimim vardır	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
8-Hastanedeki hemşire ile samimi bir iletişimim vardır	1	2	3	4	5
9-Hastanedeki yardımcı sağlık personeli ile samimi bir iletişimim vardır	1	2	3	4	5
10-Hastanedeki doktor ile olan samimiyetimi artırmak için çok emek harcadım	1	2	3	4	5
11-Hastanedeki hemşire ile olan samimiyetimi artırmak için çok emek harcadım	1	2	3	4	5
12-Hastanedeki yardımcı sağlık personeli ile olan samimiyetimi artırmak için çok emek harcadım	1	2	3	4	5
13-Bu hastalıkla ilgili yaşadıklarımı arkadaşlarımla paylaşıyorum	1	2	3	4	5
14-Bu hastalıkla ilgili yaşadıklarımı ailemle paylaşıyorum	1	2	3	4	5
15-Arkadaşlarımla hastalığımla ilgili olarak bana destek olmaları için çok gayret ederim	1	2	3	4	5
16-Ailemin hastalığımla ilgili olarak bana destek olmaları için çok gayret ederim	1	2	3	4	5
17-Benimle benzer deneyimi yaşayan kişilerden tavsiye isterim	1	2	3	4	5
18-Aynı hastalığa sahip diğer insanların tedavi hakkında deneyimlerinden faydalanmak için gayret sarf ederim	1	2	3	4	5
19-Aynı hastalığa sahip diğer insanlara yardımcı olmak için deneyimlerimi paylaşıyorum	1	2	3	4	5
20-Doktorum tedavimle ilgili kararlara beni de dâhil eder.	1	2	3	4	5
21-Farklı tedavi seçenekleri arasında seçim yaparım	1	2	3	4	5
22-Tedavi sürecinin bazı yönleriyle ilgili doktoruma bazı önerilerde bulunurum	1	2	3	4	5
23-Hastanede doktorumun tedavimle ilgili yapmamı söylediği her şeyi yaparım	1	2	3	4	5
24-Tedavi sürecinde doktorum ile işbirliği içindeyiz	1	2	3	4	5
25-Tedavi düzenime sıkı sıkıya uyarım	1	2	3	4	5
26-Sağlık durumumla ilgili bilgileri hastanedeki doktorum ile paylaşıyorum	1	2	3	4	5
27-Sağlık durumumla ilgili görüşürken doktoruma sorular sorarım	1	2	3	4	5
28-Bir önceki tedavim sonrası olanları doktorumla ayrıntısıyla paylaşıyorum	1	2	3	4	5
29-Sağlık durumum hakkında önemli ölçüde araştırma yaparım	1	2	3	4	5
30-Hastalığımla ilgili en güncel tedavi yöntemlerini araştırırım	1	2	3	4	5
31-Hastalığımla ilgili ulaşabildiğim tüm kaynaklardan bilgi toplarım	1	2	3	4	5
32-Beslenmeme dikkat ederim	1	2	3	4	5
33-Sağlıklı beslenirim	1	2	3	4	5
34-Bana iyi gelen yiyecekleri yemeye dikkat ederim	1	2	3	4	5
35-Formda kalmaya özen gösteririm	1	2	3	4	5
36-Günlük işlerimi sağlık durumuma göre ayarlarım	1	2	3	4	5
37-Hayatımı daha iyi sürdürebilmek için günlük işlerimin yoğunluğunu değiştiririm	1	2	3	4	5
38-Sağlık durumuma iyi gelecek şekilde hayatımda değişiklikler yaparım	1	2	3	4	5
39-Sağlık durumumu düşünmemek için kendimi meşgul tutarım	1	2	3	4	5
40-Sağlık durumumu düşünmemek için hobilerime yoğunlaşıyorum	1	2	3	4	5
41-Fiziksel olarak kendimi çok iyi hissediyorum	1	2	3	4	5
42-Depresyondayım	1	2	3	4	5
43-Gerginim	1	2	3	4	5
44-Üzgün hissediyorum	1	2	3	4	5
45-Geleceği düşündüğümde sürekli korku içindeyim	1	2	3	4	5

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
46-Varoluşumun anlamlı bir amacı olduğunu düşünüyorum	1	2	3	4	5
47-Hayattaki hedeflerime ulaşma konusunda ilerleme kaydettim	1	2	3	4	5
48-Hayatımın şu ana kadarı faydalı geçti	1	2	3	4	5
49-Hayatım üzerinde kontrole sahibim	1	2	3	4	5
50-İyi bir insan olduğumu düşünüyorum	1	2	3	4	5
51-Bana göre her gün (0 = yük, 5 = hediye)	1	2	3	4	5
52-Dünya benim açımdan..... (0 = duygudan yoksun bir yer, 5 = ihtiyaçlarıma duyarlı bir yer)	1	2	3	4	5
53-Dünya benim ihtiyaçlarıma.... (0=duyarsızdır, 5= duyarlıdır)	1	2	3	4	5
54-Beni destekleyen insanlar olduğumu hissediyorum	1	2	3	4	5
55-Gittiğim hastaneye ilişkin olumlu hislerim var	1	2	3	4	5
56-Tedavi olmaya her zamanki hastaneme gittiğim için iyi hissediyorum	1	2	3	4	5
57-Genel olarak hastanemden memnunuz.	1	2	3	4	5
58-Genel olarak hastanenin sunduğu hizmetten memnunuz.	1	2	3	4	5
59-Tedavimin sonuçlarının elde edilebilecek en iyi sonuçlar olduğu konusunda tatmin olmuş hissediyorum	1	2	3	4	5
60-Tedavimden alınabilecek en iyi sonucu aldığımı bilmek tatmin edicidir.	1	2	3	4	5
61-Hastane güncel teknolojik cihazlara sahiptir	1	2	3	4	5
62-Hastane binası görsel çekiciliğe sahiptir	1	2	3	4	5
63-Hastane çalışanlarının görünümü düzgündür	1	2	3	4	5
64-Hastane sağlık hizmetini tam zamanında verir	1	2	3	4	5
65-Hastaların sorunları olduğunda hastane çalışanları anlayışlı davranır	1	2	3	4	5
66-Hastaların sorunları olduğunda hastane çalışanları güven verici davranır	1	2	3	4	5
67-Hastane ödenecek fatura tutarını doğru hesaplar	1	2	3	4	5
68-Hastane çalışanları, hastalara işlemlerin tam olarak ne zaman yapılacağını bildirir	1	2	3	4	5
69-Hastalar, hastane çalışanlarından hızlı hizmet alır	1	2	3	4	5
70-Hastane çalışanları hastalara yardımcı olmaya her zaman isteklidir	1	2	3	4	5
71-Hastalar, hastane çalışanları ile olan ilişkilerinde kendilerini güvende hisseder	1	2	3	4	5
72-Hastane çalışanları bilgilidir	1	2	3	4	5
73-Hastane çalışanları kibardır	1	2	3	4	5
74-Çalışanlar işlerini iyi yapmak için hastaneden yeterli desteği alır	1	2	3	4	5
75-Hastane çalışanları hastalarla özel olarak ilgilenir	1	2	3	4	5
76-Hastane hastalarının iyiliğini yürekten ister	1	2	3	4	5
77-Hastanenin iç tasarımında mahremiyete önem verilmiştir	1	2	3	4	5
78-Hastanenin içi iyi organize edilmiştir.	1	2	3	4	5
79-Hastane binası ferahtır	1	2	3	4	5
80-Hastane binası modernidir	1	2	3	4	5
81-Hastane binası temizdir	1	2	3	4	5
82-Hastane kolay ulaşılabilir bir yerdedir	1	2	3	4	5
83-Hastanedeki doktorlar işlerinde uzmandır	1	2	3	4	5
84- Hastanedeki doktorlar alanlarıyla ilgili en güncel bilgilere sahiptir	1	2	3	4	5
85- Hastanedeki doktorlar işlerinde iyidirler	1	2	3	4	5
86- Hastanedeki doktorlar değerli tavsiyeler verir	1	2	3	4	5

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
87-Hastanedeki doktorlar hastanenin sunduğu hizmet paketleri hakkında bilgi sahibidir	1	2	3	4	5
88-Hastanede sunulan hizmetler iyi organize edilmiştir	1	2	3	4	5
89-Hastanede sağlık hizmetinin kalitesi tedavi süresi boyunca aynıdır	1	2	3	4	5
90-Hastanenin hizmet kalitesi diğer hastanelere göre kabul edilebilir düzeydedir	1	2	3	4	5
91-Aldığım hizmetin sonucu her zaman beklediğim gibidir	1	2	3	4	5
92-Ödediğim ücret aldığım hizmete göre uygundur	1	2	3	4	5
93-Aldığım hizmetin fiyatı makuldür	1	2	3	4	5
94-Fiyat, her zamanki hastaneyi tercih etmemdeki asıl nedendir	1	2	3	4	5
95-Aldığım sağlık hizmetinden memnunum	1	2	3	4	5
96-Hangi hizmeti alırsam alayım, hastane çalışanları bir hasta olarak isteklerimi yerine getirmeye her zaman gönüllüdür	1	2	3	4	5
97-Hastanedeki doktorlar kendimi iyi hissettiriyor	1	2	3	4	5
98-Hastanedeki hemşireler kendimi iyi hissettiriyor	1	2	3	4	5
99-Hastanedeki yardımcı sağlık personeli kendimi iyi hissettiriyor	1	2	3	4	5
100-Hastane içinde kendimi rahat hissedirim	1	2	3	4	5
101-Hastanedeki Doktorlar hızlı karar vermem için bana baskı yapmazlar	1	2	3	4	5
102-Hastanenin hizmetlerinden faydalanmam, insanların bana bakışımı olumlu anlamda değiştirdi	1	2	3	4	5
103-Tandığım birçok insan benimle aynı hastaneden hizmet almaktadır.	1	2	3	4	5
104-Her zamanki hastaneden hizmet alıyor olmak başkalarının gözündeki değerimi artırdı	1	2	3	4	5
105-Gittiğim hastaneden hizmet alanlar toplumda saygınlık elde etmektedir	1	2	3	4	5
106-Tedavime baştan başlayacak olsam yine aynı hastaneyi tercih ederim	1	2	3	4	5
107-Gittiğim hastaneyi diğer hastalara kesinlikle tavsiye ederim	1	2	3	4	5
108-Gittiğim hastanede tedavime devam etme niyetindeyim	1	2	3	4	5

109) Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek ()Diğer – Lütfen Belirtiniz:.....

110) Yaşınız:

111) Medeni Durumunuz: ()Evli ()Bekar

112) Eğitim Düzeyiniz: ()İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite ()Yüksek Lisans / Doktora ()Diğer

113) Ortalama kişisel aylık geliriniz ne kadardır?

()0-8500TL ()8501-17000TL ()17001-25500TL ()25501-34000TL ()34001-42500TL ()42501TL ve üstü

114) Sosyo-ekonomik statü açısından kendinizi aşağıdaki gelir gruplarından hangisine koyarsınız?

()Alt gelir ()Alt – Orta arası gelir ()Orta gelir ()Orta – Üst arası gelir ()Üst gelir

115) Mesleğiniz?

()İşçi ()Esnaf ()Emekli ()Ev hanımı ()Öğrenci ()İşsiz

()Kamu sektörü çalışanı ()Özel sektör çalışanı ()Diğer – Lütfen belirtiniz:.....

ÖZGEÇMİŞ

Abdülkadir ŞENCAN, ortaokulu Beşiktaş Atatürk Anadolu Lisesinde, liseyi İstanbul Atatürk Fen Lisesinde okumuştur. Üniversite hayatına Yıldız Teknik Üniversitesi İstatistik bölümünde başlamış daha sonra Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesinden Onur Derecesi ile mezun olmuştur. Yüksek Lisansını 2016 yılında fakülte üçüncüsü olduğu Bahçeşehir Üniversitesinde İngilizce Pazarlama bölümünde “Perceived quality in health care services: A study in a university hospital in İstanbul” başlıklı tezini yazarak tamamlamıştır. Aynı yıl İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü’nde Yönetim ve Strateji doktora programına başlayan Abdülkadir ŞENCAN, 22 yıllık profesyonel iş hayatının son 15 yılında kurucu ortağı olduğu sağlık hizmetleri alanında faaliyet gösteren şirketin yöneticisi olarak çalışmaktadır. Çok iyi derecede İngilizce ve orta derecede Almanca bilen Abdülkadir ŞENCAN’ın uluslararası hakemli dergilerde yayınlanmış ve yayınlanacak makaleleri bulunmaktadır.