



HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 23

Sayı/Number 1

Yıl/Year 2020

Bir Kamu Hastanesinde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Arzu BULUT, Erdiç ÜNAL, Halil ŞENGÜL

An Experimental Comparison of Traditional and Machine Learning Methods Prediction Performances: A Study on Health Outcomes

Songül ÇINAROĞLU

Hemşirelerin Bireysel Özellikleri İle Hastane Bilgi Sistemi Kullanılabilirliğinin İş Doyumuna Etkisi

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN

Evaluation of Complaints in Health Services in Turkey

Yusuf ÖCEL

Sağlık Hizmeti Kalite Algısını Etkileyen Faktörlerin SERVPERF Modeli ile Belirlenmesi

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN, Pınar YALÇIN BALÇIK

Sağlık Sektöründe, Tüketici Satın Alma Davranışında Sosyal Medya Reklamlarının Etik Boyutu

Salih SARIALP, Dilaver TENGİLİMOĞLU

An Evaluation of The Relation Between Organizational Cynicism and Organizational Commitment: A Research on Midwives and Nurses

Sinem SOMUNOĞLU İKİNCİ, Demet ÜNALAN, Kürşat YURDAKOŞ

Kurum Ev İdaresi Personelinin Göreli Yoksunluk Duygusunun Performansa Etkisinin İncelenmesi

Nihan YILMAZ, Sibel ERKAL

Sağlık ve Spor Kuruluşlarında Finansal Başarısızlık Tahmini: Altman, Springate ve Fulmer Modeli Uygulaması

Haşim BAĞCI, Şengül SAĞLAM

Yetenek Yönetimi ile Örgüt Kültürü İlişkisinde Duygusal Zekâ Liderliğinin ve Psikolojik Sözleşmenin Aracı Rolü

Şebnem ASLAN, Arzu KURŞUN

Sağlık Hizmetlerinden Şikâyetçi Olan Bireylerin Genel Profili ve Şikâyet Nedenleri: Türkiye Merkezli Bir Sistemik Derleme

Haydar HOŞGÖR, Emrah CENGİZ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ
SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ



HACETTEPE **SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ**

Cilt/Volume: 23

Sayı/Number: 1

2020

e-ISSN 2148-9041

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

Cilt: 23 Sayı: 1 Yıl: 2020

Derginin Sahibi/Publisher

Sunay İL, Dekan/Dean
H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi adına
on behalf of H.U. Faculty of Economics and Administrative Sciences

Yayın Kurulu Başkanı/Editor

Gülsün ERİGÜÇ

Yayın Kurulu Bşk. Yardımcısı/ Associate Editor

Pınar YALÇIN BALÇIK

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü/ Editorial Manager

Gamze BAYIN DONAR

Türkçe Dil Editörü / Turkish Language Editor

Seda AYDAN

İngilizce Dil Editörü / English Language Editor

Songül ÇINAROĞLU

Yayın Kurulu/Editorial Board

Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Çağdaş Erkan AKYÜREK	Ankara Üniversitesi
Ersen ALOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Fikriye YILMAZ	Başkent Üniversitesi
Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN	Hacettepe Üniversitesi
Gülsün ERİGÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Menderes TARCAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Oğuz IŞIK	Hacettepe Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Özlem ÖZER	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Pınar YALÇIN BALÇIK	Hacettepe Üniversitesi
Seda AYDAN	Hacettepe Üniversitesi
Serap DURUKAN KÖSE	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Sıdika KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Songül ÇINAROĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi

Dergi Tasarım

Birol YETİM
Gülnur İLGÜN
Murat KONCA
Nazan KARTAL

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

H.Ü. Sağlık İdaresi Dergisi yılda dört defa yayımlanır ve hakemli bir dergidir. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen yazılar ve diğer konularla ilgili yazışmalar aşağıdaki adrese yapılmalıdır:

Gamze BAYIN DONAR

H.Ü. İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü, 06800, Ankara/Türkiye

E-mail: saglikidaresidergisi@gmail.com

Dergiye gönderilen yazılar, yazı yayımlansın veya yayımlanmasın geri gönderilmez. Dergiye yayımlanmak üzere gönderilecek yazılar Dergi'nin son sayfasında yer alan “Yazarların Dikkate Alması Gereken Kurallar”a uygun olmalıdır.

H.U. Journal of Health Administration is a refereed journal, published four times a year. Manuscripts must conform to the requirements indicated on the last page of the Journal. Manuscripts submitted will not be returned whether they are accepted or not for publication. All correspondence should be directed to the address above.

<i>Yayın Türü:</i>	Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda 4 Sayı (Mart, Haziran, Eylül, Aralık)
<i>Yayının Yönetim</i>	Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
<i>Yeri:</i>	D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü 06800 Çankaya/Ankara, Tel No: 2976356-57-58
<i>Yayın Tarihi</i>	19.03.2020

Dergimiz, **TÜBİTAK ULAKBİM Sosyal ve Beşeri Bilimler Veri Tabanı, Index Copernicus International, Scientific Indexing Services (SIS), Open Academic Journals Index (OAJI), Türk Medline, Arastirmax Index, Arastirmax Social Sciences Index, Arastirmax Avicenna Health Sciences Index, Türk Eğitim İndeksi, Akademik Dizin, Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBIAD) ve Türkiye Atıf Dizini** veri tabanlarında taranmaktadır.

The Journal is indexed in the **TUBITAK ULAKBIM Social and Human Sciences Database, Index Copernicus International, Scientific Indexing Services (SIS), Open Academic Journals Index (OAJI), Turk Medline, Arastirmax Index, Arastirmax Social Sciences Index, Arastirmax Avicenna Health Sciences Index, Turk Egitim İndeksi, Akademik Dizin, Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBIAD) and Türkiye Atıf Dizini** databases.

Danışma Kurulu / Advisory Board

İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi
Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi
Şebnem ASLAN	Selçuk Üniversitesi
Metin ATEŞ	Marmara Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
Fevziye ÇETİNKAYA	Erciyes Üniversitesi
Elif DİKMETAŞ YARDAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Ramazan ERDEM	Süleyman Demirel Üniversitesi
Gülsün ERİĞÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Korkut ERSOY	Başkent Üniversitesi
Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Şahin KAVUNCUBAŞI	Başkent Üniversitesi
Sıdika KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Mustafa KILIÇ	Hacettepe Üniversitesi
Simten MALHAN	Başkent Üniversitesi
Hacer ÖZGEN NARCI	İstinye Üniversitesi
Nermin ÖZGÜLBAŞ	Başkent Üniversitesi
Nurhan PAPATYA	Süleyman Demirel Üniversitesi
Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Menderes TARCAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Demet ÜNALAN	Erciyes Üniversitesi
Türkan YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU	Beykent Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

Araştırma	
Bir Kamu Hastanesinde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi Evaluation of Occupational Health and Safety Practices in a Public Hospital..... <i>Arzu BULUT, Erdinç ÜNAL, Halil ŞENGÜL</i>	1-22
An Experimental Comparison of Traditional and Machine Learning Methods Prediction Performances: A Study on Health Outcomes Geleneksel ve Makine Öğrenmesi Yöntemlerinin Tahmin Performanslarının Deneysel Karşılaştırması: Sağlık Sonuçları Üzerine Bir Çalışma <i>Songül ÇINAROĞLU</i>	23-40
Hemşirelerin Bireysel Özellikleri İle Hastane Bilgi Sistemi Kullanılabilirliğinin İş Doyumuna Etkisi Effects of Nurses' Individual Features and Hospital Information System Usability on Job Satisfaction..... <i>Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN</i>	41-54
Evaluation of Complaints in Health Services in Turkey Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Şikâyetlerin Değerlendirilmesi <i>Yusuf ÖCEL</i>	55-80
Sağlık Hizmeti Kalite Algısını Etkileyen Faktörlerin SERVPERF Modeli ile Belirlenmesi Determination of The Factors Affecting Health Service Quality Perception by SERVPERF Model <i>Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN, Pınar YALÇIN BALÇIK</i>	81-92
Sağlık Sektöründe, Tüketici Satın Alma Davranışında Sosyal Medya Reklamlarının Etik Boyutu The Ethical Dimension of Social Media Advertisements in Consumer Purchasing Behavior in Health Sector <i>Salih SARIALP, Dilaver TENGİLİMOĞLU</i>	93-114
An Evaluation of The Relation Between Organizational Cynicism and Organizational Commitment: A Research on Midwives and Nurses Örgütsel Sinizm ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Ebeler ve Hemşireler Üzerine Bir Araştırma <i>Sinem SOMUNOĞLU İKİNCİ, Demet ÜNALAN, Kürşat YURDAKOŞ</i>	115-126
Kurum Ev İdaresi Personelinin Görelî Yoksunluk Duygusunun Performansa Etkisinin İncelenmesi The Analysing The Effect of Relative Deprivation of Housekeeping Personnel on Their Performance <i>Nihan YILMAZ, Sibel ERKAL</i>	127-148
Sağlık ve Spor Kuruluşlarında Finansal Başarısızlık Tahmini: Altman, Springate ve Fulmer Modeli Uygulaması Estimation of Financial Failure in Health and Sport Organizations: An Ampirical Analysis with Altman, Springate and Fulmer Model <i>Haşim BAĞCI, Şengül SAĞLAM</i>	149-164
Yetenek Yönetimi ile Örgüt Kültürü İlişkisinde Duygusal Zekâ Liderliğinin ve Psikolojik Sözleşmenin Aracı Rolü The Mediating Role of Emotionally Intelligent Leadership and Psychological Contract in The Relationship of Organizational Culture and Talent Management <i>Şebnem ASLAN, Arzu KURŞUN</i>	165-190
Derleme	
Sağlık Hizmetlerinden Şikâyetçi Olan Bireylerin Genel Profili ve Şikâyet Nedenleri: Türkiye Merkezli Bir Sistemik Derleme Reasons for Complaint and General Profile of Persons Who Were Complainant from Health Services: A Systematic Review with Turkey Axis <i>Haydar HOŞGÖR, Emrah CENGİZ</i>	191-217

ARAŞTIRMA MAKALESİ

BİR KAMU HASTANESİNDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Arzu BULUT *
Erdoğan ÜNAL **
Halil ŞENGÜL ***

ÖZ

Hastane çalışanları çalışma ortamından kaynaklanan ciddi risklerle karşı karşıya kalmakta ve bazen de zarar görmektedirler. İş sağlığı ve güvenliği (İSG) uygulamaları ile bu zararlar tamamen önlenemez veya azaltılabilir. Hastanelerin İSG açısından çok tehlikeli grup içerisinde yer alması dolayısıyla bu alandaki çalışmalara daha fazla önem vermesi ve örgütsel yapısını bu yönde geliştirmesi gereklidir. Bu çalışmada bir kamu hastanesi İSG uygulamalarını çalışanların algı ve farkındalıklarına dayanarak değerlendirmek amaçlanmıştır. Araştırma “tanımlayıcı” olarak tasarlanmıştır. Verilerin elde edilmesinde bilimsel kaynaklar taranarak ve uzman görüşü alınarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Araştırmaya katılan çalışanlara uygulanan, İSG uygulamaları farkındalık anketi toplam 62 sorudan ve 11 alt boyuttan oluşmaktadır. Araştırmanın kapsamını İstanbul’da Sağlık Bakanlığına bağlı 201 yataklı bir kamu hastanesi çalışanları oluşturmaktadır. Araştırma, Nisan 2017-Haziran 2017 döneminde 541 hastane çalışanı ile gerçekleştirildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis ve Mann Whitney-U Analizi kullanılmıştır. Hastane çalışanlarının algı ve farkındalıklarına dayanarak yaptığımız çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; genel İSG uygulamalarında çalışanların eğitim seviyesi arttıkça, farkında olma durumunun arttığı yönünde sonuçlar elde edilmiştir. Eğitim seviyesi lisans ve lisansüstü olan çalışanların farkındalıkları, eğitim durumu ilköğretim ve lise olanlardan yüksek bulunmuştur. Kurumda ve meslekte çalışma süresi arttıkça, farkında olma durumunun da olumlu olarak arttığı belirlenmiştir. Sağlık sınıfında olan çalışanların genel İSG uygulamalarında farkında olma durumu, diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Hastanede birimlere göre güvenlik birimi çalışanlarının genel İSG uygulamaları farkındalık durumları, tüm birimlerin farkındalığından yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak, çalışanların genel İSG uygulamalarına yönelik olumlu algı ve farkındalıklarının artırılması çalışan, işveren ve devletin yükümlülüklerini yerine getirmesi ile sağlanabilir. Çalışanların farkındalıklarının yüksek olması, iş kazalarının önlenmesi açısından son derece önemlidir. İş kazalarının önlenmesi ile kişi, iş yeri ve dolaylı olarak aile ve ülke ekonomisi zarar, kayıp ve hasarlardan korunmuş olacaktır.

Anahtar Kelimeler: İş sağlığı, işçi sağlığı, hastane

MAKALE HAKKINDA

* Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Doktora Öğrencisi, arzublt80@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7362-5667>

** Dr. Öğr. Üyesi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, erdinc.unal@okan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-2985-0044>

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

 <https://orcid.org/0000-0001-5745-0369>

Gönderim Tarihi: 24.06.2019

Kabul Tarihi: 19.12.2019

Atıfta Bulunmak İçin:

Bulut, A., Ünal, E., Şengül, H. (2020). Bir Kamu Hastanesinde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 1-22.

RESEARCH ARTICLE

EVALUATION OF OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY PRACTICES IN A PUBLIC HOSPITAL

Arzu BULUT^{*}
Erdinc UNAL^{**}
Halil SENGÜL^{***}

ABSTRACT

Hospital employees confront serious risks because of the working environment and they can be sustained to an injury. These injuries can be reduced or completely prevented by Occupational Health and Safety (OHS) practices. Because hospitals are considered as very dangerous places in terms of OHS, it is necessary to attach importance to the studies conducted in this area and to improve the organizational structure. In this study, the aim was to evaluate the OHS practices in a public hospital based on the awareness and perception levels of the employees. The study was designed as “descriptive”. A questionnaire form was prepared by the researcher after getting an expert opinion and scanning the scientific literature. The OHS practices awareness questionnaire applied to the employees is consisted of 62 questions and 11 sub-dimensions. The study includes the employees of a 201bed public hospital in Istanbul under the Ministry of Health. The study was conducted between April 2017 and June 2017. In data evaluation, Kruskal Wallis and Mann Whitney U tests were used in comparison of the quantitative data as well as descriptive statistical methods (mean, standard deviation, median, frequency, ratio, minimum and maximum). According to the results of the study based on the perception and awareness levels, we found that as the education levels of the employees increase in general OHS practices, the awareness levels also increase. The awareness levels of undergraduate or graduate employees were higher than those with primary or high school education. It has been determined that as the duration of working in the institution increases, the awareness was positively affected. The awareness levels of health employees in general OHS practices were higher than other occupational groups. The general OHS practice awareness levels of the security unit employees were higher than the awareness levels of all other units. To conclude, fulfilling the obligations of the employees, employers and the government can increase the positive perception and awareness levels of employees in terms of general OHS practices. High levels of awareness of the employees is extremely important in terms of preventing the occupational accidents. By preventing the occupational accidents; the person, the place of employment and indirectly family and national economy will be avoided from harm, loss and damage.

Keywords: Occupational health, worker health, hospital

ARTICLE INFO

* Üsküdar University, arzublt80@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0000-7817-1342>

** Okan University, erdinc.unal@okan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-2985-0044>

*** Sabahattin Zaim University, halil.sengul@izu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-5745-0369>

Received: 24.06.2019

Accepted: 19.12.2019

Cite This Paper:

Bulut, A., Ünal, E., Sengül, H. (2020). Bir Kamu Hastanesinde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 1-22.

I. GİRİŞ

Sağlık sektörü Türkiye’de ve dünyada en hızlı büyüyen ve gelişen sektörler arasındadır. Sağlık hizmet sunumunda görev alan çalışanlar, hizmetin yapısından kaynaklanan birçok tehlike ve risklerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Sağlık hizmetleri, mevzuatımızda ayakta ve/veya yataklı teşhis ve tedavi yapılan sağlık kuruluşlarındaki faaliyetler olarak nitelendirilmekte ve çok tehlikeli iş sınıfında yer almaktadır. Hastaneler birçok mesleği bünyesinde barındıran sağlık kuruluşlarıdır. Biyolojik, kimyasal, fiziksel, radyoaktif gibi risklerin görüldüğü hastanelerde çalışanlar, çoklu risk faktörlerinin tamamının bir arada bulunma özelliğinden dolayı, diğer iş kollarında çalışanlarla karşılaştırıldığında, daha fazla hastalık, sakatlık ve meslek hastalığı görülme olasılığı ile karşı karşıyadırlar (Öztürk vd., 2012).

Uluslararası Çalışma Örgütü (İLO) iş kazasını “planlanmamış ve beklenmeyen bir olay sonucunda sakatlanmaya ve zarara neden olan durum” şeklinde tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise iş kazalarını, “önceden planlanmamış çoğu kez kişisel yaralanmalara, makinelerin, araç ve gereçlerin zarara uğramasına, üretimin bir süre durmasına yol açan bir olay” şeklinde tanımlamaktadır (Karaosmanoğlu, 2016). WHO ve İLO meslek hastalıklarını ise “zararlı bir etkenle bundan etkilenen insan bedeni arasında, çalışılan işe özgü bir neden-sonuç, etki-tepki ilişkisinin ortaya konabildiği hastalıklar grubu” olarak tanımlamaktadır (Aile ve Çalışma Bakanlığı, 2011)

Sağlık çalışanları, sağlık hizmetinin sunumu sırasında işyerinde kan-vücut sıvısı, solunum, damlacık ve temas yolu ile bulaşabilecek enfeksiyonlar, kas-eklem-sırt ağrıları, düşme, yanık, latex alerjisi, radyasyon, şiddet, stres gibi çok geniş yelpazeli fiziksel, kimyasal, biyolojik, radyoaktif tehlikelere maruz kalmakta ve bu risklerden değişik oranlarda etkilenmektedir. Öyle ki birçok sağlık çalışanı hastane ortamında kan yolu ile bulaşan hepatit-B, hepatit-C, AİDS, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi gibi enfeksiyonlara ve hava-damlacık yolu ile bulaşan enfeksiyon etkenlerine maruziyet sonucu solunum yolu hastalıklarına yakalanabilmektedir (Korkmaz vd., 2013).

Çalışma yaşamında iş ortamı kaynaklı iş kazası ve meslek hastalıkları insanların fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkilemektedir. Kişinin çalışma yaşamından iş kazası, hastalık veya meslek hastalığı sebebi ile uzak kalması, başta çalışanın kendisi olmak üzere çalıştığı kurumu, bakmakla yükümlü olduğu aile bireylerini ve daha geniş bir perspektiften bakıldığında ülke ekonomilerini olumsuz yönde etkilemektedir. İş kazası ya da meslek hastalığı sonucunda ortaya çıkabilecek olan zararların bu derece büyük ve kapsamlı boyutlarının olması günümüzde konuya duyulan ilgiyi artırmıştır (Karacan, 2018).

Çalışanların fiziksel, sosyal ve psikolojik zararlardan korunması ancak iş kazası ve meslek hastalıklarının meydana gelmeden önce birtakım önlemlerin alınması ve risk unsurlarının ortadan kaldırılması ile mümkün olmaktadır. Bu durum çalışma yaşamında sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanmasını gerektirmektedir. İş kazalarının önlenmesinde çalışanların eğitimi son derece önem arz etmektedir. İşverenin çalışanların eğitiminden sorumlu olduğu, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) kanununun 17. maddesinin birinci fıkrasında “işveren, çalışanların İSG eğitimlerini almasını sağlar” şeklinde belirtilmiştir. İSG eğitimlerinin işe başlamadan önce, çalışma yeri veya iş değişikliğinde, iş ekipmanının değişmesi hâlinde veya yeni teknoloji uygulanması hâlinde verileceği 6331 sayılı kanunda açıkça belirtilmiştir. Eğitimler, değişen ve ortaya çıkan yeni risklere uygun olarak yenilenir, gerektiğinde ve düzenli aralıklarla tekrarlanır. Ayrıca ilgili kanununda mesleki eğitim alma zorunluluğu bulunan tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan işlerde, yapacağı işle ilgili mesleki eğitim aldığını belgeleyemeyenlere çalıştırılmaz hükmü getirilmiştir. Yine ilave eğitim ile yenileme eğitimlerinin kapsamı 17. maddenin dördüncü fıkrasında açıklanmıştır (Mevzuat Bilgi Sistemi, 2012). İş kazalarının ve meslek hastalıklarının önlenmesi ya da en aza indirilmesinde önleyici düzenlemelerin yapılması ile bir yandan ekonomik kayıplar en aza indirilirken, diğer yandan çalışanlar da ortaya çıkabilecek zararlardan korunmuş olur.

Bu çalışmada ayakta ve yatarak 24 saat sağlık hizmeti veren, emek yoğun, içinde çok çeşitli iş gücünün bir arada hizmet verdiği, Sağlık Bakanlığı'na bağlı 201 yataklı bir kamu hastanesinde, İSG çalışmalarının düzeyi ve yapılan uygulamaları, çalışanların algılarına ve farkındalıklarına dayalı olarak değerlendirmek amaçlanmıştır.

II. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bir kamu hastanesinde İSG uygulamalarını değerlendiren bu araştırma “tanımlayıcı” tipte tasarlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma İstanbul ilinde, Sağlık Bakanlığına bağlı 201 yataklı bir hastanede, Nisan 2017-Haziran 2017 döneminde tamamlanmıştır.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın yapıldığı kurumun evreni n=716'dır. Kurumda çalışanların n=113'ü hekim (tabip, uzman tabip, diş hekimi), n=162'si hemşire, ebe, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni (ATT), n=90'ı diğer sağlık personeli (eczacı, diyetisyen, psikolog vb.) ve n=351'i sağlık dışı (memur, veri giriş, temizlik, güvenlik vb.) personeldir.

Çalışmamızda 716 hastane çalışanından geçici görev, doğum izni, hastalık vs. sebebiyle katılamayanlar (n=53 kişi) ile algı ve farkındalık düzeyini etkilemesi sebebi ile hastane İSG komisyon üyeleri ile hastane üst yönetimi (n=21 kişi) ve hastanede İSG uygulamalarının bilinirliği açısından yeterli süre kabul edilmediğinden dolayı kurumdaki çalışma süresi bir yılın altında olan çalışanlar (n=56 kişi) kapsam dışı bırakılmıştır. Hastanede hizmet içi eğitim programında belirlenen İSG eğitim konularının (kişisel koruyucu donanımların kullanımı, radyasyon güvenliği, atık yönetimi, kesici-delici alet yaralamaları ve önleme vb.) eğitim planında bir yıla yayılarak verildiği belirlenmiştir. Bu nedenle İSG eğitimlerini tamamlamamış çalışanların verdikleri yanıtların, çalışmanın sonuçlarını etkileyeceği düşünüldüğünden dolayı kurumda bir yılın altında görev yapan çalışanlar çalışmanın kapsam dışında tutulmuştur. Ayrıca çalışmamızda anket doldurmak istemeyenler (n=45 kişi) çalışmanın kapsamı dışında bırakılmıştır. Çalışmamızda evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış, ancak 541 kişi ile araştırma tamamlanmıştır.

2.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama aracı olarak çalışanların kişisel bilgilerini içeren form ve literatür taraması ile A sınıfı İSG uzmanı 1 kişi ve akademisyen 3 kişi olmak üzere 4 farklı uzman görüşüne dayanarak hastanede İSG uygulamalarını çalışanların algı ve farkındalıklarına dayanarak belirlemeye yönelik araştırmacılar tarafından hazırlanan “Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarını Değerlendirme Anketi” kullanılmıştır (EK-1). Anket İSG uygulamalarına yönelik 62 sorudan ve 11 alt boyuttan oluşmaktadır. Anket ile ilgili uzman görüşüne başvurularak, anket soruları ve alt boyutlarına ilişkin görüş birliğine varılmıştır.

Anket sorularından 56-62 arası toplam 7 madde makine tıbbi cihaz İSG uygulamalarına yönelik algı ve farkındalık ifadelerini oluşturmakta ve sadece makine tıbbi cihaz kullananlar tarafından yanıtlanmıştır. Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları hariç ankette ilk 55 önerme tüm çalışanları ilgilendirdiğinden, çalışanların tamamı tarafından yanıtlanmıştır. Anket sorularını çalışanlar “Evet”, “Hayır” olarak yanıtlamıştır. Çalışanlar İSG uygulamalarına yönelik farkındalıkları doğrultusunda hastanede uygulanan İSG uygulamalarını “Evet”, uygulanmayan İSG uygulamalarını ise “Hayır” şeklinde işaretlemişlerdir. Anket soruları puanlanırken ilgili kurumda uygulanan İSG uygulamalarına

göre doğru yanıtlar için “1” puan, yanlış yanıtlar için “0” puan verildi. Sorulara verilen yanıtların mevcut durum ile olan uygunluğu çalışanların farkındalığı olarak kabul edilmiş ve buna göre çalışanların farkındalıklarının ortalama puanları ölçülmüştür.

Araştırmanın yürütüldüğü hastanede, İSG uygulamalarına yönelik mevcut durum, araştırmacı tarafından hastane üst yönetiminden İSG’den sorumlu müdür yardımcısı ve ilgili birim sorumluları (eğitim, enfeksiyon kontrol komitesi, biyomedikal, sivil savunma, teknik servis) ile yapılan görüşmeden elde edilen bilgi ve belgelere dayanarak belirlenmiştir. Sorulara verilen cevapların objektif ve somut olması için yapılan yüz yüze görüşmenin yanında, gerekli bilgi, belge ve kayıtlar incelenmiştir. Ayrıca ilgili birim sorumluları eşliğinde araştırmacı tarafından saha gezisi yapılarak, mevcut durumla ilgili gözlemler yapılmıştır. Yapılan görüşme ile incelenen tüm gerekli bilgi, belge ve kayıtlar sonucunda mevcut durumun tespiti araştırmacı ve hastanede İSG’den sorumlu müdür yardımcısı tarafından kayıt altına alınarak, imzalanmıştır.

Anket genel puanı ve alt puanları hesaplanırken verilen yanıtlar toplanmaktadır. Makine tıbbi cihaz İSG uygulamalarına yönelik algı ve farkındalık boyutu anket genel puanına dahil edilmemektedir. Anket genel puanı 0 ile 55 arasında değişmektedir. Makine tıbbi cihaz İSG uygulamalarına yönelik sorular ankette 56 ile 62 arasında yer almaktadır. Bu sorular sadece makine-araç gereç kullanan kişiler tarafından işaretlemiştir. Makine-araç gereç kullanan 223 kişi için puanlar 0-7 arasında ayrı olarak incelenmiştir. Anket genel puanı ve alt puanlarının yüksek olması hastanede İSG uygulamalarına ilişkin çalışanların farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir. İSG uygulamalarını belirlemeye yönelik anket alt boyutları, madde sayıları ve puan aralıkları Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. İSG Uygulamalarını Belirlemeye Yönelik Anket Alt Boyutları, Madde Sayıları ve Puan Aralıkları

Alt Boyutlar	Soru Sayısı ve Max. Puan	Alınabilen Puan Aralığı
Temel İSG uygulamaları	10	0-10
Acil durum İSG uygulamaları	6	0-6
Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları	11	0-11
İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları	5	0-5
Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları	4	0-4
Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları	3	0-3
Ergonomi İSG uygulamaları	2	0-2
Psiko-sosyal İSG uygulamaları	3	0-3
Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları	7	0-7
Atık yönetimi İSG uygulamaları	4	0-4
Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları	6	0-6
Genel İSG uygulamaları	55	0-55

2.5. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programına aktarılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

Hipotez testlerinin uygulanmasında normal dağılım varsayımları dikkate alınmıştır. Verilere hangi tür analiz yönteminin uygulanacağına karar verebilmek için verilerin dağılımı incelenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılması amacıyla Kolmogorov-Smirnov uygunluk testi (K-S) kullanılmıştır. K-S testi, bir veri kümesinin normalliğinin belirlenmesinde kullanılan testlerden biridir. K-S test sonucunda değişkenlerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır ($p < 0,05$). K-S uygunluk testi sonuçları Tablo 2’de gösterilmiştir. Teorik birikimli dağılım fonksiyonu ile gözlenen birikimli dağılım fonksiyonu arasında fark vardır. Çalışmamızda normal dağılım göstermeyen

verilerin analizinde parametrik olmayan testlerden iki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi (MU), ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi (KW) kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Tablo 2. Normal Dağılım Testi

Alt Boyutlar	N	Kolmogorov Smirnov Z	p
Temel İSG uygulamaları	541	4,785	0,000
Acil durum İSG uygulamaları	541	8,095	0,000
Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları	541	6,005	0,000
İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları	541	7,517	0,000
Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları	541	5,699	0,000
Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları	541	9,234	0,000
Ergonomi İSG uygulamaları	541	10,133	0,000
Psiko-sosyal İSG uygulamaları	541	6,537	0,000
Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları	541	6,863	0,000
Atık yönetimi İSG uygulamaları	541	11,165	0,000
Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları	223	5,281	0,000
Genel İSG uygulamaları	541	3,227	0,000

2.6. Araştırma Etiği

Çalışmaya katılan katılımcılara, çalışmanın amacı açıklanarak gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiştir. Araştırmanın yürütülebilmesi için İstanbul ili, Fatih Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden gerekli yazılı izin alınmıştır. Konu ile ilgili 22.03.2017 tarihi ile Okan Üniversitesi, etik kurul kararı alınmıştır (No: 81).

2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma yalnızca bir kamu hastanesi çalışanları ile sınırlıdır. Değerlendirmeler çalışanların verdikleri yanıtlar üzerinden yapılmıştır. Çalışmanın sonuçları değerlendirilirken bu kısıt göz önünde bulundurulmalıdır.

III. BULGULAR

Bu çalışmada araştırmaya katılan çalışanlardan anket yoluyla toplanan verilerin analizi ve elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

3.1. Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Çalışma katılımcılarının cinsiyete ve yaşa ilişkin tanımlayıcı özellikleri Tablo 3'de gösterilmiştir. Çalışanların çoğunlukla %50,8'inin (n=275) kadın olduğu, %44,0'ının (n=238) 30 ve altı yaş grubunda olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Cinsiyet Ve Yaşa İlişkin Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	266	49,2
Kadın	275	50,8
Yaş		
30 ve altı	238	44,0
31-40 arası	193	35,7
41-50 arası	86	15,9
51 ve üzeri	24	4,4

Çalışma katılımcılarının meslek ve eğitim durumuna ilişkin tanımlayıcı özellikleri Tablo 4’de gösterilmiştir. Çalışanların %54,2’sinin (n=293) sağlık dışı personel olduğu, %31,8’inin (n=172) lise mezunu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Meslek ve Eğitim Durumuna İlişkin Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Meslek		
Hekim (tabip, uzman tabip, diğ hekim)	67	12,4
Hemşire, ebe, sağlık memuru, ATT	113	20,9
Diğer sağlık personeli (eczacı, diyetisyen, psikolog vb.)	68	12,5
Sağlık dışı personel (memur, veri giriş, temizlik, güvenlik vb.)	293	54,2
Eğitim durumu		
İlköğretim	86	15,9
Lise	172	31,8
Ön lisans	104	19,2
Lisans	108	20,0
Lisansüstü	71	13,1

Çalışma katılımcılarının İSG hakkında eğitim alma durumları ve çalıştıkları birime ilişkin tanımlayıcı özellikleri Tablo 5’te gösterilmiştir. Çalışanların %77,8’inin (n=421) İSG eğitimi aldığı, çalışanların çoğunlukla %22,7 (n=123) poliklinik çalışanı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların İSG Hakkında Eğitim Alma Durumları ve Çalıştıkları Birime İlişkin Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
İSG hakkında eğitim alma durumu		
İSG eğitimi aldım	421	77,8
İSG eğitimi almadım	120	22,2
Çalışılan birim		
Klinik	67	12,4
Acil servis	57	10,5
Yoğun bakım	37	6,8
Ameliyathane	27	5,0
Poliklinik	123	22,7
Laboratuvar	27	5,0
Radyoloji	44	8,1
İdari birim (kalite yönetim birimi, satın alma birimi, gelir-gider tahakkuk birimi, sicil birimi, hasta hakları birimi vb.)	48	8,9
Güvenlik birimi	33	6,1
Diğer	78	14,4

Çalışma katılımcılarının mesleki ve kurumda çalışma sürelerine ilişkin tanımlayıcı özellikleri Tablo 6’de gösterilmiştir. Çalışanların %39,9’unun (n=216) meslekte çalışma süresinin 1-5 yıl arası olduğu ve %58,4’ünün (n=316) kurumda 1-5 yıl arasında çalıştığı belirlenmiştir. Kurumda çalışma süresinin 1-10 yıl arasında sınırlandırılmasının sebebi, araştırmanın yapıldığı kurumun, hizmete başlama yılının 2010 yılı olmasıdır.

Tablo 6. Katılımcıların Mesleki ve Kurumda Çalışma Sürelerine İlişkin Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Mesleki çalışma süresi		
1-5 yıl	216	39,9
6-10 yıl	186	34,4
11-15 yıl	64	11,8
15 yıl üstü	75	13,9
Kurumda çalışma süresi		
1-5 yıl	316	58,4
6-10 yıl	225	41,6

Katılımcıların acil durum ekiplerinde görevli olma, makine ve tıbbi cihaz kullanma ve çalışılan birimde görülen en önemli riske ilişkin tanımlayıcı özellikleri Tablo 7’de gösterilmiştir. Çalışanların, %19,6’sının (n=106) acil durum ekiplerinde görevli olduğu, %41,4’ünün (n=223) makine ve tıbbi cihaz kullandığı ve çalıştıkları birimde en önemli görülen riskin ise %34,9 (n=189) ile psiko-sosyal risk olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların Acil Durum Ekiplerinde Görevli Olma, Makine ve Tıbbi Cihaz Kullanma ve Çalışılan Birimde Görülen En Önemli Riske İlişkin Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Acil durum ekiplerinde görevli olma durumu		
Evet görevliyim	106	19,6
Hayır görevli değilim	435	80,4
Makine ve tıbbi cihaz kullanma durumu		
Evet kullanıyorum	223	41,4
Hayır kullanmıyorum	317	58,6
Çalışılan birimde görülen en önemli risk		
Biyolojik	157	29,0
Kimyasal	39	7,2
Fiziksel	88	16,3
Psiko-sosyal	189	34,9
Ergonomik	22	4,1
Risk yok	46	8,5

3.2. Katılımcıların İSG Uygulamaları Alt Boyutlarına Yönelik Algıları

Çalışmada “temel İSG uygulamaları” alt boyutu kapsamında çalışanların en yüksek olumsuz algı düzeylerinin %49,4 ile “kurumda işyeri hekimi bulunmadığı” yönünde olduğu belirlenmiştir. Temel İSG uygulamalarında çalışanların verdiği yanıtlar ile mevcut durumun doğruluğu, hastanede İSG’den sorumlu müdür yardımcısı ile yapılan görüşmede incelenen görevlendirme yazıları ve yerinde yapılan inceleme ile belirlenmiştir.

Çalışmada “acil durum İSG uygulamaları” alt boyutunda çalışanların en yüksek olumlu algılarının %88,2 ile “hasar görmüş fiş, priz ve kabloların onarımının sağlandığı”, en düşük olumlu algı düzeylerinin ise %82,1 ile “acil çıkış kapısı ve kaçış yollarını gösteren acil durum levhalarının uygun yerlere yerleştirilmiş ve yangın merdiveni yönünde ışıklandırma sağlandığı” yönünde olduğu belirlenmiştir. Acil durum İSG uygulamaları alt boyutunda çalışanların verdiği yanıtlar ile mevcut durumun doğruluğu, hastane afet planı (HAP), risk analizinin incelenmesi ve saha gözlemleri ile belirlenmiştir.

Çalışmada “eğitim ve bilgilendirme İSG uygulamaları” alt boyutunda çalışanların olumsuz en yüksek algılarının %38,6 ile “ergonomi eğitimi almadığı” yönünde olduğu, olumlu en yüksek algı düzeyinin ise %86,7 ile “çalışma sırasında maruz kalabilecekleri biyolojik (Hepatit-B, HIV, Grip, Tüberküloz vb.) riskler ve önlemler konusunda eğitim aldıkları” yönünde olduğu belirlenmiştir. Çalışanların verdiği yanıtlar ile mevcut durumun doğruluğu, hastanedeki eğitim kayıtlarının eğitim hemşiresinden istenilerek, İSG eğitimlerine ait eğitim katılım formlarının incelenmesi sonucunda belirlenmiştir.

Çalışmamızda “iş yeri düzeni ve hijyen İSG uygulamaları” alt boyutuna göre çalışanların en yüksek olumlu algı düzeylerinin %89,3 ile “iş yerinde düzenli olarak haşere mücadelesi yapılıyor” yönünde olduğu, en düşük olumlu algı düzeylerinin ise %69,7 ile “bilgileri dahilinde iş yerinde içme-kullanma suyu kimyasal ve mikrobiyolojik analizlerinin yapılmadığı” yönünde olduğu saptanmıştır. İş yeri düzeni ve hijyen İSG uygulamaları alt boyutunda çalışanların algılarının mevcut durum ile doğruluğu, hastane ilaçlama kayıtları, temizlik takip formları ve içme-kullanma suyu kimyasal ve mikrobiyolojik analiz takiplerinin incelenmesi ile belirlenmiştir.

Çalışmamızda “fiziki çevre İSG uygulamaları” alt boyutunda çalışanların %49,2 ile “işyerinde gürültü kontrolü çalışması yapılmıyor” yönünde en yüksek algı düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Fiziki çevre İSG uygulamaları alt boyutunda çalışanların verdiği yanıtlar ile mevcut durumun doğruluğu, fiziki ortam ölçüm kayıtlarının (ısı, nem, gürültü, aydınlanma, iklimlendirme vb.) incelenmesi ile belirlenmiştir.

Çalışmamızda “kimyasal etkenler İSG uygulamalarına” alt boyutunda çalışanların %23,8 ile “işyerinde tehlikeli kimyasalların güvenlik bilgi formlarının bulunmadığı ve tüm personelin ulaşımına açık olmadığı” yönünde en yüksek olumsuz algı düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışanların algılarının mevcut durum ile doğruluğunun belirlenmesi için hastanede bulunan kimyasalların güvenlik bilgi formları incelendi. Ayrıca tehlikeli kimyasalların etiketlenmesi ve saklanma koşullarının durumu, araştırmacı ve ilgili birim sorumlusu eşliğinde yapılan saha gezisi ile tespit edilmiştir.

Çalışmamızda “ergonomi İSG uygulamalarına” alt boyutunda çalışanların %23,8 ile “sırt ve bel incinmesi riski oluşturabilecek yüklerin itilmesini ya da çekilmesini sağlayacak uygun taşıma araçları sağlanmadığı” yönünde en yüksek olumsuz algı düzeylerine sahip oldukları belirlenmiştir. Ergonomi İSG uygulamaları alt boyutunda çalışanların algılarının mevcut duruma göre doğruluğu, çalışanların kullandığı ekipmanların (masa, sandalye, hasta çekme ve taşıma ekipmanları vb.) ergonomik olup olmadığı araştırmacı ve ilgili birim sorumlusu tarafından yapılan değerlendirme ile belirlenmiştir.

Çalışmamızda “psiko-sosyal İSG uygulamalarına” alt boyutunda çalışanların %56,2 ile “işyerinizde motivasyonu ve iş doyumunu artırıcı uygulamalar yapılmadığı” yönünde en yüksek olumsuz algı düzeyine sahip oldukları, ikinci en yüksek olumsuz algı düzeyinin ise %31,2 ile “kendisine görev tanımı dışında işle verildiği” yönünde olduğu belirlenmiştir. Çalışanların verdiği yanıtlar ile mevcut durumun doğruluğu, ilgili kanunlarda (657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu ve 4557 sayılı İş Kanunu) belirtilen çalıştırılma usul ve esasların ile görev tanımlarına göre personelin çalıştırılma durumları, hastanede İSG’den sorumlu müdür yardımcısı ile değerlendirildi. Ayrıca personel iş tanımı kapsamında taşeron firma teknik şartnameleri ve çalışanların resmi görevlendirmeleri araştırmacı tarafından incelenmiştir.

Çalışmamızda “meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları” alt boyutunda çalışanlarının en yüksek olumsuz algılarının %34 ile “en az yılda bir periyodik sağlık kontrolü yaptırılmadığı” yönünde olduğu, en yüksek olumlu algılarının ise %88,4 ile “işyerinde kişisel koruyucu donanımların (eldiven, gözlük, maske, kulaklık vb.) çalışanlara temin edilmiş ve kullanıma hazır olduğu” yönünde olduğu belirlenmiştir. Çalışanların verdiği yanıtlar ile mevcut durumun doğruluğu; çalışanların periyodik sağlık muayene kayıtları, enfeksiyon kontrol komitesi denetim raporları gibi önceki denetim kayıtları ve araştırmacı tarafından yapılan saha gezisinde yerinde gözlem yapılarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda “atık yönetimi İSG uygulamaları” alt boyutunda çalışanlarının %95,4 ile “kesici ve delici özelliği olan tıbbi atıkların, diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak toplanıyor” yönünde en yüksek olumlu algı düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Atık yönetimi İSG uygulamaları alt boyutunda çalışanların verdiği yanıtlar ile mevcut durumun doğruluğu, enfeksiyon kontrol hemşiresi ve hastane çevre biriminin yapmış olduğu atık yönetimi denetim raporlarının incelenmesi ile belirlenmiştir.

Çalışmamızda “makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları” alt boyutunda çalışanlarının en yüksek olumlu algı düzeylerinin %91,9 ile “makine ve tıbbi cihazların periyodik kontrolleri ve bakımları yapılıyor” yönünde olduğu belirlenmiştir. Çalışanların verdiği yanıtlar ile mevcut durumun doğruluğu, hastane biyomedikal mühendisliği birim sorumlusu eşliğinde makinelerin bakım ve kontrol kayıtları, kullanım talimatlarının çalışma sahasında bulunma durumu ve makinelerin etiketlenme durumlarının incelenmesi ile belirlenmiştir.

3.3. Katılımcıların İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeyleri Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamaları

Çalışmamızda katılımcıların İSG uygulamalarına yönelik farkındalık düzeyleri 11 alt boyutlara ilişkin puan ortalamaları Tablo 8’de gösterilmiştir. Araştırma kapsamında, katılımcıların en yüksek farkındalık oranının %92,70 ile “atık yönetimi İSG uygulamaları” en düşük farkındalık oranlarının ise %43,88 ile “işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları” alt boyutunda olduğu belirlenmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeyleri Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamaları (n=541)

Alt Boyutlar	Ort	Ss	Min.	Max.	Farkındalık Oranı (%)
Temel İSG uygulamaları	5,386	1,680	1,000	10,000	53,86
Acil durum İSG uygulamaları	5,133	1,449	0,000	6,000	85,55
Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları	6,987	1,279	2,000	11,000	63,52
İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları	2,194	0,897	0,000	5,000	43,88
Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları	2,017	1,037	0,000	4,000	50,43
Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları	1,913	0,579	0,000	3,000	63,77
Ergonomi İSG uygulamaları	1,070	0,429	0,000	2,000	53,50
Psiko-sosyal İSG uygulamaları	1,935	0,713	0,000	3,000	64,50
Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları	4,442	1,076	0,000	7,000	63,46
Atık yönetimi İSG uygulamaları	3,708	0,758	0,000	4,000	92,70
Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık	3,256	0,818	1,000	6,000	54,27
Genel İSG uygulamaları	34,786	4,067	18,000	46,000	63,25

3.4. Katılımcıların Genel İSG uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımı

Çalışmamızda katılımcıların “Genel İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının demografik değişkenler açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonuçları Tablo 9’de verilmiştir.

Katılımcıların genel İSG uygulamaları farkındalıkları, cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Mann Whitney U=34781,500; $p=0,321>0,05$).

Katılımcıların genel İSG uygulamaları puanları ortalamaları kurumda çalışma süresi değişkenine göre incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Mann Whitney U=29011,500; $p=0,000<0,05$). Kurumda 1-5 yıl arası çalışanların genel İSG uygulamalarındaki farkındalığı, 6-10 yıl arası çalışanlara göre düşük bulunmuştur.

Katılımcıların genel İSG uygulamaları farkındalıkları, İSG hakkında eğitim alma durumu değişkenine göre değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Mann Whitney U=21982,000; $p=0,029<0,05$). İSG eğitimi alanların genel İSG uygulamaları farkındalıkları, İSG eğitimi almayanların farkındalıklarından düşüktür.

Tablo 9. Katılımcıların Genel İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Cinsiyet Kurumda Çalışma Süresi ve İSG Eğitimi Alma Durumlarına İlişkin Dağılımı

Değişkenler	n	Ort	Ss	MU	p	Fark
Cinsiyet						
Erkek	266	34,534	4,162	34781,500	0,321	
Kadın	275	35,029	3,965			
Kurumda çalışma süresi						
1-5 yıl (1)	316	34,266	4,136	29011,500	0,000	2 > 1
6-10 yıl (2)	225	35,516	3,860			
İSG eğitimi alma durumu						
İSG eğitimi aldım (1)	421	34,634	4,006	21982,000	0,029	2 > 1
İSG eğitimi almadım (2)	120	35,317	4,249			

Çalışmada katılımcıların “Genel İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının demografik değişkenler açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları ve farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testi sonuçları Tablo 10’da verilmiştir.

Katılımcıların genel İSG uygulamaları farkındalıkları, eğitim durumu değişkeni açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=12,347; $p=0,015<0.05$). Eğitim durumu lisans olanların İSG uygulamaları toplam puanları, eğitim durumu ilköğretim, ön lisans ve lisansüstü olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların genel İSG uygulamaları farkındalıkları, meslek değişkeni açısından ele alındığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=16,233; $p=0,001<0.05$). Buna göre; mesleği hemşire, ebe, sağlık memuru ve ATT olanların genel İSG uygulamaları puanları, hekim, diğer sağlık personeli ve sağlık dışı personel olanların genel İSG uygulamaları puanlarından yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların genel İSG uygulamaları farkındalıkları, mesleki çalışma süresine göre değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=20,533; $p=0,000<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı değerlendirildiğinde; çalışma süresi 6-10 yıl, 11-15 yıl ve 15 yıl üstü olanların puanlarının, mesleki çalışma süresi 1-5 yıl olanların genel İSG uygulamaları puanlarından yüksektir.

Katılımcıların genel İSG uygulamaları farkındalıkları, çalışılan birim değişkenine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=39,159; $p=0,000<0.05$). Genel olarak güvenlik birimi çalışanların farkındalıkları, diğer tüm birim çalışanlarının farkındalıklarından yüksek bulunmuştur.

Tablo 10. Katılımcıların Genel İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Yaş, Eğitim Durumu, Meslek, Meslekte Çalışma Süresi ve Çalışılan Birime İlişkin Dağılımı

Değişkenler	n	Ort	Ss	KW	p	Fark
Yaş				5,971	0,113	
30 ve altı	238	34,349	4,132			
31-40 arası	193	34,948	4,336			
41-50 arası	86	35,233	3,398			
51 ve üzeri	24	36,208	2,782			
Eğitim durumu				12,347	0,015	4 > 1 4 > 3 4 > 5
İlköğretim (1)	86	34,430	3,024			
Lise (2)	172	34,890	4,154			
Ön lisans (3)	104	34,250	4,060			
Lisans (4)	108	35,833	3,866			
Lisansüstü (5)	71	34,155	4,953			
Meslek				16,233	0,001	2 > 1 2 > 3 2 > 4
Hekim (1)	67	33,821	4,716			
Hemşire, Ebe, Sağlık memuru, ATT (2)	113	36,195	3,896			
Diğer sağlık personeli (3)	68	34,706	3,570			
Sağlık dışı personel (4)	293	34,481	3,967			
Meslekte çalışma süresi				20,533	0,000	2 > 1 3 > 1 4 > 1
1-5 yıl (1)	216	33,949	4,029			
6-10 yıl (2)	186	35,113	4,042			
11-15 yıl (3)	64	35,344	4,130			
15 yıl üstü (4)	75	35,907	3,782			
Çalışılan birim				39,159	0,000	1 > 2 1 > 5 1 > 7 9 > 1 3 > 2 6 > 2 8 > 2 9 > 2 10 > 2 3 > 7 9 > 3 4 > 7
Klinik (1)	67	36,075	3,164			
Acil servis (2)	57	33,281	4,535			
Yoğun bakım (3)	37	35,649	3,903			
Ameliyathane (4)	27	34,704	3,698			
Poliklinik (5)	123	34,081	4,697			
Laboratuvar (6)	27	35,519	3,994			
Radyoloji (7)	44	33,023	3,540			
İdari birim (8)	48	34,938	4,199			
Güvenlik birimi (9)	33	36,727	4,102			
Diğer (10)	78	35,333	2,729			

IV. TARTIŞMA

Tüm tehlike sınıfı işyerleri için İSG önemli bulunmakla birlikte, Türkiye için yeni bir konudur. İSG uygulamalarının en önemli getirisi çalışanın yaralanmasını ve sakatlanmasını önlemek, onların yaşamını kurtarmaktır. Çalışmamızda elektronik bilgi kaynakları taranmış, ancak literatürde kurumdaki İSG uygulamalarında mevcut durumun belirlenerek, mevcut duruma göre çalışanların algı ve farkındalıklarının ölçümü ve değerlendirilmesi şeklinde herhangi bir çalışma bulunamamıştır. Çalışmanın yapıldığı Nisan 2017-Haziran 2017 dönemine kadar yapılan çalışmalar işyerlerindeki mevcut durumun değerlendirmesi ve buna göre çalışanların farkındalıklarının belirlenmesi yönünde olmayıp, daha çok çalışanların çalıştıkları işyerine yönelik İSG uygulamalarıyla ilgili algıları ya da bilgi düzeylerinin ölçüldüğü şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Öztürk vd., 2012; Çopur vd., 2006; Çiçek, 2016). Bu doğrultuda çalışmamızda bir kamu hastanesinde genel İSG uygulamaları ve alt faktörlerine yönelik mevcut durum, araştırmacı tarafından hastane yönetimi, İSG komisyon üyeleri ile

yapılan görüşmeden elde edilen bilgi ve belgeler ve araştırmacı tarafından yapılan saha gözlemlerine dayanarak belirlenmiştir. Hastanede İSG uygulamalarına yönelik mevcut durum karşısında, çalışanların algıları ve farkındalıklarını belirlemeyi amaçladığımız çalışmanın bu bölümünde, araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlar literatür bilgileri ve araştırmacıların görüşleri doğrultusunda tartışılmıştır.

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda hastanede İSG eğitimi alanların %77,8 oranında olduğu belirlenmiştir. Bu durum son zamanlarda İSG uygulamalarına ve eğitimlerine verilen önemin bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Çalışanların çalışma ortam ve şartlarında mevcut olan sağlık-güvenlik tehlikeleri ve bu tehlikelerin risklerden korunması amacı ile gerekli eğitimlere tabi tutulmaları konusu, dünyada kabul gören önleyici yaklaşımın önemli bir uygulama basamağını oluşturmaktadır (Ekeme, 2006). İş yerinde çalışmanın güvenli ve sağlıklı ortamlarda gerçekleşmesi, İSG ilkeleri ve standartların en önemli hedefidir. Bu hedefe ulaşmak için en önemli unsur, işveren ve çalışanların iş birliği ile eğitime gereken önemin verilmesi ve sürdürülmesidir.

İş kazalarının ve meslek hastalıklarının oluşmasındaki en önemli faktör, kişinin yaptığı iş ile ilgili herhangi bir eğitim almadan işe başlaması ve işi sürdürmesidir. Öncelikli olarak, işin niteliklerine uygun personelin seçimi sonrasında, eğitim vermeye yetkin kişi ve uzmanlarca kişiye işi ile ilgili gerekli tüm sağlık ve güvenlik eğitimlerinin verilmesi ve eğitimlerin ardından düzenli olarak yapılan denetimler yolu ile eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Ayrıca özel önlem alınması gerekli işlerde çalışanlara sağlık ve güvenlikle ilgili özel eğitim verilmelidir. Eğitim sadece iş yerinde sürekli çalışanları değil, aynı zamanda işyerindeki çıraklar, stajyerler ve yarı zamanlı çalışan hükümlüler içinde gereklidir. İş ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiye sahip olmayan kişi, karşılaşılan olumsuz bir durumda nasıl hareket etmesi gerektiğini bilemeyecektir (Karacan ve Erdoğan, 2011).

Çiçek'in ev idaresi personeli üzerinde yaptığı çalışmada, İSG eğitimi alma oranı %98,8 bulunmuştur (Çiçek, 2016). Çopur ve diğerleri, ev idaresi personelleri üzerinde yaptığı çalışmada, İSG eğitimi alma oranını %44,4 bulmuşlardır (Çopur vd., 2006). Çelikkalp ve diğerleri, hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada, İSG eğitimi alma oranını %95,4 oranında bulmuşlardır (Çelikkalp vd., 2016). Bizim çalışmamızda İSG eğitimi alanların oranı %77,8 olarak belirlenmiştir. Genel olarak farklı meslek grupları üzerinde yapılan bu çalışmalarda, çalışanların İSG eğitimi alma oranlarının farklılık gösterdiği ortaya konulmuştur. Oysa ki 6331 sayılı kanun çalışanların eğitimi başlığı altında işvereni "işveren, çalışanların İSG eğitimlerini almasını sağlar" hükmü ile sorumlu kılarken, çalışanları ise çalışanların yükümlülükleri başlığı altında belirtilen "çalışanlar, İSG ile ilgili aldıkları eğitim ve işverenin bu konudaki talimatları doğrultusunda, kendilerinin ve hareketlerinden veya yaptıkları işten etkilenen diğer çalışanların sağlık ve güvenliklerini tehlikeye düşürmemekle yükümlüdür" hükmü ile eğitim konusunda zorunlu kılmıştır.

Çalışmada, katılımcılarca çalıştıkları birimde en önemli görülen riskin %34,9 ile psiko-sosyal risk olduğu belirlenmiştir. Hastanelerde sunulan sağlık hizmetinin 24 saat kesintisiz verilmesi nedeniyle nöbet tutulması gerekliliği, çalışanlara görev tanımı dışında işler verilmesi, işyerinde çalışanların motivasyonu ve iş doyumunu artırıcı uygulamaların yetersizliği, yoğun iş temposu gibi nedenlerle çalışanların çalışma ve sosyal yaşamları olumsuz etkilenmektedir. Aslan ve Öntürk, ameliyathanede psiko-sosyal risklerin nedenlerinin çalışanların çoğunun uzun süreli tek başına vardiyada kalmaları, uygun beslenme ve dinlenme ortamları bulunmadan çalışmak durumunda kaldıkları olarak belirtmişlerdir (Aslan ve Öntürk, 2011). Özellikle son yıllarda yaşanan sağlıkta şiddet olayları da çalışanların psiko-sosyal olarak moral ve motivasyonlarını olumsuz etkilemektedir. Çamcı ve diğerleri yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanlarının işyeri şiddetine maruz kalma oranını çalışma hayatı boyunca %72,6 olarak belirlemiştir (Çamcı ve Kutlu, 2011). Gökçe ve Dünder çalışmasında son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalma oranını %85,9 olarak bildirmişlerdir (Gökçe ve Dünder, 2008).

Çalışmamızda katılımcılar çalıştıkları birimde gördükleri en yüksek ikinci riski %29 ile biyolojik risk olarak belirtmişlerdir. Hastanelerde görülen biyolojik risklerin ikinci sırayı almasının nedeni, yapılan işin niteliği gereği, hasta ve ortam kaynaklı birçok biyolojik ajanın çalışanlar için hastalık riski taşımasıdır. Hastaneler biyolojik riskler bakımından oldukça riskli çalışma ortamlarıdır. Biyolojik risklerle maruziyet en fazla kontamine kesici-delici alet yaralanması ve kan vücut sıvılarına maruziyet sonucunda oluşmaktadır. Akkaya ve diğerleri yaptıkları çalışmada son bir yıl içerisinde kan, vücut sıvısı ve sekresyonlarına maruz kalmış olanların oranını %56 olarak bildirmişlerdir (Akkaya vd., 2014). Özellikle biyolojik risklerle meydana gelen kaza oranları bildirilenin aksine oldukça yüksek orandadır. Kesici delici alet yaralanması meydana geldiğinde kaza bildirimleri yüksekken, kan ve vücut sıvısının sıçraması, bulaşması sonucu oluşan kazalarda bildirim oranları neredeyse yok denecek kadar az orandadır. Biyolojik risklerden korunmada tüm çalışanların aşı ile önlenabilir hastalıklara karşı bağışıklamasının yapılması gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanları arasında aşılama oranları oldukça yüksektir. Akça ve Aydın yaptıkları çalışmada hemşirelerde Hepatit-B'ye karşı aşılama oranını %84,2 bulmuşlardır (Akça ve Aydın, 2016). Aşı ile önlenbilir hastalıklara, su çiçeği, hepatit-A, hepatit-B, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, influenza, tetanos örnek verilebilir. Belirtilen tüm aşılar sağlık personeline ücretsiz olarak sağlanmaktadır. Çalışmamızda biyolojik risklere karşı çalışanların aşılarının yapıldığına yönelik algı düzeyleri %87,8 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların acil durum ekiplerinde görevli olma durumları değerlendirildiğinde, hastanede acil durum ekiplerinde görevli olan çalışanların oranı %19,6 bulunmuştur. Bu oranın yüksek olması hastanede farklı birimlerde çalışan kişilerce oluşturulan acil durum ekiplerinin varlığını düşündürmektedir. Schoenberg ve Braden kriz öncesi planlama aşamasında ve kriz zamanı kullanılan en etkin araçlardan biri olarak ekipleri öne sürmektedirler. Farklı birimlerde çalışan kişilerden oluşturulan acil durum ekipleri, acil durum anında tüm çalışanların taktiksel yaklaşım ve hızlı sürede olaylara tepki vermesini sağlayabilir (Çelik, 2005).

4.2. Katılımcıların Genel İSG Uygulamalarına Yönelik Çalışanların Farkındalık Düzeylerinin Tartışılması

Çalışmada katılımcıların yaş ($p=0,113$; $>0,05$) ve cinsiyete ($p=0,321$; $>0,05$) göre genel İSG uygulamaları farkındalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonuçlara göre; hastanede genel İSG uygulamalarında farkındalıklar yaşa ve cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Araştırmaya katılan çalışanların genel İSG uygulamalarının sağlanmasında farkındalıkları eğitim düzeylerine göre farklılık göstermektedir ($p=0,015$; $<0,05$) Eğitim durumu lisans olanların genel İSG uygulamaları farkındalıkları, eğitim durumu ilköğretim, ön lisans ve lisansüstü olanlardan yüksek bulunmuştur. Yıldırım ve diğerleri mobilya sektöründe çalışanların iş güvenliği algıları ve iş doyumu düzeylerinin incelenmesi konulu çalışmada, İSG faktörünün eğitim değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiğini bulmuşlardır (Yıldırım vd., 2015). Bizim çalışma sonuçlarından elde ettiğimiz bulgular Yıldırım ve diğerlerinin çalışmasını desteklemektedir.

Çalışmamızda hastanede genel İSG uygulamalarının sağlanmasında farkındalıklar, kurumdaki çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000$; $<0,05$). Kurumda 1-5 yıl arası çalışanların, 6-10 yıl arası çalışanlara göre farkındalıkları düşük bulunmuştur. Kurumdaki çalışma süresinin artması ile farkındalıkların artması, çalışanların kurumu daha iyi tanıdıkları, zamanla süreçlere dahil oldukları ve tecrübe edindikleri ile açıklanabilir.

Katılımcıların mesleki çalışma sürelerine göre dağılımları incelendiğinde ise 1-5 yıl arası çalışanların en yüksek oranda olduğu belirlenmiştir. Bu durumda kurumda çalışanların mesleki deneyim açısından çok deneyimli olmadıkları söylenebilir. Hastane çalışanlarının, mesleki çalışma süresine göre farkındalıkları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$; $<0,05$). Daha önce yapılan araştırma sonuçları da meslekte çalışma süresinin artmasının çalışanların genel İSG uygulamalarına yönelik farkındalıklarını artırdığı yönündedir. Çelikkalp ve diğerleri, hemşirelerin

çalışma ortamlarında iş güvenliği uygulamalarını değerlendirmesi konulu çalışmasında meslekte çalışma süresine göre iş güvenliği anketi toplam puan ve alt anket puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamışlardır (Çelikkalp vd., 2016). Bu çalışmada, Çelikkalp ve diğerlerinin aksine mesleki çalışma yılı arttıkça genel İSG uygulamaları puanlarında farkındalığın arttığı yönünde belirlenmiştir. Meslekte çalışma yılının artması sadece iş ile ilgili olan tecrübeyi arttırmakla kalmamakta, aynı zamanda işini yaparken uyması gereken mevzuatlara hakimiyeti, çalışma ortamı riskleri ve iş güvenliği ile ilgili farkındalıkları da arttırmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların mesleklerine göre, genel İSG uygulamalarının sağlanmasında farkındalıkları, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$; <0.05). Hemşire, ebe, sağlık memuru ve ATT meslek gruplarının, genel İSG uygulamalarında farkındalıkları diğer meslek gruplarına göre yüksek olarak belirlenmiştir. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve ATT meslek grupları, hastanelerde sağlık bakım hizmeti, kalite yönetim sistemi, eğitim gibi tüm süreçlerde en fazla katılımı olan meslek gruplarıdır. Özellikle düzenlenen hizmet içi eğitimlerde hekimlerin katılımının çok yetersiz olduğu bilinmektedir. Hizmet içi eğitim işyerlerinde, çalışmakta olan kişilere görevleri ile ilgili gerekli bilgi, beceri ve davranışları kazanmalarını sağlamak üzere yapılan eğitimidir (Çağlayan ve Karaca, 2016). Dolayısı ile çalışan herkesi kapsamaktadır. Bu nedenle kurumda İSG ile ilgili eğitimler de dahil olmak üzere tüm süreçlere çalışanların katılımı sağlanmalı, çalışan görüşleri alınmalı ve yapılan denetleme ve değerlendirmelerle bilgi eksiklikleri giderilmelidir.

Çalışmada hastanede genel İSG uygulamalarının sağlanmasında farkındalıklar çalışılan birime göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p=0.000$; <0.05). Çalışmamızda en çok dikkat çeken birimlerden güvenlik birimi çalışanlarının genel İSG uygulamalarının sağlanmasına dair farkındalıkları yüksek bulunmuştur. Kurumda diğer birimlerde çalışanlarının aksine güvenlik birimi çalışanlarının sabit bir görev yerleri olmayıp, yaptıkları iş gereği rotasyon ile hastanenin tüm birimlerinde çalışmaktadırlar. Buna bağlı olarak, hizmet verdikleri tüm birimlerin riskleri ve genel İSG uygulamaları konusunda bilgi sahibidirler. Çalışmamızdan elde ettiğimiz güvenlik birimi çalışanlarının farkındalıklarına dair anlamlı sonuçlar bu görüşümüzü desteklemektedir. Çalışmamızda dikkat çeken diğer birim ise klinik çalışanlarının genel İSG uygulamaları toplam puanlarının acil, poliklinik ve radyoloji birimleri toplam puanlarından yüksek bulunmasıdır. Cerrahi ve dahili branşlarda hizmet veren klinik çalışanları yaptıkları işin gereği, hastanenin tüm birimleri ile irtibat içindedirler ve aynı zamanda diğer birimlerdeki genel İSG uygulamaları hakkında da bilgi sahibidirler. Bu durum klinik çalışanlarının farkındalığının yüksek çıkmasını açıklamak için bir sebep olarak düşünülmektedir. Öztürk ve diğerleri yaptıkları çalışmada, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire ve hekimleri, iş güvenliğini anket toplamında ve alt boyutlarında diğer birimlerde (idare, servis, acil, ameliyathane, poliklinik) çalışanlara göre daha yetersiz bulmuşlardır (Çağlayan ve Karaca 2016). Çalışmamızda ise yoğun bakım üniteleri çalışanlarının genel İSG uygulamalarına yönelik farkındalıkları, acil servis ve radyoloji birimi çalışanlarının farkındalıklarından yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada katılımcıların İSG eğitimi alma durumları bakımından genel İSG uygulamaları farkındalıkları ele alındığında, eğitim almayanların farkındalıklarının, eğitim alanların farkındalıklarından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p=0.029$; <0.05). Farkındalığın eğitim almayanlarda, eğitim alanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farkın İSG eğitimlerine katılımı en yüksek ve en kolay grup olan sağlık dışı personelden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yıldırım ve diğerleri, yaptıkları çalışmada, iş güvenliği ve iş doyumu faktöründe İSG eğitimi alma durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiğini tespit etmişlerdir ($p<0.05$). Her iki faktörde de eğitim alanların ortalamalarını, almayanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür (Yıldırım vd., 2015). Bu çalışmanın sonuçları Yıldırım ve diğerlerinin çalışma sonuçlarının aksi yönündedir.

Ayrıca araştırmayı gerçekleştirdiğimiz dönemde 6331 sayılı İSG kanununun (İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 2012) uygulanması kamu kurumlarında ertelenmiş bulunması dolayısı ile İSG eğitimleri hastanelerde, İSG profesyonelleri dışında eğitim hemşiresi, enfeksiyon hemşiresi gibi personel ile sağlanmaktadır. İş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin usul ve esasları hakkında

yönetmeliğin 13. maddesinde, çalışanların İSG eğitimlerini verebilecek kişi ve kuruluşlar belirtilmiştir. İSG eğitimleri, iş güvenliği uzmanlığı belgesine veya işyeri hekimliği belgesine sahip kişiler aracılığı ile verebilirler (Mevzuat Bilgi Sistemi, 2013). İş güvenliği uzmanı ve işyeri hekimleri, iş yerine sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının yaratılmasından sorumlu oldukları gibi, aynı zamanda çalışanlara eğitim vermesi gereken İSG alanında uzman kişilerdir. Ancak halen dışarıdan hizmet almayan kamu kurumlarında, eğitimlerin eğitim hemşiresi veya eğitim görevlileri tarafından verildiği bilinmektedir. Bu durum verilen eğitimin etkinliği açısından tartışmalı bir konudur.

V. SONUÇ

Çok tehlikeli sınıfta yer alan hastanelerde geliştirdiğimiz bir anketle, çalışanların algı ve farkındalıklarına dayanarak bir kamu hastanesindeki genel İSG uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yaptığımız çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, hastanede çalışanların eğitim düzeyi, kurumda ve meslekte çalışma süresi arttıkça, genel İSG uygulamalarında farkındalığının arttığı yönündedir.

Hastaneler çok çeşitli meslek gruplarının (doktor, hemşire, temizlik personeli, psikolog, güvenlik vb.) bir arada bulunduğu ve eşgüdümlü olarak birlikte çalıştıkları dinamik, karmaşık sağlık kurumları arasındadır. Doğal olarak da çeşitli meslek ve çalışan grupları, çeşitli eğitim düzeylerine (lise, ön lisans, lisans, lisansüstü gibi) sahiptir. Çalışanların farklı eğitim düzeylerine sahip olmaları, çalışanların farkındalıkları ve algılarını da birbirlerinden farklı kılmaktadır. İSG eğitimleri işe yeni girişte, iş değişikliğinde, birim değişikliğinde ya da periyodik olarak belirli sürelerle verilmektedir. Bazen de özellikle doktor meslek gruplarında görüldüğü gibi eğitim düzeyi yüksek olmasına karşın, İSG eğitimlerine katılmamaları nedeniyle, eğitim düzeyi düşük ancak düzenli İSG eğitimlerine katılan çalışanlara göre algı ve farkındalıkları düşük olabilmektedir. Hangi meslek gurubu olursa olsun tüm çalışanların İSG eğitimlerine katılımının sağlanması önem arz etmektedir. Sağlık çalışanlarının çalışma planları hazırlanırken, eğitim saatlerinin bu plan dahilinde belirlenmesi sağlanmalıdır.

Kurumdaki çalışma süresinin artması ile çalışanların farkındalıklarının artması, çalışanların kurumu daha iyi tanıdıkları, zamanla süreçlere dahil oldukları ve tecrübe edindiklerini düşündürmektedir. Meslekte çalışma süresinin artması ile çalışanların farkındalıklarının artması ise meslekte zamanla edinilen tecrübe ile açıklanabilir. Kurumda ve meslekte çalışma tecrübesi az olan bir çalışanın deneyim eksikliği ve kurumu yeterince tanımaması, genel İSG farkındalığını da düşük kılmaktadır. Çalışanların genel İSG uygulamalarına yönelik farkındalığı, oryantasyon eğitimi verilmesi ve düzenli olarak planlanan hizmet içi eğitimlere katılımı sağlanarak artırılabilir.

Çalışmamızda İSG uygulamalarının sağlanmasında farkındalıklar İSG eğitimi almayanların, alanlardan daha farkında olduğu şeklinde belirlenmiştir. Bu durum hastanede verilen İSG eğitiminin etkin yapılmadığını düşündürmektedir. İSG eğitimleri, tüm kurumlarda İSG profesyonelleri tarafından verilmeli ve verilen eğitimin sonunda ölçme ve değerlendirme mutlaka yapılmalıdır. Eğitimlere katılımı sağlamak için gerekli ödül veya ceza sisteminin oluşturulması ile eğitim katılım oranı düşük çalışanların İSG eğitimlerine katılımı sağlanmalıdır. Eğitimin yanında çalışanların İSG ile ilgili tüm süreçlere katılımı sağlanmalı, görüşleri alınmalı ve yapılan denetleme ve değerlendirmelerle bilgi eksiklikleri giderilmelidir. Ayrıca hastanede İSG denetimlerinin yeterli düzeyde ve görünür biçimde yapılması, çalışanların konuya önem vermesini ve farkındalığını arttıracaktır.

KAYNAKLAR

- Aile ve Çalışma Bakanlığı (2011, 2 Nisan 2017). *Meslek hastalıkları rehberi*. <http://seferihisar.meb.gov.tr/kitapciklar/Meslek-Hastaliklari-Kitab-.pdf>
- Akça, S. Ö., & Aydın, Z. (2016). Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin kesici-delici tıbbi aletleri güvenli kullanımlarına ilişkin farkındalıkları. *J Contemporary Medicine*, 6(4), 319-326.
- Akkaya, S., Şengöz, G., Pehlivanoğlu, F., Güngör, E., & Akkaya, Ş. (2014.) Kesici ve delici alet yaralanmalarıyla ilgili anket sonuçlarının değerlendirilmesi. *Klinik Dergisi*, 27(3), 95-98.
- Aslan, F. E., & Öntürk, Z. K. (2011). Güvenli ameliyathane ortamı; biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikososyal riskler, etkileri ve önlemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 133-140.
- Çağlayan, Ç., & Karaca, E. (2016). Ergonomi ve kadın işçiler. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG)*, 15(57), 24-28.
- Çamcı, O., & Kutlu, Y. (2011). Kocaeli’nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 9-16.
- Çelik, K. (2005). Eğitimde acil durum yönetimi modeli önerisi. *Eurasian Journal of Educational Research*, 20, 87-98.
- Çelikkalp, Ü., Saraçoğlu, G. V., Keloğlu, G., & Bilgiç, Ş. (2016). The assessment of work places of nurses on occupational safety. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5), 408- 413.
- Çiçek, B. (2016). *Hastanelerde kurum ev idaresi personeli perspektifinden iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının ve güvenlik kültürüne ilişkin algı düzeylerinin belirlenmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Çopur, Z., Ergüder, B., Avşar, M., & Şenbaş, M. (2006). Ege üniversitesi hastanesinde çalışan ev idaresi personelinin iş sağlığı ve güvenliği konusundaki görüşlerinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1), 39-53.
- Ekeme, K. S. (2006). Eski ve yeni iş kanunlarında çalışanların İSG eğitimi. *İş Sağlığı ve Güvenliği*, 30, 12-17.
- Gökçe, T., & Dünder, C. (2008). Samsun ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 15(1), 25-28.
- Karacan, E., & Erdoğan, Ö. (2011). İşçi sağlığı ve iş güvenliğine insan kaynakları yönetimi fonksiyonları açısından çözümsel bir yaklaşım. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21(1), 102-116.
- Karacan E. (2018). İş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesinde ergonomik koşulların etkisi. *Journal of International Social Research*, 11(56), 792-798.
- Karaosmanoğlu, F. (2016). *İnşaat projelerinin iş sağlığı ve güvenliği performansının sözleşme ve sözleşmesel düzenlemeler aracılığı ile artırılmasına yönelik bir inceleme*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Teknik Üniversitesi, İstanbul.

- Korkmaz, P., Çağlan, F., Aykin, N., Alpay, Y., Güldüren, H. M., Yaşar, Z., & Uğur, M. (2013). Bir devlet hastanesindeki sağlık çalışanlarında Hepatit A, B, C ve HIV enfeksiyonu seroprevalansı. *Klinik Dergisi*, 26(2), 64.
- Mevzuat Bilgi Sistemi (2013, 3 Nisan). *Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin usul ve esasları hakkında yönetmelik*.
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.18371&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch>
- Mevzuat Bilgi Sistemi (2012, 2 Nisan). *İş sağlığı ve güvenliği kanunu*.
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6331.pdf>
- Öztürk, H., Babacan, E., & Anahar, E. Ö. (2012). Hastanede çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 252-268.
- Yıldırım, İ., Akyüz, K. C., Akyüz, İ., & Alevli, C. (2015). Mobilya sektöründe çalışanların iş güvenliği algıları ve iş doyumları düzeylerinin incelenmesi. *Selçuk-Teknik Dergisi*, 14(2), 171-184.

EK-1

HASTANELERDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ UYGULAMALARINI DEĞERLENDİRME ANKETİ

1.DEMOGRAFİK BİLGİLER

Cinsiyetiniz:	☐ Erkek	☐ Kadın
Yaşınız:	☐ 20 ve altı	☐ 21-30 arası ☐ 31-40 arası ☐ 41-50 arası ☐ 51 ve üzeri
Mesleğiniz:	☐ Hekim (tabip, uzman tabip, diş hekimi) ☐ Hemşire-ebe-sağlık memuru-acil tıp teknisyeni ☐ Diğer sağlık personeli (eczacı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, laborant, radyoloji-anestezi-ortopedi v.b. teknisyen/tekniker, tıbbi sekreter, yaşlı bakım, v.b.) ☐ Sağlık dışı personel (memur, hizmetli, veri girişi, temizlik, güvenlik, hasta taşıma yönlendirme v.b.)	
Eğitim durumunuz:	☐ İlk Öğretim ☐ Lise ☐ Ön lisans ☐ Lisans ☐ Lisans üstü	
İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) hakkında eğitim durumu:	☐ İSG eğitimi aldım ☐ İSG eğitimi almadım	
Çalışılan birim:	☐ Klinik ☐ Acil servis ☐ Yoğun bakım ☐ Ameliyathane ☐ Poliklinik ☐ Laboratuvar ☐ Radyoloji ☐ Diğer birim (kalite yönetim birimi satın alma birimi, gelir-gider tahakkuk birimi, sicil birimi, hasta hakları birimi vs.) ☐ Güvenlik birimi ☐ Diğer ☐	
Mesleki çalışma süresi:	☐ 1 yıldan az ☐ 1-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11-15 yıl ☐ 15 yıl üstü	
Kurumda çalışma süresi:	☐ 1 yıldan az ☐ 1-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11-15 yıl ☐ 15 yıl üstü	
Acil durum ekiplerinde görevli misiniz?	☐ Evet görevliyim ☐ Hayır görevli değilim	
Makine ve tıbbi cihaz kullanıyor musunuz?	☐ Evet kullanıyorum ☐ Hayır kullanmıyorum	
Çalıştığınız birimde en önemli gördüğünüz risk hangisidir? (lütfen en önemli gördüğünüz sadece bir seçeneği işaretleyiniz)	☐ Biyolojik (Hepatit-B, Hepatit-C, HIV, tüberküloz v.b.) ☐ Kimyasal (patlayıcı, korrozif, yanıcı, kanserojen, toksik, oksitleyici v.b. maddeler, toksik gazlar v.b.) ☐ Fiziksel (aşırı gürültü, yetersiz havalandırma, uygunsuz aydınlatma, uygunsuz ısı ve nem, toz, radyasyon, titreşim, kaygan zemin yapısı v.b.) ☐ Psikososyal (aşırı stres, şiddet, taciz, mobbing, uzun çalışma süreleri, düşük ücret v.b.) ☐ Ergonomik (sürekli aynı pozisyonda kalma, uygunsuz makine dizaynı, konforsuz masa ve sandalye, işe uygun olmayan araç gereç ve donanım, araç gereç eksikliğine bağlı ağır yük kaldırma veya taşıma v.b.) ☐ Risk yok	

Lütfen kendi işyerinizi dikkate alarak, aşağıdaki sorulara **Evet** ya da **Hayır** olacak şekilde sadece bir seçeneği işaretleyerek yanıt veriniz.

No	Sorular	Yanıtlar	
1	Bilginiz dahilinde iş yerinizde iş sağlığı ve güvenliği (İSG) kurulu var mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
2	Bilginiz dahilinde iş yerinizde iş sağlığı ve güvenliği uzmanı var mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
3	Bilginiz dahilinde iş yerinizde işyeri hekimi var mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
4	Bilginiz dahilinde iş yerinizde işyeri hemşiresi var mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
5	Bilginiz dahilinde iş yerinizde çalışan temsilcisi var mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
6	Bilginiz dahilinde iş yerinizde risk değerlendirmesi yapılmış mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
7	Bilginiz dahilinde İşyerinizde İSG kapsamında denetlemeler yapılmakta mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
8	İş yeri hekimince işe uygun olduğunuzu tespit eden rapor (işe giriş raporu) aldınız mı?	☐ Evet	☐ Hayır
9	Ergonomi (fiziksel çevrenin insana uyumlaştırılması süreci) konusunda eğitim aldınız mı?	☐ Evet	☐ Hayır
10	Yaptığınız işteki risklerle ilgili olarak gerekli eğitim ve bilgilendirme yapıldı mı?	☐ Evet	☐ Hayır
11	Çalışma sırasında maruz kalabileceğiniz biyolojik (Hepatit-B, HIV, Grip, Tüberküloz v.s.) riskler ve önlemler konusunda eğitim aldınız mı?	☐ Evet	☐ Hayır
12	Çalışma sırasında maruz kalabileceğiniz tehlikeli kimyasal riskler ve önlemler konusunda eğitim aldınız mı?	☐ Evet	☐ Hayır

13	Acil durumlar ve olağanüstü hallerde (yangın, patlama, tehlikeli kimyasal madde yayılımı, doğal afet, sabotaj ihtimali vb.) ne yapılması gerektiği konusunda eğitim aldınız mı?	☐ Evet	☐ Hayır
14	İş yerinizde acil durum (yangın, deprem, sabotaj, su baskını v.b.) tatbikatları yapılmakta mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
15	Güvenlik ve sağlık işaretlerinin anlamları konusunda eğitim aldınız mı?	☐ Evet	☐ Hayır
15	Acil durumlar ve olağanüstü hallerde (yangın, patlama, doğal afet, vb.), tahliye eğitimi aldınız mı?	☐ Evet	☐ Hayır
17	Atık yönetimi konusunda eğitim aldınız mı?	☐ Evet	☐ Hayır
18	Yeme-içme, dinlenme gibi temel ihtiyaçlarınız için uygun donanımlı ve yeterli alanlar ayrılmış mı?	☐ Evet	☐ Hayır
19	İşyerinizin temizliği yeterli ve hijyen açısından gerekli şartlar sağlanıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
20	El hijyeni için gerekli lavabo ve hijyen malzemeleri sağlanıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
21	İş yerinizde düzenli olarak haşere mücadelesi yapılmakta mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
22	Bilginiz dahilinde iş yerinizde içme-kullanma suyu kimyasal ve mikrobiyolojik analizleri yapılmakta mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
23	Zemin, kayma veya düşmeyi önleyecek şekilde tasarlanmış ve düşmeyi önleyici önlemler alınmış mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
24	Makine ve tıbbi cihazlarda gerekli uyarı işaretleri bulunuyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
25	Asansörlerin muayeneleri ve etiketlenmesi yapılmakta mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
26	Tehlikeli kimyasalların güvenlik bilgi formları bulunuyor ve tüm personelin ulaşımına açık mı?	☐ Evet	☐ Hayır
27	Tehlikeli kimyasal ambalajları üzerinde; isimleri, son kullanma tarihleri ve ilgili tehlikelerini gösteren etiketler bulunmakta mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
28	Bilginiz dahilinde tehlikeli kimyasal maddelerin saklama koşullarına uyuluyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
29	İşyeri içerisindeki sıcaklık ve nem konforu yeterli midir?	☐ Evet	☐ Hayır
30	İşyerinizde aydınlatma uygun ve yeterli midir?	☐ Evet	☐ Hayır
31	İşyerinizde havalandırma uygun ve yeterli midir?	☐ Evet	☐ Hayır
32	Gürültü kontrolü çalışması yapılmakta mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
33	İşyerinde, acil durum planı hazırlanmış ve ilan edilmiş midir?	☐ Evet	☐ Hayır
34	Acil durum ekipleri hakkında bilgilendirildiniz mi? Ekipler ilan edildi mi?	☐ Evet	☐ Hayır
35	Yeterli sayıda ve uygun tipte yangın söndürücü (yangın tüpü, yangın söndürme fiskeyeleri) mevcut ve yerlerine sabitlenmiş midir?	☐ Evet	☐ Hayır
36	Yangın söndürücü tüplerin son kullanma tarihleri ve basınçları periyodik olarak kontrol ediliyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
37	Yangın merdivenine açılan acil çıkış kapıları dışa doğru açılacak şekilde tasarlanmış ve her an açılır durumda mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
38	Acil çıkış kapısı ve kaçış yollarını gösteren acil durum levhaları uygun yerlere yerleştirilmiş ve yangın merdiveni yönünde ışıklandırma sağlanmış mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
39	Bilginiz dahilinde tıbbi ve tehlikeli atık torbaları uygun bir şekilde (tarih, birim adı) etiketleniyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
40	Atık kovaları; tehlikeli atıklar, tıbbi/biyolojik atıklar, evsel, cam, ambalaj ve kesici atıklar gibi sınıflandırılmış mı?	☐ Evet	☐ Hayır
41	Kesici ve delici özelliği olan tıbbi atıklar, diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak toplanıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
42	Tıbbi ve tehlikeli atık torbaları kaynağından depo alanına kapalı konteynır ile taşınmakta mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
43	Hasar görmüş fiş, priz ve kabloların onarımı sağlanıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
44	Elektrikli cihaz ve panoların yanında yanıcı ve patlayıcı malzemeler bulundurulmaması sağlanıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
45	Yaptığınız işe uygun masa, sandalye veya destek ekipmanları sağlanıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
46	Sırt ve bel incinmesi riski oluşturabilecek yüklerin itilmesini ya da çekilmesini sağlayacak uygun taşıma araçları sağlanıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır

47	Kişisel koruyucu donanımlar (eldiven, gözlük, maske, kulaklık v.b.) çalışanlara temin edilmiş ve kullanıma hazır mı?	☐ Evet	☐ Hayır
48	Çalışma esnasında uygun kişisel koruyucu donanımı kullanıyor musunuz?	☐ Evet	☐ Hayır
49	Kendinize görev tanımınız dışında işler verildiğini düşünüyor musunuz?	☐ Evet	☐ Hayır
50	İşyerinizde motivasyonu ve iş doyumunu artırıcı uygulamalar (eğlence/egitim toplantıları vb.) yapılmakta mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
51	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili sorunları iletebileceğiniz mekanizma var mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
52	En az yılda bir periyodik sağlık kontrolleriniz yaptırılıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
53	Yemek ve gıda servis (mutfak, çay ocağı) ile temizlik hizmetleri çalışanlarının hijyen eğitimi yapılıyor mu ?	☐ Evet	☐ Hayır
54	Kazalar incelenerek benzer kazalar ile karşılaşmamak için gerekli önlemler alınıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
55	Biyolojik risklere karşı çalışanların aşları (Hepatit-B, Grip, Tetanos, Hepatit-A v.s) yaptırılıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
Lütfen aşağıdaki soruları kullandığınız makine ve tıbbi cihaz var ise sorulara Evet ya da Hayır olacak şekilde sadece bir seçeneği işaretleyerek yanıt veriniz.			
56	Makine ve tıbbi cihazlar için üretici firmadan, Türkçe kullanım kılavuzları temin edilmiş mi ve makineler bu kılavuza uygun olarak kullanılıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
57	İş yerinizde tıbbi cihaz/makina çalışma talimatları bulunmakta mıdır?	☐ Evet	☐ Hayır
58	Makine ve tıbbi cihazların periyodik kontrolleri ve bakımları yapılıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
59	Hata tespit edilen makine, tıbbi cihaz ve ekipmanların kullanılmaması ve bu konuda etiketlenmesi sağlanıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
60	Makine, araç ve gereçlerin güvenli kullanımı konusunda eğitim aldınız mı?	☐ Evet	☐ Hayır
61	Mevcut iklimlendirme sistemi cihazlarının kontrolleri ve bakımları belirli periyotlar da yapılıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
62	Elektrikli donanımların ve elektrik sisteminin bakım ve onarımı belirli periyotlar da yapılıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır

RESEARCH ARTICLE

AN EXPERIMENTAL COMPARISON OF TRADITIONAL AND MACHINE LEARNING METHODS PREDICTION PERFORMANCES: A STUDY ON HEALTH OUTCOMES

Songül ÇINAROĞLU *

ABSTRACT

Machine learning techniques can identify the non-linear patterns in a dataset and can uncover hidden relationships. Random forest is one of the modern machine learning techniques that provides an alternative to traditional classification methods such as logistic regression. In this study it is aimed to compare the prediction performance of logistic regression with that of random forest and to identify the predicting factors of public health outcomes at a provincial level. The data representing 81 provinces of Turkey are taken from the Turkish Statistical Institute for the year 2013. Life expectancy at birth and mortality are chosen as the public health outcomes. Three different random forest models are constructed by determining the number of trees: 50, 100, and 150. The prediction results of different methods are recorded by changing the “k” parameter from 3 to 20 in k-fold cross validation. The Area Under the ROC Curve (AUC), sensitivity, and specificity are considered as performance measures. The study results reveal that the differences between the prediction model performances to predict health outcomes are statistically significant ($p < 0.000$). Moreover, logistic regression outperformed random forest models. The decision tree graphs show that the most important predictor variables for mortality are the total number of beds and for life expectancy at birth, the percentage of higher education graduates. In the light of this study, it is highly recommended for health professionals to be more aware about increasing potential of modern prediction methods in health services research.

Keywords: Machine learning, logistic regression, random forest, health outcomes

ARTICLE INFO

* Assist. Prof. Dr., Hacettepe University, FEAS, Department of Health Care Management, cinaroglu@hacettepe.edu.tr



<https://orcid.org/0000-0001-5699-8402>

Received: 01.12.2018

Accepted: 07.01.2020

Cite This Paper:

Cinaroglu, S. (2020). An Experimental Comparison of Traditional and Machine Learning Methods Prediction Performances: A Study on Health Outcomes. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(1): 23-40.

GELENEKSEL VE MAKİNE ÖĞRENMESİ YÖNTEMLERİNİN TAHMİN PERFORMANSLARININ DENEYSEL KARŞILAŞTIRMASI: SAĞLIK SONUÇLARI ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

Songül ÇINAROĞLU *

ÖZ

Makine öğrenmesi teknikleri veri setinde doğrusal olmayan desenleri ve gizli ilişkileri tanımlayabilmektedir. Rastgele orman, modern makine öğrenmesi tekniklerinden birisi olarak lojistik regresyon gibi geleneksel sınıflama yöntemlerine alternatif oluşturmaktadır. Bu çalışmada il düzeyinde halk sağlığı sonuç göstergelerini tahmin etmek üzere lojistik regresyon ve rastgele orman tahmin performanslarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Veriler Türkiye genelinde 81 ili temsil etmek üzere 2013 yılı için Türkiye İstatistik Kurumu'ndan temin edilmiştir. Sağlık sonuç göstergesi olarak doğuştan beklenen yaşam süresi ve mortalite seçilmiştir. Ağaç sayısının 50, 100 ve 150 olarak belirlendiği üç farklı rastgele orman modeli oluşturulmuştur. Tahmin yöntemlerinin karşılaştırılmasında "k" parametresinin 3 ile 20 arasında belirlendiği k-kat çapraz geçerlilik yöntemi kullanılmıştır. Performans ölçüsü olarak ROC Eğrisi altında kalan alan, duyarlılık ve seçicilik kullanılmıştır. Çalışma sonuçları sağlık sonuçlarının tahmininde tahmin modeli performanslarının istatistiksel olarak farklı olduğunu ortaya koymaktadır ($p<0,000$). Ayrıca, lojistik regresyon yöntemi rastgele orman modellerine göre daha iyi performans sergilemektedir. Karar ağacı grafiği mortalitenin tahmininde en önemli değişkenin toplam yatak sayısı, doğuştan yaşam beklentisinin tahmininde yüksek öğrenim mezun yüzdesi olduğunu göstermektedir. Çalışma sonucunda sağlık profesyonellerine sağlık ile ilgili araştırmalarda modern tahmin yöntemlerinin artan potansiyeli konusundaki farkındalıklarını yükseltmeleri tavsiye edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Makine öğrenmesi, lojistik regresyon, rastgele orman, sağlık sonuçları

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğr. Üyesi., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, cinaroglu@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-5699-8402>

Gönderim Tarihi: 01.12.2018

Kabul Tarihi: 07.01.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Çınaroğlu, S. (2020). An Experimental Comparison of Traditional and Machine Learning Methods Prediction Performances: A Study on Health Outcomes. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 23-40.

I. INTRODUCTION

Outcome measures are important tools to determine the impact of health care and the quality of health services. The focus on these measures is to improve quality of life through prevention and treatment of diseases. The outcome information is used for research for the development of clinical practice and to bridge the gap between what is done and what is actually accomplished (Pereira et al., 2004). Policy makers use health outcomes for public health planning. The effect of public spending on health is usually measured by health outcome variables such as life expectancy at birth (LE) and mortality (M) (Gani, 2009). These measures are historically recognized in the literature as the best outcome measures in health and are proxies for health outcomes (Crémieux et al., 1999). LE is defined as an indicator of the number of years a newborn infant would live if the existing conditions of M at the time of its birth remain the same throughout its life span (Halicioglu, 2011). M rates are also used as an indicator of health outcomes, they are referring to the state of being subject to death (Pereira et al., 2004).

There exists a huge difference between developed countries and developing ones in terms of the level of health outcomes. It is well known that industrialized or developed nations achieve a high level of economic and social development, they prioritize the health needs of their population and improve health coverage. However, the relationship between health outcomes and the development of the country is a controversial issue in the literature (Wright and Walley, 1998). Acemoglu and Johnson (2006) studied the effect of health outcomes on economic welfare by focusing on the effect of LE on economic growth. The results of their study suggest that there is no evidence that a large increase in LE causes significant increase in per capita economic growth. In line with this, Gilligan and Skrepnek (2015) suggest that, the level of LE differed between non-industrialized and industrialized nations. Non-industrialized, less developed nations were associated with adjusted life expectancies lower than their industrialized peers. Studies revealed that political and social instabilities are one of the major causes of inequalities, exasperating barriers to access healthcare services in developing countries (Kyriopoulos et al., 2014). The dynamic nature of economic, social, and population dynamics in developing countries makes it difficult to unravel predictors of health outcomes (Wagstaff, 2000). Moreover, there is a huge literature relating to the use of LE and M as outcome measures of disease level (Lee, 2019). However, to our knowledge there is a scarcity of knowledge about public health outcomes at a province level in a developing country.

As a long-term member of the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), Turkey has made considerable advances in improving the quality of life of its citizens over the last two decades. OECD better life statistics reports that LE at birth in Turkey is 77 years for the year 2016. This is three years lower than the OECD average of 80 years. Moreover, LE for women is 79 years, compared with 74 for men for the year 2016 (OECD, 2016). It is apparent that this developing trend in Turkey is parallel to the global improvement in accessibility of health care services. To support this notion, Hitiris and Posnett (1992) state that global improvements in the incidence of poverty, adult literacy, sanitation, nutrition, and access to safe drinking water are generally considered to have positively impacted LE since the 1990's. Studies that focus on Turkey report that through the 1990's there has been a significant decrease in M. Celik and Hotchkiss (2000) support the view that a decrease in purchasing poverty, developments in educational opportunities, and improvements in health care services, play a major role in this process. Furthermore, compared with other middle-income peers like Egypt, Lebanon, and Iran, Turkey has a declining trend in fertility and M as a result of intermediate socioeconomic trend since the 1990's (Omran and Roudi, 1993). Scholars suggest that improvement trend in health outcomes is especially prominent for Turkey. Lichtenberg et al., (2014) supports the view that there have been enormous gains in longevity in Turkey since the year 2000. The level of longevity growth in Turkey was also greater than other middle and low income European countries. Atun (2015) concurs with Lichtenberg et al. (2014) and reports that maternal and child mortality among rural and urban populations decreased significantly between 2003 and 2008. Free health care services and reduced cost sharing are possible reasons for

these improvements. Notably, satisfaction from health care services grew from 39.5% in 2003 to 75.9% in 2011 (Atun, 2015).

Despite this positive trend, cardiovascular diseases and diabetes are the most common diseases in Turkey (MoH, 2017). Sozmen et al., (2015) state that the diabetes burden is a growing trend in recent years and that this trend will continue. In these circumstances, obesity and other diabetes risk factors need urgent action in Turkey. Baser et al. (2013) analyzed the increasing trend in cardiovascular diseases on health outcomes in Turkey. Study results show that increasing number of cardiac surgery patients, and the cost of angiograms to check for heart disease effect health outcomes. To fight against cardiovascular diseases and diabetes, Kilic et al., (2015) suggest the need for early detection and screening programs throughout Turkey. While this increasing trend of the general health status of Turkish people is encouraging (Atun, 2015), previous literature shows that countries with greater disparity between urban and rural areas have been shown to have worse overall population health (Cilingiroglu and Yardim, 2014). This increases the need for further studies to understand the determinants of health outcomes at provincial level. To the best of our knowledge, no study to date has been published on the determinants of public health outcomes in Turkey at province level.

Machine learning methods have proven their usefulness by discovering hidden information and patterns among recorded health outcomes (Rosset et al., 2010). By managing large quantities of data, health outcomes can be estimated more reliably and health policy makers will be able to manage health outcomes more effectively. Scholars argue that machine learning techniques such as random forest (RF) have better accuracy and lower error rates than the traditional classification methods do (Kurt et al., 2008; Sut and Simsek, 2011). RF is able to identify non-linear patterns in the data and can improve the predictive capability of commonly used linear methods (Sut and Simsek, 2011). Although there is literature about the predictors of health outcomes at the disease level (Kurt et al., 2008; Sut and Simsek, 2011), it provides scant information about the predictors of health outcomes at the community level through newer prediction methods such as RF. Based on this theoretical background and empirical findings, the aim of this study is to compare RF with the general linear model of logistic regression (LR). Moreover, this study will go a step further to seek a basis for future studies by comparing the use of the traditional and modern prediction techniques to explore the predictor factors of health outcomes at the provincial level in Turkey.

The remainder of this paper is divided into five sections. The next section presents a brief overview about the materials and the methods used in the study. Section three provides information about the study results. The fourth section discusses the study results and gives a brief overview about policy implications. Last, the fifth section summarizes the study results and makes recommendations for future studies.

II. METHODS

2.1. Study Design Process

The analysis process began with an interpretation of the summary statistics. During the preliminary analysis process, the correlations among and between the study variable groups were analyzed through the Spearman correlation coefficient and were presented on a correlogram. None of the correlations were higher than 0.75. Thus, all the selected variables were included in the analysis. Next, the median values as a cut-off point were used to dichotomize the continuous outcome variables, which are LE and M. After ensuring that the outcome variables were balanced, they were recoded as either 1 or 0.

Following this step, the LR and RF models were applied to the dataset by changing the “k” parameter from 3 to 20 in cross validation and building three models for RF by generating 50, 100, and 150 trees. The Receiver Operating Characteristics (ROC) curves were used to compare the sensitivity and the specificity of these classifiers. The Area under the ROC Curve (AUC), sensitivity, and specificity were computed and compared using the Kruskal-Wallis variance analysis. In this

study, the AUC values are presented on a heatmap, which is a measure of the overall distinctive power of the prognostic variable. A value of 1 indicates perfect differentiation. A value of 0.5 equals random prediction, and a value lower than 0.5 indicates no discriminative power. Sensitivity measures how well the test identifies those with the disease. The specificity measures how well the test excludes those who do not have the disease (Sut and Simsek, 2011). Finally, the prediction results of the best performed prediction model were used to present the predictors of LE and M on a decision tree graph. Analysis was performed in R program.

2.2. Dataset

Data representing 81 provinces of Turkey are taken from Turkish Statistical Institute (TurkStat) statistics for the year 2013. LE, and M for total population are determined as dependent variables. Existing literature suggest that utilization of health services, poverty, satisfaction from health status, technical capacity of health institutions such as number of beds, the level of education are predictors of health outcomes (Wagstaff, 2000; Crisp et al., 2000; Berkman et al., 2011; Fenton et al., 2012). In the light of present literature: the number of applications per doctor, satisfaction rate with health status, total number of beds, percentage of households in middle or higher income groups, percentage of higher education graduates are determined to be proxy variables.

2.3. Predictive Methods and Applications

Two different machine learning methods were adopted and compared to construct predictors of public health outcomes which are LE and M.

2.3.1. Logistic Regression Model

LR is a suitable classifier and traditional predictor method, when the relationship between input and output variables is linear and the data balanced between groups. In medical research, LR is one of the popular methods to predict health outcomes when the health outcome is dichotomous, as with M (Muchlinksi et al., 2016).

The likelihood (odds ratio) represents the ratio between the probability p that the dependent variable Y is 1 and the probability $1-p$ that the dependent variable Y is 0. The natural logarithm of odds (Logit) is a linear function of the explanatory variables $X_1, X_2, \dots, X_n$ and takes values from $-\infty$ to $+\infty$ (Van Den Eeckhaut et al., 2006).

$$\text{Logit}(p) = \ln \frac{p}{1-p} = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n \quad (1)$$

$\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_n$ are the coefficients that measure the contribution of the independent variables $X_1, X_2, \dots, X_n$ to the dependent variable. If the coefficient β is positive, $e^\beta > 1$, and the factor has a direct correlation with the dependent variable. If β is negative, then, e^β is between 0 and 1 (Trigila et al., 2015).

2.3.2. Random Forest

RF offers an alternative approach for increasing predictive accuracy (Muchlinksi et al., 2016). A widely used machine learning model, RF is based on decision theory developed by Breiman, Friedman, Olshen and Stone (1984). RF uses Classification and Regression Tree (CART) algorithm to generate trees. If the response variable is a factor, RF performs classification, but if the response is continuous the RF performs regression (Liaw and Wiener, 2002). When the response variable is dichotomous, RF grows a forest of classification trees (Grömping, 2009). CART first grows a very

large tree and then prunes it. Grömping (2009) state that pruning a large tree instead of growing only a small number of trees improves the prediction performance of RF.

Unlike LR, RF provides predictive models for classification and regression. RF builds a forest of classification trees for the dataset. The classification tree for a binary outcome variable uses a training sample of “n” cases. Case i has a vector of covariates x_i used to build a tree-structured classification rule. Repetitive partitioning splits the training sample into increasingly homogeneous groups by inducing a partition on the explanatory space. Three types of splits that use the vector of input x include (Siroky, 2009; Muchlinski et al., 2016):

1. Univariate split: Is $x_i \leq t$?
2. Linear combination split: Is $\sum_{i=1}^p (w_i x_i) \leq t$?
3. Categorical split: Is $x_i \in S$.

The split searches for the separation that best differentiates the cases in the training sample into two maximally homogenous groups. These have been defined in various ways in the literature. Formally, the tree is grown by using equation (2): where the regions R_j and the coefficients β_j are estimated from the data. The R_j are usually disjointed, and the β_j is the average of the Y values in the R_j .

$$Y = \sum_{j=1}^r \beta_j I(x \in R_j) + \varepsilon \quad (2)$$

2.3.3. Comparison of Logistic Regression with Random Forest

There are several methods to compare prediction performances of different prediction methods. One of these performance evaluation methods is a ROC graph. This graph illustrates the performance of a binary classifier (Muchlinski et al., 2016). The ROC graph is easily summarized by a single metric called the AUC. This is one way to visualize the predictive performance of a binary classifier based on its performance (Sut and Simsek, 2011). In other words, the AUC is a univariate description of the ROC Curve. The larger the AUC score, the better the model's predictive performance (Muchlinski et al., 2016). An additional way to improve performance of a dichotomous classifier is cross-validation. This is a widely used strategy because of its simplicity and universality. k-fold is one of the most well-known types of cross-validation. When k is large, the number of training instances become large in each iteration (Hastie et al., 2009). In k-fold cross-validation, the data is first partitioned into equally sized folds and cross-validation procedure is applied. This procedure involves breaking data into different folds. A number of these folds are used to train the model, while a separate fold is held out to test the predictions made by the model in the training data (Hastie et al., 2009). Tenfold cross validation is one of the popular cross validation techniques. In tenfold cross validation, firstly the data set is randomly divided into ten equal parts. Then a tree is built based on 90% of the data (named as “training set”) and tested using the remaining 10% of the data (named as “testing set”). After that, another tree is generated similarly based on different training and testing data. This process is running ten times using different training and testing datasets (Li et al., 2001). This has been widely used to assess the relative predictive performance of statistical models in many disciplines and a popular strategy for algorithm selection (Hastie et al., 2009).

There is a previous knowledge about comparison of LR performance results with machine learning methods to predict health outcomes. One of these studies Maroco et al. (2011) compare LR model performance with RF to predict dementia. Study results state that RF performs well compared to other methods. Camdeviren et al. (2007) compare LR model and classification tree performances to evaluate the diagnosis of postpartum depression data. The study found that classification tree methods gave more information with greater detail on diagnosis by evaluating the number of risk factors together,

unlike the LR model. Despite the existence of literature comparing LR with machine learning methods to predict health outcomes at disease level, there are hardly studies assessing the predictors of public health outcomes at province level. This study aims to fill this gap and explore predictors of public health outcomes at province level, while comparing LR and RF prediction performance results.

III. RESULTS

3.1. Summary Statistics

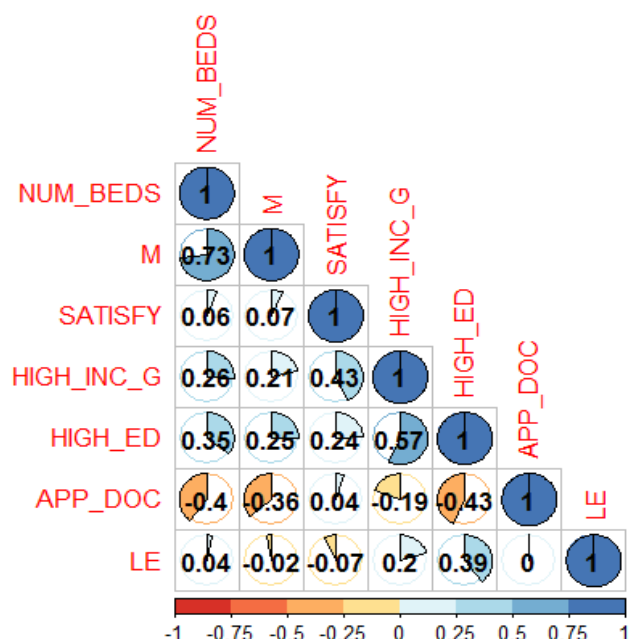
The median scores of the variables for health outcome indicators belongs to 81 provinces of Turkey are as follows; LE [median 78.10; min. 75; max. 81], M [median 2822; min. 510; max. 54766]. Summary statistics for predictor variables are reported in Table 1. Number of applications per doctor [median 5787; min. 2763; max. 8067], satisfaction rate with health status (%) [median 72; min. 59.20; max. 80.80], total number of beds [median 1338; min. 150; max. 33581], percentage of households in middle or higher income groups (%) [median 34.1; min. 16.30; max. 58.90], percentage of higher education graduates (%) [median 12.9; min. 8.60; max. 22.70].

Table 1. Summary Statistics

Health Outcome Indicators	Short Name	N	Median	Min.	Max.
Life expectancy at birth	LE	81	78.10	75	81
Mortality	M	81	2822	510	54766
Predictor Variables	Short Name	N	Median	Min.	Max.
Number of applications per doctor	APP_DOC	81	5787	2763	8067
Satisfaction rate with health status (%)	SATISFY	81	72	59.20	80.80
Total number of beds	NUM_BEDS	81	1338	150	33581
Percentage of households in middle or higher income groups (%)	HIGH_INC_G	81	34.1	16.30	58.90
Percentage of higher education graduates (%)	HIGH_ED	81	12.9	8.60	22.70

3.2. Correlations Among Study Variables

Correlations among study variables are provided in Figure 1. It is seen that all correlation coefficients are lower than 0.75. It is clear to say that, there is little fear for multicollinearity. Thus, it is decided to consider all variables in the analysis.

Figure 1. Correlation Coefficients

See Table 1 for labels. In the above figure, correlations with p-value > 0.05 are considered as insignificant and they are not presented on the correlogram.

3.3. Binary Coding of Health Outcome Indicators

In this study continuous health outcome indicators were dichotomized by using the median values as cut-off points. It is seen that, the number of observations for both of two binary variable groups are balanced for LE and M, respectively. Table 2 shows cut-off points and binary coding for health outcome indicators. All outcome indicators are recoded as 0 and 1 (e.g. LE < 78.10 was recoded as 0).

Table 2. Cut-Off Points and Binary Coding for Health Outcome Indicators

Health Outcome Indicators	N	Median	Cut-off Points	n	%	Recoded As
Life Expectancy at Birth (LE)	81	78.10	LE $\geq$ 78.10	39	48.1	1
			LE < 78.10	42	51.9	0
Mortality (M)	81	2822	M $\geq$ 2822	40	49.4	1
			M < 2822	41	50.6	0

3.4. Descriptive Statistics of Prediction Model Performances

Prediction performance results of LR and RF methods to predict LE and M were recorded by using AUC, sensitivity and specificity values, “k” parameter changed from 3 to 20 in the cross validation. Three different RF models are constructed by generating 50, 100 and 150 trees in the forest. Thus, 18 different AUC, sensitivity and specificity values were recorded for four different applications (LR, RF 50, RF 100 and RF 150). Table 3 shows mean values and standard deviations of AUC, sensitivity and specificity values of different prediction model applications. It is seen that mean values for LR is high and it has achieved superior performance to others. Moreover, the RF model generated by using 50 trees yields better prediction results among other RF models.

Table 3. Descriptive Statistics of Prediction Model Performances

Health Outcome Indicators	Performance Measures	Logistic Regression			Random Forest_50			Random Forest_100			Random Forest_150		
		N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.
Life Expectancy at Birth (LE)	AUC	18	0.6690	0.0267	18	0.5827	0.0395	18	0.5810	0.0455	18	0.5814	0.0427
	Sen.	18	0.7090	0.0208	18	0.6534	0.0722	18	0.6362	0.0642	18	0.6256	0.0570
	Spec.	18	0.4914	0.0295	18	0.4700	0.0403	18	0.4572	0.0441	18	0.4658	0.0433
Mortality (M)	AUC	18	0.9832	0.0098	18	0.9712	0.0136	18	0.9709	0.0125	18	0.9698	0.0161
	Sen.	18	0.9505	0.0236	18	0.9445	0.0112	18	0.9444	0.0140	18	0.9444	0.0112
	Spec.	18	0.9638	0.0300	18	0.9625	0.0183	18	0.9555	0.0153	18	0.9566	0.429
Abbreviations: AUC: Area Under the ROC curve; Sen.: sensitivity; Spec.: Specificity; Std. Dev.: Standard deviation													

3.5. Statistical Differences of Prediction Model Performances

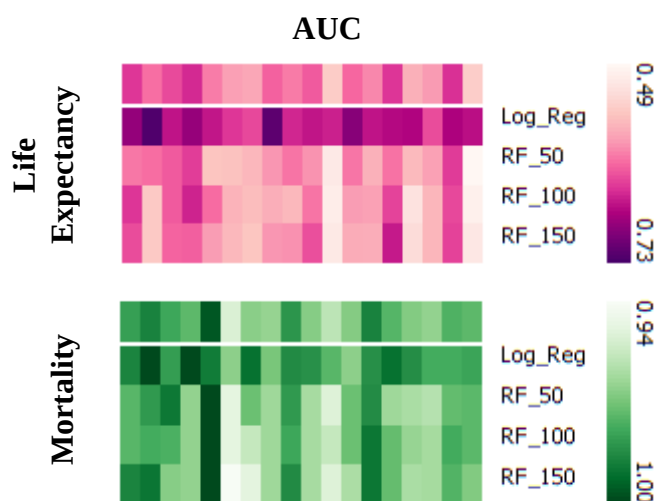
Statistical differences of AUC, sensitivity and specificity values of prediction models (LE, RF_50, RF_100 and RF_150), produced by changing “k” parameter in cross validation from 3 to 20, compared using Kruskal-Wallis variance analysis (see Table 4). Study results ascertain that; prediction model performances are statistically significant in terms of both of two health outcome indicators. Some of the descriptive statistics for predicting LE are; AUC ($X^2 = 36.919$, $p < 0.001$), sensitivity ($X^2 = 20.536$, $p < 0.001$); specificity ($X^2 = 7.537$, $p < 0.05$). M are; AUC ($X^2 = 23.141$, $p < 0.001$), sensitivity ($X^2 = 37.771$, $p < 0.001$) and specificity ($X^2 = 43.511$, $p < 0.001$).

Table 4. Statistical Differences of Prediction Model Performances

Prediction Models	Life Expectancy											
	AUC				Sensitivity				Specificity			
	N	Mean Rank	X ²	p	N	Mean Rank	X ²	p	N	Mean Rank	X ²	p
LR	18	62.39	36.919	<0.001	18	53.53	20.536	<0.001	18	46.95	7.537	<0.05
RF_50	18	26.11			18	37.32			18	35.88		
RF_100	18	28.64			18	29.22			18	29.56		
RF_150	18	28.86			18	25.03			18	33		
Prediction Models	Mortality											
	AUC				Sensitivity				Specificity			
	N	Mean Rank	X ²	p	N	Mean Rank	X ²	p	N	Mean Rank	X ²	p
LR	18	51.36	23.141	<0.001	18	13.89	37.771	<0.001	18	10.92	43.511	<0.001
RF_50	18	31.83			18	45.21			18	41.35		
RF_100	18	31.94			18	44.75			18	47.53		
RF_150	18	30.86			18	43.89			18	47.89		
Abbreviations: X ² : Chi-square; RF: Random Forest; LR: Logistic Regression; AUC: Area Under the ROC Curve												

3.6. Heatmap of AUC for Different Classifiers

AUC values of prediction models, which are produced by changing k" parameter in cross validation from 3 to 20, to predict LE and M are represented on a heatmap. The dark colors in color bar of the heatmap represent for high AUC values, whereas light ones representing low values, ranged from 0 to 1. Study results obtained from the heatmap confirm our priori results and visualize that AUC values for logistic regression are more intense with darker purple and green for predicting LE and M, respectively (Figure 2).

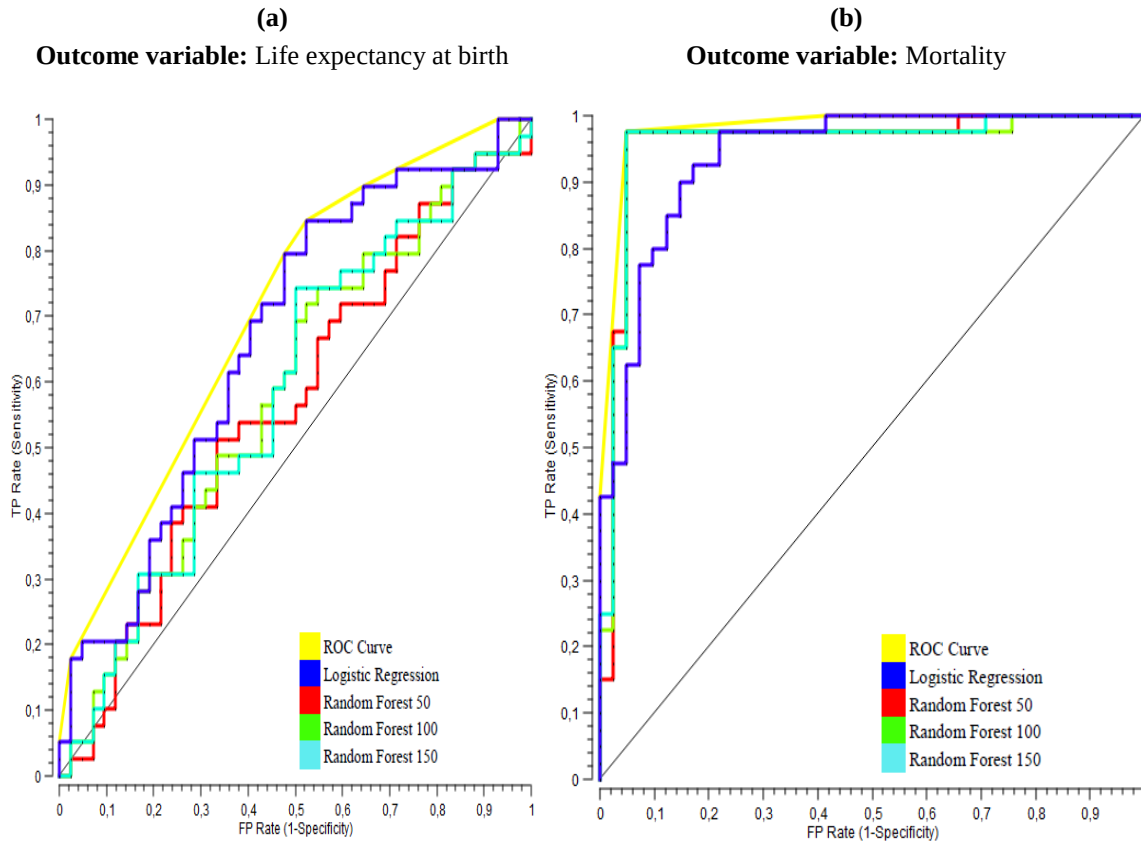
Figure 2. Heatmap of AUC for Different Classifiers

Abbreviations: RF: Random Forest, Log_Reg: Logistic Regression, AUC: Area Under the ROC Curve

3.7. ROC Curves for Logistic Regression and Random Forest Models

A comparative ROC curves of the prediction models for the prediction of LE and M are shown in Figure 3 (a) and (b), respectively. The AUC of the LR, represented with dark blue color was superior to three different RF models and LR is much closer to the ROC curve (represented with yellow) than RF models.

Figure 3. ROC Curves for Logistic Regression and Random Forest Model for Predicting Health Outcomes

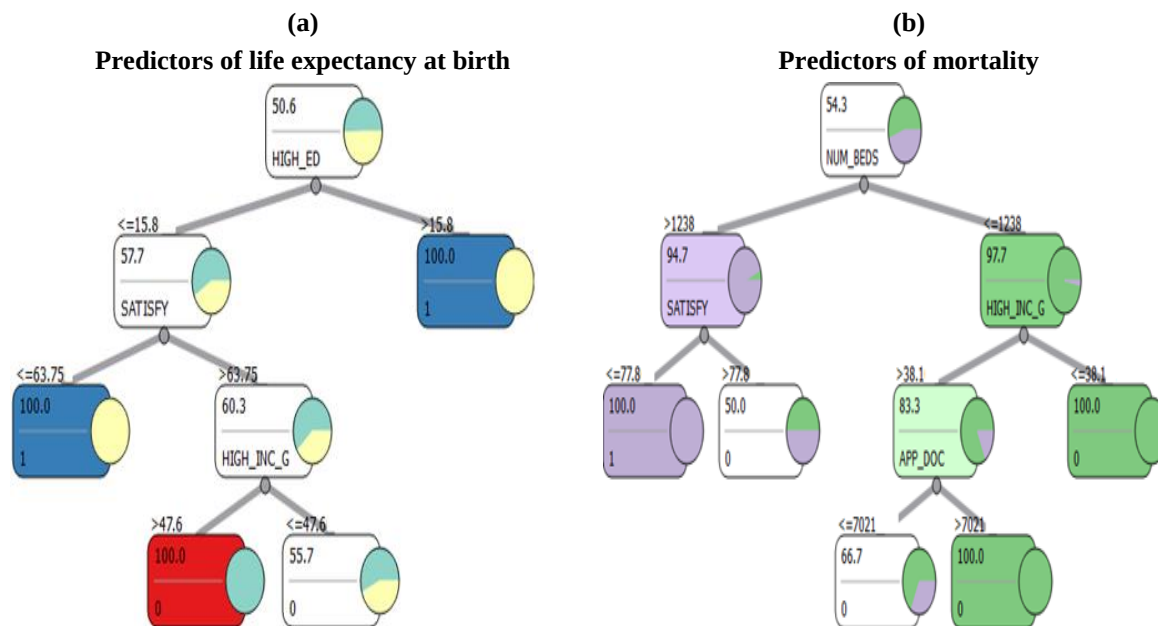


3.8. Predictors of Life Expectancy at Birth and Mortality

Figure 4 (a) presents the results of the decision tree generated by using RF to find out predictors of LE for total population, number of trees determined as 50 which has a superior prediction performance (mean AUC=0.5827) compared with 100 and 150 trees. The decision tree graph shows that percentage of higher education graduates is the most important predictor variable of LE at province level in Turkey. Furthermore, there exists four groups in the decision tree. First group consists of percentage of higher education graduates $>15.8\%$. The second group consists of percentage of households in middle or higher income groups $\leq 47.6\%$, satisfaction rate with health status $>63.8\%$ and percentage of higher education graduates $\leq 15.8\%$. The third group composed of percentage of households in middle or higher income groups $>47.6\%$, satisfaction rate with health status $>63.8\%$ and percentage of higher education graduates $\leq 15.8\%$. Lastly, the last group consists of satisfaction rate with health status $\leq 63.8\%$ and percentage of higher education graduates $\leq 15.8\%$. Figure 4 (b) figures out the results of the decision tree generated by RF to find out predictors of M for total population, number of trees determined as 50 which has a superior prediction performance (mean AUC= 0.9712) compared with 100 and 150 trees. The decision tree graph shows that number of beds is the most important variable in the prediction of total M at province level in Turkey. The decision tree consists

of five groups. The first group consist of percentage of households in middle or high-income groups $\leq 38.1\%$ and total number of beds ≤ 1238 . The second group consists of total number of applications per doctor > 7021 , percentage of households in middle or high-income groups $> 38.1\%$, total number of beds ≤ 1238 . The third group composed of total number of applications per doctor ≤ 7021 percentage of households in middle or high-income groups $> 38.1\%$, total number of beds ≤ 1238 . The fourth group consists of satisfaction rate with health status $> 77.8\%$ and total number of beds > 1238 . Finally, the last group of provinces for prediction of total mortality consists of satisfaction rate with health status $\leq 77.8\%$ and total number of beds > 1238 .

Figure 4. Predictors of Life Expectancy at Birth and Mortality



Labels: **HIGH_ED:** Percentage of higher education graduates (%), **SATISFY:** Satisfaction rate with health status (%), **HIGH_INC_G:** Percentage of households in middle or higher income groups (%), **NUM_BEDS:** Total number of beds, **APP_DOC:** Number of applications per doctor

IV. DISCUSSION

Machine learning techniques are advantageous to statistical models for classification and regression problems (Khalilia et al., 2011). In statistics, modern and traditional methods belong to two different cultures. Breiman (2001) defines the differences between these two statistical modeling perspectives. Traditional models, such as LR, not only aim at “predicting,” but also aim at “explaining” effects. In reality, prediction accuracy is the primary focus of both cultures. Modern prediction models are progressively used to analyze large medical datasets and clinical records (Khalilia et al., 2011).

In recent years, RF and other modern machine learning techniques have been applied successfully to various areas of health research, including genetic epidemiology and microbiology (Samant and Agarwal, 2018). Easy interpretability, robustness to outliers, and other influential observations are the key reasons why RF has increased its popularity (Hastie et al., 2009). Moreover, this new data analysis tool provides an alternative method to analyze “unusual” settings such as extreme cases, big data problems, and rare events (Hegelich, 2016).

Previous studies have compared RF and LR by using various healthcare datasets such as predicting individual health expenditure and disease risks for patients (Khalilia et al., 2011). These studies reported that RF had higher accuracy and lower error rates than traditional prediction methods did (Sut and Simsek, 2011; Couronne et al., 2017). Another benefit of RF is it can identify non-linear patterns

in the dataset and can improve upon the predictive capability of traditional methods (Khalilia et al., 2011).

Although machine learning methods are commonly applied to studies at the disease level, there are still ways to improve our understanding of the predictors of public health outcomes. This study fills that gap by comparing the LR and RF prediction performances to predict LE and M at the provincial level in Turkey. According to several benchmark performance study results, RF is a promising algorithm in AUC, sensitivity, and specificity (Couronne et al., 2017). However, our study results differ from previous research. More clearly, our expectations were unmet when our results showed that LR outperformed the RF models. Computational scientists argue that the performance of the prediction methods may depend on dataset characteristics such as sample size, correlations between variables, and meeting the assumption of normal distribution (Couronne et al., 2017). In the light of previous concerns about the effect of dataset, relationships between the variables and the distinguishable features of study models on analysis results, we discuss the potential effects below.

Our benchmarking study considered a small sample size at the provincial level and we achieved high predictive accuracy for both of the models. In addition, our prediction accuracy results were close to each other. Previous evidence agrees with our study results and indicates that a small sample size can provide better insight into the model (Zhao et al., 2001). Moreover, as the number of observations in the dataset increases, the difference between RF and LR also increases slightly (Couronne et al., 2017). Our study results, based on a small sample dataset at the provincial level, support these findings and show that RF and LR prediction results are close to each other. On the other hand, the LR is robust to the violation of the normality assumption (Beguiria and Lorente, 2002). The study results support this earlier finding because nonnormal distributed independent variables exist in our dataset. Previous studies agree with our results and emphasize the superior performance of LR compared to other data mining methods. Moreover, previous research has found that LR is a superior algorithm and can often be improved by adopting techniques such as cross validation, shrinking the parameters, and imposing a margin constraint in the separable case, or various forms of averaging (Ng and Jordan, 2002).

Another finding of this study is that the percentage of higher education graduates for LE at birth and the total number of beds for M are the most important predictors of public health outcomes. Other predictor variables include satisfaction rate with health status, percentage of households in middle or higher income groups, and the number of applications per doctor. To summarize, capacity indicators, satisfaction from health status, position in a high-income group, and the number of doctor applications are predictors of public health outcomes. While there is significant interest in improving health outcomes at the disease level, the assessment of health outcomes at the public level requires more attention. To ensure advantageous outcomes for low socio-economic groups and to achieve egalitarian health services, health policy makers in Turkey must understand the determinants of health benefits.

To the best of our knowledge this study is one of the first to compare traditional and modern prediction models for predicting public health outcomes at the provincial level in a developing country. However, several study limitations deserve consideration. First, this study is based on data at the provincial level. Further studies should examine public health outcomes at the household level. Such studies will allow the examination of household socio-demographic characteristics and rural-urban differences in health outcomes. A further limitation of this study is the use of a cross-sectional design. To clarify determinates of public health outcomes over time, future longitudinal studies are required. The number of the selected predictive factors is another limitation of the present study. Future studies will enrich the current study results by considering other indicators such as social protection, lifestyle, and health behaviors. Moreover, in spite of the fact that technical capacity indicators are strong predictors of health outcomes, this study used the total number of beds only. Further studies should add more technical capacity indicators into the model. Additionally, there exist other machine learning methods in the literature, such as neural networks, which are preferred over LR and have better classification results (Zhanga et al., 1999). To examine the predictive performance of the model, ensemble learning methods such as bagging, boosting, and variants could also be applied

on RF. Finally, the results of this study show that increasing the number of trees in the forest does not make big differences in prediction model performance. Supportive evidence from the literature emphasizes that the number of trees did not significantly influence the classification rules (Khalilia et al., 2011). Future studies should compare the prediction performances of study models while changing tuning parameters.

V. CONCLUSIONS

Machine learning methods are alternatives to the traditional prediction methods and constitute one side of the “two cultures” of statistical modeling (Breiman, 2001). Whereas much is known about predicting health outcomes through machine learning methods at the disease level, there is a scarcity of knowledge on the comparison of traditional prediction models with machine learning techniques to predict public health outcomes at the provincial level in a developing country. This study examined the LR and RF prediction performances to predict public health outcomes which are; LE and M. The study compared the LR and RF models and found that, in terms of AUC, sensitivity, and specificity measures, LR had superior prediction performance and statistical significance. The differences in the study results are attributed to the sample size, non-linear relationships in the dataset, and the cross-validation process. In future research, the use of big data at the household level is suggested to confirm the study results in a big public health dataset. From a different perspective, this study explores public health outcomes by a comparison of the two cultures of statistical learning. It may provide inspiration for future studies to incorporate other machine learning methods, such as neural network or support vector machine into the model. Health policy and decision makers should be aware and vigilant about high potential of new prediction methods to better orchestrate and distribute scarce health resources in developing countries.

REFERENCES

- Acemoglu, D., & Johnson, S. (2006). *Disease and development: the effect of life expectancy on economic growth*. NBER Working Paper Series, Working Paper, No. 12269. <http://www.nber.org/papers/w12269>. (25.11.2017).
- Atun, R. (2015). Transforming turkey's health system-lessons for universal coverage. *The New England Journal of Medicine*, 373(14), 1285-1289.
- Baser, O., Burkan, A., Baser, E., Koselerli, R., Ertugay, E., & Altinbas. A. (2013). High cost patients for cardiac surgery and hospital quality in turkey. *Health Policy*, 109(2), 143-149.
- Beguiria, S., & Lorente, A. (2002). *Landslide hazard mapping by multivariate statistics: comparison of methods and case study in the Spanish pyrenees*. Technical report, Instituto Pirenaico de Ecologia, Zaragoza, Spain.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2): 97-107.
- Breiman, L. (2001). Statistical modeling: the two cultures. *Statistical Science*, 16(3): 199-231.
- Breiman, L., Friedman, J. H., Olshen, R. A., & Stone, C. J. (1984). *Classification and Regression Trees*, Chapman and Hall/CRC, Taylor and Francis Group, Boca Raton.
- Camdeviren, H., Yazici, A.C., Akkus, Z., Bugdayci, R., & Sungur, M. A. (2007). Comparison of logistic regression model and classification tree: an application to postpartum depression data. *Expert Systems with Applications*, 32(4), 987-994.

Celik, Y., & Hotchkiss, D. R. (2000). The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Social Science and Medicine*, 50(12), 1797-1806.

Cilingiroglu, N., & Yardim, M. S. (2014). Approaching socioeconomic inequalities in Turkey by using self-assessed health. *European Journal of Public Health*, 24(2), 25-26.

Couronne, R., Probst, P., & Boulesteix, A. L. (2017). *Random forest versus logistic regression: a large scale benchmark experiment*. Technical Report Number 205, University of Munich, Department of Statistics, <http://www.stat.uni-muenchen.de>, (29.5.2018).

Crémieux, P. Y., Ouellette, P., & Pilon, C. (1999). Health care spending as determinants of health outcomes. *Health Economics*, 8(7), 627-639.

Crisp, B. R., Swerissen, H., & Duckett, S. J. (2000). Four approaches to capacity building in health: consequences for measurement and accountability. *Health Promotion International*, 15(2), 99-107.

Fenton, J. J., Jerant, A. F., Bertakis, K. D., & Franks, P. (2012). The cost of satisfaction a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures and mortality. *Archives of Internal Medicine*, 172(5), 405-411.

Gani, A. (2009). Health care financing and health outcomes in pacific island countries. *Health Policy and Planning*, 24(1), 72-81.

Gilligan, A. M., & Skrepnek, G. H. (2015). Determinants of life expectancy in the eastern mediterranean region. *Health Policy and Planning*, 30(5), 624-637.

Grömping, U. (2009). Variable importance assessment in regression: linear regression versus random forest. *The American Statistician*, 63(4), 308-319.

Halicioglu, F. (2011). Modeling life expectancy in Turkey. *Economic Modelling*, 28(5), 2075-2082.

Hastie, T., Tibshirani, R., & Friedman, J. (2009). *The elements of statistical learning*. Data Mining, Inference and Prediction. (2nd ed.). Springer.

Hegelich, S. (2016). Decision trees and random forests: machine learning techniques to classify rare events. *European Policy Analysis*, 2(1), 98-120.

Hitiris, T., & Posnett, J. (1992). The determinants and effects of health expenditure in developed countries. *Journal of Health Economics*, 11(2), 173-181.

Khalilia, M., Chakraborty, S., & Popescu, M. (2011). Predicting disease risks from highly imbalanced data using random forest. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 11(51), 1-13.

Kilic, B., Kalaca, S., Unal, B., Phillimore, P., & Zaman, S. (2015). Health policy analysis for prevention and control of cardiovascular diseases in diabetes mellitus in Turkey. *International Journal of Public Health*, 60(1), 47-53.

Kurt, I., Ture, M., & Kurum, T. A. (2008). Comparing performances of logistic regression, classification and regression tree, and neural networks for predicting coronary artery disease. *Expert Systems with Applications*, 34(1), 366-374.

Kyriopoulos, I. I., Zavras, D., Skroumpelos, A., Mylona, K., Athanasakis, K., & Kyriopoulos, J. (2014). Barriers in access to healthcare services for chronic patients in time of austerity: an empirical approach in Greece. *International Journal for Equity in Health*, 13(54), 1-7.

Lee, R. (2019). *Mortality forecasts and linear life expectancy trends*. In: Bengtsson T., Keilman N. (eds) *Old and New Perspectives on Mortality Forecasting*. Demographic Research Monographs (A Series of the Max Planck Institute for Demographic Research). Springer, Cham.

Lehr, S., Liu, H., Klingesmit, S., Konyha, A., Robaszewska, N., & Medinilla, J. (2016). *Use educational data mining to predict undergraduate retention*. IEEE 16th International Conference on Advanced Learning Technologies, Austin, TX, USA. <https://ieeexplore.ieee.org/stamp/stamp.jsp?tp=andarnumber=7757015>, (28.5.2018).

Li, X. B., Sweigart, J., Teng, J., Donohue, J., & Thombs, L. (2001). A dynamic programming based pruning method for decision trees. *INFORMS Journal on Computing*, 13(4), 332-344.

Liaw, A., & Wiener, M. (2002). Classification and regression by randomforest. *R News*, 2/3, S18-S22.

Lichtenberg, F. R., Tatar, M., & Caliskan, Z. (2014). The effect of pharmaceutical innovation on longevity, hospitalization and medical expenditure in Turkey. *Health Policy*, 117(3), 361-373.

Maroco, J., Silva, D., Rodrigues, A., Guerreiro, M., Santana, I., & Mendonça, A. (2011). Data mining methods in the prediction of dementia: a real-data comparison of the accuracy, sensitivity and specificity of linear discriminant analysis, logistic regression, neural networks, support vector machines, classification trees and random forests. *BMC Research Notes*, 4(299), 1-14.

Muchlinks, D., Siroky, D., Jingrui, H., & Kocher, M. (2016). Comparing random forest with logistic regression for predicting class-imbalanced civil war onset data. *Political Analysis*, 24(1), 87-103.

Ng, A. Y., & Jordan, M. I. (2002). *On discriminative vs. Generative classifiers: a comparison of logistic regression and naive bayes*, Advances in Neural Information Processing Systems 14 (NIPS 2001), Vancouver, British Columbia, Canada. <https://ai.stanford.edu/~ang/papers/nips01-discriminativegenerative.pdf>, (28.5.2018).

Omran, A. R., & Roudi, F. (1993). The middle east population puzzle. *Population Bulletin*, 48(1), 1-40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12318382>.

Organization for Economic Cooperation and Development. (OECD) (2016). *Better life index*. <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/turkey/>. (07.06.2016).

Pereira, C., Murphy K., & Herndon, D. (2004). Outcome measures in burn care. Is mortality dead? *Burns*, 30(8), 761-771.

Republic of Turkey Ministry of Health (MOH). (2017). *Health statistics year book-2017*. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/30148,ingilizcesiydijiv1pdf.pdf?0>. (10.9.2019).

Rosset, S., Perlich, C., Swirszcz, G., Melville, P., & Liu, Y. (2010). Medical data mining: insights from winning two competitions, *Data Mining and Knowledge Discovery*, 20(3), 439-468.

Samant, P., & Agarwal, R. (2018). Machine learning techniques for medical diagnosis for diabetes using iris images. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 157, 121-128.

Siroky, D. S. (2009). Navigating random forests and related advances in algorithmic modeling. *Statistics Surveys*, 3, 147-163.

Sozmen, K., Unal, B., Capewell, S., Critchley, J., & O'Flaherty, M. (2015). Estimating diabetes prevalence in turkey in 2025 with and without possible interventions to reduce obesity and smoking prevalence, using a modelling approach. *International Journal of Public Health*, 60(1), 13-21.

Sut, N., & Simsek, O. (2011). Comparison of regression tree data mining methods for prediction of mortality in head injury. *Expert Systems with Applications*, 38(12), 15534-15539.

Trigila, A., Iadanza, C., Esposito, C., & Scarascia-Mugnozza, G. (2015). Comparison of logistic regression and random forest techniques for shallow landslide susceptibility assessment in giampilieri (NE Sicily, Italy). *Geomorphology*, 249(15), 119-136.

Turkish Statistical Institute (TurkStat). <http://www.turkstat.gov.tr/UstMenu.do?metod=istgosterge>. (07.06.2018).

Van den Eeckhaut, V. D., Vanwalleghe, M. T., Poesen, J., Govers, G., Verstraeten, G., & Vandekerckhove, L. (2006). Prediction of landslide susceptibility using rare events logistic regression: a case-study in the flemish ardennes (Belgium). *Geomorphology*, 76(3-4), 392-410.

Wagstaff, A. (2000). *Research on equity, poverty and health outcomes: lessons for the developing world*, HNP Discussion Paper, 28908. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Wagstaff-ResearchOn-whole.pdf>. (10.10.2017).

Wright, J., & Walley, J. (1998). Assessing health needs in developing countries. *British Medical Journal*, 316(7147), 1819-1823.

Zhanga, G., Hu, M. Y., Patuwob, B. E., & Indrob, D. C. (1999). Artificial neural networks in bankruptcy prediction: general framework and cross-validation analysis, *European Journal of Operational Research*, 116(1), 16-32.

Zhao, L., Chen, Y., & Schaffner, D. W. (2001). Comparison of logistic regression and linear regression in modeling percentage data. *Applied and Environmental Microbiology*, 67(5), 2129-2135.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

HEMŞİRELERİN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ İLE HASTANE BİLGİ SİSTEMİ KULLANILABİLİRLİĞİNİN İŞ DOYUMUNA ETKİSİ

Gamze YORGANCIOĞLU TARGAN *

ÖZ

Tatmin ya da doyum (satisfaction) kavramı yıllardır birçok araştırmacının ilgi odağı olmuştur. Sınırsız talep ve ihtiyacı olan insan, bu talep ve ihtiyaçlarını karşılayabildiği ölçüde mutluluk ve haz duymaktadır. Ancak ortaya çıkan bu haz durumunun niteliği ve niceliği zaman, ortam ve bireye göre farklılık göstermektedir. Bu farklılıkları ortaya çıkaran durum bazen bireyin kendisinden, bazen de kendisi dışındaki faktörlerden kaynaklanmaktadır. Özellikle emek yoğun sağlık sektöründe çalışan personelin işine ve örgütüne yönelik hissettiği doyum hizmetin sunum sürecini, kalitesini ve çıktılarını doğrudan etkileyebilmektedir. Bu araştırmada hastane örgütleri için önemli olan, iş doyumunu etkileyebilecek, demografik faktörler ile sistem kullanılabilirliği skoru ortaya konulmaya çalışılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında bireysel sorular, iş doyumunu ölçmek için Minnesota İş Doyum Ölçeği ve sistem kullanılabilirliğini ölçmek için Sistem Kullanılabilirliği Ölçeği (SUS) kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre içsel doyum üzerinde sistem kullanılabilirliği, cinsiyet ve hastanede çalışma süresi değişkenlerinin pozitif yönde etkisi bulunmaktadır. Yaş değişkeninin ise içsel doyum üzerinde negatif etkisinin olduğu göze çarpmaktadır. Dışsal doyum üzerinde sistem kullanılabilirliği skoru, cinsiyet ve hastanede çalışma süresi değişkenlerinin pozitif yönde etkisi bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sistem kullanılabilirliği, bilgi sistemi, iş doyum, hemşire iş doyum, sistem kullanılabilirliği skoru

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğretim Üyesi, Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, gamze@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5710-9547>

Gönderim Tarihi: 18.11.2019

Kabul Tarihi: 26.02.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Yorgancıoğlu Targan, G. (2020). Hemşirelerin Bireysel Özellikleri İle Hastane Bilgi Sistemi Kullanılabilirliğinin İş Doyumuna Etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 41-54.

RESEARCH ARTICLE

EFFECTS OF NURSES' INDIVIDUAL FEATURES AND HOSPITAL INFORMATION SYSTEM USABILITY ON JOB SATISFACTION

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN *

ABSTRACT

The concept of satisfaction or content has been the focus of many researchers for years. People who have unlimited demands and needs are happy and joyful to the extent that they can meet these demands and needs. But, the quality and quantity of this pleasure situation varies according to time, environment and individual. The situation that reveals these differences sometimes arises from the individual himself and sometimes from factors other than himself. Particularly, the satisfaction of the personnel who works in health sector which is labor intensive, towards the work and organization can directly affect the delivery process, quality and outputs of the service. In this study, demographic factors that may affect job satisfaction which is important for hospital organizations, and system availability score were tried to be determined. Individual questions, the Minnesota Job Satisfaction Scale to measure job satisfaction, and the System Usability Scale (SUS) to measure system usability were used. According to the research findings, there are positive effects of the variables of system usability score, gender and worked years in hospital on internal satisfaction. The variable of age has a negative effect on internal satisfaction. There are positive effects of the variables of system usability, gender and working years on external satisfaction.

Keywords: System usability, information system, job satisfaction, nurse job satisfaction, system usability score

ARTICLE INFO

* Hacettepe University, gamze@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5710-9547>

Received: 18.11.2019

Accepted: 26.02.2020

Cite This Paper:

Yorgancıoğlu Tarcan, G. (2020). Hemşirelerin Bireysel Özellikleri İle Hastane Bilgi Sistemi Kullanılabilirliğinin İş Doyumuna Etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 41-54.

I. GİRİŞ

Tatmin kavramı Türk Dil Kurumu (2018) tarafından “İstenen bir şeyin gerçekleşmesini sağlama, gönül doyunluğuna erme, doyum”, doyum ise “Eldekinden hoşnut olma durumu, doyma işi, yetinme, kanma, kanaat” şeklinde açıklanmaktadır. İş doyumunu, işin özellikleriyle işgörenlerin istekleri birbirine uyduğu zaman gerçekleşen ve işgörenin işinden hoşnutsuzluk duymasını belirleyen bir olgudur (Akıncı, 2002). Locke (1969), iş doyumunu bireyin bir işin başarılmasında ya da işin başarılmasını kolaylaştırmasında karşılaştığı memnun edici duygusal durum olarak tanımlamıştır. İş doyumunu iş performansına ve hizmet kalitesine olan etkisinden dolayı bilimsel alan dizinde sıklıkla araştırma konusu olmuştur (Lu vd., 2016). İş hayatında doyurulan istek ve ihtiyaçlar ne kadar fazla ve çalışan için ne derece önemli ise iş doyumunu da o kadar yüksek ve önemli olacaktır. Doyum düzeyi artmış çalışanın örgüt performansına ve üretim kalitesine katma değeri olacaktır. Bu nedenle çalışanın her türlü istek ve ihtiyaçlarını belirleme, bunları mümkün olduğu ölçüde doyurma yöneticinin asli görevlerinden biri olmaktadır.

Literatürde sağlık çalışanlarının iş doyumunu etkileyen birçok çalışma yapılmış ve bu çalışmaların bulguları, medeni durum (Ataklı vd., 2004), yaş (Davis, 1988; Baysal, 1981; Blegen, 1993) eğitim düzeyi (Aytekin ve Kurt, 2014; Baysal, 1981), hizmet süresi (Oshagbemi, 2000; Birgili vd., 2010) haftalık çalışma süresi (Nahm, 1940; Aksoy ve Polat, 2013; Durmuş ve Günay, 2007), ücret (Nahm, 1940; Oflezer vd., 2011), çalışma koşulları (Baron, 1994) gibi değişkenlerin iş doyum düzeyi üzerinde anlamlı etkisini ortaya koymaktadır. Bu araştırmalarda sıklıkla iş doyumunu ölçmek için kullanılan ölçeklerden biri 6 boyut (“çalışma ortamı”, “işin sağladıkları”, “işin gerektirdiği sorumluluk ve yetkiler”, “çalışma koşulları”, “çalışma ortamında ilişkiler” ve “çalışma ortamından beklentiler”) ve 70 maddeden oluşan İş Betimlemesi Ölçeği (Job Descriptive Index)’dir (Smith vd., 1969). Diğer bir ölçek ise Minnesota İş Doyumu Ölçeği (Weiss vd., 1967)’dir.

Hastane ortamında görev yapan ve hastanedeki sağlık personelinin önemli bir payını oluşturan hemşireler, çalışma şartlarının yoğun, mesai saatlerinin günün 24 saati içine yayılmış olması gibi nedenlerle yoğun çalışmakta ve iş ortamının getirmiş olduğu stresi daha fazla yaşamaktadır. Hemşirelerde; plansız ve ağır çalışma şartları, fazla sayıda nöbet tutulması, nöbet tutmaya bağlı uyku düzeninin bozulması, uzun süren çalışma saatlerine bağlı yorgunluk, sürekli hasta ve hasta yakınlarına yönelik hizmet sunuyor olması, mesleki görev ve sorumluluklarının net olarak belirlenmiş olmasına rağmen uygulamadaki aksaklıklar nedeniyle iş doyumunun düşük olduğu belirtilmektedir (Durmaz ve Sabuncu, 2019). Hemşirelerde iş doyumunu etkileyen içsel ve dışsal değişkenlerin ortaya konup iş doyumunu üzerinde olası negatif etkiye sahip olan bu değişkenlerin kontrol altına alınması işin kalitesi, iş doyumunun artırılması, verimlilik ve performans açısından önemlidir.

Literatürde iş doyumunu etkileyen çok sayıda değişken bulunmaktadır. Bu değişkenlerden biri de bilginin paylaşımı, saklanması, bilgi üretimi ve yönetimi ile ilgili tüm sistem bileşenleridir (Ahari vd., 2015). Bilginin ve bilgi sistemlerinin vazgeçilmez olduğu sağlık sektöründe insan emeğinden sonra, hizmetin (tanı, tedavi, rehabilitasyon) sunulması, yönetsel kararların alınması, pazarlama, finansal denetim ve kalite değerlendirme faaliyetlerinin yürütülmesinde kullanılan önemli unsurlardan biri de bilgi teknolojileridir. Hastanede çalışan her türlü meslek grubu günlük iş yaşamında bu teknolojilerden en az biri ile kullanım ortaklığına girmektedir. Bilgi teknolojileri bir hekim için tomografi, manyetik rezonans cihazı, sanal gözlük ya da bir avuç içi bilgisayar olabilirken, veznede çalışan idari personel için bilgisayar, yazıcı ya da barkod okuyucu olabilmektedir. Teknolojinin türü ve seviyesi birimler ya da kullanıcılar arası farklılık gösterse de bu teknolojiler temelde verinin toplanması, işlenmesi ve kullanıcıya hizmet etmek üzere saklanmasını sağlayan sistemlerdir. İnsanın kan hücrelerini sayabilmek için mikroskop altında saatlerce vakit harcamasına karşı bir test cihazı ile bu işlem dakikalar için de ve yüksek güvenilirlik düzeyinde gerçekleştirilebilmektedir. Ancak bu sistemlerin kullanımı her ne kadar hizmetin kalitesi, hızı ve verimliliği ile yakından ilişkili olsa da zaman zaman negatif sonuçlara da yol açmaktadır. Teknolojinin sürekli güncel tutulmak üzere değişimi, kullanım zorluğu, kullanıcıların teknolojiyi kabul etmemesi ya da teknolojiye yönelik direnci, pahalı ve

karmaşık oluşu gibi. İşte bu nedenle mevcut teknolojik sistemin kullanım kolaylığı sağlayan, kullanıcı dostu arayüze sahip, kullanıcı ihtiyaçlarına uygun bir altyapıya sahip olması beklenir.

Hastane bilgi sistemleri, bilgisayar donanımı, yazılım, internet, çevre birimleri ve uygulama prosedürlerden oluşan teknoloji-bilgi bileşenleridir. Bu sistemleri kullananların memnuniyeti ve teknoloji kabulünü ölçmek, sistemin kullanılabilirliği ve performansına yönelik analizler yapmak ortaya çıkabilecek komplikasyonları en aza indirecektir. Bu amaçla literatürde bilgi sistemlerinin kullanılabilirliğini ölçmeye yönelik yapılan araştırmalardan biri Hamborg ve diğerleri tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Hastane bilgi sistemlerinin kullanılabilirliğini ölçmek için ISO 9241'e uygun bir anket geliştirilmiştir. Araştırmaya doktor, hemşire, sekreter ve diğer sağlık personeli olmak üzere toplam 182 kişi katılmıştır. Anket faktörleri, göreve uygunluk, kendiliğinden tanımlayabilme, kontrol edilebilirlik, kullanıcı beklentilerine uygunluk, hata toleransı, bireyselleştirilmesi için uygunluk ve öğrenilebilirlik şeklindedir. Elde edilen sonuçlara bakıldığında, görev için uygunluk, kendiliğinden tanımlayabilme, kontrol edilebilirlik, öğrenilebilirlik düşük derecelendirme puanı almıştır. Bu nedenle hastane bilgi sisteminin bu açıdan iyileştirilmeye alınması önerilmiştir. IsoMetrics adı verilen anketin, hastane bilgi sisteminin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesinde faydalı olduğu görülmüştür (Yılmaz ve Demirkan, 2013). Fritz ve diğerleri (2012) tarafından yürütülen bir diğer çalışmada hastalar tarafından kullanılan web tabanlı bir uygulama olan hasta kayıt sistemi Sistem Kullanılabilirliği Ölçeği (SUS) ile değerlendirilmiş ve sistem kullanılabilirliği skoru 80 bulunmuştur. Bulguya göre hastalar tarafından kullanılan uygulama kullanılabilir ve kağıt temelli prosedürler yerine tercih edilirse maliyet ve etkililik açısından avantajlar sağlayacağı düşünülmektedir.

Bir sistemin kullanılabilirliğini ölçmek için farklı ölçme araçları kullanılacağı gibi farklı model ve yöntemler de izlenebilir. Bunların arasında uzman temelli ve kullanıcı temelli yöntemler yaygın olarak kullanılır. Her bir yöntemin avantajları ve dezavantajları olmasına rağmen kullanıcı temelli kullanılabilirlik testleri, gerçekçi veriler ortaya çıkardığı için en çok tercih edilen test türüdür (Çağıltay, 2011). Bu yöntemde sesli düşünme, sıcaklık haritaları ve standartlaştırılmış kullanılabilirlik ölçekleri gibi farklı yöntem ve araçlardan faydalanılabilir. Alan yazında birçok standartlaştırılmış kullanılabilirlik ölçekleri yer almaktadır (Kadirhan vd., 2015). Bu ölçekler sıklıkla etkililik, verimlilik ve kullanıcı memnuniyeti boyutlarını kapsamına almaktadır. Bu ölçeklerden biri de 1996 yılında Brooke tarafından geliştirilen 10 maddelik Likert tipi Sistem Kullanılabilirliği Ölçeğidir. Ölçek, sistemi kullanma deneyimi olan kullanıcıların bilgi sistemine yönelik değerlendirmelerini ortaya koymayı amaçlamaktadır. 100'ün tam kullanılabilirliği temsil ettiği anket skoru aşağı düştükçe sistem kullanılabilirlikten uzaklaşmaktadır (Brooke, 1996).

İş doyumunu etkileyen faktörlerden biri de o işyerinde kullanılan bilgi sistemine ait sistem kullanılabilirliğidir (Gore, 1998; Donahue vd., 1999; Issa ve Isaias, 2015). Bu çalışmada bağımsız değişken olarak alınan yaş, cinsiyet, medeni durum, hastanede çalışma süresi, haftalık toplam çalışma süresi, eğitim, gelir değişkenlerinin yanı sıra Sistem Kullanılabilirliği Skoru da iş doyumunun boyutları üzerinde etkisi olabileceği düşünülen bir değişken olarak araştırmaya dahil edilmiştir.

II. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin bireysel özelliklerinin ve hastane bilgi sisteminin kullanılabilirliğinin hemşire iş doyumuna olan etkisi belirlenmeye çalışılacaktır. Bu amaç doğrultusunda, sistem kullanılabilirliği skoru, yaş, cinsiyet, medeni durum, hastanede çalışma süresi, haftalık toplam çalışma süresi, eğitim ve gelir durumu, bağımsız değişkenler olarak seçilmiş ve bu değişkenlerin iş doyumunun boyutları olan içsel ve dışsal doyuma olan etkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır.

2.2. Araştırma Evreni

Araştırmanın evrenini bir devlet hastanesinde çalışan tüm hemşireler oluşturmaktadır (N=405). Araştırmanın uygulandığı dönemde görevlendirilmeler ve izin kullanımı nedeniyle araştırmaya katılamayanlar ile araştırmaya gönüllü olarak katılmak istemeyen hemşireler araştırma kapsamına alınmamıştır. Tamamlanan anketlerin toplamı 317 olup cevaplanma oranı %78,3'tür.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket formu 3 bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm bireysel karakteristikleri belirlemeye yönelik tanımlayıcı soruları içermektedir.

Anketin ikinci bölümünde hastanede çalışan hemşirelerin hastane bilgi sistemlerinin kullanılabilirliğine ait görüşlerini belirlemeye yönelik, 1996 yılında Brooke (1996) tarafından geliştirilen Sistem Kullanılabilirlik Ölçeği'ne ait 5'li Likert tipi 10 soru yer almaktadır.1 "tamamen katılmıyorum" 5 ise "tamamen katılıyorum" şeklinde 1 ile 5 arasında derecelendirilmiştir. Sistem kullanılabilirliği skorunu ölçmek üzere her ifade 0 ile 4 arasında dağılmaktadır; Sistem kullanılabilirliği skoru (SKS) hesaplamak için 1.,3.,5. ve 9. (tek sayılı ve olumlu düşünce belirtilen) maddelerin verilmiş değerden 1 çıkartılır. 2., 4.,6. , 8. ve 10. maddelere (Olumsuz düşünce belirtilen maddeler) verilen skor, 5'ten çıkartılır. Ardından hepsi toplanarak ve bu toplamı 0–100 arasında tamamlanabilmesi için 2.5 ile çarpılarak SUS skorunu bulunabilir.

Üçüncü bölümde ise hemşirelerin içsel ve dışsal iş doyumunu ölçmeye yönelik 20 sorunun yer aldığı ve Weiss ve diğerleri (1967) tarafından geliştirilen Minnesota İş Doyum Ölçeği yer almaktadır. Weiss ve diğerleri tarafından iş doyumunu düzeyini belirlemek amacıyla 1967 yılında geliştirilmiştir ve Baycan tarafından Türkçe uyarlaması yapılmıştır (Baycan, 1985). İçsel ve dışsal iş doyumunu faktörlerini ortaya çıkarıcı özelliklere sahip 20 maddeden oluşan 5'li Likert tipi (1'den 5'e kadar değişen puanlamaya sahip) bir araçtır. İçsel doyum puanı başarı, tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, işin sorumluluğu, yükselme ve terfiye bağlı görev değişikliği gibi işin içsel niteliğine ilişkin tatminkârlıkla ilgili öğelerden oluşmaktadır. İçsel doyum puanı, bu boyutun maddelerinden elde edilen puanların toplamının 12'ye bölünmesi ile bulunur. Dışsal doyum puanı, kurum politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ait öğelerden oluşmaktadır. Dışsal doyum puanı, bu boyutun maddelerinden elde edilen puanların toplamının 8'e bölünmesi ile bulunur. Ölçeğin nötr doyum puanı 3'tür. Ölçekten alınan puan 3'ten küçük ise iş doyumunu düşük, 3'ten büyük ise iş doyumunu yüksek olarak değerlendirilmektedir.

2.4. Geçerlik ve Güvenirlik

Ankette yer alan Sistem Kullanılabilirlik Ölçeği Çağıltay (2011) tarafından Türkçe'ye adapte edilmiş ve Kadirhan ve diğerleri (2015) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış, Doğrulamalı Faktör Analizi ile elde edilen uyum indeksi değerleri, ölçek yapısının kabul edilebilir bir model olduğunu göstermiştir. Diğer taraftan ölçeğin ve her bir faktörün iç tutarlık değerlerinin kabul edilebilir düzeyde (Kadirhan vd., 2015) oldukları tespit edilmiştir (CFI değeri 0,97, NFI değeri 0,96 ve RMSEA değeri 0,06; ölçeğin toplam iç tutarlık katsayısı, 0,78). Ölçümün güvenirliğini ölçek için hesaplanan Cronbach's Alpha katsayısı ise 0,73 bulunmuştur.

Ankette yer alan Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin Baycan (1985) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin geçerliği Özmen ve diğerleri tarafından (2014) eğitim sektöründe çalışan öğretmen ve yöneticiler için doğrulamalı faktör analizi ile test edilmiş ve ölçeğin geçerli ve ölçümün güvenilir olduğu kabul edilmiştir (RMSEA=0,080; CFI=0,912; AGFI=0,859 ve NFI=0,901). Ölçümün güvenirlik katsayısı Cronbach' Alpha=0,93'tür.

2.5. Verilerin Analizi

01 Haziran 2018- 30 Ağustos 2018 tarihleri arasında toplanan verilerin istatistiksel analizleri Microsoft Excel ve IBM SPSS 21 paket programları aracılığı ile yürütülmüştür. Tanımlayıcı istatistiklerden frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerinden yararlanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerine olan etkisini ortaya koymak üzere basit doğrusal regresyon (enter metodu) analizinden yararlanılmıştır.

III. BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin bireysel özelliklerini belirlemeye yönelik yapılan tanımlayıcı istatistiklere göre (Tablo 1); hemşirelerin çoğu kadın (%69,7) ve çoğu evlidir (%53,3). Eğitim durumlarına bakıldığında çoğunun lisans mezunu olduğu (%36) ve %47,6'sının ailelerinin gelir durumunu "iyi" olarak algıladıkları göze çarpmaktadır.

Tablo 1. Hemşirelere Yönelik Tanımlayıcı Bulgular

Değişken	n	%
Cinsiyet		
Kadın	221	69,7
Erkek	96	30,3
Medeni Durum		
Bekar	148	46,7
Evli	169	53,3
Eğitim		
Lise	63	19,9
Ön Lisans	86	27,1
Lisans	114	36,0
Yüksek lisans	54	17,0
Gelir Durumu		
Kötü	15	4,7
Orta	127	40,1
İyi	151	47,6
Çok İyi	24	7,6

Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin ortalama 32 yaşında olduğu, ortalama hastanede çalışma sürelerinin 9 yıl olduğu ve haftalık ortalama 41 saat çalıştıkları görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin Yaş ve Çalışma Sürelerine Yönelik Bulgular

	Min	Max	Ort	Ss
Yaş	20	48	32,28	7,42
Hastanedeki Çalışma Süresi	1,5	26	9,20	5,77
Haftalık Toplam Çalışma Süresi	40	60	41,30	4,58

Hemşirelerin hastanede kullanılan bilgi sistemlerine yönelik kullanılabilirlik toplam skoru 43,48'dir. Ölçeğe göre belirlenen hedef puan 100 (Lewis ve Sauro, 2009) kullanılan bilgi sisteminin kullanılabilir olduğu gösterirken, 43,48 ($SKS = 2,5 \times 17,39 = 43,48$) puan hemşirelerin sistemin kullanılabilirliği yönünde negatif bir eğilim içinde olduğu söylenebilir (Tablo 3).

Tablo 3. Sistem Kullanılabilirliği Ölçek Maddelerine Yönelik Tanımlayıcı Bulgular

	Sistem K. Skoru	Min	Max	Ort	Ss
Sistemin gereksiz yere karmaşık olduğunu düşünüyorum	2,17	1,00	5,00	3,17	1,39
Sistemin kullanımının kolay olduğu görüşündeyim	2,07	1,00	5,00	2,92	1,35
Bu sistemi kullanabilmek için teknik bir görevlinin desteğine ihtiyacım olduğunu düşünüyorum	2,04	1,00	5,00	3,04	1,16
Sistemdeki çeşitli fonksiyonların/uygulamaların entegrasyonunun iyi olduğunu düşünüyorum	1,87	1,00	22,00	3,12	2,18
Bu sistemde çok fazla tutarsızlık/uyumsuzluk olduğu görüşündeyim	1,87	1,00	5,00	2,87	1,26
Birçok kişinin bu sistemi kullanmayı hızlı bir şekilde öğreneceklerini tahmin ediyorum	1,98	1,00	5,00	3,01	1,21
Bu sistemi kullanmanın karmaşık/hantal olduğunu düşünüyorum	1,90	1,00	5,00	2,90	1,28
Bu sistemi kendimden emin olarak kullanıyorum	1,80	1,00	5,00	3,19	1,11
Bu sistemi kullanmadan önce öğrenmem gereken birçok şey olduğunu düşünüyorum	1,65	1,00	5,00	3,34	1,22

Araştırmaya katılan hemşirelerin içsel doyum puanı 3,26, dışsal doyum puanı ise 3,16 olup iş doyumunu puanı 3'ten büyük olduğu için yüksek iş doyumundan söz etmek mümkündür (Tablo 4).

Tablo 4. İş Doyum Ölçeği Maddelerine Yönelik Tanımlayıcı Bulgular

	Doyum	Ort	Ss
Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam bakımından	İçsel	3,99	1,17
Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşması bakımından	Dışsal	3,79	1,20
Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden	İçsel	3,57	1,26
Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması bakımından	İçsel	3,53	1,28
Bana sabit bir iş sağlaması bakımından	İçsel	3,51	1,36
İş ile ilgili alınan kararların uygulanmaya konması bakımından	Dışsal	3,47	1,17
Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından	İçsel	3,46	1,30
Toplumda "saygın" bir kişi olma şansını bana vermesi bakımından	İçsel	3,29	1,38
Amirimin karar vermedeki yeteneği bakımından	Dışsal	3,26	1,35
İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından	İçsel	3,11	1,25
Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansımın olması açısından	İçsel	3,08	1,42
Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilme açısından	Dışsal	3,05	1,43
Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansımın olması bakımından	İçsel	3,02	1,45
Kendi kararlarımı uygulama serbestliği bakımından	İçsel	3,02	1,32
Çalışma şartları bakımından	Dışsal	3,01	1,42
Yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret bakımından	Dışsal	2,98	1,36
Amirimin emrindeki kişileri idare tarzı açısından	Dışsal	2,96	1,34
Tek başıma çalışma olanağının olması bakımından	İçsel	2,89	1,43
İş içinde terfi olanağım olması bakımından	Dışsal	2,76	1,43
Beni her zaman meşgul etmesi bakımından	İçsel	2,69	1,44

Hastanede çalışan hemşirelerin iş doyumunun içsel boyutu üzerine etkisi olduğu düşünülen bağımsız değişkenleri ortaya koymak üzere yapılan doğrusal regresyon analizi bulgularına göre (Tablo 5) içsel doyum üzerinde en fazla istatistiksel olarak anlamlı etkisi olan değişken sistem kullanılabilirliğidir ($\beta=0,367$, $p<0,05$). Ayrıca cinsiyet ($\beta=0,186$, $p<0,05$) ve hastanede çalışma süresi ($\beta=0,312$, $p<0,05$) değişkenlerinin pozitif yönde etkisi bulunmaktadır. Yaş değişkeninin ise içsel doyum üzerinde negatif etkisi vardır ($\beta=-0,216$, $p<0,05$). Sistem daha kullanılabilir olduğunda içsel

doyum yüksek olma eğilimine girmektedir. Cinsiyet değişkeninde kadın olma içsel doyumunu pozitif yönde etkilemektedir. Ayrıca hastanede çalışma süresi arttıkça içsel doyum artmaktadır. Yaş ile birlikte içsel doyum düşmektedir. Modele dahil olan değişkenlerin toplam içsel doyum skorundaki varyansı %13 oranında açıkladığı göze çarpmaktadır.

Tablo 5. İçsel Doyum ve Dışsal Doyumu Etkileyen Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişken: İçsel Doyum	Standart Hata	β	t	p
Sabit	0,490		3,493	0,001
Sistem Kullanılabilirliği Skoru	0,006	0,367	7,066	0,000
Yaş	0,008	-0,216	-2,716	0,007
Cinsiyet	0,084	0,186	3,581	0,000
Hastanedeki Çalışma Süresi	0,010	0,312	3,949	0,000
Medeni Durum	0,072	-0,007	-0,121	0,903
Eğitim	0,042	0,116	2,065	0,602
Gelir	0,000	0,000	-0,009	0,993
Haftalık Toplam Çalışma Süresi	0,004	0,165	0,017	0,094
F: 10,31 DW: 1,488 Düz. R ² : 0,128 Stand. H.:0,872 p<0,05				
Bağımlı Değişken: Dışsal Doyum	Standart Hata	β	t	p
Sabit	0,639		3,078	0,002
Sistem Kullanılabilirliği Skoru	0,008	0,314	5,807	0,000
Yaş	0,010	-0,085	-1,036	0,301
Cinsiyet	0,110	0,164	3,023	0,003
Hastanedeki Çalışma Süresi	0,013	0,171	2,081	0,038
Medeni Durum	0,054	0,187	3,245	0,067
Eğitim	0,008	0,281	5,003	0,168
Gelir	0,000	0,035	0,633	0,527
Haftalık Toplam Çalışma Süresi	0,011	-0,041	-0,746	0,456
F: 16,29 DW: 1,599 Düz. R ² : 0,195 Stand. H.:0,669 p<0,05				

Benzer şekilde hastanede çalışan hemşirelerin iş doyumunun dışsal boyutu üzerine etkisi olduğu düşünülen bağımsız değişkenleri ortaya koymak üzere yapılan doğrusal regresyon analizi bulgularına göre (Tablo 5) dışsal doyum üzerinde sistem kullanılabilirliği ($\beta=0,314$, $p<0,05$), cinsiyet ($\beta=0,164$, $p<0,05$) ve hastanede çalışma süresi ($\beta=0,171$, $p<0,05$) değişkenlerinin pozitif yönde etkisi bulunmaktadır. Sistem daha kullanılabilir olduğunda dışsal doyum daha yüksek olmaktadır. Cinsiyet değişkeninde kadın olma dışsal doyumunu artırmaktadır. Ayrıca hastanede çalışma süresi arttıkça dışsal doyum da artmaktadır. Modele dahil olan değişkenlerin içinde sistem kullanılabilirliği skorunun modeldeki dışsal doyum varyansını açıklamada en yüksek etkiye sahip olduğu görülmektedir. Modele dahil olan değişkenlerin toplam dışsal doyum skorundaki varyansı %20 oranında açıkladığı göze çarpmaktadır. İki modelde değişkenler arasında çoklu bağlantı problemi görülmemektedir.

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bir kamu hastanesinde görev yapan hemşireler (n=317) üzerinde yapılan bu araştırmada hemşirelerin demografik özellikleri ile hastane bilgi sistemi kullanılabilirliği skorlarının içsel ve dışsal iş doyumuna üzerine etkisi olup olmadığı ortaya konmaya çalışılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında hemşirelerin bireysel karakteristiklerini ortaya koymak için tanımlayıcı sorular ile iş doyumunun içsel ve dışsal puanları için Minnesota İş Doyum Ölçeği ve SUS ölçeği kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre içsel doyum üzerinde sistem kullanılabilirliği, cinsiyet ve hastanede çalışma süresi değişkenlerinin pozitif yönde etkisi bulunmaktadır. Yaş değişkeninin ise içsel doyum üzerinde negatif etkisinin olduğu göze çarpmaktadır. Dışsal doyum üzerinde sistem kullanılabilirliği, cinsiyet ve hastanede çalışma süresi değişkenlerinin pozitif yönde etkisi bulunmaktadır.

Literatürde benzer araştırmalara bakıldığında Gölbaşı ve diğerleri (2008) tarafından hastanede çalışan 186 hemşire üzerinde yapılan çalışmada hemşirelerin içsel ve dışsal iş doyumuna etkisi olabilecek faktörler incelenmiş araştırma bulgularına göre yaş, medeni durum, eğitim seviyesi, pozisyon ve iş çevresi açısından iş boyutu boyutları değişmezken bu araştırma bulgularının tersine çalışma süresi azaldıkça iş boyutunun genel skorunda artış göze çarpmaktadır. Bu çalışmada iş doyumuna üzerine anlamlı etkisi bulunamayan haftalık çalışma saati Alam (2015) tarafından 40 ilaç firmasında çalışan ilaç geliştirme uzmanları üzerinde yapılan araştırmada iş doyumuna üzerine anlamlı etkiye sahip bulunmuştur. Aynı çalışmada esnek çalışma saatlerinin iş doyumunu artırdığı görülmektedir. Sypniewska (2014) tarafından yapılan bir çalışmada yaş, cinsiyet ve çalışma süresi iş doyumuna üzerine anlamlı etkiye sahiptir. Kadın olma, 20-29 yaşları arasında olma ve 5 yıldan daha az çalışıyor olma iş doyumunu artıran faktörler olarak bulunmuştur. Elibol (1999) ile Sever (1997) çalışma yılı fazla olan hemşirelerin iş doyumunun yüksek olduğunu belirterek bu araştırma sonuçları ile benzer bulgular ortaya koymaktadırlar.

Bu araştırma kapsamında da genç hemşirelerin yaşlılara oranla içsel doyum düzeyi daha yüksektir. Bu araştırmada incelenen yaş değişkeni ile birlikte genel olarak iş ve iş unsurlarına yönelik doyum düşse de literatürde “yaş” değişkeni ile ilgili yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar genelde üç görüş altında toplanmaktadır. Birinci görüşe göre, iş doyumuna ile yaş arasındaki ilişki yaşa göre “U” harfi şeklinde bir eğriye uygun özellik göstermektedir, yani erken yaşta “yüksek”, orta yaşlarda “düşük” ve ileri yaşlarda “yüksek” bir iş doyumuna sergilenmesi söz konusudur. İkinci görüşe göre, iş doyumuna yaş ilerledikçe artış göstermektedir. Son görüşe göre ise, yaş ve iş doyumuna belirli bir yaşa kadar doğrusal artış göstermekte ve bundan sonra düşüşe geçmektedir (Sığırı ve Basım, 2006). Genel olarak iş doyumuna yaşla birlikte artmaktadır. Gençler daha düşük düzeylerde iş doyumuna bildirmektedirler. Genç insanların çoğu sorumluluk duydukları ve kendilerini yeterli hissettikleri bir iş bulmakta başarılı olamadıkları için ilk işlerinde hayal kırıklığına uğramaktadırlar. Yaşlı olan çalışanların yaş ve iş doyumuna açısından bazı avantajları bulunmaktadır. Daha yaşlı olan çalışanlar arzu edilen iş koşullarıyla var olan iş koşulları arasındaki karşılaştırmayı daha iyi yapabilmektedirler (Yelboğa, 2007). Bu araştırma bulguları ile benzer şekilde Ertekin ve Özmen (2017) tarafından yapılan bir çalışmada algılanan iş doyumuna hemşirelerde yaş değişkenine göre incelendiğinde; 20-24 ve 25-29 yaş arasındaki hemşirelerin genel iş doyumuna 30-34 yaş aralığındaki hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Yaş ve çalışma süresi değişkenlerinin birbirleri ile ilişkili olduğu varsayıldığında yeni işe giren ve genç olanların yaşlı ve hizmet süresi uzun olanlara göre yüksek çıkması daha olası beklenen bir sonuçtur. Ancak bu araştırma kapsamında yaş ile hizmet süresi doğru orantılı değişim göstermemektedir. Bu durumda genç hemşirelerin içsel faktörler açısından daha fazla beklenti içinde olduğu ya da meslek ya da işyeri seçiminde verilmiş yanlış kararlar olabileceği düşünülmektedir.

Tunacan ve Çetin (2009) tarafından yapılan başka bir çalışmada da bu araştırma bulgularının tersine sonuçlara varılmıştır. Araştırmada hizmet süresi arttıkça iş doyumunun ücret boyutuna yönelik doyum düzeyi düşmektedir. Benzer şekilde Durmuş ve Günay (2007) tarafından 622 hemşire üzerinde yapılan araştırmada haftalık çalışma süresi iş doyumuna etkileyen bir faktör olarak bulunmuştur. Araştırmada haftalık çalışma süresi arttıkça iş doyum puanı düşmektedir. Bu araştırma kapsamında haftalık çalışma süresinin iş doyumuna üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmamaktadır.

Araştırma bulgularına göre içsel ve dışsal doyumuna etkileyen bir diğer değişken sistem kullanılabilirliği skorudur. Uluslararası literatürde iş doyumuna ve hastane bilgi sistemi kullanılabilirliğini kapsamına alan bir çalışmada Issa ve Isaias (2015), kullanılan hastane bilgi sistemlerinin kullanıcılarının iş doyumuna etkilediğini, sistem kullanıcılarının sisteme karşı geliştirdikleri kolay kullanılabilirlik tutumunun iş doyumuna artırdığını öne sürmektedir. Abran ve diğerleri (2003) tarafından yapılan bir diğer çalışmada bilgi sistemi bileşenlerinden biri olan yazılımın, sistem kullanıcılarının görevlerini etkili ve verimli yapmasını sağlayarak iş doyumuna yarattığı sürece kullanılabilir olabileceği ifade edilmektedir. İçsel doyumuna oluşturan unsurlardan işin kendisi, başarı, sorumluluk; dışsal doyumuna unsurlarından özellikle çalışma koşulları gibi unsurların kullanılan bilgi sisteminin kullanılabilirliğinden etkilenmesi olası gözükmemektedir. İşin hızını ve niteliğini artıran, yapılma şeklini kolaylaştıran, emek ve maliyet tasarrufu sağlayan sistemin, kullanıcılarının iş

doyumunu artırıcı etkide bulunabileceği görüşüne varılmaktadır. İşlerini kullandıkları bilgi sistemi ile daha kolay, daha hızlı, daha bağımsız ve hata oranı düşük şekilde yapan çalışanda iş doyumunun içsel ve dışsal boyutlarında artışın olabileceği göze çarpmaktadır. Yapılan araştırmada hemşirelerin hastane bilgi sistemi bileşenlerinden sıklıkla bilgisayar, hastane bilgi yönetim modülü, yazıcı ve tarayıcı kullandıkları görüldüğünden tanı kodu atanması, hemşire gözlem formu doldurma, tetkik ve hekim istem takibi, iye isteği ve ilaç talebi gibi işlemlerin yapılmasında hemşirelerin verimliliğini artırabileceği yönünde sonuca varılabilir.

Öneriler

Hastanede görev yapan ve hastane bilgi sistemlerini kullanan hemşirelerin iş doyumunu artırmada hastane bilgi sisteminin kullanılabilirliği etkili olmaktadır. Hastane bilgi sistemi tedarikinde kullanıcı dostu arayüzler ve kullanımı kolay yazılım, donanım ve internet tarayıcıların seçilmesi iş doyumunu artırıcı bir faktör olarak düşünülmektedir. Aynı zamanda kullanılan bilgi sistemleri bileşenlerinin her yaş kullanıcıya hitap etmesi (yazı puntolarının okunabilirliği vb.), sistemin kullanımı ile ilgili periyodik eğitimlerin verilmesi, kullanım aşamasında kısa sürede ve kolaylıkla ulaşabilecekleri destek personelin varlığı gibi unsurlar iş doyumunu artırıcı rol üstlenebilir.

Yaş ile birlikte doyumun düşme eğiliminde olduğu göz önüne alındığında, hemşirelerin işe ve iş unsurlarına karşı pozitif tutumlarını korumak için, ücret düzenleme, her yaş grubunu kapsayan sosyo kültürel ve sportif faaliyetlerin sağlanması, iş ortamlarının yaşa uygun şekilde düzenlenmesi (yaşla birlikte azalan mobilite kabiliyetini en aza indirecek ergonomik düzenlemeler vb.), hizmet teşvikleri gibi destekleyici ve doyumunu artırabilecek politikalar benimsenebilir. Hizmet süresi daha az olan hemşireler için çeşitli adaptasyon ve hizmetiçi programlarının sunulması, işe ve örgüte bağlılığı artırıcı faktörlerin belirlenmesi, düzenli yapılan iş doyum ve memnuniyet anketleri bulgularının dikkate alınması gibi tedbirler uygulanabilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma bir kamu hastanesinde görev yapan 317 hemşire ile yapılmış olup, sonuçların genellenebilirliği açısından sınırlılığa sahiptir. İleriki çalışmalarda örneklem genişletilerek tüm meslek grupları araştırmaya dahil edilebilir. İş doyum bağımlı değişkeni ile birlikte hastane sistem memnuniyeti değişkeni de bir diğer bağımlı değişken olarak ele alınıp, üzerinde etkisi olduğu düşünülen bağımsız değişkenler incelenebilir.

KAYNAKLAR

Abran, A., Khelifi, A., Suryan, W., & Seffah, A. (2003). Consolidating the ISO usability models. *Proceedings of 11th International Software Quality Management Conference*.

Ahari, E., Davoudi, A. M., Kajoosangi, & A. A. (2015). *Investigating the relationship between knowledge management and organizational trust and job satisfaction- Case study Of Maskan Bank, Head Of South East Of Tehran Province Branches*. The Second National Conference on Psychology and Educational Sciences.

Akinci, Z. (2002). Turizm sektöründe işgören iş tatminini etkileyen faktörler: Beş yıldızlı konaklama işletmelerinde bir uygulama. *Akdeniz İİBF Dergisi*, 4, 1-25.

Aksoy, N., & Polat, C. (2013). Job satisfaction and affecting factors of surgical unit nurses of three different hospitals in a province in mediterranean region. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 45-53.

Alam, S. M. T. (2015). Factors affecting job satisfaction, motivation and turnover rate of medical promotion officer (MPO) in pharmaceutical industry: A study based in Khulna City. *Asian Business Review*, 1(2), 126-131.

Ataklı, A., Dikmentaş E., & Altınışik S. (2004). Üniversite hastanelerinde çalışan yönetici ve klinik sekreterlerinin iş doyumunu. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 6(2), 157-166.

Aytekin, A. & Kurt, Y. F. (2014). Yenidoğan yoğun bakım kliniğinde çalışan hemşirelerde iş doyumunu ve etkileyen faktörler. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 4(1), 51-58.

Baron, R. A. (1994). The physical environment of work settings: Effects on task performance, interpersonal relations, and job satisfaction. *Research In Organizational Behavior*, 16(1), 1-1.

Baycan, A. (1985). *An analysis of the several aspects of job satisfaction between different occupational groups*. (Unpublished doctoral dissertation). Boğaziçi Üniversitesi: İstanbul.

Baysal, A. C. (1981). *Sosyal ve örgütsel psikolojide tutumlar*. İstanbul: Yalçın Ofset Matbaası.

Birgili, F., Salış F., & Özdemir, S. (2010). Sağlık çalışanlarının iş doyumunu etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 27-37.

Blegen, M. A. (1993). Nurses' job satisfaction: A meta- analysis of related variables. *Journal of Nursing Research*, 42(1): 36-41.

Brooke, J. (1996). SUS-A quick and dirty usability scale. *Usability Evaluation in Industry*, 189 (194), 4-7.

Çağıltay, K. (2011). *İnsan bilgisayar etkileşimi ve kullanılabilirlik mühendisliği: Teoriden pratiğe*. Ankara: ODTÜ Geliştirme Vakfı Yayıncılık.

Davis, K. (1988). *İşletmelerde İnsan Davranışı Örgütsel Davranış*. (Çev. K. Tosun). İstanbul, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi.

Donahue, G. M., Weinschenk, S., & Nowicki J. (1999). *Usability is good business*. Julio: Compuware Corp.

Durmaz, M., & Sabuncu, N. (2019). Ameliyathane ve cerrahi klinik hemşirelerinin kişilik özellikleri ve iş doyumları. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 40-52.

Durmuş, S., & Günay, O. (2007). Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*, 29(2), 139-146.

Elibol, N. (1999). KOÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan hemşirelerde iş doyumunun belirlenmesi. *VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi*, Erzurum.

Ertekin, P., & Özmen, D. (2017). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde işe yabancılaşmayı yordayan değişkenlerin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1), 25-30.

Fritz, F., Balhorn, S., Riek, M., Breil, B., & Dugas, M. (2012). Qualitative and quantitative evaluation of EHR-Integrated Mobile Patient Questionnaires Regarding Usability And Cost-Efficiency. *International Journal of Medical Informatics*, 81(5), 303-313.

Gölbaşı, Z., Kelleci, M., & Doğan, S. (2008). Relationships between coping strategies, individual characteristics and job satisfaction in a sample of hospital nurses: Cross-sectional questionnaire survey. *International Journal Of Nursing Studies*, 45(12), 1800-1806.

Gore, A. (1998). A letter from vice president Al Gore. *Common Ground*, 8(3), 1.

Hamborg, K. C., Vehse, B., & Bludau, H. B. (2004). Questionnaire based usability evaluation of hospital information systems. *Electronic Journal of Information Systems Evaluation*, 7(1), 21-30.

Issa, T., & Isaias, P. (2015). Usability and human computer interaction (HCI). *Sustainable Design*. London: Springer.

Kadirhan, Z., Gül, A., & Battal, A. (2015). Sistem kullanılabilirlik ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Journal of Educational Sciences & Practices*, 14(28), 149-167.

Lewis, J. R., & Sauro, J. (2009). The factor structure of the system usability scale. *International Conference On Human Centered Design*. Berlin: Springer.

Locke, E. A. (1969). What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(4), 309-336.

Lu, L., Lu, A. C. C., Gursoy, D., & Neale, N. R. (2016). Work engagement, job satisfaction, and turnover intentions. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 28(4), 737-761.

Nahm, H. (1940). Job satisfaction in nursing. *The American Journal of Nursing*, 40(12). 1389-1392.

Oflezer, C., Ateş, M., Bektaş, G., & İrbay, A. (2011). Bir kamu hastanesinde çalışan işçilerin iş doyumu ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(4), 203-214.

Oshagbemi, T. (2000). Is length of service related to the level of job satisfaction? *International Journal of Social Economics*, 27(3), 213-226.

Özmen, F., Aküzüm, C., Koçoğlu, E., Tan, Ç., & Demirkol, M. (2014). Eğitim kurumlarında sosyal sermayenin iş tatmini üzerindeki etkisi. *Ekev Akademi Dergisi*, 18(58), 333-346.

Sever, A. (1997). *Hemşirelerin iş stresi ile başa çıkma yolları ve bunun sonuçlarının araştırılması*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Sığı, Ü., & Basım, N. (2006). İşgörenlerin iş doyumu ile örgütsel bağlılık düzeylerinin analizi: Kamu ve özel sektörde karşılaştırmalı bir araştırma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 6(12), 131-154.

Smith, P. C., Kendall, L. M., & Hulin, C. L. (1969). *The measurement of satisfaction in work and retirement*. Chicago: Rand McNally.

Sypniewska, B. (2014). Evaluation of factors influencing job satisfaction. *Contemporary Economics*, 8(1), 57-72.

Tunacan, S., & Çetin, C. (2009). Lise öğretmenlerinin iş doyumunu etkileyen faktörlerin tespitine ilişkin bir araştırma. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 29, 155-172.

Türk Dil Kurumu (2018, 5 Ocak 2019) <https://sozluk.gov.tr>

Weiss, D. J., Dawis, R. V., & England, G. W. (1967). Manual for the Minnesota satisfaction questionnaire. *Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation*, 22(120).

Yelboğa, A. (2007). Bireysel demografik değişkenlerin iş doyumuna ile ilişkisinin finans sektöründe incelenmesi. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 1-18.

Yılmaz, M., & Demirkan, A. (2013). Hastane yönetim ve bilgi sisteminin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 5(3), 19-28.

RESEARCH ARTICLE

EVALUATION OF COMPLAINTS IN HEALTH SERVICES IN TURKEY

Yusuf ÖCEL *

ABSTRACT

For improvement of healthcare service quality, consumer researches are mainly focused on satisfaction and loyalty. However, it is also essential to evaluate healthcare-related complaints for an improved service quality. Complaints are made through different communication means. With the advancement of internet, a new venue for complaints has emerged. People who face problems in healthcare services express their complaints over internet. This study aims to examine the complaints, related to health care providers in Turkey, made on the complaint web site (sikayetvar.com). For this purpose, the complaints were examined with content analysis which is a qualitative research method. A total of 1274 complaints made throughout 2018 were extracted to be evaluated. Complaints are classified according to gender of person making complaint, province where the complaints were made, type of health service provider with which complaints were encountered, month of complaint and complaint issues. According to the results of the analysis, behavioral complaints, lack of health care services and waiting issues are the leading problems. In addition, it was found that most complaints were related to health service providers in Istanbul and Ankara provinces, women complained more than men, public hospitals complained more, and most complaints were made in January and July. According to the results of correspondence analysis, the health ministry institutions received more complains about behavioral problems, lack of staff and lack of knowledge, lack of health services and privacy, while private health institutions received complains about price and safety. It is observed that university research hospitals received more complains about lack of physical infrastructure, waiting times, ethics and hygiene. As a result of the study, issues around which the complaints revolved were determined. The type of complaints received for different health care service providers were explored.

Keywords: Complaints, health services, health care providers

ARTICLE INFO

* Duzce University, yusufocel@duzce.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4555-7035>

Received: 11.07.2019

Accepted: 07.01.2020

Cite This Paper:

Öcel, Y. (2020). Evaluation of Complaints in Health Services in Turkey. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(1): 55-80.

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE ŞİKÂyetLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yusuf ÖCEL *

ÖZ

Sağlık hizmet kalitesinin artırılmasında tüketici araştırmalarının önemli bir çoğunluğu memnuniyet, sadakat, bağlılık üzerine gerçekleşmiş olsa da sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesinde şikâyetlerin değerlendirilmesi de büyük önem arz etmektedir. Şikâyetler çeşitli mesaj kanalları ile yapılmaktadır. İnternetin gelişmesi ile birlikte şikâyet mecralarına bir yenisi eklenmiştir. Sağlık hizmetlerinde sorun yaşamış insanlar da internet ortamında bu sıkıntılarını dile getirmektedirler. Bu çalışmada amaç Türkiye’de sağlık hizmet sunucuları ile ilgili internette şikâyetvar sitesinde yapılan şikâyetlerin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda yapılan şikâyetler nitel araştırma yöntemi olan içerik analiz yöntemi ile incelenmiştir. Değerlendirmeye 2018 yılının tamamında yapılan 1274 şikâyet alınmıştır. Yapılan şikâyetler; cinsiyete, sağlık hizmet sunucu türüne, şikâyetin yapıldığı aya, şikâyet konularına ve il bazında sınıflandırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre şikâyet edilen konuların başında davranışsal şikâyetlerin, sağlık hizmeti alamama ve bekleme konuları gelmektedir. Ayrıca en fazla şikâyetin İstanbul ve Ankara illerindeki sağlık hizmet sunucularını ilgilendirdiği, kadınların erkeklere göre daha fazla şikâyet ettikleri, devlet hastanelerinin daha fazla şikâyet edildiği, Ocak ve Temmuz aylarında en fazla şikâyetin yapıldığı ortaya çıkmıştır. Uyum analizi sonucuna göre ise sağlık bakanlığına bağlı kuruluşlar daha çok davranışsal problemler, personel eksikliği ve bilgisizliği, sağlık hizmeti alamama ve mahremiyet konularında şikâyet alırken özel sağlık kuruluşları fiyat ve güvenlik konusunda daha çok şikâyet edilmiştir. Üniversite/egitim araştırma hastanelerinin ise en fazla fiziksel alt yapı yetersizliği, bekleme, etik ve temizliğe dikkat etmeme konularında daha fazla şikâyet edildikleri görülmektedir. Araştırma sonucunda şikâyetlerin hangi konular üzerinde yoğunlaştığı belirlenmiştir. Ayrıca hangi sağlık hizmet sunucularının hangi tür şikâyetleri daha fazla aldığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Şikâyetler, sağlık hizmetleri, sağlık hizmet sunucuları

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğr. Üyesi., Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Bölümü, yusufocel@duzce.edu.tr



<https://orcid.org/0000-0002-4555-7035>

Gönderim Tarihi: 11.07.2019

Kabul Tarihi: 07.01.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Öcel, Y. (2020). Evaluation of Complaints in Health Services in Turkey. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 55-80.

I. INTRODUCTION

With the advancement of technology, internet has become a part of consumers' daily life. According to a survey, more than half of the world's population (over 4 billion) is using internet. In our country, there are 54.3 million internet users (Wearesocial, 2018). Similar to internet, the use of health services is also quite high. In 2017, 718 million people had applied to the health service providers in Turkey (Turkish Ministry of Health [TSB], 2017). It is understood that approximately every person goes to the hospital three times a year. The number of intensive health care providers is 1669 according to the Ministry of Health data. The heterogeneity of health services, which is a labor intensive sector, is at an extreme level. In this respect, service faults are more likely to occur. Service failures are a leading determinant of customer dissatisfaction (Keaveney, 1995). Complaints may arise due to service failures or consumers' lack of awareness of their rights. According to the rights of patients which is one of the basic human rights, patients have the right to benefit from health services, to inform and request information, to choose and switch their health institution and personnel, to keep their privacy, to refuse or terminate the received treatment, to ensure their security, to perform religious practices, to be respected as required by human values, to have comfort, to have visits and accompanying persons, to complain and to sue (Toprak and Şahin, 2012).

Complaint occurs when the consumer's requests are not satisfied due to mistakes made by institutions during the service offerings. Complaints are disagreements in the health service environment (Lloyd-Bostock and Mulcahy, 1994). According to Lovelock and Wright (2002), the complaint is an official expression of dissatisfaction with the experience or any aspect of the service. Complaint is to state- written or orally- the dissatisfaction resulting from failing to fulfill the needs, requests and expectations (Taştan, 2008). Complaints may be related to mental, physical and emotional state (Reader et al., 2014; Lloyd-Bostock and Mulcahy, 1994). In a research report on the National Health Service (NHS), the health system of the United Kingdom (UK), the reasons of patients' complaints are divided into the following five categories: lack of information, lack of care, neglecting/not receiving patient's complaints, disinterest of the staff and the deprivation of basic materials from patients (Clwyd and Hart, 2013).

Businesses can be more responsive to their customers by means of complaint management. They can also satisfy their customers with the help of complaint management and may prevent the complaints from being made again (Gilly et al., 1991). Examination of complaints helps to correct problematic behaviors of staffs, rectify medical treatment and improve quality. Each criticism can be considered as a gift in this direction. Patient complaints not only provide valuable feedback, but also have a proactive value (Wofford et al., 2004). It also offers the opportunity to gain competitive advantage by facilitating comparisons between health institutions as well as evaluation of complaints (Reader et al., 2014).

In Turkey, complaints about health services can be done on various platforms. There has been a dynamic change in health services in recent years. The Ministry of Health has established systems through which the public can communicate complaints to health institutions and related authorities (i.e. Ministry of Health Communication Center- Sabim, Presidency Communication Center CIMER, complaint boxes, Alo 184 line, Patient Rights Provincial Coordination desks). In this way, it is aimed to provide better health services.

II. LITERATURE

Today, the patient profile is such that he/she has a say in treatment practices and is aware of patient rights and technological advances (Toprak and Şahin, 2012). Along with the transformations in health services, performance-based work setting also fosters the idea of developing health services in managers and staffs. In order to increase the communication between the staffs and the patients/patient relatives or to improve the service quality, complaints are of importance to be evaluated. Complaints

are classified in various ways. In the literature, “communication” and “treatment” are the most common complaints (Reader et al., 2014). In a study by Wofford et al. (2004) on the evaluation of complaints about physicians, the complaints are grouped into following seven categories: inaccessibility, disrespect, inadequate information, dissatisfaction with treatment, insecurity, inter-clinic communication and misinformation. According to the results of the study, the ratios of causes of complaints such as disrespect, not receiving treatment, not being informed, insecurity, not access to a physician, miscommunication between clinics, being misinformed are 36%, 23%, 20%, 18%, 15%, 4%, 4% respectively.

Table 1. Classification of Patient Complaints

Domains	Categories	Sub-categories	Complaint Details
Clinical	Quality	Examinations	Unsuccessful examination, inadequate examination, test-examination related problems, unnecessary tests, lack of scanned test
		Patient Journey	Problems in treatment of patients in different clinics
		Healthcare Quality	Treatment quality, nurse quality, coarse treatment, lack of health care, hospital-acquired infection
		Treatment	Inadequate treatment, unexplained complications, inadequate treatment, failed treatment
	Safety	Pharmaceutical mistakes	Medication restriction, incorrect medication, problems related to prescription, neglect of medication
		Wrong diagnosis	Misdiagnosis, negligence of diagnosis, not being diagnosed, not being queued according to urgency-triage, not being diagnosed, diagnosis delays, contradictory diagnosis
		Security related issues	Medical errors, complications, adverse conditions, medical device failure, liability issues, patient death
		Skills	Unprofessional behavior, misapplication of technical and clinical skills, lack of knowledge of health care standards, inadequate team work, insufficient professionalism, misuse of work, irresponsible staffs, inexperienced staffs
Management	Corporate Issues	Bureaucracy	Management, management policies, political structure, organizational structure, handling of complaint, written papers-results-documents, procedures
		Environmental issues	Food, hygiene, other patients, social facilities, lack of bedding, shortage of disabled accommodation
		Pricing and payment	Invoices, costs, parking fee, business applications
		Service related problems	Drug records, service failures, inability to receive services, relocation, no return to calls, not reachable phone line, system failures, cancellations, lack of patient education, parking problem, lack of room or bed
		Human Resources	Poor hospital staff and supply
	Waiting and Accessibility	Access and entrance	Lack of access to staff or services
		Delays	Waiting, postponement of the appointment, postponement of the treatment, postponement of the promise, delay in control
		Discharge	Time of discharge, delays, discharge planning
		Redirection	Delay and refusal in redirecting
	Relationships	Miscommunication	Inadequate, delayed or absent communication with patients
		Invalid Information	Communication of wrong, inadequate, or conflicting information to patients
		Patient-Staff Dialogue	Not listening to patients, lack of shared decision-making, and conflict
	Humaneness /caring	Respect, dignity and caring	Rude, disrespectful or insensitive behaviors to patients
		Staff attitudes	Poor attitudes towards patients or their families
	Patient rights	Abuse	Physical, sexual, or emotional abuse of patients
		Confidentiality	Breaches of patient confidentiality
		Consent	Coercing or failing to obtain patient consent
		Discrimination	Discrimination against patients

Source: Reader et al., (2014).

Hickson et. al., (2002) have grouped patient complaints into six categories. These are communication, humaneness, care and treatment, access and availability, environment, and billing.

Keaveney (1995), in a study conducted in 46 different service sector, customers' reasons for switching services were classified into eight general categories: pricing, inconvenience, core service failures, failed service encounters, response to failed service, competition, ethical problems, and involuntary switching. Pichert et al., (1998) investigated 12000 complaints. Complaints were classified into following six categories: care and treatment, communication, care, access and availability, environment and invoice/payment issues. Pichert et al., (1999) evaluated more than 15000 individual complaints. As a result of that research, the complaints were divided into following six categories: negative perception in health care and treatment, communication, invoice and payment, access to personel, security and hygiene.

According to the results of Colwell et al. (2003) study, it was found that the most frequently reported issues were rudeness and technical problems. Reader et al. (2014) who have reviewed 59 studies in the literature consisting of 88069 complaints have made a classification. The results are shown in Table 1. In the classification, they have gathered complaints on following three main concepts: health care quality and safety (33.7%), health care provider management (35.1%) and staff-patient relationship (29.1%).

In a study conducted on otolaryngologists, issues the patients mostly complained about are treatment, communication, accessibility, patient anxiety and billing respectively (Nassiri et al., 2018).

In a research conducted about the patients' ability to express themselves in case of an issue, it is found that 48.6% of patients have problems and 30.15% of them are not able to express themselves easily (Fisher et al., 2019).

In a study of De Vos et. al. (2019) the most complained issue was formed under the quality/security category. Other complaints are found to be based on patient-employee relationships.

According to the results of a study, it was found that women complain more, the middle and older age group complain more, highly educated people complain more, and the general hospitals receive more complaints than the education and research hospitals. On the basis of region, most of the complaints were from Istanbul and Ankara. In addition, it was observed that the complaint area is more common in the polyclinic services, the physician as a profession group has more complaints, and the most complaints are related to the inability to benefit from health services which is followed by lack of respect and comfort and poor communication (Toprak and Şahin, 2012). As a result of the literature research, it can be seen that patient complaints generally consist of behavioral problems, lack of access to health services, privacy, lack of information, delays, inability to access, physical disabilities and security. The aim of this study was to evaluate the complaints on online servers related to the health services in Turkey. At the end of this evaluation, to determine the health institutions against which complaints have been made is among the sub-goal of the study. In doing so, some recommendations will be offered to improve healthcare service quality. In addition, through this study, it will be analyzed whether there are similarities between the complaints made in Turkey and the ones in other countries (based on prior studies). This study will contribute to the related literature as it takes the whole country (Turkey) into account. As a result, this study will also contribute to development of necessary scales in measuring faults in healthcare services.

III. METHODS

The population of the study is a complaint platform, <https://www.sikayetvar.com>, which consists of the complaints related to healthcare service providers. Healthcare service providers consist of public hospitals, private hospitals, family physicians, oral and dental health centers. www.sikayetvar.com was founded in 2001. This platform receives approximately 6000 complaints per day. Approximately

315000 people visit the site daily. In this platform, all 1332 complaints submitted throughout 2018 were included in the review. However, 58 of these complaints which were not related to healthcare services excluded from the review. In this context, 1274 complaints were analyzed. MS Office Excel 2013 and SPSS 21.0 programs were used to analyze the data. In the analysis of data, content analysis, frequency analysis and correspondence analysis (CA) were used.

The research questions are as follows:

- Question-1: How are complaints about health care providers in 2018 distributed by topic?
- Question-2: What is the relationship between health service providers and complaint issues?
- Question-3: How are complaints distributed by gender?
- Question-4: How are complaints distributed by region?
- Question-5: How are complaints distributed by months?

Qualitative content analysis was applied to the collected data. The main purpose of the content analysis is to reach the concepts and relations that can explain the collected data (Yıldırım and Şimşek, 2016). Qualitative content analysis is divided into three as traditional, oriented and summative (Hsieh and Shanon, 2005). In this study, codes and concepts are formed with an exploratory approach. In this respect, it can be said that a traditional qualitative content analysis method and an inductive approach were employed (Mayring, 2005). The relationship between the data was revealed through coding and concept and theme creation process. Firstly, the data retrieved from the *sikayetvar.com* website was transferred to Excel 2013. Then the collected 1274 data was read one by one and the complaints about the same subject/section were coded. The concepts of the data encoded in the next step are formed. Codes that are close to each other are grouped under a concept (clustering). In the last step, the concepts related to one are gathered under the same theme (category). In addition, during the examination of these data, the variables such as, complainant's gender, healthcare provider type, province complaints made, month when complaints made, the content of the complaint, the occupation of complainant are coded. Codes and themes were numbered and transferred to SPSS 21 package program. The results of the frequency and correspondence analysis were interpreted. Correspondence analysis is an explanatory multivariate technique in which a data matrix, rows and columns are represented as dots and transformed into a specific graphical image (Greenacre and Hastie, 1987).

IV. FINDINGS

In this section, content analysis was performed by using Excel 2013, and SPSS 21 package program were used for frequency analysis and correspondence analysis. Association of codes, distribution of complaints by concepts and themes, gender, province, type of healthcare provider, months and complaint topics are included in this study. The analysis was structured under 13 themes (categories), which consist of behavioral complaints, lack of health services, lack of staff and lack of knowledge, physical infrastructure insufficiency, waiting, ethics, appointment issues, accessibility problem, not being informed, security vulnerability, price and payment, hygiene, non-compliance and privacy. In the study, all complaints are considered as findings and are shown in the tables in single frequency codes. The study was re-coded three times by the same investigator.

4.1. Codes, Concepts and Themes

The codes, concepts and themes that emerged as a result of the analysis of the 1274 complaints that were taken into consideration in relation to the health service providers on the mentioned platform are shown below (Table 2). A total of 10 themes have been developed by linking the concepts with codes. These concepts are behavioral complaints, waiting, lack of health services, lack of staff, lack of

knowledge, lack of physical infrastructure, problem of accessibility, problem of ethics, security weakness, price and payment problems and other complaints.

Table 2. Themes and Concepts

Theme	%	Concepts	# of codes	Code fre.	%
Behavioral Complaints	37	Physician attitudes	11	289	13.65
		Nurse attitudes	5	51	2.41
		Attitudes of other complementary healthcare staff	11	241	11.38
		Irresponsibility	20	117	5.53
		Disrespect	8	47	2.22
		Lack of response to requests	12	26	1.23
		Physical and psychological violence	7	31	1.46
Lack of Healthcare Services	12	Examination service	17	135	6.38
		Treatment service	12	111	5.24
		Analysis / Tests	5	6	0.28
Waiting Times	12	Waiting for examination	8	88	4.16
		Waiting for treatment	6	33	1.56
		Waiting for analysis and tests	8	22	1.04
		Booking	7	104	4.91
Lack of Physical Infrastructure	8	Medical infrastructure	11	41	1.94
		Environmental issues	25	43	2.03
		Medical tools and machines	18	34	1.61
		Web services	20	46	2.17
Lack of Staff and Knowledge	8	Lack of staff	9	82	3.87
		Lack of knowledge	11	79	3.73
Accessibility	7	Access to test and treatment results	13	40	1.89
		Access to staff	13	32	1.51
		Information	7	70	3.31
Ethical Issues	6	Ethical issues related to booking	6	52	2.46
		Examination queues	7	28	1.32
		Price	15	24	1.13
		Attitude	19	24	1.13
Security	5	Healthcare	16	62	2.93
		Managerial	18	48	2.27
Pricing and Payment Issues	2	Pricing of a mandatory service	12	24	1.13
		High Pricing	8	13	0.61
		Unequal pricing	5	5	0.24
Other Complaints	3	Hygiene	4	45	2.13
		Privacy	8	24	1.13
		Total	382	2117	100

The above Table 2 presents some of the answers to the research questions. Research question-1: What is the distribution of complaints about health care providers in 2018 based on topics? Table 2 shows that the highest number of complaints had occurred in the behavioral complaints theme (802 complaints, 37%). Afterwards, the second most received complaints were about not receiving healthcare service (252 complaints, 12%) and waiting (247 complaints, 12%). Following that, the lack of physical infrastructure (164 complaints, 8%) and the lack of staff and ignorance (161 complaints, 8%) are the complaints. The accessibility problem has a 6% rate with 128 complaints. The lowest complaint is about security (110 complaints, 5%), price and payment (42 complaints, 2%), hygiene (45 complaints, 2.13%) and privacy (24 complaints, 1.13%). In the following section, each theme and the codes associated with the theme will be shown in detail.

Tablo 3. Behavioral Complaints Theme and Related Codes

Themes	Concepts	Codes	Code Frequency
Behavioral Complaints 37%	Physician's Behavior (11 code, 289 complaints)	Doctor's indifference	129
		Doctor's rough behavior	113
		The doctor does not listen to the patient	25
		Doctor's disrespectful speech	10
		Doctor insulting	4
		Lack of communication between doctors	2
		Insensitive behavior of doctors	2
		Doctor's not tracking patient	1
		Doctor's arbitrary application	1
		Physician not taking responsibility	1
		The irresponsible behavior of the doctor	1
	Nurse Behavior (5 code, 51 complaint)	Rough behavior	29
		Indifferent behavior	18
		Not being on time	2
		Ill manners	1
		Insulting	1
	Behavior of Auxiliary Health Service Staff (11 codes, 241 complaints)	Rough behavior of staff	123
		Indifference of staff	107
		Insulting personnel	3
		Staff's cynical behavior	1
		Staff not doing their job	1
		Not smiling	1
		Rebuffing staff	1
		Personnel not to take his work seriously	1
		Not motivated staff	1
		Management's indifference	1
		Rough behavior of laboratory workers	1
	Irresponsibility (20 Codes, 117 complaints)	Failure to pay attention to working hours	51
		Complaints are not taken seriously	29
		Pert behavior	11
		Talking on the phone during working hours	5
		miscommunication	3
		Failure to submit reports on the system	3
		Sleeping staff	2
		Lack of discipline	2
		Careless action	1
		Employees wearing formal uniform outside the institution	1
		Turning down requests	1
		Late response to demands	1
		Nurse issuing prescription	1
		Authorizing a secretary outside of credentials	1
		Giving results to other patients	1
		Not reviewing test results given by other institutions	1
		Staff chatting among each other during business hours	1
		Dealing with other businesses during working hours	1
		Failure to register a complaint	1
	Disrespect (8 codes , 47 complaints)	Disrespect	33
		Cynicism	5
		Lack of empathy	2
		Looking down on patients	2
		Shutting the phone on patient's face	2
		Smugness	1
		Hostile behavior	1
		Offending	1

Table 3. Behavioral Complaints Theme and Related Codes-Continue

Themes	Concepts	Codes	Code Frequency
Behavioral Complaints 37%	Not responding to requests (12 codes, 26 complaints)	Not allowing to escort a patient	8
		Not receiving requested treatment	3
		Not giving a patient the right to choose	2
		Failure to perform the desired operation	2
		Failure to get the examination from the desired physician	2
		Not receiving requested test	2
		Failure to increase the disabled rate on report	1
		Failure to get the desired treatment from home healthcare	3
		Inconsistent test results	1
		Treatment contrary to patient's will	1
		Not giving the opportunity to consider	1
	Physical and Psychological violence (7 codes, 31 complaints)	Tough attitude during treatment	21
		Physical violence	4
		Threatening	2
		Verbal harassment	1
		Agitation	1
		Putting pressure	1
		Forced elderly patients to come to hospital	1
	Total Complaints		802

Table 3 shows the codes and concepts related to the theme of behavioral complaints. When Table 3 is examined, it is seen that there are 74 codes and 802 complaints. It is understood that behavioral problems are the highest among the complaints (37%). When the codes are classified among themselves, 7 concepts are seen. These concepts have been named as the behavior of physicians, nurses and other auxiliary health workers which are irresponsibility, disrespect, not responding to requests and physical/psychological violence. This table also shows that, there are 289 complaints about the behavior of the doctors. Among the most frequently complained subjects related to doctors are their uninterested and rude attitude; they are not listening to the patient. In the second place, there are complaints about the behaviors of other auxiliary healthcare workers (241 complaints). Coarse and irrelevant behavior of other auxiliary health services employees are the most frequently complained subjects. In the third place, there are complaints about irresponsibility (117 complaints). In this section, irregular working hours, dismissal of complaints, pert behaviors are the most complained. Nurse behaviors (51 complaints), disrespect (47 complaints), physical/psychological violence (31 complaints) and not meeting requests (26 complaints) constitute other concepts.

In Table 4, codes and concepts related to theme, “not receiving medical service” are shown. A total of 34 codes and 252 complaints emerged for this theme. When Table 4 is examined, it is seen that the codes are divided into 3 according to the complaint subjects. These concepts are named as examination service, treatment service and tests analysis service. Table 4 shows that complaints related to examination services received the most (135 complaints). Inability to take medication and inability to benefit from examination priority, inadequate examination and not being examined are commonly evaluated complaint issues in the context of this concept. In second place, there are complaints about treatment service (111 complaints). In this concept, the most frequent complaints are inability to receive treatment and inadequate treatment. Finally, there are complaints about the analysis/test service (6 complaints). Under this concept, inability to get an analysis done, inability to get a test, and inability to get an ultrasonography test complaints appear.

Table 4. Non-Health Care Theme and Related Codes

Themes	Concepts	Codes	Code Frequency
Not Receiving Medical Service 12%	Examination Service (17 codes, 135 complaints)	Not getting examined	87
		Inability to get medication or prescription	14
		Inadequate examination	9
		Inability to benefit from examination priority	6
		Not getting examined in emergency	2
		Inability to present test results	2
		Physician is off on the day of appointment	2
		Not getting registered to walk-in clinic	2
		Inability to get examined in a different clinic other than registered clinic	1
		Not receiving ambulance for bedded patient	1
		911 emergency service did not come	3
		Child under 18 is not able to receive treatment without guardian	1
		Physician does not check on the patient	1
		Issuing improper report	1
		Reducing disabled rate on report while patient's health status gets worse	1
		Not getting examined without appointment	1
		Very short examination duration	1
	Treatment Services (12 codes, 111 complaints)	Not receiving treatment	84
		Inadequate treatment	13
		Poor medical care	3
		Inability to access to medicine	3
		Inability to go under operation	1
		Not receiving treatment in emergency for patients without insurance	1
		Careless healthcare service	1
		Aborting treatment procedure incomplete	1
		Nurse does not do medical dressing	1
		Not receiving treatment in walk in clinics	1
		Treatment ended without recovery	1
		Necessary injection was not applied on time	1
	Test/analysis Services (5 code, 6 complaints)	Inability to get a test	2
		Inability to get analysis	1
		Inability to get ultrasonography test	1
		Necessary tests were not demanded by the physician	1
		Limited time was given for necessary tests to be performed	1
Total complaints			252

In Table 5, the codes and concepts related to the lack of staff and staff's lack of knowledge are shown. A total of 20 codes and 161 complaints have emerged in this theme. When Table 5 is examined, it is seen that the codes are divided according to the complaint subjects. These concepts are called deficiency and ignorance. Table 5 shows that within the concept of deficiency the most complaints are lack of staff and inexperienced staff (82 complaints). In this concept, most of the complaints are lack of physicians and lack of staff. Secondly, complaints about the concept of lack of knowledge follow (79 complaints). In this concept, inexperienced physician, inexperienced staff, the inability to perform treatment and the inexperienced nurses are more common.

Table 5. Lack of Staff and Inexperienced Staff Theme and Related Codes

Themes	Concepts	Codes	Code Frequency
Lack of Staff and Inexperienced Staff 9%	Deficiency (9 code 82 complaints)	Lack of physicians	65
		Lack of staff	8
		Lack of nurse	2
		Lack of guidance	2
		Lack of medical staff	1
		Off duty physician	1
		Inadequate ambulance staff	1
		Junior physician examining patients	1
		Paramedic examining patients	1
	Lack of Knowledge (11 code, 79 complaints)	Inexperienced physician	50
		Inexperienced staff	11
		Inability of physician to pursue the examination	4
		Inexperienced nurses	4
		Failure to grasp the seriousness of illness	3
		Failure to register a patient	2
		Misunderstanding	1
		Failure to understand the disease	1
		Operational practice lacking aesthetics	1
		Appointment to an out of service hospital	1
		Appointment to a relocated physician	1
		Total complaints	161

Table 6 shows the codes and concepts related to the theme of physical infrastructure deficiency. A total of 74 codes and 164 complaints emerged in this theme. On this table, the codes are divided according to the complaint subjects. These concepts are called medical infrastructure, environmental problems, tools and web services.

Table 6. Lack of Physical Infrastructure Theme and Related Codes

Theme	Concept	Codes	Code Frequency
Lack of Physical Infrastructure 7%	Medical Infrastructure (11 code, 41 complaints)	Medical supplies and equipment deficiency	17
		Lack of medicine	9
		Damaged medical device	5
		Poor quality medical equipment	2
		Lack of hospital	2
		Lack of health center in the vicinity	1
		Treatment available only in private hospitals not in public institutions	1
		No emergency service	1
		Physician not from all branches are present in emergency service	1
		Absence of hemodialysis unit	1
		Absence of desired clinic in the hospital	1
	Environmental Problems (25 codes, 43 complaints)	Insufficient physical infrastructure	11
		Difficulty of road access	7
		Too many appointments given causing confluence	2
		Low quality food	2
		Parked vehicles blocking emergency entrance	1
		Too much noise in hospital	1
		Heating problem	1
		Lack of proper office to submit test results	1
		Lack of direction in hospital	1
		Irregular meal hours	1
		Continuously same menu is offered	1
		No canteen	1
		Having to go to restroom for certain tests	1
		Lack of washbasins	1
		Conflict among patients	1
		Too much crowd	1
		Conflict among the information on signs and the information given by staff	1
		No breastfeeding room	1
		Disorder	1
		Use of patient beds by patient companions	1
		Inadequate parking	1
		Not having access to hospital parking	1
		Bad location for a hospital	1
		The physical area is narrow	1
		The corridors are very crowded	1
	Tools and Equipment (18 codes, 34 complaints)	Failure of automation system	5
		Failure to find intensive care bed	4
		Lack of ventilation	4
		Lack of room in hospital	3
		Disturbing ventilation and generators	2
		Lack of incubators	2
		Faulty elevator	2
		Online physician appointment system (MHRS) fault	2
		Faulty tv unit	1
		Lack of comfortable seat for patient companion	1
		Patient beds are out of service	1
		Disturbing noisy hospital equipment	1
		Lack of wheelchair	1
		Lack of elevator in hospital	1
		Lack of paper towel in restrooms	1
		Faulty sink faucets	1
		Inability to use restrooms	1
		Faulty food vending machine	1

Table 6. Lack of Physical Infrastructure Theme and Related Codes-Continue

Theme	Concept	Codes	Code Frequency
Lack of Physical Infrastructure 7%	Web Services (20 codes, 46 complaints)	Mismatching hospital and online physician appointment system (MHRS)	20
		Failure to access MHRS system	5
		Mismatching e-government system and hospital records	3
		Failure to renew password on MHRS system	2
		Failure to get appointment to somebody else on the same mobile app	1
		Unable to receive password from MHRS	1
		MHRS not working	1
		Failure to register on MHRS	1
		Poor mobile application interface	1
		Inconsistent information on the web and at the hospital	1
		MHRS system is difficult to use	1
		Faulty internet system	1
		MHRS is always busy	1
		Failure to make reappointment on MHRS system or hospital system	1
		Failure to correct an inaccurate appointment	1
		Failure to complete appointment process system	1
		Busy(irresponsive) MHRS system for a long time	1
		MHRS system application not synced with hospital appointment system	1
		Not using the internet infrastructure for an appointment	1
		E-pulse system (another health information system) not available	1
		Total complaint	164

As it is seen on Table 6, most complaints about physical infrastructure are related to web services (46 complaints). In this concept, mismatching hospital records and MHRS (Online Physician Appointment System) system, failure to access the MHRS system, mismatching E-government system and hospital records are the most complained problems. In the second place, there are complaints about environmental problems (43 complaints). In this concept, the lack of physical infrastructure, the difficulty of road access, too many appointments on the same day, lack of good food are the most complaints. In the third place, there are complaints about medical infrastructure (41 complaints). In this concept, lack of medical equipment and devices, lack of medication, faulty medical devices are the most common complaints. It is seen that there are complaints about the equipment in the fourth place (36 complaints). Failure of the automation system, lack of intensive care beds, lack of ventilation, and lack of beddings in hospital are the most common complaint subjects evaluated in the context of this concept.

The codes and concepts related to waiting theme are shown on Table 7. In this theme, a total of 29 codes and 247 complaints emerged. When the Table 7 is examined, it is seen that the codes are divided according to the complaint subjects. These concepts are named as examination, treatment, analysis / tests and waiting for appointment.

Table 7. Waiting Theme and Related Codes

Theme	Concept	Codes	Code Frequency
Waiting 12%	Examination (8 codes, 88 complaints)	Long waiting times for examination	50
		Appointments given to much further dates	16
		Unnecessary waiting	12
		Holding an emergency patient	5
		Delays on appointed examination	2
		Delaying treatment with too many appointments	1
		Long waiting queues on MHRS	1
		Giving appointments for emergency situation	1
	Treatment (6 codes, 33 complaints)	Too many redirections to different offices	12
		Long waiting times for treatment	10
		Unnecessary redirections	8
		Long waiting times for an ambulance	2
		Delaying treatment for urgent patient	1
	Test (8 codes, 22 complaints)	Long waiting times to receive test results	9
		Long waiting times to get a test done	6
		Test appointments given to further dates	2
		Long waiting times for operations	1
		Long waiting lines for tests	1
		Processes takes too long	1
		Not receiving reports on time	1
		Having to go through too many processes	1
	Appointment (7 codes, 104 complaints)	Inability to get appointment	64
		Inability to get appointment through MHRS	31
		Inability to get number from queue system	4
		Inability to get appointment through Internet	2
		Inability to get appointment from hospital	1
		Inability to get dental appointment	1
		Inability to get appointment due to busy phone lines	1
		Total Complaints	247

Table 7 shows that the most common complaints are related to the appointment concept that is under waiting theme (104 complaints). In this concept, inability to make appointment, inability to make appointment from MHRS or inability to get queue number are more common. In the second place, there are complaints about the examination concept (88 complaints). In this concept, there are many complaints such as giving appointments to future dates, excessive waiting times, and holding emergency patient too much for examination. In the third place, there are complaints about treatment concept (33 complaints). In this concept, the complaints are as follows: too many redirections to different offices (referral, etc.), long waiting time for treatment and unnecessary referral complaints. In the fourth place, there are complaints about the concept of analysis / examination (22 complaints). In this concept, the complaints are as follows: long waiting times to receive test results and long waiting times to get a test done.

Table 8 presents codes and concepts related to the theme of ethical problems. A total of 47 codes and 128 complaints emerged in this theme. When Table 8 is examined, it is seen that the codes are divided according to the complaint subjects. These concepts are named as ethical problems related to appointment, examination queue, financial and behavioral.

Table 8. Ethical Issues Theme and Related Codes

Theme	Concept	Codes	Code Frequency
Ethical Issues %6	Ethical Problems Regarding Appointment (6 codes, 52 complaints)	Not keeping up with appointment time	30
		Cancellation of appointment	14
		Not to pay attention to appointment date	5
		Postponement of appointment in MHRS	1
		Change in appointment time via MHRS without informing	1
		Unjust queuing for appointment	1
	Examination Queue (7 codes, 28 complaints)	Not following with the examination queue	13
		Formation of unjust examination queue	10
		Priority given to patients that give gifts to employees	1
		Not to give priority to disabled patients	1
		Not to respecting patient priority rules	1
		Not following with the scanning queue	1
		Patients kept waiting due to the examination of a Parliament Member	1
	Financial (15 codes, 24 complaints)	Physicians' focus on financial gain	9
		Unjust pricing among patients	2
		Requesting money for examination that is not performed	1
		Inconsistent pricing for ambulance service	1
		Inconsistent pricing for the same service at different times	1
		Physician asks for money for medical operation	1
		Asking for a test just to make profit	1
		Request for substitution of the medication used in medical treatment	1
		Private Hospitals easily opt for operation for treatment to make profit	1
		Exaggeration in the records of applied treatments	1
		Unnecessary tests and exams	1
		Inconsistent pricing at different public institutions	1
		Change in prices before and after the operation	1
		Offering service depending on payment	1
		Private Hospitals' income-oriented service attitude	1
		Behavioral (19 Codes, 24 Complaints)	Lying
	Inconsistent attitude towards different patients		2
	Inconsistent procedures at different public institutions		2
	Ambulance driver goes shopping by ambulance		1
	Physicians not being fair on issuing medical leave report		1
	Occupation of disabled parking with the direction of security		1
	Discrimination based on ethnicity		1
	Prescribing medication based on patients' desire		1
	Treating patients as an experimental subject		1
	Covering up the fault of physicians		1
	Bird repelling structures on hospital windows		1
	Inconsistency in creating patient records		1
	Unethical behavior		1
	Managers' inconsistent attitude towards different patients		1
	Physicians' special treatment to particular patients		1
	Substituting physician		1
	Physician dealing with things outside his/her profession		1
	Medication containing harmful substances		1
	Getting medical leave report without going hospital	1	
Total Complaints			128

Table 8 shows that the most complaints in the theme of ethical problems are problems related to appointment (52 complaints). Not keeping with the appointment time, cancellation of the appointment, not paying attention to the date of the appointment are among the most common complaints. In the second place, it is seen that there are complaints about the examination queue (28 complaints). In this concept, the most complaints are due to not following with the examination queue and formation of unjust examination queue. In the third place, there are complaints about the finance concept (24 complaints). In this concept, the most complaints are due to physicians' focus on financial gain. In the fourth place, it is seen that there are complaints about the concept of behavior. In this concept, lying, inconsistent attitude towards different patients are among top complaints.

Table 9 shows the codes and concepts related to the accessibility problem theme. A total of 33 codes and 142 complaints emerged in this theme. When Table 9 is examined, it is seen that the codes are divided according to the complaint subjects. These concepts are named as access to process results, access to staff and access to information.

Tablo 9. Accessibility Problems Concept and Related Codes

Theme	Concept	Codes	Code Freq.
Problem of Accessibility %4	Access to Process Results (13 codes, 40 complaints)	Not reaching to results	17
		Inability to get medical report	10
		Inability to access results from the Internet	2
		Inability to access results on e-pulse system (mobile app for health services)	2
		Inability to access health services through e-government system	1
		Inability to see information or lack of update on e-pulse System	1
		Inability to access prescription on the System	1
		Not sending the report from the hospital to the relevant institution	1
		Incorrect records on e-pulse system	1
		Failure to get historical information	1
		Not sending death documents to the related authority	1
		Inability to get billing	1
		Sending the health report to the related institution in a very long time	1
	Access to Staff (13 codes, 32 complaints)	Inability to reach on the phone	13
		Inability to reach 184 call centers (healthcare assistance)	7
		Inability to reach staff	2
		Inability to reach a physician on the phone in case of emergency	1
		Inability to reach a physician	1
		Inability to reach pharmaceutical company	1
		Inability to reach a physician for a long time	1
		Inability to reach 182 call centers (hospital appointment system)	1
		Inability to send an e-mail to hospital	1
		Inability to find a contact person to report complaints	1
		Management does not discuss with patient	1
		Inability to find an authority to report private hospitals	1
		Failure to get a report sealed	1
	Access to Information (7 codes, 70 complaints)	Inability to get Information	48
		Lack of notification for canceled appointments	16
		Not giving information before surgery	2
		Inability to get information from 171 call center	1
		Inability to get a response from 184 call center	1
		Lack of directions in use of a drug	1
		Not getting informed about pricing prior to a procedure	1
Total Complaints			142

Table 9 demonstrates that the most complaints are the concept of not being informed in the theme of accessibility (70 complaints). In this concept, it is seen that there are complaints about not receiving information, not being notified for cancelled appointments and not being informed before being taken into operation. In the second place, there are complaints about the concept of access to the process results (40 complaints). In this concept, there are more complaints about inability to access results, inability to get reports, inability to access results from internet, inability to access results on the e-pulse system. In the third place, it is seen that there are complaints about the concept of access to the staff (32 complaints). In this concept, inability to reach the staff on the phone, the failure to reach the 184 Call Center and the inability to reach the staff are the most common complaints.

Table 10 shows the codes and concepts related to the Security Vulnerability Theme. A total of 32 codes and 110 complaints have emerged in this theme. When the Table 10 is examined, it is seen that the codes are divided according to the complaint subjects. These concepts are called as health services and administrative services.

Table 10. The Security Theme and Related Codes

Theme	Concept	Codes	Code Freq.
Security 3%	Health Services (16 codes, 62 complaints)	Wrong treatment	30
		Incorrect diagnosis	7
		Harmful treatment	6
		Issuing wrong medication	5
		Wrong medicine use	2
		Incorrect test results	2
		Damage as a result of treatment of interns	1
		Giving damaged medicine	1
		Getting infection in hospital	1
		Requesting wrong test	1
		Improper testing	1
		Damaging healthy tooth	1
		Unnecessary treatment	1
		Wrong decision making as a result of the report	1
		Issuing medication without diagnosis	1
		Severe damage to the patient during surgery	1
	Administrative Services (18 codes, 48 complaints)	Financial loss	11
		Misinformation	7
		Security vulnerability	5
		Wrong registration	4
		Issuing incorrect report	3
		Misdirection	3
		Confusing patient with conflicting information	3
		Missing information on medication paper	2
		Theft	1
		Incorrect information on medication report	1
		Ignoring parking penalty	1
		Injury in hospital	1
		Conflicting information received on the phone and received from personnel in hospital	1
		Conflicting statements from the ministry of health and the hospital	1
		Lack of security in children's playgrounds	1
		Charging for a service that is not provided	1
		Charging twice for room price	1
		Charging for examination without getting examined	1
Total Complaints			110

When Table 10 is examined, it is understood that the most complaint in terms of security weakness is the concept of health service (62 complaints). In this concept, the wrong treatment, misdiagnosis, harm to the patient during treatment, issuing wrong medication are the most commonly observed ones. In second place, there are complaints about the concept of administrative services (48 complaints). In this concept, misinformation, security weakness, wrong registration complaints are the most common ones.

Table 11 shows the codes and concepts related to pricing and payment theme. A total of 25 codes and 42 complaints emerged in this theme. When Table 11 is examined, it is seen that the codes are divided according to the complaint subjects. These concepts are called as charging for essential health services, high prices and conflicting prices.

Table 11. Pricing and Payment Theme and Related Codes

Themes	Concepts	Codes	Code Freq.
Prices and Payments 3%	Charging for Essential Health Services (12 codes, 24 complaints)	Emergency department requests fee	6
		Public hospital receives money from patients	6
		Charging for ambulance in transferring to another hospital	2
		Having to pay for medication	2
		Charging for compulsory examination for driving license	1
		Inability to get return fee	1
		Health services being offered as paid in public hospitals	1
		Charging for examination	1
		Requesting a report fee in a public hospital	1
		Having to pay for tests and scans	1
		Charging for health report	1
		Demanding money from cancer patients	1
	High Prices (8 codes, 13 complaints)	Prices of private hospitals are very high	3
		Continuous rise in prices	2
		Increased medication prices	2
		Prices in hospital canteen are too high	2
		Charging too much	1
		Prices of medical supplies are too high	1
		Examination, tests and scan prices are too high	1
		Charging too much for analysis	1
	Conflicting Prices (5 code, 5 complaints)	Different pricing for same services	1
		Both charging for insurance premium and for diagnosis	1
		Billing despite paid insurance prime	1
		Too much difference in pricing between hospitals	1
		Different price applications in medication	1
Total Complaints			42

Table 11 shows that the most complaints in the pricing and payment theme are in the concept of charging for essential services (24 complaints). In this concept, charging for emergency services, charging patients in public hospitals, requesting ambulance fee from patient in redirecting to another hospital, and having to pay for medication are among the most common complaints. In second place, there are complaints about high prices concept (13 complaints). In this concept, most of the complaints are that the private hospitals offering services for very high prices, a continuous increase in prices, the increase of the medication prices and the prices in hospital canteen are very high. In the third place, there are complaints about conflicting price concept (5 complaints). In this concept, different price applications for the same service, charging both for insurance premium and examination, charging for a health service despite the payment of the insurance prime in the hospital etc. are observed.

Table 12 shows the codes and concepts related to other complaints. A total of 13 codes and 69 complaints emerged in this theme. When the Table 12 is examined, it is seen that the codes are divided according to the complaints subjects. The concepts included in this theme are hygiene and privacy.

Table 12. Other Complaints Theme and Related Codes

Theme	Concepts	Codes	Code Frequency
Other Complaints %3	Hygiene Problems (4 codes, 45 complaints)	Not paying enough attention to hygiene	41
		Pets inside the hospital	2
		Street animals strolling around inside the hospital	1
		Dirty toilets	1
	Privacy (8 codes, 24 complaints)	Not respecting privacy	17
		Unauthorized use of personal data	1
		Lack of female physicians	1
		Lack of respect for patient's private life	1
		Sharing patient information with 3rd persons	1
		Not respecting privacy in restrooms	1
		Rooms not suitable for privacy	1
		Examination on patient's name	1
Total Complaints			69

When Table 12 is examined, the most common complaint in hygiene problems is the complaint of not paying attention to hygiene (41 complaints). In the concept of privacy, it is composed of complaints such as not respecting the privacy of individuals, unauthorized use of personal data, not having a female physician, not respecting private life (24 complaints).

4.2. Findings of Frequency Analysis

In this section, questions 3, 4 and 5 of the study are tried to be answered. These are; The distribution of complaints by gender, The distribution of complaints by region, The distribution of complaints by months.

Table 13 shows the gender distributions of the complainants. The gender is estimated based on profile names and photographs provided by the complainants. By looking at Table 13, it is seen that the most complainants are female. The above statistics show that the complaints were made 53.1% by women (677 people) and 46.5% by men (592 people).

Table 13. Gender Distribution of the Complainants

Gender	Num. of Complaints	Complaint Ratio %
Anonymous	5	0.4
Female	677	53.1
Male	592	46.5
Total	1274	100.0

Table 14 shows the distribution of complainants by region. The aim of this analysis is to signify the province in which the complaint was made. Inferring from the names of the hospital mentioned or city names provided within the complains, the region was estimated. However, some of the complainants did not state the region or the hospital where they complained. These people complain about health services in a general manner regardless of where they are.

Table 14. Distribution of Health Care Providers by Cities

City	Complaint Freq.	%	City	Complaint Freq.	%	City	Complaint Freq.	%
İstanbul	302	23.7	Denizli	7	0.5	Ağrı	2	0.2
City not signified	284	22.3	Hatay	7	0.5	Bilecik	2	0.2
Ankara	75	5.9	Manisa	7	0.5	Bolu	2	0.2
İzmir	64	5	Çanakkale	6	0.5	Giresun	2	0.2
Bursa	50	3.9	Edirne	6	0.5	Kırklareli	2	0.2
Kocaeli	36	2.8	Niğde	6	0.5	Rize	2	0.2
Antalya	30	2.4	Zonguldak	6	0.5	Siirt	2	0.2
Mersin	26	2	Karaman	6	0.5	Sinop	2	0.2
Tekirdağ	22	1.7	Afyon	5	0.4	Uşak	2	0.2
Adana	19	1.5	Kütahya	5	0.4	Şırnak	2	0.2
Aydın	19	1.5	Mardin	5	0.4	Bartın	2	0.2
Balıkesir	19	1.5	Osmaniye	5	0.4	Adıyaman	1	0.1
Eskişehir	17	1.3	Amasya	4	0.3	Artvin	1	0.1
Gaziantep	17	1.3	Burdur	4	0.3	Bingöl	1	0.1
Muğla	17	1.3	Erzurum	4	0.3	Bitlis	1	0.1
Kayseri	16	1.3	Malatya	4	0.3	Çorum	1	0.1
Sakarya	14	1.1	Ordu	4	0.3	Elazığ	1	0.1
Trabzon	13	1	Şanlıurfa	4	0.3	Gümüşhane	1	0.1
Diyarbakır	12	0.9	Van	4	0.3	Hakkari	1	0.1
Isparta	12	0.9	Aksaray	4	0.3	Kırşehir	1	0.1
Sivas	12	0.9	Erzincan	3	0.2	Muş	1	0.1
Konya	10	0.8	Kars	3	0.2	Nevşehir	1	0.1
K.Maraş	9	0.7	Yozgat	3	0.2	Tokat	1	0.1
Samsun	9	0.7	Karabük	3	0.2	Kırıkkale	1	0.1
Kastamonu	8	0.6	Düzce	3	0.2	Ardahan	1	0.1
Yalova	8	0.6	Sub total	118	%9	Sub total	36	%3.6
Sub total	1.120	%87.4				Grand Total	1274	%100

By looking at Table 14, it is seen that the province with the most complaints is Istanbul (302 complaints, 23.7%). Second place is Ankara (75 complaints, 5.9%). Other provinces are respectively; İzmir (64 complaints, 5%), Bursa (50 complaints, 3.9%) and Kocaeli (36 complaints, 3.8%). These statistics show that there is direct correlation between the population of cities and the number of complaints received from those cities.

Table 15 shows the distribution of complaints by months. When the table is examined, it is seen that the most complaints were made in January and July. In January, there were 124 complaints (9.7%) and 123 complaints (9.7%) in July. In general, number of complaints on other months is similar in number.

Table 15. Complaint Frequency by Months

Months	Complaint Frequency	%
January	124	9.7
February	123	9.7
March	117	9.2
April	113	8.9
May	112	8.8
June	108	8.5
July	107	8.4
August	105	8.2
September	96	7.5
October	93	7.3
November	91	7.1
December	85	6.7
Total	1274	100.0

Table 16 shows the distribution of the number of complaints according to the type of health care providers. In the content analysis, for 240 complaints (18.8%) it was not possible to know which health care provider was the subject matter. State hospitals have received 550 complaints (43.2%) which have been the most complained health service providers. Subsequent health service providers were University Research hospitals (240 complaints, 16%), Dental Health Centers (123 complaints, 9.7%), private hospitals (88 complaints, 6.9%), Family healthcare services (69 complaints, %5.4).

Table 16. Distribution of Complaints based on Type of Health Care Providers

Type of Health Care Provider	Complaint Frequency	Complaint Ratio %	Number of Facility*
State Hospitals	550	43.2	879
Anonymous Complaints	240	18.8	-
University/Research Hospitals	204	16	68
Dental Health Center (State)	123	9.7	151
Private Hospitals (Including Private Clinique)	88	6.9	571
Family Healthcare	69	5.4	22000
Total	1274	100.0	23669

*Ministry of Health, Healthcare Annuals, 2017

When the number of health facilities on above table is taken into account, it can be said that the least complaints are related to family healthcare. Private hospitals follow that ratio.

4.3. Correspondence Analysis

In this section, the correlation between complaint themes and health care providers will be examined. Through the correspondence analysis (Figure 1) we investigated the relationship between the type of hospital and the complaints. The results show type of complaints that health care provider receives. As a result of this research, the second research question was tried to be answered.

When we look at Figure 1, we can observe that the health service providers that receive the most complaints are state hospitals and university/research hospitals which are closer to the origin on the graph. The institutions that receive the least complaints are family health care, dental health center and private health institutions.

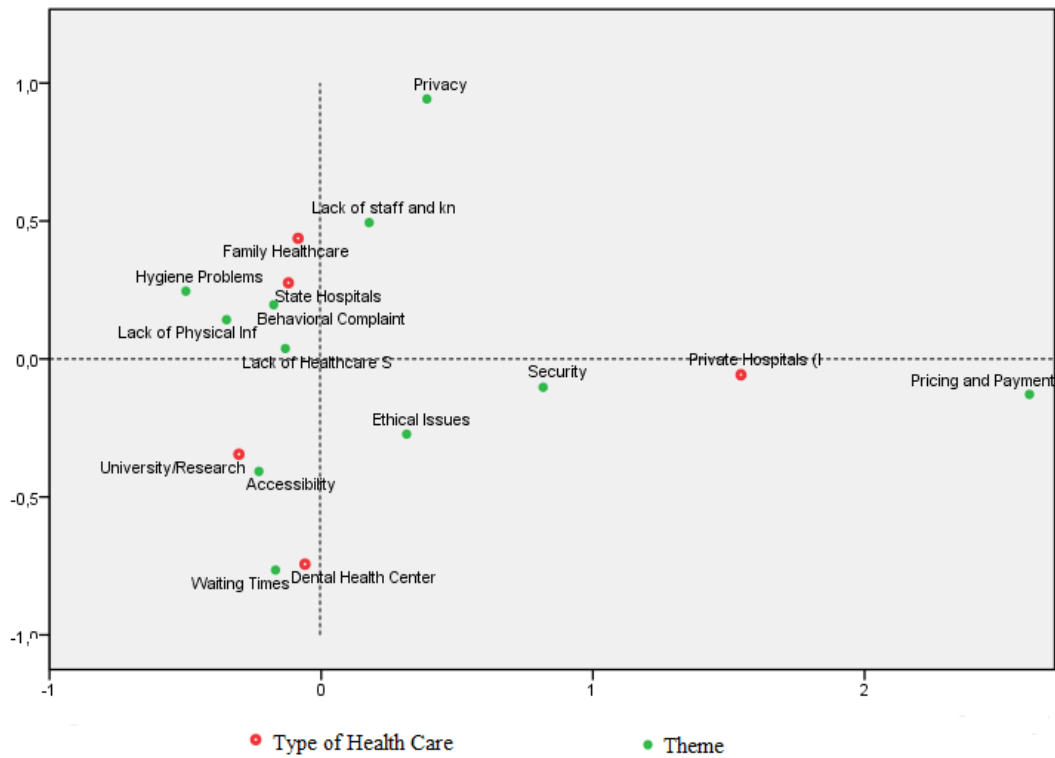
Figure 1. Result of Correspondence Analysis of Complaints for Health Care Providers

Figure 1 shows that;

- State hospitals and family physicians have more complaints about behavioral complaints, lack of staff and knowledge, hygiene problems, privacy, lack of physical infrastructure and lack of healthcare services.
- It is seen that university/research hospitals and dental health centers have more complaints about waiting, accessibility issues, ethical issues and lack of healthcare service.
- Private hospitals have more complaints about price and safety.

V. DISCUSSION

The evaluation of complaints about health care providers is of importance for it may assist in improving employee-patient communication and perceived health service quality. In this context, it is also important to evaluate complaints about health services in Turkey for similar purposes. In this study, complaints published on an online web site were evaluated. According to the findings, the most complaints are behavioral complaints, inability to receive health services and waiting. The results of this research seem to be in line with the study of Wofford et al. (2004) and Colwell (2003). However, in the study conducted by Toprak and Şahin (2012) and Reader et al. (2014) most common complaint subjects appears to be the health care services. Another result of this research is that, the lowest complaints are about pricing and payment, hygiene and privacy which present similarity with Nassiri et. al.'s study (2018). The complaint themes and concepts found in this research are significantly similar with the issues that appear in the literature. Complaint themes are mostly similar with the studies of Hickson et.al. (2002), Wofford et. al. (2004), Colwell et. al. (2003), Toprak and Şahin (2012), Pichert et. al. (1998) and Reader et. al. (2014). In those studies, the order of the complaints may change. The main reason of this difference may be attributed to the difference in culture, service

or expectations. In regards to this, it is of importance to strip away from time and location as much as possible in order to identify complaints in a normative way.

One of the results of the research is the type of health service providers. Public hospitals are the most frequently reported health care providers in this section (48%). General complaints about health services take the second place and university/research hospitals take the third place. The health service providers who receive the least complaints are the family health care and dental health centers. The provinces that received the most complaints were Istanbul and Ankara. With this result, the study of Toprak and Şahin (2012) is similar.

VI. RESULTS AND SUGGESTIONS

When the results of correspondence analysis are examined, it is seen that there are more complaints about public hospitals, family health care and dental health centers in terms of behavioral complaints, lack of health services, lack of staff and ignorance and privacy. It is understood that the managers of the related health institutions should improve themselves in terms of behaviors of the employees. Training on effective communication can be given to the employees. Inadequate treatment and inability to have a medical examination are the main reasons for inability to receive health care. Studies related to the time allocated for treatment and examination can be carried out. The work of expanding number of employed physicians and increasing credentials of other health care workers may be beneficial. For instance, in the United Kingdom (National Health Services-NHS), the credentials of nurses have been increased and the physician's burden has been reduced (Clwyd, Hart 2013). Thus, the perception of inadequate treatment has been reduced. In terms of privacy, it is possible for employees to be more careful and they may ask for patient's approval more frequently before taking any action. For example, in busy hours, to take multiple patients together for examination may make the patients uncomfortable. Many people may not welcome the discussion of personal health issues among other patients.

It is seen that university/research hospitals have more complaints about waiting, physical infrastructure and accessibility issues. Due to the nature of the university/research hospitals, the procedures can take a long time. It can be said that the chain of redirection among health institutions that is designed to prevent unnecessary agglomeration is not fully functioning. In university/research hospitals, studies can be carried out in order to reduce the high patient traffic, to take care of patients who are really in need and to use the resources effectively and efficiently. By doing studies to increase health literacy of citizens, this high patient volume can be reduced. In case of further problems on redirection chain, patient share fee may be increased for examinations to prevent unnecessary examinations.

Private hospitals have more complaints about price and security. Although the prices of private hospitals were determined in the Health Implementation Disclosure (SUT), different price policies may have produced such result. Making audits more stringent in this regard may reduce complaints. Another complaint is inflated invoices by requesting unnecessary analysis and examination. In this case, increasing patients' awareness with health literacy studies and not performing operations without patient's consent may prevent this. In terms of security, efforts should be made to reduce the physical and moral losses of the patient. Especially wrong treatment and misdiagnosis are among common complaints. Private hospitals should pay attention to expertise. People have the perception of recovery in going to health care institutions. In this case, the expected service quality will increase in case of high price payments for the health services they will receive.

It is seen that unspecified institutions received more complaints about accessibility and waiting issues.

This research was conducted by analyzing complaints submitted to www.sikayetvar.com related to the site's online health services in Turkey. Research can also be expanded by examining different

complaint sites. Complaints about health services in different countries can be compared. The results of this research can be shared and benefitted in health care trainings to have a sense of what the patient complaints may be. The gap that appears in literature concerning erroneous activities in health care services may be fulfilled. In addition, studies on the methods of how to compensate for complaints may be conducted.

REFERENCES

- Clwyd, A., & Hart, T. (2013). *A review of the nhs hospitals complaints system: putting patients back in the picture*. London, England: Department of Health, 2013. <https://www.gov.uk/government/publications/nhs-hospitals-complaints-system-review>
- Colwell, C. B., Pons P. T., & Pi, R. (2003). Complaints against an ems system. *The Journal of Emergency Medicine*, 25(4), 403–408.
- De Vos, M. S., Hamming, J. F., Chua-Hendriks, J. J., & Marang-van de Mheen, P. J. (2019). Connecting perspectives on quality and safety: patient-level linkage of incident, adverse event and complaint data. *BMJ Qual Saf*, 28(3), 180-189.
- Fisher, K. A., Smith, K. M., Gallagher, T. H., Huang, J. C., Borton, J. C., & Mazor, K. M. (2019). We want to know: patient comfort speaking up about breakdowns in care and patient experience. *BMJ Qual Saf*, 28(3), 190-197.
- Gilly, M. C., Stevenson, W. B., & Yale, L. J. (1991). Dynamics of complaint management in the service organization. *Journal of Consumer Affairs*, 25(2), 295-322.
- Greenacre, M., & Hastie, T. (1987). The geometric interpretation of correspondence analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 82(398), 437-447.
- Hickson, G. B., Federspiel, C. F., Pichert, J. W., Miller, C. S., Gauld-Jaeger, J., & Bost, P. (2002). Patient complaints and malpractice risk. *JAMA*, 287(22), 2951-2957.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Keaveney, S. M. (1995). Customer switching behavior in service industries: an exploratory study. *The Journal of Marketing*, 59(2), 71-82.
- Lloyd-Bostock, S., & Mulcahy, L. (1994). The social psychology of making and responding to hospital complaints: an account model of complaint processes. *Law Policy*, 16(2), 123–147.
- Lovelock, C., & Wright, L., (2002). *Principles of service marketing and management*. 2nd Edition, Prentice-Hall Inc.
- Mayring, P. (2014). *Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Klagenfurt. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-395173>
- Nassiri, A. M., Pichert, J. W., Domenico, H. J., Galloway, M. B., Cooper, W. O., & Bennett, M. L. (2019). Unsolicited patient complaints among otolaryngologists. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 160(5), 810-817.
- Pichert, J. W., Federspiel, C. F., Hickson, G. B., Miller, C. S., Gauld-Jaeger, J., & Gray, C. L. (1999). Identifying medical center units with disproportionate shares of patient complaints. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 25(6), 288-299.

Pichert, J. W., Miller, C. S., Hollo, A. H., Gauld-Jaeger, J., Federspiel, C. F., & Hickson, G. B. (1998). What health professionals can do to identify and resolve patient dissatisfaction. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 24(6), 303-312.

Reader, T. W., Gillespie, A., & Roberts, J. (2014). Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Qual Saf*, 23(8), 678-689.

Sağlık Bakanlığı (2017). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Kuban Matbaacılık Yayıncılık, Ankara.

Taştan, H. (2008). *Seyahat Acentalarının Düzenlediği Paket Turlardaki Müşteri Şikâyetleri Ve Çözüm Önerileri: İstanbul'daki Seyahat Acentalarının Şikâyet-Çözüm Sistemleri Üzerine Bir Araştırma*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.

Toprak, D. K., & Şahin, B. (2012). Sağlık bakanlığı hastanelerine yapılan hasta şikâyetlerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 3(1), 1-28.

Wearesocial (2018). Global Digital Report. Access link: <https://digitalreport.wearesocial.com/>

Wofford, M. M., Wofford, J. L., Bothra, J., Kendrick, S. B., Smith, A., & Lichstein, P. R. (2004). Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study. *Academic Medicine*, 79(2), 134-138.

Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2016). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. 10. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

SAĞLIK HİZMETİ KALİTE ALGISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN SERVPERF MODELİ İLE BELİRLENMESİ

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN *
Pınar YALÇIN BALÇIK **

ÖZ

Sağlık yöneticilerinin temel amacı, optimum maliyetle, yüksek kalitede sağlık hizmeti sunumu sağlamaktır. Hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan çeşitli yöntemler olmakla birlikte, hastaların algılarına göre değerlendirmeler her geçen gün önem kazanmaktadır. Hizmet kalitesinin hasta bakış açısı ile ölçülmesi, hastanelere rekabet avantajı sağlamakta, güçlü ve zayıf yönleri konusunda bilgi vermektedir. Bu araştırmada, sağlık hizmeti almak için başvuran hastaların kalite algılarını ölçmek ve algılarının bireysel özelliklerden ve hastanenin mülkiyetinden etkilenip etkilenmediğini ortaya koymak amaçlanmaktadır. Bu kapsamda seçilen hastanelerde tedavi gören hastalar ile Mayıs-Haziran 2018 tarihleri arasında yüzyüze görüşme yapılmıştır. Anketi tam olarak yanıtlayan 275 hastanın verileri araştırmaya dâhil edilmiştir. Bu çalışmada hizmet kalitesi algısını ölçmek için SERVPERF modeli kullanılmıştır. Algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesine dayanan SERVPERF modeli, fiziksel unsurlar, güvenilirlik, duyarlılık, güvence ve empati boyutlarından oluşmaktadır. Tüm boyutlar dikkate alınarak kalite algısı ortalama skoru üzerinden oluşturulan regresyon modelinde hastanenin mülkiyetinin, anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Özel hastaneden hizmet alanların hizmet kalite algılarının, kamu hastanesinden hizmet alanlarla karşılaştırıldığında pozitif olduğu göze çarpmaktadır. Ölçeğin alt maddelerine bakıldığında özel hastanelerin zamanı etkili kullanma, sahip olduğu fiziksel olanaklar, nezaket ve empati yeteneği, teknolojik ekipman ve temizlik açısından kamu hastanelerine kıyasla daha kaliteli hizmet algısı oluşturmada avantaja sahip olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Algılanan kalite, hizmet kalitesi, SERVPERF, sağlık hizmetleri

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğretim Üyesi, Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F., Sağlık Yönetimi Bölümü, gamze@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5710-9547>

** Dr. Öğretim Üyesi, Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F., Sağlık Yönetimi Bölümü, pyalcin@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-7949-5779>

Gönderim Tarihi: 20.10.2019

Kabul Tarihi: 10.02.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Yorgancıoğlu Tarcan, G., Yalçın Balçık, P. (2020). Sağlık Hizmeti Kalite Algısını Etkileyen Faktörlerin SERVPERF Modeli İle Belirlenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 81-92.

RESEARCH ARTICLE

DETERMINATION OF THE FACTORS AFFECTING HEALTH SERVICE QUALITY PERCEPTION BY SERVPERF MODEL

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN *
Pınar YALÇIN BALÇIK **

ABSTRACT

The main purpose of health managers is to provide high quality health services at optimum cost. Although there are various methods used to evaluate the quality of service, evaluations according to the perceptions of patients are gaining importance day by day. Measuring service quality from a patient perspective provides hospitals with a competitive advantage and provides information on their strengths and weaknesses. In this study, it is aimed to measure the quality perceptions of the patients who apply for health services and to determine whether their perceptions are affected by individual characteristics and the ownership of the hospital. In this context, face-to-face interviews were conducted between May-June 2018 with patients receiving treatment in selected hospitals. Data of 275 patients who fully answered the questionnaire were included in the study. In this study, SERVPERF model was used to measure service quality perception. The SERVPERF model based on the measurement of perceived service quality, consists of tangibles, reliability, responsiveness, assurance and empathy dimensions. In the regression model based on the quality perception average score taking into account all dimensions, it is observed that the ownership of the hospital has a significant effect. The service quality perception of those receiving services from the private hospital are positive compared to those receiving services from the public hospital. When looking at the sub-items of the scale, it was determined that private hospitals have advantages in terms of effective use of time, physical facilities, courtesy and empathy ability, technological equipment and cleanliness in terms of creating a perception of higher quality services than public hospitals.

Key Words: Perceived quality, service quality, SERVPERF, health services.

ARTICLE INFO

* Hacettepe University, gamze@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5710-9547>

** Hacettepe University, pyalcin@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-7949-5779>

Received: 20.10.2019

Accepted: 10.02.2020

Cite This Paper:

Yorgancıoğlu Tarcan, G., Yalçın Balçık, P. (2020). Sağlık Hizmeti Kalite Algısını Etkileyen Faktörlerin SERVPERF Modeli İle Belirlenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 81-92.

I. GİRİŞ

Rekabetin hızla arttığı günümüzde, hizmet sektöründe faaliyet gösteren işletmeler, müşteri istek ve ihtiyaçlarını karşılayabilmek, müşteri tatminini üst seviyelere taşımak ve müşterilerde tekrar hizmet alma niyetini ortaya çıkarmak amacıyla çeşitli yollara başvurmaktadır. Diğer işletmelerden bir adım önde olma arzusu, hizmet işletmelerinin kaliteye verdiği önemi artırmaktadır. Hizmetler eş anlı olarak üretilip tüketildikleri için müşterilere verilen önem artmakta, işletmelere rekabet avantajı sağlayan hizmet kalitesinin müşteri algısına göre değerlendirilmesi giderek önem kazanmaktadır.

Hizmet kalitesi kavramı; maliyet, karlılık, müşteri memnuniyeti, müşteriye elde tutma, ağızdan ağıza pazarlama kavramları ile doğrudan ilişkili ve üzerinde çok sayıda araştırmanın yapıldığı bir konudur (Buttle, 1996). Hizmet kalitesi, sunulan hizmetlerin müşteri beklentilerini karşılama derecesi olarak tanımlanabilmektedir (Ghobadian vd., 1994). Parasuraman ve diğerleri (1988) hizmet kalitesini müşterilerin, sunulan hizmet ile ilgili beklentileri ile müşterinin aldığı hizmetle ilgili algıları arasındaki farkla ölçülen, işletmenin müşteri beklentilerini karşılayıp beklentinin üzerine çıkma kabiliyeti olarak tanımlamaktadır. Hizmet kalitesinin ve kalitede sürekliliğin sağlanabilmesi için hizmet kalitesinin doğru olarak ölçülmesi gerekmektedir (Değermen, 2004).

Hizmet sektörünün kendilerine özgü özelliklerinden dolayı, kalitenin değerlendirilmesi konusunda zorluklar olsa da, hizmet sürecinde kaliteye etki eden faktörleri ve bu faktörler arasındaki ilişkileri belirlemeye yönelik çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır (Cronin ve Steven, 1992). Hizmet kalitesinin ölçülmesinde kıyaslama (benchmarking), kritik olay yöntemi, toplam kalite endeksi, istatistiksel analizler ve müşteri memnuniyetinin değerlendirilmesi gibi yöntemler kullanılmaktadır.

Dünya çapında hastaların memnuniyetini ve hizmet kalitesi algısını ölçmek için geliştirilen ve uygulanan çok sayıda ölçek bulunmaktadır. Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985, 1988) tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeği hizmet kalitesi değerlendirilmesinde en sık kullanılan ölçektir (Smith vd., 2007; Akdere vd., 2020). SERVQUAL ölçeğinde, alınan hizmetle ilgili algı ile hizmetin nasıl olması gerektiğiyle ilgili beklenti karşılaştırılarak hizmet kalitesi ölçülmektedir. Eğer algılar beklentilere eşit veya beklentiden daha yüksekse, alınan hizmet kaliteli; tersi durumunda, kalitesiz olarak değerlendirilmektedir (Dursun ve Çerçi, 2004).

SERVQUAL ölçeğinin yanı sıra, sağlık bakım kalitesini hastanın perspektifinden değerlendirmek için çok sayıda ölçek olmakla birlikte bu alanda kullanılan bazı ölçekler van Campen ve diğerleri (1995)'e göre şöyle sıralanmaktadır:

- Hasta Memnuniyeti Anketi (Patient Satisfaction Questionnaire - PSQ) (Ware vd., 1983)
- Müşteri Memnuniyeti Anketi (Client Satisfaction Questionnaire - CSQ) (Larsen vd., 1979)
- Doktor ve Birinci Basamak Bakım Memnuniyet Ölçeği (Satisfaction with Physician and Primary Care Scale - SPPCS) (Hulka vd., 1970)
- Hastane Kalite Ölçeğinde Hasta Kararları (Patient Judgments of Hospital Quality Instrument - PJHQ) (Meterko vd., 1990)

Hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan SERVQUAL hakkında araştırmacılar, iki ana kaygı dile getirmektedir. İlk olarak, toplam 44 soruya cevap vermenin çok zaman aldığı düşünülmektedir (Carman, 1990; Bouman ve van der Wiele, 1992). İkinci olarak ise algı ve beklenti aynı anda ölçmenin doğru olmadığı ve bunun karışıklığa neden olabileceği ifade edilmektedir (Buttle, 1996). Bunun yanı sıra, 7'li Likert ölçeğinin kullanılmasının katılımcıların uç noktaları ifade etmesine ya da orta noktayı "bilmiyorum" cevabı olarak kullanmasına neden olabileceği belirtilmektedir (Lewis, 1993). Bu endişelerden dolayı, Cronin ve diğerleri (1992) hizmet kalitesini değerlendirmek için alternatif bir araç olarak SERVPERF'i önermişlerdir. Literatürde hangi ölçeğin daha üstün olduğu konusunda henüz bir fikir birliğine varılmadığını, her iki ölçeğin de uygulanabilir ve savunulabilir olduğunu kabul eden çalışmalar olmakla birlikte (Jain ve Gupta, 2004),

SERVQUAL ve SERVPERF ölçeklerinin toplam hizmet kalitesinin tahmin edilmesinde yeterli ve eşit derecede geçerli olduğunu ifade eden çalışmalar da bulunmaktadır (Carrillat vd., 2007).

SERVPERF ve SERVQUAL ölçekleri hizmet kalitesini ölçmek için literatürde farklı sektörlerde sıklıkla kullanılmıştır. Sağlık hizmetleri kalitesinin değerlendirilmesinde SERVQUAL ölçeğini kullanarak yapılan çalışmalar olduğu gibi (örneğin, Zarei vd., 2012; Babakus ve Mangold, 1992; Yağcı ve Duman, 2006; Papatya vd., 2012; Kılıçlı vd., 2019), SERVPERF ölçeğini kullanarak yapılan çalışmalar da (örneğin, Altuntas vd., 2012; Aydın ve Yıldırım, 2012; Songur vd., 2017; Akdere vd., 2020) bulunmaktadır.

Sağlık sektöründe sunulan hizmet kalitesinin değerlendirilmesinin, diğer sektörlerden daha önemli olduğu düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri ve insan hayatının söz konusu olması, kaliteye verilmesi gereken önemin temel gerekçesini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, artan hasta beklentilerinin karşılanması ve maliyetlerin yönetilmesini sağlamak amacıyla, sağlık hizmetleri kalitesinin iyileştirilmesi tüm sağlık sistemleri ve kuruluşları için önemlidir (Akdere vd., 2020). Sağlık hizmetlerinin kalitesini hastaların algılarına dayanarak incelemek, kalitenin değerlendirilmesinde giderek önemli hale gelmektedir.

Konunun belirtilen önemine istinaden bu çalışmanın amacı, seçilen hastanelerde sunulan hizmetlerin kalitesine yönelik hasta algılarını değerlendirmek ve hastaların hizmet kalitesi algılarının bireysel özelliklerden ve hastane mülkiyetinden etkilenip etkilenmediğini ortaya koymaktır.

II. YÖNTEM

Bu araştırmanın amacı seçilen hastanelerde, sağlık hizmeti almak için ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastaların, hastaneler tarafından sunulan hizmetlerin kalitesine yönelik algılarını ölçmek ve algılarının bireysel özelliklerden ve hastane mülkiyetinden etkilenip etkilenmediğini ortaya koymaktır. Bu kapsamda Eskişehir ilinde faaliyet gösteren 700 yataklı bir kamu hastanesi ve 100 yataklı bir özel hastane araştırmaya dahil edilmiştir. Bu kapsamda gerekli idari izin aldıktan sonra ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastalar ile Mayıs-Haziran 2018 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yapılarak, gönüllülük esasına dayalı olarak hastalardan anket sorularını cevaplamaları istenmiştir. Anketi tam olarak yanıtlayan 275 hastanın verileri araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan anketin ilk bölümünde tanımlayıcı bulgulara yönelik 7 soru (yaş, cinsiyet, gelir durumu, medeni durum, çalışma durumu, hizmet alınan hastane mülkiyeti, hastanın statüsü) bulunmaktadır. İkinci bölümde Cronin ve Taylor (1992) tarafından geliştirilen ve 22 maddeden oluşan SERVPERF ölçeği yer almaktadır. Hizmet kalitesini ölçmek için alan dizinde sıklıkla tercih edilen ölçeklerden biri olan SERVQUAL'de müşterilerin beklenti ve algısı arasındaki fark ölçümlemeye çalışılırken SERVPERF'de müşterinin algıladığı performans ölçülmeye çalışılmaktadır. SERVPERF Ölçeği'nde, hizmet alanların kalite algılarını ölçmeye yönelik beş boyut (fiziksel unsurlar, güvenilirlik, duyarlılık, güvence ve empati) ve 22 ifade yer almaktadır. İfadelere verilen yanıtlar 5'li Likert şeklinde olup 1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum ve 5=Kesinlikle Katılıyorum şeklinde kategorize edilmektedir.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 20 paket programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Araştırma verilerinin normallik varsayımını test etmek ve dağılımını ortaya koymak üzere dağılım testlerinden (Kolmogorov-Simirnov), tanımlayıcı bulguları ortaya koymak için tanımlayıcı istatistiklerden (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) hipotezleri test etmek için aşamalı basit regresyon analizinden yararlanılmıştır. Bulgulardan elde edilen sonuçlar %95 güven düzeyinde ve ± 5 hata payı ile doğru kabul edilmiştir.

III. BULGULAR

Ölçeğe ilişkin geçerlik uyum indeksleri ve güvenirlik katsayıları, tanımlayıcı ve çıkarımsal bulgular bu bölümde ortaya konulmaktadır

Ölçeğin geçerliliği Işık ve diğerleri (2013) tarafından yapılan çalışmada doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiş ve ölçeğin uyum iyilik indeksleri kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur (Uyum iyiliği ölçütleri: CMIN=519,786, DF=188, p=0.000, CMIN/DF=2,765, GFI=0,896, AGFI=0,860, CFI=0,949, NFI=0,923, IFI=0,950, TLI=0,938, CFI=0,949, RMSEA=0,067).

Ölçümün güvenirliği için Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Tablo 1’de ölçek boyutlarına ilişkin güvenirlik katsayıları gösterilmektedir. Sonuç olarak ölçek geçerli ve ölçüm güvenilir kabul edilmiştir.

Tablo 1. Ölçek Boyutlarına ve Ölçeğe İlişkin Güvenirlik Katsayıları

Ölçek Boyutları	Cronbach's Alpha
Fiziksel Unsurlar	0,81
Güvenirlilik	0,84
Güven	0,84
Duyarlılık	0,78
Empati	0,91
Genel ölçek	0,93

3.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırma kapsamına dâhil edilen hastalara ait tanımlayıcı istatistik bulgularına göre (Tablo 2) kadın hastalar (n=142) ile erkek hastaların (n=133) sayısı birbirine yakındır. Hastaların çoğu evlidir (%66,9). Hastaların çoğu lise mezunudur (%41,4). Gelir durumu değişkenine bakıldığında hastalarının çoğunun (%25,5) 3.000-4.999 TL arasında gelire sahip olduğu göze çarpmaktadır. Hastaların %66,2’sinin ayaktan sağlık hizmeti aldığı, %54,5’inin özel hastaneden hizmet aldığı görülmektedir.

Tablo 2. Araştırma Verilerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	142	48,4
Erkek	133	51,6
Medeni Durum		
Evli	184	66,9
Bekar	91	33,1
Eğitim Durumu		
İlköğretim	59	21,5
Lise	114	41,4
Önlisans	35	12,7
Lisans	47	17,1
Lisans Üstü	20	7,3
Gelir Durumu (TL)		
1.600 ve altı	40	14,5
1.601-2.999	44	16,0
3.000-4.999	70	25,5
5.000-6.999	56	20,4
7.000-8.999	36	13,1
9.000 ve Üstü	29	10,5
Hasta Statüsü		
Ayaktan	182	66,2
Yatan	93	33,8
Hizmet Alınan Hastanenin Mülkiyeti		
Özel	150	54,5
Kamu	125	45,5

Araştırmaya katılan hastaların sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarının ortalama skorlarına bakıldığında (Tablo 3) en yüksek ortalamaya sahip kalite boyutunun “Empati” olduğu (3,86), en düşük ortalamaya sahip boyutun ise “Güvence” olduğu (3,75) görülmektedir. Genel ölçek ortalamasına bakıldığında 3,81 aritmetik ortalama ile hastaların genel olarak sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik olumlu bir algı içinde olduğu düşünülmektedir.

Tablo 3. Hastaların sağlık hizmetlerine yönelik kalite algı skorları

Maddeler	$\bar{x}$	S.S.
Fiziksel Unsurlar	3,84	0,95
Güvenirlilik	3,82	0,93
Duyarlılık	3,80	1,36
Güvence	3,75	0,94
Empati	3,86	0,92
Genel Ortalama	3,81	1,02

3.2. Çıkarımsal Bulgular

Araştırma kapsamında hastaneye başvuran hastaların sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik algılarının bireysel özelliklerden etkilenip etkilenmediğini ortaya koymak üzere aşamalı regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Regresyon modeline dâhil edilen değişkenlerden yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve hastanın çalışıp çalışmama durumu hiçbir modelde istatistiksel olarak anlamlı bulunmayıp, gelir durumu değişkeni ile hastane statüsü değişkeni istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Analiz sonucunda anlamlı çıkan değişkenler Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4. Sağlık Hizmetlerinin Kalitesini Etkileyen Değişkenler

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	β	t	p	Std. Hata	VIF	R ²	F	D.W.
Fiziksel Unsurlar	Özel/Kamu	0,15	2,59	0,01	0,19	1,04	0,08	9,47	1,69
Güvenirlilik	Özel/Kamu	0,14	2,56	0,01	0,12	1,00	0,15	16,57	1,65
	Aylık Gelir	0,12	2,11	0,03	0,03	1,08			
Güvence	Özel/Kamu	0,23	3,91	0,00	0,09	1,00	0,05	15,31	1,89
Empati	Özel/Kamu	0,18	3,20	0,00	0,20	1,04	0,09	10,99	1,85
Genel	Özel/Kamu	0,14	2,50	0,01	0,17	1,04	0,10	11,23	1,71

Araştırma kapsamında özel hastanelerden hizmet alan hastaların kalitenin “fiziksel unsurlar” boyutuna ilişkin kalite algıları kamu hastanesine göre daha pozitifdir ($\beta = 0,15$, $p = 0,01$). Modelin fiziksel unsurlara yönelik kalite algısı toplam skorundaki varyansı %8 oranında açıkladığı görülmektedir. Tüm modellerde Durbin Watson katsayısı ve varyans şişme faktörlerine bakıldığında ($VIF < 10$) tahmin değişkenleri arasında önemli bir çoklu bağlantı problemi ve otokorelasyon bulunmadığı görülmektedir.

Güvenirlilik bağımlı değişkeni üzerinde anlamlı etkiye sahip iki değişken ise hastanenin mülkiyeti ve aylık gelir değişkenleridir. Toplam varyansı %15 oranında açıklayan regresyon modelinde özel hastaneden sağlık hizmeti alan hastaların güvenirlilik boyutuna yönelik kalite algısı daha yüksek ($\beta = 0,14$, $p = 0,01$) ve aylık geliri daha yüksek olanların güvenirlilik boyutuna yönelik kalite algısı daha yüksektir ($\beta = 0,12$, $p = 0,03$).

Güvence bağımlı değişkeni üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip bağımsız değişkenleri tahmin etmek üzere kurulan regresyon modelinde özel hastanelerden hizmet alan hastaların kalite algıları pozitif ($\beta = 0,23$, $p = 0,00$) bulunurken, mülkiyet değişkeninin empati ve genel algı boyutları üzerinde yine pozitif anlamlı etkiye sahip olduğu görülmektedir ($\beta = 0,18$, $p = 0,00$; $\beta = 0,14$, $p = 0,01$). Özel hastaneden hizmet alan hastaların hizmet kalitesinin empati boyutu kapsamında, hastane çalışanlarının hastalar ile ilgili olduğu ve hasta ihtiyaçlarına cevap verebildiği konusundaki algılarının pozitif olduğu görülmektedir.

Tüm boyutların dikkate alınarak kalite algısı ortalama skoru üzerinden oluşturulan regresyon modelinde yine hastanenin mülkiyeti anlamlı bir etkiye sahiptir. Özel hastaneden hizmet alanların kamu hastanesine karşılık hizmet kalite algılarının pozitif olduğu göze çarpmaktadır.

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Hizmet sektöründe kalite kavramının önemi her geçen gün artmaktadır. İşletmeler daha kaliteli hizmet sunarak; rekabette üstünlük sağlamakta, pazar paylarını ve saygınlıklarını artırmaktadır. Sağlık sektörünün kendine has özelliklerinden dolayı hizmet sunucularının kaliteye verdikleri önem daha da artmaktadır. Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de hizmet kalitesinin sağlanabilmesi ve sürdürülebilmesi için hizmet kalitesinin doğru olarak ölçülebilmesi gerekmektedir.

Türkiye’de, sağlık sektöründe hizmet kalite algısının ölçülmesine yönelik çalışmalar incelendiğinde Deveci ve Aksaraylı (2003) tarafından yapılan çalışmada SERVQUAL ölçeğinin kullanıldığı görülmektedir. Yaptıkları çalışmada; cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence değişkenlerine göre hastaların hizmet kalitesi algılarında farklılık olmadığını saptamışlardır. Bunun yanı sıra tedavi sürecinde sorun yaşamayanların, yaşı büyük olanların, yüksek eğitim seviyesine sahip olanların ve üst gelir grubunda değerlendirilen hastaların sunulan hizmetlere yönelik kalite algılarının yüksek olduğu belirtilmektedir. Savaş ve Kesmez (2014) tarafından aile sağlığı merkezlerinde yapılan çalışmada ise sunulan hizmetlerin hastaların beklentilerini genel olarak karşılamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Hastanın sağlık hizmeti kalitesine yönelik beklentileri ile algıları arasındaki en yüksek fark fiziksel

özellikler boyutunda tespit edilmiş, hizmet kalitesinin bu boyutunun iyileştirilmesine öncelik verilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Kıdak ve diğerleri (2015) tarafından yapılan çalışmada ise SERVQUAL ölçeğine yeni bir boyut (iyileşme/şifa bulma) eklenerek anket bir kamu hastanesinde uygulanmış ve yeni ölçek test edilmiştir.

Daha önce de bahsedildiği gibi hizmet kalitesinin ölçülmesinde kullanılan yöntemlerden SERVQUAL alınan hizmete yönelik beklenti ve algıyı aynı anda ölçmeye dayalı bir ölçek iken, SERVPERF sadece algıların değerlendirilmesine dayanmaktadır. Türkiye’de sağlık sektöründe hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde SERVPERF yaygın olarak kullanılmamıştır. SERVPERF ölçeğini kullanan çalışmalardan biri, bir devlet hastanesinde hizmet alan hastaların hizmetlere yönelik algılarını ve algılarının bireysel özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini incelemiştir. Songur ve diğerleri (2017) tarafından yapılan bu çalışmada hastaların hizmet kalitesi algılarının yaşa göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Araştırmada eğitim seviyesi düşük olan hastaların yüksek olanlara göre, gelir seviyesi düşük olanların yüksek olanlara göre, kadın hastaların erkek hastalara göre hizmet kalitesi algısının daha yüksek olduğu görülmektedir. Akbolat ve Işık (2013) tarafından SERVPERF modeli kullanılarak yapılan çalışmada ise sağlık hizmet kullanıcıları için kalitenin tüm boyutlarının önemli olduğu; ancak, güvence ve güvenilirliğin diğer boyutlardan daha önemli olduğu belirtilmektedir. Ayrıca, özel hastanelerin güvenilirlik, güvence ve empati boyutlarında kamu hastanelerinden daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Akdere ve diğerleri (2020) tarafından yapılan çalışmada ise SERVPERF’in tüm boyutlarının sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi algısını belirlediği, hizmet kalitesi algısını en yüksek güvence boyutunun ve en düşük de empati boyutunun etkilediği sonucuna varılmıştır.

Yapılan bu araştırmada hastaların sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarının ortalama skorlarına bakıldığında en yüksek skora sahip kalite boyutunun “Empati” olduğu (3,86), en düşük ortalamaya sahip boyutun ise “Güvence” olduğu (3,75) tespit edilmiştir. Genel ölçek ortalamasına bakıldığında 3,81 aritmetik ortalama ile hastaların genel olarak sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik olumlu bir algı içinde olduğu düşünülmektedir. Ayrıca özel hastaneden hizmet alan hastaların hizmet kalitesinin empati boyutu kapsamında hastane çalışanlarının hastalar ile ilgili olduğu ve hasta ihtiyaçlarına cevap verebildiği konusundaki algılarının pozitif olduğu saptanmıştır.

Tüm boyutların dikkate alınarak kalite algısı ortalama skoru üzerinden oluşturulan regresyon modelinde hastanenin mülkiyetinin kalite algısı ortalama skoru üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Özel hastaneden hizmet alanların kamu hastanesinden alanlara kıyasla hizmet kalite algılarının pozitif olduğu göze çarpmaktadır. Tüm modellerde hastanenin mülkiyeti, kalite algısı üzerinde etkili olmaktadır. Bu bulgu alanda yapılan diğer çalışmalar tarafından da desteklenmektedir. Akbolat ve Işık (2013) tarafından yapılan çalışmada hizmet kalite algısının özel hastanelerde güvenilirlik, güvence ve empati boyutlarında kamu hastanelerinden daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Işık ve diğerleri (2016) tarafından SERVQUAL modeli kullanılarak yapılan çalışma sonucunda kamu hizmetlerine yönelik algılanan kalitenin özel hastanelerden düşük olduğu saptanmıştır. Özel hastane başvurularının hasta tercihinin bir sonucu olduğu düşünüldüğünde hastanın hizmet kalitesine yönelik algılarının pozitif eğilimli olması beklenen bir sonuçtur. Ayrıca özel hastanelerin hastalardan elde ettikleri gelirlerle sürdürülebilirliklerini sağladıkları düşünüldüğünde hastaları memnun etmek için daha kaliteli hizmet sunma eğiliminde olduğu düşünülmektedir.

Gelir değişkeninin güvenilirlik boyutu üzerinde yaptığı istatistiksel olarak anlamlı pozitif etkinin, bireylerin gelir durumu arttıkça istedikleri sağlık hizmeti sunucusundan ve tercih ettikleri hekimden daha kaliteli sağlık hizmeti alabilme durumu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Gelir durumu düşük olan hasta, sınırlı bütçesi ile sağlık hizmetini ekonomik ve hızlı şekilde almaya istekli olduğu düşünüldüğünde, hastaların hastane ve hekim tercihinin sınırlı olmasının kalite algılarını etkileyebileceği düşünülmektedir.

Ölçeğin alt maddelerine bakıldığında özel hastanelerin zamanı etkili kullanma, sahip olduğu fiziksel olanaklar, nezaket ve empati yeteneği, teknolojik ekipman ve temizlik açısından kamu

hastanelerine kıyasla daha kaliteli hizmet algısı oluşturmada avantaja sahip olduğu görülmektedir. Kamu hastane yöneticilerinin hizmet kalite algısını yükseltmek için bu alt boyutları geliştirmeye yönelik stratejiler geliştirmesi gerektiği düşünülmektedir.

Bu araştırma bir kamu hastanesinde ve bir özel hastanede ayaktan ya da yatarak tedavi gören 275 hasta ile yapılmış olup, sonuçların genellenebilirliği açısından sınırlılığa sahiptir. Bu çalışma sonucunda kamu hastaneleri tarafından iyileştirilmesi gerektiği ortaya çıkan fiziksel unsurlar ve teknolojik altyapının şehir hastanelerinde daha iyi olduğu düşünülmektedir. İlerleyen araştırmalarda şehir hastaneleri ile özel hastanelerden hizmet alanların kalite algılarının değerlendirilmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Akbolat, M., & Isık, O. (2013). Service quality determinants that affect the service users' commitment to hospitals. *Balkan Journal of Health Science*, 1(2), 52-56.

Akdere, M., Top, M., & Tekingündüz S. (2020). Examining patient perceptions of service quality in Turkish hospitals: The SERVPERF model. *Total Quality Management & Business Excellence*, 31, 3-4, 342-352.

Altuntas, S., Dereli, T., & Yilmaz, M. K. (2012). Multi-criteria decision making methods based weighted SERVQUAL scales to measure perceived service quality in hospitals: a case study from Turkey. *Total Quality Management*, 23(12), 1379-1395.

Aydın, K., & Yıldırım, S. (2013). Hizmet sektöründe SERVPERF ölçeği ile hizmet kalitesinin belirlenmesi (sağlık hizmetleri sektöründe bir uygulama). *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 33-52.

Babakus, E., & Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767-782.

Bouman, M., & Van der Wiele, T. (1992). Measuring service quality in the car service industry: building and testing an instrument. *International Journal of Service Industry Management*, 3(4), 4-16.

Buttle, F. (1996). SERVQUAL: Review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 30(1), 8-32.

Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1), 33-55.

Carrillat, F. A., Jaramillo, F., & Mulki, J. P. (2007). The validity of the SERVQUAL and SERVPERF scales: a meta-analytic view of 17 years of research across five continents. *International Journal of Service Industry Management*, 18(5), 472-90.

Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.

Değermen, A. (2011). Hizmet kalitesi ölçümünde kullanılan SERVQUAL modelinin zayıf olduğu ileri sürülen teorik ve uygulama yönlerine yönelik olarak yapılan değerlendirmeler. *Maliye Araştırma Merkezi Konferansları*, 48, 71-86.

Devebakan, N., & Aksaraylı, M. (2003). Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde SERVQUAL skorlarının kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 38-54.

Dursun, Y., & Çerçi, M. (2004). Algılanan sağlık hizmeti kalitesi, algılanan değer, hasta tatmini ve davranışsal niyet ilişkileri üzerine bir araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23, 1-16.

Ghobadian, A., Speller, S., & Jones, M. (1994). Service quality concept and models. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 11(9), 43-66.

Hulka, B. S., Zyzanski, S. J., Cassel, J. C., & Thompson, S. J. (1970). Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Medical Care*, 8(5), 429-436.

Işık, O., Akbolat, M., & Ünğan, M. (2013). Kamu ve özel banka müşterilerinin hizmet kalite algılarının değerlendirilmesi: Bir alan araştırması. *İşletme Bilimi Dergisi*, 1(2), 51-64.

Işık, O., Akbolat, M., Kahraman, G., & Fidan, C. (2016). Tüketicilerin kamu ve özel hastane hizmet kalite algılarının incelenmesi: Sakarya ili örneği. Kavuncubaşı, Ş. ve Yılmaz, F. (Ed.), *İçinde: 10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı*, ss. 133-135, Ankara.

Jain, S. K., & Gupta, G. (2004). Measuring service quality: SERVQUAL vs. SERVPERF scales. *The Journal for Decision Makers*, 29(2), 25-37.

Kıdak, L., Nişancı, Z., & Burmaoğlu, S. (2015). Sağlık hizmetlerinde kalite ölçümü: kamu hastanesi örneği. *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(2), 483-500.

Kılıçlı, Y., Çavdar, E., & Yüksek, M. N. (2019). Dış sağlığı hizmetlerinde kalite: Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dış Hekimliği Hastanesi üzerine bir araştırma. *Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 347-370.

Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2(3), 197-207.

Lewis, B. R. (1993). Service quality measurement. *Marketing Intelligence and Planning*, 11(4), 4-12.

Meterko, M., Nelson, E. C., Rubin, H. R., Batalden, P., Berwick, D. M., Hays, R. D., & Ware, J. E. (1990). Patient judgments of hospital quality: Report of a pilot study. *Medical Care*, 28(9), 1-56.

Papatya, G., Papatya, N., & Hamşioğlu, A. B. (2012). Sağlık hizmetlerinde algılanan hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti: iki özel hastanede karşılaştırmalı bir araştırma. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1): 87-108.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(1): 41-50.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.

Savaş, H., & Kesmez, A. G. (2014). Hizmet kalitesinin SERVQUAL modeli ile ölçülmesi: Aile sağlığı merkezleri üzerine bir araştırma. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17, 1-13.

Smith, G., Smith, A., & Clarke, A. (2007). Evaluating service quality in universities: A service department perspective. *Quality Assurance in Education*, 15(3), 334-351.

Songur, L., Turan, A., & Songur, G. (2017). Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin SERVPERF ölçeği ile ölçülmesi: Şereflikoçhisar Devlet Hastanesi örneği. *Journal of International Social Research*, 10(53), 807-819.

Van Campen, C., Sixma, H., Friele, R. D., Kerssens, J. J., & Peters, L. (1995). Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Medical Care Research and Review*, 52(1), 109-133.

Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R., & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 247-263.

Yağcı, M. İ., & Duman, T. (2006). Hizmet kalitesi-müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre karşılaştırılması: Devlet, özel ve üniversite hastaneleri uygulaması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7(2), 218-238.

Zarei, A., Arab, M., Froushani, A. R., Rashidian, A., & Tabatabaei, S. M. G. (2012). Service quality of private hospitals: the Iranian patients' perspective. *BMC Health Services Research*, 12(31), 1-7.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE, TÜKETİCİ SATIN ALMA DAVRANIŞINDA SOSYAL MEDYA REKLAMLARININ ETİK BOYUTU*

Salih SARIALP **
Dilaver TENGİLİMOĞLU ***

ÖZ

İnternet kullanımının iletişimdeki hızlı gelişmelerle birlikte artması, bilgisayar ve tablet kullanımıyla beraber akıllı telefonların temel ihtiyaç olarak hayatımızda bulunmasının sonucunda sosyal medya kullanımının yaygınlaşması, tüketicilerin alışkanlıklarının değişmesine neden olmuştur. Alışkanlıkların değişmesi, tüketicilerin satın alma niyetlerinin farklılaşmasını sağlamıştır. Bu gelişmeler sonucunda sağlık sektöründe bulunan kişi, kurum ya da kuruluşların tanıtım ve reklam mecralarında değişikliklere giderek sosyal medya reklamlarına ağırlık vermeye başlamışlardır. Sağlık sektöründe, sosyal medya reklamlarının etkisinin artması sonucunda başka bir sorun ortaya çıkmıştır. Sosyal medyada yapılan denetimlerin yetersiz kalmasından dolayı yeni medyadaki reklamların etik boyutunun, tüketicilerin, satın alma davranışını nasıl etkilediğini tespitinin yapılması bu çalışmanın amacını ortaya koymaktadır. Çalışma evrenini Ankara ilinde ikamet eden 18 yaş ve üstü bireyler oluşturmakta olup, evrenin büyüklüğü nedeni ile çalışmada örneklem seçilmiş, kolayda örneklem yöntemi ile 653 kişi ile yüz yüze ve google form ile anket uygulanmış olup, yapılan incelemeler sonucunda 650 anket analize tabi tutulmuştur. Ankette demografik soruların yanı sıra sosyal ağ kullanıcılarının, yapılan reklamların fark edilebilirliğinin belirlenmesi ve bu reklamların etik olup olmadığını öğrenmek amacıyla 41 adet önerme Likert tipi sorulara yer verilmiştir. Ankette yer alan ifadelerin birbirleri ile olan tutarlılığını ve kullanılan ölçeğin güvenilirliğini ölçmek için Cronbach's Alpha katsayıları 0,82, 0,86 ve 0,86 olarak hesaplanmış ve ölçek güvenilirliği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık sektörü, sosyal medya reklamları, tüketici davranışı, satın alma niyeti, etik

MAKALE HAKKINDA

* Bu araştırma, 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetim Kongresi'nde sunulmuştur.

** Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme programı yüksek lisans öğrencisi, salihalp38@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4921-8292>

*** Prof. Dr., Atılım Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Bölümü, dilaver.tengilimoglu@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9638-1685>

Gönderim Tarihi: 19.07.2019

Kabul Tarihi: 14.01.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Sarialp, S., Tengilimoğlu, D. (2020). Sağlık Sektöründe, Tüketici Satın Alma Davranışında Sosyal Medya Reklamlarının Etik Boyutu. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 93-114

RESEARCH ARTICLE

THE ETHICAL DIMENSION OF SOCIAL MEDIA ADVERTISEMENTS IN CONSUMER PURCHASING BEHAVIOR IN HEALTH SECTOR*

Salih SARIALP **
Dilaver TENGİLİMOĞLU ***

ABSTRACT

The spread of social media usage with the increase in the use of the Internet with the rapid developments in communication and the smart phones becoming a basic necessity in our lives along with the use of computers and tablets has led a change in the habits of consumers. The change of habits has caused a differentiation of consumers' purchasing intentions. As a result of these developments, people, institutions or organizations in health sector have made changes in their promotion and advertisement media and began to focus on social media advertising. A problem arose in the health sector as a result of the increase in the impact of social media advertising. The aim of this study is to determine the effect of the new media advertisements' ethical issues, which arose because of the lack of supervision on social media, on the purchasing behaviors of the consumers. The population of the study consisted of individuals who were at the age of 18 and above residing in Ankara. The study sample was selected due to the size of the population and carried out with 653 people through face to face and Google form questionnaires with the convenience sampling method. Upon examinations, 650 questionnaires were subjected to analysis. In addition to demographic questions, 41 propositional Likert-type questions were included in the survey to determine the noticeability of the advertisements for the social media users and to learn whether these advertisements were ethical or not. Cronbach's Alpha coefficients were calculated as 0.82, 0.86 and 0.86 to assess the consistency of the statements in the survey with each other and the reliability of the scale, and the scale was found to be reliable.

Key Words: Health sector, social media advertisements, consumer behavior, purchase intention, ethics

ARTICLE INFO

* This research was presented at the 4th International Health Sciences and Management Congress.

** Atılım University, salihalp38@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4921-8292>

*** Atılım University, dilaver.tengilimoglu@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9638-1685>

Received: 19.07.2019

Accepted: 14.01.2020

Cite This Paper:

Sarialp, S., Tengilimoğlu, D. (2020). Sağlık Sektöründe, Tüketici Satın Alma Davranışında Sosyal Medya Reklamlarının Etik Boyutu. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 93-114

I. GİRİŞ

İletişimdeki hızlı gelişmelerle birlikte internet kullanımının yaygınlaşması, bilgisayar ve tablet kullanımının yanı sıra akıllı telefonların da temel ihtiyaç olarak bulunmasının sonucunda sosyal medya kullanımının artması, tüketicilerin alışkanlıklarının değişmesine neden olmuştur. Alışkanlıkların değişmesi, tüketicilerin satın alma niyetlerinin farklılaşmasını sağlamıştır. Bu gelişmeler sonucunda sağlık sektöründe bulunan kişi, kurum ya da kuruluşların reklam mecralarında değişikliklere giderek sosyal medya reklamlarına ağırlık vermeye başlamışlardır.

Sağlık sektöründeki kurum ve kuruluşlar da iletişimin ve etkileşimin fazla olduğu zamana kayıtsız kalamayarak, yeni medyanın bu sektörde özellikle bir rol üstlenmesine etkide bulunmuştur. Dolayısıyla sosyal medya da sağlık sektöründe etkisini iyice hissettirmeye başlamıştır. Sosyal medya reklamlarının sağlık sektöründe de kullanımının artması sonucunda tanıtım ve reklam alanında farklı bir sorun oluşmuştur. Sosyal medyada yapılan denetimlerin yetersiz kalmasından dolayı yeni medyadaki reklamların etik boyutunun, tüketicilerin, satın alma davranışını nasıl etkilediğini tespitinin yapılması bu çalışmanın amacını ortaya koymaktadır ve bundan sonraki, bu alanda, yapılacak çalışmalara hazırlık oluşturmaktadır.

II. LİTERATÜR

Tüketim, insanların, isteklerini, ihtiyaçlarını ve taleplerini karşılamak için ürün ya da hizmet satın alarak kullanımının gerçekleşmesi olayı şeklinde tanımlayabiliriz. Tüketim alışkanlıkları da herkese göre değişir ve kişilerin istek ve ihtiyaçlarına göre şekil alır. İnsanların bu alışkanlıklarını ortaya çıkaran birçok neden vardır. Talep, bu nedenlerin başında gelir ve insanlar ihtiyaçlarını gidermek için satın alma eylemini gerçekleştirmektedir. Bunu gerçekleştirmek için de bulunduğu bölgeye veya ortama ayak uydurmaktadır.

Mucuk (2014)'e göre tüketici, istek ve ihtiyaçları karşılama gücü olan bireyler olarak ifade edilir. Bir başka tanıma göre tüketici, ürün veya hizmetleri satın alan bireyin son tüketeni olarak ifade edilmektedir (Odabaşı ve Barış, 2016).

Tüketici davranışı ise, kişilerin veya toplulukların, bir ürüne veya hizmete sahip olmak için ilgi duyması veya herhangi bir nedenden ötürü o ürün veya hizmeti elden çıkarmak istemesinin nedenlerini ve bu nedenleri ortaya çıkaran faktörleri araştırarak bilim dalı şeklinde söylenebilir (Solomon, 2013). Tüketici davranışlarında vurgulanan, bireylerin almak istedikleri ürünlerin veya hizmetlerin işlevselliğinden ziyade, onlara yüklenen anlamları sebebiyle satın alım gerçekleştirdiklerini söylemektedirler (Solomon vd., 2006).

Genellikle tüketici davranışlarını etkileyen faktörler, içsel ve dışsal etkenler olarak ayrılmaktadır (Gaboote ve Hogg, 1994). Bu etkenlerden bazılarındaki değişimler tüketicilerin satın alma kararlarında ciddi değişikliklere neden olacaktır. Dolayısıyla tüketici davranışlarını etkileyen faktörleri aşağıdaki gibi 3 gruba ayırıp onları da alt gruplar olarak sınıflandırmak mümkündür (Odabaşı ve Barış, 2016):

- Demografik Faktörler; yaş, cinsiyet, eğitim, coğrafik yerleşim, meslek ve gelir düzeyi olarak çeşitlendirilebilir.
- Psikolojik Faktörler; öğrenme, algılama, güdülenme, tutumlar olarak çeşitlendirilebilir.
- Sosyo-Kültürel Faktörler; danışma grupları, sosyal sınıf, aile ve kültür olarak sınıflandırılabilir.

Ayrıca bu faktörlere ek olarak, yeni medya veya sosyal medya olarak ifade edilen bu kavramın, bireylerin veya kullanıcıların, teknolojinin yardımıyla etkileşim veya iletişim halinde olmalarının ötesinde, adından da anlaşılacağı üzere, sosyal kelimesinin teknolojinin dışında bireylerin birbirleriyle

olan beşeri ilişkilerini, paylaşımlarını, duygu ve düşüncelerini birbirine aktarmaları olarak ifade edebiliriz. Sosyal medyanın diğer çevrimiçi unsurlardan veya faktörlerden ayrılmasının sebebi, nasıl bir ihtiyaç doğrultusunda ortaya çıktığı, neden kullanıldığı ve hangi kitlelerin kullanacağına yoğunlaşmış olmasındandır. (Evans ve McKee, 2010).

Teknolojinin hızlı bir şekilde ilerlemesiyle birlikte, insanların hayatlarında kendini iyiden iyiye hissettirmesi, iş dünyasının da kendini sorgulamaya ve bu değişime ayak uydurmaya çalışmasına neden olmuştur. Çünkü bu ilerlemeler internette var olan kişilerin, kurumların veya kuruluşların bölge ayırt etmeksizin herkesin birbiriyle iletişimini kolaylaştırmıştır (Sin vd., 2012).

Yeni medya olarak ifade edilen sosyal medya Evans (2008)'a göre bireylerin düşünce ve tecrübeleri üzerine konuşma ortamı sağlayan online çevrimiçi platformlardır. Bu işin çıkış noktası, katılımcılar tarafından paylaşımlar yapılması, bir payda da bir araya gelmesi ve herhangi bir konuda daha fazla bilgiye ulaşma imkanı vermesi açısından önemlidir. Sosyal medya, alan yazında çeşitli biçimlerde ifade edilmiştir, ancak en çok bu platformlar aracılığı ile bilginin üretilmesi, tüketilmesi ve değişimin gerçekleştirilmesi şeklinde söylenmektedir (Göktaş ve Tarakçı, 2018). Klieber (2009)'e göre fazla sayıda bu mecralara benzer ağlar türemiştir. Dolayısıyla birçok yazar sosyal medya tanımı yapmasının ötesinde Klieber, sosyal medya tanımı yerine bu ağların niteliklerine göre sıralanması gerektiğini söylemektedir. Safko ve Brake (2009)'e göre ise sosyal medya, çift yönlü iletişim ile bilgilerini ve deneyimlerini diğer bireylere aktarmak amacıyla bir araya gelen toplulukları kapsamaktadır şeklinde ifade etmektedirler.

İnternetin insanlar için vazgeçilmez bir unsur olmasıyla birlikte, insanların satın alma alışkanları değişmesi sonucunda reklam mecralarında değişimler yaşanmıştır. Sosyal medyanın insanları etkisi altına alıyor olması markaların stratejilerinde değişikliğe gitmelerine neden olmuştur. Talih Akkaya (2013)' ya göre sosyal medya reklamlarına bakıldığında, kurum ve kuruluşların ürünlerini ve hizmetlerini tanıtmak ayrıca markalarının bilinirliğini yükseltmek için bu mecralara başvurduğu görülüyor. Buna sebep olan faktörler ise sosyal medyanın iki yönlü yani, geribildirim sistemi ile işliyor olması, ekonomik olması, daha çok kitleye daha kısa sürede ulaşıyor olmasıdır. İşletmeler bu mecra üzerinden oluşturdukları ve yaptıkları reklamlardan dolayı hedeflemiş olduğu kitlelere kısa zamanda ulaşmaktadır. Şirketler sosyal medya reklamlarını kullanarak aynı zamanda sosyal olmalarını da sağlamış olmaktadır (Kazançoğlu vd., 2012). Wei ve diğerleri (2010), yüksek hızlı olarak kullanılmakta olan internetin, ucuz olmasının yanında erişimin kolay ve geniş olması, sosyal medya reklamcılığının da artmasını sağladığını ve firmaların tercih etmesiyle birlikte reklam dünyasındaki yerini aldıklarını belirtmiştir.

Yeni medya olan sosyal medya, sağlık hizmetleri konusunda hastalara veya danışanlara bilgi ulaşımında büyük bir kolaylık ve fayda sağlamaktadır. Bu mecraların tüketiciler tarafından tercih edilmesinden dolayı, doktor, uzman veya hastane seçiminde etkili olmaktadır. Sağlık sektöründe sosyal medya mecraları, hastalar veya danışanlar açısından göz önünde bulundurulursa, hastalar kendi rahatsızlıklarına benzer rahatsızlıklar yaşamış kişilerin yorumlarına ve fikirlerine göre etkileşimde bulunup gidecekleri doktorları veya uzmanları ona göre belirlemek veya seçmek günümüzde bu mecralar aracılığı sayesinde olduğu görülür. Sağlık bilgisinin doğru bir adım olarak atılmasında en çok tercih edilen yaklaşım Emmanuel ve Emmanuel'in ortaya çıkardığı 'karşılıklı görüşme modelidir'. Burada doktor, hastaya bir arkadaş veya öğretmen gibi hastalık hakkında bilgi verir. Bu modelde karşılıklı iletişim kilit noktadır ve hastanın geri bildirimleri dikkate alınır (Emmanuel ve Emmanuel, 1992). Eley ve Tilley (2009)'a göre sağlık sektöründe bulunan kurum ve kuruluşların sosyal medya pazarlamasında nasıl hareket etmesi gerektiği konusunda bazı önerilerde bulunmaktadır; "dinlemek, üye olmak, katılmak ve yaratmak"

- Dinlemek: Dinlemek, önerilerin ilki ve en önemlisidir. Sosyal medya da var olan insanlar, sürekli olarak fikir alışverişinde bulunmaktadır. Bundan dolayı firmalar potansiyel müşterilerine kulak vererek daha az maliyetle işlerini yürütebilirler.

- Üye olmak: Kurumlar müşterilerini dinledikten sonra, müşterilerine hangi konu için hangi sosyal medya sayfalarına üye olacakları konusunda bilgi vereceklerdir.
- Katılmak: Bu mecralara üye olarak hesap oluşturan uzmanlar, bu sitelerde konuşulan veya sorulan sorulara cevaplar vermek ve paylaşılan videoları yorumlayıp anlatmak gibi birçok eylemde bulunabilir.
- Yaratmak: Kurumlar bu son aşamada da, artık toplanılan bilgiler ışığında içeriklerini yaratacaklar ve diğer gruplarda da paylaşmaya başlayacaklardır. Paylaşımlar ve etkileşimler de çoğaldıkça, marka bilinirliği üst seviyeye taşınmış olacaktır.

Daşcıoğlu (2007)'na göre, sosyal medya' da yazılı kurallar olmaması nedeniyle yapılan paylaşımlar, kullanıcılar arası ilişkiler ve paylaşım şekilleri etik kurallar çerçevesinde değerlendirilmektedir. Bu kuralları örneklendirmek gerekirse;

- Saygılı, argo ve hakaret barındırmayan,
- Diğer kullanıcıların özgürlük alanlarını kısıtlamayacak seviyede,
- Gerçek olduğuna emin olunan paylaşımların yapılması gerekir.

Bu kuralların uygulanamadığı durumlar etik olarak sorunlara neden olmaktadır. Mason (1986) tarafından da ifade edildiği gibi, sosyal medyanın etik boyutu, günümüzde hala önemini koruyan gizlilik, doğruluk, fikri mülkiyet ve erişim ilkelerinin, sosyal medya uygulamalarının artması ve bu mecraların kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte, bu ilkelerin içeriklerinde de sosyal ağ sitelerinin kullanımına uygun olacak şekilde düzenlenmesi sağlanmıştır. Sosyal medya reklamları fazlaca tercih edilmekte olup, bu durum aslında birçok etik sorunu da beraberinde getirmektedir. Tüketicinin ilgisini çekmek amacıyla pek çok farklı sosyal medya reklam stratejileri kullanılmakta ve az sürede oldukça fazla sayıda tüketici etkilenmektedir. Ancak daha farklı, daha yaratıcı olma kaygısı ile işin etik boyutu göz ardı edilmektedir. Sosyal medya reklamlarındaki etik sorunlardan bazıları şu şekilde ifade edilebilir:

- Aldatıcı-yanıltıcı sosyal medya reklamlarındaki etik sorunlar

Sosyal medya reklamlarındaki etik tartışmaların ilki tüketiciye aldatıcı yanıltıcı içerikler sunmasıdır. Sosyal medya reklamları kullananlar özellikle, piyasadaki pazar payından daha fazla faydalanabilmek amacıyla abartılı ve gerçeğe aykırı düşecek derecede tanıtımlar yapıyorlar. Lakin her ne olursa olsun, her şeyden önce dürüst olunarak, verilecek ürün/hizmet hakkında gerçek bilgiler verilmelidir. Unutulmamalıdır ki bir reklamda ne kadar doğru bilgiler veriliyorsa, ikna etme gücü de o kadar fazla olacaktır.

- Abartılı sosyal medya reklamlarındaki etik sorunlar

Reklamın amacı, var olan bir ürün ya da hizmetin diğerlerinden farklılığını ortaya koyup satışının gerçekleşmesini sağlamaktır. Globalleşen dünyada ürün ve hizmetlerin alternatiflerin hızla çoğalmasından dolayı, reklamlar bizleri etkisi altına alır. Özellikle ergenlik dönemindeki bireyler bu konuda zorluk yaşar. Bundan dolayı da ürün/hizmet tercihlerinde bulunurlar. Bunun nedenin de mübalağalı reklamlardan kaynaklandığı söylenebilir.

- Tanıklı sosyal medya reklamlarındaki etik sorunlar

Tanıklı reklamlar, bireyin bir ürün ya da hizmet kullanımının sonucunda görmüş olduğu faydayı anlatması ile oluşmaktadır. Bu tarz reklamlarda kimi zaman halktan bir kişi olabileceği gibi, ünlü bir kişinin de bu reklamlarda oynamasıyla reklamın inandırıcılığını sağlamaya çalışmaktadır. Özellikle

reklamda bulunan kişilerin yazılı ve sözlü olarak onayının alınması gerekmektedir ki etik açıdan önemli bir unsurdur. Bazen de olumsuz durumlar karşısında, tüketicilerin tepkileri; ünlünün kesin masum olduğu düşüncesinden, kesin suçlu olduğu düşüncesine kadar değişiklik gösterme eğilimindedir. Örneğin Michael Jackson suçlandığı zaman medyada, ateşli fanatiklerin onun kesin masum olduğuna inandıkları gibi, bazılarının onun muhtemelen suçlu olduğunu düşündükleri de yer almıştır. Aynı şekilde medya, çoğu insanın taciz ve tecavüz suçlamalarıyla hakkında dava açılan ünlü basketbolcu Kobe Bryant'ın suçsuz olduğuna inandığını ileri sürmüştür. Fakat marka destekçisi olarak onu kullanan çoğu firma, tüketicilerin kafalarında ırz düşmanı olarak algılanan bir adamla ilişkilendirme riskine girmekten kaçınmıştır (Johnson, 2005).

- Çocukları olumsuz yönde etkileyen sosyal medya reklamlarındaki etik sorunlar

Çocuklar dışarıdan gelen her türlü etkiye açık yapıları, deneyimsizlikleri, saflıkları ve zeka düzeylerinin henüz yeterli olgunluğa ulaşmamış olması nedeniyle, sanal alemdeki bir çok durumu olumlu görebilmektedir. Bundan dolayı çocukların, genel amacı ürünü sattırmak olan reklam mesajlarından yanlış sonuçlar çıkarabilmeleri ve olumsuz etkilenebilmeleri kaçınılmazdır. Bu özelliklerinden dolayı da, suistimale son derece açıktırlar. Çocuklara yönelik reklamlar ve reklamlarda çocukların kullanılması, belirli kanun ve düzenlemelerle denetim altına alınmış olsa da, böyle hassas bir konuda reklamcılara ve reklam verenlere birçok görev düşmektedir. Reklamcılar ve reklam veren firmalar, sorumluluklarının bilincinde hareket ederek, bu konuda üzerlerine düşen görevleri yerine getirmek zorundadırlar (Özdemir Akbay, 2009).

- Cinsellik içeren sosyal medya reklamlarındaki etik sorunlar

Cinselliğin sosyal medya reklamlarında kullanılıyor olması etik problemlerden biri olarak görülebilir. Ulaşılabilirliğin teknoloji sayesinde artması ve internetin bireyselleşmesiyle birlikte kullanıcı yaşının çok küçük yaşlardan itibaren başlamasıyla, sorunun ne denli büyük olduğu aşikardır. Cinsel dürtülerin zaman zaman ön plana çıkması sonucu sağlıklı karar verilememesi, cinsel içerikli reklamları tehlikeli hale getirmektedir. Ancak maalesef çoğu reklamcı, kendi kitlelerini etkilemek ve ürünlerini veya hizmetlerini cazibeli hale getirmek için cinselliği kullandığı söylenebilir (Aslan ve Kahraman, 2018).

Yukarıda belirtilen sorunlar ve benzeri olumsuzluklara karşı sağlık hizmeti kullanıcılarının sosyal medyada verilen reklamlar konusunda düşüncelerinin öğrenilmesi hizmet sunucularının sosyal medya planlamasında önem arz etmektedir. Bu durum çalışmanın önemini de ortaya koymaktadır.

III. YÖNTEM

Araştırma, sosyal medya reklamlarının, sağlık sektöründe hizmet veren kurum ve kuruluşlarda da yaygın bir biçimde kullanılmasından dolayı, bu mecraların ne derece etik kullanıldığını ortaya çıkarmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma evrenini Ankara ilinde ikamet eden 18 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır. Evrenin büyüklüğü ve araştırma olanaklarının kısıtlılığı nedeni ile örneklem seçilme yoluna gidilmiştir. Çalışma da kolayda örnekleme yöntemi uygulanarak 01-30 Nisan 2019 tarihleri arasında 653 katılımcı ile yüz yüze ve Google Form ile anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Yapılan incelemenin sonucunda 650 anket analize tabi olmuştur.

Anket formunun oluşturulmasında Talih Akkaya (2013), Tosyalı (2016) ve Yazıcı ve Yazıcı (2010) çalışmalarından ve uzman görüşlerinden yararlanılarak sorular oluşturulmuştur.

Anket formu 4 bölümden oluşmakta ve bunların 41 âdeti önerme (Likert tipi ölçek soruları: 5 kesinlikle katılıyorum, 1: kesinlikle katılmıyorum), 16 âdeti ise demografik sorulardan oluşmaktadır. Form da öncelikle katılımcıların sosyal medya reklamlarındaki satın alma davranışını ölçmek amacıyla 8 önerme bulunmaktadır. İkinci bölümde sosyal medya reklamlarının tüketicilerdeki algısını ölçmek amacıyla 12 önerme bulunmaktadır. Üçüncü bölümde sağlık hizmetleri alacak bireylere göre,

sosyal medya reklamlarının etik boyutunun ölçmek üzere 21 önerme hazırlanmıştır. Son bölümde ise ankete katılanların demografik durumlarını/özelliklerini ölçmeye ilişkin 16 soru vardır.

Araştırmanın temel hipotezleri aşağıdaki gibidir:

- H1. Satın alma davranışı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- H2. Sosyal medya reklamlarına yönelik tüketici algısı yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- H3. Sosyal medya reklamlarında tüketicilerin etik ile ilgili görüşleri eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Araştırma kapsamında kullanılan verilerin normal dağılım sergileyip sergilemediği belirlemek amacıyla testler yapılmıştır. Dolayısıyla analiz sürecinde hangi analizlerin yapılacağına karar vermek amacıyla veri girişi, kayıp değer ve uç değer incelemesi yapılmıştır. Kolmogorov-Smirnov normallik testi yapılmış, çarpıklık ve basıklık değerleri ile histogram grafikleri incelenmiştir. Ortaya çıkan sonuçlar Tablo 1’ de verilmiştir.

Tablo 1. Davranış, Tüketici Ve Etik Ölçekleri ve Alt Boyutlarına İlişkin Normallik Testi Sonuçları

	Davranış	Tüketici	Güvenilirlik	Tatminkarlık	Bilgi Vericilik	Etik
n	650	650	650	650	650	650
$\bar{X}$	23,05	37,56	15,42	8,82	13,32	17,83
S	6,35	8,69	4,57	2,83	3,58	6,86
Median	23	38	16	9	14	16
Minimum	8	12	5	3	4	8
Maksimum	40	60	25	15	20	40
Kolmogorov-Smirnov	0,07	0,06	0,09	0,13	0,11	0,13
p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Çarpıklık	-0,09	-0,35	-0,30	-0,10	-0,54	1,04
Basıklık	0,07	0,65	-0,43	-0,33	-0,03	0,83

Tablo 1 incelendiğinde, Kolmogorov-Smirnov testi sonuçlarına göre hiçbir ölçek ya da alt boyuta ait puan dağılımı normal dağılım göstermemektedir ($p < .05$). Ancak sadece bu test sonucuna göre karar verilmemektedir. Çarpıklık ve basıklık değerleri ile histogram grafiklerine de bakılmıştır. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1 ile +1 arasında olduğu ve dağılımların normal dağılımdan önemli bir sapma göstermediği bulunmuştur. Buna göre tüm ölçekler ve alt boyutlar için puanların normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca SPSS 25.0 programı kullanılarak verilerin güvenilirlik ve geçerlilik analizleri yapılmıştır.

3.1. Geçerlilik Analizi

3 Bölümden oluşan ve 41 ifadesi bulunan önermelere verdikleri cevaplar üzerinden açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Uygulanan faktör analizi öncesinde KMO sonuçları incelenmiştir. Kaiser-Meyer-Olkin değerinin yüksek olması, ölçekteki her bir değişkenin, diğer değişkenler tarafından mükemmel bir şekilde tahmin edilebileceği anlamına gelir. Değerlerin sıfır ya da sıfıra yakın çıkması durumunda, korelasyon dağılımında, bir dağınıklık olduğu için bu değerlere dayalı olarak yorum

yapılamaz. Kaiser-Meyer-Olkin testi sonucunda, değerin 0.50'den düşük olması halinde faktör analizine devam edilemeyeceği yorumu yapılır. Örneklem büyüklüğü için değer(Çokluk vd., 2010);

- a) 0,50-0,60 arasında ise "kötü",
- b) 0,60-0,70 arasında ise "zayıf",
- c) 0,70-0,80 arasında ise "orta",
- d) 0,80-0,90 arasında ise "iyi" ve
- e) 0,90 üzerinde ise "mükemmel" olduğu yorumu yapılır.

- Davranış Ölçeği KMO: 0,80
- Tüketici Algıları KMO: 0,85
- Etik Ölçeği KMO: 0,85

Yukarıda görüldüğü üzere, davranış ölçeği için KMO değeri 0,80, tüketici algıları ölçeği için KMO değeri 0,85, etik ölçeği için ise KMO değeri 0,85 olarak tespit edilmiş ve bu değerlerin faktör analizi için “iyi” olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre 41 maddeden oluşan yapıya açımlayıcı faktör analizi (AFA) uygulayabilmek için 650 sayısının yeterli olduğu görülmüştür.

Açımlayıcı faktör analizi sonucunda satın alma davranışı toplam değişimin %44,245'ini açıklamaktadır. 12 maddeden oluşan tüketici algıları ölçeğinin toplam değişimin %64,75'ini açıklamış olup, bu ölçeğin 3 boyuta ayrıldığı görülmüştür. Güvenilirlik boyutu toplam yapının %24,17'sini, tatminkarlık boyutu toplam yapının %20,39'unu ve bilgi vericilik boyutu ise toplam yapının %20,19'unu açıklamaktadır. Etik hakkındaki görüşleri ölçeğin 21 madde ise toplam değişimin %52,17'sini açıklamaktadır.

3.2. Güvenilirlik Analizi

Tablo 2. Satın Alma Davranışı, Tüketici Algıları Ölçeğinin ve Bu Ölçeğe Ait Alt Boyutlarının ve Etik Algıları Ölçeklerine Ait Cronbach's Alpha Güvenirlik Katsayıları

	Satın Alma Davranışı	Tüketici Algıları	Güvenilirlik	Tatminkarlık	Bilgi Vericilik	Etik Algıları
Cronbach's Alpha Katsayısı	0,82	0,86	0,82	0,83	0,78	0,86

Ölçeklerin güvenilirliğini ölçmede ağırlıklı olarak içsel tutarlılık analizi kullanılmakta ve Likert tipi ölçeklerde bu analizin yöntemi olan Cronbach's Alpha (α) katsayısı uygulanmaktadır. Alpha katsayısı 0 ile 1 arası olmaktadır ve en az 0,70 olması gerekmektedir. (Coşkun vd., 2015). Davranış ölçeğinin güvenilirlik düzeyini belirlemek amacıyla Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Cronbach's Alpha değeri 0,82 olarak hesaplanmıştır ve ölçek çok güvenilir olarak tespit edilmiştir. Tüketici algıları ölçeğinin genelinden elde edilen α güvenilirlik katsayısı (0,86) güvenilirliğin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin alt boyutlarından elde edilen güvenilirlik katsayıları ise 0,78 ile 0,83 arasında değişmektedir. Yine her bir alt boyut kabul edilebilir düzeyin üzerinde güvenilirliğe olarak bulunmuştur. Etik ölçeğinin ise güvenilirlik düzeyini belirlemek amacıyla Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Cronbach's Alpha değeri 0,86 olarak ortaya çıkmıştır. α değeri, iç tutarlığının çok yüksek olarak ifade etmektedir.

IV. BULGULAR

Katılımcılara ait bulgular 2 grup altında verilmiştir. Birinci grupta tanımlayıcı bilgiler (demografik değişkenlere) ait bulgular, ikinci grupta ise katılımcıların sosyal medya reklamları algısına yönelik bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Katılımcılarla İlgili Tanımlayıcı Bilgiler

Ankete katılanların demografik özellikleri Tablo 3’ te gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Sosyo-Demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	328	50,5
	Erkek	322	49,5
Yaş	18-25	171	26,3
	26-35	210	32,3
	36-45	169	26,0
	46-55	72	11,1
	56 ve üzeri	28	4,3
Eğitim Durumu	İlköğretim	59	9,1
	Lise ve dengi	170	26,2
	Ön Lisans	131	20,2
	Lisans	219	33,7
	Lisansüstü	71	10,9
Medeni Durum	Evli	353	54,3
	Bekâr	297	45,7
Aylık Gelir	Hiç	110	16,9
	2000-400 TL	326	50,2
	4001-6000 TL	136	20,9
	6001-8000 TL	38	5,8
	8001 TL’den fazla	40	6,2

Tablo 3 incelendiğinde kadın ve erkek sayılarının birbirine yakın olmakla beraber kadınların (n = 328, %50,5) erkeklerden (n = 322, %49,5) daha fazla sayıda oldukları görülmektedir. Yaşa göre dağılımlarına bakıldığında çoğunluğu 26-35 yaş grubu (n = 210, %32,3) oluşturduğu, eğitim durumuna göre ise en fazla lisans mezunlarının (n = 219, %33,7) oluşturduğu görülmektedir. Medeni duruma göre evliler (n = 353, %54,3) bekarlardan (n = 297, %45,7) daha fazla sayıdadır. Aylık gelire göre katılımcıların yaklaşık yarısı (n = 326, %50,2) 2000-4000 TL aralığında gelire sahip olduğu görülmektedir.

4.2. Katılımcıların Sosyal Medya Kullanımı ile İlgili Görüşleri

Katılımcıların sık ziyaret ettikleri sosyal ağ siteleri Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Sık Ziyaret Ettikleri Sosyal Ağ Siteleri

Sosyal Ağ	n	%
Youtube	409	62,9
Facebook	319	49,1
Instagram	513	78,9
Twitter	174	26,8
LinkedIn	64	9,8
Diğer	25	3,8

Tabloya göre katılımcılar en fazla (n =513, %78,9) Instagram, daha sonra (n = 409, %62,9) Youtube ve (n = 319, %49,1) Facebook kullanmaktadır. En az ziyaret ettikleri sosyal ağ ise (n = 25, %3,8) LinkedIn’dir. Twitter kullanma oranı ise % 26,8 dir.

Katılımcıların sağlık hizmetlerini almadan önce sosyal medyadan yararlanma durumlarıyla alakalı görüşleri Tablo 5’ te gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Sağlık Hizmeti Almadan Önce Sosyal Medyadan Yararlanma Durumları

	n	%
Evet	322	49,5
Hayır	261	40,2
Cevap Vermeyenler	67	10,3

Tabloya göre katılımcıların %49,5’i (n=322) sosyal medyadan yararlandığını, yaklaşık %40’ı (n=261) ise yararlanmadığını ifade etmiştir. Katılımcılardan %10,3’ü ise (n=67) maddeye yanıt vermemiştir.

Katılımcıların sağlık hizmetini alırken en çok kullandıkları sosyal medya aracıyla alakalı görüşleri Tablo 6’ da gösterilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Sağlık Hizmetini Alırken En Çok Kullandıkları Sosyal Medya Aracı ile İlgili Görüşleri

Sosyal Medya Aracı	n	%
Youtube	108	16,6
Facebook	99	15,2
Instagram	179	27,5
Twitter	35	5,4
LinkedIn	34	5,2
Diğer	71	10,9

Tabloya göre katılımcılar sağlık hizmeti ile ilgili en çok (n=179, %27,5) Instagram, daha sonra (n=108, %16,6) Youtube ve daha sonra da (n=99, %15,2) Facebook kullanmaktadır. LinkedIn (n=34,%5,2) ve Twitter’ı (n=35, %5,4) ise görece daha az kullandıkları ifade edilebilir.

4.3. Satın Alma Davranışı Ölçeği

Tablo 7’de araştırmanın örneklemini oluşturan katılımcıların satın alma davranışına ilişkin tanımlayıcı istatistiklerine yer verilmiştir. (Ölçekte 1 kesinlikle katılmıyorum ve 5 ise kesinlikle katılıyorum anlamındadır.)

Tablo 7. Satın Alma Davranışına İlişkin Verilen İfadelere Katılım Durumu

İfadeler	1		2		3		4		5		$\bar{X}$	Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
D1- Sosyal medya reklamları sağlık hizmeti satın alma davranışlarını olumlu etkiler.	106	16,3	198	30,5	161	24,8	142	21,8	43	6,6	2,72	1,168
D2- İhtiyacım olan bir sağlık hizmetini, sosyal medyada reklamını gördüğümde satın alırım.	152	23,4	219	33,7	137	21,1	118	18,2	24	3,7	2,45	1,141
D3- Sosyal medya reklamları beni sağlık hizmeti almaya teşvik eder.	149	22,9	187	28,8	147	22,6	130	20,0	37	5,7	2,57	1,203
D4- Sağlık hizmeti almaya karar verdiğimde hizmet alacağım kurum ya da hekimlerin sosyal medya reklamlarını incelerim.	78	12,0	80	12,3	165	25,4	237	36,5	90	13,8	3,28	1,203
D5- Satın alacağım sağlık hizmetinin sosyal medya reklamını gördüğüm zaman hizmeti satın almak için kurumu ya da hastaneyi ziyaret ederim.	72	11,1	133	20,5	129	19,8	233	35,8	83	12,8	3,19	1,218
D6- Satın almak isteğim sağlık hizmeti ile ilgili reklamları sosyal medyada gördüğümde tıklarım.	88	13,5	144	22,2	127	19,5	219	33,7	72	11,1	3,07	1,241
D7- Sosyal medya siteleri tüketicilerin sağlık işletmeleri ile iletişime geçmesi için uygun bir yerdir.	81	12,5	118	18,2	172	26,5	213	32,8	66	10,2	3,10	1,186
D8- Satın alacağım sağlık hizmeti ile ilgili sosyal medyada güvenilir bilgilere ulaşacağıma inanırım.	134	20,6	154	23,7	198	30,5	115	17,7	49	7,5	2,68	1,200

Tablo 7'ye göre sağlık sektöründe satın alma davranışı ölçeğindeki maddelerine katılım derecesi en yüksek olan "Sağlık hizmeti almaya karar verdiğimde hizmet alacağım kurum ya da hekimlerin sosyal medya reklamlarını incelerim (3,28)", katılım derecesi en düşük olan "İhtiyacım olan bir sağlık hizmetini, sosyal medyada reklamını gördüğümde satın alırım (2,45)" maddeleri olmuştur. Bireylerin hekim ve hastanelerin sosyal medya sayfalarını inceledikleri ancak sosyal medyada gördükleri reklamlardan çok da fazla etkilenmedikleri yani hemen satın alma davranışında bulunmadıkları görülmektedir.

4.4. Tüketici Algıları Ölçeği

Aşağıda Tablo 8’de araştırmanın örneklemini oluşturan katılımcıların sosyal medya reklamlarında tüketici algılarına ilişkin tanımlayıcı istatistiklerine yer verilmiştir. (Ölçekte 1 kesinlikle katılmıyorum ve 5 ise kesinlikle katılıyorum anlamındadır.)

Tablo 8. Sosyal Medya Reklamlarında Tüketici Algılarına İlişkin Verilen İfadelere Katılım Durumu

İfadeler	1		2		3		4		5		$\bar{X}$	Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
V1- Sosyal medya reklamları sağlık işletmeleri hakkında bilgi edinmede hastalar için önemli bir bilgi kaynağıdır.	94	14,5	154	23,7	156	24,0	199	30,6	47	7,2	2,92	1,186
V2- Bir sağlık işletmesiyle ilgili sosyal medyada çok fazla olumsuz yorum olması, o işletmenin itibarını zayıflatır.	53	8,2	99	15,2	84	12,9	280	43,1	134	20,6	3,53	1,207
V3- Sosyal medya reklamları sağlık alanındaki gelişmeler ile ilgili güncel bilgiler sunar.	54	8,3	81	12,5	187	28,8	258	39,7	70	10,8	3,32	1,088
V4- Bir sağlık işletmesinin başarıyla sonuçlandığı tedaviler, terapiler veya sağlık alanında getirdiği yenilikler gibi başarı hikayelerini sosyal medyada paylaşması o sağlık işletmesinin itibarını güçlendirir.	46	7,1	73	11,2	127	19,5	291	44,8	113	17,4	3,54	1,117
V5- Sosyal medya reklamları sayesinde sağlık hizmeti almak memnuniyet vericidir.	67	10,3	130	20,0	244	37,5	166	25,5	43	6,6	2,98	1,065
V6- Sağlık alanındaki sosyal medya reklamları oldukça dikkat çekicidir.	66	10,2	130	20,0	221	34,0	180	27,7	53	8,2	3,04	1,100
V7- Sosyal medya reklamları sağlık alanında oldukça inandırıcı ve gerçekçidir.	91	14,0	162	24,9	222	34,2	135	20,8	40	6,2	2,80	1,107
V8- Sosyal medyada hakkında daha fazla olumlu yorum olan bir sağlık işletmesinin daha güvenilir olduğunu düşünürüm.	68	10,5	146	22,5	173	26,6	207	31,8	56	8,6	3,06	1,142
V9- Sağlıkla ilgili konularda toplumu bilinçlendirmek için sosyal medyada paylaşımlarda bulunan bir sağlık işletmesi halk sağlığı için önemli bir görevi yerine getirmiş olur.	58	8,9	137	21,1	152	23,4	239	36,8	64	9,8	3,18	1,14
V10- Gittiğim sağlık işletmesi ile ilgili memnuniyetimi sosyal medyada paylaşarak diğer hastalara yardımcı olduğumu düşünürüm.	94	14,5	110	16,9	141	21,7	223	34,3	82	12,6	3,14	1,257
V11- Hizmet aldığım sağlık işletmesiyle ilgili şikayetlerimi sosyal medyada paylaşıyorum.	73	11,2	122	18,8	132	20,3	228	35,1	95	14,6	3,23	1,233
V12- Sağlık hizmeti almayı hedefleyen bireyler için sosyal medya reklamları oldukça iyi sonuç verir.	112	17,2	155	23,8	179	27,5	146	22,5	58	8,9	2,82	1,216

Tabloya göre sosyal medya reklamlarında tüketici algısı ölçeğindeki maddelerine katılım derecesi en yüksek olan “Bir sağlık işletmesinin başarıyla sonuçlandığı tedaviler, terapiler veya sağlık alanında getirdiği yenilikler gibi başarı hikayelerini sosyal medyada paylaşması o sağlık işletmesinin itibarını güçlendirir (3,54)”, katılım derecesi en düşük olan “Sosyal medya reklamları sağlık alanında oldukça inandırıcı ve gerçekçidir (2,80)” maddeleri olmuştur. Sosyal medyada başarı uygulamaların paylaşılmasını itibar açısından yararlı görmelerine karşın, reklamların inandırıcılığı konusunda çok fazla katılım göstermedikleri görülmektedir.

4.5. Etik Ölçeği

Tablo 9’da araştırmanın örneklemini oluşturan katılımcıların sosyal medya reklamlarının etik boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistiklerine yer verilmiştir. (Ölçekte 1 kesinlikle katılmıyorum ve 5 ise kesinlikle katılıyorum anlamındadır.)

Tablo 9 incelendiğinde sosyal medya reklamlarının etik boyutu ölçeğindeki maddelere katılım derecesi en yüksek olan “Sağlık hizmeti ile ilgili sosyal medya reklamlarında risk yoğunluğu fark etmeksizin başkalarını riske atacak davranışlara asla göz yumulmamalıdır (3,93)”, katılım derecesi en düşük olan “Sağlık sektöründe sosyal medya reklamlarında cinsel içerikli çağrışımlar uyandıran reklamlar beni rahatsız etmez (2,51)” maddeleri olmuştur. Kısacası katılımcılar rahatsız oldukları sosyal medya reklamlarının ahlak kurallarını ihlal edebileceğini düşünmektedirler.

Tablo 9. Etik Boyuta İlişkin Verilen İfadelere Katılım Durumu

İfadeler	1		2		3		4		5		$\bar{X}$	S.S
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
E1- Sağlık sektöründeki sosyal medya reklamları başkalarının çıkarlarını korumayı da önemser.	117	18,0	193	29,7	157	24,2	152	23,4	31	4,8	2,67	1,156
E2- Sağlık sektöründeki sosyal medya reklamları ahlak kurallarını ihlal etmez.	90	13,8	160	24,6	191	29,4	171	26,3	38	5,8	2,86	1,131
E3- Sağlık sektöründe uzmanlar etik sorumluluklarını yerine getirme konusunda yeterince titiz davranır.	78	12,0	127	19,5	194	29,8	197	30,3	54	8,3	3,03	1,145
E4- Hastaya/danışana ait bilgilerin izinsiz sosyal medyada paylaşılması etiğe aykırıdır.	45	6,9	57	8,8	86	13,2	202	31,1	260	40,0	3,89	1,223
E5- Sağlık hizmeti ile ilgili sosyal medya reklamlarında korku temasının işlenmesi etik değildir.	39	6,0	66	10,2	109	16,8	247	38,0	189	29,1	3,74	1,157
E6- Sağlık hizmeti ile ilgili sosyal medya reklamlarında risk yoğunluğu fark etmeksizin başkalarını riske atacak davranışlara asla göz yumulmamalıdır.	44	6,8	55	8,5	73	11,2	206	31,7	272	41,8	3,93	1,215
E7- Sağlık sektöründeki sosyal medya reklamlarında çocuklara yönelik tüm tanıtımlar, çocukların reklamın amacını anlamamış olmaları nedeniyle aldatıcı niteliktedir.	41	6,3	78	12,0	153	23,5	237	36,5	141	21,7	3,55	1,145
E8- Sağlık sektöründe uzmanlar mesleğe uygun ve dürüst davranışlar sergilemektedir.	60	9,2	98	15,1	238	36,6	161	24,8	93	14,3	3,19	1,147
E9- Sağlık sektöründeki sosyal medya reklamlarında elde edilecek fayda ne olursa olsun, başkalarının zarar görebileceği davranışlarda bulunmak yanlıştır.	48	7,4	43	6,6	102	15,7	200	30,8	257	39,5	3,88	1,213
E10- Sağlık sektöründeki sosyal medya reklamları, ürün ya da hizmet tanıtımında tüketiciyi yanıltacak şekilde abartıya yer verir.	46	7,1	72	11,1	200	30,8	210	32,3	122	18,8	3,44	1,130
E11- Sağlık sektöründeki sosyal medya reklamlarında duygusal temaların abartılı kullanılması, ürün ya da hizmete yönelik olumlu bir tutuma sahip olmamda etkilidir.	76	11,7	135	20,8	209	32,2	162	24,9	68	10,5	3,02	1,16
E12- Sağlık sektöründeki sosyal medya reklamlarında bireyler, başka birine psikolojik olarak asla zarar vermemelidir.	43	6,6	56	8,6	73	11,2	250	38,5	228	35,1	3,87	1,178
E13- Sağlık sektöründeki sosyal medya reklamlarında insanlar, başkalarının saygınlığına olumsuz etki edebilecek eylemlerde bulunmamalıdır.	39	6,0	51	7,8	92	14,2	211	32,5	257	39,5	3,92	1,177
E14- Sağlık sektöründeki sosyal medya reklamlarında neyin etik olup neyin olmadığı, duruma ve kültürlere göre değişir.	56	8,6	121	18,6	153	23,5	201	30,9	119	18,3	3,32	1,217
E15- Sağlık sektöründeki sosyal medya reklamlarında bir bireyin ahlaki gördüğü bir şey, bir başkası tarafından ahlak dışı olarak değerlendirilebilir.	54	8,3	94	14,5	158	24,3	232	35,7	112	17,2	3,38	1,175
E16- Sağlık hizmetleri ile ilgili sosyal medya reklamlarını tıkladığımda kişisel bilgilerimin, bilgim ve rızam olmadan başka kişi veya işletmelere verildiğini düşünüyorum.	62	9,5	112	17,2	178	27,4	193	29,7	105	16,2	3,24	1,204
E17- Sosyal medya hesaplarımda sağlık hizmetleri ile ilgili reklamları görmek beni rahatsız eder.	58	8,9	149	22,9	193	29,7	162	24,9	88	13,5	3,11	1,174
E18- Sağlık hizmetleri ile ilgili sosyal medya reklamlarında bireylerin bilgisi olmadan fotoğraflarının kullanıldığını düşünüyorum.	52	8,0	106	16,3	211	32,5	197	30,3	84	12,9	3,23	1,126
E19- Sosyal medyada sağlık ile ilgili bitkisel ilaçlar, tıbbi tedaviler vb. ürün reklamlarının yapılmasını doğru bulmuyorum.	54	8,3	108	16,6	165	25,4	182	28	141	21,7	3,39	1,226
E20- Sağlık hizmeti ile ilgili sosyal medya reklamlarında yeterince denetim yapılmadığını düşünüyorum.	54	8,3	72	11,1	143	22,0	219	33,7	162	24,9	3,56	1,211
E21- Sağlık sektöründe sosyal medya reklamlarında cinsel içerikli çağrışımlar uyandıran reklamlar beni rahatsız etmez.	204	31,4	138	21,2	138	21,2	114	17,5	56	8,6	2,51	1,322

4.6. Araştırma Kapsamındaki Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Satın alma davranışı, sosyal medya reklamlarına yönelik tüketici algısı ve tüketicilerin etik ile ilgili düşünceleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Hipoteze yanıt vermek amacıyla pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Ortaya çıkan sonuç Tablo 10’ da gösterilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Davranış, Tüketici ve Etik Ölçekleri ve Tüketici Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n = 650)

	Davranış	Tüketici	Güvenilirlik	Tatminkarlık	Bilgi Verici.	Etik
Davranış		0,698**	0,572**	0,553**	0,527**	-0,180**
Tüketici			0,862**	0,651**	0,811**	-0,377**
Güvenilirlik				0,345**	0,541**	-0,295**
Tatminkarlık					0,348**	-0,081*
Bilgi Vericilik						-0,473**
Etik						

** : 0,01 düzeyinde anlamlı, * : 0,05 düzeyinde anlamlı

Tabloya göre katılımcıların davranış puanları; tüketici ($r=0,698$, $p<0,05$), güvenilirlik ($r=0,572$, $p<0,05$), tatminkarlık ($r=0,553$, $p<0,05$), bilgi vericilik ($r=0,527$, $p<0,05$) puanları ile orta düzeyde pozitif anlamlı korelasyon göstermektedir. Katılımcıların davranış puanları arttıkça tüketici, güvenilir, tatminkar ve bilgi verici puanları da artmaktadır. Davranış puanları ile etik puanları arasında negatif, anlamlı, düşük düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,180$, $p<0,05$). Katılımcıların davranış puanları arttıkça etik puanları düşmektedir.

Tüketici puanları ile güvenilir ($r=0,862$, $p<0,05$) ve bilgi verici ($r=0,811$, $p<0,05$) puanları arasında pozitif, anlamlı yüksek düzeyde ilişki bulunmaktadır. Tatminkarlık puanları ile ise pozitif, anlamlı, orta düzeyde ilişki göstermektedir ($r=0,651$, $p<0,05$). Katılımcıların tüketici puanları arttıkça alt boyutları olan güvenilir, tatminkar ve bilgi verici puanları da artmaktadır. Tüketici puanları ile etik puanları negatif, anlamlı ve orta düzeyde ilişki göstermektedir ($r=-0,377$, $p<0,05$). Tüketici puanları arttıkça etik puanları azalmaktadır.

Güvenilir puanları ile tatminkar ($r=0,345$, $p<0,05$) ve bilgi verici ($r=0,541$, $p<0,05$) puanları pozitif, anlamlı, orta düzeyde ilişki göstermektedir. Güvenilir puanları arttıkça tatminkar ve bilgi verici puanları da artış göstermektedir. Güvenilir puanları ile etik puanları arasında negatif, anlamlı, düşük düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=-0,295$, $p<0,05$). Güvenilir puanları arttıkça etik puanları azalmaktadır.

Tatminkar puanları ile bilgi verici puanları arasında pozitif, anlamlı, orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=0,348$, $p<0,05$). Tatminkar puanları arttıkça bilgi verici puanları da artış göstermektedir. Tatminkar puanları ile etik puanları arasında negatif, anlamlı, düşük düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=-0,081$, $p<0,05$). Tatminkar puanları arttıkça etik puanları azalmaktadır. Bilgi verici puanları ile etik puanları arasında negatif, anlamlı ve orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=-0,473$, $p<0,05$). Bilgi verici puanları arttıkça etik puanları azalmaktadır.

Tablo 11. Tüketici Algısı ve Etik Algının Tüketicilerin Satın Alma Davranışı Üzerine Etkisi

Bağımsız değişkenler	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar	t	p	R	R ²	F	p
	B	Std. Hata	β						
(Sabit)	1,276	1,128		1,131	0,258	0,704	0,496	318,257	0,000
Tüketici Algısı	0,537	0,022	0,735	24,392	0,000				
Etik Algısı	0,090	0,028	0,097	3,213	0,001				

a. Belirleyiciler (sabit); tüketici algısı, etik algısı

b. Bağımlı değişken; satınalma davranışı

Tüketici algısı ve etik algısı faktörlerinin ortalamasından elde edilen veriler bağımsız değişken ve satınalma davranışı ölçeğinin ortalaması bağımlı değişken olarak kullanılan regresyon analizi sonucunda bağımsız değişkenler, Tüketici algısı ve etik algısının, satın alma davranışı üzerinde belirleyici etkisi olduğu ($F=318,257$; $p<0,001$) bulunmuştur. Modelin ilişki katsayısı 0,74 olup, model varyansın % 49,6'sını açıklamaktadır. Kurulan regresyon modeli doğrusaldır ve model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Araştırma kapsamında davranış puan ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla öncelikle puanların hem kadınlar hem de erkekler için normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. Puanların normal dağılım gösterdiği bulunduktan sonra ilişkisiz örneklem t testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların Davranış Puan Ortalamalarının Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

Grup	n	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Kadın	328	23,61	5,66	648	2,27	0,023
Erkek	322	22,48	6,95			

Tablo 12 incelendiğinde, katılımcıların davranış skor ortalamalarının cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık olduğu belirtilmektedir ($t_{(648)}=2,27$, $p<0,05$). Kadınların davranış puan ortalamaları ($\bar{X}=23,61$), erkeklerin puan ortalamalarından ($\bar{X}=22,48$) daha yüksektir. Bir başka anlatımla katılımcıların kadın ya da erkek olmaları davranışları üzerinde farklılık göstermektedir. Bu durumda Hipotez 1 desteklenmiştir.

Belirtilen hipotezi yanıtlamak amacıyla analiz tekniğinin uygulanacağını belirlemek için katılımcıların tüketici ve alt boyut puanlarının yaşa göre normallik testi yapılmıştır. Yapılan normallik testi ve çarpıklık ve basıklık değerlerine göre normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumda tüketici ve alt boyut puan ortalamalarının yaşa göre farkını incelemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Ortaya çıkan sonuç betimsel istatistikler ve ANOVA sonuçları Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Yaşa Göre Tüketici Algısı ve Alt Boyut Puanları Betimsel İstatistikleri ve ANOVA Sonuçları

Ölçek/boyut	Yaş	n	$\bar{X}$	S.S	F	p	Anlamlı Fark
Tüketici Algısı	18-25	171	37,91	9,47	0,79	0,499	-
	26-35	210	37,50	8,71			
	36-45	169	37,95	8,19			
	45+	100	36,41	8,10			
Güvenilirlik	18-25	171	15,87	4,75	0,99	0,397	-
	26-35	210	15,32	4,64			
	36-45	169	15,40	4,50			
	45+	100	14,91	4,25			
Tatminkarlık	18-25	171	8,80	3,14	0,24	0,870	-
	26-35	210	8,84	2,71			
	36-45	169	8,93	2,68			
	45+	100	8,63	2,82			
Bilgi Vericilik	18-25	171	13,24	4	0,97	0,406	-
	26-35	210	13,34	3,61			
	36-45	169	13,63	3,19			
	45+	100	12,87	3,40			

Tablo 13'e göre katılımcıların tüketici puan ortalamaları yaşa göre 36,41 ile 37,95, güvenilirlik puan ortalamaları 14,91 ile 15,87, tatminkarlık puan ortalamaları 8,63 ile 8,93 ve bilgi vericilik puan ortalamaları 12,87 ile 13,63 arasında değişmektedir.

Yapılan analiz sonucuna göre katılımcıların tüketici [$F_{(3-646)}=0,79$, $p>0,05$], güvenilirlik [$F_{(3-646)}=0,99$, $p>0,05$], tatminkarlık [$F_{(3-646)}=0,24$, $p>0,05$] ve bilgi vericilik [$F_{(3-646)}=0,97$, $p>0,05$] skor ortalamaları yaşa göre anlamlı değişkenlik bulunmamaktadır. Başka bir ifadeyle, cevaplayıcıların tüketici genel ve alt boyut puanları yaşlarına bağlı olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır. Ortaya çıkan durum sonucunda yaşın, katılımcıların tüketici puanları ve alt boyut puanları farklılık göstermemektedir. Böylece Hipotez 2 desteklenmemiştir.

Katılımcıların etik puanlarının öğrenim durumuna göre normal dağılım gösterip göstermediği değerlendirilmiş ve puanların normal dağıldığı bulunmuştur. Tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Ortaya çıkan sonuç betimsel istatistikleri ve ANOVA sonuçları Tablo 14' te gösterilmiştir.

Tablo 14. Eğitim Durumuna Göre Etik Puanları Betimsel İstatistikleri ve ANOVA Sonuçları

Eğitim Durumu	n	$\bar{X}$	S,S	F	p	Anlamlı Fark
İlköğretim	59	21,66	7,92	11,08	0,000	İÖ-Diğer Lise-Diğer
Lise	170	19,41	7,38			
Ön lisans	131	17,34	6,49			
Lisans	219	16,45	6			
Lisansüstü	71	16,06	5,85			

Tablo 14'e göre katılımcıların etik puan ortalamaları eğitim durumuna göre 16,06 ile 21,66 arasında değişmektedir. Farkın anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Anova testi sonuçlarına göre katılımcıların etik skor ortalamaları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir [F(4-645)=11,08, p<0,05]. İlköğretim düzeyinde eğitime sahip olanların etik puan ortalamaları (21,66); diğer öğrenim düzeylerine sahip katılımcıların etik puan ortalamalarından daha yüksektir. Lise düzeyinde eğitime sahip olanların etik ortalama puanları (19,41), ilköğretim mezunlarının ortalamasından düşük, diğer eğitim düzeyine sahip bireylerin puan ortalamalarından ise yüksektir. Ortaya çıkan durum sonucunda sosyal medya reklamlarında tüketicilerin etik ile ilgili görüşleri eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Böylece Hipotez 3 desteklenmiştir.

V. TARTIŞMA ve SONUÇ

Sağlık sektöründeki her kurum/kuruluş herhangi bir şekilde kendi tanıtımını veya reklamını yapmaktadır. Tanıtım veya reklam, bireylerin gitmek istediği veya isteyeceği ilgili uzmanı nasıl bulduğu/bulacağı ile ilgilidir. Sektördeki uzmanların günümüzde sadece kendi başarılarını bireysel tanıtım yolu ile duyurmaları istenen hedef kitleye ulaşmada yetersiz kalmakta bunun yerine reklamın kullanılmasının daha etkin sonuçlar doğuracağına bilinmesi gerekmektedir.

Uzmanlar, bireyler tarafından olumlu veya olumsuz bilinmelerine sebep olan/olacak faktörleri tespit etmekte ve sosyal medya aracılığı ile bilgilendirme yapmaktadırlar. Aksi halde insanlar gitmek istedikleri uzmana karşı şüpheyle yaklaşmasına neden olur ve uzman tarafından kayıp yaşanmasını sağlar. Eğer bir uzman şüpheleri ortadan kaldırmazsa uzmana karşı bir antipatik durum olabilir.

Araştırma sonucunda özetle katılımcıların sosyal medya kullanımı ile ilgili düşünceleri aşağıda verilmiştir.

- Araştırma kapsamında katılımcıların, Facebook, Instagram ve Youtube gibi popüler olan sosyal medyayı günlük kullanma sıklıklarına baktığımızda literatürde benzer ölçeği kullanmış yerli çalışmalarda sonuçlarla farklılıklar ortaya çıkmıştır. Bunun sebepleri olarak, bu araştırmaların yapıldığı zaman ile şuan ki yapılmış olan çalışmanın zamanının farklı olması ve diğer çalışma örneklemelerinin farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

- Katılımcıların, sosyal ağ siteleri arasından en çok %78,9'u Instagram'ı, %62,9'u Youtube'u, %49,1'i ise Facebook'u ziyaret etmektedir. Araştırma kapsamında benzer çalışmalara bakıldığında Tosyalı (2016)'a göre katılımcıların %78,9'u Facebook, %68,2'si Instagram, %62,4'ü Twitter, %46,1'i Google+, %45,3'ü Youtube, %34,1'i LinkedIn, %25,6'sı Foursquare, %15,5'i Pinterest, %12,3'ü forumlar, %9,3'ü Snapchat, %8,6'sı Tumblr ve %6,7'si de kişisel blog kullanmakta olduğu sonucuna varmıştır. Diğer bir araştırmada Talih Akkaya (2013)'ya göre katılımcıların en çok (%40,9) Facebook'a giriş yaptığı görülmektedir. Daha sonrasında %22,8 ile Google+, %16 ile Twitter, %14,7 ile Youtube, %2,6 ile LinkedIn şeklinde sonuca varılmıştır. Bunun sebeplerine bakıldığında zaman sosyo-kültürel düzey ve kullanma yaş aralıklarına baktığımızda kullanılan sosyal mecraların zamanla değiştiği söylenebilir.

Araştırma kapsamında katılımcıların, sağlık hizmeti almadan önce sosyal medyadan yararlanmalarına yönelik soruya verdikleri cevaplar literatürdeki çalışmalar ile örtüşmektedir. Örneğin Fener ve Çimen (2016)'e göre bireylerin hastane seçiminde sosyal medyanın kullanım oranının %59,8 ve hekim tercihinde sosyal medya kullanım oranının %64,4 olduğu sonucuna varmıştır. Tengilimoğlu ve diğerleri (2017) ifade ettiği üzere hastaların % 55'i sağlıkla ilgili gelişmeleri sosyal medyadan izlediğini % 41,9'u hekim seçiminde, % 41,7'si hastane seçiminde sosyal medyadan yararlandığını ifade etmiştir.

Bu çalışmada ise katılımcıların sosyal medyadan yararlanma oranı %49,5 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında zaman, bireylerin sağlık sektöründe bulunan kurum ve kuruluşların paylaşımlarına

ve içeriklerine yüksek düzeyde önem verdiği görülmektedir ve sosyal medyanın tanıtım ve reklam amaçlı kullanmanın ayrıca önemli olduğunu göstermektedir.

Çalışma kapsamında katılımcıların sağlık hizmetini alırken en çok kullandıkları sosyal medya aracını sorusuna verdikleri cevaplar literatürde yapılmış olan benzer çalışma sonuçlarına göre farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin Tosyalı (2016)'ya göre katılımcıların hastane tercihlerinde en fazla Facebook, Instagram, Foursquare ve Google+ sonucuna ulaşmıştır. Ancak çalışmamızda katılımcıların %27,5'i Instagramı, %16,6'sı Youtube'u, %15,2'si ise Facebook'u kullandığını ifade etmiştir.

Sonuç olarak, sağlık sektöründe sosyal medya reklamlarının yaygın olarak kullanıldığı ancak bireylerin hala bu reklamların güvenilir olup olmadığı konusunda kuşku duydukları söylenebilir. Sosyal medya reklamlarının sağlık hizmeti satın alma davranışlarını olumlu etkilemesine katılımcıların çoğu katılmadığı için, sektörde bulunan uzmanların, sosyal medyada paylaşacakları ve reklamını verecekleri ürün ve hizmetler için profesyonel destek alması gerekmektedir.

Katılımcıların yarısı (%49,5), sağlık hizmeti almadan önce sosyal medyadan yararlandığını belirtmesine rağmen, %25,5 si bu reklamlardan etkilendiğini ve reklamların hizmet alımına teşvik ettiğini ifade etmiştir.

Sosyal medya reklamları, sağlık işletmeleri hakkında bilgi edinme konusunda önemli bilgi kaynağı olduğu, bu nedenle sağlık kurum ve kuruluşları verecekleri reklamlarda ticari kazanç oluşturmak için aldatici ve yanıltıcı reklamlardan kaçınılmalıdır.

Sosyal medya reklamlarının sağlık alanındaki inandırıcılığı ve gerçekçiliği hususunda katılımcıların büyük bir çoğunluğu kararsız ve inanmamaktadır. Bu nedenle sosyal medya reklamlarında gerçek ve doğru bilgilere yer vermeleri gerekir.

Sağlık hizmeti almak isteyen bireylerin sosyal medya reklamlarının iyi sonuç vereceğine dair ifadeye katılım oranı %31,4 ve etik sorumluluklara uyma konusunda titiz davranacaklarına ilişkin inançlarının düşük olması, hala tüketicilerin sosyal medya reklamlarına olan güvenlerinin düşük olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu, hastaya ait bilgilerin izinsiz olarak sosyal medya reklamlarında paylaşılmasını etğe aykırı buldukları için, uzmanların bu konuda özellikle hastalarından yazılı ve sözlü onam almaları, kendilerini hukuki açıdan sıkıntıdan kurtaracaktır.

Sağlık sektöründeki sosyal medya reklamların abartılı olduğunu düşünen bireylerin sayısının (%51,1) düzeyinde olması, sağlık kuruluşu yöneticilerinin mümkün olduğunca reklamlar konusunda daha şeffaf ve dürüst olmaları gerekmektedir.

Uzmanların, cinsellik, çocuklar veya toplumun hassas olduğu konularda reklam ve tanıtımlarına dikkat etmeleri gerekmektedir. Aksi takdirde toplumsal tepkinin yanı sıra hukuki açıdan da sorun doğurabilir.

Sağlık sektöründeki sosyal medya reklamlarının ahlak kurallarını ihlal etmeyecekleri hususunda katılımcıların çoğunluğunun kararsız kalması ve denetim yapılmadığını düşünenlerin sayısının fazla olması (%58,8' i) sonucunda, sağlık kuruluşları verecekleri sosyal medya reklamlarında etik boyuta yönelik olarak daha duyarlı olmaları ve bu konuda denetim mekanizmaları daha etkin hale getirmeleri gerekmektedir.

Tüketici algılarının satın alma davranışı üzerinde kısmen etkili olduğu (%24,31) ancak etik algısının satın alma davranışı üzerindeki etkisinin çok düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar etik hassasiyetinin satın alma davranışı üzerinde zayıf olduğu ifade edilebilir.

Ülkemizde internet ağının yüksek düzeyde yaygınlaşmasıyla birlikte sosyal mecralarında kullanımının yoğunlaşması sonucunda tanıtım ve reklam faaliyetlerinin bu alanlarda artmasına neden olmuştur. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığı ile birlikte düzenleme ve denetleme kurumları içerisinde bulunan Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu (BTK) ve Radyo ve Televizyon Üst Kurulu (RTÜK) tarafından ayrı bir ekip oluşturulması ve ilgili kurumlarla birlikte ortak hareket edilerek denetlemelerin daha etkin hale getirilmesi önerilir. Bu çalışmanın başka illerde ve Ankara genelinde, daha farklı değişkenlerin ilave edilerek yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Aslan, E. Ş., & Kahraman, M. G. (2018). Reklamlarda etiksel bir sorun olarak çocuk kullanımı: Ebeveynlerin tutumları üzerine bir araştırma. *Atlas International Refereed Journal on Social Sciences*, 4(11), 881-895.

Coşkun, R., Altunışık, R., Bayraktaroğlu, S., & Yıldırım, E. (2015). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı* (8. Bs.). Sakarya: Sakarya Yayıncılık.

Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2010). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve Lisrel Uygulamaları. Ankara, Pegem Akademi Yayıncılık.

Daşcıoğlu, C. N. (2007). Sosyal Medya ve Etik. <https://www.academia.edu/33765086/>

Eley, B., & Tilley, S. (2009). *Online Marketing Inside Out*. Canada, Sitepoint.

Emmanuel, E. J., & Emanuel, L. (1992). Four model of the physician - patient relationship. *JAMA*, 267(16), 2221-2226.

Evans, D. (2008). *Social Media Marketing: An Hour A Day*. Indianapolis, Wiley Publishing.

Evans, D., & McKee, J. (2010). *Social media marketing: The next generation of business engagement*. Indianapolis, Wiley Publishing.

Fener, E., & Çimen M. (2016). Hastane ve hekim tercihinde sosyal medyanın etkisine yönelik bir araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(47), 836-846.

Gabbott, M., & Hogg, G. (1994). Consumer behaviour and services: A review. *Journal of Marketing Management*, 10(4), 311-324.

Göktaş, B., & Tarakçı, İ. E. (2018). Bir tutundurma aracı olarak reklamın sosyal medyada uygulamalarına yönelik bir araştırma: Instagram örneği. *Girişimcilik İnovasyon ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 50-67.

Johnson, A. R. (2005). When a celebrity is tied to immoral behavior: Consumer reactions to Michael Jackson and Kobe Bryant. *Association for Consumer Research*, 32, 100-101.

Kazançoğlu, İ., Üstündağlı, E., & Baybars, M. (2012). Tüketicilerin sosyal ağ sitelerindeki reklamlara yönelik tutumlarının satın alma davranışları üzerine etkisi: Facebook örneği. *International Journal of Economic and Administrative Studies*, 4(8), 159-182.

Klieber, P. (2009). *Document Classification Through Data Mining Social Media Networks*. A Senior Research Paper. Stetson University.

Mason, R. O. (1986). Four ethical issues of the information age. *Mis Quarterly*, 10(1), 5-12.

Mucuk, İ. (2014). *Pazarlama İlkeleri*. (20. bs.). İstanbul, Türkmen Kitabevi.

- Odabaşı, Y., & Barış, G. (2016). *Tüketici Davranışı*. (16. bs.) İstanbul, MediaCat.
- Özdemir Akbay, H. (2009). *Televizyon reklamlarında etik ve marka sadakati ilişkisi üzerine bir araştırma: Ankara ili örneği*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Safko, L., & Brake, D. K. (2009). *The social media bible: tactics, tools, and strategies for business success*. New Jersey, John Wiley & Sons.
- Sin, S. S., Nor, K. M., & Al-Agaga, A.M. (2012). Factors affecting Malaysian young consumers' online purchase intention in social media websites. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 40, 326-333.
- Solomon, M., Bamossy, G., Askegaard, S., & Hogg, M.K. (2006). *Consumer behaviour: A European perspective*. New Jersey, Prentice Hall.
- Solomon, M. R. (2013). *Consumer Behaviour: Buying, Having and Being*. London, Pearson.
- Talih Akkaya, D. (2013). *Sosyal medya reklamlarında tüketici algılarının tutum, davranış ve satın alma niyeti üzerine etkisi*. (Yayımlanmamış doktora tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Tengilimoğlu, D., Sarp, N., Yar, C. E., Bektaş, M., Hıdır, M. N., & Korkmaz, E., (2017). The consumers' social media use in choosing physicians and hospitals: the case study of province of İzmir. *International Journal of Health Planning and Management*, 32(1), 19-35.
- Tosyalı, H. (2016). *Sosyal medyanın hasta sadakatine etkisi: sosyal medya kullanıcıları üzerine bir araştırma*. (Yayımlanmamış doktora tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Wei, K. K., Jerame, T., & Shan, L. W. (2010). Online advertising: A study of malaysian consumers. *International Journal of Business and Information*, 5(2) , 111-134.
- Yazıcı, A., & Yazıcı, S. (2010). Etik durum ölçeğinin geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, (4), 1001-1017.

RESEARCH ARTICLE

AN EVALUATION OF THE RELATION BETWEEN ORGANIZATIONAL CYNICISM AND ORGANIZATIONAL COMMITMENT: A RESEARCH ON MIDWIVES AND NURSES

Sinem SOMUNOĞLU İKİNCİ *

Demet ÜNALAN **

Kürşat YURDAKOŞ ***

ABSTRACT

In this study it is aimed to evaluate the relationship between the organizational commitment and organizational cynicism levels of the midwives and nurses working for a training and research hospital. The research was conducted on the midwives and nurses working for Samsun Training and Research Hospital from July to August 2015. A survey was used as the data collection tool. Organizational Commitment Scale developed by Allen and Meyer was used to determine the levels of the commitment of the midwives and nurses, and Organizational Cynicism Scale developed by Brandes was used to determine the levels of their organizational cynicism together with the questions aiming at the socio-demographic features. When the findings related to the organizational cynicism scale subscale scores are examined, it is determined that behavioral cynicism (3.2 ± 0.8), cognitive cynicism (3.2 ± 0.8) and affective cynicism (3.1 ± 0.9) scores are at medium level. When the correlation between the organizational commitment and organizational cynicism subscale scores of the staff are examined, a negative significant relation at a medium level is determined between normative commitment subscale scores and behavioral, cognitive and affective cynicism subscale scores, and a weak negative relation between continuity commitment subscale scores and behavioral cynicism subscale scores. It is thought that the results of the research include significant findings reflecting a point of view related to the levels of the organizational commitment and organizational cynicism levels of the midwives and nurses who have an important role in the process of patient care and they will be useful for the arrangements planned to be made in this field.

Keywords: Organizational commitment, organizational cynicism, nurse, midwife, health sector

ARTICLE INFO

* Bursa Uludağ University, ssomunoglu@uludag.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9123-5662>

** Erciyes University, unalandemet@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9854-437X>

*** Sivas Cumhuriyet University, urungukaan@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1473-5513>

Received: 19.07.2019

Accepted: 10.01.2020

Cite This Paper:

Somunoğlu İkinci, S., Ünal, D., Yurdakoş, K. (2020). An Evaluation of The Relation Between Organizational Cynicism and Organizational Commitment: : A Research on Midwives and Nurses. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(1): 115-126

ÖRGÜTSEL SİNİZM VE ÖRGÜTSEL BAĞLILIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: EBELER VE HEMŞİRELER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Sinem SOMUNOĞLU İKİNCİ *

Demet ÜNALAN **

Kürşat YURDAKOŞ ***

ÖZ

Bu çalışmada bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan ebe ve hemşirelerin örgütsel bağlılık ve örgütsel sinizm düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma, 2015 Temmuz ve Ağustos ayları arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan ebe ve hemşireler üzerinde yapılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Ebe ve hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine yönelik soruların dışında, örgütsel bağlılık düzeylerinin belirlenmesi amacı ile Allen ve Meyer tarafından geliştirilen Örgütsel Bağlılık Ölçeği ve örgütsel sinizm düzeylerinin ölçülmesi için de Brandes tarafından geliştirilen Örgütsel Sinizm Ölçeği kullanılmıştır. Örgütsel sinizm ölçeği alt boyut puanlarına ilişkin bulgular incelendiğinde ise, davranışsal sinizm (3.2 ± 0.8), bilişsel sinizm (3.2 ± 0.8) ve duyuşsal sinizm (3.1 ± 0.9) puanlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışanların örgütsel bağlılık ve örgütsel sinizm ölçekleri alt boyut puanları arasındaki korelasyon incelendiğinde de; normatif bağlılık alt boyut puanları ile davranışsal, bilişsel ve duyuşsal sinizm alt boyut puanları arasında orta düzeyde negatif yönde, devam bağlılığı alt boyut puanları ile davranışsal sinizm alt boyut puanları arasında da zayıf negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Araştırma sonuçlarının, hasta bakım sürecinde önemli bir rol oynayan ebe ve hemşirelerin örgütsel bağlılık ve örgütsel sinizm düzeylerine ilişkin bakış açılarını yansıtan önemli bulgular içerdiği ve bu alanda yapılması planlanan düzenlemeler açısından faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel bağlılık, örgütsel sinizm, hemşire, ebe, sağlık sektörü

MAKALE HAKKINDA

* Doç. Dr., Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, ssomunoglu@uludag.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9123-5662>

** Prof. Dr. Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, unalandemet@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9854-437X>

*** Öğr. Gör., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Yıldızeli Meslek Yüksekokulu, urungukaan@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1473-5513>

Gönderim Tarihi: 19.07.2019

Kabul Tarihi: 10.01.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Somunoğlu İkinci, S., Ünalın, D., Yurdakoş, K. (2020). An Evaluation of The Relation Between Organizational Cynicism and Organizational Commitment: : A Research on Midwives and Nurses. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 115-126

I. INTRODUCTION

It is very important for organizations to increase the organizational commitment of the staff during the processes of survival, reaching the determined targets, being able to use their resources effectively and decreasing the cycle of staff as much as possible, so decreasing the costs due to the cycle. The decrease in the organizational commitment causes an increase of the tendency of being late for work and absence, decrease in employee performance and accordingly the organizational performance is damaged and quitting the job is seen in the long run. However, as the organizational commitment increases, the levels of sacrificing, producing creative and innovative ideas, efficiency and giving their all to reach the organizational targets of employees will increase, and the possibility of having stress and burnout will decrease (Dolu, 2011). When the importance of employees in organizations' adaptation to increasing conditions of competition is thought, it is seen that the need for employees that adhere to the values of the organization and adopt the organizational targets as their own increases. This situation leads the concept of organizational commitment to be handled as a current and discussed issue (Yıldız, 2013).

Commitment is taken as an individual's responsibility to the organization, (Dolu, 2011; Bayram, 2005), and includes devotion and loyalty (Yıldız, 2013). Organizational commitment is explained as the collaboration that a member of the organization has constituted with his/her organization (Dolu, 2011; Bayram, 2005), and accepted as the indicator of the harmony between an employee and his/her organization (Yıldız, 2013). The feelings of the employee are emphasized in the concept of the organizational commitment. It arises depending on the acceptance of the employee to the organization and his/her starting to work, and it is defined as believing in the aims and values of the organization by adopting them, trying harder than expected and having a strong desire to work as a member of the organization (Dolu, 2011).

Although various explanations have been done about the aspects of the organizational commitment by different researchers having studied on the organizational commitment, Allen and Meyer state that this concept includes three aspects: emotional commitment, continuity commitment and normative commitment (Bayram, 2005; Doğan and Kılıç, 2007). Emotional commitment is related to the emotional commitment of the employee to the organization and it is stated that those having a strong emotional commitment to the organization stay in the organization because they want to (Yıldız, 2013). Another characteristic of the emotional commitment is that the employees identify with the organization and they are happy to be a member of the organization (Özgan et al., 2012). Continuity commitment expresses the kind of commitment that the employee cannot leave the organization even if s/he wants to since s/he realizes the costs and difficulties of leaving the organization (Yıldız, 2013). Scarcity of alternative job opportunities causes the employee to continue the membership of the organization (Özgan et al., 2012). Normative commitment is explained as the kind of commitment based on obligation and that the employee feels liable to the organization (Yıldız, 2013).

Organizational cynicism is that the employee has negative feelings such as rage, anger, hopelessness for the organization (Uysal and Yıldız, 2014) and reveals negative attitudes (Dean et al., 1998; Eaton, 2000). In organizational cynicism, employees do not trust the organization they work for (Akman, 2013) and they have the feelings of anger and disappointment, and this situation causes disruption of activities (Özgan et al., 2012; Akman, 2013).

According to Dean et al. organizational cynicism includes the negative attitudes of the employee related to his/her organization due to the organization's being deprived of unity and honesty (Yıldız, 2013; Dean et al., 1998; Arslan, 2012; Kalağan and Güzeller, 2010). Organizational cynicism has three aspects as cognitive, affective and behavioral (Yıldız, 2013; Altınöz et al., 2011; Uysal and Yıldız 2014; Ahmadi, 2014; Tayfun and Çatır, 2014). Cognitive aspect handles the belief that organizational cynicism is lacking honesty (Yıldız, 2013; Bozkurt and Yurt, 2013), and emphasizes that employees defined as cynical are those who underestimate organizational principles and rules,

reveal inconsistent behaviors, look out for themselves and have problems with trusting others (Yıldız, 2013). Cynical people think that their organizations perform acts including betrayal because they are lacking in principles such as justice, honesty and sincerity (Tayfun and Çatır, 2014). Affective dimension includes strong negative emotional responses such as anger, looking down the others, distress, disrespect and embarrassment, disappointing, arrogance and hatred arising against the organization (Yıldız, 2013). This situation is a clear expression that cynical thoughts are not limited only with belief aspect, but they transform into some emotions against the organization (Tayfun and Çatır, 2014). In behavioral aspect, employees use an ironic humor, make pessimistic predictions about the future of the organization and criticize the organization harshly despising it (Yıldız, 2013; Tayfun and Çatır, 2014).

It is stated that there are many factors causing the emergence of the concept of organizational cynicism, and the most important ones are that changing efforts cannot be managed well and the expectations cannot be covered enough, overstress and excessive work load inadequate social support, lack of communication, organizational complication, conflict of goals, inadequate promotion and lack of presenting the opportunity to be involved in the decision making process (Yıldız, 2013; Akman, 2013; Topçu et al., 2013).

When the literature is viewed, it is seen that there is a strong relation between organizational commitment and organizational cynicism (Yıldız, 2013; Kalağan and Güzeller, 2010; Ahmadi, 2014; Okçu et al., 2015). When it is thought in terms of organization, it is perceived that organizations tend to increase the number of the employees who believe in goals and values of the organization and try hard to reach them, have strong desires to continue their membership of the organization and have a high organizational commitment (Yıldız, 2013; Özgan et al., 2012). This situation explains the significance of the organizational commitment, and has a great importance in terms of that it reveals that the threat of organizational cynicism will become a current issue in the absence of it (Yıldız, 2013).

When it is considered in terms of health sector, it is a matter of discussion that employees have cynical thoughts due to some reasons such as long working hours, stress and depression related to the sudden changes in the general health state of patients and not being able to delay the works. This situation impairs the quality of services given to patients, causes work efficiency, work satisfaction, employee performance and motivation to reduce, decreases organizational commitment and leads employees to leave the organization (Akman, 2013). Among healthcare professionals, nurses are accepted the most inclined group having burnout and thinking leaving their professions since they are the first source that patients and patient's relatives consult and have a key role in providing communication between the healthcare team, and they are stated to be in the tendency of revealing behaviors of cynicism (Tayfun and Çatır, 2014). All these problems show that organizational cynicism and organizational commitment are very significant for the healthcare sector (Akman, 2013).

Moreover, depending on some reasons such as the prevalence of the therapeutic services in hospitals, the need for different levels of specialization, the necessity of providing activities continuously and consistently and the challenges associated with team approach, it is possible that employees may have some negative feelings and thoughts and that these negative situations may turn into cynical behaviors over time. Employees feel less organizational commitment due to cynic tendency. When considered from this point of view, organizational cynicism is possible to be defined as a major problem area in achieving the targets set in the health sector (Çankaya, 2018). On the other hand, it is stated that employees with high levels of organizational commitment will be more likely to contribute to the success of the organization, to make efforts for the reputation of the organization and to take extra duties by establishing long-term relationships with the organization (Akman, 2013). This is because organizational commitment positively affects organizational performance and prevents undesired results such as being late for work, absenteeism or quitting work (Özgan et al., 2012). In this respect, it is stated that organizational commitment has positive effects for organizations and it is pointed out that there is a negative relationship between organizational commitment and

organizational cynicism (Akman, 2013). As employees' organizational cynicism levels increase, their organizational commitment levels decrease (Ahmadi, 2014).

Based on these ideas, it is aimed in this study to search the relationship between organizational cynicism and organizational commitment that is accepted as one of the current issues by taking into account of the employees' importance for the organization. For this purpose, the findings of the research conducted on the midwives and nurses working for the hospital will be dealt with.

II. MATERIAL AND METHODS

The population of this descriptive study includes 381 midwives and nurses out of 549 midwives and nurses working for Samsun Training and Research Hospital from July to August 2015 (168 of them were on sick leave, stopgap, on annual leave and on maternity leave then). A questionnaire was conducted 310 (81.4%) midwives and nurses accepting to participate in the study. A questionnaire related to the socio-demographic features and work lives of the midwives and nurses, organizational commitment scale and organizational cynicism scale was used as the data collection tools in the study. The five point Likert type organizational commitment scale developed by Allen and Meyer (1997) and adopted into Turkish by Wasti (1999) having three aspects as emotional commitment, commitment of continuity and normative commitment and including 17 items was used to determine the organizational commitment levels of the midwives and nurses. Cronbach's alpha (α) value of the scale of Organizational Commitment scale has been calculated as 0.676. The five point to determine the organizational cynicism levels of the midwives and nurses, the likert type organizational cynicism scale was used. The scale was developed by Brandes (1997), its validity and reliability study was done by Erdost et al. (2007), it has 3 aspects as cognitive, affective and behavioral and includes 14 items. Scale scores were evaluated as "4.20-5.00" very high, "3.40-4.19" high, "2.60-3.39" medium, "1.80-2.59" low and "1.00-1.79" very low. Cronbach's alpha (α) value of the scale of Organizational Cynicism was calculated as 0.896. SPSS 17.0 packaged software was used for the statistical analysis of the data. In comparing two groups, student t test was used for independent groups, and in comparing more than two groups, analysis of variance was used. Tukey (post-hoc test) method was used as multiple comparison analysis. In evaluating the relation between the organizational commitment subscales and organizational cynicism subscales, correlation analysis was performed. Significance level was accepted as $p < 0.05$ in the evaluations.

To conduct the research, Ethical Committee was applied, and the research process was started after the approval of the 7 July 2015 dated and 54103609/604.02 numbered Poll Conducting Permit obtained from the Republic of Turkey Ministry of Health, Public Hospitals Administration of Turkey, Samsun Association of Public Hospitals General Secretariat.

III. RESULTS

The average age of the 310 midwives and nurses included in the research group was 34.7 ± 6.8 and min-max (19-52). 81.6% of the midwives and nurses were female, 50.3% of them were married and 49.4% had associate's degree. 75.8% of the midwives and nurses worked for medical units and their working period was 12.9 ± 7.0 years, min-max (1-32 years) and working period for the institution was 5.9 ± 5.0 years, min-max (1-28 years).

Table1. Organizational Commitment and Organizational Cynicism Subscale Scores of the Midwives and Nurses

Organizational commitment scale subscales	X± SD
Emotional commitment	3.0 ±0.6
Normative commitment	2.2 ±0.8
Continuity commitment	3.1 ±0.7
Organizational cynicism scale subscales	
Behavioral cynicism	3.2 ±0.8
Cognitive cynicism	3.2 ±0.8
Affective cynicism	3.1 ±0.9

Organizational commitment and organizational cynicism subscale scores of the midwives and nurses are presented in Table 1. Organizational cynicism subscale scores, behavioral cynicism, cognitive cynicism and affective cynicism levels are evaluated as medium.

Statistically significant difference found between the behavioral cynicism scores in terms of the age groups of midwives and nurses in our study. Behavioral cynicism scores of the midwives and nurses at the ages between 26 and 32 are significantly higher than the ones at the ages between 19 and 25 ($p<0.05$) (Table 2).

Statistically significant difference found between normative commitment scores of the midwives and nurses in terms of sex. Male employees' normative commitment average scores found significantly higher than the female ones ($p<0.05$) (Table 2).

When the difference between organizational cynicism subscale scores of the midwives and nurses in terms of educational level was examined, it was found that organizational cynicism scores of the midwives and nurses having postgraduate degree were lower than the ones having other degrees, but the difference between groups is not statistically significant ($p>0.05$) (Table 2).

In our study, a statistically significant difference found between the normative commitment scores of the midwives and nurses in terms of the unit they worked at. Normative scores of the midwives and nurses working at laboratory and support units found significantly higher than the ones working at medical units ($p<0.05$) (Table 2).

Table 2. Organizational Commitment and Organizational Cynicism Subscales of the Midwives and Nurses According to their Socio-Demographic Features

Variables	n (%)	Organizational commitment subscales			Organizational cynicism subscales		
		Emotional commitment X±SD	Normative commitment X±SD	Continuity commitment X±SD	Behavioral cynicism X±SD	Cognitive cynicism X±SD	Affective cynicism X±SD
Age groups							
19-25	27 (8.7)	2.9±0.3	2.7±0.7	3.2±0.5	2.9±0.6 ^a	2.9±0.6	2.9±0.8
26-32	87(28.1)	2.9±0.6	2.5±0.9	3.0±0.7	3.4±0.8 ^b	3.3±0.7	3.3±0.9
33-39	123 (39.7)	3.0±0.5	2.6±0.9	3.1 ±0.7	3.2±0.8 ^{ab}	3.1±0.8	3.1±1.0
40-46	52 (16.8)	3.1±0.7	2.7 ±0.9	3.1±0.7	3.1±0.8 ^{ab}	3.1±0.7	3.1±0.9
47-53	21 (6.8)	3.0±0.7	2.9±0.8	3.1±0.6	3.2±0.7 ^{ab}	3.2±0.7	3.0±0.9
p value		p=0.578	p=0.308	p=0.630	p=0.047	p=0.060	p=0.188
Sex							
Male	57 (18.4)	3.0±0.6	3.0±1.1	3.2±0.6	3.1±0.7	3.1±0.7	3.0±0.9
Female	253 (81.6)	3.0±0.5	2.5±0.8	3.1±0.7	3.2±0.8	3.2±0.8	3.1±0.9
p value		p=0.702	p<0.01	p=0.158	p=0.411	p=0.291	p=0.184
Marital status							
Married	156 (50.3)	3.0±0.6	2.7±1.0	3.1±0.7	3.2±0.8	3.1±0.8	3.2±0.9
Not married	154 (49.7)	3.0±0.5	2.5±0.8	3.1±0.7	3.2±0.8	3.2±0.7	3.2±0.9
p value		p=0.625	p=0.186	p=0.668	p=0.922	p=0.452	p=0.371
Educational status							
High school	29 (9.4)	3.1±0.5	2.7±0.9	3.1±0.8	3.3±0.8	3.2±0.7	3.3±0.9
Associate's degree	153 (49.4)	3.0±0.5	2.6±0.8	3.1±0.6	3.2±0.8	3.1±0.7	3.1±0.9
Graduate	90 (29.0)	2.9±0.5	2.6±1.0	3.2 ±0.7	3.3±0.8	3.3±0.8	3.2±1.0
Post graduate	38 (12.3)	3.0±0.7	2.5±0.9	2.8±0.8	3.0±0.8	3.0±0.8	2.8±0.8
p value		p=0.515	p=0.929	p=0.070	p=0.377	p=0.148	p=0.055
Units							
Medical units	235 (75.8)	3.0±0.5	2.5±0.9 ^a	3.1±0.7	3.2±0.8	3.2±0.7	3.2±0.9
Laboratory and support units	43 (13.9)	3.0±0.6	2.9±1.0 ^b	3.1±0.7	3.2±0.9	3.1±0.8	3.0±1.0
Administrative units	32 (10.3)	2.9±0.6	2.7±0.9 ^{ab}	3.0±0.7	3.2±0.9	3.1±0.9	2.8±1.1
p value		p=0.741	p=0.032	p=0.928	p=0.956	p=0.525	p=0.085

Table 3. Correlation Matrix Between Organizational Commitment and Organizational Cynicism Subscale Scores of Midwives and Nurses

Organizational commitment	Organizational cynicism		
	Behavioral cynicism	Cognitive cynicism	Affective cynicism
Emotional commitment	-0.073	-0.107	-0.020
Normative commitment	-0.365**	-0.396**	-0.375**
Continuity commitment	-0.116*	-0.090	-0.066

* p<0.05, ** p<0.01

When the relation between the organizational commitment and organizational cynicism subscale scores of the midwives and nurses was examined, a medium level negative significant relation was found between normative commitment subscale scores and behavioral, cognitive and affective cynicism subscale scores ($p<0.01$) (Table 3).

A weak negative significant relation was found between the continuity commitment subscale scores and behavioral cynicism scores of the midwives and nurses ($p<0.05$) (Table 3).

IV. DISCUSSION

The results of the study conducted to evaluate the relationship between the levels of organizational cynicism and organizational commitment of midwives and nurses working in a training and research hospital can be briefly explained as follows:

When the scores related to the organizational commitment scale subscales of the employees were evaluated, it was seen that emotional commitment was 3.0 ± 0.6 , normative commitment was 2.2 ± 0.8 and continuity commitment was 3.1 ± 0.7 . When the findings related to the organizational cynicism subscale scores were evaluated, behavioral cynicism, cognitive cynicism and affective cynicism scores were found at medium level. The difference between behavioral cynicism scores in terms of age, normative commitment scores in terms of sex and normative commitment scores in terms of the unit of the midwives and nurses found statistically significant. When the correlation between the organizational commitment and organizational cynicism subscale scores of the employees was examined, it was determined that there was a negative significant relation between normative commitment subscale scores and behavioral, cognitive and affective cynicism subscale scores at medium level and a weak significant relation between continuity commitment subscale scores and behavioral cynicism subscale scores in negative direction. Research findings are similar to the other research findings in the literature. In this respect, it can be stated that the findings obtained from the research and the results of the other studies in the literature are similar. Some research results are given below for comparison purposes.

According to the result of another study conducted to determine the relation between the organizational commitment levels and organizational cynicism levels of the teachers working for the primary schools in Bolu, it was inferred that there was a relation between organizational commitment and organizational cynicism levels of the teachers. Accordingly, there was a high level of negative relation between normative commitment subscale, one of the subscales of the organizational commitment scale and cognitive, affective and behavioral cynicism subscales that were the subscales of organizational cynicism. As the normative commitment increases, cognitive, affective and behavioral cynicisms decrease. There was a high level of relation between organizational cynicism subscales, and as cognitive cynicism increases, affective and behavioral cynicism also increase. Another finding in the study was that the teachers' scores of the emotional commitment and normative commitment, the subscales of the organizational commitment, were at medium level (Yıldız, 2013).

By referring to another study, considering that there is an important effect of that if instructors are committed to the university they work for or not, and their negative attitudes and behaviors against the institution on the shaping of the future of universities and society, it is aimed to determine the organizational cynicism and organizational commitment perceptions of the instructors and the relation between them. When the findings of the research are examined, it is seen that organizational cynicism levels of the instructors are at medium level, and while their perception of cognitive cynicism subscale is at the highest level, their affective cynicism subscale perception is at the lowest level. According to the analysis performed to evaluate the organizational commitment, it is seen that emotional commitments of the instructors are higher and normative commitment and continuity commitment succeeds it. It is determined that there is a medium level significant relation between the organizational cynicism levels and organizational commitment of the instructors in a negative direction, and as the cynicism perception of the individual increases, his/her organizational commitment decreases (Özgan et al., 2012).

According to another study conducted to determine the nurses' levels of the organizational cynicism and to search if there is a significant difference between their organizational cynicism and socio-demographic features, it is seen that nurses' organizational cynicism levels are at medium level. Also significant differences are found between nurses' cognitive, affective and behavioral subscales, which are the subscales of the organizational cynicism, and some of their socio-demographic features. Accordingly, a significant difference is found between nurses' educational levels and cognitive and affective subscales of the organizational cynicism, between working period in the profession and behavioral subscale of the organizational cynicism, and between working period and cognitive subscale of the organizational cynicism (Tayfun and Çatır, 2014).

When the results of a different study conducted in Siirt and town centers to determine the effects of the perceptions of the organizational cynicism of the physical education teachers on their organizational commitment, it is seen that the teachers have organizational cynicism at medium level and there is a significant negative relation between their levels of organizational cynicism and organizational commitment (Okçu et al., 2015).

According to the results of another study conducted to search for the relation between organizational commitment and organizational cynicism of the employees working for four and five-star hotels operating in tourism sector in Ankara, it is found that the organizational commitment levels of the employees are high and the organizational cynicism levels are low. According to the results of the analyses performed to determine if employees' levels of organizational commitment and organizational cynicism reveal a significant difference, it is seen that female employees' cynical perceptions are low, as the educational level rises cynical attitude decreases, and those who work at the departments where they have a face to face relation with the customer have high organizational commitment values. The result of that the employees' continuity commitment and organizational cynicism differs depending on their ages, organizational cynicism behavioral subscale depending on the working period, and organizational commitment depending on educational level was attained. Also a medium level, negative relation was determined between affective cynicism subscale and emotional, continuity and normative commitment subscales, a medium level, negative relation between behavioral cynicism subscale and emotional and normative commitment subscales, and a low level, negative relation between continuity commitment subscale (Altınöz et al., 2011).

When the findings of another research conducted on the clerks working for Atatürk University to reveal the relations between organizational cynicism and organizational commitment are examined, it is seen that employees state that it is difficult to leave their jobs at the university, they are eager for continuity but they think this is an obligation. Organizational commitment perception of the employees increases with the age and working period, there are medium-level significant relations between emotional and normative commitment and between continuity commitment and normative commitment, and there is a significant but weak relation between emotional commitment and cognitive and affective cynicism (Ahmadi, 2014).

V. CONCLUSION

During the processes of reaching their objectives, operating effectively, having the skill of competition, adopting changes, keeping and maintaining their existence, organizations' need for the employees who reveals a high level of organizational commitment to their organizations has been increasing day by day. As the organizational commitment levels of the employees increases, they adopt organizational goals as their goals, their effort to realize them increases, they become eager to make creative and innovative moves and to continue working in the organization, and they give up having negative feelings and revealing negative attitudes against the organization. So, it is very important to take steps to decrease the organizational cynicism levels of the employees as well as to increase their organizational commitment. For this purpose, the present working conditions should be improved, in-service trainings should be organized to decrease the difficulties of working life and the possibilities of making mistakes, activities should be organized to improve the sense of belonging to the organization and social connections, needs of the employees should be determined and an appropriate environment should be created to enable to meet their expectations.

Organizational commitment level is one of the factors that provides keeping pace with changes and adopting the thinking of renewal. Therefore, organizational commitment concept is very significant for health sector since there are always changes in the sector and the sector needs to be open to new ideas continuously and to follow the developments. To reach the determined goals and objectives in the health sector, to take steps in the direction of the improvements desired in the society's health status will be possible with the employees who adopt the objectives and values of the organization. A high level of organizational commitment of the health sector employees will provide them with adopting the objectives of the institution as theirs, and it will contribute to increase the institutional success and make the employees reveal a high performance to solve the encountered problems.

Employees' low levels of emotional commitment will cause that they will not try enough during the process of reaching organizational objectives, low levels of continuity commitment will cause that the employees will think to leave the organization when they meet better opportunities, and low levels of normative commitment will cause that they will not try enough for the improvements in the organization and for their responsibilities. As a result of that their organizational commitment levels weaken, a critical point of view related to the institution, the management and the used methods will appear; negative thoughts will start to be developed, negative attitudes will start to be revealed and organizational cynicism will increase due to disappointments and burnout. Employees will give up making suggestions related to qualified and effective healthcare service production and contributing the development of the institution because they will think their suggestions will not be taken into account, they will not want to work eagerly, there will be increase in medical mistakes and applications, the health of the society will be effected in a negative way and deviations from organizational objectives will occur.

As can be seen from the explanations made, organizational cynicism has significant effects on organizational commitment and on the period of the organization to reach long term objectives. For this reason, firstly the reasons of organizational cynicism should be determined, solutions should be created to eliminate them and actions should be taken to improve the efforts to strengthen organizational commitment and employees. So, it is very important to organize activities to create an environment that employees can express their suggestions, ideas, discontents and expectations and adopt themselves to the quick changes in the health sector, to strengthen communication, to make improvements in working conditions, to increase the sense of belonging to the institution and to create the sense that they are a part of the institution. It is believed that employees' organizational commitment levels will increase, they will take more eager actions in favor of the organization and give up having negative thoughts and revealing negative attitudes against the organization.

REFERENCES

- Ahmadi, F. (2014). *Örgütsel sinizmin örgütsel bağlılık üzerindeki etkisinin incelenmesi: atatürk üniversitesi çalışanları üzerine bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Akman, G. (2013). *Sağlık çalışanlarının örgütsel ve genel sinizm düzeylerinin karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1997). *Commitment in the workplace: theory, research, and application*, Thousand Oaks.
- Altınöz, M., Çöp, S., & Sığındı, T. (2011). Algılanan örgütsel bağlılık ve örgütsel sinizm ilişkisi: ankara'daki dört ve beş yıldızlı konaklama işletmeleri üzerine bir araştırma. *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 6(3), 29-54.
- Arslan, E. T. (2012). Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi akademik personelinin genel ve örgütsel sinizm düzeyi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 13(1), 12-27.
- Bayram, L. (2005). Yönetimde yeni bir paradigma: Örgütsel Bağlılık. *Sayıştay Dergisi*, 59, 125-39.
- Bozkurt, Ö., & Yurt, İ. (2013). Akademisyenlerin örgütsel bağlılık düzeylerini belirlemeye yönelik bir araştırma. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 11(22), 121-39.
- Brandes, P. M. (1997). Organizational cynicism: its' nature, antecedents and consequences. Unpublished Phd Dissertation. The Universty of Cincinnati.
- Çankaya, M. (2018). Hastane çalışanlarının örgütsel sinizm düzeylerinin incelenmesi. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(4), 287-306.
- Dean, J. W., Brandes, P., & Dharwadkar, R. (1998). Organizational cynicism. *Academy of Management Review*, 23(2), 341-352.
- Doğan, S., & Kılıç, S. (2007). Örgütsel bağlılığın sağlanmasında personel güçlendirmenin yeri ve önemi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 29, 37-61.
- Dolu, B. (2011). *Bankacılık sektöründe çalışanların örgütsel bağlılık düzeyleri üzerine bir araştırma*. (Tezsiz Yüksek Lisans Bitirme Projesi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Eaton, J. A. (2000). *A social motivation approach to organizational cynicism*. Graduate Programme in Psychology Master of Arts. York University, Toronto.
- Erdost, H. E., Karacaoğlu K., & Reyhanoğlu, M. (2007). Concept of organizational cynicism and testing related scales at a company in turkey. 15. *National Management and Organization Congress Paper*. Sakarya, 514-523.
- Kalağan, G., & Güzeller, C. O. (2010). Öğretmenlerin örgütsel sinizm düzeylerinin incelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 27, 83-97.
- Okçu, V., Şahin, H. M., & Şahin, E. (2015). Beden eğitimi ve spor öğretmenlerinin örgütsel sinizme ilişkin algılarının örgütsel bağlılıkları üzerindeki etkisi. *International Journal of Science Culture and Sport*, 4, 298-313.

Özgan, H., Külekçi, E., & Özkan, M. (2012). Öğretim elemanlarının örgütsel sinizm ile örgütsel bağlılık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *International Online Journal of Educational Sciences*, 4(1), 196-205.

Tayfun, A., & Çatır, O. (2014). Hemşirelerin örgütsel sinizm düzeylerinin incelenmesi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 347-65.

Topçu, İ., Türkan, N. Ü., Bacaksız, F. E., Şen, H. T., Karadal, A., & Yıldırım, A. (2013). Sağlık çalışanlarında örgütsel sinizm ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6(3), 125-31.

Uysal, H. T., & Yıldız, M. S. (2014). İşgören performansı açısından çalışma psikolojisinin örgütsel sinizme etkisi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(29), 835-49.

Wasti, S. A. (1999). *Organizational commitment in a collectivist culture: the case of Turkey*. Unpublished Doctoral Dissertation. University of Illinois, Urbana-Champaign.

Yıldız, K. (2013). Örgütsel bağlılık ile örgütsel sinizm ve örgütsel muhalefet arasındaki ilişki. *Turkish Studies International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 8(6), 853-79.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

KURUM EV İDARESİ PERSONELİNİN GÖRELİ YOKSUNLUK DUYGUSUNUN PERFORMANSA ETKİSİNİN İNCELENMESİ *

Nihan YILMAZ **
Sibel ERKAL ***

ÖZ

Bu araştırma, hastanede çalışan ev idaresi personelinin görelî yoksunluk duygusu ile algılanan bireysel performansları ve iş performansı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, Ankara’da faaliyet gösteren hastanelerdeki kurum ve ev idaresi personeli oluşturmaktadır. Çalışmada, araştırmaya katılmayı kabul eden 949 ev idaresi personeline anket uygulanmıştır. Araştırmada, “Görelî Yoksunluk Ölçeği”, “İşgören Performansı Ölçeği” ve “İş Performansı Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçeklerin genel ortalamasına bakıldığında, ev idaresi personelinin görelî yoksunluk puan ortalamasının “orta düzeyin” altında olduğu belirlenmiştir. “Görelî yoksunluk ölçeği” ile “algılanan bireysel performans ölçeği” ve rol dışı iş performansı alt boyutu arasında negatif yönde düşük seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Anahtar Kelimeler: Ev idaresi personeli, görelî yoksunluk, iş performansı

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışma, Nihan Yılmaz’ın Prof. Dr. Sibel Erkal danışmanlığında hazırladığı “Hastanelerde Çalışan Kurum Ev İdaresi Personelinin Görelî Yoksunluk Duygusunun Performansa Etkisinin İncelenmesi” adlı doktora tez çalışmasından üretilmiştir.

** Arş. Gör. Dr., Hacettepe Üniversitesi İİBF, Aile ve Tüketici Bilimleri Bölümü, nihangursoy@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2451-0852>

*** Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi İİBF, Aile ve Tüketici Bilimleri Bölümü, erkalsibel@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2200-0258>

Gönderim Tarihi: 29.08.2019

Kabul Tarihi: 07.01.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Yılmaz, N., Erkal, S. (2020). Kurum Ev İdaresi Personelinin Görelî Yoksunluk Duygusunun Performansa Etkisinin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 127-148

RESEARCH ARTICLE

THE ANALYSING THE EFFECT OF RELATIVE DEPRIVATION OF HOUSEKEEPING PERSONNEL ON THEIR PERFORMANCE *

Nihan YILMAZ **
Sibel ERKAL ***

ABSTRACT

This study was planned and conducted to determine the relationship between the feeling of relative deprivation and perceived individual performances and job performance of hospital housekeeping personnel. The population comprised the institution and housekeeping personnel serving in the hospitals of Ankara. The questionnaire was administered to 949 housekeeping personnel who accepted to participate in the study. In this study "Relative Deprivation Scale", "Employee Performance Scale" and "Job Performance Scale" was used. When the general average of the scales was examined, it was determined that the average deprivation score of the institutional housekeeping personnel was below the "medium level". It was determined that a low-level statistically significant relationship in the negative direction between the "relative deprivation scale" and "perceived individual performance scale" and extra-role job performance sub-dimension ($p < 0.05$).

Keywords: Housekeeping personnel, relative deprivation, job performance

ARTICLE INFO

* This study was produced from Nihan Yılmaz's PhD thesis titled "The Analysing The Effect of Relative Deprivation of Housekeeping Personnel on Their Performance" which prepared in consultation with Prof. Dr. Sibel Erkal.

** Hacettepe University, nihangursoy@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2451-0852>

*** Hacettepe University, erkalsibel@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2200-0258>

Received: 29.08.2019

Accepted: 07.01.2020

Cite This Paper:

Yılmaz, N., Erkal, S. (2020). Kurum Ev İdaresi Personelinin Göreli Yoksunluk Duygusunun Performansa Etkisinin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 127-148

I. GİRİŞ

Görelî yoksunluk, kişinin kendisini başka kişilerle ya da ait olduğu grubu başka gruplarla karşılaştırması sonucunda, kendisinin ya da ait olduğu grubun daha kötü durumda olduğuna ilişkin inanç ve bu inanca öfke ve küskünlüğün eşlik etmesidir. Diğer bir ifadeyle, kişilerin kendisini başkaları ile kıyaslaması ile sahip oldukları ve hak ettikleri arasındaki farklılıkların olması nedeni ile kişilerin kızgınlık ve hoşnutsuzluk hissetmelerine neden olan öznel bir durumdur (Walker ve Pettigrew, 1984). Bundan dolayı, çalışanların sosyal hayatlarından elde ettikleri kazanımlardan duydukları tatmin ya da tatminsizliğin sadece bu kazanımlara bağlı olmadığı, ayrıca çalışanların kendi kazanımlarını başkalarının kazanımları ile karşılaştırdıklarında yaşadıkları yoksunluk hisleri ile hayal kırıklıklarına bağlı olduğu şeklinde açıklanmaktadır (Bos vd., 1997).

Sosyolog Samuel Stouffer (1949) tarafından görelî yoksunluk kavramının kuramsal boyutu, Amerikan askerleri ile yapılan çalışmayla başlatılmış; daha sonra Davis (1959) ve Runciman (1966) tarafından gruplar arası karşılaştırmanın sonucu olarak sunulmuş ve toplumsal olguları açıklamak için kullanılmıştır. Görelî yoksunluk düşüncesi, 1949 yılından bu yana, toplumsal karşılaştırma ve yükleme kuramlarından toplumsal kimlik kuramına kadar çeşitli sosyal psikoloji kuramlarına kolayca uyarlanabilen bir kavram olarak gelişmiştir. (Runciman, 1966; Crosby, 1982; Walker ve Pettigrew, 1984; Walker ve Smith, 2002).

Çalışanların kurum içindeki kaynakların ve ödüllerin dağıtımı konusunda adaletsiz olan uygulamalara karşı gösterdikleri tepkiler, “Reaktif-İçerik Teorileri” olarak kavramlaşmıştır (Eroğlu 2009). Bu alanda geliştirilen Homans’ın (1961) Dağıtım Adaleti Kuramı, Adams’ın (1965) Eşitlik Kuramı ve Crosby’nin (1976) Görelî Yoksunluk Kuramı Reaktif-İçerik kuramlarına örnek olarak verilebilir. Reaktif - İçerik Teorileri, çalışanların kurum içindeki adil olmayan uygulamalara karşı gösterdikleri tepkileri araştıran kavramsal yaklaşımlardır. Bu teorilerin ortak yönü, çalışanların adil olmayan uygulamalara karşı olumsuz duygular şeklinde tepki göstermesi ve uygulamalardaki adaletsizliği düzeltecek şekilde hareket ederek bu durumdan kaçınmaya çalışmalarıdır. Bu teoriler, çalışanların, kurumdaki ücret vb. gibi kazanımların adaletsiz dağılımına karşı tepkilerine odaklandıkları için reaktif-içerik teorileri olarak adlandırılmaktadır (Greenberg, 1987).

Görelî yoksunluk, “sahip olunanlar” ile “sahip olunmayanlar” arasında karşılaştırma yapılması sonucu ortaya çıkan eşitsizliğe verilen tepkinin duygusal bir sonucudur (Smith vd., 2012). Sahip olunanlar bağlamında dezavantajlı olanlar düşük risk olarak istenilen çıktılara ulaşamayabilirler. Bu durumda, düşük risk almak yerine, yüksek riskli stratejileri seçerek, en azından ihtiyaçlarını karşılama şansını elde etmeyi tercih edebilirler (Mishra ve Lalumière, 2010).

Görelî Yoksunluk Teorisi’ne göre, birey kendi aldığı kaynak ve ödüllerle başkalarının aldığı kaynak ve ödülleri karşılaştırmakta ve bu karşılaştırma sonucunda olumsuz bir farklılık varsa birey yoksunluk hissine kapılmaktadır (Cowherd ve Levin, 1992). Görelî Yoksunluk Teorisi’nin Eşitlik Teorisi’nden ayrıldığı temel nokta; Eşitlik Teorisi’nde aynı düzeydeki çalışanlar arası karşılaştırma söz konusu iken, Görelî Yoksunluk Teorisi’nde farklı sınıflar arasında karşılaştırma yapılması ön plandadır (Yürür, 2008).

Çalışanların performansını etkileyen faktörlerden biri olan memnuniyet konusunda ortaya atılmış birçok geleneksel teori, nesnel anlamda ödül ile memnuniyet arasında doğrusal bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Bu teorilere göre, ödül arttıkça, memnuniyet de artmaktadır. Buna göre çoğu kişi A ve D bölgesinde sınıflandırılırken, B ve C’dekiler “dağılım dışı” olarak değerlendirilmektedir. Görelî Yoksunluk Teorisi ise temel olarak B ve C’nin nedenleriyle ilgilenmektedir. Bu nedenle Görelî Yoksunluk Teorisi daha önceden varsayılan davranışlara uymayan anormal davranışları (dağılım dışı) belirlemede kullanılmaktadır (Dabelko, 1971).

Şekil 1. Ödül ve Kişisel Memnuniyet Arasındaki İlişki

		Ödül	
		Yüksek	Düşük
Kişisel Memnuniyet	Memnun	A	B
	Memnuniyetsiz	C	D

Kaynak: Dabelko, 1971

- A. Bireyler, sosyal sistem tarafından yüksek oranda ödüllendirildiğinde ve ödülllerinden memnun kaldıklarında, ortaya çıkan duruma “mutlak memnuniyet” denir.
- B. Bireyler sosyal sistem tarafından çok az ödüllendirilse de durumlarından memnun kaldıklarında, ortaya çıkan duruma “görelî memnuniyet” denir.
- C. Bireyler, sosyal sistem tarafından yüksek oranda ödüllendirildiğinde, ancak durumlarından tatmin olmadıklarında, ortaya çıkan duruma “görelî yoksunluk” denir.
- D. Bireyler sosyal sistem tarafından düşük bir şekilde ödüllendirildiğinde ve durumlarından tatmin olmadıklarında, ortaya çıkan duruma “mutlak yoksunluk” denir.

Görelî Yoksunluk Teorisi, insanların karşılaştıkları nesnel koşullardan ziyade öznel deneyimlerine dayanarak işe ilişkin durumlarına tepki göstermeleridir. “Görelî Yoksunluk Teorisi”, nesnel olarak iyi maaşlı ya da iyi işe sahip olan çalışanların hala işlerinden memnun olmayabilecekleri durumu üzerine açıklamalar yapmaktadır (Yan vd., 2002).

İnsanın oldukça karmaşık psikolojik yapısı dikkate alındığında, görelî yoksunluğun çalışana yönelik pek çok etkisi bulunmaktadır. Bunlardan birini de performans oluşturmaktadır. Performans kavramı, işletmelerin kuruluş amaçlarına göre farklılık gösterebilir. Kâr amacıyla kurulmuş bir işletmede yüksek kâr elde etmek performans kriteri olurken; kamu kurumunda düşük maliyetle görevin tam olarak gerçekleştirmesi kriter olabilir. Burada, performans kavramında ekonomiklik ve verimlilik ön plandadır (Özgen vd., 2002). Akal (1992) tarafından performans; belli zaman dilimindeki amaca yönelik faaliyetlerin gerçekleşmesi şeklinde tanımlanmıştır. Pugh (1991) tarafından ise kurumun veya çalışanın belirlenmiş bir görevi gerçekleştirmesi olarak tanımlanmıştır.

Bir kurumda iş performansını ve bireysel performansı etkileyen çok sayıda faktör bulunmaktadır. Çalışanlar, kurumlarına yönelik olumlu duygular taşırlarsa başarılı olabilirler. Kurumlarına yönelik olumlu duygular beslemezlerse, işlerine olan ilgileri azalabilir. Bu durumda çalışanlar her an o kurumdan ve işlerinden uzaklaşmanın yollarını arayabilir ve kendilerinden beklenen performansı gerçekleştiremeyebilirler. Bu da karşımıza performans kavramını çıkarmaktadır ki; işine ilgisi olmayan bir çalışandan yüksek düzeyde performans gerçekleştirmesi beklenemez (Yumuşak, 2008).

Performansın yüksek olması sadece kurumlar için değil; çalışanlar için de oldukça önemli bir konudur. Kurumlar performansı yüksek olan personellerle çalıştığında, hedeflerine de bir o kadar daha hızlı varacak ve diğer kurumlarla olan rekabetlerini artıracaklardır. Çalışanlar açısından bakıldığında, çalışanların işlerinde yüksek performans göstermesi, onlara tatmin sağlamakla birlikte bu durumun

kişisel kariyerlerine olan olumlu katkıları sonucunda daha iyi bir mevki sahibi olacak, daha çok gelir elde edecek birçok maddi getirilere de ulaşacaklardır (Sonnentag ve Frese, 2002).

Genel olarak tüm işletmelerin temel amaçlarından birisi de, mevcut kaynaklardan en iyi şekilde yararlanmaktır (Yertutan, 2000). Hastaneler “hizmet üreten kurumlar” içinde kuruluş ve işletme maliyetleri en yüksek olan kurumlardan biridir. Bundan dolayı, sürekli artmakta olan talebi karşılayabilmek ve yüksek maliyetli olan bu hizmetlerden eldeki kısıt kaynaklardan azami ölçüde yararlanabilmek için hastanelerin verimli ve etkili bir şekilde faaliyet göstermeleri gerekmektedir. İnsana doğrudan hizmet veren kurumlardan biri olan hastaneler için de kaynakların etkin kullanımı ve sergilenen performans oldukça önemlidir (Yıldırım 1997).

Modern hastane yönetiminde Ev İdaresi bölümü önemli bir yer tutmaktadır. Bu bölüm fonksiyonel olarak bir hastanenin “temizliği”, “enfeksiyon kontrolü ve sanitasyon”, “fiziksel çevre düzenlemesi” ve “ev idaresi personelinin yönetimi”nden sorumludur. “Ev idaresi, kurumun sahip olduğu tüm insansal ve materyal kaynaklardan en iyi şekilde yararlanarak, temiz, sağlıklı, güvenli, düzenli ve güzel bir çevre yaratma amacını taşımaktadır. Bu koşullara sahip bir çevre, sadece kurumun hizmet verdiği kişiler için değil, aynı zamanda kurum personeli ve kurumun verimliliği için de oldukça önemlidir (Şafak, 1997; Erkal ve Şafak, 2000; Şafak ve Erkal, 2011).

Sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulabilmesi için, iş gücü performansından yararlanarak insan gücü ve maliyet kayıplarını önlemek, böylece kaynak kullanımında verimliliği sağlamak gerekir (Sayın, 1995). Hizmetin verimli, kaliteli, yararlı ve düşük maliyette olması, hastane için hizmet veren tüm meslek dallarının ortak sorumluluk alanı içerisinde yer almaktadır. Çünkü kurumlarda yürütülen çeşitli hizmetler ancak bir ekip çalışması gerçekleştirildiği zaman istenen düzeyde yürütülebilmektedir. Ekip çalışmasında yer alan tüm meslek gruplarının yürütülen hizmetteki yeri ve rolü tam olarak bilinip benimsendiği sürece hizmet amacına ulaşabilecektir. Ev idaresi bölümü de ekip çalışmasında yer alan hizmet gruplarından biridir ve grup içerisindeki yeri oldukça önemlidir (Şafak, 1997).

Kurum ev idaresi bölümü, destek bir bölüm olarak görülmekle birlikte hastanelere dair izlenimleri etkileme gücüne sahip bir bölümdür (Güven, 2006). Kurum ev idaresinde çalışan personel, “sayılarındaki yetersizlik, zor çalışma koşulları, uykusuzluk, yorgunluk, düzensiz çalışma saatleri, farklı düzeyde eğitim görmüş kişilerin görev, yetki ve sorumluluklarının aynı olması” gibi bir dizi sorunla karşı karşıyadır. Ayrıca “finans kaynaklarının yetersiz olması”, “hizmetlerin ve personelin dengesiz dağılımı”, “düşük ücretle çalışma”, “araç-gereç yetersizliği”, “haftalık çalışma süresinin ve hizmet verilen kişi sayısının fazla olması” gibi sorunlar çalışanlar arasında rollerin karışmasına ve iletişim eksikliğine neden olmaktadır (Buick ve Thomas, 2001; Pelit ve Türkmen, 2008). Yaptığı işe ilişkin olumlu bir tutumda olan bir çalışan, çalıştığı kuruma da olumlu tutum geliştirecek bu da onun iş performansını etkileyecektir. Kurum ev idaresi biriminde çalışan personelin işlerinde ne derece başarılı ya da başarısız olduğunun belirlenmesi, hizmetin verimli yürütülmesinde önemli rol oynar. Performans hakkında yargıya varmak, kurumun amaca ulaşma çabasıdaki katkısını ortaya çıkarır (Yertutan, 2000). Bu bağlamda, insan unsurunun büyük önem taşıdığı hastanelerde ev idaresi personelinin görelî yoksunluk duygusunun belirlenmesi ve bunun çalışanların iş performansına ve algılanan bireysel performansa olan etkisinin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada hastanelerde çalışan kurum ev idaresi personelinin görelî yoksunluk duygusunun iş performanslarına ve algılanan bireysel performansa olan etkisi incelenmiş ve görelî yoksunluk duygusu yaşayan personelin performansını artıracak çözüm önerileri sunulmuştur. Böylelikle bundan sonra bu konuda yapılacak olan çalışmalara bir kaynak sağlanarak alan yazınındaki bilgi birikimine katkı sağlanmıştır.

II. LİTERATÜR ARAŞTIRMASI

Hem yurtdışı alan yazınında hem de Türkiye’de kurum ev idaresi personelinin görelî yoksunluk duygusunun performansa etkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanılmamış olup; performans ile görelî yoksunluk arasındaki ilişkiyi inceleyen yalnızca bir araştırma bulunmuştur. İlgili çalışma Aydın’ın (2014) hizmet sektöründe çalışanların, lider-takipçi ilişkisinin görelî yoksunluk duygusu aracılığı ile çalışanın işe tutumu, davranışı ve performansına etkilerini belirlemeye çalıştığı araştırmasıdır. Araştırma sonucunda, algılanan örgütsel destek, akran desteği ve geleceğe dair olumlu iş beklentilerinin lider-takipçi etkileşimine bağlı gelişen görelî yoksunluk duygusunun çalışan tutum, davranış ve performansı üzerindeki olumsuz etkilerini azalttığı belirlenmiştir.

Görelî yoksunluk konusunda Türkiye’de yapılan çalışmalara baktığımızda ilgili alan yazınında çok az sayıda çalışma olduğu görülmektedir.

Kıral (2009) tarafından “Türkiye’de Yaşayan Kadınların Görelî Yoksunluk ve Adil Dünya İnancı ile Siyasal Katılım Düzeyleri Arasındaki İlişki”yi belirlemek amacıyla 302 kadın ile yapılan çalışmada; grup görelî yoksunluğu algılayan kadınların siyasal katılım düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca görelî yoksunluk ve siyasal katılım arasında olumlu yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Demirdağ ve diğerlerinin (2016) çalışan ve çalışmayan kadınların toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yönelik tutumlarında görelî yoksunluğun aracı rolünü araştırmayı amaçladıkları çalışmalarında, çalışan ve çalışmayan bir grup kadının (N=96) görelî yoksunluk düzeyi ve toplumsal cinsiyet eşitliğini savunma düzeyi ölçülmüştür. Çalışan kadınların cinsiyet eşitliğini savunma düzeyinin daha yüksek çıktığı ve grup görelî yoksunluğun bu ilişkide aracı rol oynadığı; bireysel görelî yoksunluğun ise aracı rolünün olmadığı belirlenmiştir.

Özkan’ın (2018) İstanbul ili sınırları içerisinde hizmet sektöründe faaliyet gösteren kurumlarda beyaz yakalı statüsünde görev yapan çalışanların, yöneticileri ve takım arkadaşları ile etkileşimlerinin ve bu etkileşimlere bağlı olarak gelişen görelî yoksunluk duygularının, iş tatminleri ve işten ayrılma niyetleri üzerindeki etkilerini incelediği araştırmasında, lider üye etkileşimi ve takım üye etkileşiminin iş tatmini ve işten ayrılma niyeti üzerinde anlamlı etkileri olduğu, lider üye etkileşiminin iş sonuçları üzerindeki etkisinin, takım üye etkileşimine kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Performans konusunda Türkiye’de yapılan çalışmalara baktığımızda ise ev idaresi personelinin performansını araştırmayı amaçlayan bir çalışma bulunmamış olup; yapılan kısıtlı çalışmaların ise genellikle sağlık personeli ve idari personel üzerine yapıldığı saptanmıştır.

Doğan’ın (2005) hemşirelerin görev ve bağlamsal performansları üzerinde duygusallığın etkilerini tespit etmek üzere gerçekleştirdiği araştırmasında, hemşirelerin çalışma süreleri ve yaşları arttıkça ortalama performanslarının da arttığı; eğitim düzeyleri ile performansları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır. Aslan’ın (2012) İstanbul ili Avrupa bölgesindeki hastanelerde çalışan hemşirelerin bağlamsal performans düzeylerini incelediği araştırmasında ise bağlamsal performansı ile yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışılan kurum türü (kamu-özel), çalışılan bölüm, görev türü, kurumda çalışma süresi, haftalık çalışma saati, çalışma şekli, nöbet sayısı, çalışılan birimdeki hemşire sayısı ve bir günde bakılan hasta sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar olduğu saptanmıştır.

Şavk’ın (2009), “Performansı Etkileyen Faktörlerin Çalışan Motivasyonu Üzerine Etkisinin Kocaeli İli Sınırlarındaki Devlet Hastanelerinde İncelenmesine Yönelik Bir Uygulama” konulu idari personel üzerine yaptığı çalışmada; personelin ödüllendirilmesi ile motivasyon arasında bir ilişki olduğu, çalışanların performans değerlendirme sonuçlarının açıklanması ile motivasyonları arasında bir ilişki olmadığı, performans değerlendirme standartlarının çalışanın bilgi ve becerilerine uygun olmasının motivasyon ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Şahin’in (2013) sağlık

çalışanlarının (N=150) vardiyalı çalışmasının performanslarına etkisini araştırdığı çalışmada, çalışanların mesleklerinden ve yaptıkları işten memnun olmalarına rağmen, gelecekte bu işi yapmak istemedikleri belirlenmiştir. Gürbüz'ün (2014) sağlık personelinin örgüt kültürü ve iş performansını incelediği araştırmasında, performans ile demografik özellikler arasında yüksek derecede anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Personelin medeni durumu, yaşı, eğitimi, hayat ve iş tecrübesi, cinsiyeti, çalışma süreleri, aldıkları ücret ve özellikle kariyer vb. demografik özellikleri kişilerin iş performansını etkilediği saptanmıştır.

Yurtdışında yapılan çalışmalarda ise, görelî yoksunluk konusu birçok açıdan ele alınmış olup, iş performansı ve algılanan bireysel performans ile ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Görelî yoksunluk konusundaki çalışmaların bir kısmı gelir ve görelî yoksunluk duygusu arasındaki ilişkiyi (Sweeney vd., 1990; Jones ve Wildman, 2008; Bolino ve Turnley, 2009); bir kısmı sağlık üzerindeki etkilerini (Adler vd., 2000); bir kısmı suç ile ilişkisini (Lea ve Young, 1993; Moghaddam, 2005) bir kısmı ise sosyal adalet ile olan ilişkisini (Runciman, 1966; Martin, 1981; Young, 2004) ele almıştır.

Abualrub (2004) Amerika, İngiltere ve Kanada'da çalışan hemşirelerin sosyal destek algılarını, iş performansı ve iş streslerini, Tsang ve diğerleri (2017), hemşirelerin algılanan performansa dayalı eğitim ihtiyaçlarını, Othman ve Nasurdin (2013) Malezya'da çalışan hemşireler arasında yönetici ve çalışma arkadaşlarının desteği ile hemşirelerin işe kendilerini vermesi arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir.

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Ankara il sınırları içerisinde yer alan belirli alanlarda ihtisaslaşmış hastaneler ile özel hastaneler dışında kalan ve Ankara il merkezindeki 50 yatak kapasitesinin üzerindeki T.C. Sağlık Bakanlığı'na ve üniversitelere bağlı çalışmayı kabul eden tüm hastaneler oluşturmaktadır.

Kurum ev idaresi personelinin görelî yoksunluk duygusu ve performanslarını belirlemek amacıyla hazırlanmış anket formunun uygulama aşamasına geçilmeden önce, İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve ilgili hastanelerden izin alınıp, araştırma başlatılmıştır. Araştırmaya katılan hastaneler, alınan izin gereği tam adlarının kullanılmasına izin vermemiştir. Araştırmaya, çalışmayı kabul eden 3 eğitim araştırma hastanesi, 1 üniversite hastanesi, 2 Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı Devlet Hastaneleri dahil edilmiştir. Çalışmayı kabul eden hastanelerdeki toplam kurum ev idaresi personel sayısı ise 1878'dir.

Araştırmanın örnekleme dahil edilecek kurum ev idaresi personeli sayısı (n), evren sayısı bilinen basit rastgele örneklem formülünden yararlanılarak 319 olarak bulunmuştur. Bu sayı örnekleme alınacak minimum kurum ev idaresi personeli sayısını belirtmektedir (Saka, 2004):

Kullanılan formül;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki kurum ev idaresi personeli sayısı

n: Örneklem alınacak kurum ev idaresi personeli

p: İncelenecek olayın görülüş sıklığı

q: İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0,05)

α: Saptanan yanılma düzeyi (0,05)

$$n = \frac{1878 \times (1,96)^2 (0,5) \times (0,5)}{(0,05)^2 \times (1878 - 1) + (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)} = 319$$

Sonuç olarak izin alınan hastanelerdeki tüm kurum ev idaresi personeline ulaşılmaya çalışılmış, toplamda 949 ankete ulaşılmıştır.

3.2. Veri Toplama Yöntem ve Araçları

Araştırmada uygulanan anket formu dört bölümden oluşmakta olup, birinci bölümde; hastanelerde çalışan ev idaresi personelinin bazı bireysel özelliklerini (cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, medeni durum, gelir, hizmet yılı, kurumdaki görev şekli, günlük çalışma süresi, vb.) belirlemeyi amaçlayan sorulara yer verilmiştir.

Anketin ikinci bölümünde; çalışanların göreceli yoksunluk düzeylerini belirlemeye yönelik Callan ve diğerleri (2011) tarafından geliştirilen “Göreceli Yoksunluk Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması olmadığından öncelikle anketin İngilizce orijinali, İngilizce konusunda yetkin dört akademisyen tarafından birbirinden bağımsız olarak Türkçe’ye çevrilmiştir. Bu adımdan sonra iki uzman öğretim üyesinin önerileri doğrultusunda anketteki her bir soru için, o soruyu en iyi açıklayan ifadeler benimsenmiş ve tek bir Türkçe ankete ulaşılmıştır. Sonraki aşamada geri çeviri yapılarak orijinal ölçek arasındaki farkları belirlemek için iki sürüm karşılaştırılmıştır. Son aşama olan pilot uygulama aşamasında kurum ev idaresi personeli olan 40 kişiye soruların anlaşılabilirliğine yönelik bir ön uygulama ve göreceli yoksunluk ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır.

“Göreceli Yoksunluk Ölçeği” 6 maddeden oluşan bir ölçek olup; puanlaması, “Kesinlikle Katılmıyorum” 1 puan; “Katılmıyorum” 2 puan; “Biraz Katılmıyorum” 3 puan; “Biraz Katılıyorum” 4 puan; “Katılmıyorum” 5 puan ve “Kesinlikle Katılıyorum” 6 puan” şeklindedir. Ölçekte 2. ve 4.soru ters kodlama gerektirmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36 iken; en düşük puan 6’dır. Alınan yüksek puan, personelin göreceli yoksunluk yaşamakta olabileceği sonucuna ulaştırabilir.

Anketin üçüncü bölümünde; “Sigler ve Pearson (2000) tarafından geliştirilen, Türkçe’ye geçerlik güvenilirlik çalışması Çöl (2008) tarafından yapılan İşgören Performansı Ölçeği”nden yararlanılmıştır. Araştırmacı tarafından “tüm değişkenlerin güvenilirlikleri kabul edilebilir 0,70’lik Cronbach’s α düzeyinin üzerinde bulunmuştur” (Çöl, 2008). “İşgören Performansı Ölçeği” 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin puanlaması, “Kesinlikle Katılmıyorum” 1 puan; “Katılmıyorum” 2 puan; “Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum” 3 puan; “Katılıyorum” 4 puan ve “Kesinlikle Katılıyorum” 5 puan şeklindedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 20 iken; en düşük puan 4’tür. Ölçekten alınan düşük puan, personelin algıladığı iş performansının “düşük” olduğu sonucuna ulaştırabilir.

Anketin dördüncü bölümünde ise Eisenberger ve diğerleri (1986) tarafından geliştirilen ve Kurt (2013) tarafından Türkçe’ye geçerlik güvenilirlik çalışması yapılan “İş Performansı Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek, 16 maddeden oluşmaktadır. “İş Performansı Ölçeği” 5’li Likert tipi ölçek ile puanlandırılmış olup; ölçeğin puanlaması; “Hiç Katılmıyorum” 1 puan; “Az katılıyorum” 2 puan; “Bir Ölçüde Katılıyorum” 3 puan; “Çoğunlukla Katılıyorum” 4 puan ve “Tamamen Katılıyorum” 5 puan şeklindedir. Ölçeğin iki alt boyutu: rol içi ve rol dışı iş performansıdır.

“Rol içi iş performansı madde numaraları: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

Rol dışı iş performansı madde numaraları: 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16

Ölçekte 3.soru ters kodlama gerektirmektedir”.

Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 80 iken; en düşük puan 16’dır. Ölçekten alınan düşük puan, personelin iş performansının “düşük” olduğu sonucuna ulaştırabilir.

Veriler, anket uygulamasını kabul eden tüm hastanelerde araştırmacı tarafından hazırlanan anket formuna bağli kalınarak, bazı hastanelerde personelle yüz yüze, bazılarında ise çalışmayı kabul eden personele ekip şefleri tarafından anketler uygulatılarak toplanmıştır. Söz konusu anket çalışması Aralık 2018 ve Şubat 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya ilişkin toplanan veriler IBM SPSS Statistics 23.0 programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir. İki gruba sahip kategorik değişkenler arasındaki farkın incelenmesinde bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla gruba sahip kategorik değişkenler arasındaki farkın incelenmesinde ise “tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) kullanılmıştır. Öncelikle “varyans homojenliğini” belirlemek için Levene testi yapılmış, sonrasında farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek için “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferonni ya da Tamhane’s T2) kullanılmıştır. “Varyans homojenliği”ni sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki farkı incelemek amacıyla “Bonferonni”, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde ise gruplar arasındaki farkın incelenmesi amacıyla “Tamhane’s T2 testi”ne bakılmıştır. İki sayısal değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Ayrıca ölçek geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi, ölçek güvenirliliği için Cronbach’s Alpha değerinden yararlanılmıştır. Cronbach’s alfa değeri genelde kabul edilebilir değer olan 0,70’ten (Nunnally 1978) yüksek olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

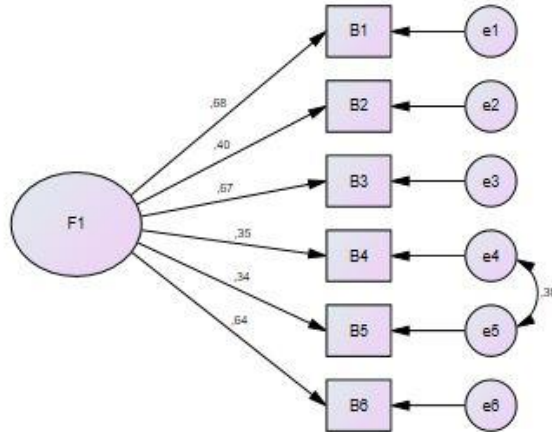
Tablo 1. Güvenilirlik Analizi

	Cronbach's Alpha
Görelî yoksunluk ölçeği	0,709
Algılanan bireysel performans ölçeği	0,918
İş performansı ölçeği	0,912
Rol içi iş performansı alt boyutu	0,841
Rol dışı iş performansı alt boyutu	0,885

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Görelî yoksunluk ölçeği için, “doğrulayıcı faktör analizi” “IBM SPSS AMOS 23 programı” ile yapılmıştır. İlk aşamada, tek faktör-boyutun gizil değişkeni (F1: Görelî yoksunluk ölçeği) ile bu faktörleri oluşturan ifadelerin de gösterge değişken olarak yer aldığı 1. dereceden DFA modeli Şekil 2’de oluşturulmuştur. “Gizil değişken” metrik olmadığı için parametre değerlerini tahmin edebilmek için gizil değişkenlerden, gözlenen (gösterge) değişkenlere doğru çizilen yollardan birine 1 değeri atanması (faktör yükünün 1’e eşitlenmesi) veya gizil değişkenin varyansına bir değeri atanması (genelde 1) sağlanmalıdır (Hair vd., 2005).

İkinci aşamada, model tahminlenirken “yapısal eşitlik modelleri”nde sıklıkla kullanılan ve verilerin normal dağılmadığı durumlarda bile güvenilir sonuçlar veren “maximum likelihood” yöntemi kullanılmış, gözlemlenen değişkenlerin hatalarının, “gizil değişkenlerin varyansları” ve “gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara” ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlanmıştır.

Şekil 2. Tek Alt Boyutlu 1. Dereceden DFA Modeli

Son aşamada ise tek boyutlu 1. dereceden oluşturulan DFA modeli için uyum indeksleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular incelendiğinde, görelî yoksunluk ölçeğinin 6 ifadeden oluşan tek faktörlü yapısının genel olarak iyi uyum sağladığı görülmektedir (Şekil 2).

Elde edilen uyum değerlerine bakıldığında, χ^2/df , GFI, IFI, CFI ve SRMR değerlerinin iyi, RMSEA değerinin ise kabul edilemez (Hu ve Bentler, 1999; Tabachnick ve Fidell, 2001; Meydan ve Şeşen, 2011) görülmektedir. Uyum indeksleri incelendiğinde, görelî yoksunluk ölçeğinin kabul edilebilir olduğu söylenebilir (Tablo 2).

Tablo 2. DFA Modelinin Uyum İndeksleri

χ^2/df	GFI	IFI	CFI	RMSEA	SRMR
2,849	0,963	0,930	0,928	0,096	0,0599

Araştırmada kullanılan uyum iyiliği indeksleri ve kabul edilebilir değer aralığı Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Araştırmada Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1$	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$
IFI	$0,95 \leq IFI \leq 1$	$0,90 \leq IFI \leq 0,95$
CFI	$0,95 \leq CFI \leq 1$	$0,90 \leq CFI \leq 0,95$
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0,08$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,10$

Tablo 4. Standart Regresyon Katsayıları

		Standart Regresyon Katsayıları
B1	Görelî yoksunluk ölçeği	0,678***
B2	Görelî yoksunluk ölçeği	0,395***
B3	Görelî yoksunluk ölçeği	0,670***
B4	Görelî yoksunluk ölçeği	0,353***
B5	Görelî yoksunluk ölçeği	0,338***
B6	Görelî yoksunluk ölçeği	0,636***

*: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$ ***: $p < 0,001$

IV. BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan kurum ev idaresi personeli arasında erkekler (%51,7), 42-49 yaş grubunda olanlar (%28,0), ortaokul düzeyinde öğrenime sahip (%33,2) ve evli (%75,2) olanlar önde gelmektedir. Çiçek'in (2016) hastanelerde çalışan kurum ev idaresi personeli perspektifinden iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarını ve güvenlik kültürüne ilişkin algı düzeylerini belirlemek amacıyla yapmış olduğu araştırmasında da kurum ev idaresi personeli arasında erkekler (%52,0) ve ilkökul düzeyinde öğrenime sahip olanlar (%34,4) önde gelmektedir. Gürsoy'un (2013) kurum ev idaresi personelinin iş doyumu ve tükenmişlik durumlarının aile yaşamına etkisini incelediği çalışmasında da ev idaresi personeli arasında erkekler (%56,9) yarıdan fazladır. Coşkun ve Yertutan'ın (2009) araştırmasında da araştırma sonucuna benzer olarak kurum ev idaresi personelinin yarısından fazlasının eğitim düzeyinin düşük (%49,3'ü okur-yazar/ilköğrenim) olduğu belirlenmiştir. Güven'in (2006) temizlik personeli üzerine gerçekleştirdiği çalışmasında, personelin %49,6'sının ilkökul mezunu olduğu; Eker'in (2018) ve Gürsoy'un (2013) araştırmalarında ise lise mezunlarının önde geldiği görülmektedir. Genel olarak sonuçlara bakıldığında; kurum ev idaresi alanında çalışan personel arasında ilkökul, ortaokul öğrenim düzeyine sahip olanların ilk sırada olduğu görülmektedir. Personelin öğrenim düzeyinin düşük olması araştırma kapsamına alınan personelin büyük bir çoğunluğunu "temizlik hizmetleri personeli"nin oluşturmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 5).

Ev idaresi personelinin aylık gelir düzeyine bakıldığında, %91,8'inin 2020-3000 TL gelire sahip olduğu belirlenmiştir. Eker'in (2018) çalışmasında ev idaresi personelinin aylık gelir düzeyine bakıldığında ise %81,7'sinin 1400-2000 TL arasında çalıştığı belirlenmiştir. Bu bulgu, kurum ev idaresi personelinin düşük ücretle çalışmasına bağlanabilir. Personelin ekonomik düzeylerini değerlendirmeleri istendiğinde ekonomik durumunu orta olarak nitelendirenler (%51,4) önde gelmektedir. Gemalmaz'ın (2009) bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan temizlik personeli üzerinde yaptığı çalışmada, araştırma kapsamına alınan temizlik personelinin %23,8'i ekonomik olarak yeterli olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 5).

Tablo 5. Ev İdaresi Personelinin Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişkenler	Gruplar	Sayı (n=949)	%
Cinsiyet	Kadın	458	48,3
	Erkek	491	51,7
Yaş Ort:38,55	18-25	144	15,2
	26-33	218	23,0
	34-41	246	25,9
	42-49	266	28,0
	50 ve üstü	75	7,9
Öğrenim Düzeyi	Okuma yazma bilmiyorum	7	0,7
	İlkokul	250	26,4
	Ortaokul	315	33,2
	Lise	201	21,2
	Üniversite	172	18,1
	Lisansüstü	4	0,4
Medeni Durum	Evli	714	75,2
	Bekar	120	12,7
	Boşanmış/Dul	115	12,1
Aylık Gelir Düzeyi Ort: 2.253,75	2020-3000 TL	871	91,8
	3000-4000 TL	51	5,4
	4000-5000 TL	21	2,2
	5000 TL ve Üzeri	6	0,6
Ailenin Ekonomik Düzeyi	Düşük	449	47,3
	Orta	488	51,4
	Yüksek	12	1,3

Ev idaresi personelinin toplam hizmet yılı incelendiğinde, 0-5 yıl hizmet yılı olanların (%28,9) önde geldiği, bunu %27,1 ile toplam hizmet yılı 6-10 yıl arasında olanların izlediği, %16,8'inin toplam hizmet yılının 11-15 yıl arasında; %14,4'ünün toplam hizmet yılının 16-20 yıl, toplam hizmet yılı 21 yıldan fazla olanların (%12,8) ise en düşük oranda olduğu bulunmuştur (Tablo 6). Çiçek'in (2016) çalışmasında benzer bir sonuç olarak hizmet yılı (% 37,8) 1-5 yıl arasında olanlar ilk sırada yer almaktadır. Coşkun'er'in (2007) ev idaresi personelinin örgütsel bağlılıklarını incelediği çalışmasında, Eker'in (2018) ve Gemalmaz'ın (2009) çalışmasında da personelin yarıya yakınının bulunduğu hastanede 1-5 yıldır çalıştığı belirtilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kurum ev idaresi personelinin, kurumdaki görevlerine göre dağılımına bakıldığında; %3,3'ünün Ev İdaresi Koordinatörü ya da yardımcısı, %13,2'sinin Ekip Şefi-Gözetmen, %82,7'sinin Temizlik Personeli olduğu belirlenmiştir. Personelin %81,7'si şirket personeli olarak görev yapmaktadır (Tablo 6).

Çalışmada ev idaresi personelinin çalıştığı kuruma ilişkin soruları cevaplandırmaları istenmiştir. Personelin %89,6'sı iş bölümünün, %97,0'ı yıllık izin, %86,3'ü mazeret izninin, %98,5'i doğum izninin olduğunu; %90,9'u esnek mesai saatlerinin, %58,4'ü nöbet seçiminin olmadığını belirtmiştir (Tablo 6). Gürsoy'un (2013) çalışmasında personelin %76,0'ı çalıştığı kurumda iş bölümünün olduğunu; %64,9'u esnek mesai saatlerinin, %64,3'ü nöbet seçiminin olmadığını belirtmişlerdir. Eker'in (2018) araştırmasında ev idaresi personelinin çalışma koşullarına ilişkin ortalama puanları incelendiğinde, "haftalık ve yıllık izinlerimi kullanabiliyorum" ifadesine olumlu görüş bildirerek en yüksek ortalama sahip oldukları saptanmıştır. Şafak ve diğerlerinin (2006) bir hastanede çalışan ev idaresi personelinin karşılaştığı sorunların incelenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada personelin çalışma koşullarına ilişkin sorunları arasında % 66,7 ile izin kullanımı ile ilgili sorunları belirtenlerin önde geldiği belirtilmiştir. Bu sonuçlar öncelikle 24 saat hizmet veren kurumlar olan hastanelerde, izin, esnek mesai saatleri ve nöbet seçiminin oldukça önemli konular olduğunu ve personelin bu konuda sorunlarının olduğunu göstermektedir.

Ev idaresi personelinin günlük çalışma süresine bakıldığında %56,1'inin 8-9 saat çalıştığı, bunu %36,4 ile 6-7 saat çalışanların izlediği belirlenmiştir. Personelin %52,1'i ise sürekli gündüz şeklinde çalıştığını belirtmiştir (Tablo 6). Aslan'ın (2012) çalışmasında hemşirelerin %46,6'sı sürekli gündüz şeklinde çalışmakta olup; hemşirelerin %64,4'ünün günde 8 saatten az çalıştıkları; Eker'in (2018) araştırmasında ise ev idaresi personelinin %72,8'sinin 8-9 saat arasında, %95,2'sinin devamlı gündüz vardiyasında çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 6. Ev İdaresi Personelinin İş ve Çalışma Durumlarına Ait Bilgilere Göre Dağılımları

Değişkenler	Gruplar	Sayı (n=949)	%
Toplam Hizmet Yılı	0-5 yıl	275	28,9
	6-10 yıl	257	27,1
	11-15 yıl	159	16,8
	16-20 yıl	137	14,4
	21 yıldan fazla	121	12,8
Kurumdaki Görev	Ev idaresi koordinatörü/yardımcısı	31	3,3
	Ekip şefi, gözetmen	125	13,2
	Temizlik personeli	785	82,7
	Diğer (Kat Şefi)	8	0,8
Görevlendirilme Şekli	Kurum personeli	169	17,8
	Şirket personeli	775	81,7
	Diğer	5	0,5
İş Bölümü	Yok	99	10,4
	Var	850	89,6
Esnek Mesai Saatleri	Yok	863	90,9
	Var	86	9,1
Nöbet Seçimi	Yok	554	58,4
	Var	395	41,6
Yıllık İzin	Yok	28	3,0
	Var	921	97,0
Mazeret İzni	Yok	130	13,7
	Var	819	86,3
Doğum İzni	Yok	14	1,5
	Var	935	98,5
Günlük Çalışma Süresi	5 saatten az	3	0,3
	6-7 saat	345	36,4
	8-9 saat	533	56,1
	9 saat ve üzeri	68	7,2
Çalışma Şekli	Sürekli gündüz	494	52,1
	Sürekli gece	74	7,8
	Vardiya şeklinde	355	37,4
	Diğer (Değişkenlik gösteriyor)	26	2,7

Tablo 7’de ölçeklerin genel ortalamasına bakıldığında, ev idaresi personelinin görelî yoksunluk puan ortalamasının (16,79±5,730), orta düzeyin altında olduğu görülmektedir (Min-Max: 5-36). Personelin algılanan bireysel performans puan ortalamasının ise yüksek olduğu belirtilebilir. Bu sonuç personelin görelî yoksunluk düzeyinin yüksek olmaması sebebiyle performanslarının olumsuz etkilenmediğini düşündürmektedir.

Personelin algılanan bireysel performans puan ortalamasının (16,81±4,387) yüksek olduğu belirtilebilir (Min-Max: 4-20) (Tablo 7).

İş performansı ölçeğinin genel ortalamasına bakıldığında ise, personelin ölçekten aldığı puanın (68,18±11,410) orta düzeyin üzerinde olduğu (Min-Max: 16-90); iş performansının alt boyutu olan rol içi iş performansı (38,32±6,522) ve rol dışı iş performansı puanının (29,86±5,828) yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 7). Bu sonuç özellikle hastanelerde kurum ev idaresi personelinin iş performansını en üst seviyeye getirecek, çalışanların motivasyonlarını artıracak çalışmaların yapılması gerektiğini göstermektedir.

Tablo 7. Ölçeklere İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Ölçekler	Ort.	Std. Sapma	Min ve Mak puanlar
Görelî yoksunluk ölçeği	16,79	5,730	(5-36)
Algılanan bireysel performans ölçeği	16,81	4,387	(4-20)
İş performansı ölçeği	68,18	11,410	(16-90)
Rol içi iş performansı alt boyutu	38,32	6,522	(9-45)
Rol dışı iş performansı alt boyutu	29,86	5,828	(7-35)

Tablo 8 incelendiğinde görelî yoksunluk ölçeği ile algılanan bireysel performans ölçeği ve rol dışı iş performansı alt boyutu arasında negatif yönde düşük seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu sonuca göre görelî yoksunluk düzeyi düştükçe performansın arttığı söylenebilir. Bu ise görelî yoksunluk yaşayan, kendilerini başkaları ile kıyasladığında yoksun hisseden personelin performansının da olumsuz etkileneceğini göstermektedir.

Görelî yoksunluk ölçeği ile iş performansı ve rol içi iş performansı alt boyutu arasında anlamlı derecede bir ilişki bulunmamaktadır.

Algılanan bireysel iş performansı ölçeği ile iş performansı ölçeği, rol içi iş performansı alt boyutu ve rol dışı iş performansı alt boyutu arasında pozitif yönde yüksek seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 8). Bu sonuca göre bireylerin performanslarını olumlu yönde algılamalarının onların çalışmalarında göstermiş oldukları iş performansını da olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Araştırmada iş performansı ölçeği ile rol içi iş performansı alt boyutu ve rol dışı iş performansı alt boyutu arasında pozitif yönde yüksek seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 8). Bu sonuç, personelin görev tanımları içindeki çalışmalarını yerine getirirken, aynı zamanda gönüllü olarak rol dışı iş davranışlarını da (fazladan çalışma için gönüllü olma, başkalarıyla işbirliği içinde olma ve onlara yardım etme, kurumu destekleme ve koruma vb. gibi) yerine getirdiğini düşündürmektedir.

Rol içi iş performansı alt boyutu ile rol dışı iş performansı alt boyutu arasında pozitif yönde yüksek seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Ölçek ve Alt Boyutlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Algılanan bireysel performans ölçeği	İş performansı ölçeği	Rol içi iş performansı alt boyutu	Rol dışı iş performansı alt boyutu
Görelî yoksunluk ölçeği	r	-0,248	0,101	0,003	-0,194
	p	0,000***	0,156	0,965	0,006**
Algılanan bireysel iş performansı ölçeği	r	1	0,695	0,644	0,640
	p		0,000***	0,000***	0,000***
İş performansı ölçeği	r		1	0,932	0,914
	p			0,000***	0,000***
Rol içi iş performansı alt boyutu	r			1	0,706
	p				0,000***

Uygulanan one-way ANOVA testi sonucunda, görelî yoksunluk ölçeği, iş performansı ölçeği ve rol dışı iş performansı alt boyutu ortalamaları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmakta iken ($p<0,05$); algılanan bireysel performans ölçeği ve rol içi iş performansı alt boyutu ortalamaları ile yaş arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 9).

18-25 yaş aralığında olan çalışanların görelî yoksunluk ölçeği ortalaması 42-49 yaş grubunda olan çalışanlara göre daha yüksektir. Bu sonuç gençlerin kendilerini başkaları ile kıyaslayarak daha fazla görelî yoksunluk yaşadıklarını düşündürmektedir. Sonuç olarak, birey sahip olduğu nitelikler ile aynı işi yapan diğer iş arkadaşlarının niteliklerini karşılaştırabilmekte ve bu yüzden onlardan daha iyi bir işi hak ettiklerini düşünerek görelî yoksunluk duygusuna kapılabilmektedir (Ulukök vd., 2017). Ayrıca, 26-33 yaş grubunda olan çalışanların iş performansı ve rol dışı iş performansı alt boyutu ortalamaları 50+ yaşında olan çalışanlara göre daha yüksektir. Rol dışı iş performansı; deneyimleri paylaşma, yeni işe başlayan çalışma arkadaşına yardım etme gibi davranışları içerdiğinden bu yaş grubunun rol dışı iş performansının artması beklenebilir. Doğan'ın (2005) çalışmasında ise yaş ile rol dışı iş performansı arasında kuvvetli ilişki bulunamamıştır.

Tablo 9. Ev İdaresi Personelinin Görelî Yoksunluk ve Performans Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırması

Yaş Grupları		n	Ort.	Ss	F	p	Fark
Görelî yoksunluk ölçeği	18-25	144	20,27	6,798	2,590	0,038*	1-4,5
	26-33	218	16,00	6,042			
	34-41	246	17,86	5,910			
	42-49	266	15,58	4,557			
	50+	75	15,76	4,309			
Algılanan bireysel performans ölçeği	18-25	144	16,82	5,456	1,998	0,096	-
	26-33	218	17,21	3,975			
	34-41	246	17,52	3,906			
	42-49	266	15,70	5,268			
	50+	75	15,00	4,213			
İş performansı ölçeği	18-25	144	66,73	16,007	2,679	0,033*	2-5
	26-33	218	71,20	8,966			
	34-41	246	68,62	9,529			
	42-49	266	65,30	14,476			
	50+	75	63,18	12,856			
Rol içi iş performansı alt boyutu	18-25	144	36,73	8,650	2,109	0,081	-
	26-33	218	40,02	5,545			
	34-41	246	38,28	5,378			
	42-49	266	37,30	8,197			
	50+	75	35,82	7,401			
Rol dışı iş performansı alt boyutu	18-25	144	30,00	7,642	2,807	0,027*	2-5
	26-33	218	31,18	4,511			
	34-41	246	30,34	5,443			
	42-49	266	28,00	6,987			
	50+	75	27,35	6,164			

*:p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Uygulanan one-way ANOVA testi sonucunda, iş performansı ölçeği, rol içi iş performansı alt boyutu ve rol dışı iş performansı alt boyutu ortalamaları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmakta iken (p<0,05); görelî yoksunluk ölçeği ve algılanan bireysel performans ölçeği ortalamaları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 9).

Tablo 10'a göre iş performansı ölçeği (=69,92), rol içi (=39,37) ve rol dışı iş performansı (=30,55) alt boyutlarında evli olan personelin almış olduğu ortalama puan bekar ve boşanmış/dul olan personele göre daha yüksektir. Ev idaresi personelinin iş performansları, rol içi iş performansı alt boyutu ve rol dışı iş performansı alt boyutu ortalamaları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Evlilerin iş performansı ölçeği ve rol içi iş performansı alt boyutu ortalamaları bekarlara göre ve evlilerin rol dışı iş performansı alt boyutu ortalaması boşanmış/dul olanlara göre daha yüksektir. Aslan'ın (2012) araştırmasında ise hemşirelerin medeni durumuna göre rol dışı iş performansına bakıldığında, bekar olan hemşirelerin performans

ortalamlarının evlilerden anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. Tiryaki-Şen'in (2018) yönetici, çalışma arkadaşları ve örgütsel destek algısının hemşirelerin psikolojik iyi oluş ve iş performansına etkisini belirlemek amacıyla 1056 hemşire üzerinde yaptığı araştırmasında medeni duruma göre, hemşirelerin iş performansı ölçeğinin rol içi ve rol dışı iş performansı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 10. Ev İdaresi Personelinin Görelî Yoksunluk ve Performans Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırması

	Medeni Durum	n	Ort.	S.S	F	p	Fark
Görelî yoksunluk ölçeği	Evli	714	16,35	5,467	1,240	0,292	-
	Bekar	120	17,68	6,207			
	Boşanmış/Dul	115	17,76	6,273			
Algılanan bireysel performans ölçeği	Evli	714	17,26	3,972	2,221	0,111	-
	Bekar	120	15,80	5,312			
	Boşanmış/Dul	115	16,00	4,708			
İş performansı ölçeği	Evli	714	69,92	9,877	5,087	0,007**	1-2
	Bekar	120	64,25	13,312			
	Boşanmış/Dul	115	65,04	13,924			
Rol içi iş performansı alt boyutu	Evli	714	39,37	5,561	6,031	0,003**	1-2
	Bekar	120	35,60	7,602			
	Boşanmış/Dul	115	37,00	8,114			
Rol dışı iş performansı alt boyutu	Evli	714	30,55	5,368	3,086	0,048*	1-3
	Bekar	120	28,65	6,355			
	Boşanmış/Dul	115	28,04	6,822			

*:p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, görelî yoksunluk ölçeği ve algılanan bireysel performans ölçeği ortalamaları ile ailenin ekonomik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmakta iken (p<0,05); iş performansı ölçeği, rol içi iş performansı alt boyutu ve rol dışı iş performansı alt boyutu ortalamaları ile ailenin ekonomik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 11).

Tablo 11'de görelî yoksunluk (=18,08) ve algılanan bireysel performans (=17,57) ölçeklerinde orta/yüksek ekonomik düzeye sahip olan kurum ev idaresi personelinin ölçeklerden aldığı ortalama, düşük ekonomik düzeyi olan personele göre daha yüksektir. Bu sonuca göre, personelin ekonomik düzeyi yükseldikçe kişilerin kendilerini başkaları ile daha çok kıyasladıkları ve bu sebeple görelî yoksunluk yaşadıkları sonucuna ulaşılabilir.

Tablo 11. Ev İdaresi Personelinin Görelî Yoksunluk ve Performans Düzeylerinin Ekonomik Düzeye Göre Karşılaştırması

Ekonomik Düzey		n	Ort.	Ss	t	p
Görelî yoksunluk ölçeği	Düşük	449	15,42	5,891	-3,359	0,001**
	Orta/yüksek	500	18,08	5,285		
Algılanan bireysel performans ölçeği	Düşük	449	16,00	4,657	-2,557	0,011*
	Orta/yüksek	500	17,57	3,992		
İş performansı ölçeği	Düşük	449	68,55	11,916	0,446	0,656
	Orta/yüksek	500	67,83	10,959		
Rol içi iş performansı alt boyutu	Düşük	449	38,73	6,726	0,866	0,387
	Orta/yüksek	500	37,93	6,333		
Rol dışı iş performansı alt boyutu	Düşük	449	29,81	5,860	-0,095	0,924
	Orta/yüksek	500	29,89	5,826		

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucuna göre, ev idaresi personelinin görelî yoksunluk puan ortalamasının “orta düzeyin altında” olduğu, personelin algılanan bireysel performans puan ortalamasının “yüksek” olduğu, iş performansının “orta düzeyin üzerinde” olduğu; iş performansının alt boyutu olan rol içi iş performansı ve rol dışı iş performansı puan ortalamasının ise “yüksek” olduğu belirlenmiştir.

Ev idaresi personeli, yoğun iş temposuna uyum sağlama zorunluluğu, fiziksel gücün yoğun olarak kullanılması zorunluluğu, çalışma saatlerinin fazlalığı gibi çalışma koşullarına sahip çalışanlardır. Ev idaresi personelinin görelî yoksunluğunun ve performansının belirlenmesine ilişkin herhangi bir çalışma bulunmadığından bu araştırmanın sonuçlarına göre, hastanede çalışan ev idaresi personelinin görelî yoksunluk duygusunun önlenerek, algılanan bireysel performansları ve iş performanslarını artırmak amacıyla şu önerilerde bulunulabilir;

- Çalışma sonucuna göre personelin, %37,4’ünün vardiyalı çalıştığı bu sebeple, personelin olası görelî yoksunluk duygusunun engellenebilmesi, iş performansının yükseltilebilmesi için vardiyalı çalışma saatlerinin planlanması, böylece personelin çok fazla yorulmasının önlenmesi.
- Araştırma sonuçlarına bakıldığında, personelin büyük kısmının uzun çalışma saatlerine sahip olduğu görülmektedir. Personelin %56,1’inin 8-9 saat, %7,2’sinin 9 saat ve üzeri çalıştığı göz önüne alındığında, ev idaresi personelinin görelî yoksunluk duygusunun azaltılması, memnuniyetinin artırılması için çalışma saatlerinin ve genel çalışma koşullarının düzenlenmesi.
- Çalışma sonucuna göre, kurum ev idaresi personelinin düşük ücretlerle çalıştığı görülmektedir. Kurum çalışanlarına yönelik yapılacak maddi ve manevi desteğin de personelin iş performansını yükselteceği bilinmektedir. Bununla ilgili olarak maddi anlamda ücretlere yapılacak zamlar, maddi ödüller, avanslar, ikramiye vb. uygulamalarla motivasyonlarının artırılarak bireylerin iş performansının yükseltilmesi.

KAYNAKLAR

Abualrub, R. F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 73-78.

Adams, J. S. (1965). *Inequity in social exchange*. In L. Berkowitz (Ed.). *Advances in Experimental Social Psychology* (pp.267-269). San Diego, Academic Press.

Adler, N. E., Epes, E. S. Castellazzo, G., & Ickovics, J. R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy white women. *Journal of Health Psychology*, 19(6), 586-592.

Akal, Z. (1992). *İşletmelerde performans ölçüm ve denetimi: Çok yönlü performans göstergeleri*. Ankara: MPM Yayınları.

Aslan, M. (2012). *Hastanelerde çalışan hemşirelerin bağlamsal performans düzeyleri ve ilişkili faktörler* (Yayımlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Aydın, G. (2014). *Leader-member exchange (LMX) based relative deprivation and employee outcomes* (Yayımlanmamış doktora tezi). Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul.

Bolino, M. C., & Turnley, W. H. (2009). Relative deprivation among employees in lower-quality leader-member exchange relationships. *The Leadership Quarterly*, 20(3), 276-286.

Bos, B. V., Vermunt, K., & Wilke, R. (1997). What is fair depends more on what comes first than on what comes next. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(1), 95-104.

Buick, I., & Thomas, M. (2001). Why do middle managers in hotels burn-out? *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 13(6), 304-309.

Callan, M. J. Shead, N. W., & Olson, J. M. (2011). Personal relative deprivation, delay discounting, and gambling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(5), 955-973.

Coşkuner, S., & Yertutan, C. (2009). Kurum ev idaresi alanında çalışanların örgütsel bağlılıklarının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 27(2), 1-18.

Cowherd, M. D., & Levine, D. I. (1992). Product quality and pay equity between lower-level employees and top management: An investigation of distributive justice theory. *Administrative Science Quarterly*, 37(2), 302-320.

Crosby, F. J. (1976). A model of egoistical relative deprivation. *Psychological Review*, 83(2), 85-113.

Crosby, F. (1982). *Relative deprivation and working women*. New York, Oxford University Press.

Çiçek, B. (2016). *Hastanelerde kurum ev idaresi personeli perspektifinden iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının ve güvenlik kültürüne ilişkin algı düzeylerinin belirlenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Çöl, G. (2008). Algılanan güçlendirmenin işgören performansı üzerine etkileri. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 9(1), 35-46.

Davis, J. A. (1959). A formal interpretation of the theory of relative deprivation. *Sociometry*, 22(4), 280-296.

Dabelko, D. D. (1971). *Relative deprivation theory and its application to the study* (Unpublished doctoral dissertation). University of Illinois, Illinois.

Demirdağ, G. E., Aydoğan, E., & Demirdağ, A. (2016). *Çalışan ve çalışmayan kadınların cinsiyet eşitsizliklerine yönelik tutumlarında göreceli yoksunluğun aracı rolü* (Conference presentation). 2nd International Congress on Economics and Business (ICEB'16) New Economic Trends and Business Opportunities, Sarajevo.

Doğan, Y. (2005). *Organizasyonlarda pozitif ve negatif duygusallığın çalışanların görev ve bağlamsal performansları üzerine etkisini belirlemeye yönelik Kayseri'de bir araştırma* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Erciyes Üniversitesi, Kayseri.

Eisenberger, R. Huntington, R. Hutchison, S., & Sowa D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500-507.

Eker, Ç. (2018). *Kamu kurumlarında çalışan ev idaresi personelinin çalışma koşullarının iş motivasyonuna ve işe yabancılaşmaya olan etkisinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Erkal, S., & Şafak, Ş. (2000). Hastanelerde enfeksiyonların kontrolünde ev idaresi bölümünün önemi. *Ev Ekonomisi Dergisi*, 6(6), 53-58.

Eroğlu, Ş. (2009). *Örgütsel adalet algılaması ve iş tatmini hakkında bir araştırma* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

Gemalmaz, A. (2009). *Bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan temizlik personelinin kurumda çalıştıkları süre boyunca iş kazası geçirme durumları ve son kaza-yaralanmaya ait özelliklerin belirlenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.

Greenberg, J. (1987). A taxonomy of organizational justice theories. *Academy of Management Review*, 12(1), 9-22.

Gürbüz, E. (2014). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi bilim dalı çalışanlarda örgüt kültürü ve iş performansı: Antalya Atatürk Devlet Hastanesi çalışanları örneği* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Gürsoy, N. (2013). *Hastane çalışanlarının iş doyumu ve tükenmişlik durumlarının aile yaşamına etkisi: kurum ev idaresi personeli üzerine bir uygulama* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Güven, N. S. (2006). *Hastanelerde çalışan kurum ev idaresi personelinin hizmet içi eğitim programını değerlendirmeleri* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.

Hair, J. F. J., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis*. New Jersey: Prentice Hall.

Homans, G. (1961). *Social Behavior: Its Elementary Forms*. New York, Harcourt Brace & World.

Hu, L. T., & Bentler P. M. (1999). *Cut off Criteria for Fit Indexes in Covariance Structural Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives*. Londra, Psychology Press.

Jones, A. M., & Wildman, J. (2008). Health, income and relative deprivation. *Journal of Health Economics*, 27(2), 308–324.

Kıral, G. (2009). *Türkiye'de yaşayan kadınların görelî yoksunluk ve adil dünya inancı ile siyasal katılım düzeyleri arasındaki ilişki* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.

Kurt, E. (2013). *Algılanan sosyal destek ve iş performansı ilişkisinde işe bağlılığın aracı etkisi: Turizm işletmelerinde bir araştırma* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Lea, J., & Young, J. (1993). *What is to be done about law and order? Crisis in the nineties*. London, Pluto Press.

Martin, J. (1981). Relative deprivation: a theory of distributive injustice for an era of shrinking resources. In L. L. Cummings, & B. Staw. (Eds.). *Research in Organizational Behavior* (pp. 53–107). Greenwich: JAI Press Inc.

Meydan, C. H., & Şeşen, H. (2011). *Yapısal eşitlik modellemesi Amos uygulamaları*. Ankara, Detay Yayıncılık.

Mishra, S., & Lalumière, M. L. (2010). You can't always get what you want: the motivational effect of need on risk-sensitive decision-making. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(4), 605–611.

Moghaddam, F.M. (2005). The staircase to terrorism: A psychological exploration. *American Psychologist*, 60(2), 161-169.

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York, Mc Graw Hill.

Othman, N., & Nasurdin A. M. (2013). Social support and work engagement: A study of Malaysian nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(8), 1083-1090.

Özgen, H., Öztürk, A., & Yalçın, A. (2002). *İnsan kaynakları yönetimi*. Adana, Nobel Kitabevi.

Özkan, Ü. A. (2018). *Farklı lider üye ve ekip üye etkileşim kalitesi kombinasyonlarının göreceli yoksunluk ve psikolojik sermaye bağlamında iş sonuçlarına etkisi ve bir araştırma*. (Yayımlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Pelit, E., & Türkmen, F. (2008). Otel işletmeleri işgörenlerinin tükenmişlik düzeyleri: Yerli ve yabancı zincir otel işletmeleri işgörenleri üzerinde bir araştırma. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(1), 117–139.

Pugh, D. (1991). *Organizational behaviour*. London, Prentice Hall International.

Runciman, W.G. (1996). *Relative deprivation and social justice*. Berkeley and Los Angeles, University of California Press.

Saka, O. (2004). Araştırma evreleri II araştırmalarda deneklerin seçimi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 4(2), 81-85.

Sayın, Ş. K. (1995). *Hastane işletmelerinde toplam kalite yönetiminde ergonominin yeri*. Beşinci Ergonomi Kongresi. İstanbul, MPM Yayınları.

Sigler, T. H. ve Pearson, C. M. (2000). Creating an empowering culture: Examining the relationship between organizational culture and perceptions of empowerment. *Journal of Quality Management*, 5(1), 27-52.

Smith, H. J., Pettigrew, T. F., Pippin, G. M., & Bialosiewicz, S. (2012). Relative deprivation: a theoretical and meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 16(3), 203–232.

Sonnentag, S., & Frese, M. (2002). Performance concepts and performance theory. In S. Chichester (Ed.). *Psychological Management of Individual Performance* (pp.3-26). John Wiley&Sons.

Stouffer, S. A. (1949). An analysis of conflicting social norms. *American Sociological Review*, 14(6), 707-717.

Sweeney, P. D., McFarlin, D. B., & Inderrieden, E. J. (1990) Using relative deprivation theory to explain satisfaction with income and pay level: A multi study examination. *Academy of Management Journal*, 33(2), 423–436.

Şafak, Ş. (1997). *Kurumlarda ev idaresi*. Ankara, Damla Matbaacılık Reklamcılık ve Yayıncılık Ltd.

Şafak, Ş., & Erkal S. (2011). *Kurumlarda ev idaresi*. Ankara, Detay Yayıncılık.

Şahin, P. (2013). *Sağlık personeli çalışma saatlerinin performans üzerine etkisi: Ankara’da bir hastane örneği* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.

Şavk, M. E. (2010). *Performansı etkileyen faktörlerin çalışan motivasyonu üzerine etkisinin Kocaeli ili sınırlarındaki devlet hastanelerinde incelenmesine yönelik bir uygulama* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.

Tabachnick, B. G., & Fidel, L.S. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston, Allyn & Bacon, Inc.

Tiryaki-Şen H. (2018). *Yönetici, çalışma arkadaşları ve örgütsel destek algısının hemşirelerin psikolojik iyi oluş ve iş performansına etkisi* (Yayımlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Tsang, L. P., Sham, S. Y. A., Law, S. L. W., Szel, C. Y. S., Tang, S. K. T., Kong, C. Y., Irene Ho S. C., Wong, P. S. Y., & Tarrant, M. (2017). Self-perceived performance-based training needs of senior nurse managers working in United Christian Hospital: A cross-sectional exploratory study. *International Archives of Nursing and Health Car*, 3(2), 1-14.

Ulukök, E., Akın, A., & Gökdeniz, İ. (2017). Algılanan fazla niteliklilik, işe adanmışlık ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkinin incelenmesi: Bankacılık sektöründe bir araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(54), 916-923.

Walker, I., & Pettigrew, T. F. (1984). Relative deprivation theory: An overview and conceptual critique. *British Journal of Social Psychology*, 23(4), 301-310.

Walker, I., & Smith, H. J. (2002). Fifty years of relative deprivation research. In I. Walker, & H. J. Smith (Eds.), *Relative deprivation: Specification, development, and integration* (pp. 1-9). New York, Cambridge University Press.

Yan, A., Zhu, G., & Hall, D. T. (2002). International assignments for career building. *Academy of Management Review* 27(3), 373-383.

Yertutan, C. (2000). *Kurumlarda ev idaresi hizmetlerinin verimliliği*. Ankara, Minpa Matbaacılık.

Yıldırım, S. (1997). *Profesyonel hastane yöneticilerinin nitelikleri konusunda sağlık meslekleri mensuplarının ön kabulleri* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Young, J. (2004). Crime and the dialectics of inclusion/exclusion: Some comments of yar and penna. *British Journal of Criminology*, 44(4), 550-561.

Yumuşak, S. (2008). İşgören verimliliğini etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir alan araştırması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(3), 241-251.

Yürür, Ş. (2008). Örgütsel adalet ile iş tatmini ve çalışanların bireysel özellikleri arasındaki ilişkilerin analizine yönelik bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 13(2), (2): 295-312.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

SAĞLIK VE SPOR KURULUŞLARINDA FİNANSAL BAŞARISIZLIK TAHMİNİ: ALTMAN, SPRINGATE VE FULMER MODELİ UYGULAMASI

Haşim BAĞCI *
Şengül SAĞLAM **

ÖZ

Sağlık ve spor günümüzde önemi iyice artan sektörlerin başında gelmektedir. Özellikle sağlık sektörü herhangi bir ikamesi olmayan ve yeterli hizmet alınmadığında insan hayatının sona ermesine kadar giden olumsuz bir senaryo ortaya koyan sektörlerden biridir. Spor sektörü ise insanları farklı bir aktiviteye yönlendiren, boş zaman geçirme ihtiyacını karşılayan bir sektörden oldukça uzaklaşarak tamamen finans piyasasının odağı konumuna gelen ve oldukça yüksek tutarlar elde edilen bir sektör konumuna gelmiştir. Her iki sektör için bakıldığında sağlık ihtiyaçtan ötürü finansal açıdan gelişim kaydederken spor ise daha çok elde edilen gelirlerin yüksek olmasından dolayı çekici hale gelmiştir. Bu çalışmada Borsa İstanbul'a kayıtlı sağlık ve spor alanında faaliyet gösteren işletmelerin finansal başarısızlık riski taşıyıp taşımadıkları incelenmiştir. Veri setinin halka açık şirketlerden oluşmasının nedeni; hem Borsa İstanbul'a kayıtlı olmasının doğurduğu şeffaflık ve denetim hem de verilere ulaşabilmektir. Dolayısıyla çalışmada 4 spor ve 2 sağlık işletmesi olmak üzere 6 işletmenin 2014-2018 yılları arası 5 yıllık dönemini kapsayan finansal başarısızlık tahminleri yapılmıştır. Finansal başarısızlık tahmini için Altman, Springate ve Fulmer Modelleri kullanılmıştır. Araştırma sonucunda; sağlık işletmelerinin finansal yapısının ve finansal performansının iyi olduğu ve iflas riskiyle karşılaşma olasılığının düşük olduğu bulgularına ulaşılmıştır. Ancak spor işletmelerinin finansal yapılarının kötü olduğu, finansal başarısızlık riski taşıdıkları ve her an iflas tehlikesiyle karşılaşabilecekleri görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık ve spor işletmeleri, finansal başarısızlık, Altman, Springate ve Fulmer

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğretim Üyesi, Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, hasimbagci1907@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5828-2050>

** Yüksek Lisans Öğrencisi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, sengul.saglammm61@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9150-3142>

Gönderim Tarihi: 24.10.2019

Kabul Tarihi: 07.01.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Bağcı, H., Sağlam, Ş. (2020). Sağlık ve Spor Kuruluşlarında Finansal Başarısızlık Tahmini: Altman, Springate ve Fulmer Modeli Uygulaması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 149-164

ESTIMATION OF FINANCIAL FAILURE IN HEALTH AND SPORT ORGANIZATIONS: AN AMPIRICAL ANALYSIS WITH ALTMAN, SPRINGATE AND FULMER MODEL

Haşim BAĞCI *
Şengül SAĞLAM **

ABSTRACT

Health and sports are among the sectors that are becoming more important. In particular, the health sector is one of the sectors that does not have any substitutes and presents a negative scenario that leads to the end of human life when adequate service is not received. The sports sector, on the other hand, has become quite the focus of the financial market by moving away from a sector that meets the need to spend leisure time that leads people to a different activity and has achieved quite high amounts. For both sectors, financial progress has been achieved due to health needs, while sports have become more attractive due to the higher revenues. In this study, it is examined whether the enterprises registered in Borsa Istanbul are active in the field of health and sports carry the risk of financial failure. The reason why the data set consists of publicly traded companies is both the transparency and supervision of the registration of Borsa Istanbul and access to the data. Therefore, the financial failure estimates of 6 enterprises (4 sports and 2 health enterprises) covering the 5-year period between 2014-2018 were made in the study. Altman, Springate and Fulmer Models are used for financial failure estimation. As a result of the research, it was found that the financial structure and financial performance of health enterprises are good and the probability of facing bankruptcy risk is low. However, it is seen that sports enterprises have poor financial structures, risk of financial failure and may face bankruptcy at any time.

Keywords: Health and sports enterprises, financial failure, Altman, Springate and Fulmer

ARTICLE INFO

* Aksaray University, hasimbagci1907@hotmail.com



<https://orcid.org/0000-0002-5828-2050>

** Nevşehir Hacı Bektaş Veli University, sengul.saglammm61@gmail.com



<https://orcid.org/0000-0002-9150-3142>

Recieved: 24.10.2019

Accepted: 07.01.2020

Cite This Paper:

Bağcı, H., Sağlam, Ş. (2020). Sağlık ve Spor Kuruluşlarında Finansal Başarısızlık Tahmini: Altman, Springate ve Fulmer Modeli Uygulaması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 149-164

I. GİRİŞ

Sağlık ve spor kuruluşlarının iktisadi ve kültürel topluluklar kapsamında süreklilik gerektiren bir yapısının bulunması ve bugünün iş dünyasındaki teknolojik gelişmelerin artmasıyla önemini yitiren uluslararası sınırlar, kuruluşların bilgiye ulaşma hızının neredeyse anlık olması işletmeleri daha rekabetçi bir ortamda çalışmaya zorlamaktadır. Bu durumda sağlık ve spor kuruluşlarının dinamikliğini koruyarak dünyanın farklı bölgelerinden rakipler, yatırımcılar ve müşterilerle ilişki içerisinde olması gerekmektedir. Mevcut durum ve şartlara uyum sağlayamayan, stratejilerini uzun vadeli ve rekabette üstünlük sağlayacak biçimde oluşturamayan kuruluşların, finansal sıkıntıya sürüklenmeleri kaçınılmaz olmaktadır. Finansal sıkıntılar işletmenin bulunduğu piyasada gerilmesine sebep olabileceği gibi işletmenin tamamen kapanmasıyla da sonuçlanabilir.

Finansal başarısızlık kavramının işletme literatüründe yer alması 1960-1970 yılları arasındaki petrol kriziyle olmuştur. Petrol krizi sonucu işletmelerin başarısızlıkları sonucu iflas etmeleri finansal başarısızlık kavramını doğurmuştur. Bu dönemden itibaren finansal başarısızlık tahmininin önemi vurgulanmış, tahminine ilişkin sonuçların daha verimli olması için istatistikî modeller geliştirilmeye başlanmıştır. İşletmelerin başarısızlığının tahmin edilebilmesini sağlayan önemli gelişmeler yaşanmıştır (Akkaya vd., 2009).

Finansal başarısızlığın öngörülebilmesi ülke ekonomisinin temelini oluşturan kaynakların doğru ve etkili bir şekilde kullanılması için önceden fark edilebilmesi çok büyük bir önem arz etmektedir. Başarısız olma ihtimali ile ilgili sinyallerin tespit edilmesi finansal kuruluşlar açısından önemli bir karar rehberidir. Başarısızlığın tahmin edilebilmesi için belirli finansal oranlarla desteklenmiş modeller bulunmaktadır. Bu modeller, finansal kuruluşların sürekliliğini sağlama, gelecek ile ilgili yatırımlarına ışık tutma gibi finansal alanda almaları gereken önlemler konusunda belirleyici rol oynamaktadır (Ural vd., 2015).

Firmalarda finansal sıkıntı olasılığı, firmanın kendisinden ve çevresinden kaynaklanabilecek pek çok faktörün etkisiyle zaman içinde değişim gösterebilmektedir. Faaliyette bulunan sektörün temel özellikleri, finansal sıkıntı olasılığının firmalar arasında farklı şekillerde oluşmasına yol açabilir. Finansal sıkıntının olumsuz etkileri yalnız firma açısından değil aynı zamanda faaliyette bulunan piyasa açısından da ortaya çıkmaktadır (Altman ve Hotchkiss, 2006).

İşletmelerin başarısız olmasına sebep olan tutumların tespit edilmesi finansal başarısızlık tahmini ile keşfedilerek işletme çevresi açısından sorunlar çözülmeyecek düzeye ulaşmadan önlemlerin alınmasını sağlayabilir.

Yapılan tahmin, işletme yönetimince geleceğe ilişkin izlenecek politikaların aynı zamanda devlet otoritesinin izleyeceği politikaların belirlenmesinde önemli bir yere sahiptir (Yakut ve Elmas, 2013). Finansal başarısızlık tahmini konusunda yapılan çalışmalar yıllar itibarıyla artmakta, sürekli yeni ve farklı yöntemler kullanılarak tahmin modellerinin geliştirilmesine çalışılmaktadır.

Bu çalışmada sağlık ve spor alanında faaliyet gösteren Borsa İstanbul'a kayıtlı, hisseleri halka arz edilmiş işletmelerin mali başarısızlık tahmini yapılmıştır. Bu tahmin, 2014-2018 yılları arası 5 yıllık bir veri seti yardımıyla yapılmıştır. Veri seti oluşturulurken sağlık ve spor işletmelerinin mali tablolarına Kamuyu Aydınlatma Platformu (KAP)'ndan ulaşılmıştır. Ulaşılan veriler yardımıyla finansal başarısızlık tahmini için gerekli olan oranlar hesaplanmış ve bu tahminin öncüsü olan Altman Z Skoru vb. yöntemler yardımıyla sağlık ve spor işletmelerinin iflas riskiyle karşı karşıya kalıp kalmayacakları konusunda öngöründe bulunulmuştur.

II. FİNANSAL BAŞARISIZLIK

Sağlık ve spor kuruluşları varlıklarının devamını sağlamak, kar elde etmek, toplumun istek ve ihtiyaçlarını tespit ederek dinamikliğini korumak sorumluluğuna sahiptirler. Ancak tüketici taleplerine cevap vermeme, teknolojik gelişmelerin hızına ayak uyduramama ve doğal afetler gibi birçok faktörle baş edilmesi gerekmektedir. Bu sorumluluğunu yerine getiremeyen kuruluşların, finansal açıdan başarısızlığa düşme riski oldukça fazladır.

İşletmelerin finansal açıdan başarısız olduğuna kanaat getirilebilmesi için bulunması gereken koşullar ve göstergeler mevcuttur. Bu göstergeler (Aktaş vd., 2003):

- Sermayenin %50'sinin zarar edilmiş olması,
- İflas etme,
- İşletme aktif kaynaklarının %10'unun kaybedilmiş olması,
- Zamanı gelmiş borçlarını öderken zorlanması,
- Üretimin faaliyetlerinin sonlandırılması,
- Zarar beyanının üç yıl art arda verilmiş olması,
- Borçların varlıkların toplamını aşmasıdır.

İşletmelerde başarısızlık farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Başarısızlık; geçici nedenlerle mali yükümlülüklerin karşılanamamasından, işletme varlıklarının tasfiye edilmesiyle iflasa sebebiyet verebilecek kadar önemli sonuçların ortaya çıkabileceği bir süreci ifade eder (Akgüç, 2010).

Çok farklı göstergeleri kapsayan finansal başarısızlık geniş anlamli bir kavramdır. Günümüze kadar finansal başarısızlık kavramını tanımlamak, sektörlere göre ayırımı yaparak bilimsel nitelikli finansal başarısızlık analiz çalışmaları yapılmıştır. Finansal başarısızlık kavramı "Financial Distress" olarak İngilizce tercüme edilen ve Beaver (1966)'ya göre; şirketlerin finansal yükümlülüklerini karşılayamaması olarak ifade edilmiştir. Diğer bir deyişle; işletmenin borçlarını ödeyememesi durumudur.

Brigham ve Gapenski (1999)'a göre finansal başarısızlık türleri; ekonomik başarısızlık, iş hayatındaki başarısızlık, teknik acizlik, negatif net değere sahip olma ve iflas olarak ortaya çıkmaktadır. İflası da içeren finansal başarısızlık kavramının literatürdeki farklı çalışmalarda yer alan tanımlamaları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Finansal Başarısızlık Tanımları

Araştırmacı	Araştırmanın Tarihi	Finansal Başarısızlığı Nasıl Tanımladığı	Kriter
Yıldız	1999	Başarısızlık	Üretimini sonlandırmış olma, borçların ertelenmesi, ödenememesi, üretimin durdurulması, üç yıl art arda zarar beyanı vermiş olma, şirket kurtarma yasası gereğince kurtarılmış olma, borçların aktif aşması, sermayenin yarısının veya 2/3'sinin kaybolması.
Torun	2007	Başarısızlık	İki yıl art arda zarar beyanı vermiş olma, borsada tahtasının kapanması, faaliyetlerin durması, iflas etmiş olma.
Beaver ve diğerleri	2010	İflas	365 gün süresince kanuni olarak iflas başvurusunda bulunmuş olmak.
Wu ve diğerleri	2010	İflas	Bir yıl içerisinde yasal olarak iflas başvurusunda bulunmuş olmak.
Özdemir	2011	Başarısızlık	Son iki yıl içinde zarar beyanı vermiş olma durumu, defter değer esaslı; hisse senedi fiyatının son iki yıl içindeki değişiminin, hisse senedinin işlem gördüğü borsanın genel endeksindeki değişimi karşısındaki bağlı durumunu, piyasa değeri esaslı başarısızlık göstergesi olarak almıştır.

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

İflas etmiş olan işletme sayısının az olmasından dolayı gelişmekte olan ülkelerde finansal başarısızlık kavramı daha esnek kullanılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde ise finansal başarısızlık, iflas göstergesi olarak kullanılmaktadır. Bu bilgilerden yola çıkarak finansal başarısızlık kavramını işletmelerin vadesi gelen borçlarını ödemede güçlük yaşaması ile iflas etmesi arasındaki tüm durumlar olarak ifade edebiliriz. Finansal başarısızlığın son aşaması iflastır. İflas gerçekleştiğinde işletme zaten finansal başarısızlığa uğramış sayılır ve öngörülmesi gereken bir kavram olmaktan çıkmaktadır (Özdemir vd., 2012).

Finansal sistemin en küçük ve dinamik birimlerinden olan firmalar için finansal başarısızlık; doğacak sorunlar açısından önemli bir sorun teşkil etmekte ve son yıllarda yaşanan ekonomik krizler nedeniyle finansal başarısızlığa uğrayan firma sayısında dünyada bir artış olduğu görülmektedir. Bu artış; genel olarak ekonomik durgunluğa, enflasyonu önlemek için uygulanan sıkı para ve kredi politikasına, yüksek faiz oranlarına ve firmaların artan finansal risk yapılarına bağlanmaktadır. Ekonomik durgunluğun arttığı, sıkı para politikasının uygulandığı dönemlerde finansal başarısızlığın artış gösterdiği ve bu olumsuz durumun daha çok yeni firmalarda ortaya çıktığı görülmektedir (Aktaş vd., 2003).

Pazardaki rekabetin oldukça yüksek seviyelere ulaştığı günümüzde, bazı işletmeler zor durumlara uyum gösteremeyip başarısızlığa uğramaktadır. Bu başarısızlıklar işletme aksaklıklardan kaynaklanabileceği gibi işletmeden bağımsız olarak gelişen dış çevreden de kaynaklanıyor olabilir (Akıncı, 2002).

İşletmeden kaynaklanan faktörlerin sayısı oldukça fazla olmasına rağmen, işletme içi başarısızlıkların çoğu denetim yoluyla anlaşılması mümkün olan, genellikle yönetimden kaynaklanan sorunlardır. İşletme içi başarısızlık nedenleri genel hatlarıyla şunlardır (Keskin, 2002):

- Kötü yönetim,
- Çevredeki değişime uyum gösterememe,
- Yetersiz iletişim,
- Sağlıksız büyüme,
- Ana projede başarısızlık.

Finansal başarısızlığın nedenlerinin tespiti ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu, işletme başarısızlığının temel nedeninin yönetim yetersizliğinden kaynaklandığını ortaya koymaktadır (Torun, 2007).

Yapılan çalışmalar işletmeden kaynaklanan faktörlerin finansal başarısızlığın esas nedeni olduğu, işletme dışı faktörlerin ise finansal başarısızlıkta daha az rol oynadığını göstermektedir. Ancak küreselleşmenin arttığı ve finansal sınırların ortadan kalktığı günümüz dünyasında dış faktörlerin de finansal başarısızlıkta önemli bir rol oynadığı görülmekte hatta firmadan kaynaklanan faktörleri önemli ölçüde etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle işletmelerin finansal başarısızlığı önlemede firma dışı faktörlere de dikkat etmesi gerekmektedir (Everett ve Watson, 1998).

İşletmenin dış çevresiyle olan etkileşiminden kaynaklanan ve işletme dışı faktörler yöneticilerin kontrolü dışında gelişmektedir. İşletme dışı faktörleri oluşturan etmenler; ekonomik çevre, hukuki çevre, toplumsal çevre ve doğal çevredir. İşletmelerin ekonomik anlamda başarısız olma sebepleri: sermaye hareketlerinde yaşanan hızlı gelişmeler, döviz kurlarındaki değişimler, ekonomik krizler, ekonomik durgunluk, enflasyon, işsizlik, işletmeler arası rekabetin artması olarak sayılabilmektedir. İktisadi anlamda yaşanan gelişmeler işletmenin başarı oranının değişim göstermesini sağlamaktadır. Bu nedenle yöneticilerin işletme dışı faktörleri takip ederek stratejilerini ona göre belirlemeleri gerekmektedir (Cengiz vd., 2015).

İşletmeler toplumsal çevre ile bir bütündür. Bu sebeple toplumun taleplerini önceden tahmin ederek ihtiyaç ve isteklerini karşılayabilmesi gerekmektedir. Toplumun taleplerini tahmin ederken gelir

seviyesini, toplumun kültürel durumunu, tüketim alışkanlıklarını ve örf adetlerini dikkate almaları talep tahminlerini belirlemede etkili olacaktır. Ne zaman ortaya çıkacağı belli olamayan doğal faktörler de işletmenin finansal başarısızlığına etki eden faktörlerden birisidir. Deprem, sel felaketi, kuraklık, don, toprak kayması gibi olaylar doğal faktörlere örnek verilebilir. Faktörler ile ilgili işletmeler tedbir almadıkları takdirde finansal başarısızlık durumu ile karşı karşıya kalabilmektedir (Cengiz vd., 2015).

III. LİTERATÜR İNCELEMESİ

Firmaların finansal başarısızlıklarını tahmin etmek için geliştirilen finansal analiz modelleri, yöneticilere ve başarısızlıkların ortaya çıkmasını engellemek isteyen yetkililere yardımcı olduğu ispatlanmış ‘erken uyarı sistemleri’ olarak tanımlanabilmektedir. Ayrıca, bu modellerin finansal kurumların yetkililerine, işbirliği veya yatırım yapacakları firmaların seçilmesinde ve değerlendirilmesinde yardımcı olacağına inanılmaktadır. Literatürde firmaların finansal başarısızlıklarının tahmin edilmesine yönelik çok çeşitli zaman dilimleri için, farklı örneklem ve modeller kullanılarak ele alınmış pek çok çalışma yer almaktadır. Literatürde sağlık, spor ve diğer sektörler kapsamında yapılmış olan çalışmalar genel hatlarıyla ifade edilmiştir.

Almwajeh (2004) çalışmasında; Amerika’daki 65 hastanenin finansal başarısızlığının çok değişkenli diskriminant analizi ve lojistik regresyon analizi yöntemiyle tahmin etmeyi amaç edinmiştir. Finansal oranların kullanıldığı çalışma sonucunda; oluşturulan örneklem üzerinde lojistik regresyon analizinin diskriminant analizinden daha yüksek tahmin gücüne sahip olduğu tespit edilmiştir.

Huang ve diğerleri (2007) çalışmalarında; yapay sinir ağları yardımıyla finansal başarısızlık tahmin yöntemlerinin karşılaştırılması hakkında literatür incelemesi yapmışlardır. Yapay sinir ağlarının kullanımına ilişkin döviz kurlarının borsa endeksinin ve ekonomik büyüme göstergeleri kullanılmıştır. Yapay sinir ağları modelinin kullanılan veri ve incelenen dönemin özellikleriyle ilgili daha doğru sonuçlar ürettiği belirlenmiştir.

Ravi ve Pramodh (2008) çalışmalarında İspanya ve Türkiye verileri üzerinde yapay sinir ağları modeli ile banka finansal başarısızlıklarının öngörülmesi üzerine ampirik bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Çalışmada İspanya veri seti için 40 banka çalışmaya alınmış 12 finansal oran kullanılmıştır. Çalışma sonucunda kurulan modellerden en yüksek başarı oranı Türkiye için %100, İspanya için %96,6 olarak bulunmuştur.

Gepp ve Kumar (2008), çalışmalarında finansal başarısızlığın öngörülmesinde literatürde yaygın olarak bilinen diskriminant ve logit analizlerine ek olarak mevcut alternatif tekniklerden Cox Modelini kullanmayı tercih etmişlerdir. 27 finansal oran üretim ve perakende şirketlerinin bilançolarından araştırma verisi olarak kullanılmıştır. Uygulamada üç yöntemin ilk yıl için doğru sınıflandırma oranı % 96 olurken on yıllık periyod da bu oran yaklaşık % 82 olarak gerçekleşmiştir.

Chen ve diğerleri (2009) çalışmalarında yapay sinir ağı modelini kullanmışlardır. Büyüklük, sektör ve süreç faktörlerini dikkate almışlardır. 100 adet finansal başarısız işletme, 100 adet sağlıklı işletme ile eşleştirilmiş ve veri setinin % 70’i eğitim için %30’u test için kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda; finansal başarısızlığın tahmininde maliyet açısından bakıldığında yapay sinir ağı modeli logit modelden daha başarılı bulunmuştur.

Çelik (2010)’a göre; bankaların finansal başarısızlıklarının tahminlenmesine yönelik erken uyarı modelleri oluşturulması amaçlanmıştır. Çalışmada, diskriminant analizi ve yapay sinir ağları modellerinin tahmin güçleri karşılaştırılmıştır. Bu amaçla, 36 adet özel sermayeli ticaret bankasına ait finansal oranlar kullanılmıştır. Bankaların finansal başarısızlığa düşme olasılıkları 1 ve 2 yıl önceden ayrı ayrı tahmin edilmeye çalışılmıştır. Bir ve iki yıl önceleri için oluşturulan diskriminant modelinin

doğru sınıflandırma başarısı %91'dir. Yapay sinir ağı ile oluşturulan modelin bir yıl öncesi için % 100, ikinci yıl öncesi için %88 olarak hesaplanmıştır.

Li ve Sun (2012) çalışmalarında lojistik regresyon ve diskriminant analiziyle Shenzen ve Shanghai borsasına kayıtlı 135 adet başarılı ve 135 adet başarısız şirketin işletme başarısızlıklarını tahmin etme düzeylerini belirlemeye çalışmışlardır. Ortaya çıkan sonuçlarda, modellerin Çin'deki şirketleri kısa vadeli işletme başarısızlık tahminlerinde iyi bir performans ortaya koyabileceği saptanmıştır.

Tükenmez ve diğerleri (2012); Ege Bölgesi'nde faaliyet gösteren Kobi'ler üzerinde yaptıkları çalışma ile finansal başarısızlığın tahmin edilmesinde çok değişkenli diskriminant analizi, lojistik regresyon analizi ve Chaid karar ağacı yöntemlerini kullanmışlardır. Çalışmanın kapsamı 180 başarılı ve 180 başarısız işletmeden oluşturulurken bağımsız değişken olarak 50 finansal oran kullanılmıştır. Analiz sonucunda lojistik regresyon analizinin diğer iki yönlerden daha iyi sonuçlar verdiğini tespit etmişlerdir.

Yakut ve Elmas (2013) araştırmalarında; İMKB'de işlem gören 140 sanayi işletmesinin 2005-2008 yılları arasındaki finansal başarısızlıklarını veri madenciliği ve diskriminant analizi modelleri ile tahmin etmeyi amaçladığı çalışmada, 4 farklı kategoride 23 farklı finansal oran kullanılmıştır. Çalışma sonunda veri madenciliğinin diskriminant analizine göre daha iyi sonuç verdiği tespit edilmiştir.

Büyükarıkan ve Büyükarıkan (2014) çalışmada; BİST'de yer alan bilişim sektöründeki işletmelerin finansal başarısızlıklarını ölçmek için Altman Z Skoru ve Springate Modelini kullanmıştır. İşletmelerin 2008-2013 yılına ait finansal verilerden yararlanarak modeller uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda; her iki modelinde sonuçları benzer özellik taşımakta olup işletmelerin finansal başarısızlık riski taşımadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Siedlecki (2014) çalışmada; Polonya'daki iflas etmiş bir şirketle, büyük ve tanınmış başarılı bir şirketin 2001-2010 yılları arasındaki finansal verilerini kullanarak kurumların başarısızlığını tahmin etmeye çalışmıştır. Çalışmada lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Çalışmada seçilmiş olan finansal parametrelerin finansal başarıyı değerlendirmek için çok kullanışlı olduğu ve lojistik regresyon analizinin fonksiyonlarını birinci ve ikinci türevlerinin analizinin daha fazla şirket için test edilebilirliği sonucuna varılmıştır.

Karadeniz ve İskenderoğlu (2014) çalışmalarında; BİST'de işlem gören 4 spor işletmesinin 2011, 2012 ve 2013 yıllarına ait verilerini kullanarak bu işletmelerin finansal performansını oran analizi yöntemiyle ve Altman Z değerlerini hesaplayarak da iflas risklerini belirlemişlerdir. Çalışmanın sonucunda; spor işletmelerinin finansal sorumluluklarını yerine getirmede problemlerle yüz yüze gelebilecekleri ve varlıklarını etkin bir şekilde kullanmadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanı sıra spor işletmelerinin kar yaratma konusunda da başarılı olmadıkları kanısına varılmıştır. Ayrıca elde edilen Z Skoruna göre 2 işletmenin de iflas riski taşıdığı belirtilmiştir.

Yılmaz ve Yıldırım (2015) çalışmalarında; Türkiye'de hisseleri BİST'de işlem gören finansal başarısızlığını ilan etmiş 18 işletme ve 18 başarılı işletmeyi örneklem olarak kullanarak finansal başarısızlığı önceden tahmin etmede kullanılan Altman Z Skoru Modelinin başarı oranını test etmişlerdir. Çalışmanın sonucunda Altman Z Skoru'nun işletmelerin finansal başarısını önceden tahmin etmedeki başarı oranı; 18 başarılı işletmeden 16'sı (%89), 14 iflas etmiş işletmeden ise 10'u (%71) doğru tahmin edilmiştir.

Mizdrakovic ve diğerleri (2015), Sırbistan'da bulunan konaklama işletmelerinin borçluluk düzeylerini finansal başarısızlığı öngörmeye kullanılan modellerden yararlanarak incelemişlerdir. İşletmelere, 2008-2012 yıllarına ait finansal verileri kullanarak Altman Z Skoru, Altman Z' Skoru, M Skor, Kralicek's DF skoru Modelleri uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda; işletmelerin 2010 ve 2011 yıllarında finansal anlamda başarısız olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hamid ve diğerleri (2016), Bangladeş'te bulunan 15 banka dışı mali firmanın 2011-2015 yılları arasındaki verileri kullanılarak finansal başarısızlık olasılıkları gözlemlemiştir. Çalışmada kullanılan Altman Z Modeli sonucunda firmaların sıkıntılı bölgede yer aldıkları tespit edilmiştir.

Türk ve Kürklü (2017) BİST 100 endeksinde yer alan birbirinden farklı 7 sektörün finansal başarısızlıklarını Altman Z Skor ve Springate Modelleri yardımıyla ölçerek sektörleri karşılaştırmışlardır. Çalışmanın sonucunda; Altman Modeline göre 166 işletmeden 51 işletmenin, Springate Modeline göre 71 işletmenin finansal açıdan başarısız olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmada işletmelerin finansal başarısızlıklarının farklı düzeyde olduğu da belirtilmiştir.

Jawabreh ve diğerleri (2017), Ürdün'de bulunan konaklama işletmelerinin finansal başarısızlıklarını önceden tahmin etmek için Altman Z Skorunu kullanmışlardır. Bu amaçla Amman borsasında bulunan 13 konaklama işletmesinin 2008-2009 yıllarının verilerini kullanarak iflas risklerini ölçmüşlerdir. Çalışmanın sonucunda; işletmelerin finansal başarısızlıklarının bir yıl önceden kendisini gösterdiği sonucuna varılmıştır.

Karaca ve Özen (2017) çalışmalarında; turizm sektörünün durumunun, halka açık turizm işletmelerinin finansal başarısızlıkları üzerindeki etkisini incelemiştir. İşletmelerin finansal tablolarından yararlanarak 2009-2016 yılları arasındaki verileri yardımıyla Altman Z Skoru ile iflas riski taşıyıp taşımadığı ölçülmüştür. Çalışmanın sonucunda; 2015-2016 yıllarında yaşanan Türkiye ve Rusya arasındaki uçak düşme olayının neden olduğu sorunların, turizm işletmelerinin iflas riskini yükselttiği saptanmıştır. Ayrıca bu durum için işletmelerin hisse senedi fiyatlarında önemli bir değişiklik olmadığı gözlemlenmiştir. Regresyon analizi sonucunda ise iflas olasılığının fiyatlar üzerindeki etkisinin anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Kayalı ve Doğan (2018) BİST Kurumsal Yönetim Endeksi'nde bulunan imalat sektöründeki işletmelerin (16 adet) kurumsal yönetim derecelendirme notu ve finansal başarıları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. İşletmelerin 2012 ve 2016 yıllarındaki verileri kullanılarak Altman, Springate, Fulmer ve Zmijewski Modellerini uygulamışlardır. Çalışmanın sonucunda; işletmelerin kurumsal yönetim derecelendirme notu yükseldikçe iflas olasılıklarının düştüğü ve buna bağlı olarak finansal başarı düzeylerinin arttığı saptanmıştır.

Araştırma; sağlık ve spor işletmelerinin önemi itibarıyla yapılan finansal başarısızlık tahmini çalışmalarının yetersizliği ve bu sektörlere verilen önem dolayısıyla ulaşılan sonuçların ne olduğunu görmek amacıyla yapılmış ve bu yönüyle literatürdeki çalışmalardan farklı ve özgündür.

IV. YÖNTEM

Finansal başarısızlığı açıklamada kuram eksikliği olduğu göze çarpmakta ve eksikliğin kendisini üç noktada gösterdiği ifade edilmektedir. Bunlar (Foster, 1986):

1. Mali başarısızlığı tahmin etmede kullanılacak değişkenlerin seçiminde belirsizlik
2. Doğrusal veya doğrusal olmayan bir model mi seçileceği konusundaki belirsizlik
3. Değişkenlere verilecek ağırlığın belirlemedeki belirsizlik

Söz konusu kuram eksikliğine rağmen, anılan üç soruya cevap arayan açıklayıcı tahmin modelleri geliştirilmiştir. Bu çalışmada işletmelerin finansal başarısızlık risklerini tahmin etmek için kullanılan modeller ise Altman Z' Skor Modeli, Springate Modeli ve Fulmer Modelidir. Altman, finansal başarısızlık modellerini üreten kişi olduğu için seçilirken; diğer modeller ise başarısızlığın temelini atan modele alternatif olarak tercih edilmiştir. Hangi modelin daha sağlıklı ve güvenilir olduğu belirlenmeye çalışılmıştır.

Altman Z' Skor Modeli: Orijinal Z Skoru Modelinin eksiklerini ortadan kaldırmak ve modeli genişletmek amacıyla oluşturulmuştur. Modelde kullanılan oranlar ve denklem aşağıda belirtildiği gibidir (Altman, 2000):

$$Z' \text{ Skoru} = (0,717X1) + (0,847X2) + (3,107X3) + (0,420 X4) + (0,998X5)$$

Modelde;

- X1: Net İşletme Sermayesi / Toplam Varlıklar Oranını
- X2: Dağıtılmamış Karlar / Toplam Varlıklar Oranını
- X3: Faiz ve Vergi Öncesi Kar / Toplam Varlıklar Oranını
- X4: Öz Kaynakların Defter Değeri / Toplam Borç Oranını
- X5: Satışlar / Toplam Varlıklar Oranını ifade etmektedir.

Z değerinin 1,23'e eş değer veya 1,23'ten aşağıda bir değer olması, işletme kapsamında finansal başarısızlık riski taşıdığını göstermektedir. Z' değerinin 1,23 ve 2,99 değerlerinin arasında olması işletme hakkında bilgi vermemektedir. Z' değerinin 2,99'dan büyük olması ise işletmenin mali yapısının iyi durumda olduğunu belirtmektedir (Altman ve Hotchkiss, 2006).

Springate Modeli: Gordon L. V. Springate tarafından 1978 yılında geliştirilmiştir. Modelde kullanılan oranlar ve denklem aşağıda gösterilmiştir (Kiyak ve Labanauskaite, 2012):

$$Z = 1,03A + 3,07B + 0,66C + 0,4D$$

Modelde;

- A: Çalışma Sermayesi / Toplam Varlıklar Oranını
- B: Faiz ve Vergiden Önceki Kar / Toplam Varlıklar Oranını
- C: Faiz ve Vergiden Önceki Kar / Kısa Vadeli Borçlar Oranını
- D: Satışlar / Toplam Varlıklar Oranını İfade etmektedir.

Springate' in geliştirdiği modelde Z değeri 0,862'den küçük değere sahip işletmeler başarısız olarak kabul edilmektedir (Vickers, 2006).

Fulmer Modeli: John G. Fulmer tarafından 1984 yılında geliştirilen model çok değişkenli diskriminant analizine dayanmaktadır. Fulmer (H-Faktör)'in çok değişkenli diskriminant modeli ve oranları aşağıda sunulmuştur (Vickers, 2006);

$$H = 5,528(V1) + 0,212(V2) + 0,073(V3) + 1,270 (V4) - 0,120(V5) + 2,335(V6) + 0,575(V7) + 1,083 (V8) + 0,894(V9) - 6,075$$

Modelde;

- V1= Dağıtılmamış Karlar / Toplam Varlıklar Oranını
- V2= Satışlar / Toplam Varlıklar Oranını
- V3= Vergi Öncesi Kar / Öz Sermaye Oranını
- V4= Nakit/ Toplam Borçlar Oranını
- V5= Borçlar / Toplam Varlıklar Oranını
- V6= Kısa Vadeli Borçlar / Toplam Varlıkların Oranını
- V7= Log Maddi Varlıkları
- V8= Çalışma Sermayesi/ Toplam Borçlar Oranını
- V9= Log Faiz ve Vergi Öncesi Karlar / Faizler Oranını göstermektedir.

Fulmer Modelinde, bulunan H değeri sıfırdan küçük ise işletme başarısız, H değeri sıfırdan büyük ise işletme başarılı olarak kabul edilmektedir.

V. BULGULAR

Araştırmada finansal başarısızlık tahmini yapabilmek için Altman Z' Skor Modeli, Fulmer ve Springate Modelleri kullanılmıştır. Bu modeller yardımıyla Borsa İstanbul'a kayıtlı sağlık ve spor işletmelerinin 2014-2018 yılları arasını kapsayan 5 yıllık zaman dilimindeki mali başarısızlık riskleri tahmin edilmiştir. Araştırmada kullanılan ve borsaya kayıtlı sağlık ve spor işletmeleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Araştırmanın Örneklemi

KOD	FİRMALAR
BJKAS	Beşiktaş Futbol Yatırımları Sanayi Ve Ticaret A.Ş.
FENER	Fenerbahçe Futbol A.Ş.
GSRAY	Galatasaray Sportif Sınai Ve Ticari Yatırımlar A.Ş.
LKMNH	Lokman Hekim Engürüsağ Sağlık, Turizm, Eğitim Hizmetleri Ve İnşaat Taahhüt A.Ş.
MPARK	Mlp Sağlık Hizmetleri A.Ş.
TSPOR	Trabzonspor Sportif Yatırım Ve Futbol İşletmeciliği Ticaret A.Ş.

Tablo 2'de görülen araştırmanın örneklemi, 4 spor ve 2 sağlık işletmesi olmak üzere 6 işletmeyi kapsamaktadır. Dolayısıyla 6 işletmenin belirlenen yıllardaki mali başarısızlık tahminleri yapılmıştır.

İlk mali başarısızlık tahmin yöntemi olarak finansal başarısızlık tahminini ortaya koyan ve üreten Altman Modeli kullanılmış; ancak Altman ilk ürettiği model üzerinde yenilik yaparak Altman Z' Skor Modelini oluşturmuş ve diğer modeldeki eksiklik ve hataları kapatmaya çalışmıştır. Altman Z' Skor Modeli sonuçları Tablo 3'de görülmüştür.

Tablo 3. Altman Z Skorları

Yıllar / İşletmeler	FENER	GSRAY	BJKAS	TSPOR	LKMNH	MPARK
2014	0,043686195	0,680472151	2,675495549	-0,70957411	1,251417859	
2015	0,871436308	1,085351527	2,595805406	-0,321821773	1,372072068	0,976866969
2016	0,37108675	0,15784928	1,06340287	0,22854366	2,164510128	1,293921781
2017	0,901141694	0,88166325	1,62772548	0,10004785	1,43789902	1,195015541
2018	0,88592068	1,37816992	0,54306469	1,34905704	1,31023774	1,362477

Tablo 3, Altman Z skorları işletmelerin finansal başarısızlık riski taşıyıp taşımadığı hakkında bilgi vermektedir. Yıl bazlı bakıldığında;

2014 yılında MPARK sağlık işletmesinin verisi olmadığı için finansal başarısızlık durumu tahmin edilememiştir. Altman Z skor Modeline göre; Z değeri 1,23'ten küçük işletmeler başarısız kabul edildiğinden dolayı FENER, GSRAY ve TSPOR spor işletmeleri finansal başarısızlık riski taşımaktadır. Z değeri 1,23 ve 2,99 arasında olan işletmeler hakkında ise finansal başarısızlık tahmini yapılamamakta çünkü bu veri aralığı, işletmeler hakkında bilgi vermemektedir. Bu nedenle BJKAS ve LKMNH firmalarının Z değerleri bu aralıkta olduğu için bu iki firma hakkında mali başarısızlık yorumu ve değerlendirmesi yapılamamaktadır.

2015 yılında tüm sağlık ve spor işletmelerinin verilerine ulaşılmıştır. Z değerlerine bakıldığında; FENER, GSRAY, TSPOR ve MPARK firmaları finansal başarısızlık riski taşıırken, BJKAS ve LKMNH firmaları hakkında finansal başarısızlık tahmini yapılamamaktadır.

2016 yılındaki Z skorlarına göre; FENER, BJKAS, GSRAY ve TSPOR spor işletmeleri finansal başarısızlık riski taşımakta iken LKMNH ve MPARK sağlık işletmelerinin finansal durumları hakkında değerlendirme yapılamamıştır.

2017 yılındaki Z değerlerine göre; FENER, GSRAY, TSPOR ve MPARK işletmeleri mali başarısızlık riskini taşımakta; ancak sahip oldukları Z değeri, BJKAS ve LKMNH işletmeleri hakkında bilgi vermemektedir.

2018 yılına göre; FENER ve BJKAS spor işletmeleri mali başarısız riskiyle karşı karşıya kalmakta iken GSRAY, TSPOR, MPARK ve LKMNH işletmeleri ise $1,23 \leq Z \leq 2,99$ arasında Z skorlarına sahip oldukları için işletmeler hakkında bilgi verilmemekte ve finansal başarısızlık yorumu yapılamamaktadır.

Finansal başarısızlık tahmininde kullanılan ikinci yöntem, Springate Modelidir. Bu modele göre hesaplanan $Z < 0,862$ ise işletme finansal açıdan başarısız olarak değerlendirilmektedir. Ancak Z Springate Modeli sonuçları Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4. Springate Skorları

Yıllar / İşletmeler	FENER	GSRAY	BJKAS	TSPOR	LKMNH	MPARK
2014	-0,1845241	0,436264321	-0,56145449	-1,1539981	0,942826759	
2015	0,6636907	0,7723351	1,4803918	-1,16441	1,000357525	0,96059028
2016	0,280880504	-0,2855123	0,762026814	-0,06577459	1,949565108	1,205255824
2017	0,759158465	0,362652191	1,644223085	-1,160256518	1,161188551	1,169125034
2018	1,063652607	1,022046557	0,746046112	1,082834766	1,160393219	1,274556703

Tablo 4’teki Springate sonuçlarına göre;

2014 yılında FENER, GSRAY, BJKAS ve TSPOR spor işletmeleri finansal açıdan başarısız olarak kabul edilirken, LKMNH sağlık işletmesi sahip olduğu Z skoru dolayısıyla başarısız değil, iflas riski düşük hatta mali performansı iyi bir işletmedir.

2015 yılında FENER, GSRAY ve TSPOR spor işletmeleri finansal açıdan başarısız; ancak BJKAS, LKMNH ve MPARK firmaları finansal performansı iyi ve iflas etme olasılığı düşük işletmelerdir.

2016 yılında FENER, GSRAY, BJKAS ve TSPOR spor işletmelerinin mali durumları başarısız iken LKMNH ve MPARK sağlık işletmelerinin mali durumları iyidir.

2017 yılında FENER, GSRAY ve TSPOR spor işletmeleri finansal açıdan başarısız ve iflas riski yüksek; fakat BJKAS, LKMNH ve MPARK işletmeleri iflas riski düşük ve finansal durumu iyi firmalardır.

2018 yılında BJKAS spor işletmesinin mali durumu kötü ve iflas etme riski yüksek iken, FENER, GSRAY, TSPOR, LKMNH ve MPARK firmalarının ise mali durumları iyi ve iflas riskleri azdır.

Finansal başarısızlık tahmini yapabilmek için kullanılan üçüncü ve son yöntem ise Fulmer Modelidir. Fulmer Modeline göre elde edilen Z değerleri sıfırdan küçük ise işletmeler başarısız, büyük ise işletmeler başarılı olarak kabul edilmektedir. Fulmer Modeli sonuçları Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. Fulmer Skorları

Yıllar / İşletmeler	FENER	GSRAY	BJKAS	TSPOR	LKMNH	MPARK
2014					0,271667684	
2015		5,56698856	16,3650908		0,132160376	1,3850344
2016			4,521892285		0,894228351	1,274893871
2017			6,1140724		0,282830493	-0,90246
2018		5,39935837		7,341232394	0,578292098	-0,4453

Tablo 5'deki Fulmer sonuçlarında bazı işletmelerin Fulmer skorları hesaplanamamıştır. Bunun nedeni; modelde kullanılan V9 (Log Faiz ve Vergi Öncesi Karlar / Faizler) değişkeninin hesaplanamamasıdır. V9 değişkeninin hesaplanmasında kullanılan faiz ve vergi öncesi karlar kaleminin negatif olması, değişkenin logaritmasının alınmasını engellemektedir. Dolayısıyla bu işletmeler Fulmer Modeline göre başarısız gibi varsayılabilmektedir. Örneğin; FENER spor işletmesi Fulmer Modeline göre başarısız kabul edilebilir. Tüm tablo yıl yıl yorumlandığında;

2014 yılında LKMNH sağlık işletmesi başarılı bir işletmedir.

2015 yılında GSRAY, BJKAS, LKMNH ve MPARK firmaları başarılıdır.

2016 yılında BJKAS, LKMNH ve MPARK işletmelerinin mali durumları iyidir.

2017 yılında BJKAS ve LKMNH finansal açıdan başarılı; ancak MPARK sağlık firması başarısız ve finansal riski yüksek bir işletmedir.

2018 yılında ise GSRAY, TSPOR ve LKMNH firmaları finansal performansı iyi ve başarılı işletmeler iken, MPARK sağlık işletmesinin ise finansal durumu kötü ve iflas riski yüksektir.

VI. SONUÇ

İşletmelerde yaşanan finansal başarısızlıkların nedenlerinin çeşitli şekillerde olması, bu başarısızlıklara karşı alınacak önlemlerin de sorunun türüne göre farklılaşmasına neden olmaktadır. Finansal başarısızlığa uğramış bir işletmeyi bu durumdan kurtarmak veya bu durumu başarısızlık sürecinden önce önlemek için başarısızlığa uğrama nedeninin iyi bir şekilde analiz edilerek tespit edilmesi gerekir. İşletmelerde finansal başarısızlığı önlemek için izlenebilecek çok sayıda yol bulunmaktadır. Bunlar içinde ise son yol tasfiyedir. Yaşanabilecek finansal başarısızlıkların nedenleri ne ölçüde doğru ve ayrıntılı bir şekilde tespit edilirse işletme de o ölçüde tasfiyeden uzaklaşacaktır. Rekabetçi bir ortamda işletmelerin yaşamlarını devam ettirebilmesi, finansal borçlarına çözümler üretebilme kapasitesine, faaliyetlerindeki esnekliğe ve bu faaliyetlerden nakit elde etme konusundaki verimliliğine, sermaye piyasalarına ulaşabilmesine, mali gücüne ve planlanamayan nakit ihtiyaçlarına karşı dayanma gücüne bağlıdır.

Bu çalışmada sağlık ve spor işletmelerinde finansal başarısızlık riski tahmin edilmiş ve bu tahmini yapabilmek için borsaya kayıtlı 4 spor ve 2 sağlık işletmesi kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan veri seti aralığı, 2014-2018 yılları arası 5 yılı kapsamaktadır. Finansal başarısızlık tahmini yapabilmek için ise Altman Z' Skor Modeli, Springate Modeli ve Fulmer Modeli kullanılmıştır.

Altman skorları incelendiğinde; genellikle tüm yıllarda spor işletmelerinin finansal başarısızlık riski taşıdıkları ve mali durumlarının kötü olduğu görülmekte iken, sağlık işletmeleri sadece iki yılda finansal başarısızlık riski taşımakta diğer yıllarda ise finansal başarısızlık değerlendirmesi yapılamamaktadır. Springate Modeli incelendiğinde; aynı şekilde spor işletmelerinin finansal yapılarının zayıf olduğu ve iflas riski ile karşı karşıya kalabilecekleri saptanmış; ancak sağlık işletmelerinin ise finansal yapılarının güçlü olduğu iflas riski taşımadıkları hatta başarılı oldukları

tespit edilmiştir. Ayrıca son model olan Fulmer Modeline göre ise sağlık işletmelerinin finansal performanslarının iyi ve mali yapılarının başarılı olduğu tespit edilirken, spor işletmelerinin bazıları hakkında yorum yapılamamakta, diğer spor işletmeleri ise yıldan yıla değişmekle birlikte iflas riski taşımamakta hatta finansal açıdan başarılıdır. Sağlık ve spor işletmelerinin finansal başarısızlık sonuçlarını içeren tüm bu analizler; spor işletmelerinin finansal yapılarının kötü ve her an iflas tehlikesi yaşayabileceklerini ortaya çıkarmakta; ancak sağlık işletmelerinin ise mali durumlarının iyi olduğunu ve finansal başarısızlık riski taşımadıklarını tespit etmekte dolayısıyla sağlık işletmelerinin finansal performanslarının iyi olduğunu göstermektedir.

İşletmelerin finansal başarısızlıklarını önlemek, varlığının devam etmesini sağlamak ve iflastan kurtulmak için yeniden yapılandırma, sermaye yapısının yeniden düzenlenmesi ve tasfiye gibi kalıcı çözümler önerilebilir. Ayrıca işletmeler finansal durumunu güçlendirmek için; borçların vadesini uzatma, yeniden yapılandırma, sulh yoluyla alacaklarının bir kısmından vazgeçme, işletmenin alacaklarının temsilcilerinden oluşan bir komite tarafından yönetilmesi, adi pay senetlerini içeren düzenleme, pay senetlerine dönüştürülebilir tahvilleri içeren düzenleme, borçların menkul kıymete dönüştürülmesi, konkordato önerilmesi, işletmenin yasal statüsünün değiştirilmesi, işletmenin tasfiyesi gibi çeşitli önlemlere de başvurulabilir.

KAYNAKLAR

- Akgüç, Ö. (2010). *Finansal Yönetim*. (8. Baskı). İstanbul: Avcıol Basımevi.
- Akkaya, G. C., Demireli, E., & Yakut, Ü. H. (2009). İşletmelerde finansal başarısızlık tahminlemesi: Yapay sinir ağları modeli ile İMKB üzerine bir uygulama. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(2), 187-216.
- Akıncı, A. (2002). Küçük ve orta boy işletmelerin başarı ve başarısızlık nedenleri üzerine bir araştırma. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(17), 121-125.
- Aktaş, R., Doğanay, M. M., & Yıldız, B. (2003). Mali başarısızlığın öngörülmesi: İstatistiksel yöntemler ve yapay sinir ağı karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 58(4), 1-24.
- Almwajeh, O. (2004). *Applying Altman's Z-Score Model of bankruptcy for the prediction of financial distress of rural hospitals in Western Pennsylvania*. (Unpublished Doctoral Dissertation). Indiana University of Pennsylvania, Indiana- USA.
- Altman, E. I. (2000). Predicting financial distress of companies: Revisiting the Z- score and Zeta models. *Journal of Banking & Finance*, 1, 428-456.
- Altman, E., & Hotchkiss, E. (2006). *Corporate financial distress and bankruptcy: Predict and avoid bankruptcy, analyze and invest in distressed debt*. (3rd Edition). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Beaver, W. H. (1966). Financial ratios as predictors of failure. *Journal of Accounting Research*, 4, 71-111.
- Beaver, W. H., Correia, M., & McNichols, M. (2010). Financial statement analysis and the prediction of financial distress. *Foundations and Trends in Accounting*, 5(2), 99-173.
- Büyükarıkan, U., & Büyükarıkan, B. (2014). Bilişim sektöründeki faaliyet gösteren firmaların finansal başarısızlık tahmin modelleriyle incelenmesi. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, 46, 160-172.

Brigham, E. F., & Gapenski, L. C. (1999). *Financial Management: Theory and Practice*. (9th Edition). USA: Dryden Press.

Cengiz, D., Turanlı, M., Bağdatlı, K., & Köse, S. (2015). Türkiye'deki işletmelerin finansal başarısızlığının faktör analizi ve diskriminant analizi ile incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri ve İktisat Dergisi*, 23, 62-79.

Chen, H. J., Huang, S. Y., & Lin, C. S. (2009). Alternative diagnosis of corporate bankruptcy: A neuro fuzzy approach. *Expert Systems with Applications*, 36, 7710-7720.

Çelik, K. M. (2010). Bankaların finansal başarısızlıklarının geleneksel ve yeni yöntemlerle öngörüsü. *Journal of Managment & Economics*, 17(2), 129-143.

Everett, J., & Watson, J. (1998). Small business failure and external risk factors. *Small Business Economics*, 11(4), 371-390.

Foster, F. (1986). *Financial Statement Analysis*. (2nd Edition). New Jersey: Prentice-Hall.

Gepp, A., & Kumar, K. (2008). The role of survival analysis in financial distress prediction. *International Research Journal of Finance and Economics*, 16, 13-34.

Hamid, T., Akter, F., & Rab, N. (2016). Prediction of financial distress of non-bank financial institutions of bangladesh using Altman's Z Score Model. *International Journal of Business and Management*, 11(12), 261-270.

Huang, W., Lal, K. K., Nakamori, Y., Wang, S., & Yu, L. (2007). Neural networks in finance and economics forecasting. *International Journal of Information Technology & Decision Making*, 6(1), 1113-1140.

Jawabreh, O., Firas Al Rawashdeh F., & Alsinglawi, O. (2017). Using Altman's Z-Score Model to predict the financial failure of hospitality companies-case of Jordan. *International Journal of Information, Business and Management*, 9(2), 141-157.

Kamuyu Aydınlatma Platformu (KAP). (2019). kap.org.tr (01.05.2019).

Karaca, S., & Özen, E. (2017). Financial failure estimation of companies in BIST tourism index by Altman Model and its effect on market prices. *Brand Broad Research In Accounting, Negotiation and Distribution*, 8(2), 11-23.

Karadeniz, E., & İskenderoğlu, Ö. (2014). Borsa İstanbul'da işlem gören spor şirketlerinin finansal performansının oran yöntemiyle analizi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23(2), 129-144.

Kayalı, N., & Doğan, İ. (2018). Kurumsal yönetim derecelendirme notu ile işletmelerin finansal başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 78 (Nisan), 111-124.

Keskin, Y. (2002). *İşletmelerde finansal başarısızlığın tahmini, çok boyutlu model önerisi ve uygulaması*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Kiyak, D., & Labanauskaite, D. (2012). Assessment of the practical application of corporate bankruptcy prediction models. *Economics and Management*, 17(3), 895-905.

Li, H., & Sun J. (2012). Forecasting business failure: The use of nearest-neighbour support vectors and correcting imbalanced samples-evidence from the Chinese hotel industry. *Tourism Management*, 33(3), 622-634.

Mizdrakovic, V., Knezevic, G., & Stanic, N. (2015). Bankruptcy risk exposure of serbian hotels in the period 2008-2012. *International Conference in Tourism, Singidunum University, Belgrade*.

Özdemir, F. S. (2011). *Finansal raporlama sistemlerinin bilginin ihtiyaca uygunluğu açısından değerlendirilmesi: İMKB şirketlerinde finansal başarısızlık tahminleri yönüyle bir uygulama*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.

Özdemir, F. S., Choi, F. S., & Beyazıtlı, E. (2012). Finansal başarısızlık tahminleri yönüyle UFRS ve bilginin ihtiyaca uygunluğu. *Mali Çözüm Dergisi*, 58(4), 1-26.

Ravi, V., & Pramodh, C. (2008). Threshold accepting trained principal component neural network and feature subset selection: Application to bankrupt prediction in banks. *Applied Soft Computing*, 8(4), 1539-1548.

Siedlecki, R. (2014). Forecasting company financial distress using the gradient measurement of development and S-Curve. *Procedia Economics and Finance*, 12, 597-606.

Torun, T. (2007). *Finansal başarısızlık tahmininde geleneksel istatistikî yöntemlerle yapay sinir ağlarının karşılaştırılması ve sanayi işletmeleri üzerine bir uygulama*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Erciyes Üniversitesi, Kayseri.

Tükenmez, N. M., Demireli, E., & Akkaya, G. C. (2012). Finansal başarısızlığın tahminlenmesinde diskriminant analizi, lojistik regresyon ve Chaid karar ağacı modellerinin karşılaştırılması: KOBİ'ler üzerine bir uygulama. 16. *Finans Sempozyumu, Erzurum*, 10-13.

Türk, Z., & Kürklü, E. (2017). Financial failure estimate in BİST companies with Altman Z-Score and Springate S-Score Models. *Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(1), 1-14.

Ural, K., Gürarda, Ş., & Önemli, M. B. (2015). Lojistik regresyon modeli ile finansal başarısızlık tahminlemesi: Borsa İstanbul'da faaliyet gösteren gıda, içki ve tütün şirketlerinde uygulama. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 67(Temmuz), 85-100.

Vickers, F. (2006). *Recession proofing your business*. USA: Vickers Publishing.

Wu, Y., Gaunt, C., & Gray, S. (2010). A comparison of alternative bankruptcy prediction models. *Journal of Contemporary Accounting & Economics*, 6, 34-45.

Yakut, E., & Elmas, B. (2013). İşletmelerin finansal başarısızlığının veri madenciliği ve diskriminant analizi modelleri ile tahmin edilmesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(1), 261-280.

Yıldız, B. (1999). *Finansal başarısızlığın öngörülmesinde yapay sinir ağı kullanımı ve ampirik bir çalışma*. (Doktora Tezi). Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.

Yılmaz, H., & Yıldırım, M. (2015). Borsada işlem gören işletmelerde mali başarısızlık tahmini: Altman Modeli'nin BİST uygulaması. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(3), 43-49.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

YETENEK YÖNETİMİ İLE ÖRGÜT KÜLTÜRÜ İLİŞKİSİNDE DUYGUSAL ZEKÂ LİDERLİĞİNİN VE PSİKOLOJİK SÖZLEŞMENİN ARACI ROLÜ*

Şebnem ASLAN **
Arzu KURŞUN ***

ÖZ

Hastanelerde çalışan sağlık ve idari personelinin örgüt kültürü ve yetenek yönetimi davranışlarının birbirleri ile olan ilişkilerini inceleyerek duygusal zekâ liderliği ve psikolojik sözleşmenin bu ilişkideki aracı rolünü analiz etmektir. Araştırma, Giresun'da rastgele örnekleme yöntemiyle belirlenmiş olan kamu hastanelerinde yapılmıştır. Veri toplama araçları olarak; Örgüt kültürü için Denison ve Mishra (1995) tarafından geliştirilen ve Yahyagil (2004) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçek; yetenek yönetimi için Anne-Marguerite Oehley (2007) tarafından geliştirilen ve araştırmacı tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçek; duygusal zekâ liderliği için Palmer, Stough, Harmer ve Gignac (2009) tarafından geliştirilen ve araştırmacı tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçek ve son olarak psikolojik sözleşme için Rousseau (2000) tarafından geliştirilen ve Topçu (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçek kullanılmıştır. Araştırma verileri SPSS 16.0 programıyla tanımlayıcı istatistikler; AMOS 20.0 programıyla yapısal eşitlik modeli ve path (yol) analizi uygulanmıştır. Katılımcıların % 43,6 ile 28-35 yaş aralığında, % 38'inin lisans eğitime sahip, % 37,6'sının hemşire ve %49'unun evli olduğu bulunmuştur. Yöneticiler ile yapılan görüşme sıklığına ise, katılımcıların %46,6'sı "Birkaç kez" cevabını vermiştir. Yetenek yönetimi ile örgüt kültürü arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Duygusal zekâ liderliği, psikolojik sözleşme, örgüt kültürü, yetenek yönetimi.

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışma, Arzu Kurşun'un Prof. Dr. Şebnem Aslan danışmanlığında hazırladığı "Yetenek Yönetimi İle Örgüt Kültürü İlişkisinde Duygusal Zekâ Liderliğinin Ve Psikolojik Sözleşmenin Aracı Rolü" adlı doktora tez çalışmasından üretilmiştir.

** Prof. Dr., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, sebnemaslan27@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2135-242X>

*** Dr. Öğretim üyesi, Giresun Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, a.kurshun@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9560-7689>

Gönderim Tarihi: 20.11.2019

Kabul Tarihi: 07.01.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Aslan, Ş., Kurşun, A. (2020). Yetenek Yönetimi ile Örgüt Kültürü İlişkisinde Duygusal Zekâ Liderliğinin ve Psikolojik Sözleşmenin Aracı Rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 165-190

RESEARCH ARTICLE

THE MEDIATING ROLE OF EMOTIONALLY INTELLIGENT LEADERSHIP AND PSYCHOLOGICAL CONTRACT IN THE RELATIONSHIP OF ORGANIZATIONAL CULTURE AND TALENT MANAGEMENT*

Şebnem ASLAN **
Arzu KURŞUN ***

ABSTRACT

The primary purpose of this study is to analyze the intermediary role of emotional intelligence leadership and psychological contract on the relation of talent management and organizational culture by examining the level of organizational culture and talent management behaviours and interrelations of medical and administrative personnels working at hospitals. This study was planned to be carried on the public hospitals in Giresun selected by random sampling method. The following scales were used as the data collection tools: The scale developed by Denison and Mishra (1995) and adapted to Turkish by Yahyagil (2004) for Organizational Culture; the scale developed by Anne-Marguerite Oehley (2007) and adapted to Turkish by the researcher for Talent Management; the scale developed by Palmer, Stough, Harmer and Gignac (2009) and adapted to Turkish by the researcher for Emotional Intelligence Leadership; and finally the scale developed by Rousseau (2000) and adapted to Turkish by Topçu (2015). It was planned to apply descriptive statistics by SPSS 16.0 and AMOS 20.0 programme, structural equation modeling and path analysis on the study datas. It is seen that participants are in 28-35 age range by 43.6%; 38% of the participants have an undergraduate education; 37.6% of the participants are working as nurse; 49% of the participants are married. Regarding the frequency of the meetings with the supervisor, 46.6% of the participants noted as 'a few times.' It was found that there is a positive and statistically significant relation between talent management and organizational culture.

Keywords: Emotional intelligence leadership, psychological contract, organizational culture, talent management

ARTICLE INFO

* This study was produced from Arzu Kursun's PhD thesis titled "The Mediating Role of Emotionally Intelligent Leadership and Psychological Contract in The Relationship of Organizational Culture and Talent Management" which prepared in consultation with Prof. Dr. Şebnem Aslan.

** Selçuk University, sebnemaslan27@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2135-242X>

*** Giresun University, a.kurshun@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9560-7689>

Received: 20.11.2019

Accepted: 07.01.2020

Cite This Paper:

Aslan, Ş., Kurşun, A. (2020). Yetenek Yönetimi ile Örgüt Kültürü İlişkisinde Duygusal Zekâ Liderliğinin ve Psikolojik Sözleşmenin Aracı Rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 165-190

I. GİRİŞ

Örgüt kültürü, örgüt içinde insan kaynaklarının teknik ve davranışsal becerilerini geliştirmede geniş bir yapı ve fırsat sağlamaktadır (Adewale ve Anthonia, 2013). Yetenekli çalışanlar, örgütün performansını olumlu şekilde etkilerken, yeteneğin kendisi ise günümüzde iş başarısını etkileyen önemli bir etken haline gelmiştir. Zira yeteneklerini en iyi şekilde kullanmaya hevesli olan ve kendini işe adayan bir işgücüne sahip olmak, rakipler tarafından kolay taklit edilememektedir. Bu yüzden yetenek, rekabet üstünlüğü getiren bir avantaj sağlamaktadır. Ancak küresel yetenek savaşında özellikle kalifiye insan kaynaklarının kıt olduğu bir ortamda yetenekli çalışanları işe almak veya bu çalışanları elde tutmak gittikçe zorlaşmaktadır (Walk vd., 2013). Aynı zamanda yetenek yönetimi kendine özgün uygun bir teoriye henüz dayandırılmamış, bu teori eksikliği yüzünden yetenek yönetiminin belirlenmesinde ve yetenek yönetimine yaklaşımlarda bazı farklılıklar bulunmuştur (Gelens vd., 2013). Bu çalışmada, yetenek yönetimi üzerine yapılan araştırmalar incelenmiştir ve yetenek yönetiminin, örgüt kültürü, psikolojik sözleşme ve duygusal zekâ liderliği ile olan etkileşimi araştırılmaktadır.

1.1. Yetenek Yönetimi

Türk Dil Kurumu'na göre yetenek: "Bir kimsenin bir şeyi anlama veya yapabilme niteliği, kabiliyet, istidat; bir duruma uyma konusunda organizmada bulunan ve doğuştan gelen güç, kapasite" olarak tanımlanmıştır (TDK, 2018). Bir diğer tanımlamaya göre, "Örgütsel performansa ya doğrudan katkıda bulunma ya da uzun vadede en yüksek potansiyeli gösterme, bireysel olarak farklılık yaratma" şeklinde ifade edilmiştir (İles vd., 2010). Schiemann (2014) ise yeteneği 'Örgüt misyonuna göre getirilen tüm işgücünün kolektif bilgisi, becerisi, yeterliliği, deneyimleri, değerleri, alışkanlıkları ve davranışları' olarak tanımlamaktadır. Mellahi ve Collings (2010) tarafından yapılan bir diğer çalışmada da, konuya küresel boyutta yaklaşılmış ve çok uluslu şirketlerin etkili bir yetenek yönetimi başarısı elde etmesinin ortakların yetenekli çalışanları maskelememesinden geçtiğini, yöneticiler için ortakların bu anlamda kritik bir önemi olduğunu dile getirmişlerdir.

Potansiyeli yüksek yetenek; mükemmele ulaşma isteği, durmak bilmeden öğrenmeye odaklanma, girişimci ruh ve özenli risk değerlendirmesi yapma kapasitesiyle yakından ilişkili bulunmaktadır. Bu nedenle yetenek, kendine özgü yönetsel ve liderlik yetkinliğine sahip, sınırlı örgüt üyelerinden oluşan bir havuz olarak görülebilmektedir (Garavan vd., 2012). Yeteneği yönetmek isteyen stratejik bir yaklaşım ise başlangıç noktasını insan kaynakları hedefleri değil de örgütsel hedefler olarak almaktadır. Yetenekli bireyler yerine kilit pozisyonlar üzerine odaklanma gerektiren yetenek yönetiminin bu perspektifi, örgüt için stratejik olarak önemli olan kilit pozisyonları belirlemesini ve iyi geliştirilmiş İKY sistemleri ve süreçlerince bu pozisyonlara doğru kişileri konumlandırmasını sağlayan örgütsel süreç ve sistemlere dayanmaktadır (Cooke vd., 2014). Literatürde bulunan çoğu çalışma, kilit yeteneği çekmek ve onu elde tutmak üzere uygulanan kurumsal strateji ve pratiklere, yetenek havuzları, liderlik yetkinlikleri, kültürel uygunluk seçimi, 3600 değerlendirme, yetenek envanterleri ve liderlik hatları sayesinde örgütsel yeteneği sağlayacak liderliği kurma ihtiyacına odaklanmaktadır (Sparrow vd., 2013).

Örgüt kültürü örgüt içinde insan kaynaklarının teknik ve davranışsal becerilerini geliştirmede geniş bir yapı ve fırsat sağlar (Adewale ve Anthonia, 2013).

1.2. Örgüt Kültürü

Barnard (1961)'dan aktaran Frank ve Fahrbach (1999)'a göre örgüt, en azından bir belirli uçta, iki veya daha fazla insanın iş birliği için bir araya geldiği, sistematik ilişki içinde fiziksel, biyolojik, kişisel ve sosyal öğelerin barındığı iş birliği bir sistemdir (Barnard 1961 Akt. Frank ve Fahrbach, 1999). Kültür ise 'Bir grup insan tarafından paylaşılan; bir kolektifin üyeleri tarafından zamanla anlaşılan, yorumlanan, üretilen ve tekrar üretilen hissetme, düşünme ve yapma biçimleri' olarak kabul edilmektedir (Serpa, 2006). Schein (1996)'e göre ise algılamının, düşünmenin ve tepki vermenin

ortak, üstü kapalı yolları olarak görülen kültür, örgüt içinde faaliyet gösteren en güçlü ve kalıcı güçlerden biridir. Modern yönetimin babası Peter Drucker, “İnsanların artık dünyayı anlamadığı ve geçmişin geleceği açıklamada yeterli olmadığı, her 200 veya 300 yılda bir görülen önemli tarihi dönemlerden birindeyiz” demiştir. Tahmin edilemez değişim, her örgüt veya yöneticinin güncel kalabilmesini, gelecekle ilgili doğru bir öngörü de bulunabilmesini ve istikrarlı olabilmesini zorlaştırmaktadır (Cameron ve Quinn, 2006). Bu anlamda da örgüt kültürü çağımız organizasyonları için çok daha önemli bir unsur olmaya devam etmektedir. Öyle ki Deal ve Kennedy, çalışmalarında örgüt kültürü konusunda (Cameron ve Quinn, 2006; Akt. Maximini, 2015: 11-12): “Her işletme, ürün, rakip, müşteri, teknoloji, devlet etkileri vb. açıdan piyasada farklı bir gerçeklikle yüz yüzedir. [...] Kısacası, işletmenin faal olduğu çevre, başarı için ne yapılması gerektiğini belirler.” şeklinde açıklayarak değişen çevrenin, örgüt üzerindeki etkisine değinmektedir.

Örgüt kültürü, projelerin ve planların başarısını belirlemede önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Nitekim en iyi liderlik gelişimi planlanabilir, hayal edilebilir, yetenek yönetimi girişimlerine sahip olabilir ancak eğer kültürel uygulamalar, normlar, varsayımlar ve değerler, örgüt tarafından desteklenemiyorsa, çabalar çok az etki yapabilecektir. Bu nedenle örgütlerde kültür, müşterilere, tedarikçilere, diğer paydaşlara ve çalışanların birbirine nasıl davrandığı ile ilişkili olmakta ve bu anlamda bir dizi davranış ve eylem, ilerleme ve gelişmeye dönük yetenek yönetiminin desteklemesini ve teşvik edilmesini gerekli kılmaktadır (Van Zyl vd., 2017). Zira yetenekli bireyler, örgüt performansına büyük katkıda bulunabilen ya da potansiyelin en yüksek seviyesini sergileyebilen, uzun vadede en büyük farkı sağlayabilenlerden oluşmaktadır. Burada önemli olan nokta, yüksek potansiyelli ve yüksek performans kavramlarını bir araya getirmektir. Çoğu büyük örgüt de yetenek, liderlik pozisyonlarına ilerleyecek potansiyele sahip kişiler ile yakından ilişkilendirilmektedir (Tansley, 2011). Böylelikle yetenek, bir örgütün beşeri sermayesinin kilit bileşeni olarak kabul edilmektedir. Gelecekteki performans, bu sermayenin ortak girdisi ile belirlenmektedir. Yetenekli olarak algılanan bireylerin örgütlerine daha fazla bağlılık ve sadakat göstermeleri beklenmektedir (www.emeraldinsight.com). Tüm bu yaklaşımlara dayalı olarak Hipotez 1 oluşturulmuştur:

Hipotez 1: Yetenek yönetimi, örgüt kültürü ile pozitif yönde ilişkilidir.

Öz-farkındalık, yetenek, amaç ve yön belirlemek, motivasyon ve ilham veren ekipler gibi beceriler, klinik uygulamada önemli gelişmelere ulaşmak ve güçlendirici çalışma ortamlarının oluşturulması için bir ön koşuldur (Heckemann vd., 2015).

1.3. Duygusal Zekâ Liderliği

Son yıllarda, nörobiyolojik araştırmalar duygusal zekâyı (EQ) dikkate almanın önemini göstererek örgüt davranışı literatüründe bir paradigma değişikliği oluşturmuşlardır (Akerjordet ve Severinsson, 2008). Nitekim Albert Einstein’ın şu sözü: “Aklımızı tanırlaştırmamaya bakmalıyız. Elbette güçlü kasları var ama kişiliği yok. Bizi yönlendiremez. Sadece hizmet eder.” demekte ve salt akılla hareket etmemeyi vurgulamakta duyguların ve dolayısıyla duygusal zekânın iş yaşamındaki artan önemi bu anlamda gözden ırak tutmamamız gerektiği belirtilmektedir (Salovey ve Mayer, 1990).

Salovey ve Mayer (1990)’a göre duygusal zekâ; kendisinin ve diğerlerinin duygularını ayarlayan, düşünceye duygu katan, duygu ile nedenselleştirme ve anlamayı, duyguyu algılama ve ifade etmeyi içeren bir sosyal zekâ biçimi olarak tanımlanmaktadır. Duygusal zekâ aynı zamanda liderlik gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır (Haight vd., 2017). Bu liderler, olumlu çalışma ortamları oluşturan ve örgütsel ihtiyaçların farkında olan, olumlu örgütsel sonuçlara katkıda bulunan faktörleri anlayan ve başarıyla yönetenlerdir. Kısacası etkili liderlerdir (Heckemann vd., 2015).

Duygusal zekâ ile ilgili bir diğer kavram olan duygusal zekâ liderliği ise yüksek performansı teşvik eden bir ortamda bir gelecek vizyonu yaratırken, takımları harekete geçirirken ve koçluk yaparken

duygulardan faydalanan liderlik anlayışını betimlemektedir (Akerjordet ve Severinsson, 2008). Duygusal zekâ ölçümünde yüksek değere sahip liderler, kendi duygularını idare edebilir, çoklu ve değişen ihtiyaçlara daha kolay adapte olabilirler. Dolayısıyla bu beceri; makul biçimde yapıcı düşünme modellerine ve çok az stresle sorunları çözme becerisini sağlamaktadır. Duygusal zekâyâ sahip liderler, aynı zamanda değişim sürecinde zorlu hedefler edinip, hesaplanmış riskler alabilmektedirler (Ferres ve Connell, 2004). Duygusal zekâ liderleri, örgütte tüm seviyelerde etkinliği destekleyebilmekte ve liderin EQ'su diğer kişilerle sosyal etkileşimlerin niteliği ve etkililiğinde önemli bir rol oynamaktadır (Shatali, 2011).

Ayrıca duygusal zekâ liderleri, iş memnuniyetine olumsuz tesir edebilecek etkileri algılama, anlama ve bunlara aracılık etme becerisini kullanabilmektedirler. Bu liderler, aynı zamanda çalışanların kendilerini değerli hissettiği, anlaşıldıklarını düşündükleri destekleyici bir çalışma ortamı kurarak takipçilerin iş memnuniyetini artırabilmektedirler. İş memnuniyetini besleyerek, lider takipçilerin örgüte kendilerini adamalarını güçlendirebilmektedirler. Çünkü çalışma ortamından memnun olan çalışanlar örgüte kendilerini adamaya daha yakın hale gelebilmektedirler (Ruestow, 2008). Liderler, yeni ekiplerine algılama, düşünme ve hissetmenin bazı yollarını bilinçli olarak öğretmek amacıyla yola çıkmazlar; daha ziyade, ne yapılması gerektiği ve nasıl yapılacağı hakkında fikirler ile girişimcilik düşüncesinin doğasından güç almaktadırlar (Schein, 2004). Bu nedenle, duygusal zekâ gibi bireysel yeteneklerin geliştirilmesinde kültürel değerler oldukça önemlidir. Ampirik çalışmalar bireylerin duygusal zekâlarının varyasyonlarının kültürü etkilediğini kanıtlamıştır (Gunkel, Schlaegel ve Taras, 2016). Bu yaklaşımlardan hareketle Hipotez 2 oluşturulmuştur:

Hipotez 2: Örgüt kültürü ile yetenek yönetimi ilişkisinde duygusal zekâ liderliği aracılık rolüne sahiptir.

Yetenek yönetimi ve örgüt kültürü ilişkisinde bir diğer değişken ise psikolojik sözleşmedir.

1.4. Psikolojik Sözleşme

Bir sözleşmenin en genel tanımı; örgüt içinde iki veya daha fazla taraf arasında var olan inançtır. Sözleşme 'iki veya daha fazla insan arasında bir şey yapmak üzere yapılan anlaşma' olarak tanımlanmaktadır. Yükümlülükte gelecekteki eyleme bağlılık söz konusu olmakta ve anlaşma karşılıklı onaylama anlamına gelmektedir. Ancak bağlılığın tam olarak ne olduğu, ifasının ne zaman beklenildiği ve karşılıklılığının boyutu sözleşmeyi ihtilafa da açık kılmaktadır (Rousseau ve Parks, 1993).

Psikolojik sözleşmenin (PS) ise kendine özgü doğası, araştırmacılar tarafından yaygın bir şekilde kabul edilmektedir (Thomas vd., 2003; Bellou, 2006). Psikolojik temas, çalışan ve işveren arasında geliştirilen karşılıklı ilişki, şart ve koşullar olarak görülmektedir (Atkinson, 2007; Dainty vd., 2004; Akhtar vd., 2016; Arshad, 2016; Alcover vd., 2017). PS'de yazılı olmayan bir anlaşma yapılmaktadır ve karşılığında her iki tarafı da karşılıklı bir yükümlülük altında bırakan bir olgu sunulmaktadır (Gough ve Arkani, 2011; Barrett vd., 2017). Kişinin iş üzerinde etkileşimde olduğu insanlar, doğrudan ya da dolaylı olarak onun tutumunu, algılarını ve inançlarını etkilemektedir (Dabos ve Rousseau, 2004). PS, bu değişimleri istihdam ilişkisinin ikili doğası olarak görüp anlamak için açıklayıcı bir çatı sunmaktadır (Shore ve Tetrick, 1994; Aggarwal ve Bhargava, 2009).

Her kişinin istihdam ilişkisinde kendi subjektif deneyimi olduğundan normalde aynı işi yapan iki kişinin mesele üzerinde farklı perspektifi olabilmektedir. Bir çalışan, günde sekiz saat çalışması gerektiğini düşünürken, işveren ise eğer işin tamamlanmasının gerektiğini düşünüyorsa biraz daha işte kalınmasının makul olduğunu düşünebilmektedir. Bu nedenle, her çalışanın kendi psikolojik sözleşmesi bulunmaktadır (Rousseau, 2001). İşlevsel bir bakış açısından, psikolojik sözleşme iki görevi yerine getirmektedir (Hiltrop, 1996); a) İşverenlerin çalışanlardan alacağı verimle ilgili tahminde bulunulmasına ve b) Örgüt içinde harcadığı zaman ve çaba karşılığında çalışanın ne tür bir ödül alacağını tahmin edilmesine yardımcı olmaktadır.

Uzun süreli ve örgüt özelinde ise bilgi, beceri ve yetkinlikleri geliştirmeye odaklanan iyi bir yetenek yönetimi vasıtasıyla yetenek geliştirmeye şirketin yaptığı yatırım daha yüksek duygusal bir katılım; yetenek ve işveren arasında daha yüksek seviye karşılıklı dayanışma oluşturmaktadır. Bazı örgütler yeteneğin beklentilerini görerek, ilişkisel bir psikolojik sözleşme yansıtmaya çalışmakta ve bu durumda psikolojik sözleşme tamamlanmaktadır. Her bir yetenek yönetimi pratiği 'Örgütün, çalışanların beklentilerini karşılama ve psikolojik sözleşmenin kendi kısmını tamamlama çabası' olarak yorumlanabilmektedir (Festing ve Schäfer, 2014).

Örgüt ne kadar çok yetenek yönetimi pratiği sunarsa ve yetenek yönetimine ne kadar yüksek yatırım yaparsa o kadar çalışanlara, örgütün yeteneğe değer verdiği ve sözleşmenin kendi parçasını yerine getirdiği mesajını vermektedir. Örgütün sağladığı yetenek yönetimi pratiklerinde çalışanın psikolojik sözleşmenin yükümlülükleri yerine getirildikçe daha yüksek bağlılık, refah ve adalet sağlanmakta ve devir hızı beklentisi daha düşük seviyelerde olmaktadır. Bu nedenle psikolojik sözleşme, önemli bir hale gelmektedir (Festing ve Schäfer, 2014). Psikolojik sözleşme üzerindeki diğer çalışmalarda, bu yetenek yönetimi çalışmaları psikolojik sözleşmenin yerine getirilmemesi veya ihlalinin, örgütsel bağlılığı, örgütsel yurttaşlık davranışını ve iş memnuniyetini azalttığını ve devir hızı beklentisinin arttığını göstermektedir (Thunnissen, 2016). Yine yapılan bir çalışmada ihlalin çalışanda; örgütün oldukça önemli bir sözü yerine getirmediğini idrak etmekten doğan duygusal endişe ve aldatılma hissi, öfke ve haksızlık, zarar hissine yol açtığı bulunmuştur (Sayers vd., 2011). Örgüt kültürü ise psikolojik sözleşmenin yaratılmasında hayati bir rol oynamaktadır. Örneğin, hem çalışanlar hem de örgüt, sözleşmenin yürütülmesinden sorumludur. Örgüt, psikolojik sözleşmenin yaratılması ve etkilenmesinde role sahip olmaktadır (Richard vd., 2009). Bu yaklaşımlara bağlı olarak Hipotez 3 geliştirilmiştir:

Hipotez 3: Örgüt kültürü ile yetenek yönetimi ilişkisinde psikolojik sözleşme aracılık rolüne sahiptir.

II. YÖNTEM

Araştırmanın temel amacı, Giresun ilindeki hastanelerde çalışan sağlık personelinin örgüt kültürü ve yetenek yönetimi davranışlarının birbirleri ile olan ilişkilerini inceleyerek duygusal zekâ liderliği ve psikolojik sözleşmenin bu ilişkideki aracı rolünü analiz etmektir.

2.1. Araştırmanın Modeli

Çalışmamızın bağımsız değişkenini 'Yetenek yönetimi' oluşturmaktadır. Çalışanların yetenek yönetimi ile ilişkisi bağımlı değişkenimiz olan 'Örgüt kültürü' üzerinden kurgulanmış ve aracı değişkenler olarak 'Duygusal zekâ liderliği' ve 'Psikolojik sözleşme' kullanılmıştır.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Giresun'da bulunan 3 farklı eğitim ve araştırma hastanesi bünyesinde çalışan toplam 1285 sağlık ve idari personel oluşturmaktadır. Araştırma, Giresun'da rastgele örnekleme yöntemiyle belirlenmiş olan kamu hastanelerinde yapılmıştır. Sağlık çalışanlarından katılımcıların seçiminde sağlık kurumu nezdinde büyüklüğe orantılı şekilde örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğünü etkileyen faktör kullanılan ölçek sorularının 5 veya 10 katı olması kuralıdır (Bryman ve Cramer, 2001). Bu çalışmada 4 ölçekten yararlanılmış olup toplam soru sayısı 165'dir. $165 \times 5 = 825$ ve $165 \times 10 = 1650$ aralığında yöntem olarak asgari ulaşılması gereken örneklem büyüklüğüdür. Araştırma evreninden %95'lik güvenilirlik sınırları içerisinde, %5'lik bir hata payı öngörülerek seçilecek örneklem büyüklüğü 900 olarak hesaplanmıştır. Üç katılımcının anketi sağlıklı doldurmadığı yani katılımcıların her maddeye eşit ölçüde katıldıkları tespit edilmiştir. Çok değişkenli veri setleri için aykırı verilerin tespitinde sıkça başvurulan Mahalanobis uzaklık değerleridir. Buna göre hesaplanan her bir gözleme ait Mahalanobis uzaklık değerine karşılık serbestlik derecesi ile birlikte gözlemlere ilişkin Ki-Kare olasılıkları belirlenir. Bu değer eğer ($<0,001$)

den küçük ise gözlem aykırı olarak kabul edilir. Çalışmada elde edilen hesaplamalara göre uzaklık değeri oldukça yüksek ve kabul edilemez görülen 38 gözlemin veri setinden çıkarılması uygun görülmüştür. Bu nedenle, araştırmada tüm analizler, 859 katılımcı üzerinden sürdürülmüştür.

2.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu, demografik özelliklerin yanı sıra dört ayrı ölçek içermektedir. Denison Örgüt Kültürü Ölçeği; Denison ve Mishra (1995) tarafından geliştirilen ve Yahyagil (2004) tarafından Türkçe'ye uyarlanan toplam 36 maddeden ve 'Katılım', 'Tutarlılık', 'Uyum' ve 'Mizyon' olmak üzere 4 temel boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,89 (Yahyagil, 2004); bu çalışmada ise 0,79 olarak tespit edilmiştir. 3600 Yetenek Yönetimi Ölçeği; Anne-Marguerite Oehley (2007) tarafından geliştirilen ve araştırmacılar tarafından Türkçe'ye uyarlanan toplam 43 maddeden ve 'Yetenek yönetimi bilgilerini açığa çıkarma', 'İlgi çekme ve yeteneği işe alım', 'Yetenekli çalışanı belirleme ve farklılaştırma', 'Diğer çalışanları geliştirme', 'İlişkileri yapılandırma ve sürdürme', 'İlgi çekici ve anlamlı iş sağlama', 'Adil şekilde hak verme ve ödüller', 'İş-Yaşam dengesini yönetme' olmak üzere 8 boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin orijinalindeki Cronbach Alpha değeri 0,80 (Oehley, 2007), bu çalışmada ise 0,85 olarak bulunmuştur. Duygusal Zekâ Liderliği Ölçeği; Palmer, Stough, Harmer ve Gignac (2009) tarafından geliştirilen ve araştırmacılar tarafımızdan Türkçe'ye uyarlanan ölçek toplam 70 maddeden ve 'Duygusal Öz-Farkındalık', 'Duygusal Anlatım', 'Diğerlerinin Duygusal Farkındalığı', 'Duygusal Muhakeme', 'Duygusal Öz-Yönetimi', 'Diğerlerinin Duygusal Yönetimi' ve 'Duygusal Öz-Kontrol' olmak üzere 7 boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,95 (Gignac, 2010); bu çalışmada ise 0,80 olarak tespit edilmiştir. Rousseau Psikolojik Sözleşme Ölçeği ise; Rousseau (2000) tarafından geliştirilen ve Topçu (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçek toplam 16 maddeden ve 'İlişkisel', 'Geleneksel' olmak üzere 2 boyuttan oluşmaktadır. Topçu (2015) çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,70; bu çalışmada ise 0,72 olarak bulunmuştur.

2.4. Araştırmada Verilerin Toplanması ve Analizi

Veriler örneklem de yer alan sağlık çalışanlarının ankete vereceği cevaplar üzerinden elde edilmiştir. Ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alfa katsayısı ile test edilmiştir. Katılımcılarının demografik özellikleri ve çalışma özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde dağılımları tablolarından yararlanılmıştır. Araştırma verileri üzerinde SPSS 16.0 programıyla tanımlayıcı istatistikler, korelasyon ve AMOS 20.0 programıyla doğrulayıcı faktör analizi (geçerlilik analizi için), yapısal eşitlik modeli ve path (yol) analizi uygulanması planlanmıştır.

2.5. Araştırmanın Etiği

Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28/02/2018 tarih ve 206 sayılı 2018/86 nolu kararla etik kurul izni alınmıştır. Bu etik kurul belgesi ile araştırma yapılacak hastanelere başvuru yapılmış olup, Giresun Üniversitesi Rektörlüğü'nün 16/03/2018 tarih ve E.13626 sayılı yazısına istinaden araştırmanın yapılması uygun görülmüştür. Katılımcılardan sözlü onam alınmıştır.

2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma; kesitsel, tanımlayıcı ve nicel bir çalışmadır. Araştırma kesitsel olduğu ve ele alınan değişkenler, zaman içinde değişime uğrayabileceğinden araştırmanın bulguları, uygulandığı zaman dilimi ile sınırlıdır. Ayrıca, araştırma sonucu elde edilen bulgular, verilerin toplanmasında kullanılan örnekleme göre değişiklik gösterebilir. Bu nedenle farklı örneklemeler için modelin test edilmesi gerekmektedir. Araştırmanın bir diğer kısıtlılığını tek bir ilde yapıyor olması oluşturmaktadır.

III. BULGULAR

3.1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı- Betimleyici Analizler

Çalışmaya katılanların çoğunluğu %58,9 oranı ile kadınlardan oluşmaktadır. Yaş frekanslarına bakıldığında ise en çok %43,6 ile 28-35; ikinci olarak %30,3 ile 18-25 yaş arası görülmektedir. Araştırmaya katılan katılımcıların %38'ini lisans eğitimi almış kişiler oluşturmaktadır. Diğer yüksek oran ise %35,1 ile ön lisans mezunlarıdır. Katılımcılara meslekleri sorulduğunda %37,6'sı hemşire olarak yanıtlamıştır. Diğer büyük oran ise %31,6 ile teknikerliktir. Katılımcıların %51'i bekâr ve %32,2'si 1-3 yıl arasında iş deneyimine sahiptir. Katılımcılara ait tanımlayıcı-betimleyici analizler Tablo 1.'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	530	58,9
	Erkek	370	41,1
Yaş	18-25	273	30,3
	26-35	392	43,6
	36-40	103	11,4
	41-50	120	13,3
	51 yaş ve üstü	12	1,3
Medeni Hal	Evli	441	49
	Bekâr	459	51
Öğrenim Durumu	İlköğretim	6	0,7
	Lise	177	19,7
	Lisans	342	38
	Yüksek Lisans	45	5
	Ön lisans	316	35,1
	Doktora	14	1,6
Meslek Grubu	Teknisyen	9	1
	Hemşire	338	37,6
	Doktor	41	4,6
	Sekreter	218	24,2
	Tekniker	284	31,6
	VHKİ	10	1,1
Çalışma Süresi	1 yıldan az	65	7,2
	1-3 yıl	290	32,2
	4-6 yıl	164	18,2
	7-9 yıl	124	13,8
	10 yıl ve üstü	257	28,6
Yönetici ile Görüşme	Neredeyse hiç	307	34,1
	Birkaç kez	419	4,6
	Her gün	127	14,1
	Günde birkaç kez	47	5,2

Araştırmada, model uygunluğunun belirlenmesi amacıyla AMOS 20.0 programında kullanılabilen GFI, CFI, NFI, RFI, IFI ve AGFI indeksleri için kabul edilebilir uyum değeri 0,90 ve mükemmel uyum değeri 0,95 olarak kabul edilmektedir. X²/df için kabul edilebilir uyum değeri 3 ve mükemmel uyum değeri 2 olarak kabul edilmiştir. RMSEA için ise 0,08 kabul edilebilir uyum ve 0,05 mükemmel uyum değeri olarak kabul edilmiştir (İlhan ve Çetin, 2014; Yılmaz ve Varol, 2015). Ayrıca örneklem yeterliliğini ölçmek için, Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) testi yapılmaktadır. KMO değeri 0 ile 1 arasında değişmektedir. KMO'nun 1 değerini alması değişkenlerin birbirlerini mükemmel şekilde hatasız tahmin edebileceğini gösterir (Eryılmaz, 2017). Bu test değerinin ise bazı kaynaklara göre 0,5'ten, bazılarına göre ise 0,6'dan büyük olması gerekmektedir. Bu değer belirtilen değerlerden küçük çıkarsa

faktör analizi uygulanmaması gerekir (Eryılmaz, 2017). Araştırmada kullanılan ölçeklerinin ve KMO değerleri ve Bartlett's küresellik testinin faktör analizi yapabilmek için uygun olduğu görülmüştür.

Çalışma boyunca tüm ölçeklere ilişkin öncelikle açıklayıcı faktör analizleri yapılmış ve faktörlerin belirlenmesinde En çok Olabilirlik (Maximum Likelihood) yöntemi ile birlikte Ortogonal döndürme 'Varimax' metodu kullanılmıştır. Daha sonra açıklayıcı faktör analizi sonuçları ayrı tutularak tüm ölçeklerin geliştiricileri tarafından ortaya konmuş teorik yapısını doğrulamak üzere doğrulayıcı faktör analizine başvurulmuştur.

3.2. Denison Örgüt Kültürü Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

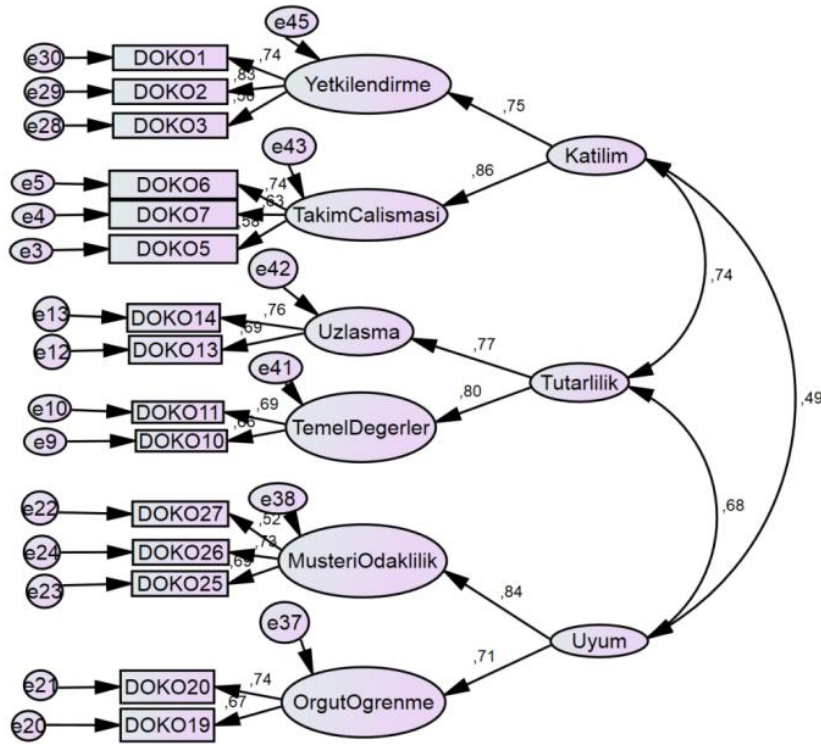
Ölçeğin geneline ilişkin güvenilirlik analizine bakılmış ve ölçek Cronbach alfa değeri $\alpha=0,79$ bulunarak ölçeğin güvenilir olduğuna karar verilmiştir. Elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, gerek bulunduğu temel boyutun güvenilirliğini düşürmesi gerekse faktör yükü 0,3'ten küçük olması nedeniyle belirlenen DOKO4, DOKO17 ve DOKO21 ifadeleri veri setinden çıkarılmıştır.

Ayrıca teoride 'Misyon' temel boyutunun 'Vizyon' alt boyutu içerisinde yer alması gereken DOKO35 soru maddesi aynı temel boyutun 'Stratejik yönetim' boyutuna dâhil olmuştur. Düzenlemeler ışığında ölçeğin son hali ile yürütülen her bir temel boyuta ilişkin faktör analizi ve güvenilirlik sonuçları Tablo 2.'de verilmiştir. Buna göre Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği değerlerinin çok iyi düzeyde olduğu (KMO=sırasıyla 0,81; 0,73; 0,69 ve 0,69) ve Bartlett küresellik testi sonuçlarının her birinin %99 düzeyde anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,01$).

Teorik modelin ortaya koyduğu uyum değerleri (Goodness-of-Fit Statistics: $\chi^2/df=2,634$; NFI=0,71; CFI=0,855; AGFI=0,903; GFI=0,916; IFI=0,856; RMSEA=0,044; RFI=0,767) her ne kadar göreceli olarak kabul edilebilir olsa da, modele ilişkin yakınsama ve ayırt edici geçerliliklerin sağlanmadığı görülmüştür. Bu değerlere göre, temel boyutlardan ‘Misyon’ boyutunun CR ile AVE değerinin ($CR=0,127 < 0,6$; $AVE=0,135 < 0,5$) kabul edilebilir eşik değerlerinden çok düşük olduğu ve aynı zamanda diğer temel boyutlar ile düşük ve negatif korelasyona sahip olduğu görülmüştür. Sonrasında açıklayıcı faktör analizi temel alınarak yeniden doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Bu aşamada elde edilen uyum değerleri sonuçları bir önceki modele göre daha iyi bulunmuştur (Goodness-of-Fit Statistics: $\chi^2/df=2,157$; NFI=0,852; CFI=0,914; AGFI=0,921; GFI=0,933; IFI=0,915; RMSEA=0,037; RFI=0,837). Ancak modele ilişkin yakınsama ve ayırt edici geçerlilikleri modelin hala geliştirilmeye açık olduğunu gösterdiğinden, düzeltme indeksi gösteren ifadeler çıkarılmaya devam edilmiş ve uygulanan örneklemde örgüt kültürü olgusunu en iyi ölçen her biri iki alt boyuta sahip üç temel boyutlu 15 maddeden oluşan yeni bir Örgüt Kültürü Ölçeği’ne ulaşılmıştır.

Ölçeğin son haline ilişkin Yol (Path) Diyagramı ise Şekil 1’de verilmiştir. Yukarıda yapılan hesaplamalar sonucunda ölçme aracının faktör yapılarının bu araştırma kapsamında doğrulandığı dolayısıyla ölçme aracının yeteri düzeyde geçerliğe sahip olduğu anlaşılmıştır.

Şekil 1. Yol (Path) Diyagramı: Örgüt Kültürü



3.3. Psikolojik Sözleşme Ölçeği’nin Güvenilirlik ve Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Psikolojik sözleşme ölçeği, teoride her bir alt boyutu dört maddeden oluşan ve her iki alt boyuta karşılık gelen biri ‘Geleneksel’ diğeri ‘İlişkisel’ başlıklı iki temel boyuta sahiptir. İlk olarak yürütülen ve ölçeğin geneline ilişkin hesaplanan güvenilirlik katsayısına istinaden güvenilirliği ciddi derecede olumsuz etkileyen PSE15 soru maddesi ölçek veri setinden çıkarılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini incelemek amacıyla öncelikle faktör analizi uygunluğu incelenmiş ve uygun bulunmuş (KMO=sırasıyla 0,74; 0,74; Barlett test $p < 0,01$), ve daha sonra ölçek açıklayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Elde edilen sonuçlar Tablo 3.’te verilmiştir.

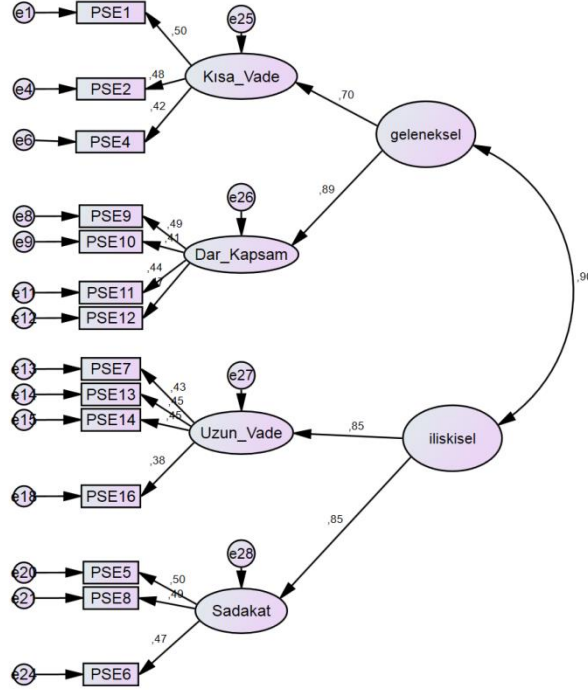
Tablo 3. Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları: Psikolojik Sözleşme

Boyutlar	Faktörler		Cronbach Alfa	Kaiser-Meyer-Olkin KMO	Barttlett Testi
Geleneksel	Dar Kapsam	Kısa Vade	0,607	0,740	488,180 28 0,000
PSE9	0,481				
PSE10	0,425				
PSE11	0,412				
PSE12	0,408				
PSE4		0,575			
PSE1		0,408			
PSE3		0,358			
PSE2		0,354			
İlişkisel	Sadakat	Uzun Vade			
PSE6	0,478		0,612	0,748	394,149 21 0,000
PSE8	0,456				
PSE5	0,442				
PSE14		0,445			
PSE13		0,407			
PSE16		0,395			
PSE7		0,312			
Genel Güvenirlik: 0,72					

Ancak ölçeğin ‘İlişkisel’ başlıklı ikinci temel boyutunu oluşturan ‘Sadakat’ alt boyutu içerisinde yer alması gereken PSE7 soru maddesi ‘Uzun vade’ alt boyutunda yer almıştır. Çalışmada yer alan ölçeğin bütünü ve diğer alt boyutlarına ilişkin güvenirlik düzeyleri sırasıyla; Geleneksel boyutu için 0,60; İlişkisel boyutu için 0,61 ve ölçeğin bütünü için ise 0,72 bulunmuştur. Ölçek için bir sonraki aşamada iki düzeyli doğrulamalı faktör analizi yapılmıştır.

Son modele ilişkin düzeltme indeksi isteyen PSE3 soru maddesi ölçekten çıkarılmış ve böylece ölçeğin uygulandığı örneklemin Psikolojik sözleşme olgusunu ortaya koymada en iyi model elde edilmiştir (Goodness-of-Fit Statistics: $\chi^2/df=1,740$; NFI=0,948; CFI=0,946; AGFI=0,971; GFI=0,980; IFI=0,947; RMSEA=0,029; RFI=0,935). ‘Geleneksel’ ve ‘İlişkisel’ boyutları için elde edilen bu sonuçlar ışığında ölçme aracının iyi düzeyde güvenilirliğe sahip olduğu anlaşılmaktadır. Ölçeğin son haline ilişkin Yol (Path) Diyagramı ise Şekil 2.’de verilmiş ve 14 maddeden oluşan yeni bir psikolojik sözleşme ölçeğine ulaşılmıştır.

Şekil 2. Yol (Path) Diyagramı: Psikolojik Sözleşme



3.4. 360° Yetenek Yönetimi Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Açıklayıcı/Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları

Ölçeğin güvenilirlik analizi sonuçlarına göre güvenilirliği bozan herhangi bir soru maddesine rastlanmamıştır. Bu ölçek için öncelikle geliştiricisi Anne-Marguerite Oehley (2007) tarafından ileri sürülen 8 temel boyuta göre doğrulamalı faktör analizine başvurulmuş ve elde edilen uyum indeksleri (Goodness-of-Fit Statistics: $\chi^2/df=3,5$, NFI=0,726, CFI=0,813, AGFI=0,884, GFI=0,898, IFI=0,815, RMSEA=0,062, RFI=0,703) beklenildiği üzere yapının uygun bir model olmadığını göstermiştir. Veri setinin faktör analizine uygunluğu incelenmiş ve verilerin faktör analizi için uygun olduğuna karar verilmiştir. (KMO=0,78, Bartlett $p<0,01$)

Analiz sonuçlarına göre faktör yükü 0,3'ten düşük ve katkısı az olan sorular birer birer çıkarılmak suretiyle birden çok faktör analizi yapılmış buna bağlı olarak YYO1-YYO3, YYO5-YYO7, YYO9-YYO12, YYO14, YYO16, YYO19, YYO20, YYO27, YYO31, YYO34, YYO38 ve YYO41 soru maddeleri veri setinden çıkartılmıştır. Ölçeğin son haline ilişkin sürdürülen faktör analizi sonuçları Tablo 4.'te verilmiştir.

Tablo 4. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları: Yetenek Yönetimi

Boyutlar	Faktörler*						Cronbach Alfa	Kaiser-Meyer-Olkin KMO	Barttlett Testi	
	Öİ	LK	PE	İHD	İK	İB				
YYO33	0,718						0,79	0,819	7457,588 χ ² /df df 903 Sig, 0,000	
YYO35	0,631									
YYO36	0,616									
YYO37	0,545									
YYO39	0,483									
YYO32	0,400									
YYO22		0,768					0,783			
YYO23		0,658								
YYO21		0,571								
YYO24		0,530								
YYO18		0,412								
YYO13				0,631						
YYO15				0,612			0,724			
YYO8			0,559							
YYO4			0,536							
YYO17				0,476						
YYO40					0,654		0,740			
YYO43					0,614					
YYO42					0,551					
YYO25						0,710	0,744			
YYO26						0,623				
YYO29						0,815	0,652			
YYO28						0,562				
YYO30						0,404				
Genel Güvenirlilik: 0,856										

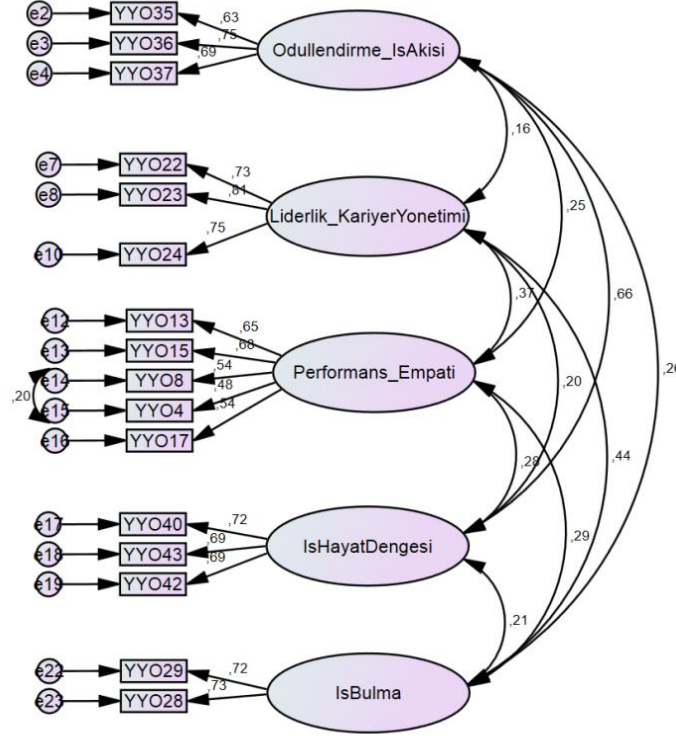
*Öİ: Ödüllendirme ve iş akışı; LK: Liderlik ve Kariyer; PE: Performans ve Empati; İHD: İş/Hayat Dengesi; İK: İlişki Kurma; İB: İş bulma olarak yeniden boyutlandırılmıştır.

Ölçeğin son yapısına ilişkin yeni genel boyutlarına ait güvenilirlik değerleri sırasıyla; *Öİ* boyutu için 0,79; *LK* boyutu için 0,78; *PE* boyutu için 0,72; *İHD* boyutu için 0,74; *İK* boyutu için 0,74; *İB* boyutu için 0,65 ve ölçeğin bütünü için ise 0,85 olduğu bulunarak güvenilirliğin yeterli olduğu görülmüştür.

Açıklayıcı faktör analizine göre ölçeğe dair ortaya atılan 6 faktörlü yapıyı doğrulamak üzere tekrar doğrulayıcı faktör analizine başvurulmuş ve elde edilen uyum indeksleri ve geçerlilik kriterleri, modelin daha da iyileştirilmesi gerektiğini göstermiştir (Goodness-of-Fit Statistics: χ^2/df = 4,503, NFI=0,839, CFI=0,870, AGFI=0,879, GFI=0,904, IFI=0,870, RMSEA=0,064, RFI=0,813). Buna göre modelin geçerlilik yapısını tamamen bozan iki maddeden (YYO25,YYO26) oluşan 5. Faktör analiz dışı tutulmuş ve düzeltme indeksi gösteren YYO30, YYO32, YYO33 ve YYO39 soru maddeleri veri

setinden çıkarılmıştır. Bu düzeltmeler neticesinde oluşturulan ve elde edilen en iyi modele ilişkin (Şekil 3.) Yol (Path) Diyagramı verilmiştir.

Şekil 3. Yol (Path) Diyagramı: Yetenek Yönetimi



Son aşamada elde edilen uyum indeksleri sonuçları en iyi değerleri içermektedir (Goodness-of-Fit Statistics: $\chi^2/df=2,502$, NFI=0,937, CFI=0,961, AGFI=0,953, GFI=0,968, IFI=0,961, RMSEA=0,042, RFI=0,919). Bu değerlere göre yetenek yönetimi değişkeninin uyum kriterleri açısından iyi bir uyuma sahip olduğu görülmektedir. ‘Ödüllendirme ve iş akışı’, ‘Liderlik ve Kariyer’, ‘Performans ve Empati’, ‘İş/Hayat Dengesi’, ‘İş bulma’ yeni boyutları için elde edilen bu sonuçlar ışığında ölçme aracının iyi düzeyde güvenilirliğe sahip olduğu anlaşılmaktadır. Yukarıda yapılan hesaplamalar sonucunda ölçme aracının faktör yapıları bu araştırma kapsamında doğrulanmış olup, 16 maddeden oluşan yeni bir 360⁰ Yetenek Yönetimi ölçeğine ulaşılmıştır.

3.5. Duygusal Zekâ Liderliği Ölçeği’nin Güvenilirlik, Açıklayıcı ve Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları

Ölçeğe ilişkin alt faktörlerin belirlenmesi amacıyla, oluşturulan ölçek formundan elde edilen veriler için açıklayıcı ve doğrulamalı faktör analizlerinden yararlanılmıştır. Bu ölçekte yine araştırmacı tarafından ilk kez Türkçe’ye uyarlanması nedeni ile öncelikle teorik yapısının doğrulanıp doğrulanmayacağı test edilmiş ve sürdürülen doğrulamalı faktör analizi sonucunda el edilen uyum indeksleri teorik model ile uyum göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. (Goodness-of-Fit Statistics: $\chi^2/df=2,872$, NFI=0,273, CFI=0,357, AGFI=0,787, GFI=0,801, IFI=0,366, RMSEA=0,087, RFI=0,245). Daha sonra ölçek için açıklayıcı faktör analizi yapılarak (KMO=,779; Bartlett testi $p<0,01$) hem ifadelerin faktör boyutları belirlenmiş (Tablo 5.), hem de faktör yükü 0,30’un altında kalan soru ifadeleri veri setinden tek tek çıkarılmıştır.

Tablo 5. Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları: Duygusal Zekâ Liderliği

Boyutlar	Faktörler							Cronbach Alfa	Kaiser-Meyer-Olkin KMO	Bartlett Testi
	1	2	3	4	5	6	7	0,748	0,779	4628,604 351 0,000
DZLO52	0,687									
DZLO53	0,669									
DZLO51	0,632									
DZLO54	0,491									
DZLO49	0,452									
DZLO46	0,372							0,667		
DZLO37		0,662								
DZLO39		0,518								
DZLO38		0,508								
DZLO36		0,496								
DZLO40		0,381						0,652		
DZLO14			0,622							
DZLO13			0,549							
DZLO18			0,522							
DZLO22			0,409							
DZLO25			0,346					0,566		
DZLO57				0,63						
DZLO55				0,600						
DZLO64				0,415						
DZLO9				0,313				0,587		
DZLO3					0,622					
DZLO4					0,531					
DZLO1					0,471			0,692		
DZLO59						0,692				
DZLO60						0,659		0,635		
DZLO28							0,690			
DZLO29							0,620			
Genel Güvenirlilik:									0,803	

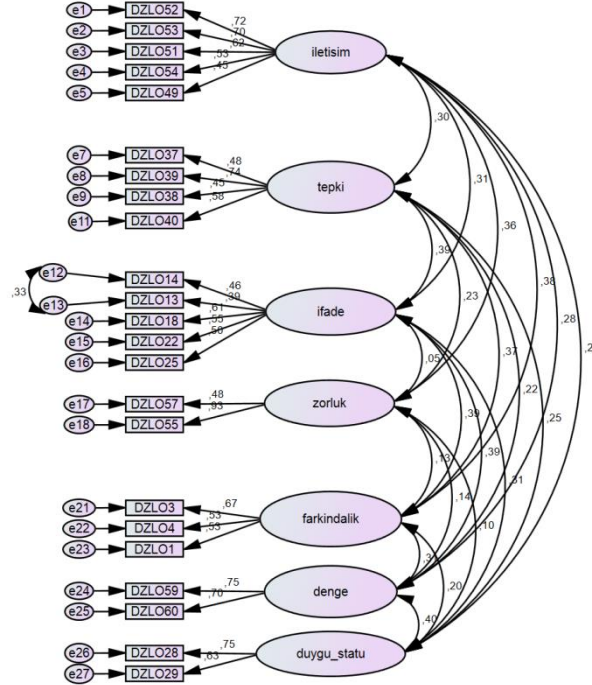
1. Duygusal iletişim 2. Duygusal tepki 3. Duygusal ifade 4. Duygusal zorluk 5. Duygusal farkındalık 6. Duygusal denge 7. Duygu ve statü

Duygusal zekâ liderliğine ilişkin ölçeğin açıklayıcı faktör analizi ile elde edilen ve araştırmacı tarafından yeni oluşturulan ‘Duygusal İletişim’, ‘Duygusal Tepki’, ‘Duygusal İfade’, ‘Duygusal Zorluk’, ‘Duygusal Farkındalık’, ‘Duygusal Denge’ ve ‘Duygu ve Statü’ boyutlarının kuramsal olarak ileri sürülen ölçeği temsil edip etmediğini belirlemek amacıyla doğrulamalı faktör analizi yapılmıştır. Bu aşamada elde edilen uyum indekslerinin iyileştirilmesi için düzeltme indeksi gösteren DZLO9, DZLO36, DZLO46, DZLO64 soru maddeleri veri setinden çıkarılmış ve ölçeği temsil eden en iyi modele ulaşılmıştır.

Son aşamada elde edilen uyum indeks değerleri (Goodness-of-Fit Statistics: $\chi^2/df=2,092$, NFI=0,937, CFI=0,908, AGFI=0,931, GFI=0,948, IFI=0,909, RMSEA=0,043, RFI=0,903) ışığında duygusal zekâ liderliği olgusunu ölçmede iyi düzeyde güvenilirliğe ve geçerliliğe sahip 6 boyuttan

(‘Duygusal İletişim’, ‘Duygusal Tepki’, ‘Duygusal İfade’, ‘Duygusal Zorluk’, ‘Duygusal Farkındalık’, ‘Duygusal Denge’ ve ‘Duygu ve Statü’) oluşan bir ölçüm aracı modeli ortaya konmuştur. Ölçeğin son haline ilişkin Yol (Path) Diyagramı ise Şekil 4.’te verilmiştir.

Şekil 4. Yol (Path) Diyagramı: Duygusal Zekâ Liderliği



Tüm bulgular ışığında ölçme aracının yeni faktörlü yapısı bu araştırma kapsamında doğrulanmış olup, 23 maddeden oluşan yeni bir Duygusal Zekâ Liderliği Ölçeği’ne ulaşılmıştır. Modelin iyi uyuma sahip olduğu ve değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olduğu anlaşıldıktan sonra hipotez edilen ilişkilere ait korelasyon değerleri incelenerek hipotezlerin kabul ya da red edilmesi aşamasına geçilmiştir.

Her bir ölçeğin birbirleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymada Spearman Rho Korelasyon Katsayısına başvurulmuş, ve elde edilen sonuçlar Tablo 6.’da verilmiştir. Bu sonuçlara göre hemen hemen tüm boyutlar arasında %99 güven düzeyinde ($p < 0,01$) anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir. İlişkilerin derecesi genel olarak; örgüt kültürü ile yetenek yönetimi arasında ($r = 0,64$; $p < 0,01$); örgüt kültürü ile duygusal zekâ liderliği arasında ($r = 0,56$; $p < 0,01$); duygusal zekâ liderliği ile yetenek yönetimi arasında ($r = 0,68$; $p < 0,01$) pozitif yönlü, anlamlı ve yüksek düzeyli bir ilişki; örgüt kültürü ile psikolojik sözleşme arasında ($r = 0,27$; $p < 0,01$); psikolojik sözleşme ile yetenek yönetimi arasında ($r = 0,13$; $p < 0,01$); duygusal zekâ liderliği ile psikolojik sözleşme arasında ($r = 0,16$; $p < 0,01$) pozitif yönlü, anlamlı ve düşük düzeyli bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu ilişkilere bakıldığında, model testi için korelasyon yeterliliğinin sağlandığı ifade edilebilir.

Tablo 6. Değişkenler Arası Korelasyon Analizi

n=859	Ort.	Ss.	1	2	3	4
1, DOKO	3,581	0,79	1			
2, YYO	3,483	0,741	0,648**	1		
3, DZLO	3,608	0,841	0,560**	0,682**	1	
4, PSE	2,341	0,794	0,277**	0,134**	0,165**	1
**p<,01, *p<,05						

1. DOKO (Örgüt kültürü); 2. YYO (Yetenek yönetimi); 3. DZLO (Duygusal zeka liderliği) 4. PSE (Psikolojik sözleşme).

3.6. Hipotezlerin Testi

Çalışmanın bu kısmında hipotezler doğrultusunda oluşturulan aracı değişkenlerin rolleri incelenmiştir. Verilen yapısal modelin yol katsayılarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde; örgüt kültürünün, yetenek yönetimi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir etkisinin var olduğu gözlenmiştir. Dolayısıyla, Hipotez 1 kabul edilmiştir. Aracılık etkilerinin birlikte sunulduğu yapısal modelin yol katsayılarına ilişkin sonuçlar ise örgüt kültürünün yetenek yönetimi üzerinde daha önce bulunan etkisi ($\beta_1=0,46$) duygusal zekâ liderliği aracı değişkeni ile azalmıştır ($\beta_1=0,28$). Dolayısıyla duygusal zekâ liderliğinin kısmi aracılık etkisine sahip olduğunu söylenebilir. Bu halde çıkan sonuçlar, araştırma öncesi ileri sürülen Hipotez 2’yi destekler niteliktedir. Öte yandan Psikolojik sözleşmenin aracılık etkisini incelemek üzere sürdürülen analizler de elde edilen sonuçlarda ise psikolojik sözleşme envanterinin ne örgüt kültürü ile ne de yetenek yönetimi ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ortaya koymadığı gözlenmiştir ($p>,05$). Bu nedenle psikolojik sözleşme envanterinin herhangi bir aracılık etkisinden söz etmek mümkün değildir. Dolayısıyla da Hipotez 3 reddedilmiştir.

IV. TARTIŞMA

Araştırma sonuçları, örgüt kültürü ile yetenek yönetimi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bir işletmede etkili bir örgüt kültürü oluşturulduğunda, yetenek yönetimi de olumlu anlamda artmaktadır. Aynı şekilde yetenek yönetimi uygulamalarının da örgüt kültürünü etkilediği görülmektedir. Çalışmanın sonuçları, alan yazınına doğrular niteliktedir (Lust ve Moore, 2006; Sleiderink, 2012; Mintz ve Stoller, 2014; Ingram ve Glod, 2016; Broek vd., 2017; Keçecioğlu, 2017; Corder ve Ronnie, 2018; Mahajan, 2019).

Kişisel değer grupları (Yaşam stili, güvenlik gibi) ile kişinin çalıştığı örgütün değerleri birbirine uyum sağlıyorsa çalışanla iş bütünleşmiş demektir. Bu uyum sayesinde çalışan kariyerini yerleştirmiş olmaktadır (Schein, 1996). Çünkü örgütü oluşturan bireylerin örgüt üzerindeki etkisi fazla olmaktadır (Isabella, 1988). Çeşitli meslek grupları içinde yapılan araştırmalarda kariyer aşamasının bireylerin işle alakalı tutumlarını, algılarını ve davranışını etkilediği görülmektedir (Flaherty ve Pappas, 2002: 135; Altınöz, 2018). Bulgular, bu çalışmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir. Yüksek destek aldığını gözleyen çalışanlar, örgütün değer ve önceliklerine daha yüksek bağlılık göstermeye eğilimlidir. Bir yetenek programının parçası olmak, yönetici tayinlerine, değerlendirme merkezi ve geliştirme programlarına dahil olmak çalışanın örgütle bağını güçlendirmesine yardım etmektedir (Swales ve Blackburn, 2016).

Yetenek programlarının dışında bırakma çalışan-örgüt ilişkisini engelleme riski taşımakta ve bu programa dahil edilmesi gerektiğini düşünen çalışanlardan gelen tepkiler şiddetli olabilmektedir (Swales ve Blackburn, 2016). Berger ve Berger (2009) çalışmalarında başarılı bir örgüt kültürünün oluşabilmesi için yetenek yönetimine ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır. Çalışanların katılımını sağlayan, teşvik eden ve sürdüren bir örgüt kültürünün, bu tür örgütlerde çalışmayı arzu eden bireyler

üzerinde kesinlikle daha büyük bir etkisi bulunmaktadır (Berger ve Berger, 2019; akt. Mahajan, 2019). Ayrıca örgüt kültürü örgütün işe alım ve seçim aktivitelerini de etkileyebilmektedir. İyi davranış etik değerlerle yürütüldüğünden bunun bir anlamı bulunmaktadır. Bir örgüt etik değerleri kültürüne yerleştirerek çalışanlara rehberlik edebilmektedir (Adewale ve Anthonia, 2013).

Literatürde örgüt kültürü ile yetenek yönetimi arasındaki ilişkiyi performansa bağlı ele alan araştırmalar da bulunmaktadır. Performans ile ilgili bazı önemli sorular bulunmaktadır: ‘Aynı görevi yapan bir kişi, iki farklı örgütte neden farklı performans sergiler?’ Bu konudaki etkileyici ampirik çalışma da; Huckman ve Pisano (2006)’nın aynı zamanda farklı hastanelerde aynı görevi sürdüren kalp cerrahlarıyla ilgili çalışmasıdır (Huckman ve Pisano, 2006; Akt. Collings ve Mellahi, 2013).

Onların bu çalışmaları sonucunda, tek tek cerrahların performansının farklı hastanelerde farklılık olduğu bulunmuştur. Az sayıda işlem gerçekleştirdikleri hastanelerle karşılaştırıldığında, çok sayıda işlem gerçekleştirdikleri hastanelerde cerrahlar daha iyi performans göstermişlerdir. Bu vaka performans üzerinde yeteneklerin faaliyet gösterdiği sosyal ve fiziki bağlamları öne çıkarmaktadır (Collings ve Mellahi, 2013).

Bununla birlikte, ‘Yüksek performans’ gösterenlerin elde tutulmasının çok önemli bir mesele olduğu öne sürülmekte ve birçok çalışmada üst düzey yeteneği elde edip, tutmada artan zorluktan bahsedilmektedir (Sturman vd., 2003). Yüksek performans gösterenlerin, “Bilgi paylaşımında, işbirliğinde, ortak kararlar almada istekli olmalarına ve birbirine bağlı görevleri yürütmelerine yardımcı bütünleştirici davranışlarla uyumlu olmalarına engel olabilen egoları” bulunmaktadır (Lopes, 2016).

Bu ego ile ilgili olarak, örgütsel etkilerine aşırı kıymet vermeleri ve bir gözleri sürekli ileriye dönük gelişmede olmaları, bir gözleri de başka yerlerdeki daha iyi kariyer olanaklarında olmaları söylenebilmektedir. Nitekim yüksek performans gösterenlerin çoğu, beş yıl içinde ayrılma eğilimindedir (Lopes, 2016). Lopes’in bu çalışması yetenek yönetimi ile örgütsel ilişkide psikolojik sözleşmenin etkisinin olmadığına dair fikir verebilmektedir. Yetenek yönetimi uygulamasının, yetenek yönetimi içindeki statüsüne bakılmaksızın, yetenek havuzuna dâhil edilmiş ya da edilmemiş çalışanlarda psikolojik sözleşmenin algılanması üzerinde güçlü ve olumlu bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur (Yaacoub, 2014). Bu çalışmaların sonuçları, araştırmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir. Çalışanlar, yetenek yönetimini, örgütlerinin sunduğu psikolojik sözleşmelerinin yerine getirilmesini destekleyen gelişimsel bir aktivite olarak algılamıştır (Yaacoub, 2014).

Psikolojik sözleşme ile yetenek yönetimi arasındaki ilişkiyi (Tekleab ve Taylor, 2003; DelCampo, 2007; Höglund, 2012; Farndale vd., 2014) ve örgüt kültürü arasındaki ilişkiyi (Richard vd., 2009; Aggarwal ve Bhargava, 2009) destekleyen birçok çalışma bulunmaktadır.

Psikolojik sözleşme ihlalinde ise geniş yelpazede işyeri tutum ve davranışlarıyla olumsuz anlamda ilişkili olduğu görülmüştür. Örneğin, psikolojik sözleşme ihlalinin iş memnuniyeti, örgüt yurttaşlığı davranışlarına (Lee, Chaudhry& Tekleab, 2014), güven, rol içi performans ve örgütsel bağlılık ile olumsuz anlamda ilişki kurduğu görülmüştür (Suazo, 2009; Suazo ve Turnley, 2010; Paillé, 2015). Aynı zamanda kötümser düşüncüyü, personel devir oranını da artırdığı bulunmuştur (Suazo, 2009).

Bu başarısızlıklarla ilgili daha ilginç olan şey ise başarıdan yoksun olmalarında görülen nedenlerdir. Yapılan farklı çalışmalar, başarısızlık için en sık gösterilen nedenin örgüt kültürünün ihmal edilmesi olduğunu göstermiştir (Cameron ve Quinn, 2006). Bir diğer olumsuz yanı ise bireysel olarak yıldız çalışanlara aşırı yönelmenin ekip çalışmasını ve işbirlikçi ruhu zedeleyen bir örgüt kültürü yaratma olasılığıdır (Cooke vd., 2014).

Takım çalışması, hem örgüt kültürü hem de yetenek yönetimi için vazgeçilmezdir. Duygusal zekânın, bu ilişkideki önemi büyüktür. Yüksek EQ’ye sahip çalışanlar takım üyeleriyle daha iyi etkileşimlerde bulunabileceği ileri sürülmüştür (Shatali, 2011). Duygusal zekâ, etkili liderliğin önemli

bir bileşeni, strese müdahale aracı, disiplinlerarası takım çalışmasının etkili bir gücü ve yetersiz iletişim için potansiyel bir çözümdür (Littlejohn, 2012). Duygularını yetkin bir şekilde düzenleyebilen bireyler, olumsuz duygusal durumlar üzerinde daha iyi bir kontrol sahibi olurlar ve daha az yüzleşme kaygısı yaşarlar (Jones ve Argentino, 2010).

Ayrıca, liderlik gelişimde duygusal zeka yetenekleri, takım temelli ve paylaşımcı karar alma, işbirliğine dayalı bakım, empati ve insan odaklı iletişimi arttırdığı bulunmuştur (Shane ve Vogt, 2013). Buna karşın okul müdürleri üzerinde yapılan bir çalışmada; ilköğretim okulu müdürlerinin liderlik davranışlarıyla örgüt kültürü arasında istatistiksel olarak orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Yalınkılıç, 2012). Bir başka çalışmada ise çalışanları veya izleyicilerini destekleyen, onları karar verme sürecine katan ve örgütte beklentileri önemseyen ve beklentileri karşılayabilecek görev tanımları ve süreçlerini yaratabilen liderlik tarzlarının bulunduğu örgütlerde, rekabete açık ve rekabet üstünlüğünü elde etmeyi en temel değer olarak benimseyen, yenilikçi ve risk almayı hedef edinmiş, örgütte bir aile ortamı yaratan ve örgütle özdeşleşmeyi kolaylaştıran örgüt kültürü türlerinin daha kolay bir şekilde benimsenebileceği belirtilmiştir (Bakan, 2009).

Yine yapılan bir çalışmada, karizmatik lider özelliklerinin örgüt kültürü ile ilişkilerin pozitif yönde olduğu bulunmuştur (Gül ve Aykanat, 2012). Üniversitelerde yürütülen bir araştırmada da katılımcıların %60'ı kurumlarında bir lider geliştirme programının olmadığını, sadece %3,6'sı yüksek potansiyelli kişilerin kariyer adımlarını yöneten bir program olduğunu belirtmişlerdir (Akar ve Balci, 2016). Yetenek yönetimi ile örgüt kültürünün liderlik davranışları üzerinde aracı rolünün olduğu çalışma da bulunmaktadır (Sadeli, 2012). Çalışmamızda ise liderlik davranışının, yetenek yönetimi ve örgüt kültürü arasındaki ilişkide aracılık etkisi görülmüştür.

V. SONUÇ

Bu çalışmada, sağlık personellerinin örgüt kültürü ile yetenek yönetimi arasındaki ilişkisinde duygusal zekâ liderliğinin ve psikolojik sözleşmenin aracılık rolünün olup olmadığının tespiti amaçlanmıştır. Örgüt kültürü ile yetenek yönetimi arasında pozitif bir ilişki bulunmuş, örgüt kültürü ile yetenek yönetimi arasındaki ilişkide duygusal zekâ liderliğinin aracı rolü tespit edilirken; psikolojik sözleşmenin aracı rolü ise istatistiki açıdan anlamlı çıkmamıştır.

Ayrıca hipotezler ile ilgili değişkenlerin (Psikolojik sözleşme, duygusal zekâ liderliği) aracılık rollerine bakılmıştır. Analizler sonucunda; yetenek yönetimi ile örgüt kültürü arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna bağlı olarak; Hipotez 1 kabul edilmiştir. Diğer hipotez sorgulandığında; örgüt kültürünün, yetenek yönetimi ile olan ilişkisinde duygusal zekâ liderliği kısmi aracılık etkisine sahip olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, duygusal zekâ liderliğinin örgüt kültürü ile yetenek yönetimini kısmen etkilediği söylenebilir. Dolayısıyla Hipotez 2 kabul edilmiştir ve son hipotezde ise psikolojik sözleşmenin, örgüt kültürü ile yetenek yönetimi arasındaki ilişkide aracılık rolüne sahip olmadığı tespit edilmiştir. Sonucunda, psikolojik sözleşmenin örgüt kültürü ile yetenek yönetimi arasındaki ilişkiyi etkilemediği söylenebilir. Dolayısıyla; Hipotez 3 red edilmiştir. Çalışmanın önerilerine değinilecek olursa:

Yapılan iş ile bütünleşme, yeterli düzeyde bilgi paylaşımı olması sebebiyle herkesin istenilen bilgiye ulaşabilmesi, iş planlamada tüm çalışanların karar verme sürecine dâhil edilmesi, takım çalışmasının önemli hale gelmesi, çalışanların kendi amaçları ile işletmenin amaçları arasında ilişkiyi fark etmesi, kendi işlerini planlarken gerekli yetkinin verilmesi, iş görme kapasitelerinin artırılması gibi süreçlerde örgüt kültürünün etkili olduğu belirlendiğinden, yöneticilerin bu konuda daha dikkatli olması önerilmektedir.

Yöneticilerin söylediklerini uygulama, iş görme yöntemlerinde net ve tutarlı değerler sistemi yaratma, anlaşmazlıklarda her bir çalışanın çözüm gayreti göstermesini destekleme ve güçlü bir örgüt kültürü oluşturma da; yöneticilerin örgütün değerler sistemini oluşturmaları ve örgüt kültürünü her kademede benimsetmesi önemlidir. Örgüt kültürü ile yetenek yönetimi arasındaki ilişkide psikolojik

sözleşmenin aracı rolü olmasa da, sözleşmeyi ihlal edecek yönetsel hatalardan kaçınılmalıdır. Bu nedenle işin gereğinden doğan performans standartları belirlenmeli, örgütün imajı çalışanlar tarafından benimsenmelidir.

Örgüt kültürü ve yetenek yönetimi arasındaki ilişkide ise duygusal zekâ liderliğinin aracı etkisi olduğundan; iş yerinde oluşan sorunları çözümlerken ekip arkadaşlarına farklı çözümler hakkında ne hissettiklerini sormak, olumlu bir çalışma ortamı yaratmak, önemli kararlar alırken kurumun değerlerini göz önünde bulundurmak, çalışanların sözsüz duygusal iletişimlerini anlayabilmek bu açıdan yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

Adewale, O. O., & Anthonia, A.A. (2013). Impact of organizational culture on human resource practices: A study of selected Nigerian private universities. *Journal of Competitiveness*, 5(4), 115-133.

Aggarwal, U., & Bhargava, S. (2009). Reviewing the relationship between human resource practices and psychological contract and their impact on employee attitude and behaviours: A conceptual model. *Journal of European Industrial Training*, 33(1), 4-31.

Akar, F., & Balci, A. (2016). Yetenek yönetiminin bazı türk üniversitelerinde uygulanmasına ilişkin öğretim üyesi görüşleri. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 24(2), 955- 974.

Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2008). Emotionally intelligent nurse leadership: A literature review study. *Journal of Nursing Management*, 16, 565-577.

Akhtar, M. N., Bal, M., & Long, L. (2016). Exit, voice, loyalty and neglect reactions to frequency of change, and impact of change: A sensemaking perspective through the lens of psychological contract. *Employee Relations*, 38(4), 536-562.

Alcover, C. M., Rico, R., Turnley, W. H., & Bolino, M. C. (2017). Understanding the changing nature of psychological contracts in 21st century organizations: A multiple-foci exchange relationships approach and proposed framework. *Organizational Psychology Review*, 7(1), 4-35.

Altınöz, M. (2018). Yetenek yönetiminin algılanması üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 39, 83-95.

Arshad, R. (2016). Psychological contract violation and turnover intention: Do cultural values matter? *Journal of Managerial Psychology*, 31(1), 251-264.

Atkinson, C. (2007). Trust and the psychological contract. *Employee Relations*, 29(3), 227-246.

Bakan, İ. (2009). Liderlik tarzları ile örgüt kültürü türleri arasındaki ilişkiler: Bir alan çalışması. *TİSK Akademi*, 1, 138- 172.

Barrett, M., Cox, A., & Woodward, B. (2017). The psychological contract of international volunteers: An exploratory study. *Journal of Global Mobility: The Home of Expatriate Management Research*, 5(2), 123-145.

Bellou, V. (2006). Psychological contract assessment after a major organizational change: The case of mergers and acquisitions. *Employee Relations*, 29(1), 68-88.

Bryman, A., & Cramer, D. (2001). *Quantitative Data Analysis with SPSS 12 and 13; A Guide For Social Scientists*. London and New York: Taylor& Francis Group.

Broek, J., Boselie, P., & Paauwe, J. (2017). Cooperative innovation through a talent management pool: A qualitative study on coopetition in healthcare. *European Management Journal*, 30, 1-10.

Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2006). *Diagnosing and changing organizational culture based on the competing values framework*. United States of America: Jossey-Bass.

Collings, D.G., & Mellahi, K. (2013). Commentary on: "Talent—innate or acquired? Theoretical considerations and their implications for talent management". *Human Resource Management Review*, 23, 322–325.

Corder, E., & Ronnie, L. (2018). The role of the psychological contract in the motivation of nurses. *Leadership in Health Services*, 31(1), 62-76.

Cooke, F. L., Saini, D. S., & Wang, J. (2014). Talent management in China and India: A comparison of management perceptions and human resource practices. *Journal of World Business*, 49, 225–235.

Dabos, G. E., & Rousseau, D. M. (2004). Social interaction patterns shaping employee psychological contracts. *Academy of Management Annual Meeting Proceedings*, 1, 1-6.

Dainty, A. R. J, Raiden, A. B., & Neale, R. H. (2004). Psychological Contract expectations of construction project managers. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 11(1), 33-44.

DelCampo, R. G. (2007). Understanding the psychological contract: A direction for the future". *Management Research News*, 36(6), 432-40.

Denison, D. R., & Mishra, A. K. (1995). Toward a theory of organizational culture and effectiveness. *Organization Science*, 6(2), 204-223.

Editorial: "Towards effective global talent management: The central role of employees"(Editorial). (2016). *Strategic Direction*, 32(2), 5-7.

Eryılmaz, İ. (2017). *Sosyal güç, lider-üye etkileşimi ve iş tatmini ilişkisinde politik yetinin düzenleyici rolü: Bankacılık sektöründe bir araştırma*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.

Farndale, E., Pai, A., Sparrow, P., & Scullion, H. (2014). Balancing individual and organizational goals in global talent management: A mutual-benefits perspective. *Journal of World Business*, 49, 204–214.

Frank, K. A., & Fahrbach, K. (1999). Organization culture as complex system: Balance and information in models of influence and selection. *Organization Science*, 10(3), 253-277.

Ferres, N., & Connell, J. (2004). Emotional intelligence in leaders: An antidote for cynicism towards change? *Strategic Change*, 13, 61–71.

Festing, M., & Schafer, L. (2014). Generational challenges to talent management: A framework for talent retention based on the psychological-contract perspective. *Journal of World Business*, 49, 262–271.

Flaherty, K. E., & Pappas, J. M. (2002). The influence of career stage on job attitudes: Toward a contingency perspective. *The Journal of Personal Selling and Sales Management*, 22(3), 135-143.

Garavan, T. N., Carbery, R., & Rock, A. (2012). Mapping talent development: Definition, scope and architecture. *European Journal of Training and Development*, 36(1), 5-24.

Gelens, J., Dries, N., Hofmans, J., & Pepermans, R. (2013). The role of perceived organizational justice in shaping the outcomes of talent management: A research agenda. *Human Resource Management Review*, 23, 341-353.

Gignac, G. E. (2010). Seven-factor model of emotional intelligence as measured by genos EI: A confirmatory factor analytic investigation based on self- and rater-report data. *European Journal of Psychological Assessment*, 26(4), 309-316.

Gough, O., & Arkani, S. (2011). The impact of the shifting pensions landscape on the psychological contract. *Personnel Review*, 40(2), 173-184.

Gül, H., & Aykanat, Z. (2012). Karizmatik liderlik ve örgüt kültürü ilişkisi üzerine bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 17-36.

Gunkel M., Schlaegel C., & Taras V. (2016). Cultural Values, emotional intelligence, and conflict handling styles: A global study. *Journal of World Business*, 51, 568-585.

Haight, R. C., Kolar, C., Nelson, M. H., Fierke, K. K., Sucher, B. J., & Janke, K. K. (2017). Assessing emotionally intelligent leadership in pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 81(2), 1-9.

Heckemann, B., Schols, J. M. G. A., & Halfens, R. J. G. (2015). A reflective framework to foster emotionally intelligent leadership in nursing. *Journal of Nursing Management*, 23, 744-753.

Hiltrop, J. M. (1996). Managing the changing psychological contract. *Employee Relations*, 18(1), 36-49.

Höglund, M. (2012). Quid pro quo? Examining talent management through the lens of psychological contracts. *Personnel Review*, 41(2), 126-142.

Iles, P., Preece, D., & Chuai, X. (2010). Talent management as a management fashion in HRD: Towards a research agenda. *Human Resource Development International*, 13(2), 125-145.

Ingram, T., & Glod, W. (2016). Talent management in healthcare organizations -qualitative research results. *Procedia Economics and Finance*, 39, 339 -346.

Isabella, L. A. (1988). The effect of career stage on the meaning of key organizational events: Summary. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 345-358.

İlhan, M., & Çetin, B. (2014). LISREL ve AMOS programları kullanılarak gerçekleştirilen yapısal eşitlik modeli (yem) analizlerine ilişkin sonuçların karşılaştırılması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 5(2), 26-42.

Jones, T. L., & Argentino, D. (2010). Nurse-to-nurse hostility, confrontational anxiety, and emotional intelligence: An integral, descriptive pilot study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 25, 233-241.

Keçecioğlu, T. (2017). Yetenek yönetimi felsefesine farklı lenslerle bakabilmek üzerine araştırmalar. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 5(1), 1-20.

Lopes, S. A. (2016). High performers are not superheroes: Bridging exclusive and inclusive talent management approaches for law firm sustainability. *International Journal of the Legal Profession*, 23(2), 207-231.

Lee, J. J., Chaudhry, A., & Tekleab, A. G. (2014). An interactionist perspective on employee performance as a response to psychological contract breach. *Personnel Review*, 43(6), 861-880.

Littlejohn, P. (2012). The missing link: Using emotional intelligence to reduce workplace stress and workplace violence in our nursing and other health care professions. *Journal of Professional Nursing*, 28, 360-368.

Lust, E., & Moore, F. C. (2006). Emotional intelligence instruction in a pharmacy communications course. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70, 1-8.

Mahajan, A. (2019). Relationship of talent management with organizational culture: A discussion paper. *The Indian Journal of Industrial Relations*, 54(3), 471-481.

Maximini, D. (2015) Organizational culture models. Maximini, D. Editor. In: *The scrum culture, introducing agile methods in organizations, management for professionals*. Switzerland: The Springer International Publishing.

Mellahi, K., & Collings, D. G. (2010). The barriers to effective global talent management: The example of corporate elites in mnes. *Journal of World Business*, 45, 143-149.

Mintz, L. J., & Stoller, J. K. (2014). A systematic review of physician leadership and emotional intelligence. *Journal of Graduate Medical Education*, 6, 21-31.

Oehley, A. M. (2007). *The Development and Evaluation of A Partial Talent Management Competency Model*. (Unpublished Mater Thesis). Stellenbosch University, Sout Africa.

Paillé, P. (2015). Perceived organizational support and work outcomes: The mediating role of psychological contract violation. *International Journal of Organizational Analysis*, 23(2), 191-212.

Palmer, B. R., Stough, C., Harmer, R., & Gignac, G. (2009). The genos emotional intelligence inventory: A measure designed specifically for workplace applications. Stough, C., Donald S. H., & Parker, J. D. A. (Eds). *Assessing emotional intelligence* içinde (ss. 103-117). New York: The Springer Series on Human Exceptionality.

Richard, O. C., McMillan-Capehart, A., Bhuian, S. N., & Taylor, E. C. (2009). Antecedents and consequences of psychological contracts: Does organizational culture really matter? *Journal of Business Research*, 62, 818-825.

Rousseau, D. M., & Parks, J. M. (1993). The contracts of individuals and organizations. *Research in Organizational Behaviour*, 15, 1-43.

Rousseau, D. M. (2000). *Psychological contract inventory: Technical report*. (3rd edition). Pittsburgh: PA.

Rousseau, D. M. (2001). The idiosyncratic deal: Flexibility versus fairness? *Organizational Dynamics*, 29(4), 260-273.

Ruestow, J. A. (2008). *The effect of a leader's emotional intelligence on follower job satisfaction and organizational commitment: An exploratory mixed methodology study of emotional intelligence in public human services*. (Unpublished Doctorial Thesis). Capella University, Minnesota.

Sadeli, J. (2012). The influence of leadership, talent management, organizational culture and organizational support on employee engagement. *International Research Journal of Business Studies*, 5(3), 1-21.

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.

Sayers, J. K., Sears, K. L., Kelly, K. M., & Harbke, C. R. (2011). When employees engage in workplace incivility: the interactive effect of psychological contract violation and organizational justice. *Employ Respons Rights*, 23, 269–283.

Schein, E. H. (1996). Culture: The missing concept in organization studies. *Administrative Science Quarterly*, 41(2), 229-240.

Schein, E. H. (1996). Career anchors revisited: Implications for career development in the 21st century. *The Academy of Management Executive*, 10(4), 80-88.

Schein, E. H. (2004). *Organizational culture and leadership*. (3rd edition). USA: Jossey-Bass.

Schiemann, W. A. (2014). From talent management to talent optimization. *Journal of World Business*, 49, 281–288.

Serpa, S. (2016). An overview of the concept of organisational culture. *International Business Management*, 10(1), 51-61.

Shane, P. A., & Vogt, E. (2013). The future of clinical pharmacy: Developing a holistic model. *Pharmacy*, 1, 228–236.

Shatali, D. A. (2011). *Effect of emotional intelligence on leadership behavior a case study on unrwa-gaza health centers*. (Unpublished Master Thesis). Islamic University, Gaza.

Shore, L. M., & Tetrick, L. E. (1994). The psychological contract as an explanatory framework in the employment relationship. *Journal of Organizational Behavior*, 1, 91-109.

Sleiderink, D. E. M. (2012). *Talent Management in Health Care*. (Unpublished Master Thesis). University of Twente, Netherlands.

Sparrow, P., Farndale, E., & Scullion, H. (2013). An empirical study of the role of the corporate HR function in global talent management in professional and financial service firms in the global financial crisis. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(9), 1777-1798.

Sturman, M. C., Trevor, C.O., Boudreau, J. W., & Gerhart, B. (2003). Is it worth it to win the talent war? Evaluating the utility of performance-based pay. *Personnel Psychology*, 56, 997-1035.

Suazo, M. M. (2009). The mediating role of psychological contract violation on the relations between psychological contract breach and work-related attitudes and behaviors. *Journal of Managerial Psychology*, 24(2), 136-160.

Suazo, M. M., & Turnley, W. H. (2010). Perceived organizational support as a mediator of the relations between individual differences and psychological contract breach. *Journal of Managerial Psychology*, 25(6), 620-648.

Swailles, S., & Blackburn, M. (2016). Employee reactions to talent pool membership. *Employee Relations*, 38(1), 112-128.

Tansley, C. (2011). What do we mean by the term “Talent” in talent management? *Industrial and Commercial Training*, 43(5), 266-274.

Tekleab, A. G., & Taylor, M. S. (2003). Aren't there two parties in an employment relationship? Antecedents and consequences of organization-employee agreement on contract obligations and violations. *Journal of Organizational Behavior*, 24(5), 585-608.

Thomas, D. C., Au, K., & Ravlin, E.C. (2003). Cultural variation and the psychological contract. *Journal of Organizational Behavior*, 24 (5), 451-471.

Topçu, M. K. (2015). *Çalışanların kişilik özelliklerinin örgütsel özdeşleşme ve işten ayrılma niyeti üzerine etkisinde psikolojik sözleşme algısının rolü*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Kara Harp Okulu Komutanlığı, Ankara.

Thunnissen, M. (2016). Talent management. *Employee Relations*, 38(1), 57-72.

Türk Dil Kurumu (TDK). *Yetenek tanımı*. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5afca3daed4805 (18.04.2019).

Van Zyl, E. S., Mathafena, R. B., & Ras, J. (2017). The development of a talent management framework for the private sector. *SA Journal of Human Resource Management*, 15, 1-19.

Yaacoub H. S. (2014). *The influence of talent management on the perception of psychological contracts: Analysis between two groups*. (Unpublished Doctorial Thesis), Capella University, Minnesota.

Yahyagil, Y. M. (2004). Denison örgüt kültürü ölçme aracının geçerlilik ve güvenirlik çalışması: Ampirik bir uygulama. *İ.Ü. İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yönetim Dergisi*, 47, 53-76.

Yalınkılıç, D. (2012). *Öğretmen algılarına göre ilköğretim okulu müdürlerinin liderlik davranışları ile örgüt kültürü arasındaki ilişki*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Walk, M., Schinnenburg, H., & Handy, F. (2013). What do talents want? Work expectations in India, China, and Germany. *Zeitschrift für Personalforschung*, 27(3), 251-278.

www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/SD-11-2015-0170. Towards Effective Global Talent Management (02.04.2019)

DERLEME MAKALESİ

SAĞLIK HİZMETLERİNDEN ŞİKÂyetÇİ OLAN BİREYLERİN GENEL PROFİLİ VE ŞİKÂyet NEDENLERİ: TÜRKİYE MERKEZLİ BİR SİSTEMATİK DERLEME

Haydar HOŞGÖR *
Emrah CENGİZ **

ÖZ

Bu çalışmanın amacı sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizliklerini yetkili mercilere şikâyet eden bireylerin genel bir profilini çıkarmak ve şikâyet nedenlerini sistematik olarak incelemektir. Literatürde konuyla ilgili 63 yayına erişilmiş olup, araştırmaya dâhil etme kriterlerine uyan 19 yayın çalışma kapsamında değerlendirilmiştir. 15452 şikâyetçi ve 16489 şikâyet ortalamasına sahip olduğu hesaplanan bu çalışmada; en fazla şikâyet başvurusunda bulunan bireylerin 41 ve üzeri yaş grubuna dâhil, lise mezunu erkek hastalardan oluştuğu sonucuna erişilmiştir. En fazla şikâyet konu olan ana temaların ise sırayla; yönetim, ilişkiler ve klinik olduğu belirlenmiştir. Erişilen sonuçların etkili bir şikâyet yönetimi hususunda sağlık işletmesi yöneticilerine rehberlik edebileceği ve hasta tatminini iyileştirmeye yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık bakanlığı iletişim merkezi, şikâyet yönetimi, hasta hakları, personel-hasta iletişimi, memnuniyetsizlik.

MAKALE HAKKINDA

* Öğretim Görevlisi Dr., Uşak Üniversitesi, haydar.hosgor@usak.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1174-1184>

** Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi, ecengiz@istanbul.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-6524-7563>

Gönderim Tarihi: 28.10.2019

Kabul Tarihi: 19.12.2019

Atıfta Bulunmak İçin:

Hoşgör, H., Cengiz, E. (2020). Sağlık Hizmetlerinden Şikâyetçi Olan Bireylerin Genel Profili ve Şikâyet Nedenleri: Türkiye Merkezli Bir Sistematik Derleme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 191-217

REVIEW ARTICLE

REASONS FOR COMPLAINT AND GENERAL PROFILE OF PERSONS WHO WERE COMPLAINANT FROM HEALTH SERVICES: A SYSTEMATIC REVIEW WITH TURKEY AXIS

Haydar HOŞGÖR *
Emrah CENGİZ **

ABSTRACT

This study aims to reveal a general profile of the complainants and to examine the complaint reasons of persons who applied to authorized units due to their dissatisfactions related to health services. In the literature, 63 publications have been reached and 19 publications that meet the inclusion criteria were evaluated. In this study, which has an average of 15452 complainants and 16489 complaints, it was found that the highest number of complaints was made by male patients, 41 years and older, high school graduates. It was determined that the main themes subject to the most complaints were management, relations and clinical, respectively. It is believed that the achieved results can guide healthcare business managers on effective complaint management and help improve patient satisfaction.

Keywords: The ministry of health communication center, complaint management, patient rights, personal-patient communication, dissatisfaction.

ARTICLE INFO

* Uşak University, haydar.hosgor@usak.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1174-1184>

** İstanbul University, ecengiz@istanbul.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-6524-7563>

Received: 28.10.2019

Accepted: 19.12.2019

Cite This Paper:

Hoşgör, H., Cengiz, E. (2020). Sağlık Hizmetlerinden Şikâyetçi Olan Bireylerin Genel Profili ve Şikâyet Nedenleri: Türkiye Merkezli Bir Sistematik Derleme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1): 191-217

I. GİRİŞ

21. yüzyılın popüler bir özdeyişi halini almış olan her şikâyet bir hediyedir anlayışı, müşteri tatminsizliğine ilişkin değerli geri bildirimler sunması açısından işletmeler için oldukça kıymetlidir (Wofford vd., 2004). Sağlık işletmeleri içinse hastalardan ve/veya onların yakınlarından gelen şikâyetler, sağlık sistemindeki sorunların önemli bir göstergesi (Harrison vd., 2016) olmasının yanı sıra sorunların çözümüne yardımcı olan bir rehber niteliğindedir.

Diğer hizmet sektörlerinden farklı olarak sağlık hizmetleri sektörü yoğun rekabetin yaşandığı, yüksek uzmanlaşma düzeyine sahip farklı meslek gruplarının üst düzeyde orkestrasyonunu gerekli kılan, tam zamanlı hizmetin sunulduğu, üretildiği anda tüketilen/depolanamayan (Tanrıverdi ve Özmen, 2011), ikamesi olmayan ve karşılanmadığı müddetçe şiddetini daha fazla hissettiren (Argan ve Arıcı, 2019), en basit bir hatanın dahi insan yaşamına mal olabileceği, oldukça sofistike ve komplike bir yapıya sahiptir. Bu türden bir yapı içerisinde farklı nitelik ve nicelikteki sağlık hizmet sunucularının yanı sıra sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik düzeyleri farklılık gösteren sağlık hizmet kullanıcılarının mevcut oluşu, sektörün doğasının daha da rekabet odaklı bir hale dönüşümünü hızlandırabilmektedir.

Rekabetle birlikte sağlık kurumu alternatiflerinin artmasına eşlik eden medikal teknolojilerdeki gelişmeler, uzayan ömür süreleri, sağlık okuryazarlığının artması (Javetz ve Stern, 1996), sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen politikalar, hastalık yapılarındaki değişimler, sağlık hizmet tüketicilerinin yükselen eğitim ve farkındalık düzeyleri, kendi sağlık bakımlarına katılan hasta ve ailelerin sayısındaki artış, hastaların karar alma süreçlerinde daha aktif bir rol almayı istemeleri gibi birtakım başat unsurların, sağlık hizmetlerinin kalitesiyle ilgili şikâyetleri önemli ölçüde artırdığı (Siyambalapitiya vd., 2007) bilinmektedir. Bu ise sağlık işletmelerini, hastaların sesine niçin kulak vermeleri gerektiği noktasında eyleme geçmeye, bir diğer ifadeyle, eskisine kıyasla daha fazla hasta-odaklı politikalar uygulamaya ve hizmet alıcıları ile daha güçlü ilişkisel bağlar (yapısal, sosyal, finansal) geliştirmeye mecbur kılmıştır. Hasta ve onların yakınları/bakım verenleri ile uzun dönemli ilişkiler kurma konusunda istekli olan sağlık kurumları için etkili bir şikâyet yönetim sisteminin, hasta sadakatine giden yolda kritik bir rekabet ögesi olduğu ifade edilebilir. Öte yandan Reader ve diğerleri (2014) ise hasta şikâyetlerinin, sağlık bakım organizasyonlarında güvenlikle ilişkili sorunlara değerli bir içgörü kaynağı olduğunun altını çizmektedirler.

Genel anlamda şikâyet; dikkat ve yanıt gerektiren bir tatminsizlik belirtisi olup, mevcut hizmet sunum süreçlerinin kalitesi hakkında işletmelerin hangi düzeyde olduğunu ortaya koyan değerli bir bilgi kaynağıdır (Ebrahimipour vd., 2013). Hasta şikâyetleri, yapılandırılmamış ve hastaların hizmet aldıkları sağlık kurumuna kendi istekleri doğrultusunda ilettikleri bilgiler setidir. Sağlık hizmet kullanıcıları şikâyetinde bulunarak, kendi dillerinde ve koşullarında hastaneye bilgi akışında bulunmuş olurlar ve böylelikle hastane yönetimleri, kurumlarının iyileştirilmeye/geliştirilmeye/revizyona gereksinim duyulan kör noktalarını hastaların perspektifinden görmüş olurlar (Montini vd., 2008). Dolayısıyla hastaların, hizmet almış oldukları kuruma yönelik görüş ve önerilerini, özellikle de şikâyetlerini, üst yönetime veya şikâyet mercilerine özgürce iletebilmeleri desteklenmelidir. Zira Kravitz ve diğerleri (1996)'un da belirttikleri üzere; başta hastalar olmak üzere şikâyetinde bulunan tüm sağlık hizmeti kullanıcıları, önemli bir kalite ölçütü olan hasta tatmini hakkında bireysel ve kurumsal sağlık hizmeti sunucularına kayda değer bilgiler sunmaktadır. Dolayısıyla yoğun rekabet ortamında fiziksel ve finansal sürdürülebilirliğini sağlama gayreti içerisinde olan devlet, özel ve üniversite hastanelerinin, mevcut ve potansiyel hedef kitlesinin talep, öneri ve şikâyetleri hakkında bilgi sahibi olmaları, bunun için de düzenli aralıklarla tatmin ölçümleri yapmaları, şikâyet başvurusunda bulunan memnuniyetsiz hizmet alıcıların genel bir profili hakkında bilgi sahibi olmaları ve proaktif bir şikâyet yönetim sistemi tesis etmeleri önem arz etmektedir. Çalışma kapsamında tüm bu bakış açıları, konuyla ilgili ulusal yazında üretilmiş ve yayınlanmış olan makaleler ekseninde sistematik olarak ele alınmakta ve uluslararası literatür bulguları ile karşılaştırmalı şekilde sunulmaktadır.

1.1. Türkiye’de Hasta Hakları ve Şikâyet Mercileri

Günümüzde bireylerin sahip oldukları hakları ve onları nasıl/ne şekilde kullanacakları hususunda artan bir bilgi ve bilinç düzeyine sahip oldukları bilinmektedir. Sağlık alanındaki bu haklardan biri hasta haklarıdır. Bireylerin yalnızca insan olmaları dolayısıyla sahip oldukları hasta hakları, temel itibarıyla insan haklarının sağlık sektöründe uygulanması (Bostan, 2017) şeklinde ele alınabilir. Bireyin yaşama hakkı ile doğrudan ilişkili olan hasta hakları, kendiliğinden kazanılan ve başkalarına devredilmesi olanaksız haklardandır (Soysal ve Mahanoğlu, 2018).

80’li yıllarda yazına giren hasta hakları, on yıl içerisinde bir ivme kazanarak bilimsel alanda yer almaya, 2000’li yıllarda yasal bir yapı kazanarak sağlık bakım örgütlerinde uygulanmaya ve son yirmi yılda da kurumsal bir kimlik kazanmaya başlamıştır (Bostan, 2017). 1963 yılında yayımlanan Helsinki Deklarasyonu hasta haklarına ilişkin en önemli ilk belge (Taylan ve Baydoğan, 2015) olma özelliğine sahiptir. Hasta haklarıyla ilgili ilk uluslararası bildirme ise Dünya Tabipler Birliği tarafından 1981 yılında yayımlanan Lizbon Bildirgesi’dir. 1994’de yayımlanan Amsterdam Bildirgesi’nde ise hasta hakları biraz daha geliştirilmiştir. Daha sonra bu bildiriler Endonezya’da 1995’de yapılan bir toplantı ile yeniden gözden geçirilerek Bali Bildirgesi adıyla daha kapsamlı bir belge halini getirilmiştir (Kıdak ve Kesinoğlu, 2008). Bu bildirimleri takiben Türkiye dâhil birçok ülke konuyla ilgili kendi yasal mevzuatına uygun şekilde revizyonlara gitmişlerdir.

Hasta haklarının yönetmelik düzeyinde belirlendiği Türkiye’de, Resmi Gazete’de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998, 01 Ağustos) ile hastaların sahip olduğu haklar şunlardır: Sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme; sağlık personeli tanıma, seçme ve değiştirme; öncelik sırasının belirlenmesini isteme; bilgi isteme; mahremiyete saygı gösterilmesi; bilgilerin gizli tutulmasını isteme; sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma; tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım; tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı; ötenazi yasağı; insani değerlere saygı gösterilmesi ve ziyaret; tıbbi özenin gösterilmesi; kayıtları inceleme ve kayıtların düzeltilmesini isteme; aydınlatılmış (bilgilendirilmiş) onamı alınmaksızın tıbbi müdahaleye tabi tutulmama; tedaviyi reddetme ve durdurma; güvenliğin sağlanması; dini vecibelerini yerine getirebilme ve dini hizmetlerden faydalanabilme; refakatçi bulundurma.

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 42. Maddesinde ayrıca; hastanın ve hastayla ilgisi bulunan bireylerin haklarının ihlal edilmesi durumunda, mevzuat çerçevesinde her türlü başvuru, şikâyet ve dava hakkı vardır ibaresi de yer almaktadır. Bir diğer ifadeyle Hasta Hakları Yönetmeliği ile bireylerin şikâyet ve dava etme hakları da koruma altına alınmış bulunmaktadır. Dolayısıyla sağlıkta politika yapımcıları tarafından, sağlık hizmetlerinden memnun kalmayan hasta ve/veya onların yakınları için, bu memnuniyetsizliklerini şikâyet edebilecekleri birtakım başvuru mercileri tesis edilmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı’nın, kendisine sunulan sağlık hizmetlerinden memnun kalmayan vatandaşların şikâyet başvurusunda bulunabilmeleri veya taleplerini, görüş-önerilerini ve teşekkürlerini iletebilmeleri için sunmuş olduğu alternatifler şu şekilde sıralanabilir (Namal, 2012; Aydemir ve Öngören, 2013):

- 184 nolu SABİM hattını aramak
- Hastanelerdeki Hasta Hakları Birimi’ne başvurmak ve/veya dilek-şikâyet kutularından faydalanmak
- Başbakanlık İletişim Merkezi’ne (BİMER) başvurmak
- İl Sağlık Müdürlüklerine, Valilik veya Kaymakamlık makamlarına müracaat etmek
- İl ve ilçe insan hakları şikâyet kutularını kullanmak
- İlgili hastanelere posta, e-mail veya web sitesi üzerinden başvuruda bulunmak
- Sağlık Bakanlığı web sayfası üzerinden bildirim yapmak
- Başhekimliklere ve/veya Hastane Hasta Hakları Birimleri’ne bizzat yazılı şikâyet dilekçesi vererek başvuru yapmak.

Bu mercilerden en önemlisi 01.01.2004 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmuş e-sağlık girişimlerinden birisi olan Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) olup, temel amacı sağlıkla ilgili

konularda şikâyetleri tek merkezden toplayıp çözüme kavuşturmak ve şikâyetlerin muhataplarına konuyla ilgili geri bildirimler sunmaktır (Bostan ve Güran, 2015). SABİM'e erişmek isteyen vatandaşlar; doğrudan Bakanlığın kurduğu merkez binaya başvurabildikleri gibi, faks ve internet üzerinden veya 184 nolu çağrı merkezini arayarak şikâyetlerini, görüş-önerilerini bildirebilmekte, merak ettikleri hususlar hakkında bu merkezden bilgi alabilmektedirler (Asri vd., 2011). SABİM'in resmi web sitesi ziyaret edildiğinde, bugüne kadar merkeze toplam kaç başvuru yapıldığı ve bunların bilgi alma ve şikâyet konularındaki oranlarına ilişkin herhangi bir veriye erişilemezken, Türkiye'de yayımlanan gazete haberlerinde (Sözcü, 2019) ve sağlıkla ilgili haberlerin yer aldığı web sitelerinde (Medimagazin, 2019); 15 yıl içerisinde SABİM üzerinden 25 milyon başvuru yapıldığı, bunların %50'sinin bilgi amaçlı, %22'sinin hastane randevusuyla ilgili, %21'inin şikâyet, %4'ünün talep, %2'sinin acil yardım talebi ve %1'inin ise teşekkür olduğu bilgisine yer verilmiştir. Ayrıca 2017 sonu itibarıyla SABİM'e toplam 4.304.734 başvuru gerçekleştiği (T.C. Sağlık Bakanlığı [SB], 2017) rapor edilmiştir.

Alternatif olarak Sağlık Bakanlığı'nın sosyal medya hesapları (@sagliklicozum) üzerinden de erişim sağlanabildiği gibi, internet üzerinden çevrim içi şikâyet bildirimine imkân tanıyan web siteleri ve portallar da mevcuttur. Türkiye'ye hizmet veren dünyanın ilk ve en büyük şikâyet platformu olan sikayetvar.com bunlardan birisidir. Dr. Ömer Deveci tarafından 2001 yılında kurulan ve günde ortalama 4.500 şikâyetin yazıldığı bu portal; 4,1 milyondan fazla bireysel üyeye, 7,8 milyondan fazla toplam şikâyet sayısına ve %62 cevaplanma oranına sahiptir. Her türden marka ve hizmet hakkında şikâyetlerin yer aldığı bu portalda sağlık kurum ve kuruluşlarıyla ilgili şikâyetler ile hastanelerin marka karneleri (memnuniyet düzeyi, teşekkür oranı) hakkında veriler de yer almaktadır.

1.2. Kavramsal Çerçeve

Gerek bölgesel sağlık hizmeti sunucularının gerekse de ulusal sağlık politikalarının yaygın bir şekilde hasta/hasta yakını şikâyetlerini azaltma arzusunda olmalarına rağmen, sağlık hizmet kullanıcılarının neden şikâyet edip hangi faktörlerden muzdarip olduklarına ilişkin bilgi ve bulguların yetersiz olduğu dikkat çekmektedir. Konuyla ilgili olarak Murff (2006); yayınlanan çalışmaların, hizmet sunucu-hizmet alıcı iletişiminin hasta şikâyetleri üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu ve daha iyi düzeyde iletişim becerisine sahip olan sağlık kurumlarının daha az şikâyete maruz kaldığını belirtmektedir.

Sağlık hizmet tüketicilerinin memnuniyetsizlik kaynaklarını oluşturan şikâyet nedenlerini Türkiye örneğinde sistematik olarak inceleyen bu çalışmada, mevcut durumun uluslararası alan yazındaki yansımalarının ne yönde olduğunun bilinmesi, göreceli de olsa ulusal-uluslararası bir karşılaştırma yapabilmeye olanak vermesi için önemli olabilir. Bu bağlamda, sağlık hizmet kullanıcılarının şikâyetlerinde hangi faktörlerin daha etkili ve önemli olduğu uluslararası ekseninde ele alınmakta ve Tablo 1'de özetlenmektedir.

Tablo 1. Uluslararası Literatürde Sağlık Hizmet Alıcılarının Şikâyet Nedenleri

Yazar (Yıl)	Ülke	Şikâyetlerin Kapsandığı Süre	Şikâyet Sayısı (n)	Önemli Bulgular
Kline vd. (2008)	Kanada	2005	586	En fazla şikâyet edilen konularının sırayla; <i>hizmet kalitesi, bekleme süresi, personel davranışları, finansal konular, iletişim, taburculuk süreç ve prosedürleri, konaklama hizmetleri ve ekipman, güvenlik/komplikasyon ve istismar olduğu</i> raporlanmıştır.
Van Den Berg vd. (2019)	Hollanda	Ocak 2010- Aralık 2018	94	Ana tema açısından şikâyet dağılımlarının; Klinik (%56,4), <i>İlişkiler</i> (%23,4) ve <i>Yönetim</i> (%20,2) olduğu saptanmıştır. Aynı taksonominin alt kategorileri açısından en fazla şikâyet nedenlerinin sırayla; <i>hastanın yönlendirilmesi/takibi, hizmet alım süreçlerinin uzaması kaynaklı gecikmeler, iletişim sorunları, tanılama hataları, bakım kalitesi, hasta güvenliği vakaları ve tedavi olduğu</i> sonucuna varılmıştır.
Mann vd. (2012)	İngiltere	1 Ocak-31 Aralık 2009	360	Şikâyetlerin %31'inin <i>klinik</i> , %19'unun <i>iletişim</i> , %8'inin <i>kurumsal çevre/ortam</i> , %6'sının ise <i>kötü taburculuk planları</i> ile ilgili olduğu tespit edilmiştir. Şikâyetlerin %83'ü telefon görüşmesi veya yanıt mektubuyla çözülmüşken, %13'ü ise yüz yüze konuşmayla çözümlenmiştir.
Haroutinian vd. (2018)	Fransa	2009-2012	85	<i>İletişim, hastanede kalış süresi, tanı hataları, konfor ve mahremiyet sorunları, ağrı yönetimi, bakımda gecikme ve faturalandırma</i> ile ilgili faktörlerin sırasıyla en önemli şikâyetler olduğu görülmüştür. Ayrıca şikâyet vakalarının %98'inde anlaşmazlıkların özür ve açıklamalar ile çözüldüğü, yalnızca 3 vakanın ekonomik tazminatla sonuçlandığı raporlanmıştır.
Pfeil vd. (2018)	İsviçre	2009-2014	156	En önemli şikâyet nedenlerinin; <i>kurumsal ve lojistikle ilgili sorunlar</i> (%39), <i>bakım standartlarındaki eksiklikler</i> (%31,4) ve <i>iletişim/ilişkisel bağlar</i> (%29,6) ile ilgili olduğu sonucuna varılmıştır. Şikâyetlerin yalnızca %1'i yıkıcı sonuçları olan durumlarla ilgiliyken, çoğunluğu yazılı özür veya açıklamalar ile çözüme kavuşturulmuştur.
Bouwman vd. (2016)	Hollanda	Ağustos-Kasım 2012	364	İlgili şikâyetlerin taksonomik gruplandırması incelendiğinde; <i>Klinik</i> (%51), <i>Yönetim</i> (%47) ve <i>İlişkiler</i> (%42) ana temalarına ait olduğu tespit edilmiştir.
Salazar ve diğeleri (2018)	Amerika	1999-2012	200	Sırasıyla, en önemli şikâyet nedenlerinin; <i>bakım kalitesi, güvenlik olayı, iletişim, yetkinlik ve idare, erteleme/gecikme, hasta deneyimleri, erişim ve yatış prosedürleri, saygı-onur ve bakım, hasta-personel diyalogu, hizmete ilişkin konular, ilaç ve tanı koyma hataları, fiziksel çevre/altyapı olduğu</i> ortaya konulmuştur.
Ebrahimipour ve diğeleri (2013)	İran	Mart-Aralık 2012	223	Sırasıyla, en önemli şikâyet nedenlerinin; <i>sağlık personeline erişim</i> (%21,5), <i>iletişim becerileri</i> (%20,1), <i>sunulan bakımdan memnuniyetsizlik</i> (%14,6) olduğu ortaya konulmuştur. Şikâyetlerin %13,3'ü ilk başvuru noktasında çözümlenmişken, %83,2'si hasta hakları komitesine, %3,4'ü ise yasal makamlara sevk edilmiştir. Şikâyetlerin ortalama cevaplanma süresinin 6-7 gün arasında değiştiği hesaplanmıştır.
Wong vd. (2007)	Singapur	2002- 2003	223	Üç kategori altında sınıflandırılan şikâyetler; <i>kurumsal ve lojistik</i> (%49,8), <i>iletişim</i> (%26) ve <i>bakım standartları</i> (%22,9) şeklindedir. İlk kategoride en fazla şikâyet nedeni <i>bekleme süreleri</i> , ikincisinde <i>personel tutumları</i> , bir diğerinde ise <i>yetersiz/uygun olmayan tedavilerdir</i> . Vakaların %83,9'unun bir özür/açıklama ile sonuca bağlandığı rapor edilmiştir.
Mack vd. (2017)	Amerika	2013-2014	266	Sırasıyla, en önemli şikâyet nedenleri şunlardır: <i>Zamanlama/hizmete erişim, hekimler, tıbbi hizmetler, hemşireler, finans ve faturalama, tıbbi olmayan hizmetler, yönetim konuları, bilgi teknolojileri, araştırma ve diğer sağlık çalışanları</i> . Şikâyetlerin %20'si yüksek ciddiye düzeyinde sınıflandırılırken, %57'sinin kalite-güvenlikle ilgili olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1. Uluslararası Literatürde Sağlık Hizmet Alıcılarının Şikâyet Nedenleri-Devamı

Yazar (Yıl)	Ülke	Şikâyetlerin Kapsandığı Süre	Şikâyet Sayısı	Önemli Bulgular
Kroening vd. (2015)	İngiltere	2011-2012	52	En önemli şikâyet nedenlerinin sırayla; <i>personel tutumu, tanı/teşhis sorunları, tedavideki gecikmeler, yönetsel sorunlar, hemşirelik bakım standartları, bakımın sunulduğu fiziksel çevre, klinik akıbetler ve bakım koordinasyonundaki eksiklikler</i> olduğu ortaya konulmuştur.
Mattarozzi vd. (2017)	İtalya	2009-2011	1.235	1.235 şikâyetin yanı sıra 1.536 övgü/teşekkürün de yer aldığı çalışmada taksonomik açıdan şikâyetlerin; <i>Yönetim</i> (%68,1), <i>İlişkiler</i> (%52,8) ve <i>Klinik</i> (%36,8) ana temalarında gruplandığı rapor edilmiştir. Övgüler bağlamında ise bu sıralamanın; <i>İlişkiler</i> (%89), <i>Klinik</i> (%87,8) ve <i>Yönetim</i> (%18,7) olduğu belirlenmiştir.
Daniel vd. (1999)	Avustralya	Şubat 1996- Ağustos 1997	290	%64 ile <i>klinik bakımın</i> (yetkin olmama/ihtmal, yanlış/eksik tanı, istenmeyen sonuçlar, hijyen eksikliği), %22 ile <i>zayıf/yetersiz iletişimin</i> (düşüncesizlik/kabalık, olumsuz iletişim, önyargı) ve %14 ile <i>ahlaki olarak profesyonel olmayan davranışların</i> (fiziksel ve cinsel istismar, tedaviyi reddetme, sahtekarlık, güven ihlali) en sık yakınılan şikâyetler olduğu belirlenmiştir. Şikâyetlerin %37'sinin reddedildiği ve çoğu şikâyetçinin sonuçtan memnun kalmadığı raporlandırılmıştır.
Skälén vd. (2016)	İsveç	Ocak- Ağustos 2011	618	En fazla şikâyete konu olan sebeplerin; <i>sağlık/tıbbi tedaviye ilişkin sorunlar</i> (%59,1), <i>hastane ve onun işleyiş kurallarına dair yakınmalar/hizmet kaynaklı sorunlar</i> (%36,7) ve <i>tutum/iletişim ile ilgili noksanlıklar</i> (%34,6) olduğu ortaya konulmuştur.
Wei vd. (2018)	Çin	2016-2017	821	Sırasıyla, en önemli şikâyet nedenlerinin; <i>sağlık personelinin umursamaz tutumları, tedavi kalitesi ve mesleki beceriden/yetenlikten memnuniyetsizlik, iletişim sorunları, bakım süreçleri ve ücretler-faturalandırma</i> olduğu saptanmıştır.
Anderson vd. (2001)	Avustralya	1998-2000	1.308	<i>İletişim, tedavi, sağlık hizmetlerine erişim, fiziksel çevre, otelcilik hizmetleri ve hasta hak ihlalleri iddiası/mahremiyet</i> gibi konuların sırasıyla en fazla şikâyet nedeni oluşturduğu tespit edilmiştir. Vakaların %97'sinin bir özür/açıklama ile sonuca bağlandığı belirtilmiştir.
Wofford vd. (2004)	Amerika	Mart 1999- Ocak 2000	222	Hasta ve onların yakınları tarafından en sık bildirilen şikâyetlerin; <i>sağlık personelinin saygısız-kaba-umursamaz ve duyarsız tutumları, hasta ile hekimin bakım beklentileri konusundaki uyumsuzlukları, yetersiz ve yanlış bilgilendirme, kanserin zamanında teşhis edilememesi gibi güven kaynaklı sorunlar, disiplinler arası yanlış/uygunsuz iletişim, hekimin ofisi veya hastane aranıldığında telefonlara cevap verilmemesi, randevu alma sorunları ve hekimleri denetleyecek bir mekanizmanın yokluğu/eksikliği iddiaları</i> olduğu saptanmıştır.
Moghadam vd. (2010)	İran	Mart-Ağustos 2008	1.642	En fazla muzdarip olunan ve şikâyet edilen sorunların; <i>başvuru ve yatış prosedürleri</i> (%34,7), <i>iletişim</i> (%34,1), <i>bekleme süreleri</i> (%13,8), <i>gecikme/erteleme</i> (%6,8), <i>klinik bakım standartlarının ihmal edilmesi</i> (%4,1) ile ilgili olduğu görülmüştür. Şikâyetlerin %90'ından fazlası bir açıklama ya da özür ile çözülmüştür. %2,1'i süreç ya da prosedürlerde bir değişikliğe sebep olmuşken, %4,8'i ise reddedilmiştir.
Veneau ve Chariot (2013)	Fransa	2007	115	<i>İletişim, tıbbi bakım kalitesi, gecikme kaynaklı beklentiler ve faturalandırma</i> konularının en fazla şikâyete sebep olan hususlar olduğu tespit edilmiştir. Şikâyet başvurusunda bulunan bireylerin, başvuru sonucunda bir şeylerin değişmesini, fatura tutarlarında bir düşüş olmasını ve bunlarla ilgili kendilerine bir açıklama yapılmasını istedikleri sonucuna varılmıştır. Şikâyetlerin cevaplanma süresi 23 gün (medyan) olarak hesaplanmıştır.
Schwartz ve Overton (1987)	Amerika	1985	244	Hastalar tarafından en çok muzdarip olunan sorunların sırayla; <i>finans ve faturalama, hekim-hemşire kaynaklı davranışlar (kötü-kaba-uygunsuz tutum, olumsuz iletişim, hastaların önemsenmemesi)</i> ve <i>diğer (uzun bekleme süreleri, hizmette gecikme, taburculuk sonrası monitörlerin kaldırılmaması gibi)</i> şikâyetlerden oluştuğu tespit edilmiştir.
Taylor vd. (2002)	Avustralya	1996-2001	3.418	Mevcut şikâyetlerin %33,4'ü <i>tedavi (yetersiz tedavi ve tanı)</i> , %31,6'sı <i>iletişim (personelin olumsuz tavır ve tutumları, nezaketsizlik, kabalık)</i> , %11,9'u <i>tedavideki gecikme</i> ile ilgilidir. Şikâyetlerin %73,6'sının memnuniyetle (açıklama ve özür) sonuçlandığı, yalnızca %1,7'sinin politika ve prosedür değişikliği ile sonuçlandığı bildirilmiştir.
Gillespie ve Reader (2018)	İngiltere	1 Nisan 2011-31 Mart 2012	1.100	En fazla şikâyetin <i>Yönetim</i> (%34) temasına ait olduğu, <i>Klinik</i> ve <i>İlişkiler</i> temalarına ait şikâyet oranlarının ise eşit düzeyde (%32) hesaplandığı saptanmıştır.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Çalışmanın Amacı, Önemi ve Araştırma Soruları

Bu çalışmanın amacı; sağlık hizmeti kullanıcılarının şikâyet nedenleriyle ilgili yapılmış ve yayınlanmış olan çalışmaların gözden geçirilmesini ve bu yolla elde edilen verilerin içerik ve sistematik açıdan değerlendirilmesini içermektedir. Mevcut literatürün tarandığı kadarıyla, bugüne kadar ilgili konunun sistematik olarak ele alınıp ulusal çapta incelendiği herhangi bir yayına erişilememiş olması, çalışmanın özgünlüğüne ve sağlık yönetimi yazınındaki boşluğa katkı sunabileceğine işaret etmektedir. Ayrıca hasta şikâyetleri konusunun hizmet kalitesi ve hasta tatmin ile yakından ilintili olduğu göz önünde bulundurulduğunda, elde edilen bulguların profesyonel sağlık yöneticilerine hangi kritik unsurlara odaklanmaları gerektiği noktasında rehberlik edebileceği öngörülebilir. Bu amaç doğrultusunda yanıt aranan araştırma soruları (as) şunlardır:

- As-1. En fazla çalışmanın yayınlandığı yıl aralıkları (2010-2014; 2015-2019) ve yayın dili nedir?
- As-2. En fazla şikâyet başvurusunda bulunan bireylerin cinsiyeti, yaş aralıkları ve eğitim düzeyleri nedir?
- As-3. Şikâyet başvurusunda bulun an örneklem grubu kimlerden oluşmaktadır ve dağılımları nasıldır?
- As-4. İncelenen yayınlardaki örneklemelerin toplam, minimum, maksimum sayıları ve ortalamaları kaçtır?
- As-5. Şikâyet araştırmasının yapıldığı hastane türlerinin dağılımı nasıldır?
- As-6. En fazla şikâyet başvurusunun incelendiği retrospektif zaman aralığı (yıl) ve şikâyet edilen meslek grubu nedir?
- As-7. En fazla araştırmanın yapıldığı bölge ve şikâyet başvurusunun yapıldığı yetkili birim nedir?
- As-8. İncelenen şikâyetlerin toplam, minimum, maksimum ve ortalama sayıları ile şikâyet sıklıkları (%0) kaçtır?
- As-9. İncelenen şikâyet sonuçlarına göre hasta hakları ihlali iddialarının mevcut durum dağılımı nasıldır?
- As-10. Sistematik olarak değerlendirilen yayınların, kullanılan şikâyet taksonomisine göre Ana Tema açısından dağılımları nasıldır?
- As-10.1. Sistematik olarak değerlendirilen yayınların, kullanılan şikâyet taksonomisine göre Kategoriler açısından dağılımları nasıldır?
- As-10.2. Sistematik olarak değerlendirilen yayınların, kullanılan şikâyet taksonomisine göre Alt Kategoriler açısından dağılımları nasıldır?

Sistematik gözden geçirmeye tabi tutulan çalışmalar kapsamında bu araştırma sorularına yanıt aranması, Türkiye’de konuyla ilgili gerçekleştirilmiş olan çalışmaların yayın özellikleri ve şikâyetçi karakteristikleri (genel profili) ile sağlık hizmet kullanıcılarının şikâyetçi oldukları sorunların nelerden oluştuğu hakkında genel bir fikir oluşumuna katkı sunacaktır.

2.2. Çalışmanın Yöntemi

Konu hakkındaki çalışmaların retrospektif olarak taranması şeklinde yürütülen çalışmada Google Akademik (Scholar), Ulakbim, Science Direct ve PubMed veri tabanları kullanılmıştır. Bunun yanı sıra sistematik derlemeye dâhil edilmiş yayınların referans listeleri de kontrol edilerek, olası dâhil edememe sorunları en aza indirgenmeye çalışılmıştır. Tarama işlemleri için hasta şikâyetleri (patient complaints), hastane şikâyetleri (hospital complaints), hasta hakları (patient rights), başvuru (application), hemşire (nurse), hekim (physician), personel-hasta iletişimi (staff-patient communication), memnuniyetsizlik (dissatisfaction) anahtar kelimeleri farklı kombinasyonlar (AND/OR VE/VEYA) yapılarak kullanılmıştır. Yaklaşık 10 yıllık bir periyotta (Ocak 2010-Temmuz 2019) Hasta Hakları Birimi ve SABİM gibi ulusal şikâyet veri tabanları ile sikayetvar.com gibi e-şikâyet portallarından faydalanarak gerçekleştirilmiş çalışmalar kapsama alınmıştır. Yayınların araştırma tasarımı hususunda herhangi bir sınırlandırma getirilmemiştir. Gri literatür kapsamında

değerlendirilen tez çalışmaları ve kongrelerde sunulmuş olan poster/sözel bildiriler bazı temel bilgilerin (yazar, yayınlanma yılı, yayıncı kurum gibi) eksik/belirsiz olması dolayısıyla çalışma kapsamına alınmamıştır.

2.3. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Değerlendirmeye alınan çalışmalar için kullanılan dâhil etme kriterleri;

- 2010-2019 yılları arasında ulusal veya uluslararası dergilerde yayımlanmış makale olması,
- Şikâyet veri tabanları kullanılarak gerçekleştirilen nitel veya nicel tanımlayıcı çalışmalar olması,
- Geleneksel derleme, sistematik derleme veya meta-analiz türlerinde olmaması,
- Şikâyet başvurularının hasta veya diğerleri (hasta yakını, bakım vereni vb.) tarafından yapılmış olması ve makalelerde şikâyet nedenlerinin raporlanmış olması,
- Çalışmaların yalnızca Türkiye örneklemini kapsamaması,
- Hasta veya sağlık çalışanlarının hasta hakları hakkındaki algılarını içermemesi,
- Yayın dillerinin Türkçe veya İngilizce olması, şeklindedir.

2.4. Çalışmanın Yürütülmesi

Mevcut alan yazının taranması neticesinde ilk etapta konuyla ilgili 63 yayına erişilmiş olmasına rağmen, bunlar arasından yalnızca çalışmaya dâhil edilme kriterlerini tam olarak karşılayan 19 yayın çalışma kapsamında sistematik olarak gözden geçirilmiştir. Dâhil edilmeyen çalışmaların yarısı (n:4) makale türünde olmadığı için, kalan diğer yarısı (n:4) ise hasta haklarına yönelik algıyı/tutumu ölçmeye yönelik olduğu ve dolayısıyla herhangi bir şikâyet nedeni içermediği için çalışmadan dışlanmıştır. Sistematik derlemedeki çalışmaların seçim süreci Şekil 1’de sunulmuştur.

2.5. Değerlendirme Yöntemi

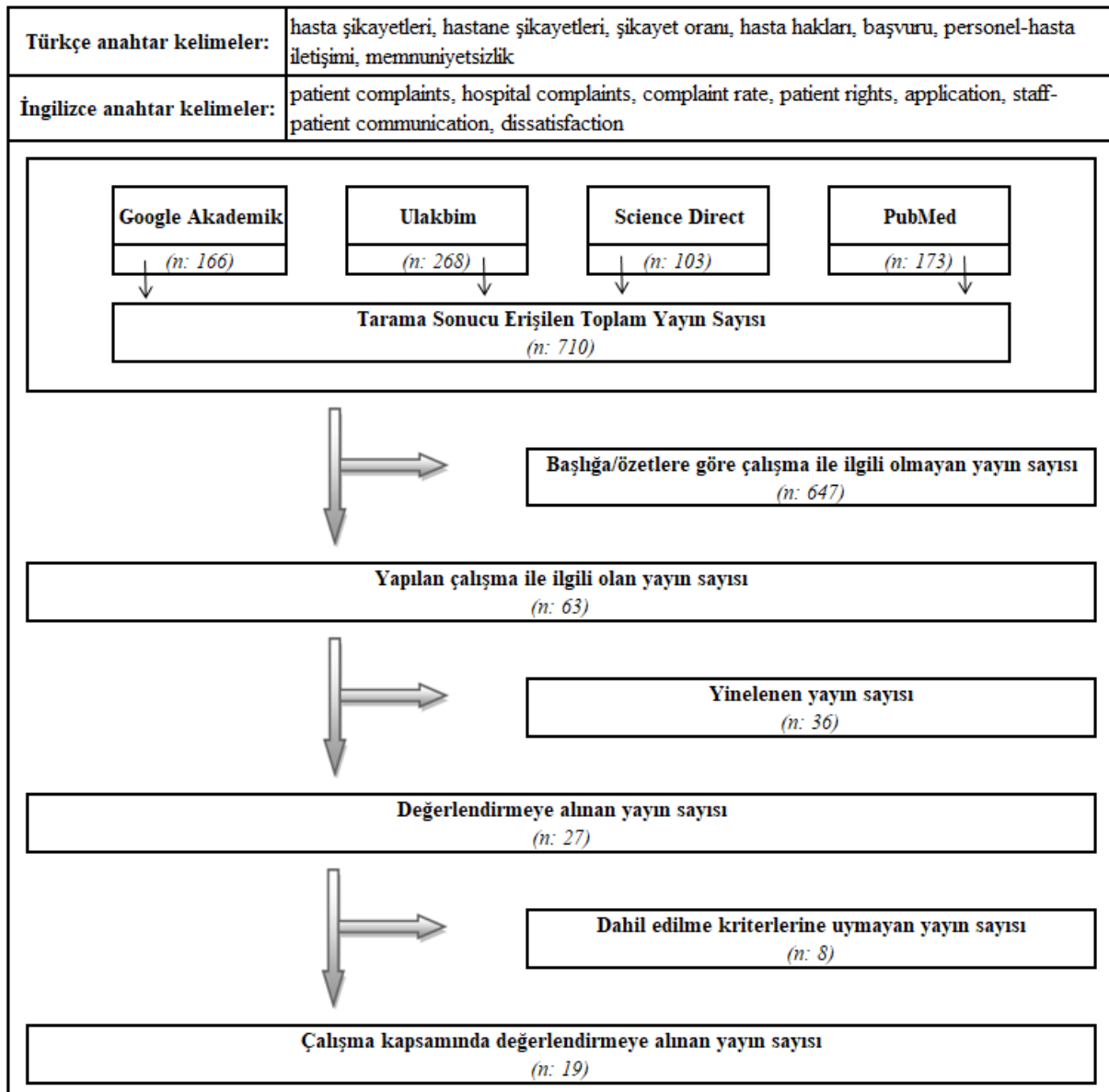
Çalışma kapsamında değerlendirilen 19 yayın, araştırmacılar arasındaki güvenilirliğin sağlanması adına, araştırmacılar tarafından tarama sonrası erişilen toplam yayın sayısının %10’u (n:71) rastgele seçilip, çalışmaya dâhil edilme kriterleri açısından yeniden incelenmiş ve %100’lük bir uyum olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırmanın kontrol edilmesinde PRISMA Kontrol Listesi (Moher vd., 2009) kullanılmış olup protokol kaydı oluşturulmamıştır. PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), sistematik derleme çalışmalarında incelenen kavramların ve uygulamaların ele alınmasını sağlamaktadır. Bunun yanı sıra, yazarların, makale seçimi için bir akış şeması ile birlikte başlık, özet, giriş, gereç-yöntem, sonuçlar, tartışma ve finansman kriterlerini içeren 27 maddelik bir kontrol listesi aracılığıyla sistematik derleme ve meta-analiz raporlamasını sağlamaktadır (Korhan vd., 2019). Sistematik derlemeye dâhil edilen çalışmaların yayın kalitesini değerlendirmek için Özcan ve Bilgin (2011)’in çalışmasında kullanılan 12 değerlendirme kriterinden (amaç, yöntem, örneklem, bulgu, tartışma, sonuç, sınırlılıklar) faydalanılmıştır. Her bir ölçüt araştırmacılar tarafından ayrı ayrı değerlendirilmiş, her bir maddeyi karşılama durumunda 1 puan, kısmen karşıladığı durumda 0,5 puan, hiç karşılamadığı durumda ise 0 puan değeri verilmiştir. Buradan hareketle, araştırma sorularının yanıtlanması için bir standart oluşturulmuş ve Tablo 4’de sunulmuştur.

2.6. Verilerin Analizi

Çalışmaya dâhil edilen yayınlara ilişkin araştırma sorularına yanıtların aranmasında içerik analizi yönteminden faydalanılmıştır. İçerik analizi; metin içerisinde tanımlanan belirli sembol veya karakterlerden tarafsız ve sistematik sonuçlar çıkarmak amacıyla kullanılan bir araştırma yöntemidir (Koçak ve Arun, 2006). Bu doğrultuda ilgili yayınların her birisinde geçen şikâyet nedenleri ve yayınların genel nitelikleri Microsoft Excel’e işlenmiş ve şikâyetlerin tema ve kodlarına göre kategorilendirilmesinde Reader ve diğerleri (2014)’un şikâyet taksonomisi kullanılmıştır. Bu taksonomi; klinik, yönetim ve ilişkiler olmak üzere üç ana temadan oluşmaktadır. Klinik teması

altında iki kategori (kalite, hasta güvenliği), yönetim teması altında iki kategori (kurumsal sorunlar, zamanlama ve erişim), ilişkiler ana teması altında ise üç kategori (iletişim, insaniyet/ilgi, hasta hakları) yer almaktadır. Her üç ana tema ve onlara bağlı yedi kategori altındaysa toplam 26 alt kategori bulunmaktadır. Excel'e işlenen veriler SPSS V.21 programına aktarılarak, yayınların ve şikayet nedenlerinin frekans, % ve makalede geçme oranları hesaplanmıştır. Araştırmacılar tarafından yapılan makale kalitesi değerlendirmesi sonucunda puanlayıcılar arasındaki uyumun güvenilirliğini saptamak amacıyla SPSS vasıtasıyla Kappa değeri hesaplanmış ve tüm maddelerin toplamı için 0,888'lik bir Kappa değeri olduğu saptanmıştır. Araştırmacıların yaptığı değerlendirme sonucunda en yüksek yayın kalite skorunun 11, en düşüğün ise 7,25 olduğu hesaplanmıştır. Dolayısıyla araştırmacılar arasındaki derecelendirme uyumunun yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Şekil 1. Sistematik Derleme Çalışmalarının Seçim Süreci



III. BULGULAR

Sistematik derlemeye dâhil edilen çalışmalar itibarıyla, ileri sürülen araştırma sorularının yanıtları Tablo 2’de özetlenmiştir. Buna göre; en fazla yayının üretildiği yıl aralıklarının ilk beş yılı kapsayan 2010-2014 (f:10; %52,6) olduğu, yayın dilinin ise Türkçe (f:13; %68,4) olduğu görülmektedir (As-1). En fazla şikâyet başvurusunda bulunan bireylerin erkek (f: 9; %47,4), en az 41 yaşında (f:5; %26,2) ve lise mezunu (f:4; %21,1) olduğu belirlenmiştir (As-2).

Şikâyet başvurusunda bulunan örneklem grubunun %52,6’sının (f:10) hastalardan, %47,4’ünün (f:9) ise hasta ve onların yakınlarından meydana geldiği saptanmıştır (As-3).Sistematik derlemeye dâhil edilen yayınların %63,2’sinin (f:12) en çok 1.000 örneklem sayısına sahip olduğu, toplam örneklem sayısının 293.587, minimum 21, maksimum 206.175, ortalama 15.452 örnekleme sahip olduğu hesaplanmıştır (As-4).

Tablo 2. İncelenen Yayın İçeriklerinin Tanımlayıcı Nitelikleri

Yayın Yılları	f	%	Araştırma Bölgeleri	f	%
2010-2014	10	52,6	Türkiye Geneli	3	15,8
2015-2019	9	47,4	Ege	2	10,5
Yayın Dilleri	f	%	Marmara	4	21,1
Türkçe	13	68,4	İç Anadolu	5	26,3
İngilizce	6	31,6	Akdeniz	1	5,3
Şikâyet Bulunanların Cinsiyeti	f	%	Karadeniz	1	5,3
Erkek	9	47,4	Güneydoğu Anadolu	2	10,5
Kadın	6	31,6	Bilgi yok	1	5,3
Bilgi Yok	4	21,0	Şikâyet Başvuru Birimleri	f	%
Şikâyet Bulunanların Yaş Aralıkları	f	%	Hasta Hakları Birimi	8	42,1
18-44	1	5,3	Hasta Hakları Şube Müdürlüğü	1	5,3
25-44	1	5,3	SABİM	2	10,5
21-40	2	10,5	Dilek-Şikâyet Kutuları	1	5,3
26-35	1	5,3	www.sikayetvar.com	2	10,5
30-39	1	5,3	Diğer (Çoklu başvuru birimi)	5	26,3
41 ve üzeri	5	26,2	Şikâyet Sonuçları	f	%
Bilgi Yok	8	42,1	Hasta Hak İhlali Var	1	5,3
Şikâyet Bulunanların Eğitim Düzeyi	f	%	Hasta Hak İhlali Yok	8	42,1
İlköğretim	2	10,5	Bilgi Yok	10	52,6
Lise	4	21,1	İncelenen Şikâyet Sayısı	f	%
Üniversite	3	15,8	≤ 1.000	12	63,2
Bilgi Yok	10	52,6	≥ 1.001	7	36,8
Şikâyetlerin Retrospektif Kapsamı	f	%	Toplam		313.283
< 1-3 yıl	10	52,6	Minimum		21
≥ 3 yıl	9	47,4	Maksimum		218.186
En Fazla Şikâyet Edilen Meslek	f	%	Ortalama		16.489
Hekim	15	79,0	İncelenen Örneklem Sayısı	f	%
Bilgi Yok	4	21,0	≤ 1.000	12	63,2
Örneklem Grubu	f	%	≥ 1.001	6	31,6
Hasta	10	52,6	Bilgi Yok	1	5,3
Hasta ve Hasta Yakını	9	47,4	Toplam		293.587
Hastane Türü	f	%	Minimum		21
Devlet	8	42,1	Maksimum		206.175
Özel	2	10,5	Ortalama		15.452
Üniversite	5	26,2			
Çoklu grup	1	5,3			
Bilgi Yok	3	15,8			

N: 19 (%100)

İlgili yayınlar değerlendirildiğinde en fazla şikâyet araştırmasının yapıldığı hastane türlerinin sırayla; devlet (f:8; %42,1), üniversite (f:5; %26,2), özel (f:2; %10,5) olduğu belirlenmiştir. Üç yayında (%15,8) hastane türüne ilişkin bilgi verilmemişken, bir yayında (%5,3) birden fazla hastane türünde araştırma gerçekleştirilmiştir (As-5). En fazla şikâyet başvurusunun incelendiği retrospektif zaman aralığının <1-3 yıllık (f:10; %52,6; en az: 11 ay; en çok: 72 ay; ortalama: 32,8 ay) bir süreci kapsadığı ve en sık şikâyet edilen meslek grubunun hekimlerden (f:15; %79,0) oluştuğu ortaya konulmuştur (As-6).

Tablo 2'ye göre en fazla şikâyet analizinin yapıldığı bölgenin İç Anadolu (f:5; %26,3) olduğu, şikâyetlerin büyük bir bölümünün hasta hakları birimine (f:8; %42,1) yapıldığı rapor edilmiştir (As-7). Hasta hakları birimini ise diğer ile ifade edilmiş olan çoklu başvuru birimlerinin izlediği görülmektedir. Bunlar: SABİM, BİMER, CİMER, Valilik, Sağlık Bakanlığı, Kalite Geliştirme Birimi, Hasta Hakları Birimi, Başhekimlik makamı, sikayetvar.com sitesi, hastanelerin web siteleri ve/veya e-mail adresleridir.

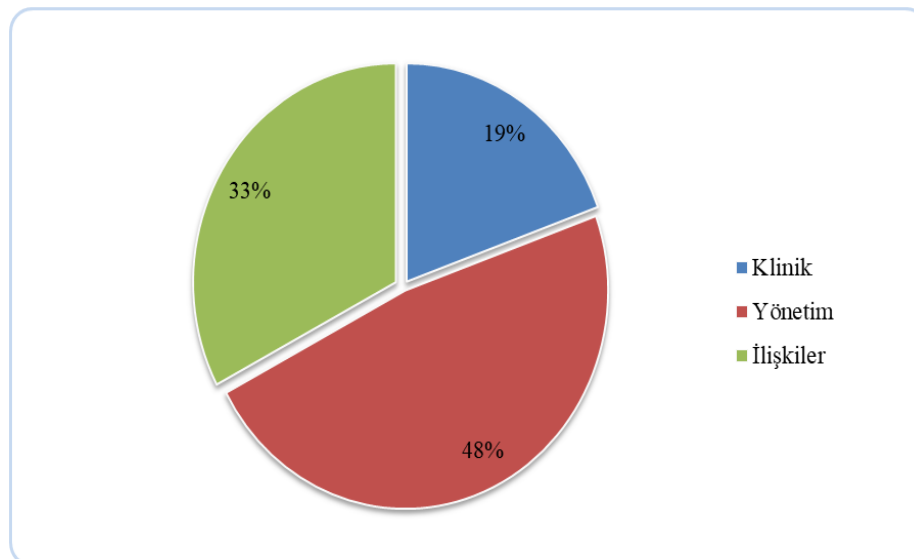
Kapsama alınan tüm çalışmaların şikâyet sayıları toplamı 313.283, en az şikâyet sayısı 21, en çok şikâyet sayısı 218.186 ve ortalama şikâyet sayısı 16.489 olarak hesaplanmıştır. Tablo 4 incelendiğinde; ilgili yayınların yalnızca 26,2'sinde (f:5) şikâyet sıklıklarının binde kaç hesaplandığı bilgisine yer verildiği görülmektedir. Bu yayınlarda minimum şikâyet sıklığının %00,02, maksimum şikâyet sıklığının ise %01,72 olduğu tespit edilmiştir (As-8).

Şikâyet başvurularının büyük bir kısmı (f:8; %42,1) hasta hak ihlalinin olmadığı yönünde sonuçlanmıştır (As-9). 10 çalışmada (%52,6) ise şikâyet sonuçlarının hasta hak ihlali olup olmadığı yönünde herhangi bir bilgi içermediği belirlenmiştir. Çalışma kapsamında sistematik derlemeye dâhil edilen çalışmaların özetlerine Tablo 4'de yer verilmektedir.

Konuyla ilgili literatürün sistematik olarak gözden geçirilmesi sonucunda 19 makaleden toplam 312 şikâyet nedeni elde edilmiştir. Bu şikâyet nedenlerinin daha geniş bir düzlemde anlamlandırılabilmesi ve yorumlanabilmesi için, her bir şikâyet nedeni Reader ve diğerleri (2014) şikâyet taksonomisi doğrultusunda sınıflandırılmıştır.

Tablo 3'de yer verildiği üzere, sağlık hizmeti kullanıcılarının en fazla şikâyet bildiriminde bulundukları ana temanın sırayla; Yönetim (%47,78), İlişkiler (%32,76) ve Klinik (%19,46) olduğu sonucuna erişilmiş (As-10) olup, ilgili değerlerin yüzdelik dağılımları Şekil 2'de sunulmuştur.

Şekil 2. Şikâyetlerin Dağılımı (%): Ana Tema (N: 313.283)



Tablo 3. Taksonomik Açıdan Şikâyetlerin Sınıflandırılması

Ana Tema	Kategori	Alt Kategori	Makalede Yer Alma Sayısı (Kez)	Makalede Yer Alma Oranı (%)
Klinik (19,46)	Kalite (9,90)	Muayene	6	2,05
		Hastanın yönlendirilmesi/takibi	2	0,68
		Bakım kalitesi	10	3,41
		Tedavi	11	3,75
	Hasta Güvenliği (9,56)	Tanı hataları	7	2,39
		İlaç hataları	2	0,68
		Hasta güvenliği vakaları	12	4,10
		Beceri ve mesleki uygunluk	7	2,39
Yönetim (47,78)	Kurumsal Sorunlar (32,08)	Bürokrasi/Kırtasiyecilik	17	5,80
		Çevre/Ortam	22	7,51
		Finans ve faturalama	16	5,46
		Hizmet sorunları	30	10,24
		Personel istihdamı ve diğer kaynaklar	9	3,07
	Zamanlama ve Erişim (15,70)	Erişim ve hasta kabul	21	7,17
		Gecikmeler	19	6,48
		Taburculuk	3	1,02
İlişkiler (32,76)	İletişim (9,90)	İletişim kusurları	10	3,41
		Yanlış/Yetersiz bilgilendirme	16	5,46
		Hasta-personel diyalogu	3	1,02
	İnsaniyet/İlgi (10,92)	Saygı, haysiyet ve önemsenme	18	6,14
		Personel davranışları	14	4,78
	Hasta Hakları (11,95)	İstismar	3	1,02
		Mahremiyet	18	6,14
		Aydınlatılmış onam	5	1,71
		Ayrımcılık	9	3,07

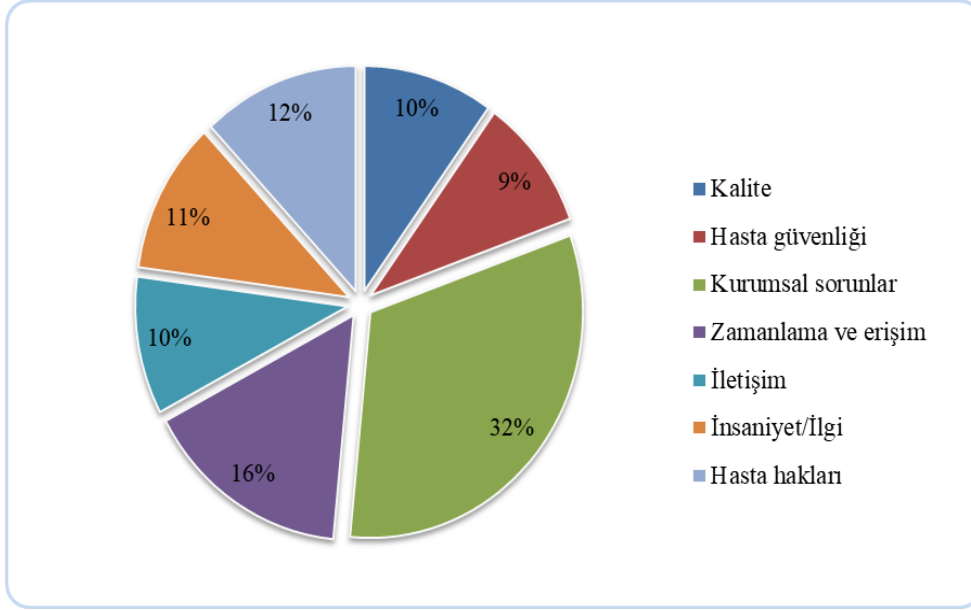
Yönetim ana teması altında en fazla şikâyet başvurusunun sırayla; Kurumsal Sorunlar (%32,08) ile Zamanlama ve Erişim (%15,70) kategorilerine ait olduğu belirlenmiştir.

Kurumsal sorunların alt kategorileri incelendiğinde en fazla başvuruya sebep olan şikâyet nedenleri sırayla; hizmet sorunları (%10,24), çevre/ortam (%7,51), bürokrasi/kırtasiyecilik (%5,80), finans ve faturalama (%5,46) ile personel istihdamı ve diğer kaynaklardır (%3,07). Zamanlama ve Erişim kategorisine ait alt kategoriler incelendiğinde en fazla şikâyetin sırayla; sağlık hizmetlerine erişim ve hasta kabul (%7,17), gecikmeler (%6,48) ile taburculuk (%1,02) ve sevkler (%1,02) olduğu görülmektedir (As-10.1).

İlişkiler ana teması altında en fazla şikâyet başvurusunun sırayla; Hasta Hakları (%11,95), İnsaniyet/İlgi (%10,92) ve İletişim (%9,90) olduğu tespit edilmiştir. Hasta Hakları alt kategorileri incelendiğinde en fazla başvuruya sebep olan şikâyet nedenleri sırayla; mahremiyet (%6,14), ayrımcılık (%3,07), aydınlatılmış onam (%1,71) ve istismardır (%1,02). İnsaniyet/İlgi kategorisine ait alt unsurlar incelendiğinde en fazla şikâyetin sırayla; saygı, haysiyet ve önemsenme (%6,14) ile personel davranışları (%4,78) olduğu görülmektedir. İletişim kaynaklı şikâyetlerin alt unsurları göz önünde bulundurulduğunda en sık yapılan şikâyetlerin sırayla; yanlış/yetersiz bilgilendirme (%5,46), iletişim kusurları (%3,41) ve hasta-personel diyalogu (%1,02) konularını içerdiği saptanmıştır (As-10.1).

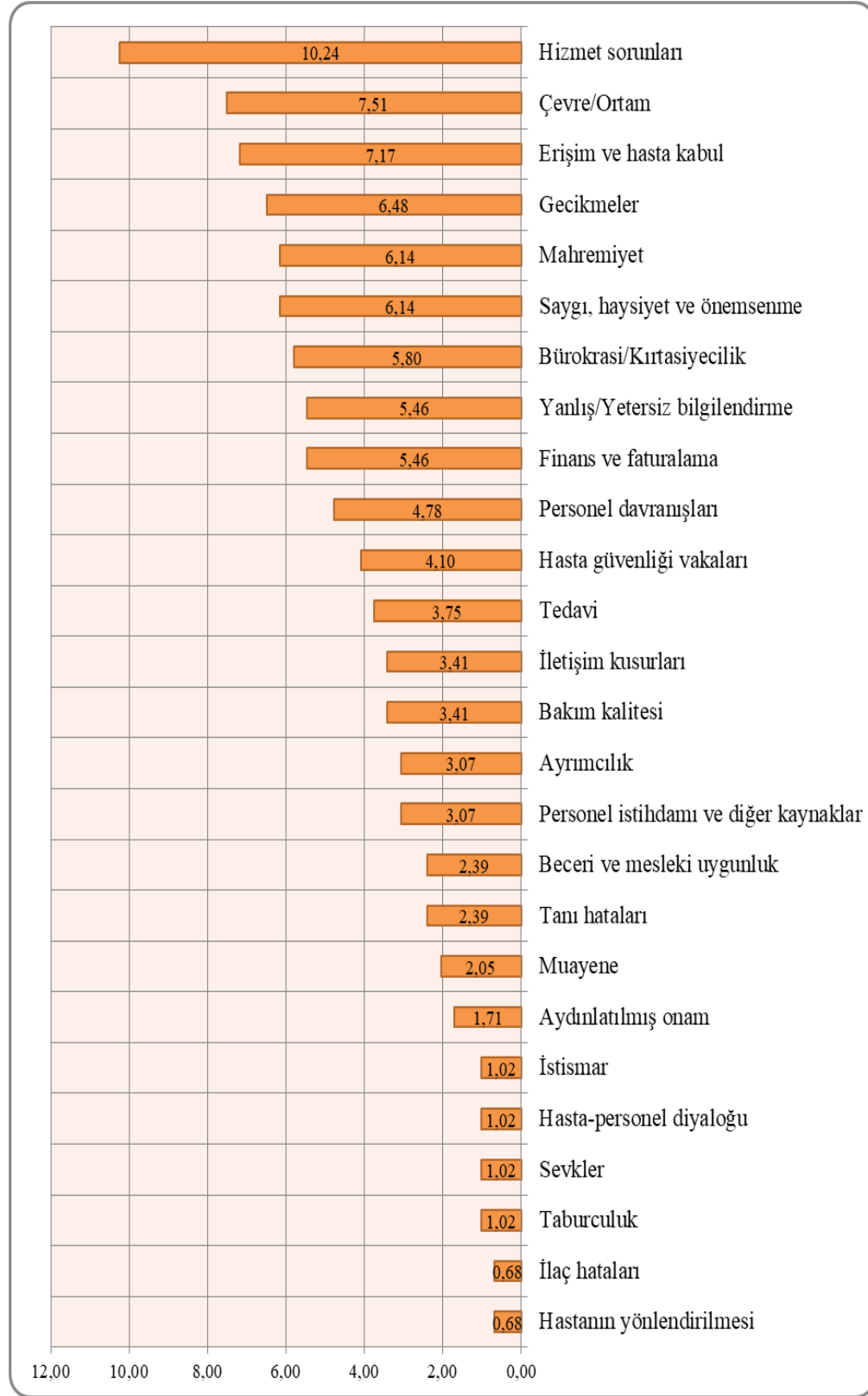
Klinik ana teması altında yer alan Kalite kategorisinin 9,90 oranı ile en yüksek, Hasta Güvenliği kategorisinin ise 9,56 oranıyla ikinci en yüksek şikâyet oranına sahip olduğu hesaplanmıştır. Kalite ile ilgili şikâyetlerin sırasıyla en fazla; tedavi (%3,75), bakım kalitesi (%3,41), muayene (%2,05) ve hastanın yönlendirilmesi (%0,68) konularında gerçekleştiği belirlenmiştir. Son olarak Hasta Güvenliği kategorisi altında kendisine yer bulan şikâyet konularının ise sırayla; hasta güvenliği vakaları (%4,10), tanı hataları (%2,39), beceri ve mesleki uygunluk (%2,39) ile ilaç hataları (%0,68) olduğu sonucuna varılmış (As-10.1) olup, ilgili değerlerin yüzdelik dağılımları Şekil 3'te sunulmuştur.

Şekil 3. Şikâyetlerin Dağılımı (%): Kategoriler (N: 313.283)



Alt kategoriler bakımından ele alındığında en fazla sıklıkla raporlanan şikâyet nedenlerinin sırayla; hizmet sorunları (10,24), çevre/ortam (7,51), erişim ve hasta kabul (7,17), gecikmeler (6,48), mahremiyet (6,14), saygı, haysiyet ve önemsenme (6,14), bürokrasi/kırtasiyecilik (5,80), yanlış/yetersiz bilgilendirme (5,46), finans ve faturalama (5,46), personel davranışları (4,78), hasta güvenliği vakaları (4,10), tedavi (3,75), iletişim kusurları (3,41), bakım kalitesi (3,41), ayrımcılık (3,07), personel istihdamı ve diğer kaynaklar (3,07), beceri ve mesleki uygunluk (2,39), tanı hataları (2,39), muayene (2,05), aydınlatılmış onam (1,71), istismar (1,02), hasta personel diyalogu (1,02), sevkler (1,02), taburculuk (1,02), ilaç hataları (0,68) ve hastanın yönlendirilmesi (0,68) olduğu saptanmıştır (As-10.2) olup, ilgili değerlerin yüzdelik dağılımları Şekil 4'te sunulmuştur.

Şekil 4. Şikâyetlerin Dağılımı (%): Alt Kategoriler (N: 313.283)



8	Zengin vd., 2013	Türkçe	- Tanımlayıcı - Hasta (n: 2.955) - ŞVT	Erkek	41 ve üzeri	#	1. Hk. 2. Bİ. 3. Hemş.	Hasta Hakları Birimi	60	3.211	Ege	Yok (%73,0)
Amaç: Hasta hakları birimine yapılan şikâyet başvurularına ilişkin konularının dağılımını incelemektir. Hastane Türü/ Şikâyet Sıklığı: Devlet/ # Yayın Kalitesi Puan Ortalaması: 9												
9	Bostan vd., 2014	Türkçe	- Tanımlayıcı - Hasta (n: 34.640) - ŞVT	Erkek	30-39	#	1. Hk. 2. Hemş. 3. Ecz.	SABİM	60	34.640	Genel	#
Amaç: SABİM hattına yapılan hasta şikâyetlerinin karşılaştırmalı analizinin yapılması ve şikâyet nedenlerinin tespit edilmesidir. Hastane Türü/ Şikâyet Sıklığı: #/ # Yayın Kalitesi Puan Ortalaması: 8												
10	Zengin vd., 2014	İngilizce	- Tanımlayıcı - Hasta ve yakını (n:453) - ŞVT	Erkek	21-40	Lise	1. Hk. 2. HY. 3. Sekr.	SABİM; BİMER; KGM	48	450	#	#
Amaç: Hastane hakkında yapılan şikâyetlerin değerlendirilmesidir. Hastane Türü/ Şikâyet Sıklığı: Üniversite/ Her 1.000 başvuru için 0,22'dir Yayın Kalitesi Puan Ortalaması: 11												
11	Acar vd., 2015	Türkçe	- Tanımlayıcı - Hasta (n: 66) - ŞVT	#	#	#	1. Hk. 2. Hemş. 3. GG.	SABİM; Hasta Hakları Birimi	26	66	Ege	Yok (%81,8)
Amaç: Hasta hakları ve şikâyetler konusunda acil servisin durumunu ortaya koymaktır. Hastane Türü/ Şikâyet Sıklığı: Devlet/ # Yayın Kalitesi Puan Ortalaması: 7,5												
12	Önal ve Civaner, 2015	İngilizce	- Tanımlayıcı - Hasta (n:206.175) - ŞVT	Kadın	41 ve üzeri	İlköğretim	#	Hasta Hakları Birimi	72	218.186	Marmara	Var (%63,3)
Amaç: Hastaların hizmet beklentilerine yansımış ihlal ve şikâyetlerin incelenmesidir. Hastane Türü/ Şikâyet Sıklığı: Devlet/ Her 1.000 başvuru için 1,72'dir. Yayın Kalitesi Puan Ortalaması: 9,5												
13	Akgül vd., 2016	Türkçe	- Tanımlayıcı - Hasta (n: #) - ŞVT	#	#	#	#	SABİM	12	2.704	Marmara	#
Amaç: Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı hastaneleri ilgilendiren şikâyet başvurularının incelenmesi ve çözüm önerilerinin sunulmasıdır. Hastane Türü/ Şikâyet Sıklığı: Devlet/ Her 1.000 başvuru için 0,32'dir. Yayın Kalitesi Puan Ortalaması: 7,5												
14	Kırskaç ve Karan, 2016	Türkçe	- Tanımlayıcı - Hasta ve yakını (n: 700) - ŞVT	#	#	#	1. Hk.	SABİM; BİMER; Valilik; SB.	12	700	Marmara	Yok (%50)
Amaç: Kamu hastanelerinde şikâyetlerin nasıl değerlendirildiği ve buradan hareketle nelerin planlandığını ortaya koymaktır. Hastane Türü/ Şikâyet Sıklığı: Devlet, Üniversite/ # Yayın Kalitesi Puan Ortalaması: 11												
15	Bostan, 2017	Türkçe	- Tanımlayıcı - Hasta ve yakını (n: 315) - ŞVT	Erkek	41 ve üzeri	Lise	1. Hk. 2. Sekr/TP./GG. 3. Diş Hk.	Hasta Hakları Birimi	36	315	Karadeniz	Yok (%66,3)
Amaç: Kamu hastane birlik yapılanması ve hasta hakları kurul yapılanmasındaki değişimin hasta hakları kurul kararları üzerine etkisini araştırmaktır. Hastane Türü/ Şikâyet Sıklığı: Devlet/ # Yayın Kalitesi Puan Ortalaması: 7,5												
16	Öğüt vd., 2017	İngilizce	- Tanımlayıcı - Hasta (n: 240) - ŞVT	Kadın	#	#	1. Hk. 2. Sekr. 3. Hemş.	BİMER; CİMER; E-Şikâyet Sitesi (sikayetvar.com)	24	436	İç Anadolu	#
Amaç: Türkiye'deki özel hastanelerin gelişim sürecini ve bu hastanelerde sunulan sağlık hizmetleri hakkındaki şikâyetleri değerlendirmektir. Hastane Türü/ Şikâyet Sıklığı: Özel/ # Yayın Kalitesi Puan Ortalaması: 8,5												

17	Karaağaç vd., 2018	Türkçe	- Tanımlayıcı - Hasta ve yakını (n: 493) - ŞVT	Erkek	#	#	#	E-Şikâyet Sitesi (sikayetvar.com)	12	493	İç Anadolu	#
Amaç: Özel hastanelere yapılan şikâyetlerin farklı tanımlayıcı nitelikler açısından ele alınmasıdır. Hastane Türü/ Şikâyet Sıklığı: Özel/ # Yayın Kalitesi Puan Ortalaması: 8,25												
18	Argan ve Arıcı, 2019	Türkçe	- Tanımlayıcı - Hasta ve yakını (n: 1001) - ŞVT	#	#	#	#	E-Şikâyet Sitesi (sikayetvar.com)	12	1.001	Genel	#
Amaç: Sağlık hizmeti alan vatandaşların çevrimiçi şikâyetlerinin incelenmesidir. Hastane Türü/ Şikâyet Sıklığı: #/ # Yayın Kalitesi Puan Ortalaması: 8,5												
19	Şahinli ve Özdemir, 2019	Türkçe	- Tanımlayıcı - Hasta (n: 341) - ŞVT	Kadın	41 ve üzeri	Üniversite	1. Hk. 2. Sekr/TP./GG. 3. Hemş/SM.	Hasta Hakları Birimi	12	941	Marmara	Yok (%66,7)
Amaç: İstanbul'daki bir kamu hastanesine yapılan hasta şikâyet başvuru içeriklerinin incelenmesidir. Hastane Türü/ Şikâyet Sıklığı: Devlet/ # Yayın Kalitesi Puan Ortalaması: 7,75												

IV. TARTIŞMA

Türkiye örnekleminde sağlık hizmet kullanıcılarının şikâyet nedenleri konusunda 2010-2019 yılları arasında gerçekleştirilmiş olan makalelerin içerik analizi ve sistematik açıdan değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, Reader ve diğerleri (2014) tarafından geliştirilmiş olan şikâyet taksonomisi kullanılmıştır.

Sistematizasyon sonucunda kapsama alınan makalelerin; en fazla şikâyet başvurusunda bulunan bireylerin cinsiyetleri, yaşları, eğitim düzeyleri, şikâyetlerin incelendiği zaman aralığı ve en fazla şikâyet edilen meslek grubunun kimlerden oluştuğu gibi birtakım tanımlayıcı niteliklerin değerlendirildiği bu çalışmada, en fazla şikâyet başvurusunda bulunan bireyin erkeklerden (%50) meydana geldiği saptanmıştır. Buna paralel olarak üniversite hastanesindeki örgütsel yapıdan kaynaklı sorunların hasta hakları perspektifinden incelendiği bir çalışmada (Küçükilhan ve Lamba, 2007); şikâyet başvurusunda bulunan bireylerin %65'ini erkeklerin oluşturduğu raporlanmıştır. Bunun aksine Alosaimi ve diğerleri (2018)'nin Suudi Arabistan örnekleminde 672 şikâyeti değerlendirdikleri bir çalışmada ise %63 ile en fazla şikâyet başvurusunun kadınlar tarafından yapıldığı sonucuna varılmıştır. Fakat elde edilen bu veriler, en azından Türkiye örneklemini için, sağlık hizmetlerinden en sık erkek hastaların sorun yaşadığı anlamına gelmemektedir. Çünkü bazı başvuruların hastanın yakınları (arkadaşı, akrabası, ebeveyni, refakatçisi gibi) tarafından da yapılabildiği bilinmektedir. Farklı bir bakış açısı olarak Durduran ve diğerleri (2012); Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2010 yılı verilerine dayanarak Türkiye'de kadınların daha fazla sağlık problemi deneyimlemelerine rağmen, geleneksel Türk aile yapısında toplumun erkeklere attığı sözü geçen kişi/evin reisi olma durumları sebebiyle, hasta hakları birimine başvuranların genellikle erkekler olduğunu vurgulamaktadırlar.

Literatürde eğitim seviyesi yükseldikçe hasta hakları farkındalığı ve şikâyet etme eğilimlerinin artış gösterdiği sonucuna erişen çalışmaların (Deveci vd., 2005; Tengilimoğlu vd., 2000) olduğu bilinmektedir. En fazla şikâyet başvurusunun %21,1 ile lise mezunu düzeyinde bir eğitime sahip bireylerden oluştuğunun tespit edildiği bu çalışmanın, yukarı ifade edilen bulgular ile uygunluk gösterdiği belirtilebilir. Küçükilhan ve Lamba (2007)'nin çalışmasında da en fazla şikâyet başvurusunda bulunan bireylerin üniversite mezunu (%34) oldukları bildirilmiştir. Her ne kadar şikâyet ile eğitim düzeyi arasında doğrudan bir ilişkinin varlığı söz konusu olabilse de, çalışmanın tasarımı ve çalışmada erişilen sonuçlar itibarıyla bu türden bir yorumda bulunmak olası değildir. Fakat

bu durum, yükselen eğitim düzeyi ile birlikte bireylerin sahip oldukları hakların varlığı hususunda daha bilinçli bir hale gelmeye başladıkları şeklinde yorumlanabilir.

En fazla şikâyet başvurusunda bulunan yaş grubunun 41 ve üzeri olduğu, çalışmanın bir diğer bulgusudur. Webb (1995) tarafından yapılan bir çalışmada yaşlı hastaların, gençlere kıyasla iki kat daha fazla şikâyet başvurusunda bulundukları tespit edilmiştir. Benzer olarak Lim ve diğerleri (1998) tarafından Singapur'daki Aile Hekimliği Hizmetleri'nden şikâyetler konusunda gerçekleştirdikleri çalışmada da 20-59 yaş grubundaki bireylerin 10-19 yaş grubundakilere kıyasla daha yüksek şikâyet bildiriminde bulundukları ortaya konulmuştur. Önal ve Civaner (2015) tarafından da ifade edildiği üzere bu durumun, ilerleyen yaşla birlikte bireylerin haklarını savunma konusundaki farkındalıklarının yükseldiği şeklinde yorumlanması mümkündür. Ayrıca yaşlı hastaların, kamu sağlık kurumlarından şikâyetçi olmaları sebebiyle hizmet alamayacaklarına ilişkin korkuyu daha az hissetmeleri de bu durumun bir nedeni olarak görülebilir.

Çalışmada en fazla şikâyet edilen meslek grubunun başında %79 ile hekimlerin geldiği ve bunu diğer çalışanların (hemşire, sağlık memuru, ebe, hastane yöneticisi, sekreter, temizlik ve güvenlik görevlisi) takip ettiği ortaya konulmuştur. Benzer olarak Jabbari ve diğerleri (2014)'nin çalışmasında da, toplam şikâyet sayıları azalmasına rağmen hekim ve hemşire kaynaklı şikâyet sayısında bir artışın saptandığı raporlanmıştır. Amerika'da 1.216 hasta şikâyeti üzerinden gerçekleştirilen bir diğer çalışmada (Montini vd., 2008) da en fazla şikâyet edilen meslek grubunun %22 ile hekimler, %12 ile hemşireler ve %11 ile idari-destek personeli olduğu saptanmıştır. Buradan hareketle uygun bir hekim-hasta ilişkisinin, şikâyetlerinin etkili yönetiminde ve azaltılmasında engelleyici bir faktör olduğu ifade edilebilir. Özellikle başta hastalar olmak üzere diğer tüm sağlık hizmeti kullanıcıları ile doğrudan bir temas halinde olan hekim ve hemşire gibi sağlık profesyonellerinin hasta hakları konusundaki farkındalık düzeylerini iyileştirecek eğitim programlarının organize edilerek, hasta tatmininde de bir iyileşme sağlanabilir. Zira Tanrıverdi ve Özmen (2011)'in çalışmasında; sağlık personelinin hasta hakları konusundaki bilgi düzeyleri yükseldikçe hasta tatmininde artış olduğu raporlanmıştır.

İlgili yayınların örneklemini oluşturan bireylerin yarıdan fazlasının (%52,6) hastalardan, %47,4'ünün ise hasta ve yakınlarından (eşi, çocukları, akrabaları, arkadaşları veya bakım vericileri gibi) oluştuğu saptanmıştır. En fazla şikâyet araştırmasının yapıldığı hastane türlerinin sırayla devlet (%42,1), üniversite (%26,2) ve özel (%10,5) hastanelerden oluşması dikkat çekicidir. Bu durum, artık Türkiye'de devlet ve üniversite hastanelerinin de tıpkı özel sağlık işletmelerinde olduğu gibi hasta/hasta yakını odaklı hizmet sunmayı öncelediği, sağlık hizmet alıcılarının görüş-öneri-beklentilerini önemseydiği, onlar tarafından tekrar tercih edilmeyi arzu ettikleri şeklinde yorumlanabilir.

Değerlendirilen yayınların gerçekleştirilmiş oldukları iller coğrafi bölgelere göre sınıflandırıldığında en fazla şikâyet nedeni araştırmasının İç Anadolu Bölgesi'nde yapıldığı görülmüştür. Benzer şekilde Toprak ve Şahin (2012) tarafından Türkiye'deki Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde 43.359 şikâyetin incelendiği çalışmada, Marmara'dan sonra en fazla hasta şikâyeti alan bölgenin İç Anadolu olduğu rapor edilmiştir. Bununla ilişkili olarak, en fazla şikâyetin üretildiği veya sağlık hizmetleri konusunda en fazla sorunların yaşandığı bölgenin İç Anadolu olduğu yönünde bir yorum gerçeği yansıtmayacaktır. Ancak Türkiye genelinde her bir il bazında gerçekleştirilecek olan çalışmalar neticesinde, bu türden bir yorumda bulunmak olasıdır.

Sistematik derleme kapsamında değerlendirilen çalışmaların yarıdan fazlasının (%63,2)≤1000 şikâyetten meydana geldiği, incelenen en az şikâyet sayısının 21, en fazlasının 218.186, toplam şikâyet sayısının 313.283 olduğu ve ilgili yayınların şikâyet ortalamasının 16.489 olduğu hesaplanmıştır. Bu bağlamda çalışmanın özellikle şikâyet sayılarından ziyade, sağlık hizmet tüketicilerinin şikâyetçi oldukları hususları taksonomik açıdan ortaya koyması, kör noktaların tespiti ve etkili şikâyet yönetimi politikalarının devreye sokulması bakımından profesyonel sağlık yöneticilerine faydalı olabileceği ve bilhassa ulusal sağlık yönetimi alan yazınındaki boşluğu dolduracağı ifade edilebilir.

Retrospektif olarak ele alınan yayınların zaman aralıkları göz önünde bulundurulduğunda, %52,6'sının <1-3 yıllık bir zaman periyodunu kapsadığı saptanmıştır. Bu doğrultuda retrospektif kapsam aralığı daha geniş tutulan araştırmaların, artan şikâyet hacmi dolayısıyla hasta/hasta yakını şikâyetlerine ilişkin daha ayrıntılı bilgiler sunacağı düşünülebilir. Bir diğer taraftan şikâyet analizlerinin düzenli periyotlarla ve sistemli bir biçimde tahlil edilmesi, elde edilen bulguların bir önceki-sonraki verilerle mukayese edilmesi şikâyet yönetiminin performansı hakkında değerli bilgiler sunabilir.

İlgili yayınlar ekseninde sağlık hizmeti kullanıcılarının şikâyetinde bulundukları başvuru noktaları incelendiğinde %42,1 ile en yüksek başvuru oranının Hasta Hakları Birimi'ne ait olduğu belirlenmiştir. Bir diğer taraftan yayınların yarısından fazlasında (%52,6) hasta hak ihlali olup olmadığına dair herhangi bir bilgiye yer verilmezken, %42,1'inde ihlalin olmadığı, yayınların yalnızca %5,3'ünde hasta hakkı ihlalinin olduğu rapor edilmiştir. Çalışmada elde edilen veriler ile Sağlık Bakanlığı 2018 yılı Faaliyet Raporu'nda yer alan hasta hakları istatistiklerine ait sonuçların örtüştüğü söylenebilir. İlgili raporda 2018'de hasta başvuru bildirim sistemine 33.687'si şikâyet olmak üzere toplam 89.454 başvuru yapıldığı, bu şikâyetlerden 1.660'ında (%86,1) hasta hak ihlalinin olmadığı, 268'inde (%13,9) ise hak ihlalinin olduğu rapor edilmiştir. Bir diğer ifadeyle ilgili yayınların yarıya yakınında şikâyetlerin hasta/hasta yakınları aleyhine sonuçlanmış olması, onların bu sonuçtan memnun kalmadıkları şeklinde yorumlanabilmesinin yanı sıra, hastanelerin hasta hakları birimlerinin şikâyet yönetimi anlamında etkin bir şekilde çalıştıklarını da düşündürtebilir. Ayrıca ilgili çalışmalarda, şikâyetlerin ortalama kaç günde sonuca bağlandığına ilişkin bilgilerin yer almaması, daha sağlıklı yorumlar yapılmasını olanaksız hale getirmektedir. Bu çalışmanın bulgularına paralel olarak Daniel ve diğerleri (1999) tarafından Avustralya'da gerçekleştirilmiş olan bir çalışmada; şikâyetlerin %37'sinin reddedildiği ve çoğu şikâyetçinin sonuçtan memnun kalmadığı bildirilmiştir. Bunun aksine Moghadam ve diğerlerinin (2010) İran'da, Taylor ve diğerlerinin (2002) ise Avustralya'da yaptıkları çalışmalarda şikâyetlerin büyük bir oranda (sırayla: >%90 ve >%73) açıklama ve/veya teşekkür ile çözüme kavuşturulduğu, diğer bir ifadeyle şikâyetlerin sağlık hizmet kullanıcılarının memnuniyetiyle sonuçlandığı rapor edilmiştir.

Sistematize edilen yayınların yalnızca %26,2'sinde (f:5) şikâyet sıklıklarının binde kaç hesaplandığı bilgisine yer verildiği, bunların ise minimum %00,02, maksimum %01,72 oranında bir şikâyet sıklığına sahip olduğu ortaya konulmuştur. Uluslararası literatür incelendiğinde; Anderson ve diğerlerinin (2001) çalışmasında şikâyet sıklığının %01,12, Siyambalapitiya ve diğerlerinin (2007) %08,0, Moghadam ve diğerlerinin (2010) ise %05,2 olduğu belirtilmiştir. Buradan hareketle ulusal literatürde konuyla ilgili yapılmış olan çalışmaların çok azında bu parametre raporlanmış olsa da, uluslararası literatüre kıyasla Türkiye'de şikâyet frekansının daha az olduğu söylenebilir. Elbette bu durum, Türkiye'de daha sorunsuz işleyen bir sağlık sistemi ve politikası olduğu anlamına gelmemektedir. Türkiye'nin gelişmekte olan bir ülke konumunda olduğu göz önünde bulundurulursa, bireylerin hukuki olarak sahip oldukları hakların farkında olma, onları kullanma ve bu yolla haklarını arama düzeylerinin daha düşük seyrettiği söylenebilir.

Çalışma sonucunda Türkiye'deki sağlık hizmet tüketicilerinin en fazla şikâyet nedenini oluşturan başvuruların yarıya yakınının Yönetim (%47,78) kaynaklı olduğu, bunu İlişkiler (%32,76) ile ilgili sorunların takip ettiği, en az şikâyet konusunun ise doğrudan doğruya sağlık bakım hizmetleri ile ilgili olan Klinik (19,46) kaynaklı olduğu saptanmıştır. Sistematize edilen çalışmalar neticesinde bu üç ana temaya bağlı kategoriler temelinde bir değerlendirme yapmak gerekirse, en fazla başvuruya neden olan şikâyetlerin sırayla; kurumsal sorunlar (%32,08), zamanlama ve erişim (%15,70), hasta hakları (%11,95), insaniyet/ilgi (%10,92), iletişim (%9,90), kalite (%9,90) ve hasta güvenliği (%9,56) olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmanın bulguları ile Mattarozzi ve diğerlerinin (2017) eriştiği sonuçların benzerlik gösterdiği (Yönetim: %68,1; İlişkiler: %52,8; Klinik: %36,8) söylenebilir. Bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak, Chaulk ve diğerleri (2019) tarafından aynı taksonomi kullanarak 87 hasta şikâyetinin incelendiği çalışmada ise, en önemli şikâyet ana temasının sırasıyla; Klinik (%66), İlişkiler (%60) ve Yönetim (%31) olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Salazar ve diğerlerinin (2018) çalışmasında da en önemli şikâyet nedeninin Klinik (%52) kaynaklı olduğu, Yönetim (%24) ve

İlişkiler (%24) ana temasındaki şikâyetlerin ise eşit düzeyde olduğu; Harrison ve diğerlerinin (2016) çalışmasındaysa bu sıralamanın Klinik (%68), Yönetim (%19) ve İlişkiler (%13) şeklinde olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar, Türkiye'deki sağlık hizmeti kullanıcılarının doğrudan doğruya sağlıkla ilgili konulardan ziyade, sağlık işletmelerinin yönetimi ile hizmet alıcı-hizmet sunucu arasındaki ilişkilerle alakalı sorunlardan muzdarip olduğu ve profesyonel sağlık idarecileri tarafından bilhassa bu alanlarda daha yoğun bir iyileştirme ve/veya revizyonların gerçekleştirilmesi gerektiği şeklinde yorumlanabilir.

Sözü edilen bu revizyon ve/veya iyileştirmelerin hangi alt kategorilerde yapılacağına dair kararların, ilgili yayınlarda en fazla sıklıkla saptanan şikâyetlerin incelenmesi neticesinde şekil alacağı söylenebilir. Bu bağlamda Şekil 4 incelendiğinde sağlık hizmet kullanıcıları tarafından en fazla muzdarip olunan en önemli ilk beş sorunların sırayla; hizmet sorunları (10,24), çevre/ortam (7,51), erişim ve hasta kabul (7,17), gecikmeler (6,48), mahremiyet (6,14), saygı, haysiyet ve önemsenme (6,14) olduğu ortaya konulmuştur. Uluslararası literatürde de hizmet sunumu (Kroening vd., 2015; Skålén vd., 2016; Mack vd., 2017; Salazar vd., 2018), hizmet sunumunun yapıldığı fiziki ortam/çevre (Daniel vd., 1999; Anderson vd., 2001; Kline vd., 2008; Haroutinian vd., 2018), hizmete erişim ve hasta kabul prosedürleri (Moghadam vd., 2010; Ebrahimipour vd., 2013), uzun bekleme süreleri nedeniyle yaşanan gecikme/zamanlama sıkıntıları (Schwart ve Overton, 1987; Taylor vd., 2002; Wong vd., 2007; Veneau ve Chariot, 2013; Pfeil vd., 2018; Van Den Berg vd., 2019), hasta/hasta yakını mahremiyetinin ihlali (Anderson vd., 2001; Haroutinian vd., 2018) ile saygı-haysiyet ve önemsenme (Schwart ve Overton, 1987; Wofford vd., 2004; Salazar vd., 2018) sorunlarına yönelik şikâyetlerin rapor edildiği bilinmektedir.

En sık raporlanan şikâyet konusu olan hizmet sorunlarının; sistem, tıbbi kayıtlar ve hizmet alamama kaynaklı olduğunu belirtmek mümkünken, çevre/ortam sorunlarının kökeninde ise konfor alanları, konaklama, yemek ve hijyen gibi daha çok otelcilik hizmetlerinin yer aldığı söylenebilir. Erişim ve hasta kabul sorunlarının genellikle hizmetlerin finansal ve fiziksel olarak erişilebilirliğiyle ve merkezi hastane randevu sistemiyle ilgili olduğu belirtilebilir. Gecikmeler sorununun altında yatan temel şikâyet nedenlerinin uzun bekleme sürelerinden, başta hekimler olmak üzere genel olarak sağlık personelinin resmi mesai saatlerine riayet etmemelerinden ve mesai saatleri içerisinde yerinde bulunmamlarından kaynaklandığı, incelenen makaleler doğrultusunda ileri sürülebilir. Bir diğer önemli şikâyet nedenlerinin ise mahremiyet ile saygı-haysiyet-önemsenme alanlarında raporlandığı sonucuna varılmıştır. Yine kapsam altına alınıp sistematik olarak gözden geçirilen yayınlar doğrultusunda mahremiyet sorununu gündeme getiren şikâyet alt gruplarının; hasta dosyalarının kaybı/bulunamaması, tıbbi bilgi ve bulguların izinsiz şekilde üçüncü şahıs ve/veya kurumlarla paylaşımı, muayene esnasında odaya izinsiz ve ani girişlerin olması, kadın ve erkeklerin aynı tuvaleti/lavaboyu kullanmaları ve görüntüleme hizmeti alacak olan hastaların radyoloji departmanına toplu halde alınmaları olduğu ifade edilebilir. Mahremiyet ile eşit düzeyde öneme sahip olduğu belirlenen saygı, haysiyet ve önemsenme sorununun altında yatan başat şikâyet nedenlerinin ise başta hekimler olmak üzere diğer sağlık hizmet sunucularının hastalara/hasta yakınlarına karşı ilgisizliği, kaba ve duyarsız davranışları olduğu söylenebilir.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinden şikâyetçi olan vatandaşların genel profili ve şikâyet nedenlerini ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilen sistematik derleme türündeki bu çalışmada, konuyla ilgili 19 makale kapsama alınmış ve her bir yayın çeşitli nitelikler açısından değerlendirilmiştir. Bu bağlamda konuyla ilgili yapılmış olan en fazla yayının 2010-2014 yıllarına ait ve Türkçe dilinde olduğu, örneklem grubunun genellikle hastalardan oluştuğu ve ortalamasının 15.452 olarak hesaplandığı, şikâyet araştırmalarının çoğunlukla devlet hastanelerinde ve İç Anadolu Bölgesi'nde gerçekleştirildiği, yayınların şikâyet sayısı ortalamasının 16.489 olarak hesaplandığı, en fazla sıklıkla şikâyet edilen meslek grubunun hekimler olduğu, retrospektif araştırmaların çoğunlukla 1-3 yıl öncesini kapsadığı, en çok şikâyet başvurusunun hasta hakları birimine yapıldığı, şikâyetlerin büyük bir çoğunlukla hasta

hak ihlali olmadığı yönünde sonuçlandırıldığı görülmüştür. Ayrıca en fazla şikâyetle bulunan bireylerin 41 yaş ve üzerindeki lise mezunu olan erkeklerden meydana geldiği sonucuna varılmıştır.

293.587 şikâyetçi (hasta ve hasta yakını) örnekleme ait 313.283 adet şikâyetin yer aldığı tüm bu yayınlardan hareketle, 312 adet şikâyet nedeni tespit edilmiştir. Elde edilen şikâyetlerden daha anlamlı ve sağlıklı sonuçlara ulaşabilmesi için, uluslararası yazında sıkça kullanım alanı bulan Reader ve diğerlerinin (2014) şikâyet taksonomisinden faydalanılmıştır. Buna göre sağlık hizmet kullanıcılarının şikâyetçi oldukları ana temaların sırayla Yönetim, İlişkiler ve Klinik olduğu sonucuna varılmıştır.

Yönetim ana teması altında en fazla şikâyet başvurusunun sırayla Kurumsal Sorunlar ile Zamanlama ve Erişim konularına; İlişkiler ana teması altında Hasta Hakları, İnsaniyet/İlgi ve İletişim konularına; Klinik ana teması altında ise Kalite ve Hasta Güvenliği konularına ait olduğu sonucuna varılmıştır.

Alt kategoriler bakımından en fazla sıklıkla raporlanan şikâyet nedenlerinin sırayla; hizmet sorunları, çevre/ortam, erişim ve hasta kabul, gecikmeler, mahremiyet, saygı, haysiyet ve önemsenme, bürokrasi/kırtasiyecilik, yanlış/yetersiz bilgilendirme, finans ve faturalama, personel davranışları, hasta güvenliği vakaları, tedavi, iletişim kusurları, bakım kalitesi, ayrımcılık, personel istihdamı ve diğer kaynaklar, beceri ve mesleki uygunluk, tanı hataları, muayene, aydınlatılmış onam, istismar, hasta-personel diyalogu, sevkler, taburculuk, ilaç hataları ve hastanın yönlendirilmesi/takibi olduğu sonucuna varılmıştır.

Yönetim ana temasına ait hizmet sorunlarıyla ilgili olarak; hastanelerin yönetim kademelerinde sağlık yönetimi lisans veya lisansüstü eğitim derecesine sahip profesyonel sağlık yöneticilerine daha geniş yer verilmesi önerilebilir. Çevre/ortam konusuyla ilgili, özellikle devlet ve üniversite hastanelerinde de tıpkı özel sağlık işletmelerinin çoğunda olduğu gibi otelcilik hizmetlerine daha fazla ağırlık verilmesi önerilebilir. Örneğin sunulan yemeklerin kalitesi, bekleme ve konaklama alanlarının konforu, kurumun genel temizliği ve hijyeni, fiziksel alt yapı kapasitesinin optimizasyonu ile hastanenin genel atmosferi/ambiyansı gibi hizmet alıcıların tatmin düzeylerini olumlu etkilediği düşünülen bu tür noktalara daha fazla çaba sarf edilmesi söz konusu olabilir. Erişim ve hasta kabul sorunlarıyla ilgili olarak; hizmetlerin fiziksel ve ekonomik erişilebilirliğini artıracak, kayıt-hasta kabul ve randevu sıkıntılarını iyileştirecek ulusal sağlık politikalarının geliştirilmesi veya mevcut politikaların revizyonu gündeme getirilebilir.

İlişkiler ana temasına ait saygı-haysiyet-önemsenme, personel davranışları, hasta mahremiyeti ve bilgilendirme sorunlarının çözümüyle ilgili olarak; başta hekimler ve hemşireler olmak üzere diğer tüm sağlık ve sağlık dışı personele genel iletişim, sağlık iletişimi, hasta-odaklı hizmet sunumu, hasta hakları ve değerler eğitimi gibi onların bilgi ve farkındalık düzeylerinin iyileşmesine katkı sunabilecek kültürel faaliyetlere ağırlık verilmesi faydalı olabilir. Bu bağlamda hekimlerin; hastalığı değil, hastayı iyileştirme çabası içerisinde olduklarını ve karşılarında saygı görmeyi, önemsenmeyi, mahremiyetlerinin teminat altına alınmasını, tedavi kararlarına özgürce katılabilmeyi ve hastalığı/genel sağlık durumu hakkında yeterli ve doğru bilgilendirilmeyi bekleyen hassas bireylerin olduğunu göz ardı etmemeleri son derece kritiktir.

Klinik ana temasına ait hasta güvenliği vakaları, tedavi sorunları ve bakım kalitesiyle ilgili problemlerin çözümüyle ilgili olarak; özellikle cerrahi komplikasyonların temelinde nelerin yattığının tespiti noktasında kök-neden analizinin yapılması, tıbbi cihaz ve ekipmanların belirli ve düzenli periyotlarla kalibrasyonlarının ve servis bakımlarının gerçekleştirilmesi, hasta güvenliğini tehdit eden ve vuku bulan istenmeyen durumların kayıt altına alınması, tedavi başarısını/akıbetini etkileyen faktörlerin kurum, sağlık personeli veya hasta kaynaklı olup olmadığının netleştirilmesi, bakım kalitesinin iyileştirilmesi adına standart klinik bakım planlarına uyulması ve son olarak toplam kalite yönetimi eğitimlerinin aksatılmaması önerilebilir.

Sonuç itibarıyla mülkiyet yapısı (devlet, özel, üniversite) her ne olursa olsun, kendisinden hizmet alan sağlık tüketicilerinin şikâyetlerini önemseyip her şikâyeti bir hediye olarak gören ve dolayısıyla onlarla uzun erimli-sürdürülebilir ilişkisel bağlar kurmayı hedefleyen sağlık işletmelerinin, bu şikâyet nedenlerini göz önünde bulundurarak, etkili bir şikâyet yönetim sistemi geliştirmeleri önerilebilir.

Sınırlılıklar

Çalışmanın en önemli sınırlılığı; konuyla ilgili 2010-2019 periyodunda yalnızca Türkiye’de gerçekleştirilmiş olan 19 araştırmayı içermesidir. Çalışmaların genele yakınında spesifik bir şikâyet taksonomisinin kullanılmaması, şikâyet nedenleriyle ilgili olarak tam bir tanım birliğine ulaşılmasını zorlaştırmakta ve bu da şikâyet nedenlerinin sınıflandırılması esnasında sübjektifliğe yol açabilmektedir. Sonraki çalışmaların daha büyük örneklem hacimlerinde ve bölge karşılaştırmalı olarak yapılması ve buradan hareketle ulusal bir şikâyet taksonomisi geliştirilip literatüre kazandırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Acar, E., Alataş, Ö. D., Kırılı, U., & Kılınç C. Y. (2015). Acil servis hasta şikâyetlerinin değerlendirilmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2(2), 38-43.
- Akgül, N., Palteki, T., Şimşek, E. E., Bayram, M., Erkan, I., & Ulutin, H. C. (2016). Bir grup kamu hastanesine ait sağlık bakanlığı iletişim merkezi şikâyet başvurularının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 1(1), 1-7.
- Al, B., Yıldırım, C., Yarbıl, P., Kılıç, H., Kartal, Ş., & Zengin, S. (2012). The complaints of patients and their relatives about emergency service. *The Journal of Academic Emergency Medicine*, 11, 141-145.
- Alosaimi, S. M., Al Qumaizi, K. I., Alfarhan, A. I., Yousef, Z. M., & Al Hunaishel, M. A. (2018). Patient’s complaints and response mechanism provided by departments in the ambulatory care settings of king abdulaziz medical city, riyadh, saudi arabia. *Journal of Health Informatics in Developing Countries*, 12(1), 1-11.
- Anderson, K., Allan, D., & Finucane, P. (2001). A 30-month study of patient complaints at a major australian hospital. *Journal of Quality in Clinical Practice*, 21, 109-111.
- Argan, M. T., & Arıcı, A. (2019). Sağlık iletişimde e-şikâyet: hastaların ve hasta yakınlarının şikâyetvar.com paylaşımları üzerine bir araştırma. *Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, (31), 339-355.
- Asri, İ., Bostan, S., Çorumluoğlu, Ö., Özlü, T., Çatal, H., & Kalaycı, İ. (2011). *Türkiye geneli sağlık alanındaki şikâyet verilerinin coğrafi bilgi sisteminde analizi*. 13. Türkiye Harita Bilimsel ve Teknik Kurultayı 18-22 Nisan: Ankara.
- Aydemir, İ., & Öngören, B. (2013). Patient rights practice in Turkey. *Academic Research International*, 4(2), 520-529.
- Bostan, S. (2017). Kamu hastane birlikleri yapılanması ve hasta hakları kurul yapısındaki düzenlemenin kurul kararları üzerine etkisi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Dergisi*, 25(1), 1-10.
- Bostan, S., & Güran, M. S. (2015). An evaluation of calls made to ministry of health communication center. *Academy of Strategic Management Journal*, 14 (Special Issue), 73-82.

Bostan, S., Kılıç, T., & Çiftçi, F. (2014). Sağlık bakanlığı 184 sabim hattına yapılan şikâyetlerin karşılaştırmalı analizi. *Küresel İktisat ve İşletme Çalışmaları Dergisi*, 3(5), 43-51.

Bouwman, R., Bomhoff, M., Robben, P., & Friele, R. (2016). Classifying patients' complaints for regulatory purposes: a pilot study. *Journal of Patient Safety*, 10.1097/PTS.0000000000000297.

Chaulk, D., Krueger, C., & Stang, A. S. (2019). A retrospective review of physician-related patient complaints from a tertiary pediatric hospital. *Pediatric Quality & Safety*, 4(1), e136.

Daniel, A. E., Burn, R. J., & Horarik, S. (1999). Complaints about medical practice. *The Medical Journal of Australia*, 170, 598-602.

Deveci, S. E., Ögetürk, A., Ozan, A. T., Tokdemir, M., & Açık Y. (2005). Bir birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların hasta haklarının farkında olma durumları. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 13, 174-178.

Durduran, Y., Okka, B., Bodur, S., & Dindaş, H. (2012). Assessment of 5556 applications submitted to the rights of patient unit of a university hospital. *Healthmed*, 6(11), 3711-3721.

Ebrahimipour, H., Vafae-Najar, A., Khanijahani, A., Pourtaleb, A., Saadati, Z., Molavi, Y., & Kaffashi, S. (2013). Customers' complaints and its determinants: the case of a training educational hospital in Iran. *International Journal of Health Policy and Management*, 1, 273-277.

Gillespie, A., & Reader, T. W. (2018). Patient-centered insights: using health care complaints to reveal hot spots and blind spots in quality and safety. *The Milbank Quarterly*, 96(3), 530-567.

Harrison, R., Walton, M., Healy, J., Smith-Merry, J., & Hobbs, C. (2016). Patient complaints about hospital services: applying a complaint taxonomy to analyse and respond to complaints. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 240-245.

Hasta Hakları Yönetmeliği (1998, 01 Ağustos). *Resmi Gazete* (Sayı: 23420).

Jabbari, A., Khorasani, E., Jazi, M. J., Mofid, M., & Mardani, R. (2014). The profile of patients' complaints in a regional hospital. *International Journal of Health Policy and Management*, 2(3), 131-135.

Javetz, R., & Stern, Z. (1996). Patients' complaints as a management tool for continuous quality improvement. *Journal of Management in Medicine*, 10(3), 39-48.

Karaağaç, C., Erbay, E., & Esatoğlu, A. E. (2018). Özel hastanelere yapılan çevrimiçi şikâyetlerin içerik analizi ile incelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(24), 287-304.

Kıdak, L. B., & Keskinoglu, P. (2008). İzmir ilindeki devlet hastanelerinde hasta hakları başvurularının değerlendirilmesi. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 18(3), 140-146.

Kıskaç, N., & Katran, H. B. (2016). İstanbul il sağlık müdürlüğü kamu yataklı sağlık hizmetleri şube müdürlüğüne ulaşan yakınmaların değerlendirilmesi. *Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Dergisi*, 2(2), 75-83.

Kline, T. J. B., Willness, C., & Ghali, W. A. (2008). Predicting patient complaints in hospital settings. *Quality Safety Health Care*, 17, 346-350.

Korhan, E., Kırşan, M., Yıldırım, D., Kıray, S., & Uyar, M. (2019). Palyatif bakımda etik sorunlar: bir sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 27(2), 116-127.

Kravitz, R. L., Callahan, E. J., Paterniti, D., Antonius, D., Dunham, M., & Lewis, C. E. (1996). Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Annals of Internal Medicine*, 125, 730-737.

Kroening, H. L., Kerr, B., Bruce, J., & Yardley, I. (2015). Patient complaints as predictors of patient safety incidents. *Patient Experience Journal*, 2(1), 94-101.

Küçükilhan, M., & Lamba, M. (2007). Üniversite hastanelerinde örgütsel yapıdan kaynaklanan sorunlar (hasta hakları örnek olayı). *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(2), 111-138.

Lim, H. C., Tan, C. B., Goh, L. G., & Ling, S. L. (1998). Why do patients complain? A primary health care study. *Singapore Medical Journal*, 39(9), 390-395.

Mack, J. W., Jacobson, J., Frank, D., Cronin, A. M., Horvath, K., Allen, V., Wind, J., & Schrag, D. (2017). Evaluation of patient and family outpatient complaints as a strategy to prioritize efforts to improve cancer care delivery. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 43, 498-507.

Mann, C. D., Howes, J. A., Buchanan, A., & Bowrey, D. J. (2012). One-year audit of complaints made against a university hospital surgical department. *ANZ Journal of Surgery*, 82, 671-674.

Mattarozzi, K., Sfrisi, F., Caniglia, F., De Palma, A., and Martoni, M. (2017). What patients' complaints and praise tell the health practitioner: implications for health care quality. a qualitative research study. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(1), 83-89.

Medimagazin. (2019). 15 yılda 25 milyon başvuru: yüzde 21 şikâyet, yüzde 1 teşekkür! <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-sabime-15-yilda-25-milyon-basvuru-yuzde-21-sikayet-yuzde-1-tesekkur-11-681-82221.html> (07.08.2019).

Moghadam, J. M., Ibrahimipour, H., Akbari, A. S., Farahbakhsh, M., & Khoshgoftar, Z. (2010). Study of patient complaints reported over 30 months at a large heart centre in Tehran. *Quality Safety Health Care*, 19(5), e28-e28.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Prisma Group. (2009). Reprint—preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Physical Therapy*, 89(9), 873-880.

Montini, T., Noble, A. A., & Stelfox, H. T. (2008). Content Analysis Of Patient Complaints. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(6), 412-420.

Murff, H. J., France, D. J., Blackford, J., Grogan, E. L., Yu, C., Speroff, T., & Hickson, G. B. (2006). Relationship between patient complaints and surgical complications. *BMJ Quality & Safety*, 15, 13-16.

Namal, A. (2012). Sağlık hizmetleri kalitesinde önemli bir ölçüt: hasta şikâyetlerine verilen önem ve şikâyet sistemi inşa etmiş ülkelere örnekler. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 20(2), 90-104.

Öğüt, F., Esatoğlu, A. E., Arslan, D. E., & Karaağaç, C. (2017). Evaluation of complaints notified to private hospitals in Ankara province. *New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences*. [Online]. 08, 60-67. Available from: www.propaas.eu.

Önal, G., & Civaner, M. M. (2015). For what reasons do patients file a complaint? A retrospective study on patient rights units' registries. *Balkan Medical Journal*, 32(1), 17-22.

Özcan, N. K., & Bilgin, H. (2011). Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi*, 31(6), 1442.

Pfeil, M. N., Yersin, B., Trueb, L., Feiner, A. S., & Carron, P. N. (2018). A retrospective study of complaint letters sent to a swiss emergency department between 2009 and 2014. *Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique*, 10.1016/j.respe.2017.08.003.

Reader, T. W., Gillespie, A., & Roberts, J. (2014). Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Quality and Safety*, 23, 678-689.

Salazar, G. M., Burk, K. S., & Abujudeh, H. (2018). Patient complaints in image guided interventions: evaluation of multifactorial issues using a coding taxonomy. *Health Care Policy and Quality*, 210, 1288-1291.

Saruç, S. (2013). Hasta hakları kurul dosyalarının sosyal hizmet bakış açısıyla incelenmesi ve değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(1), 65-81.

SB, T.C. Sağlık Bakanlığı, (2017). Faaliyet Raporu. Ankara (Yayın No: 1092).

SB, T.C. Sağlık Bakanlığı, (2018). Faaliyet Raporu. Ankara.

Schwartz, L. R., & Overton, D. T. (1987). Emergency department complaints: a one-year analysis. *Annals of Emergency Medicine*, 16(8), 857-861.

Sikayetvar. (2019). Hakkımızda. <https://www.sikayetvar.com/hakkimizda> (07.08.2019).

Siyambalapitiya, S., Caunt, J., Harrison, N., White, L., Weremczuk, D., & Fernando, D. J. (2007). A 22 month study of patient complaints at a national health service hospital. *International Journal of Nursing Practice*, 13(2), 107-110.

Skålén, C., Nordgren, L., & Annerbäck, E. M. (2016). Patient complaints about health care in a swedish county: characteristics and satisfaction after handling. *Nursing Open*, 3, 203-211.

Soysal, A., & Mahanoğlu, E. (2018). Hastaların hasta haklarını kullanma tutumlarının belirlenmesi: birinci basamak sağlık kuruluşunda bir araştırma: (Hatay ili örneği). *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(30), 138-158.

Sözcü. (2019). Sabime 15 yılda 25 milyon başvuru yapıldı. <https://www.sozcu.com.tr/2019/saglik/sabime-15-yilda-25-milyon-basvuru-yapildi-5206185/> (07.08.2019).

Şahinli, S., & Özdemir, E. (2019). Hasta şikâyet başvuru içeriklerinin incelenmesi: istanbul ili devlet hastanesi örneği. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 16-21.

Tanrıverdi, H., & Özmen, M. E. (2011). Sağlık çalışanlarının hasta haklarına ilişkin bilgi düzeylerinin hasta memnuniyetine etkisi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 15(3), 85-109.

Taylan, H. H., & Baydoğan, T. (2015). Hasta ve yakınlarının hasta hakları ve hasta hakları birimi hakkındaki bilgi düzeylerinin ve faydalanma durumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(55), 248-256.

Taylor, D. M., Wolfe, R., & Cameron, P. A. (2002). Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. *Emergency Medicine*, 14(1), 43-49.

Tengilimoğlu, D., Kısa, A., & Dziegielewska, S. F. (2000). What patients know about their rights in turkey. *Journal of Health and Social Policy*, 12 (1), 53-69.

Toprak, D. K., & Şahin, B. (2012). Sağlık bakanlığı hastanelerine yapılan hasta şikâyetlerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 3(1), 1-28.

Uludağ, A. (2011). Hastane hasta hakları kurullarının iletişim sorunu içerikli başvurulara bakışı: konya hastaneleri örneği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 31(3), 653-663.

Van den Berg, P. F., Yakar, D., Glaudemans, A. W., Dierckx, R. A., & Kwee, T. C. (2019). Patient complaints in radiology: 9-year experience at a european tertiary care center. *European Radiology*, 29(10), 5395-5402.

Veneau, L., & Chariot, P. (2013). How do hospitals handle patients complaints? An overview from the paris area. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20(4), 242-247.

Web, B. (1995). A study of complaints by patients of different age groups in an nhs trust. *Nursing Standart (Royal College of Nursing-Great Britain)*, 9(42), 34-37.

Wei, H., Ming, Y., Cheng, H., Bian, H., Ming, J., & Wei, T. L. (2018). A mixed method analysis of patients' complaints: underpinnings of theory-guided strategies to improve quality of care. *International Journal of Nursing Sciences*, 5, 377-382.

Wofford, M. M., Wofford, J. L., Bothra, J., Kendrick, S. B., Smith, A., & Lichstein, P. R. (2004). Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study. *Academic Medicine*, 79(2), 134-138.

Wong, L., Ooi, S. B. S., & Goh, L. G. (2007). Patients' complaints in a hospital emergency department in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 48(11), 990-995.

Yiğit, Ö., Oktay, C., & Bacakoğlu, G. (2010). Akdeniz üniversitesi hastanesinin acil servis hizmetleri konusundaki memnuniyet değerlendirme formlarının incelenmesi. *Acil Tıp Dergisi*, 10(4), 181-186.

Zengin, A., Erbaycu, A. E., Mertoğlu, A., Yazıcı, E., & Çetinalp, H. (2013). Türkiye’de hasta hakları uygulaması: bir eğitim ve araştırma hastanesi’nin beş yıllık deneyimi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 27(2), 105-117.

Zengin, S., Al, B., Yavuz, E., Kurşunköseler, G., Güzel, R., Sabak, M., & Yıldırım, C. (2014). Analysis of complaints lodged by patients attending a university hospital: a 4-year analysis. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 22, 121-124.

Zengin, S., Al, B., Yavuz, E., Şen, C., Cindoruk, Ş., & Yıldırım, C. (2012). Patient and relative complaints in a hospital emergency department: A 4-Year Analysis. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 12(4), 163-168.