

ISSN: 2667-5838

JOHMAL

Journal of Healthcare Management and Leadership

Editor
Prof. Dr. Şebnem Aslan





JOHMAL

JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP

SOSYAL ÇALIŞMALAR ÜZERİNE AKADEMİK PERSPEKTİF DERGİSİ

Sayı: 1 • Nisan 2019

Issue: 1 • April 2019

ISSN: 2667-5889

<http://dergipark.gov.tr/japss>
e-posta: www.journalaposs@gmail.com

Dergi Ofis Adresi (Office Address)

Prof. Dr. Şebnem ASLAN
Selçuk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Konya

JAPSS, uluslararası hakemli, açık erişimli bilimsel bir dergidir.

Kurucu (Founder)

Prof. Dr. Şebnem ASLAN

Editör (Editor)

Prof. Dr. Şebnem ASLAN

Editör Kurulu (Editorial Board)

- Prof. Dr. Şebnem ASLAN, Selçuk University, Turkey.
Prof. Dr. John CLARK, Warwick University, England
Prof. Dr. Tahir AKGEMCİ, Selçuk University, Turkey.
Prof. Dr. Nilgün Caner SARP, İstanbul Bilgi University, Turkey
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU, Ankara University, Turkey.
Prof. Dr. Ahmet DİKEN, Necmettin Erbakan University, Turkey.
Assoc. Prof. Dr. Onur KÖKSAL, Konya Gıda ve Tarım University, Turkey.
PhD. Agnes N. TOTH, Eötvös Lorand University, Hungary
PhD. Anna MARINOVA, Vratsa University, Bulgaria
PhD. Demet AKARÇAY ULUTAŞ, KTO Karatay University, Turkey
PhD. Erhan KILINÇ, Selçuk University, Turkey.
Lect. Fatih SÜNBÜL, Kilis 7 Aralık University, Turkey.

Temel İletişim [Primary Contact]

PhD. Demet AKARÇAY ULUTAŞ

demetakarcay@gmail.com
+90332 444 12 51-7460

PhD. Erhan KILINÇ

erhank23@hotmail.com
+90 554 125 46 53

Lecturer Fatih SÜNBÜL

fatihsunbul@kilis.edu.tr
+90 553 305 83 70

Teknik İletişim [Technical Contact]

Res. Asist. Şerife GÜZEL

serife_eren.89@hotmail.com
+90 332 223 15 90

Journal of Healthcare Management and Leadership is an international peer-reviewed journal which is published one times a year. Special or additional issues may also be published if necessary. The articles cannot be cited partly or entirely without showing resources.

The responsibility about scientific and grammatical issues is belong to authors.

The papers sent to the journal are reviewed by two referees and after their approval, they will be sent to edit before being published.

Writing & Publishing Policies can be found in the journal's website.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored or introduced into a retrieval system without prior written permission.

Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi yılda bir kez yayınlanan uluslararası hakemli bir dergidir. Gerek duyulduğunda özel veya ek sayı çıkarılabilir. Dergide yer alan yazılar kaynak gösterilmeksizin kısmen ya da tamamen iktibas edilemez.

Bu dergide yayınlanan çalışmaların bilim ve dil sorumluluğu yazarlarına aittir.

Dergimize gönderilen çalışmalar, alanında uzman iki ayrı hakem tarafından incelendikten sonra uygun görülenler yayınlanmaktadır.

Yazım kurallarına ilişkin bilgilere dergimizin web adresinde yer verilmiştir.

Bu derginin tüm hakları saklıdır. Önceden yazılı izin almaksızın hiçbir iletişim ve kopyalama sistemi kullanılarak yeniden kopyalanamaz, çoğaltılamaz ve satılamaz.

JOURNAL NAME: JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP (JOHMAL)

AIMS AND SCOPE:

JOHMAL aims to contribute healthcare management and leadership areas by publishing articles, researches, dissemination of various arguments in healthcare management and leadership studies. The objective of the journal is to share understanding by exploring new practices, perspectives and also promoting social policies and strategies through advancing theoretical background. JOHMAL publishes reporting empirical research and theoretical studies about analyzing, researching, debating and promoting social policies or practices about healthcare management, leadership, social issues, behavioral and human sciences based on individuals, families, societies, organizations, countries.

DERGİ ADI: SAĞLIK YÖNETİMİ VE LİDERLİK DERGİSİ

AMAÇ VE KAPSAM

Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi; sağlık yönetimi ve liderlik alanında makaleler, araştırmalar ve çeşitli argümanların yayılması yoluyla yayın yaparak sağlık yönetimi ve liderlik alanlarına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. Derginin amacı, bu alanda yeni uygulamaların, bakış açılarının ve aynı zamanda teorik bilgi donanımıyla desteklenen sosyal politikaların ve stratejilerin paylaşılmasıdır. Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi; sağlık yönetimi, liderlik, sosyal konular, davranışsal ve bireylere, ailelere, toplumlara, kuruluşlara, ülkelere dayanan beşeri bilimlerle ilgili sosyal politikaları veya uygulamaları analiz etme, araştırma, tartışma ve teşvik etme ile ilgili ampirik araştırma ve teorik çalışmaları yayımlar.

PUBLISHING POLICIES

1. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) is published annually and has a peer review process. Special or additional issues may also be published if necessary.
2. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) includes international academic reviews, researches articles and studies in healthcare management and leadership sciences to peer review process. All manuscripts are reviewed initially by the Editors as to aims, scope, principles and standards of the journal. After this editorial evaluation, appropriate manuscripts will be sent for outside review.
3. All manuscripts are evaluated by at least two reviewers. Reviewers are determined as to science field.
4. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) performs a double-blind review process.
5. JOHMAL has an effort to publish original studies related with social sciences. The author(s) should ensure that submitted articles/manuscripts have not been previously in any journal or media and sent to any journal review process.
6. JOHMAL attaches importance to academic and scientific publishing pattern. In the light of this principle, submitted articles may be checked with duplication-checking software to protect author rights against top lagiarism, copyright in fringementand the other breaches of practices in publication.
7. All processes related with reviewing and publishing should be followed online via peer review system.
8. All rights of the articles have been assigned to the journal within the publishing process. Accepted manuscripts for the publicationare not reproduced, used ot published in any other media without permission of the journal management. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) may publish the articles various data bases or the othermedia.
9. All legal, economic and ethical responsibility of the articles that sent to Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) for publishing belong to the author(s).
10. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) publishes articles in English, Turkish and German.
11. The manuscripts that fit within the aims and scope of the journal are reviewed by the reviewers within 20 days. If the manuscript is not reported at theend of this process, a new reviewer may be appointed for the article.
12. The manuscript that has two positive review reports from the field evaluation is eligible for publication. The manuscript that has only a positive review report is sent to a third reviewer and the publication of the manuscript is determined by the report of the third reviewer.
13. The authors can opposed here viewer reports within scientific views and reasons. In such a case, editorial board examine the manuscripts and report.
14. There are no fees pay able to submit or publish in this journal.

SUBMISSION GUIDELINES

1. Articles must be written in the Microsoft Word Programme and the page structure must be created as follows:

Paper Size	A4 Vertical
Top Margin	3 cm
Bottom Margin	3 cm
Left Margin	3 cm
Right Margin	3 cm
Font	Times News Roman
Font Style	Normal
Type Size	(Head line) 12
Type Size	(Regular Text) 11
Type Size	(Footnote Text) 9
Type Size	(Abstract) 10
Paragraph Spacing	6 nk
Line Spacing	1

2. The abstract should be no more than 250 words and should have the following subsections.
 - **Summary** (which should contain details of the context for the article and methods/approached)
 - **Findings** (which should contain the key findings)
 - **Applications** (which should contain details of impact and application to Professional practice)
3. Full articles should be a maximum of 8000 words.
4. Manuscripts should have 3-5 keywords under the abstract.
5. The manuscripts should follow APA reference style.
6. The manuscripts that are not appropriate for submission guidelines cannot be include in peer review process.

YAYIM İLKELERİ

1. Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi, yıllık olarak yayınlanan uluslararası hakemli bir dergidir. Gerekli durumlarda özel ya da ek sayılar yayınlanabilir.
2. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisi, sağlık yönetimi ve liderlik alanlarında yapılan uluslararası akademik derlemeleri, araştırmaları, makaleleri ve çalışmalarını hakemlik sürecine dahil etmektedir. Bütün çalışmaların derginin amacına, ilkeleri ve standartlarına uygunluğu başlangıçta editör kurulu tarafından değerlendirilmektedir. Editör değerlendirmesinde uygun bulunan çalışmalar dış hakemlere gönderilmektedir.
3. Her çalışma en az iki hakem tarafından değerlendirilmektedir. Hakemler bilim dallarına göre belirlenmektedir.
4. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisi, çift- kör hakemlik süreci yürütmektedir.
5. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisi, sosyal bilimlerle ilişkili özgün çalışmalar yayınlamayı amaçlamaktadır. Yazar(lar) dergi sistemine yükledikleri çalışmaların daha önce başka bir dergide ya da medyada yayınlanmadığından emin olmalıdır(lar).
6. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisi, akademik ve bilimsel yayın aşamalarına önem vermektedir. Bu ilke ışığında, yüklenen çalışmalar yazarların haklarını korumak için intihal, telif hakkı ihlali ve yayınlarda görülen diğer ihlallere karşı intihal programıyla taranabilir.
7. Hakemlik ve yayımlamayla ilgili bütün süreçler elektronik hakemlik sistemiyle takip edilmektedir.
8. Çalışmaların bütün hakları yayın sürecinde dergiye devredilmektedir. Yayın için kabul edilen çalışmalar dergi yönetiminden izin alınmadan çoğaltılamaz ya da başka medya ortamlarında yayınlanamaz. Dergi, çalışmalarını çeşitli veri tabanlarında ya da medyalarda paylaşabilir.
9. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisine gönderilen çalışmaların bütün yasal, ekonomik ve etik yükümlülükler yazarlara aittir.
10. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisi, İngilizce, Almanca ve Türkçe dillerinde çalışmalar yayınlamaktadır.
11. Derginin amacı ve kapsamına uygun olan çalışmalar 20 gün içinde hakemler tarafından değerlendirilmektedir. Bu süreç içinde hakem tarafından değerlendirilmeyen çalışmalar için yeni bir hakem ataması yapılabilir.
12. İki olumlu hakem raporuna sahip bir çalışma yayına hak kazanmaktadır. Sadece bir olumlu hakem değerlendirmesine sahip çalışma üçüncü bir hakeme gönderilmekte ve çalışmanın yayınlanma kararı üçüncü hakemin raporuna göre verilmektedir.
13. Yazarlar, bilimsel gerekçe ve nedenlerini belirterek hakem raporlarına itiraz edebilirler. Böyle bir durumda, Editör kurulu çalışmayı ve raporları inceler.
14. Bu dergiye makale yüklemek, dergide makale yayınlamak için herhangi bir ücret alınmamaktadır.

YAYIN GÖNDERME KURALLARI

1. Makaleler Microsoft Word Programında yazılmalı ve sayfa yapısı aşağıdaki gibi oluşturulmalıdır:

- Kağıt Boyutu: A4 Dikey
Üst Kenar Boşluğu: 3 cm
Alt Kenar Boşluğu: 3 cm
Sol Kenar Boşluğu: 3 cm
Sağ Kenar Boşluğu: 3 cm
Font: Times News Roman
Yazı Tipi Stili: Normal
Tür Boyutu (Başlık): 12
Tür Boyutu (Normal Metin): 11
Tür Boyutu (Dipnot Metni): 9
Tür Boyutu (Özet): 10
Paragraf Boşluğu: 6 nk
Satır Aralığı: 1

2. Özet 250 kelimedenden fazla olmamalı ve aşağıdaki alt bölümlere sahip olmalıdır.
- Özet (makale içeriğinin detaylarını içermeli ve yöntemlerle / ele alınmalı)
 - Bulgular (anahtar bulguları içermesi gerekir)
 - Uygulamalar (mesleki uygulamaların ayrıntıları ve içeriği gerekir)
3. Tam makaleler en fazla 8000 kelime olmalıdır.
4. Anahtar kelimeler; özetin altında 3-5 anahtar kelimeye sahip olmalıdır.
5. Yazılar APA referans stilini izlenmelidir.
6. Gönderme yönergeleri için uygun olmayan yazılar, hakem incelemesine dahil edilemez.

MAKALELER/ ARTICLES

2019 Yılı, Sayı: 1 Makaleleri (2019 Year, Issue: 1 Articles)

Bir Kamu Hastanesinde Maliyet Analizi Çalışması
(Cost Analysis Study in A Public Hospital)

Araştırma/ Research (1-15)

Hasta Şikâyet Başvuru İçeriklerinin İncelenmesi İstanbul İli Devlet
Hastanesi

(Investigation of Patient Complaint Application: The Case of State
Hospital of İstanbul)

Araştırma/ Research (16-21)

Spiritual Leadership
(Spirituel Liderlik)

Derleme/ Review (22-26)

Üniversite Öğrencilerinin Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin
Değerlendirilmesi

(Assessment of Perfectionism Levels of University Students)

Araştırma/ Research (27-39)

Relationship Between Leader-Member Exchange and Innovativeness:
Moderating Role of Psychological Capital of Employee

(Lider Üye Değişimi ve Yenilikçilik Arasındaki İlişki:
Çalışan Psikolojik Sermayesinin Aracılık Rolü)

Araştırma/ Research (40-51)

Palteki, T. (2019). Bir Kamu Hastanesinde Maliyet Analizi Çalışması. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 1-15.

Araştırma/ Research

Makale Geliş Tarihi: 12.02.2019

Makale Kabul Tarihi: 05.03.2019

BİR KAMU HASTANESİNDE MALİYET ANALİZİ ÇALIŞMASI¹



<https://doi.org/10.35345/johmal.526382>

Tuncay PALTEKİ²

ÖZET

Bu çalışma ile hastane hizmet maliyetlerine yönelik bütüncül bir bakış açısı kazandırmak ve model oluşturulması amaçlanmıştır.

Araştırma bir kamu hastanesinin 2002 yılı verileri üzerinden gerçekleştirilmiştir. Maliyet analizinde fiili ve tam maliyet yöntemleri kullanılmıştır. Tüm sonuçların endeks değişim oranına göre yeniden değerlemeleri yapılmıştır.

Maliyetlerin gerçeğe yakın olabilmesi için giderlerin gider yerlerine ya da ürünlere doğrudan yükleme oranlarının yüksek olması ve dağıtım modellerinin doğru kurgulanması gerekmektedir. Bu çalışmada gider yerlerine doğrudan yükleme oranı % 73.2'ye ulaşmıştır. Hastane maliyetleri içerisinde işgücü maliyetleri %73,8 ile ilk sırada yer almıştır. Laboratuvar testlerine ait maliyetler günümüze göre oldukça fazla olduğu görülmüştür. Bu çalışmada hedeflendiği gibi kamu hastanelerinde maliyetlerin sürekli izlenmesi için bilişim sektörünün de katkılarıyla yeni modellemelerin yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kamu hastanesi, maliyet analizi, modelleme

COST ANALYSIS STUDY IN A PUBLIC HOSPITAL

ABSTRACT

This study aims to provide a holistic perspective and model for hospital service costs.

The study was carried out on the 2002 data of a public hospital. Actual and full costing methods have been conducted in cost analysis. All results were revalued according to the index change rate.

In order for the costs to be close to the reality, the directly assigned rates of the expenditures should be high and the distribution models should be set up correctly. In this study, directly assigned expenditures rates to expense locations has reached to 73.2%. The labor costs in hospital costs were in the first place with 73,8%. The costs of laboratory tests were found to be quite high compared to the present-day. In this study, it is necessary to carry out new models with the contribution of IT sector for the continuity of monitorization of the costs in public hospitals as targeted.

Key Words: Public hospital, cost analysis, modeling

¹ Bu çalışma Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalında "İstanbul'da Bir Kamu Hastanesinde Maliyet Analiz Çalışması" isimli Yüksek Lisans tezinden üretilmiştir.

² Dr.Öğr.Üye., Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, tuncaypalteki@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4253-4735>

GİRİŞ

İnsan yaşamının vazgeçilemeyen bir parçası olan sağlığın, gelişmiş ya da gelişmekte olan ülke ayrımı olmaksızın ayrı bir önemi vardır. Özellikle gelişmiş ülkeler gayri safi milli hasıllarının önemli bir bölümünü sağlık harcamalarına ayırmakta ve giderek de bu artmaktadır. Sağlık harcamalarında ortaya çıkan bu sürekli artış sağlık güvence sistemlerini zorlamaktadır. Bu beraberinde bütçe üzerine baskı oluşturmakta ve sağlık hizmetleri finansmanında ve sunumunda yeni arayışlara itmektedir. Bu bağlamda kaliteli sağlık hizmeti sunumunun en düşük maliyetle sağlanabileceği sistem tasarımı ve sürdürülebilirliği konusu ön plana çıkmaktadır. Diğer taraftan sağlık harcamalarının büyük oranda gerçekleştiği yerler hastanelerdir. Tüm sektörlerde olduğu gibi gelişen teknolojiler değişimi tetiklemekte, bunun sonucu da maliyetleri artırmaktadır. Bu maliyet artışlarına rağmen ülkemizde büyük kısmı kamu tarafından verilen sağlık hizmet maliyetlerine yönelik hastanenin bütününe yönelik ve sürekliliği olan yeterli çalışma ve veri bulunmamaktadır.

Bir yandan sağlık hizmet harcamalarının artması, diğer yandan maliyet analizi konusundaki yetersizlik, kısıtlı kaynakların etkin yönlendirilmesini ve verimlilik artışını engellemektedir. Hastanelerin verimli çalışıp çalışmadıklarının izlenebilmesi için maliyetlerin, çeşit, fonksiyon, yer ve faaliyetler düzeyinde hesaplanması ve bunların standart ve fiili maliyetler olarak ayrı ayrı sürdürülebilmesine ihtiyaç vardır.

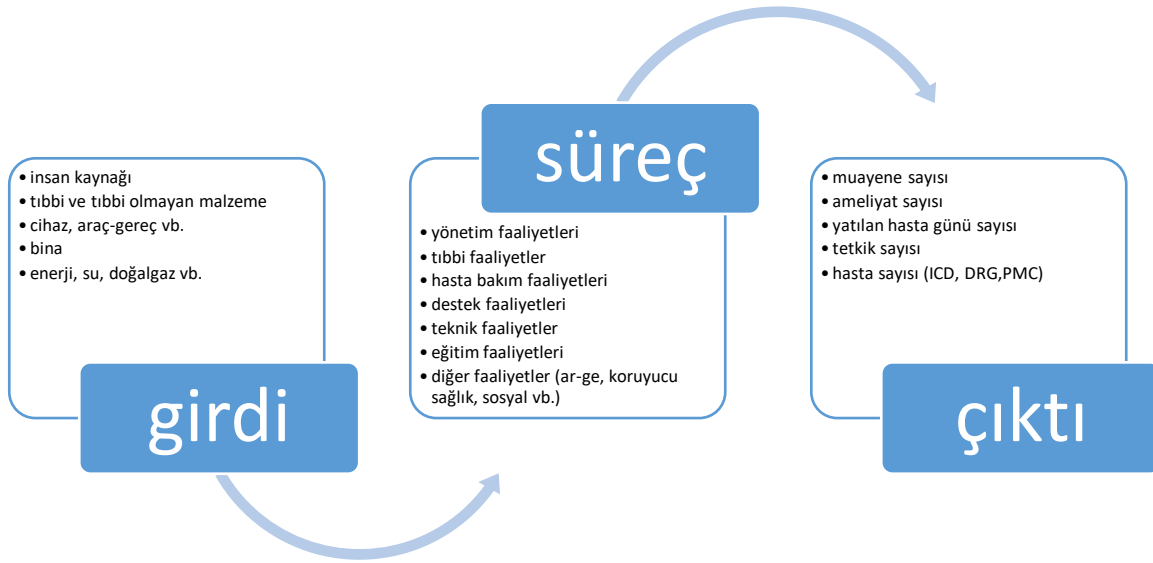
“Hastalık yoktur, hasta vardır” gerçeği bir yandan, hastalık tanısı aynı olan hastaların tanı, tedavi ve bakım maliyetlerinin birbirlerinden çok farklı olabileceği çağrışımını yaparken diğer yandan ise sağlık hizmetlerinin maliyet analizinin zorluklarını ortaya koymaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2015 yılı raporuna göre küresel sağlık harcamalarının küresel gayri safi yurtiçi hâsıla içerisindeki oranı %10 olarak hesaplanmıştır. 2000-2015 yılları arasında sağlık harcamalarındaki büyüme yıllık %4 olurken ekonomik büyüme yıllık %2,8’de kalmıştır (WHO, 2017). Sağlık harcamaları içerisindeki hastanelerin payına baktığımızda ülkemizde 2012 yılından itibaren %50’lerin üzerine çıktığını görmekteyiz. Bu oran ile ülkemiz OECD ülkeleri arasında ilk sırada yer almaktadır (OECD, 2018). Sağlık hizmetlerinde hastane ve hasta maliyetlerini analiz etmek ve bu maliyetlerin yapısını ortaya koymak, sağlık bakım hizmetleri maliyetlerinin kontrol altında tutulabilmesinde önemli rol oynar. Başka bir ifadeyle ölçmediğiniz maliyetleri yönetmeniz mümkün olmayacaktır.

1. MALİYET YÖNETİMİ VE SİSTEM YAKLAŞIMI

Donabedian tarafından ifade edildiği gibi hastaneler girdileri (yapı), süreçleri ve çıktıları ile sistem yaklaşımı ile ele alınabilir (Donabedian, 2003). Ve sistemin değerlendirilen unsurları arasında maliyetler de özel bir öneme sahip olmaktadır. Maliyet her ne kadar bir sonuç olarak ele alınsa da yapı ve süreç maliyet oluşumunda ki esas unsurlardır. Girdilerden çıktı üretmede hastane faaliyetleri rol oynar. Bu faaliyetleri; yönetim, tıbbi, hasta bakım, destek, teknik, eğitim, ar-ge, koruyucu sağlık ve sosyal olarak

sınıflandırabiliriz (Şekil 1). Hastane çıktılarının tanımlanması ve ölçülmesinde heterojenite problemi vardır. Bu nedenle tedavi edilen hasta sayısı hastane çıktısını yeteri kadar temsil etmez. Her hasta ve beraberindeki hastalığın farklı karakteristikleri çıktının tanımlanmasını zorlaştırır. Bir yandan hastanın yaşı, cinsiyeti, alışkanlıkları diğer yandan hastalığın evresi, ciddiyeti, beraberinde bulunan diğer hastalıklar, komplikasyonlar çıktıyı kendine özgü kılar. Çıktının tanımlanabilmesi için Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD), Tanı İlişkili Gruplar (DRG) ya da Hasta Yönetim Kategorileri (PMC) gibi sistemler kullanılmaktadır. Ayrıca, hastane faaliyetleri içerisinde araştırma-geliştirme, koruyucu sağlık ve sosyal faaliyetler de mevcuttur.



Şekil 1: Maliyet yönetimi ve sistem yaklaşımı

2. HASTANELERDE MALİYET MUHASEBESİ

Maliyet, mal ve hizmet üretimi için kullanılan girdilerin parasal değeri olarak tanımlanabildiği gibi (Hyman, 1990), belirli bir amaca ulaşabilmek için katlanılan fedakârlıkların toplamı olarak da ifade edilebilir.

İşletmelerde ortaya çıkan yapısal gelişmeler sonucunda yöneticilerin artan bilgi gereksinimleri, yönetimde düzenli bilgi akışını sağlamaya yönelik bilgi sistemlerini ön plana çıkarmıştır. Muhasebenin temel amacı da yöneticilere kullanılabilir bilgiler sağlamaktır. İşletme alanında; genel (finansal), maliyet ve yönetim muhasebesi olmak üzere üç ayrı muhasebe türü vardır (Hacıüstemoğlu ve Şakrak, 2002). Maliyet muhasebesi, üretilen mamul ya da hizmetlerin maliyetini oluşturan maliyet türlerini oluş yerlerine ve ilgili oldukları mamul ya da hizmet cinsleri bakımından belirlenmesine ve izlenmesine imkân sağlayan bir hesap ve kayıt sistemidir. Maliyet muhasebesi ile ürünün maliyetinin saptanması, maliyetin kontrolüne yardımcı olunması ve planlamaya yardımcı olunması amaçlanır (Kartal, Sevim ve Gündüz, 2004). Finansal ve maliyet muhasebesi sistemleri birbirini tamamlar. Bu sistemler arasındaki

temel fark, finansal muhasebe işletmenin dışı yönelik işlemlerini ortaya koyarken, maliyet muhasebesi işletme içi oluşan işlemleri izler (Karacan, 2000). Maliyet muhasebesi sistemi, kayıt ve ölçme sistemlerinden oluşur. Kayıt sistemi, faaliyet sonuçlarının çıkartılması ve raporlanabilmesi amacıyla finansal muhasebe sistemi için gerekli girdileri sağlayan bir bütünü oluşturur. Ölçümleme sistemi ise maliyet hesaplama ve analizleri ile bir yandan yönetimin gerek duyduğu bilgileri sağlayan diğer yandan da maliyet kayıt sistemi için gerekli girdileri sağlayan yapıyı oluşturur.

Ürün yaşam süresini ve küresel rekabeti kısaltan hızlı teknolojik değişim, ileri üretim sistemleri doğrultusunda birçok şirketi etkisi altına almıştır. Bu nedenle işletmeler, klasik maliyet hesaplama sistemlerinin yetersizliklerini kabul etmişlerdir (Ray ve Gupta, 1992).

3. MALİYET SİSTEMLERİ

Maliyet muhasebesi sistemi, kayıt ve ölçme sistemlerinden oluşur. Kayıt sistemi, faaliyet sonuçlarının çıkartılması ve raporlanabilmesi amacıyla finansal muhasebe sistemi için gerekli girdileri sağlayan bir bütünü oluşturur. Ölçümleme sistemi ise maliyet hesaplama ve analizleri ile bir yandan yönetimin gerek duyduğu bilgileri sağlayan diğer yandan da maliyet kayıt sistemi için gerekli girdileri sağlayan yapıyı oluşturur.

Maliyet yöntemleri (sistemleri); üretim sistemine, ele alınan kapsama, faaliyet etkinliğini ölçümleme ve maliyet dağıtımında esas alınan yöntemlere göre sınıflandırılabilir. Günümüzde sıklıkla kullanılmakta olan yöntemler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Geleneksel maliyet yönteminde her ürünün üç temel maliyet unsurundan oluştuğu ve bunların da direkt malzeme, direkt işçilik ve genel üretim maliyetleri olduğu ifade edilir. İlk ikisi ürün maliyetine doğrudan yüklenebildiğinden direkt maliyetler olarak adlandırılır. Genel üretim giderlerinin ürün maliyeti ile ilişkisi dolaylı olduğundan bunlara da endirekt maliyetler denir. Genel üretim maliyetleri de endirekt malzeme, endirekt işçilik ve diğer endirekt üretim maliyetleri olarak üç alt başlıkta toplanır. Endirekt malzemelerde kendi içerisinde yardımcı ve işletme malzemeleri olarak ayrılır. Yardımcı malzeme, ürünün temel yapısını oluşturmayan ancak hammaddenin ürüne dönüşmesine katkı sağlayan malzemelerdir. İşletme malzemesi ise üretim esnasında tüketilen ancak ürün yapısında yer almayan malzemelerdir. Benzer şekilde endirekt işçilik de yardımcı ve yönetici işçilik şeklinde iki alt başlıkta incelenir. Diğer endirekt üretim maliyetleri ise endirekt işçilik ve malzeme dışındaki tüm endirekt nitelikli üretim maliyetlerini içerir. Bina, taşıt, demirbaş amortismanları, enerji ve kırtasiye giderleri bu gruba girer. Bir ürünün maliyetinde doğrudan ilişkinin kurulamadığı endirekt olarak ifade edilen maliyetler, ürünlere farklı yöntemlerle yüklenmeye çalışılır. Bu maliyet dağıtımında kullanılan ölçülere dağıtım anahtarları denir. Dağıtım anahtarları ne kadar gerçekçi olursa ürün maliyetinin belirlenmesi de o kadar isabetli olacaktır.

Daha doğru ve gerçekçi maliyet bilgisi elde edebilmek amacıyla kullanılan sistemlerde zaman içinde gelişim göstermiştir. Gelişen teknolojiye paralel olarak, üretim maliyetleri içinde değişken üretim

maliyetleri payının azalması ve genel üretim maliyetlerinin payının önemli ölçüde artması nedeniyle, geleneksel maliyet sistemlerinin sunduğu maliyet bilgileri gerçek maliyetleri yansıtmakta yetersiz kalmış, bunun sonucunda da alternatif birçok maliyet yöntemi geliştirilmiştir (Tablo 1) (Tosun, 1990; Hacırüstemoğlu ve Şakrak, 2002; Karacan, 2000; Mert, 2000; Bursal ve Yücel, 1994; Gurowka ve Lawson, 2007; Tse ve Gong, 2009). Bunlar arasında bulunan faaliyet tabanlı maliyetleme 80’li yıllardan itibaren yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Bu yöntem; faaliyetlerle maliyetler arasında nedensel ilişkileri tanımlayan, faaliyetleri oluşturan etkenleri belirleyen, her bir faaliyet etkeni ile ilgili maliyet havuzu oluşturan, yükleme oranlarını belirleyen ve kullanılan maliyetler kadar maliyetleri ürünlere yükleyen bir maliyetleme sistemidir (Gurowka ve Lawson, 2007).

Tablo 1: Maliyet Yöntemleri (Kaynak: Tosun, 1990; Hacırüstemoğlu ve Şakrak, 2002; Karacan, 2000; Mert, 2000; Bursal ve Yücel, 1994; Gurowka ve Lawson, 2007; Tse ve Gong, 2009’dan yararlanılarak hazırlanmıştır)

Yöntem	Açıklama
Sipariş Maliyetleme	Her bir ürün ya da ürün grubunun maliyetlerinin ayrı ayrı izlendiği sisteme denir. Her bir sipariş için üretim maliyeti unsurlarının, üretim eyleminin başlangıcından tamamlanmasına kadar geçen süreçte ayrı ayrı izlenmesidir. Hasta ya da özel tıbbi hizmet maliyetleri izlenebilir.
Safha Maliyetleme	Her bir üretim safhasında oluşan toplam maliyetlerin söz konusu safhada gerçekleştirilen toplam üretim miktarına bölünmesiyle ortalama birim maliyeti bulunur. Aynı yerde aynı tür ürünlerin maliyetlemesinde kullanılır.
Tam Zamanında Ortamında Maliyetleme	Tam zamanında felsefesini benimseyen işletmelerde kullanılabilir.
Tam Maliyetleme	Üretim ve hizmet için direkt ve endirekt tüm giderlerin toplamından oluşur. Bu maliyet sisteminde gider yerlerinde oluşan giderlerin tamamı toplanır ve birimlere dağıtılır.
Kısmi (Değişken) Maliyetleme	Sadece üretimle doğrudan ilişkili hammadde ve işçilik gibi değişken maliyetlerin yüklenmesine, geri kalan sabit giderlerin dönemin kar/zarar hesabına aktarılmasına dayalı sistemlere değişken maliyet sistemi denir.
Fiili (Gerçek) Maliyetleme	Ait olduğu dönemde gerçekleştikten sonra hesaplanan maliyettir.
Standart Maliyetleme	Ürün maliyetlerinin önceden ve bilimsel yöntemlerle olması gereken düzeyde planlaması ve maliyet hesaplarında fiili rakamların yerine kullanılmasıdır.
Faaliyet Tabanlı Maliyetleme	Bir işletmeye ait faaliyetler ve ürünler ile ilgili veri tabanını oluşturan, işleyen ve onu koruyan bilgi sistemidir. Bu sistemde gerçekleştirilen faaliyetler tanımlanır, bunların maliyetleri izlenir ve bulunan maliyetler ürünlere dağıtım anahtarlarıyla yüklenir. Bu yöntemle işlem bazlı maliyetleme yaparak üretimin hacmine bağlı olmaksızın maliyetler sağlıklı bir şekilde hesaplanabilir.
Sürece Dayalı Faaliyet Tabanlı Maliyetleme	Faaliyet tabanlı sistemin eksiği olan atıl kapasitenin ürün maliyeti dışına alınmasını sağlayan bir yöntemdir. Yöntem faaliyet havuzlarını ortadan kaldırarak üretilen her bir ürüne ait giderleri doğrudan kaynak-faaliyet maliyet etkeni yoluyla yapmaktadır. Esnek ve güncellenebilir bir yöntemdir.
Süreç Maliyetleme	Maliyetleri önce maliyet merkezlerinde toplayan ve sonra her bir merkezin toplam maliyetini eşit olarak her bir birime yükleyen sistemdir.

4. HASTANELERDE MALİYETLEME

Maliyet çalışmaları sağlık sisteminin özellikleri dolayısıyla en geniş biçimde Amerika Birleşik Devletleri (ABD) hastanelerinde incelenmiştir. ABD’de federal sağlık sigorta sistemleri giderek artan maliyetler nedeniyle tıbbi teknolojinin kullanımında belirli düzenlemeler getirilmesini amaçlamıştır (Williams ve Torrens, 1988). Ülkemizde özellikle kamu hastaneleri başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin maliyetleri konusunda uygulamaya geçen yeterli çalışma bulunmamaktadır.

Hastane birim hizmet maliyetlerinin değerlendirilmesinde iki boyut vardır. Bunlardan ilki hizmet alan bireyin hastalığı ile ilişkili protez, ilaç gibi gider kalemlerine yönelik maliyetlerdir. Bunların dışında kalan maliyetler ise hastanenin genel hizmet üretimi için katlandığı maliyetlerdir. Bunlar arasında işgücü, genel sarf, hizmet alım, demirbaş, amortisman, elektrik, su, doğalgaz ve benzeri maliyetler vardır.

Ülkemizde kamu hastanelerinin genellikle sağlık hizmet maliyetleri konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadığı bilinen bir gerçektir. Bu çalışma ile hastane hizmet maliyetlerine yönelik bütüncül bir bakış açısı kazandırmak ve model oluşturulması amaçlanmıştır.

5. MATERYAL VE METOT

Çalışma; 230 yatak kapasiteli, 337 toplam personele sahip ve yaklaşık 15,000 m2 kapalı alanda hizmet veren bir kurum (kamu) hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yapıldığı hastaneye ait veriler 2002 yılına aittir. Araştırmamız, fiili (gerçek) ve tam maliyet yöntemleri esas alınarak tasarlanmıştır. Uygulama hastanenin tamamını kapsamış ve esas üretim yerlerinin tüm maliyetlerine ulaşılmıştır. Son olarak da biyokimya laboratuvarının ürettiği hizmetlere yönelik birim hizmet maliyetleri hesaplanmıştır. Maliyet analizinde; 2002 yılına ait, personel bordro kayıtları, mal müdürlüğü işlem fişleri, satın alma dosyaları, ayniyat işlem fişleri, ambar defterleri, aynı yıl yapılan norm kadro çalışmasının iş etüdü bulguları, aylık ve yıllık istatistik formları ile yıllık iç denetim raporları kullanılmıştır. Toplanan verilerin işlenmesinde bilgisayar teknolojilerinden (MS Office XP) yararlanılmıştır. Çalışmada elde edilen sonuçların güncel maliyetlerle karşılaştırılabilmesi için 2002 yılı verileri 2018-Aralık ayı esas alınarak yeniden değerlemesi yapılmıştır. TÜİK verileri kullanılarak (Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE) ve Yurt İçi Üretici Fiyat Endeksi (Yİ-ÜFE) ortalaması) Endeks Değişim Oranı %473.04 alınmıştır. Çalışmamızda öncelikle hastane gider yerleri ve alt başlıkları Tablo 2’de gösterildiği şekilde tasarlanmıştır. Gider kalemleri; işgücü, malzeme, hizmet alım, amortisman ve genel giderler (elektrik-doğalgaz-su-yakıt, haberleşme, bakım-onarım vb.) olarak belirlenmiştir. Hastane gider yerlerine giderler direkt ve endirekt olarak girilmiştir. Maliyetlerin gider yerlerine yüklemeleri her bir gider kalemi için aşağıdaki prensipler çerçevesinde gerçekleştirilmiştir.

Tablo 2: Hastane Gider Yerleri

Yönetim Hizmetleri Gider Yerleri		Esas Üretim Gider Yerleri			Yardımcı Hizmet Üretim Gider Yerleri		
Genel Yönetim	Üretim Yerleri Yönetimi	Ayaktan Tanı-Tedavi Hizmetleri	Yatarak Tanı-Tedavi Hizmetleri	Laboratuvar Hizmetleri	Tıbbi Destek Hizmetleri	Tıbbi Olmayan Destek Hizmetleri	Teknik Hizmetler
•Başhekimlik •Hastane müdürlüğü •Başhemşirelik •Döner sermaye saymanlığı	•İnsan kaynakları •Satın alma •Ayniyat (taşınır kayıt) •Evrak-arşiv •Hasta kabul •Faturalandırma •Sağlık kurulu	•Poliklinikler	•Yatan hasta •Ameliyathane •Doğumhane	•Biyokimya •Mikrobiyoloji •Röntgen •Nükleer tıp •Patoloji •Diğer (endoskopi, üro-dinami, odyometre vb.)	•Eczane •Merkezi medikal gaz sistemleri •Sterilizasyon •Hasta nakil	•Mutfak •Çamaşırhane •Bilgi işlem •Santral •Güvenlik •Jeneratör •Yangın uyarı sistemleri •Kantin	•Elektrik •Sihhi tesisat •Ağaç-boya işleri •Bahçe işleri

İşgücü;

- Personel gruplarının (uzman hekim, pratisyen hekim, hemşire vb.) her birinin aylık brüt ücretlerinin ortalaması o personel grubu için birim maliyet olarak belirlenmiştir. Böylece aynı personel grubunda bulunan, ancak farklı birimlerde görev yapan çalışanların kıdem vb. nedenlerle ücret farklılıklarının birim maliyetlerinde dengesizliğe neden olması engellenmiştir. Personele yapılan diğer giderlerde de aynı yol izlenmiştir.
- Bir çalışan sürekli aynı birimde görev yapıyorsa direkt işgücü olarak maliyetleri o gider yerine yüklemesi yapılmıştır. Örnek olarak anestezi teknikerleri için ameliyathane birimi gider yeri olarak tanımlanmıştır.
- Bir çalışanın görevi gereği farklı üretim gider yerlerinde hizmet veriyor olması halinde norm kadro çalışmasındaki iş etütlerinden faydalanılmıştır. Uzman ve pratisyen hekimlerin, Yönetim ve Esas Üretim Gider yerlerine işgücü dağılımları iş etüdü çalışmaları ile gerçekleştirilmiştir. Böylece çalışanların poliklinik, klinik, ameliyathane, eğitim, yönetim ve diğer birimlerle ilişkili çalışmaları birim zaman (ay) olarak hesaplanmıştır. Örnek olarak, A, B, C, D, E grubu ameliyatlar için katlanılan ortalama işgücü maliyetleri her bir cerrahi grup için ölçülmüştür.
- Çalışanların bir yılda çalıştıkları süre birim zaman olan ay cinsinden tespit edilerek çalışanların poliklinik, klinik, ameliyathane, eğitim, yönetim ve diğer alanlarda geçirdikleri toplam sürelerden çıkarılarak atıl zaman hesaplamaları da yapılmıştır.

- Uzman ve pratisyen hekimlerin nöbet ücretleri yönetim ve esas üretim gider yerlerine dağıtımı endirekt olarak yapılmıştır. Kurum hastanesi olması nedeniyle mesai saatleri sonrasında tek hekimin görev yapması ve görev tanımının içerisinde yönetim sorumluluğu da olması nedeniyle endirekt işgücü olarak dağıtımı gerçekleştirilmiştir. Diğer sağlık çalışanlarında da nöbet ücretlerinin dağılımı görev tanımları ile ilişkili olarak yapılmıştır.

Malzeme;

- Hizmete yansıtılan malzeme maliyetlerinin belirlenmesinde stok değerlendirme yöntemi olarak İlk Giren İlk Çıkar (First in First out-FIFO) kullanılmıştır.
- Genel tıbbi sarf malzemeleri esas üretim gider yerlerine direkt ya da endirekt olarak yüklenmiştir. Bu malzemelerin depo çıkışları hangi birime yapıldıysa o birime doğrudan gider olarak kaydedilmiştir.
- Çalışmamızda biyokimyasal ve hormon parametrelerine ait kit maliyetleri birim maliyetler oluşturulurken giderleştirilmiştir.
- Mutfak bölümünde kullanılan gıda maddeleri, teknik bölümlerin ihtiyacı olan çeşitli malzemeler esas ve yardımcı gider yerlerine doğrudan yüklemeleri yapılmıştır.
- Kırtasiye, temizlik vb. tıbbi olmayan sarf malzemeleri yönetim, esas hizmet ve yardımcı üretim gider yerlerine ayniyat (taşınır) çıkışları dikkate alınarak doğrudan gerçekleştirilmiştir. Doğrudan dağıtım yapılamayan temizlik malzemeleri kapalı alan m²'si dağıtım anahtarı kullanılarak endirekt olarak gerçekleştirilmiştir.

Hizmet alım;

- Hizmet alım giderleri, gider yerlerine direkt (diyaliz su kalite kontrol bedeli gibi) ve endirekt (dozimetre ölçüm bedelleri, haşere ilaçlama bedelleri, tıbbi atık uzaklaştırma bedelleri gibi) olarak yüklenmiştir. Dağıtım anahtarı olarak kapalı alan m²'si, tıbbi atık poşet sayısı vb. kullanılmıştır.

Bakım onarım;

- Büyük bakım onarım giderleri amortisman süreleri 5 yıl olarak kabul edilerek, dağıtım anahtarı m² kullanılarak gider yerlerine endirekt olarak yüklenmiştir.
- Tıbbi ve endüstriyel cihazların periyodik bakım ve onarım giderleri gider yerlerine doğrudan ya da dolaylı olarak (dağıtım anahtarı m²) yüklenmiştir.

Enerji, su vb.;

- Doğalgaz giderleri kullanıldığı amaca uygun olarak giderleştirilmiştir. Mutfak biriminde harcanan doğalgaz ayrı bir saat ve faturası olduğundan doğrudan yükleme yapılabilmiş, diğer taraftan ısıtma giderlerinin gider yerlerine yüklenmesinde m² dağıtım anahtarı kullanılmıştır.

- Su giderlerinin tüm gider yerlerine yüklenmesi m² dağıtım anahtarı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.
- Hastane araçlarına ait yakıt ve benzeri giderler esas kullanılma amaçlarına göre gider yerlerine doğrudan yükleme yapılmıştır.
- Telekomünikasyon maliyetlerinin gider yerlerine yüklenmesi kullanım yeri ve amacı dikkate alınarak direkt ve indirekt olarak gerçekleştirilmiştir.

Amortisman;

- Hastane binalarının yapı maliyetlerine ait dokümana ulaşılamadığından, hastanenin tüm binaları kullanıma giriş yıllarına göre emlak değerlemesi - bir mali müşavirlik firmasına- yaptırılmış ve amortisman süresi 50 yıl olarak alınmıştır. Amortisman için dağıtım anahtarı olarak m² kullanılmıştır.
- Her türlü tıbbi cihaz ve diğer demirbaşın edinim değerleri, amortisman süresi 5 yıl kabul edilerek kullanım yerlerine yüklemesi doğrudan yapılmıştır.

Yardımcı üretim giderlerinin yönetim ve esas üretim gider yerlerine dağıtımı ise aşağıdaki şekilde gerçekleştirilmiştir.

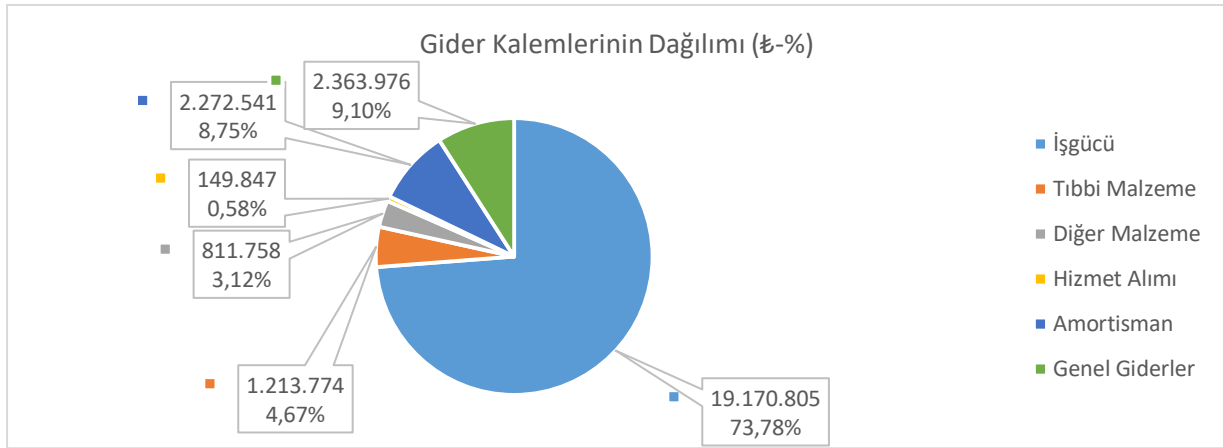
- Öncelikle yardımcı üretim gider yerleri giderlerinin yönetim ve esas üretim yerlerine dağıtımı yapılmıştır. Bu dağıtım için dağıtım anahtarları olarak; merkezi medikal gaz için oksijen-vakum terminal sayısı, hasta nakil için gider yerlerinin hasta nakil sayısı, çamaşırhane için çamaşır ağırlığı (kilogram), bilgi işlem için terminal sayısı, santral için telefon dağılım sayısı, güvenlik, yangın önlem sistemleri, teknik hizmetler için m², jeneratör için watt/gün kullanıldı. Bunun dışında eczane ve mutfak giderleri kliniklere, kantin giderleri yönetim gider yerine ve sterilizasyon ise ameliyathaneye yüklenmiştir.
- Böylece tüm giderler yönetim ve esas üretim yerlerinde toplanmıştır. Son aşamada ise esas üretim gider yerlerinden olan biyokimya laboratuvarının ürettiği hizmetlerin birim maliyetlerine ulaşılmıştır.

Biyokimya laboratuvarının ürettiği hizmetlerin birim maliyet analizleri ise aşağıdaki prensipler çerçevesinde gerçekleştirilmiştir.

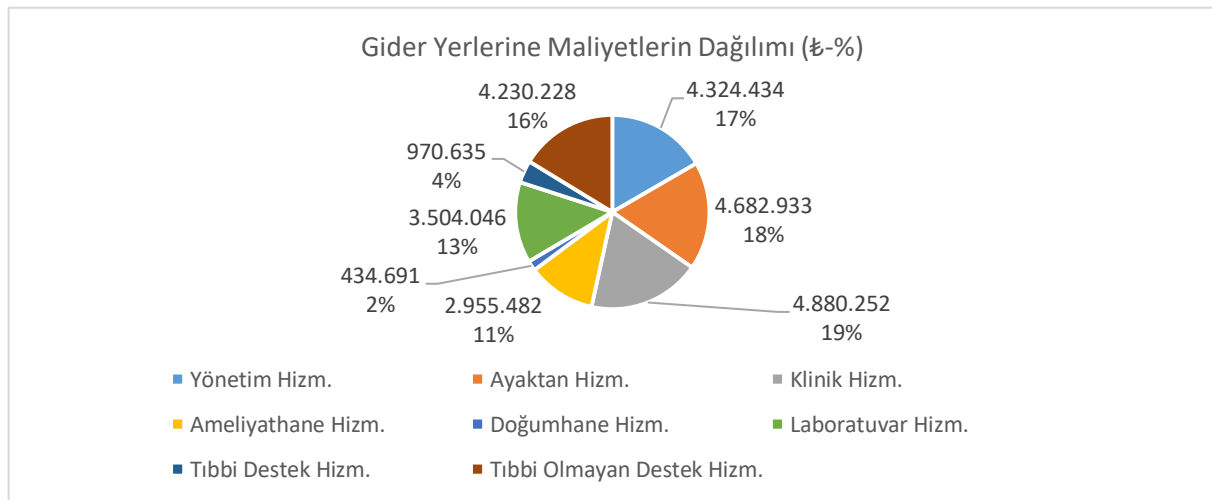
- Hastane maliyet analizinde ortaya çıkan biyokimya gider yerine ait genel hizmet maliyeti o yıl içerisinde ürettiği tüm test sayısına bölünerek test başına düşen genel hizmet maliyetleri bulunmuştur.
- İkinci aşamada ise her bir teste özgü malzeme (kit, ortak kitler) maliyetleri bulunmuştur.
- Tetkiklerin yapılması için gerekli olan vakumlu tüp ve benzeri malzemeler için adı geçen malzemelere ait toplam maliyet, toplam test sayısına bölünerek adı geçen malzemenin birim maliyeti bulunmuştur.

6. BULGULAR

Yönetim, esas üretim, yardımcı hizmet üretim gider yerlerinin direkt ve endirekt giderlerinin dağılımı Tablo 3’de gösterilmektedir. Hastanenin bir yıllık toplam maliyeti 19.005.230,96 si direkt, 6.977.472,73 endirekt yüklenmiş olarak 25.982.703,69 ₺ bulunmuştur. Maliyetlerin gider kalemleri ve gider yerleri içerisindeki dağılımı Grafik 1 ve 2’de gösterilmiştir. İşgücü giderleri tüm maliyetler içerisinde %73,78 ile en yüksek paya sahipti. Genel giderler içerisinde yer alan doğalgaz, elektrik ve su giderlerin tüm maliyetler içerisindeki oranları sırasıyla %2,98, %1,61 ve %1,34 idi. Gider kalemleri ikinci aşamada yardımcı hizmet üretim yerlerinden alınarak yönetim ve esas üretim yerlerine dağıtımı yapılmıştır (Tablo 4). Bir sonraki aşamada ise biyokimya laboratuvarında üretilen testlerin üretim maliyetlerine ulaşılmıştır (Tablo 5). Biyokimya ve hormon parametreleri ile ilişkili birim maliyetler dikkate alındığında yeniden değerlendirme sonuçları günümüz maliyetleri ile kıyaslandığında dikkati çeker şekilde yüksek olduğu görülmektedir.



Grafik 1: Gider Kalemlerinin Dağılımı



Grafik 2: Gider Yerlerine Maliyetlerin Dağılımı

Tablo 3: Esas ve Yardımcı Hizmetler ile Yönetim Gider Yerlerine Ait Direkt ve Endirekt Giderlerin Dağılımı (2002-2018 yılları arası Endeks Değişim Oranı %473.04 olarak alınmıştır. Tablo içerisindeki değerler Türk Lirasıdır. “₺”)

GİDER KALEMLERİ		YÖNETİM HİZMETLERİ GİDER YERİ	ESAS ÜRETİM GİDER YERLERİ						YARDIMCI HİZMET ÜRETİM GİDER YERLERİ		TOPLAM GİDER
			Ayaktan Hizmetler	Yatarak Tanı-Tedavi Hizmetleri			Laboratuvar Hizmetleri		Tıbbi Destek Hizmetleri	Tıbbi Olmayan Destek hizmetleri	
				Klinik	Ameliyathane	Doğumhane	Biyokimya	Diğer			
İşgücü	Direkt	3.030.706,10	2.140.170,89	2.470.585,80	1.185.987,23	377.310,96	576.493,82	1.697.401,27	721.875,02	2.961.962,75	15.162.493,84
	Endirekt	188.255,30	1.967.805,65	1.468.119,71	216.593,58	1.904,66	10.119,69	155.512,69	0	0	4.008.311,28
	Toplam	3.218.961,40	4.107.976,54	3.938.705,51	1.402.580,81	379.215,62	586.613,51	1.852.913,96	721.875,02	2.961.962,75	19.170.805,12
Tıbbi Malzeme	Direkt	0	122.454,41	72.656,53	917.592,75	4.641,16	75.125,23	21.304,23	0	0	1.213.774,31
	Endirekt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Toplam	0	122.454,41	72.656,53	917.592,75	4.641,16	75.125,23	21.304,23	0	0	1.213.774,31
Diğer Malzeme	Direkt	46.985,22	8.653,00	27.232,14	31.204,87	1.520,26	3.157,04	30.535,46	890,69	597.844,02	748.022,70
	Endirekt	7.327,49	10.218,43	17.393,98	4.611,21	1.755,22	1.241,89	6.543,22	3.601,20	11.042,82	63.735,46
	Toplam	54.312,71	18.871,43	44.626,12	35.816,08	3.275,48	4.398,93	37.078,68	4.491,89	608.886,84	811.758,16
Hizmet Alımı	Direkt	0	0	0	0	0	0	3.808,54	0	0	3.808,54
	Endirekt	22.368,75	12.509,65	45.143,72	16.893,43	2.631,34	9.790,03	27.819,76	2.927,36	5.955,40	146.039,44
	Toplam	22.368,75	12.509,65	45.143,72	16.893,43	2.631,34	9.790,03	31.628,30	2.927,36	5.955,40	149.847,98
Amortisman	Direkt	109.512,10	140.171,48	39.229,30	375.108,61	2.936,15	39.302,58	515.141,61	77.089,77	209.654,06	1.508.145,66
	Endirekt	230.026,54	70.772,93	246.350,34	36.584,53	13.785,82	11.159,04	56.209,41	31.382,31	68.125,36	764.396,28
	Toplam	339.538,64	210.944,41	285.579,64	411.693,14	16.721,97	50.461,62	571.351,02	108.472,08	277.779,42	2.272.541,94
Genel Giderler	Direkt	215.379,33	8.870,49	1.302,63	53.249,74	0	0	16.570,43	22.853,19	50.760,10	368.985,91
	Endirekt	473.873,32	201.306,89	492.238,23	117.656,19	28.205,45	63087,01	183.723,29	110.015,61	324.884,28	1.994.990,27
	Toplam	689.252,65	210.177,38	493.540,86	170.905,93	28.205,45	63087,01	200.293,72	132.868,80	375.644,38	2.363.976,18
DİREKT TOPLAM		3.402.582,75	2.420.320,27	2.611.006,40	2.563.143,20	386.408,53	694.078,67	2.284.761,54	822.708,67	3.820.220,93	19.005.230,96
İNDİREKT TOPLAM		921.851,40	2.262.613,55	2.269.245,98	392.338,94	48.282,49	95.397,66	429.808,37	147.926,48	410.007,86	6.977.472,73
GENEL TOPLAM		4.324.434,15	4.682.933,82	4.880.252,38	2.955.482,14	434.691,02	789.476,33	2.714.569,91	970.635,15	4.230.228,79	25.982.703,69

Tablo 4: Yardımcı Hizmet Üretim Giderlerinin Yönetim ve Esas Hizmet Üretim Gider Yerlerine Dağıtımı (Tablo içerisindeki değerler Türk Lirasıdır. “₺”)

GİDER KALEMLERİ	YÖNETİM HİZMETLERİ GİDER YERİ	ESAS HİZMET ÜRETİM GİDER YERLERİ					TOPLAM GİDER	
		Ayaktan Hizmetler	Yatarak Tanı-Tedavi Hizmetleri			Laboratuvar Hizmetleri		
			Klinik	Ameliyathane	Doğumhane	Biyokimya		Diğer
Direkt Toplam	3.402.582,75	2.420.320,27	2.611.006,40	2.563.143,20	386.408,53	694.078,67	2.284.761,54	14.362.301,36
Endirekt Toplam	921.851,40	2.262.613,55	2.269.245,98	392.338,94	48.282,49	95.397,66	429.808,37	6.419.538,39
Direkt ve Endirekt Toplam	4.324.434,15	4.682.933,82	4.880.252,38	2.955.482,14	434.691,02	789.476,33	2.714.569,91	20.781.839,75
Yardımcı Hizmet Üretim Giderlerinin Dağıtım	1.098.969,98	582.543,00	2.662.797,99	517.718,97	46.395,00	47.554,00	244.885,00	5.200.863,94
GENEL TOPLAM	5.423.404,13	5.265.476,82	7.543.050,37	3.473.201,11	481.086,02	837.030,33	2.959.454,91	25.982.703,69

Tablo 5: Biyokimya Laboratuvarı Test Başlı Maliyet Analizi Örnekleri¹ (Tablo içerisindeki değerler Türk Lirasıdır. “₺”)

Test Adı	Birim Test Başına Düşen Genel Hizmet Maliyeti ²	Birim Test Başına Düşen Ortak Kit Maliyeti ³	Birim Test Başına Düşen Düz/Jelli Vakumlu Tüp Maliyeti ⁴	Teste özgü birim kit maliyeti	TOPLAM MALİYET
Kan şekeri	3,70	0,83	0,37	5,52	10,42
BUN	3,70	0,83	0,37	6,22	11,12
AST	3,70	0,83	0,37	6,46	11,36
ALT	3,70	0,83	0,37	7,12	12,02
TSH	3,70	-	0,82	17,45	21,97
Free T4	3,70	-	0,82	21,96	26,48
Ferritin	3,70	-	0,82	31,03	35,55

¹Maliyet analizi çalışmasında toplam 49 testin analizi yapılmıştır. Burada biyokimyasal ve hormon testlerinden 7'si örnek olarak verilmiştir. ²Birim test başına düşen genel hizmet maliyeti=toplam maliyet/toplam test sayısı (837,035/226,442=3,7). ³ Birim test başına düşen ortak kit maliyeti=toplam maliyet/toplam test sayısı (102,248/123,366=0,83). ⁴Birim test başına düşen düz vakumlu tüp maliyeti=toplam tüp maliyeti/toplam test sayısı (65,300/173,075=0,37),Birim test başına düşen jelli vakumlu tüp maliyeti=toplam tüp maliyeti/toplam test sayısı (23,531/28,528=0,82).

7. TARTIŞMA

Hastanelerin hizmet üretim süreçlerinin karmaşıklığı, hizmetlerin birim maliyetlerine ulaşılması sürecini de etkilemektedir. Maliyet çalışmaları hastane birim hizmet ya da hasta/hastalık maliyet şeklinde yapılabilmektedir. Hasta ya da hastalık odaklı yapılan çalışmalarda hasta için gerçekleştirilen her türlü tetkik, kullanılan ilaç ve malzeme gibi giderler maliyetler içerisinde yer almaktadır. Ayrıca hasta ve hastalıktan bağımsız ve hastanenin hizmeti sürdürebilmesi için katlanması gereken genel hizmet maliyetleri vardır. Yatılan hasta günü, ameliyatlara (küçük, orta ve büyük), her türlü görüntüleme tetkikleri, laboratuvar testleri, anjiyografi, endoskopi, EKG ve daha birçok hizmet hastane birim hizmetleri olarak tanımlanabilir.

Hastaneler arasındaki farklı birçok koşul hastanelerin genel hizmet maliyetlerini ve hizmet birim maliyetlerini etkileyebilmektedir (Büyükkayıkçı, 1997). Personel sayısı ve ücretlendirmeden çeşitli malzemelerin edinim maliyetlerine, hastanenin teknolojik alt yapısından süreçlerdeki verimliliğe, hastaneye başvuran hasta profilinden bölgenin ekonomik göstergelerine kadar birçok koşul maliyet düzeylerini değiştirebilmektedir. Çalışmamızda işgücü maliyetlerinin tüm maliyetler içerisindeki yeri %73,8 idi. Ayrıca maliyet analizinde kullanılan yöntemde başta hizmet birim maliyeti olmak üzere maliyetleri etkileyebilmektedir.

Ülkemizde sağlık hizmetleri ile ilişkili maliyet çalışmaları özellikle kamu alanında sınırlı sayıdadır. Bu çalışmalardan bir kısmı geleneksel maliyet sistemi ile diğer bir kısmı ise faaliyet tabanlı maliyet sistemi ile gerçekleştirilmiştir (İşleyen, 1998; Menderes, 1991; Mert, 2000; Uğurtay, Öker ve Sur, 2013). Çalışmamızda gider yerleri; yönetim, esas üretim ve yardımcı üretim hizmet gider yerleri olarak tasarlanmıştır. Esas üretim gider yerleri ayaktan, klinik, ameliyathane ve laboratuvarlar olarak belirlenmiştir. Bazı çalışmalarda laboratuvarlar yardımcı üretim gider yeri olarak tanımlanmıştır (Menderes, 1991; İşleyen, 1998; Mert, 2000). Çalışmamızda laboratuvarlar hem doğrudan gelir getiren yer olması hem de hasta ve hastalık maliyetlerinde önemli bir paya sahip olması nedeniyle esas üretim gider yeri olarak tanımlanmıştır. Hasta ve hastalık bazlı birim maliyetlerin çıkartılmasında öncelikle genel hastane maliyetlerinin ve nihayetinde de esas üretim gider yerlerinin maliyetlerinin doğru tasarlanması gerekmektedir. Bunun için de mümkün olduğunca doğrudan yüklemelerin oranının artırılması ve endirekt maliyetlerde ise dağıtım modellemesinin gerçekçi olması gerekmektedir. Çalışmamızda gider yerlerine giderlerin %73,2'si doğrudan yüklenebilmiştir. Yapılan çalışmaların bir kısmında sonuçlar benzerken (Karacan, 2000; İşleyen, 1998; Mert, 2000), direkt yüklemenin %35'lere indiği çalışmalar da mevcuttur (Can, Durukan Köse, ve Karagöz Can, 2017). Özellikle yardımcı hizmet üretim gider yerlerinin maliyetlerinin yönetim ve esas üretim yerlerine dağıtımında kullanılan dağıtım anahtarları önem arz etmektedir. Çalışmamızda yardımcı hizmet üretim gider yerlerinin toplam maliyetler içerisindeki oranı %20 dir.

2002 yılında gerçekleştirmiş olduğumuz ve günümüz fiyat değerlemesi ile sunmuş olduğumuz çalışmamızda test birim maliyetlerinin günümüz fiyatları dikkate alındığında oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bunun hiç şüphesiz en önemli parçasını birim kit maliyetleri oluşturmaktadır. Geçen süre boyunca değişen üretim yöntemleri, rekabet şartları gibi daha birçok unsur buna neden olmuş olabilir.

8. SONUÇ

Hastanelerin hizmet üretim süreçlerinin karmaşıklığı, hizmetlerin birim maliyetlerinin belirlenmesini de etkilemektedir. Maliyet çalışmalarında bir yandan hastanenin genel hizmet maliyetleri ortaya konulup bunların gider yerlerine gerçekçi dağıtımı yapılmalı, diğer yandan birim hasta ve hastalık maliyetleri hasta veya hastalığa özgü giderlerin yüklenmesi ile ortaya konulmalıdır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık harcamaları bütçe üzerine baskı oluşturmaktadır. Bu baskının kontrol altında tutulabilmesi bir takım stratejik kararların alınmasını gerektirir. Bu kararlar etkinliği ve verimliliği artırma yönünde olmalıdır. Bu kararlar içerisinde, maliyetler arasında önemli yer tutan teknoloji ve malzeme yatırımları, insan kaynağı başta olmak üzere kaynak israfına yönelik önlemler, tıbbi hataların önlenmesine yönelik çalışmalar, sevk zincirinin aktive edilmesi, kalite çalışmaları ön plana alınması gereken konular arasında sayılabilir.

Günümüz bilişim sektörü hastane işleyişine ve yönetim karar destek sistemine önemli katkılar sağlamaktadır. Ancak sağlık hizmet maliyetleri konusunda henüz daha istenilen düzeye gelinmemiştir. Bununla ilgili bilişimciler ile sağlık yöneticilerinin alması gereken önemli bir yol olduğu görülmektedir. Özellikle hastane genel hizmet maliyetleri ile hasta ve hastalığa özgü maliyetlerin daha gerçekçi ortaya konulmasına ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetlerinin gerçekçi maliyet tesbiti başta sosyal güvenlik olmak üzere sağlıkla ilişkili kurumların geleceğe yönelik stratejik planlarını yapmalarına katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Bursalı, N. ve Yücel, E. (1994). Maliyet Muhasebesi İlkeleri ve Uygulamalar. İstanbul: Der Yayınları.
- Büyükkayıkçı, H. (1997). Hastanelerde iş akımına bağlı olarak fiyatlandırmaya yönelik maliyet hesaplama modeli geliştirme örnek çalışması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- Can, M., Durukan Köse, S. ve Karagöz Can, N. (2017). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) Uygulamalarının Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemi ile Analizi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi(56), 241-266.
- Donabedian, A. (2003). An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York: Oxford University Press.
- Gurowka, J. & Lawson, R. (2007). Selecting the Right Costing Tool for Your Business Needs. The Journal of Corporate Accounting & Finance, March/April, 21-27.
- Hacıüstemoğlu, R. ve Şakrak, M. (2002). Maliyet Muhasebesinde Güncel Yaklaşımlar. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Hyman, D. N. (1990). Public Finance (3. b.). Orlando: The Dryden Press.

- İşleyen, A. (1998). Faaliyete Dayalı Maliyet Sistemi ve Bir Hizmet İşletmesinde Uygulanması. (Danışman: F.Bilginoğlu), İÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Karacan, S. (2000). Faaliyet Tabanlı Maliyetleme ve Hizmet Sektörü İşletmeleri Üzerine Bir Uygulama. (Danışman: M. Şakrak), MÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Kartal, A., Sevim, A. ve Gündüz, H. E. (2004). Maliyet Muhasebesi. (Danışman: K. Banar), Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Menderes, M. (1991). Hastanelerde Maliyet Muhasebesi Geliştirme ve Hemodiyaliz Seans Maliyeti Önek Uygulaması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Mert, H. (2000). Hastane İşletmelerinde Maliyetleme ve Örnek Uygulama. (Danışman: H.Sümer), MÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- OECD, (2018). Health expenditure and financing. december 9, 2018 tarihinde OECD.stat: <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA> adresinden alındı
- Ray, M. & Gupta , P. (1992). Activity-Based Costing. The Internal Auditor, 49(6).
- Tosun, K. (1990). Yönetim ve İşletme Politikası. İstanbul: İşletme Fakültesi Yayınları, No: 232.
- Tse, M., & Gong, M. (2009). Recognition of Idle Resources in Time-Driven Activity-Based Costing and Resource Consumption Accounting Models. The Journal of Applied Management Accounting Research, 7(2), 41-54.
- Uğurtay, H., Öker, F., Sur, H., Bakır, İ. ve Döğücü, M. (2013). Kamu Hastanesinde Anjiyografi Birimi Maliyetlerinin Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemi ile Analizi. Nobel Medicus, 9(1), 10-16.
- WHO, (2017). Current health expenditure as a percentage of gross domestic product (GDP). 12 9, 2018 tarihinde WHO: https://www.who.int/gho/health_financing/health_expenditure/en/ adresinden alındı
- Williams, S. & Torrens , P. (1988). Introduction to Health Services. New York: John Wiley & Sons.

Şahinli, S. ve Özdemir, E. (2019). Hasta Şikâyet Başvuru İçeriklerinin İncelenmesi: İstanbul İli Devlet Hastanesi Örneği. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 16-21.

Araştırma/ Research

Makale Geliş Tarihi: 30.01.2019
Makale Kabul Tarihi: 06.02.2019

HASTA ŞİKÂYET BAŞVURU İÇERİKLERİNİN İNCELENMESİ: İSTANBUL İLİ DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ



<https://doi.org/10.35345/johmal.519633>

Serhan ŞAHİNLİ¹, Elif ÖZDEMİR²

ÖZET

Araştırmanın amacı, İstanbul ilinde bir kamu hastanesindeki Ocak – Aralık 2016 tarihleri arasındaki hasta şikâyet başvuru içeriklerinin incelenmesi ve elde edilen sonuçları tanımlayıcı istatistiksel yöntemler çerçevesinde analiz ederek değerlendirmektir. Sağlık kurumlarının temel odak noktası hastaların ihtiyaçlarını karşılamaktır. Hastaların ihtiyaçlarının karşılanarak memnuniyet düzeylerinin yüksek tutulması ise son derece zor bir durumdur. Bu çerçevede araştırmada hasta şikâyet başvurularının nedenleri ve bunların nasıl çözüleceği çalışmanın temel gereğidir. Çalışmada İstanbul ilindeki bir devlet hastanesinin hasta şikâyet başvuru içerikleri ele alınmış olup, veriler frekans, yüzde gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir. Hasta hakları birimine birinci (% 60,12) ve ikinci (% 43,45) altı ayda en fazla başvuru poliklinik hizmetlerine yapılmıştır. Hastaların hangi konu ile ilgili olarak yaptıkları başvurular incelendiğinde, birinci (% 43,35) ve ikinci (% 38,08) altı ayda en fazla şikâyet hizmetten faydalanamama sorunu olmuştur. Kurula en fazla, şikâyet konusu olan meslek grubu ile ilgili veriler incelendiğinde, birinci (% 35,27) ve ikinci (% 43,46) altı ayda en fazla şikâyete konu olan meslek grubu hekimlerdir. Sağlık sisteminin gelişmesi, etkili bir sağlık hizmet sunumu ve hasta memnuniyetinin sağlanması için hastalar tarafından olumlu ve olumsuz eleştirilerin dikkate alınarak, bu doğrultuda çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta, hasta hakları, şikâyet.

INVESTIGATION OF PATIENT COMPLAINT APPLICATION: THE CASE OF STATE HOSPITAL OF ISTANBUL

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the patient complaint application contents in a public hospital in Istanbul Province between January and December 2016 and to evaluate the results obtained by using 48 difficult to keep the satisfaction levels of the patients satisfied. In this context, the causes of the patient complaints and how to solve them is the main instrument of the study. In this study, the patient complaint application contents of a state hospital in Istanbul were evaluated and the data were evaluated by using descriptive statistical methods such as frequency and percentage. The first (60,12%) and the second (43,45%) patients were admitted to the outpatient unit. When the applications of the patients were examined, the first complaint (43.35%) and the second (38.08%) were the most serious problems in the six-month period. When the data related to the occupational group with the highest number of complaints are examined, the first (35.27%) and the second (43.4%) are the occupational group physicians who are subject to the highest number of complaints in six months. Considering the positive and negative critiques

¹ Arş. Gör., İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, serhan.sahinli@yeniyuzuil.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9675-2570>

² İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, elif950@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3599-5760>

Bu araştırma, 16-17 Aralık 2018 tarihlerinde düzenlenen I. Ulusal Sağlık Yöneticileri Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

by the patients, it is thought that studies should be carried out in order to improve the health system, to provide an effective health service and to ensure patient satisfaction.

Keywords: *Patient, patient rights, complaint.*

1. Giriş

Hasta hakları, insan hakları yaklaşımı çerçevesinde “sağlık hakkı” olarak nitelendirilen temel insani hakka dayandırılmaktadır (Hatemi, 2006). Özlü’ye göre ise “hasta hakları, hastalar için karşılanması gereken temel ihtiyaçları ifade eder.” (Özlü, 2003).

Hasta hakları ile ilgili ilk çalışmaların Amerika Birleşik Devletleri’nde başladığı kabul edilmektedir. 1900’lü yılların başından bu yana hastaların, hastanelere karşı açtığı seri davalardan sonra 1972’de Amerika Hastaneler Birliği, “Hasta Hakları Bildirgesi”ni yayımlamıştır. Daha sonra uluslararası birçok bildirme ile hasta hakları kavramı gelişimini sürdürmüş, 1970’li yılların başında ilk somut gelişmeler gündeme gelmiştir. (<http://www.diskapieah.gov.tr>).

Türkiye’de ise ilk olarak Sağlık Bakanlığı tarafından 1998 yılında “Hasta Hakları Yönetmeliği” yayınlanmıştır. 2003 yılında “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge” yayımlanmış ve 2005 yılında mevcut ihtiyaçlar doğrultusunda bu yönergede değişiklikler yapılmıştır. Bu doğrultuda 2005 yılında Hasta Hakları Kurulları ve Birimleri oluşturulmuştur. Bu kurulların temel görevi, hastaların tedavi hizmeti alma sürecinde hastanede karşılaştıkları sorunlara çözüm bulmaktır (Aydemir, 2010).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2016 yılında güncellenen “Hasta Hakları Yönetmeliği’ne” göre hastaların sahip olduğu temel haklar şu şekildedir: adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme, personeli tanıma, seçme ve değiştirme, öncelik sırasının belirlenmesini isteme, tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı, ötenazi yasağı, tıbbi özen gösterilmesi, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı, mahremiyete saygı gösterilmesi, rıza olmaksızın tıbbi ameliyeye tabi tutulmama, bilgilerin gizli tutulması, tıbbi müdahalede hastanın rızası, tedaviyi reddetme ve durdurma, tıbbi araştırmalarda rıza, güvenliğin sağlanması, dini vecibeleri yerine getirebilme ve dini hizmetlerden faydalanma, insani değerlere saygı gösterilmesi ve ziyaret, refakatçi bulundurma, hizmetin sağlık kurum ve kuruluşu dışında verilmesi, müracaat, şikâyet ve dava hakkı olarak sıralanmaktadır. (www.getatportal.saglik.gov.tr).

2. Gereç ve Yöntem

Sağlık kurumlarının temel odak noktası, hastaların ihtiyaçlarını karşılamaktır. Hastaların ihtiyaçlarının karşılanarak memnuniyet düzeylerinin yüksek tutulması ise son derece zor bir durumdur. Bu çerçevede araştırmada, hasta şikâyet başvurularının nedenleri ve bunların nasıl çözüleceği çalışmanın temel gereçidir. Çalışmada, İstanbul ilindeki bir devlet hastanesinin hasta şikâyet başvuru içerikleri ele alınmış olup, veriler frekans, yüzde gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir.

3. Bulgular

Tablo 1’de kurula başvuru yapan hastaların cinsiyet, çalışma durumu, yaş ve eğitim gibi demografik bilgileri yer almaktadır. Araştırmada incelenen devlet hastanesinde birinci altı ayda hasta hakları birimine en fazla kadınların (% 51,41) başvuru yaptığı görülmüştür. Erkek başvuru oranı ise (% 48,55)’dir. Başvuru oranları son derece birbirine yakındır. İkinci altı ayda, birinci altı aya göre kadınların (% 58,33) daha fazla başvuru yaptığı görülmüştür. Araştırmada başvuru yapanların çalışma durumuna bakıldığında, birinci altı ayda en fazla ev hanımlarının (% 36,30) ikinci altı ayda ise kamu personeli çalışanlarının (% 38,09) başvuru yaptığı görülmüştür. Araştırmada, başvuru yapanların çalışma durumlarına bakıldığında ise birinci altı ayda en fazla

41 yaş ve üstü (% 30,63) grubun, ikinci altı ayda ise 26-30 (% 27,39) yaş grubunun başvuru yaptığı görülmüştür.

Araştırmada başvuru yapan hastaların eğitim durumlarına bakıldığında birinci altı ayda lisans (% 35,27) mezunlarının en fazla başvuru yaptığı görülmüştür. Bunun nedeni, eğitim seviyesi ile bilinçlilik düzeyi arasındaki doğru orantı olabilir. İkinci altı ayda ise en fazla başvuru yapan (% 56,54) lise mezunlarıdır.

Tablo 1. Demografik Bilgiler

	Birinci 6 Ay		İkinci 6 Ay	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Cinsiyet				
Kadın	89	51,45	98	58,33
Erkek	84	48,55	70	41,67
Toplam	173	100	168	100
Çalışma Durumu				
Kamu Personeli	15	8,5	64	38,09
İşçi	45	26	38	22,61
Emekli	8	5,05	10	5,95
Ev Hanımı	63	36,30	5	2,98
Serbest	31	18	38	22,62
Çalışmıyor	2	1,15	11	6,55
Diğer	9	5	2	1,20
Toplam	173	100	168	100
Yaş				
26 Yaş Altı	15	8,67	26	15,48
26-30	28	16,18	46	27,39
31-35	32	18,50	40	23,80
36-40	45	26,02	15	8,93
41 Yaş Üstü	53	30,63	41	24,40
Toplam	173	100	168	100
Eğitim Durumu				
Okur Yazar Değil	3	1,73	7	4,17
İlkokul	30	17,34	13	7,74
Orta Okul	28	16,18	45	26,79
Lise	51	29,48	95	56,54
Lisans	61	35,27	8	4,76
Toplam	173	100	168	100

Tablo 2’de ise hastaların başvuru yaptığı birimler gösterilmektedir. Hasta hakları birimine birinci altı ayda en fazla başvuru poliklinik (% 60,12) hizmetlerine yapılmıştır. Bunu laboratuvar (% 13,30) ve diğer (% 12,71) birimler izlemekte olup, yoğun bakım ve ameliyathane birimi ile ilgili herhangi bir şikayet başvurusu yapılmamıştır. İkinci altı ayda ise en fazla başvuru, poliklinik hizmetlerine (% 43,45) olmuştur. Bunu klinik (% 21,42) ve diğer (% 16,69) birimler izlemektedir. Birinci altı ayda yoğun bakım, her iki ayda ise ameliyathane birimi ile ilgili herhangi bir başvuru işlemi gerçekleşmemiştir.

Tablo 2. Kurul Başvurularının Birimlere Göre Dağılımı

Başvuru Yapılan Birimler	Birinci 6 Ay		İkinci 6 Ay	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Poliklinik	104	60,12	73	43,45
Klinik	6	3,47	36	21,42
Laboratuvar	23	13,30	13	7,74
Acil ve İlk Yardım	15	8,67	14	8,34
Yoğun Bakım	0	0	4	2,38
Otelcilik Hizmetleri	3	1,73	0	0
Diğer	22	12,71	28	16,67
Toplam	173	100	168	100

Tablo 3’de ise kurula en fazla şikâyet konusu olan meslek grubu ile ilgili veriler yer almaktadır. Birinci altı ayda en fazla şikâyet konusu olan meslek grubu hekimlerdir (% 35,27). Bunu sekreterler temizlik personeli, güvenlik personeli (% 31,22) ve sistem (% 13,29) takip etmektedir. İkinci altı ayda ise şikâyetler, birinci altı ay ile benzerdir. En fazla hekimler şikâyet edilmiştir (% 43,46). Bunu hemşire/sağlık memuru (% 28,58) ve sistem (% 11,90) takip etmektedir. Kurula dış hekimleri ve idari personel ile ilgili herhangi bir şikâyet başvurusu yapılmamıştır.

Tablo 3: Kurula Şikâyet Konusu Meslek Grupları

	Birinci 6 Ay		İkinci 6 Ay	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Hekim	61	35,27	73	43,46
Hemşire/Sağlık Memuru	16	9,25	48	28,58
Yardımcı Sağlık Personeli(Eczacı, Psikolog vb.)	7	4,04	8	4,76
Sekreter, Temizlik Personeli, Güvenlik Personeli	54	31,22	19	11,30
Diğer	12	6,93	0	0
Sistem	23	13,29	20	11,90
Toplam	173	100	168	100

Tablo 4’de ise hastaların hangi konu ile ilgili olarak başvuru yaptıkları veriler gösterilmektedir. Birinci altı ayda en fazla şikâyet hizmetten faydalanamama (% 43,35) sorunu olmuştur. Bunu bilgilendirilmeme (% 34,94), sağlık kuruluşu/hekim seçememe (% 11,57) ve saygınlık aynı zamanda rahat görememe (% 7,51), öncelik sırasının belirlenmesi (% 4,63) izlemektedir. İkinci altı ayda ilk aya benzer sonuçlar görülmektedir. En fazla başvuru hizmetten faydalanamama (% 38,08) olmuştur. Bunu bilgilendirilmeme (% 17,28), saygınlık ve rahat görememe (% 20,83) ve öncelik sırasının belirlenmesi (% 11,91) izlemektedir. Kurula, güvenliğin sağlanamaması, dini vecibeleri yerine getirememesi, kayıtları inceleme/düzeltilme ve başvuru/dava edememe gibi nedenlerden dolayı başvuru yapılmamıştır.

Tablo 4: Kurula Başvuru Nedenleri

	Birinci 6 Ay		İkinci 6 Ay	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Hizmetten Faydalanamama	75	43,35	64	38,08
Bilgilendirilmeme	57	32,94	29	17,28
Mahremiyete Uyulmaması	0	0	2	1,20
Sağlık Kuruluşu/Hekim Seçememe	20	11,57	0	0
Saygınlık ve Rahat Görememe	13	7,51	35	20,83
Öncelik Sırasının Belirlenmesi	8	4,63	20	11,91
Ziyaretçi ve Refakatçi Kabul Edememe	0	0	2	1,19
Diğer	0	0	16	9,53
Toplam	173	100	168	100

Araştırmada hasta hakları birimine yapılan başvuruların değerlendirme sonuçları incelendiğinde ise birinci ve ikinci altı ayda toplam 941 başvuru yapılmıştır. Bunların 932'si yerinde çözümlenmiş başvurulardır. Bu başvuruların 3'ü ihlal vardır, 6'sı ise ihlal yoktur şeklinde değerlendirilmiştir.

Araştırmaya konu olan devlet hastanesinin hasta hakları eğitimine ilişkin veriler incelendiğinde, hastanede birinci altı aylık süreçte 23354 yatan hastaya bilgilendirme yapılmış olup (% 91,01), 2027 kişiye ise personele yönelik hizmet içi (% 9,99) eğitimler verilmiştir. İkinci altı ayda da en fazla yatan hasta bilgilendirmesi yapılmıştır (% 92,48).

4. Tartışma ve Sonuç

Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde hastanelerde, hasta haklarına yönelik olarak çalışmalar başlatılmıştır. Bu doğrultuda, hastanelerde hasta hakları birimleri ve hasta hakları kurulları oluşturulmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın bu projedeki temel amacı, hastaların hastanelerde hizmet sunumu sırasında veya sonrasında karşılaştıkları problemleri olay yerinde veya sonrasında kurullarda çözmektir (Uludağ, 2009: 659). Olay yerinde çözümlenemeyen problemler kurullarda genellikle ihlal vardır veya ihlal yoktur şeklinde sonuçlanmaktadır. İstanbul ilindeki bu devlet hastanesinde, toplam 941 başvurunun, 932'si olay yerinde çözümlenmiştir. Başvuruların 3'ü ihlal vardır, 6'sı ise ihlal yoktur şeklinde değerlendirilmiştir. Bu sonuç çerçevesinde, hastanenin hasta hakları biriminin etkin bir şekilde çalıştığı söylenebilir. Araştırmada görüldüğü gibi birinci (% 60,12) ve ikinci (% 43,45) altı aylık zamanda en fazla şikâyet edilen birim poliklinik hizmetleri olmuştur. En fazla şikâyet edilen meslek grubu ise birinci (% 35,27) ve ikinci (% 43,46) altı aylık zamanda hekimler olmuştur. Hastalar tarafından en fazla şikâyet edilen konu ise birinci (% 43,35) ve ikinci (% 38,08) altı ayda hizmetten faydalanamama olmuştur. Konu ile ilgili olarak literatür taramasında benzer çalışmaların olduğu görülmüştür. Uludağ tarafından 2009 yılında Konya ilindeki kamu hastanelerinde yapılan araştırmada, en fazla başvuru (% 40) poliklinik birimine yapılmıştır. En fazla şikâyet edilen konu ise hizmetten faydalanamamadır (% 40,9) (Uludağ, 2009).

Konu ile ilgili bir başka araştırma ise 2014 yılında Akgül vd. tarafından yapılmıştır. Araştırmada, SABİM'e gelen başvurular incelenmiştir. Buna göre hastalar tarafından en fazla şikâyet edilen konu hizmetten faydalanamamadır (% 67,17), (Akgül vd. 2014).

Bostan vd. tarafından 2013 yılında yapılan araştırmada en fazla şikâyet edilen meslek grubunun uzman hekimler (% 29,8) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. En fazla şikâyet edilen konu ise hatalı uygulamalar (% 43,5)' dir (Bostan vd. 2014).

Toprak ve Şahin tarafından yapılan araştırmada ise en fazla şikâyet edilen birim % 45,6 ile poliklinik hizmetleridir. En fazla şikâyet edilen meslek grubu ise % 56,6 ile hekimler, en fazla şikâyet edilen konu ise % 45,2 ile hizmetten faydalanamama olmuştur (Toprak ve Şahin, 2012). Hastalar tarafından en fazla hekimlerin şikâyet edilmesine neden olarak, hekimlerin hasta üzerinde karar verme yetkisinin olması ve hasta ile birebir temas etmesi ve en fazla hekimlerin muhatap olması gösterilebilir (Bostan vd. 2014).

Bailey ve Boyd tarafından 2006 yılında İngiltere’de yapılan araştırmada Genel Tıp Konseyi’nin her yıl 5000’den fazla şikâyet aldığını belirlemişlerdir. Alınan şikâyetlerin çoğunun, bir doktorun atılmasını gerektirecek sorunlarla ilgili olmadığını tespit etmişlerdir (Bailey ve Boyd, 2006).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde hasta hakları konusu üzerinde daha fazla durulmaya başlanmıştır. Bu araştırmada, hasta şikâyet başvurularının içerikleri ve sonuçları değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu araştırmada ve diğer yapılan çalışmaların sonucunda, hastaların en fazla şikâyet konusunun hizmetten faydalanamama, şikâyet ettikleri meslek grubunun hekimler, şikâyet edilen birimin poliklinik hizmetleri olduğu tespit edilmiştir. Son yıllarda hasta hakları kavramının gelişmesine rağmen günümüzde özellikle kamu hastanelerinde hekimler ve poliklinik hizmetleri ile ilgili konularda şikâyetlerin devam ettiği görülmektedir. Sağlık sisteminin gelişmesi, etkili bir sağlık hizmet sunumu ve hasta memnuniyetinin sağlanması için hastalar tarafından olumlu ve olumsuz eleştirilerin dikkate alınarak, bu doğrultuda çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Akgül, N., Palteki, T., Şimşek, E., Bayram, M., Erkan, I., Ulutin, C., (2016) “Bir Grup Kamu Hastanesine Ait Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi Şikâyet Başvurularının İncelenmesi”, *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 1, 1-7.
- Aydemir, İ., (2010) “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi”, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Bailey, S., Boyd, M. (2006) “General Medical Council Complaints: Swimming Against The Stream”, *Journal Of The Royal Society Of Medicine*, J R Soc Med., 99(3), 102–103.
- Bostan, S., Kılıç, T., Çiftçi, F., (2014) “ Sağlık Bakanlığı 184 Sabim Hattına Yapılan Şikâyetlerin Karşılaştırmalı Analizi” *Global Journal Of Economics And Business Studies*, 5, 43-51.
- Hatemi, H., (2006) “Özel Hasta Gruplarının Hakları”, *Sağlık Hakkı Dergisi*, 1, 42-44.
- Özlü, Tefik (2003) “Hekiminizi Nasıl Alırdınız”, Kaknüs Yayınları, İstanbul.
- Toprak, D., Şahin, B., (2012) “Sağlık Bakanlığı Hastanelerine Yapılan Hasta Şikâyetlerinin Değerlendirilmesi” *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 3, 1-28.
- Uludağ, A., (2009) “Hastane Hasta Hakları Kurullarının İletişim Sorunu İçerikli Başvurulara Bakışı: Konya Hastaneleri Örneği”, *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 31, 659.

<http://www.diskapieah.gov.tr> (Erişim Tarihi:19.11.2017)

www.getatportal.saglik.gov.tr (Erişim Tarihi:12.11.2017)

Uyar, S. Spiritual Leadership. *Journal of Healthcare Management and Leadership* (2019): 22-26.

Derleme/Review

Makale Geliş Tarihi: 20.02.2019
Makale Kabul Tarihi: 19.03.2019

SPIRITUAL LEADERSHIP



<https://doi.org/10.35345/johmal.529712>

Res. Asst. Seda UYAR¹

ABSTRACT

Leadership, which has a difficult explanation with a single definition, is an inevitable fact to discuss because the most important source of the organizations is human. The characteristics of the leadership need to be customized in order to integrate people's efforts for a common purpose and to ensure the continuity of this. The spiritual leadership that arises within the scope of organizational needs is seen as a need for both the leadership and the followers (Jamaludin, 2011, p. 77).

In this study, document analysis method was used. Spiritual leadership term was defined and the characteristics of the spiritual leaders were mentioned. In addition, the outputs of spiritual leadership for the benefit of both the organization and the employees were discussed.

Keywords: Leadership, Spiritual Leadership, Manager, Organization.

INTRODUCTION

Spiritual is defined as the principle or the animating force that a person believes in (Fry, 2003, p. 702). It is also linked to a person's own values such as love, tolerance, satisfaction, responsibility, and harmonious feelings toward himself (Kaya, 2013, p. 598). Spiritual leadership is defined as a fact which comprising the values, attitudes, and behaviors that are necessary to motivate oneself and others intrinsically (Fry, 2003, p. 694-695). This leadership style enables the followers to behave ethically, less likely to worry and to be more productive, flexible, and creative (Kaya, 2013, p. 599). However, it necessitates an understanding of cultural and personal values (Fry, 2003, p. 703). According to Fry (2003, p. 693), the founder of the Spiritual Leadership Theory, the aim of this leadership is to create a strategic vision and incorporate this vision with the core values. Besides, it can maximize both individual and productivity with an empowered team (Blackaby and Blackaby, 2001, p. 7; Fry, 2003, p. 693), and positively affects the formation of a learning organization (Torkamani, 2015, p. 134). Spiritual leader strives to make his best to conclude a work and takes the principle of concluding the work within the framework of honesty (Blackaby and Blackaby, 2001, p. 45).

Spiritual leadership is accepted as a more value-oriented leadership style compared to other types of leadership (Chen and Li, 2013, p. 240). Spiritual leadership is considered necessary for achieving success and continuation of successes (Torkamani, 2015, p. 141). Therefore, in this study the concept of spiritual leadership which is a new paradigm explained and characteristics of spiritual leadership type is mentioned. With this theory touch on the whether the organizational and individual sense of achievements. The theoretical analysis emphasizes the necessity of this leadership type in today's organizations. The low number of researches on this topic and the fact that the concept enriches the perspective of the concept of leadership shows the significance of the study.

¹ Ankara Hacı Bayram University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Healthcare Management Department, seda_inan@outlook.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8051-8464>

1. Spiritual Leadership

According to Blackaby and Blackaby (2001, p. 5), the word ‘influence’ is the broadest definition to explain spiritual leadership. According to Fairholm (1996, p. 13-15), it is a service-oriented leadership style, and the concept of service to society plays a vital role in the development of spiritual leadership potential. Spiritual leadership is defined as a holistic system that contains moral, transformation, ethics, kindness, righteousness, working in a team, congruence, and completeness (Polat, 2011, p. 2034). Spiritual leaders are also defined as the servant that God has given to the public (Blackaby and Blackaby, 2001, p. 14).

The leader in spiritual leadership model is defined as someone who walks in front of one when one needs someone to follow, behind one when one need encouragement, and beside one when one needs a friend (Fry, 2003, p. 720). Spiritual leadership means creating a humanistic system that strives to reach the vision through faith (Blackaby and Blackaby, 2001, p. 7; Fry, 2003, p. 717). It is also defined as the type of leadership that aims to maximize organizational commitment and productivity (Fry et al., 2009, p. 12; Jamaludin, 2011, p. 78). Although it is effective in the increment of individual and organizational potential (Fry, 2009, p. 82), it encompasses a process in which people strive for cooperation, which creates awareness in their skills and enables them to develop (Fry, 2005, p. 69). This model, which requires the leader to develop quality relationships and respect his past (Fry et al., 2007b, p. 7), helps to realize that life is purposeful and meaningful and has a continuous development feeling (Fry et al., 2007a, p. 10).

1.1.The Characteristics of Spiritual Leadership

Spiritual leaders have a personality that is prone to compromise, harmony, and cooperation (Fairholm, 1996, p. 13); they have a broad vision and take responsibility for achieving the goals (Blackaby ve Blackaby, 2001, p. 7). Spiritual leader has consistency in his emotions and a balance in his inner and outer world (Kaya, 2013, p. 599). The leader always uses interest and discretion and thus increases the organization commitment (Fry, 2003, p. 693-695). He provides the hope and belief required for the employees in order to get the desired organizational interests (Yusof and Mohamad, 2014, p. 1951). In addition, he carries all the energy and motivation needed to make an empowered team (Fry, 2003, p. 693; Fry et al., 2007b, p. 2; Chen and Li, 2013, p. 241; Abdizadeh and Khiabani, 2014, p. 92). Fairholm (1996, p. 13-14) lists the elements of spiritual leadership as given in Table 1.

Table 1. The Characteristics of Spiritual Leadership.

Building shared values	They inspire the common values which form the basis of the system and which determine the morality and success criteria belong to their followers.
Vision setting	They exhibit a sustained ability to build consensus and lead democratically within the framework of a common vision.
Sharing meaning	Spiritual leaders create meanings for their followers and they share these meanings with them.
Enabling	Spiritual leaders educate, lead, and motivate their followers.
Influence and power	The leader cannot lead until followers accept the leader's power. This acceptance comes out of the relationship, not from a formal structure or system.
Intuition	Intuition, which is the knowledge, gained without rational thought gives the leaders moral legitimacy.
Risk-taking	Actions of the spiritual leaders always involve risk. They do not accept existing work systems or structural relationships. They try to meet people's needs without regardless of the risk.
Service	Spiritual leaders are servants. They serve committed to certain principles. Rather than attempt to dominate their followers, they work for them by providing everything for their success.
Transformation	The role of the spiritual leaders is to change the lives of followers and the institutions in ways that enhance. They convert followers to leaders.

Reference: It was formed by adapting from the reference Fairholm (1996, p. 13-14).

Spiritual leaders do not make excuses, they do not blame their followers for the negativities, and they make effort for their followers to have a leadership spirit (Blackaby and Blackaby, 2001, p. 6). They instill the pleasure of being a member of the organization they work and a sense of belonging to the organization (Fry, 2016, p. 3). They are always patient, polite, determined and have the character that defends their rights in all circumstances (Blackaby and Blackaby, 2001, p. 45). They are open to change (Crossman, 2010, p. 602) and have a sense of accountability (Blackaby and Blackaby, 2001, p. 6). Spiritual leadership contributes to making the organization more determined and productive by supplying the fundamental needs of both leader and follower (Fry, 2003, p. 694). It provides skills to managers such as management of the conflict, decision-making, and change management (Fry et al., 2005, p. 853). Spiritual leaders think that they are governed and motivated by divine power (Blackaby and Blackaby, 2001, p. 5). They try to satisfy the aims and ambitions of the people they serve (Blackaby and Blackaby, 2001, p. 5).

1.2. Organizational and Individual Outputs of Spiritual Leadership

Spiritual leaders always focus on developing their relationship with their followers (Blackaby and Blackaby, 2001, p. 16). A spiritual leader transforms individual benefits into group benefits (Fry et al., 2011, p. 261). Spiritual leaders endeavor to use time efficiently (Blackaby and Blackaby, 2001, p. 35). They play a key role in transforming organizations into learner organizations and maintaining success (Fry, 2003, p. 694). Spiritual leaders prepare an appropriate environment for their followers' needs and guide them to the objectives of organization (Kaya, 2013, p. 599). They reveal the inner excitement of their followers to succeed the best (Blackaby and Blackaby, 2001, p. 5). Spiritual leaders encourage workers toward a culture with a commitment spirit and thus, allow them to respect themselves and their lives and establish good relationships with others. They do this by considering the needs and interests of workers (Abdizadeh and Khiabani, 2014, p. 96). They also affect the workplace well-being and job satisfaction of workers positively (Yusof and Mohamad, 2014, p. 1954). Spiritual leaders allow followers to motivate themselves, make sense of their work and evaluate changes (Fry et al., 2007b, p.

2). Leaders who may sometimes adopt the status quo (Blackaby and Blackaby, 2001, p. 5) make an organization easily adopt a change required for the organization without encountering any resistance (Fry et al., 2007a, p. 3). They endeavor to allow followers to look to future with hope and faith and be always in a positive expectation (Fry et al., 2007b, p. 7). Voluntariness, constructive activities and creative efforts are among the acquisitions of spiritual leadership for followers (Fry, 2009, p. 81). Spiritual leadership requires creating a satisfying work environment that would meet the needs of workers for success (Chen and Yang, 2012, p. 110). It creates a vision stimulating the members of organization to carry out a search according to their opinions (Fry, 2003, p. 695). It also has an important function in providing employee productivity and organizational commitment (Chen and Li, 2013, p. 241). A spiritual leader is in a strong relationship with learner organization culture and knowledge performance (Torkamani et al., 2015, p. 141). A leader is responsible for strengthening the organization by solving the problems in the most practical way and uniting the organization workers (Blackaby ve Blackaby, 2001, p. 4). According to Spiritual Leadership Theory, negative emotions such as jealousy, failure, selfishness, anxiety, and guilt must be eliminated (Fry et al., 2007b, p. 8).

2. RESULT

Spiritual leadership theory covers all other leadership models and is considered as a necessary organizational/professional development model for successful organizations in the internet era (Fry et al., 2007a, p. 30). Spiritual leadership is seen as a necessary, but not sufficient condition for organizations to be successful in today's internet-driven environment (Fry, 2003, p. 720). It is required for an excellent performance in 21st-century organizations (Fry and Matherly, 2006, p. 17). Spiritual Leadership Theory is designed to create an intrinsically motivated organization (Fry and Matherly, 2006, p. 4).

Spiritual leadership is necessary for the transformation and continued success of a learning organization (Fry, 2003, p. 717). In this context, it creates benefits for both individuals and organizations (Abdizadeh and Khiabani, 2014, p. 97). Spiritual leader strives to achieve more than the goals because the achievement of the one's goals does not mean that they are successful according to these leaders (Blackaby and Blackaby, 2001, p. 5). The ethical values of the leader and giving importance to communication with the followers (Fry, 2003, p. 693) enable the followers to behave ethically, to have less worry and to be productive, flexible, and creative (Kaya, 2013, p. 599). Spiritual leadership theory is recommended to eliminate negative situations within the organization (Fry and Cohen, 2009, p.267).

REFERENCE

- Abdizadeh, M. & Khiabani, M. M. (2014). Implementing the Spiritual Leadership Model in the Healthcare. *International Journal of Business and Management*; 9(11), 92-101.
- Blackaby, H. & Blackaby, R. (2001). *Spiritual Leadership (Moving People On To God's Agenda)*. Outlined by Jeffrey Pearson, Lead Pastor, THE BRIDGE.
- Chen, C. & Yang, C., 2012. The Impact of Spiritual Leadership on Organizational Citizenship Behavior: A Multi-Sample Analysis. *Journal of Business Ethics*, 105, 107–114.
- Chen, C. & Li, C. (2013). Assessing the Spiritual Leadership Effectiveness: The Contribution of Follower's Self-Concept and Preliminary Tests For Moderation of Culture and Managerial Position. *The Leadership Quarterly* 24, 240–255.
- Fairholm, G. W. (1996). Spiritual leadership: fulfilling whole-self needs at work. *Leadership & Organization Development Journal*, 17(5)11 – 17.

- Fry, L.W. (2003). Toward a Theory of Spiritual Leadership. *The Leadership Quarterly*, 14 (2003), 693–727.
- Fry, L.W., (2005). *Toward a theory of ethical and spiritual well-being, and corporate social responsibility through spiritual leadership*. In: R.A. Giacalone, C.L. Jukiewicz, and D. Craig, eds. *Positive psychology in business ethics and corporate responsibility*. Greenwich, CT: Information Age, 47–84.
- Fry, L.W., Vitucci, S., and Cedillo, M., (2005). Spiritual leadership and army transformation: theory, measurement, and establishing a baseline. *The Leadership Quarterly*, 16, 807–833.
- Fry, L.W. and Matherly, L.L. (2006). Spiritual leadership and organizational performance: an exploratory study. Paper presented at the Academy of Management [online], Atlanta, GA. Available from: <http://www.tarleton.edu/Faculty/fry/SLTOrgPerf.pdf>.
- Fry, L. W., Nisieiwcz, M., & Vitucci, S. (2007a). Transforming Local Police Departments Through Spiritual Leadership: *Measurement and Establishing a Baseline*.
- Fry, L.W., Nisiewicz, M., Vitucci, S., Cedillo, M. (2007b). Transforming city government through spiritual leadership: measurement and establishing a baseline. Paper presented at the National Meeting of the Academy of Management [online], Philadelphia, PA. Available from: <http://www.tarleton.edu/Faculty/fry/SLTCityGovFinal.pdf>.
- Fry, L.W., (2009). Spiritual Leadership as a Model for Student Inner Development. *Journal of Leadership Studies*, 3 (3), 79–82.
- Fry, L.W. & Cohen, M. (2009). Spiritual Leadership as a Paradigm for Organizational Transformation and Recovery from Extended Work Hours Cultures. *Journal of Business Ethics*, 84, 265–278. doi: 10.1007/s10551-008-9695-2.
- Fry, L.W., Sedgmore, L., Altman, Y. (2009). Maximizing the Triple Bottom Line & Spiritual Leadership: The CEL Story. *Presented at the Academy of Management Meeting*.
- Fry, L.W., Hannah, S. T., Noel, M., Walumbwa, F. O. (2011). Impact of Spiritual Leadership on Unit Performance. *The Leadership Quarterly*, 22, 259–270.
- Fry, L.W. (2016). Spiritual Leadership. *Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and Governance*, DOI 10.1007/978-3-319-31816-5_2353-1.
- Jamaludin, Z., Rahman, N. M. N. A., Makhbul, Z. K. M., Idris, F. (2011). Do transactional, transformational and spiritual leadership styles distinct? A conceptual insight. *Journal of Global Business And Economics*, 2 (1), 73–82.
- Kaya, A. (2013). The Relationship Between Spiritual Leadership and Organizational Citizenship Behaviors: A Research on School Principals' Behaviors. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 15(3), 597-606.
- Polat, S. (2011). The Level of Faculty Members' Spiritual Leadership (SL) Qualities Display According To Students in Faculty of Education. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 15, 2033–2041.
- Torkamani, Z. N., Naami, A.Z., Sheykhshabani, S.E. H., Beshlide, K. (2015). The Effect of Spiritual Leadership with Organizational Commitment, Productivity and Knowledge Performance with Mediating Spiritual Well-Being and Learning Organization, in Employees of Bidboland Gas Company. *International Journal of Psychology and Behavioral Research*, 4(1), 133-143.
- Yusof, J. M. & Mohamad, M. (2014). The Influence of Spiritual Leadership on Spiritual Well-Being and Job Satisfaction: A Conceptual Framework, *International Review of Management and Business Research*, 3(4), 1948-1957.

Yılmaz, F., Erişen, M ve Banaz, M . (2019). Üniversite Öğrencilerinin Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 27-39.

Araştırma/ Research

Makale Geliş Tarihi: 02.03.2019
Makale Kabul Tarihi: 11.03.2019

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN MÜKEMMELİYETÇİLİK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ¹



<https://doi.org/10.35345/johmal.534808>

Fatma Özlem YILMAZ²,
Mehmet Akif ERİŞEN³,
Merve BANAZ⁴

ÖZET

Çalışmada üniversite öğrencilerinin mükemmeliyetçilik düzeylerinin çeşitli bağımsız değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koyabilmek amaçlanmıştır.

Çalışma Konya Selçuk Üniversitesi Alaeddin Keykubat merkez kampüsünde lisans eğitimi alan öğrenciler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri 25.04.2017-20.05.2017 tarihleri arasında toplanmış olup, veri toplama aracı olarak Frost ve arkadaşları tarafından geliştirilen çok boyutlu mükemmeliyetçilik ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Selçuk Üniversitesi merkez kampüste lisans eğitimi alan 54.200 öğrenci ve örnekleme ise basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak ulaşılan 400 öğrenci oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılanların %61,8'i kadınlardan oluşurken, %68,6'sı 21-24 yaş arasındaki katılımcılardan oluşmaktadır. Ayrıca, katılımcıların %35,5'i'ni fen-edebiyat ve sağlık bilimleri fakültelerinde eğitim almakta ve yine %35,5'i 2001-3000 TL arası gelire sahiptir. Bunların yanı sıra katılımcıların %68,3'ü 2,5 ve üzeri ortalamaya sahip ve %56'sının ailesi il merkezinde ikamet etmektedirler. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, araştırmaya katılan katılımcıların mükemmeliyetçilik düzeylerinin, cinsiyetlerine göre farklılık gösterdiği ve erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre genel mükemmeliyetçilik düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca katılımcıların yaşları, akademik ortalamaları, ailelerinin aylık ortalama gelirleri, ikamet yerleri ve fakültelerine göre mükemmeliyetçilik düzeylerinde anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Mükemmeliyetçilik, üniversite öğrencileri, pozitif mükemmeliyetçilik, negatif mükemmeliyetçilik

ASSESSMENT OF PERFECTIONISM LEVELS OF UNIVERSITY STUDENTS

ABSTRACT

The aim of this study is to determine whether the perfectionism levels of university students differ according to various independent variables.

The study was carried out on students who received undergraduate education at Konya Selçuk University Alaeddin Keykubat Center Campus. The research data were collected between 25.04.2017-20.05.2017 and multidimensional perfectionism scale developed by Frost et al. was used as data collection tool. The universe of the research is composed of 54,200 students who have undergraduate education at the center campus of Selçuk University and the sample consists of 400 students reached by using simple random sampling method.

While 61.8% of the participants were women, 68.6% were composed of 21-24 year olds. In addition, 35.5% of the participants are educated in Faculty of Arts and Sciences and 35.5% of them have income between 2001-3000. In addition to these, 68.3% of the participants have an average of 2.5 and above, and 56% of

¹ Bu çalışma 13-15 Ekim 2017 tarihinde Trabzon'da düzenlenen "1. Uluslararası 11. Sağlık ve Hastane İdaresi" kongresinde özet bildirisi olarak sunulmuştur.

² Dr. Öğr. Üyesi, Selçuk Üniversitesi, fatmaozlemvilma@selcuk.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0059-7949>

³ Arş. Gör., Selçuk Üniversitesi, akiferisen@selcuk.edu.tr, ORCID ID: orcid.org/0000-0003-2490-391X

⁴ YL Öğrencisi, Hacettepe Üniversitesi, mrvebnz@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8117-1519>

their families live in the city center. Findings from the study showed that the level of perfectionism of participants participating in the study varied according to gender and that male participants had higher levels of general perfectionism than female participants. In addition, there was no significant difference in the level of perfectionism according to the participants' age, academic average, income of their families, place of residence and faculty.

Key Words: Perfectionism, university students, positive perfectionism, negative perfectionism

1. GİRİŞ

Mükemmeliyetçilik ile ilgili birçok araştırma olmasına rağmen herkes tarafından kabul gören ortak bir mükemmeliyetçilik tanımının ya da yapısının mevcut olmadığı belirtilmektedir (Ashby ve Kottman, 1996; Slaney ve ark., 2001).

Burns'a göre (1980) mükemmeliyetçilik; kişisel beklenti ve durumların yorumlarını içeren, bireyin kendisini ve başkalarını değerlendirmesi ile karakterize olan bir ağıdır. Bu ağın özellikleri arasında; gerçekçi olmayan yüksek standartlar ve standartlara aşırı bir biçimde bağlanma bulunmaktadır. Hill, Zrull ve Turlington'a (1997) göre mükemmeliyetçilik, kusursuz olmak için sürekli çabalama, gerçekçi olmayan yüksek hedeflere ulaşmaya çalışma ve kişisel yüksek standartları koruma eğilimidir. Bunların yanı sıra Hollander (1965) mükemmeliyetçiliği, hatasız davranma çabası ve yüksek başarı yolu ile aile tarafından kabul sağlama isteği; Frost, Marten, Lahart ve Rosenblate (1990) ise, aşırı derecede yüksek ve imkânsız hedeflere ulaşma çabası ile kendini sabote etme ya da kendini yenilgiye uğratma gibi davranış ve düşünceleri içeren bir özellik olarak tanımlamıştır. Gül, Yılmaz ve Berksun'a göre (2009) mükemmeliyetçilik; bir işte ya da bir görevde mükemmel olmak için aşırı ve haddinden fazla çaba gösterme durumu ya da bunların üzerine düşünsel olarak aşırı odaklanmadır.

Psikoloji literatüründe mükemmeliyetçilik kavramında ilk olarak tek boyutlu bakış açısı hâkim olmasına rağmen zaman içerisinde bu algı yerini çok boyutlu mükemmeliyetçilik kavramına bırakmıştır. Bazı mükemmeliyetçi kişiliklerin psikopatolojik davranışlar sergilediği halde, bazılarının sergilemeyişi, mükemmeliyetçiliğin tek boyutlu olmadığına dair en önemli göstergedir (Lundh, Saboonchi ve Wangby, 2008). Silverman'a göre (2007) mükemmeliyetçilik iki ucu keskin bir bıçak gibidir; bir tarafı başarıya yönelirken diğer tarafı umutsuzluğa yönelmektedir. Eğer mükemmeliyetçi tutum, "bıçağın başarı yönüne" yönelirse insanların kendilerini gerçekleştirmesinde katalizör görevi yapmış olmaktadır. Mükemmeliyetçilik boyutları; uyumlu-uyumsuz, olumlu-olumsuz, normal-nevrotik, işlevsel-işlevsel olmayan gibi farklı isimlerle (Rhemaume ve ark., 2000; Rice, Ashby ve Slaney, 1998; Stump ve Parker, 2000; Terry Short ve ark., 1995) ele alınsa da bu boyutlar temelde pozitif ve negatif mükemmeliyetçiliği ifade etmektedir. Pozitif mükemmeliyetçiliğe sahip kişiler ile negatif mükemmeliyetçiliğe sahip kişiler arasındaki temel fark koydukları hedeflere yönelik algılarıdır. Bunlar arasındaki farklar aşağıda kısaca ele alınmıştır.

Pozitif Mükemmeliyetçilik: Uyumlu yani pozitif mükemmeliyetçiliğe sahip kişiler, kendileri için belirledikleri yüksek standartlara ulaşabileceğine yönelik, algıları olan kişilerdir (Hamachek, 1978). Bu kişiler tatmin olabilirler, zevk duyabilirler, ulaşabilecekleri gerçekçi hedefleri vardır. Yapacakları işi sakince ve dikkatlice yaparlar ve zamanında teslim etme eğilimindedirler (Enns, Cox ve Clara, 2002).

Negatif Mükemmeliyetçilik: Negatif mükemmeliyetçiliğe sahip kişiler, gerçekçi olmayan son derece üst düzey standartlara sahiplerdir. Yaptıkları işlerden keyif almazlar. Olağanüstü derecede genellenmiş yüksek standartları mevcuttur (Enns, Cox ve Clara, 2002). Negatif mükemmeliyetçiliğe sahip kişiler ayrıca kendileri için belirledikleri yüksek standartlara hiçbir zaman ulaşamayacaklarını düşünmektedirler (Hamachek, 1978).

Bu kadar çok farklı bakış açısıyla ele alınan ve hakkında farklı tanımlamalar yapılan bir kavram olduğu da göz önüne alınırsa mükemmeliyetçiliği etkileyebilecek birçok faktörün olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda çalışmada Selçuk Üniversitesinde eğitim alan lisans

öğrencilerinin mükemmeliyetçilik düzeyleri çeşitli değişkenler açısından ele alınarak incelenmiştir.

2. YÖNTEM

Bu çalışmada, Selçuk Üniversitesinde eğitim gören lisans öğrencilerinin mükemmeliyetçilik düzeylerinin çeşitli demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Çalışma Konya Selçuk Üniversitesi Alâeddin Keykubat Merkez Kampüsünde lisans eğitimi alan öğrenciler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri 25 Nisan-20 Mayıs 2017 tarihleri arasında toplanmış olup, araştırmanın yapıldığı 2016-2017 eğitim öğretim yılında Selçuk Üniversitesinde lisans eğitimi alan 54.200 öğrenci bulunmaktadır. Çalışmada örnekleme yöntemi olarak kolayda örnekleme yönteminden yararlanılmıştır. Bu amaçla Altunışık ve arkadaşları (2012) tarafından oluşturulan “belirli evrenler için kabul edilebilir örnek büyüklükleri” tablosundan yararlanılarak örneklem büyüklüğü tespit edilmiştir. Tabloya göre %95 güven aralığında evreni temsil edecek örneklem büyüklüğünün 381 kişi olması gerektiği bulunmuştur. Çalışmada 400 kişiden veri elde edilmiştir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak; Frost, Marten, Lahart ve Rosenblate (1990) tarafından geliştirilen, Özbay ve Mısırlı Taşdemir (2003) tarafından Türkçe’ye uyarlanmış olan Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek; kişisel standartlar (7 madde), hatalara aşırı dikkat etme (9 madde), davranışlardan şüphe etme (4 madde), ailesel beklentiler (5 madde), ailesel eleştiriler (4 madde) ve düzen (6 madde) olmak üzere altı alt boyuttan ve 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte, katılımcıların mükemmeliyetçilik düzeylerini ölçmeye yönelik ifadeler yer verilmiş ve kişilerden bu ifadelerle katılma durumlarını 5’li Likert ölçeğe göre hazırlanmış olan “1=Kesinlikle Katılmıyorum-5=Kesinlikle Katılıyorum” aralığında en uygun olanı seçmeleri istenmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı 0,856 olarak bulunmuştur.

Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS 20.0 paket programından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiksel analizlerin yanı sıra bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA testi) kullanılmıştır. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan gruplarda bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için Scheffe testi uygulanmıştır. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR

Katılımcılara ait fakülte, üniversiteden önce yaşanan yer, yaş, cinsiyet, genel akademik not ortalaması ve aile aylık geliri gibi demografik bilgiler tablo 1’de gösterilmiştir.

Katılımcıların demografik verileri incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin %61,8’i (247) kadın, %38,2’si (153) erkektir. Yaş olarak incelendiğinde ise araştırmaya katılanların çoğu %43,8 (175) 21-22 yaş grubu oluşturmaktadır. Bunu takiben 20 yaş ve altı %26 (104) ile 2. sıradadır. Araştırmaya en az katılan yaş grubu ise 25 yaş ve üstü %5,5 (22)’dir. Bunun nedeni ise üniversite öğrencilerinin yaş ortalamasının 18-24 yaş arasında olmasıdır. Araştırmaya katılan öğrencilerin fakültelerine bakıldığında en çok katılım Fen-Edebiyat Fakültesi öğrencilerine %19,5 (78) aittir. Bunu takiben Mühendislik Fakültesi %18 (72), Sağlık Bilimleri Fakültesi %16 (64), İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi %9,5 (38), İletişim Fakültesi %7,8 (31), Hukuk Fakültesi %7 (28) gelmektedir. Bunun yanı sıra diş hekimliği, mimarlık, ziraat, turizm, tıp ve diğer fakültelerden katılım düzeyleri %5 seviyelerinin altındadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin ailelerinin aylık gelirleri incelendiğinde en çok katılım 1001-2000 TL %36 (144) ve 2001-3000 TL %35,5 (142) gelirli öğrencilere aittir.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

		n	%			n	%
Fakülte	Sağlık Bilimleri	64	16	Yaşınız	20 yaş ve altı	104	26,0
	Mühendislik	72	18		21-22 yaş	175	43,8
	İİBF	38	9,5		23-24 yaş	99	24,8
	Fen-Edebiyat	78	19,5		25 yaş ve üstü	22	5,5
	İletişim	31	7,8		Toplam	400	100
	Diş Hekimliği	16	4	Cinsiyetiniz	Kadın	247	61,8
	Hukuk	28	7		Erkek	153	38,2
	Mimarlık	16	4		Toplam	400	100
	Ziraat	15	3,8	Genel Not Ortalaması	2.00 ve altı	26	6,5
	Turizm	14	3,5		2.00-2,50	101	25,3
	Tıp	13	3,3		2,50-3.00	166	41,5
	Diğer	15	3,8		3.00-3,50	79	19,8
Toplam	400	100	3,50-4.00		28	7	
			Toplam		400	100	
Önceden Yaşadığınız Yer	Köy/Kasaba	43	10,8	Aylık Gelir	1000 ve altı	26	6,5
	İlçe	133	33,3		1001-2000	144	36
	İl	224	56		2001-3000	142	35,5
	Toplam	400	100		3001 ve üstü	88	22
			Toplam		400	100	

Öğrencilerin okula gelmeden önce yaşadığı yere bakıldığında en çok katılım %56 (224) ile ilde yaşayan öğrencilere, en az katılım ise %10,8 (43) ile köy ve kasabada yaşayan öğrencilere aittir. Araştırmaya katılan öğrencilerin genel akademik not ortalamalarına göre en çok katılım 2,50-3.00 %41.5 (166) not ortalamasına sahip öğrencilere aittir. En az katılım ise 2.00 ve altı %6,5 (26) not ortalamasına sahip öğrencilere aittir (Tablo 1).

Tablo 2: Katılımcıların Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

	Cinsiyetiniz?	n	Ort	S.S.	t	p
Mükemmeliyetçilik	Kadın	247	2,9537	0,48931	-4,026	0,000
	Erkek	153	3,1619	0,52327		
Hata Yapma Endişesi	Kadın	247	2,5213	0,73073	-3,735	0,000
	Erkek	153	2,8064	0,75980		
Kişisel Standartlar	Kadın	247	3,0658	0,65930	-3,913	0,000
	Erkek	153	3,3235	0,60808		
Ailesel Beklentiler	Kadın	247	3,0947	0,77874	-1,812	0,071
	Erkek	153	3,2444	0,84081		
Ailesel Eleştiriler	Kadın	247	2,1316	0,81331	-3,334	0,001
	Erkek	153	2,4150	0,84739		
Yaptıklarından Emin Olamama	Kadın	247	2,8057	0,73369	-2,664	0,008
	Erkek	153	3,0784	1,31210		
Düzen	Kadın	247	3,9103	0,75074	0,067	0,946
	Erkek	153	3,9052	0,68044		
Pozitif Mükemmeliyetçilik	Kadın	247	3,4277	0,54697	-2,592	0,010
	Erkek	153	3,5728	0,53949		
Negatif Mükemmeliyetçilik	Kadın	247	2,6377	0,58855	-3,959	0,000
	Erkek	153	2,8880	0,65371		

Tablo 2’de araştırmaya katılan öğrencilerin mükemmeliyetçilik düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı t-testi ile incelenmiştir. Buna göre; öğrencilerin genel mükemmeliyetçilik düzeyleri ve hata yapma endişeleri, kişisel standartlar, ailesel eleştiriler, yaptıklarından emin olamama alt boyutlarının yanı sıra katılımcıların kişisel standartlar ve düzen alt boyutlarının oluşturduğu pozitif mükemmeliyetçilik düzeyleri ve hata yapma endişesi, ailesel beklentiler ve eleştiriler, yaptıklarından emin olamama alt boyutlarının oluşturduğu negatif mükemmeliyetçilik düzeylerinde de cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Ayrıca tüm bu boyutlarda erkek öğrenciler kadın öğrencilere göre daha yüksek katılım göstermişlerdir. Diğer bir deyişle, erkek katılımcıların genel mükemmeliyetçilik düzeyleri, pozitif ve negatif mükemmeliyetçilik düzeyleri, hata yapma endişeleri, ailesel eleştiri düzeyleri ve yaptıklarından

emin olamama düzeyleri kadın katılımcılara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanı sıra öğrencilerin ailelerinin beklenti ve düzen düzeyleri arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 3: Katılımcıların Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin Yaşa Göre Dağılımı

	Yaş	n	Ort	S.S.	F	p	Post-Hoc
Mükemmeliyetçilik	20 ve altı ¹	104	2,9404	0,47642	2,545	0,056	-
	21-22 yaş ²	175	3,0243	0,52705			
	23-24 yaş ³	99	3,1203	0,49575			
	25 ve üstü ⁴	22	3,1532	0,57051			
	Toplam	400	3,0334	0,51204			
Hata Yapma Endişesi	20 ve altı ¹	104	2,5252	0,67267	2,382	0,069	-
	21-22 yaş ²	175	2,5914	0,80153			
	23-24 yaş ³	99	2,7727	0,70921			
	25 ve üstü ⁴	22	2,7955	0,84739			
	Toplam	400	2,6303	0,75391			
Kişisel Standartlar	20 ve altı ¹	104	3,0000	0,66533	3,362	0,019	-
	21-22 yaş ²	175	3,2029	0,66530			
	23-24 yaş ³	99	3,2285	0,60977			
	25 ve üstü ⁴	22	3,3466	0,54134			
	Toplam	400	3,1644	0,65161			
Ailesel Beklentiler	20 ve altı ¹	104	2,9962	0,76526	2,329	0,074	-
	21-22 yaş ²	175	3,1943	0,79926			
	23-24 yaş ³	99	3,1818	0,82070			
	25 ve üstü ⁴	22	3,4182	0,89423			
	Toplam	400	3,1520	0,80531			
Ailesel Eleştiriler	20 ve altı ¹	104	2,1250	0,74472	6,574	0,000	1-3 p=0,002 2-3 p=0,000
	21-22 yaş ²	175	2,1214	0,77952			
	23-24 yaş ³	99	2,5429	0,93339			
	25 ve üstü ⁴	22	2,3636	0,92494			
	Toplam	400	2,2400	0,83690			
Yaptıklarından Emin Olamama	20 ve altı ¹	104	2,8630	0,73972	0,207	0,891	-
	21-22 yaş ²	175	2,9014	1,26284			
	23-24 yaş ³	99	2,9722	0,71508			
	25 ve üstü ⁴	22	2,9205	0,88770			
	Toplam	400	2,9100	1,00267			
Düzen	20 ve altı ¹	104	3,9631	0,78722	0,359	0,782	-
	21-22 yaş ²	175	3,9057	0,74224			
	23-24 yaş ³	99	3,8721	0,62353			
	25 ve üstü ⁴	22	3,8333	0,71270			
	Toplam	400	3,9083	0,72379			
Pozitif Mükemmeliyetçilik	20 ve altı ¹	104	3,4128	0,60281	0,832	0,477	-
	21-22 yaş ²	175	3,5041	0,55178			
	23-24 yaş ³	99	3,5043	0,49306			
	25 ve üstü ⁴	22	3,5552	0,48039			
	Toplam	400	3,4832	0,54801			
Negatif Mükemmeliyetçilik	20 ve altı ¹	104	2,6255	0,55569	3,084	0,027	1-3 p=0,032
	21-22 yaş ²	175	2,7045	0,65275			
	23-24 yaş ³	99	2,8644	0,60274			
	25 ve üstü ⁴	22	2,8853	0,72287			
	Toplam	400	2,7335	0,62545			

Tablo 3'te araştırmaya katılan öğrencilerin mükemmeliyetçilik düzeylerinde yaşlarına göre anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek amacıyla ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan test sonucuna göre öğrencilerin negatif mükemmeliyetçilik düzeyleri ve ailesel eleştiri düzeylerinde yaşlarına göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu anlamlı farkların hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post hoc testlerinden scheffe analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda öğrencilerin yaşlarına göre ailesel eleştiri düzeylerindeki farkın 23-24 yaş öğrenciler ile 21-22 yaş düzeyi ve 20 ve altı yaş düzeyindeki öğrencilerden kaynaklandığı görülmektedir. Bunun yanı sıra

öğrencilerin yaşlarına göre negatif mükemmeliyetçilik düzeylerindeki farkın ise 23-24 yaş öğrenciler ile 20 ve altı yaş grubundaki öğrencilerden kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin Akademik Ortalamalarına Göre Dağılımı

	Akademik Ortalama	n	Ort	S.S.	F	p
Mükemmeliyetçilik	2'den az ¹	26	3,0747	0,43692	0,550	0,699
	2-2.49 ²	101	2,9901	0,46369		
	2.5-2.99 ³	166	3,0186	0,52908		
	3-3.49 ⁴	79	3,0893	0,54550		
	3.5-4 ⁵	28	3,0806	0,55647		
	Toplam	400	3,0334	0,51204		
Hata Yapma Endişesi	2'den az ¹	26	2,6779	0,75595	0,164	0,957
	2-2.49 ²	101	2,6027	0,73451		
	2.5-2.99 ³	166	2,6589	0,76629		
	3-3.49 ⁴	79	2,5949	0,72258		
	3.5-4 ⁵	28	2,6161	0,87263		
	Toplam	400	2,6303	0,75391		
Kişisel Standartlar	2'den az ¹	26	3,0721	0,56588	0,803	0,524
	2-2.49 ²	101	3,0990	0,55349		
	2.5-2.99 ³	166	3,1755	0,69549		
	3-3.49 ⁴	79	3,2579	0,67710		
	3.5-4 ⁵	28	3,1563	0,71575		
	Toplam	400	3,1644	0,65161		
Ailesel Beklentiler	2'den az ¹	26	3,2154	0,62718	0,127	0,973
	2-2.49 ²	101	3,1584	0,78858		
	2.5-2.99 ³	166	3,1229	0,86204		
	3-3.49 ⁴	79	3,1671	0,76489		
	3.5-4 ⁵	28	3,2000	0,82012		
	Toplam	400	3,1520	0,80531		
Ailesel Eleştiriler	2'den az ¹	26	2,4808	0,82135	0,691	0,599
	2-2.49 ²	101	2,2450	0,84482		
	2.5-2.99 ³	166	2,2139	0,85203		
	3-3.49 ⁴	79	2,2468	0,78395		
	3.5-4 ⁵	28	2,1339	0,89360		
	Toplam	400	2,2400	0,83690		
Yaptıklarından Emin Olamama	2'den az ¹	26	3,0673	0,66166	1,554	0,186
	2-2.49 ²	101	2,8267	0,67244		
	2.5-2.99 ³	166	2,8238	0,83859		
	3-3.49 ⁴	79	3,1203	1,64027		
	3.5-4 ⁵	28	2,9821	0,69031		
	Toplam	400	2,9100	1,00267		
Düzen	2'den az ¹	26	3,8910	0,69593	1,893	0,111
	2-2.49 ²	101	3,8267	0,65698		
	2.5-2.99 ³	166	3,8685	0,77673		
	3-3.49 ⁴	79	4,0000	0,73671		
	3.5-4 ⁵	28	4,1964	0,54254		
	Toplam	400	3,9083	0,72379		
Pozitif Mükemmeliyetçilik	2'den az ¹	26	3,4231	0,46595	1,435	0,222
	2-2.49 ²	101	3,4109	0,48228		
	2.5-2.99 ³	166	3,4725	0,60023		
	3-3.49 ⁴	79	3,5759	0,53371		
	3.5-4 ⁵	28	3,6020	0,53609		
	Toplam	400	3,4832	0,54801		
Negatif Mükemmeliyetçilik	2'den az ¹	26	2,8425	0,54590	0,314	0,868
	2-2.49 ²	101	2,7096	0,57827		
	2.5-2.99 ³	166	2,7160	0,62704		
	3-3.49 ⁴	79	2,7649	0,69012		
	3.5-4 ⁵	28	2,7330	0,68510		
	Toplam	400	2,7335	0,62545		

Tablo 4 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin akademik ortalamalarına göre mükemmeliyetçilik düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan test sonucuna göre katılımcıların mükemmeliyetçilik düzeylerinde akademik ortalamalarına göre anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5: Katılımcıların Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin Ailelerinin Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı

	Aile Aylık Geliri	n	Ort	S.S.	F	p
Mükemmeliyetçilik	1000 ve altı ¹	26	2,9352	0,56641	1,426	0,235
	1001-2000 ²	144	2,9804	0,51059		
	2001-3000 ³	142	3,0833	0,51172		
	3001 ve üstü ⁴	88	3,0685	0,49446		
	Toplam	400	3,0334	0,51204		
Hata Yapma Endişesi	1000 ve altı ¹	26	2,5144	0,83616	1,424	0,235
	1001-2000 ²	144	2,5451	0,74218		
	2001-3000 ³	142	2,6910	0,72547		
	3001 ve üstü ⁴	88	2,7060	0,78716		
	Toplam	400	2,6303	0,75391		
Kişisel Standartlar	1000 ve altı ¹	26	2,9856	0,67112	1,583	0,193
	1001-2000 ²	144	3,1102	0,68792		
	2001-3000 ³	142	3,2333	0,60915		
	3001 ve üstü ⁴	88	3,1946	0,64462		
	Toplam	400	3,1644	0,65161		
Ailesel Beklentiler	1000 ve altı ¹	26	3,0846	0,70239	1,270	0,284
	1001-2000 ²	144	3,0625	0,79876		
	2001-3000 ³	142	3,2423	0,80029		
	3001 ve üstü ⁴	88	3,1727	0,84700		
	Toplam	400	3,1520	0,80531		
Ailesel Eleştiriler	1000 ve altı ¹	26	2,0385	0,83274	0,699	0,553
	1001-2000 ²	144	2,2465	0,83676		
	2001-3000 ³	142	2,2289	0,84975		
	3001 ve üstü ⁴	88	2,3068	0,82152		
	Toplam	400	2,2400	0,83690		
Yaptıklarından Emin Olamama	1000 ve altı ¹	26	2,8173	0,82631	2,037	0,108
	1001-2000 ²	144	2,8073	0,79867		
	2001-3000 ³	142	3,0757	1,30940		
	3001 ve üstü ⁴	88	2,8381	0,71923		
	Toplam	400	2,9100	1,00267		
Düzen	1000 ve altı ¹	26	3,9808	0,74882	0,569	0,636
	1001-2000 ²	144	3,9236	0,82404		
	2001-3000 ³	142	3,8486	0,67194		
	3001 ve üstü ⁴	88	3,9583	0,61911		
	Toplam	400	3,9083	0,72379		
Pozitif Mükemmeliyetçilik	1000 ve altı ¹	26	3,4121	0,61720	0,415	0,742
	1001-2000 ²	144	3,4588	0,61251		
	2001-3000 ³	142	3,4970	0,49836		
	3001 ve üstü ⁴	88	3,5219	0,49432		
	Toplam	400	3,4832	0,54801		
Negatif Mükemmeliyetçilik	1000 ve altı ¹	26	2,6172	0,63453	1,690	0,169
	1001-2000 ²	144	2,6614	0,60005		
	2001-3000 ³	142	2,8075	0,64658		
	3001 ve üstü ⁴	88	2,7662	0,62153		
	Toplam	400	2,7335	0,62545		

Tablo 5'te araştırmaya katılan öğrencilerin mükemmeliyetçilik düzeylerinin ailelerinin gelir düzeylerine göre anlamlı düzeyde değişip değişmediğini görebilmek için ANOVA testi

yapılmıştır. Yapılan test sonucunda katılımcıların mükemmeliyetçilik düzeylerinde ailelerinin gelir düzeylerine göre anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 6: Katılımcıların Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin Yaşadıkları Yere Göre Dağılımı

	Üniversite Öncesi Yaşadığınız Yer	n	Ort	S.S.	F	p
Mükemmeliyetçilik	Köy/Kasaba ¹	43	2,9734	0,58156	0,90 0	0,407
	İlçe ²	133	3,0030	0,54173		
	İl ³	224	3,0629	0,47915		
	Toplam	400	3,0334	0,51204		
Hata Yapma Endişesi	Köy/Kasaba ¹	43	2,4942	0,79897	0,85 1	0,428
	İlçe ²	133	2,6278	0,76414		
	İl ³	224	2,6579	0,73944		
	Toplam	400	2,6303	0,75391		
Kişisel Standartlar	Köy/Kasaba ¹	43	3,1163	0,63468	0,98 0	0,376
	İlçe ²	133	3,1118	0,65011		
	İl ³	224	3,2048	0,65568		
	Toplam	400	3,1644	0,65161		
Ailesel Beklentiler	Köy/Kasaba ¹	43	3,1163	0,77611	2,42 6	0,090
	İlçe ²	133	3,0361	0,85239		
	İl ³	224	3,2277	0,77641		
	Toplam	400	3,1520	0,80531		
Ailesel Eleştiriler	Köy/Kasaba ¹	43	2,1453	0,91325	0,74 9	0,474
	İlçe ²	133	2,1974	0,77304		
	İl ³	224	2,2835	0,85887		
	Toplam	400	2,2400	0,83690		
Yaptıklarından Emin Olamama	Köy/Kasaba ¹	43	2,9012	0,81310	0,54 7	0,579
	İlçe ²	133	2,9831	1,34001		
	İl ³	224	2,8683	0,77875		
	Toplam	400	2,9100	1,00267		
Düzen	Köy/Kasaba ¹	43	3,9031	0,80445	0,15 9	0,853
	İlçe ²	133	3,8810	0,70757		
	İl ³	224	3,9256	0,71997		
	Toplam	400	3,9083	0,72379		
Pozitif Mükemmeliyetçilik	Köy/Kasaba ¹	43	3,4535	0,61837	0,79 5	0,452
	İlçe ²	133	3,4415	0,51649		
	İl ³	224	3,5137	0,55251		
	Toplam	400	3,4832	0,54801		
Negatif Mükemmeliyetçilik	Köy/Kasaba ¹	43	2,6534	0,66279	0,67 8	0,508
	İlçe ²	133	2,7107	0,69108		
	İl ³	224	2,7623	0,57628		
	Toplam	400	2,7335	0,62545		

Tablo 6’da araştırmaya katılan öğrencilerin mükemmeliyetçilik düzeylerinde üniversiteden önce yaşadıkları yere göre anlamlı bir fark olup olmadığını tespit etmek amacıyla ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan test sonucuna göre, katılımcıların mükemmeliyetçilik düzeylerinde yaşadıkları yere göre anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 7: Katılımcıların Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin Eğitim Aldıkları Fakültelelere Göre Dağılımı

	Fakülte	n	Ort.	S.S..	F	p	Post.Hoc.
Mükemmeliyetçilik	Sağlık Bilimleri Fakültesi ¹	64	3,0750	0,64815	1,799	0,052	-
	Mühendislik Fakültesi ²	72	2,8905	0,49116			
	İİBF ³	38	3,1143	0,48931			
	Fen-Edebiyat Fakültesi ⁴	78	2,9253	0,48845			
	İletişim Fakültesi ⁵	31	3,0774	0,43307			
	Diş Hekimliği Fakültesi ⁶	16	3,1089	0,29678			
	Hukuk Fakültesi ⁷	28	3,0327	0,48517			
	Mimarlık Fakültesi ⁸	16	3,1518	0,57207			
	Ziraat Fakültesi ⁹	15	3,0514	0,46963			
	Tıp Fakültesi ¹⁰	13	3,2945	0,36373			
	Turizm Fakültesi ¹¹	14	3,1041	0,36272			
	Diğer ¹²	15	3,2914	0,54202			
Toplam	400	3,0334	0,51204				
Kişisel Standartlar	Sağlık Bilimleri Fakültesi ¹	64	3,1289	0,78805	2,225	0,013	4-10 p=0,049
	Mühendislik Fakültesi ²	72	3,0243	0,60501			
	İİBF ³	38	3,3257	0,49792			
	Fen-Edebiyat Fakültesi ⁴	78	2,9936	0,67266			
	İletişim Fakültesi ⁵	31	3,3105	0,51120			
	Diş Hekimliği Fakültesi ⁶	16	3,3359	0,55662			
	Hukuk Fakültesi ⁷	28	3,1607	0,68706			
	Mimarlık Fakültesi ⁸	16	3,2422	0,58358			
	Ziraat Fakültesi ⁹	15	3,1500	0,68498			
	Tıp Fakültesi ¹⁰	13	3,6250	0,59512			
	Turizm Fakültesi ¹¹	14	3,2411	0,49143			
	Diğer ¹²	15	3,4500	0,65089			
Toplam	400	3,1644	0,65161				
Ailesel Eleştiriler	Sağlık Bilimleri Fakültesi ¹	64	2,1211	0,77151	2,042	0,024	1-8 p=0,011 2-8 p=0,026 4-8 p=0,005
	Mühendislik Fakültesi ²	72	2,1875	0,80245			
	İİBF ³	38	2,2368	0,79259			
	Fen-Edebiyat Fakültesi ⁴	78	2,0897	0,76656			
	İletişim Fakültesi ⁵	31	2,4758	1,00696			
	Diş Hekimliği Fakültesi ⁶	16	2,2656	0,73863			
	Hukuk Fakültesi ⁷	28	2,2232	0,83150			
	Mimarlık Fakültesi ⁸	16	2,9844	1,16715			
	Ziraat Fakültesi ⁹	15	2,1500	0,78376			
	Tıp Fakültesi ¹⁰	13	2,3654	0,55542			
	Turizm Fakültesi ¹¹	14	2,1786	0,91162			
	Diğer ¹²	15	2,5500	0,91222			
Toplam	400	2,2400	0,83690				
Düzen	Sağlık Bilimleri Fakültesi ¹	64	4,0365	0,85782	2,505	0,005	2-3 p=0,010
	Mühendislik Fakültesi ²	72	3,6991	0,78704			
	İİBF ³	38	4,2368	0,50020			
	Fen-Edebiyat Fakültesi ⁴	78	3,9808	0,66990			
	İletişim Fakültesi ⁵	31	3,6183	0,76035			
	Diş Hekimliği Fakültesi ⁶	16	3,6563	0,63383			
	Hukuk Fakültesi ⁷	28	3,9762	0,60810			
	Mimarlık Fakültesi ⁸	16	3,6563	0,66797			
	Ziraat Fakültesi ⁹	15	4,0000	0,59761			
	Tıp Fakültesi ¹⁰	13	3,9359	0,49786			
	Turizm Fakültesi ¹¹	14	3,9286	0,78641			
	Diğer ¹²	15	4,0333	0,59495			
Toplam	400	3,9083	0,72379				
Pozitif Mükemmeliyetçilik	Sağlık Bilimleri Fakültesi ¹	64	3,5179	0,70263	2,003	0,027	2-3 p=0,012
	Mühendislik Fakültesi ²	72	3,3135	0,51835			
	İİBF ³	38	3,7162	0,41300			
	Fen-Edebiyat Fakültesi ⁴	78	3,4167	0,53507			
	İletişim Fakültesi ⁵	31	3,4424	0,53593			
	Diş Hekimliği Fakültesi ⁶	16	3,4732	0,44099			
	Hukuk Fakültesi ⁷	28	3,5102	0,49932			
	Mimarlık Fakültesi ⁸	16	3,4196	0,48366			
	Ziraat Fakültesi ⁹	15	3,5143	0,44542			
	Tıp Fakültesi ¹⁰	13	3,7582	0,52855			
	Turizm Fakültesi ¹¹	14	3,5357	0,56712			
	Diğer ¹²	15	3,7000	0,44460			
Toplam	400	3,4832	0,54801				

Tablo 7'ye göre araştırmaya katılan öğrencilerin mükemmeliyetçilik düzeylerinde eğitim aldıkları fakülterlere göre anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek amacıyla ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan test sonucuna göre öğrencilerin genel mükemmeliyetçilik düzeyleri, hata yapma endişesi, ailesel beklentiler, yaptıklarından emin olamama ve negatif mükemmeliyetçilik düzeylerinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak, mükemmeliyetçiliğin alt boyutları olan pozitif mükemmeliyetçilik düzeyleri, kişisel standart düzeyleri, düzen düzeyleri ve ailesel eleştiri düzeylerinde öğrencilerin eğitim aldıkları fakülterlere göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu anlamlı farkların hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Post hoc testlerinden scheffe analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre, öğrencilerin kişisel standart düzeylerindeki farkın tıp fakültesi öğrencilerinin fen-edebiyat fakültesi öğrencilerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek kişisel standartlar belirlemesinden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Ailesel eleştiri düzeylerinde ise farkın mimarlık fakültesinde eğitim gören öğrencilerin sağlık bilimleri fakültesi, mühendislik fakültesi ve fen-edebiyat fakültesinde eğitim alan öğrencilere göre anlamlı derecede daha fazla ailesel eleştiri almasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanı sıra öğrencilerin fakülterine göre düzen ve pozitif mükemmeliyetçilik düzeylerindeki farkın ise mühendislik fakültesinde eğitim alan öğrencilerin iktisadi ve idari bilimler fakültesinde eğitim alan öğrencilere göre daha düşük düzenli olmalarından ve daha düşük pozitif mükemmeliyetçiliğe sahip olmalarından kaynaklandığı bulunmuştur.

4. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu bölümde araştırmaya ilişkin sonuçlar ve bu sonuçlar üzerinden yapılan tartışmalara yer verilmiştir.

Araştırma sonucunda öğrencilerin cinsiyetlerine göre mükemmeliyetçilik düzeylerinde anlamlı düzeyde fark olduğu ve erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre daha mükemmeliyetçi olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Abuhanoğlu ve arkadaşlarının (2015) üniversite öğrencilerinin mükemmeliyetçilik düzeylerini araştırdığı çalışmada erkeklerin kadınlardan anlamlı derecede daha yüksek mükemmeliyetçi düzeyine sahip oldukları sonucuna varmışlardır. Erbaş (2012) tarafından öğretmen adayları üzerinde yapılan araştırmada da erkeklerin kadınlara göre anlamlı düzeyde daha mükemmeliyetçi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yine benzer şekilde Tuncer (2006) tarafından yapılan çalışmada, erkeklerin mükemmeliyetçilik düzeylerinin kızlara göre yüksek olduğu, Cırcır (2006) tarafından yapılan çalışmada, ailesel eleştiri açısından erkek öğrencilerin kızlara göre daha fazla mükemmeliyetçi tutuma sahip olduğunu saptanmıştır. Bunların aksine Özen (2018) ve Eskilli (2015) tarafından yapılan çalışmalarda ise cinsiyete göre mükemmeliyetçilik düzeyinin farklılaşmadığı görülmüştür.

Öğrencilerin yaşlarına göre mükemmeliyetçilik düzeyleri ele alındığında mükemmeliyetçiliğin alt boyutları olan ailesel eleştiriler ve negatif mükemmeliyetçilik düzeylerinde anlamlı derecede bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra genel mükemmeliyetçilik ve diğer alt boyutlarda anlamlı fark tespit edilememiştir. Büyükbayraktar ve arkadaşlarının (2014) annelerin mükemmeliyetçilik ve öz yeterliliklerini inceledikleri çalışmada katılımcıların yaşlarına göre mükemmeliyetçilik düzeylerinin anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür. Yine Stoeber ve Stoeber (2009) tarafından yapılan çalışmada yaşı daha büyük olan kişilerin mükemmeliyetçiliğinin de yüksek olduğu yönünde sonuçlar elde edilmiştir. Ancak bunların aksine Enns, ve arkadaşları (2001), Jongea ve Wallerb (2003), Sarıoğlu (2011) ve Kırıl ve Çavuş (2017) yaptıkları araştırmalara göre katılımcıların mükemmeliyetçilik düzeylerinde yaşlarına göre anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Araştırmada ayrıca öğrencilerin eğitim gördükleri fakülterlere göre mükemmeliyetçilik düzeyleri de incelenmiştir. Buna göre fakülteye göre genel mükemmeliyetçilik düzeylerinde farklılık bulunmamışken kişisel standartlar, ailesel eleştiriler, düzen ve pozitif mükemmeliyetçilik alt boyutlarında öğrencilerin fakülterine göre anlamlı fark bulunmuştur. Erbaş (2012) tarafından yapılan çalışmada ise öğrencilerin bölümlerine göre mükemmeliyetçilik düzeyleri incelenmiş ve

mükemmeliyetçilik düzeylerinin bölümlere göre anlamlı derecede farklılaştığı sonucuna ulaşmışlardır.

Öğrencilerin akademik not ortalamalarına göre mükemmeliyetçilik düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığı incelendiğinde, akademik not ortalamasına göre öğrencilerin mükemmeliyetçilik düzeylerinde anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Ancak Camadan (2009) tarafından yapılan çalışmada orta öğretim öğrencilerinin not ortalamalarına göre mükemmeliyetçilik düzeylerinin farklılaştığı görülmüştür. Bu farkın farklı örneklemeler üzerinde çalışılmasından ve farklı ölçekler kullanılmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda öğrencilerin ailelerinin gelir durumlarına göre mükemmeliyetçilik düzeylerinde anlamlı farklılık bulunamamışken, Eskilli (2015) tarafından erişkin bireyler üzerinde yapılan çalışmada da benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Bunun yanı sıra Camadan (2009) tarafından yapılan çalışmada öğrencilerin sosyoekonomik durumlarına göre mükemmeliyetçilik düzeyleri ele alınmış ve öğrencilerin mükemmeliyetçilik düzeylerinde sosyoekonomik durumlarına göre anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Üniversite öncesinde ikamet edilen yere göre mükemmeliyetçilik düzeyleri incelendiğinde ise, üniversite öncesi ikamet yerine göre öğrencilerin mükemmeliyetçilik düzeylerinde bir farklılaşma olmadığı görülmüştür.

Sonuç olarak bu çalışmada üniversite öğrencilerinin genel mükemmeliyetçilik düzeylerinde; yaş, fakülte, ikamet yeri, aile aylık geliri, akademik not ortalaması gibi değişkenlere göre anlamlı bir fark bulunamamışken, öğrencilerin cinsiyetlerine göre mükemmeliyetçilik düzeylerinde anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

KAYNAKÇA

- Abuhanoğlu, H., Açıklık, C., Çelen, Ö., ve Teke, A.(2015). Sağlık İnsan Gücü Yetiştiren Önlisans ve Lisans Düzeyindeki Okullarda Mükemmeliyetçilik. Preventive Medicine Bulletin,14 (5): 413-423.
- Altunışık, R., Coşkun, R. Bayraktaroğlu S. ve Yıldırım, E. (2012). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Ashby, J. S. ve Kottman, T. (1996). Inferiority As A Distinction Between Normal And Neurotic Perfectionism. Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice, 52 (3): 237-245.
- Burns, D.D. (1980) The Perfectionist's Script for Self-defeat. Psychology Today, 34-51.
- Büyükbayraktar, Ç. G., Çiçekler, C.Y., Rukiye Konuker, R., ve Pirpir, D.A. (2014). 1-3 Yaş Arasında Çocuğu Bulunan Annelerin Öz Yeterlikleri İle Mükemmeliyetçilikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11 (26): 109-124.
- Camadan, F. (2009). Ortaöğretim Öğrencilerinin Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Cırcır, B. (2006). Öğretmen Adaylarının Denetim Odakları ve Mükemmeliyetçilik Tutumlarının Bazı Özlük Niteliklerine Göre Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi". Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Enns, M. W., Cox, B. J. and Clara, I. (2002). Adaptive and Maladaptive Perfectionism: Developmental Origins and Association With Depression Proneness. Personality and Individual Differences. 33(6): 921-935.

- Enns, M. W., Cox, B. J., Sareen, J., ve Freeman, P. (2001). Adaptive And Maladaptive Perfectionism İn Medical Students: A Longitudinal Investigation. *Medical Education*, 35 (11): 1034-1042.
- Erbaş, M.M. (2012). Öğretmen Adaylarının Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin Ret Duyarlılığı ve Öznel İyi Oluş Düzeylerine Göre İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuzmayıs Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- Eskilli, B. (2015). Erişkinleri Mükemmeliyetçilik Düzeyleri ile Bazı Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., ve Rosenblate, R. (1990). The Dimensions Of Perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14 (5): 449-468.
- Gül, S. E., Yılmaz, A. ve Berksun, O. (2009). Mükemmeliyetçiliğin Depresyon, Antidepresan Yanıt ve İntihar Düşüncesi İle İlişkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19 (1): 48-54.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of Normal and Neurotic Perfectionism. *A Journal of Human Behavior*, 15(1): 27-33.
- Hill, R. W., Zrull, M. C., Turlington, S. (1997). Perfectionism and Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 69: 81-103.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6 (2): 94-103.
- Jongea, L. H. ve Wallerb, G. (2003). Perfectionism Levels in African-American and Caucasian adolescents. *Personality and Individual Differences*, 34: 1447-1451.
- Kıral, E., ve Çavuş, B. (2017). The Relationship Between The İnstructors' Perfectionism And Social Emotional Loneliness Levels. *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*, 7 (3): 483-508.
- Lundh, L. G., Saboonchi, F. ve Wangby, M. (2008). The Role of Personal Standarts in Clinically Significant Perfectionism. A Person-Oriented Approach to the Study of Patterns of Perfectionism. *Cognitive Therapy and Reseach*, 32: 333-350.
- Özbay, Y. ve Mısırlı Taşdemir, Ö. (2003). Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. VII. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, 9-11 Temmuz, Malatya.
- Özen, R.R. (2018). Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Kendini Yönetme Davranışları ile Ebeveynlerinin Mükemmeliyetçilik Düzeyleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Rheaume, J., Ladouceur, R. ve Freeston, M., H., (2000). The Prediction Of Obsessivecompulsive Tendencies: Does Perfectionism Play A Signficiant Role? *Personality and Individual Differences*, 28: 583-592.
- Rice, K. G., Ashby, J. S. ve Slaney, R. B. (1998). Self-Esteem As A Mediator Between Perfectionism And Depression: A Structural Equations Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 45 (3): 304-314.
- Sarioğlu, A.F. (2011). Öğretmen Adaylarının Akademik Erteleme Eğilimi ile Mükemmeliyetçilik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Silverman, L. K.(2007). Perfectionism: The Crucible Of Giftedness, *Gifted Education International*. 23: 233-245
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J. ve Ashby, J. S. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34 (3): 130-145.

- Stoeber, J. ve Stoeber, F. S. (2009). Domains Of Perfectionism: Prevalence And Relationships With Perfectionism, Gender, Age, And Satisfaction With Life. *Personality and Individual Differences*, 46: 530–535.
- Stump, H. ve Parker, W. D. (2000). A Hierarchical Structural Analysis Of Perfectionism And Its Relation To Other Personality Characteristics. *Personality and Individual Differences*, 28: 837-852.
- Terry-Short, L. A., Glynn Owens, R., Slade, P. D. ve Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18 (5): 663-668.
- Tuncer, B. (2006). Kaygı Düzeyleri Farklı Üniversite Hazırlık Sınıfı Öğrencilerinin Mükemmeliyetçilik Özelliklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Hacıoğlu, C. ve Erkuş, A. (2019). Relationship Between Leader-Member Exchange And Innovativeness: Moderating Role of Psychological Capital of Employee. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 40-51.

Araştırma/ Research

Makale Geliş Tarihi: 11.03.2019
Makale Kabul Tarihi: 31.03.2019

RELATIONSHIP BETWEEN LEADER-MEMBER EXCHANGE AND INNOVATIVENESS: MODERATING ROLE OF PSYCHOLOGICAL CAPITAL OF EMPLOYEE



<https://doi.org/10.35345/johmal.538452>

Canberk Hacıoğlu¹, Prof. Dr. Ahmet Erkuş²

Abstract

Innovativeness / creativity are key success factors for organizational health. Since the developments in field of technology mostly eliminated the complex business models, organizations are easily copying successful business models from each other. In such a challenging environment, organizations should create value add that will make a positive difference in business outcome. There are multiple ways of creating differences but the most sustainable way is to create an organization culture based on innovation and creativity. This study aimed to examine the relation between leader-member exchange (LMX) and innovativeness with the moderating role of Psychological Capital. Structured survey questions addressed to 157 employees of different companies in Turkey to gather the research data.

Keywords: LMX, Creativity, Innovativeness, Psychological Capital

Introduction

Innovativeness and creativity are the highly mentioned concepts in recent years. Innovation and creativity are 2 concepts that stick to each other, creativity can be evaluated as front-end of a process that possibly will result in innovation. Creativity is about discovering new ideas that will possibly make difference in related field; and innovation is successful implementation of those ideas, in this article, individual innovativeness and creativity are used as synonyms to mention same behavior of employees. Beyond their theoretical importance, practically, they are providing great value add to organizations in such a challenging business environment. Technology is helping companies to close the gaps between opponents by reducing costs and creating easily accessible best practices, guidelines. Game is changing; “thinking **continuously** out-of-the-box” is becoming key asset to maintain sustainable business models. As an umbrella concept “innovation culture” is reflecting the idea of continuous development and differentiation, it is widely evaluated as a starting point to change the game because it has important impact on both sides of golden triangle: people, process and technology. It is clear that result of having innovation culture in the organization is valuable but the question is how can we control or create innovation culture and find the employees that will fit and ecosystem with their innovativeness approach. This study aims to explain some pillars and analyzes relations between them under the innovation concept to take steps towards controlling innovation culture and these pillars are “Leader-Member Exchange”, “Psychological Capital” and “Individual Innovativeness”.

¹ PhD student, Bahçeşehir University, canberkhacioglu@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8905-6868>

² Bahçeşehir Üniversitesi, ahmet.erkus@eas.bau.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3270-7070>

In recent researches, some explanations put forth to explain the relationship between parameters. In a healthy leader–follower exchange environment, followers are mostly show their creative side and committed to innovation (Basu and Green 1997). Dyadic relationship is essential for the behavior of creativity, but on the other hand all attached followers and leaders are wouldn't be successful. It also shows another parameter like charisma or psychological capital that moderates the relationship between dyads and creativity behavior. As stated by (Rego et al., 2012), employees with higher psychological capital seem to be more creative. Thereby, article focuses on investigating the relation between LMX and individual innovativeness with moderating role of psychological capital. Paper outlines as follows, first individual innovativeness and creativity concepts are reviewed, then the relations with Leader-Member Exchange and Psychological Capital are explained theoretically and concluded with analysis results.

1. Individual Innovativeness / Creativity

Innovation should be first defined to understand the “Individual Innovativeness”. Innovation is broad concept and has different definitions that proposed by different researchers. Some researchers explain the concept over risk taking, innovation seemed as the proportional amount of risk taking in an uncertain situation using financial resources and social status (Hurt, Jose, & Cook, 1977). Innovativeness are highly related with the risk, because concept is about changing the status-quo or doing different activities than operational daily activities and it requires some resources and abilities. It is risky because activities may not result in success and they are not predictable like operational activities. The people who cannot able to see the value may see it as waste of resources. History is full of that kind of stories. “Ability” is also highly mentioned concept in the literature relating with the innovativeness. Ability is also subject to discussions but highly accepted descriptor of ability is “cognitive ability”. So that, in some researches risk taking evaluated function of cognitive ability (Donnelly & Etzel, 1973). In case of changing the game, to be able to do something is very important but researches are proved that it is not the finishing line. As explained in famous story, creating computers weren't changed the world selling computers to individuals opened the new era. Similarly, Amabile (1988) mentions importance of intrinsic motivation in his study. Snowball becomes giant with individual actions. Roger & Shoemaker also see innovation as an individual action, relating with risk taking and personal characteristics (Everett M. Rogers & Shoemaker, 1971). Beyond all these definitions, there is a “must-clause” to talk about innovativeness; making something “new”. Thing that was created should be accepted as “new” by the society (Everett M Rogers, 1995). Tarde as a father of “Innovation Diffusion” seeks to explain how and why the new ideas spread and put-forth S-curve to show the speed of adoption of an innovation(Kinnunen, 1996). Kirton is summarizing well with his definition, cognitive abilities help employees to change status-quo under suitable conditions that permit risk taking, operational autonomy and the freedom (Kirton, 1989).

Business ecosystem sees innovativeness as a key success factor for sustainability and continues development. Creating something new and becoming pioneer in the market, requires products led by creative performance (individual level) and organizational innovation (successful implementation of the products) (Oldham & Cummings, 1996). Researches on the field of innovation are also supporting the idea and mentions creative performance of employees as an important success factor for organizations (Teresa M. Amabile, 1988). Creative performance can be seen as a product of creative employees that is ready for the use of companies as a raw material (Kanter, 1988). This raw material makes companies more flexible in challenging markets. Products

of creative employees may also be procedures or ideas and they must satisfy two conditions: to be novel, original and to be useful to the organization. There are different determinants for creative performance of employees and we can group them under two main concepts; personal factors and contextual factors (Tierney, Farmer, & Graen, 1999).

Personal factors are highly investigated by the researchers and with those efforts we are able to define factors. Broad interest, attraction to complexity, intuition, aesthetic sensitivity, toleration of ambiguity and self-confidence are personal characteristics that define the traits of innovative employees and these traits affect innovativeness positively (Tierney et al., 1999). Contextual factors are also focused by large body of literature and most of them are related with Leader Member Exchange theory, some important factors are: working with goals and deadlines, job complexity, supervision and feedback, these factors are also affecting innovativeness positively (Oldham & Cummings, 1996). Between contextual and personal characteristics, intrinsic motivation has special place, motivation is partially shaped by the environment (Teresa M. Amabile, 1983) and at same time relates with personal characteristics (Teresa M Amabile, Hill, & Tighe, 1994). Being excited about the work activity itself, means loving the working part of the work than secondary benefits, helps employees on taking risks, exploring different dimensions of cognitive areas, becoming playful with the ideas, products and study on them, extending office hours. It is hard to bound creativity with office hours or other limitations.

Limitations are other important concept for creativity and they mostly are the attention point for leaders since innovativeness don't like limitations. Leaders should provide a healthy setup for self-determination and support employee initiatives at work. Because these skills differentiate employees from the crowd, skills requires extra time and extra performance and they can only live under healthy conditions (Oldham & Cummings, 1996).

Simply, innovation is willingness to change (Hurt et al., 1977) and employees can be grouped under five groups according to their level of innovativeness (Everett M. Rogers & Shoemaker, 1971);

- Innovator: considers themselves as adventuresome in relation to people like them
- Early Adopter: They take responsibility in at least one of the groups that they belong to
- Early Majority: They make decisions deliberately and methodically
- Late Majority: They like stability and consistency
- Laggard: They are suspicious of new inventions and new ways of thinking

In this study, innovativeness assessed with the creative performance and relations with LMX and psychological capital are examined. While some researchers are indicating there are no relation observed between LMX and innovativeness (Taştan & Davoudi, 2015), some others are proved that there is positive relationship (Tierney et al., 1999).

2. The Relation of Leader Member Exchange with Innovativeness

Leader-member exchange theory evaluates leaders and their followers at the same time, unlike in the most of the leadership theories; it focuses on dyads that is developed by leaders and followers. LMX theory explains the situation of establishing special and high quality interactions, there would be different level of interaction between leader and employees. Same leader may rely on the basics of employment with other group members and there would not be any dyad relationship. In successful dyadic relationship, some positive consequences arise for both sides, leaders may get form of status, esteem, loyalty, potential for more influence and on the other hand follower can get

authority, freedom, promotion, bonuses, favorable job assignments (Basu & Green, 1997). Leader-member exchange theory also helps other organizational criteria to be conveyed and develops relationships through social exchanges (George B Graen & Uhl-Bien, 1995) and it shows that there are multiple dimensions of LMX. Liden and Maslyn (1998), explain the multi-dimensional approach define 4 sub-dimensions and also put forth LMX scale which is also used in this study. Identified 4 sub-dimensions are affect, loyalty, contribution and professional respect, which are used to explain socio-emotional and professional exchanges between dyads.

Quality of the exchange between dyads can affect innovativeness in different ways. High quality interactions make followers to take more challenging tasks (R. C. Liden & Graen, 1980). Challenging jobs are support higher level of motivation on employees with suitable characteristics and it encourages them to focus on different dimensions of the work, which may result in a creative performance. On the other hand, high quality exchange makes employees to take more risks for the sake of the job (George Bear Graen & Cashman, 1975) which is also essential part of the innovativeness. High LMX employees get recognition from their supervisors, and these loyal employees are working more on non-routine tasks than the others (George Bear Graen & Cashman, 1975), and liking from supervisors is creating trust, freedom, comfort and at the end autonomy, which is essential for creativity (Oldham & Cummings, 1996). Autonomy can create a healthy setup for innovativeness supporting free thinking, information exchange, excitement and encouragement to explore new ideas, find the new solutions for problems (Basu & Green, 1997). Breaking the chain of command and enhancing boundaries give freedom of choosing the own tasks to employees and employees who are permitted to choose tasks and time become more successful (Zuckerman, 1978).

There are different researches that examine relation between the LMX and creativity/innovation. Olsson et al. (2012) analyze the effect of sub-dimensions of LMX on creative research performance and find positive relationship with creative performance. Taştan & Davoudi (2015) focused on the influence of perceived LMX quality to the innovative work behavior and couldn't find strong relation between the concepts on Turkish employees while Tierney et al. (1999) suggest positive relation between LMX and employee creativity. Based on the literature review, positive relation between LMX and innovativeness is hypothesized as follows:

Hypothesis 1: LMX will be positively related to innovativeness of employee.

3. The Relation of Psychological Capital with Innovativeness

Corporates are maintaining daily operations while using their financial capital. Mostly, the human capital becomes the neglected part of the big picture because of its intangible nature but human capital is important as financial capital. Positive effect of the human capital on corporate performance highly studied in the literature (Harter et al., 2002). Luthans et al. mentions the positive effect of tangible and intangible capitals on the competitive advantage and categorizes them within 4 categories:

- Traditional Economic Capital: Shows “what you have”; tangible assets
- Human Capital: Shows “what you know”; experience, skills, education, ideas
- Social Capital: Shows “who you know”; relationships and networks
- Positive Psychological Capital: Shows “who you are”; self-efficacy, hope, optimism, resilience

“Psychological Capital (PsyCap)” is a state-like approach and states are measurable, so performance improvements (satisfaction of job, organizational commitment, increase in work performance) can be made by feeding self-efficacy, hope, optimism and the resilience of the employees (Luthans et al., 2007). Research also shows that 4 core factors of PsyCap are effective when they considered at the same time rather than focusing each other separately.

Self-efficacy, has same meaning with confidence, it is about awareness of employees about their skills, abilities, cognitive resources, experience on the topic; such awareness will positively affect employee’s self-confidence. People who has self-confidence can take challenging tasks and decide on actions to accomplish the task properly (Luthans & Youssef, 2004). Employees with self-confidence creates a space for innovativeness and some other researches are also supporting the idea (Tierney et al., 1999).

Hope is about future and having strong believe on becoming part of the future. It is a powerful concept that has important assets under it. Motivation is one of these concepts (Luthans, et al., 2004) and motivation is key concept for innovativeness, it gives energy to employee for continuous development. Motivated people who are aware of their cognitive abilities can find alternative ways to accomplish their tasks and it would result in an innovation (Rego et al., 2009).

Optimism has two different dimensions (Seligman, 2002); permanence (about time) and pervasiveness (about space). Two dimensions can be distinguished while interpreting good and bad events. Optimists see bad events as temporary, they believe bad/good experiences are limited in time and do not affect the future. Another important attribute of pervasiveness of optimists are limitations on the field. Optimists believe that good/bad occurrences are related with the specific area of interest. Generalizing occurrences on related field is meaningless. Positive interpretations on event keep employees’ morale high and energy to accomplish the tasks. Employees who has positive interpretations on event do not like giving up and it guides them through creating new ways which feed innovativeness (Rego et al., 2012).

Resilience is about healing fast, making U-turns for personal or corporate success. Employees are facing with failures, it is impossible to accomplish all tasks without failures and resilience is about learning from failures to accomplish bigger ones. Employees, who are able to stand up when they fail, increase their pace rather than keeping it in parallel with the popular saying, what doesn’t kill you, makes you stronger. Employees’ high pace on returning from bad situations show their strength of positive emotions (Rego et al., 2012) and literature shows that it is highly related with creativity (Philippe et al., 2009).

In this research, relation between psychological capital and innovativeness are examined. Some researches partly examined this relationship with different parameters like Authentic Leadership (Rego et al., 2012) and search for direct relationship (Sweetman et al., 2011), found positive relation.

Hypothesis 2: PsyCap will be positively related to innovativeness of employee.

4. The Moderating Role of Psychological Capital on the relationship between LMX and creativity

In literature PsyCap has been investigated as a moderating variable between different variables like “Leader Member Exchange” and “Follower Performance” (Wang et al., 2014), Work Stress and

Burnout (Zhao & Zhang, 2010). PsyCap represents also the motivational level of the employee, and related with researches show that PsyCap has positive impact on creativity (Sweetman et al., 2011). Therefore as also proposed in (Wang et al., 2014) research influence of LMX would be lesser:

“Low PsyCap followers should be more receptive to, and further seek out the benefits and favors conveyed by their exchange relationship with the leader, in order to accomplish their work. In summary, when followers have relatively low PsyCap, their performance is more likely to be affected by LMX than their higher PsyCap counterparts.”

Based on the literature review, it assumed that LMX and innovativeness are related and PsyCap moderates the relation. Therefore, hypothesis is proposed as follows:

Hypothesis 3: PsyCap moderates the relationship between LMX and Innovativeness.

Combining hypothesis 1, 2 and 3 study proposes a moderated model as shown in Figure 1.

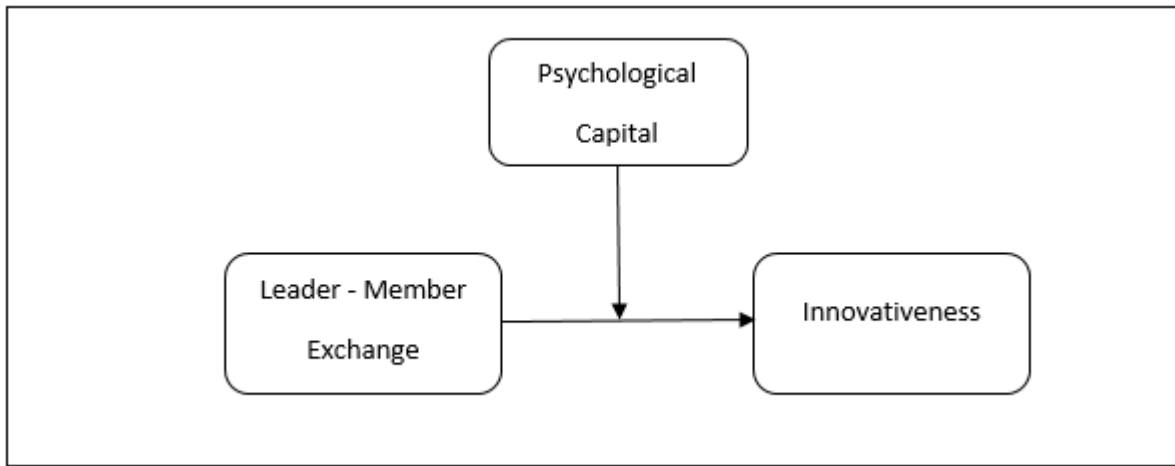


Figure 1: Conceptual model of the study

Method

Sample and Procedure

A total of 156 participants who are currently working in different industries attend survey on an online platform. Since the study aims to get a conclusion independent from the sector, limitation did not adapt to data gathering process. Participants answered three different surveys to measure LMX, Psychological Capital of Employees and Innovativeness of employees.

Among the participants, 55% of them were male. The mean age was 30 years (ranges between 23 to 60 years old) and average of the organizational tenure were 7.25 years (SD=6.3) (ranges between 0.5 years to 40 years old) and the average of working life tenure were 3.82 years (SD=3.97) (ranges between 0.5 years to 23 years).

Measures

Leader-Member Exchange: Turkish version of the 12 items scale developed by Liden and Maslyn (1998) was used to measure LMX. Responses were based on a 5- point scale ranging from 1 (totally disagree) to 5 (totally agree). Turkish version of the questionnaire has taken from a doctoral thesis (Kaygısız, 2015). The calculated coefficient alpha for this study was 0.933.

Validation of scale is analyzed with Principal Component Analysis and Varimax Rotation method. Analysis results give “Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy” value as 0.914 (>0.60) which proves eligibility of the samples for factor analysis and “Bartlett’s Test of Sphericity” value (Sig=0.000) is significant ($p<0.05$) which proves eligibility of the component matrix for factor analysis.

Communalities of LMX are greater than 0.2 and there is no need to extract any of the items. 3 eigenvalues are more than 1, but after rotation 4. Factor explains the 18% of the variances. Using information above, 4-factor structure of the scale was proved, factors are affect, loyalty, contribution and professional respect. Using component matrix and rotation matrix, it also proved that all items’ factor loadings are more than 0,6, and there is no overloading (differences are more than 0,1).

Psychological Capital: Turkish version of the 24 items scale (or PCQ) developed by Luthans, Avolio, Avey, & Norman (2007) was used to measure PsyCap and scale has 4 factors; hope, resiliency, optimism, self-efficacy. Responses were based on a 6-point scale ranging from 1 (totally disagree) to 6 (totally agree). Turkish version of the questionnaire has taken from Erkus and Findikli (2013). The calculated coefficient alpha for this study was 0.929.

Analysis results give “Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy” value as 0.903 (>0.60) which proves eligibility of the samples for factor analysis and “Bartlett’s Test of Sphericity” value (Sig=0.000) is meaningful ($p<0.05$) which proves eligibility of the component matrix for factor analysis. Communalities of PsyCap are greater than 0.2 and there is no need to extract any of the items. 4 eigenvalues are more than 1.0 and 4 factors explains 60% of the total variance also after rotation 4 factor explains the 60% of the variances. Using information above, 4-factor structure of the scale was proved; factors are self-efficacy, hope, optimism and resiliency. Using component matrix and rotation matrix, it also proved that all items’ factor loading are more than 0,6 and there is no overloading (differences are more than 0,1).

Innovativeness: Turkish version of the 20 items scale developed by (Hurt et al., 1977) was used to measure “Individual Innovativeness” and scale has 5 factors. Responses were based on a 6-point scale ranging from 1 (totally disagree) to 5 (totally agree). Turkish version of the questionnaire has taken from Kılıç (2015). The calculated coefficient alpha for this study was 0.770 (>0.7).

Analysis results gives “Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy” value as 0.807 (>0.60) which proves eligibility of the samples for factor analysis and “Bartlett’s Test of Sphericity” value (Sig=0.000) is meaningful ($p<0.05$) which proves eligibility of the component matrix for factor analysis. Communalities for Innovativeness are greater than 0.2 and there is no need to extract any of the items. 5 eigenvalues are more than 1.0 and 5 factors explains 65% of the total variance also after rotation 5 factor explains the 65% of the variances. Using information above, 5-factor structure of the scale was proved. Using component matrix and rotation matrix, it

also proved that all items' factor loading is more than 0,6 and there is no overloading (differences are more than 0,1).

Results

Data gathered from participants was analyzed using IBM SPSS Statistics 20. Firstly correlations between LMX, PsyCap and Innovativeness were analyzed. Secondly two different hierarchical regression models were established. In the first model, effects of independent variables (LMX, Psychological Capital) on dependent variable (Innovativeness) were investigated, then control variables were used instead of independent variables and their effect on Innovativeness were investigated.

Table 1 Mean, Standard Deviation, Correlations

Variables	Mean	Standard Deviation	LMX	PsyCap	IN
LMX	3.74	0.88	-		
PsyCap (PC)	3.70	0.63	0.34**	-	
Innovativeness (IN)	4.73	0.35	0.20*	0.48**	-

Note : LMX; Leader-Member Exchange, PsyCap; Psychological Capital

*p<0.05; **p<0.01

Hypothesis Testing

Table-2 shows all variables and their means, standard deviations and inter-correlations between them and according to Table-2 LMX is significantly and positively correlated with PsyCap (.32, p<0.01) and innovativeness (.20, p<0.05). PsyCap is also positively and significantly correlates with innovativeness (.48, p <0.05).

Hypothesis 1, 2 and 3 were tested with hierarchical regression with moderator variable. As shown in Table-2, significant relation found between the independent variables and dependent variable and regression models are statistically significant in the first phase. "R square" variable shows that LMX explains the 4% of variation on innovativeness and then it increases to 23%. In second phase, while PsyCap become significant, LMX could not keep significance. Hypothesis 1, 2 are supported with the results. Because of the change on LMX variable, it was pretended as the effect of moderation, and good faith on hypothesis 3 continued, to understand their relations new hierarchical regression test adapted to understand moderation.

Table 2 Effect of PsyCap and LMX on Innovativeness

	First Phase		Second Phase	
	β	t	B	t
LMX	0.2*	2.5	0.045	0.6
PsyCAP	-	-	0.47**	6.27
R Square	0.041		0.24	
Adjusted R Square	0.04		0.23	
F Change	6.6*		39.39**	

Note : LMX; Leader-Member Exchange, PsyCap; Psychological Capital

*p<0.05; **p<0.01

Hierarchical regression analysis repeated with some configurations to show the effect of moderating effect and to analysis Hypothesis 3. ANOVA analysis showed the significance ($p<0.01$) of the models and as shown in Table-3, interaction between LMX and PsyCap is not significant ($\beta=-.017$, $p>0.05$) and also LMX lost its significance while PsyCap keeping its significance without change. As a result, hypothesis 3 is rejected. Moderating variable (LMX) and independent variable (PsyCap) produced a significant effect in predicting the dependent variable (individual innovativeness).

Table 3 Moderating Effect of Psychological Capital on the relation between LMX and Innovativeness

	First Phase		Second Phase	
	β	T	β	t
LMX	0.045	0.59	0.04	0.58
PsyCAP	0.47**	6.27	0.47**	6.12
LMX x PsyCAP	-	-	-0.017	-0.23
R Square	0.24		0.24	
Adjusted R Square	0.23		0.22	
F Change	23.805**		0.54	

Note : LMX; Leader-Member Exchange, PsyCap; Psychological Capital

*p<0.05; **p<0.01

Discussion

This study examined the role of Leader Member Exchange and Psychological Capital on Individual Innovativeness. Positive relation between LMX - Innovativeness and PsyCap – Innovativeness are found, but moderating effect of PsyCap are not supported by the model. Results showed that Psychological Capital dominated the relation and variables are defined the dependent variable significantly. Followers’ performances are important for LMX but psychological capital of followers is more effective on innovativeness. Theoretical implications are not supported by practical implications. In this context, it shows that findings are partially consistent with the literature on LMX, PsyCap and Innovativeness. Moderating effect of PsyCap was not proved as mentioned in related work (Wang et al., 2014). Since inconsistency appeared, this result can be

explained with cultural differences of Turkish employees stem from characteristics or organizational factors.

Turkish business practices culturally in between eastern and western practices and from the managerial perspective paternalism is salient (Aycan, 2006). Participants of the survey age are ranging from 23 to 60 years old, and the mean age is 30 years old. So, it can be said that age participants quite enough to relate with paternalistic management practices. On the other hand, Turkey still has power distance and collectivist culture. Current research do not considers the effect of paternalism and it is the limitation of this work. In some research, it is shown that paternalism has an effect on quality of LMX and paternalism mediates the relationship between job satisfaction and LMX (Pellegrini et al., 2006). In future research, adding paternalism may create more meaningful result.

Companies in developing countries, like Turkey, are aware of the value of creativity, they make investments related field to make a change on status quo. Big Turkish companies are changing their way of working and applying agile techniques, for example. Agile principles recommend plain organization and more initiatives for the sake of working unit. Working unit aims to increase productivity and their level of knowledge, which means increasing psychological capital. In future research, group creativity may also be analyzed to understand the value of small organizations in innovation process.

Current research focuses on follower insights and behaviors but for innovation process leader's capabilities and behaviors are also very important. Paternalism may also take important part for that kind of research, because in this case leader's behaviors may have significant effect on the health of process. In future research, leaders should be analyzed to understand full picture.

Consequently, for practical implications leaders establish a healthy relationship with their followers to increase employee's individual innovativeness. On the other hand, it would more effective to create healthy environment that supports psychological capital of employees positively, because it has more powerful effect on individual innovativeness than LMX.

References

- Amabile, T. M. (1983). The social psychology of creativity: A componential conceptualization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 393-399.
- Amabile, T. M. (1988). A Model of Creativity and Innovation in Organizations. *Research in Organizational Behaviour*, 10, 123-167.
- Amabile, T. M., Hill, K. G., & Tighe, E. M. (1994). The Work Preference Inventory: Assessing intrinsic and extrinsic motivational orientations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 950-967.
- Aycan Z. (2006) Paternalism. In: Kim U., Yang KS., Hwang KK. (eds) Indigenous and Cultural Psychology. International and Cultural Psychology. Springer, Boston, MA
- Basu, R., & Green, S. G. (1997). Leader-Member Exchange and Transformational Leadership: An Empirical Examination of Innovative Behaviors in Leader-Member Dyads. *Journal of Applied Social Psychology*, 27(6), 477-499. doi:10.1111/j.1559-1816.1997.tb00643.x
- Donnelly, J. H., & Etzel, M. J. (1973). Degrees of Product Newness and Early Trial. *American Marketing Association*, 10(3), 295-300. doi:10.2307/3149697

- Erkuş, A., & Fındıklı, M. A. (2013). Psikolojik sermayenin iş tatmini, iş performansı ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisine yönelik bir araştırma *Istanbul University Journal of the School of Business*, 42(2), 302-318.
- Graen, G. B., & Cashman, J. F. (1975). A Role-Making Model of Leadership in Formal Organizations: A Developmental Approach. *Organization and administrative sciences*, 6, 143-165.
- Graen, G. B., & Uhl-Bien, M. (1995). Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: Applying a multi-level multi-domain perspective. *The Leadership Quarterly*, 6(2), 219-247.
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Hayes, T. L. (2002). Business-Unit-Level Relationship Between Employee Satisfaction, Employee Engagement, and Business Outcomes: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 268-279.
- Hurt, T. H., Jose, K., & Cook, C. D. (1977). Scales For The Measurement Of Innovativeness. *Human Communication Research*, 4(1), 58-65. doi:10.1111/j.1468-2958.1977.tb00597.x
- Kanter, R. M. (1988). When a thousand flowers bloom: structural, collective, and social conditions for innovation in organizations. *Research in Organizational Behavior*, 10, 169-211.
- Kaygısızel, E. (2015). *The Relationship Between Paternalistic Leadership Leader – Member Exchange (Lmx) And Job Stress*. (Master Program), Yeditepe University, Istanbul.
- Kinnunen, j. (1996). Gabriel Tarde as a Founding Father of Innovation Diffusion Research. *Acta Sociologica*, 39(4), 431. doi:10.1177/000169939603900404
- Kirton, M. (1989). Adaptors and innovators at work
Adaptors and innovators: Styles of creativity and problem solving (pp. 56-78). New York: Routledge.
- Liden, R. (1998). Multidimensionality of leader-member exchange: An empirical assessment through scale development. *Journal of Management*, 24(1), 43-72. doi:10.1016/S0149-2063(99)80053-1
- Liden, R. C., & Graen, G. (1980). Generalizability of the Vertical Dyad Linkage Model of Leadership. *The Academy of Management Journal*, 23(3), 451-465.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive Psychological Capital: Measurement And Relationship With Performance And Satisfaction. *Personnel Psychology*, 60(3), 541-572.
- Luthans, F., Luthans, K. W., & Luthans, B. C. (2004). Positive psychological capital: beyond human and social capital. *Business Horizons*, 47(1), 45-50. doi:10.1016/j.bushor.2003.11.007
- Luthans, F., & Youssef, C. M. (2004). Human, Social, and Now Positive Psychological Capital Management: Investing in People for Competitive Advantage. *Organizational Dynamics*, 33(2), 143-160. doi:10.1016/j.orgdyn.2004.01.003
- Oldham, G. R., & Cummings, A. (1996). Employee Creativity: Personal and Contextual Factors at Work. *The Academy of Management Journal*, 39(3), 607-634.
- Olsson, L., Hemlin, S., & Pousette, A. (2012). A multi-level analysis of leader-member exchange and creative performance in research groups. *The Leadership Quarterly*, 23(3), 604-619. doi:10.1016/j.leaqua.2011.12.011
- Pellegrini, E. & Scandura, T. J *Int Bus Stud* (2006) 37: 264. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jibs.8400185>
- Philippe, F. L., Lecours, S., & Beaulieu-Pelletier, G. (2009). Resilience and Positive Emotions: Examining the Role of Emotional Memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(1), 139-176.

- Rego, A., Machado, F., Leal, S., & Cunha, M. P. E. (2009). Are Hopeful Employees More Creative? An Empirical Study. *Creativity Research Journal*, 21(2-3), 223-231. doi:10.1080/10400410902858733
- Rego, A., Sousa, F., Marques, C., & Cunha, M. P. e. (2012). Authentic leadership promoting employees' psychological capital and creativity. *Journal of Business Research*, 65(3), 429-437. doi:10.1016/j.jbusres.2011.10.003
- Rogers, E. M. (1995). Diffusion Of Innovations [Press release]
- Rogers, E. M., & Shoemaker, F. F. (1971). Communication of Innovations: a cross-cultural approach. *New York Free Press*.
- Sweetman, D., Luthans, F., Avey, J. B., & Luthans, B. C. (2011). Relationship between positive psychological capital and creative performance. *Canadian Journal of Administrative Sciences / Revue Canadienne des Sciences de l'Administration*, 28(1), 4-13. doi:10.1002/cjas.175
- Taştan, S., & Davoudi, S. (2015). An Examination of the Relationship between Leader-member Exchange and Innovative Work Behavior with the Moderating Role of Trust in Leader: A Study in the Turkish Context. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 181, 23-32. doi:10.1016/j.sbspro.2015.04.862
- Tierney, P., Farmer, S. M., & Graen, G. B. (1999). An Examination Of Leadership And Employee Creativity: The Relevance Of Traits And Relationships. *Personnel Psychology*, 52(3), 591-620. doi:10.1111/j.1744-6570.1999.tb00173.x
- Wang, H., Sui, Y., Luthans, F., Wang, D., & Wu, Y. (2014). Impact of authentic leadership on performance: Role of followers' positive psychological capital and relational processes. *Journal of Organizational Behavior*, 35(1), 5-21. doi:10.1002/job.1850
- Zhao, J., & Zhang, X.-c. (2010). Work Stress and Job Burnout:the Moderating Effects of Psychological Capital. *Journal of Henan Normal University(Natural Science)*.