

ISSN: 2667-5838

# JOHMAL

## *Journal of Healthcare Management and Leadership*

*Editor*  
*Prof. Dr. Şebnem Aslan*



(Yıl: 2020, Sayı: 1 / Year: 2020, Issue: 1)



# JOHMAL

JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP

**SAĞLIK YÖNETİMİ VE LİDERLİK DERGİSİ**

Sayı: 1 • Mayıs 2020

Issue: 1 • May 2020

ISSN: 2667-5889

<http://dergipark.gov.tr/johmal>  
e-posta: [www.journalhmal@gmail.com](mailto:www.journalhmal@gmail.com)

**Dergi Ofis Adresi (Office Address)**

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

JOHMAL, uluslararası hakemli, açık erişimli bilimsel bir dergidir.

**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.  
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 çalışmaları 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, çalışmaları 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

2020 Yılı, Sayı: 1 Makaleleri (2020 Year, Issue: 1 Articles)

### **Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü: Sistemik Bir Derleme Çalışması**

(Measurement of Service Quality in The Health Sector: A Systematic Review Study)

*Derleme/ Review* (1-14)

### **Hemşirelik Öğrencilerinin Kültürlerarası Duyarlılık Algıları ve Klinik Liderlik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

(Examination of The Relationship Between Nursing Students' Intercultural Sensitivity Perceptions and  
Clinical Leadership Characteristics)

*Araştırma/ Research* (15-27)

### **Hastane Tercihinde Sosyal Medyanın Etkisine Yönelik Bir Araştırma**

(A Research on The Preference of Social Media in Hospital Preferences)

*Araştırma/ Research* (28-42)

### **Sağlık Kurumlarında Algılanan Hizmet Kalitesi: Samsun İli Örneği**

(Perceived Service Quality in Health Institutions: Sample of The Province of Samsun)

*Araştırma/ Research* (43-53)

### **Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanlarının Tıbbi Uygulama Hatası Davaları Karşısında Defansif Tıp Uygulamalarının Belirlenmesine Yönelik Bir**

#### **Araştırma**

(A Research on Determination of Defensive Medicine Practices in The Face of Malpractice Legislation of  
Neurosurgery Specialists)

*Araştırma/ Research* (54-69)

### **Liderlik de Bulaşıcıdır, Tıpkı Duygular gibi...**

(Leadership is Contagious, Like Emotions...)

*Derleme/ Review* (70-76)

Şahinli, S. ve Tarım, M. (2020). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü: Sistematik Bir Derleme Çalışması. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 1-14

Derleme / Review

Makale Geliş Tarihi: 12.03.2019  
Makale Kabul Tarihi: 31.03.2019

## SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİ ÖLÇÜMÜ: SİSTEMATİK BİR DERLEME ÇALIŞMASI



<https://doi.org/10.35345/johmal.538930>

Serhan Şahinli<sup>1</sup> Mehveç Tarım<sup>2</sup>

### ÖZET

Bu çalışmanın amacı, yerli ve yabancı literatürde sağlık sektöründe Servqual ölçeği kullanılarak yapılan hizmet kalitesi ölçümleri ile ilgili seçilmiş araştırmaları sistematik bir şekilde değerlendirmektir. Araştırma verilerini, 2000-2018 yılları arasında sağlık sektöründe yapılmış rastgele seçilmiş 23 çalışma oluşturmaktadır. Araştırmanın kaynağını oluşturan çalışmalar, Kasım-Aralık 2018 tarihleri arasında Google Akademik, TR Dizin Tarama, Dergi Park, ResearchGate ve Academia'dan seçilmiştir. Araştırmada yerli ve yabancı literatürde sağlık sektöründen hizmet alan hastaların kalite algıları ile ilgili yapılmış çalışmalar amaç, hastane türü, boyut, hastaların hizmet alma şekli ve bulgular açısından değerlendirilmiştir. Araştırmada, yerli ve yabancı literatür incelendiğinde hastaların en az önem verdiği hizmet kalitesi boyutunun fiziksel özellikler olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada, hastalar tarafından 2000-2007 yılları arasında sağlık kurumlarında en fazla önem verilen boyutlardan birisi empati iken, 2007 yılından itibaren hastaların empatiye verdiği önem azalmıştır. Hizmet kalitesi ölçümü ile ilgili yapılan çalışmalarda özellikle 2000'li yılların başında ağırlıklı olarak fiziksel özellikler, güvenilirlik, güven, empati ve heveslilik boyutları değerlendirilirken, son yıllarda bu beş boyuta personel, denetim, temizlik, ücret, bilgilendirme, eşit hizmet, sistem ve bekleme süreside eklenmiştir. Hizmet kalitesi ölçümleri daha çok özel sektörde, yatarak tedavi gören hastalar üzerinde yapılmıştır. Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin hem kamu hem de özel kurumlarda, çeşitli boyutlarda kontrol edilmesi ve tespit edilmesi, sınırlı sayıdaki hastane girdilerinin aktif bir biçimde değerlendirilmesi ve bu sayede giderlerin azaltılması, rakiplerine üstünlük sağlama ve hasta ihtiyaçlarının giderilmesi bakımından önemli avantajlar sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Kalite, Hizmet, Servqual

## MEASUREMENT OF SERVICE QUALITY IN THE HEALTH SECTOR: A SYSTEMATIC REVIEW STUDY

### ABSTRACT

The aim of this study is to systematically evaluate selected studies on service quality measurements using the Servqual scale in the domestic and foreign literature. The study data consisted of 23 randomly selected studies in the health sector between the years 2000-2018. The studies that were the source of the research were selected from November 2018 to December 2018 by Google Scholar, TR Directory Screening, Magazine Park, ResearchGate, Academia. In the study, the studies about the quality perceptions of the patients who received service from the health sector in the domestic and foreign literature were evaluated in terms of the purpose, type of hospital, the size of the patients, and the way in which they received the service. In the study, when the domestic and foreign literature is examined, it was determined that the quality of service, which the patients pay the least attention, is physical. In the study, the most important aspect of health institutions in the period between 2000 and 2007 was empathy, and

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

<sup>2</sup> Prof. Dr., Marmara Üniversitesi, mtarim@yahoo.com.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3726-9439>

since 2007, the importance of empathy for patients has decreased. In the studies conducted on measurement of service quality, especially in the early 2000s, while the physical characteristics, reliability, trust, empathy and enthusiasm dimensions were evaluated, personnel, supervision, cleaning, wage, information, equal service, system and waiting period It was added. The service quality measurements were mostly made in the private sector on inpatients. It will provide significant advantages in terms of controlling and detecting the perceived quality of service in health enterprises in various sizes in both public and private institutions, actively evaluating a limited number of hospital inputs and thus reducing expenses, excelling in competitors and eliminating patient needs.

**Keywords:** Health, Quality, Service, Servqual

## 1. GİRİŞ

Hizmet sektörü günümüz koşullarında ülkelerin ekonomileri içerisinde önemli bir paya sahiptir. Özellikle 1980'li yıllardan itibaren hizmet sektörü, sanayi ve tarıma göre daha hızlı bir artış yönelimine girmiştir. Hizmet sektörünün hem ulusal hem de uluslararası ekonomide önemli bir hale gelmesi, kalite kavramına karşı bakış açısının değişmesini zorunlu kılmıştır (Devebakan ve Akasaraylı, 2003: 38; Aksoy, 2005: 92).

Sağlık kurumlarının maliyet-etkililik analizlerine daha fazla önem vermesi, hastaların hizmet beklentilerinin değişmesi, zorlu rekabet koşulları, sağlık hizmetlerinin sürekliliği, ne zaman hangi durumda ortaya çıkacağı tahmin edilememesi, hizmetten yararlanmanın tesadüfi olması, yerine başka bir hizmetin sunulmaması, başka bir zamana ertelenmemesinden dolayı sağlıkta kaliteye bakışın farklılaşmasına neden olmaktadır.

Sağlık kurumlarının temel odak noktası, hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamaktır. Sağlık hizmetlerinin planlanması aşamasında hastaların memnuniyet derecesi mutlaka ölçülmeli ve bu çerçevede politikalar geliştirilmelidir.

Sağlık kurumlarında hizmet kalitesi ölçümü son yıllarda ciddi derecede artış göstermiştir. Bu çalışmada, ulusal ve uluslararası literatürde sağlık sektöründe Servqual ölçeği kullanılarak yapılan hizmet kalitesi ölçümleri karşılaştırılmalı olarak irdelenmiş ve sonuçlar yorumlanmıştır.

## 2. HİZMET KALİTESİ

### 2.1. Hizmet Kalitesi Kavramı

Hizmet, müşteri veya hasta ihtiyaçlarının giderilmesi amacı ile oluşturulan ekonomik özellik taşımayan ürün veya maldır. (Kuriloff vd., 1993: 247). Grönroos'a göre ise hizmet, tüketicilerin veya hastaların maddi ürünleri, malları ve organizasyonu arasındaki iletişim noktasında oluşan ve sorunları çözmeye imkan veren eylemler dizisidir. (Gronroos, 1990). Bununla birlikte hizmet zaman, ortam, şekil ve ruhsal faydalara imkan veren mali eylem şeklinde de ifade edilebilir (Gözlü, 1995: 86).

Hizmetleri mallardan ayıran temel özellikler; soyut olması, üretim ve tüketimin eş zamanlı olması, değişkenlik göstermesi, heterojen ve kolay tüketilebilir olmasıdır (Ghobadian vd., 1994: 44-46, Mucuk, 1994: 320-322, Bergman ve Klefsjö, 1994: 266). Bu gibi faktörler hizmetin üretimini, satışını, talebini, hastaların kalite ile ilgili algısını, beklentilerini ve tatmin düzeyini doğrudan etkilemektedir (Devebakan ve Aksaraylı, 2003).

Kalitenin, yaygın bir şekilde değerlendirilmesi ve yeniliğini kaybetmemesine rağmen, belli ve net bir şekilde ifade edilemeyen bir terim olarak süregelen karışıklığını sürdürmektedir. Bu açıdan kalite metaforunu birçok araştırmacı çeşitli biçimlerde ifade etmektedirler. Bu çeşitliliğin sebebi, kalitenin birden fazla tanımının olması, hatta literatürde bile bu konuda kavram karmaşıklığının olmasıdır (Yıldız ve Yıldız, 2011: 126). Bununla birlikte kalite, sahip olunana ürünlerin etkili yararlanma imkan veren, mal ve hizmetlere kullanım avantajı sağlayan, tüketici beklentilerine uygun üretim ve hizmet fikrini hakim kılan ve bu nedenle firmaların kurumsal yükümlülüklerini pozitif şekilde ortaya koymasına imkan veren bir faktördür (Akal, 2002: 28).

Zeithaml'a göre hizmet kalitesi, tüketicinin bir ürün ya da hizmetin avantajı veya olumlu olması ile ilgili geniş bir yargıdır (Robledo, 2001; akt. Devebakan ve Aksaraylı, 2003). Hizmet kalitesi bütün hizmet kuruluşlarında tüketici ile firma noktasında beliren ve çok önemli etkileşimi ifade etmektedir (Derin ve Demirel, 2013: 1114).

Hizmetin temel özelliklerinden dolayı, müşterilerin hizmetin kalitesini değerlendirmesi, ürünün kalitesini değerlendirmesinden daha zordur (Savaş ve Kesmez, 2014: 3). Müşterilerin hizmet kalitesini tespit etmesi, algılanan hizmet kalitesi ile beklenen hizmet kalitesini kıyaslaması neticesinde ortaya konulur. Hastanın algıladığı hizmet beklediği hizmetten küçük çıkarsa sunulan hizmetin kaliteli olmadığı, algıladığı hizmetin beklediği hizmetten büyük veya eşit çıkması durumundan sunulan hizmetin kaliteli olduğu söylenebilir.

Hizmetin kalitesini, birincil olarak hizmet alanın memnun olma derecesi ile bu dönemde hizmet alanın kayıt yaptırmasından, tanı, muayene ve bakım raporlarının elde edilmesine kadar ki bütün eylemler hayati özellik taşımaktadır. Hizmet kalitesine etki eden faktörler; fiziksel mekan, görüntü, hizmetin dakiklığı, sunucuların alanında birlikişi olması, hizmetin sürdürülebilirliği, güvenilirliği, net ve değişebilir olması gibi faktörlerdir. Buna ek olarak, sağlık hizmeti kalitesinin tespit edilmesi ve değerlendirilmesinde; hastaların hizmet alma süreleri de önemli derecede etkilidir. Bununla birlikte çalışanların hoşgörüsü ve tutarlılığı, hizmete ulaşılabilirlik, beklenmeyen durumlarda personelin ihtiyaçlara cevap vermesi ile hizmetin doğru zamanda ve tam olarak sunulması gibi ciddi faktörler rol oynamaktadır (Tarım, 2000).

## 2.2. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Hizmet kalitesi birden fazla değişkenli bir olgu olmasına rağmen yabancı yazında benimsenmiş boyutları incelendiğinde, maddi değerler ile birlikte, çalışan hal ve tutumlarına dayalı olan güvence, empati, güvenilirlik gibi faktörlerin öne çıktığı izlenmiştir. Bununla birlikte, hizmet kalitesinin boyutları, tüketicilerin verilen hizmetlerin memnun olmasına imkan veren bütün fiziksel ve fiziksel olmayan faktörleri de içermektedir (Valerie vd., 1996: 21-46). Grönroos ise, hizmetin kalitesini belirleyen üç hayati faktörün; teknik kalite, fonksiyonel kalite ve firma imajı olduğunu iddia etmektedir (Gronroos, 1984:36-44).

Lehtinen ve Lehtinen'nin çalışmalarında hizmet kalitesinin üç farklı değişken altında ele alındığı belirlenmiştir. Bu değişkenler; fiziksel kalite, firma kalitesi ve etkileşim kalitesidir (Lehtinen, 1991; akt. Uyguç, 1998:37-38; Parasuraman vd., 1985:42; Öztürk, 1996:71; Ghobadian vd., 1994:51). Sasser, Olsen ve Wyckoff hizmet verimliliğinin, fiziksel düzeyi, olanaklar ve işgücü olmak üzere üç ayrı değişkeni olduğunu ifade etmektedir (Parasuraman vd., 1985:42-43). Jarmo Lehtinen hizmet kalitesini "süreç kalitesi" ve "çıkıtı kalitesi" şeklinde ikiye ayırmaktadır (Öztürk, 1996:71; Uyguç, 1998:38). Parasuraman ve arkadaşları ise bütün hizmet alanlarında uygulanabilecek beş hizmet kalitesi değişkeninin olduğunu iddia etmektedirler. Bu değişkenler; hizmet iletişimine imkan veren; fiziki ortamların, işgücünün, araç veya malzemelerin biçimini içeren fiziksel özellikler; işletmenin hizmet uygulamasını, birinci uygulamasında ve devamında bütün olarak vereceğine güvenilmesini kapsayan güvenilirlik; tüketiciye yardımcı olmaya ve hızlı hizmet vermeye istekli olmayı içeren heveslilik; işgörenlerin birikim ve hoşgörü ile becerilerinin güvenini ifade eden güven ve müşterilere bireyselleştirilmiş dikkat ve ilgi göstermeyi kapsayan empati boyutlarıdır (Parasuraman vd., 1988:12-40).

## 2.3. Kavramsal Hizmet Kalitesi Ölçümü ve SERVQUAL Ölçeği

Hizmet kalitesi ile ilişkili 1985-1994 yılları arasında Parasuraman, Zeithaml ve Berry, hizmet kalitesinin tanımlanması yaparak boyutlarını belirlemiş ve kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştirmiştir. Hizmet kalitesinin sayısal olarak ölçümünü gerçekleştirebilmek amacı ile "Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli" şeklinde de ifade edilen "SERVQUAL" ölçeğini geliştirmişlerdir (Rahman vd., 2007: 41). Beklenen hizmet kalitesi, tüketicinin hizmet ile ilgili talep veya arzularını açıklarken, algılanan hizmet kalitesi ise, tüketicinin hizmeti

almadan önceki arzuları ile faydalandığı net hizmet tecrübesini karşılaştırmasının bir neticesi olarak, beklentiler ile algılanan performans ilişkisindeki ayrımın yönü ve derecesi şeklinde tanımlanabilir (Savaş ve Kesmez, 2014: 1-13). Algılanan hizmet kalitesini etkileyen faktörler; ulaşılabilirlik, iletişim, yeterlilik, nezaket, inanılabilirlik, güvenilirlik heveslilik, güvenlik, fiziksel özellikler ve müşteriye anlamak şeklinde sıralanabilir (Parasuraman vd., 1985: 42).

Araştırmacılar algılanan hizmet kalitesini etkileyen faktörleri tespit ettikten sonra Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli oluşturmuştur. Hizmet sunan aktörlerin kalite anlayışı ile hizmetten faydalanan kişilerin beklentileri arasında birtakım farklar olduğunu belirlemiştir. Bu farklar ve bunlara neden olan etkenler aşağıda gösterilmiştir (Devebakan ve Aksaraylı, 2003: 42).

- **Fark 1:** Tüketici istekleri ile bunların idare tarafından algılanması arasındaki farktır. Bu fark; tüketicilerin; reklâm, işletme ve onun rekabet ettikleri ile ilgili tecrübeler, bireysel beklentiler ve arkadaşlarla iletişim gibi girdilere dayalı ortaya çıkan beklentilerinin idare tarafından bütün olarak algılanamamasına dayalı ortaya çıkar.
- **Fark 2:** Bu fark; tüketici isteklerini karşılayacak hizmet kalitesi düzeyinin tespit edilmesi ve bunun gerçekleştirilebilirlikle getirilmesi konusunda idarenin eksikliği neticesinde belirir.
- **Fark 3:** Bu fark; hizmet performansı boşluğu şeklinde de açıklanabilir. Verilen hizmetin idare açısından tespit edilen yönleri uygun biçimde gerçekleştirilememesinden kaynaklanmaktadır. İşgücünün eksikliği, işgücünün belirlenmesindeki eksiklik, eksik eğitim ve istenmeyen iş dizaynı gibi sebepler bu boşluğun yükselmesinde belirleyici olabilmektedir.
- **Fark 4:** Bu fark; müşterinin hizmet beklentileri medya reklâmları ve firmanın kurduğu diğer iletişimlerden dolayı ortaya çıkmaktadır.
- **Fark 5:** Son fark; algılanan hizmet kalitesi ile beklenen hizmet kalitesi arasındaki farktır.

Servqual ölçeğinin temel geliştirilme sebebi Anderson ve Zwingling'e göre tüketici perspektifi ile hizmet veren işletmelerin algılanan hizmet kalitesini ölçmektir. Ölçeği tasarlayan yazarlar, hizmet alanlarının kendine has özellikleri olan, bu çerçevede bütün hizmet sunan işletmelerde benimsenmiş beş hizmet kalitesi boyutundan yola çıkarak ölçeği tasarlamışlardır. Bu boyutlar yukarıda da anlatıldığı gibi; Güvenilirlik, Heveslilik, Güven, Fiziksel özellikler ve Empati'dir.

Servqual ölçeği iki bölüme ayrılmıştır. Birinci bölüm, tüketicilerin sunulan hizmetler ile ilgili isteklerini değerlendirmede yardımcı olan beş hizmet boyutu ve bu boyutların genel taslağını oluşturan 22 maddeden oluşmaktadır. İkinci bölümde benzer boyutlar ve boyutlara ilişkin 22 madde ile tüketicilere, hizmet veren işletmenin sundukları hizmetler ile ilgili algılarını yöneltilmektedir. Bununla birlikte ölçekte, tüketici algılarını değerlendirmeden önceki süreçte beş boyutun adı ifade edilmeden belirtilmekte ve tüketicilerden bu boyutlara cevapları önem düzeylerine göre 100 puanın arasında paylaşılması istenmekte ve bunun sonucunda hangi kalite boyutunun algılanan hizmet kalitesinin düşük, hangisinin fazla olduğu değerlendirilebilmektedir (Çelik, 2009: 193). Parasuraman, Zeithmal ve Berry 1991 yılında bu ölçeği revize ederek tüm sektörler için uygulanabileceğini belirtmişlerdir (Devebakan ve Aksaraylı, 2003: 42).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, ulusal ve uluslararası literatürde sağlık sektöründe Servqual ölçeği kullanılarak yapılan hizmet kalitesi ölçümleri ile ilgili seçilmiş araştırmaları, hastane türü, yöntem, boyutlar, hastaların hizmet alma şekli ve ulaşılan bulgular kapsamında sistematik bir şekilde incelemek ve değerlendirmektir.

#### 3.2. Veri Toplama Aracı

Araştırma verilerini 2000-2018 yılları arasında sağlık sektöründe yapılmış rastgele seçilmiş 23 çalışma oluşturmaktadır. Araştırmanın kaynağını oluşturan çalışmalar, Kasım 2018 ile Aralık 2018 tarihleri arasında Google Akademik, TR Dizin Tarama, Dergi Park, ResearchGate,

PubMed ve Academia'dan seçilmiştir. Araştırmaya sağlık sektöründe, Servqual ölçeği kullanılarak yapılmış hizmet kalitesi çalışmaları dahil edilmiştir.

### 3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, 2000-2018 yılları arasında sağlık sektöründe Servqual ölçeği kullanılarak yapılmış çalışmaların bulguları ve sonuçları ile sınırlıdır. Bu nedenle, tüm hizmet kalitesi ölçümleri ile ilgili çalışmaların sonuçlarını yansıtmamaktadır.

### 3.4. Verilerin Analizi

Araştırmada yer alan çalışmalar, yazar, yıl, amaç, hastane türü, yöntem, kaç boyutun ölçüldüğü, hastalar tarafından en fazla hangi boyuta önem verildiği, hastaların hizmet alma şekli, bulgular ve sonuçları sistematik bir şekilde incelenmiş ve değerlendirilmiştir.

### 3.5. Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde literatürde belirli bir sistematikte incelenmiş sağlık sektörü çalışmaları yer almaktadır. Tablo 1'de ulusal ve uluslararası yazında yapılmış sağlık sektörü ile ilgili çalışmalar ve bunların bulguları ve sonuçları gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Değerlendirme Boyutları

Yazar(lar) Yıl	Amaç	Hastane Türü	Yöntem	Boyutlar	Hastaların Hizmet Alma Şekli	Bulgular ve Sonuç
Lee vd. (2000)	Araştırmanın amacı, ABD'de yer alan hastanelerin hizmet kalitesini ölçmektir.	Özel	Araştırmada yedi boyutlu Servqual ölçeği kullanılmıştır.	- Güvence - Medikal Hizmetler - Empati - Profesyonel Beceriler - Güvenilirlik - Heveslilik - Fiziksel Özellikler	Ayaktan ve Yatarak Tedavi	Araştırmada hastaların en fazla empati, en az ise fiziksel özellikler boyutuna önem verdiği tespit edilmiştir.
Andaleeb (2001)	Araştırmanın amacı Bangladeş'te sağlık hizmeti alan hastaların kalite algılarının ölçülmesidir.	Özel	Araştırmada Servqual ölçeği toplamda 216 kişiye uygulanmıştır. Veriler faktör analizi ile test edilmiştir.	- Heveslilik - Güvenilirlik - İletişim - Denetim	Yatarak Tedavi	Araştırmada hastaların en fazla güvenilirlik en az ise muayene öncesi denetime önem verdiği tespit edilmiştir.
Wong (2002)	Araştırmanın amacı, Royal Brisbane Hastanesi'nin hizmet kalitesini ölçmektir.	Özel	Araştırmaya her altı ayda bir ziyaret eden hastalar katılmış ve hizmet kalitesi Servqual ile ölçülmüştür.	- Fiziksel - Güvenilirlik - Heveslilik - Güven - Empati	Yatarak Tedavi	Araştırmada hastaların en yüksek güvenlik, en düşük ise fiziksel özellikler değişkenine önem verdiği tespit edilmiştir.
Devebakan ve Aksaraylı (2003)	Araştırmada bir özel hastanenin algılanan hizmet kalitesi seviyesinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.	Özel	Araştırma 105 hasta üzerinde uygulanmıştır. Babakus ve Mnağold tarafından geliştirilen Servqual ölçeği kullanılmıştır.	- Fiziksel - Güvenilirlik - Heveslilik - Güven - Empati	Yatarak Tedavi	Araştırmada hastaların en yüksek güvenilirlik, en az ise fiziksel özellikler boyutuna önem verdiği tespit edilmiştir.

**Tablo 1.1.** Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Değerlendirme Boyutları Devamı

Bircan ve Baycan (2004)	Üniversitesi Hastanesi'nin verimlilik ve kalitesinin değerlendirilmesi.	Kamu	Hastanedeki on üç poliklinikten hizmet alan hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi.	-Bilgilendirme - Zamanlama - Temizlik - Sessizlik - Personel - Hizmetin Kalitesi - Ücret	Ayaktan Tedavi	Araştırmada kurumdan hizmet alanların hizmet sırasında en yüksek bilgilendirmeye önem verdikleri belirlenmiştir.
Palihawadana ve Barnes (2004)	Araştırmanın amacı, İngiltere'de yer alan iki diş sağlığı merkezinin hizmet kalitesini yönetmek ve ölçmektir.	Özel	Araştırma, İngiltere'de bulunan iki büyük diş hekimliğinde hizmet alan 300 hasta üzerinde uygulanmış ve SERVQUAL ölçeği kullanılmıştır.	- Fiziksel - Güvenilirlik - Heveslilik - Güven - Empati	Ayaktan Tedavi	Araştırmada hastaların en yüksek heveslilik, en düşük ise empati boyutuna önem verdiği tespit edilmiştir.
Aksoy (2005)	Zonguldak ilindeki ayaktan tedavi alan tüketicilerin sağlık hizmeti kalitelerinin değerlendirilmesi.	Kamu	Servqual ölçeği ve keşfedici faktör analizi kullanılmıştır.	-Doğruluk ve Hız -Araç/Gereç -Cazibe -Kolaylık ve İletişim -Personel -Güven ve Nezaket -Doktor ve Hemşire -Vaat	Ayaktan Tedavi	Araştırmada sağlık hizmeti alan kişilerin en yüksek beklentisinin kendileri ile kurulan etkili bir iletişim olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Erdem (2007)	Araştırmanın hedefi, Trakya Üniversitesi Hastanesi'nde yatarak ve ayaktan hizmet alan hastaların kurumda verilen hizmetlerle ilgili algılarını belirlemektir.	Kamu	Araştırmada literatürden çerçevesinde anket çalışmasının bulguları değerlendirilmiştir.	- Fiziksel - Güvenilirlik - Heveslilik - Güven - Empati	Ayaktan ve Yatarak Tedavi	Araştırmada yatan hastaların en yüksek güvenilirlik, en az ise fiziksel özellikler boyutuna önem vermekte olduğu, ayaktan hastaların ise en fazla nezaket, en az fiziksel özellikler boyutuna önem verdiği sonucuna ulaşılmıştır.



**Tablo 1.2.** Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Değerlendirme Boyutları Devamı

Rahman vd. (2007)	Bu çalışmada Elazığ'daki dört hastanenin algılanan hizmet kalitesi düzeylerini ölçmek amaçlanmıştır.	Özel-Kamu	Anket yöntemi ile elde edilen veriler SPSS programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, t testi ve varyans analizinden yararlanılmıştır.	- Fiziksel - Güvenilirlik - Heveslilik - Güven - Empati	Yatarak Tedavi	Araştırmada yatan hastaların en yüksek güvenilirlik ve empati, en düşük ise fiziksel özellikler değişkenine önem verdiği tespit edilmiştir.
Gülmez ve Kitapçı (2008)	Bu araştırmanın amacı, hastanede hizmet kalitesi ölçümü için SERVQUAL yönteminin kullanımı ve tasarımını ifade etmek ve bununla birlikte hizmet kalite boyutlarının önemini açıklamaktır.	Özel	Araştırma için gerekli veriler Varinli vd. tarafından geliştirilen 267 kişiye yüz yüze anket yöntemiyle toplanmıştır.	- Doktor - Temizlik - Hemşire - Yemek - Oda - Ziyaret	Yatarak Tedavi	Araştırmada yatan hastaların en fazla doktor ve hemşire, en az ise temizlik boyutuna önem vermekte olduğu tespit edilmiştir.
Çelik (2009)	Özel bir işletmede tedavi alan yerli ve yabancı hastaların hizmet kalitesi algılarının ölçülmesi.	Özel	İşletmeden en az bir hafta hizmet almış 172 kişiye yüz yüze Servqual ölçeği kullanılmıştır.	- Fiziksel - Güvenilirlik - Heveslilik - Güven - Empati	Yatarak Tedavi	Araştırmada en fazla güven hizmet kalitesi boyutu, en az önem verilen boyut ise empatidir.
Yıldız ve Yıldız (2011)	Çalışmanın temel hedefi, hangi hizmet kalitesi boyutlarının hasta memnuniyetini daha fazla seviyede etkilediğinin tespit edilmesidir.	Kamu	Kars ilindeki hizmet alan 265 hastaya anket aracılığı ile ulaşılmış, elde edilen veriler aracılığıyla değerlendirilmiştir.	- Muayene öncesi hemşire ve sağlık memuru hiz. - Muayene öncesi kayıt ve randevu hiz. - Fiziksel görünüm - Hekimlik Hiz. - Kişisel ihtiyacı karşılama ve tetkik hiz.	Ayaktan Tedavi	Araştırmada hastaların en fazla muayene öncesi hemşire ve sağlık memuru hizmetleri, en az ise muayene öncesi kayıt ve randevu hizmetleri boyutuna önem verdiği tespit edilmiştir.
Çelikkalp vd. (2011)	Bir kamu hastanesinden hizmet alan hastaların hizmet memnuniyetini ölçmek.	Kamu	Araştırmada 279 hastaya Hizmet Memnuniyetini Ölçme Ölçeği kullanılmıştır.	- Fiziksel - Zamanlama - Personel - Temizlik - Eşit Hizmet	Yatarak Tedavi	Araştırmada hastaların en yüksek personel boyutuna en az ise fiziksel koşullara önem verdiği tespit edilmiştir.

**Tablo 1.3.** Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Değerlendirme Boyutları Devamı

Derin ve Demirel (2013)	Araştırma, ulusal literatüre hasta tatmininin değerlendirilmesine yönelik bir ölçek kazandırma hedefiyle gerçekleştirilmiştir.	Kamu	Araştırma bir üniversite hastanesinde yataklı tedavi hizmeti alan hastalar ve yakınlarının uygulanmış ve sonrasında hedef kitleden bir grupla tartışılmıştır.	- Güvenlik - Hemşire - Sistem - Temizlik - Yemek	Ayaktan Tedavi	Araştırmada hastaların en yüksek güvenlik boyutuna, en az ise sistem boyutuna önem verdiği tespit edilmiştir.
Demirer ve Bülbül (2014)	Araştırma, Türkiye’de özel ve kamu hastanelerde karşılaştırmalı olarak algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesidir.	Kamu-Özel	Araştırma kamu ve özel hastanelerden ayakta ve yatarak hizmet alan 300 hastaya yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılmıştır.	- Güvenilirlik - Güven - Empati	Yatarak Tedavi	Araştırmada hastaların en yüksek güvenilirlik boyutuna, en düşük ise empati boyutuna önem verdiği tespit edilmiştir.
Kaya (2014)	Bu çalışmada, Eskişehir Devlet Hastanesi’nden hizmet alan 320 hastadan kurumu değerlendirmeleri istenmiştir.	Kamu	Hastanedeki servisler algılanan kalite düzeyleri açısından birbiriyle karşılaştırılmış, algılanan kalite seviyelerinin demografik özelliklere göre pozitif farklılıklar gösterip göstermediği ve hastaların hastaneyi tercih etme nedenleri incelenmiştir.	- Sağlık Personeli Hiz. - Hekim Hiz. - Oda Hiz. - Yeterlilik - Yemek Hiz. - Bekleme Süresi - Fiziksel Donanım	Yatarak Tedavi	Araştırmada yatan hastaların en fazla bekleme süresi, en az ise oda hizmetleri boyutuna önem verdiği tespit edilmiştir.
Savaş ve Kesmez (2014)	Bu çalışmada, Denizli ilindeki on adet aile sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların algılarının ölçülmesi amaçlanmıştır.	Kamu	Araştırmada aile sağlığı merkezinin algılanan ve beklenen hizmet kalitesi seviyeleri ve hizmet kalitesi boyutları Servqual skorları ile değerlendirilmiştir.	- Fiziksel - Güvenilirlik - Heveslilik - Güven - Empati	Ayaktan Tedavi	Araştırmada hastaların en yüksek güvenilirlik, en düşük ise fiziksel özellikler boyutuna önem verdiği tespit edilmiştir.

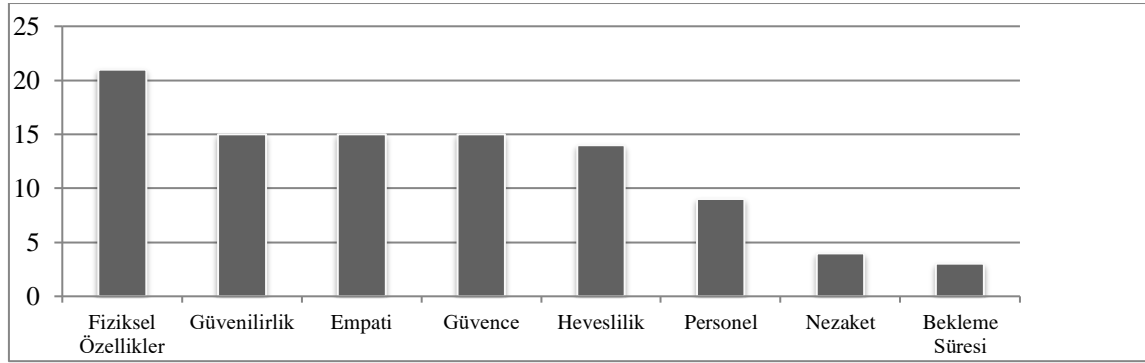
**Tablo 1.4.** Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Değerlendirme Boyutları Devamı

Kayral (2014)	Araştırmanın amacı, sağlık sektöründe verilen hizmetlerin kalitesinin bu hizmetleri alanlar tarafından nasıl algılandığı, bu hizmetleri veren farklı sağlık kurumlarına göre karşılaştırılarak değerlendirilme de bulunmaktadır.	Kamu- Özel	Hizmet kalitesinin ölçülmesinde; Kara, Tarım ve Zaim'in (2003) 34 soruluk anket seti kullanılmıştır.	Fiziksel Özellikler - Güvenilirlik - Heveslilik - Güvence - Nezaket - Empati	Ayaktan Tedavi	Araştırmada hastaların en yüksek empati, en düşük ise fiziksel özellikler değişkenine önem verdiği tespit edilmiştir.
Thawesaeng kulthaia (2015)	Araştırmanın amacı, dört büyük kıtadaki farklı sağlık gruplarının hizmet kalitesini ölçmektir.	Özel	Tabakalı örnekleme yöntemi ile, 80 ülkeden 2189 hastadan veri toplandı.	- Nezaket - Empati - Heveslilik - Güvence - Yetkinlik - Problem Çözme - Eşitlik - Bekleme Süresi	Yatarak Tedavi	Araştırmada hastaların en fazla eşitlik, en az ise nezaket, empati boyutuna önem verdiği tespit edilmiştir.
Çağlıyan (2017)	Araştırmanın amacı Konya ilindeki bir Tıp Fakültesi Hastanesinde hizmet kalitesi ölçümünün yapılmasıdır.	Kamu	Parasuraman vd. geliştirdiği ölçek sağlık hizmetlerinin niteliğine uygun olarak yeniden düzenlenmiştir. Ölçek ayakta tedavi gören 345 adet hastaya uygulanmıştır.	- Fiziksel - Güvenilirlik - Heveslilik - Güven - Empati	Ayaktan Tedavi	Araştırmada hastaların en fazla empati, en az ise heveslilik boyutuna önem verdiği tespit edilmiştir.
Arısoy (2017)	Araştırmanın hedefi, Niğde ilinde hizmet veren on aile sağlığı merkezinde müşteri pozisyonunda bulunan hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerini ve bu hizmetlere yönelik algılarını belirlemektir.	Kamu	Çalışmada A. Parasuraman, vd. tarafından tasarlanan Servqual ölçeği kullanılmıştır. Uygulamada 500 katılımcıya anket yapılmıştır.	- Fiziksel - Güvenilirlik - Heveslilik - Güven - Empati	Ayaktan Tedavi	Araştırmada hastaların en fazla empati, en az ise fiziksel özellikler boyutuna önem verdiği tespit edilmiştir.

**Tablo 1.5.** Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Değerlendirme Boyutları Devamı

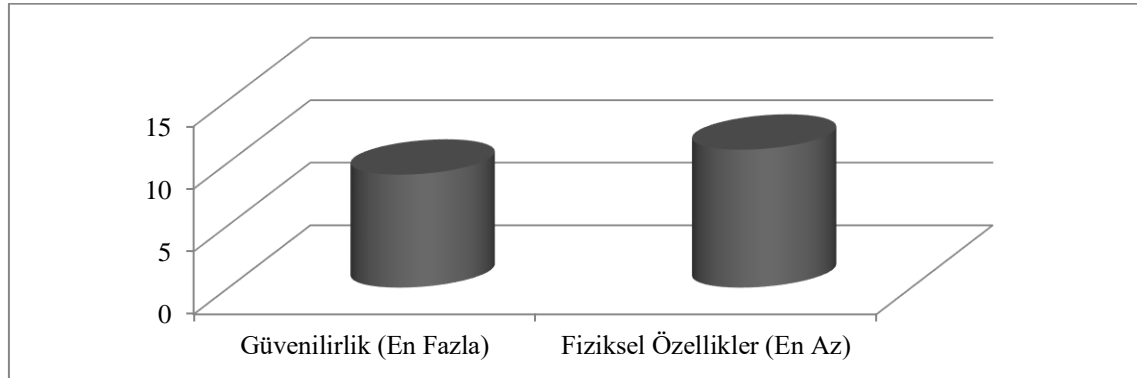
Tan ve Patır (2017)	Araştırmada, Bingöl Devlet Hastanesi'ne gelen hastaların sunulan hizmet kalitesini nasıl algıladıkları incelenmiştir	Kamu	Veriler ışığında, hastaların sosyo-demografik özellikleri ile beklenen ve algılanan hizmet kalitesi arasındaki ilişki durumunun varlığı incelenmiştir.	- Fiziksel - Güvenilirlik - Heveslilik - Güven - Empati	Ayaktan ve Yatarak Tedavi	Araştırmada hastaların en fazla heveslilik, en az ise fiziksel özellikler boyutuna önem verdiği tespit edilmiştir.
Akdere vd. (2018)	Araştırmanın amacı Türkiye'de yer alan bir devlet hastanesinin hizmet kalitesini ölçmektir.	Kamu	Araştırmada Servqual ölçeği kullanılmıştır.	- Fiziksel - Güvenilirlik - Heveslilik - Güven - Empati	Yatarak Tedavi	Araştırmada hastaların en fazla heveslilik, en az ise fiziksel özellikler boyutuna önem verdiği tespit edilmiştir.

Şekil 1'de ulusal ve uluslararası yazında yapılmış sağlık sektörü ile ilgili çalışmalarda en fazla incelenen boyutlar gösterilmiştir. Çalışmalarda en fazla fiziksel özellikler boyutu incelenmiştir. Bu boyutu sırasıyla güvenilirlik, empati, güvence, heveslilik, personel, nezaket ve bekleme süresi boyutları takip etmiştir.



**Şekil 1.** Araştırmalarda En Fazla İncelenen Boyutlar

Şekil 2'de ulusal ve uluslararası yazında yapılmış sağlık sektörü ile ilgili çalışmalarda, hastalar tarafından en fazla ve en az önem verilen boyutlar gösterilmiştir. İncelenen 23 çalışma içerisinde hastaların en fazla güvenilirlik boyutuna, en az ise fiziksel özellikler boyutuna önem verdikleri tespit edilmiştir.



**Şekil 2.** Hastaların Hizmet Boyutu Değerlendirmeleri

#### 4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık sistemi, sunuluşu itibarıyla kaotik bir yöne sahiptir. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin öncelikle de hastane sektörünün iç dinamikleri, organizasyonu, işleyişi ve neticeleri diğer sektörlerden ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin temel odağı genellikle toplumun sağlık halini artırmak, bireysel olarak da hastaneye başvuran hastaların sağlık ihtiyaçlarını gidermektir. Günümüzde hem üretim hem de hizmet alanlarında hizmet tüketicilerinin talep ve ihtiyaçları, sürekli yükselmektedir. Bu yükselmenin ve değişimin sağlık kurumları ile onların en fazla hizmet tüketicisi konumunda bulunan hastalar için de söz konusu olduğu gün geçtikçe netleşmektedir (Rahman vd., 2007: 38). Servqual ölçeğinin hasta beklenti ve algılarını farklı ölçme imkanı vermesi ve bu ölçekle algılanan hizmet kalitesinin değerlendirilmesi açısından sağlık kurumları idarecilerine ciddi veriler sağlamaktadır (Devebakan ve Aksaraylı, 2003: 50).

Araştırmada ulusal ve uluslararası literatürde sağlık sektöründen hizmet alan hastaların kalite algıları ile ilgili yapılmış çalışmaları amaç, hastane türü, boyut, hastaların hizmet alma şekli ve bulgular açısından değerlendirilmiştir. Araştırmalar, çoğunlukla özel hastanelerde yatarak tedavi gören hastalar üzerinde yapılmıştır. Araştırmaların yatarak tedavi gören hastalar üzerinde yapılması daha objektif değerlendirme imkânı sağlaması açısından önemlidir. Hizmet kalitesi ölçümü ile ilgili yapılan çalışmalarda özellikle 2000’li yılların başında ağırlıklı olarak fiziksel özellikler, güvenilirlik, güven, empati ve heveslilik boyutları değerlendirilirken, son yıllarda bu beş boyuta personel, denetim, temizlik, ücret, bilgilendirme, eşit hizmet, sistem ve bekleme süreside eklenmiştir.

Araştırmada, ulusal ve uluslararası literatürde sağlık kurumlarında hasta perspektifi ile en yüksek ve en düşük algılanan hizmet kalitesi faktörleri belirlenmiştir. Araştırmada, ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde hastaların en az önem verdiği hizmet kalitesi boyutunun fiziksel özellikler olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel özellikler sağlık kurumlarındaki fiziksel olanakları, araç-gereç ve personelin görüntüsü ifade etmektedir. Sağlık kurumlarının fiziksel özellikler boyutuna ciddi seviyede önem vermesine rağmen hastaların kurumların dış görünüşünden ziyade sunulan hizmetin kalitesinin kendileri için daha önemli olduğu literatürdeki çalışmalar aracılığıyla tespit edilmiştir. Fiziksel özellikler dışında hastalar tarafından en az tercih edilen boyutları sırasıyla temizlik hizmetleri ve muayene öncesi denetim takip etmektedir.

Araştırmada, hastalar tarafından 2000-2007 yılları arasında sağlık kurumlarında en fazla önem verilen boyutlardan birisi empati iken, 2007 yılından itibaren hastaların empatiye verdiği önem azalmıştır. Bu durumun nedeni yıllar içerisinde hastaların beklenti düzeylerinin değişmesidir. 2000’li yılların başında hastalar için sağlık hizmetine erişim ve sağlık çalışanlarının kendilerini anlaması önemli iken, özellikle son yıllarda hizmetin sunumunda ve kaliteye verilen önemin artması ile birlikte daha kısa sürede hizmet alma ve bekleme sürelerinin kısa olması hastalar için daha önemli hale gelmiştir. Hastaların empati boyutu ile ilgili algılarının kurumun türü ve hizmet alma şekline göre değişip değişmediği incelendiğinde bu faktörlerin etkili olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmada hastalar tarafından algılanan önemli bir diğer boyut ise güvenilirliktir. Sağlık kurumlarında güvenilirlik boyutu, hastalara taahhüt edilen hizmeti eksiksiz ve güven içinde gerçekleştirebilme becerisidir. Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde özellikle özel sağlık kurumlarında, yatarak tedavi hizmeti alan hastalar arasında bu boyuta daha fazla önem verildiği tespit edilmiştir. Bu boyutun özellikle özel hastanelerde ve yatarak tedavi alan hastalarda daha önemli algılanmasının sebebi, hastaların hizmet alma sırasında belirli bir mali yüke katlanmaları ve çoğunlukla cerrahi işlemler hizmeti almaları nedeniyle bu boyutu tercih etmişlerdir.

Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde, hastalar tarafından en önemli algılanan diğer boyutlar sırasıyla; bilgilendirme, etkili iletişim, personel hizmetleri, bekleme süresinin kısa olması, eşitlik ve hevesliliklerdir. Hasta haklarından birisi olan bilgilendirme boyutunda, hastaların

kendilerine sunulacak sağlık hizmetinden haberdar olması önemli bir faktördür. Bilgilendirme sürecinin eksik olması hastanın sağlık kurumunun sunmuş olduğu hizmetin kalitesi ile ilgili algısını olumsuz etkileyebilmektedir. Hastaların önemli algıladığı bir diğer boyut ise etkili iletişimdir. Literatürde 2005 yılında Aksoy tarafından yapılan çalışmada en önem verilen boyut etkili iletişim olarak belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın bu faktörü geliştirmek için 2007 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ikinci fazında önem verdiği bileşenlerden birisi "Etkili Güler Yüzlü Bir Sağlık Hizmeti"dir. Hastaların önemli gördüğü heveslilik boyutunu, sağlık kurumlarının sağlaması için çalışanlarına hizmetiçi, randevuların aktif kullanılması ve kısa sürede hizmet vermesi gibi konularda bilgiler verilmesi, hastaların heveslilik ve bekleme süreleri konusundaki algılarının yükselmesine olumlu katkı sağlayacağı söylenebilir.

Günümüzde, kalitenin ifade edilmesi özellikle hizmetler için hizmet üreticisinden daha çok etmenler ile ilgilidir. Bu çalışmada, literatür incelemesi sonucunda, özellikle son 15 yıllık süreç içinde hizmetlerin kalitesinin ölçümüne yönelik fazla sayıda araştırma yapıldığı belirlenmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda hizmet kalitesi boyutları fiziksel, güvenilirlik, heveslilik, güvenlik ve empati açısından değerlendirilmiştir. Hizmet kalitesi boyutlarının, gün geçtikçe değiştiği tespit edilmiştir. Hizmet kalitesi ölçümlerinin ağırlıklı olarak özel hastanelerde, yatarak tedavi gören hastalara uygulandığı görülmüştür.

Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin hem kamu hem de özel kurumlarda, çeşitli boyutlarda ölçülmesi, değerlendirilmesi ve uygulamaya geçirilmesi, az olan sağlık kurumları kaynaklarının aktif bir biçimde kullanılması ve bu sayede giderlerin azaltılması, rakiplerine üstünlük sağlamada ve hasta beklentilerinin giderilmesi bakımından önemli avantajlar sağlayacaktır.

## KAYNAKÇA

- Akal, Z. 2002. İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi. MPM Yayınları. s.28. Ankara.
- Akdere, M., Top, M, ve Tekingündüz, S. 2018. Examining Patient Perceptions Of Service Quality İn Turkish Hospitals: The SERVPERF Model. Total Quality Management. s.1-10.
- Aksoy, R. 2005. Zonguldak'ta Ayakta Tedavi Tüketicilerin Sağlık Hizmeti Kalite Değerlemesi, ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 1, 91-103.
- Andaleeb, S. 2001. Service Quality Perception And Patient Satisfaction: A Study Of Hospitals In A Developing Country, Social Science& Medicine, 52, 1359-1370.
- Arısoy, D. 2017. Sağlık Hizmetlerine Hizmet Kalitesi Ve Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemi İle Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19, 1079-1102.
- Bergman, B, ve Klefsjö, B. 1994. Ouality. McGraw-Hill. s.266. Sweden.
- Bircan, H, ve Baycan, S. 2004. Sağlık Sektöründe Verimlilik Ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği, C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi, 28, 173-185.
- Çağhıyan, V. 2017. Sağlık Kurumlarında Hizmet Kalitesi Analizi: Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 37, 254-264.
- Çelik, A. 2009. Sağlık Turizmi Kapsamında Termal İşletmelerde Sağlık Hizmetleri Pazarlaması ve Algılanan Hizmet Kalitesi: Balçova Termal İşletmesinde Bir Uygulama. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Çelikkalp, Ü, Temel, M, Saraçoğlu, G, ve Demir, M. 2011. Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Hizmet Memnuniyeti, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6, 1-12.

- Demirer, Ö, ve Bülbül, H. 2014. Kamu ve Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini Ve Tercih Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Analiz, *Amme İdaresi Dergisi*, 47, 95-119.
- Derin, N, ve Demirel, E. 2013. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Göstergesi Olan Hasta Memnuniyetine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması, *International Journal of Social Science*, 6, 1111-1130.
- Devebakan, N, ve Aksaraylı, M. 2003. Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5, 38-51.
- Erdem, Ş. 2007. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama. *Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Edirne.
- Ghobadian, A, Speller, S, ve Jones, M. 1994. Service Quality: Concepts And Models. *International Journal of Quality&Realibility Management*, 9, 43-66.
- Gözlü, S. 1995. Hizmet Kalitesinin Kontrolünde İstatistiksel Yöntemler. *MPM Yayını*, Ankara.
- Groonroos, C. 1984. A Service Quality Model And Its Marketing İmplications. *European Journal of Marketing*, 4, 36-44.
- Gülmez, M, ve Kitapçı, O. 2008. Hastane Hizmet Kalitesi ve Bir Uygulama. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26, 165-186.
- Kaya, Ş. 2014. Yatan Hasta Kalite Algısının Servqual Temelli Analiz ve Kalite Fonksiyonu Yayılımı İle Değerlendirilmesi: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde Bir Uygulama. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, Eskişehir.
- Kayral, İ. 2014. Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ankara'da Hastane Türlerine Göre Bir Araştırma. *Ankara Araştırmaları Dergisi*, 2, 22-34.
- Kuriloff, A, Hemphill, J, ve Cloud, D. 1993. *Starting And Managing The Small Business*. Mc Graw-Hill Edition.
- Lee, H, Delene, L, Bunda, M, ve Kim, C. 2000. Methods Of Measuring Health-Care Service Quality. *Journal of Business Research*, 48, 233-246.
- Mucuk, İ. 1994. Pazarlama İlkeleri. *DER Yayınları*, s.320-322, İstanbul.
- Öztürk, S. 1996. Hizmet İşletmelerinde Kalite Boyutları ve Kalitenin Artırılması. *Verimlilik Dergisi*, 2, 71.
- Palihawadana, D, ve Barnes, B. 2004. The Measurement And Management Of Service Quality In Dental Healthcare. *Health Service Management Research*, 17, 229-236.
- Parasuraman, A, Zeithaml, V, ve Berry L. 1985. A Conceptual Model Of Service Quality And Its Implications For Future Research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.
- Rahman, S, Erdem, R, ve Devebakan, N. 2007. Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Elazığ'daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9, 37-52.
- Savaş, K, ve Kesmez, A. Hizmet Kalitesinin Servqual Modeli İle Ölçülmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Üzerine Bir Araştırma. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17, 1-12.
- Tan, M, ve Patır, S. 2017. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü Ve Değerlendirmesi Bingöl Devlet Hastanesi'nde Bir Uygulama. *Journal Of Current Researchers On Health Sector*. 7, 30-38.

- Tarım, M. 2000. Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite. Türk Ağır Sanayii ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayını: Ankara.
- Thawesaengkulthai, N, Wongrukmit, P, ve Dahlgaard, J. 2015. Hospital Service Quality Measurement Models: Patient From Asia, Europe, Australia And America. Total Quality Management, 26, 1029-1041.
- Uyguç, N. 1998. Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi; Stratejik Bir Yaklaşım. Dokuz Eylül Yayınları: İzmir.
- Valarie, A, Leonard, L, ve Parasuraman, A. 1996. The Behavioral Consequences Of Service Quality. Journal of Marketing, 60, 21-46.
- Wong, J. 2002. Service Quality Measurement İn A Medical İmaging Department. Internaional Journal of Health Care Quality Assurance, 15, 206-212.
- Yıldız, S, ve Yıldız, S. 2011. Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi: Kars'taki Devlet ve Üniversite Hastaneleri'nde Bir Araştırma. Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, 6, 125-139.



Budak, F. ve Karasu, F. (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Kültürlerarası Duyarlılık Algıları ve Klinik Liderlik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 15-27

*Araştırma / Research*

*Makale Geliş Tarihi: 18.08.2019*  
*Makale Kabul Tarihi: 30.08.2019*

## HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN KÜLTÜRLERARASI DUYARLILIK ALGILARI VE KLİNİK LİDERLİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ



<https://doi.org/10.35345/johmal.606037>

Fatih BUDAK<sup>1</sup>, Fatma KARASU<sup>2</sup>

### ÖZET

Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık algılarının klinik liderlik özellikleri üzerindeki etkilerini belirleyebilmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini, Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki bir devlet üniversitesinin Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrenciler oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş olup öğrencilerin tamamı (N=371) araştırmaya dâhil edilmiş ve toplam 285 öğrenciye ulaşılmıştır. Veri toplama aracı olarak; tanıtıcı bilgi formu, Klinik Liderlik Ölçeği ve Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS 25 paket programı kullanılarak; tanımlayıcı analizler, güvenilirlik analizi, korelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için; etik kurul onayı, ilgili üniversiteden gerekli yazılı izinler ve öğrencilerin sözel onamları alınmıştır. Araştırma kapsamında gerçekleştirilen kültürlerarası duyarlılık ile klinik liderlik ölçeği alt boyutları arasındaki korelasyon analizinde, pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu ve bazı alt boyutlar arasında ise ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte, kültürlerarası duyarlılık ve klinik liderlik ölçeklerine ait alt boyutların, birbirleri üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yürütülen regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminlerle, modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ,  $p<0.05$ ). Sonuç olarak; hemşirelik öğrencilerin kültürel duyarlılık puan ortalamalarının orta ve klinik liderlik özelliklerine ait ortalama puanlarının ise yüksek düzeyde olduğu belirlenmiş ve yine, kültürlerarası duyarlılığın klinik liderlik özellikleri üzerine olumlu etkileri olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Klinik Liderlik, Kültürlerarası Duyarlılık, Hemşirelik Öğrencileri.

## EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN NURSING STUDENTS' INTERCULTURAL SENSITIVITY PERCEPTIONS AND CLINICAL LEADERSHIP CHARACTERISTICS

### ABSTRACT

The aim of this study was to determine the effects of nursing students' perceptions of intercultural sensitivity on clinical leadership characteristics. The population of the study consists of the nursing students of a state university in Southeastern Anatolia. No sample selection was made in the study and all students (N = 371) were included in the study and a total of 285 students were reached. As data collection tool; Descriptive information form, Clinical Leadership Scale and Intercultural Sensitivity Scale were used. In the evaluation of the data, SPSS 25 package program was used; descriptive analysis, reliability analysis, correlation and regression analyzes were performed. Ethics committee approval, written permission from the related university and verbal consent of the students were obtained for conducting

<sup>1</sup> Dr.Öğr.Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, fbudak@kilis.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6873-6204>

<sup>2</sup> Dr.Öğr.Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, fatmakarasu@kilis.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7347-0981>

the study. In the correlation analysis between the intercultural sensitivity and clinical leadership scale sub-dimensions, there was a weak positive relationship and there was no relationship between some sub-dimensions. The statistical predictions of the regression model conducted to reveal the effects of intercultural sensitivity and clinical leadership sub-dimensions on each other were found to be significant and usable ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.05$ ). It was determined that the average scores of nursing students' cultural sensitivity were moderate and the average scores of clinical leadership characteristics were high. In addition, intercultural sensitivity was found to have a positive effect on clinical leadership characteristics.  
**Keywords:** Clinical Leadership, Intercultural Sensitivity, Nursing Students.

## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1946). Bu bütüncül yaklaşım, aynı zamanda, sağlığın ideal tanımı olarak da adlandırılmaktadır (Budak, 2019). Bu ideal tanımdan yola çıkılarak, sağlık hizmetlerinin yalnızca fiziksel müdahalelerden ibaret olmadığı; bunun yanı sıra, her hastanın başlı başına bir vaka olarak algılanması gerektiği ve yine bu hastaların ruhsal ve sosyal yönlerinin, dolayısıyla kültürel yapılarının da dikkate alınması gerektiği ifade edilebilir.

Kültür kavramı; bir toplumun bireylerini doğumdan başlayarak etkileyen bir olgu olarak, o toplum içerisinde yaşayan insanlar tarafından öğrenilen ve nesilden nesile aktararak süreklilik kazanan değerler, inançlar, tutumlar, davranış ve normlar, örf ve adetler olarak tanımlanabilir. Dolayısıyla, sağlığın korunması ve hastalıkların tedavi edilme süreçlerini de içerisine alan sağlık hizmetleri sunumunun, kendi içerisinde kültüre özgü uygulamaları da barındırdığı göz önünde bulundurulduğunda; kültür, sağlık ve hastalık açısından son derece önemli bir dinamik faktör olarak ortaya çıkacaktır (Bulduk vd., 2011; Öztürk ve Öztaş, 2012). Sağlık ve hastalık kavramları, bireysel ve toplumsal kültürel yapılara göre, farklı şekillerde tanımlanabilen kavramlardır. Örneğin, bir bireyde ya da toplumda hastalık olarak kabul edilen bir durum, bir başka birey ya da toplumda sağlıklılık hali olarak kabul görebilir. Bundan dolayıdır ki farklı kültürel yapılara sahip bireylerin, sağlık algıları ve ihtiyaçları da farklılık gösterebilir (Tortumluoğlu vd., 2004). Dolayısıyla, sağlık hizmetleri sunumunun her kademesinde ve özellikle klinik ortamda sunulan teşhis, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde, kültürel yapının da dikkate alınarak, kültürel duyarlılık temelinde bir organizasyonel yapılanmaya gidilmesi gerektiği ifade edilebilir (Aksayan ve Hayran, 1992). Kültürel duyarlılık ise; esasında kültürlerarası farklılığın farkında olmakla başlayan bir olgudur ve genel itibarıyla, kültürel farklılıklara, farklı kültürlerden bireylerin bakış açılarına karşı duyarlı ve saygılı olmayı ifade eder. Her insanın başlı başına bir vaka, dolayısıyla başlı başına bir kültür olarak kabul edildiği sağlık hizmetleri sunumunda, kültürel duyarlılık, son derece önemli ve dikkate alınması gereken bir kavram olarak dikkat çekmektedir (Tucker vd., 2013). Sağlık hizmet sunucuları tarafından, kültürel farklılıkların farkında olarak bu hizmetlerin sunulması; sağlık hizmetlerini kullanan bireylere yönelik bilgi ve becerilerin uygulanmasını kolaylaştıracağı gibi, aynı zamanda bu hizmetlerin sunumu esnasında, klinisyenlerin liderlik özelliklerinin ortaya çıkmasına da yardımcı olacağı ifade edilmektedir (Bulduk vd., 2011; Budak, 2018).

Bir amaç doğrultusunda bir gruba rehberlik etmek ve o grubu yönlendirmek olarak tanımlanabilen liderlik kavramını; bir lider, bu liderin izleyicileri ve mevcut durum arasındaki etkileşim sonucunda oluşan kompleks bir süreç olarak tanımlamak da mümkündür (Koçel, 2011). Yapılan her faaliyetin, doğrudan insan hayatını ilgilendirdiği sağlık hizmetleri sunumunda ortaya konulması gereken liderlik özellikleri, kuşkusuz ki sağlık hizmetleri dışındaki diğer sektörlere kıyasla, çok daha zorlu ve çok daha önemlidir (Nicol, 2012). Bu bağlamda, özellikle klinisyen olarak ifade edilen hekim ve hemşireler tarafından, klinik ortamlarda, sağlık hizmet sunumunun kalitesini artırarak, hasta yararına olacak şekilde sergilenen ve literatürde klinik liderlik olarak adlandırılan liderlik özellikleri, sağlık hizmetleri sunumunda, hayati önem arz etmektedir (NHS, 2013; Budak, 2018). Bugüne kadar konuyla ilgili yapılmış bazı bilimsel çalışmalar doğrultusunda (Lett, 2002; Stanley, 2012; NHS, 2012;

Budak, 2018) bir klinik liderde bulunması gereken başlıca liderlik özellikleri, aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Klinik lider; klinik uzman hekim ya da uzman hemşiredir.
- Klinik lider, doğrudan klinik bakım ile ilgilenir.
- Klinik lider; kişilerarası etkili iletişim ve başkalarını etkileme becerilerine sahiptir.
- Klinik lider; vizyon sahibidir ve diğerlerini etkileyebilmek adına, akılcı argümanlar ortaya koyabilmelidir.
- Klinik lider; diğer klinisyenler için rol model olur ve motivasyonu sağlar.
- Klinik lider; hastalar ve hasta yakınları için, kaliteli sağlık hizmetleri sunar.
- Klinik lider; diğer klinisyen meslektaşlarını, mesleki anlamda güçlendirir.
- Klinik lider; kurumsal ve toplumsal değer ve inançlardan yola çıkarak, sağlık hizmet sunumunda, kendisini ve diğer klinisyenleri bu değerlere uygun davranmaları yönünde teşvik eder.

Sağlık bakım hizmetlerinin kaliteli, etkili ve verimli olabilmesi adına, klinisyenler içerisinde önemli bir konuma sahip olan hemşirelerin klinik liderlik özelliklerine sahip olması, hemşirelik uygulamalarında son derece önemlidir. (Leininger ve McFarland, 2002; Frankel, 2009). Hemşirelik hizmetlerinin tüm kademelerinde olması beklenen bir yeterlik olarak ifade edilen klinik liderlik (Yılmaz ve Kantek, 2016) ile yine sağlık bakım hizmetlerinin her aşamasında bulunması gereken kültürel duyarlılık (Tanrıverdi, 2014) arasında, anlamlı bir ilişkinin varlığından söz etmek mümkündür.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık algılarının klinik liderlik özellikleri üzerindeki etkilerini belirleyebilmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

### 2.2. Veri Toplama Aracı

Çalışmada, öğrencilerin klinik liderlik özelliklerini ölçmek amacıyla NHS Leadership Academy (2012) tarafından geliştirilen ve Budak (2016) tarafından Türkçe geçerliği ve güvenilirliği yapılan “Klinik Liderlik Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek; “kişisel özellikler alanı”, “diğerleri ile çalışma alanı”, “hizmetlerin yönetimi alanı”, “hizmetlerin iyileştirilmesi alanı” ve “yönlendirmelerin kurgulanması alanı” olmak üzere toplam beş alt boyuttan ve 40 ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğe ilişkin ifadeler ise “1=Neredeyse asla, 2=Bazen, 3=Neredeyse her zaman” şeklinde ağırlıklandırılmaktadır. Bu çalışmada, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı; 0.931 olarak hesaplanmıştır.

Kültürlerarası duyarlılığı ölçmek için ise Chen ve Starosta (2000) tarafından geliştirilen ve Üstün (2011) tarafından da Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan “Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek, 23 maddeden ve beş alt boyuttan (kültürlerarası etkileşime katılım, kültürel farklılıklara saygı duyma, kültürlerarası etkileşimde özgüven, kültürlerarası etkileşimden zevk alma ve kültürlerarası etkileşime özen gösterme) oluşmaktadır. Bu ölçeğe ilişkin ifadeler katılım durumları “Hiç Katılmıyorum=1” ve “Tamamen Katılıyorum=5” şeklinde 5’li likert düzeyinde puanlandırılmaktadır. Ölçekte yer alan 2, 4, 7, 9, 12, 15, 18, 20 ve 22. maddeler ise ters puanlanmaktadır. Ölçeğin bu çalışmadaki iç tutarlılık katsayısı ise 0.633 olarak hesaplanmıştır. Alpar’a (2014) göre bu oran, orta düzeyde güvenilirlik göstergesi olarak kabul edilmekle birlikte; ölçekte yer alan ve ters kodlanan sorular, bu oranın orta düzeyde çıkmasının sebebi olarak gösterilebilir.

### 2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki bir devlet üniversitesinin Hemşirelik bölümünde öğrenim gören tüm hemşirelik bölümü öğrencileri oluşturmaktadır (N=371). Çalışmada örneklem seçilmemiş olup öğrencilerin tamamına ulaşılmaya çalışılmış ve toplam

285 öğrenciden veri elde edilmiştir. Böylece çalışmaya katılım oranı 0,768 olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın verileri, 15-26 Nisan 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### **2.4. Etik izin**

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli olan etik kurul onayı (Karar No: 2018/267) ve araştırmanın gerçekleştirildiği ilgili üniversiteden gerekli yazılı izinler alınmış olup, uygulama aşamasında, araştırmanın amacı açıklanarak katılımcı öğrencilerden sözel onamları alınmıştır.

#### **2.5. Veri Analizi**

Araştırmanın istatistiksel analizlerinde, SPSS 25.0 paket programı kullanılarak; tanımlayıcı analizler, güvenirlik analizi, korelasyon ve regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir.

### **3. BULGULAR**

Araştırmaya ilişkin bulgularda, ilk olarak, katılımcı öğrencilerin demografik verileri irdelenmiştir. Tablo 1.'de görüleceği üzere, çalışmaya katılan öğrencilere ait demografik veriler incelendiğinde; katılımcıların %60,7'sinin 21 yaş ve üzerinde olduğu ve %60,7'sinin ise kadın olduğu belirlenmiştir. Yine bu öğrencilerin %3,2'si evli iken, %5,3'ü ise yabancı uyrukludur. Katılımcıların %24,9'u birinci sınıf, %24,9'u ikinci sınıf, %21,1'i üçüncü sınıf ve %29,1'i ise dördüncü sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin %88,4'ü bir sağlık kurumunda staj ya da uygulama yaptığını, %49,8'i mesleki eğitiminden kısmen memnun olduğunu ve %59,6'sı da mesleklerinin, kişisel gelişimlerine olumlu yönde katkısı olacağını belirtmiştir. Katılımcıların %74,4'ü yönetim üzerine, %80,4'ü liderlik üzerine ve %80,7'si ise klinik liderlik üzerine herhangi bir formal eğitim almadığını belirtmektedir.

**Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri**

DEĞİŞKENLER	N	%
<b>Yaş</b>		
≤ 20	112	39,3
≥ 21	173	60,7
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	112	39,3
Kadın	173	60,7
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	9	3,2
Bekar	276	96,8
<b>Uyruğunuz</b>		
T.C.	270	94,7
Diğer	15	5,3
<b>Sınıfınız</b>		
Birinci Sınıf	71	24,9
İkinci Sınıf	71	24,9
Üçüncü Sınıf	60	21,1
Dördüncü Sınıf	83	29,1
<b>Bir sağlık kurumunda staj ya da uygulama yaptınız mı?</b>		
Evet	252	88,4
Hayır	33	11,6
<b>Mesleki eğitiminizden memnun musunuz?</b>		
Evet	113	39,6
Hayır	30	10,5
Kısmen	142	49,8
<b>Sizce mesleğinizin kişisel gelişime olumlu katkısı var mı?</b>		
Hiçbir zaman	11	3,9
Bazen	104	36,5
Çoğu zaman	170	59,6
<b>Yönetim Üzerine Formal Bir Eğitim Aldınız mı?</b>		
Evet	73	25,6
Hayır	212	74,4
<b>Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Aldınız mı?</b>		
Evet	56	19,6
Hayır	229	80,4
<b>Klinik Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Aldınız mı?</b>		
Evet	55	19,3
Hayır	230	80,7
<b>Toplam</b>	<b>285</b>	<b>100,0</b>

Tablo 2.'de yer alan çalışma değişkenlerine ait temel istatistikler incelendiğinde; kültürlerarası duyarlılık ölçeğinin alt boyutları arasında en yüksek ortalamaların “kültürel farklılıklara saygı duyma” ( $3,60 \pm 0,67$ ) ve “kültürlerarası etkileşimden zevk alma” ( $3,60 \pm 0,86$ ) boyutlarına verildiği; klinik liderlik ölçeği alt boyutları arasında ise en yüksek ortalamaların “hizmetlerin iyileştirilmesi” ( $2,53 \pm 0,35$ ) boyutuna verildiği görülmektedir. İki ölçeğin alt boyutları arasındaki korelasyon değerleri incelendiğinde ise kültürlerarası duyarlılık alt boyutları ile klinik liderlik alt boyutları arasındaki korelasyon değerlerinin oldukça düşük olduğu ve bazı alt boyutlar arasında ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Tablo 3.'te, araştırmaya katılan öğrencilerin kültürlerarası duyarlılık alt boyutlarına ilişkin algılarının klinik liderlik alt boyutlarına ilişkin algıları üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yürütülen regresyon analizi sonuçlarına yer verilmektedir.

Kültürlerarası duyarlılık alt boyutlarının klinik liderlik boyutlarından kişisel özellikler alanı üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yürütülen regresyon modeline ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde, regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler, modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ( $F=3,702$ ,  $p<0,05$ ). Kültürlerarası duyarlılık boyutlarının tamamı, katılımcıların kişisel özellikler alanı algılarındaki toplam varyansın %6,2'sini açıklamaktadır. Regresyon modelinde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde; katılımcıların, kültürlerarası farklılıklara saygı duyma ( $t=2,046$ ;  $p<0.05$ ) ve kültürlerarası etkileşimden zevk alma ( $t=2,236$ ;  $p<0.05$ ) düzeylerinin yükselmesinin, kişisel özellikler alanını istatistiksel olarak artırdığı ifade edilebilir. Standardize edilmiş regresyon katsayısına ( $\beta$ ) göre, yordayıcı değişkenlerin kişisel özellikler alanı üzerindeki görece önem sırası; kültürlerarası etkileşimden zevk alma, kültürel farklılıklara saygı duyma şeklinde devam etmektedir.

Kültürlerarası duyarlılık alt boyutlarının, klinik liderlik boyutlarından diğerleriyle çalışma alanı üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla, çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler, modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ( $F=4,682$ ,  $p<0.001$ ). Buna göre, kültürlerarası duyarlılık alt boyutlarının tamamı, diğerleriyle çalışma alanı algısındaki toplam varyansın %7,8'ini açıklamaktadır. Regresyon modelinde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde; katılımcıların, kültürlerarası etkileşimde özgüven ( $t=2,128$ ;  $p<0.05$ ) ve kültürlerarası etkileşimden zevk alma ( $t=2,813$ ;  $p<0.05$ ) düzeylerinin yükselmesi, diğerleriyle çalışma alanını istatistiksel olarak artırmaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına ( $\beta$ ) göre, yordayıcı değişkenlerin diğerleriyle çalışma alanı üzerindeki görece önem sırası, kültürlerarası etkileşimden zevk alma, kültürlerarası etkileşimde özgüven şeklinde devam etmektedir.

**Tablo 2. Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği Alt Boyutları İle Klinik Liderlik Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Değerleri**

Değişkenler	Ort.	SS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Kültürlerarası Etkileşime Katılım	3.24	0.45										
2. Kültürel Farklılıklara Saygı Duyma	3.60	0.67	.064									
3. Kültürlerarası Etkileşimde Özgüven	3.16	0.48	-.173**	.279**								
4. Kültürlerarası Etkileşimden Zevk Alma	3.60	0.86	.155**	.516**	.104							
5. Kültürlerarası Etkileşime Özen Gösterme	3.42	0.73	.223**	.313**	.173**	.350**						
6. Kişisel Özellikler Alanı	2.52	0.35	-.012*	.212*	.058	.212**	.053					
7. Diğerleriyle Çalışma Alanı	2.49	0.36	.027	.169**	.164**	.235**	.146*	.666**				
8. Hizmetlerin Yönetimi Alanı	2.52	0.36	.029*	.247*	.117*	.300*	.154**	.716**	.768**			
9. Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	2.53	0.35	.022	.138*	.027	.198**	.111	.670**	.713**	.747**		
10. Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	2.42	0.40	-.022	.127*	.162**	.208**	.069	.584**	.682**	.726**	.654**	

**Tablo 3. Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği Alt Boyutları İle Klinik Liderlik Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları**

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	Std. Hata	$\beta$	t	p
Kişisel Özellikler	(Sabit)	2,177	,226		9,616	<0.001
	Kültürlerarası Etkileşime Katılım	-,029	,048	-,038	-,610	,542
	Kültürel Farklılıklara Saygı Duyma	,075	,037	,145	2,046	,042
	Kültürlerarası Etkileşimde Özgüven	,001	,046	,001	,016	,987
	Kültürlerarası Etkileşimden Zevk Alma	,064	,028	,157	2,236	,026
	Kültürlerarası Etkileşime Özen Gösterme	-,018	,031	-,037	-,573	,567
	<b>R=0.250</b>	<b>R<sup>2</sup>=.062</b>	<b>F= 3,702</b>	<b>p=0.003</b>	<b>Durbin-Watson=1,572</b>	
Diğerleriyle Çalışma	(Sabit)	1,754	,230		7,630	<0.001
	Kültürlerarası Etkileşime Katılım	,005	,048	,007	,107	,915
	Kültürel Farklılıklara Saygı Duyma	,008	,037	,016	,221	,825
	Kültürlerarası Etkileşimde Özgüven	,099	,046	,132	2,128	,034
	Kültürlerarası Etkileşimden Zevk Alma	,081	,029	,195	2,813	,005
	Kültürlerarası Etkileşime Özen Gösterme	,024	,032	,049	,768	,443
	<b>R=.279</b>	<b>R<sup>2</sup>=.078</b>	<b>F=4,682</b>	<b>p&lt;0.001</b>	<b>Durbin-Watson=1,689</b>	
Hizmetlerin Yönetimi	(Sabit)	1,814	,229		7,919	<0.001
	Kültürlerarası Etkileşime Katılım	-,011	,048	-,013	-,219	,827
	Kültürel Farklılıklara Saygı Duyma	,055	,037	,103	1,489	,138
	Kültürlerarası Etkileşimde Özgüven	,042	,046	,055	,897	,370
	Kültürlerarası Etkileşimden Zevk Alma	,097	,029	,231	3,379	,001
	Kültürlerarası Etkileşime Özen Gösterme	,018	,032	,036	,569	,570
	<b>R=.326</b>	<b>R<sup>2</sup>=.106</b>	<b>F=6,609</b>	<b>p&lt;0.001</b>	<b>Durbin-Watson=1,619</b>	
Hizmetlerin İyileştirilmesi	(Sabit)	2,210	,229		9,654	<0.001
	Kültürlerarası Etkileşime Katılım	-,016	,048	-,021	-,341	,734
	Kültürel Farklılıklara Saygı Duyma	,023	,037	,045	,629	,530
	Kültürlerarası Etkileşimde Özgüven	-,011	,046	-,015	-,236	,814
	Kültürlerarası Etkileşimden Zevk Alma	,066	,029	,163	2,307	,022
	Kültürlerarası Etkileşime Özen Gösterme	,023	,032	,048	,740	,460
	<b>R=.207</b>	<b>R<sup>2</sup>=.043</b>	<b>F=2,501</b>	<b>p=0,031</b>	<b>Durbin-Watson=1,652</b>	
Yönlendirmelerin Kurgulanması	(Sabit)	1,828	,259		7,045	<0.001
	Kültürlerarası Etkileşime Katılım	-,023	,055	-,025	-,413	,680
	Kültürel Farklılıklara Saygı Duyma	-,008	,042	-,013	-,189	,850
	Kültürlerarası Etkileşimde Özgüven	,120	,052	,142	2,279	,023
	Kültürlerarası Etkileşimden Zevk Alma	,098	,033	,211	3,012	,003
	Kültürlerarası Etkileşime Özen Gösterme	-,011	,036	-,019	-,295	,768
	<b>R=.254</b>	<b>R<sup>2</sup>=.064</b>	<b>F=3,828</b>	<b>p=0.002</b>	<b>Durbin-Watson=1,884</b>	



Kültürlerarası duyarlılık alt boyutlarının, klinik liderlik boyutlarından hizmetlerin yönetimi alanı üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmış olup regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler, modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ( $F=6,609$ ,  $p<0.001$ ). Kültürlerarası duyarlılık alt boyutlarının tamamı, hizmetlerin yönetimi alanı algısındaki toplam varyansın %10,6'sını açıklamaktadır. Regresyon modelinde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde ise katılımcıların kültürlerarası etkileşimden zevk alma ( $t=3,379$ ;  $p<0.05$ ) düzeylerinin yükselmesinin, hizmetlerin yönetimi alanını istatistiksel olarak artırdığı görülmektedir.

Kültürlerarası duyarlılık alt boyutlarının klinik liderlik boyutlarından hizmetlerin iyileştirilmesi alanı üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler, modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ( $F=2,501$ ,  $p<0.05$ ). Buna göre kültürlerarası duyarlılık alt boyutlarının tamamı, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı algısındaki toplam varyansın %4,3'ünü açıklamaktadır. Regresyon modelinde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde; katılımcıların kültürlerarası etkileşimden zevk alma ( $t=2,307$ ;  $p<0.05$ ) düzeylerinin yükselmesinin hizmetlerin iyileştirilmesi alanını istatistiksel olarak artırdığı ifade edilebilir.

Son olarak; kültürlerarası duyarlılık alt boyutlarının, klinik liderlik boyutlarından yönlendirmelerin kurgulanması alanı üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler, modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ( $F=3,828$ ,  $p<0.05$ ). Buna göre, kültürlerarası duyarlılık alt boyutlarının tamamı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı algısındaki toplam varyansın %6,4'ünü açıklamaktadır. Regresyon modelinde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde ise katılımcıların kültürlerarası etkileşimde özgüven ( $t=2,279$ ;  $p<0.05$ ) ve kültürlerarası etkileşimden zevk alma ( $t=3,012$ ;  $p<0.05$ ) düzeylerinin yükselmesinin, yönlendirmelerin kurgulanması alanını istatistiksel olarak artırdığı ifade edilebilir. Standardize edilmiş regresyon katsayısına ( $\beta$ ) göre, yordayıcı değişkenlerin yönlendirmelerin kurgulanması alanı üzerindeki görece önem sırası; kültürlerarası etkileşimden zevk alma, kültürlerarası etkileşimde özgüven şeklinde devam etmektedir.

#### 4. TARTIŞMA

Profesyonel sağlık hizmeti sunumunun temelinde her hastanın kendi başına ayrı bir birey olduğu anlayışı vardır. Bu anlayış doğrultusunda; klinik liderlik, hizmet sunumu esnasında, hastalıktan çok hastaya odaklanmaktadır (O'Neill, 2013). Hemşirelik öğrencilerinin klinik liderlik özelliklerini ortaya çıkararak bakım vermede başarılı olabilmeleri için, kültürlerarası duyarlı bakış açısıyla hastalara hizmet vermeleri gerektiği düşünülmektedir. Literatür araştırmasında, hemşirelik öğrencilerine yönelik liderlik çalışmaları bulunmasına rağmen klinik liderlik alanında öğrencilere yönelik yapılmış çalışmaya ulaşılamamıştır. Yine literatür taramasında kültürel duyarlılık ile klinik liderlik ilişkisini ortaya koyan her hangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu sebeptendir ki araştırmada elde edilen bulgular, çalışan hemşirelerle yapılan araştırmalar ile kıyaslanarak tartışılmıştır.

Öğrencilerin kültürlerarası duyarlılık ölçeğinin tamamından aldıkları toplam puanın orta düzeyde olduğu ( $3.40\pm 0.63$ ), alt boyutları arasında ise en yüksek ortalamanın “kültürel farklılıklara saygı duyma” ve “kültürlerarası etkileşimden zevk alma”; en düşük ortalamasının ise “kültürlerarası etkileşime katılım” boyutlarından alındığı saptanmıştır (Tablo 2.). Bulduk ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir çalışmada; öğrencilerin kültürlerarası duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu ve alt boyutlar arasında ise en yüksek ortalamanın “kültürlerarası etkileşime katılım” ve en düşük ortalamasının da “kültürlerarası etkileşimden zevk alma” boyutlarından aldıkları belirlenmiştir. Uzun ve Sevinç'in (2015) yaptığı bir başka çalışmada ise çalışan hemşirelerin kültürlerarası duyarlılık puanlarının orta seviyede olduğu saptanmıştır. Yine, Kahraman ve Sancar (2017) tarafından yapılan bir başka çalışmada, sağlık çalışanlarının

kültürlerarası duyarlılık puanlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu çalışma, literatürdeki benzer araştırmalarla karşılaştırıldığında, diğer araştırmalarla benzer düzeyde olduğu saptanmış, ölçek alt boyutları arasında en yüksek ve en düşük puan ortalamalarına sahip alt boyutların ise değişiklik gösterdiği görülmektedir. Bireyin kültürü; sağlık bilgisini, sağlık algısını, sağlık davranışlarını, erken tanının önemini algılamayı, hastalığı kabullenmeyi, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı, sağlık personelleri ile iletişim kurma biçimini, sağlık çalışanlarının rollerine ilişkin görüşlerini, beklentilerini, sağlık hizmetindeki önerilenleri ve tedaviyi kabullenmelerini etkilemektedir (Temel, 2008). Dolayısıyla, kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu için kültürel farklılıkların dikkate alınması gerekmektedir. Sağlık bakımı, kültürel veriler üzerine temellenmedikçe, sunulan tedavi eksik kalacaktır (Tortumluoğlu vd., 2004). Türkiye gibi birçok kültürün birleştiği uluslarda/toplumalarda, hemşirelik bakımının temelini oluşturan önemli unsurlardan biri de kültürlerarası duyarlılıktır. Sağlık çalışanlarının kültürel duyarlılığı; hasta memnuniyeti, tedavi bağlılığı ve sağlık çıktıları ile pozitif ilişkilidir (O'Neill, 2013). Kültürel duyarlılığın sağlık hizmetlerini pozitif yönde etkileyeceği düşünülmekte ve bu duyarlılığa sahip klinisyenler aracılığıyla; sağlık personeli açısından mesleki hataların azalacağı, ayrımcı davranışların önleneyeceği, etkili, güvenilir, ekonomik ve kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulabileceği ifade edilmektedir. Yapılan bilimsel çalışmalar, sağlık hizmetinin kültürel olarak yeterli şekilde sunulması ile birlikte; hasta - hemşire iletişiminin olumlu yönde etkileneceğini, hasta memnuniyetinin ve tedaviye bağlılığın artacağını, ırksal ve etnik eşitsizliklerin azalacağını ortaya koymaktadır (Na'Poles vd., 2011; Owiti vd., 2014).

Araştırmaya katılan öğrencilerin klinik liderlik ölçeğinden yüksek düzeyde puan aldıkları ( $2.49 \pm 0.36$ ) ve alt boyutları arasında ise en yüksek ortalamanın "hizmetlerin iyileştirilmesi" en düşük ortalamanın ise "yönlendirmelerin kurgulanması" alanında olduğu saptanmıştır (Tablo 2.). Özer ve arkadaşlarının (2018) çalışan hemşireler ile yaptıkları çalışmada, klinik liderlik toplam ölçeğinden ( $2.56 \pm 0.52$ ) puan, alt boyutları arasında ise en yüksek ortalamanın "hizmetlerin yönetimi" alanında, en düşük ortalamanın "diğerleri ile çalışma" alanında alındığı belirlenmiştir. Yine, Budak'ın çalışmasında; çalışan hemşirelerin klinik liderlik puanlarının oldukça yüksek olduğu ve hemşirelerin, ölçek alt boyutlarından en yüksek ortalamayı "kişisel özellikler" alanından, en düşük ortalamayı ise "yönlendirmelerin kurgulanması" alanından aldıkları belirlenmiştir (Budak, 2016). Yüksek standartlarda sağlık bakım hizmeti sunabilmenin gereği olan etkili bir klinik liderlik adına, hemşirelerin; ölçeğin alt boyutlarından "kişisel özellikler" alanında, kendi değerlerini, güçlü yönlerini ve yeteneklerini belirlemeye ihtiyaç duydukları; "diğerleriyle çalışma" alanında, hizmetlerin sunum ve gelişimini sağlamak için, takımlar ve çalışma ağları içinde diğerleriyle birlikte çalışmaya ihtiyaç duydukları; "hizmetlerin yönetimi" alanında, birlikte çalıştıkları organizasyonların başarısına odaklanmaları gerektiği; "hizmetin iyileştirilmesi" alanında, yüksek kalitede hizmet sunumuyla ve hizmet sunumunun gelişimini sağlayarak, insan sağlığında gerçek bir fark yaratmaları gerektiği; "yönlendirmelerin kurgulanması" alanında ise organizasyonun amaç ve stratejilerine katkıda bulunarak ve örgütsel değerlere uyumlu bir şekilde hareket ederek liderlik özellikleri göstermeleri gerektiği ifade edilmektedir (Budak, 2016; Budak, 2018). Klinik liderlik, hizmet sunumunda ve yüksek kaliteli klinik bakımın teşvik edilmesinde, mükemmelliğe ulaşabilmek adına, hizmetlerin dönüştürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Warren ve Carnall, 2010). Bütün bu veriler ışığında, bu çalışma, literatürdeki diğer araştırmalar ile karşılaştırıldığında, benzer sonuçlar elde edilmiştir. Her ne kadar klinik liderlik algılarının yaş, liderlik ve klinik liderlik eğitimi, deneyim ve başarı ile artacağı düşünülse de hemşirelik öğrencilerinin gerek mesleki eğitim ve gerekse kişisel gelişimleri göz önünde bulundurulduğunda, klinik liderlik ölçeğinden yüksek puan almaları, göz ardı edilmeyecek bir sonuçtur.

Yapılan korelasyon analizinde, kültürlerarası duyarlılık ile klinik liderlik ölçeği alt boyutları arasında, pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu ve bazı alt boyutlar arasında ise ilişkinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 2.). Bir başka ifade ile hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılıkları artıkça, klinik liderlik özelliklerinde az da olsa bir artış söz konusu olmaktadır.

Kültürlerarası duyarlılık özelliklerinin klinik liderlik ölçeği alt boyutları üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yürütülen regresyon modeline ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde ise, regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler, modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 3.). Sonuç olarak, klinik liderlik özellikleri üzerinde kültürlerarası duyarlılığın anlamlı bir etkisinin olduğu saptanmıştır.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnsan sağlığının korunması, geliştirilmesi ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında önemli rol oynayan hemşirelik mesleğini icra eden hemşirelerin kültürel duyarlılıklarını artırmaları ve klinik liderlik özellikleri kazanmaları; sağlık hizmet sunumun etkililiği, verimliliği ve kalitesi açısından son derece önemlidir. Özellikle, hemşirelik eğitimlerinin; öğrencilerin kültürel duyarlılık algılarını ve klinik liderlik özelliklerini geliştirmeleri doğrultusunda planlanması ve yapılandırılması, mesleki açıdan hizmet sunumundaki kalitenin gelişimi adına önem arz etmektedir. Bu bağlamda, yapılmış olan bu çalışma; bu planlamaların bilimsel veriler ışığında yapılabilmesine olanak sağlayacaktır. Bu çalışma neticesinde; hemşirelik öğrencilerinin kültürel duyarlılık puan ortalamalarının orta düzeyde, klinik liderlik özelliklerine ait ortalama puanlarının ise yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kültürlerarası duyarlılığın klinik liderlik özellikleri üzerine olumlu etkileri olduğu sonucuna varılmıştır. Dolayısıyla, hemşirelerin kültürel duyarlılık algılarındaki pozitif yöndeki artışın, klinik liderlik özelliklerini de artırdığını ifade etmek mümkündür.

Elde edilen bulgular neticesinde; kaliteli hasta bakımının sunulması için hemşirelik öğrencilerinin eğitim müfredatlarında kültürlerarası duyarlılık ve klinik liderlik eğitimlerine yer verilmesi ve mezuniyet sonrası bu alanlarla ilgili farkındalık yaratan eğitim programlarının düzenlenmesi gerektiği ve yine kültürlerarası duyarlılığın klinik liderlik özellikleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla, benzer çalışmaların başka örneklem grupları üzerinde de yapılması gerektiği düşünülmekte ve önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Aksayan, S. ve Hayran, O. (1992) Sağlık, Hastalık ve Kültür. *Sendrom*, 4(2): 12-14.
- Alpar, R. (2014). *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik-SPSS'de Çözümleme Adımları ile Birlikte (3. Baskı)*. Detay Yayıncılık: Ankara.
- Budak, F. (2016). *Klinik Liderlik Ölçeğinin Türkçe Geçerlik Güvenilirlik Çalışması: Niğde İli Kamu Hastaneleri Birliği Örneği*. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora Tezi: Ankara.
- Budak, F. (2018). *Sağlık Yönetiminde Klinik Liderlik*. Siyasal Kitabevi: Ankara.
- Budak, F. (2019). Sağlık ve Sağlık Statüsü Belirleyicileri. İçinde F. Budak (Ed.), *Sağlık Statüsü Belirleyicileri*. Siyasal Kitabevi: Ankara.
- Bulduk, S. Tosun, H. ve Ardic, E. (2011). Türkçe Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği'nin hemşirelik öğrencilerinde ölçümsel özellikleri. *Türkiye Klinikleri J Med Ethic*, 19(1): 25-31.
- Bulduk, S. Usta, E. ve Dinçer, Y. (2017). Kültürlerarası duyarlılık ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Bir Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Örneği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2): 73-77.
- Chen, G. ve Starosta, W.J. (1996). Intercultural Communication Competence: A Synthesis. *Annals of the International Communication Association*, 19(1): 353-383.

- Frankel, A. (2009). What leadership styles should senior nurses develop?. *Nursing Times*, 104(35): 23-4.
- Kahraman, N. ve Sancar, O. (2017). Sağlık Çalışanlarının Kültürel Duyarlılığı. *Uluslararası Hakemli İletişim ve Edebiyat Araştırmaları Dergisi*, 1(15): 107-134.
- Koçel, T. (2011). *İşletme Yöneticiliği (13. Baskı)*. Beta Basım Yayım Dağıtım: İstanbul.
- Leininger, M. ve McFarland, M.R. (2002). *Transcultural Nursing, concepts, theories, research, and practice (Third edition)*. McGray Hill Medical Publishing Division.
- Lett, M. (2002). The concept of clinical leadership. *Contemporary Nurse*, 12(1): 16-20.
- Na'Poles, A.M. Santoyo-Olsson, J. Farren, G. Olmstead, J. Cabral, R. Ross, B. Gregorich, S.E. ve Stewart, A.L. (2011). The patient-reported Clinicians Cultural Sensitivity Survey: a field test among older Latino primary care Patients. *Health Expectations*, 15(1): 63-77.
- NHS. (2012). *Clinical Leadership Competency Framework: Self Assessment Tool*. NHS Leadership Academy: Leeds.
- NHS. (2013). *Healthcare Leadership Model: The Nine Dimensions of Leadership Behaviour*. NHS Leadership Academy: Leeds.
- Nicol, E.D. (2012). Improving clinical leadership and management in the NHS. *Journal of Healthcare Leadership*, 2012(4): 59-69.
- O'Neill, K. (2013). *Patient-centred leadership: rediscovering our purpose*. The King's Fund: London.
- Owiti, J. Ajaz, A. Ascoli, M. De Jongh, B. Palinski, A. ve Bhui, K. (2014). Cultural consultation as a model for training multidisciplinary mental healthcare professionals in cultural competence skills: preliminary results. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(9): 814-826.
- Özer, Ö. Budak, F. Şentürk, S. ve Gün Ç. (2018). Hekim ve hemşirelerin klinik liderlik algılarının sosyodemografik değişkenler açısından incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15(2): 99-105.
- Öztürk, E. ve Öztaş, D. (2012). Transkültürel hemşirelik. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*, 1(1): 293-300.
- Stanley, D.J. (2012). Clinical leadership and innovation. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(2): 119-126.
- Tanrıverdi, G. (2014). Kültürel Duyarlılık. İçinde Ü. Seviğ ve G. Tanrıverdi (Ed.), *Kültürlerarası Hemşirelik*. Akademi Basın ve Yayıncılık: İstanbul.
- Temel, A.B. (2008). Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2): 92-101.
- Tortumluoğlu, G. Okanlı, A. ve Özer, N. (2004). Hemşirelik bakımında kültürel yaklaşım ve önemi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1(1): 1-12.
- Tucker, C.M. Nghiem, K.N. ve Marsiske, M. (2013). Validation of a patient-centered culturally sensitive health care provider inventory using a national sample of adult patients. *Patient Education And Counseling*, 91(3): :344-349.
- Uzun, Ö. ve Sevinç, S. (2015). The relationship between cultural sensitivity and perceived stress among nurses working with foreign patients. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1): 3400-3408.
- Üstün, E. (2011). *Öğretmen Adaylarının Kültürlerarası Duyarlılık ve Etnikmerkezçilik Düzeylerini Etkileyen Etmenler*. Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,

Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Eğitim Programları ve Öğretim Yüksek Lisans Programı,  
Yüksek Lisans Tezi: İstanbul.

Warren, O.J. ve Carnall, R. (2010). Medical Leadership: Why It's Important, What is Required,  
and How We Develop It. *Postgraduate Medical Journal*, 87(1023): 27-32.

WHO. (1946). *The International Health Conference*. New York: 19 Haziran – 22 Temmuz.

Yılmaz, H. ve Kantek, F. (2016). Türkiye'deki Yönetici Hemşirelerin Liderlik Tarzları:  
Literatür İnceleme. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(3): 110-117.

Uçar, T. (2020). Hastane Tercihinde Sosyal Medyanın Etkisine Yönelik Bir Araştırma, *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 28-42

*Araştırma / Research*

*Makale Geliş Tarihi: 30.09.2019*  
*Makale Kabul Tarihi: 01.11.2019*

## HASTANE TERCİHİNDE SOSYAL MEDYANIN ETKİSİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA



<https://doi.org/10.35345/johmal.625718>

Türkan UÇAR<sup>1</sup>

### ÖZET

Bu araştırmanın amacı; sağlık hizmetlerinin tercih edilmesinde sosyal medya etkisinin incelenmesidir. Bu kapsamda sağlık işletmelerinin oluşturdukları sosyal ağlar üzerinden; sağlık hizmeti arayış düzeyi, sağlık tavsiyeleri, hastanelerin sosyal medya hesaplarına güvenilirlik ve kullanıcıların satın alma niyetinin araştırılması amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan sağlığı ile ilgili olması, toplumun her bireyinin bu hizmete ihtiyaç duyması sağlık hizmetlerinin toplumu oluşturan her birey tarafından değerlendirilmesine, sağlık hizmet sunucularının paylaşımlarına ilgi duymasına neden olmaktadır. Bu çalışma sonucunda sağlık kurumlarının sosyal medya hesaplarının rolü ortaya konulmaya çalışılacaktır. Bu yönüyle sağlık kurumlarının sosyal medya hesaplarının kullanılmasının; tüketicilerin sosyal medya arayış düzeyi, sosyal medyada sağlık tavsiyeleri, sağlık kurumlarının sosyal medya hesaplarından bilgi edinme ve sağlık hizmeti satın alma niyetinin araştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Araştırmada, ilişkisel tarama modeli ve nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Konya ilinde yaşayan sosyal medya kullanıcıları oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü 384 kişi olarak belirlenmiş olup, örneklem seçiminde kolayda örneklem seçimi tercih edilmiştir. Bu çalışmada sosyal medyada hastane arayışına ne sıklıkla başvurulduğu, hastanelerin sosyal medya hesaplarından bilgi edinme düzeyi ve sosyal medya hesaplarına güvenilirlik boyutlarının hastane tercihi ve satın alma niyeti üzerine etkileri araştırılmıştır. Değişkenlerin analizinde, One Way Anova ve Independent Sample t-test analizlerinin yanında hastanelerin sosyal medya hesaplarından bilgi edinme düzeyi ve sosyal medya hesaplarına güvenilirliğin satın alma niyetine olan etkisinin araştırılması için regresyon analizinden faydalanılmıştır. Çalışmada; hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarından hastane arayış düzeyi, sosyal medyadan hastane arama, sosyal medyada sağlık tavsiyeleri, bilgi edinme, sosyal medya hesaplarına güvenilirlik algılarının satın alma niyeti üzerindeki etkisi, regresyon analizi ile açıklanmaya çalışılmıştır. Regresyon analizine göre hastanelerden sağlık hizmeti satın alma niyetini; hastane arayış düzeyi %12,5 oranında, hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarına bakma %13,7 oranında, sağlık tavsiyeleri %44,1 oranında, sosyal medya üzerinden bilgi edinme %53,3 oranında, hastanelerin sosyal medya hesaplarına güvenilirlik %44,6 oranında açıklayabilmektedir. Hastanelerin kendi sosyal medya üzerinden paylaştıkları gönderiler açısından bireylerin bilgi edinme (alakalı olma (%35,6), anlaşılır olma (%40,8), doğru olma (%37,4), eksiksiz olma (%40,3), güncel olma (%40,5) düzeylerinin satın alma niyeti üzerinde olumlu etkisinin bulunduğu ortaya çıkmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Hastane, İletişim, Sosyal Medya, Satın alma niyeti

<sup>1</sup> Halkla İlişkiler ve Reklamcılık Uzmanı, turkan.uc@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9729-5591>

## A RESEARCH ON THE PREFERENCE OF SOCIAL MEDIA IN HOSPITAL PREFERENCES

### ABSTRACT

The aim of this study is to investigate the effect of social media on the choice of health services. In this context, it was aimed to investigate the level of seeking health services, the health recommendations, the reliability of the social media accounts of the hospitals and the intention of purchasing the users through the social networks established by the health enterprises. The fact that health services are directly related to human health, and that every individual in the society needs this service causes health services to be evaluated by every individual who makes up the society and makes them interested in the sharing of health service providers. As a result of this study, the role of social media accounts of health institutions will be put forward. In this respect, the use of social media accounts of health institutions; It is thought that it is important to investigate the level of consumers' search for social media, health recommendations on social media, information from health institutions' social media accounts and their intention to purchase health services. Relational survey model and quantitative research method were used in the study. The population of the study consists of social media users living in Konya. The sample size was determined as 384 people and the sample selection was preferred in the sample selection. In this study, it was investigated how often it is used in the search for a hospital in social media, the level of obtaining information from the social media accounts of the hospitals and the reliability dimensions of the social media accounts on the hospital preference and purchase intention. In the analysis of the variables, in addition to the OneWayAnova and IndependentSample t-test analyzes, regression analysis was used to investigate the level of information obtained from hospitals' social media accounts and the effect of reliability on social media accounts on purchasing intention. *In the study; Regression analysis was used to explain the level of hospital search from hospitals' own social media accounts, hospital search from social media, health advices on social media, information acquisition, the effect of perception of reliability on social media accounts on purchasing intention. According to the regression analysis, the intention of purchasing health care from hospitals; 12.5% of hospital search levels, 13.7% of hospitals looking at their own social media accounts, 44.1% of health advices, 53.3% of acquiring information on social media, and 44.6% of hospitals' social media accounts It could be explained.* In terms of the posts shared by the hospitals on their own social media, individuals were informed about the information (being relevant (35.6%), being understandable (40.8%), being correct (37.4%), being complete (40.3%), up to date (40.5%)) has a positive effect on purchase intention.

**Keywords:** Health, Hospital, Communication, Social Media, Purchase Intention

### 1. GİRİŞ

Sağlık hizmeti, insan sağlığını korumanın yanında, işlevlerde bozulma veya eksilme olması durumunda yapılan her türlü tıbbi müdahaleyi içermektedir. Sağlık hizmetlerinin kapsam ve amacı ise birey ve toplum sağlığını korumaktır. Bu amaca ulaşabilmek için toplumu oluşturan her bireyin sağlık hizmetlerine erişme ve yararlanabilmesi için, birey beklentilerine uygun olarak ucuz ve kaliteli sağlık hizmetinin yanında eşit ulaşılabilir olması gerekmektedir (Dirican, 1990: 48; Satı, 2018). Sağlık her birey için vazgeçilmez bir olgudur. Bireylerin doğuştan itibaren arzu duydukları en önemli durum sağlıklı bir şekilde hayatlarını devam ettirmektedir. Sağlık hakkı en önemli insan hakkı olup, bu hakkın ertelenmesinin ve devredilmesinin mümkün olmadığı kabul edilmektedir (Dedeoğaç, 2008; 21). Bireylerin sağlıklı olabilmek adına sergiledikleri tüm davranışlar sağlık davranışı olarak adlandırılır (Şen ve ark, 2017: 2). Sağlık davranışı aynı zamanda sağlıklarını kontrol etme ve sağlıklarına verdikleri önemi göstermektedir. Bu durum bireyin sağlıkla ilişkili eylemlerini göstermektedir. Sağlık davranışlarının pekiştirilmesi ise, toplumsal ve çevresel etmenlerin yanında, çevresel ve toplumsal etmenlerle birlikte geçmiş deneyim ve öznel standartlara da bağlıdır (Bulduklu 2010: 77).

Toplumu oluşturan tüm bireyler aynı zamanda sağlıkla ilgili iletişim kurmakta, sağlık iletişimi konusunda etkileşim içerisinde olmaktadır. Bireyler sağlık iletişimi sayesinde bilgi paylaşımında bulunmakta, karşılıklı bilgi alışverişi yapmakta, sağlıkla ilgili içerikleri incelemekte ve bu çerçevede etkilenmektedir (Şengün, 2016: 39). Sağlık iletişimi sürecinde bilgiler paylaşılmakta, bireyler etkilenerek iletişim sürecine dahil edilmektedir (Schiavo, 2007: 6; Şengün, 2016: 39). Sağlık kurumları açısından bakıldığında da, kurumun sahip olduğu tecrübe, kurum yapısı, teknolojik yapı ön plana çıkmakta olup, söz konusu değerlerin ifade edilmesi, duyurulması ve kamuoyunun bilgilendirilmesi gerekmektedir (Aksoy ve Bayramoğlu,

2008: 87). Böylece sağlık kurumlarının olumlu imajı ön plana çıkacak, sağlık ihtiyacı olanların dikkatini çekecek ve imaj oluşumuna katkı sağlayacaktır. Böylece sağlık hizmetinin satın alınması sağlık ihtiyacı olanlar açısından kolaylaşacaktır (Tontuş, 2015: 27).

Sağlık kurumları kurumsal bir kimliğin elde edilmesi ve sosyal pazarlama anlayışının sağlanabilmesi için kurum içi uygulama çalışmalarının yanında, sağlık hizmetine ihtiyaç duyanların istek ve arzularına yanıt verecek stratejiler geliştirmektedir(Ünaldı, 2015: 101). Pazarlama stratejisini önemseyen sağlık kurumları faaliyetlerini; kime yönlendireceğini bilen, hedef kitle ile iletişim kurabilen ve hastaya yanıt verebilen kurumlardır. Sağlık kurumları açısından sürdürülebilir memnuniyet, optimum seviyede memnun olmuş hasta ve hasta yakınları olup, bu memnuniyet kurum kültürü haline getirilmektedir (Karafakioğlu, 1998: 57). Kurumlar ve bu kurumların üretmiş olduğu hizmetlere olan ihtiyacın sürekliliği sadık bir tüketici kitlesi ile mümkündür. Bunun yanında yapılacak tanıtım faaliyetleri; hedef kitle ile hizmetin bir araya getirilmesi, tüketici tercihinin sağlanması, sunulan hizmetten haber edilmesini sağlamaya yöneliktir (Elden, 2009: 367).

Günümüzün teknolojik gelişmelerine bağlı olarak internet yaygınlaşmış, iletişime yönelik mesajlar cep telefonlarımıza kadar girmiştir. Buna bağlı olarak sağlıkla ilgili mesajlarda da artış olmuştur. Bireyler ise sağlık sorunları ile ilgili bilgi ve araştırmalarını internet üzerinden kolayca yapar hale gelmiştir (Koçak ve Bulduklu, 2010: 6; İlgün ve Uğurluoğlu, 2019: 34). Özellikle günümüzde yoğun olarak kullanılan sosyal medya araçları toplum ve bireyler üzerinde oldukça etkilidir. Bireylerin sosyal medya kullanımları kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte, insanların kişisel özelliklerine göre sosyal medya hesaplarından beklentileri de farklıdır (Demirkol, 2017: 130). Sosyal ağların kullanıldığı en önemli alanlardan bir tanesi de ürün ve hizmet pazarlamasıdır. İnternet teknolojilerinin geldiği boyuta bakıldığında, günümüzde artık tüketim alışkanlıklarının yanında iletişim ortamları ve iletişim araçlarının da değiştiği görülmüştür (Canöz, 2016: 36). Bunun yanında müşteriler ürün ve hizmetler hakkında daha kolay bilgi edinir hale gelmiş, işletmelerin yapısı her geçen gün değişmeye başlamıştır (Köksal ve Özdemir 2013: 323-337).

## 2. GEREÇ ve YÖNTEM

Sosyal medyanın hayatımıza girmesi ile sağlık hizmeti tercihinde sosyal medya etkili olmaya başlamış, tüketiciler sosyal medya hesaplarını daha yoğun kullanması gündeme gelmiştir. Sosyal medyayı kullanan sektörlerden bir tanesi de sağlık kurumlarıdır. Buradan hareketle bu araştırmanın sorununu tüketicilerin, hastanelerin sosyal medya hesapları üzerinden hastane arayış düzeyi, sosyal medyada sağlık tavsiyeleri, hastanelerin sosyal medya hesaplarından bilgi edinme, hastanelerin sosyal medya hesaplarına güvenirlilik ve sağlık hizmeti satın alma niyetinin olup olmadığının belirlenmesi oluşturmaktadır. Sağlık kurumları sosyal medyayı yoğun olarak kullanan sektörler arasında yer almaktadır.

Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan sağlığı ile ilgili olması, toplumun her bireyinin bu hizmete ihtiyaç duyması sağlık hizmetlerinin toplumu oluşturan her birey tarafından değerlendirilmesine, sağlık hizmet sunucularının paylaşımlarına ilgi duymasına neden olmaktadır. Bu çalışma sonucunda sağlık kurumlarının sosyal medya hesaplarının rolü ortaya konulmaya çalışılacaktır. Bu yönüyle sağlık kurumlarının sosyal medya hesaplarının kullanılmasının; tüketicilerin sosyal medya arayış düzeyi, sosyal medyada sağlık tavsiyeleri, sağlık kurumlarının sosyal medya hesaplarından bilgi edinme ve sağlık hizmeti satın alma niyetinin araştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada, ilişkisel tarama modeli ve nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Konya ilinde yaşayan sosyal medya kullanıcıları oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün tespit edilmesinde, %95 güven aralığına göre örneklem büyüklüğü 384 kişi olarak belirlenmiş, örneklem seçiminde kolayda örneklem seçimi yöntemi tercih edilmiştir. Anket çalışması Eylül-Ekim 2018 döneminde yapılmış, anket formları araştırmacı tarafından bizzat yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur.



Çalışmada kullanılan ve sosyal medya kullanıcılarının hastane tercihinde sosyal medyanın etkisinin araştırıldığı ölçeğin güvenilirliğinin test edilmesi için 90 kişi ile ön çalışma yapılmış, yapılan çalışma sonucunda elde edilen bulgulara göre Cronbach'ın Alfa katsayısı bulunmuştur. Güvenirlik ölçütü olarak kabul edilen Cronbach'ın Alfa katsayısının 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır. Değer 1'e yaklaştıkça güvenilirliğin arttığı kabul edilmekte olup, 0,7'nin üzerindeki değerler iyi bir güvenilirliğe işaret etmektedir. Ön çalışmada Cronbach'ın Alfa değeri 0,957 olarak bulunmuş olup, Cronbach'ın Alfa değerini gösteren çizelge aşağıda yer almaktadır.

**Çizelge 1.1:** Çalışmada kullanılan Cronbach'ın Alfa değeri

Güvenilirlik İstatistikleri		
Cronbach's Alpha	Standartlaştırılmış Ögelere Dayalı Cronbach Alpha	Anketteki İfade Sayısı
,957	,958	28

Çalışmada veri toplama aracının geçerliliğini belirlemek için faktör analizine başvurulmuş, faktör analizi sonucunda anket ifadelerinin faktörleşme yapısı incelenmiştir. Faktör analizi öncesinde ise örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olup olmadığını inceleyebilmek için KMO (Kayser-Mayer-Olkin) örneklem büyüklüğü ve Barlett küresellik testine başvurulmuştur. KMO değerinin 0,60 ile 1 arasında bir değer alması, genel olarak kabul gören bir durum olup, yapmış olduğumuz ön çalışmamızda KMO değeri 0,823 olarak elde edilmiş, Barlett küresellik testinin anlamlılık düzeyi 0,000 olarak anlamlı bulunmuştur. Elde edilen değerlere göre faktör analizi yapmaya uygun bir veri seti bulunmuştur.

**Çizelge 1.2:** Çalışmada kullanılan Cronbach'ın Alfa değeri

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,823
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1731,236
	df	378
	Sig.	,000

Genel olarak toplam varyans değerinin %50'nin üzerinde olması beklenmekte olup, çalışmada varyansın toplam değeri %81,54 olarak bulunmuştur.

Değişkenlerin analizinde, tanımlayıcı istatistiklerin yanında demografik verilere göre bilgi edinme, güvenilirlik ve satın alma niyeti üzerinde farklılık olup olmadığını araştırılması için One Way Anova ve Independent Sample t-test analizlerine başvurulmuştur. Bu analizlerin yanında hastanelerin sosyal medya hesaplarından bilgi edinme düzeyi ve sosyal medya hesaplarına güvenilirliğin satın alma niyetine olan etkisinin araştırılması için regresyon analizinden faydalanılmıştır.

### 3. BULGULAR

Katılımcılardan 172 (%44,8)'si kadın, 212 (%55,2)'si erkektir. Katılımcıların 129 (%33,6)'u 18-25 yaş, 62 (%16,1)'si 26-35 yaş, 71 (%18,5)'i 36-45 yaş, 44 (%11,5)'ü 46-55 yaş, 78 (%20,3)'i 55 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların 186 (%48,4)'sı evli, 198 (%51,6)'i bekar olup, 83 (%21,6)'ü 1.600 ve altında gelire, 59 (%15,4)'ü 1.601-3.000 arası gelire, 88 (%22,9)'i 3.001-4.500 arası gelire, 61 (%15,9)'i 4.501-6.000 arası gelire, 93 (%24,2)'ü 6.001 Türk Lirası ve üzeri gelire sahiptir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde ise, 23 (%6,0)'ü ilköğretim, 136 (%35,4)'sı ortaöğretim, 199 (%51,8)'ü üniversite, 26 (%6,8)'sı yüksek lisans/doktora mezunudur.

**Çizelge 1.3:** Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı

Demografik özellikler		Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyetiniz	Kadın	172	44,8
	Erkek	212	55,2
	Toplam	384	100
Yaşınız	18-25 Yaş	129	33,6
	26-35 Yaş	62	16,1
	36-45 Yaş	71	18,5
	46-55 Yaş	44	11,5
	55 Yaş ve Üstü	78	20,3
	Toplam	384	100
Medeni Durum	Evli	186	48,4
	Bekar	198	51,6
	Toplam	384	100
Gelir Düzeyi	1600 ve Altı	83	21,6
	1601-3000 Arası	59	15,4
	3001-4500 Arası	88	22,9
	4501-6000 Arası	61	15,9
	6001 ve Üstü	93	24,2
	Toplam	384	100
Eğitim Durumu	İlköğretim	23	6
	Ortaöğretim	136	35,4
	Üniversite	199	51,8
	Yüksek Lisans/Doktora	26	6,8
	Toplam	384	100

Katılımcılardan 383 (%99,7)'ü sosyal medya kullandığını ifade ederken, 1 (%0,3)'i sosyal medya platformlarını kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların 6 (%1,6)'sı sosyal medyada zaman geçirmezken, 111 (%28,9)'i 2 saatten az, 157 (%40,9)'si 2-4 saat arasında, 78 (%20,3)'i 5-7 saat arasında, 32 (%8,3)'si 8 saat ve üzerinde sosyal medyada zaman geçirmektedir. En sık ziyaret edilen sosyal ağlar arasında ise 113 (%29,4) kişi ile Facebook, 208 (%54,2) kişi ile Instagram, 7 (%1,8) kişi ile Printrest, 26 (%6,8) kişi ile Twitter, 26 (%6,8) kişi ile Youtube, 4 (%1,0) kişi ile diğer sosyal ağlar gelmektedir.

**Çizelge 1.4:** Katılımcıların sosyal medya kullanım düzeyi

Katılımcıların sosyal medya kullanım düzeyi		Frekans (n)	Yüzde (%)
Sosyal medya kullanma	Evet	383	99,7
	Hayır	1	0,3
	Toplam	384	100
Sosyal Medyada vakit geçirme süresi	Hiç	6	1,6
	2 Saatten Az	111	28,9
	2-4 Saat	157	40,9
	5-7 Saat	78	20,3
	8 Saat ve Üstü	32	8,3
	Toplam	384	100
En sık ziyaret edilen ağlar	Facebook	113	29,4
	Instagram	208	54,2
	Pinterest	7	1,8
	Twitter	26	6,8
	Youtube	26	6,8
	Diğer	4	1
Toplam	384	100	

Hastane tercihinde sosyal medya kullanımına yönelik anket formu; hastane arayışı ile ilgili ifadeler, hastane/hekim seçimine yönelik ifadeler, sosyal medyada sağlık tavsiyelerine yönelik ifadeler, sosyal medya hesaplarının bilgi alaka düzeyine yönelik ifadeler(sosyal medya hesaplarının bilgi anlaşılabilirlik düzeyine yönelik ifadeler, sosyal medya hesaplarının bilgi doğruluğunu ölçmeye yönelik ifadeler, sosyal medya hesaplarının bilgi bütünlüğünü ölçmeye yönelik ifadeler, sosyal medya hesaplarının bilgi zamanlamasını ölçmeye yönelik ifadeler), sosyal medya hesaplarının güvenilirliğini ölçmeye yönelik ifadeler ve sosyal medya hesaplarının satın alma niyetini ölçmeye yönelik ifadelerden oluşmaktadır.

**Çizelge 1.5: Tanımlayıcı istatistikleri**

<b>Hastane arayışı ile ilgili ifadeler</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Std. Sap.</b>
Hastanenin kendi internet sitesine bakarım.	384	2,6901	1,3788
Hastanenin kendi sosyal medya hesaplarına bakarım. (Facebook, Twitter, Instagram v.b. hesapları)	384	2,4531	1,27555
Hastane hakkında çıkan haberlere bakarım.	384	3,0417	1,29805
Hastane hakkında yazılmış yorumlara bakarım.	384	3,2057	1,33906
Hastane ile ilgili tanıdıklarına danışırım.	384	3,7734	1,22559
<b>ORTALAMA</b>		<b>3,0328</b>	
<b>Hastane hekim seçimine yönelik ifadeler</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Std. Sap.</b>
Önce hastaneyi seçer, sonra hastanedeki doktorlardan birini seçerim.	384	3,0729	1,41602
Önce doktoru seçer, doktor hangi hastanedeyse o hastaneyi seçerim.	384	3,5911	1,33912
<b>ORTALAMA</b>		<b>3,332</b>	
<b>Sosyal Medyada sağlık tavsiyelerine yönelik ifadeler</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Std. Sap.</b>
Gittiğim hastaneden memnun kalırsam bunu sosyal medya aracılığı ile paylaşıyorum.	384	2,6432	1,39948
İnsanların sağlıkla ilgili sosyal medya paylaşımları benim için önemlidir.	384	3,1276	1,2833
Sağlıkla ilgili bütün araştırmalarımı sosyal medya aracılığı ile yaparım.	384	2,7292	1,2742
Sosyal medyada gördüğüm sağlık paylaşımlarını dikkate alırım	384	3,2292	1,27829
Gittiğim hastaneden memnun kalmazsam bunu sosyal medya aracılığı ile paylaşıyorum.	384	3,0755	1,33717
<b>ORTALAMA</b>		<b>2,96094</b>	
<b>BİLGİ EDİNME ÖLÇEĞİ</b>			
<b>Sosyal medya hesaplarının bilgi alaka düzeyine yönelik ifadeler</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Std. Sap.</b>
Hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarında paylaştıkları gönderiler ihtiyaçlarım ile alakalı bilgiler sunar.	384	3,2839	1,18747
Hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarında paylaştıkları gönderiler bilgi edinme ihtiyaçlarımı karşılamak için uygundur.	384	3,3854	1,18405
<b>ORTALAMA</b>		<b>3,33465</b>	
<b>Sosyal medya hesaplarının bilgi anlaşılabilirlik düzeyini ölçen ifadeler</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Std. Sap.</b>
Hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarında paylaştıkları gönderilerin anlaşılması kolaydır.	384	3,3776	1,14742
Hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarında paylaştıkları gönderiler açık ve nettir.	384	3,2396	1,20265

**Çizelge 1.5:** Tanımlayıcı istatistikleri (Devamı)

<b>ORTALAMA</b>		<b>3,3086</b>		
<i>Sosyal medya hesaplarının bilgi doğruluğunu ölçmeye yönelik ifadeler</i>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Std. Sap.</b>	
Hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarında paylaştıkları bilgiler doğrudur.	384	3,2448	1,14826	
Hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarında paylaştıkları bilgiler hatasızdır.	384	3,0964	1,25936	
<b>ORTALAMA</b>		<b>3,1706</b>		
<i>Sosyal medya hesaplarının bilgi bütünlüğünü ölçmeye yönelik ifadeler</i>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Std. Sap.</b>	
Hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarında paylaştıkları bilgiler yeterince detaylıdır.	384	3,1458	1,22617	
Hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarında paylaştıkları bilgiler yeterli çeşitliliktedir.	384	3,1484	1,19893	
<b>ORTALAMA</b>		<b>3,1471</b>		
<i>Sosyal medya hesaplarının bilgi zamanlamasını ölçmeye yönelik ifadeler</i>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Std. Sap.</b>	
Hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarında paylaştıkları bilgiler günceldir.	384	3,2813	1,20446	
Hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarında paylaştıkları bilgiler eski değildir.	384	3,2891	1,15045	
<b>ORTALAMA</b>		<b>3,2852</b>		
<b>GÜVENİRLİLİK ÖLÇEĞİ</b>				
<i>Sosyal medya hesaplarının güvenirlilik düzeyini ölçmeye yönelik ifadeler</i>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Std. Sap.</b>	
Hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarından paylaştıkları bilgiler inandırıcıdır.	384	3,2188	1,16254	
Hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarından paylaştıkları bilgiler güvenilirdir.	384	3,3203	1,31033	
<b>ORTALAMA</b>		<b>3,26955</b>		
<b>SATIN ALMA ÖLÇEĞİ</b>				
<i>Sosyal medya hesaplarının satın alma niyetini ölçmeye yönelik ifadeler</i>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Std. Sap.</b>	
Hastanelerin kendi sosyal medya hesapları, hastane tercihinde iyi bir kaynaktır.	384	3,2917	1,18226	
Hastane tercihimde hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarında paylaştıkları bilgiler önemli rol oynar.	384	3,3464	1,22946	
Hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarından paylaştıkları bilgiler, hastane tercihimde etkiler.	384	3,3229	1,25575	
<b>ORTALAMA</b>		<b>3,3203</b>		

Bu çalışmada birden fazla gruba ayrılabilen yaş, gelir düzeyi, eğitim durumu gibi kategorik değişkenlerden olan demografik veriler ile katılımcıların hastane arayış düzeyi, sosyal medyadan hastane arama, sosyal medyada sağlık tavsiyeleri, sosyal medya hesaplarına güvenirlilik ve satın alma niyeti algıları arasında fark olup olmadığının belirlenmesi amacıyla One Way Anova testi yapılmıştır. Öncelikle ikiden fazla farklı durum alabilen yaş, gelir düzeyi ve eğitim düzeyi ile tüketicilerin hastane arayış düzeyi, hastanelerin sosyal medya hesaplarına bakma, sosyal medyada sağlık tavsiyeleri, bilgi edinme düzeyi, güvenirlilik düzeyi ve satın alma niyeti sırasıyla test edilmiş, One-way-anova testi öncesinde varyansların homojen dağılıp dağılmadığını görebilmek için homojenlik testi yapılmıştır. Homojenlik testi sonuçları çizelge 1.6'da yer almaktadır.

Varyansların homojen dağılıp dağılmadığının kontrolü amacıyla yapılan homojenlik testi sonuçlarına göre sig değerlerinin genel olarak  $p > 0,05$  koşulunu sağladığı görülmüş, elde edilen verilerin homojen dağıldığı kabul edilmiştir.

**Çizelge 1.6:** Varyansların homojenliği testi

Varyansların homojenliği testi					
Demografik Veriler	Sosyal Medyaya Yönelik Algı	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Yaş	Hastane Arayış Düzeyi	1,012	4	379	0,401
	Hastanenin Kendi Sosyal Medya Hesabına Bakarım (Facebook, Twitter, Instagramvb).	1,333	4	379	0,257
	Sağlık Tavsiyeleri	1,52	4	379	0,196
	Bilgi Edinme Düzeyi	1,377	4	379	0,241
	Güvenirlilik Düzeyi	2,063	4	379	0,085
	Satın Alma Niyeti	2,101	4	379	0,08
	Gelir Düzeyi	Hastane Arayış Düzeyi	1,133	4	379
Hastanenin Kendi Sosyal Medya Hesabına Bakarım (Facebook, Twitter, Instagramvb).		1,611	4	379	0,171
Sağlık Tavsiyeleri		1,56	4	379	0,184
Bilgi Edinme Düzeyi		0,427	4	379	0,789
Güvenirlilik Düzeyi		1,159	4	379	0,329
Satın Alma Niyeti		1,033	4	379	0,39
Eğitim Düzeyi		Hastane Arayış Düzeyi	2,479	3	380
	Hastanenin Kendi Sosyal Medya Hesabına Bakarım (Facebook, Twitter, Instagramvb).	3,653	3	380	0,013
	Sağlık Tavsiyeleri	1,719	3	380	0,163
	Bilgi Edinme Düzeyi	0,773	3	380	0,509
	Güvenirlilik Düzeyi	2,035	3	380	0,109
	Satın Alma Niyeti	1,871	3	380	0,134

Homojenlik dağılımının arkasından gruplar arasında herhangi bir farklılaşmanın olup olmadığı, varsa hastane arayış düzeyi, sosyal medyadan hastane arama, sosyal medyada sağlık tavsiyeleri, sosyal medya hesaplarına güvenirlilik ve satın alma niyeti algıları ile yaş, gelir düzeyi ve eğitim durumu açısından, hangi gruplar arasında farklılığın olduğunu belirlemek için Post Hoc analizlerinden Tukey testi sonuçları incelenmiştir. Tukey testi sonuçları çalışmanın ekler bölümünde yer almaktadır. Yapılan test sonucunda yaş değişkeni açısından hastane arayış düzeyi, hastanelerin sosyal medya hesaplarına bakma, sağlık tavsiyeleri, bilgi edinme düzeyi ve güvenirlilik düzeyinin  $p < 0,05$  değer aldığı ve anlamlı bir şekilde farklılaştığı, satın alma niyetinin ise  $p > 0,05$  değer aldığı ve anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı sonucu elde edilmiştir. Gelir değişkeni açısından; hastane arayış düzeyi, hastanelerin sosyal medya hesaplarına bakma, bilgi edinme düzeyi ve güvenirlilik düzeyinin  $p < 0,05$  değer aldığı ve anlamlı şekilde farklılaştığı, sağlık tavsiyeleri ve satın alma düzeyinin  $p > 0,05$  değer aldığı ve anlamlı bir farkın olmadığı sonucu elde edilmiştir. Eğitim durumu açısından bakıldığında ise; Bilgi edinme düzeyi ve güvenirlilik düzeyinin  $p < 0,05$  değer aldığı ve anlamlı şekilde farklılaştığı, hastane arayış düzeyi, hastanelerin sosyal medya hesaplarına bakma, sağlık tavsiyeleri, ve satın alma niyeti düzeyi açısından  $p > 0,05$  değer aldığı ve herhangi bir farklılaşmanın olmadığı sonucu elde edilmiştir. Anova testi sonuçları çizelge 1.7’de yer almaktadır.

**Çizelge 1.7:** One Way Anova testi sonuçları

Demografik Veriler		F	Sig.
Yaş	Hastane Arayış Düzeyi	5,993	0,000
	Hastanenin Sosyal Medya Hesaplarına Bakma	2,563	0,038
	Sağlık Tavsiyeleri	3,471	0,008
	Bilgi Edinme Düzeyi	5,556	0,000
	Güvenirlilik Düzeyi	4,742	0,001
	Satın Alma Niyeti	1,778	0,133
	Gelir Düzeyi	Hastane Arayış Düzeyi	10,549
Hastanenin Sosyal Medya Hesaplarına Bakma		4,948	0,001
Sağlık Tavsiyeleri		2,268	0,061
Bilgi Edinme Düzeyi		3,594	0,007
Güvenirlilik Düzeyi		3,654	0,006
Satın Alma Niyeti		1,749	0,139
Eğitim Düzeyi		Hastane Arayış Düzeyi	0,421
	Hastanenin Sosyal Medya Hesaplarına Bakma	1,882	0,132
	Sağlık Tavsiyeleri	1,867	0,135
	Bilgi Edinme Düzeyi	4,558	0,004
	Güvenirlilik Düzeyi	2,978	0,031
	Satın Alma Niyeti	1,243	0,294

Cinsiyet açısından homojenlik testi sonuçlarına göre; hastane arayış düzeyinde p değeri 0,474, hastanelerin sosyal medya hesaplarına bakmada p değeri 0,472, sağlık tavsiyelerinde p değeri 0,589, bilgi edinme düzeyinde p değeri 0,078, güvenirlilik düzeyi p değeri 0,179, satın alma niyeti p değeri 0,150 değer almış olup, elde edilen sonuçlara göre verilerin homojen dağıldığı gözlemlenmiştir. t-testi sonuçlarına göre, sig (2-tailed) değeri sırasıyla; hastane arayış düzeyinde 0,212, hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarına bakma açısından 0,200, sağlık tavsiyelerinde 0,045, bilgi edinme düzeyi açısından 0,877, güvenirlilik düzeyi açısından 0,222, satın alma niyeti açısından ise 0,637 olarak bulunmuştur. Elde edilen sonuçlara göre, hastane arayış düzeyi, hastanelerin sosyal medya hesaplarına bakma, bilgi edinme düzeyi, güvenirlilik düzeyi ve satın alma niyeti açısından gruplar arası bir farklılaşmanın olmadığı, sağlık tavsiyeleri konusunda ise gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir. Independent Samples t-Testi sonuçları çizelge 1.8'de yer almaktadır.

**Çizelge 1.8:** Cinsiyet açısından Independent Samples t-testi sonuçları

	Levene's Test for Equality of Variances				Sig. (2-tailed)
	F	Sig.	t	df	
Hastane Arayış Düzeyi	0,514	0,474	-1,25	382	0,212
			-1,243	357,73	0,215
Hastanenin Kendi Sosyal Medya Hesaplarına Bakma	0,518	0,472	-1,283	382	0,200
			-1,283	365,91	0,200
Sağlık Tavsiyeleri	0,292	0,589	-2,009	382	0,045
			-2,016	370,25	0,045
Bilgi Edinme Düzeyi	3,125	0,078	0,155	382	0,877
			0,157	378,98	0,875
Güvenirlilik Düzeyi	1,812	0,179	-1,223	382	0,222
			-1,234	375,83	0,218
Satın Alma Niyeti	2,084	0,15	-0,472	382	0,637
			-0,477	376,52	0,634

Medeni durum açısından homojenlik testi sonuçlarına bakıldığında ise, p değerinin; hastane arayış düzeyinde 0,047, hastanenin kendi sosyal medya hesaplarına bakma konusunda 0,006, sağlık tavsiyelerinde 0,395, bilgi edinme düzeyi açısından 0,582, güvenirlilik düzeyi açısından 0,073, satın alma niyeti açısından ise 0,375 değer aldığı görülmüştür. Elde edilen değerlere göre genel olarak veriler homojen dağıldığı kabul edilmiştir. Medeni durum açısından t-testi sonuçlarına göre sig (2-tailed) değeri sırasıyla; hastane arayış düzeyinde 0,001, sosyal medya hesaplarına bakma konusunda 0,001, sağlık tavsiyelerinde 0,001, bilgi edinme açısından 0,03, güvenirlilik düzeyi açısından 0,027, satın alma niyeti açısından ise 0,048 olarak elde edilmiştir. Medeni duruma göre t testi sonuçları incelendiğinde; hastane arayış düzeyi, hastanelerin sosyal medya hesaplarına bakma, sağlık tavsiyeleri, bilgi edinme düzeyi, güvenirlilik düzeyi ve satın alma niyeti açısından anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir. Medeni durum açısından t testi sonuçları çizelge 1.9'de yer almaktadır.

**Çizelge 1.9:** Medeni durum açısından Independent Samples t-test sonuçları

	Levene's Test for Equality of Variances				Sig. (2-tailed)
	F	Sig.	t	df	
Hastane Arayış Düzeyi	3,984	0,047	3,377	382	0,001
			3,369	374,48	0,001
Hastanenin Kendi Sosyal Medya Hesaplarına Bakma	7,649	0,006	3,218	382	0,001
			3,206	369,3	0,001
Sağlık Tavsiyeleri	0,725	0,395	3,349	382	0,001
			3,347	379,66	0,001
Bilgi Edinme Düzeyi	0,304	0,582	3,029	382	0,003
			3,028	380,12	0,003
Güvenirlilik Düzeyi	3,221	0,073	2,222	382	0,027
			2,218	376,92	0,027
Satın Alma Niyeti	0,789	0,375	1,981	382	0,048
			1,98	379,5	0,048



Hastanelerin sosyal medya hesaplarından hastane arayış düzeyi, sosyal medyadan hastane arama, sosyal medyada sağlık tavsiyeleri, bilgi edinme, sosyal medya hesaplarına güvenilirlik algılarının satın alma niyeti üzerindeki etkisi, regresyon analizi ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bunun için katılımcıların hastane arayış düzeyi, sosyal medyadan hastane arama, sosyal medyada sağlık tavsiyeleri, sosyal medya hesaplarına güvenilirlik ve satın alma niyeti ölçeklerine vermiş oldukları yanıtların ortalama değerleri alınarak, enter yöntemi ile regresyon analizi yapılmıştır.

Regresyon analizinde hastane arayış düzeyi, sosyal medyadan hastane arama, sosyal medyada sağlık tavsiyeleri, bilgi edinme (alakalı olma, anlaşılır olma, doğru olma, eksiksiz olma, güncel olma), sosyal medya hesaplarına güvenilirlik bağımsız değişken olarak düşünülmüş, bağımlı değişken olarak kabul edilen satın alma niyeti üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Regresyon analizi model özeti incelendiğinde R<sup>2</sup> değerinin sırasıyla; hastane arayış düzeyinde 0,125, hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarına bakma 0,137, sağlık tavsiyelerinde 0,441, sosyal medya hesaplarından bilgi edinmede 0,533, güvenilirlik boyutunda ise 0,446 değer aldığı gözlenmiştir. Bu verilere göre hastanelerden sağlık hizmeti satın alma niyetini; hastane arayış düzeyi %12,5 oranında, hastanelerin kendi sosyal medya hesaplarına bakma %13,7 oranında, sağlık tavsiyeleri %44,1 oranında, sosyal medya üzerinden bilgi edinme %53,3 oranında, hastanelerin sosyal medya hesaplarına güvenilirlik %44,6 oranında açıklayabilmektedir. Regresyon analizi model özeti çizelge 1.10'da yer almaktadır.

**Çizelge 1.10:** Regresyon analizi model özeti

Sosyal Medyaya Yönelik Algı	Model	R <sup>2</sup>	R Square	Adjusted R <sup>2</sup>	Std. Error of the Estimate
Hastane Arayış Düzeyi	1	,354 <sup>a</sup>	0,125	0,123	0,88723
Hastanelerin Sosyal Medya Hesaplarına Bakma	1	,371 <sup>a</sup>	0,137	0,135	0,88091
Sağlık Tavsiyeleri	1	,664 <sup>a</sup>	0,441	0,44	0,70892
Bilgi Edinme	1	,730 <sup>a</sup>	0,533	0,531	0,64848
<i>Alakalı Olma</i>	1	,596 <sup>a</sup>	0,356	0,354	0,76138
<i>Anlaşılır Olma</i>	1	,639 <sup>a</sup>	0,408	0,407	0,72976
<i>Doğru Olma</i>	1	,612 <sup>a</sup>	0,374	0,373	0,75034
<i>Eksiksiz Olma</i>	1	,635 <sup>a</sup>	0,403	0,402	0,73272
<i>Güncel Olma</i>	1	,637 <sup>a</sup>	0,405	0,404	0,73143
Güvenirlilik	1	,668 <sup>a</sup>	0,446	0,445	0,70597

Bilgi edinme düzeyinin alt boyutları olan alakalı olma, anlaşılır olma, doğru olma, eksiksiz olma ve güncel olma bağımsız değişken olarak düşünülmüş, her bir değişkenin, bağımlı değişken olan satın alma niyeti üzerindeki etkisi regresyon analizi ile araştırılmıştır. Regresyon analizi model özeti incelendiğinde R<sup>2</sup> değeri; alakalı olma açısından 0,596, anlaşılır olma açısından 0,639, doğru olma açısından 0,612, eksiksiz olma açısından 0,635, güncel olma açısından 0,637 olarak bulunmuştur. Bu verilere göre hastane hizmeti satın alma niyetinin; alakalı olma %59,6'sını, anlaşılır olma %63,9'unu, doğru olma %61,2'sini, eksiksiz olma %63,5'ini, güncel olma ise %63,7'sini açıklayabilmektedir.

Anova testi sonuçları incelendiğinde de hastane arayış düzeyi, sosyal medyadan hastane arama, sosyal medyada sağlık tavsiyeleri, bilgi edinme (alakalı olma, anlaşılır olma, doğru olma, eksiksiz olma, güncel olma), sosyal medya hesaplarına güvenilirlik p değerlerinin 0,000 olduğu

görülmüştür. Elde edilen bu sonuçlar modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Regresyon analizi Anova testi sonuçları çizelge 1.11’de yer almaktadır.

**Çizelge 1.11** Regresyon analizi Anova testi sonuçları

Sosyal Medyaya Yönelik Algı	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Hastane Arayış Düzeyi	42,974	1	42,974	54,593	,000 <sup>b</sup>
Hastanelerin sosyal medya hesaplarına bakma	47,248	1	47,248	60,886	,000 <sup>b</sup>
Sağlık Tavsiyeleri	151,695	1	151,695	301,84	,000 <sup>b</sup>
Bilgi Edinme	183,035	1	183,035	435,25	,000 <sup>b</sup>
<i>Alakalı Olma</i>	<i>122,231</i>	<i>1</i>	<i>122,231</i>	<i>210,85</i>	<i>,000<sup>b</sup></i>
<i>Anlaşılır Olma</i>	<i>140,242</i>	<i>1</i>	<i>140,242</i>	<i>263,34</i>	<i>,000<sup>b</sup></i>
<i>Doğru Olma</i>	<i>128,61</i>	<i>1</i>	<i>128,61</i>	<i>228,43</i>	<i>,000<sup>b</sup></i>
<i>Eksiksiz Olma</i>	<i>138,592</i>	<i>1</i>	<i>138,592</i>	<i>258,15</i>	<i>,000<sup>b</sup></i>
<i>Güncel Olma</i>	<i>139,311</i>	<i>1</i>	<i>139,311</i>	<i>260,4</i>	<i>,000<sup>b</sup></i>
Güvenirlilik	153,289	1	153,289	307,56	,000 <sup>b</sup>

#### 4. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada hastane tercihinde sosyal medyanın etkisinin araştırılması ve hastane tercihinde satın alma niyetinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Literatürde sosyal medya kullanımı ile ilgili birçok çalışma bulunmaktadır. Fakat hastane tercihinde sosyal medya kullanımına yönelik yapılan çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. Araştırma ile sosyal medya kullanım düzeyi, bilgi edinme düzeyi ve hastanelerin sosyal medya hesaplarına güvenirliliğinin satın alma niyeti üzerindeki etkisi, ilişkiel tarama modeli ile araştırılmıştır. Böylece bireylerin sağlık hizmeti arayışında sosyal medya kullanım düzeyinin ölçülmesi, hastanelerin sosyal medya hesabından bilgi edinme ve sosyal medya hesaplarına güvenirliliğinin satın alma niyetine nasıl bir etki yarattığı sorusuna cevap aranmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, katılımcıların demografik özellikleri ile anket formunda yer alan ifadelere verdikleri yanıtlara göre One Way Anova ve Independent t Testi uygulanmıştır. Böylece katılımcıların yaş grupları, gelir grupları cinsiyet ve eğitim durumu gibi kendi içinde gruplara ayrılabilen kategorik değişkenler açısından hastane arayışı, sağlık tavsiyeleri, bilgi edinme, güvenirlilik ve satın alma niyeti algılarında fark olup olmadığı araştırılmıştır. Yaş grupları açısından bakıldığında, hastane arayış düzeyi, sağlık tavsiyeleri, bilgi edinme, güvenirlilik algısında farklılıklar olduğu, satın alma niyeti açısından ise herhangi bir farkın olmadığı ortaya çıkmıştır. Bu durum katılımcıların tüm yaş gruplarında hastane hizmeti satın alma niyeti açısından fikir birliğinde olduğu, fakat hastane arayış düzeyi, sağlık tavsiyesi, güvenirlilik ve bilgi edinme açısından farklı algıya sahip olduğu ortaya çıkmaktadır.

Benzer şekilde gelir grupları açısından incelendiğinde de sağlık tavsiyeleri ve satın alma niyeti açısından tüm gelir gruplarının benzer düşünceye sahip olduğu, fakat hastane arayış düzeyi, güvenirlilik ve bilgi edinme açısından farklı gelir gruplarının farklı düşünceye sahip olduğu görülmüştür. Yine benzer şekilde katılımcıların eğitim durumları açısından bakıldığında da hastane arayış düzeyi, sağlık tavsiyeleri ve satın alma niyeti açısından farkın olmadığı, bunun yanında sağlık tavsiyeleri ve satın alma niyeti açısından ilköğretim, lise, yüksek okul gibi farklı eğitim durumuna sahip bireylerin farklı algılara sahip olduğu belirlenmiştir.

Independent t Testi sonuçları incelendiğinde de çalışmaya dahil edilen bireylerde cinsiyet açısından hastane arayış düzeyi, bilgi edinme, güvenirlilik ve satın alma niyeti algısında bir fark olmadığı, sağlık tavsiyeleri açısından ise erkek ve kadınlar arasında fark olduğu

gözlemlenmiştir. Medeni durum açısından t testi sonuçları incelendiğinde ise, bekâr ve evli olan bireylerde anlamlı bir fark olduğu, katılımcıların hastane arayış düzeyi, bilgi edinme, güvenilirlik ve satın alma niyeti açısından farklı görüşlere sahip olduğu sonucu elde edilmiştir.

Çalışmada aynı zamanda regresyon analizi ile hastane arayış düzeyi, bilgi edinme, güvenilirlik gibi ifadelerin satın alma niyeti üzerindeki etkisi de araştırılmıştır. Elde edilen bulgulara göre hastane arayış düzeyi, hastanelerin sosyal medya üzerinden bilgi edinme ve sosyal medya hesaplarına güvenilirlik, hastane hizmeti satın alma niyeti üzerinde olumlu etki yaratmaktadır. Tüm bunların yanında bilgi edinme boyutunun alt düzeyi olan alakalı olma, anlaşılır olma, doğru olma, eksiksiz olma ve güncel olma boyutları ile satın alma niyeti arasında regresyon analizi yapılmış, tüm bu boyutların satın alma niyeti üzerinde olumlu etki yarattığı sonucu elde edilmiştir.

Elde edilen bulgulara göre sosyal medya hesaplarına güvenilirliğin hastane tercihinde önemli olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu durum göz önünde bulundurularak hastanelerin sosyal medya hesaplarına ağırlık vermeleri önerilmektedir. Hastanelerin sosyal medya hesapları hastane tercihi, bilgi edinme ve sosyal medya hesaplarına güvenilirlik açısından olduğu gibi, sağlık iletişimi açısından da önem taşımaktadır. Aynı zamanda bu çalışmanın bu konuda yapılacak olan diğer çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

- Aksoy, R. ve Bayramoğlu, V. (2008).Sağlık işletmeleri için kurumsal imajın temel belirleyicileri: Tüketici Değerlendirmeleri. ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 4(7), 85-96.
- Bulduklu, Y. (2010). Televizyonda yayınlanan sağlık programları ve izleyicileri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 24, 77.
- Canöz, N. (2016). Modern iletişimde internet ve sosyal medyanın yeri: Türkiye'deki kullanıcılara yönelik bir araştırma. Humanities Sciences, 11(2), 33-54.
- Dedeğaç, E. (2008). Hasta hakları açısından hekim sorumluluğu. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Demirkol, O. (2017). Sosyal medya gündeminin algılanışı üzerine niteliksel bir kullanıcı araştırması. AUAd, 3(1), 129-59.
- Dirican, R. (1990). Toplum hekimliği. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.
- Elden, M. (2009). Reklam ve Reklamcılık. Say Yayınları, İstanbul.
- İlgün, G. ve Uğurluoğlu, Ö, (2019). How Turkish hospitals use social media: A qualitative study.Journal of Social Service Researce, 45(1), 34-43.
- Karafakioğlu, M. (1998). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. (1. Basım), Dönence Basım, İstanbul.
- Koçak, A. ve Bulduklu, Y, (2010). Sağlık iletişimi: Yaşlıların televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonları. Selçuk İletişim Dergisi, 6(3), 6.
- Köksal, Y. ve Özdemir, Ş. (2013). Bir iletişim aracı olarak sosyal medyanın tutundurmanın karmaşı içerisindeki yeri üzerine birİnceleme.Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 18(1), 323-37.
- Satı, S. (2018). İdarenin kusursuz sorumluluğu. Erişim Tarihi: 01.07.2018, Erişim Adresi, [http://www.turkhukusitesi.com/makale\\_744.htm](http://www.turkhukusitesi.com/makale_744.htm).
- Schiavo, R. (2007). HealthCommunication: FromTheorytoPractice. JosseyBass, USA.
- Şen, M., Ceylan, A, Kurt, M., Palancı, Y. ve Adın, C, (2017). Sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. DicleMedJ, 44(1), 1-11.

Şengün, H. (2016). Sağlık hizmetlerinde iletişim yönetimi. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 79(1), 38-42.

Tontuş, HÖ. (2015). Sağlık Turizminde Tanıtım ve Markalaşma. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Ünaldı, N. (2015). Sağlık hizmeti sunan kurumlarda itibarın önemi. SHYD, 2(2), 100-11.

Samancı, M. ve Bayrak Kök, S. (2020). Sağlık Kurumlarında Algılanan Hizmet Kalitesi: Samsun İli Örneği, *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 43-53.

*Araştırma / Research*

*Makale Geliş Tarihi:21.03.2020  
Makale Kabul Tarihi:24.04.2020*

## SAĞLIK KURUMLARINDA ALGILANAN HİZMET KALİTESİ: SAMSUN İLİ ÖRNEĞİ



<https://doi.org/10.35345/johmal.706915> Mustafa SAMANCI<sup>1</sup>, Sabahat Bayrak KÖK<sup>2</sup>

### ÖZET

Çalışmada, bir kamu hastanesinden hizmet alan yatan hastaların, hizmet kalitesi değerlendirmelerinin yaş, cinsiyet ve öğrenim durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma, 2015 yılı 1 Ekim -14 Ekim tarihleri arasında Samsun ilinde bir kamu hastanesinde yatan hastalar üzerinde gerçekleştirilmiş ve çalışmada anket yöntemi uygulanmıştır. Çalışmada hastalara veya yakınlarına toplam 180 adet anket dağıtılmış ve %63 (113)'ü geri dönüş sağlamıştır. Araştırmada Carman tarafından 1990 yılında oluşturulan ve ardından Cronin ve Taylor tarafından birkaç soru eklemesi ile son haline kavuşan 34 soruluk anket seti uygulanmıştır. Veriler normal dağılım gösterdiği için verilerin analizinde parametrik testler kullanılmıştır. Katılımcıların memnuniyet düzeyinin en yüksek olduğu ifade "Hastane çalışanları hasta mahremiyetine saygı gösterirler." ifadesi olurken, memnuniyet derecesinin en düşük olduğu ifade ise "Hastanenin otopark imkânı yeterlidir." ifadesi olmuştur. Çalışmada elde edilen bulgulara göre, cinsiyet ve yaş gruplarının algıladıkları hizmet kalitesinde anlamlı farklılık bulunmazken, eğitim düzeyi farklı olan hastaların algıladıkları hizmet kalitesinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane Yatan Hastalar, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmet Kalitesi

### PERCEPED SERVICE QUALITY IN HEALTH INSTITUTIONS: SAMPLE OF THE PROVINCE OF SAMSUN

### ABSTRACT

In this study, it was aimed to determine whether the quality of service evaluations of inpatients receiving service from a public hospital differ according to their age, gender and educational status. The study was carried out on patients hospitalized in a public hospital in Samsun between October 1 and October 14, 2015, and the survey method was applied in this study. A total of 180 questionnaires were distributed in the study and 63% (113) returned. In the research, a 34-item questionnaire set, which was created by Carman in 1990, and which has reached its final form with the addition of a few questions in Cronin and Taylor, was applied. Parametric tests were used in the analysis of the data since the data showed normal distribution. The statement that the participants are at the highest level of satisfaction is "Hospital employees respect patient privacy." While being expression, the level of satisfaction is the lowest, "The parking lot of the hospital is sufficient." expression has been. According to the findings obtained in this study, while there was no significant difference in the quality of service perceived by gender and age groups, significant differences were found in the quality of service perceived by patients with different educational levels.

**Keywords:** Hospitalized Patients, Health Services, Health Service Quality

<sup>1</sup> Yüksek Lisans Mezunu, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, mustafasamanciii@gmail.com., ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7557-7416>

<sup>2</sup> Prof. Dr., Pamukkale Üniversitesi, sbayrak@pau.edu.tr., ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9118-6327>

## 1.GİRİŞ

Kalitenin kavram olarak sağlık sektörüne girişi ABD tarafından geliştirilen akreditasyon sistemi ile gerçekleşmiştir (Öksüz, 2010). 1952'de kurulan JCAH kuruluşunun ismi 1989 yılında JCAHO (Sağlık Bakım Örgütlerinde Akreditasyon Birleşik Kurumu) olarak değiştirilmiştir. 1952' de JCAH' ın kurulması tıbbi kayıtların ilerlemesinde önemli bir rol oynamıştır. Bu kurum sağlık hizmeti sunumu yapan işletmeleri daha önceden belirlenmiş olan kriterler kapsamında değerlendirmeye tabi tutmaktadır (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000).

Bir işletmenin sürdürülebilirliği, verilen hizmetlerin kalitesine bağlıdır (Handayani vd. 2015). Kalite, sağlık sektöründeki her paydaş için ayrı ayrı anlamlar içermektedir. Kaliteyi sistemle uyumlu bir hale getirmek ve sistemin içerisine yerleştirebilmek için en önemli araç, farklı katılımcıların ihtiyaçlarının dikkate alınması ve izlenmesidir. Hastalar, doktorlar ve tedarikçilerin beklentilerinde kesinlikle bir denge kurulmalıdır (McGlynn, 1997).

Kalite, yüksek oranda müşteri tatmininin öncüsü olarak kabul edilmektedir ve müşteri tatmini ile doğru orantılıdır (Cronin ve Taylor, 1992). Yüksek bir hizmet kalitesi beraberinde daha iyi bir müşteri memnuniyetini de getirmektedir (Lee, Lee ve Kang, 2012).

Küreselleşme nedeni ile sağlık sektöründeki beklentiler hızla büyümektedir. Bundan dolayı sağlık yönetimi, bireylerin ihtiyaçlarını tutarlı bir şekilde analiz etmelidir (Sivakumar, 2014). Sağlık alanında meydana gelen bu ciddi ilerlemeler, hızla gelişen teknoloji, gerçekleştirilen verimlilik ve performans geliştirme çalışmaları, sağlık hizmetlerinde kalitenin öneminin artmasına neden olan etkenlerdir (Patwardhan ve Patwardhan, 2008). Sağlık hizmeti kalite anlayışının, günümüze kadar birçok tanımı yapılmış ve bu tanımları yapan kişinin bakış açısı ile incelenmiştir (Aslantekin, vd., 2007). Örneğin; sağlık hizmetlerinde kalite anlayışı önceleri lüks ve pahalı bir değer olarak algılanırken daha sonraları hasta isteklerinin karşılanması ya da hastaların aldığı hizmetten dolayı duydukları memnuniyet derecesi şeklinde algılanmaktadır (Yıldırım, Aksoy, Veyseller ve Altın, 2009). Donabedian ise sağlık hizmet kalitesini “hizmet sürecinin bütün aşamalarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması” şeklinde tanımlamaktadır (Kayral, 2012). Sağlık hizmetlerinde kalitenin gerçekleştirilebilmesi için personelin güncel, gerekli bilgi ve donanımına sahip olması, hizmet sunumunun hastaların beklenti ve değer yargılarına uygun olması ve sunulan hizmetlerin daha önceden belirlenmiş olan standartlara uygun olarak gerçekleştirilmesi oldukça büyük bir önem arz etmektedir (Günel, 2007).

Kaliteli bir sağlık sistemi varlığından bahsedebilmek için, gerekli kaynakların etkin ve verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin en etkili biçimde verilmesi, kaynak dağıtımında ve hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyet ilkesine önem verilmesi ve hizmeti sunum sırasında ve daha sonrasında kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir (Taşlıyan ve Gök, 2008).

Hizmet kalitesi, algılanan hizmet ile beklenen hizmetin arasında ki farkın ölçülmesidir. Bu durumda memnuniyet derecesi negatif veya pozitif durumda olacaktır (Çelik, 2009). Aynı zamanda hizmet kalitesi, bir işletmenin beklenen hizmeti karşılayabilmesidir. Hizmet kalitesinde en önemli faktör algılanan kalitedir (Gürsoy, 2013). Hizmet kalitesini ölçmek somut olmayışı, heterojen oluşu ve değişkenlik gösterme özellikleri nedeniyle oldukça zordur. Bireylerin hizmet kalitesi algıları, hizmet öncesi beklentilerinin gerçek hizmet deneyimleri ile karşılaştırılmasından ortaya çıkmaktadır. Hizmet kalitesi algılarının beklentileri aşması durumunda hizmet mükemmel, aşağı da kalması durumunda ise hizmet zayıf veya eksik olarak sınıflandırılmaktadır (Naik, Gantasala ve Prabhakar, 2010). Hizmetlerin soyutluğu, stoklanamayışı, dayanıksızlığı gibi özelliklerinden dolayı hizmet kalitesi, hizmet işletmelerinde bir üretim süreci ve ortamında oluşturulup eksiksiz bir şekilde müşteriye sunulamamaktadır (Kuzu, 2010).

Bugüne kadar hizmet kalitesi modelleri ile alakalı oldukça fazla çalışma yapılmıştır ve en bilinen modelin Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından oluşturulan model olduğu

belirtilmektedir (Yurtsever, 2013). Hizmet kalitesinin ölçülebilmesi ve bireylerin beklentilerinin belirlenebilmesi için Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından 5 boyuttan (fiziksel varlıklar, güvenilirlik, heveslilik, güvence, empati) oluşan Servqual ölçeği geliştirilmiştir (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988). Fakat oluşturulan servqual ölçeği yaygın olarak kullanılmasına rağmen, zaman içerisinde oldukça ciddi eleştiriler de almıştır (Kayral, 2012). Bu eleştirilerin başında ise, servqual modelini oluşturan beş boyutun genelleme yapılabilmesi için yeterli olmadığı görüşü gelmektedir (Carman, 1990).

Cronin ve Taylor, Parasuraman vd. tarafından yapılan çalışmayı eleştirerek, hizmet kalitesi araştırmalarında müşteri beklentilerinin gereksiz olduğunu belirtmektedir. Cronin ve Taylor'a göre hizmet kalitesi araştırmalarında algıları ölçmek yeterli olmaktadır. Bu nedenden dolayı, Cronin ve Taylor tarafından da Servperf ölçeği oluşturulmuştur. (Cronin ve Taylor, 1992). Parasuraman vd. ise servqual ölçeğinin iyileştirilebileceğini ve geliştirilebileceğini fakat tamamen ortadan kalkmaması gerektiğini belirtmektedir (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1994). Cronin ve Taylor'ın 1994 yılında yaptıkları çalışmada, Parasuraman, Zeithaml ve Berry' nin 1994 yılında yaptıkları çalışmada ortaya koydukları endişelere cevap verilmiştir. Cronin ve Taylor' ın amacı, Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin dile getirdikleri kaygıların, gelişmekte olan hizmet kalitesi literatüründe desteklenip desteklenmediğinin belirlenmesidir. Araştırmada hizmet kalitesi ölçümü ve stratejik karar vermeye göre çeşitli araştırma konuları da tanımlanmıştır (Cronin ve Taylor, 1994). Tüm bunlara ilaveten Shemwell ve Yavaş (1999) Servqual ve Servperf ölçeklerinin sağlık kurumlarının hizmet kalitesini ölçmede yetersiz kaldığını belirtmektedir.

Literatürde hizmet kalitesi ve sağlık hizmet kalitesi ile ilgili birçok çalışmaya rastlamak mümkündür. Babakuş ve Mangold (1992) tarafından yapılan araştırmada bir sağlık işletmesinin uzun vadede başarılı olabilmesi için hem fonksiyonel kalitenin hem de teknik kalitenin etkin bir şekilde yönetilmesi gerektiği kanısına varılmaktadır. Andaleeb (2000) tarafından yapılan araştırmada ise, özel hastanelerin kamu hastanelerine oranla, hastalara daha etkin ve verimli hizmet verdiği belirtilmektedir Raju ve Lonial (2001) ise hastane hizmetlerinde kalite ortamı ve pazar yönlülüğün işletmeler üzerine olan etkisini araştırmışlardır. Lin ve Wang (2006) tarafından yapılan araştırmanın sonuçlarına göre ise müşteri sadakati; güven, alışkanlık, değer ve müşteri memnuniyetinden etkilenmektedir. Carman (2000) ise 6 boyuttan oluşan bir ölçek kullandığı sağlık hizmet kalitesi araştırmasında, hizmet kalitesine ait işlevsel ve teknik özellikler olduğunu ileri sürerek bu iki özelliğin hizmet kalitesi algısına olan etkisini araştırmıştır. Araştırmanın sonucunda ise teknik özelliklerin işlevsel özelliklere oranla, sağlık hizmeti algılamasında daha büyük bir öneme sahip olduğu ortaya çıkmıştır.

Bir hizmeti kaliteli kılabilmek için, hizmet kalitesine etki eden faktörleri incelemek gerekir (Gürsoy, 2013). Bu bağlamda hizmet kalitesinin boyutları ile ilgili literatürde pek çok çalışma yer almaktadır (Uyar, 2014).

Hastalar için değerli olan durum ve varlıkların belirlenmesi, hizmet kalitesinin ne şekilde algılandığının belirlenmesi, hastaların memnuniyet etkenlerinin belirlenmesi, sağlık kuruluşları açısından oldukça büyük bir önem arz etmektedir (Zineldin, 2006).

## 2.YÖNTEM

Bu çalışmanın amacı, bir kamu hastanesinden hizmet alan hastaların, aldıkları bu hizmetin kalitesinin, çeşitli değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesidir.

Araştırma Samsun'da bulunan bir kamu hastanesinde yatan hastalar üzerinde 1 Ekim- 14 Ekim 2015 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada hastalara 180 anket dağıtılmış ve toplamda 113 anket (63) geri dönmüştür. Belirlenen tarihler arasında çocuk yatan hasta, yoğun bakım hastaları, ortopedi hastaları, araştırmaya katılım sağlayamayacak birimlerde yatan diğer hastalar araştırma kapsamına dahil edilmemiştir. Hastane yönetiminin isteği üzerine, anket formunun demografik veriler kısmından "Hangi birimde tedavi görüyorsunuz?" sorusu çıkartılmıştır.

Veri toplama aracı olarak anket uygulanmıştır. Sağlık kurumundaki hizmet kalitesinin ölçümünde, Kara, Tarım ve Zaim'in çeşitli hastanelerde kullandıkları ölçeğe, Cronin ve Taylor'ın da hizmet kalitesini ölçmek için geliştirdikleri ölçekten birkaç sorunun ilave edilmesi ile oluşturdukları ve daha sonradan sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi ile ilgili Türkiye'de birçok araştırmada da kullanılan 6 boyuttan oluşan, 34 soruluk ölçek kullanılmıştır (Kayral, 2012).

Carman (1990) servqual ölçeğinde belirtilen boyutların, bütün hizmet sektörleri için uygulanabilmesinin mümkün olmadığını belirtmiş, aynı zamanda servqual ölçeğinde bulunan 5 boyuta ilave boyutlar eklenmesi gerekliliğini de dile getirmiştir.

Ankette yer alan 6 boyut Carman tarafından geliştirilen, hastanelerin maddi ve maddi olmayan varlıklarını ölçmeyi amaçlayan boyutlardır. Bu boyutlar (Kayral, 2012);

- **Fiziksel Varlıklar:** Bu boyut, sağlık kurumlarının fiziksel imkanlarını, tıbbi araç-gereç donanımlarını ve personelin fiziki görüntüsünden oluşmaktadır.
- **Güvenilirlik:** Sunulan hizmetin söylendiği şekilde ve zamanında yerine getirilmesini kapsamaktadır.
- **Açıklık/ Yanıt Verme:** Hastanın isteklerine ve talep edilen hizmete en kısa sürede cevap vermek ve personelin hastaya yardım etme konusunda istekli olmasını kapsamaktadır.
- **Güvence:** Çalışanların bilgi seviyesinin yeterli olması ve bu bilgi düzeyinin hastalar için güven ortamı oluşturmasını kapsamaktadır.
- **Nezakət/ Saygı:** Personelin hastaya karşı olan davranış şeklini kapsamaktadır.
- **Empati:** Personellerin hastaların fiziki ve ruhsal halini anlayabilmelerini kapsamaktadır.

Ayrıca araştırmada kullanılan anket formu demografik veriler ve hizmet kalitesini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış iki bölümden oluşmaktadır ve araştırmada 5'li likert tipi ölçek kullanılmıştır.

#### **Araştırmanın hipotezleri:**

- H1 Hipotezi: Hastaların cinsiyetlerine göre sağlık hizmet kalitesi algıları arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.
- H2 Hipotezi: Hastaların yaş gruplarına göre sağlık hizmet kalitesi algıları arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.
- H3 Hipotezi: Hastaların eğitim düzeylerine göre sağlık hizmet kalitesi algıları arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

Ayrıca çalışmada hipotezlerin test edilebilmesi için, istatistiksel yöntemlerden tanımlayıcı istatistikler ile birlikte parametrik testler kullanılmıştır. Bağımsız iki grubun karşılaştırılmasının yapıldığı durumlarda Bağımsız Örneklem *t*- Testi ve bağımsız ikiden çok grubun karşılaştırıldığı durumlarda ise One Way Anova testi kullanılmıştır. Bağımsız ikiden çok grubun karşılaştırılmasında gruplar arasında farklılığın olduğu durumlarda söz konusu farklılığın hangi gruba ait olduğunun belirlenmesinde Post Hoc analizlerinden olan Tukey- HSD testinden yararlanılmıştır.

### **3.BULGULAR**

Katılımcılara ait cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, hastaneye daha önce gelip gelmedikleri, tedavi ücretlerinin kim tarafından karşılandığı demografik bilgileri Tablo 1'de gösterilmiştir.



**Tablo 1: Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri**

	<b>Gruplar</b>	<b>Sıklık (n)</b>	<b>Yüzde Sıklık (%)</b>
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	61	54
	Kadın	52	46
<b>Yaş Aralığı</b>	21-25 Arası	29	25,7
	26-30 Arası	24	21,2
	31-35 Arası	17	15,0
	41 ve Üzeri	27	23,9
<b>Medeni Durum</b>	Evli	76	67,3
	Bekar	37	32,7
<b>Eğitim Düzeyi</b>	İlköğretim	22	19,5
	Lise	42	37,2
	Ön Lisans	17	15,0
	Lisans	29	25,7
	Lisansüstü	3	2,7
<b>Bu Hastaneye Daha Önce Geldiniz mi?</b>	Evet	92	81,4
	Hayır	21	18,6
<b>Tedavi Ücretlerinizi Kim Karşılıyor?</b>	Devlet	113	100,0
<b>TOPLAM</b>		113	100,0

Demografik veriler incelendiğinde, katılımcıların % 54'ünü erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş değişkenine göre gruplandırılması ise, 21- 25 yaş arası % 25.7, 41 ve üzeri % 23.9, 26-30 yaş arası %21.2, 31-35 yaş arası %15, 36-40 yaş arası %14.2 şeklindedir. Katılımcıların %67.3'ü evli ve %81.4'ü daha önce bu hastaneye gelmiştir. Katılımcıların eğitim düzeylerinin çoğunluğunu % 37.2 ile lise mezunları oluştururken, katılımcıların tamamının tedavi ücretlerini devlet kurumları karşılamaktadır.

**Tablo 2: Hizmet Kalitesi Ölçek İfadelerinin Ortalamaları**

İfadeler	Toplam Cevap	Ortalamalar	Standart Sapma
Hastanede kullanılan araç-gereç ve teknoloji çağa uygundur	113	3,29	1,11
Hastanenin fiziksel görünümü güzeldir	113	3,48	1,19
Hastanede tuvaletler çok temizdir.	113	3,24	1,19
Hastanenin odaları çok temizdir.	113	3,50	1,07
Hastane yemeklerinin kalitesi çok iyidir.	113	3,35	1,05
Hastanede hastaya verilen yemeklerin sıcaklığı iyidir.	113	3,38	1,02
Hastane çalışanları, hasta mahremiyetine saygı gösterirler.	113	4,01	0,95
Hastane odaları sessizdir.	113	3,61	1,00
Hastanenin otopark imkanı yeterlidir.	113	3,10	1,14
Hastanede yemekler vaktinde verilir.	113	3,75	0,91
Hastane çalışanları önceden verdikleri sözleri zamanında yerine getirirler.	113	3,43	1,08
Hastanede hasta kayıtları doğru tutulur.	113	3,68	0,79
Hastanede çıkarılan fatura gerçeği yansıtır.	113	3,42	0,98
Hastanede hastalara yapılacak işlemin kesin olarak ne zaman gerçekleşeceği açıkça söylenir.	113	3,35	1,03
Hastanede taburcu işlemleri kolaylıkla yapılmaktadır.	113	3,70	0,86
Hastanede ihtiyaç duyulduğunda çalışanlara kolaylıkla ulaşılır.	113	3,42	1,12
Hastanede kayıt işlemleri kolay ve hızlı gerçekleşir.	113	3,62	0,93
Hastane çalışanları hastaya yardımcı olma konusunda isteklidirler.	113	3,55	1,06
Hastane çalışanları taburcu işlemleri ile ilgili sorulara ayrıntılı cevap verirler.	113	3,44	1,08
Hastane çalışanları herhangi bir işlem ve prosedürle ilgili hasta tarafından sorulan soruları yanıtlarlar.	113	3,51	1,06
Hastanede uygulanan tedavi, tetkik, ilaçlar ve hastalık hakkında hastaya ayrıntılı bilgi verilir.	113	3,38	1,17
Hastanede taburcu işlemlerinin nasıl olacağı hastaya ayrıntılı olarak açıklanır.	113	3,46	0,98
Hastane çalışanlarına güveniyorum	113	3,67	1,08
Uygulanan tedavi sonucunda iyileşeceğime kesinlikle inanıyorum.	113	3,72	1,04
Hastanede çıkan faturaya güveniyorum.	113	3,50	0,98
Çalışanlarla ilişkide kendimi güvende hissediyorum.	113	3,70	1,13
Çalışanların işinin ehli olduğuna inanıyorum.	113	3,39	1,08
Kayıt işlemleri süresince görevliler nazik, kibar ve güleryüzlüdür.	113	3,63	1,13
Kaldığım sürece görevliler nazik, kibar ve güleryüzlüdür.	113	3,62	1,15
Çalışanlar hastaya kibar davranırlar.	113	3,73	1,10
Çalışanlar güler yüzlüdür.	113	3,66	1,09
Ziyaretçilere iyi davranırlar.	113	3,52	1,15
Çalışanlar hastanın ihtiyacını anlamaktadırlar.	113	3,53	1,11
Hemşireler hastalarına özel ihtimam ve bakım gösterirler.	113	3,53	1,15
<b>Hizmet Kalitesi Ortalamaları Toplam</b>	<b>113</b>	<b>3,5260</b>	<b>,7013</b>

Hizmet Kalitesi ölçeğindeki ifadeler verilen cevaplar arasında en yüksek düzeye “Hastane çalışanları (doktor, hemşire vd.) hasta mahremiyetine saygı gösterirler.” ifadesi sahiptir (Ort: 4, 01). Hastaların memnuniyet düzeyinin en fazla olduğu ifade “Hastane çalışanları hasta mahremiyetine saygı gösterirler” ifadesidir. Bu ifadeyi 3,75 ortalama ile “Hastanede yemekler vaktinde verilir.” ifadesi ve 3,73 ortalama ile “Çalışanlar hastaya kibar davranırlar.” ifadesi takip etmektedir. Memnuniyet derecesinin en düşük olduğu ifade ise 3,10 ortalama ile “Hastanenin otopark imkânı yeterlidir.” ifadesidir. Tablo 2’de de görüldüğü gibi ifadelerin ortalamaları arasında yakınlık söz konusudur.

**Tablo 3: Cinsiyet Grupları İle Sağlık Hizmet Kalitesi Algıları Arasındaki Bağımsız Örneklem T Testi**

Bağımsız Değişken	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Hizmet Kalitesi	Erkek	61	3,54	0,714	0,339	0,735
	Kadın	52	3,50	0,692		

Tablo 3’de görüldüğü gibi, Bağımsız Örneklem T - Testi sonucuna göre  $p > 0.05$  olduğu için cinsiyet gruplarına göre hastaların, sağlık hizmet kalitesi algıları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Erkeklerin sağlık hizmet kalitesi algı ortalamaları 3,54; kadınların ise 3,50 olduğu görülmektedir. Dolayısıyla H1 hipotezimiz reddedilmiştir.

**Tablo 4: Yaş Gruplarına Göre Hastaların, Sağlık Hizmet Kalitesi Algıları Arasındaki Fark (Anova Testi)**

Değişken	Yaş Aralığı	n	Ortalama	Standart Sapma	F Değeri	p	Anlamlı Fark
Hizmet Kalitesi	21-25	29	3,48	0,784	3,773	0,908	Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır.
	26-30	24	3,47	0,731			
	31-35	17	3,54	0,711			
	36-40	16	3,68	0,404			
	41 ve Üzeri	27	3,50	0,745			

Anova Testi sonucunda  $p > 0.05$  olduğu için yaş gruplarına göre, hastaların sağlık hizmet kalitesi algıları arasında anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır. Dolayısıyla H2 hipotezi reddedilmektedir.

Sağlık hizmet algısının en yüksek olduğu yaş grubu 3,68 ortalama ile 36-40 yaş arası olurken, sağlık hizmet algısının en düşük olduğu yaş grubu ise 3,47 ortalama ile 26-30 yaş arasıdır.

**Tablo 5: Eğitim Düzeylerine Göre Hastaların, Sağlık Hizmet Kalitesi Algıları Arasındaki Fark (Anova Testi)**

Değişken	Eğitim Düzeyi	n	Ortalama	Standart Sapma	F Değeri	p	Anlamlı Fark
Hizmet Kalitesi	İlköğretim	22	3,67	0,612	3,773	0,007	Lise-Lisans Lisans-Lisansüstü
	Lise	42	3,64	0,626			
	Ön Lisans	17	3,51	0,783			
	Lisans	29	3,16	0,703			
	Lisansüstü	3	4,33	0,570			

Anova Testi sonucunda  $p < 0.05$  olduğu için eğitim düzeylerine göre, hastaların sağlık hizmeti kalitesi algıları arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunun belirlenebilmesi için Post-Hoc analizinde Tukey-HSD testi yapılmıştır. Test sonucuna göre Lise-Lisans ve Lisans-Lisansüstü grupları arasında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Lise eğitim düzeyine sahip hastaların algıladıkları hizmet kalitesi lisans eğitim düzeyine sahip hastaların algıladıkları hizmet kalitesine oranla daha yüksektir. Yine aynı şekilde farklılık bulunan gruplardan lisansüstü eğitim seviyesine sahip hastaların algıladıkları hizmet

kalitesi, lisans eğitim düzeyine sahip hastaların algıladıkları hizmet kalitesine oranla daha yüksektir. Dolayısıyla H3 hipotezi kabul edilmektedir.

#### 4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde hizmet sektöründe ortaya çıkan artış oldukça ciddi bir hal almıştır. Dolayısıyla böyle bir ortamda hizmet veren işletmelerin, varlıklarını devam ettirebilmeleri için belirlenmiş olan hizmet standartlarına uymaları ve kendilerini sürekli gelişim içerisinde bulundurmaları gerekmektedir.

Hizmet sektöründe son yıllarda büyüme gösteren ve gelişim kaydeden sektörlerden bir tanesi de sağlık sektörüdür. Özel Hastanelerin sayısındaki ve niteliğindeki artış ile birlikte sağlıkta gelişim ve değişim sürecine girilen bu dönemde kamu hastaneleri de kendilerini sürekli geliştirmek ve değiştirmek zorunda kalmaktadır.

Müşterilerin artık daha bilinçli ve eğitilmiş olması, hizmet veren işletmeleri daha iyi olmaya sevk etmektedir. Bilgiye ulaşımın son derece arttığı bu dönemde hastalar da giderek daha bilinçli hale gelmiştir. Hastaların bilgi düzeylerinin artması ise hastaneleri sürekli gelişim ve değişim göstermeye mecbur bırakmıştır.

Bu çalışmada hastaların demografik özelliklerinin hizmet kalitesi algılarında farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Sağlık hizmet kalitesi algısının cinsiyet gruplarına göre, eğitim düzeylerine göre ve yaş gruplarına göre değişiklik gösterip göstermediği test edilmiştir.

Çalışmadaki sonuçlara göre sağlık hizmet kalitesi algısı, hastaların cinsiyetlerine ve yaş gruplarına göre bir farklılık göstermemektedir.

Fakat hastaların sağlık hizmet kalitesi algısı, eğitim düzeylerine göre incelendiğinde ortada bir farkın olduğu tespit edilmiştir. Hastaların sağlık hizmet kalitesi algısı eğitim düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Bu farklılığın ise lisans ve lise mezunu kişiler arasında ve Lisans ve Lisansüstü mezunu kişiler arasında olduğu görülmektedir. Lise eğitim düzeyine sahip hastaların algıladıkları hizmet kalitesi, lisans eğitim düzeyine sahip hastaların algıladıkları hizmet kalitesine oranla daha yüksek iken, lisansüstü eğitim seviyesine sahip hastaların algıladıkları hizmet kalitesi ise lisans eğitim düzeyine sahip hastaların algıladıkları hizmet kalitesine oranla daha yüksektir. Tablo 6'da bu gruplar arasında anlamlı farklılık oluşmasına sebep olan ifadeler yer almaktadır.

**Tablo 6:** İstatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunan ifadeler

Hastane odaları sessizdir
Hastanenin otopark imkânı yeterlidir
Hastanede taburcu işlemleri kolaylıkla yapılmaktadır
Hastanede kayıt işlemleri kolay ve hızlı gerçekleşir
Hastane çalışanları hastaya yardımcı olma konusunda isteklidirler
Hastane çalışanları taburcu işlemleri ile ilgili sorulara ayrıntılı cevap verirler
Hastane çalışanları herhangi bir işlem ve prosedürle ilgili hasta tarafından sorulan soruları yanıtlarlar
Hastanede uygulanan tedavi, tetkik, ilaçlar ve hastalık hakkında hastaya ayrıntılı bilgi verilir
Hastanede taburcu işlemlerinin nasıl olacağı hastaya ayrıntılı olarak açıklanır
Hastanede çıkan faturaya güveniyorum

Hastanenin hizmet kalitesini arttırmak ve gruplar arasındaki farklılıkların ortadan kaldırılabilmesi için aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Hastane odalarının sessizliğinin iyileştirilmesi
- Hastanenin otopark imkânının düzeltilmesi
- Hastanedeki kayıt ve taburcu işlemlerinin daha eşit ve adil yapılması
- Hastane çalışanlarının sorulan sorulara yanıt vermesi
- Hastanede çıkan faturanın adil çıkması hastanenin hizmet kalitesini arttıracaktır.

Genel ortalamalara baktığımızda ifadeler verilen cevapların birbirlerine çok yakın olduğu görülmektedir. Hastaların bu hastaneden almış oldukları hizmetten memnun olma dereceleri orta düzeydedir.

Sonuç olarak gelişen sağlık sektöründe müşterilerin hizmet kalitesi algılarını ve memnuniyet düzeylerini ölçmek bilimsel çalışmalar ile mümkündür. Bu çalışmanın sonucunda, hastaların cinsiyet gruplarında ve yaş gruplarında sağlık hizmet kalitesi algısı farklılık göstermez iken hastaların eğitim düzeyleri arasında farklılık olduğu tespit edilmiştir. Günümüz dünyasında imkânların sürekli gelişmesi ve değişmesinden dolayı hastaların sağlık hizmet kalitesi algılarında da sürekli değişim ve gelişim görülebilmektedir. Bu araştırma gelecekte bu konu üzerine yapılacak olan çalışmalara kaynak olabilecektir. Hastaların eğitim düzeyleri ile hizmet kalite algıları arasındaki ilişkiyi inceleyecek çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Çünkü günümüz dünyasında hastalar daha eğitilmiş ve daha bilinçli bir konuma gelmektedir. Bu durum, hastaların hizmet kalitesi algılarında eğitim düzeylerine göre farklılıkların olup olmadığının tespitini zaruri kılmaktadır. Bu yüzden hastaların sağlık hizmet kalitesi algılamaları üzerine sürekli güncel çalışmalar yapılmalıdır.

## KAYNAKÇA

- Andaleeb, S. (2000). Public And Private Hospitals In Bangladesh: Service Quality and Predictors Of Hospital Choice. *Health Policy And Planning*, 15(1):95-102.
- Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6): 55-71.
- Babakuş, E. ve Mangold W. (1992). Adapting The Servqual Scale To Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*, 26(6): 767-786.
- Bişkin F. (2011). Sağlık İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi Kamu ve Özel Sağlık İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi Uygulamaları Araştırması. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Carman, J. M. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of SERVQUAL Dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1); 33-35.
- Carman, J. M. (2000). Patient Perceptions of Service Quality: Combining the Dimensions. *Journal of Management of Medicine*, 14; 339-356.
- Cronin J. ve Taylor S. (1992). Measuring Service Quality : A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3); 55-68.
- Cronin J. ve Taylor S. (1994). Servperf Versus Servqual: Reconciling Performance- Based and Perceptions- Minus- Expectations Measurement Of Service Quality. *Journal of Marketing*, 58(1): 125-131.
- Çelik A. (2009). Sağlık Turizmi Kapsamında Termal İşletmelerde Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Ve Algılanan Hizmet Kalitesi Balçova Termal İşletmesinde Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Esatoğlu E. Ve Artukoğlu A. (2000). Tıbbi Dokümantasyon Tarihi Ve Tıbbi Dokümantasyon İle İlgili Meslektaşın Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Yıllığı*. 1(1): 13-19.
- Gowen, R., R. C., Mcfadden, L. K., Hoobler, M. J., Tallon J. W. (2005). Exploring The Efficacy of Healthcare Quality Practices, Employee Commitment, And Employee Control. *Journal Of Operations Management*, 24(6): 765-778.

- Günel, M. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Gündüz Ç. (2012). Süreyyapaşa Hastanesinde Kaliteyi Geliştirme Ve Performans Değerleme (2008 -2011 Verilerinin Karşılaştırılması). Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Gürsoy A. (2013). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi: Bir Kamu Hastanesi Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Handayani, W. P., Hidayanto, N. A., Sandhyaduhita, I. P., Kasiyah, Ayuningtyas, D. (2015). Strategic Hospital Services Quality Analysis In Indonesia. Expert Systems With Applications, 42(6): 3067- 3078.
- Kayral İ. (2012). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Ankara’da Hastane Türlerine Göre Bir Araştırma. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Korkmaz F. (2010). Sağlık Sektöründe Hizmet Alanlarla Hizmet Sunanlar Arasında Yaşanan Sorunların Analizi Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Kuzu A. (2010). Yaşlı Bakım Kurumlarında Hizmet Kalitesi Kavramı Ve Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli Servqual Uygulaması. Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Lee, S. M., Lee, D., ve Kang, C. Y. (2012). The impact of high-performance work systems in the health-care industry: Employee reactions, service quality, customer satisfaction, and customer loyalty. The Service Industries Journal, 32(1); 17–36.
- Lin H. ve Wang Y. (2006). An Examination Of The Determinants Of Customer Loyalty In Mobile Commerce Contexts. Information And Management, 43(3): 271-282.
- Mcglynn E. (1997). Six Challenges In Measuring The Quality Of Health Care. Health Affairs, 16(3): 7-21.
- Naik, C. N. K., Gantasala, S. B. ve Prabhakar, G. V. (2010). Service Quality (Servqual) and its Effect on Customer Satisfaction in Retailing. European Journal of Social Sciences, 16(2); 239-251.
- Öksüz A. (2010). Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi Ve Bir Uygulama Araştırması. Yüksek Lisans Tezi. Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. ve Berry L. (1988). SERVQUAL: A Multiple İtem Scale For Measuring Consumer Perceptions Of Service Quality. Journal of Retailing, 64(19); 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. ve Berry L. (1994). Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: implications for Furtiier Research. Journal of Marketing, 58, 111-124.
- Patwardhan, A. ve Patwardhan D. (2008). Business Process Re-Engineering– Saviour or Just Another Fad? One UK Health Care Perspective. International Journal of Health Care Quality Assurance, 21(3); 289–296.
- Pilatin B. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ve Hasta Tatmini (Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Raju P. ve Lonial S. (2001). The Impact of Quality Context And Market Orientation on Organizational Performance in A Service Environment. Journal of Service Research, 4(2): 140-154.

- Serbest G. (2006). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ve Müşteri Tatmininin Ölçülerek Davranışlar Üzerindeki Etkisinin Bulunmasına Yönelik Model Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Shemwell, D. J. ve Yavas, U. (1999). Measuring Service Quality in Hospitals: Scale Development and Managerial Applications. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 7(3); 65-75
- Sivakumar M. (2014). Assessment of Service Quality in Multispecialty Hospitals With Reference to Madurai. *Research Paper Impact Factor*, 1(6): 170- 174.
- Taşlıyan M. ve Gök S. (2008). Kamu Ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1): 69-94.
- Uyar E. (2014). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Müşteri Memnuniyeti Üzerinde Ağızdan Ağıza Pazarlama Faaliyetlerinin Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi, Karaman.
- Yıldırım, S. Y., Aksoy, F., Veyseller, B., Altın S. (2009). Hastaların Hastane Tercihini Etkileyen Faktörler. *Haseki Tıp Bülteni*, 47(2):11-16.
- Yurtsever, S. (2013). Hastanelerin Hizmet Kalitesinin Hasta Tatmin Ölçeği İle Ölçülmesi: Karabük Devlet Hastanesinde Yatan Hastalar Üzerinde Bir Araştırma. *Uluslararası İşletme ve Yönetim Dergisi*, 1(1); 100-126.
- Zineldin, M. (2006), The Quality Of Health Care And Patient Satisfaction: an Exploratory Investigation of the 5Qs Model at Some Egyptian and Jordanian Medical Clinics. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(1); 60-92.

Kalkan, E., Özer, K., İzci, E. ve Erdi, F (2020). Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanlarının Tıbbi Uygulama Hatası Davaları Karşısında Defansif Tıp Uygulamalarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 54-69

*Araştırma/ Research*

*Makale Geliş Tarihi: 25.04.2020  
Makale Kabul Tarihi: 09.05.2020*

## BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ UZMANLARININ TIBBİ UYGULAMA HATASI DAVALARI KARŞISINDA DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA



<https://doi.org/10.35345/johmal.726673> Erdal KALKAN<sup>1</sup>, Kubilay ÖZER<sup>2</sup>, Emir İZCİ<sup>3</sup>, M. Fatih ERDİ<sup>4</sup>

### ÖZET

Defansif tıp, literatürde hekimlerin hastanın tanı ve tedavisinden ziyade hasta tarafından açılacak tıbbi uygulama hatası davalarından korunmak için riskli durumlardan kaçınma veya gereksiz yere istenilen tanısal testler, tedaviler ve benzer uygulamalar olarak ifade edilmektedir. Bu çalışma ile zorunlu hekim mesleki sorumluluk sigortası dördüncü risk grubunda bulunan Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının defansif tıp uygulamalarının ulusal düzeyde araştırılarak belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir. 2018 yılı Mayıs ayında aktif olarak çalışan 1350 uzmana araştırmacılar tarafından düzenlenen elektronik anket formu linki e-posta yolu ile gönderilmiştir. Dijital platformda cevap verilerek tarafımıza gönderilen 140 (%10,3) anket değerlendirmeye alınmıştır. Araştırmanın bulgularına göre çalışmaya katılan uzmanların 60'ına (%42,9) malpraktis nedeniyle soruşturma/dava açıldığını, 123'ü (%87,8) Beyin ve Sinir Cerrahisi alanında komplikasyon/malpraktis ayrımında kriz olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Uzmanların yüksek riskli uygulamalardan kaçınmasına sebep olan asıl durumları; öncelikle 66 kişi(%47,1) komplikasyon ve malpraktis ayrımının net yapılmaması ve 25 kişi (%17,9) hasta ve yakınlarının sözlü ve şiddet saldırılarından korunma olarak belirlenmiştir. Uzmanların dava açılma riskini en aza indirmek için başvurduğu defansif tıp uygulamaları arasında öncelikle 105'i (%75.0) kayıtları daha detaylı tuttıkları ve dava etme olasılığı yüksek olan hastalardan 84'ü (%60.0) kaçındıklarını bildirmişlerdir. Sonuç olarak bu çalışmada literatürdeki Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlığı alanında yapılan uygulamalarda olduğu gibi uzmanların yüksek risk algıladıkları ve defansif tıp davranışlarının yaygın olduğu görülmektedir. Ancak maliyetlere direkt etkisi olan gereksiz görüntüleme, laboratuvar ve konsültasyona müracaat etme yönündeki defansif tıp uygulamalarına ABD ve Kanada'daki uzmanlara kıyasla ülkemizdeki uzmanların daha az başvurdukları belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Beyin ve Sinir Cerrahisi, Defansif tıp, Tıbbi uygulama hatası.

<sup>1</sup> Prof. Dr. Medova Hastanesi/ erdalkalkan62@yahoo.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4067-9081>

<sup>2</sup> Dr. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi/ kubilayozer@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4043-5047>

<sup>3</sup> Dr. Konya Sağlık Müdürlüğü Eğitim Araştırma Hastanesi/ ekaanizci@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7713-4643>

<sup>4</sup> Doç.Dr. Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi ABD./ mfatihherdi@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3621-6658>



## A RESEARCH ON DETERMINATION OF DEFENSIVE MEDICINE PRACTICES IN THE FACE OF MALPRACTICE LEGISLATION OF NEUROSURGERY SPECIALISTS

### ABSTRACT

Defensive medicine is defined in the literature as avoidance of risky situations or unnecessary diagnostic tests, treatments and similar applications in order to protect physicians from malpractice cases that may be opened by the patient rather than the diagnosis and treatment of the patient. This study aims that, determine the defensive medicine practices of the neurosurgical specialists in the fourth risk group of compulsory physician professional liability insurance by researching at the national level. The purpose of this study at high risk of brain and neurosurgery specialists of resources given to plans at the national level of defensive medical practices to be researched, it has been determined. According to the findings of the experts who participated in the study 60 (42.9%) due to malpractice investigations / proceedings have been opened, 123 (87.8%) stated that they think there was a crisis in the distinction of complications / malpractice in the field of Neurosurgery. Experts in high-risk situations that are causing people to refrain from practices primarily in the real 66 (47.1%) is not made clear the distinction between complications and malpractice and 25 people (%17,9) of the patient as protection from verbal and violent attacks reported. Experts minimize the risk of a lawsuit that refers to the practice of Medicine is primarily a defensive 105 (%75.0) the person they have more detailed records and 84 (%60.0) refrains from have reported that patients with a high probability of litigation. As a result, in this study, it is seen that experts perceive high risk and defensive medicine applications are widespread as in the studies in the field of neurosurgery expertise in the literature. However, it was determined that the experts in our country applied less to the applications of defensive medicine in order to apply unnecessary imaging, laboratory and consultation, which had a direct impact on costs, compared to experts in the USA and Canada.

**Keywords:** Neurosurgery, Defensive Medicine, Malpractice

### 1. Giriş

Sağlık sektörü günümüzün hızla gelişen en önemli hizmet alanlarından biridir. Hizmetin yürütülmesinde hasta-doktor ilişkisi ile teşhis-tedavi süreçleri gelişmelerden etkilenerek bazen doğrular yerini yeni doğrulara bırakmaktadır (Güler, 2019, s.13). Taraflar arasındaki asimetrik bilgi ve eşitsizlik, diğer sorunlarla beraber, hukuki sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu hukuki sorunların temel konularından birisini tıbbi malpraktis ve komplikasyon arasındaki sınırın belirlenmesidir (Hakeri, 2014, s.23; Kök, 2018, s.116).

Ülkemizde 2000'li yılların başına kadar tıbbi malpraktis davalarının yaygın olmadığı görülmektedir. Sağlıkta dönüşüm programı ile uygulamaya konulan hasta merkezli sağlık politikaları ve Türk Ceza Kanununda (TCK) yapılan değişiklikler hasta ve hekim ilişkisini alışılmışın dışında bir boyuta taşıyarak bundan bütün sağlık profesyonellerinin etkilenmesine neden olmuştur (Aynacı, 2008, s. 27). Bu etkinin istenmeyen boyutlarının önüne geçilmesi için uygulamaya konulan tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası ve hasta güvenliği tedbirlerine rağmen malpraktis dava sayılarında ve davaya konu tazminat miktarlarında olağan üstü artışlar yaşanmaktadır (Selçuk, 2015, s.8)

Hekimlerin güncel ve doğru tıbbi uygulamalarına rağmen hastalığın her an normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki koşulların tamamını içeren tıbbi uygulama hataları veya komplikasyonlar, hastaların yanı sıra hekimlerin de hayatını etkileyen önemli bir problem olarak tıp tarihinde yerini almaktadır. Hekimlerin tıbbi malpraktis için sorumlu tutulurken, komplikasyonlar nedeniyle sorumlu tutulmayacakları doktrinde kabul görmektedir (Toraman ve Çarıkçı, 2019, s.41, Polat, 2005, s.22).

### 1.1. Tıbbi Uygulama Hatası (Malpraktis)

Tıbbi uygulama hatasını, Dünya Tabipler Birliği (The World Medical Association) 1992 yılındaki 44. genel kurulunda: "*doktorun tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır*" şeklinde tanımlamaktadır (TTB, 2009, s.48). Türk Tabipler Birliği ise Hekimlik Meslek Etiği Kuralları' nın 13.maddesinde konuyu ele almış "*Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi "hekimliğin kötü uygulaması" anlamına gelir*" ifadesi ile yukardakine yakın bir tanımlama yapmıştır (TTB, 2015).

### 1.2. İzin Verilen Risk/Yan etki (Komplikasyon)

Türk Dil Kurumu güncel sözlükte komplikasyon kavramının karşılığı *karmaşıklık* olarak verilmektedir (TDK 2019). Tıbbi müdahale doğası gereği karmaşık yapıdadır ve içerisinde riskler barındırırlar. Hekimlik mesleği ve tıp biliminin güncel standartlarında hastanın bilgilendirilmesi ve onamı alınarak yapılan tıbbi girişimlerde gerekli tedbirler altında göze alınan risk karşılığında, hastanın ve doktorun elinde olmadan, beklentilerin dışında ortaya çıkan istenmeyen sonuçları komplikasyon olarak tanımlayabiliriz (Somer, 2013, s.111; Can, Özkar ve Can, 2011, s.73).

Defansif tıp uygulamalarındaki sorunun kaynağı ise neyin komplikasyon sayılacağı ve bu ayrımın nasıl yapılacağıdır (Hakeri, 2014, s.27). Danıştay "*tıp uygulamalarında güncel olarak kabul edilen risk ve sapmalar dahilinde dikkat ve özen göstermesine rağmen, tıbbi müdahale esnasında öngörülemez, öngörülse bile önlenemeyen durum ve istenmeyen sonuçların tamamını komplikasyon*" olarak tanımlamakta bunların dışına çıkılan durumları tıbbi hata olarak değerlendirmektedir (Danıştay, 2016).

Bu durumlar karşısında başta hekimler ve sağlık meslek mensupları mümkün olduğunca kendilerini malpraktis yasaları karşısında garantiye almak istemektedirler. Garantiye alma güdüsünün literatürde defansif tıp olarak isimlendirilen uygulamaların ortaya çıkmasına neden olduğu görülmektedir (Özata, Özer ve Akkoca, 2018, s.138).

### 1.3. Defansif Tıp

Hekimlerin son yıllarda artan medikolegal (Tıbbi-yasal) endişeleri nedeniyle hastanın tanı ve tedavisinden ziyade hasta tarafından açılacak tıbbi malpraktis davalarından korunmak için gereksiz yere istenilen tanısal testler, tedaviler, prosedürler veya riskli durumlardan kaçınma davranışlarına başvurdukları, akademik çalışmalarda tartışılan konular arasında yer almaktadır. Literatürden hareketle hekimlerin medikolegal endişeleri nedeniyle olağan tıbbi uygulamalardan sapmaları Defansif tıp olarak tanımlanmaktadır (Hermer ve Brody, 2010, s.470; Catino, 2011, s.2).

Defansif tıp uygulamalarının hekimin ve hastanın içinde bulunduğu durumlardan etkilenecek güvence (pozitif) ve kaçınma (negatif) davranışı olarak iki merkezde toplandığı görülmektedir (Kalkan, 2018, s.319-320). Pozitif defansif uygulamalarda gerekli olan uygulamalar eksiksiz yapıldıktan sonra gereksiz yere kayıt tutma, konsültasyon isteme, görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerine müracaat etme; negatif defansif tıp uygulamaları ise dava açılma riski yüksek vakalardan kaçınma, hastayı sevk etme ve hastayı kabul etmeme uygulamaları olarak gözlenmektedir (Catino, 2011, s.4; Chen ve Yang, 2014).

### 1.4. Literatür

Literatür tarandığında defansif tıp konusunda yapılan araştırmalara rastlamak mümkündür ancak Beyin Cerrahisi branşına yönelik yapılan çalışmalarda sınırlı sayıda kaldığı görülmüştür. Literatürde ulaşılan yayınlara ait bulgular aşağıda sunulmuştur.

Studdert ve arkadaşları (2005) Amerika'da hekimlerin % 93'ünün defansif tıp uyguladıklarını belirlemişlerdir. Defansif uygulamalara en fazla acil ve cerrahi branşların başvurdukları ve

bunlar içinde de kadın-doğum uzmanları, beyin cerrahlarının ilk sıralarda yer aldığına dikkat çekilmiştir (Studdert, Mello, Sage, DesRoches, Peugh, Zapert, 2005, s.2609).

New England Journal of Medicine (2011) hekimlerin malpraktis suçlamalarıyla karşılaşma oranları ve tazminat ödeme durumları retrospektif olarak değerlendirildiği çalışma sonuçlarına göre en çok malpraktis suçlamasına maruz kalan doktorların Beyin ve Sinir cerrahisi (Nöroşirurji) olduğu tespit edilmiştir (Yalçın, 2011).

Beyin Cerrahisi alanında yurt dışı yayınlarda Nahed ve arkadaşları (2012) katılımcılar %77,3 oranında malpraktis davaları nedeniyle kriz ortamı olduğunu söylemişlerdir. Katılımcıların %71,3'ü karar verme süreçlerinde davalardan etkilendiklerini bildirmişlerdir (Nahed, Babu, Smith ve Heray, 2012, s.4).

Smith ve arkadaşları (2015) Beyin Cerrahileri arasında %87 oranında riskli ortamlarda çalıştıklarını ve bu nedenle hekimlerin %50 oranının üzerinde defansif uygulamalara yol açtığını tespit etmişlerdir (Smith, Habib, Rosenow, Nahed, Babu, Cybulski, Fessler, Batjer ve Heary, 2015, s.105).

Sandra ve arkadaşları (2016) Beyin Cerrahisi alanında malpraktis davalarının bölgesel ve yasalardaki farklılıklar nedeniyle defansif tıp uygulamalarında farklılıklar olduğunu tespit etmişlerdir (Sandra, Hulou, Cote, Roytowski, Rutka, Gormley ve, Smith, 2016, s.60).

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm programı ile sağlık hizmetleri hasta merkezli sunulmaya başlanmıştır. TCK'da yapılan değişiklikler sonrasında mesleki zorunlu sağlık sigortasının uygulamaya geçilmesi ile malpraktis davaları artma eğilimine girmiştir. Bu süreçte davaya konu olan tazminat tutarlarının astronomik rakamlara ulaştığı görülmektedir (Üzün, 2014; Doğan, 2017).

Tıbbi uygulama hatası/malpraktis konulu haberler basına oldukça sık yer bulmaktadır. Ertem ve arkadaşları (2009) ile Aslan ve Özer (2018) yaptıkları çalışmalarda son on yılda gazetelere yansıyan malpraktis haberlerinin zamanla arttığından bahsetmişlerdir. Doğruluk payı tartışmalı haberlerin tek taraflı, magazinsel, toplumu yanıltıcı ve "sağlık skandalı" başlığı altında sunulduğu, ölüm ve sakatlıkla sonuçlanan olayların öne çıkarıldığı bu haliyle medyanın haber değeri ön plana çıkarmak adına sağlık çalışanı ve hekimlere karşı olumsuz tutum içinde olduğu belirlenmiştir (Ertem, Oksel ve Akbıyık, 2009, s.9; Aslan ve Özer, 2018, s.1895).

Solaroğlu (2014) arkadaşlarıyla birlikte ulusal düzeyde Beyin Cerrahileri arasında defansif tıp uygulamalarını araştırdıkları çalışmada, katılımcıların %72 oranında defansif tıp uygulamalarına başvurduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %89,6'sının tıbbi malpraktis davalarında mahkemelerin komplikasyonu malpraktisten ayırabileceğine inanmadığını tespit etmişlerdir (Solaroğlu, İzci, Yeter, Metin ve Keles, 2014, s.6).

### **1.5. Araştırmanın Amacı**

Defansif tıp uygulamaları üzerinde sağlık sistemi gelişmiş ülkelerde uzunca bir süredir çalışıldığı ve tartışıldığı görülmektedir. Burada ülkemizde hekim mesleki sorumluluk sigortası dördüncü risk grubunda bulunan Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının; çalışmanın yapıldığı dönemde sosyo-demografik özellikleri, mesleki parametreleri, malpraktis ve defansif tıp kavramlarına yönelik tutumları, defansif tıp uygulamalarındaki tercihleri ve defansif uygulamaların sebeplerini ulusal düzeyde araştırarak literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

### **1.6. Araştırmanın Önemi**

Malpraktis dava sayılarında ve tazminat tutarlarındaki artışların Beyin Cerrahi gibi yüksek riskli branşlardaki hekimlerde potansiyel dava edilme endişesini artırdığı görülmektedir. Defansif tıp uygulamalarına yol açan bu durum klinik karar vermeyi etkilediği gibi sağlık harcamalarına katlanılması gereken ek maliyetler getirmektedir (Nahed ve ark, 2012, s.6). Klinik karar verme

ve maliyetlerin ötesinde genç hekimlerin tıpta uzmanlık tercihleri değişerek yüksek riskli branşlara yönelim gün geçtikçe azalmaktadır (Öztürk ve Gençtürk, 2018, s.2201).

### **1.7. Araştırmanın Etiği:**

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz dışı araştırmalar için etik kuruluna müracaat edilerek; 06.04.2018 tarihinde 2018/1296 sayılı etik kurul onayı ile çalışma yürütülmüştür.

### **1.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmada kullanılan soru seti araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulmuştur. Soru seti, araştırmacıların maddi imkânları, zaman ve ülke düzeyinde ulaşılan hekim sayısı araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

## **2. Yöntem**

Kesitsel tanımlayıcı nitelikte olan çalışma 2018 yılı Nisan-Mayıs aylarında ülkemizde çalışan 1500 Beyin ve Sinir Cerrahi uzmanına ulaşmak üzere yola çıkmıştır. Ülkemizde faaliyet gösteren Türk Nöroşirürji Derneğine kayıtlı ve güncel e-posta adresi olan 1350 uzmana araştırmacılar tarafından düzenlenen elektronik anket formu linki e-posta yolu ile gönderilmiştir. Mayıs ayı içerisinde dijital platformda cevap verilerek tarafımıza ulaşan 143 anketten 3 tanesi değerlendirme dışı bırakılarak 140 (%10,3) tanesi değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmanın tanımlayıcı istatistiklerinin incelenmesinde sayı ve yüzdelik dağılımından yararlanılacaktır. Çalışmaya katılan Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının, yaş, cinsiyet, çalıştığı kurum, unvan, branş, hekimlik süresi açısından defansif tıba ilişkin uygulama ve tutumları değerlendirilmiştir.

## **3. Bulgular**

Bu araştırmada bulgular dört başlıkta sunulmuştur. İlk başlıkta Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının sosyo-demografik özellikleri ve mesleki parametreleri, ikinci başlıkta Beyin ve Sinir Cerrahilerinin defansif tıp ve malpraktis kavramına yönelik bulgular, üçüncü başlıkta Beyin ve Sinir Cerrahi uzmanlarının defansif tıp uygulamalarının değerlendirilmesine yönelik bulgular, dördüncü başlıkta Defansif tıp uygulamalarının sebeplerine yönelik bulgulara ilişkin veriler yer almaktadır.

### **3.1. Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Mesleki Parametreleri**

Çalışmaya katılan Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik beş parametrede bilgi toplanmıştır. Bu parametrelere ait bulgular (frekans ve yüzde dağılımı) Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

**Tablo 3.1.** Beyin ve Sinir cerrahisi uzmanlarının sosyo-demografik özellikleri

Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Unvan	Sayı	Yüzde
Kadın	10	7,1	Prof. Dr.	31	22,1
Erkek	130	92,9	Doç. Dr.	19	13,6
Yaş	Sayı	Yüzde	Yrd. Doç. Dr.	8	5,7
20-39 yaş arası	34	24,3	Uzman Dr.	82	58,6
40-59 yaş arası	92	65,7	Çalışma süresi	Sayı	Yüzde
60+ yaş ve daha üstü	14	10,0	5 yıldan az	18	12,9
Kurum	Sayı	Yüzde	5-10 yıl	28	20,0
Üniversite Hastanesi	33	23,6	11-20 yıl	52	37,1
Eğitim Araştırma	30	21,4	21-30 yıl	28	20,0
Devlet Hastanesi	32	22,9	30 yıldan fazla	13	9,3
Özel Hastane	45	32,1	Emekli	1	0,7
Toplam	140	100	Toplam	140	100

Tablo 3.1’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının 130 (%92,9)’u erkek 10 (%7,1) kadınlardan oluşmaktadır. 20-39 yaş grubunda 34 (%24,3), 40-59 yaş grubunda 92 (% 65,7), 60 ve üstü 14 (%10,0) cerrah çalışmaya katılmıştır. Çalışmaya Üniversite hastanelerinden 33 (%23,6), Eğitim ve araştırma hastanelerinden 30 (%21,4), Devlet hastanelerinden 32 (%22,9) ve Özel hastanelerden 45 (%32,1) uzman katılmıştır. Unvan değişkeni açısından çalışmaya katılan Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının dağılımları Prof. Dr. 31 (%22,1), Doç. Dr. 19 (%13,6), Yrd. Doç. Dr. 8 (%5,7) ve Uzman doktor 82 (58,6) olarak belirlenmiştir. Çalışma süreleri açısından çalışmaya katılanların dağılımları 5 yıldan az 18 (%12,9), 5-10 yıl arası 28(%20,0), 11-20 yıl arası 52(%37,1), 21-30 yıl arası 28 (%20,0), 30 yıldan fazla 13 (%9,3) kişi olarak tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının mesleki parametrelerine ait bulgular Tablo 3.2 de verilmiştir.

**Tablo 3.2.** Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının mesleki parametreleri

1-İlgi alanı	Sayı	%
Genel	84	60,0
Spinal	63	45,0
Noröonkoloji	42	30,0
Travma	35	25,5
Nörovasküler	25	17,1
Pediyatri	24	17,1
Fonksiyonel	6	4,3
<b>Toplam*</b>	<b>278*</b>	
2-Yıllık operasyon sayısı (Tahmini)	Sayı	%
50'den az	9	6,4
50-100	23	16,4
101-200	44	31,4
201-300	28	20,0
301-400	18	12,9
401-500	7	5,0
500'den fazla	10	7,1
<b>Toplam</b>	<b>139</b>	<b>99,3</b>
3-Meslek hayatı boyunca yapılan operasyon sayısı (Tahmini)	Sayı	%
500 den az	8	5,7
501-1000	12	8,6
1001-2000	22	15,7
2001-3000	15	10,7
3001-4000	19	13,6
4001-5000	17	12,1
5001-10000	31	22,1
10000'den fazla	15	10,7
<b>Toplam</b>	<b>139</b>	<b>99,3</b>
4-Kurumunuzdaki nöroşirurji uzman sayısı	Sayı	%
Tek çalışıyorum	35	25,5
1-2	29	20,7
3-5	35	25,0
6-10	36	25,7
10'dan fazla	4	2,9
<b>Toplam</b>	<b>139</b>	<b>99,3</b>
5-Tedavi gören özel sigortalı hastaların yüzdesi	Sayı	%
%10'dan az	99	70,7
%10-25	18	12,9
%26-50	6	4,3
%51-75	3	2,1
%75'den fazla	13	9,3
<b>Toplam</b>	<b>139</b>	<b>99,3</b>

\*Birden fazla seçenek işaretlenmesi istenmiştir. Yüzdeler dilimler hesaplanırken n:140 alınmıştır.

Tablo 3.2'de görüldüğü gibi çalışmaya katılan Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının mesleki parametreleri verilmiştir. Parametrelere bakıldığında uzmanların çoğunluğunun ilgi alanı Genel 84 (%60,0) olduğu görülmektedir. Yıllık operasyon sayılarının 101-200 arası 44 tane(%31,4), 201-300 arası 28 tane (%20,0) değerlerinin yüksek olduğu izlenmektedir. Uzmanların 35'inin

(%25,5) Tek çalıştığı, 29'unun (% 20,7) 1-2 kişi çalıştığı anlaşılmaktadır. Tedavi gören özel sigortalı hastaların oranının %10'dan az olduğu tespit edilmiştir. .

### 3.2. Beyin ve Sinir Cerrahilerinin Defansif Tıp ve Malpraktis Kavramına Yönelik Bulguları

Araştırmaya katılan Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının defansif tıp kavramına yönelik tutumlarını ölçmek için 5 adet soru sorulmuş ve bulgular Tablo 3.3'de verilmiştir.

**Tablo 3.3.** Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının defansif tıp kavramına yönelik tutumları

1- Çekinik tıp (Defansif tıp) kavramını daha önce duydunuz mu?	Sayı	%
Evet	123	87,9
Hayır	16	11,4
<b>Toplam</b>	<b>139</b>	<b>99,3</b>
2- Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriğini yeterince biliyor musunuz ?	Sayı	%
Evet	76	54,3
Hayır	63	45,0
<b>Toplam</b>	<b>139</b>	<b>99,3</b>
3- Hekimlik yaşamınızda malpraktis nedeniyle soruşturma/dava açıldı mı?	Sayı	%
Evet	60	42,9
Hayır	79	56,4
<b>Toplam</b>	<b>139</b>	<b>99,3</b>
4- Malpraktis davalarının sayısında artış olduğuna inanıyor musunuz?	Sayı	%
Evet	133	95,0
Hayır	4	2,9
<b>Toplam</b>	<b>137</b>	<b>97,9</b>
5- Son 5 sene içinde hakkınız da kaç adet tazminat davası açıldı?	Sayı	%
Hiç açılmadı	103	73,6
1-2 defa	31	22,1
3-4 defa	4	2,9
4 ten fazla	1	0,7
<b>Toplam</b>	<b>139</b>	<b>99,3</b>

Tablo 3.3' de görüldüğü gibi; çalışmaya katılan Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının 123 (% 87,9)'i "Defansif tıp kavramını duyduğunu", 76 (%54,3)'ü "Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriğini yeterince bildiğini" belirtmişlerdir. 60 (%42,9) Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanına "Hekimlik yaşamı boyunca malpraktis nedeniyle soruşturma/dava açıldığını", çalışmaya katılan 133 (%95,0) Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanı "Malpraktis davalarının sayısında artış olduğuna inandığını" belirtmiştir. Ayrıca "Son 5 sene içinde hakkınız da kaç adet tazminat davası açılma durumu" hiç açılmadı 103 kişi (%73,6), 1-2 defa 31 kişi (%22,1), 3-4 defa 4 (%2,9) , 4'ten fazla 1 kişi (%0,7) olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının malpraktis kavramına yönelik tutumlarını ölçmek için 6 adet soru sorulmuş ve bulgular Tablo 3.4’de verilmiştir.

**Tablo 3.4.** Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının malpraktis kavramına yönelik tutumları

	Sayı	%
1-Nöroşirurji alanında malpraktis/komplikasyon ile ilgili bir kriz ortamı mevcuttur.		
Kesinlikle evet	72	51,4
Evet	51	36,4
Kararsızım	11	7,9
Hayır	4	2,9
Kesinlikle Hayır	1	0,7
<b>Toplam</b>	<b>139</b>	<b>99,3</b>
2-Malpraktis davaları uygulayacağım cerrahi ile ilgili karar vermem de beni etkiliyor.	Sayı	%
Kesinlikle evet	53	37,9
Evet	53	37,9
Kararsızım	15	10,7
Hayır	15	10,7
Kesinlikle Hayır	2	1,4
<b>Toplam</b>	<b>138</b>	<b>98,6</b>
3- Cerrahi uygulamalarım da benim kararlarımın sebep olduğu tıbbi sorumluluğumun ne kadar süre alacağını bilmiyorum.	Sayı	%
Kesinlikle evet	36	25,7
Evet	65	46,4
Kararsızım	23	16,4
Hayır	11	7,9
Kesinlikle Hayır	3	2,1
<b>Toplam</b>	<b>138</b>	<b>98,6</b>
4- Mesleğinizi uygularken her an bir malpraktis davası ile karşılaşma riskinizin olduğunu düşünüyor musunuz?	Sayı	%
Kesinlikle evet	69	49,3
Evet	61	43,6
Kararsızım	5	3,6
Hayır	2	1,4
Kesinlikle Hayır	0	0
<b>Toplam</b>	<b>137</b>	<b>97,9</b>
5- Bana göre her hasta potansiyel bir dava konusudur.	Sayı	%
Kesinlikle evet	53	37,9
Evet	56	40,0
Kararsızım	14	10,0
Hayır	14	10,0
Kesinlikle Hayır	1	0,7
<b>Toplam</b>	<b>138</b>	<b>98,6</b>
6-Beyin ve Sinir Cerrahisi alanında malpraktis davaları ile ilgili duygularımız nelerdir?	Sayı	%
Çok kaygılıyım	85	60,7
Biraz kaygılıyım	44	31,7
Kararsızım	8	5,7
Kaygısızım	2	1,4
Hic Kaygısızım	0	0
<b>Toplam</b>	<b>139</b>	<b>99,3</b>

Tablo 3.4’de çalışmaya katılan Beyin ve Sinir cerrahisi uzmanlarından “Nöroşirurji alanında malpraktis/komplikasyon ile ilgili bir kriz ortamı mevcut olduğuna” 72’si (%51,4) kesinlikle evet, 51’i (%36,4) evet yönünde görüş belirtmişlerdir. “Malpraktis davaları uygulayacağım cerrahi ile ilgili karar vermem de beni etkiliyor” sorusuna 53 (37,9) uzman kesinlikle evet, aynı



soruya 53 (%37,9) uzman evet seçeneğini işaretleyerek görüşlerini bildirmişlerdir. “Cerrahi uygulamaların da benim kararlarımın sebep olduğu tıbbi sorumluluğumun ne kadar süre alacağını bilmiyorum” soruna kesinlikle evet 36 (%25,7), evet 65 (%46,6) oranında görüş belirtmişlerdir. “Mesleğini uygularken her an bir malpraktis davası ile karşılaşma riskinin olduğunu” düşünen uzman sayısı 69 (%49,3) kesinlikle evet, 61 (%43,6) evet olarak belirlenmiştir. “Her hastanın potansiyel bir dava konusu olduğunu” düşünen uzman sayısı 53 (%37,9) kesinlikle evet, 56(%40) Evet olarak belirlenmiştir. “Beyin ve Sinir Cerrahisi alanında malpraktis davaları ile ilgili duygularının sorulduğu soruya uzmanlar 85 (%60,7) çok kaygılıyım, 44 (%31,7) kaygılıyım cevabını vermişlerdir.

### 3.3. Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanlarının Defansif Tıp Uygulamalarının Değerlendirilmesine Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının dava açılma riskini en aza indirmek için defansif tıp uygulamalarının neden ve çeşitlerinin belirlenmesine yönelik iki adet soru sorulmuş ve bulgular Tablo 3.5’de verilmiştir.

**Tablo 3.5.** Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının defansif tıp uygulama tercihleri

1-Dava açılma riskini en aza indirmek için defansif tıp uygulamalarından hangisini tercih edersiniz?*	Sayı	%
Kayıtları daha detaylı tutarım	105	75,0
Dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınırım	84	60,0
Komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçınırım	72	51,4
Bir prosedür önerir ve onu çok ayrıntılı bir şekilde anlatırım	69	49,3
Fazladan görüntüleme tetkikleri isterim	63	45,0
Fazladan laboratuvar testleri isterim	39	27,9
Hastayı sevk ederim	35	25,0
Fazladan konsültasyon isterim	30	21,4
Fazladan medikal tedavi uygulamam	9	6,4
Gereksiz hasta yatırım	6	4,3
Yüksek riskli uygulamalardan kaçınmanıza sebep olan asıl durum nedir?		
	Sayı	%
Komplikasyon ve malpraktis ayrımının net yapılmaması	66	47,1
Hasta ve yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunma	25	17,9
Sorumluluk	21	15,0
Teknik beceri gerekliliği	11	7,9
Risk almayı sevmiyorum	8	5,7
Sürekli değişen uygulamalar	6	4,3
<b>Toplam</b>	<b>137</b>	<b>97,9</b>

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler dilimler hesap edilirken n:140 olarak alınmıştır.

Tablo 3.5 de görüldüğü gibi, dava açılma riskini en aza indirmek için defansif tıp uygulamalarından en çok başvurulan yöntemler sırasıyla: 105 (% 75,0) kişi kayıtları daha detaylı tuttuğunu, 84 (% 60,09) kişi dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığını, 72(% 51,4) kişi komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçındığını, 69 (% 49,3) kişi ise bir prosedür önererek onu çok ayrıntılı bir şekilde anlattığını, çalışmaya katılanların 63’ü (% 45,0) fazladan görüntüleme tetkikleri istediğini, 39’u (% 27,9) fazladan laboratuvar testleri istediğini, 35’i (% 25,0)kişi hastayı sevk edeceğini, 30’u (% 21,4) fazladan konsültasyon istediğini, 9’u (% 6,4) fazladan medikal tedavi uygulayacağını, 6’sı (% 4,3) gereksiz hasta yatırdığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan nöroşirurji hekimlerinin yüksek riskli uygulamalardan kaçınmasına sebep olan asıl durumları: 66 kişi(%47,1) komplikasyon ve malpraktis ayrımının net yapılmaması, 25 kişi (%17,9) hasta ve yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunma, 21 kişi (%15,0) sorumluluk, 11 kişi (%7,9) teknik beceri gerekliliği, 8 kişi (%5,7) risk almayı sevmeyi, 6 kişi (%4,3) sürekli değişen uygulamalar şeklinde belirtmişlerdir.

### 3.4. Defansif Tıp Uygulamalarının Sebeplerine Yönelik Bulgular

Çalışmaya katılan Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarına defansif tıp uygulamalarının kaynaklarını belirlemeye yönelik 6 adet soru sorularak ulaşılan sonuçlar Tablo 3.6’da verilmiştir.

**Tablo 3.6.** Defansif tıp kaynakları

Soru	Sayı	%
1-Performansa dayalı ücret sisteminin defansif tıp uygulamalarına etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?		
Kesinlikle evet	45	32,1
Evet	46	32,9
Kararsızım	22	15,7
Hayır	20	14,3
Kesinlikle hayır	4	2,9
2- Malpraktis nedeniyle açılan hukuk ve ceza davasında savcı ve yargıçlar sağlık hukuku konusunda yetişmiş uzman kişi olsa defansif tıp uygulamalarının azalmasında etkisi olur mu?		
Kesinlikle evet	60	42,9
Evet	53	37,9
Kararsızım	10	10,7
Hayır	6	4,3
Kesinlikle hayır	3	2,1
3- Sağlık mesleğinin koşullarına uygun ceza ve hukuki tazminat için özel yasa olsa defansif tıp azalır mı?		
Kesinlikle evet	50	35,7
Evet	60	42,9
Kararsızım	20	14,3
Hayır	4	2,9
Kesinlikle hayır	3	2,1
4- Malpraktis nedeni ile hasta ve yakınlarına doğan tazminat alacaklarının muhatabı hekim yerine yalnızca sigorta şirketi olsa defansif tıp azalır mı?		
Kesinlikle evet	44	31,4
Evet	46	32,9
Kararsızım	30	21,4
Hayır	12	8,6
Kesinlikle hayır	5	3,6
5- Meslektaşlarınıza malpraktis davaları açılması hekimlik yapma biçiminizi etkiler mi?		
Kesinlikle evet	60	42,9
Evet	60	42,9
Kararsızım	7	5,0
Hayır	4	2,9
Kesinlikle hayır	6	4,3
6- Sağlıkta şiddet olayları medyada fazlaca yer buldukça tıbbi uygulamalarınızda tedirginlik hissettiğiniz oluyor mu?		
Kesinlikle evet	60	42,9
Evet	63	45,0
Kararsızım	7	5,0
Hayır	5	3,6
Kesinlikle hayır	2	1,4

Tablo 3.6’ da görüldüğü gibi çalışmaya katılan Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarından, “Performansa dayalı ücret sisteminin defansif tıp uygulamalarına etkisi olduğunu düşünenler” 45 (%32,1) kesinlikle evet, 46 (%32,9) evet; “malpraktis nedeniyle açılan hukuk ve ceza davasında savcı ve yargıçlar sağlık hukuku konusunda yetişmiş uzman kişiler olmadığı için defansif tıp uygulamalarına başvurulduğu yönde görüş bildirenler” 60 (%42,9) kesinlikle evet,

53 (%37,9) evet; “sağlık mesleğinin koşullarına uygun ceza ve hukuki tazminat için özel yasa olsa defansif tıbbın azalacağı yönünde” 50 (%35,7) kesinlikle evet, 60 (%42,9); “malpraktis nedeni ile hasta ve yakınlarına doğan tazminat alacaklarının muhatabı hekim yerine yalnızca sigorta şirketi olsa defansif tıbbın azalacağı yönünde” 44(%31,4) kesinlikle evet, 46 (%32,9) evet; “meslektaşlarınıza malpraktis davaları açılmasıyla hekimlik yapma biçiminin etkileneceğini belirten” 60 (%42,9) kesinlikle evet, 60 (%42,9) evet; “sağlıkta şiddet olayları medyada fazlaca yer buldukça tıbbi uygulamalarınızda tedirginlik hissedersen” 60 (%42,9) kesinlikle evet, 63 (%45,0) evet olarak belirlenmiştir.

#### 4. Tartışma

Günümüzde dünyanın farklı yerlerinde mesleğini icra ederken hekimlerin malpraktis davalarından etkilendiği, malpraktis ve komplikasyon ayrımının tam olarak yapılamayışının kriz ortamı oluşturduğu, hekimlerin kendilerini koruma güdüsüyle olağan tıp uygulamalarından saptığı akademik çalışmalardan anlaşılmaktadır (Studdert ve ark, 2005; Aynacı, 2008; Hakeri, 2014). Bununla birlikte Acil Tıp, Genel Cerrahi, Ortopedik Cerrahi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Doğum ve Radyoloji branşlarının daha çok etkilendiğini akademik çalışmalardan görmekteyiz(Sandra ve ark, 2016).

Yüksek riskli uzmanlık alanları genellikle hızlı karar vermeyi gerektiren acil vakaları sıklıkla ele alır. Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlık alanında acil vakalarda hızlı karar verme sürecinde küçük bir hata payının neden olacağı olası olumsuz sonuçların boyutları genellikle yüksek risk olarak kabul edilmektedir (Nahed ve ark, 2012). Malpraktis davalarının sayısı ve davaya konu olan tazminat miktarlarının günden güne arttığı, artışın önlenmesinde zorunlu mesleki sigorta ve hasta güvenliği tedbirlerinin yetersiz kaldığı göz önüne alındığında uzmanların kendilerini güvene alacak bir takım önlemler geliştirdiği görülmektedir(Kalkan, 2018, s.321).

Bu çalışmaya katılan Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının demografik özelliklerine göre 130’u (%92,9) erkek; 92’si (%65,7) 40-59 yaş aralığında; 45’i (% 32,1) özel sektörde, 63’ü (%45) akademik alanda ve 32’si (%22,9) kamu hastanelerinde görev yaptığı anlaşılmaktadır. Bulgular Solaroğlu ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışma ile uyumluluk göstermektedir (Solaroğlu ve ark, 2014) Tedavi gören özel hastaların oranının % 10’dan daha az olduğu tespit edilmiştir. Uzmanların %32 sinin özel sektörde çalışmasına rağmen özel sigortalı hastaların oranının yüzde ondan daha az olması Türk sağlık sisteminin tek hizmet alıcısının Sosyal Güvenlik Kurumu olduğunu bir kez daha açık olarak göstermektedir. Bu durumda tamamlayıcı ve özel sağlık sigortalarının henüz tam olarak gelişmediği ya da gelişme gösterecek saha bulamadığı görülmektedir.

Çalışmaya katılan Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanları mesleki parametreleri açısından incelendiğinde 84’ü (%60) genel, 63’ü (%45,0) spinal, 42’si (%30) noröonkoloji alanında çalıştıkları belirlenmiştir. Ayrıca tahmini yıllık operasyon sayısında en fazla değeri 101-200 arası ile 44 kişi (%31,4), onu takip eden 201-300 arası 28 (%20,0) uzman olduğu tespit edilmiştir. Bulgular Solaroğlu ve arkadaşlarının (2014) çalışmaları ile paralellik göstermektedir (Solaroğlu ve ark, 2014).

Araştırmaya katılan Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarından Çekinik (Defansif) tıp kavramını daha önce duyanların sayısı 123(%87,9) olarak belirlenmiştir. Uzmanlardan 76’sı (%54,3) kavramın içeriğini bildiklerini belirtmişlerdir. Hekimlik yaşamı boyunca malpraktis nedeniyle soruşturma/dava açılan uzman sayısı 60 (%42,9), tazminat davası açılan uzman sayısı 36 (%26,4) olarak belirlenmiştir. Başer ve ark. (2014) aile hekimleri ile yaptıkları çalışmada defansif tıp kavramını daha önce duyanların oranını %64, kavramın içeriğini %28 oranında bildiklerini belirtmişlerdir. Malpraktis nedeniyle dava açılan aile hekimi oranı %7 olarak belirlenmiştir(Başer, Kolcu, Çıgırgil, Kadıncık ve Öngel, 2014). Beyin ve Sinir Cerrahi uzmanlığı zorunlu mesleki sigorta risk değerlendirmesinde 4. grupta, aile hekimliği 1 grupta yer almaktadır. İki aşırı uçta bulunan hekimler arasındaki bu farklılık risk grupları ile ilişkili olarak

Beyin ve Sinir Cerrahilerinde daha sık dava açılması nedeniyle farkındalık düzeyinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Beyin ve Sinir Cerrahisi alanında malpraktis/komplikasyon kavramlarının ayrılması yönünde kriz olduğunu düşünen uzman sayısı 123 (%87,8) olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan uzmanların 108'i (%77,9) her hastayı potansiyel bir dava konusu olarak görmektedir. Yine çalışmaya katılan uzmanların 129'u (%92,4) Beyin ve Sinir cerrahisi alanında malpraktis davaları ile çok/biraz kaygılı olduklarını belirtmişlerdir. Mesleklerini uygularken her an bir malpraktis davası ile karşı karşıya olduğunu düşünen uzman sayısı 130 (%92,9) olarak belirlenmiştir. Nahed ve ark (2012) ve Sandra ve ark. (2016) Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının Kanada ve ABD de yaptıkları araştırma sonuçlarıyla bu çalışma sonuçları arasında benzerlikler bulunmaktadır(Nahed ve ark, 2012; Sandra ve ark, 2016).

Ülkemizde yapılan bu çalışmada hekimlerin dava açılma riskini en aza indirmek için başvurduğu defansif tıp uygulamaları incelendiğinde öncelikle 105(%75.0) oranında uzmanların kayıtları daha detaylı tuttukları belirlenmiştir. İkincil olarak dava etme olasılığı yüksek olan hastalardan 84 (%60.0) ve komplikasyonu yüksek hastalardan 72 (%51,4) oranında kaçındıkları beyanlarından anlaşılmaktadır.

Performansa dayalı ücret sisteminin defansif tıp uygulamalarına etkisi olduğunu düşünen uzman sayısı 91 (%65,0); Malpraktis davalarında görev alan savcı ve hakimlerin sağlık hukuku konusunda yetişmiş uzmanlardan oluşması durumunda defansif tıp uygulamalarının azalacağını düşünenlerin sayısı 113 (%80,8); Sağlıkta şiddet olaylarının medyada fazlaca yer buldukça tıbbi uygulamalarda tedirginlik hissedilen uzmanların sayısı 123 (%87,9) olarak belirlenmiştir.

Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının malpraktis davalarından korunmak amacıyla müracaat ettikleri uygulamaların araştırıldığı güncel benzer çalışmalar Nahed ve arkadaşları ABD (2012); Smith ve arkadaşları, Kanada (2015); Sandra ve arkadaşları, Güney Afrika, ABD (2016) ve Solaroğlu ve arkadaşları (2014) yapılan çalışmalarda ulaşılan sonuçlar bu çalışma bulguları ile karşılaştırılmalı olarak Tablo 4.1'de verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Güncel çalışmaların karşılaştırılması\*

	2012 ABD	2015 Kanada	2016 S.Afrika	2016 ABD (Düşük risk)	2016 ABD (Yüksek risk)	2014 Türkiye	2018 Türkiye
Ek görüntüleme testleri	56,7	43,3	45,5	53,8	59,4	60,9	45,0
Ek laboratuvar testleri	41,2	35,1	31,8	37,4	44,9	33,7	27,9
Ek konsültasyon isteme	40,7	28,4	26,6	38,3	43,1	31,2	21,4

\*Kaynak: Nahed ve ark, 2012; Smith ve ark, 2015; Sandra ve ark, 2016 ve Solaroğlu ve ark, 2014.

Tablo kaynaklardaki verilerden faydalanılarak araştırmacılı tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 4.1'de görüleceği gibi bu çalışmada ulaşılan sonuçlar; ülkemizdeki Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlarının malpraktis davalarından korunmak için başvurdukları ek uygulama oranları kıyaslandığında henüz düşük olduğu görülmektedir. Ancak Solaroğlu ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada ulaşılan sonuçlar diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında yüksek olduğu görülmektedir. Buradaki farkın nedeni ulaşılan evrenin, çalışmanın yapıldığı dönem kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

## 5. Sonuç

Sonuç olarak bu ulusal çalışma ve literatürdeki yurtdışında Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlığı alanında yapılan çalışmalarda uzmanların yüksek risk algıladıkları ve defansif uygulamalara yaygın olarak başvurdukları görülmektedir. Bu çalışma ile ABD, Kanada'da yapılan çalışma

sonuçlarında Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlığı alanında kriz olduğu yönündeki bulgular paralellik göstermektedir. Ancak maliyetlere direkt etkisi olan gereksiz görüntüleme, laboratuvar ve konsültasyona müracaat etme yönündeki defansif uygulamalara ülkemizdeki hekimlerin daha az başvurdukları görülmektedir.

Araştırmaya katılan uzmanların yüksek riskli uygulamalardan kaçınmanıza sebep olan asıl duruma ilk sırada “malpraktis/komplikasyon ayırımının yapılmadığı” yönünde görüş belirtirken, ikinci sırada “hasta ve yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunma” olarak görüş belirtmiştir. Bu durum ülkemizde son onbeş yılda hekim ve sağlık personeline şiddetin tırmanmasının hekim uygulamalarına yansıyan boyutunu göz önüne sermektedir.

Araştırma sonuçlarına göre Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlık alanında güncel çalışmalar ile uyumlu olarak, büyük çoğunluğunda defansif yaklaşımın yaygın olduğu tespit edilmiştir. Defansif tıp hasta bakım hizmetlerinin kalitesini düşürmektedir. Sağlıkta günden güne artan maliyetleri artırıcı etkisi yönünden görmemezlikten gelinmeyecek kadar önemli bir konu olup problemin iyi yönetilmesi gerekmektedir.

## Kaynakça

- Aslan Ş, Özer K. 2018.İnternet Gazetelerinde Yer Alan Tıbbi Hatalı Uygulama (Malpraktis) Haberlerinin İncelenmesi. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı. S.1887-1897.
- Aynacı Y. 2008. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması Tıpta uzmanlık tezi Konya 2008
- Başer A, Kolcu G, Çığırıl Y, Kadıncık B, Öngel K. 2014 İzmir Karşiyaka İlçesinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Smyrna Tıp Dergisi 16:24. Erişim adresi: [http://smyrnatipdergisi.com/dosyalar\\_upload/belgeler/Kar%C5%9F%C4%B1yaka\\_%20defansif%20t%C4%B1p1481628286.pdf](http://smyrnatipdergisi.com/dosyalar_upload/belgeler/Kar%C5%9F%C4%B1yaka_%20defansif%20t%C4%B1p1481628286.pdf) Erişim tarihi:10.07.2017
- Can Öİ, Özkara E, Can M, 2011. Yargıtay’da Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 25, Sayı 2, (Mayıs) 2011, S: 69-76.
- Catino M. 2011. Why do Doctors practice defensive medicine?The side-effects of medical litigation [https://www.researchgate.net/publication/228471835\\_Why\\_do\\_Doctors\\_practice\\_defensive\\_medicine\\_The\\_side-effects\\_of\\_medical\\_litigation](https://www.researchgate.net/publication/228471835_Why_do_Doctors_practice_defensive_medicine_The_side-effects_of_medical_litigation) Erişim tarihi 21122016
- Chen K. B, Yang Y.C, Increased Perception of Malpractice Liability and the Practice of Defensive Medicine Journal of Empirical Legal Studies Volume 11, Issue 3, 446–476, September 2014 doi.org/10.1111/jels.12046
- Danıştay 2016. Danıştay 15.daire e:2013/4526, k:2016/3551. Erişim tarihi: 12 Nisan 2019. Erişim adresi: <https://www.hukukmedeniyeti.org/karar/750194/danistay-15-daire-e-2013-4526-k-2016-3551/?v=list&aranan=vaka>.
- Doğan N. 2017. Sigorta primleri yüzünden riskli ameliyatlar durdu. Hürriyet gazetesi. Erişim adresi: <http://www.hurriyet.com.tr/yazarlar/noyan-dogan/riskli-ameliyatlar-durdu-40556243>. Erişim tarihi:26 Kasım 2019.
- Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. 2009. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) İle İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi. Y: 84 sayı: 1 (1-10)

- Güler GH, 2019. Geleceği şekillendiren sağlık hizmetleri trendleri. The Deloitte Times. Erişim tarihi: 15 Kasım 2019. Erişim adresi: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/tr/Documents/the-deloitte-times/gelecegi-sekillendiren-saglik-hizmetleri-trendleri.pdf>
- Hakeri H. 2014. Tıp hukukunda malpraktis komplikasyon ayrımı. DOI:10.5152/tcb.2014.003. Erişim tarihi: 20 Mart 2018. Erişim adresi: <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/173201492523-238.pdf>
- Hermer L, Brody H. Defensive Medicine, Cost Containment And Reform. Journal of General Internal Medicine 2010;25(5):470-3. doi: 10.1007/s11606-010-1259-3
- Kalkan E, 2018. Malpraktis ve Komplikasyon Ayrımı. Hekimler İçin Hukuk Rehberi. Türk Nöroşirurji Akademisi Yayınları No:1. ISBN 978-605-184-XXX-X. s. 319-326.
- Kök N, 2018. Malpraktis ve Komplikasyon Ayrımı. Hekimler İçin Hukuk Rehberi. Türk Nöroşirurji Akademisi Yayınları No:1. ISBN 978-605-184-XXX-X. s. 107-135.
- Nahed BV, Babu MA, Smith TR ve Heray RF, 2012. Malpractice Liability and Defensive Medicine: A National Survey of Neurosurgeons. PLoS ONE. 7(6):e39237. doi:10.1371/journal.pone.0039237
- Özata M, Özer K, Akkoca Y, 2018. Konya İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 7(1): 132-139.
- Öztürk N, Gençtürk M. 2018. Hekimlerin Branş Tercihlerinin Trend Analizi Yöntemi İle İncelenmesi. Social Sciences Studies Journal, Vol:4, Issue:19, P:2193-2202. DOI: 10.26449/sss.612
- Polat, O. 2005. Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Sandra CY, Hulou MM, Cote DJ, Roytowski D, Rutka JT, Gormley WB ve, Smith TR, 2016. International Defensive Medicine in Neurosurgery: Comparison of Canada, South Africa, and the United States World Neurosurg. (2016) 95:53-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wneu.2016.07.069>
- Selçuk M, 2015. Çekinik (Defansif) Tıp. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Tezi
- Smith TR, Habib A, Rosenow JM, Nahed BV, Babu MA, Cybulski G, Fessler R, Batjer HH ve Heary RF, 2015. Defensive Medicine in Neurosurgery: Does State-Level Liability Risk Matter? Neurosurgery 76:105–114, DOI: 10.1227/NEU.0000000000000576.
- Solaroğlu İ, İzci Y, Yeter HG, Metin MM, Keles GE. 2015. Health Transformation Project and Defensive Medicine Practice among Neurosurgeons in Turkey. PLOS ONE. Volume 9 | Issue 10. DOI: 10.1371/journal.pone.0111446.
- Somer P, 2013. Komplikasyon Yönetimi. Tıp Hukuku Atölyesi, Ankara, s. 110-116.
- Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K. 2005.: Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA 293:2609–2617.
- Türk Dil Kurumu 2019. Güncel Türkçe Sözlük. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 28 Kasım 2019.
- Türk Tabipler Birliği (TTB), 2009. Dünya Tabipler Birliği'nin Tıpta Yanlış Uygulama Konulu Duyurusu (Malpraktice), Füsün Sayek TTB Raporları / Kitapları, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler, 2. Baskı, TTB Yayınları, Ankara, 2009, s. 48.

- Türk Tabipler Birliği (TTB), 2015. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Erişim adresi: [https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&task=view&id=65&Itemid=31](https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=31). Erişim Tarihi:28 Kasım 2019.
- Toraman A, Çarıkçı İH, 2019. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, Yıl: 2019, Cilt: 10, Sayı: 23, ss.40-51. DOI: 10.21076/vizyoner.438697
- Üzün İ. 2014. Adli Tıp'taki dosyaların sayısı her geçen yıl artıyor. Medimagazin. Erişim adresi: <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/hukuk-etik/tr-adli-tiptaki-dosyalarin-sayisi-her-gecen-yil-artiyor-2-17-56834.html> Erişim tarihi: 26 Kasım 2019.
- Yalçın N. 2011. Uzmanlık Alanlarına Göre Malpraktis Oranı. Erişim adresi: <https://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/dis-haberler/tr-uzmanlik-alanina-gore-malpraktis-riski-1-76-37157.html>. Erişim tarihi: 19 Temmuz 2017.

Kalfaoğlu, S. ve Kılınçaslan D.(2020). Liderlik de Bulaşıcıdır, Tıpkı Duygular Gibi... *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 70-76.

*Derleme/ Review*

*Makale Geliş Tarihi: 25.04.2020  
Makale Kabul Tarihi: 09.05.2020*

## LİDERLİK DE BULAŞICIDIR, TIPKI DUYGULAR GİBİ...



<https://doi.org/10.35345/johmal.731553> Serap KALFAOĞLU<sup>1</sup>, Duygu KILINÇASLAN<sup>2</sup>

### ÖZET

Yaşadığımız küresel köyde herkesin birbirine olan bağımlılığı yüksektir. Benzer şekilde, liderlerin de tüm duygu ve davranışları bulunulan çevreyi hem biyolojik hem de psikolojik olarak etkiler. Liderin ruh haline göre değişim gösteren çevre ve kültür neticesinde, olumlu duygu ve davranışlar ile özellikle takipçilerinin ileride daha iyi bir lider bile olma ihtimali artar.

Liderlik davranışlarının bulaşıcılığı üzerine önermeler sunan bu çalışmada; liderlik duygu, davranış, ruh hali ve tepkilerinin, liderin yönettiği ekip üzerindeki etkilerini bu zamana değin yapılan nitel ve nicel çalışmalar ışığında açıklama amacı güdülmüştür. Çalışma kapsamında kullanılan yöntem, doküman analizidir. İçeriğinde, öncelikle liderliğin bulaşıcılığı üzerine açıklamalarda bulunulmuş, etkili liderliğin bulaşıcılığındaki altı (6) gizem sıralanmış, liderliğin bulaşması ile çevrede görünen etkiler aydınlanmış, önceden yapılan bir çalışma (Zenger ve Folkman, 2016) ile desteklenen en bulaşıcı liderlik davranışları açıklanmıştır. Sonuçta, bir liderin davranışlarını sorgulaması neticesinde içinde bulunduğu duruma uygun duygusal yeterlilikler geliştirmesinin, dalgalanma etkisi ile kolektif bir değişim yaratacağı öngörülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Liderlik, Bulaşıcılık, Bulaşıcı Liderlik, Liderlik Davranışları.

## LEADERSHIP IS CONTAGIOUS, LIKE EMOTIONS...

### ABSTRACT

In the global village we live in, everyone's interdependence is high. Similarly, all the emotions and behaviors of the leaders affect the environment both biologically and psychologically. As a result of the environment and culture, which changes according to the mood of the leader, positive emotions and behaviors increase the chances of being even a better leader especially for his/her followers.

In this study, which offers propositions about the contagiousness of leadership behaviors; the aim is to explain the effects of leadership emotions, behaviors, moods and reactions on the team led by the leader in the light of the qualitative and quantitative studies carried out so far. The method used in the study is document analysis. In its content, firstly, statements have been made on the contagiousness of leadership, six (6) mysteries in the contagiousness of effective leadership have been enumerated, the effects seen in the environment with the contamination of leadership have been enlightened, and the most contagious leadership behaviors supported by a previous study (Zenger and Folkman, 2016) have been explained. Consequently, it is predicted that a leader's developing emotional competencies suitable for his / her situation as a result of questioning his behaviors will create a collective change with the effect of fluctuation.

**Keywords:** Leadership, Contagiousness, Contagious Leadership, Leadership Behaviors.

<sup>1</sup> Arş. Gör., Selçuk Üniversitesi, İİBF, İşletme Bölümü, serapkalfaoglu@selcuk.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7248-8370>

<sup>2</sup> YL Öğr., Selçuk Üniversitesi, SBE, Yönetim ve Organizasyon ABD, duygu.kilincaslan@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9524-2552>



## GİRİŞ

*“Gerçek anlamda tüm yaşam birbirleriyle ilişkilidir. Tüm insanlar tek bir kader ağına bağlı kaçınılmaz bir karşılıklı ağına yakalanırlar. Birini doğrudan etkileyen herhangi bir şey, herkesi dolaylı olarak etkiler. Olmanız gereken şey oluncaya kadar asla olması gereken şey olamaz ve olması gereken şey olana kadar asla olması gereken şey olamazsınız. Bu, gerçekliğin birbirleriyle ilişkili yapısıdır.”*

**Martin Luther King**

Şüphesizdir ki, yeni bir şeyler denemek, yaratmak, cesaret ister. Değişim ve yenilenme süreci belirsizliklerle dolu olduğu gibi zorludur da. Ayrıca yetki ve sorumluluk noktasında denk bir dağılım yapmış olursa bile, sonuçtan sorumlu olanın hep tek bir taraf olması yeteri kadar zaman alıcı ve düşündürücüdür.

Yöneticilikten liderliğe doğru uzanan yolda pek çok konuda mücadele vardır. Temelde bu zorluklar; değer verme ve saygı görme, ilgi çekme, yardım isteme, mikro yönetim, hataların affı, övme, açık ve net konuşma, başkalarının görüşlerine açık olma, geri bildirimde bulunma ve geri bildirim alma ve sürekli gelişme konularında vücut bulur (Wofford, 2018a; Wofford, 2018b). Asıl başarı, bu zorluklarla mücadelede benimsenen yol, yöntem, stil ve/veya üsluptur. Doğru mücadele tekniği bulunduğu ortama yansiyacak (bulaşacak) ve beraberinde olumlu bir iklim yaratacaktır.

### 1. Bulaşıcı Liderlik Üzerine

*“Eskiler ‘Hal saridir’ derler. Yani, haller, haleti ruhiyeler bulaşabilir. Dolayısıyla liderlerin ruh hali de saridir, bulaşıcıdır, çok çabuk etrafına yayılır. Eğer lider mutlu bir ruh haline sahipse, etrafındaki insanların da her şeye olumlu baktıkları görülür.”*

**Recep Tayyip Erdoğan**

İnsanoğlu yaşadığı küresel köyde birbirine bağımlı ve dolayısıyla birbirinden etkilenen varlıklar halindedir. İçinde bulunulan modern çağın ve bağımlılığın güçlü bir tezahürü de internettir. Son hızla ekonomiler, sosyal ağlar, sağlık hizmetleri, öğrenme tanımları ve yöntemleri süregelen bilimsel anlayışı değiştirmiş ve birbirine bağlayarak etkilemiştir. Küresel ticaret, uluslararası finans, göç, küresel ısınma ve şu sıralar içinde bulunulan küresel salgın (Covid-19) gibi ekolojik, ekonomik, psiko-sosyal tüm meseleler insanlığı birbirine bağımlı hale getirmiştir. Bu bağımlılık ve bulaşıcılık etkili liderlerde de söz konusudur. Duygusal Zeka Gurusu Daniel Goleman (1990), “bizlerin başkalarına ve başkalarının bizlere karşı tepkilerinin biyolojik bir etki yarattığını, -iyi ilişkilerin vitaminler gibi, kötü ilişkilerin ise bakteriler-zehirler gibi hormonal değişimler yarattığını,-” dile getirmiştir, dolayısıyla duygu ve davranışların bulaşacağı ve/veya yansiyacağı görüşündedir. Olumlu duygular besleyen ve bu bağlamda tepkiler gösteren liderlerin, kilit paydaşlarının da olumlu duygu ve davranışlara yakalanacağını, bunların taklit edileceğini öngörür (Climmer, 2016).

Zaman geçtikçe, -deneyimledikçe-, öz güven ve kişisel öz değerini derinleştirebilen bir lider, izleyicilerini (takipçilerini) “kişisel mükemmellik” için çabalamaya teşvik eder. Liderin rol model olarak alındığı bu yaklaşımın temelinde aslında başarı ve başarısızlıklarla dolu öğrenme deneyimleri vardır. Tecrübeler pek çok yönden kişisel gelişime katkı sağlar. Başarısızlıklar da takdir edilmelidir, çünkü öğrenme yolculuğunun sonucu başkalarına güvenmenin yanı sıra “başkalarının da güveni” ni yaratır. Böylece farklılık yaratmak, farklı olmak ve çekicilik ile birlikte gelen karşılıklı ve sonsuz güven duygusu, bulaşıcı hale gelir (Schmidt, 2012).

Takipçilerin, liderin alçak gönüllüğünü de içeren olumlu davranışlarını taklit etmesi sonrası; hataları kabul etme, sınırlarını bilme, başkalarının güçlü yönlerini kabullenme, başkalarının fikir ve geri bildirimlerine açık olmaya istekli hale gelme kolaylaşır ve böylece liderin davranışları bulaşıcı olur, kolektif bir iyi oluş hali sergilenir. Ekip üyeleri arasında birbirlerinden öğrenilecek ve gelişmesi gereken alanların da belirlenmesi, bu olumlu davranış ve tutumlar neticesinde kolaylaşır. Bireysel başarıdan ziyade ekibin başarısına odaklanılır. Hatalar yapmaktan kaçınmama ile birlikte yenilik ve yaratıcılık faaliyetlerinin de artması sağlanır. Ekibinin ya da örgütünün en üst düzeyde performans elde etmesine yardımcı olmak için birleştirilmiş,

etkinleştirilmiş ve motive olmuş tüm bireyler ile olumlu sonuçlar kaçınılmazdır (Owens ve Hekman, 2015).

Kıyasıya rekabet ve beraberindeki stresli iş ortamıyla başa çıkabilmek için liderlerin temel görevi, duygularını ve tepkilerini izleyicilerinin ilerlemelerini engellemeyecek şekilde düzene koymaktır. Örgütün ihtiyaçları ile liderin dürtüleri ve gerçeklikleri formülasyonundan ortaya çıkması istenen kahramanlıktır ve lider bunu “iç deneyimini yöneterek” gerçekleştirir. Sorunları çözmek, sorunların tekrarını önlemek ve ekibini geleceğe odaklamak, onun kurtuluşudur. Bu noktada liderlerin sıklıkla yaptıkları, nihai misyon ve vizyonlarını ve zaman yönetiminin önemini ekip üyelerine hatırlatmaktır. Bu durum olumsuz duyguların bertaraf edilmesine yardımcı olur. Liderliğin bulaşıcılığı ile takipçilerin hayal kırıklıklarını yeniden daha anlamlı bir motivasyon aracına dönüştürmeleri konusunda ilham verilir. Bu ilhamı sürdürebilme yeteneği ise stres ve baskı dolu günümüz iş dünyasında başarı ve kalıcılığı getireceği için kritik önem taşır (Menkes, 2011).

## 2. Etkili Liderliğin Bulaşıcılığındaki Altı (6) Gizem

*“İnsanlar sizden hoşlanırsa, sizi dinler; fakat size güvenirse, sizinle iş yapar.”*

### *Zig Ziglar*

Bu konuda yapılan araştırmalar liderin içinde bulunduğu ekibin duygusal iklimi üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Örneğin, Hey-McBer firmasının 3871 lider üzerinde yaptığı araştırma, etkili liderliğin gizemini çözmeye çalışmış ve sonucunda her biri duygusal zekanın bileşenlerinden oluşan altı liderlik stilinin, doğru zamanda ve doğru miktarda kullanımı ile ekip ve nihayetinde örgüt performansını güçlendirdiğini ortaya koymuştur (Frazer, 2004). Yapılan araştırmanın her alandaki örgüt liderlerine faydası olacağına altını çizen Frazer (2004), bahsi geçen liderlik stilleri ve bunların temelindeki duygusal yeterlilikleri şöyle sıralamıştır:

- **Vizyoner Olma;** İnsanları bir vizyon etrafında birleştirme düşüncesidir. Paylaşılan bir vizyon ile herkesçe olumlu duygular aşılanır. Bu yaklaşımın altında yatan duygusal zeka yeterlilikleri ise; özgüven, empati ve değişim katalizörlüğüdür. Vizyon sahibi liderler duygusal bir iklim yaratmada en güçlü olumlu etkiye sahiptir.

- **Koçluk;** İnsanları geleceğe odaklanarak hedeflerini gerçekleştirme ve onlara kişisel gelişim yolunda yön verme düşüncesidir. Bu yaklaşımın altında yatan duygusal zeka yeterlilikleri ise; başkalarını geliştirme, empati, hizmet ve öz farkındalık yaratmadır. Koçluk, bir çalışanın performansını artırmasına ve kendisinde uzun vadeli güçlü yanlar geliştirmesine yardımcı olur. İklim üzerindeki genel etkisi de olumludur.

- **Duygusal Bağ (Yakınlık) Kurma;** İnsanlar arasında bağ kurarak uyum yaratma düşüncesidir. Bu yaklaşımın altında yatan duygusal zeka yeterlilikleri ise; empati, takım çalışması ve işbirliğidir. Özellikle vardiyaları çalışan lehine düzenlemek veya stresli zamanlarda insanları motive etmek için uygundur. İklim üzerindeki genel etkisi de olumludur.

- **Demokratik Olma;** Katılımla fikir birliği yaratma düşüncesidir. Bu yaklaşımın altında yatan duygusal zeka yeterlilikleri ise; takım çalışması, işbirliği, hizmet ve iletişimidir. Girdilere değer vererek ve katılım yoluyla bağlılık kazanarak olumlu duygular oluşturur. İklim üzerindeki etkisi olumludur.

- **Standartlar Belirleme ve Hızlanma-Tempo Tutma (Pacesetting Leadership);** Temel düşüncesi etkili performans için yüksek standartlar belirlemektir. Bu yaklaşımın altında yatan duygusal zeka yeterlilikleri ise; vicdan, başarı ve inisiyatifdir. Zorlu ve heyecan verici hedeflere ulaşarak olumlu bir duygusal iklim oluşturabilir. Motive ve yetkin bir ekipten yüksek kaliteli sonuçlar almak için uygundur. Fakat uygulamadaki hatalar ve aşırı kullanım gibi nedenlerle iklim üzerindeki genel etkisi olumsuz hale gelebilir (bkz., Ramamoorthy, 2019).

- **Kumanda Etme;** Temel düşüncesi, emir ve talimatlara derhal uyulmasıdır. Bu yaklaşımın altında yatan duygusal zeka yeterlilikleri ise; başarı, inisiyatif ve özgüvendir. Korkuları yatıştırıp acil durumlarda net talimatlar vererek olumlu bir iklim yaratabilir. Bir krizde, geri dönüşü başlatmak veya sorunlu çalışanlarla uğraşmak için uygundur. Fakat sıklıkla yanlış kullanıldığından, iklim üzerinde genel olarak oldukça olumsuz bir etkisi vardır.

Sözü geçen liderlik stillerinin öğrenilmesi sonrası asıl sorun, liderin hangi stili ya da hangilerini, hangi zamanda uygulaması gerektiğidir. Dikkat edilirse, her stilin uygulandığında doğru duygusal iklim ve doğru sonuçlar yarattığı durumlar birbirinden farklıdır. Dolayısıyla liderin içinde bulunulan duruma uygun liderlik stilini benimsemesi –örneğin, kriz durumunda kumanda etme ve standartlara ulaşmayı hızlandırma – ve harekete geçmesi doğru bir yaklaşım olacaktır.

### 3. Bulaşıcı Liderliğin Özellikleri

*“Yolun nereye gidebileceğini takip etmeyin. Bunun yerine yolun olmadığı bir yere gidin ve bir iz bırakın.”*

**Ralph Waldo Emerson**

Özellikle heyecanını ve tutkusunu bulaştıran liderlerin diğer bulaşıcı özellikleri şunlardır (Schmidt, 2012; Wofford, 2018b; Hoff, 2020);

- Kişisel mükemmellik için çaba ve destek vardır.
- Lider, hiyerarşik bir düzen içerisinde en üst mevkide değil, birlikte çalıştığı takımda güçlüdür.
- Lider, yalnızca ekibine olan inancını değil, ürettikleri işi ve ortaya çıkan gücü keşfetmelerini sağlar.
- Lider, ekip üyelerinin gelişimini, kişilik ve yeteneklerinin farkında olmalarını sağlayacağı yöntemler sunar.
- Liderler, ekip üyeleri için motivasyon araçlarıyla ilgilenir.
- Lider önemli kararlar vermeden önce danışır ve başkalarını gerekli sonuçlara doğru ilerlemeye yönlendirir. Bu, karşılaşılan zorluklardan bağımsız olarak başkalarını ilerlemeye teşvik ederken bilinçli bir karar verilmesine yardımcı olur.
- Takım üyelerinin birbirlerine gösterdiği sonsuz saygı ve hoşgörü ile uyumsuzluklar fırsata dönüşür. Kolektif zeka ve bütün olabilme gerçekleşir.
- Sistem yaklaşımında olduğu gibi, bütün, parçalarının toplamından daha fazlasıdır ve bu anlayış sonucu gelişen iş birliği ile daha güçlü, daha akıllı ve daha yaratıcı takımlar (teachmeets) oluşur.
- Olumsuz koşullarla yüzleşmek, önemli bir özelliktir ve liderin gerçekleri görmesini ve ekibini daha iyi bir yere yönlendirmesini sağlar.
- Değişim yeteneği, liderlik üzerinde cesur bir duruş sergilemek, cesur olmak ve değişmeyen tek şeyin değişimin kendisi olduğunu fark etmek için bir ön koşuldur.

### 4. Bulaşıcı Liderliğin Getirileri

*“Hiç kimse bir ada değildir, kendi başına ...”*

**John Donne**

Bulaşıcı liderlik anlayışı, mevcut yöneticilerin çalışma yaşamlarındaki liderlik vasıflarını güçlendirmeye ve onların olduklarından çok daha iyi lider olmalarına hazırlık aşamasında yardımcı olur. Terfi almış ya da pek çok zamandır lider olan kişilerin, izleyicileri önünde denemeyanılma ile çalışmalarını çekici kılması mümkün değildir. Her şeye hazırlıklı, tedbirli, temkinli olmanın yanı sıra, tüm çalışmalarında astları üzerinde etkili olmak, temel şartlardan biridir. Astlarını kendine bağlama yöntemleri (örneğin, esprili fıkralar, açık-net talimatlar), etkili iletişim, çatışma yönetimi, takım geliştirme, duygusal zekanın etkin kullanımı ile bu liderlik yaklaşımı,

oluşturulan takım (ki bu takım yalnızca zihnindeki seslerden oluşsa bile) için bir kılavuz niteliği taşır (Wofford, M. L., 2018a).

Liderin ekibine bulaştırdığı cesaret de değişime ilham verilmesine yardımcı olur. Cesur liderlerden yola çıkarak, liderin ekibine bulaştırdığı diğer olumlu etkiler ise özetle şunlardır (Hoff, 2020):

- Ekibine güven duygusu aşlamak (risk almaları ve daha yüksek hedefler için çalışmalarını konusunda güvende hissetmelerini sağlamak),
- Daha cesur liderler yaratmaya çalışmak (hatalardan ders almak ve öğrenmek konusunda daha başarılı olmak),
- Oluşumu (örgütü, ekibi) bir sonraki seviyeye taşımak (risk alma ve kararlılık),
- Yeni bir şeyler yaratma denemeleri için istekli olmak ve bu sayede yola çıkma kararlılığını ve özgüven sergilemek (zamana bağlı).

## 5. En Bulaşıcı Liderlik Davranışları

*“Kendinizle başa çıkmanız gerektiğinde beyninizi, başkaları söz konu olduğunda kalbinizi kullanın.”*

*Eleanor Roosevelt*

Liderliğin hem başkalarını etkileme hem de başkalarından etkilenme eylem ve sanatı olduğu herkesçe bilinir. Lider aynı zamanda bir kültür de şekillendiricisidir. Çalışma ortamında nasıl bulunduğu ve nasıl davranıldığı söz konusu örgütün iklimini ve kültürünü şekillendirir. Davranışlarının ve sonuçlarının yarattığı etkilerin olumlu veya olumsuz olması durumuna göre liderler, iyi ya da kötü kültür şekillendiricisi olarak anılır. Benimsemiş oldukları liderlik davranışlarının bulaşıcılık özelliği, onların bu şekilde adlandırılmasına yol açar (Flint ve Hearn, 2019). Bir lider olarak, liderlik varlığını bulaşıcı hale getirebilmek için kültürler arası iletişimi de geliştirmek gerekir.

Duyguların bulaşıcılığı ve liderin ekip üzerine etkisini konu alan birkaç araştırma vardır. Bunlardan, Sy ve Choi (2013) tarafından yapılan araştırma, ekip üyelerinin duygusal bulaşmaya ve kişilerarası çekiciliğe yatkınlığının, grup ruh hali yakınsaması üzerinde olumlu etkileri olduğunu tespit etmiştir. Sy, Cote ve Saavedra (2005)'nin çalışması ise bir kez daha olumlu bir ruh halinde liderleri olan grupların, olumsuz bir ruh halinde liderleri olan gruplara göre daha fazla koordinasyon sergilediğini ve daha az çaba harcadıklarını bulmuşlardır. Zenger ve Folkman (2016) ise duyguların (örneğin, mutluluğun bulaşıcılığı gibi) ve davranışların (örneğin, sigaranın bırakılması sonrası kişinin çevresindeki arkadaşlarının da bu alışkanlığından kurtulma ihtimali ve gerçekliğinin yüksek oluşu) bulaşıcılığından yola çıkarak “sosyal bulaşıcılığın” liderleri nasıl etkiledikleri üzerine bir araştırma yapmışlardır. İyi bir lider olma ile liderin çevresindekileri de iyi birer lider haline getirme olasılığını ve hangi davranışların en fazla bulaşıcı olduğunu sorgulayan araştırmacılar, elli bir (51) liderlik davranışı arasından en fazla bulaşıcı olandan en az bulaşıcı olana doğru yaptıkları şu sıralamada anlamlı ve yüksek korelasyona sahip davranışlar tespit etmişlerdir:

- Kendini ve başkalarını geliştirme
- Teknik beceriler
- Strateji becerileri
- Düşünme ve işbirliği
- Doğruluk ve dürüstlük
- Küresel bakış açısı

- Kararlılık
- Sonuçlara odaklanma

Zenger ve Folkman (2016)'in yaptıkları araştırma ile liderlerin fark etmelerini istedikleri bir başka olgu ise, liderlerin ekipleri üzerindeki etkilerinin mücadele gerektirdiği, bu zorlu serüvenin değişimlere hassasiyet gösterdiği için etki derecesinin ve sonuçlarının zaman isteyeceğidir. Araştırma sonuçları ile liderlerin önceliğine alması tavsiye edilen davranışlar, bir anlamda yol gösterici olmuştur.

## SONUÇ

*“Gerçekten güçlü insanlar başkalarını yüceltir. Gerçekten güçlü insanlar başkalarını bir araya getirir.”*

*Michelle Obama*

Başkalarını kolayca etkileyebilme yeteneğine sahip olduğunuzu hayal edin. Bir lidersiniz...

O halde çevrenizdekilerin duygularının yansıması olan davranışlarına bir bakın. Olumlu bir ruh hali sergiliyorlar mı? Mutlular mı? Sizi övüyor, sizden destek bekliyor ya da tavsiye istiyorlar mı? Hata yaptıklarında itiraf edip çözüm arıyorlar mı? Yaratıcı fikirlerini özgürce paylaşabiliyorlar mı? Sizden gelen direktiflere uyuyorlar mı?

Yoksa size hesap vermek için huzurunuzda geldiğinde sessizlik mi hakim oluyor? Hatalarını örtmek için başkalarına suç atmayı mı yeğliyorlar?

Tüm bu davranışlar liderliğin bir ölçüsü olabilir. Suya atılan küçük bir çakıl taşının yarattığı dalgalanma etkisi gibi liderin davranışları, içinde bulunduğu çevrenin her yönünü etkiler, çevreye yansır. Liderin davranışları bulaşıcıdır (Gavoni, 2016). İster uzun dönemli karmaşık bir durumu çözümlenmede, ister günlük sorunlarla başa çıkmada çare aransın, çare; uygun zamanda, duruma uygun liderlik davranışlarının sergilenmesi temeline dayanır.

Kozlowski ve arkadaşlarının (1996), Sy ve Cho (2013)'nun yaptıkları nicel çalışmalar da bu konudaki bulguları desteklemektedir. Örgütsel uygulamalar çerçevesinde, ekipleri üzerinde olumlu bir *“psikolojik iklimin mimarı”* olarak liderler gösterilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Climmer, Jim (2016). Contagious Leadership: What Are You Spreading? Erişim Adresi: <https://www.clemmergroup.com/blog/2016/09/06/contagious-leadership-spreading/> (Erişim Tarihi: 19.03.2020).
- Engin, Sevinç (2011). *Lider Öyle Olmaz Böyle Olur, Yön Veren Liderler ile Liderlik Üzerine*. İstanbul: Doğan Kitap.
- Flint, Mandy ve Hearn, Elisabet Vinberg (2019). Leadership = Impact = Culture. Erişim Adresi: <https://wearethecity.com/leadership-impact-culture/> (Erişim Tarihi: 29.03.2020)
- Frazer, Bob (2004). Contagious Leadership. Erişim Adresi: <https://www.dentaleconomics.com/practice/article/16392972/contagious-leadership> (Erişim Tarihi: 20.03.2020).
- Gavoni, Paul (2016). Road Testes / How Your Leadership Is Contagious. *Education Update*, 58 (9). Erişim Adresi: <http://www.ascd.org/publications/newsletters/education-update/sept16/vol58/num09/How-Your-Leadership-Is-Contagious.aspx> (Erişim Tarihi: 29.04.2020).
- Hoff, Mike (2020). Leadership Courage is Contagious. Erişim Adresi: <https://www.ceo-worldwide.com/blog/leadership-courage-contagious/> (Erişim Tarihi: 23.04.2020).

- Kozlowski, S. W. J., Gully, S. M., McHugh, P. P., Salas F. ve Cannon-Bowers, J. A. (1996). A dynamic theory of leadership and team effectiveness: Developmental and task contingent leader roles. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 14, 253-305.
- Menkes, Justin (2011). The Contagion of Leadership. *Harvard Business Review*, Erişim Adresi: <https://hbr.org/2011/09/the-contagion-of-leadersh> (Erişim Tarihi: 21.03.2020).
- Owens, Bradley P. ve Hekman, David R. (2015). How Does Leader Humility Influence Team Performance? Exploring the Mechanisms of Contagion and Collective Promotion Focus. *The Academy of Management Journal*, 59 (3): 1-55.
- Ramamoorthy, Ajay (2019). Why Pacesetter Leadership is not always toxic. Erişim Adresi: <https://www.upshotly.com/blog/why-pace-setting-leadership-is-not-always-toxic> (Erişim Tarihi: 22.03.2020).
- Schmidt, Sr Geralyn (2012). Contagious Leadership. Erişim Adresi: <https://plpnetwork.com/2012/02/10/contagious-leadership/> (Erişim Tarihi: 19.03.2020).
- Sy, Thomas, Cote, Stephane ve Saavedra, Richard (2005). The Contagious Leader: Impact of the Leader's Mood on the Mood of Group Members, Group Affective Tone, and Group Processes. *Journal of Applied Psychology*, 90 (2): 295-305.
- Sy, Thomas ve Cho, Jin Nam (2013). Contagious leaders and followers: Exploring multi-stage mood contagion in a leader activation and member propagation (LAMP) model. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 122, 127-140.
- Wofford, Monica L. (2018a). *Contagious Leadership: 15th Anniversary Edition: 10 Steps for Turning Managers into Leader*. Contagious Companies Inc.
- Wofford, Monica L. (2018b). *Contagious Leadership STEP 2: Employee Growth: How to Spot and Develop Potential*. Contagious Companies Inc.
- Zenger, Jack ve Folkman, Joseph (2016). The Trickle-Down Effect of Good (and Bad) Leadership. *Harvard Business Review*, Erişim Adresi: <https://hbr.org/2011/09/the-contagion-of-leadersh> (Erişim Tarihi: 29.03.2020).
- <https://www.milliyet.com.tr/siyaset/liderlerin-ruh-hali-saridir-bulasicidir-2234523> (Erişim Tarihi: 29.03.2020).