



# HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 20

Sayı/Number 4

Yıl/Year 2017

---

**Health Information Technology in Nursing: Views and Attitudes of Nurse Managers**

*Sevilay ŞENOL ÇELİK, Neşet HİKMET, İhsaniye ÜNAL*

---

**Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetleri Kullanımında Yaşadıkları Sorunlar: Konya Örneği**

*Musa ÖZATA, Salih KARİP*

---

**Mıknatıs Hastane Özelliklerinin Belirlenmesi: Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği**

*Sinem SOMUNOĞLU İKİNCİ, Demet ÜNALAN, Kürşat YURDAKOŞ*

---

**Etik Liderliğin Örgütsel Adalet Üzerine Etkisi: Bir Kamu Hastanesinde Uygulama**

*Cuma SONGÜR, Özlem ÖZER, Deniz SAY ŞAHİN*

---

**Markalaşma Sürecinde Etkili Olan Kurumsal Özellikler ve Tanıtım Faktörlerinin Hastane Tercihleri Üzerindeki Etkisi**

*Fedayi YAĞAR, Abdullah SOYSAL*

---

**Hata Türü ve Etkileri Analizi (HTEA): Üniversite Hastanesinde Bir Uygulama**

*Murat AYDAN, Sıdıka KAYA*

---

**The Southern European Model in Welfare Regime Types and a Comparison Among The Health Care Provisions in Italy and Turkey**

*Merve Kardelen BİLİR, Ömer AÇIKGÖZ*



HACETTEPE  
**SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ**

Cilt/Volume: 20

Sayı/Number: 4

2017

e-ISSN 2148-9041

**Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**  
**Hacettepe Journal of Health Administration**

**Cilt: 20 Sayı: 4 Yıl: 2017**

**Derginin Sahibi/Publisher**

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

**Yayın Kurulu Başkanı/Editor**

Gülsün ERİĞÜÇ

**Yayın Kurulu Bşk. Yardımcısı/ Associate Editor**

Pınar YALÇIN BALÇIK

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü/ Editorial Manager**

Gamze BAYIN DONAR

**Yayın Kurulu/Editorial Board**

Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
İsmet ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Gülsün ERİĞÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Oğuz IŞIK	Hacettepe Üniversitesi
Ersen ALOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Pınar YALÇIN BALÇIK	Hacettepe Üniversitesi

**Dergi Tasarım**

Seda AYDAN  
Nazan KARTAL  
Murat KONCA  
Gülnur HARMANCI İLGÜN

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

Gamze BAYIN  
H.Ü. İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü, 06800, Ankara/Türkiye  
**E-mail:** [saglikidaresidergisi@gmail.com](mailto:saglikidaresidergisi@gmail.com)

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

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

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

## Danışma Kurulu / Advisory Board

İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi
Fevzi AKINCI	King's College
Şebnem ASLAN	Selçuk Üniversitesi
Metin ATEŞ	Marmara Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
Fevziye ÇETİNKAYA	Erciyes Üniversitesi
Cesim DEMİR	Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Ramazan ERDEM	Süleyman Demirel Üniversitesi
Korkut ERSOY	Başkent Üniversitesi
Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Robert S. HERNANDEZ	University of Alabama at Birmingham
Şahin KAVUNCUBAŞI	Başkent Üniversitesi
Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Mustafa KILIÇ	Hacettepe Üniversitesi
Mithat KIYAK	Okan Üniversitesi
Simten MALHAN	Başkent Üniversitesi
Ömer Rıfki ÖNDER	Ankara Üniversitesi
Hacer ÖZGEN NARCI	Medipol Üniversitesi
Hasan Hüseyin YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Nermin ÖZGÜLBAŞ	Başkent Üniversitesi
Nurhan PAPATYA	Süleyman Demirel Üniversitesi
Nilgün SARP	Üsküdar Üniversitesi
Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi
İsmet ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Menderes TARCAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi
Demet ÜNALAN	Erciyes Üniversitesi
Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU	Trakya Üniversitesi

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

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

## İÇİNDEKİLER

### Araştırma

- Health Information Technology in Nursing: Views and Attitudes of Nurse Managers  
Hemşirelikte Sağlık Bilgi Teknolojileri: Hemşire Yöneticilerin Tutum ve Görüşleri ..... 397-407  
*Sevilay ŞENOL ÇELİK, Neşet HİKMET, İhsaniye ÜNAL*
- Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetleri Kullanımında Yaşadıkları Sorunlar: Konya Örneği  
Disabled People Who Have Been Implements in the Use of Health Services: Konya Examples ..... 409-427  
*Musa ÖZATA, Salih KARİP*
- Mıknatıs Hastane Özelliklerinin Belirlenmesi: Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği  
Determining the Characteristics of Magnet Hospital: The Sample of Samsun Training and Research Hospital ..... 429-444  
*Sinem SOMUNOĞLU İKİNCİ, Demet ÜNALAN, Kürşat YURDAKOŞ*
- Etik Liderliğin Örgütsel Adalet Üzerine Etkisi: Bir Kamu Hastanesinde Uygulama  
Effect of Ethical Leadership on Organizational Justice: A Study in a Public Hospital ..... 445-456  
*Cuma SONGÜR, Özlem ÖZER, Deniz SAY ŞAHİN*
- Markalaşma Sürecinde Etkili Olan Kurumsal Özellikler ve Tanıtı Faktörlerinin Hastane Tercihleri Üzerindeki Etkisi  
The Effect of Corporate Characteristics and Promotional Factors Affecting the Branding Process on the Hospital Preferences ..... 457-474  
*Fedayi YAĞAR, Abdullah SOYSAL*
- Hata Türü ve Etkileri Analizi (HTEA): Üniversite Hastanesinde Bir Uygulama  
Failure Mode and Effects Analysis (FMEA): An Application in a University Hospital ..... 475-502  
*Murat AYDAN, Sıdıka KAYA*
- The Southern European Model in Welfare Regime Types and a Comparison Among The Health Care Provisions in Italy and Turkey  
Refah Rejimi Tipolojilerinde Güney Avrupa Modeli ve İtalya ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Sunumu Karşılaştırması ..... 503-516  
*Merve Kardelen BİLİR, Ömer AÇIKGÖZ*

# Health Information Technology in Nursing: Views and Attitudes of Nurse Managers

Sevilay ŞENOL ÇELİK\*  
Neşet HİKMET\*\*  
İhsaniye ÜNAL\*\*\*

## ABSTRACT

*Aim of this study was to determine nurse managers' views and attitudes towards health information technology. The study was planned as a mixed methods study. Sample of the study consisted of 52 nurse managers. Participants were selected from the nurse managers working at training and research hospitals of a university in Turkey. Content analysis was used for data obtained from face-to-face interviews, and data obtained from other data collection tools were analyzed by frequency, percentage distributions, means, and standard deviations. According to the results obtained from the study; respondents noted strengths of health information technology, such as easing workflow and minimizing medication errors through better documentation. Perceived weaknesses included long waits to obtain patients' medications when the system was busy, and time lost entering information into the system. Mean score for attitudes about health information technology was 4.90 ( $\pm 0.90$ ) out of 7. Nurse managers experienced difficulties with learning and perceptions about the system, teaching a new system to team members, and adapting when a new system replaced the old one.*

**Keywords:** Communication, health service management, informatic, information technology, nursing, nursing care

## Hemşirelikte Sağlık Bilgi Teknolojileri: Hemşire Yöneticilerin Tutum ve Görüşleri

### ÖZ

*Bu çalışmanın amacı hemşire yöneticilerin sağlık bilgi teknolojilerine yönelik bilgi ve tutumlarının belirlenmesidir. Çalışma karma yöntem araştırması olarak planlanmıştır. Çalışmanın örneklemini 52 hemşire yönetici oluşturmuştur. Katılımcılar, bir üniversitenin eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan hemşire yöneticilerinden seçilmiştir. Yüz yüze görüşmeden elde edilmiş veriler için içerik analizi yapılmış olup, diğer veri toplama araçlarından elde edilen veriler sıklık, yüzde dağılımı, ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; katılımcılar sağlık bilgi teknolojinin güçlü yönleri olarak, iş akışını kolaylaştırma ve daha iyi belgelerle ilaç hatalarını en aza indirmeyi belirtmişlerdir. Algılanan zayıf yönler ise sistem meşgulken hastaların ilaçlarını almak için uzun süre beklemeyi ve sisteme bilgi girmenin zaman kaybını içermektedir. Sağlık bilgi teknolojisi ile ilgili tutumların ortalama puanı 7 üzerinden 4,90'dır ( $\pm 0,90$ ). Hemşire yöneticiler, sistemi öğrenme ve algılama; ekip üyelerine yeni bir sistem öğretme ve eski sistemin yerine yeni bir sistemi yerleştirme ile ilgili güçlükler yaşadığını belirtmiştir.*

**Anahtar Kelimeler:** İletişim; sağlık hizmeti yönetimi, informatik, bilgi teknolojisi, hemşirelik, hemşirelik bakımı

\* Prof., Hacettepe University, Nursing Faculty, sevilay@hacettepe.edu.tr

\*\* Assoc. Prof., University of South Carolina, Department of Integrated Information Technology, nhikmet@sc.edu

\*\*\* Hacettepe University Hospitals, ihsaniyeunal@hotmail.com

## I. INTRODUCTION

Health information technology (HIT) is used in preventing medical errors, improving health care quality, increasing administrative efficiencies and healthcare work processes, decreasing paperwork and unproductive or idle work time, reducing health care costs, and expanding access to affordable care. HIT also enables health care professionals to extend real-time communications on health informatics. Despite all that, HIT also brings some adaptation difficulties. In addition, potential problems are associated with the implementation and use of HIT. Wide utilization of information technology in the health sector has changed the attitude within health and health services, because electronic health services have eased and accelerated the efficient sharing of health information. As a result, enormous and costly investments have been made in HIT infrastructure (Piscotty et al. 2015; Cipriano et al. 2013; McBride et al. 2012; Johnson 2012; Buntin et al. 2011; Nir et al. 2011; Alquraini et al. 2007; Ammenwerth et al. 2003).

Considering the limited budgets and resource constraints of health care organizations, appropriate information technology investments should be in line with the attitudes, perceptions, and intentions of managers and employees of health care organizations. Inappropriate technology choices and adaptation problems can cause additional costs due to the impact on time and human resources. For these reasons, it is important to determine factors influencing the attitudes, behaviors, and intentions of health care managers that will affect health system performance in positive manner. There are numerous studies in the literature on adaptation of HIT. The most commonly cited studies investigate managers' intent, attitude, and behavior as well as the system's ease of use, by using adaptation models (Piscotty et al. 2015; Johnson 2012; Young et al. 2010; Alquraini et al. 2007; Moody et al. 2004; Venkatesh et al. 2003).

A major challenge facing nurses today is the demand to provide safe and high quality care while being efficient and cost effective. At the same time, there is continuing implementation of technology in various aspects of nurses' lives. Because nurses are important members of the hospital health care team, spending more time with patients and providing patient care, they also play a key role in improving the quality of care and decreasing health care costs. In the context of clinical decision support systems, nurses use electronic medical records to develop standard nursing care plans, and employ computerized physician order-taking systems as well as clinical protocols and procedures. The most important benefits of a "standard nursing care plan" include creating a common language in nursing practice and nursing education, in order to evaluate and measure the results of patient care, establish data for nursing studies, and provide information flow among nurses (Piscotty et al. 2015; Monteiro 2015; Oliveira, Peres 2015; Bilgiç, Şendir 2014; Seçginli, Erdoğan 2012). Having positive attitudes, perceptions, intents, or/and views about using the HIT leads to good quality nursing care and prevents medication errors in nursing practice. Therefore, it is important to determine nurses' perceptions, attitudes, or views about HIT in their practice, so organizations can target specific system designs or workflow changes to improve nursing care. In a study by Piscotty et al. (2015) about the impact of health care information technology on nursing practice, it was found that nurses who use the electronic reminders more frequently and have higher perceptions about the impact of HIT on their practice have less missed nursing care than nurses who use the reminders. Also, their study supported perceptions of the impact of HIT on mediating the relationship between use of nursing care reminders and missed nursing care. According to a study by Erdemir et al. (2015) most nurses stated that they had positive perceptions that the influence of computers in the care process would improve the quality of care and nursing documentations. However, nurses have been found to resist computerization, doctors often dislike working with health information systems, and nurses frequently complain about increased workloads due to a loss

of overview, slower working routines, and problems entering and locating information (Alquraini et al. 2007). The study of Hikmet et al. (2006) reported that, along with technology grievances, nurses were also displeased with the level of organizational commitment to employee relations, work coordination, and streamlining processes, as well as issues stemming from staffing shortages.

In Turkey, the literature discussing this issue is limited. We hope the results of this study can be used by hospital managers, as well as nurse managers, to plan and revise their perceptions of the role of HIT in efficient use of health care resources and in good management through effective decision making.

## **II. METHOD**

### **2.1. Design and Sample**

Objective of this study was to determine nurse managers' views and attitudes towards health information technology. This investigation was planned as a mixed methods study. Participants were selected from the nurse managers working at training and research hospitals of a university in Turkey. The hospitals were accredited by the Joint Commission International (JCI). The researchers (SCC, IU) obtained informed consent and permission from the participant nurse managers in accordance with the guidelines of the Declaration of Helsinki. There were 85 nurse managers, however 52 nurse managers agreed to participate in the study.

This study was carried out in two stages. During the first stage, the researcher (SCC) held face-to-face interviews with 15 managers to investigate the general problems and adaptation problems of nurses in using HITs with "Semi-Structured Questionnaire". Participants in the face-to-face interviews were selected participants until reaching data saturation according non-probabilistic sampling. Data saturation obtained when similar patterns were provided by the participants. For the second stage, the "Personal Information Form" and "Health Information Technology Using Questionnaire" were used for 52 nurse managers.

### **2.2. Data Collection Tools**

Three main data-collection tools were used in the study: "Personal Information Form" to collect nurse manager characteristics, "Health Information Technology Using Questionnaire," and "Semi-Structured Questionnaire." Researchers tested the questions in the "Personal Information Form" and "Semi-Structured Questionnaire" for structure and clarity in a pilot study with five nurses. No need for revisions to the questions was indicated.

The "Personal Information Form" consisted of questions on age, gender, marital status, education, job position, having certificate in information technology, computer using status, internet using status, level of information technology use, and views about HIT.

A questionnaire originally titled "The Factors Affecting Information Technology Use," developed by Hikmet (1999), contains 69 items. In 2015, Tarcan (2015) tested the validity and reliability of this scale in a Turkish setting. Researcher adapted the scale to the Turkish setting, rearranged it into 60 items, and revised its name to "Health Information Technology Using Questionnaire." The first 49 questions are Likert-type items with seven steps. The participant nurse managers were asked to respond to statements in the questionnaire, with the possible score for each item ranging from 1 to 7 points. "Not Agree" was assigned a value of 1; "Neutral" was assigned a value of 4; and "Completely Agree" was assigned a value of 7. Questions in this questionnaire dealt with using a computer, internet, and information



technology in the workplace. A higher mean score on this scale indicates a higher positive attitude (Tarcan 2015). Remaining 11 questions of the questionnaire measured how much time participants spent using information technology. These questions were not answered by the majority of participants because they had the difficulty to estimate the amount of time allocated to information technology using in overall works. That's why these questions were excluded from the present study.

The "Semi-Structured Questionnaire" was used as a qualitative part of the study to collect information on the reasons for computer use in the workplace, views about information technology, difficulties experienced with using information technology, methods of coping with these difficulties, and the need for education in information technology.

### **2.3. Implications of the Study**

The study was carried out between July 10 and August 10, 2015, and consisted of two stages. First, the researcher (SCC) conducted face-to-face interviews using the "Semi-structured Questionnaire." The "Personal Information Form" and "Health Information Technology Using Questionnaire" were distributed later and picked up after completion.

Dates and times were arranged for face-to-face interviews with the 15 participants, all held in nursing rooms. Before beginning the interviews, the aim of the study was explained to participants. Each participant was assigned a number to be used instead of their name, and all interviews were recorded on tape. Data were also gathered with the "Semi-structured Questionnaire." Questions were open-ended and the researcher ensured that each question on the data-collection schedule was adequately addressed. Data transcribed from the interviews were validated through comparison with the notes of the researcher and the tape recordings.

After face-to-face interviews, the researchers (SCC, IU) distributed and collected the "Personal Information Form" and "Health Information Technology Using Questionnaire" in a plain yellow envelope for each of 52 participants. Completing these questionnaires occupied an average of 15 minutes.

### **2.4. Data Analysis**

Content analysis was used for the data obtained by face-to-face interviews. The units of analysis for this study were words or concepts, themes, and the number of subjects who described the same concept or theme. Data transcribed from the interview discussions were grouped by themes and concepts.

Data obtained from the "Personal Information Form" and "Health Information Technology Using Questionnaire" was analyzed by frequency, percentage distributions, mean, and standard deviation using Statistical Package for the Social Sciences for Windows.

### **2.5. Ethical Considerations**

All necessary written approvals were obtained from the administrative departments and Hacettepe University, Non-interventional Clinical Researches Ethics Board before starting data collection.

## **III. RESULTS**

In this study, all of the participants were female, with a mean age of  $37.8 \pm 6.9$ ; 76.9% of the participants were married and the remaining 23.1% were single. The majority of

participants (88.5%) were graduates of four-year nursing programs at various Turkish Universities, while 7.7% of them had master's degrees in nursing. Only two participants were graduates of vocational health high schools and two-year colleges of nursing.

A great majority (84.6%) were nurses working as nurse managers (head nurses) in inpatient clinics including internal medicine, surgery, operating room, intensive and critical care units. The remaining 15.4% were working as supervisor nurses. The majority of participants (78.8%) did not have a certificate in information technology, although 21.1% had this certificate. Most of the participants (98.1%) said that they could use the internet and computer at their workplace. In addition, a few participants stated that they had enough knowledge about office programs (38.5%), photocopying and printing machines (25.0%), audio recording and playback devices (19.2%), networking (computer networks), computer hardware and answering machines (15.4%), computer operating systems and computer software (11.5%), and databases (MySQL, Oracle, Access, etc.) (3.8%) as tools of information technology. In addition, 60% of participants stated that they did not need any training in HIT.

Four descriptive themes emerged from the data obtained by face-to-face interviews of this study: (1) reasons for using a computer in the workplace; (2) views about HIT; (3) difficulties with using HIT; and (4) methods of coping with the difficulties.

#### **Theme One: Reasons for using a computer in the workplace**

Participants stated that they used computers in the workplace for different reasons: preparing medicine and material procedures; following the results of diagnostic procedures on their patients; having consultation reports and infection approvals and monitoring vital signs; other nursing services such as the nursing care process, patient discharge education, patient admission and discharge procedures, procedures about patient surgery and the operating room, and other information about their patient. In addition, the participant nurses said that they used information technologies for the purpose of quality system documentation, getting information about medicine and disease from the internet, learning procedures related to employee rights, tracking expenditure data and input, and preparing materials for in-service training of other nurses.

The following are examples of participants' responses about reasons for using computers in the workplace: "The whole system is set up on computers. We do all of our work such as gathering laboratory data, radiology, material requirements of patients, and expenditure data for nursing services and initiatives by using computers. Everything is done with computers," "We put all expenditure and input data about patients into computers, "All procedures need computers," and "Computers have become our life."

#### **Theme Two: Views about health information technology**

Participants stated that HIT has many strengths, such as: enabling everyone to access patient information both quickly and easily; minimizing medication errors due to greater ease of following written orders for medication; transferring and storing information; preventing paper waste; increasing communication and development among nurses and other departments; providing continuity of care; reducing the workload and providing written documents that can be used for legal issues. Participants also noted some weaknesses of HIT. For example, they mentioned having to wait a long time to obtain medicine prescribed for their patients when the system was busy; HIT caused time loss due to entering information into the system; some participants had failed to reach vital and important patient information

from paper files near their patients, when it was urgently needed, causing inefficient use of the limited time spent with their patients.

The following quotations are examples of participants' views about HIT: "I'm away from my subject, but having quick and easy access of it. But we remain dependent on someone else if it has problem. Our medicine treatments were disrupted yesterday. We tried to obtain medicines from the pharmacy all day due to a problem with it"; "We might be seen as those workers who are always working with computers or devices. Especially, we decline contact with patients if it has a problem. Namely, we could spend less time with patients"; "A lot of manually written papers were lost and discarded. We used to use paper-based patient files mostly to monitor vital signs of our patients"; "We could find and follow all information. Especially, the health team could share all information, so it has a positive impact for patients. We could reach all information about a patient when we just click a button on the computer. But each health staff member could access information that is needed to carry out their own jobs (confidentiality). For example, a secretary could not reach our information, so it is safe"; "Medication management is important for us. We could easily obtain medicines. We could follow a patient's medicines and the expiration dates of medicines, and this is important for preventing medication errors"; and "We theoretically learned nursing care processes at our schools, but now HIT allows us to practice our knowledge for the benefit of our patients at clinics."

### **Theme Three: Difficulties with using health information technology**

According to the participants in this study, the difficulties experienced with HIT were: (i) difficulty in learning and understanding of the system; (ii) inability to work and being dependent on someone else when information technologies do not work or there are power outages; (iii) difficulty in teaching a new system to all team members and adapting them to the new system when the hospital management replaced the old system.

The following are sample statements on how and why participants encounter difficulty using HIT in the workplace: "I learn and perceive new system, this is difficult and too late for me. I do not know where to enter information, what to do with the system, and I do not even know its rules. I myself figured out what to do and took my own reminders to use it efficiently. My younger colleagues understand it easily"; "The experts gave us training about the new system when the older system was replaced with a new system. Then I am supposed to give training about this new system to staff members who did not attend the training seasons. Giving training is very difficult for me"; and "There is an internet limitation. Only certain computers have internet access in the doctors' and/or the nurses' room. We are aware of people, and we know very well how to use internet and how much to use the internet. Eventually, we are all educated."

### **Theme Four: Methods of coping with the difficulties**

The participants stated that they followed different ways to solve the problems they encountered with HIT. The most common methods participant nurses used for coping with the difficulties were: (i) reporting the problem to the system management or nursing management; (ii) using the old system until the problem could be solved; (iii) asking for help from other colleagues; (iv) teaching themselves by reading the company booklet or continuing to try new ways until the problem was solved, if they did not have enough information about a system or device; and (v) not solving the problem but reprioritizing the work with temporary solutions such as sharing devices.

Examples of participants' statements on coping methods are the following: "If a system

does not work, we try to use the older system [if it is still in use]. For example, we had a problem about electronic medication management system last week. I manually wrote patients' medicines on an order form for obtaining medicines from the hospital pharmacy, then a porter took this form to the hospital pharmacy and he brought all patients' medicines to my clinic. In addition, we sent an e-mail about this problem or called the system management"; and "I re-plan my work to cope with the problem. For example, if more computers are needed at the same time and but there is only one computer functioning well, then I give an order to use this computer for the person who is most in need."

Table 1 summarizes the 52 participants' views on HIT, obtained by the "Personal Information Form." According to the results, most participants (n=50) agreed with the statements about "Making information more easily accessible," "Providing an analysis of magnetic resonance imaging," and "Allowing the monitoring of medicines and other medical equipment and supplies." In addition, 18 (34.6%) and 13 (25%) of the participants disagreed with statements about "Causing hazards for patient privacy and safety" and "Reducing the autonomy of nurses," respectively.

**Table 1. Views of Nurse Managers about Health Information Technology (n=52)**

Views about Health Information Technology	Agree		Partly Agree		Disagree	
	n	%	n	%	n	%
Making information more easily accessible	50	96.2	2	3.8	-	-
Providing an analysis of magnetic resonance imaging	50	96.2	2	3.8	-	-
Allowing the monitoring of medicines and other medical equipment and supplies	50	96.2	2	3.8	-	-
Providing an analysis of laboratory tests	49	94.2	3	5.8	-	-
Allowing the entry of orders and treatment outcomes	49	94.2	2	3.8	1	1.9
Making inventory control	49	94.2	3	5.8	-	-
Supporting quality management	49	94.2	3	5.8	-	-
Providing for more effective material orders and their follow-up	49	94.2	3	5.8	-	-
Compiling data for research	49	94.2	3	5.8	-	-
Providing more effective planning for material requirements	48	92.3	4	7.7	-	-
Making easier communication between staff members	48	92.3	4	7.7	-	-
Allowing staff to give better quality medical services	45	86.5	7	13.5	-	-
Preventing the loss of time	44	84.6	8	15.4	-	-
Reducing costs	43	82.7	9	17.3	-	-
Facilitating creation of nursing care standards	43	82.7	7	13.5	2	3.8
Providing patient care planning	42	80.8	10	19.2	-	-
Increasing the quality of nursing documentations	42	80.8	9	17.3	1	1.9
Providing computer-assisted medical decision making	41	78.8	11	21.2	-	-
Saving time for nursing data storage	39	75.0	10	19.2	3	5.8
Providing more effective planning for the operating room and diagnostic unit	35	67.3	15	28.8	2	3.8
Ensuring individualized care for patients	34	65.4	16	30.8	2	3.8
Preventing paperwork for nurses	33	63.5	15	28.8	4	7.7
Providing more time to spend on patient care	30	57.7	16	30.8	6	11.5
Providing to measure employee performance	30	57.7	18	34.6	4	7.7
Reducing the autonomy of nurses	17	32.7	22	42.3	13	25.0
Causing hazards for patient privacy and safety	13	25.0	21	40.4	18	34.6

Table 2 shows mean scores of attitudes of the 52 participants about computer, internet, and information technology that are the subcategories of HIT in the "Health Information

Technology Using Questionnaire.” It was observed that participants’ mean attitude scores about the subscales of computer, and internet, and information technology were  $5.12 \pm 1.09$ ,  $5.25 \pm 1.12$  and  $4.33 \pm 0.91$ , respectively, while the total scale mean was  $4.90 \pm 0.90$ . These results indicated that the participants have positive attitudes toward all subcategories of HIT.

**Table 2. Attitudes of Nurse Managers about Health Information Technology (n=52)**

SCALES	Mean	Std Dev.
Subscales		
Computer using	5.12	1.09
Internet using	5.25	1.12
Information technology	4.33	0.91
<b>Total Scale</b>	<b>4.90</b>	<b>0.90</b>

#### IV. DISCUSSION

HIT is expected to have a great impact on health care practice in the coming years. The use of HIT in developed and some developing countries has already become a reality. Nursing services are one area that has been greatly affected by HIT. However, some nurses have found HIT cumbersome and they resist computerization, seeing computerized health information systems as dehumanizing, confusing, and uncaring (McBride et al. 2012; Alquraini et al. 2007). In a study by Alquraini et al. (2007), the main purpose was to find out the most important determinants of the attitudes of nurse managers regarding the vital components of HITs, defined as: internet use, computer use, and HIT itself. The study also investigated problems that nurse managers faced with HIT and methods used to cope with these problems.

It was interesting to find that some participants reported they did not need any education about information technology, although most participants agreed that they did not know too much about information technology such as computer networks, hardware, or operating systems. This finding is confusing, because nurse managers do not ask for any education about information technology although they actually need it. Several researchers had reported that a large majority of the nurses were not comfortable and experienced with computer technology (Erdemir et al. 2015; Takvorian 2015; Alquraini et al. 2007) and our findings are in concurrence with those studies. Nurses, especially nurse managers, play a significant role in HIT training. Most of the HIT training for nurses is performed by the manager nurses, and this role continues with providing refresher sessions, new employee training, and support during clinical system upgrades and improvements.

HIT includes computerized physician order entry, electronic medical records, bar coding at medication dispensing, automated dispensing of medicines, clinical decision support systems, robots for medication dispensing, electronic medication administration records, bar coding at medication administration, developing standard nursing care plans, and clinical protocols and procedures (Takvorian 2015; Bilgiç, Şendir 2014; Seçginli, Erdoğan 2012; McBride et al. 2012; Nir et al. 2011). Also, in this study, all participants stated that they performed all patient care services and other nursing services using HIT. One participant emphasised this truth by saying: “Computers have become our life.”

According to results of both face-to-face interviews and the “Personal Information Form” (Table 1), all nurse managers stated that HIT had many more strengths than weaknesses. Also, Table 2 showed that the mean score for general attitudes towards HIT in three hospitals was  $4.90 \pm 0.90$  (range: 1-7) for all participants, indicating that nurse managers had positive attitudes towards HIT. In addition, most participants stated that they had positive

views about using HIT. This is a significant finding, because nurse managers who have more positive attitudes and views towards HIT in their practices have a tendency to become adapted HIT easily and to make fewer medical or management errors and give more quality care than nurse managers with negative attitudes and views towards HIT. These findings are consistent with those other studies (Alquraini et al. 2007; Moddy et al. 2004). Current results also suggest that nurses in Turkey are willing to use HIT to improve the quality of patient care.

In this study, it was found that nurse managers had experienced problems or difficulties with learning HIT, running the systems, and adapting to new systems. In addition, all nurse managers stated they reported problems about HIT to the system management. It is important to know the views of nurses, who are considered as end-users, in order to define the problems faced with HIT use. The results gained from this study were also useful in determining nurse manager-users' specific needs, the problems they face, and methods they use to cope with the problems, with respect to modifying the HIT. Every negative result can be a treasure because it will be a guide to better implementation strategies and HIT design.

Finally, if a new HIT is implemented, it is important to measure the changes in nurses' attitudes and to identify factors related to negative attitudes and adaptation to a new HIT – especially in nurses and other hospital managers, who have a key role in successful implementation of HIT.

## **V. CONCLUSION**

This descriptive and qualitative study on HIT yielded important results on the reasons for using computers, views and attitudes towards HIT and difficulties experienced, and coping methods used by nurse managers facing these difficulties. The results showed that nurse managers had positive attitudes about using HIT, although they experienced various problems and difficulties with HIT. We suggest that a study should be conducted to determine positive and negative attitudes of non-manager nurses towards HIT, since HITs are used not only by nurse managers but also all health care professionals. Secondly, it is essential to let personnel participate in important decisions and to seek their support. Providing professional support and appropriate leadership would also accelerate the adaptation of personnel to new technologies. Thirdly, it should be kept in mind that when managers or staffs display resistance to technology use, regardless of their reasons, this negatively affects system performance. Written manuals on “how to use HITs efficiently” might be helpful in lessening the resistance of managers and users to HITs and in facilitating the adaptation of all stakeholders to new technologies.

## **REFERENCES**

1. Alquraini H., Alhashem A. M., Shah M. A. and Chowdhury R. I. (2007) Factors Influencing Nurses' Attitudes Towards The Use of Computerized Health Information Systems in Kuwaiti Hospitals. **Journal of Advanced Nursing** 57(4): 375-81.
2. Ammenwerth E., Gräber S., Herrmann G., Bürkle T. and König C. (2003) Evaluation of Health Information Systems—Problems and Challenges. **International Journal of Medical Informatics** 71(2): 125-135.
3. Bilgiç Ş. and Şendir M. (2014) Nursing Informatics. **Cumhuriyet Nursing Journal** 3(1): 24-28.

4. Buntin M. B., Burke M. F., Hoaglin M. C. and Blumenthal D. (2011) The Benefits of Health Information Technology: A Review of The Recent Literature Shows Predominantly Positive Results. **Health Affairs** 30(3): 464-471.
5. Cipriano P. F., Dailey M., Dykes P. and Lamb G. (2013) The Importance of Health Information Technology in Care Coordination and Transitional Care. **Nursing Outlook** 62(6): 475-489.
6. Erdemir F., Hanoğlu Z. and Akman A. (2015) **Computer and Internet Use of Nurses, and Their Opinion About the Value of Use of Computers in Nursing**. 17-20. Retrieved from: <http://www.turkmia.org/kongre/cd/pdf/16.pdf>.
7. Hikmet N., Davis C. and Hockett K. (2006) Uncovering The Antecedents For Measuring The Nursing's Contribution to Quality of Care Provided to Patients: Role of Health Information Technology on The Care Coordination. Proceedings of the Twelfth Americas Conference on Information Systems, August 04<sup>th</sup>-06<sup>th</sup> 2006, Acapulco, Mexico. Retrieved from: <http://aisel.aisnet.org/amcis.2006>.
8. Hikmet N. (1999) Factors Affecting The Use of Information Technology. **University of Rhode Island, Unpublished Thesis, Dissertation**, Rhode Island.
9. Johnson D. E. (2012). "Electronic Medical Records (EMR): Issues and Implementation Perspectives". In: A. Kolker and P. Story (eds) **Work Engagement: Management Engineering for Effective Healthcare Delivery: Principles and Applications**, pp: 333-351. IGI Global, USA.
10. McBride S., Delaney J. M. and Tietze M. (2012) Health Information Technology and Nursing. **American Journal of Nursing** 112(8): 36-42.
11. Moody L. E., Slocumb E., Berg B. and Jackson M. (2004) Electronic Health Records Documentation in Nursing Nurses' Perceptions, Attitudes, and Preferences. **CIN: Computers, Informatics, Nursing** 22(6): 337-44.
12. Monteiro A. P. T. (2016) Cyborgs, Biotechnologies, and Informatics in Health Care- New Paradigms in Nursing Sciences. **Nursing Philosophy** 17(1): 19-27.
13. Nir N. and Collum T.H. (2011) Benefits and Drawbacks of Electronic Health Record Systems. **Risk Management and Healthcare Policy** 4: 47-55.
14. Oliveira N. B. and Peres H. H. C. (2015) Evaluation of The Functional Performance and Technical Quality of an Electronic Documentation System of the Nursing Process. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** 23(2): 242-249.
15. Piscotty R. J., Kalisch B. and Thomas A. G. (2015) Impact of Healthcare Information Technology on Nursing Practice. **Journal of Nursing Scholarship** 47(4): 287-293.
16. Seçginli S. ve Erdoğan S. (2012) 11. International Congress on Nursing Informatics: Advancing Global Health Through Informatics. **SmyrnaMed**, 2: 53-54.
17. Takvorian S. (2015) **A Reporter's Toolkit: Health Information Technology**. Retrieved from: [http://www.allhealth.org/publications/health\\_information\\_technology/health\\_information\\_technology\\_toolkit.asp#background](http://www.allhealth.org/publications/health_information_technology/health_information_technology_toolkit.asp#background).

18. Tarcan G. Y. (2015) **Individual Factors Affecting Hospital Manager's Attitudes Towards Health Information Technologies**. Hacettepe University Social Sciences Institute, Doctoral Thesis, Ankara.
19. Venkatesh V., Morris M. G., Davis G. B. and Davis F. D. (2003) User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. **MIS Quarterly** 27(3): 425-478.
20. Young J., Eley D., Fahey P., Patterson E. and Hegney D. (2010) Enabling Research in General Practice Increasing Functionality of Electronic Medical Records. **Australian Family Physician** 39(7): 30-40.





# Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetleri Kullanımında Yaşadıkları Sorunlar: Konya Örneği

Musa ÖZATA\*  
Salih KARİP\*\*

## ÖZ

*Bu araştırmanın amacı engelli bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeylerinin belirlenmesi, sağlık hizmetine ulaşımında yaşadıkları problemlerin belirlenerek, engellerin ortadan kaldırılmasına yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesidir. Araştırma Konya'da faaliyet gösteren üç farklı hastaneden sağlık hizmeti alan toplam 300 engelli birey üzerinde, yüz yüze anket tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından geliştirilen "Engelli Birey Sağlık Hizmeti Kullanım Envanteri" kullanılmıştır. Toplanan veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi uygulanmıştır. Araştırmaya katılan engellilerin %65,7'si erkek, %58,3'ü evli, %42,0'si 31-50 yaş grubunda, %46,7'si ilköğretim mezunu olup, %37,7'si genel sağlık sigortasına sahiptir. Engellilerin %32,7'si en az iki haftada bir defa sağlık kuruluşuna başvurduğunu, %52,0'si sağlık tesislerine ulaşımında sorun yaşadığını ve %58,3'ü hastane içinde hareket güçlüğü çektiklerini dile getirmiştir. Araştırma kapsamında incelenen engelli bireylerin %52,0'si de engellilere yönelik sunulan sağlık hizmetlerinin yeterli olduğunu belirtmiştir. Araştırma sonuçlarına göre engellilerin; ulaşım, engelli otoparkının kullanılamaması, engellilere yönelik hostes hizmetinin sunulmaması, sağlık tesisi içerisinde hareket güçlüğü yaşama, öncelik hakkının kullanılamaması, sağlık tesislerindeki işlemlerinin başka günlere ertelenmesi gibi problemler ile karşılaştıkları belirlenmiştir. Sorunların çözümü ve engellilerin sağlık hizmetlerinden daha kolay faydalanabilmesi için politika belirleyicilerin, yerel yönetimlerin ve hastane yöneticilerinin gerekli önlemleri alması gerekmektedir.*

**Anahtar Kelimeler:** Engelli, sağlık, ulaşılabilirlik

## Difficulties That Disabled People Have in the Use of Health Services: Konya Example

### ABSTRACT

*Aim of this research is to determine the accessibility levels of disabled people to health services, to identify the problems they have experienced in reaching health services, and to summarize them to remove obstacles. The research was carried out on a total of 300 disabled people from three different hospitals operating in Konya using face-to-face surveys. "Disability Individual Health Service Usage Inventory" developed by researchers was used in the collection of data. Descriptive statistics and chi-square test were applied on the collected data. 65.7% of the respondents are male, 58.3% are married, 42.0% are in the age group of 31-50, 46.7% are primary school graduates and 37.7% have general health insurance. 32.7% of the handicapped stated that they applied to the health institution at least once every two weeks, 52.0% had problems in accessing the health facilities and 58.3% of them had difficulty in moving in the hospital. 52.0% of the disabled people surveyed within the scope of the research indicated that the health services provided for the disabled are sufficient. According to the results of the research; it has been determined that they have encountered problems such as transportation, disabled car park use, hostess service for disabled, lack of movement within the health facility, use of the priority right, postponement of the health facilities' operations for other days. Policy makers, local authorities and hospital managers need to take the necessary precautions to*

\* Prof. Dr. Ahi Evran Üniversitesi İİBF İşletme Bölümü, musaozata@gmail.com

\*\* Sosyal Hizmet Uzmanı, Konya İl Sağlık Müdürlüğü, salihkarip@hotmail.com

*make the solution of the problems and to make it easier for disabled people to benefit from health services.*

**Keywords:** *Disabled, health, accessibility*

## I. GİRİŞ

Kişinin hayatında geçici ya da kalıcı engeller oluşturan engellilik hali, doğuştan veya sonradan herhangi bir sebeple bedensel, zihinsel ve sosyal becerilerin kaybedilmesi durumu ile oluşmaktadır. Sosyolojik açıdan engelli birey, patolojik problemlerinden dolayı değil, toplumsal baskılar sonucu erişilebilirliği büyük ölçüde sınırlandırılmış bireydir (Çarkçı 2011). Genel olarak dünya nüfusunun %10'u, bir başka ifadeyle yaklaşık 600 milyon insan engelli olarak hayatını sürdürmektedir. Ülkemizde ise engelliler, toplam nüfusun %12,29'unu oluşturmaktadır. Toplumda en büyük azınlık grup olan engellilerin, toplumsal yaşamda birçok sorun ile karşı karşıya oldukları kaçınılmaz bir gerçektir.

Engellilik 18. Yüzyıldan önce dinsel öğretilere, geleneksel doğaüstü inanışlara ve eski çağlardan gelen efsanelere bağlanarak açıklanmaya çalışılmıştır. Özürlü insanın doğaüstü bir varlıkça (tanrı, cin, şeytan vb.) sınanmak için veya içinde bulunduğu ahlaki çöküntü ve işlediği günahlar nedeniyle cezalandırılmak için o duruma getirildiği inancı yaygın olarak yer almıştır (Colin 2006). Ayrıca antik dönemlerde engelli olarak dünyaya gelen bebekler öldürülmüş, ortaçağ toplumlarında da engelli bireyler büyücülük, kötülük gibi olumsuz kavramlarla anılarak şeytan olarak nitelendirilmiş ve dini temele dayandırılan oluşumlar ile beraber toplumdan soyutlanarak, toplumdan ayrı yaşamaya mahkum edilmişlerdir (Çağlayan 2006).

İkinci Dünya Savaşından sonra vatandaşlık hakları bağlamında engelli bireyler eskiye nazaran daha çok dikkate alınmaya başlamıştır. Engelli bireylerin de engeli olmayan bireyler gibi her tür vatandaşlık hakkına sahip oldukları varsayılmıştır. Her ne kadar varsayım olarak engellilerin tüm haklara sahip olduğu düşünülse de, birçok ülkede Anayasa ile güvence altına alınmış olan söz konusu haklar uygulamada yer almasından ziyade kağıt üzerinde kalmış, engellilerin günlük hayatına olumlu anlamda yansımaları gerçekleşmemiştir (Arıkan 2002).

Engellilerin yaygın bir şekilde yardıma muhtaç kurbanlar olarak görülmekle birlikte profesyonel yardıma, bakıma ihtiyaçları olduğu düşünülmektedir. Engelli bireylerin kimlikleri, toplum tarafından kabul edilen yetersizliklerine bağlı olarak inşa edilmektedir. Sadece toplum tarafından değil, kişisel trajedi modeli olarak adlandırılan Tıbbi Model tarafından da engellilik hâli, psikolojinin de katkılarıyla sıkıntılıların kaçınılmaz sebebi ve psikolojik uyumsuzluğun muhtemel sebebi olarak görülmektedir (Prilleltensky 2012).

### 1.1. Engelliliğin Nedenleri

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilişim ve Kültür Kurumu'nun (UNESCO) verilerine göre genel olarak engelliliğin nedenleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (UNESCO 1995).

Engellilik Sebepleri	%
Yetersiz Beslenme	20
Non İnfeksiyöz Hastalıklar	20
Kongentinal Bozukluklar	20
Kazalar Travmalar Savaşlar	16
İnfeksiyöz Hastalıklar	11
Diğer	13

**Kaynak:** UNESCO'ya Göre Engelliliğin Nedenleri, 1995.

## 1.2. Engellilik Türleri

Literatürde yer alan engellilik türleri; ortopedik engelli, görme engelli, işitme engelli, zihinsel engelli, dil ve konuşma engelli ve süreğen hastalıklar olmak üzere altı grupta yer almaktadır.

**Ortopedi Engelli:** Ortopedik engellilik; bireyin fiziksel yapısındaki yetersizlikler nedeniyle kişinin çalışabilmesini, ihtiyaçlarını karşılayabilmesini ve sosyal hayata tam katılımını engelleyen bir engellilik türüdür.

**Görme Engelli:** Görme engellilik; görme fonksiyonunu tamamen ya da kısmen yitirilmesi durumudur. Görme engelli kişi görme yetersizliğinden çok ağır derecede etkilenen görsel duyu ile alması gereken uyarıcılardan yoksun kalan kişidir (Çolak 2013).

**İşitme Engelli:** İşitmenin gerçekleşebilmesi için; sesin olması, sesin kulağa ulaşması yine sesin uygun frekans ve şiddet aralığında olması, sesin kulağın dış, orta ve iç bölümlerini aşması, işitme merkezine ulaşması ve merkez tarafından algılanması gerekir. Bu şartların herhangi birinin aksaması işitme yetersizliğini ve engel durumunun ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (MEB 2013).

**Zihinsel Engelli:** Zekâ, zihnin birçok yeteneğinin uyumlu çalışması sonucunda ortaya çıkan yetenekler bileşimi olup, zihnin algılama, bellek, düşünme, akıl yürütme, öğrenme gibi işlevlerini içermektedir (Ahmetoğlu, Aral 2004). Zihinsel gelişiminde meydana gelen yavaşlama, duraklama ve gerileme nedeni ile davranış ve uyumu yönünden yaşitlarına göre sürekli gerilik ve daha yüksek oranda sürekli yeti ve işlev kaybı olan kişiye zihinsel engelli denmektedir (Kumtepe 2001).

**Süreğen Hastalık:** Kişinin çalışma kapasitesi ve fonksiyonlarının engellenmesine neden olan, sürekli bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır (kan hastalıkları, kalp-damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, idrar yolları ve üreme organı hastalıkları, cilt ve deri hastalıkları, kanserler, endokrin ve metabolik hastalıklar, ruhsal davranış bozuklukları, sinir sistemi hastalıkları, HIV). Süreğen hastalıklar özür türü içerisinde bir alt başlık olarak yer almaktadır. Toplam özürlülük oranı içerisinde yer almakta ancak nitelikleri incelenirken, diğer özür türlerinden ayrı olarak değerlendirildiği görülmektedir (Durduran, Bodur 2009).

**Dil-konuşma Engelli:** Karatepe (1988)'ye göre dil ve konuşma engelli; sözel iletişimde farklı düzen ve biçimlerde ortaya çıkan aksaklıklar ve düzensizlikler nedeniyle dili kullanma, konuşmayı öğrenme ve iletişimdeki güçlüklerin, bireyin eğitim performansı ve sosyal uyumunu olumsuz yönde etkilemesi durumudur.

Günümüz Türkiye'sinde engellilerin toplumla bütünleşme yönünde yoğun sorunlar içinde yaşadıkları bilinmektedir. Sorunu adlandırmadan başlayan ve yaşamın pek çok alanına yayılan bu sorunlar, engelli bireylerin içinde yaşadıkları toplumla işlevsel bir bütünlük içinde yaşamalarını güçleştirmektedir. Sürekli sorunlarla boğuşan, onlara anlamlı çözümler üretmeyen bireyler, kendilerini mutsuz hissetmektedir. Bu durum, temel insan hakkı olan bireyin kendisini gerçekleştirme hakkını ortadan kaldırmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Karataş 2002).

Engelli bakış açısı ile sağlık çalışanlarını, sağlık çalışanları bakış açısı ile de engelli bireyleri değerlendiren araştırmalar, engelli bireylerin sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin olumsuz olmasının, hizmetten yararlanmayı da olumsuz etkilediğini göstermektedir (Şahin 2005). French (1993)'in yaptığı çalışmada engelli bireyler sağlık

hizmetlerinin sunumunun "insancıl olmadığını" ve "istismar edici" olduğunu ifade etmişlerdir (Scullion 1999). Sağlık hizmetlerinde ve sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda yapılacak her hizmet engelli birey ve ailesine diğer kişilerden daha fazla etkilemektedir. Çünkü engellilik sağlık hizmet alımının sıklığı ile ilişkilidir (Durduran, Bodur 2009).

Engelli bireylerin bağımlı olma durumlarının minimize edilerek, toplumda kendilerine yeter hale gelmelerinin önündeki engellerin kaldırılması, engellilerin toplumla bütünleşmeleri yönünde olumlu sonuçlar doğuracaktır. Dolayısıyla fiziki, teknik, yasal hatta toplumsal tutum ve davranış bakımından tüm alanlarda engellilere engel olan durumların tespit edilerek sorunların çözümüne yönelik adımlar atılması gerekmektedir. Sonuç olarak; engelli bireyler engelli olmayan bireylere nazaran aynı sağlık sorunlarından daha fazla etkilenmektedir. Ayrıca engelli bireyler sağlık sorunları açısından daha fazla risk altında bulunmakla birlikte buna bağlı olarak da sağlık hizmet ihtiyaçları farklılık göstermektedir.

Toplumun her ferdinin olduğu gibi engelli bireylerin de topluma sağlanan bütün imkanlara tam katılımının sağlanması sosyal devlet anlayışının temelini oluşturmaktadır. Dünyada bu konu üzerinde yapılan tüm çalışmalar insan hakları temelinde tüm bireylerin hiçbir ayrımcılığa uğramaksızın tüm hizmetlerden aynı ölçüde yararlanabilmesi üzerine şekillendirilmektedir. Bunun tek koşulu da gerek hizmet, gerekse bilginin istisnasız ulaşılabilir olmasıdır (Ünver 2016). Bu bağlamda çalışmanın amacı; engelli bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeylerinin belirlenmesi, sağlık hizmetine ulaşmada önlerine çıkan engellerin belirlenerek, engellerin ortadan kaldırılmasına yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesidir.

## II. GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmanın temel amacı; 2016 yılında Konya il merkezinde, Selçuklu, Meram ve Karatay ilçelerinde ikamet eden tüm engel ve yaş gruplarında yer alan engelli bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeylerinin belirlenmesi, sağlık hizmetine ulaşımında yaşadıkları problemlerin belirlenerek, engellerin ortadan kaldırılmasına yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesidir.

Çalışmanın evrenini Konya ilinde yaşayan 41.364 engelli birey oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu (2004)'nin formülünden yararlanılmış olup, hesaplamalar sonucunda 165 engellinin evreni temsil edebileceği saptanmış; ancak çalışmanın gücünün artırılması amacıyla çalışmaya katılmayı kabul eden 300 engelli birey araştırma kapsamında incelenmiştir.

Çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen "Engelli Birey Sağlık Hizmeti Kullanım Envanteri" kullanılmıştır. Envanter formunun oluşturulması sürecinde, engelli bireylerin sağlık sorunları ve sağlık hizmetlerinden yararlanmaları konularını içeren literatür taraması yapılmış, yeterli sayıda engelli birey ile görüşülmüş, engelli bireylerin sağlık hizmeti sunumuna yönelik eleştirileri alınmış ve eleştiriler anket sorularının oluşturulması sürecinde dikkate alınmıştır. Ayrıca, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'nın yayınlamış olduğu "Sağlık Kurumlarında Özürlü Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi", "Engelsiz Hastane Projeleri" incelenmiş, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Evde Bakım Hizmetleri (EBH) personeli ile görüşme yapılmış, elde edilen bütün bilgiler ışığında anket soruları hazırlanmıştır.

Araştırma verilerinin elde edilmesinde Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekimliğinden izin alınmıştır. İzin sürecinden sonra araştırmaya katılmayı kabul eden, Konya Numune Hastanesi'ne başvuran

108, Beyhekim Devlet Hastanesi'ne başvuran 120 ve Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran 72 engelli bireye yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak sorular yöneltilmiştir. Anket formu tüm engel gruplarına uygulanmış olup, işitme-konuşma engellilere ait bilgilerin toplanması aşamasında verilerin güvenilirliğini sağlamak adına sadece okuma-yazma bilen engelliler araştırmaya dahil edilmiştir. Zihinsel engellilere ait verilerin elde edilmesi sürecinde ise, hizmet alımında kendilerine refakat eden engelli yakınlarına anket formu uygulanmıştır.

Verilerin istatistiksel analizi için verilen cevaplar kodlanmış ve değerlendirmeler SPSS 20.0 paket programı ile yapılmıştır. Demografik değişkenlere ait dağılımların hesaplanmasında frekans dağılımlarından yararlanılmıştır. Değişkenler arasındaki farklılık ve ilişkilerin ortaya çıkartılmasında ise, veriler normal dağılım sergilemediği için parametrik olmayan testlerden Chi-Square (Ki-kare) testi kullanılmıştır.

### III. BULGULAR

Araştırma kapsamında elde edilen; engellilerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular, engellerine ilişkin bulgular, engellilerin sağlık tesisine ulaşımı ve yaşadıkları hareket güçlüğüne ilişkin bulgular, sağlık hizmetlerinden etkin yararlanmalarının önünde tespit edilen sorunlara ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Tablo 1'de görüldüğü gibi araştırmaya 103 kadın ve 197 erkek olmak üzere toplam 300 engelli birey katılmıştır. Engellilerin %21'i "30 ve altı", %42'si "31-50" ve %37'si de "50 ve üzeri" yaş grubunda yer almaktadır. Yine araştırmaya katılan engellilerin %58,3'ü evli, %46,7'si ilköğretim mezunu, %40,7'si SSK kapsamında sosyal güvenlik hizmetlerinden yararlanmaktadır. Engellilerin %95,3'ü herhangi bir sivil toplum kuruluşuna üye olmamakla birlikte, %38'inin aylık gelir düzeyi 1001-1500 TL arasında yer almaktadır.

**Tablo 1. Araştırmaya Katılan Engellilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular**

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	103	34,3
	Erkek	197	65,7
Yaş	30 ve altı	63	21,0
	31-50	126	42,0
	50 üzeri	111	37,0
Medeni Durum	Evli	175	58,3
	Bekar	125	41,7
Öğrenim Durumu	Okuryazar	69	23,0
	İlköğretim	140	46,7
	Ortaöğretim	74	24,6
	Lisans ve üstü	17	5,7
Sosyal Güvence	Emekli Sandığı	37	12,3
	Bağ-kur	28	9,3
	SSK	122	40,7
	GSS	113	37,7
STK'ya Üyelik	Evet	14	4,7
	Hayır	286	95,3
Aylık Gelir Düzeyi	500 altı	36	12,0
	501-1000	93	31,0
	1001-1500	114	38,0
	1500 üzeri	57	19,0
<b>Toplam</b>		<b>300</b>	<b>100,0</b>

Tablo 2’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan engellilerin %31,7’si bedensel, %10,3’ü zihinsel, %10,3’ü işitme-konuşma, %8’i görme engelli ve %39,7’si ise süreğen hastalığa sahiptir. Yine engellilerin %23,3’ü doğuştan, %56,3’ü hastalık sebebiyle, %20,3’ü sonradan (kaza vb.) oluşan sebepler ile engelli konumunda yer almaktadır. Engel oranı açısından araştırmaya katılan engellilerin %31,3’ü %41-60 engel oranı aralığında yer almakla birlikte; yine engellilerin %28’i “1-5 yıl”, %27’si “6-10 yıl”, %17’si ise “11-15 yıl” arasında engelli olarak hayatını sürdürmektedir.

**Tablo 2. Araştırmaya Katılan Engellilerin Engel Durumlarına İlişkin Bilgiler Tablosu**

Özellikler	n	%	
<b>Engel Türü</b>	Bedensel	95	31,7
	Zihinsel	31	10,3
	İşitme-konuşma	31	10,3
	Görme	24	8,0
	Süreğen Hastalık	119	39,7
<b>Engel Oranı (%)</b>	40 ve altı	41	13,7
	41-60	94	31,3
	61-80	90	30,0
	81-100	75	25,0
<b>Engel Yılı</b>	1-5 yıl	84	28,0
	6-10	81	27,0
	11-15	51	17,0
	16-20	36	12,0
	21-30	25	8,3
	30 üzeri	23	7,7
<b>Engellilik Sebebi</b>	Hastalık	169	56,3
	Sonradan (Kaza vb.)	61	20,3
	Doğuştan	70	23,3
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>	

Tablo 3’te görüldüğü gibi araştırmaya katılan engellilerin %32,7’si ortalama iki haftada bir, %24’ü ayda bir, %21’i 1-3 ay arası ve %22,3’ü de üç aydan fazla aralıklarla sağlık tesislerine başvurduklarını belirtmişlerdir. İlk başvuru tesisi olarak engellilerin %47’sinin aile hekimliğini, %33,7’sinin devlet hastanelerini ve %19,3’ünün de üniversite hastaneleri veya özel hastaneleri tercih ettikleri tespit edilmiştir. Sağlık hizmeti alımında araştırmaya katılan engellilerin %26,7’si internet aracılığıyla, %45,7’si telefon aracılığıyla randevu hizmetlerinden faydalanmakta olup, randevu hizmetini kullanmayanların oranı ise %27,6 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 3. Engellilerin Sağlık Tesisine Başvuru Sıklığı, İlk Başvuru Tesisi Tablosu**

Özellikler		n	%
<b>Ortalama Başvuru Sıklığı</b>	İki haftada bir	98	32,7
	Ayda bir	72	24,0
	Bir-üç ay	63	21,0
	Üç aydan fazla	67	22,3
<b>İlk Başvuru Tesisi</b>	Aile Hekimliği	141	47,0
	Devlet Hastaneleri	101	33,7
	Üniversite ve Özel Hastaneler	58	19,3
<b>Randevu Hizmeti Kullanımı</b>	Evet (İnternet)	80	26,7
	Evet (Telefon)	137	45,7
	Hayır	83	27,6
<b>Toplam</b>		<b>300</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan engellilerin %52'si sağlık tesislerine ulaşımında sorun yaşadığını, %21,7'si kısmen problem ile karşılaştığını, %26,3'ü ise ulaşım konusunda sorun yaşamadığını belirtmiştir. Engellilerin %70,3'ü ulaşımı toplu ulaşım araçları aracılığıyla sağlamakta olup, sağlık tesislerine ulaşımı şahsi aracıyla sağlayan engellilerin %87,1'i çeşitli sebeplerden dolayı engelli otoparkından faydalanamamaktadır. Yine araştırmaya katılan engellilerin %20,3'ü kısmen olmakla birlikte %78,6'sının sağlık tesisi içerisinde hareket gücünü yaşadığı tespit edilmiştir. Sağlık tesisi içerisinde hareket gücünü yaşamadığını ifade edenlerin oranı ise %21,4 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4. Engelli Bireylerin Sağlık Tesislerine Ulaşım Yollarına İlişkin Bilgiler Tablosu**

Özellikler		n	%
<b>Ulaşımında Sorun Yaşama Durumu</b>	Evet	156	52,0
	Kısmen	65	21,7
	Hayır	79	26,3
<b>Ulaşım Yolu</b>	Şahsi araç	62	20,7
	Toplu ulaşım aracı	211	70,3
	Hasta nakil aracı	27	9,0
<b>Engelli Otoparkı Kullanımı</b>	Evet	8	12,9
	Hayır, çünkü engellilere ayrılmış alan yok	21	33,9
	Hayır, çünkü başka araçlar bulunuyor	33	53,2
<b>Sağlık Tesisine Ulaşımında Hareket Gücünü Yaşama</b>	Evet	175	58,3
	Kısmen	61	20,3
	Hayır	64	21,4
<b>Toplam</b>		<b>300</b>	<b>100,0</b>

Tablo 5'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan engellilerin %5,3'ü EBH'den yararlanmaktadır. EBH'den yararlanmayan engellilerin %64,4'ü şartlarının uygun olmamasından dolayı, %10,2'si EBH'nin varlığından haberdar olmadığı için ve %25,4'ünün de yakınlarının bakım konusunda yeterli olmasından dolayı EBH'den yararlanmadığı belirlenmiştir. Yine araştırmaya katılan engellilerin %19,3'ü engelinden dolayı tıbbi cihaz kullanmakta olup, tıbbi cihaz kullanan engellilerin %76,7'si cihaz kullanımı ve bakımı konusunda sağlık çalışanı tarafından yeterli bilgilendirilmenin yapıldığını bildirmiştir.



**Tablo 5. Engelli Bireylerin EBH'den Yararlanma Durumları ve Tıbbi Cihaz Kullanma Bilgileri Tablosu**

Özellikler		n	%
<b>EBH'den Yararlanma Durumu</b>	Evet	16	5,3
	Hayır	284	94,7
<b>EBH'den Yararlanmama Sebebi</b>	EBH'den haberdar değilim	29	10,2
	Şartların uygun değil	183	64,4
	Yakınlarım bakım konusunda yeterli olduğu için	72	25,4
<b>Tıbbi Cihaz Kullanımı</b>	Evet	58	19,3
	Hayır	242	80,7
<b>Tıbbi Cihaz Kullanımı Hakkında Bilgilendirme</b>	Evet	46	76,7
	Hayır	14	23,3
<b>Toplam</b>		<b>300</b>	<b>100,0</b>

Tablo 6'da görüldüğü gibi araştırmaya katılan engellilerin %57'si sağlık personeli ile yeterli düzeyde iletişim kurabildiğini, %64,7'si şikayetine yönelik açıklayıcı ve tatmin edici bilginin sağlık personeli tarafından yeterli düzeyde verildiğini belirtmiştir. Ayrıca; engellilerin %63,7'si iletişim problemi yaşamadığını belirtmiş olup, en fazla iletişim problemi yaşanan personelin de %19 ile doktorlar olduğunu ifade etmişlerdir. Engellilerin %45,3'ü sağlık çalışanlarının kendilerine yönelik davranışlarını ilgili olarak nitelendirirken, sağlık çalışanlarının engellilere yönelik davranışlarını ilgisiz olarak nitelendirenlerin oranı %12,7 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 6. Engelli Bireylerin Sağlık Çalışanları İle Olan İletişimine İlişkin Bilgiler Tablosu**

Özellikler		n	%
<b>Sağlık personeli ile yeterli iletişim</b>	Evet	171	57,0
	Kısmen	65	21,7
	Hayır	64	21,3
<b>Şikayeti ile ilgili yeterli bilginin verilmesi</b>	Evet	194	64,7
	Kısmen	47	15,7
	Hayır	59	19,6
<b>En fazla iletişim sorunu yaşanan personel</b>	Hayır, yaşamıyorum	191	63,7
	Doktor	58	19,3
	Hemşire	16	5,3
	Tıbbi Sekreter	35	11,7
<b>Sağlık çalışanlarının engellilere yönelik davranışları</b>	İlgisiz	38	12,7
	Normal	126	42,0
	İlgili	136	45,3
<b>Toplam</b>		<b>300</b>	<b>100,0</b>

Tablo 7'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan engellilerin %87'si sağlık tesisinde görme engelliler için oluşturulmuş takip izinin bulunduğunu, %59,3'ü engellilerin hak ve önceliklerini belirten tabelaların bulunmadığını, yine %51'i de engellilerin sağlık tesisinde rahat hareket etmesinin sağlanması adına yazılı, sesli ve görsel yönlendirmelerin bulunduğunu ifade etmiştir.

**Tablo 7. Sağlık Tesisinde Engellileri Yönlendirmeye Yönelik Oluşturulmuş Çalışmalara İlişkin Bilgiler Tablosu**

Özellikler		n	%
Takip izinin mevcut olma durumu	Evet	261	87,0
	Hayır	39	13,0
Öncelik belirten tabelaların bulundurulması	Evet	122	40,7
	Hayır	178	59,3
Yazılı, sesli ve görsel yönlendirmelerin bulundurulması	Evet	153	51,0
	Kısmen	78	26,0
	Hayır	69	23,0
<b>Toplam</b>		<b>300</b>	<b>100,0</b>

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde, değişkenler arasındaki farklılık ve ilişkilerin ortaya çıkartılmasında veriler normal dağılım sergilemediği için parametrik olmayan testlerden Chi-Square (Ki-kare) testi kullanılmıştır. Yapılan analizler neticesinde ulaşılan sonuçların bir bölümü Tablo 8'de yer almaktadır.

**Tablo 8. Engelli Bireylerin Hizmete Erişebilirliğine İlişkin Unsurların Sosyo-Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi (Ki-Kare Testi Sonuçları)**

Özellikler	$\chi^2$	p
Öncelik hakkının kullanılması durumunun cinsiyet açısından karşılaştırılması	1,672	0,433
Engelli bireylerin sağlık tesisinde kendilerini en fazla yoran işleme yönelik düşüncelerinin cinsiyet açısından karşılaştırılması.	1,999	0,368
Engelli bireylerin sağlık personeli bazında yaşadığı iletişim probleminin cinsiyet açısından karşılaştırılması.	3,482	0,175
Engellilerin sağlık tesisinde yaşadığı hareket güçlüğünün cinsiyet açısından karşılaştırılması.	5,66	0,059
Engelli bireylerin hastane içi işlemlerini takip etmede başka birine ihtiyaç duyması durumunun cinsiyet açısından karşılaştırılması.	13,857	<b>0,001</b>
Engellilerin sağlık hizmeti alımında en önemli sorun olarak gördükleri durumun cinsiyet açısından karşılaştırılması.	2,906	0,574
Sağlık personelinin engellilere yönelik davranışlarının cinsiyet açısından karşılaştırılması.	1,258	0,533
Engelli bireylerin sağlık personeli ile yeterli iletişim kurabilme durumlarının cinsiyet açısından karşılaştırılması.	0,507	0,776
Engellilerin öncelikleri konusunda bilgi sahibi olmaları durumunun cinsiyet açısından karşılaştırılması.	0,267	0,875
Engellilerin problemlerinin çözümünde psiko-sosyal destek alma isteklerinin cinsiyet açısından karşılaştırılması.	0,171	0,679
Engellilerin, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan hizmetin yeterliliğine ilişkin düşüncelerinin cinsiyet açısından karşılaştırılması.	0,310	0,856
Engellilerin EBH'den yararlanma durumlarının yaş grupları bakımından karşılaştırılması.	4,715	0,095
Engellilerin öncelikleri konusunda bilgi sahibi olmaları durumunun yaş grupları açısından karşılaştırılması.	2,841	0,585
Engellilerin sağlık tesisinde yaşadığı hareket güçlüğünü yaş grupları açısından karşılaştırılması.	10,377	<b>0,035</b>
Engellilerin, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan hizmetin yeterliliğine ilişkin düşüncelerinin yaş grupları bakımından karşılaştırılması.	1,345	0,854
Engellilerin hastane işlemlerinde öncelik hakkından yararlanma durumlarının yaş grupları bakımından karşılaştırılması.	17,007	<b>0,002</b>
Engellilerin karşılaştıkları problemlerinin çözümünde psiko-sosyal destek alma isteklerinin yaş grupları açısından karşılaştırılması.	7,869	<b>0,020</b>
Engellilerin randevu hizmetinden faydalanmalarının yaş grupları açısından karşılaştırılması.	3,991	0,407

**Tablo 8. Engelli Bireylerin Hizmete Erişebilirliğine İlişkin Unsurların Sosyo-Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi (Ki-Kare Testi Sonuçları) - Devamı**

Özellikler	$\chi^2$	p
Engellilerin sağlık tesislerine ortalama başvurma sürelerinin yaş grupları açısından karşılaştırılması.	14,258	<b>0,027</b>
Sağlık personelinin engellilere yönelik davranışlarının yaş grupları bakımından karşılaştırılması.	7,356	0,118
Engelli bireylerin yaşadıkları ulaşım sorununun yaş grupları bakımından karşılaştırılması.	9,004	0,061
Engellilerin sağlık personeli ile yeterli iletişim kurabilme durumlarının yaş grupları açısından karşılaştırılması.	10,249	<b>0,036</b>
Engelli bireylerin hastane içi işlemlerini takip etmede başka birine ihtiyaç duyması durumunun medeni durum açısından karşılaştırılması.	15,224	<b>0,000</b>
Engellilerin problemlerinin çözümünde psiko-sosyal destek alma isteklerinin medeni durum açısından karşılaştırılması.	0,656	0,418
Engelli bireylerin yaşadıkları ulaşım sorununun medeni durum açısından karşılaştırılması.	1,691	0,429
Engellilerin kullandığı tıbbi cihaz ile ilgili yeterli bilginin verilmesinin sağlık tesisleri açısından karşılaştırılması.	1,765	0,410
Engelli bireylerin yaşadıkları ulaşım sorununun engel türü açısından karşılaştırılması.	18,818	<b>0,016</b>
Engelli bireylerin hastane içi işlemlerini takip etmede başka birine ihtiyaç duyması durumunun engel türü açısından karşılaştırılması.	20,592	<b>0,008</b>
Engellilerin EBH'den yararlanma durumlarının engel türü açısından karşılaştırılması.	2,720	0,606
Engellilerin sağlık tesisinde yaşadığı hareket güçlüğü'nün engel türü açısından karşılaştırılması.	16,506	<b>0,036</b>
Öncelik hakkının kullanılması durumunun engel türü açısından karşılaştırılması.	16,894	<b>0,031</b>
Engelli bireylerin sağlık tesisinde kendilerini en fazla yoran işleme yönelik düşüncelerinin engel türü açısından karşılaştırılması.	11,386	0,181
Engellilerin problemlerinin çözümünde psiko-sosyal destek alma isteklerinin engel türü açısından karşılaştırılması.	8,631	0,071
Engellilerin sağlık hizmeti alımında en önemli sorun olarak gördükleri durumun engel türü açısından karşılaştırılması.	23,528	0,100
Engellilerin, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan hizmetin yeterliliğine ilişkin düşüncelerinin engel türü açısından karşılaştırılması.	13,447	0,097
Engelli bireylerin rahatsızlık durumunda ilk başvurduğu sağlık tesisinin aylık gelir düzeyi açısından karşılaştırılması.	23,871	<b>0,001</b>
Engellilerin sağlık tesisi içerisinde hareket güçlüğü yaşama durumlarının engel oranları açısından karşılaştırılması.	13,197	<b>0,040</b>
Engellilerin günlük hayatta kendilerine yeterli olma durumlarının hastane içi işlemleri takip etmede başka birinin yardımına ihtiyaç duyması açısından karşılaştırılması.	95,692	<b>0,000</b>
Engellilerin günlük hayatta kendilerine yeterli olma durumlarının hareket güçlüğü yaşama durumu açısından karşılaştırılması.	97,386	<b>0,000</b>
Engellilerin hakları ve öncelikleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları durumunun öncelik hakkından yararlanma açısından karşılaştırılması.	146,865	<b>0,000</b>
Engellilerin sağlık personeli ile olan iletişimlerine ilişkin düşüncelerinin, sağlık personelinin engellilere yönelik davranışı açısından karşılaştırılması.	17,668	<b>0,001</b>

Analiz sonuçlarına göre; hastane içi işlemleri takip etmede başka birine ihtiyaç duyulması durumunun cinsiyet ve medeni durum açısından farklılık gösterdiği tespit edilmiş olup, kadınların (%59,2) erkeklerden ve bekarların da (%61,6) evlilerden daha fazla yardıma

ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir ( $p \leq 0,05$ ). Engellilerin hastane içerisinde hareket güçlüğü yaşamaları durumunun ise yaş grupları açısından farklılık gösterdiği ve “50 ve üzeri” yaş grubunda bulunan engellilerin (%67,6) daha çok hareket güçlüğü yaşadıkları tespit edilmiştir ( $p \leq 0,05$ ).

Engellilerin sağlık tesislerinde öncelik hakkı kullanımının yaş grupları açısından farklılık gösterdiği belirlenmiş olup, yine “50 ve üzeri” yaş grubunda bulunan engellilerin (%34,2) diğer yaş gruplarına oranla öncelik hakkından daha fazla yararlandığı sonucuna ulaşılmıştır. Engelli bireylerin karşılaştıkları sorunların çözümünde psiko-sosyal destek hizmeti alma isteklerinin yaş grupları açısından farklılık gösterdiği ve psiko-sosyal destek hizmeti almak isteyen engellilerin “30 ve altı” yaş grubunda (%43,2) daha fazla olduğu belirlenmiştir ( $p \leq 0,05$ ).

Engellilerin sağlık tesislerine başvuru sıklıklarının da yaş grupları bakımından farklılık gösterdiği tespit edilmiş olup, “50 ve üzeri” yaş grubunda yer alan engellilerin diğer yaş gruplarına oranla daha sık aralıklarla başvuruda buldukları (iki haftada bir= %40,5) belirlenmiştir ( $p \leq 0,05$ ). Sağlık personeli ile yeterli düzeyde iletişimin sağlanabilmesinin de yaş grupları açısından farklılık gösterdiği belirlenmiş, yeterli iletişim kurabildiğini ifade edenlerin “30 ve altı” yaş grubunda daha fazla olduğu (%67,5) tespit edilmiştir ( $p \leq 0,05$ ). Ayrıca analiz edilen diğer ki-kare testi sonuçları da Tablo 8’de belirtilmiştir.

Tablo 8’de yer alan analiz sonuçlarına göre; sağlık tesislerine ulaşımında en fazla bedensel engellilerin (%56,8) sorun yaşadığı belirlenmiştir ( $p \leq 0,05$ ). Hastane içi işlemlerin takip edilmesinde başkasının yardımına ihtiyacı olan engel grubunun zihinsel (%67,7) ve görme (%58,3) engellilerde daha fazla olduğu tespit edilmiştir ( $p \leq 0,05$ ). Engel türü açısından hastane içi hareket güçlüğü yaşanması durumu incelendiğinde ise; bedensel engellilerin (%63,2) daha fazla hareket güçlüğü yaşadıkları ( $p \leq 0,05$ ), sağlık hizmeti alımında öncelik hakkından yararlanma durumu engel türü açısından incelendiğinde de öncelik hakkından en az süregelen hastalığa sahip engellilerin (%17,6) faydalandığı tespit edilmiştir ( $p \leq 0,05$ ).

Engellilerin rahatsızlıkları durumunda ilk tercih ettikleri sağlık kuruluşu aylık gelir düzeyi açısından incelendiğinde; ilk başvuru tesisi olarak aile hekimliğini tercih eden engellilerin daha çok “500 ve altı” gelir düzeyine sahip olanlardan (%80,6) oluştuğu tespit edilmiştir ( $p \leq 0,05$ ). Engellilerin sağlık tesisi içerisinde hareket güçlüğü yaşaması durumu engel oranı açısından değerlendirildiğinde %81-100 arasında yer alan engellilerin (%73,3) daha fazla olduğu belirlenmiştir ( $p \leq 0,05$ ). Günlük hayatta kendine yeterli olma durumu hastane içinde yardıma ihtiyaç duyulması açısından incelendiğinde ise günlük hayatta kendini yetersiz hisseden engellilerin hastane içerisinde daha fazla yardıma ihtiyaç duydukları (%77,2) tespit edilmiştir. Aynı durum hareket güçlüğü açısından değerlendirildiğinde ise, günlük hayatta kendini yetersiz hisseden engellilerin hastane içerisinde daha fazla hareket güçlüğü yaşadıkları (%86,8) belirlenmiştir ( $p \leq 0,05$ ).

Engellilerin hakları ve öncelikleri konusunda bilgi sahibi olmaları durumu öncelik hakkının kullanılması bağlamında incelendiğinde, öncelik hakkından en fazla yararlandığını ifade eden engelli grubunun, hakları ve öncelikleri konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade eden engellilerden oluştuğu (%63,0) tespit edilmiştir ( $p \leq 0,05$ ). Yine engellilerin sağlık personeli ile olan iletişimlerine ilişkin düşüncelerinin, sağlık personelinin engellilere yönelik davranışı açısından incelenmesi neticesinde sağlık personeli ile yeterli iletişim kurabildiğini ifade eden engellilerin büyük çoğunluğunun, sağlık personelinin engellilere karşı ilgili davrandıklarını düşünenlerden oluştuğu (%51,5) belirlenmiştir ( $p \leq 0,05$ ).

#### IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çağdaşlığın temeli olan bireyler arası eşitlik ilkesi göz önüne alındığında, çağdaş bir devlet tüm yurttaşlarına hiçbir ayırım gözetmeksizin insanca yaşayabilecekleri olanaklar sunmak zorundadır. Bu nedenle toplumsal yaşamın ayrılmaz bir parçası olan engellilerin sorunları gerçekçi bir şekilde ele alınarak toplumla bütünleştirilmesi gerekmektedir (Özcan 2008). Genel olarak dünyanın her yerinde engelliler ve engellilik ile ilgili politikaların uygulanmasında, belirtilen sorunları aşmak adına birtakım çözümler getirilmiştir. Ancak gerçekte, bu çözümler sadece söylem düzeyinde kalmış ve çoğu zaman uygulamada karşılığını bulamamıştır (Van de Ven et al. 2005). Engellilerin sağlık hizmeti almasında sağlık kuruluşlarının yeterli uygunlukta olmadığı, sağlık kuruluşlarına ulaşım güçlüğü, sağlık hizmetlerinde bakım ve rehabilitasyon ünitelerinin yetersiz olduğu, tedavinin devamlılığının sürdürülememesi, engellilikleri dışındaki sağlık sorunları için hizmetten faydalanmada geç kalınması gibi sorunların olduğu bilinmektedir.

Çeşitli araştırmalardan elde edilen sonuçlar engelli bireylerin sağlık hizmeti alırken; iletişimden memnun olmadığını, sağlık çalışanlarının rahatsız edici tutumları ile karşılaştığını, neşeli olmaya zorladığını ve bilgilendirmenin kısıtlandığını, sağlık çalışanlarının ise engelliliği fiziksel engel olarak algıladıklarını ve engelli bireyin pasif alıcı, itaatkar ve minnettar olması gerektiğini düşündüklerini göstermektedir (Şahin 2005).

Bu çalışmadan elde edilen bulgular ile literatür bulguları aşağıda karşılaştırılmaktadır:

Araştırmadan elde edilen sonuçlar incelendiğinde katılımcıların sosyal güvence olarak 37'si (%12,3) Emekli Sandığı, 28'i (%9,3) Bağ-Kur, 122'si (%40,7) SSK ve 113'ü (%37,7) Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır. "Türkiye Özürlüler Araştırması" raporlarına göre ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel engelli olanların %47,55'inin, süregen hastalığı olan engellilerin ise %63,67'sinin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Aydın ilinde yapılan bir araştırmada engellilerin %81'inin sosyal güvencesinin bulunduğu belirlenmiştir. Dalbay (2009)'ın engellilere yönelik yapmış olduğu çalışmasında katılımcıların %97,7'sinin herhangi bir sosyal güvenlik kurumu kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlandığı belirlenmiştir. Ülkemizde bütün bireylerin sosyal güvence kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanmasını sağlamak amacıyla son yıllarda düzenlemelerin hayata geçirilmesiyle sosyal güvencesi bulunmayan engelli birey sayısının büyük ölçüde azaldığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan engellilerin engel türü açısından, 95'i (%31,7) bedensel, 31'i (%10,3) zihinsel, 31'i (%10,3) işitme-konuşma, 24'ü (%8,0) görme engelli olup, 119'u (39,7) ise süregen hastalık sebebiyle engelli konumundadır. "Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması 2010" sonuçlarına göre engellilerin %15,2'si %20-%39 engel oranı, %42,4'ü %40-%69 engel oranı, yine %42,4'ü %70 ve üzeri engel oranına sahiptir.

Engellilerin engel sebeplerini incelediğimizde ise 70'inin (%23,3) doğuştan engelli olduğu, 169'unun (%56,3) hastalık sebebiyle engelli olduğu ve 61'inin (%20,3) ise sonradan engelli olduğu belirlenmiştir. 2010 yılı itibarıyla kayıtlı olan engellilerin engelinin ortaya çıkış zamanı; %14,7'sinin doğum öncesinde, %10,6'sının doğum sırasında, %18'nin 1 yaşına varmadan, %54,5'nin 1 yaş ve üstü dönemde ortaya çıktığı gözlenmiştir. "Türkiye Özürlüler Araştırması 2002" verilerine göre engelin ortaya çıkış zamanı çoğunlukla sonradan olan nedenlerdir (DİE 2004). Yine Uskun ve arkadaşlarının (2005) tüm yaş gruplarında yaptığı çalışmasında özürlülük nedenlerinde %5,7 doğuştan, %94,3'ü ise sonradan olduğu (iş kazası, ev kazası, enfeksiyon, kronik hastalık gibi) belirtilmiştir. Araştırma sonuçlarında da görüldüğü gibi engelin ortaya çıkışı bakımından bir genelleme yapılması mümkün değildir.

Araştırmaya katılan engellilerin tıbbi cihaz kullanımı; 58'inin (%19,3) herhangi bir tıbbi cihaz kullandığı, 242'sinin (%80,7) ise kullanmadığı görülmektedir. "Türkiye Özürlüler Araştırması 2002" sonuçlarına göre engellilerin cihaz kullanma oranı, ortopedik engellilerde %19,65, işitme engellilerde %20,84, görme engellilerde %30,81, dil ve konuşma engellilerde ise bu oran %2,46 olarak belirlenmiştir.

Herhangi bir rahatsızlık durumunda ilk başvuru yapılan sağlık tesisi olarak engellilerin 141'inin (%47,0) aile hekimliğini, 101'inin (%33,7) devlet hastanelerini, 58'inin (%19,3) ise üniversite hastaneleri ve özel hastaneleri tercih ettiği belirlenmiştir. Rahatsızlık durumunda ilk başvuru yapılan sağlık tesisinin aylık gelir düzeyi açısından farklılık gösterdiği ki-kare testi sonuçları ile belirlenmiş olup ( $p \leq 0,05$ ), ilk başvuru yapılan sağlık tesisi açısından aile hekimliğine başvuran engellilerin daha çok "500 ve altı" gelir grubunda yer alan engelliler olduğu belirlenmiştir. Kızıl ve arkadaşlarının (2015) Yalova'da hastalar üzerinde yapmış oldukları araştırma sonucunda, bir sorunla karşılaştığında ilk aile hekimine başvuranların oranı %66,0, devlet hastanesine başvuranların oranı %19,0, üniversite ya da özel hastane-özel muayenehaneye başvuranların oranı %15,0 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla bu konuda elde edilen bulguların diğer araştırmaları destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

Ulaşım konusunda araştırmaya katılan engellilerin 156'sı (%52,0) sorun yaşadığını, 65'i (%21,7) kısmen sorun yaşadığını, 79'u (%26,3) ise ulaşım sorunu yaşamadığını belirtmiştir. Ulaşım genel bir sorun olsa da yaş grupları, medeni durum ve sağlık tesisleri açısından farklılık göstermemektedir ( $p > 0,05$ ). Ancak engel türü açısından farklılık göstermektedir ( $p \leq 0,05$ ). Engel türü açısından en fazla ulaşım sorunu yaşayan engel grubunun (%56,8) bedensel engelliler olduğu tespit edilmiştir. "Türkiye Özürlüler Araştırması 2002" raporlarına göre günlük yaşamda karşılaştığı sorunlara ilişkin soruya cevap veren ortopedik engellilerden yaklaşık %32'si fiziksel çevre düzenlemeleri olmadığından sokağa çıkamadıklarını, %28'i kamuya açık bina ve alanlara giremediklerini, %50'si toplu taşıma araçlarına binmekte güçlük çektiklerini ve %29'u da sosyal ve kültürel etkinliklere katılamadıklarını belirtmişlerdir. Bulunduğu çevrede engeline uygun toplu taşıma hizmeti bulunduğunu söyleyen özürlülerin oranı %4'tür. Ulaşılabilirliğin temeli niteliğinde olan ulaşım konusunda engellilerin yarıdan fazlasının (%52,0) sorun yaşıyor olması ise istenilen bir durum değildir. 2010 yılı itibarıyla Ulusal Özürlüler Veri Tabanına kayıtlı olan engelli bireylerin %45,6'sı sağlık kuruluşuna giderken ulaşım engellerini olduğunu belirtmiştir. Aydın ilinde yapılan bir araştırmada kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda sorun yaşayıp yaşamadıkları sorulmuş, katılımcıların %40'ünün sorun yaşadığı ve bu durumun engel türü ve engel oranı açısından farklılık gösterdiği saptanmıştır. Dalbay (2009)'ın yapmış olduğu çalışmada fiziksel çevre ve ulaşım açısından ortak alanların engellilerin kullanımına uygun olması incelenmiş, engellilerin %54,7'si düzenlemelerin yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Bu konuda Avrupa Birliği uyum yasaları kapsamında ulaşılabilirliğin yeterli düzeye getirilmesi için yerel yönetimlere yedi yıl içerisinde tamamlamaları için süre verilmiştir. Sonuçların gösterdiği üzere Konya'da engelliler için ulaşılabilirliğin henüz istenilen seviyede gelişmediği görülmektedir.

Engellilerin sağlık tesisine ulaşım yolları incelendiğinde; 62'sinin (%20,7) şahsi aracıyla, 211'inin (%70,3) toplu ulaşım araçlarıyla, 27'sinin (%9,0) ise hasta nakil aracı ile ulaşım sağladığı görülmektedir. Baş (2013)'ün çalışmasında engellilerin %93'ünün toplu ulaşım araçlarını kullandığı belirlenmiştir. Aydın ilinde yapılan bir araştırmada engelli kişilere toplu ulaşım araçlarından memnun olma durumları sorulmuş ve katılımcıların %81'i engelliler için uygun olmadığını, yine katılımcıların %98'i toplum ulaşım araçlarının fiziki açıdan uygun olmadığını belirtmiştir. Toplu ulaşım araçlarının teçhizat bakımından eksik olması, ortak kullanım alanlarındaki mimari düzensizlikler, bilgilendirme, yönlendirme ve hissedilebilir yüzey uygulamalarının eksikliğinin ulaşım konusunda engellilere sorun teşkil ettiği düşünülmektedir.

Şahsi aracıyla giden engellilerin kendilerine ayrılmış olması gereken otoparkı kullanımına bakıldığında ise; 8 (%12,9) engelli, engelli otoparkını kullandığını, 21 (%33,9) engelli, kendilerine ayrılmış alan bulunmamasından dolayı kullanmadığını, 33 (%53,2) engelli ise, başka araçların engelli otoparkını işgal etmesinden dolayı kullanamadıklarını belirtmiştir. Sonuçlara göre engellilerin kendilerine ayrılması planlanan engelli otoparkını kullanmasının oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Bu olumsuz durumun hastane yönetimi tarafından otoparkın kontrolsüz bırakılması ve toplumun engellilerin hak ve önceliklerine olan olumsuz bakışının yeterli düzeyde gelişmemiş olmasının bir sonucu olabileceğini söylemek mümkündür.

Sağlık tesisi içerisinde engellilerin 175'i (%58,3) hareket güçlüğü yaşadığını, 61'i (%20,3) kısmen hareket güçlüğü yaşadığını, 64'ü (%21,4) ise hareket güçlüğü yaşamadığını belirtmiştir. 2010 yılı itibariyle Ulusal Özürlüler Veri Tabanına kayıtlı olan engelli bireylerin %47,4'ü sağlık kuruluşu içinde hareket güçlüğü yaşadıklarını belirtmiştir.

Engellilerin sağlık hizmeti alımında öncelik hakkından faydalanmaları konusunda; 66'sı (%22,0) öncelik hakkını kullanabildiğini, 29'u (%9,7) kısmen kullanabildiğini, 205'i (%68,3) ise öncelik hakkından yararlanamadığını bildirmiştir. Şanlıurfa Kalkınma Derneği tarafından 2014 yılında gerçekleştirilen "Engelli Bireylerin ve Ailelerinin Toplumsal Hayatta Yaşadıkları Zorluklar Araştırma Raporu" sonuçlarına göre engellilerin %45,3'ünün sağlık kurumlarında sıra beklemekten şikayetçi oldukları belirlenmiştir. Dalbay (2009)'ın yapmış olduğu çalışmada engellilerin %33,8'inin engellilere yönelik pozitif ayrımcılık yapılması talebinde oldukları gözlenmiştir.

Engellilerin öncelikleri ve hakları konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumlarına incelendiğinde; 92'si (%30,7) yeterli bilgiye sahip olduğunu, 74'ü (%24,7) kısmen bilgi sahibi olduğunu, 134'ü (%44,7) ise yeterli bilgiye sahip olmadığını ifade etmiştir. Dalbay (2009)'ın yapmış olduğu çalışmada engellilerin hak ve öncelikleri konusundan yeterli bilgiye sahip olma durumları açısından; katılımcıların %24,5'i hiç bilgisinin olmadığını, %10,9'u pek bilgisi olmadığını, %31,3'ü biraz bilgisi olduğunu belirtmiştir.

Engellilerin 145'i (%48,3) sağlık hizmeti alımında birinin yardımına ihtiyaç duyduğunu, 87'si (%29) kısmen ihtiyaç duyduğunu, 68'i (%22,7) ise herhangi birinin yardımına ihtiyacı olmadığını belirtmiştir. 2010 yılı itibariyle Ulusal Özürlüler Veri Tabanına kayıtlı olan engelli bireylerin %69,8'i hastane işlemlerini takip etmede başka birine ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir.

Engellilere yardımcı olması amacıyla sağlık tesislerinde bulundurulması planlanan sağlık personelinin (hostes hizmeti) hizmetine ilişkin engellilerin değerlendirmelerinde, engellilerin 7'si (%2,3) personelin bulunduğunu, 72'si (%24,0) danışmadan yardım aldığını, 221'i (%73,7) ise görevlendirilmiş personelin bulunmadığını belirtmektedir.

Engellilere iletişim açısından sağlık personeli ile yeterli iletişim kurabildikleri sorulduğunda; 171'i (%57,0) yeterli iletişim kurabildiğini, 65'i (%21,7) kısmen iletişim kurabildiğini, 64'ü (%21,3) ise yeterli iletişim kuramadığını belirtmiştir. Engelli bireylerin sağlık personeli ile olan iletişiminin cinsiyet açısından farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ), ancak yaş grupları açısından farklılık gösterdiği ki-kare testi ile belirlenmiştir ( $p\leq 0,05$ ). Bu anlamda, "31-50" yaş grubunda yer alan engellilerin sağlık personeli ile daha iyi iletişim kurabildikleri belirlenmiştir. 2010 yılı itibariyle Ulusal Özürlüler Veri Tabanına kayıtlı olan engelli bireylerin %53,3'ü sağlık çalışanları ile yeterli düzeyde iletişim kuramadıklarını ifade etmiştir. 2015 yılında Aydın ilinde yapılan bir araştırmada engelli kişilere sağlık kurumlarında personel-hasta ilişkisi hakkında görüşleri sorulduğunda %41,0'inin personel-hasta ilişkisinde sıkıntı yaşadığı belirlenmiştir.

İletişim problemi yaşadıkları personel sorulduğunda ise; engellilerin 191'i (%64,7) iletişim problemi yaşamadığını, iletişim problemi yaşayan engellilerin 58'i (%53,2) doktorlar ile, 16'sı (%14,7) hemşireler ile, 35'i (%32,1) tıbbi sekreterler ile iletişim sorunu yaşadığını belirtmiştir.

Engellilere sağlık personeli tarafından şikayetleri ile ilgili yeterli bilginin verilmesi incelendiğinde ise; engellilerin 194'ü (%64,7) yeterli bilginin verildiğini, 47'si (%15,7) kısmen bilgi verildiğini, 59'u (%19,6) ise yeterli bilgilendirmenin yapılmadığını belirtmiştir. 2010 yılı itibariyle Ulusal Özürlüler Veri Tabanına kayıtlı olan engelli bireylerin %47,5'i sağlık personelinin engeli ve tedavisi hakkında yeterli bilgi veremediğini belirtmiştir.

Karşılaştıkları problemlerin çözümünde psiko-sosyal destek hizmeti kullanmak istedikleri sorulduğunda ise engellilerin 44'ü (%14,7) destek hizmeti aldığını, 71'i (%23,7) destek hizmeti almak istediğini, 185'i (%61,6) ise almak istemediğini belirtmiştir. Sorunların çözümünde psiko-sosyal destek almak isteyen engellilerin "30 ve altı" yaş grubunda yer alan engellilerde (%43,2) diğer yaş gruplarına nazaran daha fazla olduğunu belirlenmiştir.

Engellilerinin sağlık personelinin engelli bireylere karşı davranışları hakkındaki düşünceleri incelendiğinde; 38'i (%12,7) kendilerine ilgisiz davranıldığını, 126'sı (%42,0) normal davranıldığını, 136'sı (%45,3) ise ilgili davranıldığını düşünmektedir. Sağlık personeli ile yeterli iletişim kurabildiğini ifade eden engellilerin büyük çoğunluğunun, sağlık personelinin engellilere karşı ilgili davrandıklarını düşünenlerden (%51,5) oluştuğu belirlenmiştir.

Görme engelliler için takip izinin oluşturulmasına baktığımızda; katılımcıların 261'i (%87,0) takip izinin bulunduğunu, 39'u (%13,0) ise bulunmadığını belirtmiştir.

Yazılı, sesli ve görsel yönlendirmelere ilişkin cevaplar incelendiğinde; engellilerin 153'ü (%51,0) yönlendirmelerin bulunduğunu, 78'i (%26,0) kısmen bulunduğunu, 69'u (%23,0) ise bulunmadığını ifade etmiştir.

Sağlık tesisinde en fazla vakit alan ve engelliye en çok yoran işleme bakıldığında; engellilerin 82'si (%27,3) muayene işlemlerinin, 102'si (%34,0) sonuç alma işlemlerinin, 116'sı (%38,7) ise diğer işlemlerin yordugunu belirtmiştir.

Engellilerin sağlık hizmetinden yararlanma sürecinde yaşadıkları en önemli sorun incelendiğinde ise; 62 (%20,7) engelli için sağlık tesisine ulaşım, 135 (%45,0) engelli için hastane içi işlemlerin uzun sürmesi, 59 (%19,7) engelli için hastane içinde hareket güçlüğüne yaşanması, 26 (%8,7) engelli için yeterince ilgili davranılmaması, 18 (%6,0) engelli için ise öncelik hakkından yararlanamama karşılaşılan en önemli sorun olarak belirlenmiştir.

Engellilere sunulan sağlık hizmetinin yeterliliğine bakıldığında ise; 156 (%52,0) engelli yeterli düzeyde olduğunu, 90 (%30,0) engelli kısmen yeterli olduğunu, 54'ü (%18,0) ise sunulan hizmetin engelliler için yeterli düzeyde olmadığını belirtmiştir. Aydın ilinde yapılan bir araştırmada engelli kişilere yararlandıkları sağlık hizmetlerinin kalitesinden memnun olup olmadıkları sorulduğunda, katılımcıların %57,0'sinin hizmet kalitesinden memnun olduğu, %43,0'ünün memnun olmadığı belirlenmiştir. Dalbay (2009)'ın yapmış olduğu çalışmasında engellilerin %35,0'inin sağlık hizmetlerinde sunulan hizmeti yeterli bulmadığı, geriye kalan %65,0'lik kısmın ise sunulan hizmetin çeşitli derecelerde yeterli olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. 2010 yılı itibariyle Ulusal Özürlüler Veri Tabanına kayıtlı olan engelli bireylerin %77,0'si sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi yönünde kamu kurum ve kuruluşlarından beklentileri olduğunu vurgulamıştır.



Zeytinburnu ve Kadıköy ilçelerinde ikamet eden 545 özürle ilgili yapılan tanımlayıcı bir çalışmada araştırmaya katılanların %26,1'inin herhangi bir sağlık güvencesinin olmadığı, sağlık güvencesi olmayanların %93,3'ü, sağlık güvencesi olanların ise %87,2'sinin rehabilitasyon hizmeti almadığı belirlenmiş, en sık belirtilen hizmet almama nedenleri ise ekonomik nedenler (%30,4) ve haberdar olmama (%29,8) olarak bulunmuştur (Bakırcı ve diğerleri 2006).

Özer ve diğerlerinin (2003) çalışmasında hafif zihinsel geriliği olup, özel bir eğitim kurumunda eğitim alan 7 ile 20 yaş arası çocuklara yapılan sağlık taramalarında küçük yaşlarda düşük tartı sıklığı daha fazla iken, adolesanlarda obeziteye eğilimin arttığı, %20'sinde kişisel hijyenin kötü olduğu, diş çürüğü, anemi, raşitizm, hipertansiyon, kardiyak üfürüm varlığı açısından değerlendirildiğinde de sağlıklı beslenme, ağız diş ve genel vücut hijyeni açısından desteğe ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir (Durduran, Bodur 2009).

Araştırmaya katılan engelli bireylerin 237'sinin (%79,0) sağlık giderlerinin tamamı sosyal güvenceleri kapsamında karşılanmakta olup, 63'ünün (%21,0) ise tamamı sosyal güvenceleri kapsamında değildir. Karşılanmayan sağlık giderlerinin engelli bireylere olan ekonomik etkisi incelendiğinde ise; engellilerin 36'sı (%12,0) çok az etkilediğini, 38'i (%12,7) az etkilediğini, 47'si (%15,7) orta düzeyde etkilediğini, 93'ü (%31,0) fazla etkilediğini, 86'sı (%28,7) çok fazla etkilediğini belirtmiştir.

Engel grubu açısından bakıldığında, ABD'de hizmet sağlayıcılarla yapılmış bir araştırmada, daha çok duyma bozukluğu olanların (%33,0) sağlığa erişmekte zorlanacaklarının düşünüldüğü saptanmıştır (Drainoni et al. 2006).

Scullion (1999)'un yaptığı bir araştırma, engelli bireylerin sağlık hizmeti ile ilişkilerinden memnun olmadıklarını göstermektedir. Engelli bireyler; hastanelerdeki mimari düzenlemelerin engelliler açısından uygun olmadığını ve gerekli ekipman bakımından yetersiz olduğunu, sağlık çalışanının engellilerin gereksinimleri konusunda eğitilmiş olmaması nedeniyle hizmet sunumu sırasında mesleki donanımının yetersiz olduğunu, sağlık hizmeti içinde aşırı bölünmüşlük ve işbirliğinin yetersizliği nedeniyle engelli bireyin sağlık çalışanı tarafından bütün olarak değil bir organ olarak algılandığını, engellilere karşı baskıcı ve düşmanca bir tavır sergilendiği ve sağlık çalışanları engelliliği sosyal yönden değerlendirmede yetersiz olduğunu ifade etmektedir.

Sağlık hizmet gereksinimlerinin farklılığı dışında, engellilerin sağlık hizmeti içindeki maliyetleri de farklılık göstermektedir. 1996 yılında ABD'de yapılan bir araştırmada engellilerin yetişkin nüfusun yaklaşık %16'sını oluşturduğu görülmüştür (Dejong et al. 2002). Bu araştırmaya göre engelliler aynı yaş grubundaki yetişkinler arasında; hekime başvuranların %34'ünü, reçete yazılanların %41'ini, hastaneden taburcu olanların yaklaşık %50'sini, tüm gecelerini hastanede geçirenlerin %62'sini oluşturmakta ve yetişkinlerle ilgili sağlık hizmeti harcamalarının ise %46'sı engelli bireylere harcanmaktadır.

Sonuç olarak; geçmişten günümüze topluma etkin katılım ve kamu hizmetlerinden azami seviyede yararlanma açısından engelli bireyler dezavantajlı gruplar arasında yer almaktadır. Bu araştırma ile ulaşımdan eğitime, yoksulluktan istihdama birçok açıdan topluma tam katılım sağlama açısından sorunlar ile karşı karşıya olan engellilerin etkin sağlık hizmeti alımında da sorunlarla karşılaştıkları tespit edilmiştir. Engellilerin karşılaştıkları güçlüklerin çözümüne yönelik çeşitli alanlarda yasal anlamda uygulamalar getirilmiş olmakla birlikte, engellilerin hak ve önceliklerinden tam anlamıyla faydalandıklarını söylemek mümkün değildir. Araştırma sonucunda tespit edilen sorunların çözümü ve mevcut uygulamaların daha etkin kullanımının sağlanması adına sağlık idarecileri, yerel yönetimler ve ilgili meslek elemanlarına yönelik birtakım öneriler geliştirilmiştir.

- Engellilerin büyük çoğunluğu karşılanmayan sağlık harcamalarının kendilerini ekonomik yönden olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Engellilerin sosyal güvencelerinin sağlık giderlerinin tamamını kapsayacak nitelikte düzenlenmesi,
- Engellilerin sağlık tesisine ulaşımında karşılaştıkları güçlüklerin ortadan kaldırılması amacıyla yerel yönetimler tarafından uygulanan politikaların gözden geçirilmesi, etkililiğinin denetlenmesi; ayrıca hasta nakil aracı kullanımının yaygınlaştırılması,
- Sağlık tesisine şahsi aracıyla ulaşım sağlayan engellilerin engelli otoparkını kullanabilmesi için hastane yönetimleri tarafından gerekli tedbirlerin alınması,
- Engellilerin sağlık tesisi içerisinde rahat hareket etmelerini engelleyen unsurların hastane yönetimleri tarafından tespit edilerek, sağlık tesislerinin mimari açıdan engellilerin kullanımına uygun hale getirilmesi,
- Engellilerin öncelik hakkı kullanımının sağlanmasına yönelik sağlık tesisleri içerisinde öncelik belirten tabela bulundurulmasına özen gösterilmesi ve sağlık personelinin engellilerin önceliği konusunda bilinçlendirilmesi,
- Sivil Toplum Kuruluşları ve özel eğitim kurumları aracılığıyla engellilerin hakları ve öncelikleri konusunda bilgilendirilmesi,
- Engellilerin sağlık tesisi içerisinde rahat bir şekilde sağlık hizmeti almasını sağlamak amacıyla engellilere refakat edecek sağlık personelinin (hostes hizmeti) istihdam edilmesi,
- İtme-konuşma engellilerin daha kolay iletişim kurmalarını sağlamak amacıyla sağlık tesislerinde işaret dili bilen personel istihdam edilmesine özen gösterilmesi,
- Engellilerin sağlık hizmeti alımındaki işlemlerinin aynı gün tamamlanması, başka günlere ertelenmemesi amacıyla tüm işlemlerde öncelik hakkının engellilere sunulması,
- Sağlık personeli-engelli iletişiminin sağlıklı olması adına, sağlık tesislerinde personele verilen hizmet içi eğitimlerde engelliliğe ilişkin konuların da ele alınması,
- Tüm hastalara olması gerektiği gibi özellikle engelli hastalara sağlık durumları hakkında sağlık personeli tarafından detaylı bilginin verilmesi,
- Ülkemizde çeşitli alanlarda engellilere yönelik araştırmalar yapılmış olsa da engellilerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliklerinin araştırılmasına yönelik yeterli sayıda çalışmanın yapılmadığı, dolayısıyla sağlık alanında engellilere yönelik yapılan araştırmaların artırılması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

1. Ahmetoğlu E. ve Aral N. (2004) **Zihinsel Engelli Çocukların Kardeş İlişkilerinin Anne ve Kardeş Algılarına Göre Değerlendirilmesi**. Ankara Üniversitesi Ev Ekonomisi Yüksek Okulu, Bilimsel Araştırma ve İncelemeler, Yayın No: 6, Ankara.
2. Bakırcı N., Altuntaş E. E., Sülün S., Çalhan D., Öz E., Kurt S. ve Çifçi A. (2006) **Özürlülerin Sağlık Hizmetlerine Ulaşmadaki Zorlukları: Ön çalışma**. Bursa: Kent ve Sağlık Sempozyumu,185-186.
3. Baş E. (2013) Kent İçi Toplu Ulaşım Sistemlerinin Özürlülerin Erişilebilirliğine Uygunluğu. **Bahçeşehir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
4. Colin B. (2006) Bağımsız Yaşam, Politikalar ve İngiltere'nin Politikası: Sosyal Model Tanımı. Çeviren: Bahar Uğurlu, **ÖZ-VERİ Dergisi** 3(1): 639-646.
5. Çağlayan D. (2006) Özürlü Haklarının Gelişimi: Merhametten Hakka. **TODAI, İnsan Hakları ve Yurttaşlık Konferansı**.

6. Çarkçı Ş. (2011) Engellilerin Mesleki Eğitimi ve İstihdamı. **Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
7. Çolak R. (2013) **Görme Engelliler**. Online Erişim (<http://rumeysacolak.com/>)
8. Dalbay R. S. (2009) Özürlü Yakınlarının Özürlülere Yönelik Sosyal Politikalara İlişkin Beklentileri ve Memnuniyet Dereceleri (Isparta Örneği). **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Isparta.
9. Dejong G., Palsbo S. E. and Beatty P. W. (2002) The Organization and Financing of Health Services for Persons with Disabilities. **The Milbank Quarterly** 80(2): 261-302.
10. Drainoni M., Lee-Hood E., Tobias C., Bachman S., Andrew J. and Maisels L. (2006) Cross-disability Experiences of Barriers to Health-Care Access. **Journal of Disability Policy Studies** 17(2): 101-115.
11. Durduran Y. ve Bodur S. (2009) Engellilerin Engellilikleri Dışındaki Sağlık Sorunları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. **Selçuklu Tıp Dergisi** 25(2): 69-77.
12. Karataş K. (2002) Ayrımcılık ve Ayrımcılıkla Savaşım. **Ufkun Ötesi Bilim Dergisi** 2(1): 1-10.
13. Karatepe H. (1988) **Özel Eğitime Muhtaç Çocukların Eğitimleri**. Karatepe Yayınları, Ankara.
14. Kızıl C., Akman V. ve Öztürk S. (2015) Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği. **Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 8(2): 6-31.
15. Kumtepe H. (2001) Ankara İlinde Yaşayanların Engellilere Yönelik Tutumları. **Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
16. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) (2013) **İşitme Engelliler**, Ankara.
17. Özcan Y. (2008) Engelli Standartlarının Adana Kenti Açık ve Yeşil Alanlarında Analizi ve Uygulama Önerileri. **Çukurova Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Adana.
18. Özer I., Öner D., Sevim H., Türkmen K. A., Mollaoğlu B., Abbasoğlu K. ve Kavurmacı D. (2003) Hafif Zihinsel Geriliği Olan Çocuklarda Genel Sağlık Durumu. **ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi** 4(1): 9-12.
19. Prilleltensky O. (2012) **Eleştirel Psikoloji ve Engelli Çalışmaları: Anaakımı Eleştirmek, Eleştiriyi Eleştirmek**. (Fox, Prilleltensky ve Austin, Ed.). Eleştirel psikoloji (ss. 329- 349). (E. Erdener vd., Çev.). Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
20. Scullion P. A. (1999) Disability in A Nursing Curriculum. **Disability & Society** 14(4): 539-559.
21. Sümbüloğlu V. ve Sümbüloğlu K. (2004) **Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri**. 5. Baskı, Hatiboğlu Basım ve Yayım, Ankara.

22. Şahin H. (2005) Engellilik: Sağlık Çalışanlarının ve Tıp Eğitiminin Bakış Açısı Nedir? **Toplum ve Hekim Dergisi** 20(3): 219-228.
23. T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı (2002) **Türkiye Özürlüler Araştırması 2002**, Ankara.
24. United Nations Educational Scientific Cultural Organization (UNESCO) (1995) **Overcoming obstacles to the integration of disabled people**. Denmark, Disability Awareness in Action (DAA).
25. Uskun E., Öztürk M. ve Kişioğlu A. N. (2005) Isparta İlinde Özürlülük, Sakatlık ve Engellilik Epidemiyolojisi. **Sağlık ve Toplum Dergisi** 15(1): 90-100.
26. Ünver H. (2016) Ulaşılabilirliğin Tarihi Kentsel Alanın Kimliği ve Yarışabilirliğine Etkisi. **Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi** 4(1): 144-156.
27. Van de Ven L., Post M., De Witte L. and Van den Heuvel W. (2005) It Takes Two to Tango: The Integration of People with Disabilities into Society. **Disability ve Society** 20(3): 311-329.

## Mıknatıs Hastane Özelliklerinin Belirlenmesi: Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği

Sinem SOMUNOĞLU İKİNCİ\*  
Demet ÜNALAN\*\*  
Kürşat YURDAKOŞ\*\*\*

### ÖZ

*Hemşirelerin çalışma ortamından kaynaklanan yoğun iş yüküne maruz kalması, çalışma koşullarının yetersizliği, yapılan işin yoğun stres ve risk içermesi gibi nedenler hemşirelerin sadece moral ve motivasyonunu düşürmekle kalmayıp, çalıştıkları kurumdan ayrılmayı düşüncelerine de yol açmaktadır. Bu konuda yaşanan sorunlar son dönemlerde mıknatıs hastane kavramının gündeme gelmesine neden olmuştur. Mıknatıs hastane kavramı, nitelikli hemşirelerin kuruma çekilmesi, kurumda tutulması ve nitelikli bakım sunulan bir ortamı anlatmak için kullanılmaktadır. 2015 yılının Temmuz ve Ağustos aylarında yürütülen kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 549 ebe/hemşire oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak ebe/hemşirelere yönelik kişisel bilgi formu ve Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonucuna göre ebe/hemşirelerin Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği hemşire sayısının yeterliliği boyutunda en yüksek (2,6±0,5), hemşirelik uygulamasının kontrolü boyutunda ise en düşük (2,2±0,4) puana sahiptir. Cinsiyete göre ebe/hemşirelerin Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği hemşire sayısının yeterliliği alt boyutunda kadınların puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p≤0,05). Medeni duruma göre ebe/hemşirelerin Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği kültürel değerler, hemşirelik uygulamasının kontrolü, klinik yeterlilik ve eğitim desteği alt boyutlarında, evli olanların puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p≤0,05). Eğitim durumuna göre ebe/hemşirelerin Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği kültürel değerler alt boyutunda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p≤0,05). Çalıştıkları birimlere göre ebe/hemşirelerin Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği hemşire sayısının yeterliliği alt boyutunda gruplar arasında çıkan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p≤0,05). Yapılan korelasyon analizi sonucunda ise, hemşirelik uygulamasının kontrolü ile yaş arasında (r=0,260, p=0,030) ve ebe/hemşirelerin Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (p≤0,05). Araştırma bulgularının gerek hastane yönetimi, gerekse bu konuda çalışma yapan diğer araştırmacılar tarafından faydalı sonuçlar içerdiği düşünülmektedir.*

**Anahtar Kelimeler:** Mıknatıs hastane, hemşire, ebe, sağlık sektörü

### Determining the Characteristics of Magnet Hospital: The Sample of Samsun Training and Research Hospital

#### ABSTRACT

*Reasons such as being exposed to intensive work load arising from the working environment, inadequate working conditions and stress and risk included in the work cause nurses not only to be demoralized and have decreased motivation, but also that they think of leaving from the institution they work. Problems on this case have given rise to the concept of magnet hospital to become a current issue. The concept of magnet hospital is used to describe a setting that magnetizes qualified nurses to the institution, keeps them working in the institution and presents a qualified healthcare. The objective of this study is to evaluate the working environment of midwives/nurses and to provide qualified healthcare. The population of this study included 549 midwives and nurses working for Samsun Training and Research Hospital in July and August in 2015 and selected by the method of*

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

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

\*\*\*Uzm., Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, İdari Hizmetler Başkanlığı, Samsun, urungukaan@hotmail.com

*random sampling. Personal information form for midwives and nurses and The Magnet Hospital Characteristics Scale are used as the data collection tools. According to study results, midwives'/nurses' maximum score at Magnet Hospital Characteristic Scale sufficiency of nurse number sub dimension was (2.6±0.5), and the lowest score was at the control of nursery applications sub dimension with (2.2±0.4) It is found that the score of the females in the sufficiency of the number of the nurses sub-dimension of the Magnet Hospital Characteristics Scale in terms of gender is significantly high ( $p \leq 0.05$ ). The scores of the married nurses in the cultural values, the control of the nursing practice, clinical sufficiency and training support of the Magnet Hospital Characteristics Scale in terms of marital status are found significantly high ( $p \leq 0.05$ ). The difference between the groups in the cultural values sub-dimension of the Magnet Hospital Characteristics Scale in terms of the educational background of the midwives/nurses is found statistically significant ( $p \leq 0.05$ ). The difference between the groups in the sufficiency of the number of the nurses sub-dimension of the Magnet Hospital Characteristics Scale in terms of the units that midwives/nurses work for is found statistically significant ( $p \leq 0.05$ ). According to the result of the correlation study, there was a positive significant correlation between the control of the nursing practice and age ( $r=0.260$ ,  $p=0.030$ ) and between the scores of the Magnet Hospital Characteristics Scale sub-dimensions of the midwives/nurses ( $p \leq 0.05$ ). It is considered that the findings of the study include useful results both for the hospital management and other researchers studying on this case.*

**Keywords:** Magnet hospital, nurse, midwife, health sector

## I. GİRİŞ

Sağlık hizmeti verenlerin sağlıklı olmasının, hizmeti alanların sağlığına ve yaşam kalitesine olan etkisi düşünüldüğünde, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlık sektörü açısından büyük bir önem taşıdığı görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında; sağlık sektöründe uygulanan tedaviye bağlı olarak hasta ile uzun zaman geçiren, yoğun bir strese maruz kalan ve sağlık riskleri ile karşılaşma olasılığı yüksek olan hemşirelerin iyilik hallerinin korunması gerekmektedir. Hemşirelerin yapmış oldukları işin doğası gereği fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olumsuz yönde etkilenmeleri söz konusudur. Ayrıca hemşirelerin sahip oldukları çalışma koşullarının yetersizliği, çalışma veriminin azalmasına, hizmetin kalitesinin düşmesine ve çalıştıkları kurumdan ayrılmak istemelerine neden olmaktadır. Güvenli çalışma koşullarının sağlandığı, çalışanın sağlığının korunduğu ve motivasyonunun ön planda tutulduğu hastanelerde işgücü kayıplarının azaldığı, hizmet sunumunda kalitenin yakalandığı ve örgütsel bağlılığın yükseldiği görülmektedir (Bakoğlu 2014; Bauman 2007; Saygılı 2008). Düşük güven ortamında ise bunun tam aksine, işe gelmeme oranları yükselmekte, çalışanlar sorumluluğu paylaşmaktan kaçınmakta, sürekli öğrenme yerine sınırlı öğrenme ve düşük yaratıcılık gündeme gelmekte, düşük moral ve iş doyumunu yaşamakta, duygusal tükenmişlik ve iş bırakma düzeyleri artmaktadır (Laschinger et al. 2001). Bu düşüncelerden hareketle özellikle hemşirelerin kuruma çekilmesi, kurumda tutulması ve örgütsel bağlılıklarının yükseltilmesi noktasında mıkknatis hastane kavramı gündeme gelmiş ve son dönemlerde yaygın bir kullanıma sahip olmuştur. Mıkknatis hastane kavramı genel anlamda nitelikli hemşireleri kuruma çekebilen, onları kurumda tutabilen ve sürekli olarak nitelikli bakım sunabilen bir ortamı ifade etmektedir (Aiken et al. 2008; Bakoğlu 2014; Bauman 2007; Joyce McCoach, Crookes 2011; Saygılı 2008; anmf.org.au). Bir diğer bakış açısına göre de sağlık kurumlarının sahip olduğu mıkknatislik özelliği, sağlık kurumunda hâlihazırda görev yapan ve kurumdan ayrılmayı düşünmeyen hemşirelerin sayısının artırılması amacı ile uygulanan bir dizi örgütsel uygulamayı ifade etmekte ve iyi uygulamalara sahip olan bu tür hastanelerin mıkknatis hastaneler olarak tanımlanabileceğine dikkat çekilmektedir (Shearer 2015). Bu durum, mıkknatis hastanelerin hemşireleri işe alan ve kurumda tutan hastaneler olarak ün yapması sonucunu doğurmuştur (Buchan 1999). Bununla birlikte hastanelerin mıkknatis hastane özelliği kazanmalarının kendiliğinden gerçekleşen doğal bir süreç olmadığı ifade edilmekte ve hastanelerin bu özelliği kazanabilmek için yoğun bir çalışma yapması gerektiği vurgulanmaktadır (Hawke 2004). Kanter'ın yapısal

güçlendirme teorisinde de bu konuya dikkat çekilerek, hemşirelere cazip gelen, onların hastanede kalmasını sağlayan çalışma koşulları tanımlanarak, mıknatıslık özelliği belirlenmeye çalışılmıştır (Laschinger et al. 2001; Laschinger et al. 2003). Bu yönde yürütülen çalışma sonuçlarına göre de yapısal güçlenme ile mıknatıs hastane özelliklerinden otonomi seviyesi (Aiken 2015; Laschinger et al. 2001; Laschinger et al. 2003), hemşirelik uygulamalarına ilişkin kontrol becerisinin olması ve hekim ile hemşire arasında kaliteli bir iletişim kurulması arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Laschinger et al. 2001; Laschinger et al. 2003). Bu nedenle profesyonel hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi, karar verme ve kararlara katılma düzeyinin artırılması, verimliliğin ve performansın yükseltilmesi, hekim ve hemşire arasındaki işbirliğinin geliştirilmesi ve iş doyumunun yükseltilmesi noktasında mıknatıs hastane özelliklerine sahip bir örgütsel yapının benimsenmesinin son derece etkili olacağı ifade edilmektedir (Armstrong, Laschinger 2006).

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin mıknatıs hastane özelliklerinin kurumda çalışan ebe/hemşireler tarafından değerlendirilmesi amacı ile yapılan bu çalışmada, mıknatıs hastane kavramı ve taşıması gereken özellikler ele alınmış, mıknatıs hastane kavramının sağlık sektörü açısından taşıdığı öneme ve getirilerine yer verilmiştir.

## **II. MIKNATIS HASTANE KAVRAMI VE TEMEL ÖZELLİKLERİ**

Günümüzde birçok ülkenin sağlık hizmetlerinde kaliteye önem vermesine ve kapsamlı kalite çalışmaları yürütmesine paralel olarak ülke genelinde akreditasyon sistemlerini kurmaya ve geliştirmeye özen gösterdiği görülmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olan hemşirelik hizmetlerinde kalitenin yakalanması için profesyonel standartların geliştirilmesi yönünde birtakım adımların atılmasını da beraberinde getirmiştir. Belirlenen standartlar sayesinde hemşirelik hizmetlerinin daha nitelikli ve güvenilir olmasının sağlanacağı, verilen hizmetin değerlendirilme imkânının doğacağı, gerek insan gücünün gerekse diğer kaynakların daha verimli kullanılarak kuruma ekonomik kazanç sağlanacağı ve çalışanların iş doyumunun artacağı düşünülmektedir (Güven, Oktay 2009). Bu yönde yürütülen çalışmalar sonucunda; nitelikli hemşirelerin kuruma çekilmesi, kurumda kalıcı olmaları için uygun ortamın yaratılması ve kaliteli bakımda sürekliliğin sağlanması görüşünü benimseyen mıknatıs hastane kavramı gündeme gelmiştir (Bauman 2007; Buchan 1999; Saygılı 2008; Kaçar 2014; Upenieks 2003). Çalışanların yaşlanması, çalışma saatlerinin yoğunluğu, kronik hastalıkların artması, toplumun yaşam kalitesine ve doğuştan beklenen yaşam süresine ilişkin beklentilerinin değişmesi ve iş doyumunun düşük olması gibi faktörlerin geleceğe ilişkin kötümser bakış açısının şekillenmesinde etkili olması, yaşanan bu olumsuzlukların giderilmesi noktasında mıknatıs hastane kavramının önemli bir strateji olarak benimsenmesini sağlamıştır. Hastanelerin mıknatıslık özelliği çalışma koşullarının iyileştirilmesinde, çalışanların örgütte kalma olasılıklarının yükseltilmesinde örgütü çekici kılan bir yöntem olarak kullanılmıştır (Joyce McCoach, Crookes 2011). Bu açıdan bakıldığında mıknatıs hastaneler; hemşirelere çalışacakları iyi bir çalışma ortamı sunan, düşük iş bırakma yüzdesine sahip olan (Buchan 1999; Joyce McCoach, Crookes, 2011), rekabetçi özellikleri benimseyen hastaneler olarak ifade edilmektedir (Buchan 1999). Mıknatıslık özelliği, cazibeli olan ve çekicilik özelliği bulunan, bünyesinde çalışan hemşireleri kaçırmayan ve elinde tutabilen hastaneleri tanımlamak için de kullanılmaktadır (Aiken 2015; Joyce McCoach, Crookes 2011; New Zealand Ministry of Health 2005).

Sağlık sektörünün özellikle 1960'lı yıllarda hemşire açığı ile karşı karşıya kaldığı ve hastanelerin bu durumdan olumsuz yönde etkilendikleri ifade edilmektedir. Hemşirelerin özellikle fiziksel yorgunluğa, duygusal tükenmişliğe ve iş tatminsizliğine yönelik şikâyetlerinin artması ilgili dönemin önemli sorun alanları olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelerin hem hekimlerden hem de yöneticilerden yeterince saygı görmediklerini düşünmeleri, hasta bakımını ilgilendiren konularda kararlara katılma hakkının ve otonomi

becerisinin yeterli olmadığını hissetmeleri de ortaya çıkan sorunların devam etmesine yol açmıştır (Upenieks 2003). Yaşanan bu sorunun sonrasında farklı sonuçların ortaya çıkması, 1980'li yılların başında mıkknatis hastane kavramının tanımlanmasını (Buchan 1999; Bauman 2007) ve dünya genelinde hemşire sayısında görülen açık şekilde kendini gösteren krizin, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) bulunan bazı hastaneleri etkilememesinin nedenlerinin araştırılmasını gündeme getirmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda bu hastanelerdeki boş kadro sayısının ve hemşire devir oranının oldukça düşük olması hemşireler tarafından cazip çalışma şartları sunan işverenlerin varlığı şeklinde açıklanmıştır (Bauman 2007). Bu hastanelerin sadece düşük hemşire devir oranına sahip olmakla kalmayıp, aynı zamanda yoğun iş başvurularını kabul eden bir nitelik taşıdıkları ve hemşirelerin hastaneye çekilmesi konusunda bazı avantajlara sahip oldukları da görülmüştür (Kaçar 2014). Amerikan Hemşirelik Akademisi (American Academy of Nurses) tarafından konuya duyulan ilgi, mıkknatis hastaneler olarak adlandırılan (Bauman 2007) ve hemşireleri kuruma çeken ve ellerinde tutmayı başaran (Aiken et al. 2008; Kaçar 2014; Upenieks 2003) bu hastanelere yönelik bir çalışmanın gündeme gelmesini sağlamıştır (Bauman 2007). Yürütülen çalışma çerçevesinde mıkknatis hastanelerin taşıdığı tanımlayıcı özelliklere ilişkin listeler hazırlanmıştır (Bauman 2007). Hastanelerin yapısal özellikleri değerlendirilmiş, profesyonel hemşirelik uygulamalarını destekleyen 41 hastane üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda birtakım bulgulara ulaşılmıştır (New Zealand Ministry of Health 2005; Upenieks 2003). Mıkknatis hastaneler olarak ifade edilen bu hastanelerde; yönetimin hemşirelere ve hemşireliğe gösterdiği ilginin, güçlü hemşirelik liderliğinin ve ücret ile birlikte sağlanan diğer maddi avantajların öne çıkan başlıca üç strateji olduğu ifade edilmektedir (Bauman 2007). Bu hastanelerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olması (Bauman 2007; Saygılı 2008; Kaçar 2014; Laschinger et al. 2003; New Zealand Ministry of Health 2005), iş doyumlarının yüksekliği ve daha iyi hasta sonuçlarına sahip olunması da göze çarpan diğer ayırt edici özellikler arasında yer almaktadır (Bauman 2007; Buchan 1999; Saygılı 2008; Kaçar 2014; Laschinger et al. 2001; Laschinger et al. 2003). Hemşirelerin özerk hareket edebilmesi, ekip çalışmasının olması ve kararlara katılım fırsatının bulunması gibi çeşitli faktörlerin de, iş doyumunu yükselten ve iş bırakma oranını azaltan diğer önemli unsurlar arasında yer aldığına dikkat çekilmektedir (Bauman 2007; Saygılı 2008; Upenieks 2003). Bunların dışında kaliteli hemşirelik bakımının sunulmasında temel ve sürekli eğitime duyulan ihtiyaç ve iş doyumunun yükseltilmesinde etkili bir liderliğin benimsenmesi de mıkknatis hastanelerin taşıdığı diğer özellikler arasında yer almaktadır (Kaçar 2014). Sunulan sağlık hizmetinin ve hasta bakımının kalitesinin yükseltilmesi sürecinde hemşirelerin aktif olmasının ve karar verme sürecine katılmalarının önemli bir etkisi olduğu düşünüldüğünde, mıkknatis hastanelerin böyle bir ortamın oluşmasına imkân verecek nitelikte olduğu görülmektedir (Armstrong, Laschinger 2006). Mıkknatis hastaneler otonomi seviyesinin yüksek olduğu (Laschinger et al. 2001; Laschinger et al. 2003; Upenieks 2003; New Zealand Ministry of Health 2005), katılımcı yönetim anlayışının benimsendiği, hemşirelerin uygulamalarının desteklendiği, kariyer gelişimi için fırsatlar yaratılan, esnek çalışma saatlerine sahip hastaneler olarak da ifade edilmektedir (New Zealand Ministry of Health 2005; Upenieks 2003). Çalışma ortamının bilgiye ve kaynağa erişim imkânı vermesi, çalışana destek sağlaması ve güçlü ilişkilerin kurulması, geliştirme ve öğrenme fırsatlarının olması, profesyonel karar verebilme ortamının oluşturulması, ekip yaklaşımının benimsenmesi mıkknatis hastanelerin yaygın olarak taşıdığı ve iş doyumunu ile örgütsel verimliliği etkileyen diğer özelliklerindedir (Laschinger et al. 2003). Joyce McCoach ve Crookes (2011) de yönetime katılmanın, etkili liderlik yaklaşımlarının, uygulamalardaki otonomi seviyesinin, bakımın kalitesinin, çalışanlar arasında işbirliğine yönelik olarak kurulan ilişkilerin, kariyer gelişimine ve eğitime ilişkin sunulan fırsatların tümünün mıkknatis hastanelerin özellikleri arasında yer aldığına dikkat çekmiştir.

Hemşire liderlerinin olumlu çalışma koşullarının yaratılması konusunda gösterecekleri gayretin en önemli yansıması, hemşirelerin profesyonel uygulama becerilerinin gelişmesi,



hasta bakım kalitesinin yükselmesi ve örgütsel çıktıların iyileşmesi açısından gündeme gelecektir (Laschinger et al. 2003). ABD’de ortaya çıkan mıknatis hastane kavramı taşıdığı bu ilkeler itibari ile yaygınlaşmış ve zamanla uluslararası bir özellik taşımıştır (Aiken 2015; Bauman 2007; Saygılı 2008). Buchan (1999) ve Armstrong, Laschinger’ın (2006) aktardığına göre Amerikan Hemşirelik Akademisi tarafından yürütülen bu çalışmanın dışında McClure ve arkadaşları da mıknatis hastanelerin temel özelliklerini sıralamış ve bu özellikleri yönetim, profesyonel uygulamalar ve profesyonel gelişim şeklinde üç temel başlık altında toplamıştır. Yönetim; kariyer fırsatları, esnek çalışma saatleri, iki yönlü iletişim kurulabilmesi, katılımcı yönetimin desteklenmesi ve desantralize örgüt yapısının benimsenmesi gibi unsurları içermektedir. Profesyonel uygulamalar ile bakımın sunulmasında profesyonel uygulamaların benimsenmesi, profesyonel özerkliğin ve sorumluluğun olması, çalışanların yenilikleri öğrenmeye ilişkin sorumluluklarının bulunması gibi ilkeler vurgulanmıştır. Profesyonel gelişim kavramı ile de çalışanların planlı bir şekilde oryantasyona tabii tutulmasının, sürekli eğitimin benimsenmesinin ve yönetsel gelişimin sağlanmasının önemi vurgulanmıştır (Buchan 1999; Armstrong, Laschinger 2006).

Mıknatis hastaneler konusunda 1980’li yılların sonlarına kadar bir dizi çalışma yapılmaya devam edilmiş, 14 hastanede yaklaşık 939 hemşire üzerinde yürütülen bu çalışmalar çerçevesinde elde edilen sonuçlar benzer koşullarda çalışan ve kontrol grubu olarak ifade edilen 808 hemşirenin verdiği yanıtlar ile karşılaştırılmış ve mıknatis hastanelerin özelliklerine ilişkin değerlendirmeler yapılmıştır. Yapılan diğer araştırma sonuçlarında da görüldüğü gibi mıknatis hastanelerde işe gelmeme ve devir oranlarının düşük, buna karşılık iş doyumunun yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Buchan 1999). Mıknatis hastanelerin sağlık hizmeti çıktılarının iyileştirilmesi (Hawke 2004; Laschinger et al. 2001), çalışanların moralini yükseltmesi ve hemşirelere değer verilmesi gerektiği yönünde benimsemiş olduğu ilkeler sayesinde hem çalışanlar hem de hastalar açısından güvenlik kültürü inşa ettiği ifade edilerek konunun önemine yer verilmiştir (Hawke 2004).

Mıknatis hastaneler, mümkün olan en yüksek düzeyde donanım ve eğitime sahip hemşireler, en iyi hasta uygulamaları ve en iyi çalışma koşulları ile gerek hastalar gerekse hemşireler açısından en iyi sonuçlara ulaşmayı hedeflemektedir. Zaman içerisinde mıknatis hastaneler en iyi hemşirelik bakımı vermeyi amaç edinen hastaneler için örnek bir model haline gelmiştir (Uçak 2008). Profesyonel hemşirelik uygulamalarının desteklenmesi ve geliştirilmesi amacı ile yürütülen bu çalışmalarda temel vurgu çalışma koşullarının yeniden dizayn edilmesi ve mıknatislik özelliğinin belirlenmesi yönünde olmuştur (Laschinger et al. 2003). Bu açıdan bakıldığında mıknatis hastaneler hemşirelerin çalışma ortamında bir dönüşümün ve gelişimin gerçekleşmesine fırsat vermekte ve yeniden yapılanma imkânı sunmaktadır. Bununla birlikte mıknatis hastaneler hemşirelerin statülerinin geliştirilmesi, hekimler ve diğer çalışanlar arasındaki profesyonel ilişkilerin güçlendirilmesi, örgütsel sadakatin yükseltilmesi ve hemşirelerin yüreklensine fırsat verilmesi noktasında da pozitif yönde itici bir güç olarak kabul edilmektedir (Aiken 2015).

Hemşirelik uygulamalarına yönelik en iyi ortamın oluşturulması için 1990 yılında çeşitli çalışmalar yürütülmüş (Aiken et al. 2008; Aiken 2015) ve bu çalışmaların sonucunda da kabul edilebilir mıknatislik kriterlerine ulaşılmıştır (Aiken 2015). Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association) tarafından yürütülen çalışma ile “Mıknatis Farkındalık Programı” oluşturulmuş (Armstrong, Laschinger 2006; New Zealand Ministry of Health 2005) ve hemşirelik hizmetlerinde mükemmelliğin yakalanması amaçlanmıştır. Bu amaçla geliştirilen ilkelerin hemşirelerin iş tatminini yükseltmenin yanında, hasta tatmini ve hasta ölümleri üzerinde de olumlu etkilerinin olacağı ifade edilmiş ve mıknatis hastanelerde hemşirelerin çalışma ortamında olması beklenen beş önemli kritere dikkat çekilmiştir. Bu kriterler; hemşirelerin kararlara katılımı, bakımın kalitesinin yükseltilmesi için yapılan hemşirelik düzenlemeleri, hemşire yöneticilerin yaklaşımı, liderlik becerisi ve hemşireleri

desteklemesi, çalışan sayısının ve kullanılan kaynak miktarının yeterli olması ve hemşire ile hekim arasındaki işbirliğinin düzeyi şeklinde sıralanmaktadır (Armstrong, Laschinger 2006). Mıknatıs hastane standartları da bakım ve uygulama standartları olmak üzere başlıca iki başlık altında toplanmış olup, bakım standartları; tanılama, hemşirelik teşhisleri, hasta sonuçlarının tanımlanması, bakımın planlanması, bakımın uygulanması ve bakımın değerlendirilmesi şeklinde sıralanırken, uygulama standartları da; bakımın kalitesi ve yönetimi, performans değerlendirme, eğitim, bilimsel yaklaşım, etik ve kültürel değerlere uyum, işbirliği, araştırma ve kaynak kullanımı şeklinde ifade edilmiştir (Uçak 2008).

### III. YÖNTEM

Temmuz – Ağustos 2015 tarihleri arasında yürütülen kesitsel tipteki bu çalışmanın evrenini Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 549 ebe/hemşire oluşturmuştur. Örnekleme alınacak ebe/hemşire sayısı, Yıldırım ve diğerleri (2012) tarafından yapılan çalışma referans alınarak  $\alpha=0,05$ ,  $\beta=0,80$  ve hata %5 koşulunda Power Analysis and Sample Size (PASS) programı kullanılarak 280 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde izinli olma, raporlu olma ve çalışmaya katılmayı kabul etmeme gibi sebepler ile çalışma 201(%71,8) ebe/hemşire üzerinde yürütülmüştür. Çalışmaya katılan ebe/hemşirelerden; Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur (Aydınlatılmış Gönüllü Onam) Formunu doldurmaları istenmiş, Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden de araştırmanın yapılması için gerekli kurumsal izinler alınmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, ebe/hemşirelerin demografik, sosyo-kültürel özelliklerini içeren kişisel bilgi formu ile Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği kullanılmıştır.

#### 3.1. Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği

Hemşireleri kuruma çeken ve tutan özelliklerin belirlenmesine yönelik olarak geçerlilik güvenilirlik çalışması Yıldırım ve diğerleri (2012) tarafından yapılan Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek 55 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek boyutları olarak; kültürel değerler (12 madde), yönetici hemşire desteği (8 madde), hemşirelik uygulamasının kontrolü (7 madde), hemşire sayısının yeterliliği (5 madde), hekim-hemşire ilişkileri (8 madde), klinik yeterlilik ve eğitim desteği (7 madde), klinik otonomi (8 madde) bulunmaktadır. Her boyuttaki soruların aldığı puanların toplamı, o boyutta yer alan soru sayısına, toplam puan ise toplam soru sayısı olan 55'e bölünerek, 4 üzerinden değerlendirilmiştir. Elde edilen puanların 3,5 ve üzeri olması kurumun mıknatıs özelliğinin yüksek olarak değerlendirildiğini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı  $\alpha=0,894$  olarak belirlenmiştir.

#### 3.2. İstatistiksel Analiz

Verilerinin analizi R 3.2.0 (www.r-project.org) yazılımında gerçekleştirilmiştir. Çalışmada iki grubun karşılaştırmasında bağımsız örneklerde Student t testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise Tek Yönlü Varyans analizi kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırma testlerinden (Post Hoc) Tukey HSD test istatistiğine başvurulurken, sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü göstermek için de Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p \leq 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## IV. BULGULAR

**Tablo 1. Ebe/Hemşirelerin Demografik Sosyo-kültürel Özelliklerine Göre Dağılımı**

Değişkenler	n	%
Yaş $\bar{x} \pm \sigma$	34,7 $\pm$ 7,69	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	131	65,2
Erkek	70	34,8
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	157	78,1
Evli değil	44	21,9
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	26	12,9
Ön lisans	91	45,3
Lisans	66	32,8
Yüksek lisans	18	9,0
<b>Çalışılan Birimler</b>		
Tıbbi birimler	150	74,6
Laboratuvar ve destek birimleri	34	16,9
İdari birimler	17	8,5

Ebe/hemşirelerin yaş ortalaması  $34,7 \pm 7,69$  olup min-max değeri (19-52) arasında değişmektedir. Ebe/hemşirelerin %65,2'si kadın, %78,1'i evli, %45,3'ü ise ön lisans mezunudur. Ebe/hemşirelerin %74,6'sı tıbbi birimlerde çalışmakta olup, hizmet süresi  $12,3 \pm 7,98$  yıl, min-max (1-32 yıl) kurumda çalışma süresi  $7,3 \pm 6,4$  yıl min-max (1-31 yıl) şeklinde bulunmuştur (Tablo 1).

**Tablo 2. Ebe/Hemşirelerin Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği Alt Boyut Puanları**

Ölçek Alt Boyutları	$\bar{x} \pm \sigma$	Medyan (min-max)
Kültürel değerler	2,5 $\pm$ 0,6	2,5 (1-3,8)
Yönetici hemşire desteği	2,3 $\pm$ 0,7	2,2 (1-4)
Hemşirelik uygulamasının kontrolü	2,2 $\pm$ 0,4	2,3 (1-3,3)
Klinik otonomi	2,3 $\pm$ 0,4	2,4 (1,1-3,4)
Hemşire sayısının yeterliliği	2,6 $\pm$ 0,5	2,6 (1-3,8)
Hekim-hemşire ilişkileri	2,3 $\pm$ 0,4	2,4 (1,2-3,5)
Klinik yeterlilik ve eğitim desteği	2,4 $\pm$ 0,5	2,4 (1,1-3,4)
Toplam puan	2,3 $\pm$ 0,4	2,3 (1,4-3,1)

**Tablo 3. Hemşirelerin Mıknatıs Hastane Ölçeği Alt Boyut Puanlarına Göre Demografik ve Sosyo-Kültürel Özelliklerin Dağılımı**

Değişkenler	Kültürel Değerler	Yönetici Hemşire Desteği	Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü	Klinik Otonomi	Hemşire Sayısının Yeterliliği	Hekim-Hemşire İlişkileri	Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın (n=131)	2,5±0,6	2,3±0,7	2,2±0,4	2,3±0,4	2,6±0,5	2,3±0,4	2,5±0,5
Erkek (n=70)	2,4±0,6	2,3±0,5	2,1±0,5	2,2±0,4	2,5±0,5	2,4±0,4	2,4±0,5
<b>p</b>	0,273	0,808	0,338	0,585	<b>0,016</b>	0,324	0,324
<b>Medeni durum</b>							
Evli (n=157)	2,6±0,6	2,2±0,7	2,2±0,4	2,3±3,4	2,6±0,5	2,4±0,4	2,5±0,5
Evli değil (n=44)	2,3±0,6	2,4±0,7	2,0±0,4	2,2±0,5	2,5±0,5	2,3±0,5	2,3±0,5
<b>p</b>	<b>0,003</b>	0,185	<b>0,030</b>	0,712	0,134	0,570	<b>0,035</b>
<b>Eğitim durumu</b>							
Lise (n=26)	2,3±0,6 <sup>a</sup>	2,2±0,6	2,0±0,4	2,0±0,4	2,4±0,6	2,4±0,5	2,3±0,6
Önlisans (n=91)	2,4±0,6 <sup>a</sup>	2,3±0,6	2,2±0,4	2,3±0,4	2,6±0,5	2,3±0,4	2,4±0,5
Lisans (n=66)	2,7±0,6 <sup>b</sup>	2,3±0,7	2,3±0,4	2,4±0,4	2,7±0,5	2,4±0,4	2,5±0,5
Yüksek lisans (18)	2,5±0,6 <sup>ab</sup>	2,2±0,7	2,0±0,5	2,3±0,5	2,5±0,4	2,4±0,4	2,5±0,4
<b>p</b>	<b>0,005</b>	0,952	0,164	0,103	0,275	0,102	0,202
<b>Çalışılan birimler</b>							
Tıbbi birimler	2,6±0,6	2,3±0,7	2,2±0,4	2,3±0,4	2,6±0,5 <sup>a</sup>	2,4±0,4	2,5±0,5
Laboratuvar ve destek birimleri	2,4±0,5	2,5±0,5	2,3±0,4	2,3±0,4	2,5±0,4 <sup>ab</sup>	2,3±0,4	2,4±0,6
İdari birimler	2,2±0,7	2,1±0,6	2,1±0,4	2,3±0,4	2,3±0,4 <sup>b</sup>	2,2±0,5	2,2±0,4
<b>p</b>	0,090	0,129	0,531	0,911	<b>0,025</b>	0,648	0,195

Ebe/hemşirelerin cinsiyetine göre Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği, *hemşire sayısının yeterliliği* alt boyutunda gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ( $p \leq 0,05$ ) olup, kadınların puanı erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (Tablo 3).

Ebe/hemşirelerin medeni durumlarına göre Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği *kültürel değerler, hemşirelik uygulamasının kontrolü, klinik yeterlilik ve eğitim desteği* alt boyutlarında gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p \leq 0,05$ ). Evli olan ebe/hemşirelerin puanları, evli olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (Tablo 3).

Ebe/hemşirelerin eğitim durumlarına göre Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği *kültürel değerler* alt boyutunda gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p \leq 0,05$ ). Eğitim durumuna göre kültürel değerler arasındaki farklılık lisans ile ön lisans ve lise düzeyinde eğitim alanlardan kaynaklanmaktadır (Tablo 3).

Ebe/hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği *Hemşire sayısının yeterliliği* alt boyutunda gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p \leq 0,05$ ). Bu farklılık tıbbi birimler ve idari birimlerde çalışan ebe/hemşirelerden kaynaklanmaktadır (Tablo 3).

**Tablo 4. Ebe/Hemşirelerin Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasında Korelasyon Matrisi**

Ölçek Alt Boyutları	Kültürel Değerler	Yönetici Hemşire Desteği	Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü	Klinik Otonomi	Hemşire Sayısının Yeterliliği	Hekim-Hemşire İlişkileri	Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği
Kültürel değerler	1						
Yönetici hemşire desteği	0,436**	1					
Hemşirelik uygulamasının kontrolü	0,561**	0,514**	1				
Klinik otonomi	0,394**	0,385**	0,474**	1			
Hemşire sayısının yeterliliği	0,558**	0,213**	0,326**	0,580**	1		
Hekim-hemşire ilişkileri	0,524**	0,312**	0,293*	0,379**	0,291**	1	
Klinik yeterlilik ve eğitim desteği	0,653**	0,409**	0,476**	0,502**	0,630**	0,448**	1

Ebe/Hemşirelerin Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p \leq 0,05$ ) (Tablo 4). Yapılan korelasyon analizi sonucunda hemşirelik uygulamasının kontrolü ile yaş arasında pozitif yönde ( $r=0,260$ ,  $p=0,030$ ) anlamlı ilişki bulunmuştur.

## V. TARTIŞMA

Araştırma bulguları incelendiğinde ebe/hemşirelerin; yaş ortalamasının  $34,7 \pm 7,69$ , hizmet süresinin ortalamasının ise  $12,3 \pm 7,98$  yıl olduğu, Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği alt boyutlarından en yüksek puanı *hemşire sayısının yeterliliği* alt boyutundan, en düşük puanı

ise, *hemşirelik uygulamasının kontrolü* alt boyutundan aldıkları görülmektedir. Araştırma sonucunda ayrıca ebe/hemşirelerin Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği *hemşire sayısının yeterliliği* alt boyutunda kadınların puanının yüksek olduğu, *kültürel değerler*, *hemşirelik uygulamasının kontrolü*, *linik yeterlilik* ve *eğitim desteği* alt boyutlarında evli ve evli olmayanlar arasında çıkan farkın evli olanlardan kaynaklandığı, eğitim durumlarına göre *kültürel değerler* alt boyutunda lisans, ön lisans ve lise düzeyinde eğitim alanlar arasında farklılığın bulunduğu, *hemşire sayısının yeterliliği* alt boyutunda ise, tıbbi ve idari birimlerde çalışan ebe/hemşireler arasında fark olduğu görülmektedir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda da ebe/hemşirelerin Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Araştırma sonucuna göre hemşire sayısının yeterliliğinin (2,6±0,5) hastanenin mıknatıslık özelliğinin bir yansıması olarak algılandığı düşünülmekte, hastanenin bakım sürecinde insan gücüne ilişkin algılanan bir yetersizlik durumunun söz konusu olmadığı görülmektedir. Hemşire sayısının yeterliliği boyutunun en yüksek puana sahip olması, hastanenin bakım sürecini olumlu yönde etkileyecek bir sonuç olarak düşünülmekte ve mevcut koşullarda personel sıkıntısı çekilmediği şeklinde yorumlanmaktadır. Ebe/hemşirelerin hasta bakımına ilişkin kararlara katılım imkânı bulduğu, yönetime güvendiği ve desteğini hissettiği, profesyonel hemşirelik uygulamalarının desteklendiği, otonomi seviyeleri ile hekim hemşire ilişkilerine yönelik değerlendirme sonuçlarının yükseldiği durumlarda ise, mıknatıs hastane özellikleri hemşirelik uygulamaları kontrolü alt boyutuna ait puanın da yükseleceği öngörülmektedir. Hastanelerin mıknatıs hastane özelliğinin yükselmesinin de ebe/hemşirelerin kuruma olan bağlılıklarını ve motivasyon düzeylerini etkileyeceği ve olumlu bir çalışma ortamı oluşmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde de mıknatıs hastane özelliklerinin belirlenmesine yönelik olarak bazı çalışmaların yapıldığı ve benzer sonuçların bulunduğu görülmektedir. Buna göre Kanada'da hastanede çalışan hemşireler üzerinde yapılan araştırma ile mıknatıs hastane özelliklerinin ölçülmesi hedeflenmiştir. Hemşireler, hastanenin mıknatıslık özelliğinin orta düzeyde olduğunu ve hasta bakımına yönelik hemşirelik düzenlemelerinde hemşirelerin söz sahibi olmasının mıknatıs hastane özellikleri arasında ön plana çıkan bir özellik olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte hekim ve hemşire arasındaki işbirliğinin, hastanenin sahip olduğu mıknatıslık özellikleri arasında en zayıf düzeyde görülen özellik olduğu vurgulanmıştır. Hemşirelerin profesyonel hemşirelik uygulamaları konusunda yetkilendirilmelerinin, güçlü bir lidere sahip olunmasının ve hemşirelerin destekleneceği bir ortamın yaratılmasının hastanelerin mıknatıslık özelliği kazanmasında etkili olan diğer unsurlar olduğuna dikkat çekilmektedir (Armstrong, Laschinger 2006). Bu açıdan bakıldığında elde edilen araştırma bulgularının literatürde yapılan bu araştırma sonucu ile benzerlik taşıdığı, ebe/hemşirelerin otonomi seviyelerinin yükselmesinin, hekim hemşire ilişkilerinin geliştirilmesinin ve yönetici hemşire desteğinin sağlanmasının hastanenin mıknatıslık özelliğinin değerlendirilmesinde önem kazandığı görülmektedir.

Avustralya'da yer alan dört ayrı hastanede yürütülen bir diğer çalışma ile de hemşirelerin bakış açısına göre hastanelerin mıknatıslık özelliği üzerinde etkisi olan örgütsel özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine, iş doyumuna ve iş hayatına yönelik beklentilerine ilişkin sorulara yer verilmiştir. Araştırma sonucunda hemşirelerin, çalışma ortamında alınan kararlara yeterince katılmadıklarını, yetersiz personel ve yetersiz kaynak nedeni ile bakıma ilişkin uygulamalarının olumsuz yönde etkilendiğini vurguladıkları ortaya çıkmıştır. Hemşireler ayrıca mevcut uygulama çevresi ile mıknatıslık özelliği arasında ilişki olduğunu belirtmiş, yönetimin desteğini hissetmenin ve etkili bir lidere sahip olmanın önemli olduğuna değinmiş ve hastanelerin mıknatıslık özelliğinin çalışanın kurumda kalmasını sağlayan önemli bir özellik olduğuna dikkat çekmiştir. Hemşirelerin çoğunluğu çalıştıkları hastanenin mıknatıs hastane özelliklerini taşıdığı yönünde görüş bildirmiştir (Joyce McCoach, Crookes 2011). Literatür sonuçlarını

yapılan araştırma sonuçları ile karşılaştırdığımızda ebe/hemşirelerin hemşire sayısının yeterliliğini hastanenin mıknatıslık özelliğini yansıtan önemli bir kriter olarak gördükleri ve bu duruma ilişkin herhangi bir olumsuz görüşe sahip olmadıkları ortaya çıkmaktadır. Ebe/hemşire sayısının yeterli olarak görülmesinin bakım sürecini de olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Bununla birlikte yönetici hemşire desteğinin ve klinik otonomi seviyesinin yükselmesinin hastanenin mıknatıslık özelliğini yükselten diğer kriterler arasında yer alması söz konusudur.

ABD’de yapılan bir diğer araştırmada ise, potansiyel mıknatıs hastane olarak kabul edilen toplam 165 hastaneden 155’i araştırma sürecine katılarak, hemşireleri liderlik pozisyonlarına hazırlamak için verilen eğitim, işe gelme ve devir oranı gibi soruları içeren bir anket uygulanmış ve yapılan değerlendirme sonucunda başlıca 41 hastane mıknatıs hastane olarak tanımlanmıştır. ABD’de düşük ölüm oranları ve hastanenin mıknatıslık özelliği konusunda yürütülen diğer çalışmalar bulunmakta (Aiken et al. 2008; Buchan 1999), bu araştırmaların sonuçları incelendiğinde de düşük ölüm oranlarının, çalışma koşullarının kalitesinin, hasta odaklı yaklaşımların benimsenmesinin, etkili bir liderliğin olmasının ve değişimin yönetilmesinin hastanelerin mıknatıslık özelliği ile ilgili olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. ABD’de 10 mıknatıs hastane üzerinde yapılan bir diğer çalışmada ortaya çıkan sonuçlara bakıldığında da, hastanelerin yeniden yapılanma, hasta odaklı bir örgüt yapısı, yalın organizasyon ilkeleri ve katılımcı yönetim yaklaşımı, desantralize bir yönetim yapısı ve otonomi seviyesinin yüksekliği, değişim yönetimi, esnek çalışma ortamı, kariyer imkânları, etkili bir liderlik, iletişim ve sürekli eğitim gibi konulara önem verdikleri görülmektedir (Buchan 1999). Yapılan araştırma sonucunda elde edilen bulgular incelendiğinde de klinik yeterlilik ve eğitim desteğinin, klinik otonomi seviyesinin yükselmesinin hastanelerin mıknatıslık özelliğinin değerlendirilmesinde önem kazandığı ve elde edilen sonuçların literatürde yapılan benzer araştırma bulguları ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin iş çevrelerine, çalışma koşullarının iyileştirilmesine, mıknatıs hastane karakteristiklerine ve iş doyumuna ilişkin algılamalarının belirlenmesine yönelik olarak yapılan bir diğer araştırma sonucuna göre de; çalışma koşullarının geliştirilmesi ve mıknatıs hastane özelliklerine sahip olunmasının hemşirelerin iş doyumunu ve örgütsel verimliliği olumlu yönde etkilediği ortaya çıkmıştır. Çalışma ortamının iyileştirilmesine ve örgütün sosyal yapısının geliştirilmesine yönelik düzenlemelerin mıknatıs hastanelerde daha çok desteklendiği belirtilirken, bu yönde yapılan düzenlemelerin örgütsel bağlılığı yükselteceği, yönetime güven duyulmasını sağlayacağı, işe yönelik stresi azaltacağı, liderlik davranışlarını geliştireceği vurgulanmaktadır. Örgütsel yapıya yönelik bu düzenlemelerin sonucunda işte kalma olasılığının yükseleceği, işten ayrılmaların yaşanmayacağı ve iş tatmininin yükseleceği de elde edilen diğer bulgular arasında yer almaktadır (Laschinger et al. 2003). Yapılan araştırma sonuçları literatür bulguları ile karşılaştırıldığında kültürel değerlerin, yönetici hemşire desteği sağlanmasının, klinik yeterlilik ve eğitim desteğinin hastanenin mıknatıslık özelliğini yükselten kriterler olarak değerlendirildiği görülmekte, mıknatıslık özelliği yükselen hastanelerde çalışanların da verimliliklerinin, örgütsel bağlılıklarının ve motivasyon düzeylerinin buna bağlı olarak yükseleceği öngörülmektedir.

İngiltere’de yapılan bir başka araştırma sonucuna göre de, mıknatıs hastane standartlarının benimsenmesinin hemşirelik uygulamalarının kalitesini ve iş doyumunu yükselttiği ve profesyonel hemşirelik uygulamaları için destekleyici bir çalışma ortamı yarattığı sonucuna ulaşılmış, mıknatıslık özelliğinin hem örgüt hem de çalışan üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu vurgulanmıştır (Aiken et al. 2008). Yapılan araştırma sonucunda elde edilen bulgular çerçevesinde düşünüldüğünde; mıknatıs hastane özelliği ölçeği alt boyutlarına ait puanların yükselmesinin hastanenin mıknatıslık özelliği üzerinde pozitif yönde bir etkisinin olacağı ve bu durumun çalışanlar açısından destekleyici ve olumlu bir çalışma ortamının yaratılmasına da katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

## VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık sektörü açısından bakıldığında özellikle son dönemlerde örgütsel değişimin giderek artan bir düzeyde yaşandığı ve hasta bakım hizmetinin daha verimli bir biçimde verilmesinin hedeflendiği görülmektedir. Örgütsel düzeyde yaşanan değişikliklere paralel olarak sağlık sektörünün doğası gereği sahip olduğu belirsizlik özelliği de çalışanların gerek yönetime gerekse geleceğe ilişkin bakış açılarını sorgulamalarına yol açmakta, örgütsel bağlılıklarını ve güvenlerini etkilemektedir. Bu noktada yönetimin desteği önem kazanmakta, çalışanlar ve yönetim arasında etkili bir işbirliğinin kurulması ihtiyacı gündeme gelmektedir.

Sağlık kurumlarının örgütsel başarıya ulaşması hedeflendiğinde, bunun başarılması sürecinde hemşirelerin işe alınmasına, örgütte kalmalarına, moral ve motivasyonlarının yükselmesine yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalı ve örgütün çalışma koşulları göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışanların güvenli bir ortamda çalışma hakları olduğu gerçeğinden yola çıkılarak, çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik yapılan düzenlemelere özen gösterilmelidir. Düşüncelerin, fikirlerin, duyguların paylaşılacağı, sosyal destek sisteminin önemseneyeceği bir ortam yaratılmalı ve çalışanlar desteklenmelidir. Çalışma ortamına ilişkin sahip olunan olumlu bakış açısının; sağlık bakım çıktılarını iyileştirdiği, çalışanların moral, verim ve performansını yükselterek ölüm oranlarının azalmasını sağladığı, örgütsel bağlılığı yükselttiği, tükenmişlik düzeyini azalttığı, kurumda kalma olasılığını arttırdığı göz önünde bulundurulmalı ve hastanelerde bu koşulların şekillenmesinde önemli bir yeri olan mıknatıslık özelliğinin gelişmesine katkı sağlamalıdır. Bu tür düzenlemeler yapılırken her kurum kendi yapısına uygun ve beklentileri karşılayacak şekilde hareket etmelidir. Bu amaçla;

- Yönetici hemşire desteğinin hastaneler açısından önemli bir mıknatıslık hastane kriteri olarak değerlendirilmesi nedeni ile ebe/hemşirelerin beklentilerinin, sorunlarının öğrenileceği ve fikirlerinin alınabileceği periyodik toplantılar düzenlenmeli, yönetim ile etkili iletişim kurulabilmesi için iletişim kanallarının açık olmasına özen gösterilmeli, mevcut yönetsel desteğin yükseltilmesine yönelik adımlar atılmalı ve sorunların çözümünde işbirliği içinde hareket edilmeli,

- Klinik yeterlilik ve eğitim desteğinin hastanelerin mıknatıslık özelliğini yükselten bir etkiye sahip olması nedeni ile ebe/hemşirelerin değişime ve teknolojik gelişmelere uyum sağlaması için uygun ortam yaratılmalı, düzenlenecek olan hizmet içi eğitimler ile eksiklikler giderilmeli, hasta bakımına ilişkin problem çözme esnekliği sağlanmalı, profesyonel hemşirelik uygulamaları desteklenmeli ve bu kriter açısından hastanenin sahip olduğu mıknatıslık özelliğinin daha da iyileştirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalı,

- Ebe/hemşirelere çalışma ortamında bağımsız hareket edebilme imkânı sunulmalı, hastanede mevcut otonomi seviyesinin yükseltilmesine yönelik düzenlemeler geliştirilmeli, çalışanların profesyonel sorumluluklarını besleyecek düzenlemelere yer verilmeli, katılımcı yönetim yaklaşımı benimsenmeli ve güven ortamı yaratılmalı,

- Hastanenin mıknatıslık hastane özelliğinin sürdürülmesi sürecinde, ekip yaklaşımı desteklenmeli ve ekip üyeleri ile özellikle de hekim ve ebe/hemşire arasında iyi ilişkiler kurulmasına ve iletişimin yükseltilmesine yönelik ortam yaratılmalı ve mevcut ilişkileri daha da geliştirici düzenlemeler yapılmalıdır.

İlerleyen dönemlerde yaşanan gelişmelere bağlı olarak sadece çalışanların değil hastaların da mıknatıslık hastane kavramının önemini kavrayacağı, hasta güvenliğinin taşıdığı önemin giderek anlaşılmasının da bu sürecin hızlanmasında etkili olacağı ve çalışanların mıknatıslık özelliğine sahip bir hastanede çalışmanın ayrıcalığını benimseyeceği düşünülmektedir. Bu nedenle her bir hastane mıknatıslık hastane olmanın pozitif yansımalarını göz önünde bulundurarak, kendi yapısına uygun ve çalışan beklentilerini karşılayacak düzeyde



düzenlemeler yapmalıdır. Bu sayede sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükselmesinin, gerek çalışan gerekse hasta tatmininin sağlanmasının, moral ve motivasyonlarının yükselmesinin, örgütsel bağlılığın ve çalışan performansının artmasının mümkün olabileceği düşünülmekte, mıknatıslık özelliği taşıyan hastanelerin hemşireler için çekici olma özelliği taşımasına bağlı olarak, nitelikli işgücünün kaybının önüne geçileceği de öngörülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Aiken L.H. (2015) **Magnet Hospitals: The Gold Standard for Nursing Care.** <http://www.fpnl.co.za/downloads/Presentations/Presentations/Prof%20Linda%20Aiken%20-%20Magnet%20Hospitals%20The%20Gold%20Standard%20of%20Nursing%20Care.pdf> (Erişim Tarihi: 12.11.2015).
2. Aiken L. H., Buchan J., Ball J. and Rafferty A. M. (2008) Transformative Impact of Magnet Designation:England Case Study. **Journal of Clinical Nursing** 17(24): 3330-3337.
3. Armstrong K. J. and Laschinger H. (2006) Structural Empowerment, Magnet Hospital Characteristics, and Patient Safety Culture. **Journal of Nursing Care Quality** 21(2): 124-132.
4. Australian Nursing and Midwifery Federation. Erişim Yeri: anmf.org.au
5. Bakoğlu N. (2014) **İyi Bir Çalışma Ortamı ve Bakıma Etkisi.** <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/76/docs/uygulamalarinizi-gelistirin-1.pdf> (Erişim Tarihi: 20.12.2015).
6. Bauman A. (2007) **Positive Practice Environments: Quality Workplace=Quality Patient Care. Information and Action Tool Kit.** International Council of Nurses, Geneva.
7. Buchan J. (1999) Still Attractive After All These Years? Magnet Hospitals in a Changing Health Care Environment. **Journal of Advanced Nursing** 30(1): 100-108.
8. Güven H. ve Oktay S. (2009) Bakım Dostu Hastanelerin Standartlarının Belirlenmesi. **İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi** 17(2): 103-114.
9. Hawke M. (2004) Magnet Status Attracts Metle. **Imprint** 51(1): 19-21.
10. Joyce-McCoach J. T. and Crookes P. (2011) Measuring 'Magnetism' in Australian Nursing Environments. **Australian Journal of Advanced Nursing** 29(2): 13-22.
11. Kaçar G. Y. (2014) **Nitelikli Bakıma Ulaşma Yolları.** <http://www.medicana.com.tr/hemsirelik/bilimsel-yayinlar/2014-Nitelikli-Bakima-Ulasma-Yollari.pdf> (Erişim Tarihi: 25.11.2015).
12. Laschinger H. K. S., Shamian J. and Thomson D. (2001) Impact of Magnet Hospital Characteristics on Nurses' Perceptions of Trust, Burnout, Quality of Care, and Work Satisfaction. **Nursing Economics** 19(5): 209-219.
13. Laschinger H. K. S., Almost J. and Tuer-Hodes D. (2003) Workplace Empowerment and magnet Hospital Characteristics. **JONA** 33(7/8): 410-422.

14. R Foundation. Erişim Yeri: [www.r-project.org](http://www.r-project.org)
15. Saygılı M. (2008) Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları İle İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. **Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
16. Shearer S. (2015) **Lessons from America. The Magnet Experience.** [https://www2.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/515367/1.3.3\\_Lessons\\_from\\_America\\_1.pdf](https://www2.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0009/515367/1.3.3_Lessons_from_America_1.pdf) (Erişim Tarihi: 10.12.2015).
17. Uçak H. (2008) Hastanelerde Yenilik ve Uygulamalar: Sağlık Kurumlarında Uygulanan Yönetim Eğilimlerinin Değerlendirilmesi. **İç Hastalıkları Dergisi** 15(3): 145-152.
18. Upenieks V. (2003) Recruitment and Retention Strategies: A Magnet Hospital Prevention Model. **Nursing Economics** 21(1):7-23.
19. Yıldırım D., Kısa S. and Hisar F. (2012) Validity and Reliability of the Turkish Version of the Essentials of Magnetism Scale. **International Nursing Review** 59(4): 560-566.
20. New Zealand Ministry of Health (2005) **Developing a Magnet Health Organizatör** Published by the New Zealand Ministry of Health, Wellington.

# Etik Liderliğin Örgütsel Adalet Üzerine Etkisi: Bir Kamu Hastanesinde Uygulama

Cuma SONGÜR\*  
Özlem ÖZER\*\*  
Deniz SAY ŞAHİN\*\*\*

## ÖZ

*Bu çalışmanın amacı etik liderliğin örgütsel adalet üzerine etkilerini incelemektir. Araştırmanın uygulama kısmı Türkiye’de bir kamu hastanesinde çalışan hemşire ve diğer sağlık çalışanları üzerinde yürütülmüş ve 244 kişiden elde edilen veriler değerlendirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda örgütsel adalet alt boyutları ile etik liderlik arasındaki korelasyonlar pozitif yönde ve orta düzeydedir. Etik liderlik dağıtımsal ve etkileşimsel adalet algısındaki toplam varyansın %21,1’ini açıklarken; prosedürel adalet algısındaki toplam varyansın %8,8’ini açıklamaktadır. Regresyon modelinde, katılımcıların etik liderliğe ilişkin algılarının yükselmesi dağıtımsal, etkileşimsel ve prosedürel adalet algılarını istatistiksel olarak artırmaktadır.*

**Anahtar Kelimeler:** Etik Liderlik, Örgütsel Adalet, Hastane Yönetimi

## Effect of Ethical Leadership on Organizational Justice: A Study in a Public Hospital

### ABSTRACT

*This study aims to examine the impact of ethical leadership on organizational justice. The implementation of the research is conducted on the nurses and other health workers working in a public hospital and the data collected from 244 people are evaluated. As a result of the analyses carried out, organizational justice’s sub-dimensions and correlations with ethical leadership are moderate in the positive direction. While ethical leadership explains the 21.1% of total variance on distributive and interactional justice; explains the 8.8% of the total variance on procedural justice. Increasing levels of ethical leadership of the participants increase the perception of distributive, interactional and procedural justice in the regression model.*

**Keywords:** Ethical Leadership, Organizational Justice, Hospital Management

## I. GİRİŞ

Yöneticiler, çalışanlar, iş dünyası ve toplum tarafından uzun yıllardır sorulan sorulardan birisi, liderlerin takipçilerinin davranışları üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğudur. Yönetim uzmanları tarafından bu sorunun yanıtı önemli ölçüde bilinmesine rağmen, bu durumu değişik seviyelerde takipçilerin davranışlarındaki yansımalarda ve lidere ilişkin tutumlarda ortaya koymak mümkündür (Mayer et al. 2012). Örgütler içinde, çalışanlar liderin davranışlarını izlemekte, davranışlarından etkilenmekte ve hatta kendisine rol model almaktadır. Bu yüzden liderler, etik kültürleri ve etik davranışı geliştirmede ve sürdürmede önemli bir rol oynamaktadır (Avey et al. 2011). Uzun vadede etkili ve başarılı bir çalışma ortamı sağlamak için liderlerin etik bir bakış açısına sahip olması gerekir. Liderler bir rol

\* Arş. Gör. Dr. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü, cumasongur@ksu.edu.tr

\*\* Yrd. Doç. Dr. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü, ooz@mehtetakif.edu.tr

\*\*\* Yrd. Doç. Dr. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmetler Bölümü, saysahind@mehtetakif.edu.tr

model olarak örgütlerde ahlaki bir yapıyı sağlamak için eylemlerinde en yüksek seviyede etik tutumlar sergilemelidir. Bu yüzden küresel eğilim üzerine yapılan çok sayıda çalışmada arzulanan örgütsel sonuçların kritik bir ön şartı olan etik liderliğe odaklanmıştır (Demirtaş 2013).

Sağlık sektörü genelde hekim otonomisinin yüksek olduğu bir alan olup, hekimler kurum içerisinde diğer meslek gruplarına göre daha bağımsız hareket etmektedir. Diğer taraftan başta hemşireler olmak üzere diğer yardımcı sağlık personel idari ve mesleki faaliyetlerinde üstlerine karşı emir-komuta ile bağlı olup, çoğu zaman kendisine verilen görevleri yerine getirmek durumundadır. Hemşireler ve diğer yardımcı sağlık personeline görevler ya başhemşire, ya sorumlu olduğu hekim ya da hastane idaresi tarafından verilmektedir. Bu açıdan hemşireler ve diğer yardımcı sağlık personeli idari ve mesleki faaliyetlerinde üstlerinin ya da amirlerinin kararlarındaki kurallardan ve ahlaki standartlardan daha çok etkilenen kişiler olması beklenmektedir. Bu açıdan yönetici merkezli bir kavram olan “etik liderlik” kavramı ön plana çıkmaktadır. Pek çok çalışmada (Mayer et al. 2012; Zhu 2004; Walumbwa et al. 2011) etik liderliğin; iş doyumu, iş performansı, çalışan refahı ve yenilik gibi bazı önemli çalışan sonuçlarını etkilediği saptanmıştır. Fakat etik liderlik konusu ile ilgili çalışma alanı giderek genişlemesine rağmen, etik liderliğin çalışanların algıladıkları örgütsel adalet üzerindeki etkisi hakkında çok az şey bilinmektedir (Xu et al. 2016). Bu yüzden, etik liderliğe ilişkin bilimsel araştırmaların artması sürpriz değildir. Nitekim etik liderlik konusunda, liderlerin ne yapmaları gerektiği konusunda genellikle felsefi bir tartışma yürütülmekte olup, sözde “yeni dalga” liderlik teorilerinin birçoğunda lider davranışların ahlaki etkileri tartışılmaktadır (Avey et al. 2011). Adalet, bir örgüt içindeki temel bir değer ve erdem olduğundan, çalışanların organizasyonlarından algıladıkları adalet, onlara işyerlerinde nasıl muamele edilmesi konusunda güçlü bir ipucu verir. Genelde yöneticilerin etik davranışları kuruluşun politika, çalışma ve iş yapma usullerinin uygun olup olmadığını sorgulamalarına işaret etmektedir. Dolayısıyla, etik liderlik davranışının çalışanların kurumlarına yönelik adalet algılamalarına etkisini incelemek hem teorik hem de pratik olarak önemlidir (Xu et al. 2016).

Ulusal ve de uluslararası literatür incelendiğinde ise özellikle sağlık sektöründe etik liderliğin örgütsel adalet üzerine etkilerini inceleyen çalışma sayısının yetersiz olduğu görülmektedir. Bu durum ise çalışmanın temel çıkış noktasını oluşturmaktadır.

## II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

### 2.1. Örgütsel Adalet

Adalet; doğruluk, dürüstlük, eşitlik, hak, hak yemeçlik, hakkaniyet ölçülerine uyma, meşruluk, tarafsızlık, insaniyet, iyilik gibi anlamları ifade etmektedir (Ayık ve diğerleri 2014). Örgütsel adalet, bireylerin ve grubun bir organizasyondan gördüğü muamele ya da davranışın adilliği hakkındaki algısı olarak tanımlanmaktadır (Aryee et al. 2002). Başka bir ifade ile örgütsel adalet kavramı iş yerinde bireylerin kendilerine adil davranıp davranılmadığına ilişkin algılarını ve bu algıların bireyin davranışları üzerine etkisini ifade etmektedir (Uluköy 2014). Örgüt içindeki ilişkilere bağlı olarak ortaya çıkan kazanımların adil dağılımı, dağılım yapılırken izlenen prosedürler, yöneticilerin örgüt ve çalışanları ile ilgili vermiş olduğu kararlar, çalışanların çalışma ortamında gördüğü muameleler ya da davranışlar bütünü, genel olarak çalışanlar tarafından izlenmektedir. Bu izleme sonucunda da çalışanlar, yöneticilerin kendilerine karşı ne kadar tarafsız oldukları ile ilgili bir zihinsel değerlendirme yaparlar (İyigün 2012). Örgütsel adalet ile ilgili çalışmaların temelini Adams’ın (1965) “Adalet Teorisi” oluşturmaktadır. Adams teorisini, çalışanların emekleri ile örgüte yaptıklarına inandıkları katkıya karşılık olmak üzere, elde ettikleri çıkarları başka

örgütte çalışanların elde ettikleri ile kıyaslayacakları öngörüsüne dayandırmaktadır (Yeniçeri ve diğerleri 2009).

Hemen hemen tüm bireylerin adalet ya da hakkaniyet konusunda endişeleri vardır. Çalışma ortamında, çalışanlar genellikle aldıkları ödülleri meslektaşlarının aldıkları ödül ile karşılaştırarak kendilerine bir ölçüt belirlemektedir. Çalışanlar ayrıca yöneticilerin kendileri hakkında verdikleri kararların adaletli olup olmadığını tartışmakta ve bunda tutarlı, tarafsız ve doğru olup olmadıklarını değerlendirmektedirler (Judge, Colquitt 2004). Çalışanlar, çoğunlukla kendilerinin en temel ihtiyaçlarından biri olan ücret ve promosyonun adaletli paylaşılıp paylaşılmadığını değerlendirmektedir (Lim 2002). Örgütsel adaletin üç farklı türü bulunmaktadır. Bunlar;

- a. **Dağıtım Adalet:** Sonuçların adil dağıtılmasını ifade eder (Lim 2002). Dağıtımda adalet, işgörenlerin girdileri (zaman ve performans gibi) ile buna ilişkin elde edecekleri sonuçları (ücret veya işyerindeki pozisyonları gibi) işyerlerinde meslektaşları ile karşılaştırması neticesinde elde edilen sonucun adil olup olmaması temeline dayanır (Uluköy 2014).
- b. **Prosedürel (İşlemsel) Adalet:** Sonuç paylaşmada kullanılan prosedürlerin/süreçlerin adil olmasını ifade eder (Lim 2002). Aynı zamanda bireylerin karar alma sürecine katılabilme durumu ve karar alma sürecindeki tarafsızlık ve objektiflik ile ilgili algılamalar da bu perspektiften değerlendirilebilir (Uluköy 2014).
- c. **Etkileşimsel Adalet:** Prosedürel adaletin genişletilmiş bir hali olarak görülmekte ve örgütsel uygulamaların insani yönü ile ilgilenmektedir. Buna göre etkileşimsel adalet çalışanlarla, kaynakları dağıtan yöneticiler arasındaki iletişimdeki adalet algılamasını vurgular. Örgütsel adaletin bu boyutuna göre, örgüt içerisindeki uygulamaların insani tarafıyla ilgilenmektedir. Diğer bir ifadeyle, adaleti sağlayıcılar ile alıcıları arasındaki iletişim sürecinde nezaket, dürüstlük, saygı vb. davranışları esas almaktadır (Şanlımeşhur 2015; Işık ve diğerleri 2012). Bireyler, karar verilirken kullanılan prosedürlerin neler olduğu ve bu prosedürler uygulanırken ne derece sadık kalındığından ziyade, prosedürler uygulanırken kendilerine nasıl davranıldığına ve yeterli açıklamanın yapılıp yapılmadığına dikkat ederler (Işık ve diğerleri 2012).

Bir bütün olarak örgütsel adalet boyutları ile birlikte şu şekilde özetlenebilir (Tablo 1).

**Tablo 1. Örgütsel Adaletin Boyutları**

Dağıtımda Adalet: Sonuçlardaki uygunluk
• Hakkaniyetlik: Katkılarına bağlı olarak çalışanların ödüllendirilmesi
• Eşitlik: Aynı gayrete karşı genel olarak aynı muamelelerin görülmesi
• Kişisel ihtiyaçların sağlanması
Prosedürel Adalet: Paylaşma sürecinin ya da yöntemlerin uygunluğu
• Tutarlılık: Tüm çalışanlara eşit davranılması
• Önyargısızlık: Kişi ya da gruba kötü ya da ayrıcalıklı davranılmaması
• Doğruluk: Kararların doğru bilgiye göre verilmesi
• Tüm ilgililerin Katılımı: Karar vermede tüm paydaşların katılımı
• Doğruluk: Hataları düzeltmek için süreç ya da diğer mekanizmaların var olması
• Yöneticiler tarafından yürütülen normların herhangi bir ihlali içermemesi
Etkileşimsel Adalet: Yöneticilerin gösterdiği davranışın uygunluğu
• Kişilerarası Adalet: Çalışanlara onurunu incitmeyen, nazik ve kibar bir tutumla yaklaşılması
• Resmi Olmayan Adalet: Çalışanlarla gerekli bilgilerin paylaşılması

**Kaynak:** Cropanzana et al. 2007

Van den Bos ve diğerlerine (1997) göre davranışları motive eden temel bir toplumsal beklenti olup, geniş bir adalet olgusunun çalışanların örgütleriyle olan ilişkileri hakkında düşüncelerini yönlendirerek çalışanların davranışlarını etkileyen önemli bir kavramdır. Cropanzano ve Stein (2009)'e göre örgütsel adalet şu üç açıdan önemlidir. Birincisi, örgütsel adalet uzun dönemde arzulan sonuçların elde edilmesini kolaylaştırır. İkincisi, çalışana sosyal grup üyeleri tarafından değer verilen ve saygı duyulan biri olduğu duygusunu yerleştirir. Üçüncüsü, insanlar genellikle içselleştirilmiş ahlaki kanaatlere sahip olduğundan, örgütsel adalet bizzat kişinin kendi psikolojik iyilik hali için değerli olabilir.

### 2.1. Etik Liderlik

Bir grup etik kavramını; 'bir bireyin izlemesi gereken ahlaki standartlar ve kurallar' biçiminde ele alırken, daha sonra 'bireylerin doğru olarak nasıl davranacağını açıklayan ve tanımlayan ilkeler, değerler ve standartlar sistemi' şeklinde ifade etmiştir (Durmuş 2015). Genel olarak, bireyler, amaçlara ulaşmak adına bir kişiden etkileniyorlarsa orada liderliğin olduğu ifade edilebilir. Çünkü liderlik, gerçek manada etkileme becerisi ile ilgilidir. Etkileme gücü olmayan bir insan, bir grubun başı veya yöneticisi olabilir ancak grubun lideri olabilmesi için etkilemeye sahip olması gerekir. Yani lider, değişime ya da farklılıklara karşı nelerin yapılacağına karar veren kişidir (Ayık ve diğerleri 2014). Liderin örgüt içinde etkileyici konumda olması onun davranışlarının bütün örgüte yansımaya neden olmaktadır. Lider, davranışlarıyla aynı zamanda kendi emrinde çalışanlara da rol model olmaktadır (Tuna ve diğerleri 2012). Etik ve liderliğin kesişim noktasını oluşturan etik liderlik kavramı ise, Brown ve Trevino (2006) tarafından "bireysel davranış ve kişiler arası ilişkilerde normatif olarak uygun davranışın gösterilmesi ve bu davranışın iki yönlü iletişim, güçlendirme ve karar verme yoluyla takipçilere tanıtılması" şeklinde tanımlanmaktadır. "Bu açıdan etik liderliği; güven, saygı, dürüstlük, adalet, eşitlik ve merhamet gibi kavramların bir fonksiyonu olarak görmek mümkündür. Bu niteliklere sahip olan liderler çevresindekiler ile saygı ve güvene dayalı olumlu ilişki kurar; ayrıca tutum ve etkileşimleri ile yol gösterir; doğru olanı bilir ve yapar (Khuong, Quoc 2016).

## III. MATERYAL VE METOT

### 3.1. Çalışmanın Türü

Bu çalışma, anket esasına dayalı kantitatif, tanımlayıcı kesitsel bir alan araştırmasıdır.

### 3.2. Çalışmanın Amacı ve Hipotezleri

Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının etik liderlik davranışları hakkındaki algılamalarının örgütsel adalet üzerine etkilerini incelemektir. Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki hipotezler kurulmuştur:

**Hipotez 1.** Katılımcıların etik liderlik algılarının örgütsel adalet boyutlarından dağıtımsal adalet üzerine istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkisi vardır.

**Hipotez 2.** Katılımcıların etik liderlik algılarının örgütsel adalet boyutlarından prosedürel adalet üzerine istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkisi vardır.

**Hipotez 3.** Katılımcıların etik liderlik algılarının örgütsel adalet boyutlarından etkileşimsel adalet üzerine istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkisi vardır.

### 3.3. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Burdur ilinde bir kamu hastanesinde görev yapmakta olan hemşireler (n=243) ve diğer sağlık çalışanları (n=154) oluşturmaktadır. Diğer sağlık çalışanlarının

içerisinde acil tıp, röntgen, laboratuvar teknisyenleri ile paramedikler yer almaktadır. Hekimler ise çalışmaya yeterli bir katılım sağlamadıkları için kapsam dışında tutulmuştur. Çalışmada örneklem seçilmemiş ve araştırmada kullanılan veri toplama aracı çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kişilere dağıtılmıştır. Böylece çalışmaya 149 hemşire, 95 diğer sağlık çalışanı olmak üzere toplam 244 kişi katılmıştır. Veri toplama süreci 12 Ocak-12 Mart 2017 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

### 3.4. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmada örgütsel adaleti ölçmek amacıyla Niehoff ve Moorman (1993) tarafından geliştirilen ve Yıldırım (2002) tarafından da Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılan “Örgütsel Adalet Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek; dağıtımsal adalet (5 madde), prosedürel adalet (6 madde) ve etkileşimsel adalet (9 madde) olmak üzere 3 alt boyuttan ve toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Buna ilişkin ifadeler ise 1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum şeklinde ağırlıklandırılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik değeri  $\alpha=0,897$  olarak belirlenmiştir. Böylece ölçeğin güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Etik liderlik algılarını ölçmek için ise Brown ve diğerleri (2005)’nin geliştirdiği, geçerlilik ve güvenilirliği Tuna ve diğerleri (2012) tarafından yapılan ölçek kullanılmıştır. Yeşiltaş (2012) tarafından bir kez daha geçerlilik ve güvenilirliği yapılan bu ölçek toplamda 10 maddeden ve tek bir boyuttan oluşmaktadır. Buna ilişkin ifadeler ise 1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum şeklinde ağırlıklandırılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik değeri  $\alpha=0,931$  olarak belirlenmiştir (Tablo 2). Çalışmada kullanılan ölçeğin geçerliliğini test etmek için faktör analizi yapılmıştır. Etik liderlik ölçeğine uygulanan faktör analizi sonuçlarına göre ise, ölçeğin bu çalışmada Tuna ve diğerlerinin (2012) ve Yeşiltaş (2012)’in çalışması ile benzer olarak tek boyutlu bir yapı sergilediği görülmüştür. Tek boyutlu yapının toplam varyansın %62,002’sini açıkladığı belirlenmiştir.

**Tablo 2. Veri Toplama Aracının Güvenilirliği**

Boyutlar	Madde Sayısı	Cronbach Alpha Katsayısı
<b>Örgütsel Adalet</b>	<b>20</b>	<b>0,897</b>
Dağıtımsal Adalet	5	0,769
Prosedürel Adalet	6	0,742
Etkileşimsel Adalet	9	0.867
<b>Etik İklim</b>	<b>10</b>	<b>0,931</b>

### 3.5. Verilerin Analizi

Tüm istatistiksel analizler Statistical Package for The Social Science v20.0 (SPSS; <http://spss.com>) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı analizler, güvenilirlik analizi, parametrik hipotez testi, pearson korelasyon analizi ve çok değişkenli regresyon analizi kullanılmıştır.

## IV. BULGULAR

Tablo 3’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılanların %54,5’i kadındır ve %75,8’i bekarıdır. Çalışanların %44,7’si lise mezunu iken %28,7’si önlisans mezunudur. Katılımcıların %61’i hemşiredir. Katılımcıların yaş ortalamaları 25,16 iken sağlık sektöründe çalışma süresi ortalama 4,70 yıldır. Mevcut çalışılan birimde ise çalışma süresi ortalaması 2,43’tür.

**Tablo 3. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklere Göre Dağılımı**

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	133	54,5
Erkek	111	45,5
<b>Eğitim</b>		
Lise	109	44,7
Önlisans / İki Yıllık Yüksekokul	70	28,7
Dört Yıllık Yüksekokul / Fakülte	65	26,6
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	185	75,8
Evli	59	24,2
<b>Hastanedeki Görev</b>		
Hemşire	149	61,0
Diğer Sağlık Personeli	95	39,0
- Paramedik	58	61,05
- Acil Tıp Teknisyeni	7	7,37
- Röntgen Teknisyeni	11	11,58
- Laboratuvar Teknisyeni	19	20,0
<b>Yaş</b>		
Ortalama: 25,16 ± 6,055 – Maksimum: 46- Minimum: 20- Ranj: 26		
<b>Sağlık Sektöründe Çalışma Süresi (Yıl)</b>		
Ortalama: 4,70 ± 4,997 – Maksimum: 27- Minimum: 1- Ranj: 26		
<b>Mevcut Çalışılan Birimde Çalışma Süresi (Yıl)</b>		
Ortalama: 2,43 ± 1,881 – Maksimum: 10- Minimum: 1- Ranj: 9		

Tablo 4’de yer alan araştırma değişkenlerine ilişkin temel istatistiklere bakıldığında, örgütsel adalet alt boyutları arasında en yüksek ortalamayı prosedürel adalet (3,25±0,70) boyutunun ve en düşük ortalamayı ise etkileşimsel adalet boyutunun (3,05±0,79) aldığı dikkat çekmektedir. Çalışmaya katılan çalışanların etik liderlik (2,92±0,87) değişkenine ilişkin algılamalarının ise orta seviyede olduğu söylenebilir. Örgütsel adalet alt boyutları arasındaki korelasyonlar olumlu yönde ve orta düzeydedir (0,553 ≤ r ≤ 0,493). Örgütsel adalet alt boyutlarından dağıtımsal adalet ve etkileşimsel adaletin etik liderlik ile olan korelasyonları pozitif yönde ve orta düzeyde iken prosedürel adalet boyutu ile olan korelasyonları pozitif yönde ve zayıf düzeydedir (0,459 ≤ r ≤ 0,297).

**Tablo 4. Tanımlayıcı İstatistikler ve Araştırma Değişkenleri Arasındaki Karşılıklı İlişkiler**

Değişkenler	Ort.	Std. Sapma	1	2	3	4
1.Etik Liderlik	2,92	0,87	(1)			
2.Dağıtımsal Adalet	3,10	0,79	0,459**	(1)		
3.Prosedürel Adalet	3,25	0,70	0,297**	0,493**	(1)	
4. Etkileşimsel Adalet	3,05	0,79	0,459**	0,553**	0,550**	(1)

\*\* Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (2-tailed)

Araştırma hipotezlerini test etmek amacıyla regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Etik liderliğe ilişkin algının dağıtımsal adalet üzerindeki etkisini ortaya koymak üzere oluşturulan regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğuna işaret etmektedir (F=64,693; p<0,001). Etik liderlik dağıtımsal adalet algısındaki toplam varyansın %21,1’ini açıklamaktadır. Regresyon modelinde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde, katılımcıların etik liderliğe ilişkin



algılarının yükselmesi dağıtımsal adaleti istatistiksel olarak artırmaktadır ( $t=8,043$ ;  $p<0,001$ ). Ayrıca standardize edilmiş regresyon katsayısı ise  $\beta=0,459$  şeklindedir. Bu sonuçlar araştırmanın birinci hipotezinin ( $H_1$ ) doğrulandığını göstermektedir.

Etik liderlik algısının prosedürel adalet üzerine etkisine ilişkin yürütülen regresyon analizi sonucuna göre etik liderliğin prosedürel adalet algısındaki toplam varyansın %8,8'ini açıkladığı görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre katılımcıların etik liderliğe ilişkin algılarının yükselmesi prosedürel adalet algılarını istatistiksel olarak artırmaktadır ( $t=4,837$ ;  $p<0,001$ ). Standardize edilmiş regresyon katsayısı ise  $\beta=0,297$  şeklindedir. Bu sonuçlar araştırmanın ikinci hipotezinin ( $H_2$ ) doğrulandığını göstermektedir.

Son olarak etik liderlik algısının etkileşimsel adalet üzerine etkisine ilişkin yürütülen regresyon analizi sonucuna göre ise etik liderliğin etkileşimsel adalet algısındaki toplam varyansın %21,1'ini açıkladığı görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre katılımcıların etik liderliğe ilişkin algılarının yükselmesi etkileşimsel adalet algılarını istatistiksel olarak artırmaktadır ( $t=8,041$ ;  $p<0,001$ ). Standardize edilmiş regresyon katsayısı ise  $\beta=0,459$  şeklindedir. Bu sonuçlar bu araştırmanın üçüncü hipotezinin ( $H_3$ ) doğrulandığını göstermektedir.

**Tablo 5. Etik Liderlik ve Örgütsel Adalet Alt Boyutları Arasındaki İlişkileri İnceleyen Regresyon Analizi**

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	Std. Error	$\beta$	t	p	R	R <sup>2</sup>	F	p	Durbin-Watson
Dağıtımsal Adalet	Sabit	1,890	0,157		12,039	<0,001	0,459	0,211	64,693	p<0,001	1,945
	Etik Liderlik	0,415	0,052	0,459	8,043	<0,001					
Prosedürel Adalet	Sabit	2,562	0,150		17,135	<0,001	0,297	0,088	23,396	p<0,001	1,794
	Etik Liderlik	0,238	0,049	0,297	4,837	<0,001					
Etkileşimsel Adalet	Sabit	1,837	0,157		11,704	<0,001	0,459	0,211	64,652	p<0,001	1,491
	Etik Liderlik	0,414	0,052	0,459	8,041	<0,001					

## V. TARTIŞMA ve SONUÇ

Etik liderlik üzerine yapılan birçok çalışmada etik liderliğin örgüt bütününe yansıtacak avantajlarının olduğunu ortaya konulmuştur. Ayrıca üst düzey yöneticilerin örgüt içerisindeki etik davranış ve tutumlarının çalışanlar üzerinde oldukça etkili olduğunu ortaya koyan birçok çalışma da mevcuttur (Tuna ve diğerleri 2012; Demirtaş 2015; Morrison 2015). Brown ve diğerlerine (2005) göre liderler meşru güçleri, kaynakları denetleme ve çalışanlar hakkında önemli kararlar alma sorumluluğu nedeniyle adalet önermek için eşsiz bir konumda olduğunu, lidere desteğin büyük ölçüde aldığı adil kararlara dayandığını, bu yüzden adalet kriterlerine göre hareket etmeleri gerektiğini vurgulamıştır. Colquitt (2001) tarafından

yapılan bir çalışmada etik liderlik kavramının örgütsel kural ve uygulamalar ile iç içe olduğu, örgütsel kural ve uygulamaların prosedürel ve dağıtıcı adalet üzerinde önemli bir rol oynadığı ortaya konulmuştur. McGregor (1960)'un Y Teorisi'nde liderlik ile adalet arasındaki ilişki vurgulanmıştır. Etik liderlik davranışı öncelikle adil karar verme ve sonrasında verilen kararların örgütsel sonuçlarındaki dağılımı ile ilgilidir (Demirtaş 2015).

Bu çalışmanın temel amacı hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının etik liderlik davranışları hakkındaki algılamalarının örgütsel adalet üzerine etkilerini incelemektir. Bu çalışmada etik liderlik ile örgütsel adalet ilişkisinin incelenmesinin sebebi, çalışanların adalet algılarının örgütler açısından büyük önem taşımasıdır. Çalışanlar, adalet algılarına göre değişik davranışlar gösterebilmektedirler. Örneğin; çalışanlar dağıtımsal adaletsizlik algıladıklarında örgütün aldığı kararların sonuçlarına, işlem adaletsizliği algıladıklarında bütün bir organizasyona, etkileşimsel adaletsizliği algıladıklarında ise yöneticilerine karşı tepkiler gösterebilmektedirler. Bu tepkiler, sağlık işletmelerinde çok daha ciddi sonuçlara yol açabilmektedir (Cihangiroğlu et al. 2012).

Bu çalışmada örgütsel adalet alt boyutları ile etik liderlik arasındaki korelasyonlar pozitif yönde, orta ve zayıf düzeyde bulunmuştur. Etik liderlik dağıtımsal ve etkileşimsel adalet algısındaki toplam varyansın %21,1'ini açıklarken; prosedürel adalet algısındaki toplam varyansın %8,8'ini açıklamaktadır. Regresyon modelinde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde, katılımcıların etik liderliğe ilişkin algılarının yükselmesi dağıtımsal, etkileşimsel ve prosedürel adalet algılarını istatistiksel olarak artırmaktadır. Bu durum, çalışmada beklenen bir sonuçtur. Genel olarak çalışanların idari ve mesleki çalışmaları üzerinde yöneticilerinin ortaya koymuş olduğu etik liderlik tutumu, ya da başka bir ifade ile ahlaki standartlar ve kurallar çalışanlarca izlenmekte ve çalışma arkadaşları ile kıyaslanmaktadır. Kıyaslama sonucunda çalışanlarda dağıtımsal, etkileşimsel, prosedürel adalet algısı ortaya çıkmaktadır. Bu algının ortaya çıkması sonucunda ise önemli bir faktör olarak yöneticilerin etik liderlik tutumu ön plana çıkmaktadır.

Çalışmada elde sonuçları, konu ile ilgili yapılan başka çalışmalar da destekler niteliktedir. Demirtaş (2015) tarafından Türkiye'de bir kamu havayolu lojistik firmasında çalışanlar üzerinde yapılan bir çalışmada etik liderlik davranışının örgütsel adalet algısındaki tüm boyutların toplam varyansın %22'ni açıkladığı ortaya konulmuştur. Aynı çalışmada örgütsel adaletin örgüt üyelerinin işte kalma niyetindeki toplam varyansın %23'ünü, örgüte karşı olumsuz tutum ölçeğindeki toplam varyansın %17'ni açıkladığı belirlenmiştir. Bu açıdan çalışanların örgütsel adalet algısının yüksek olması, çalışanları kurumuna daha çok bağlaması ve çalışanların kurumuna karşı daha olumlu tutum içinde olması beklenmektedir. Xu ve diğerleri (2016) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise etik liderlik ile prosedürel adalet ( $r = 0.26, p < 0.01$ ) ve dağıtıcı adalet ( $r = 0.30, p < 0.01$ ) arasında düşük düzeyde ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada yapılan yapısal eşitlik modeli çalışmasında etik liderlik davranışının organizasyona güven yoluyla prosedürel adalet ve dağıtıcı adalet üzerinde dolaylı yünden olumlu etkisi olduğu ortaya konulmuştur. Çıraklı ve diğerleri (2014) tarafından sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada da etik liderliğin, örgütsel adaletin her üç boyutunu da etkilediği bulunmuştur. Çalışmada etik liderliğin prosedürel adalete ilişkin varyansın %47,7'sini, etkileşimsel adalete ilişkin varyansın %57,1'ini ve dağıtımsal adalete ilişkin varyansın %43'ünü açıkladığı saptanmıştır.

Genel literatüre paralel olarak yukarıda bahsi geçen çalışmalar da etik liderliğin örgütsel adalet algısı üzerinde etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu yüzden örgütsel adaletin temin edilmesi için kurumlarda etik liderliğin sağlanması önemli bir husustur. Yapılan birçok çalışmada örgütsel adaletin birçok açıdan örgütsel başka sonuçlar üzerinde etkili olduğu ortaya konulmuştur (Scandura 1999; Ambrose, Schminke 2009). Bu açıdan etik liderliği

örgütsel adalet algısı yoluyla örgütsel sonuçlar üzerinde etkisi olan bir faktör olarak değerlendirilebilir. Örneğin, Morrison (2015) tarafından yapılan bir çalışmada etik liderliğin finansal performans üzerinde etkisini ortaya koymada örgütsel adalet, finansal performans üzerinde etkisi olan bir ara değişken olarak ele alınmıştır. Aynı şekilde Khuong ve Quoc (2016) tarafından yapılan başka bir çalışmada etik liderliğin çalışan performans üzerinde etkisini ortaya koymada örgütsel adalet bir ara değişken olarak ele alınmıştır. Judge ve Colquitt (2004) tarafından yapılan bir çalışmada yöneticilerin örgütsel adalet tutumunun, çoğu zaman çalışan memnuniyeti, örgütsel bağlılık, örgütsel vatandaşlık ve işten ayrılma niyeti üzerinde etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Aryee ve diğerleri (2002) tarafından yapılan bir çalışmada ise her üç örgütsel adaletin üç boyutunun da çalışanın işe karşı tutumunu ve davranışını etkilediği ortaya konulmuştur. Loi ve diğerlerine (2012) göre etik liderler ile çalışmak genelde kurum çalışanlarının iş güvencesi duygusunu artırmaktadır, çünkü etik liderler genelde daha adil prosedürler uygulamaktadır, bu ise kurum çalışanlarının iş güvencesini artırmaktadır.

Bu çalışmanın sonuçlarının tüm sağlık sektörü çalışanlarına genellenmesi konusunda sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırmanın örneklemi Türkiye'nin bir ilinde ve bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerden ve diğer sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Gelecekte daha geniş örneklemlerle yapılacak çalışmaların daha etkili sonuçlar ortaya koyabileceği düşünülmektedir.

#### **KAYNAKLAR**

1. Adams J. S. (1965) Inequity in Social Exchange. In Berkowitz L. (ed.) **Advances in Experimental Social Psychology**, pp: 267-299. Academi: New York.
2. Ambrose M. L. and Schminke M. (2009) The Role of Overall Justice Judgments in Organizational Justice Research: A Test of Mediation. **Journal of Applied Psychology** 94(2): 491-500.
3. Aryee S., Budhwar P. S. and Chen Z. X. (2002) Trust as A Mediator of The Relationship Between Organizational Justice and Work Outcomes: Test of A Social Exchange Model. **Journal of Organizational Behavior** 23(3): 267-285.
4. Avey J. B., Palanski M. E. and Walumbwa F. O. (2011) When Leadership Goes Unnoticed: The Moderating Role of Follower Self-Esteem on The Relationship Between Ethical Leadership and Follower Behavior. **Journal of Business Ethics** 98(4): 573-582.
5. Ayık A., Yücel E. ve Savaş M. (2014) Öğretmenlerin Örgütsel Adalet Algılarının Yordayıcısı Olarak Okul Yöneticilerinin Etik Liderlik Davranışları. **Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi** 14(2): 233-252.
6. Brown M. E. and Treviño L. K. (2006) Ethical Leadership: A Review and Future Directions. **The Leadership Quarterly** 17(6): 595-616.
7. Brown M. E., Treviño L. K. and Harrison D. A. (2005) Ethical Leadership: A Social Learning Perspective for Construct Development and Testing. **Organizational Behavior and Human Decision Processes** 97(2): 117-134.
8. Cihangiroğlu N., Şahin B. and Naktiyok A. (2012) A Study on Physicians' Perceptions of The Organizational Justice. **ZKU Journal of Social Sciences** 6(12): 67-82.

9. Colquitt J. A. (2001) On The Dimensionality of Organizational Justice: A Construct Validation of A Measure. **Journal of Applied Psychology** 86(3): 386–400.
10. Cropanzana R., Bowen D. E. and Gilliland S. W. (2007) The Management of Organizational Justice. **The Academy of Management Perspectives** 34-48.
11. Cropanzano R. and Stein J. H. (2009) Organizational Justice and Behavioral Ethics: Promises and Prospects. **Business Ethics Quarterly** 19(2): 193-233.
12. Çıraklı Ü., Uğurluoğlu Ö., Şantaş F. ve Çelik Y. (2014) Etik Liderlik Davranışlarının Örgütsel Adalet Üzerindeki Etkisi: Hastanede Bir Uygulama. **İşletme Bilimi Dergisi** 2(2): 53-69.
13. Demirtaş O. (2013) Ethical Leadership Influence at Organizations: Evidence from The Field. **Journal of Business Ethics** 126(2): 273-284.
14. Durmuş M. (2015) Kamu Kurumu Yöneticilerinin Etik Liderlik Davranışı Gösterme Düzeylerinin Çalışan Algısı Yönüyle İncelenmesi: Kocaeli Üniversitesi Örneği. **Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Kocaeli.
15. Işık O., Uğurluoğlu Ö. ve Akbolat M. (2012) Sağlık Kuruluşlarında Örgütsel Adalet Algılarının Örgütsel Bağlılığa Etkisi. **Doğuş Üniversitesi Dergisi** 13(2): 254 -265.
16. İyigün N. Ö. (2012) Örgütsel Adalet: Kuramsal Bir Yaklaşım. **İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 11(21): 49-64.
17. Judge T. A. and Colquitt J. A. (2004) Organizational Justice and Stress: The Mediating Role of Work-Family Conflict. **Journal of Applied Psychology** 89(3): 395-404.
18. Khuong M. N. and Quoc T. H. (2016) The Effect of Ethical Leadership and Organizational Justice on Employee performance in Binh Duong's Industrial Park, Vietnam. **Journal of Economics, Business and Management** 4(4): 327-334.
19. Khuong M. N. (2015) The Effect of Ethical Leadership and Organizational Justice on Employee Engagement--The Mediating Role of Employee Trust. **International Journal of Trade, Economics and Finance** 6(4): 235-240.
20. Lim V. K. (2002) The IT Way of Loafing on The Job: Cyberloafing, Neutralizing and Organizational Justice. **Journal of Organizational Behavior** 23(5): 675-694.
21. Loi R., Lam L. W. and Chan K. W. (2012) Coping with Job Insecurity: The Role of Procedural Justice, Ethical Leadership and Power Distance Orientation. **Journal of Business Ethics** 108(3): 361-372.
22. Mayer D. M., Aquino K., Greenbaum R. L. and Kuenzi M. (2012) Who Displays Ethical Leadership, and Why Does It Matter? An Examination of Antecedents and Consequences of Ethical Leadership. **Academy of Management Journal** 55(1): 151-171.
23. McGregor D. (1960) **The Human Side of Enterprise**. McGraw-Hill, New York.

24. Meyer J. P., Allen N. J. and Smith C. A. (1993) Commitment to Organizations and Occupations: Extension and Test of A Three-Component Conceptualization. **Journal of Applied Psychology** 78(4): 538-551.
25. Morrison H. A. (2015) Ethical Leadership, The Fair Process Effects of Organizational Justice and Financial Performance. **Nova Southeastern University H. Wayne Huizenga School of Business and Entrepreneurship, Doctoral Theses.**
26. Niehoff B. P. and Moorman R. H. (1993) Justice as A Mediator of The Relationship Between Methods of Monitoring and Organizational Citizenship Behavior. **Academy of Management Journal** 36(3): 527-556.
27. Scandura T. A. (1999) Rethinking Leader-Member Exchange: An Organizational Justice Perspective. **The Leadership Quarterly** 10(1): 25-40.
28. Şanlımeşhur Ö. (2015) Organizasyonlarda Algılanan Örgütsel Adalet ile Çatışma İlişkisi ve Bir Araştırma. **İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.**
29. Tuna M., Bircan H. ve Yeşiltaş M. (2012) Etik Liderlik Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması: Antalya Örneği. **Atatürk Üniversitesi İİBF Dergisi** 26(2): 143-156.
30. Uluköy M. (2014) Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Adalet Algısı İle Tükenmişlik Duyguları Arasındaki İlişki: Bir Uygulama. **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 39: 213- 226.
31. Van den Bos K., Vermunt R. and Wilke H. A. (1997) Procedural and Distributive Justice: What is Fair Depends More on What Comes First Than on What Comes Next. **Journal of Personality and Social Psychology** 72(1): 95-104.
32. Xu A. J., Loi R. and Ngo H. Y. (2016) Ethical Leadership Behavior and Employee Justice Perceptions: The Mediating Role of Trust in Organization. **Journal of Business Ethics** 134(3): 493-504.
33. Yeniçeri Ö., Demirel Y. ve Seçkin Z. (2009) Örgütsel Adalet ile Duygusal Tükenmişlik Arasındaki İlişki: İmalat Sanayi Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. **KMÜ İİBF Dergisi** 11(16): 83-99.
34. Yeşiltaş T. (2012) Örgütsel Özdeşleşmenin Oluşmasında Belirleyiciler Olarak Etik Liderlik ve Etik İklim: Otel İşletmelerine Yönelik Bir Uygulama. **Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.**
35. Yıldırım F. (2002) Çalışma Yaşamında Örgüte Bağlılık ve Örgütsel Adalet İlişkisi. **Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.**
36. Zhu W., May D. R. and Avolio B. J. (2004) The Impact of Ethical Leadership Behavior on Employee Outcomes: The Roles of Psychological Empowerment and Authenticity. **Journal of Leadership & Organizational Studies** 11(1): 16-26.
37. Walumbwa F. O., Mayer D. M., Wang P., Wang H., Workman K. and Christensen A. L. (2011) Linking Ethical Leadership to Employee Performance: The Roles of Leader-

Member Exchange, Self-efficacy, and Organizational Identification. **Organizational Behavior and Human Decision Processes** 115(2): 204-213.

# Markalaşma Sürecinde Etkili Olan Kurumsal Özellikler ve Tanıtım Faktörlerinin Hastane Tercihleri Üzerindeki Etkisi

Fedayi YAĞAR\*  
Abdullah SOYSAL\*\*

## ÖZ

*Bu çalışmada özel hastanelerin marka haline gelmesini etkileyen başlıca faktörlerden kurumsal özellikler ve tanıtımların hastane tercihleri üzerindeki etkisi belirlenmeye çalışılmıştır. Bu doğrultuda Kahramanmaraş ilinde yer alan bir özel hastaneye 15 Nisan – 15 Mayıs 2016 tarihleri arasında tedavi görmek amacıyla başvuran 372 kişi üzerinde bir çalışma yapılmıştır. Veriler SPSS 20.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sonuç olarak marka değeri yaratmak isteyen özel sağlık kuruluşunun sahip olduğu teknoloji, ulaşım ve personel yetkinlikleri gibi özelliklerinin tanıtım faaliyetlerine göre hastane tercihi üzerinde daha etkili olduğu ortaya çıkarılmıştır.*

**Anahtar Kelimeler:** Kurumsal özellikler, tanıtım, markalaşmış özel sağlık kuruluşları

## The Effect of Corporate Characteristics and Promotional Factors Affecting the Branding Process on the Hospital Preferences

### ABSTRACT

*This study aims to reveal the effect of corporate characteristics and promotions, which are the main factors that affect the branding of private hospitals, on hospital preferences. In this regard, 372 people, who admitted to a private hospital for treatment in the Province of Kahramanmaraş, Turkey, between April 15 and May 15, 2016, were studied. Data were analyzed using SPSS 20.0 package program. As a result, technology, transportation and personnel competency characteristics of the private health organization that wants to create brand value were found to be more effective on the choice of hospital.*

**Keywords:** Corporate characteristics, promotion, branded private hospitals

## I. GİRİŞ

Günümüzde işletmelerin en önem verdiği konulardan biri de ürünlerini ya da hizmetlerini bir marka haline getirmektir. Özellikle daha fazla müşteri çekmeyi hedefleyen özel sektör paydaşları bu durumu temel politika olarak görmektedir. Bu alanda yatırım yapan ve sundukları hizmetlerde markalaşmayı hedefleyen sektörlerin başında da özel sağlık sektörü gelmektedir. Belirli bir düzeyde kurumsal imajı, kimliği ve kültürü olan özel sağlık kuruluşları sahip oldukları ayırt edici özelliklerini (hekimler, teknolojik imkanlar ve fiziksel yapı gibi) müşterilere internet reklamları ve sosyal medya gibi günümüz teknolojik imkanlarıyla aktarmakta, sunduğu hizmetler ile diğerlerinden farklılıklar yaratmaya çalışmakta ve müşteriler ile aralarında bir güven bağı oluşturmaya çabalamaktadır. Türkiye’de sağlık alanında uygulanan reklam sınırlamaları düşünüldüğünde bu tür kuruluşların markalarını tanıtımada büyük sıkıntılar yaşadığı söylenebilir. Bu amaçla günümüzde markalaşmış sağlık kuruluşları başka kuruluşlara sponsor olarak ya da sosyal medyayı daha aktif kullanarak tanıtım yapmaktadır. Sundukları

\* Arş. Gör., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, fedaiyagar@hotmail.com

\*\*Prof. Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, asoysal2005@hotmail.com

nitelikli sağlık hizmetleri ile marka haline gelen sağlık kuruluşlarının sürekliliği sağlaması gerektiğini de düşündüğümüzde internetin, reklamın ve sosyal medyanın etkili bir şekilde kullanılması kaçınılmaz olmaktadır. Bu doğrultuda yapılan bu çalışmada özel hastanelerin marka haline gelmesini etkileyen başlıca faktörlerden kurumsal özellikler ve tanıtımların hastane tercihleri üzerindeki etkisi belirlenmeye çalışılmıştır.

Çalışmada marka, markalaşma, kurumsal imaj, kimlik ve kültür kavramları açıklanmaya çalışılmış, sağlık alanındaki markalaşmadan bahsedilmiş ve hastalar üzerinde bir çalışma yapılarak sonuç ve önerilerde bulunulmuştur.

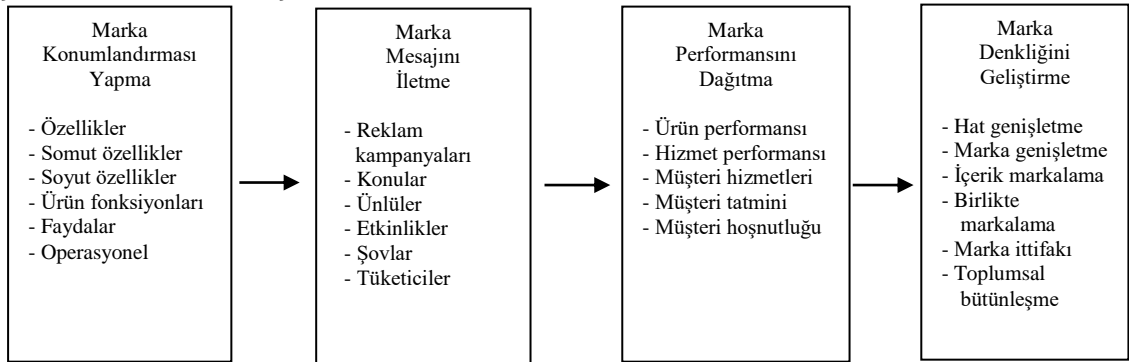
## II. REKLAM, MARKA VE MARKALAŞMA KAVRAMI

Hizmetler, mallar veya fikirlerin, geniş kitlelere benimsetilmesi ve duyurulması amacıyla, kişisel olmayan yollarla, belirli bir ücret karşılığında, bedelin kimin tarafından ödeneceği bilinecek bir şekilde sunulmasına reklam denir (Ekiyor, Tengilimoğlu 2014). Kısacası, ürünlerin ya da hizmetlerin en düşük maliyet ile doğru hedeflere ikna edici mesajlar ile ulaştırılmasına reklam denir (Terkan 2014).

Amerikan Pazarlama Derneği'ne göre marka "isim, sembol, tasarım ya da bunların kombinasyonunun ürünü satışı çıkaran kişi ya da gruplar tarafından ürünlerini tanıtmak ve diğer benzer ürünlerden ayırmak için kullanılmasıdır" (AMA 1960). Kısacası "örgütlerin hem iç hem de dış müşteriye verdikleri sözlere" marka denmektedir (Barbis 2012).

Günümüzde kurumlar ürünlerini ya da hizmetlerini marka haline getirebilmek için çeşitli yollar izlemektedir. Bu yollardan birisi olan PCDL modeli de aşağıda verilen Şekil 1'de gösterilmiştir.

### Şekil 1. Markanın Oluşturulması Süreci



**Kaynak:** Ghodeswar B.M. (2008) Building Brand Identity In Competitive Markets: A Conceptual Model. Journal of Product&Brand Management 17(1): 4-12.

Markanın pazarlamacıların düşüncelerinin, şirketlerin, ürünlerin, hizmetlerin ve pazarlama ilişkilerinin ne olacağına yön verici noktasında bulunması da kurumların markalaşma çabalarını artıran etkenler olarak görülmektedir (Jones, Bonevac 2013). Bu kapsamda Şekil 1'de ilk olarak kurumların markalarına konumlandırma yapması gerektiği, daha sonra sırasıyla markanın mesajının iletilmesi, marka performansının dağıtılması ve marka denkliğinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu kapsamda kurumların ürünlerinin ya da hizmetlerinin özelliklerini belirleyerek konumlandırma yaptığı; reklam ve etkinlikler yaparak tanıtım yaptığı; ürün ve hizmet performansına bakarak performans dağıtımını yaptığı ve genişletme ve birliktelik kurarak marka denkliğini geliştirdiği gözlemlenmiştir (Ghodeswar 2008). Kurumların markalaşmasında etkili olan faktörler ise kurum imajı, kimliği ve kültürüdür. Kurum ile ilgili inançlar, hedefler, duygular ve bilgiler ile (Kansbod, Wang-Andresen 2012), insanların zihinleri üzerinde yapılan



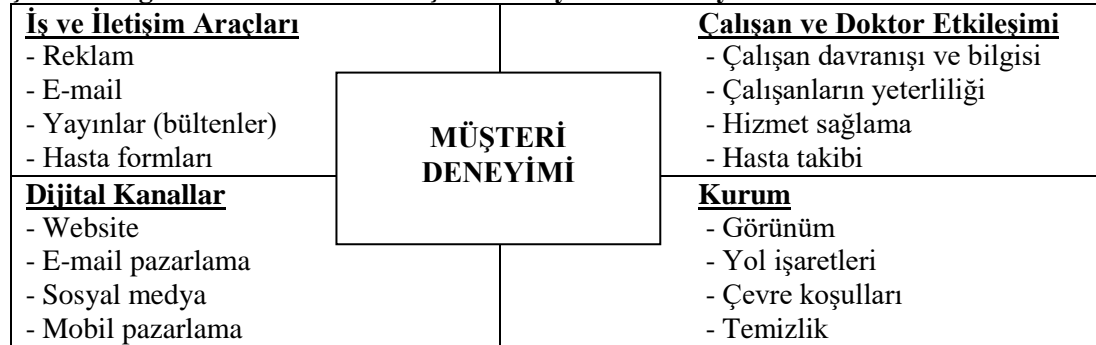
büyük etkilere kurumsal imaj denilmektedir (Lopez et al. 2009). Kurumsal imaj iki bileşenden oluşmaktadır. Birincisi kolayca ölçülebilir ve değerlendirilebilir fonksiyonel (somut) bileşendir. İkincisi ise kişinin kurumlardan aldığı deneyimlerden oluşan duygusallık (soyut) bileşendir (Salam et al. 2013). Satılan ürünler ve hizmetleri, perakende satışları, ürünlerin üretildiği fabrikaları, reklamı, promosyonları ve diğer iletişim türlerini, kurumun ismini ve logosunu, paketleri, ürünleri ve çalışanları somut bileşenlere; kurumsal, personel ve çevre politikalarını, kurum personelinin inançlarını ve hedeflerini, kurum kültürü ve kurumun sosyal konumunu ve medya raporlarını soyut bileşenlere örnek gösterebiliriz (Clow, Baack 2007).

Kurumdaki herkes tarafından inanılan felsefenin ve değerlerin toplamına kurum kimliği denir (Lapunikova 2010). Olins'e (1989) göre kurum kimlik yapısı üç bölümden oluşmaktadır. Birincisi kurumlar için tek markaya sahip olan monolitik markalardır. İkincisi örgütlerin ya da ürünlerin farklı parçaları için geliştirilen farklı markalar olan markalaşmış kimliklerdir. Üçüncüsü ise diğer her bir farklı marka ile görsel bağlantılı olan onaylanmış markalardır (Bosch 2005). Etkili olan kurumsal kimlik yönetimleri de pozitif bir kurumsal imaj yaratmakta ve aynı zamanda örgüt üyelerine, vizyonuna ve hedeflerine bağlanmasına yardım etmektedir (Kim, Hatcher 2006). Kurumdaki felsefenin, ideolojinin, inançların, duyguların, varsayımların, beklentilerin, davranışların, kuralların ve değerlerin paylaşılmasına da kurum kültürü denilmektedir (Lunenburg 2011). Kısacası kurum kültürü, örgütte güçlü bir şekilde düzenlenen ve geniş bir şekilde paylaşılan değerlerin ve kuralların toplamıdır (Guiso et al. 2013).

### III. SAĞLIK KURUMLARINDA MARKALAŞMA VE REKLAM

Kurumlar hizmetlerini ya da ürünlerini diğer benzer ürünlerden ayırabilmek için isim, logo, marka, patent sayısını ya da paket tasarımını kullanmaktadır (Gowda 2013). Bu yüzden hasta ile tutarlı, ulaşılabilir ve tatmin edici iletişimler kurmak isteyen kuruluşlar kendi markalarını oluşturmaya çalışmakta (Solyappan, Jayakrishnan 2010); farkındalık yaratmak isteyen kuruluşlar da güven, hasta tatmini, marka sadakati, hastane imajı ile güçlü bağlar oluşturmaktadırlar (Gowda 2013). Hastaların zihinlerinde yaratılan güzel resimler ve güven üzerine hastalarla kurulmuş iyi ilişkilerin herhangi bir sağlık kuruluşunun en önemli görevi olduğunu (Cinaroğlu 2014), sürdürülebilir ve genişletilebilir müşteri sadakatinin her hangi bir hizmetin uzun soluklu başarısı için önemli olduğu (Laohasrichaikul et al. 2008) düşünülürse, marka haline gelmek isteyen sağlık kuruluşların hastalara tatmin edici bir sağlık hizmeti sunması ve hastalarda iyi bir izlenim bırakması gerektiği söylenebilir.

#### Şekil 2. Sağlık Kurumlarında Müşteri Deneyimini Etkileyen Etmenler



**Kaynak:** Donohue R. (2012) Brand Equity in Healthcare: The Impact of Branding in A Changing Healthcare Landscape. National Research Corporation, USA.

Şekil 2'de belirtildiği gibi müşteri deneyimlerini etkileyen dört ana grup vardır. Bunlar; iş ve iletişim araçları, dijital kanallar, çalışan ve doktor etkileşimi ve kurumdur. İş ve iletişim araçları açısından baktığımızda reklamın, e-mailin, bültenin ve hasta formunun önemli olduğu, dijital kanallar açısından baktığımızda websitenin, e-mail pazarlamanın, sosyal medyanın ve telefonun

önemli olduğu, çalışan ve doktor etkileşimi açısından baktığımızda çalışan davranışı ve bilgisinin, çalışanların yeterliliğinin, hizmet sağlamanın ve hasta takibinin önemli olduğu ve kurum açısından baktığımızda da görünümün, yön işaretinin, çevrenin ve temizliğin çok önemli olduğu vurgulanmıştır (Donohue 2012).

Sağlık hizmetleri kurum kültürü; grupların birleşmesine, takım çalışmasına ve diğer devam eden kalite gelişim çalışmaları uygulaması ile ilgili işbirliğine vurgu yapmaktadır (Scott et al. 2003). Örneğin Jacobs ve diğerleri (2013) tarafından yapılan çalışmada örgütsel kültür ile hastanedeki kalite sistemlerinin uygulanması, klinik bilgi sistemlerinin kullanımının tatmini, hizmet sağlayıcı takımlarının etkililiği ve iş tatmini, örgütsel yapının değişim çıktıları ve hasta tatmini arasında iyi ilişkiler keşfedilmiştir.

Kurumsal kimlik kavramına hastaneler açısından bakıldığında “müşterinin isteklerine doğrudan etki eden ve çalışmalarında farklılık yaratmaya çalışarak marka yolunda yapılan faaliyetlerdir” diyebiliriz. Bu sebeple hastanelerdeki kurumsal kimlik çalışmalarına sadece “zarf, anket, fatura düzenlemesi, görsel karakterler ve hastanenin ismi” olarak bakılmamalı, kurumun farklılık yaratmaya çalıştığı çalışmalarına dikkat edilmelidir (Derin, Demirel 2011).

Hastane kurum imajı, hastalar tarafından sunulan hizmetler, eylemler, aktiviteler (hastane ve görsel sembollerin tasarlandığı) ile etkileşime dayalı olarak algılanan baskıdır. Hastanelerdeki olumlu kültür imajı genel olarak hastane performansını artırmanın yanında hastaları etkilemeye ve onları tutmaya yardım etmekte (Kolade et al. 2014), hastaların sadakatini doğrudan olarak artırmakta, artan hizmet kalitesi aracılığıyla hasta tatminini geliştirmekte ve bu da hastaların tekrardan gelme niyetlerini arttırmaktadır (Sirisha, Babu 2014).

Sağlık kurumları yaşamlarını devamlı kılabilmek için eylemleriyle, politikalarıyla, kararlarıyla ya da amaçlarıyla bireyleri/grupları etkileyebilmeli ve onların onayını alabilmelidir. Kısacası, toplumun güveni, takdiri, beğenisi ve tercihi sağlık kurumlarının yaşam süresini belirlemektedir. Sağlık alanlarında reklamlar 3 şekilde yapılabilmektedir. Bunlar; kurumsal reklamlar, gizli/örtülü reklamlar ve yanıltıcı/aldatıcı reklamlardır. *Kurumsal reklamlar*, daha çok halkla ilişkiler çalışmalarında kullanılan araçlardan oluşan, amacı kurumsal imajı oluşturma ve geliştirme olan reklam türüdür. *Gizli/örtülü reklamlar* da diğer sağlık hizmeti veren kuruluşlara göre daha kaliteli hizmet sağladıkları vurgulanır. *Yanıltıcı/aldatıcı reklam* ise zaten var olması gereken bir konunun hastaneler tarafından çok önemli bir konu gibi vurgulanmasıdır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tanıtılması ve reklamının yapılması, Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Türk Tabipleri Birliği Kanun, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği, Özel Hastaneler Yönetmeliği ve Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik’te engellenmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerine ilişkin reklamın bazı çevrelerce hoş karşılanmaması, gereksiz masraflara yol açtığı düşünülmesi, bazı konularda kişilerin özel yaşantılarını ilgilendiren araştırmaların yapıldığına inanılması, kişilerin istekleri dışında belirli şekilde davranışa yöneltildiklerine inanılması ile reklamın sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine neden olacağına ilişkin eleştiriler sağlık hizmetleri reklamlarının yapılmasını sınırlandırmaktadır (Canöz 2013).

#### IV. LİTERATÜR TARAMASI

Bu bölümde markalaşma ile ilgili sağlık sektöründe yapılan benzer çalışmalar incelenmeye çalışılmıştır. Çalışmalarda genel olarak markalaşmanın *hizmet kalitesi, kurumsal imaj ve müşteri sadakati* üzerinde etkisinin olduğu görülmüştür. Örneğin Wu (2011) tarafından yapılan çalışmada hastanenin imajının hizmet kalitesi, hasta tatmini ve hasta sadakati üzerinde direkt etkisi olduğu belirtilmiştir. Huei ve diğerleri (2015) tarafından 400 medikal turist üzerinde yapılan bir çalışmada marka imajının turistler üzerinde pozitif bir etkisinin (tekrar gelme gibi)

olduğu ve bu etkinin de hizmet kalitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Laohasirichaikul ve diğerleri (2008) tarafından 500 kişi üzerinde yapılan çalışma algılanan dört hizmet kalitesi boyutunun kurumsal imaj, müşteri tatmini ve müşteri sadakati üzerindeki etkisi incelenmeye çalışılmış ve somut olan boyutların kurumsal imaj üzerinde çok büyük etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Hashim ve DeRun (2013) tarafından yapılan çalışmada özel hizmet sektörünün gereçlerini ve farklılıklarını belirlemek için hizmetlerdeki başarılı markalaşma stratejilerinin boyutlarını belirlemeye çalışılmış ve sağlık hizmetleri, otel hizmetleri, maliyetlerin ve yatış işlemlerinin marka değerini oluşturan farklı boyutlar olduğu belirlenmiştir. Kolade ve diğerleri (2014) tarafından 298 kişi üzerinde yapılan çalışmada örgütsel davranış, hastanenin kurumsal imajı ve performansı arasındaki ilişki incelenmeye çalışılmış ve hastanenin örgütsel davranış ve kurumsal imajı ile performansını artırdığı gözlemlenmiştir. Kemp ve diğerleri (2014) tarafından 322 hasta üzerinde yapılan çalışmada güven ve sosyal sorumluluk kavramlarının sağlık sektöründeki müşteri marka ilişkilerinde etkili bir bağlılık kurmada anahtar değişkenler olduğu ortaya çıkarılmıştır. Metin (2012) tarafından 345 kişi üzerinde yapılan çalışmada kişilerin eğitim seviyesi arttıkça markalı hizmete önem verdiğine, sosyal medyadan ve hastanelerin web sayfasından daha çok etkilendiğine, gelirleri arttıkça hastanenin fiziksel özelliklerine daha çok önem verdiğine ve daha çok cerrahi branşlarda tanınan hastaneleri seçtiğine vurgu yapılmıştır. Şantaş ve diğerleri (2016) tarafından 283 sağlık hizmeti kullanıcısı üzerinde yapılan çalışmada hizmet kalitesin, tanınırlık, personel, fiziki unsurlar ve maliyetler hastane tercihinde etkili olan faktörler olarak belirlenmiş ve bu faktörlerin bazı tanımlayıcı özelliklere göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Özkoç (2013) tarafından 6938 sağlık hizmeti kullanıcısı üzerinde yapılan çalışmada kuruma erişim imkanları ve gelir seviyeleri sağlık kurumu tercihlerini etkileyen faktörler olarak belirlenmiş ve bu faktörlerin çeşitli demografik özelliklere göre farklılık gösterdiği gözlemlenmiştir.

## V. MATERYAL VE YÖNTEM

### 5.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, özel hastanelerin marka haline gelmesini etkileyen başlıca faktörlerden kurumsal özellikler ve tanıtımların hastane tercihleri üzerindeki etkisini belirlemektir. Çalışmanın bu amacı doğrultusunda aşağıda verilen soruların cevapları belirlenmeye çalışılmıştır:

- Markalaşma sürecinde etkili olan kurumsal özellikler ve tanıtım faktörünün hastane tercihi üzerindeki etkisi nedir?
- Markalaşma sürecinde etkili olan kurumsal özellikler ve tanıtım faktörü ile bazı demografik özellikler (meslek, yaş, eğitim durumu, sosyal güvence durumu, gelir durumu, sosyal medya kullanımı ve internet kullanma sıklığı) arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

### 5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kahramanmaraş ilindeki bir özel hastaneye 15 Nisan - 15 Mayıs 2016 tarihlerinde poliklinik hizmeti almak için başvuran hastalar oluşturmaktadır. Bu kapsamda başvuran bütün hastalara ulaşılmaya çalışılmış ancak bu durum zaman ve maliyet açısından mümkün olamayacağı için örneklem seçimi yoluna gidilmiştir. Hastaneden elde edilen verilere göre belirtilen tarihler arasında 3000 hastanın poliklinik hizmeti (acil servis hariç) almak için başvuru yaptığı tespit edilmiştir. Yapılan örneklem seçimi sonucunda (Creative Research System 2016) %95 güven aralığında en az 341 kişiye anket yaptırılması gerektiği belirlenmiştir. Bu çalışmada ise 372 adet kullanılabilir anket hastalar ile yüz yüze görüşülerek elde edilmiş ve gerekli örneklem büyüklüğü sağlanmıştır.

### 5.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak, Metin (2012) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Ölçek toplam 26 sorunun yer aldığı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastalar ile ilgili tanımlayıcı özelliklerin belirlendiği 10 soru; ikinci bölümde ise hastaların markalaşmaya karşı bakış açılarının belirlendiği 16 soru yer almaktadır. İkinci bölümde likert tipi ölçek kullanılmış ve sorulara verilen cevaplar 1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum ve 5=kesinlikle katılıyorum şeklinde ölçülmüştür.

Tablo 1'e bakıldığında Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,888 olarak bulunmuştur. Bu doğrultuda örneklemin yeterliliğinin iyi olduğu söylenebilir. Barlett Küresellik Testi Ki-Kare değerinin 3561,685 (p=0,000) olması da skorların korelasyon matrisinin faktörlenebilirliği için uygun olduğunu göstermiştir.

**Tablo 1. KMO ve Barlett Testi**

Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliğinin Ölçüsü	0,888	
Barlett's Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare Değeri	3561,685
	Serbestlik Derecesi	120
	p değeri	0,000

Araştırma kapsamında sorulan soruların belirlenen kurumsal özellikler ve tanıtım boyutlarının hangisinin altında olduğu belirlemek amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen değerler Tablo 2'de sunulmuştur. Araştırma ölçeğinde yer alan 16 sorunun 10'u *kurumsal özellikler* faktörü, 5'i ise *tanıtım* faktörü altında yer almıştır. Geriye kalan "hastanenin bina dizaynı, iç dizaynı ve otelcilik hizmeti hastaneyi tercih etmemde etkilidir" değişkeni hem kurumsal özellikler hem de tanıtım faktörüne yüklenme yaptığı için çıkarılmıştır.

**Tablo 2. Dönüştürülmüş Faktör Yükleri**

<b>Değişkenler</b>	<b>Faktör I (Kurumsal Özellikler)</b>	<b>Faktör II (Tanıtım)</b>
Hastanenin gelişen ve değişen teknolojiyi yakından takip etmesi hastane tercihimde etkiler	0,741	
Tanınmış/bilinirliği yüksek, markalaşmış bir hastanenin sağlık hizmetlerinin, olanaklarının daha iyi olduğunu düşünürüm	0,737	
Yeni açılan bir hastanenin köklü bir kuruluşa bağlı bir sağlık kurumu olması tercihimde etkiler	0,735	
Hastanenin doktorlarının tanınmışlığı/bilinirliği hastaneyi tercih etmemde öncelikli etkilidir	0,733	
Yakın çevremde gidip memnun kalması ve hastaneyi tavsiye etmesi hastane tercihimde etkilidir	0,711	
Daha önce gittiğim bir hastaneden memnun kalırsam, daha sonraki rahatsızlığım içinde tercih ederim	0,672	
Tanınmış/bilinirliği yüksek, markalaşmış bir hastane hakkında olumsuz haberler duyduğumda hastaneye olan düşüncem/güvenim azalır	0,649	
Hastanenin ulaşım kolaylığı o hastaneyi tercih etmemde etkilidir	0,637	
Hastaneden aldığım hizmet karşılığında ek ücret talep edilmemesi özel hastane tercihimde olumlu etkiler	0,624	
Hastanenin uzun yıllardır faaliyette olması hastane tercihimde olumlu etkiler	0,574	
Özel hastanenin internet sayfasındaki reklam ve tanıtımlar hastane tercihimde etkilidir		0,665
Televizyon, radyo, gazete ve dergi gibi yazılı ve görsel medyada hastanenin reklamlarının olması hastane tercihimde olumlu etkiler		0,654
Bilboardlarda hastanenin reklamının sık sık yapılıyor olması hastaneyi tercih etmemde etkilidir		0,653
Sosyal medya (facebook, twitter ve forum) da hastane ile ilgili yorum ve görüşler hastane tercihimde etkiler		0,632
Televizyon ve radyolarda yapılan sağlık programlarına sponsor olan özel hastaneler hastane tercihimde olumlu etkiler		0,625
<b>Özdeğerler</b>	6,296	2,813
<b>%</b>	41,975	18,754
<b>Birikimli</b>	41,975	60,729

Tablo 3'te görüldüğü üzere, çalışmada hastaların markalaşma ile ilgili değerlendirmelerini yaptığı ikinci kısmın cronbach's alpha değeri 0,896 olarak bulunmuştur. Bu kapsamda çalışmada kullanılan anketin yüksek düzeyde tutarlı ve güvenilir olduğu söylenebilir. Ayrıca ölçeğin faktörleri olan kurumsal özellikler (0,899) ve tanıtımında (0,902) güvenilirlik katsayılarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

**Tablo 3. Araştırma Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi**

Boyutlar	Soru Sayısı	Cronbach Alpha Değeri
Genel	15	0,896
Kurumsal Özellikler	10	0,899
Tanıtım	5	0,902

#### 5.4. Verilerin Analiz Yöntemi

Verilerin analizinde SPSS 20.0 programı aracılığı ile frekans dağılımları, aritmetik ortalama, standart sapma, faktör analizi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yöntemlerine başvurulmuştur. Tek yönlü varyans analizi sonucunda oluşan farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı tespit etmek içinde değişkenler homojen ise Tukey Testi, homojen değil ise Tamhane's Testi kullanılmıştır.

#### 5.5. Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan hastaların demografik özelliklerinden bahsedilmiş, katılımcıların ikinci bölümdeki sorulara verdikleri cevaplar incelenmiş ve son olarak çalışma kapsamında oluşturulan hipotezler analiz edilmiştir.

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4'te gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların büyük bir çoğunluğunu erkeklerin (%57,8) oluşturduğu görülmektedir. Yaş açısından baktığımızda en çok 30-39 (%28,8), 40-49 (%25,0) ve 20-29 (%23,9) yaş grubundakilerin olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların sadece %22,6'sının memur olması, özel hastaneye başvuranların çok büyük bir bölümünün kamu sektörü dışında çalışanlar olduğunu göstermektedir.

**Tablo 4. Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı Özellikler**

Demografik Özellikler		Sıklık	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	215	42,2
	Kadın	157	57,8
Yaş	20-29	89	23,9
	30-39	107	28,8
	40-49	93	25,0
	50-59	60	16,1
	60 ve üzeri	23	6,2
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	16	4,3
	Okuryazar	40	10,8
	İlkokul	59	15,9
	Ortaöğretim	27	7,3
	Lise	73	19,6
	Üniversite	109	29,3
Meslek	Lisansüstü / Doktora	48	12,9
	İşçi	69	18,5
	Memur	84	22,6
	Özel sektör	80	21,5
	Serbest meslek	78	21,0
	Ev hanımı	61	16,4
Aylık Gelir Durumu	1000 TL ve altı	105	28,2
	1001-2500 TL	117	31,5
	2501-4000 TL	69	18,5
	4001-5500 TL	52	14,0
	5501 TL ve üstü	29	7,8
Sosyal Güvence	SGK	296	79,6
	Özel Sağlık Sigortası	33	8,9
	Sosyal güvencem yok	43	11,6
<b>Toplam</b>		<b>372</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılanlar arasında eğitim durumu açısından yüksek oranda üniversite mezunları (%29,3) olduğu görülmüştür. Genel olarak lise ve üstü eğitim düzeyinin kabul edilebilir bir seviye olduğu düşünülürse, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%61,8) eğitim seviyesinin iyi olduğu söylenebilir. Araştırmaya katılanların en çok 1001-2500 TL (%31,8) ve 1000 TL ve altı (%28,2) düzeyinde gelire sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların sosyal güvencelerinin çok büyük bir oranda SGK (%79,6) olduğu da ortaya çıkarılmıştır. Bu verilerin dışında, katılımcıların sosyal medyayı kullanıp kullanmadığı, interneti ne sıklıkta kullandığı, özel hastaneyi ya da doktoru gitmeden önce araştırıp araştırmadığı ve özel hastaneleri birincil tercih etme sebepleri de birinci bölümde belirlenmeye çalışılmıştır. Bu kapsamda katılımcıların %71,0'ının en az bir sosyal medya aracını (facebook, twitter ve linkedin) kullandığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların %38,7'sinin her gün 1-8 saat arasında internet kullandığı görülmüştür. Katılımcıların yarısından fazlasının (%51,9) özel hastaneye ya da doktora gitmeden önce iyi bir araştırma yaptığı ortaya çıkarılmıştır. Son olarak katılımcıların en çok cerrahi branşlarda (%47,8) tanınan özel hastaneleri tercih ettiği de saptanmıştır.

Hastaların kurumsal özellikler üzerine olan sorulara verdikleri cevaplar Tablo 5'te incelenmiştir. Katılımcıların çok büyük bir oranının doktorların tanınmışlığına öncelik tanıdığı (3,99), teknolojiyi takip eden hastaneleri tercih ettiği (4,07), markalaşmış hastanelerin sağlık hizmetlerini iyi olarak düşündüğü (4,11) ve olumsuz bir haber olduğunda hastaneye olan güveninin azaldığı (4,01), yakın çevresinden hastane ile ilgili aldığı olumlu haberlerin

tercihlerini pozitif yönde etkilediği (4,21), yeni kurulan hastanelerin köklü bir kuruluşa bağlı olmasının tercihini olumlu yönde etkilediği (4,03), hastanenin iç ve bina dizaynını ve otelcilik anlayışını önemli olarak gördüğü (3,73) ve daha önce memnun kalmasının da kuruma daha sonra tekrar gitmesine neden olacağı (4,39) ortaya çıkarılmıştır. Alınan hizmet karşılığında ek ücret istenmemesinin (4,60) ve ulaşımın sıkıntı olmayışının (4,22) da hastane tercihinde çok etkili olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 5. Katılımcıların Markalaşma İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Analizi**

Değerlendirmeler	Ortalama	Standart Sapma	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katıyorum	Kesinlikle Katıyorum
Hastanenin doktorlarının tanınmışlığı hastaneyi tercih etmemde öncelikli etkilidir.	3,99	1,03	5,4	3,8	9,7	48,1	33,1
Hastanenin gelişen ve değişen teknolojiyi yakından takip etmesi hastaneyi tercih etmemde etkilidir.	4,07	0,97	4,3	3,2	8,9	48,1	35,5
Tanınmışlığı yüksek, markalaşmış bir hastanenin sağlık hizmetlerinin, olanaklarının daha iyi olduğunu düşünürüm.	4,11	0,98	3,8	4,3	7,8	44,9	39,2
Tanınmışlığı yüksek, markalaşmış bir hastane hakkında olumsuz haberler duyduğumda hastaneye olan güvenim azalır.	4,01	1,07	4,0	7,3	11,0	38,2	39,5
Televizyon, gazete gibi yazılı ve görsel medyada hastanenin reklamlarının olması hastane tercihimde olumlu etkiler	3,43	1,18	7,3	16,1	22,6	34,4	19,6
Televizyon, gazete gibi sağlık programlarına sponsor olan özel hastaneler hastane tercihimde olumlu etkiler.	3,25	1,21	10,2	16,4	27,4	29,3	16,7
Yakın çevremizin gidip memnun kalması ve hastaneyi tavsiye etmesi hastane tercihimde etkilidir.	4,21	0,98	3,2	5,1	5,4	39,8	46,5
Sosyal medyadaki hastane ile ilgili yorum ve görüşler hastane tercihimde etkiler.	3,49	1,31	10,8	14,5	16,7	30,6	27,4
Özel hastanenin internet sayfasındaki reklam ve tanıtımlar hastane tercihimde etkilidir.	3,34	1,23	10,2	15,1	24,2	31,5	19,1
Yeni açılan bir hastanenin köklü bir kuruluşa bağlı bir sağlık kurumu olması tercihimde olumlu etkiler	4,03	0,97	4,3	3,5	9,9	49,2	33,1
Hastanenin uzun yıllardır faaliyette olması hastane tercihimde olumlu etkiler.	3,51	1,15	6,5	11,6	29,3	29,3	23,4
Bilboardlarda hastanenin reklamının sık sık yapılıyor olması hastaneyi tercih etmemde etkilidir.	3,35	1,23	10,2	14,0	25,8	30,1	19,9
Hastanenin bina dizaynı, iç dizaynı ve otelcilik hizmeti hastaneyi tercih etmemde etkilidir.	3,73	1,09	6,7	8,9	10,2	52,7	21,5
Daha önce gittiğim bir hastaneden memnun kalırsam, daha sonraki rahatsızlığım içinde tercih ederim.	4,39	0,88	3,8	0,3	4,0	36,6	55,4
Hastaneden aldığım hizmet karşılığında ek ücret talep edilmemesi özel hastane tercihimde olumlu etkiler.	4,60	0,89	3,5	1,3	2,7	16,1	76,3
Hastanenin ulaşım kolaylığı o hastaneyi tercih etmemde etkilidir.	4,22	1,01	4,8	2,7	5,1	39,8	47,6

Sağlık kuruluşlarının televizyon ve gazete gibi yazılı ve görsel medya da reklamının olmasının (3,43), bazı sağlık kuruluşlarına sponsor olmalarının (3,23), sosyal medyada (3,49), hastanenin internet sayfasında (3,34) ve billboardlarda tanıtımlarının yapılmasının (3,35) hasta tercihlerini daha az etkilediği ortaya çıkarılmıştır. Bu durumun ortaya çıkmasındaki nedenin Türkiye sağlık sisteminde uygulanan reklam yasağı olduğu söylenebilir.



**Tablo 6. Kurumsal Özellikler ve Reklam Faktörlerinin Puan Dağılımları**

Faktörler	Kişi Sayısı	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Kurumsal Özellikler	372	1,00	5,00	4,1191	0,72498
Tanıtım	372	1,00	5,00	3,3758	1,04897

Tablo 6’da kurumsal özellikler ve tanıtım boyutlarının puan dağılımları gösterilmiş ve kurumsal özellikler faktörünün tanıtım faktörüne göre hastalar üzerinde daha büyük bir etki yarattığı ortaya çıkarılmıştır. Tablo 7’de kurumsal özellikler faktörünün; Tablo 8’de ise tanıtım faktörünün bazı demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Sadece interneti kullanma sıklıkları ile hastaların tercihinin etki eden *kurumsal özellikler* arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p=0,170$ ;  $p<0,05$ ).

**Tablo 7. Kurumsal Özellikler ile Demografik Özelliklerin Karşılaştırmalı Analizi (Anova Testi)**

Değişkenler		Kurumsal Özellikler Faktörü			
		Ortalama	Standart Sapma	F Değeri	P Değeri
<b>Meslek</b>	İşçi	3,97	0,83	4,152	0,003
	Memur	4,30	0,55		
	Özel Sektör	4,25	0,61		
	Serbest Meslek	3,93	0,88		
	Ev Hanımı	4,09	0,67		
<b>Yaş</b>	20-29	4,05	0,81	2,506	0,042
	30-39	4,03	0,80		
	40-49	4,31	0,56		
	50-59	4,05	0,72		
	60 ve üzeri	4,20	0,46		
<b>Eğitim Durumu</b>	Okuryazar değil	4,16	0,52	3,883	0,001
	Okuryazar	3,76	0,98		
	İlkokul	4,08	0,76		
	Ortaöğretim	3,86	0,91		
	Lise	4,15	0,63		
	Üniversite	4,18	0,66		
Lisansüstü ve Doktora	4,41	0,46			
<b>Sosyal Güvence</b>	SGK	4,14	0,69	3,895	0,021
	Özel Sağlık Sigortası	4,29	0,91		
	Sosyal Güvencem Yok	3,86	0,76		
<b>Gelir Durumu</b>	1000 TL ve altı	4,05	0,65	7,480	0,000
	1001-2500 TL	3,90	0,89		
	2501-4000 TL	4,23	0,59		
	4001-5500 TL	4,34	0,56		
	5501 TL ve üstü	4,54	0,41		
<b>İnternet Kullanım Sıklığı</b>	Her gün 8 saatten fazla	3,93	0,82	1,614	0,170
	Her gün 1-8 saat arası	4,18	0,78		
	Haftada birkaç defa	4,02	0,81		
	Nadiren sadece gerektiğinde	4,27	0,31		
	Kullanmıyorum	4,10	0,63		

Katılımcıların meslekleri ile hastaların tercihinin etki eden *kurumsal özellikler* arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0,003$ ;  $p<0,05$ ). Bu farklılığın hangi alt gruplardan kaynaklandığını belirlemek için “Tamhane’s Testi” kullanılmış ve memurlar ile serbest meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların meslekleri ile hastaların tercihine etki eden **tanıtım** faktörü arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0,000$ ;  $p<0,05$ ). Bu farklılığın hangi alt gruplardan kaynaklandığını belirlemek için “Tamhane’s Testi” kullanılmış ve memurlar ile işçiler, ev hanımları ve serbest meslek grupları arasında bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaşları ile hastaların tercihine etki eden **kurumsal özellikler** arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0,042$ ;  $p<0,05$ ). Bu farklılığın hangi alt gruplardan kaynaklandığını belirlemek için “Tamhane’s Testi” kullanılmış ve “30-39” yaş grubu ile “40-49” yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaşları ile hastaların tercihine etki eden **tanıtım** faktörü arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0,002$ ;  $p<0,05$ ). Bu farklılığın hangi alt gruplardan kaynaklandığını belirlemek için “Tukey Testi” kullanılmış ve “40-49” yaş grubu ile “60 ve üzeri” yaş grupları arasında bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların eğitim durumları ile hastaların tercihine etki eden **kurumsal özellikler** arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,05$ ). Bu farklılığın hangi alt gruplardan kaynaklandığını belirlemek için “Tamhane’s Testi” kullanılmış ve “okuryazar” grubu ile “lisanüstü/doktora” grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların eğitim durumları ile hastaların tercihine etki eden **tanıtım** faktörü arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0,000$ ;  $p<0,05$ ). Bu farklılığın hangi alt gruplardan kaynaklandığını belirlemek için “Tamhane’s Testi” kullanılmış ve “okuryazar olmayan” grubu ile “üniversite” ve “lisanüstü/doktora” grupları arasında bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların sosyal güvence durumları ile hastaların tercihine etki eden **kurumsal özellikler** arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0,021$ ;  $p<0,05$ ). Bu farklılığın hangi alt gruplardan kaynaklandığını belirlemek için “Tukey Testi” kullanılmış ve sosyal güvencesi olmayan ile “SGK”lı ve “özel sağlık sigortalı” olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların sosyal güvence durumları ile hastaların tercihine etki eden **tanıtım** faktörü arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0,000$ ;  $p<0,05$ ). Bu farklılığın hangi alt gruplardan kaynaklandığını belirlemek için “Tukey Testi” kullanılmış ve sosyal güvencesi olmayan ile “SGK”lı ve “özel sağlık sigortalı” olanlar arasında bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların gelir durumları ile hastaların tercihine etki eden **kurumsal özellikler** arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0,000$ ;  $p<0,05$ ). Bu farklılığın hangi alt gruplardan kaynaklandığını belirlemek için “Tamhane’s Testi” kullanılmış ve “1000 TL’nin altında” olanlar ile “4001-5500” ve “5001 TL üzerinde” olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 8. Tanıtım Faktörü ile Demografik Özelliklerin Karşılaştırmalı Analizi (Anova Testi)**

Değişkenler		Tanıtım Faktörü			
		Ortalama	Standart Sapma	F Değeri	P Değeri
<b>Meslek</b>	İşçi	3,15	1,05	20,542	0,000
	Memur	3,84	0,84		
	Özel Sektör	3,88	0,89		
	Serbest Meslek	3,07	1,03		
	Ev Hanımı	2,72	0,96		
<b>Yaş</b>	20-29	3,55	0,90	4,216	0,002
	30-39	3,41	1,02		
	40-49	3,51	1,09		
	50-59	3,07	1,10		
	60 ve üzeri	2,80	1,12		
<b>Eğitim Durumu</b>	Okuryazar değil	2,69	1,08	15,650	0,000
	Okuryazar	2,70	1,00		
	İlkokul	2,90	0,98		
	Ortaöğretim	3,07	1,01		
	Lise	3,36	1,03		
	Üniversite	3,74	0,91		
	Lisansüstü ve Doktora	4,13	0,64		
<b>Sosyal Güvence</b>	SGK	3,40	1,00	16,616	0,000
	Özel Sağlık Sigortası	4,02	1,10		
	Sosyal Güvencem Yok	2,72	2,72		
<b>Gelir Durumu</b>	1000 TL ve altı	2,94	1,03	27,039	0,000
	1001-2500 TL	3,00	0,95		
	2501-4000 TL	3,81	0,94		
	4001-5500 TL	4,01	0,64		
	5501 TL ve üstü	4,28	0,81		
<b>İnternet Kullanım Sıklığı</b>	Hergün 8 saatten fazla	3,50	1,13	24,747	0,000
	Hergün 1-8 saat arası	3,79	0,94		
	Haftada birkaç defa	3,51	0,92		
	Nadiren sadece gerektiğinde	3,30	0,88		
	Kullanmıyorum	2,52	0,91		

Katılımcıların gelir durumları ile hastaların tercihine etki eden *tanıtım* faktörü arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0,000$ ;  $p<0,05$ ). Bu farklılığın hangi alt gruplardan kaynaklandığını belirlemek için “Tamhane’s Testi” kullanılmış ve “1000 TL’nin altında” olanlar ile “2501-4000”, “4001-5500” ve “5001 TL üzerinde” olanlar arasında bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların interneti kullanma sıklıkları ile hastaların tercihine etki eden *tanıtım* faktörü arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0,000$ ;  $p<0,05$ ). Bu farklılığın hangi alt gruplardan kaynaklandığını belirlemek için “Tukey Testi” kullanılmış ve interneti “kullanmıyorum” diyenler ile “hergün 8 saatten fazla”, “hergün 1-8 saat arası”, “haftada birkaç defa” ve “nadiren sadece gerektiğinde” diyenler arasında bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

## VI. TARTIŞMA

Bu çalışma kapsamında kurumsal özelliklerin ve tanıtımların hastaların kuruluş seçimine ne kadar etki ettiği belirlenmeye çalışılmıştır. Bu amaçla Kahramanmaraş ilinde hizmet veren bir özel sağlık kuruluşuna başvuru yapan 372 hasta üzerinde bir çalışma yapılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde özellikle özel sağlık kuruluşları arasındaki rekabetin artması, kurumların markalaşma alanında müşterileri çekebilmek için etkin politikalar belirlemesine neden olmuştur. Bu doğrultuda markalaşmış sağlık kuruluşlarının önemine vurgu yapmak amacıyla çalışmaya katılan hastalara tanınmışlığı yüksek markalaşmış bir hastanenin sağlık hizmetlerinin kalitesi sorulmuş ve %84,1'inin olumlu düşündüğü gözlemlenmiştir. Wu (2011) ve Sciulli ve Missien (2015) tarafından yapılan çalışmalarda da marka imajının hizmet kalitesi üzerinde etkisi olduğuna; Chahal ve Bala (2012) tarafından yapılan çalışmada da hizmet kalitesinin marka değeri üzerinde büyük bir etkiye sahip olduğuna vurgu yapılmıştır. Ayrıca katılımcıların %77,7'si de bu kurumlar hakkında herhangi bir olumsuz haber duyduklarında güvenlerinin azalacağını da belirtmiştir. Bu veriler ışığında katılımcıların markalaşmış kurumların sağlık hizmetlerine güvendiklerini ve kurumun tanınıyor/biliniliyor olmasına önem verdikleri söylenebilir.

İnternet ve sosyal medya gibi günümüz teknolojileri sağlık hizmeti sağlayıcılarına hastalarına ulaşmada olanaklar sağlamaktadır (Britnell 2011). Bu teknolojilerin hastanelerin imajlarının vurgulanmasında ve hastanelere olan bağlılıklarının sürdürülmesindeki etkisi de yüksektir (Batraga, Rutitis 2012). Bu kapsamda katılımcılara sosyal medyadaki hastane ile ilgili görüş ve yorumların tercihlerini etkileyip etkilemediği sorulmuş ve sadece %58'inden olumlu cevap alınmıştır. Tengilimoğlu ve diğerleri (2015) ve Çimen ve diğerleri (2015) tarafından yapılan çalışmalarda da sosyal medyanın hastane tercihinde etkisi olduğuna vurgu yapılmıştır. Ayrıca katılımcıların sadece %50,6'sının internet sayfasındaki reklamlardan olumlu etkilendiği tespit edilmiştir. Türkiye'de sağlık alanında reklam yapmaya sınırlı bir şekilde izin verilmesinin de bu oranın çıkmasına etkisi olduğu söylenebilir. Diğer yandan katılımcıların sadece %50'sinin billboardlardaki reklamlardan olumlu etkilenmesi ve sadece %45,8'inin bu kuruluşların sağlık programlarına sponsor olmalarından olumlu etkilenmesi bu söylemi doğrular niteliktedir.

Şüphesiz ki medikal teknoloji insanların sağlıklı ve daha kaliteli hayat yaşayabilmeleri için vazgeçilmez bir unsurdur. Ayrıca bu teknolojilerin hastaların faydasına olacak kararlarda doktorlara karar verme noktasında yardım ettiği ve tedbirli davranmalarını sağladığı da unutulmamalıdır (Tan, Ong 2002). Kısacası, insan hayatının söz konusu olduğu sağlık sektöründe kuruluşların teknolojik gelişmeleri takip etmesi ve buna ayak uydurması da büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda katılımcılara kuruluşların gelişen ve değişen teknolojiyi takip etmesinin seçimleri üzerinde etkisinin olup olmadığı sorulmuş ve %84,6'sından etkisinin olduğu cevabı alınmıştır. Bu sonuçla beraber katılımcıların teknoloji konusunda yüksek bir farkındalığa sahip olduğu söylenebilir. Ayrıca Şantaş ve diğerleri (2016) tarafından yapılan çalışmada da benzer bir sonuç bulunmuş ve hastanenin tıbbi-teknik donanımının hastane seçiminde önemli bir etkisi olduğuna vurgu yapılmıştır.

Sağlık kuruluşlarının konumu ve yerleşimi bu alanda faaliyet gösteren kurumlar için büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda iyi bir yerleşim yeri seçen kurumlar hızlı ve iyi bir sağlık hizmeti sunmada rakiplerinden bir adım önde yer alacaklardır (Aydın ve diğerleri 2009). Bu kapsamda katılımcılara ulaşım değişkeninin etkisi sorulmuş ve %87,4'ünden etkisinin olduğu cevabı alınmıştır. Aksoy ve Bayramoğlu (2008) tarafından yapılan çalışmada benzer bir sonuç bulunmuş ve katılımcıların erişim kolaylığına önem verdiği gözlemlenmiştir. Ayrıca Özkoç (2013) tarafından yapılan çalışmada ek ücret ödeme noktasında tüketicilerin kararsız kaldığı ve daha çok kamu hastanelerini tercih ettiği ve Aytekin (2016) tarafından yapılan ücretlerin makul olmasının hastane tercihlerini etkilediği belirtilmiştir. Yapılan çalışmada da bu veriyi

destekleyen bir sonuç bulunmuş ve katılımcıların %92,4'ünün ek ücretlerin kurum seçiminde etkili olduğuna vurgu yaptığı gözlemlenmiştir. Bu veriler doğrultusunda katılımcıların ek ücret talep edilmemesine ve ulaşım faktörüne dikkat ettiği söylenebilir.

Çalışmada kurumların markalaşma sürecini etkileyen kurumsal özellikler ve reklam faktörünün bazı demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Kurumsal özellikler faktörünün meslek durumuna, yaşa, eğitim durumuna sosyal güvence durumuna ve gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği; tanıtım faktörünün ise meslek durumuna, yaşa, eğitim durumuna sosyal güvence durumuna, gelir durumuna ve internet kullanım sıklığına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Aynı şekilde Şantaş ve diğerleri (2016), Özkoç (2013) ve Metin (2012) tarafından yapılan çalışmalarda hastane seçimini etkileyen faktörlerin katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu veriler doğrultusunda markalaşma sürecinde hastane tercihlerini etkileyen faktörlerin katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre farklılık gösterdiği söylenebilir.

## VII. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada kurumsal özellikler faktörünün tanıtım faktörüne göre hastalar üzerinde daha büyük bir etki yarattığı tespit edilmiştir. Katılımcıların marka haline gelmiş hastanelerin sağlık hizmetlerinin kalitesine güvendikleri, internetteki ve billboardlardaki reklamlardan ve sosyal medyadaki yorumlardan çok fazla etkilenmedikleri; daha çok teknolojiden, ulaşım sıkıntısının olmamasından ve doktorların tanınmışlığından etkilendikleri gözlenmiştir. Ayrıca kurumsal özellikler ve tanıtım faktörü ile bazı demografik özellikler arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda marka haline gelmeye çalışan sağlık kurumları için bazı önerilerde bulunulmuştur. Kurumun internet sayfası, billboardlar ve sosyal medya var olan reklam yasakları ihlal edilmeden daha aktif bir şekilde kullanılmalıdır. Kurumun ismi herkese hitap edebilmeli, sadece o kuruma özgü olabilmeli ve kurum kendine başarılı olabileceği özel bir alan seçmeli ve markasını konumlandırmalıdır (göz hastalıklarının tedavisinde dünya markası olmak gibi). Kurum çalışanlarını belirlediği hedefe inandırmalı ve başarılı olabilmek için müşteri tatmininden önce çalışan tatmininin geldiğini unutmamalıdır. Sonuçlar objektif olarak değerlendirilmeli, negatif ve pozitif yönler belirlenmelidir. Sosyal sorumluluk projelerinde daha çok yer alınmalı ve müşterilerin zihninde olumlu etkiler bırakmaya çalışılmalıdır.

Kahramanmaraş ilinde daha önce böyle bir çalışmanın yapılmamış olması sebebiyle yapılan bu çalışmanın hem alandaki çalışmalara hem de karar verme noktasında bulunan özel sektör yöneticilerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Sadece bir hastaneye belirli zaman aralıklarında gelen kişilerin görüşlerini yansıtması çalışmanın kısıtlılığıdır. Bu bakımdan çalışmanın bölgesel olarak daha fazla kişi üzerinde yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Aksoy R. ve Bayramoğlu V. (2008) Sağlık İşletmeleri için Kurumsal İmajın Temel Belirleyicileri: Tüketici Değerlendirmeleri. **ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi** 4(7): 85-96.
2. American Marketing Association (AMA) (1960) **Marketing Definitions: A Glossary of Marketing Terms**. American Marketin Association, USA.
3. Aydın Ö., Özdenir S. ve Akçalı E. (2009) Ankara için Optimal Hastane Yeri Seçiminin Analitik Hiyerarşi Süreci ile Modellenmesi. **SDÜ İİBF Dergisi** 14(2): 69-86.

4. Aytekin A. (2016) Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Kriterler ve Hastanelerin MULTIMOORA ile Sıralanması: Eskişehir Örneği. **İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi** 4(4): 134-143.
5. Barbis D. (2012) Brand Model Creation For A Small Healthcare Service. **HAAGA-HELIA University of Applied Sciences, Thesis, DP in International Business**, Finland.
6. Batraga A. and Rutitis D. (2012) Corporate Identity within the Healthcare Industry. **Economics and Management** 17(4): 1545-1551.
7. Bosch A. L. M. (2005) Corporate Visual Identity Management: Current Practices, Impact and Assessment. **University of Twente, Thesis**, Netherland.
8. Britnell M. (2011) **Increasing Importance of Social Media in Healthcare**. KPMG International. Volume Eight. USA.
9. Canöz K. (2013) **Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler Uygulamaları**. Palet Yayınları. Konya.
10. Chahal H. and Bala M. (2012) Significant Components of Service Brand Equity in Healthcare Sector. **International Journal of Health Care Quality Assurance** 25(4): 343-362.
11. Cinaroğlu S. (2014) Patients' Perception of Reputation and Image – Private and Public Hospitals. **African Journal of Marketing Management** 6(2): 12-16.
12. Clow K. E. and Baack D. (2007) **Integrated Advertising, Promotion and Marketing Communications**. Third Edition. Prentice Hall. USA.
13. Çimen M., Çizmeci E., Deniz S. ve Erkoç B. (2015) Hastane Tercihinde Sosyal Medyanın Kullanımı. **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi** 8(41): 1203-1210.
14. Creative Research System (2016) **Sampling**. <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm> (Erişim Tarihi: 01.07.2016).
15. Derin N. ve Demirel E. T. (2011) Kurum İmajının Kurum Kimliği Açısından Açıklanabilirliği: İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 13(2): 155-193.
16. Donohue R. (2012) **Brand Equity in Healthcare: The Impact of Branding in A Changing Healthcare Landscape**. National Research Corporation. USA.
17. Ekiyor A. ve Tengilimoğlu D. (2014) Sağlıkta Reklam Serbest Olmalı Mı?: Tüketici Görüşleri. **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 16(2): 45-71.
18. Ghodeswar B. M. (2008) Building Brand Identity In Competitive Markets: A Conceptual Model. **Journal of Product&Brand Management** 17(1): 4-12.
19. Gowda A. (2013) Role of Brand Awareness In Healthcare Industry. **International Monthly Refereed Journal of Research In Management&Technology** 2: 139-145.
20. Guiso L., Sapienza P. and Zingales, L. (2013) The Value of Corporate Culture. **NBER Conference**, Spain.

21. Hashim S. and DeRun E. C. (2013) Service Brand Equity: Cross-Sectional Analysis of Four Service Schemes in Malaysia. **Journal of Economics, Business and Management** 1(1): 134-139.
22. Huei C. T., Mee L. Y. and Chiek A. N. (2015) A Study of Brand Image, Perceived Service Quality, Patient Satisfaction and Behavioral Intention Among the Medical Tourists. **Global Journal of Business and Social Science Review** 2(1): 14-26.
23. Jacobs R. Mannion R. Davies H. Harrison S. Konteh F. and Walshe K. (2013) The Relationship Between Organizational Culture and Performance in Acute Hospitals. **Social Science&Medicine** 76(1): 115-125.
24. Jones C. and Bonevac D. (2013) An Evolved Definition of the Term Brand: Why Branding Has A Branding Problem. **Journal of Brand Strategy** 2(2): 112-120.
25. Kansbod M. and Wang-Andresen F. (2012) Corporate Identity Management. **Linnaeus Univesity Bachelor Thesis**, Sweden.
26. Kemp E., Fillapalli R. and Becerra, E. (2014) Healthcare Branding: Developing Emotionally Based Consumer Brand Relationships. **Journal of Services Marketing** 28(2): 126-137.
27. Kim J. and Hatcher C. (2006) **Managing Corporate Identities in A Changing Environment: A Case Study of A Public Sector Shared Services Provider, Empowerment, Creativity and Innovation: Challenging Media and Communication in the 21st Century**. 4-7 July 2006. Australia.
28. Kolade O. J., Oluseye O. O. and Omotayo O. (2014) Organizational Citizenship Behaviour, Hospital Corporate Image and Performance. **Journal of Competitiveness** 6(1): 36-49.
29. Laohasirichaikul B., Chaipoopirutana S. and Combs H. (2008) Effective Customer Relationship Management of Healthcare: A Study of Hospitals in Thailand. **Journal of Management and Marketing Research** 6: 1-12.
30. Lapunikova H. (2010) Role of Corporate Image in A Communication Strategy of An Organization. **Tomas Bata University, Thesis**, Czech Republic.
31. Lopez C., Gotsi M. and Andriopoulos C. (2009) Conceptualising The Influence of Corporate Image on Country Image. **European Journal of Marketing** 45(11): 1601-1641.
32. Lunenburg F. C. (2011) Understanding Organizational Culture: A Key Leadership Asset. **National Forum of Educational Administration and Supervision Journal** 29(4): 1-12.
33. Metin Y. (2012) Özel Hastanelerde Markalaşmanın Hasta Potansiyeline Etkisi. **Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
34. Özkoç H. (2013) Hastaların Sağlık Kurumu Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Uygunluk Analizi ve Nested Logit Model. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 15(2): 267-280.
35. Salam E. M., Shawky A. Y. and Nahas T. (2013) The Impact of Corporate Image and Reputation on Service Quality, Customer Satisfaction and Customer Loyalty: Testing The

- Mediating Role. Case Analysis in International Service Company. **The Business & Management Review** 3(2): 177-196.
36. Sciulli L. M. and Missien T. L. (2015) Hospital Service-Line Positioning and Brand Image: Influences on Service Quality, Patient Satisfaction, and Desired Performance. **Innovative Marketing** 11(2): 20-29.
  37. Scott, T., Mannion R., Davies H. and Marshall M. N. (2003) Implementing Culture Change in Healthcare: Theory and Practice. **International Journal for Quality in Health Care** 15(2): 111-118.
  38. Sirisha B. and Babu M. K. (2014) Branding of Hospitals – Through Tangible Factors By Selected Hospitals. **Excel International Journal of Multidisciplinary Management Studies** 4(3): 227-237.
  39. Solyappan A. and Jayakrishnan J. (2010) Key Determinants of Brand – Customer Relationship In Hospital Industry. **Gas University of Ploiesti Bulletin – Economic Series** 62: 119-128.
  40. Şantaş F., Kurşun A. ve Kar A. (2016) Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 19(1): 17-33.
  41. Tan L. and Ong K. (2002) The Impact of Medical Technology on Healthcare Today. **Hong Kong Journal of Emergency Medicine** 9(4): 231-236.
  42. Tengilimoğlu E., Parıltı N. ve Yar C. E. (2015) Hastane ve Hekim Seçiminde Sosyal Medyanın Kullanım Düzeyi: Ankara İli Örneği. **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 17(2): 76-96.
  43. Terkan R. (2014) Importance of Creative Advertising and Marketing According to University Students' Perspective. **International Review of Management and Marketing** 4(3): 239-246.
  44. Wu C. C. (2011) The Impact of Hospital Brand Image on Service Quality, Patient Satisfaction and Loyalty. **African Journal of Business Management** 5(12): 4873-4882.



# Hata Türü ve Etkileri Analizi (HTEA): Üniversite Hastanesinde Bir Uygulama

Murat AYDAN\*  
Sıdıka KAYA\*\*

## ÖZ

*Hata Türü ve Etkileri Analizi (HTEA), Toplam Kalite Yönetimi (TKY) anlayışında yer bulan; "proaktif" nitelikli (hatalar meydana geldikten sonra durumu düzeltmeye çalışmak yerine, onları önlemeyi amaçlayan), uygulanması kolay ve düşük maliyetli bir kalite iyileştirme tekniğidir. Bu çalışma, HTEA'nın sağlık hizmet süreçlerini iyileştirmede nasıl uygulanabileceğini örneklendirmek amacıyla, Ankara'daki bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında Klinik Patoloji Laboratuvarı Tetkik Süreci'nin yeniden planlaması yapılmış; HTEA tekniği yardımıyla bu sürece dair riskler giderilmeye çalışılmıştır. Elde edilen bulgular ışığında HTEA tekniğinin, süreçteki olası hataları belirlemede ve bunları önlemede yararlı bir araç olabileceği ve teknik yardımıyla hayatî düzeydeki tehlikelerin de azaltılabileceği sonucuna varılmıştır.*

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, hastane, kalite, HTEA, süreç iyileştirme, proaktif kalite iyileştirme teknikleri

## Failure Mode and Effects Analysis (FMEA): An Application in a University Hospital

### ABSTRACT

*Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) is a proactive, easy-to-use and low-cost quality improvement technique that takes place in modern quality management understanding including Total Quality Management (TQM) approach. It aims the prevention of possible failures rather than trying to fix the situation after they occurred. This study was conducted in a university hospital located in Ankara in order to exemplify how FMEA can be applied in improving healthcare processes. Within the application, examination process of The Laboratory of Clinical Pathology was re-planned and any possible risk was tried to be reduced using FMEA technique. The results indicate that, FMEA may be a useful technique for both detecting and avoiding the possible failures and even reducing the vitally high risks in the processes.*

**Keywords:** Health, hospital, quality, FMEA, process improvement, proactive quality improvement techniques

## I. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri hem sıhhi ihtiyaçların hem de sosyal, medeni, teknolojik, ekonomik vb. farklı ihtiyaçların karşılanmaya çalışıldığı bir hizmet alanıdır. Hizmete olan ihtiyacın artması ve hizmetten beklentilerin çeşitlenmesi, bu alanda uygulanacak kalite iyileştirme çalışmalarının da önemini artırmış ve uygulanacak tekniklerin çeşitlenmesi sonucunu doğurmuştur. Diğer sektörlerde daha önce başlayan kalite iyileştirme çalışmalarının sağlık hizmetlerine de uyarlandığı görülmektedir (Kaya 2005).

\* Uz., Hacettepe Üniversitesi Beytepe Hastanesi Başhekimliği, maydan@hacettepe.edu.tr

\*\* Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, sdkaya@hacettepe.edu.tr

Günümüz itibariyle gerek imalat, gerekse hizmet sektörlerinde, ortaya çıkmış aksaklıklarla baş etmek yerine, olası aksaklıkların önlenmesi için çaba harcanmaktadır ve buna yönelik teknikler geliştirilmiştir. Hata Türü ve Etkileri Analizi (HTEA) de sistem, tasarım, süreç veya hizmetlerde meydana gelebilecek olası her türlü aksaklığı önceden belirleyerek önlemeye yönelik, sistematik bir kalite iyileştirme tekniğidir (Chrysler Co. et al. 1995; FAA 2000; Stamatis 1995; Yılmaz 2000). Teknik ile, kusurlar ortadan kaldırılıp olası hataların önüne geçilirken, güvenliği artırmaya ve müşteri memnuniyet düzeyini yükseltmeye odaklanılır (McDermott et al. 2008).

Bu çalışmanın amacı, bir üniversite hastanesinde sağlık hizmet süreçlerini iyileştirme çalışmalarında HTEA tekniğini uygulamak ve uygulamaya ilişkin deneyimi ortaya koymaktır. Bu çerçevede Ankara'daki bir üniversite hastanesinin laboratuvar tetkik süreçleri üzerinde HTEA uygulaması gerçekleştirilmiştir. Çalışma –gerçekleştirildiği tarih itibariyle– alanında az sayıdaki örneklerden biri ve seçilen hastanede yapılmış ilk uygulamadır. Bu anlamda çalışmanın HTEA tekniğinin Türkiye'deki sağlık kurumlarında hizmet süreçlerini iyileştirmede nasıl kullanılabilmesine ilişkin önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Türkiye'de HTEA tekniği sanayi (Türedi ve Bircan 2016), otomotiv (Baysal ve diğerleri 2002; Sönmez, Ünğan 2017, Şişman 2017), inşaat (Efe ve diğerleri 2016; Toptancı, Erginel 2017), eğitim (Eleren 2007; Özfirat 2014), hazır giyim (Önder 2007) gibi pek çok farklı sektörde uygulanmıştır. Bunlara ek olarak sağlık sektörünün de farklı hizmet süreçleri üzerinde yapılan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Hastanedeki ilaç uygulamalarına ilişkin risklerin analizi (Aydın ve diğerleri 2013), yatan hastaların klinik beslenme değerlendirme sürecinin iyileştirilmesi (Hüner ve diğerleri 2014), hastane satın alma sürecinin iyileştirilmesi (Kumru, Kumru 2010), bulaşıcı hastalık risklerinin derecelendirilmesi (Soykan ve diğerleri 2014), ameliyathaneye alınacak hastaların güvenli taşınması (İntepeler, Caran 2011) gibi çalışmalar bunlara birer örnektir.

## II. HATA TÜRÜ VE ETKİLERİ ANALİZİ

Tekniğin uygulanmasından önce uygulayıcıların HTEA tekniği kapsamında sıkça kullanılan bazı kavramları tanımları ve anlamları gerekmektedir. Tekniğe ilişkin hata, hata türü, hata nedeni, hata olasılığı, hatanın etkisi ve etki şiddeti, belirlenim, risk öncelik puanı gibi temel kavramları takiben “Süreç HTEA” ve uygulamanın temel adımları bu kısımda ele alınacaktır.

### 2.1. Önemli Tanımlar

#### *Hata*

Sürecin yapısal bozukluğu, işleyişindeki düzensizlik, uygulandığındaki kuralsızlık, çıktısının beklentiyi karşılamaması gibi sürece dair her türlü istenmeyen durum “hata” olarak kabul edilir. Bunlar önceden bilinen olaylar olabileceği gibi, henüz hiç karşılaşılmamış fakat gerçekleşmesi olası görülen olaylar da olabilir (Stamatis 1995).

**Tablo 1. HTEA Çeşitlerine Göre Örnek Hata Türü Düzeyleri**

		Sistem	Tasarım	Süreç	Hizmet
1. Düzey	Hata Türü	İşlemedi	Akım üretmedi	Araç-gereç desteği yetersiz	Hizmet yetersiz
2. Düzey	Birincil neden	Madde aşırı ince	Devre açık	Operatördeki değişkenlik	Vaat edilen hizmetin verilemeyişi
3. Düzey	İkincil neden: kök neden	Madde kırıldı	Açma/kapama anahtarı	Eğitim yetersizliği	Personel yetersizliği

**Kaynak:** Stamatis 1995

### *Hata Türü*

Hata türü, hatanın ortaya çıktığı fiziksel durum ve şartları doğru sıfatlarla özetleyen kısa ve genel ifadelerdir (Chrysler Co. et al. 1995; Department of Defence 1980). Bununla birlikte, hata türünün birden fazla düzeyi olabilir –ki bunlar da nedenlerden oluşur. Bu düzeylerin sayısı, uygulama belirgin ve basitse az, uygulama karmaşık ise fazla olacaktır. Neden-sonuç ilişkisiyle birbirine bağlı bu düzeylerden anlamlı görülen bir tanesi hata türü olarak ele alınmalıdır (Stamatis 1995). Buna ilişkin bir örnek Tablo 1’de verilmiştir.

### *Hata Nedeni*

Hata nedeni, hata ya da hataların meydana gelmesine zemin hazırlayan asıl nedeni ifade eder (Department of Defence 1980). Kök nedenin belirlenmesi bu nedenden kaynaklanacak tüm hataları önlemeyi mümkün kılacağından, sorunun kökenine ne denli odaklanılırsa önlenmesinde o denli başarılı olunur. Aksi halde üretilen çözüm, ilgili hataya özel geçici bir çözüm olarak kalır ve aynı nedenden kaynaklanan yeni bir hatanın ilerleyen zamanda meydana gelmeyeceği garanti edilememektedir. Öte yandan, belirtilerden hareketle hatanın kökenini araştırırken abartıya kaçmak yersizdir. Kalıcı önleme yönelik olarak yeterince anlamlı bulunan bir neden “kök neden” olarak ele alınabilir (Stamatis 1995).

Hata nedeni belirlenirken “operatör hatası”, “makine arızası” gibi muğlak ifadelerden kaçınılması önerilmektedir (Chrysler Co. et al. 1995). Stamatis (1995) ayrıca, “insan hatası” kavramını titizlikle ele almanın önemine dikkat çeker. İnsan hatası, basitçe dikkatsizlikten kaynaklanabileceği gibi, mevcut kurallar aynen uygulanmış olmasına rağmen de ortaya çıkabilir. Bu nedenle bir hata, “insan hatası” addedilmeden önce, gerçek nedenin bu olduğundan emin olunmalıdır. “Motivasyon eksikliği” bile, bir hatayı “insan hatası” saymak için geçerli gerekçe saymamak, “asıl nedenin belirtisi” olarak görmek gerekmektedir.

### *Hata Olasılığı*

Hata olasılığı, herhangi bir hatanın ne sıklıkta ortaya çıkabileceğine dair bir sıklık ifade eder (Chrysler Co. et al. 1995). Olasılık değerleri “kesin, imkânsız, nadiren, sıkça” gibi sözel ifadelerle ya da “%100, 10.000’de 3” gibi sayısal ifadelerle belirtilebilir (Işığınçok 2005).

### *Hatanın Etkisi ve Etki Şiddeti*

Hatanın etkisi; sistem, tasarım, süreç yahut hizmette meydana gelecek bir hatanın ortaya çıkaracağı sonuçtur. Diğer bir ifadeyle, söz konusu hatanın yol açacağı her türlü bedel, bu

hatanın etkisi sayılır. Bu etkiyi, yalnız hatanın meydana geldiği sistem içerisindeki sonuçları olarak düşünmemek, diğer sistem ve bileşenlere etkisi bakımından da ele almak gerekmektedir (Chrysler Co. et al. 1995; Department of Defence 1980).

Etki şiddeti ise, olası en kötü duruma dayalı risk değerlendirmesine göre, bir anlamda hatanın önemini ifade eder. Belirli bir hata için etki şiddeti, bu hata etkisinin ciddiyeti nispetinde yüksek olacaktır (Chrysler Co. et al. 1995; Department of Defence 1980).

### *Belirlenim*

Belirlenim; herhangi bir hata ya da hataya neden olabilecek aksaklığın fark edilmesi (Department of Defence 1980), gözlem, kontrol ve çözümleme ile ya da beyin fırtınası, örnekleme dayalı istatistik, benzetim (simülasyon) ve laboratuvar testleri gibi yöntemler yardımıyla açığa çıkarılmasıdır. Önemli olan, olumsuz etkisi müşteriye ulaşmadan önce, bu hata ya da aksaklığın olabildiğince erken fark edilebilmesidir (Stamatis 1995).

HTEA tekniğinde, belirlenimin ne denli kolay ya da zor olduğu irdelenerek buna ilişkin risk değerlendirmesi yapılmaktadır. Bir hata ne kadar basit veya hatanın belirlenmesi için kullanılan araç ve yöntemler ne kadar etkili ise, hatanın belirlenimi o denli kolay, dolayısıyla riski o denli az olacak; belirlenimi güçleştikçe hatanın taşıdığı risk artacaktır (Stamatis 1995).

### *Risk Öncelik Puanı (RÖP)*

Risk Öncelik Puanı (RÖP), sözü edilen ölçeklerle hata olasılığı, etki şiddeti ve belirlenime atfedilmiş puanların çarpımıyla hesaplanan sayısal bir değerdir. HTEA tekniği RÖP değerini, hata türlerinin taşıdıkları risk bakımından sıralanabilmesi amacıyla, pratik bir araç olarak kullanır (Chrysler Co. et al. 1995). RÖP değerinin yorumu da yine bu çarpanların tanımı ve yararlanılan ölçeklerden yola çıkılarak yapılır. Hata olasılığının ya da etki şiddetinin artması ve belirlenimin zorlaşması genel olarak riskin artması anlamına gelir. İlgili ölçekler de buna göre hazırlanır ise, RÖP değerinin yüksek olması yüksek riske, düşük olması da düşük riske işaret edecektir (Stamatis 1995).

Durhan (2006), RÖP değerinin literatürde farklı şekillerde hesaplandığına da değinir. Hesaplamadaki yaklaşımlardan biri, ölçek değerlerinin çarpılmak yerine toplanmasıdır. Bu sayede kritikliği belirlemede en önemli risk faktörü olan hata önemliliğinin, RÖP değeri üzerindeki etkisinin daha belirgin olduğu savunulmaktadır. Bir diğer alternatif de, hesaplanan RÖP değerini mümkün olan en yüksek RÖP değerine bölmektir. Bu bölüm 0 ile 1 arasında değerler alacak ve RÖP değerlerine göre yapılacak sıralamayı da etkilemeyecektir. Her ne kadar RÖP'ün hesaplanışında farklı örneklere rastlanabiliyor olsa da, vazgeçilmez iki risk faktörü olasılık ve şiddettir (Durhan 2006).

## **2.2. Süreç HTEA ve Uygulamanın Temel Adımları**

Literatürde HTEA'nın Tasarım HTEA, Hizmet HTEA, Sistem HTEA ve Süreç HTEA olmak üzere dört temel çeşidi yer almaktadır (Stamatis 1995). Özüne bağlı kalmak kaydıyla, bu temel uygulamalar üzerinde çeşitli uyarlamalar da yapılabilmektedir (Derosier et al. 2002). Bu çalışmada, uygulaması gerçekleştirilmiş olan "Süreç HTEA" yöntemine odaklanılmaktadır.

Süreç HTEA, ilk üretime/uygulamaya geçilmeden önce, iş akışındaki potansiyel yahut bilinen hataları tanımlamayı ve akabinde bunlara yönelik önleyici veya düzeltici faaliyetler geliştirmeyi amaçlayan disiplinli bir analiz yöntemidir. Genellikle araç ve gereçler, yöntem,

ölçüm ve çevre değerlendirmesini içerecek şekilde bir dizi adımlar hâlinde uygulanır. Bu bileşenlerin her birinin, kendi içinde başlı başına hata potansiyeline sahip ve birbiriyle etkileşimli farklı bileşenlerden oluşacağına dikkat çeken Stamatis, üzerinde çalışılacak süreç karmaşık bir yapı teşkil edeceğinden, Süreç HTEA'nın diğer HTEA çeşitlerine kıyasla daha karmaşık ve zaman alıcı olduğunu ifade eder (Stamatis 1995).

### *Uygulama Planı*

Yeni bir sistemin, ürünün ya da sürecin tasarlandığı yahut mevcut sistem, ürün veya süreçler üzerinde düzenlemelerin yapılacağı dönemler, HTEA çalışmasının yürütülmesi için en uygun dönemlerdir. Öncelikle çalışmanın amacı ve sınırları açıkça belirlenir. Çalışmayı gerçekleştirecek olanların sorumlulukları da bu aşamada belirlenir (Durhan 2006). Süreç HTEA uygulamasının özetle üç temel adımda gerçekleştiği söylenebilir: iyileştirilecek sürecin belirlenmesi, sürece dair risk değerlendirmesi, alınacak önlemlerin geliştirilmesi (Stamatis 1995).

İlk adımda, süreçle birlikte, gereksinimler ve iyileşme ihtiyacı da belirlenir. HTEA tekniği, çalışma çerçevesinde ilgili tüm personelin ve birimlerin fikir alışverişi yapmasına önayak olan bir araç olarak, takım yaklaşımı ortaya koymaktadır (Chrysler Co. et al. 1995). Nitekim uygulamanın tek kişi tarafından yürütülmesinin birtakım sakıncaları (yanlılık vb.) olabilir ve bu anlamda takım çalışmasının sağlayacağı fayda yüksektir (Durhan 2006). Dolayısıyla, sürecin belirlenmesinden sonraki ikinci iş HTEA takımının oluşturulması olarak düşünülebilir. Böylelikle risk değerlendirmesi ve önlem geliştirilmesi gibi işler, HTEA takımı tarafından gerçekleştirilir.

### *HTEA Takımının Oluşturulması*

Süreç HTEA gibi kapsamlı bir çalışmayı en etkin şekilde sonuçlandırabilmek için başkalarıyla görüş alışverişine ve gerektiğinde işbirliğine ihtiyaç olacaktır. Takım çalışmalarında herkesin bir diğerinin tecrübe ve bilgisinden faydalanması mümkün olduğundan, HTEA'nın takım çalışmasıyla yürütülmesi son derece yararlıdır. Bu nedenle üzerinde çalışılacak kritik süreç ya da süreçler belirlendikten sonra, yapılacak ilk iş bu takımın oluşturulmasıdır (Stamatis 1995).

Görüşüne başvurulacak herkesin “takım üyesi” olması da gerekmemektedir. Literatürde HTEA için kurulacak takımın, sayıları 5 ilâ 9 arasında değişecek kadar üyeden oluşmasının uygun olduğu belirtilmekte; tercihen 5 kişilik takım kurulması önerilmektedir. Takım üyesi olmayan ancak bilgi ve tecrübesine başvurulacak kişiler de haricen çalışmaya dâhil edilebilirler (Stamatis 1995). Üye sayısının az olması, yeterli fikir üretilememesine, gereğinden fazla olması ise konunun dağılmasına neden olabilecektir (Durhan 2006).

Kişi sayısının az olması, takım üyelerinin seçimini daha da önemli kılmaktadır. Dolayısıyla takım üyelerinin seçiminde de özenli olunması gerekecektir. Tüm takım üyeleri, üzerinde çalışılacak süreç hakkında ve hatta grup davranışları hakkında bilgili, sorunla doğrudan yahut dolaylı olarak ilintili ve çalışmaya katılmaya da gönüllü kişilerden seçilmelidir. Çalışmanın gerektirdiği şekilde farklı disiplinlerden üye seçmek de yerinde olacaktır (Stamatis 1995). Takıma, HTEA tekniği konusunda uzman bir kişinin yanı sıra, üst yönetimden de katılım olması yararlı olacaktır. Takım üyelerinin, üzerinde çalışılacak süreci yakından tanıyan kişiler olması gerektiği gibi, çalışmaya başlamadan önce hepsine bu iş için gerekli eğitim de verilmiş olmalıdır (Durhan 2006).

### *Sürecin İncelenmesi*

HTEA tekniği ile iyileştirmesi yapılacak olan süreç, HTEA takımı tarafından ayrıntılı olarak incelenir. İyileştirme fırsatları belirlenip önceliklendirilerek, çalışmaya nereden başlanacağı belirlenir. Ardından süreçte ne gibi sorunların meydana gelebileceği sorgulanır. Müşteri beklentisi gibi dikkate alınması gereken hususlar var ise bunların karşılanıp karşılanamayacağı irdelenir (Stamatis 1995).

Sürecin incelenmesi sırasında iş akış şeması gibi araçlardan da yararlanılabilir –ki süreci oluşturan tüm işlemleri ve bu işlemler bazında sürecin niteliğini ortaya koyması bakımından, bu şemaların oluşturulması yapılabilecek ilk işlerden biridir. İş akışları sürecin farklı kesimlerinde belirlenen olası sorunları adreslemede de kolaylık sağlayabilir (Chrysler Co. et al. 1995).

### *Risk Değerlendirmesi*

Süreç incelendikten ve olası sorunlar ya da iyileştirmeye açık noktalar belirlendikten sonra, risk değerlendirmesi yapılır. Risk değerlendirmesi, hataların meydana gelme olasılığı (sıklığı), etki şiddeti ve belirlenimi bakımından puanlanması şeklindedir. Bu puanlama uygun bulunan hazır ölçekler ya da hazırlanacak olan yeni ölçekler aracılığıyla yapılır. HTEA uygulamalarında kullanılacak tek ve standart bir ölçek yoktur, fakat –ortak bir özellik olarak– ölçeklerdeki düşük puanlar düşük risk düzeylerine, yüksek puanlar da yüksek risk düzeylerine atfedilir. Puanlama yapılırken –mümkünse– mevcut istatistik ya da somut bilgilerden yararlanılır. Bu gibi bir kaynak bulunmuyor ise puanlama takım üyelerinin tecrübe ve öngörülerine dayanarak yapılır. Bu aşamadaki bir diğer gereksinim, çalışma ile ilgili kayıtların işleneceği HTEA formlarıdır. Bu formlar da standart değildir ve HTEA takımları, kendi çalışmalarına göre bu formları uyarlayabilirler (Stamatis 1995).

### *Önlemlerin Geliştirilmesi*

HTEA tekniğinin en önemli aşamalarından biri, belirlenen hataları önleyici ya da düzeltici eylemlerin geliştirilmesidir. Bu aşamada somut olarak eylem önerisinde bulunulabileceği gibi, araştırma ve çalışmaların sürdürülmesi de önerilebilir. Amaç, hata olasılığını, muhtemel etkilerin şiddetini azaltmak ve belirlenimi kolaylaştırmaktır (Stamatis 1995).

HTEA tekniğinde, belirlenmiş hata türleri arasından yüksek risk puanı almış olanlar seçilerek, önlem geliştirme aşamasında yalnızca bunlara odaklanmak mümkündür. Bu sayede uygulama süresi kısaltılırken maliyet de azaltılabilir. Riski yüksek hata türlerinin seçilmesinde öncelikli olarak RÖP değerleri esas alınır (Chrysler Co. et al. 1995; Stamatis 1995). Bu amaçla, literatürde de örnekleri bulunduğu gibi, karar matrislerinden (Bol ve diğerleri 2013; Bonfant et al. 2010; Kaya 2011; National Center for Patient Safety 2010) ya da Pareto ilkesinden yararlanmak mümkündür (Stamatis 1995). Ek olarak, RÖP değeri yüksek olmasa bile, etki şiddeti bakımından riski yüksek hata türlerinin incelenmesinde de yarar vardır (Chrysler Co. et al. 1995).

Benzer şekilde RÖP dağılımı dikkate alınarak da seçim yapılabilir. Söz gelimi [1, 10] aralığında değerlerin yer aldığı üç ölçek üzerinden hesaplanacak RÖP çarpımı [1, 1000] aralığında değerler alabilir. Süreçteki tüm riskin %99'u ele alınmak istenirse, bu 1000 değerden 990'nın seçime katılması anlamına gelir. Dolayısıyla -en düşük 10 değeri içeren- [1, 10] puan aralığı göz ardı edilerek, 10'dan yüksek RÖP değerine sahip hata türleri seçilebilir ve böylelikle bir anlamda %99'luk istatistiksel güven de sağlanmış olur (Stamatis 1995, Yousefinezhadi et al. 2016).

Tercih edilebilecek bir diğer yöntem de RÖP çarpanlarının ayrı ayrı ele alınmasıdır. Bu şekilde yapılacak değerlendirme, aynı RÖP değerine sahip olduğu hâlde farklı anlam ifade eden hata türlerinin birbirinden ayrı yorumlanabilmesine imkân sağlar. Örneğin yine 10 üzerinden puanlaması yapılmış bir çalışmada olasılık, şiddet ve belirlenim ölçeklerinden sırasıyla (10, 1, 1) puan almış hata türü ile (1, 10, 1) ya da (1, 1, 10) puanlarını alan hata türlerinin tümü için RÖP değeri 10 olacaktır; oysa bunlar farklı durumlara işaret etmektedir. İlk durumda hata kolaylıkla fark edilebilmesine ve etkisi bakımından da önemsiz sayılabilecek bir hata olmasına rağmen, çok sık meydana gelmektedir. Bu kadar sık meydana gelen bir hata, sürecin çalışmasını sıkça aksatacağı ve maliyeti de artıracacağı için, takım bu hatayı önlemek isteyebilir. İkinci durumda –her ne kadar etki şiddeti çok yüksek olsa da– nadiren meydana gelebilecek ve meydana geldiğinde de rahatlıkla fark edilip etkisi önlenilecek bir hata türü söz konusudur. Hata meydana gelmiş olsa bile, etkisi müşteriye (hastaya, personele vs.) ulaşmadan önce belirlenip önlenileceğine güvenildiği için, aynı takım bu hata türünü göz ardı etmekte mahsur görmeyebilir (Stamatis 1995).

### *Riskin Yeniden Değerlendirmesi*

HTEA sürekli bir çalışmadır ve uygun sıklıkla sürekli güncellenerek devam ettirilir. Önleyici/düzeltilici faaliyetler uygulandıktan sonra yapılacak yeni çalışma ile ortaya çıkan yeni durumun taşıdığı riskler öncekiyle kıyaslanır. Riskte azalma görülür ise bu durum “süreçte kalite iyileşmesi sağlanabildiği” şeklinde yorumlanır (Chrysler Co. et al.1995).

## **III. YÖNTEM**

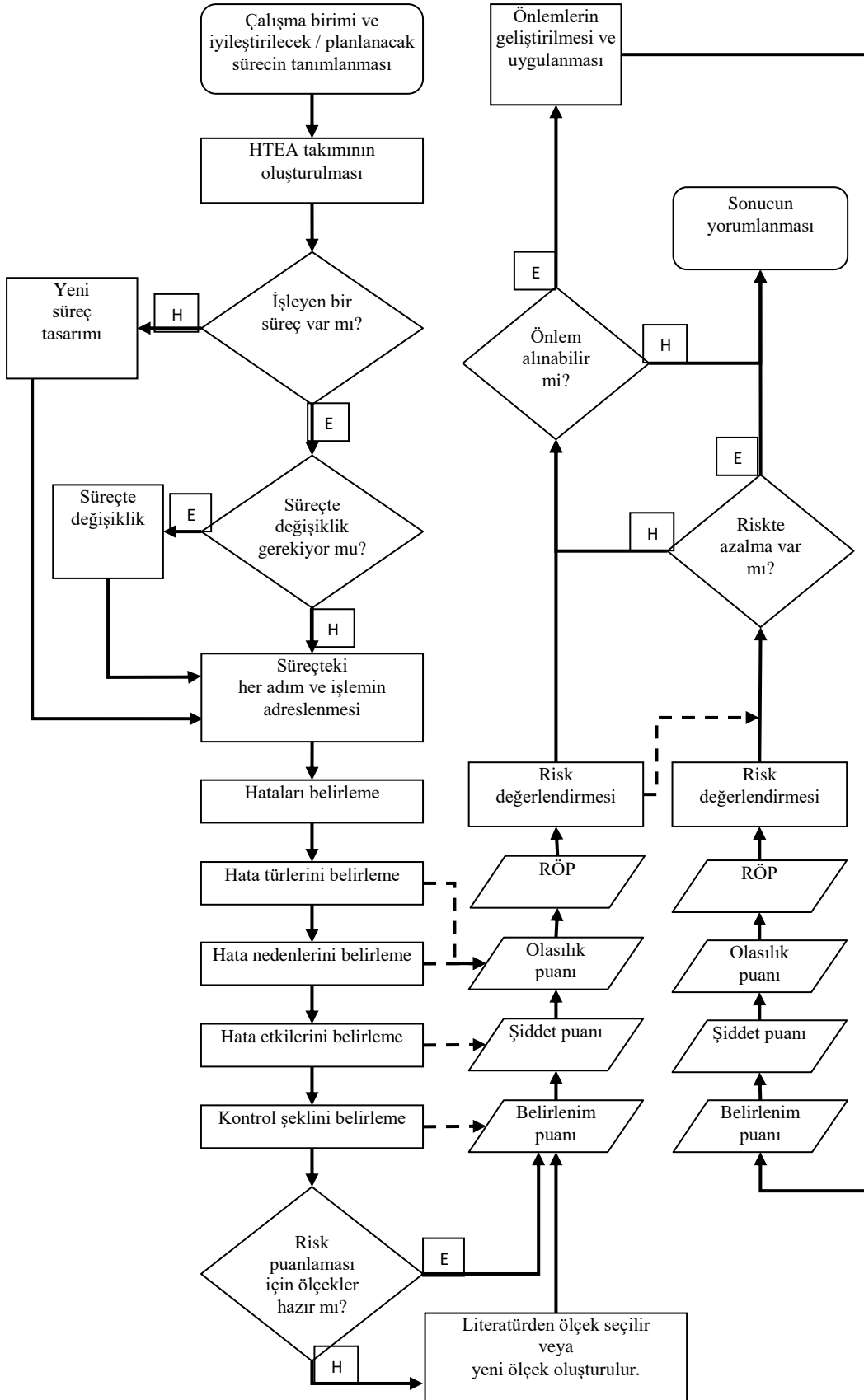
HTEA tekniğine dayanarak, bu çalışmada yapılan uygulamaya ilişkin süreç Şekil 1’de verilmiştir. Sürecin işleyişi alt başlıklarda ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

### **3.1. Uygulama Planı**

HTEA tekniğinin uygulaması için Ankara’da faaliyet gösteren, çok sayıda personele sahip, her yıl çok sayıda kişiye yataklı tedavi hizmetinin sunulduğu ve yine çok sayıda ameliyatın gerçekleştirildiği bir üniversite hastanesi seçilmiştir. Hastane çalışanlarının sağlık hizmetleri kalite iyileştirme çalışmalarına dair bilgi birikiminin olması, hastane yönetiminin çalışmaya ilgi göstermesi ve uygulamaya destek vermesi bu seçimde belirleyici olmuştur.

Ön görüşmeler ve planlama safhasında hastanenin genel direktörü, başhekim ve kalite koordinatörü yanı sıra ilgili müdürleri ile görüşülmüştür. Sunulan sağlık hizmeti açısından elde edilmesi umulan faydayı artırmak ve hastanenin akreditasyon çalışmaları açısından da değer taşıyacak olması nedeniyle, kritik hizmet süreçlerinden birinin uygulama alanı olarak belirlenmesinde yarar görülmüştür.

Hastane bünyesinde faaliyet yürüten, gerek dâhili gerekse cerrahi birimlerde muayene olan ya da tedavi gören hastalara hem acil hem de rutin laboratuvar hizmeti sunan, klinik patoloji laboratuvarı hastanenin en kritik birimlerinden biridir. Alınan klinik örnekler (kan, idrar vb.) bu laboratuvarında çalışılmakta; örnekler üzerinde biyokimya, kan sayımı, idrar, hormon, tümör belirteçleri, kültür, serolojik ve moleküler tanı testleri başta olmak üzere yüzlerce değişik test yapılmaktadır. Laboratuvarında bu şekilde her yıl bir milyondan fazla testin gerçekleştirildiği, çalışmanın gerçekleştirileceği dönem itibarıyla söz konusu laboratuvarın yerinin değiştirileceği ve yeni bir donanım satın alınmak suretiyle hizmet kalitesinin iyileştirilmesine çalışıldığı öğrenilmiştir. Laboratuvarın mevcut konum ve donanımındaki bu değişiklik, ilgili süreçlerin en sağlıklı şekilde baştan tasarlanabilmesi için fırsat olarak değerlendirilmiştir. Bunun üzerine “klinik patoloji laboratuvarı tetkik süreci” üzerinde çalışılmasına, araştırmacının (M.A) çalışmanın sorumlusu tayin edilmesine ve yine araştırmacının rehberliğinde bir takımın oluşturulmasına karar verilmiştir.



Şekil 1. HTEA Tekniği Çerçevesinde Yapılan Uygulamanın Akış Şeması



### 3.2. HTEA Takımı ve Çalışma Düzeni

Hastane yönetiminin izin ve kararı doğrultusunda, araştırmacının rehberliğinde, ilgili süreci yakından tanıyan ve sürecin farklı kesimlerinde görev üstlenmiş mikrobiyoloji ve biyokimya uzmanları ile birer hemşire ve teknisyenin de katılımıyla toplamda 7 kişilik bir takım oluşturulmuştur. Oluşturulan takım Ocak 2009 itibarıyla çalışmalarına başlamıştır. İlk toplantıda takım üyeleri birbirleriyle tanışmışlar ve araştırmacı tarafından kendilerini bilgilendirici bir sunum yapılmıştır. Sunumda çalışmanın amacı, ilgili temel kalite kavramları, HTEA tekniğine dair temel bilgiler ve uygulama aşamaları, kullanılacak kalite araçları (iş akış şemaları vb.) yanı sıra takımın bu çalışmadaki rolü ve önemine değinilmiştir.

Toplantı sonunda takım içerisinde bir görev paylaşımı yapılması uygun görülmüş; bu doğrultuda takım içinde oylama yapılarak bir lider, bir rehber, bir de yazman seçilmiştir. Devam eden toplantıların haftada bir kez ve tahminen birer saatlik olmak üzere aynı gün ve saatte düzenli olarak yapılmasına, sürecin farklı aşamalarında görevli bir hemşire ve bir sağlık teknikerinin daha takıma alınmalarına karar verilmiştir. Takım, bu şekilde kesinleşen 9 kişi ile çalışmalarını sürdürmüştür.

### 3.3. Sürecin İncelenmesi

Sürecin incelenmesi aşamasında, tetkik süreci yeniden planlanacak olan laboratuvarın bir başka yere taşınmasının ve yeni donanım kurulmak suretiyle altyapısında da değişiklik yapılmasının planlandığı öğrenilmiştir. Gelecekteki çalışma şartlarını sağlıklı irdeleyebilmek amacıyla laboratuvarın yeni hizmet yerinde, ayrıca sürecin parçası olan servis ve polikliniklerde incelemelerde bulunulmuştur. Yeni donanımı tanıyabilmek için de donanım hakkında bilgi sahibi olan teknik personelin misafir olarak ilgili toplantılara katılması sağlanmış; çalışma süresince de karşılıklı bilgi ve fikir alışverişi gerçekleştirilmiştir. Ayrıca aynı donanımın kullanılmakta olduğu diğer hastanelerin tecrübelerinden istifade edebilmek amacıyla, bazı hastaneler ziyaret edilmiş; bu hastanelerde çalışan hâldeki donanım yerinde gözlenmiş ve ilgili personel ile görüşülmüştür. Bu inceleme ve görüşmeler, HTEA takımının çalışmalarına ışık tutmuş ve büyük fayda sağlamıştır. Hastane yönetimi tüm bu süreçte karşılıklı iletişimin kurulması ve gerekli izinlerin alınmasını sağlayarak desteğini sürdürmüştür.

Altyapı incelemeleri sonrası yeni iş akışlarının belirlenmesine geçilmiştir. Bu noktada takım üyeleri arasında iş paylaşımı yapılmış; her üyenin, sürecin iyi bildiği kısımlarına dair ideal iş akışı için öneriler geliştirmesi istenmiştir. Sürecin poliklinik ve (yataklı) servisler bakımından belirgin farklılık arz ettiği belirlendiğinden, poliklinik ve servislere dair süreçlerin ayrı ayrı ele alınması uygun görülmüştür. Bireysel öneriler takım toplantılarında toplu olarak ele alınmış; süreç için ideal iş akışı belirlenerek akış şemaları hazırlanmıştır.

İş akışı, farklı aşamaları gösteren “adımlar” ile her bir adımda yapılan tüm işlemlerin sıralanması şeklinde oluşturulmuştur. İş akışları üzerine yapılan bu çalışmada yaşanan kimi güçlükler üzerine, herhangi bir adım ve işlemi işaret etmede kolaylık sağlaması amacıyla, her bir adıma sırasıyla rakamlar ve bu adımlarda yer alan tüm işlemlere de sırasıyla harfler atanmak suretiyle adresleme yapılmıştır. Oluşturulan iş akışı ile yapılan adreslemenin genel yapısı Şekil 2’de verilmiştir. Çalışma sonunda ayrıca “iş akış şemaları” çizilerek, bu akış görselleştirilmiştir.

**Şekil 2. Oluşturulan İş Akışları ve Yapılan Adreslemenin Genel Yapısı**

İŞLEM	1. ADIM:	2. ADIM:	3. ADIM:
	A.	İstem 1. işlem (1A)	Kayıt 1. işlem (2A)
B.	2. işlem (1B)	2. işlem (2B)	2. işlem (3B)
C.	3. işlem (1C)	3. işlem (2C)	3. işlem (3C)
...	...	...	...

*Hata Türleri, Nedenleri ve Etkilerinin Belirlenmesi*

Bu aşamada takım üyeleri her bir adım ve işlemde geçmişte karşılaşılmış veya gelecekte karşılaşılmamasını olası gördükleri her tür aksaklığı bireysel olarak listelemişlerdir. Bireysel çalışmalar, yapılan takım toplantılarında titizlikle değerlendirilmiş; “beyin fırtınası” yapılarak, akla gelen tüm olası hatalar derlenmiş; buradan hareketle “hata türleri” belirlenmiştir.

Hata türleri belirlendikten sonra grup halinde çalışılarak; bunların, her biri için olası nedenler irdelenmiş, hangi şekilde fark edilebileceği ve fark edilemediği takdirde etkilerinin ne olabileceği tartışılmıştır. Yapılan değerlendirmelerin sonucu bilgisayar ortamında önceden hazırlanmış formlara anlık olarak kaydedilmiştir. Oluşturulan tablonun yapısı ve nasıl doldurulduğuna dair örnekler, yapılan puanlama ile birlikte, Tablo 5 ve Tablo 6’da verilmiştir.

**3.4. Risk Değerlendirmesi**

Risk değerlendirme, belirlenen üç ölçek üzerinden yapılan puanlama ve elde edilen üç risk puanı üzerinden genel bir risk puanının belirlenmesi şeklindedir. Bu çerçevede, hata türlerinin ya da buna sebep olacak nedenlerin; ortaya çıkma olasılığına ilişkin risk için “olasılık puanı” (OP), belirlenim güçlüğüne ilişkin risk için “belirlenim puanı” (BP) ve önüne geçilemediği takdirde olası etkisinin şiddetine ilişkin risk için “şiddet puanı” (ŞP) belirlenmiştir. Genel risk durumunu yansıtacak olan RÖP değeri bu üç puanın çarpımıyla hesaplanmıştır. Mevcut hastane kayıtlarının süreçle ilgili olarak uygun ya da yeterli istatistik sağlamadığı görüldüğünden, puanlama takım üyelerinin bilgi birikimi, deneyim ve öngörüsü doğrultusunda yapılmıştır.

Benzer çalışmalarda kullanılmış ölçekler takım tarafından inceledikten sonra, bu çalışmaya ve süreç kurgusuna uygun şekilde özgün ölçekler geliştirilmesine karar verilmiştir. Araştırmacı –takım üyelerinin de katkılarıyla– 3 ölçek oluşturmuş; ardından bu ölçekler üzerinden risk değerlendirme ve puanlaması gerçekleştirilmiştir. Oluşturulmuş ölçekler, ilgili alt başlıklarda sunulmuştur.

*Olasılık Ölçeği ve Puanlaması*

Olasılık ölçeğinin oluşturulması için öncelikle üzerinde çalışılan sürecin yapısı, süreçteki işler ve iş yükü göz önüne alınarak olası hata sıklıkları tahmin edilmiştir. Daha sonra bu sıklıklar, gerek teknik anlam ve uygunluk bakımından gerekse kolay değerlendirmeye elverişli olacak şekilde sıralanmıştır. Sıralama yapılırken yüksek olasılık değerlerine yüksek risk puanı, düşük olasılık değerlerine de düşük risk puanları atfedilmiştir. Çalışmada kullanılan özgün olasılık ölçeği Tablo 2’de verilmiştir.

**Tablo 2. Kullanılan Özgün Olasılık Ölçeği**

Hata Olasılığı	Atfedilen Sıklık	Puanı
Çok yüksek	Saatte 1 veya daha sık	10
	Günde 5–10 kez	9
Yüksek	Günde 1–2 kez	8
	Haftada 3–5 kez	7
Olası	Haftada 1–2 kez	6
	Ayda 1–2 kez	5
Düşük	Yılda 3–5 kez	4
	Yılda 1–2 kez	3
Çok düşük	5 yılda 1	2
	10 yılda 1 veya daha seyrek	1

*Şiddet Ölçeği ve Puanlaması*

Hataların önlenemediği varsayımından hareketle, tüm olası etkiler ve bu etkilerin de mümkün sonuçları irdelenmiştir. Risk derecesine göre şiddet sıralaması yapılmış olup; etkinin kapsamı bakımından da ayırım gözetilmiştir. Bu sayede, bir kişiyi etkileyecek durum ile birden fazla kişiyi etkileyecek durum arasında da ayırım yapılabilmesi sağlanmıştır. Çalışmada kullanılan özgün şiddet ölçeği Tablo 3'te verilmiştir.

**Tablo 3. Kullanılan Özgün Şiddet Ölçeği**

Etki Düzeyi	Hatanın Tanım Ve Kapsamı	Puanı
<i>Hayatî tehlike</i>	İnsanların hayatlarını kaybetmelerine neden olabilir.	10
	Kişinin hayatını kaybetmesine neden olabilir.	9
<i>Ciddi sağlık/güvenlik sorunu</i>	İnsanların sağlığını/güvenliğini önemli ölçüde olumsuz etkiler.	8
	Kişinin sağlığını/güvenliğini önemli ölçüde olumsuz etkiler.	7
<i>Sağlığa/güvenliğe olası olumsuz etki</i>	İnsanların sağlığını/güvenliğini olumsuz etkilemesi olasıdır.	6
	Kişinin sağlığını/güvenliğini olumsuz etkilemesi olasıdır.	5
<i>Sağlık/güvenlik dışı istenmeyen durum</i>	Sağlık/güvenlik riski oluşturmaz; fakat sürecin işleyişini bozar.	4
	Sağlık/güvenlik riski oluşturmaz; fakat sürecin işleyişini aksatır.	3
<i>Göz ardı edilebilir</i>	Göz ardı edilebilir düzeyde, olumsuz etki yaratır.	2
<i>Zararsız</i>	Herhangi bir olumsuz etki yaratmaz.	1

*Belirlenim Ölçeği ve Puanlaması*

Belirlenim ölçeği hazırlanırken, söz konusu olumsuzluğu belirlemenin ne denli kolay ya da zor olacağı yanı sıra, belirlenimin gerçekleşebileceği farklı zaman ve süreç aşamaları da göz önüne alınmıştır. Buna göre her bir durumun taşıdığı risk göz önüne alınarak puan sıralaması yapılmış; önceki iki ölçekte olduğu gibi, yüksek risk düzeyine yüksek puan ve düşük risk düzeyine düşük puan atfedilmiştir. Çalışmada kullanılan özgün belirlenim ölçeği Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4.** Kullanılan Özgün Belirlenim Ölçeği

Hatanın ve/veya Nedeninin Belirlenimi...		Puanı
Neredeyse imkânsız	Süreçten sonra bile belirlenemeyebilir.	10
Pek mümkün görünmüyor	Süreç sonuna kadar belirlenemez.	9
Olasılığı zayıf	Süreç sonuna kadar belirlenemeyebilir.	8
Çok zor	Birkaç adım süresince belirlenemez.	7
Zor	Sonraki adımın sonlarında belirlenebilir.	6
Zor değil	Sonraki adımın başlarında belirlenir.	5
Beklenir	Sonraki adıma geçilmeden belirlenir.	4
Kolay	Sonraki işlem sırasında belirlenir.	3
Çok kolay	Sonraki işlemde önce belirlenir.	2
Neredeyse kesin	Anında belirlenir.	1

*Risk Öncelik Puanı (RÖP)*

Risk Öncelik Puanı (RÖP); ilgili ölçeklerle belirlenen olasılık puanı (OP), şiddet puanı (ŞP) ve belirlenim puanının (BP) çarpımıyla hesaplanmıştır. Dolayısıyla tüm mümkün değerleri [1, 1000] aralığındadır.

$$RÖS = OP \times ŞP \times BP \quad f(RÖP) = \begin{cases} 1 \leq OP \leq 10 \\ 1 \leq RÖP \leq 1000; \\ 1 \leq ŞP \leq 10 \\ 1 < BP < 10 \end{cases}$$

Farklı ölçek değerlerinin aynı RÖP değerini ortaya çıkarabileceği ve bu durumun yorumda önemli yanılığlara neden olabileceği göz önüne alınmıştır. Bu nedenle çalışmada kullanılan olasılık ölçeği için 5 ve 8, şiddet ölçeği için 7 ve 9, belirlenim ölçeği için 6 ve 8 kritik sınırlar olarak belirlenmiş; yorumlama, her üç çarpanın kendi kritik sınırları da dikkate alınarak yapılmıştır. Örnek bir puanlama Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 5. HTEA Formunun Yapısı ve Yapılan Risk Puanlaması Örneği**

5B. Serviste pnömatik sistem istasyonu yoksa numuneler ve istem formları en yakın istasyonun bulunduğu bölümün örnek toplama yerine gönderilir.							
Hata Türü	Nedenler	Fark Edilmesi	Olası Etkiler	OP*	ŞP*	BP*	RÖP*
Örneğin / formun işlevselliğini kaybetmesi	Geçen sürede örnek veya formun kaybolması	Form ve örneklerin eşleştirilmesi	Numune laboratuvara kabul edilmez, teşhis tedavi gecikir, zaman kaybı ve maliyet artışı,	6	5	5	150
	Geçen sürede örnek veya formun hasar görmesi	Hasarlı örnek veya formun görülmesi	hastaya invazif girişimin tekrarı gerekebilir.	6	2	5	60
	Örneğin önerilenden daha uzun süre beklemesi	Hiç fark edilmeyebilir	Hatalı sonuç, yanlış teşhis/televad	10	10	10	1000

\* OP: olasılık puanı, ŞP: şiddet puanı, BP: belirlenim puanı, RÖP: risk öncelik puanıdır.

### 3.5. Önleyici ve Düzeltici Faaliyetler

Üzerinde çalışılan sürecin çok kritik nitelikte olması dolayısıyla ve baştan planlanma aşamasında oluşunu da önemli bir fırsat olarak gören HTEA takımı inisiyatif kullanmış; hata türlerinde eleme yapmama kararı almıştır. Çalışma süresinin uzayacak olması nedeniyle hastane yönetiminin de bu konuda görüşü ve izni alınmıştır. “Beyin fırtınası” tarzında uzun tartışma ve görüş alışverişleri yapılarak, belirlenen tüm hata türlerinin puanlaması ve risk değerlendirmesi yapılmış; hepsi için önleyici ya da düzeltici faaliyet(ler) geliştirmiştir. Öncelikle olası hatayı -mümkünse- tamamen önleyebilecek ideal çözümler geliştirilmeye çalışılmış; hata tamamen önlenemeyecek olsa bile meydana gelme olasılığı ve etki şiddeti azaltılmaya ya da belirlenimi kolaylaştırılmaya çalışılmıştır.

Geliştirilen kimi önerilerin yeni yatırım gerektirir nitelikte olması nedeniyle, değerlendirmede “mevcut kaynaklarla yapılabilecek olanlar” ve “yatırım gerektirenler” şeklinde bir ayırım yapılmış; yönetime sunulan rapor da bu doğrultuda hazırlanmıştır. Sonuç olarak hemen her hata türü için birden fazla önlem ve/veya düzeltici faaliyet önerisi ortaya konmuştur. Bunların her birinin risk puanlaması ve değerlendirmesi ayrıca yapılmış, belirlenen faaliyetlerden sorumlu olması gereken birim(ler) ya da kişi(ler) de belirtilmiştir. Ortaya konmuş ideal çözüm önerileri bazında yapılan genel değerlendirme “bulgular” bölümünde sunulmuştur.

### 3.6. Yeniden Puanlama ve Risk Değerlendirmesi

Yeniden yapılan puanlama ve risk değerlendirmesi ideal olarak, bir önceki çalışmada ortaya konmuş önlem ve düzeltme önerileri uygulandıktan sonra, yapılacak olan yeni çalışmada gerçekleştirilmelidir. Özel olarak bu çalışmada, hem önleyici/düzeltilici önerilerden beklentiyi ortaya koymak hem de daha sonra yapılacak HTEA çalışmalarına referans olması adına, tüm önerilerin aynen hayata geçirilmiş olduğu varsayılarak tekrar puanlama yapılmıştır. Tablo 5’teki hata türü nedenlerinden biri için bu şekilde yapılan ikinci değerlendirme Tablo 6’da örnek olarak verilmiştir.

**Tablo 6. Önlemler Alındıktan Sonra Yapılacak Yeni Risk Puanlaması Örneği**

Hata Türü	Neden	Önerilen Faaliyetler	Önerilen Faaliyeti Uygulayıcı/ Denetleyici	OP*	ŞP*	BP*	RÖP*
Örneğin / formun işlevselliğini kaybetmesi	Örneğin önerilenden daha uzun süre beklemesi	Örneğin alındığı anda ve sonraki belirlenen noktalarda barkod okutularak sisteme saatlerin kaydedilmesi (örnek takip sistemi) Uygulamada yeterli sayıda personelin görevlendirilmesi Görevli personele süreç eğitimi verilmesi, personelin sürenin önemi konusunda bilinçlendirilmesi Uygulamanın denetlenmesi	Örneği alan ve taşıyan personel Laboratuvar sorumlusu Bilgi işlem birimi Hastane yönetimi	6	4	5	120
		Her servise pnömomatik sistem istasyonu kurulması	Hastane yönetimi	5	4	5	100

\* OP: olasılık puanı, ŞP: şiddet puanı, BP: belirlenim puanı, RÖP: risk öncelik puanıdır.

Yapılan çalışmada, HTEA tekniği ile olası hataları önlenerek ve riskleri en aza indirilerek, laboratuvarın tetkik süreci yeniden planlanmıştır. Çalışma 7 ayda

tamamlanmıştır. HTEA takımı sonraki 2 ay boyunca da toplantılarını sürdürerek, hazırladığı raporu hastane yönetimine sunmuştur.

#### IV. BULGULAR

Poliklinik ve servis süreçlerine ilişkin olarak çalışma sonunda elde edilen bulgular ilgili alt başlıklarda sunulmuştur.

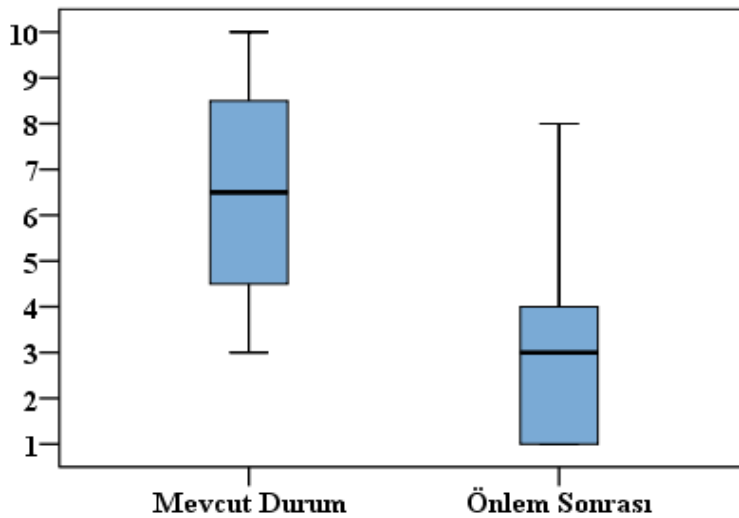
##### 4.1. Poliklinik Süreçlerine İlişkin Bulgular

Polikliniklerde toplamda 39 hata türüne ilişkin olarak 80 olası neden belirlenmiştir. Hata olasılığına bağlı riski değerlendirmek üzere, başlangıçta yapılan durum değerlendirmesi (mevcut durum) ile ideal önlemlerin alındığı varsayımına dayalı (önlem sonrası) ikinci değerlendirmenin sonuçları Tablo 7 ve Şekil 3'te verilmiştir.

**Tablo 7. Poliklinik Sürecine İlişkin Olasılığa Dayalı Risk Değerlerinde Beklenen Değişim**

Olasılık		Mevcut Durum		Önlem Sonrası	
		Çokluk	%	Çokluk	%
1	≤ 10 yılda 1	-	-	27	33,8
2	5 yılda 1	-	-	12	15,0
3	Yılda 1-2	6	7,5	18	22,5
4	Yılda 3-5	14	17,5	10	12,5
5	Ayda 1-2	8	10,0	4	5,0
6	Haftada 1-2	12	15,0	2	2,5
7	Haftada 3-5	5	6,3	6	7,5
8	Günde 1-2	15	18,8	1	1,3
9	Günde 5-10	14	17,5	-	-
10	≥ Saatte 1	6	7,5	-	-
<b>Toplam</b>		80	100,0	80	100,0

**Şekil 3. Poliklinik Sürecine İlişkin Olasılığa Dayalı Risk Değerleri Dağılımında Beklenen Değişim**



Olasılık ölçeğine göre 5 (ayda en az bir kez) ya da 8 (günde en az bir kez) puan ve üstü değerler kritik seviyeler olarak belirlenmiştir. Buna göre;

“Ayda en az bir kez” olması beklenen hataların oranı %75 iken, alınacak önlemlerle bunların %78,3’ünde hata sıklığının kritik eşik altına düşürülmesi beklenmektedir.

“Günde en az bir kez” ortaya çıkabileceği öngörülen hataların oranı %43,8 iken, ideal önlemler alındığı takdirde bunların %97,1 oranında önlenebileceği tahmin edilmiştir.

Günde en az 5–10 kez meydana gelebileceği öngörülen hataların ise tamamen giderilmesi mümkün görülmüştür.

**Tablo 8. Poliklinik Sürecine İlişkin Etki Şiddetine Dayalı Risk Değerlerinde Beklenen Değişim**

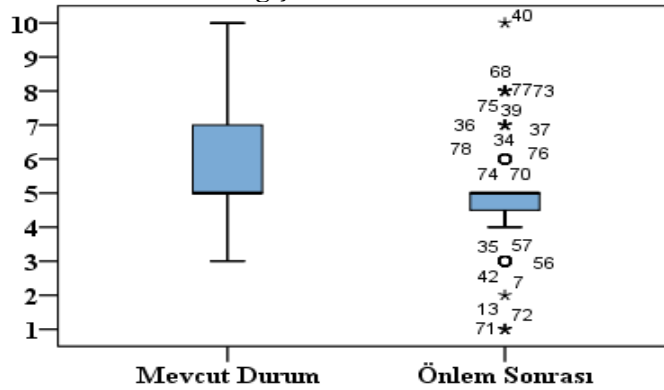
Etki Şiddeti		Mevcut Durum		Önem Sonrası	
		Çokluk	%	Çokluk	%
1	Zararsız	-	-	3	3,8
2	Göz ardı edilebilir	-	-	1	1,3
3	Sağlık/güvenlik dışı istenmeyen durum	14	17,5	14	17,5
4		1	1,3	2	2,5
5	Sağlığa/güvenliğe olası olumsuz etki	36	45,0	41	51,3
6		6	7,5	8	10,0
7	Ciddi sağlık/güvenlik sorunu	5	6,3	4	5,0
8		9	11,3	6	7,5
9	Hayatî tehlike	2	2,5	-	-
10		7	8,8	1	1,3
Toplam		80	100,0	80	100,0

Etki şiddetine bağlı riski değerlendirmek üzere, başlangıçta yapılan durum değerlendirmesi (mevcut durum) ile ideal önlemlerin alındığı varsayımına dayalı (önem sonrası) ikinci değerlendirmenin sonuçları Tablo 8’de ve Şekil 4’te verilmiştir. Şiddet ölçeği için 7 (insan sağlığına ya da güvenliğine önemli ölçüde olumsuz etki) ve 9 risk puanı (hayatî tehlike) kritik düzeyler olarak belirlenmiştir. Buna göre;

Sağlığı ve güvenliği olumsuz etkileyebileceği öngörülen hataların oranı %28,8’dir. Alınacak önlemlerle bunların %52,2’sinde etki şiddetinin kritik düzeyin altına düşürülebileceği öngörülmüştür.

Hayatî tehlike oluşturması mümkün görülen 9 hatanın ise 1’i hariç hepsinin tamamen önlenebileceği tahmin edilmiştir.

**Şekil 4. Poliklinik Sürecine İlişkin Etki Şiddetine Dayalı Risk Değerleri Dağılımında Beklenen Değişim**



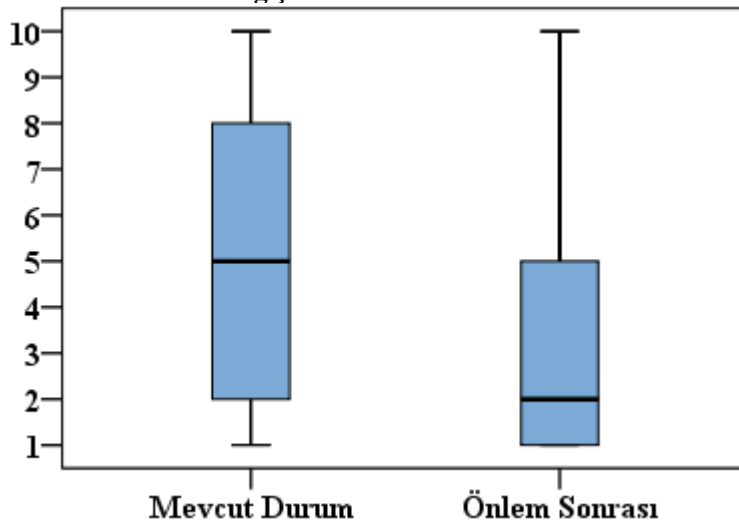
**Tablo 9. Poliklinik sürecine İlişkin Belirlenime Dayalı Risk Değerlerinde Beklenen Değişim**

Belirlenim		Mevcut Durum		Önlem Sonrası	
		Çokluk	%	Çokluk	%
1	Anında	3	3,8	32	40,0
2	Sonraki işlem öncesi	18	22,5	17	21,3
3	Sonraki işlem sırasında	8	10,0	7	8,8
4	Sonraki adıma geçmeden	1	1,3	1	1,3
5	Sonraki adım başlarında	18	22,5	15	18,8
6	Sonraki adım sonlarında	2	2,5	1	1,3
7	Birkaç adım sonra	7	8,8	3	3,8
8	Sona kadar	10	12,5	2	2,5
9	Sona kadar belirlenemez	2	2,5	1	1,3
10	Hiç belirlenemeyebilir	11	13,8	1	1,3
<b>Toplam</b>		80	100,0	80	100,0

Belirlenime bağlı riski değerlendirmek üzere, başlangıçta yapılan durum değerlendirmesi (mevcut durum) ile ideal önlemlerin alındığı varsayımına dayalı (önlem sonrası) ikinci değerlendirmenin sonuçları Tablo 9'da ve Şekil 5'te verilmiştir. Belirlenim ölçeğine göre 6 (ancak sonraki adımın sonlarında belirlenebilir) ve 8 risk puanı (süreç sonuna kadar belirlenemeyebilir) kritik değerler olarak belirlenmiştir. Buna göre;

Sonraki adımın sonlarına kadar belirlenmesi mümkün görülmeyen hataların oranı %40'tır. Önlem alındığı takdirde bunların %75'inde belirlenimin kolaylaştırılabileceği ve dolayısıyla belirlenime dayalı riskin kritik değerlerin altına düşürülebileceği öngörülmüştür.

Önlem alınsa bile kontrolden kaçabilecek durumlar olabileceği anlaşılmaktadır. Bunun temel nedeni, insan faktörü ve dolayısıyla tüm önlemlere rağmen ihmal ya da dikkatsizlik ihtimalinin yadsınmamış olmasıdır.

**Şekil 5. Poliklinik Sürecine İlişkin Belirlenime Dayalı Risk Değerleri Dağılımında Beklenen Değişim**

RÖP çarpanları ve risk faktörleri için belirlenmiş kritik eşik değerlerin tümünden yüksek değer almış hata türü ve nedenleri “öncelikli risk” addedilmiştir. Buna göre hem olasılık



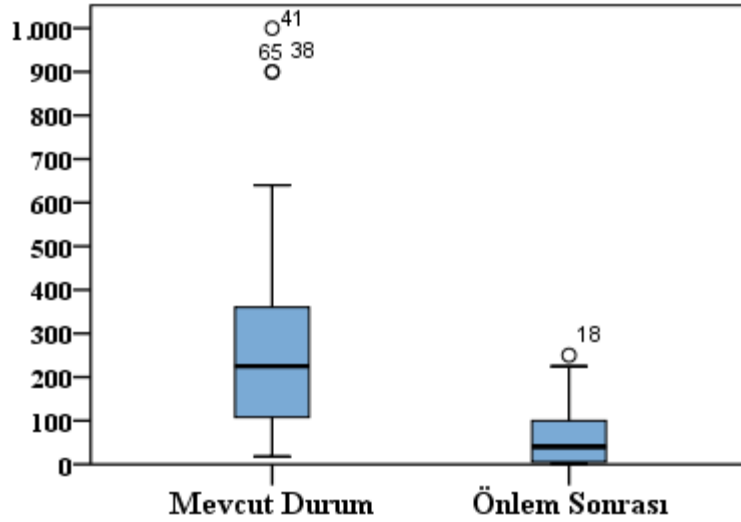
puanı 5 veya üstü, hem şiddet puanı 7 veya üstü hem de belirlenim puanı 6 veya üstünde olan 8 “öncelikli risk” belirlenmiştir. Personel arası – özellikle klinisyenler ile laboratuvar çalışanları arasında – bilgi paylaşımının sıklaştırılması ve etkinliğinin artırılmasının bu “öncelikli riskleri” ortadan kaldırmaya yeterli olacağı öngörülmüştür. Bu 8 öncelikli riskin yalnız 3’ünde etki şiddetinde azalma sağlanamamış olup; bu durum sağlık hizmetlerinin doğasına bağlanmıştır.

Öncelikli risklerde sağlanması beklenen değişim Tablo 10’da verilmiştir. Risk düzeyinde beklenen değişim, RÖP dağılım değerlerindeki belirgin düşüşte de açıkça görülmektedir. Poliklinik sürecindeki risklere ilişkin genel değişim ise Şekil 6’da verilmiştir.

**Tablo 10. Poliklinik Sürecine İlişkin Öncelikli Risklerde Sağlanması Beklenen Değişim**

		Olasılık		Etki Şiddeti		Belirlenim		Risk Öncelik	
		Mevcut Durum	Önlem Sonrası	Mevcut Durum	Önlem Sonrası	Mevcut Durum	Önlem Sonrası	Mevcut Durum	Önlem Sonrası
N	Geçerli	8	8	8	8	8	8	8	8
	Eksik	0	0	0	0	0	0	0	0
Ortalama		5,75	2,75	8,63	5,88	8,38	2,50	417,50	56,63
Ortanca		6,00	3,00	8,50	5,50	8,50	2,00	376,00	40,00
Mod		6	1	10	5	10	1	600	40
En Düşük		5	1	7	1	6	1	252	1
En Yüksek		7	5	10	10	10	5	600	150
Çeyrekler	25	5,00	1,00	7,25	5,00	7,00	1,00	339,50	5,50
	50	6,00	3,00	8,50	5,50	8,50	2,00	376,00	40,00
	75	6,00	4,00	10,00	7,75	10,00	4,50	562,50	112,50

**Şekil 6. Poliklinik Sürecine İlişkin Risk Öncelik Puanlarında Beklenen Değişim**



#### 4.2. Servis Süreçlerine İlişkin Bulgular

Servislerde toplam 31 olası hata türü ve bunların nedeni olabilecek 69 olası durum belirlenmiştir. Hata olasılığına bağlı riski değerlendirmek üzere, başlangıçta yapılan durum değerlendirmesi (mevcut durum) ile ideal önlemlerin alındığı varsayımına dayalı (önlem sonrası) ikinci değerlendirmenin sonuçları Tablo 11’de ve Şekil 7’de verilmiştir. Olasılık

ölçeğine göre 5 (ayda en az bir kez) ya da 8 (günde en az bir kez) puan ve üstü değerler kritik seviyeler olarak belirlenmişti. Buna göre;

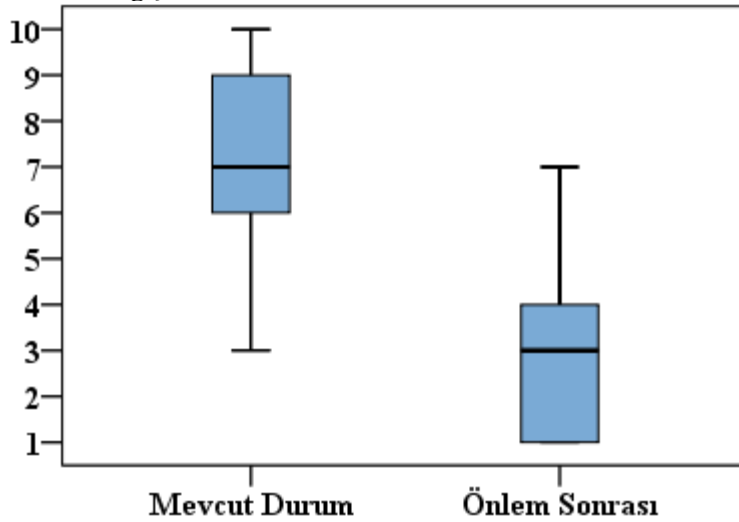
En azından ayda bir kez meydana gelebileceği öngörülen aksaklık oranı %81,2'dir. Alınacak önlemlerle bunların %80,4'ünde riskin eşik değer altına düşmesi beklenmektedir.

Hemen her gün olması beklenen hataların da önemli ölçüde önlenebileceği düşünülmektedir. Önlem alındığı takdirde hiçbir hatanın bu sıklıkta meydana gelmeyeceği tahmin edilmektedir.

**Tablo 11. Servis Sürecine İlişkin Olasılığa Dayalı Risk Değerlerinde Beklenen Değişim**

Olasılık		Öncesi		Sonrası	
		Çokluk	%	Çokluk	%
1	≤ 10 yılda 1	-	-	23	33,3
2	5 yılda 1	-	-	9	13,0
3	Yılda 1-2	5	7,2	17	24,6
4	Yılda 3-5	8	11,6	9	13,0
5	Ayda 1-2	2	2,9	7	10,1
6	Haftada 1-2	18	26,1	3	4,3
7	Haftada 3-5	5	7,2	1	1,4
8	Günde 1-2	13	18,8	-	-
9	Günde 5-10	11	15,9	-	-
10	≥ Saatte 1	7	10,1	-	-
<b>Toplam</b>		69	100,0	69	100,0

**Şekil 7. Servis Sürecine İlişkin Olasılığa Dayalı Risk Değerleri Dağılımında Beklenen Değişim**



**Tablo 12. Servis Sürecine İlişkin Etki Şiddetine Dayalı Risk Değerlerinde Beklenen Değişim**

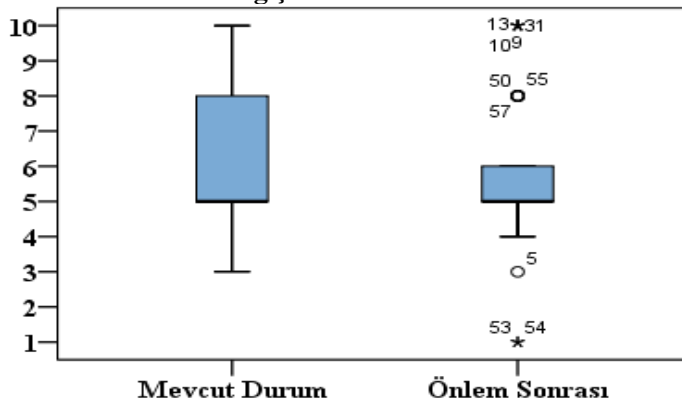
Etki Şiddeti		Mevcut Durum		Önlem Sonrası	
		Çokluk	%	Çokluk	%
1	Zararsız	-	-	2	2,9
2	Göz ardı edilebilir	-	-	-	-
3	Sağlık/güvenlik dışı istenmeyen durum	1	1,4	1	1,4
4		1	1,4	1	1,4
5	Sağlığa/güvenliğe olası olumsuz etki	37	53,6	44	63,8
6		7	10,1	10	14,5
7	Ciddi sağlık/güvenlik sorunu	1	1,4	-	-
8		10	14,5	7	10,1
9	Hayatî tehlike	2	2,9	-	-
10		10	14,5	4	5,8
<b>Toplam</b>		69	100,0	69	100,0

Genel olarak hataların ortaya çıkma sıklığında kayda değer bir azalma sağlanabileceği öngörülmektedir. Etki şiddetine bağlı riski değerlendirmek üzere, başlangıçta yapılan durum değerlendirmesi (mevcut durum) ile ideal önlemlerin alındığı varsayımına dayalı (önlem sonrası) ikinci değerlendirmenin sonuçları Tablo 12’de ve Şekil 8’de verilmiştir. Şiddet ölçeği için, 7 (insan sağlığına ya da güvenliğine önemli ölçüde olumsuz etki) ve 9 risk puanı (hayatî tehlike) kritik düzey olarak belirlenmişti. Buna göre;

Ciddi sağlık ya da güvenlik sorunu teşkil edebileceği öngörülmuş aksaklıkların oranının %33,3’ten %15,9’a, “hayatî” risklerin oranının ise %17,4’ten %5,8’e düşürülebileceği tahmin edilmiştir.

İdeal önlemlere rağmen 4 aksaklığın hayatî risk taşımaya devam edeceği görülmektedir. Aynı hasta ismini taşıyan farklı barkodların ayırt edilememesi ihtimali ya da barkodların basımı ve numunelere yapıştırılmasında meydana gelebilecek kimi hataların fark edilemediği takdirde hayatî tehdit arz edebileceği değerlendirilmiştir.

Hayatî risklerin tamamen ortadan kaldırılamamış olmasının temel nedeni, sağlık hizmetlerinin doğası olarak düşünülebilir. Bu durum hatayı erken aşamada –etkisi ortaya çıkmadan ya da bireye ulaşmadan– fark ederek önlemin önemini de ortaya koymaktadır.

**Şekil 8. Servis Sürecine İlişkin Etki Şiddetine Dayalı Risk Değerleri Dağılımında Beklenen Değişim**

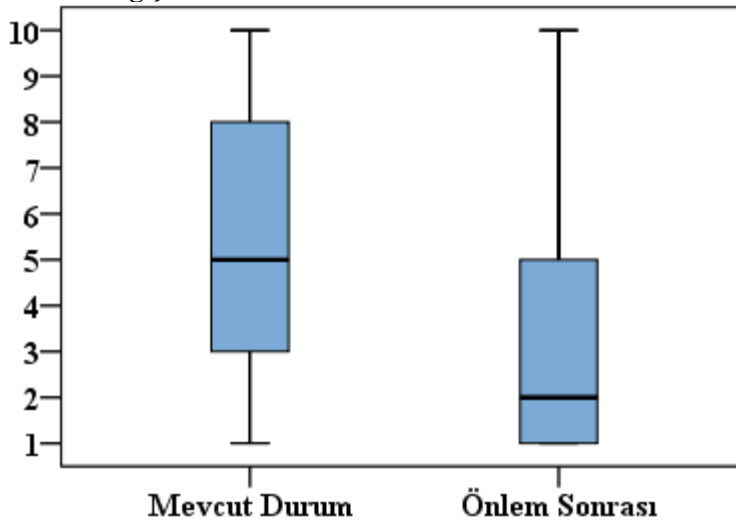
**Tablo 13. Servis Sürecine İlişkin Belirlenime Dayalı Risk Değerlerinde Beklenen Değişim**

Belirlenim		Mevcut Durum		Önlem Sonrası	
		Çokluk	%	Çokluk	%
1	Anında	1	1,4	22	31,9
2	Sonraki işlem öncesi	11	15,9	16	23,2
3	Sonraki işlem sırasında	8	11,6	7	10,1
4	Sonraki adıma geçmeden	4	5,8	3	4,3
5	Sonraki adım başlarında	11	15,9	8	11,6
6	Sonraki adım sonlarında	3	4,3	1	1,4
7	Birkaç adım sonra	8	11,6	3	4,3
8	Sona kadar	7	10,1	7	10,1
9	Sona kadar belirlenemez	4	5,8	1	1,4
10	Hiç belirlenemeyebilir	12	17,4	1	1,4
<b>Toplam</b>		69	100,0	69	100,0

Belirlenime bağlı riski değerlendirmek üzere, başlangıçta yapılan durum değerlendirmesi (mevcut durum) ile ideal önlemlerin alındığı varsayımına dayalı (önlem sonrası) ikinci değerlendirmenin sonuçları Tablo 13'te ve Şekil 9'da verilmiştir. Belirlenim ölçeğine göre 6 ve 8 risk puanı kritik değerler olarak belirlenmiştir. Buna göre;

Sonraki adımın sonlarına kadar belirlenmesi mümkün görülmeyen hataların oranı %49,3'tür. Alınacak önlemlerle bunların %61,8'inde riskin kritik eşik altına düşürülebileceği öngörülmektedir.

Süreç sonuna kadar belirlenememe riski taşıyan aksaklıkların %60,9 oranında azaltılabildiği görülmektedir. Alınacak önlemlere rağmen riski bu kritik düzeyde kalmaya devam edebileceği tahmin edilen 9 aksaklık bulunmaktadır. Bunlar; doktor kaşelerinin üçüncü kişilerin eline geçmesi ve buna bağlı olarak usulsüz kullanımı, hasta dosyalarının oluşturulması ve korunmasında meydana gelebilecek kritik hatalar ile görev ve yetkinin kötüye kullanımı gibi istenmeyen durumlardır.

**Şekil 9. Servis Sürecine İlişkin Belirlenime Dayalı Risk Değerleri Dağılımında Beklenen Değişim**

Servis süreçleri dâhilinde, RÖP çarpanları çerçevesinde her üç ölçekten de kritik değer almış, “öncelikli risklere” genel olarak bakıldığında; hem olasılık puanı 5 veya üstü, hem belirlenim puanı 6 veya üstü, hem de şiddet puanı 7 veya üstü olan, 11 “öncelikli risk” bulunmaktadır. Tıpkı polikliniklerde olduğu gibi servislerde de personel arası –özellikle klinisyenler ile laboratuvar çalışanları arasında– bilgi paylaşımının sıklaştırılması ve etkinliğinin artırılmasının bu “öncelikli riskleri” ortadan kaldırmaya yeteceği tahmin edilmiş; yalnız 3 hata türünde etki şiddetinde azalma sağlanamamıştır. Bu durum da yine sağlık hizmetlerinin doğasından kaynaklanmaktadır.

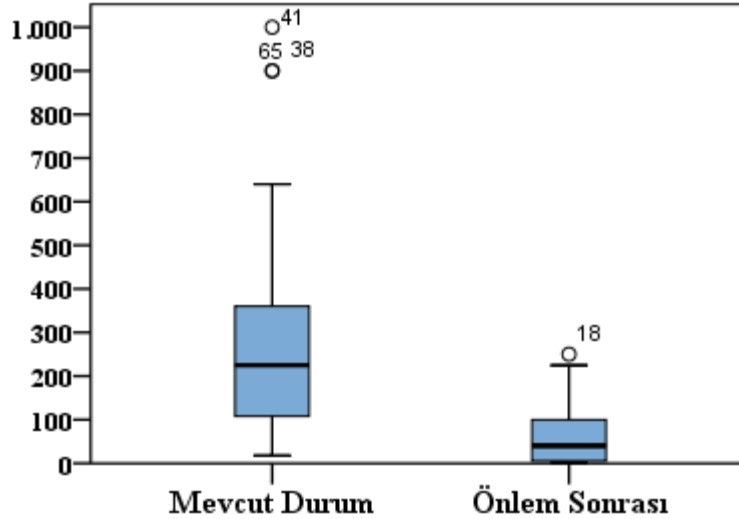
Öncelikli risklerde sağlanması beklenen değişim Tablo 14’te verilmiştir. Risk düzeyinde beklenen değişim, RÖP dağılım değerlerindeki dramatik düşüşte de açıkça görülmektedir. Servis sürecindeki risklere ilişkin genel değişim ise Şekil 10’da verilmiştir.

**Tablo 14. Servis Sürecine İlişkin Öncelikli Risklerde Sağlanması Beklenen Değişim**

		Olasılık		Etki Şiddeti		Belirlenim		Risk Öncelik Puanı	
		Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası
N	Geçerli	11	11	11	11	11	11	11	11
	Eksik	0	0	0	0	0	0	0	0
Ortalama		7,82	3,91	9,18	7,09	9,09	5,36	649,27	116,18
Ortanca		8,00	5,00	10,00	6,00	10,00	5,00	600,00	108,00
Mod		6	5 <sup>a</sup>	10	5	10	8	540	80
En Düşük		6	1	7	5	6	2	378	50
En Yüksek		10	6	10	10	10	8	1000	210
Çeyrekler	25	6,00	2,00	8,00	5,00	9,00	3,00	540,00	80,00
	50	8,00	5,00	10,00	6,00	10,00	5,00	600,00	108,00
	75	10,00	6,00	10,00	10,00	10,00	8,00	900,00	150,00

a. Birden fazla mod bulunmakta olup, bunların en küçüğü gösterilmiştir.

**Şekil 10. Servis Sürecine İlişkin Risk Öncelik Puanlarında Beklenen Değişim**



## V. TARTIŞMA

Yapılan çalışma HTEA tekniğinin, yönetimde başarı sağlayacağı iddiasıyla Deming tarafından ortaya konmuş ilkeleri (Neave 1987) destekler ve doğrular nitelikte olduğunu göstermiştir:

HTEA tekniği, peşi sıra sürdürülen bir çalışma düzeni ortaya koymaktadır –ki bu yaklaşım Deming’in amaç sürekliliği yaklaşımı ile örtüşmektedir.

Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi ve takımın önerilerinin uygulamaya konulması için üst yönetimin izin ve desteği gereklidir. Hastane yönetiminin desteği bu çalışmanın verimli yürütülebilmesini sağlamıştır.

HTEA tekniği, üretim sonrası kontrole değil, erken evrede önlem geliştirmeye ve hataları önlemeye yönelik bir tekniktir. Teknik, bu yönü dolayısıyla, kontrole dayalı yöntemlerin etkisiz kalma ve maliyet artırma gibi dezavantajlarını taşımamaktadır.

Deming, kalite ve üretkenliği artırmak ve sürekli olarak da maliyetleri düşürmek için üretim ve hizmet sistemlerinin geliştirilmesi gerektiğini ve bunun da tasarım aşamasında yapılması gerektiğini belirtir. Yapılan çalışmada Süreç HTEA uygulaması yapılmış; ayrıca üzerinde çalışılan sürecin planlama aşamasında iyileştirilmesi sağlanmıştır.

HTEA tekniği, insan gücünün etkili kullanımını sağlama çabası yanı sıra, personelin güvenliği ve hatta istekliliğinin (motivasyonunun) umursandığını açıkça gösterir.

HTEA tekniği, takım çalışması ile yapılan denetimler ile süreçteki sorunların belirlenerek yönetime bildirilmesi sayesinde, yöneticilerin –faaliyet denetleyici olmanın ötesinde– lider rolü üstlenmelerine yardımcı bir tekniktir.

Deming’e göre korku ve güvensizlik, personelin en iyi performansını ortaya koymasına engel teşkil eder –ki bu durum, cezalandırılma endişesi, gelecek kaygısı ve yönetime karşı güvensizlik şeklinde kendini belli edecektir. HTEA tekniği, personeli eleştirmede aceleci davranmayan ve yönetimi sorumlu davranmaya yönlendiren tutumuyla örnek bir tekniktir.

Deming, bölümler arası engellerin de kaldırılması gerektiğini, mal ve hizmette ortaya çıkabilecek üretim ve kullanım sorunlarının ancak çalışanların takım hâlinde çalışmasıyla önlenebileceğini savunur. Nitekim HTEA tekniği de takım çalışmasını ve bu takıma farklı disiplinlerden katılımı önermektedir.

Yönetim, sorunların ortadan kaldırılması sorumluluğunda “aslan payının” kendine ait olduğunu kabul etmelidir. Dahası sorunlar büyük ölçüde sistemin kendinden kaynaklanmaktadır ve bu yönde iyileştirici bir çaba olmaksızın çalışanları “sıfır hataya” teşvik etmenin yararı olmayacaktır. HTEA’da da hataları belirleme ya da önlem geliştirme aşamasında öncelikle sisteme odaklanılmaktadır.

Çalışanlar, bağlı oldukları yönetimin kendilerine saygı duyduğunu bilmek ve yaptıkları iş ile de gurur duymak isterler. HTEA, örgüt yönetimine ve takım çalışmasına katılan kişilerle bu fırsatı da sunmaktadır.

Kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlayacak şekilde bir örgüt yapısının sağlanması gereklidir. HTEA tekniği, üst yönetimi sorumluluk üstlenmeye yönelterek ve personeli doğrudan doğruya iyileştirme çalışmalarına dâhil ederek, bu yöndeki gelişime de katkıda bulunacak bir tekniktir.

Ishikawa (1985), kaliteyle ilgili sorunların çözümünde örgütün tüm düzeylerindeki personelin birlikte çalışması gerektiğini ve ileri istatistik bilgisi gerektirmeyen “basit yöntemlerin” de yeterli olabileceğini savunmaktadır. HTEA tekniği de bu anlamda, çalışmanın gerekleri doğrultusunda statü farkı gözetmeksizin herkesin katılım sağlamasına olanak yaratan ve ileri istatistik bilgisi gerektirmeyen bir tekniktir.

## VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan bu çalışma ile uygulamanın gerçekleştirildiği hastanenin kritik bir hizmet süreci, HTEA tekniği esas alınarak, olası hatalar önlenmeye veya bunların olası etkileri hafifletilmeye çalışılarak yeni baştan planlanmıştır. Elde edilen bulgular, teknik yardımıyla ortaya konan önlem önerileri dikkate alındığı takdirde sürecin güvenliğinin artırılabilmesine işaret etmektedir. HTEA tekniği söz konusu hastanede ilk kez uygulanmış olduğundan ve bu konuda önceden kurgulanmış bir model bulunmadığından uygulama kısmen güçleşmiş olsa da, elde edilen tecrübe ve oluşturulan çıktılar takip eden çalışmalara ışık tutacak niteliktedir.

HTEA tekniği öznel değerlendirmeye imkân sağlıyor olsa da, sağlık hizmet süreçleri ile ilgili olarak ve bu hizmetlerin iyileştirilebilmesi amacıyla, idari işlemlere dair de çeşitli istatistikler tutulmasında yarar görülmektedir. Yapılan çalışma, bu anlamda eksikliklerin görülmesini sağlamıştır.

Oluşturulan 9 kişilik takımla, üye sayısı bakımından Stamatis’in (1995) önerdiği üst sınıra ulaşılmıştır. Üye sayısının çokluğu, kalite kimi zaman yapılan tartışmaların ve toplantı sürelerinin uzamasına yol açıyorsa da, Durhan’ın (2006) değindiği yeterli fikir üretilememesi endişesini ortadan kaldırmıştır.

Takım çalışması sırasında, takım üyelerinin çalışmaya olan yaklaşımları arasında da farklılık gözlenmiştir. Geçmişte benzer kalite iyileştirme çalışmalarına katılmış üyelerin “kalite iyileştirme” kavram ve mantığı ile HTEA tekniğine odaklanmakta güçlük yaşamadıkları, buna karşın bu gibi bir çalışmaya ilk kez katılan katılımcıların ise zaman zaman odaklanma güçlüğü çektikleri görülmüştür. Takım üyeleri arasında kurulan arkadaşlık bağları ve uygulanan teknik kavrandıktan sonra yakalanan uyum, bu güçlüklerin de zamanla aşılmasında yardımcı olmuştur.

Yapılan çalışmada, HTEA tekniğinin gerek hizmet gerekse kalite iyileştirme maliyetlerindeki olası beklenmedik artışları önleyebilecek nitelikte, “verimlilik” ilkesi çerçevesinde oldukça yararlı ve uygulanması da nispeten kolay bir teknik olduğu sonucuna varılmıştır. Üzerinde çalışılan sürecin baştan planlanabilecek olması ise, Süreç HTEA uygulaması açısından arzu edilen ideal zamanlama olmuştur.

Sağlık hizmet süreçlerinde yapılacak iyileştirme çalışmalarında, nicelikten ziyade niteliğin ön planda tutulması gerektiği unutulmamalıdır. Elde edilen bulgular, hastane yönetimi de çalışmaya önem verip sorumluluk üstlendiği takdirde, tekniğin sorunsuz olarak gerçekleştirilebileceğine ve süreçteki olası hataları belirleyerek bunları önlemede yararlı olabileceğine işaret etmektedir.

Işığışık’ın (2005) derlediği, klasik ve çağdaş kalite iyileştirme tekniklerini birbirinden ayıran özellikler bakımından ele alındığında HTEA’nın değişime açıklık, işbirlikçi olma, yapıcı tepki, insanı önemseme, sistem odaklılık ve önlemeye dayalı yöntem, tüm bölümlerin sorumluluk paylaşımı gibi nitelikler başta olmak üzere çağdaş kalite yönetim anlayışının pek çok özelliğini taşıdığı görülür. Maliyeti düşük, getirisi yüksek bir uygulama ortaya koyması, katı kurallara bağlı olmaması ve –amaç esas olmak üzere– çeşitli uyarlamalara elverişli olması da tekniğin kullanım alanını genişletmekte ve uygulanışını kolaylaştırmaktadır.

Stamatis (1995) HTEA'nın gerek mühendislik bilgisini, gerekse güvenilirliği ve örgütsel gelişim tekniklerini kullanan sistematik bir teknik hâlini aldığını savunur. Gerçekten de Dinçer'in (2008), örgütün yapı ve süreçlerine yönelik olmak üzere, iki ana grupta ele aldığı hemen tüm örgütsel gelişim teknikleri HTEA kapsamında kullanılabilir tekniklerdir. Bu anlamda HTEA'nın örgütsel gelişime de katkı sağlayabilecek bir araç olduğu söylenebilir.

Senders (2004) ise, konuyu hukuksal açıdan da değerlendirerek, gerek HTEA gerekse kök neden analizi gibi çalışmalar yapıldığının belgelenmesi sayesinde, önlenbilir kazaların önüne geçmek için akla gelen her şeyin yapılmış olduğunun savunulabileceğini ve dahası bu sayede yıkıcı maliyet ve kayıplara neden olabilecek kimi davalık durumların dahi önlenilebileceğini savunur. Bu anlamda HTEA, örgüt açısından stratejik bir eylem olarak da görülebilir.

Durhan (2006)'ın da değindiği gibi; HTEA tekniğinin önemli bir sınırlılığı, kimi zaman öznel değerlendirmelere göre hareket edilmesidir. Gerek hata türlerini, nedenlerini veya etkilerini belirlemede gerekse bunlara ilişkin risk değerlendirmesinde kendilerine yol gösterecek istatistik, somut herhangi bir veri ya da kayıt olmadığında takım üyeleri kendi öngörülerine dayanarak karar vermek durumundadırlar. HTEA tekniğinin güvenilirliği yüksek ve etkili sonuçlar sağlaması için –olabildiğince– veriye ve kanıta dayanılmalı, –varsa– mevcut kayıtlardan ve istatistiklerden yararlanılmalı ve her şartta HTEA takımına katılacak üyelerin belirlenmesinde seçici olunmalıdır.

Yapılan çalışmada görev alacak takım üyeleri, ilgili sürecin farklı aşamalarında görev üstlenmiş, farklı nitelikte (doktor, hemşire, tekniker, memur, istatistikçi gibi), süreç hakkında fazlaca bilgi ve deneyim sahibi kişiler olmalarına dikkat edilerek özenle seçilmişlerdir. Benzer bazı çalışmalarda (Claxton, Campbell-Allen 2017) rastlanan; takımın farklı alanları kapsamayan tek tip üyeden oluşması, takım üyelerinin yüz yüze bir araya gelememeleri, değerlendirmenin –uzlaşsı olmaksızın– birbirinden kopuk bireysel değerlendirmelerin bir başka kişi tarafından alınan ortalamasından ibaret olması gibi olumsuz durumlar bu çalışmada yaşanmamıştır. Bu bakımdan; çalışmadaki HTEA takımının ideal denebilecek bir kurguya sahip olduğu; takım üyelerinin –bilgi, deneyim ve öngörülerini çerçevesinde– üzerinde uzlaşarak almış oldukları kararların güvenilir olduğu ve öznel değerlendirmeye ilişkin sınırlılığın da üstesinden gelindiği söylenebilir.

Çalışmanın bir sınırlılığı, önlemlere ilişkin risk değerlendirmesinin bu önlemlerin alındığı varsayımına dayanılarak yapılmış olmasıdır. İdeal olan, önlemler alındıktan sonra bunların etkileri takip edilerek kayıt tutulması, süreçten veri toplanması ve risk değerlendirmesinin buradan elde edilecek sonuç dikkate alınarak yapılmasıdır. Öte yandan bu, başlı başına yeni bir HTEA çalışmasıdır. Bu çalışmadaki bulgular, gerek takım üyelerinin bilgi ve tecrübeleri gerekse ilgili konularda kendisine danışılmış uzmanların görüşleri doğrultusunda, süreçte sağlanması beklenen iyileşmeyi yansıtmaktadır. HTEA takımı, hastane yönetimine ve daha sonra aynı amaçla kurulacak takımlara yardımcı ek bilgi olması amacıyla bu değerlendirmeyi yapmıştır.

HTEA tekniğinin uygulamasında, maliyetten tasarruf sağlamak amacıyla ve etkililikten makul ölçüde feragat edilerek, Pareto vb. ilkeler çerçevesinde hata türlerinin bir bölümünün seçilmesi ve yalnız bunlara yönelik olarak önleyici faaliyet geliştirilmesi mümkündür. Yapılan çalışmada HTEA takımı inisiyatif kullanmış ve böyle bir ayırmada bulunmaksızın tüm hata türleri üzerinde çalışmıştır. Hastane yönetimine karar almada yardımcı ek bilgi sağlamak amacıyla, geliştirilen önlemler yatırım gerektirip gerektirmeme durumuna göre alternatifli olarak derlenmiş ve bunların her biri için risk değerlendirmesi yapılmıştır.



Kimi çalışmalarda (Aksay ve diğerleri 2012, Aydınli 2010, Chrysler Co. et al. 1995, Reid 2005, Soykan ve diğerleri 2014) keskin sayısal ayrımlara dayalı ölçeklerin kullanıldığı görülmektedir. Bu tarz ölçeklerin, sürecin ilgili boyutuna dair somut veri bulunmadığında, takım üyelerinin öznel değerlendirmelerle üzerinde uzlaşımına dayalı bir puanlamada kullanımının pek de kolay olmayacağı düşünülmektedir. 4'lü ya da 5'li Likert vb. yapıdaki ölçeklerin (Bol ve diğerleri 2013, Magnezi et al. 2016), sağlık hizmet süreçlerindeki farklı durumların tümünü ifade etmede yetersiz kalabileceği değerlendirilmiştir. Bu çalışmadakine benzer şekilde diğer bazı ölçeklerde (Kaya 2011) de kullanıldığı görülen yardımcı sözel ifadelerin, süreç yapısına göre ve takım üyelerince üzerinde kolaylıkla uzlaşılabilir derecede rahat anlaşılabilir şekilde düzenlenmesinde yarar görülmektedir. Bu nedenle çalışmada kullanılan ölçekler, –takım üyelerinin de katkılarıyla – hem teknik açıdan anlamlı hem de puanlama sırasında ayırım yapmayı kolaylaştıracak şekilde, araştırmacı tarafından geliştirilmiş özgün ölçekler olup; bunların çalışma boyunca takım üyeleri tarafından kolaylıkla kullanılabilirdiği görülmüştür. Bu ölçekler benzer süreç çalışmalarında da aynen kullanılabilir niteliktedir.

Gelecekteki çalışmalarda;

HTEA takımının oluşturulması ve takım üyelerinin belirlenmesi hususu başta olmak üzere, tartışmada ortaya konmuş tecrübelerin dikkate alınmasında yarar görülmektedir. Davie'nin (2008) de ortaya koyduğu gibi, HTEA uygulamasında eğitimli ve tecrübeli üyelerin risk değerlendirmelerinde gerçeğe daha yakın sonuçlar üretebildiği de göz önüne alınarak; takım üyelerinin bir kısmının önceki çalışmalarda görev üstlenmiş tecrübeli üyeler arasından seçilmesinde yarar görülmektedir.

Takım üyelerinin sahip olması gereken vasıfların netleştirilmesi ve çalışma öncesinde üye seçimi yapılırken bu vasıfların gözetilmesi yararlı olabilir.

Tekniğin uygulanış esasları ve uygulama sırasında sıkça kullanılacak tanımların takım üyeleri tarafından kavranması amacıyla, uygulamaya geçmeden önce geçmişte yapılmış benzer çalışmaların takım tarafından örnek olarak incelenmesinde yarar görülmektedir.

RÖP değerinin hesaplanması için istatistiksel olarak daha anlamlı modellerin geliştirilebileceği düşünülmektedir. HTEA tekniğinin kolay uygulanabilir yapısını bozmadan, risk değerlendirmesini yorumlamada RÖP değerinin anlamını güçlendirecek bir model, tekniğin gelecekteki uygulamalarını güçlendirebilir.

## KAYNAKLAR

1. Aksay K., Orhan F. ve Kurutkan M. N. (2012) Sağlık Hizmetlerinde Bir Risk Yönetimi Tekniği Olarak FMEA: Laboratuvar Sürecine Yönelik Bir Uygulama. **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi** 2012(2): 121-142.
2. Aydın G., Gökçe Ö., Erbeyin H., Arslan S., İlbay E., Aycan İ., Gürhan M., Atik F., Döşeme G., Erdem H. ve Soylu D. (2013) İlaç Uygulama Hataları: Bir Hastanede HTEA Tekniği Kullanılarak Yürütülen Sistem İyileştirme Çalışması. **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi** 5(1): 17-41.
3. Aydınli C. (2010) Sağlık Kuruluşlarında Risk Değerlendirme ve Bir Üniversite Hastanesinde Risk Azaltma Çalışması. **Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi** Bursa.

4. Baysal M. E., Canıylmaz E. ve Eren T. (2002) Otomotiv Yan Sanayiinde Hata Türü ve Etkileri Analizi. **Teknoloji** 5(1-2): 83-90.
5. Bol P., Gül G. ve Erbaycu A. E. (2013) Hasta-Hekim İletişimindeki Eksiklik ve Hataların Ortaya Konmasında FMEA Model Analizinin Katkısı. **İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi** 27(3): 181-191.
6. Bonfant G., Belfanti P., Paternoster G., Gabrielli D., Gaiter A. M., Manes M., Molino A., Pellu V., Ponzetti C., Farina M. and Nebiolo P. E. (2010) Clinical Risk Analysis with Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) Model in a Dialysis Unit. **Journal of Nephrology** 23(1): 111-118.
7. Chrysler Co., Ford Motor Co. and General Motors Co. (1995) **Potential Failure Mode and Effects Analysis (FMEA): Reference Manual**. [https://www.lehigh.edu/~intribos/Resources/SAE\\_FMEA.pdf](https://www.lehigh.edu/~intribos/Resources/SAE_FMEA.pdf) Erişim Tarihi: 23.03.2017.
8. Claxton K. and Campbell-Allen N. M. (2017) Failure Modes Effects Analysis (FMEA) for Review of a Diagnostic Genetic Laboratory Process. **International Journal of Quality & Reliability Management** 34(2): 265-277.
9. Davie J. L. (2008) An Analysis of Risk Perception and the RPN Index within Failure Modes and Effects Analysis. **State University of New York Department of Industrial and Systems Engineering, Master of Science**, New York.
10. Department of Defence (1980) **MIL-STD-1629A: Procedures for Performing a Failure Mode Effects and Criticality Analysis**. Department of Defence, Washington D.C.
11. Derosier J., Stalhandske E., Bagian J. P. ve Nudell T. (2002) Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis: The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis System. **The Joint Commission Journal on Quality Improvement** 27(5): 248-267.
12. Dinçer Ö. (2008) **Örgüt Geliştirme Teori Uygulama ve Teknikleri**. Alfa Yayınları, İstanbul.
13. Durhan D. (2006) Hata Türü ve Etkileri Analizi (FMEA) ve Bir Uygulama. **Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
14. Efe B., Yerlikaya M. A. ve Efe Ö. F. (2016) İş Güvenliğinde Bulanık Promethee Yöntemiyle Hata Türleri ve Etkilerinin Analizi: Bir İnşaat Firmasında Uygulama. **Gümüşhane Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi** 6(2): 126-137.
15. Eleren A. (2007) Eğitim Başarısının Artırılmasında Süreç Geliştirme Yöntemlerinin Kullanılması ve Bir Uygulama. **Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi** 9(2): 1-25.
16. FAA (2000) **FAA System Safety Handbook**. Federal Aviation Administration, Washington D.C.
17. Hüner S. G, Karakulak A., Egeli D., Veyisoğlu D., Gülnar D., Bozkurt İ., Bahar M., Kaya N., Topçam N., Örnek S., Aytulu T., Saatçi S., Şener Ü. ve Burges Ü. (2014) Bir

Özel Hastanede Risk Değerlendirme Çalışması (Nutrisyon (Klinik Beslenme) Süreci FMEA Çalışması. **Sağlık Akademisyenleri Dergisi** 1(1): 27-32.

18. İntepeler Ş. S. and Caran M. İ. (2011) Failure Modes and Effects Analysis in the Health Services and A Practice Example. **Journal of Education and Research in Nursing** 8(3): 32-43.
19. Ishikawa K. (1985) **What is Total Quality Control? The Japanese Way**. Prentice Hall, New Jersey.
20. Işığışok E. (2005) **Toplam Kalite Yönetimi Bakış Açısıyla İstatistiksel Kalite Kontrol**. Ezgi Kitabevi, Bursa.
21. Kaya E. (2011) Sağlık Hizmetlerinde Stratejik Yönetim Aracı Olarak Hata Türleri Etkileri ve Analizi Yöntemi ve Bir Uygulama Örneği. **Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Sakarya.
22. Kaya S. (2005) **Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme**. Pelikan Yayıncılık, Ankara.
23. Kumru M. ve Yıldız Kumru P. (2010) "Hastanelerde Satın Alma Sürecinin İyileştirilmesi: Bir Örnek Uygulama". **II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı**. İçinde: Kırılmaz H. (ed.) ss: 171-183. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
24. Magnezi R., Hemi A. ve Hemi R. (2016) Using the Failure Mode and Effects Analysis Model to Improve Parathyroid Hormone and Adrenocorticotrophic Hormone Testing. **Risk Management in Health Care Policy** 9: 271-274.
25. McDermott R. E., Mikulak R. J. and Beauregard M. R. (2008) **The Basics of FMEA**. CRC Press, Florida.
26. Özfirat P. M (2014) Bulanık Önceliklendirme Metodu ve Hata Türü ve Etkileri Analizini Birleştiren Yeni Bir Risk Analizi Yöntemi. **Gazi Üniversitesi Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi Dergisi** 29(4): 755-768.
27. National Center for Patient Safety (2010) **The Basics of Healthcare Failure Mode and Effect Analysis**. <https://www.patientsafety.va.gov/docs/hfmea/HFMEAIntro.pdf> Erişim Tarihi: 20.03.2017.
28. Neave H. R. (1987) Deming's 14 Points for Management: Framework for Success. **Journal of the Royal Statistical Society. Series D (The Statistician)** 36(5): 561-570.
29. Önder Y. (2007) Konfeksiyon Üretiminde Hata Türü ve Etkileri Analizi. **Tekstil ve Konfeksiyon** 17(2): 126-131.
30. Reid R. D. (2005) FMEA Something Old, Something New. **Quality Progress** 38(5): 90-93.
31. Senders J. W. (2004) FMEA and RCA: The Mantras of Modern Risk Management. **Qual Saf Health Care** 13(4): 249-250.

32. Soykan Y., Kurnaz N. ve Kayık M. (2014) Sağlık İşletmelerinde Hata Türü ve Etkileri Analizi ile Bulaşıcı Hastalık Risklerinin Derecelendirilmesi. **Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi** 6(1): 172-183.
33. Sönmez Y. ve Ünğan M. C. (2017) Hata Türü Etkileri Analizi ve Otomotiv Parçaları Üretiminde Bir Uygulama. **İşletme Bilimi Dergisi** 5(2): 217-245.
34. Stamatis D. H. (1995) **Failure Mode and Effect Analysis: FMEA From Theory to Execution**. ASQ, Quality Press, Milwaukee.
35. Şişman B. (2017) Hata Türü ve Etkileri Analizinde Bulanık AHP ve Bulanık Vikor Yöntemleri ile Otomotiv Sektöründe Risk Değerlendirmesi. **Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 9(18): 234-250.
36. Toptancı Ş. ve Erginel N. (2017) Hata Türü ve Etkileri Analizi ve Kalite Fonksiyon Yayılımı ile Bir İnşaat Firması İçin Risk Değerlendirmesi. **Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi** 5(ÖS: Ergonomi 2016): 189-199.
37. Türedi A. T. ve Bircan D. A. (2016) Endüstriyel Robotik Otomasyon Sistemlerinde Görülen Hataların ve Sistem Güvenilirliğinin Hata Türleri ve Etkileri Yöntemi ile Analizi. **Mühendis ve Makina** 57(672): 56-61.
38. Yılmaz B. S. (2000) Hata Türü ve Etki Analizi. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 2(4): 133-150.
39. Yousefinezhadi T., Jannesar Nobari F. A., Behzadi Goodari F. and Arab M. (2016) A Case Study on Improving Intensive Care Unit (ICU) Services Reliability: By Using Process Failure Mode and Effects Analysis (PFMEA). **Global Journal of Health Science** 8(9): 52635.

# The Southern European Model in Welfare Regime Types and a Comparison Among The Health Care Provisions in Italy and Turkey

Merve Kardelen BİLİR\*  
Ömer AÇIKGÖZ\*\*

## ABSTRACT

*The category of the Southern European welfare regime type has basically composed of four countries; Italy, Spain, Portugal and Greece. Turkey's place has been discussed in the Gough's article (1996) because of its welfare regime, its division of social responsibilities among state, family and market analogous with the Southern European countries. In the field of health, as a part of social services, Italy and Turkey implemented a similar universal health reform package in 1978 and 2003, respectively, and the similarities and differences between these two countries should be analyzed within the framework of the Southern European welfare regime framework. In this point, the research question can be summarized as follows: How can these universal health systems of Turkey and Italy be compared in the framework of the Southern European welfare regime model? In this paper, we would like to focus on the Italian and the Turkish health care provisions under two dimensions: the provision of health care and the health care expenditure based upon OECD and WHO 2014 reports and with valuable contributions of the scope of related readings.*

**Key Words:** *the Southern European welfare regime, universal health care reform, National Health System (SSN), Health Transformation Program (HTP).*

## Refah Rejimi Tipolojilerinde Güney Avrupa Modeli ve İtalya ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Sunumu Karşılaştırması

### ÖZ

*Güney Avrupa refah rejimi kategorisi temel olarak İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan olmak üzere dört ülkeden oluşmaktadır. Güney Avrupa ülkeleri ve Türkiye'nin bu ülkeler içindeki yeri benzer devlet, aile ve pazar arasındaki sosyal sorumluluk dağılımı nedeniyle Gough'un(1996) makalesinde tartışılmıştır. Sosyal hizmetlerin bir parçası olan sağlık alanında İtalya ve Türkiye, sırasıyla 1978 ve 2003'te benzer bir evrensel sağlık reformu paketi uygulamıştır ve bu bağlamda, bu iki ülkenin benzerlikleri ve farklılıkları Güney Avrupa refah rejimi çerçevesinde analiz edilmelidir. Bu noktada, inceleme sorusu şu şekilde özetlenebilir: Türkiye ve İtalya'nın evrensel sağlık sistemleri, Güney Avrupa refah rejimi modeli çerçevesinde nasıl karşılaştırılabilir? Bu makalede, İtalyan ve Türk sağlık sistemlerine sağlık hizmetleri sunumu ve sağlık harcamaları olarak iki farklı noktadan odaklanmak istiyoruz. Bu çalışma Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development -OECD) ve Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization- WHO)'nün 2014 raporlarıyla ve ilgili diğer araştırmalar temel alınarak hazırlanmıştır.*

**Anahtar Kelimeler:** *Güney Avrupa refah rejimi, evrensel sağlık reformu, Ulusal Sağlık Sistemi (SSN), Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP).*

\* MA Student, Boğaziçi University Institute for Graduate Studies in Social Sciences, The Master of Arts in Social Policy, Bebek, Istanbul, Turkey. E-mail: kardelen.bilir@boun.edu.tr

\*\* UG Student, Üsküdar University, Faculty of Humanities and Social Sciences, Psychology Department, Üsküdar, Istanbul, Turkey. E-mail: omer.acikgoz@st.uskudar.edu.tr

## I. INTRODUCTION

From the early 1990s, there has been an ongoing discussion about whether the Southern European welfare regime has peculiarities or not. This debate stemmed from growing statistics and researches on the social policy mechanisms of the four countries; Italy, Spain, Portugal and Greece. It is known that welfare regime typologies are not sufficient in order to categorize the whole structures of social policy in countries, however; they are advantageous to demonstrate possible weaknesses of the existing social policy mechanisms. In this point, the seminal work of Gosta Esping-Andersen (1990) paved the way for classification of welfare regimes based on de-commodification as a central issue. In 'The Three Worlds of Welfare Capitalism', existing welfare regimes were divided into three archetypes categories: the Scandinavian, the Continental, and the Anglo-Saxon model. The Scandinavian regime is a public service state which is based on tax-financed and universality principle, while the Anglo-Saxon model is characterized by residual doctrine in social protection which is also based upon general taxation with means-tested and low benefits. The Continental type is a distributive state; it is financed by 'contributions' from employers and employees in the labour market and it has the notion of work-based social status (Esping-Andersen 1990). In the recent decades, the distinctiveness of Southern European countries has been debated among scholars i.e. Bislev and Hansen (1991), Leibfried (1992), Kosonen (1992), Abrahamson (1992), Petmesidou (1996) and Ferrera (1996). According to Leibfried, the root of the distinctiveness of the Southern European model is originated from the residualism of welfare state and the central role of the Catholic Church and the family; while Petmesidou argued about the peculiarity of clientelism and the strong power of family as a distinctive factor. All of them have added to these three classic categories a fourth, South European model in which the welfare state as a 'semi-institutionalised premise' (Katrougalos, Lazaridis 2003). The misclassification of the Mediterranean states has been criticized that these countries are not a type of an immature Continental welfare regime (Bonoli 1997; Arts, Gelissen 2002). There is also a critical approach from feminist perspective, highlighting of the role of family as a main element and the position of women as a main care giver (Trifiletti 1999; Flaquer 2000; Naldini 2003). On the other hand, the peculiarities of Southern European countries has been accepted as a sub-category of the family of the 'state-corporatist' welfare model by the authors like Esping-Andersen (1999) and Katrougalos and Lazaridis (2003). Because there are two distinguished clusters; the first one Iberian country and Italy and the second one Greece among these Southern countries, they should not be evaluated within the same model i.e. the Southern European model (Katrougalos, Lazaridis 2003).

M. Ferrera's argumentation for this 'South European Welfare Regime' is the frequently referred one because it includes the most determined classification (Castles, Ferrera 1996; Ferrera 1996; Ferrera 1997). With the contributions of other scholars like Rhodes (1997a), Guillen and Matsaganis (2000), there are four determined characteristics for this model: "(1) a highly fragmented and 'corporatist' income maintenance system (2) the departure from corporatist traditions in the field of health care and the establishment (at least partially) of National Health Services (NHS) based on universalistic principles (3) a low degree of state penetration of the welfare sphere and a highly collusive mix between public and non-public actors and institutions (4) the persistence of clientelism and the formation –in some cases- of fairly elaborated 'patronage machines' for the selective distribution of cash subsidies." (Ferrera 1996). In this point, the establishment of NHS with the universalism principle is presented as a determinative factor for the distinctiveness of 'Southern Model' of welfare regime and it is defined as "an original mix of corporatism and universalism" (Ferrera 1997). All four countries in this Southern model had an occupationally fragmented social insurance regime and worker-based health care system rather than as a basic citizen's right. Nevertheless, they reformed these social insurance systems with universalistic principle, tax-

financed and open to all citizens model, in the recent decades; Portugal in 1976, Italy in 1978 and Spain in 1980, respectively. They have also shared the public-private partnership in the provision of health care as another characteristic; “Here, the establishment of a national health service (Italian or Iberian style) has not promoted a strengthening of the public sphere and the crowding out of private provision, but a peculiar collusion of public and private—often with great advantages and profits for the latter.” (Ferrera 1996).

## **II. THE TRANSFORMATION OF THE TURKISH HEALTH CARE REGIME: TOWARDS ‘UNIVERSALISM’ IN HEALTH**

The establishment of a welfare state is related with the level of socioeconomic development, historical and political tradition. In this regard, the evolution of the Turkish welfare regime has shaped with the influence of national state ideology and European welfare regimes and globalization, respectively. In Turkey’s framework, the transformation of welfare regime has been debated by various scholars since the mid-1990s. Turkey has distinct features in the topic of relationship between state, market and family. These explicit characteristics have been interpreted as a similarity with the Southern European model of welfare (Gough 1996; Buğra, Keyder 2003; Grütjen 2009; Duyulmuş 2009). The origin of this argumentation is derived from the polarized social security system and the position of family as a main welfare provision, basically; “When we suggest that Turkey’s traditional welfare regime resembles the Southern European type, in addition to structure of employment, we also have in mind the properties of formal social policy institutions and informal social integration mechanisms.”(Buğra, Keyder 2003). The Turkish pension system has a high degree of polarization and also, relatively, low level of coverage; it has included 41 percent of the population who is above the age of 65 years (OECD 2006). With the establishment of the Social Security Institution (Sosyal Güvenlik Kurumu, SGK) as main governance unit in 2006, the three former social security institutions (Sosyal Sigortalar Kurumu, SSK; Emekli Sandığı, ES and Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu, BAĞ-KUR) were united in the health care provision; however, their payments and regulations were diversified from each other in the topic of pension.

The central role of family is another well-known peculiarity of the Turkish welfare regime with taking into account the number and the size of household. World Bank asserts that “it is difficult to overstate the importance of marriage, family and extended family ties in the Turkish context.” (World Bank 2003). Similar to the South European countries, the importance of family ties and the marriage as an institution have preserved their place in the context of welfare regime; 4.07 is the mean household size in urban areas of Turkey, while 2.6 is the result in the Italian household (World Bank 2005). The number of young people who are living with their families is also analogous with the existing condition among Mediterranean countries; the percentage of men and women who were staying with their parents that are 49 percent and 29 percent in Turkey, 45 percent and 34 percent in Spain, 67 percent and 60 percent in Italy and 48 percent and 33 percent in Portugal, respectively (Grütjen 2009). With the precious contributions of feminist approach, the central role of family in the welfare regimes of Southern European countries has been highlighted since 1990s. The structure of Male Breadwinner Model in the Continental Europe transformed into Family and Kin Solidarity Model in the context of the Southern European countries. In the point of Turkey; the concept of Male Breadwinner Model is valid in the area of social security; however, Family and Kin Solidarity Model is also effective with considering existing ‘dependency’ concept and care policies for elderly, children and babies who are ‘dependent’ to mostly women-care givers from their families.

In the current decade, the Southern European countries transformed their healthcare regimes from occupational and hierarchical based system to universal-right based national

health system; Portugal in 1976, Italy in 1978 and Spain in 1980, respectively. Nonetheless, it is argued that there is also a counter movement within these countries against universalism principle in the health care provision because of its financing and regulating problems and other challenges. In this context, there is other aspect for this ‘similarity’ debate that it is about the recent reform of Turkey in the health care, namely; the Health Transformation Programme (HTP) in 2003. Before this reform package, Turkey’s health care regime could be evaluated within the Bismarkian typology because of its hierarchical and occupation-based insurance scheme. With the establishment of Social Security Institution (Sosyal Güvenlik Kurumu, SGK) as a main regulator and the implementation of General Health Insurance (Genel Sağlık Sigortası, GSS); the Turkish health system has taken a major step towards a universalistic health care provision system, gradually. On the other hand, the domain of privatization and market incentives were also being introduced in health care sector as a result of economic liberalization movement since the early 1980s. In another words, this reform step of Turkey had some similarities and also, it has showed critical differences with the health care reforms in the Southern European countries i.e. Italy.

In the topic of health care regime, there is an ongoing debate that how can we classify contemporary health care systems according to existing welfare regime typologies. These seminal welfare regime classifications of Esping-Andersen have been criticized seriously, because they have obtrusive generalizations about all type of social services and they don’t involve a de-commodification index in health care provision. In this regard, the notion of decommodification index is rearranged with 18 countries under three measures (private health expenditure as a percentage of GDP, private hospital beds as a percentage of total bed stocks and the percentage of the population covered by the health care system) in order to indicate the reliability of Esping-Andersen’s decommodification method based upon the labour market and income maintenance (Bambra 2005). Claire Bambra’s health care decommodification index has both convergences and divergences with Esping-Andersen’s results; especially, in the classification of Canada, UK and New Zealand. Within the Turkish context, Tuba Ağartan’s article reveals the de-commodification index of Turkey’s HTP under three dimensions (private health expenditure as a percentage of GDP, private hospital beds as a percentage of total bed stocks and number of private and public hospitals) and the marketization effect over this index since 2003; it asserts that “Turkish healthcare reform illustrates how particular dynamics of marketization in late-developing and transition countries may increase inequalities in accessing healthcare services.” (Ağartan 2012).

Given the cases above, the Turkish welfare regime is accepted as an example of the Southern European model because of its structure in welfare provision. In this regard, Turkey’s healthcare regime has an ongoing transformation programme since 2003 and it has been debated from the point of de-commodification, marketization and universalism principle, basically. To compare and contrast with the Italian healthcare reform in 1978, Turkey’s health care provision will be analysed also in the point of the provision of health care and the health care expenditure. In this way, similarities and differences among the Italian and the Turkish health care provision can be debated on equal basis.

Since 2003, the health care system of Turkey has encountered with winds of remarkable reforms, after the vulnerable coalition government periods, The Health Transformation Programme (HTP) was presented by the Justice and Development Party (JDP) as a ‘window of opportunity’ in order to solve well-known troubles within the existing unequal health care regime of Turkey (Ağartan 2014). The former Bismarkian health care regime of Turkey had four types of inequalities; inequalities in health care services, inequalities among social insurance funds (SSK, ES and BAĞ-KUR), inequalities between ‘users’ of social insurances and ‘outsiders’ (the Green Card implementation) and lastly, inequalities in the expenditure of out of pocket (Yılmaz 2013). The non-egalitarian structure of former social insurance



scheme represented the polarized condition of labour market; there was a hierarchy among individual and state contributions to SSK, ES and BAĞ-KUR and also, there were a fragmented administration of benefit package, premium rates and health care services as well as their qualities and efficiencies.

This occupational-based health care provision of Turkey was presented as a major public problem and the requirement for reformation of health care system was labelled as one of the prior actions of this new government (JDP 2002; MoH 2003). In this point, HTP's major ideals include that the establishment of compulsory universal health insurance (Genel Sağlık Sigortası, GSS), the foundation of one-central social insurance fund (Sosyal Güvenlik Kurumu, SGK), the consolidation of Ministry of Health, the reorganization of health care services delivery, and the separation of financing section from this delivery part. That's why; HTP has purposed to make comprehensive reforms in the health care finance, regulation and delivery areas by the help of increasing in the role of private sector as a new emerging actor. The aim of universalism in the health care provision system has been stressed as one of the major ideals in order to provide a universal health insurance for 'poor and uninsured' population within the former system: "Our party deems the fulfilment of public health services as one of the crucial elements of the social State concept. The social security umbrella shall be established so as to cover the entire population." (JDP Party Programme 2016).

On the other hand, HTP paved the way for critical arguments on marketization, commodification of health care and new inequalities among citizens. There are similar discourses in HTP and the former reform initiatives since the beginning of 1990s; stressing of high infant and maternal mortality rates, inequality in accessing to primary care, low level of coverage (32% of total population in 2002), inefficiency of administration in both public and SSK hospitals, inadequacy of health care resources i.e. doctors, nurses and auxiliary staffs and rising costs and expenditures with a fiscal crisis (Ağartan 2014). At the same time, HTP's changes could not break the existing social insurance based health care finance regulation and the establishment of SGK as a center didn't eliminate inequalities in payments and contributions of the beneficiaries. In this regard, HTP's solution involves an increasing role of private hospitals as a partnership between public and private sectors; it brings the reorganization of state as a main coordinator and directing the activities of private sectors in the health care provision. As Yılmaz states that "the HTP has replaced occupational status as the primary origin of inequalities in access to health care with income." (Yılmaz 2013).

### **III. THE ITALIAN HEALTH CARE REGIME: 'THE SECOND IN THE WORLD'**

The Italian National Health Service (Servizio Sanitario Nazionale – SSN) was established in 1978 in order to shift the former in-egalitarian health insurance fund system following the Second World War with an aim of right-based universal health care provision to all citizens, financed by general taxation (Law no: 833/78). The essential political coalition for this health care reform was formed in between the Christian Democrat Party and the Communist party within an exceptional period (McCarthy 1991). The main aim of the SSN could be summarized as creating of a uniform and tax-financed health system with the coverage of entire population in order to provide emergency, primary, secondary care, pharmaceuticals, specialist outpatient care, integrated care, home care, public health and occupational health services. The SSN took the British National Health Service as an example; however, it was rearranged with respect to Italy's decentralization process which was dated back to the constitution of 1948 and the formation of duly-authorized regions in the 1970. After that point, the SSN was managed in the three levels; central, regional and local level. As the main coordinator, the Ministry of Health has been authorised in the issues that the determination of the NHS health targets (the National Health Plan), the management of the National

Institution for Scientific Research (IRCCSS) and the National Institute of Health and the administration of financial resources among different regions. At regional and local level, regional governments and parliaments are responsible for ensuring their spending responsibility in health care services under three branches (emergency, primary and secondary care in both public and private hospitals) as well as protecting their quality and increasing their efficiency (HiT Summary: Italy 2009).

Since the mid-1990s, there has been an ongoing debate over ‘federalism’ in Italy and by the help of Law Bassanini reform in 1997; the transference of authority from the central government to the regional governments was finished, gradually. With the market-oriented 1992-93 and the innovative 1999 health care reforms packages; both financing and spending administrations were given to the regional level authorities as a result of structural and financial crisis of 1978 health care reform (Maino 2001). This policy of ‘fiscal federalism’ and decentralization include 21 regions and 2 autonomous provinces with a high degree of financial and organizational independency in their realm of authority. The central government’s political and fiscal authorisation over allocation of resources is limited at a certain point with reorganization of ‘steering’ role of the state. In this regard, the financial resources of SSN is mostly provided from national and regional taxations (78% of total health expenditure) and out of pocket payments as supplementary payments (18% of total health expenditure). On the other hand, there is a critical issue which have been questioned since the implementation of these reforms; the possibility of regional variations in the organisation and provision of health services in between the Northern and the Southern part of Italy (France et al. 2005; Ricciardi et al. 2009; Toth 2013; WHO 2014a; OECD 2014a). It is highlighted that “this regional variation in health care reflects (and exacerbates) differences of contextual, political, economic and cultural factors as well as differences between regional health systems.” (Ricciardi et al. 2009).

#### **IV. THE PROVISION OF HEALTH CARE IN THE ITALIAN AND THE TURKISH HEALTH CARE SYSTEMS**

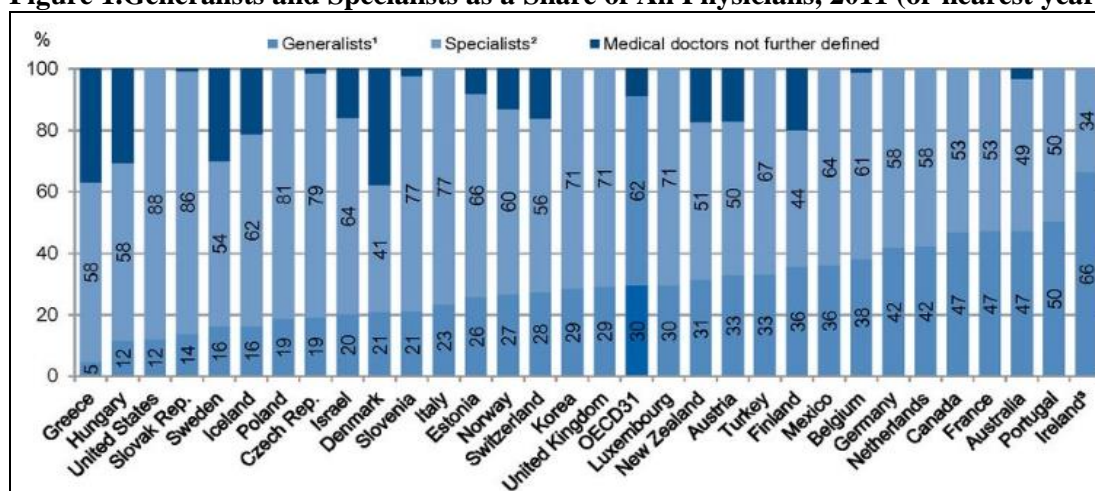
In this paper, the main target is to analyse the Italian and Turkish health care provisions under two dimensions: the provision of health care and the health care expenditure, respectively. From the point of ‘universalism’, the Southern European welfare regime discourse in the health care provision is taken as a starting point and in this regard; the place of Turkey and Italy will be debated within this model. To determine the provision of health care, various indicators can be taken into account such as the current situation of primary health care services, the number of medical workforce and the number of hospitals with their bed capacities.

As a point of origin, the contemporary condition of primary care services is compared; the primary care system means that the first place of relationship between citizens and local health services. In both cases, the primary care services serves in many braches including diagnosis, treatment, preventive care, monitoring of parent and child health and following of chronic diseases. It is conducted primary care physicians (PCPs) in Italy and family physicians (FPs) in Turkey at the local level by free of charge and the requirement of enrolment of this systems’ database.

The Italian health care system has a well-known primary care services network (Local Health Authorities – ASLs) despite of the fact that there has a growing ageing population (the third highest among the OECD countries). This demographical change in ageing population is a serious challenge against the existing primary care services in terms of health care costs and expenditures. According to the OECD health review of 2014; there was an ongoing increase in the average number of patients who had appealed to primary care

services in between 2001 and 2009; 3.4% and 9.4% for GPs (Guardia Medica) and paediatricians, respectively. As a result of this tendency, GPs and paediatricians registered almost 1500 and 800 on their patients lists; each GP's patient average was 1.134, while each paediatrician's patient average was 857 on their registration lists in 2009. That's why; there were initiatives for reorganization of community and primary care services; in 2009, there were 711 health districts; however, the number of health districts in each ASL is changeable in each region (OECD 2014a). In the SSN; the main role of the primary care physicians is that acting as a 'gatekeeper' to the secondary care; patients must have a referral from their PCPs in order to appeal a specialist, outpatient hospital care as a secondary care. By this way, the intensity of hospitals has been reduced and the management of patients has been conducted by PCPs with the contribution of this medical referral co-ordination system. The numbers of PCPs and GPs were estimated that there were 0.76 GPs per 100.000 inhabitants and 0.91 paediatricians per 100.000 children aged between 0 and 14 years old. On the other hand, the unbalanced situation of the medical workforce attracts our attention, undeniably; GPs composed of 23% of all physicians, while the OECD average was 30%. Under these conditions, the patient satisfaction about the Italian primary health care provision was measured as relatively high; the quality of primary care services in SSN is a corner stone in sustainability of this system according to patients' evaluations (OECD 2014a).

In Turkey's framework, the requirement for establishing of well-coordinating primary care services is always a recognized problem and before the Health Transformation Programme (HTP), there were also several attempts and implementations to ensure the first-level health service to all citizens. Nevertheless, these attempts could not be evaluated as effective as the Italian case, obviously. As a result of HTP's rebuilding policy, in both supply and access to primary health care services has developed in the issue of especially maternal and child health care and preventable infectious diseases among risk groups since 2003. The monitoring of chronic diseases including heart, kidney diseases and diabetes and the administrating of home care are remarkable improvements in HTP. There is a limited independency of family medicine (FM); the FM team has composed of one family physician, nurses and assistants who have worked with a list of registered patients within their authorized areas under the administration of the Public Health Agency of Turkey in each of the 81 provinces. In this regard, the number of primary health care centers rose 28.5 centres per 100 000 population in 1994 to 44.4 centres per 100 000 in 2006 (OECD 2014b). At the same time, the primary care applications advanced from 69 million to 254 million in between 2002 and 2012; like in the Italian case, there is an ongoing demand for primary health care services, yet, Turkey's results are more outstanding in a certain extent (OECD 2014b). As another difference, the number of Turkey's medical workforce in the primary health care was comparatively higher than Italy; the number of FMs composed of 33% of all physicians, while Italy remained 23% of all physicians in this topic (Figure 1). Nonetheless, the number of family physicians was around 2.500 and the number of GPs was 10.000 in Turkey. Also, the doctors of Turkey have struggled with the increasing demand in the primary care services: 3.500- 4000 patients per physician on average in Turkey (OECD 2014b), on the other hand, Italy had 1.134 as a GP's patient average and the average of OECD were 2000-2500 patients per physician (OECD 2014a). Given the cases above, the patient satisfaction rates about the quality of primary care services tended to increase like in the Italian case: it rose from 41% in 2000 to 71% in 2008 (OECD 2014b).

**Figure 1. Generalists and Specialists as a Share of All Physicians, 2011 (or nearest year)**

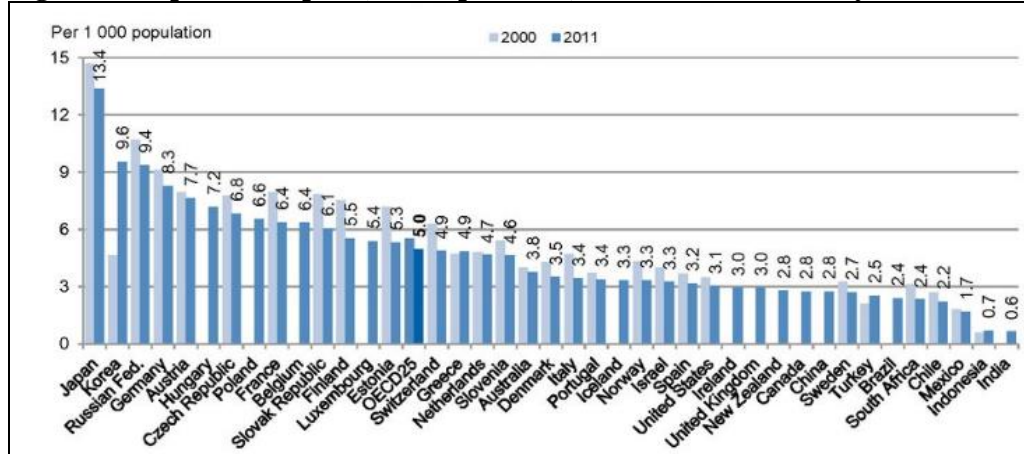
**Source:** OECD Reviews of Health Care Quality: Turkey (2014) <http://www.oecd.org/turkey/oecd-reviews-of-health-care-quality-turkey-2013-9789264202054-en.htm>, Last Accessed: 26.12.2016.

The number of skilled medical workforce is another essential indicator to determine the level of a health care provision at both primary and secondary care. In this regard, the quality of medical education and training in both Italy and Turkey should be kept high; their medical education have been evaluated as ‘qualified’, but it should be protected. The average number among OECD countries was 3.2 doctors per 1.000 population and 8.8 nurses per 100,000 population. In this regard, Turkey’s lower overall levels of doctors and nurses lead to disruption in both primary and secondary health care services; the number of practicing doctors per 1,000 population was 4.0 in Italy (OECD 2014a), while this number was 1.7 doctors per 1,000 population in Turkey (OECD 2014b). Turkey’s human resources in medical workforce have always been criticized because of its shortage; Turkey has the second lowest number of doctors among OECD countries. On the other hand, this result has tended to change since 2003 with the transformation in health programme; the annual growth in the number of doctors was measured as 5.4% a year between 2000 and 2009, while the average number of annual growth in the number of doctors among OECD countries stayed 1.7% a year (OECD 2014b). As a similarity in the medical workforce topic, the number of practicing nurses in both Italy and Turkey were lower than the OECD average; the number of practicing nurses per 100,000 population was measured as 6.3 in Italy (OECD 2014a), this result was even worse in Turkey: 1.7 nurses per 1.000 population. (OECD 2014b). Comparatively, the rate of nurses to physicians was also low in both Italy and Turkey; at 1.6 nurses per physician in Italy and 1 nurse per doctor in Turkey (the lowest nurse to physician ratios in the OECD) (OECD 2014b). That’s why; the serious concern about inadequacies of nurses caused to increase in the nursing education programmes in both Italy and Turkey at the level of university as well as high-school.

The Turkish and Italian hospital sectors consist of both publicly and privately owned and run institutions. The Ministry of Health hospitals comprises of the public hospital sector and their ratio was 59% of all hospitals and 60% of all hospital bed capacities in Turkey. Private hospitals perform about 34% of all hospitals, and 14% of all hospital beds (OECD 2014b). On this issue, Turkey has one of the lowest capacities of hospitals and hospital beds among OECD countries; however, she has the fastest growing ratios especially in private sector in both indicators. The average number of hospitals for per million populations among OECD countries was measured as 29.0; this rate was 19.5 in Italy and it was 19 in Turkey. On the other hand, the number of hospital beds was 3.4 in Italy and it was 2.5 in Turkey, while the

OECD average was determined as 5.0 (Figure 2). In this point, it can be seen that Italy and Turkey has similarities in the topic of hospital and hospital bed ratios; two of them remained the average number of OECD. Nevertheless, Italy’s health policy is based on the expansion of primary health care and the avoiding of hospitalization and that’s why, these results of Italy can be evaluated as an admissible ratio. In there, the growth in the public and private hospital sector in Turkey should be questioned because the increasing number of private hospitals reached upon 90% in between 2002-2011, while it stayed in 10% for public hospitals.

**Figure 2. Hospital Beds per 1,000 Population , 2000 and 2011 (latest year available)**



Source: OECD Reviews of Health Care Quality: Turkey (2014). <http://www.oecd.org/turkey/oecd-reviews-of-health-care-quality-turkey-2013-9789264202054-en.htm>, Last Accessed: 26.12.2016.

**V. THE EXPENDITURE OF HEALTH CARE IN THE ITALIAN AND THE TURKISH HEALTH CARE SYSTEMS**

In contrast to the tax-funded universal-right based Italian health care provision policy (the National Health Fund), the Turkish health system has adhered to the former system: it has been funded by contributions from employees, employers and state with different payment levels. This obvious difference among Italy and Turkey constitutes the main diversified point for this discussion because the policy of financing mechanism has a dominant power over the idea of universal health care provision to all citizens and the sustainability of the universal health care regime to a large extent. The universal health care provision means that the principle of a common package of benefits for all citizens. Undoubtedly, this difference in the finance policy has influenced to the total expenditure on health per capita as well as the total expenditure on health as % of GDP; Italy had the ratio of the total expenditure on health capita 3.239, while Turkey’s result was measured as 1.036 in the same year. In another words, Italy’s total expenditure on health as % of GDP was that 9.2 and Turkey reserved 5.4% of their GDP for health expenditure. The OECD average was that 9.3 (WHO 2014ab).

The establishment of national universal health insurance influences to increase the level of coverage of the population in a direct way. In this issue, the Italian health care provision offers to compulsory universal coverage and it doesn’t allow leaving out this social health insurance system from the late 1970s; the level of coverage was up to 93% of whole population in Italy. The insurance program is also available and free of charge in terms of legal immigrants since 1998 and with this change, their level on coverage was estimated nearly 98% of all population (HiT 2014). On the other hand, Turkey’s official data for the

level of coverage is noteworthy in order to follow up the change in coverage numbers; before the HTP, the level of coverage was estimated as 67.2% of the population (33.4% of the population was covered by SSK, 5.1% by ES and 11.7% by BAĞ-KUR, while the Green card's percentage was 8.6.) (Ağartan 2012). When it came to 2010, the estimated coverage level of the Turkish health system was measured as 96% of the population (83% of the population had national health insurance and 13% of the population was covered by the Green Card.) (Ağartan 2012). All in all, this blowing up in the coverage rates can be interpreted as another successful result of the national universal health insurance program in Turkey.

The issue of out-of pocket payments (OOPs) are the last point which I would like to highlight in this research paper. Out-of pocket payments are paid directly by users who appeals to this service and they are not included in the payments of insurance systems, in this regard; the increasing or decreasing of out of pocket payments can be useful in order to look into these existing universal health insurance based systems within Italy and Turkey. Italy has two main types of out-of-pocket payments; demands side cost-sharing as the first type and direct payment as the second type. In economic terms, the ratio of OOPs was given as 18% of total expenditure and this ratio of OOPs spending reduced 5.1% in between 2000 and 2011 (OECD 2014a). The OECD average for OOPs rate was 20% of total health expenditure and the reduction ratio among OECD countries for OOPS was determined as 1.2%. From Turkey's side, the spending of OOPs was much higher than other OECD countries (19.8%), however, these reforms initiatives have influenced over the reduction ratio of OOPs since 2003; it was 10.3% reduction in out-of pocket expenditure in between 2000 and 2011 (OECD 2014b).

## **VI. DISCUSSION AND CONCLUSION**

In this research paper, I endeavoured to compare Italy and Turkey's health systems on the universalism principle of the Southern European welfare regime model. The provision of health care and the health care expenditure are my two dimensions because they are remarkable indicators which can represent not only the level of spending on health care, but also the level of qualified and available health care service to all citizens. Italy's National Health System (SSN) was established in the 1978; this system has based on 'decentralization' doctrine and the role of regional governments has maintained to expand after the 2001 constitution reform. This decentralized structure of Italy's health care system has paved the way for debating inequality of resource distribution among Northern and Southern regions. On the other hand, Turkey's health care regime has been administered by the authority of Ministry of Health, even if, there has been given a partial financial authority to the family medicine center and public hospitals after the Health Transformation Program (HTP).

As a result of both decentralization and universalism policy, the Italian health care system adopts the expansion of qualified primary care for all citizens; these primary care centers act as a 'gatekeeper' within this system. At the same time, the purpose of Turkey's reform package is also the development of primary care services networks for everyone's access and the improvement in gatekeeper mission of primary health care services; yet, this reform has acted together with the hospitalization wave and the gatekeeping mission is not be successful as well as the Italian case; the number of hospital for per million population is nearly similar among Italy and Turkey. The similarity between hospital beds attracts the attention; Turkey's improvement in this case should be regarded carefully because of the growing in the ratio of private hospitals; this trend in marketization makes inroads into discussion for the sustainability of the national universal health insurance program and the protection of qualified public health care services. All in all, it can be stated that the Italian primary health

care services is more inclusive and more developed from the Turkish one in terms of accessibility, the ratio of physicians, nurses and patients; however, both of them should enhanced their qualified medical workforces in order to sustain their health care systems without possible shortages. It is known that the quality of medical workforce is non-negligible part of the universal health care service provision.

In the second place, the health care expenditure levels of these two countries are diversified from each other as well as their population and gross national income per capita; Italy's expenditure on health as % of GDP is nearly 9.2; however, Turkey's ratio is lesser than both the level of Italy and the average number of OECD countries. Nevertheless, the most prominent division among these two systems derives from their funding policies; the Italian health care system is based on the universal tax-funded regime, while Turkey's finance resources have been supplied from contributions of state, employees and employers in different payments' ratios. With the introduction of HTP, the level of out-of pockets have tended to decrease and it has approached to the average number of OECD; however, there is a new dimension in there that is 'additional payments'. This difference of the Turkish health care regime is a challenge for adhering to the national universal health care insurance and also, it is a serious threat for sustainability of universalism principle in health. The level of coverage in health has reached upon 96% of all population in Turkey; this ratio is pretty much same in the number of Italy. In this context, it can be asserted that there is a striking improvement in the coverage ratios in Turkey; but the policy of contribution-based in finance has still remained as an obstacle in the enhancing of universal health care provision.

Under the light of provided backgrounds, the universalism principle in the Italian health care regime can be accepted as prospering one because it adopts tax-funded finance policy and also, the condition of primary health care services is quite better than the Turkish primary health care services in terms of the provision of health care. In this regard, the health care report of Italy can be evaluated as full-converged with the health care regime of the Southern European welfare regime model. On the other hand, Turkey has also made progress in the issues of primary health care services, hospital capacities and medical workforces as well as their expenditure levels on health. Nevertheless, their developments are not being sufficient to be counted within the Southern European health care regime because it is based on the contribution-based funded finance policy, rather than the tax-funded universal regime. It should be rearranged the financing policy and also, the attempt of marketization should be limited to prevent possible inequalities based on income.

## **REFERENCES**

1. Abrahamson P. (1992) Europe: A Challenge to the Scandinavian Model of Welfare. **Paper for the first European Conference on Sociology**, pp: 135-151, University of Vienna, Vienna.
2. Ağartan T. I. (2012) Marketization and universalism: Crafting the right balance in the Turkish healthcare system. **Current Sociology** 60: 456-471.
3. Ağartan T. I. (2014) Explaining Large Scale Policy Change in the Turkish Health Care System: The Health Transformation Program. **21st International Conference of Europeanists on "Resurrections"**, Washington D. C.
4. Bamba C. (2005) Worlds of Welfare and the Health Care Discrepancy. **Social Policy and Society** 4(1): 31-41.

5. Bislev S. and Hansen H. (1991) The Nordic Welfare States and the Single European Market. In Lise Lyck (ed.) **The Nordic Countries in the Internal Market of the EC**, Copenhagen.
6. Bonoli G. (1997) Classifying Welfare States: a Two Dimension Approach. **Journal of Social Policy** 26(3): 351-372.
7. Buğra A. (2003) **New Poverty and the Changing Welfare Regime of Turkey** (co-authored with Ç. Keyder) UNDP, Ankara.
8. Castles F. and Ferrera M. (1996) Home Ownership and the Welfare State: Is Southern European Different? **South European Society of Politics** 1: 163-85.
9. Esping-Andersen G. (1990) **The Three Worlds of Welfare Capitalism**. New Jersey University Press, Princeton, United States of America.
10. Esping-Andersen G. (1999) **Social Foundations of Post-industrial Economies**. Oxford University Press, Oxford.
11. Ferré F., Belvis A.G., Valerio L., Longhi S., Lazzari A., Fattore G., Ricciardi W. and Maresso A. (2014) Health Systems in Transition. **Italy Health system review** 16(4): 1-168.
12. Ferrera M. (1997) The Uncertain Future of the Italian Welfare State. **West European Politics** 20(1): 231-49.
13. Ferrera M. (1996) The ‘Southern Model’ of Welfare in Social Europe. **Journal of European Social Policy** 6(1): 17-37.
14. France G., Taronib F. and Donatinic A. (2005) The Italian Health-Care System. **Health Economics** 14(S1):187-202.
15. Flaquer L. (2000) “Is There a Southern European Model of Family Policy?”. In Astrid Pfenning and Thomas Bahle (eds.) **Families and Family Policies in Europe**, pp:15-33. Peter Lang Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main
16. Gough I. (1996) Social Assistance in Southern Europe. **South European Society & Politics** 1(1): 1-23.
17. Guillen A. and Matsaganis M. (2000) Testing the “Social Dumping” Hypothesis in Southern Europe: Welfare Policies in Greece and Spain during the last 20 years. **Journal of European Social Policy** 10(2): 120-45.
18. Grütjen D. (2009) The Turkish Welfare Regime: An Example of the Southern European Model? The Role of the State, Market and Family in Welfare Provision. **Turkish Policy Quarterly** 7(1): 111-129.
19. JDP Party Programmes (2002-2016) Party Programme. <https://www.akparti.org.tr/english/akparti/parti-programme> Last Accessed: 27.12.2016.
20. Katrougalos G. and Lazaridis G. (2003) **Southern European Welfare States: Problems, Challenges, and Prospects**. Palgrave Macmillan, Hampshire.



21. Kosonen P. (1992) **The Various Worlds of Welfare Capitalism: Questions of Comparative Research**. In P. Kosonen (ed.) *Changing Europe and Comparative Research*, Vark-Kustannus Publishing, Helsinki.
22. Law 833/1978 Establishment of the National Health Service.
23. Leibfried S. (1992) Towards a European Welfare State? On Integrating Poverty Regimes in the European Community. In Z. Ferge and J. E. Kolberg (eds.) **Social Policy in a Changing Europe**. Westview Press, Boulder.
24. Maino F. (2001) The 1992-93 and the 1999 Health Care Reforms in Italy. **Workshop 15 Health Governance in Europe: Europeanisation and New Challenges in Health Policies**, Grenoble.
25. McCarthy M. J. (1991) Evolution and Implementation of the Italian Health Service Reform of 1978. **The University of London Department of Social Administration, Doctoral Dissertation**, London.
26. Scalzo A., Donatini A., Orzella L., Cicchetti A., Profili S. and Maresso A. (2009) Health Systems in Transition. **Italy Health System Review** 11(6).
27. MoH (Ministry of Health) (2003) **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu (Health Transformation Project Concept Note)**. Ministry of Health Project Coordination Unit, Ankara.
28. Naldini M. (2003) **The Family in the Mediterranean Welfare States**. Frank Cass, London/Portland.
29. OECD (2006) Anne-Marie Brook and Edward Whitehouse. The Turkish Pension System: Further Reforms to Help Solve the Informality Problem. <http://www.oecd.org/turkey/37818128.pdf> Last Accessed: 27.12.2016.
30. OECD (2014a) Reviews of Health Care Quality: Italy. <http://www.oecd.org/els/oecd-reviews-of-health-care-quality-italy-2014-9789264225428-en.htm> Last Accessed: 26.12.2016.
31. OECD (2014b) Reviews of Health Care Quality: Turkey <http://www.oecd.org/turkey/oecd-reviews-of-health-care-quality-turkey-2013-9789264202054-en.htm> Last Accessed: 26.12.2016.
32. Petmesidou M. (1996) Social Protection in Southern Europe: Trends and Prospects. **Journal of Area Studies** 4(9): 95-125.
33. Ricciardi W., Favaretti C. and Bellantone R. (2009) A Healthy Lesson, Italian-style? **Italian Journal of Public Health** 6(4): 323-329.
34. Toth F. (2013) How Health Care Regionalization in Italy Has Widened the North-South Gap. **1st International Conference on Public Policy**, Grenoble.
35. Trifiletti R. (1999) Southern European Welfare Regimes and the Worsening Position of Women. **Journal of European Social Policy** 9(01): 49-64.
36. Yılmaz V. (2013) Changing Origins of Inequalities in Access to Health Care Services in Turkey: From Occupational Status to Income. **New Perspectives on Turkey** 48: 55-77.

37. WHO (2000) The World Health Report 2000 Health Systems: Improving performance [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf) Last Accessed: 28.12.2016
38. WHO (2014a) <http://www.who.int/countries/ita/en/> Last Accessed: 26.12.2016.
39. WHO (2014b) <http://www.who.int/countries/tur/en/> Last Accessed: 26.12.2016
40. World Bank (2003) **Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency.** World Bank, Washington DC.
41. World Bank (2005) **Turkey: Joint Poverty Assessment Report.** World Bank, Washington DC.