



HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 23

Sayı/Number 3

Yıl/Year 2020

Sağlık Kurumlarında Sağlık Personeli Olmayanların Spiritüalite ile İlgili Görüş ve Tutumları

Nur BOZTEPE, Dumrul GÜLEN

Hemşirelerin Mesleklerine Yönelik Açık ve Örtük Tutumlarının Farklılığı Üzerine Bir Araştırma

Dilek KOCABAŞ, Ramazan ERDEM, Ömer L. ANTALYALI

Kamu Hastanelerinde Hekimlere Yönelik Performansa Dayalı Ek Ödeme Model Önerisi

İbrahim YÜKSEL, Kudret Şevket SAYIN

Hastaların Aldıkları Sağlık Hizmetinden Elde Ettikleri Tatmin ve Hizmet Aldıkları Kuruma Bağlılık Düzeylerinin Algılanan Değer Üzerine Etkisi

Fatma ATIGAN

Huzurevinde Çalışan Yaşlı Bakım Elemanlarının Algıladıkları Sosyal Destek ile İş ve Yaşam Doyumu İlişkisi

Serap CANLI, Nurhan BİNGÖL, Bayram GÖKTAŞ

Otantik Liderlik Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği: Sağlık Yöneticileri Üzerinde Bir Araştırma

Cahit KORKU, Sıdıka KAYA

İlişkisel Pazarlama Stratejileri, İlişkisel Kalite Unsurları ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Haydar HOŞGÖR, Emrah CENGİZ

Yoğun Bakım Maliyetleri ve Yoğun Bakım Maliyet Çalışmalarının İncelenmesi

Cuma FİDAN, İsmail AĞIRBAŞ

Teletıp Uygulamalarında Hasta Memnuniyeti: Bir Sistemik Derleme Çalışması

Cuma SUNGUR



HACETTEPE
SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume: 23

Sayı/Number: 3

2020

e-ISSN 2148-9041

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

Cilt: 23 Sayı: 3 Yıl: 2020

Derginin Sahibi/Publisher

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

Yayın Kurulu Başkanı/Editor

Gölsün ERİGÜÇ

Yayın Kurulu Bşk. Yardımcısı/ Associate Editor

Pınar YALÇIN BALÇIK

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü/ Editorial Manager

Gamze BAYIN DONAR

Türkçe Dil Editörü / Turkish Language Editor

Seda AYDAN

İngilizce Dil Editörü / English Language Editor

Songöl ÇINAROĞLU

Yayın Kurulu/Editorial Board

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

Dergi Tasarım

Birol YETİM
Gölnur İLGÜN
Murat KONCA
Nazan KARTAL

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

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

Gamze BAYIN DONAR

H.Ü. İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü, 06800, Ankara/Türkiye
E-mail: saglikidaresidergisi@gmail.com

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

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

Yayın Türü: Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda 4 Sayı (Mart, Haziran, Eylül, Aralık)
Yayının Yönetim Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Yeri: D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü 06800 Çankaya/Ankara, Tel No: 2976356-57-58
Yayın Tarihi 15.09.2020

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

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

Danışma Kurulu / Advisory Board

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

İÇİNDEKİLER

Araştırma	
Sağlık Kurumlarında Sağlık Personeli Olmayanların Spiritüallite ile İlgili Görüş ve Tutumları Opinions and Attitudes of Employees Other than Healthcare Personnel in Health Institutes towards Spirituality	351-368
<i>Nur BOZTEPE, Dumrul GÜLEN</i>	
Hemşirelerin Mesleklerine Yönelik Açık ve Örtük Tutumlarının Farklılığı Üzerine Bir Araştırma A Research on The Difference of Explicit and Implicit Attitudes for Nurses' Professions	369-386
<i>Dilek KOCABAŞ, Ramazan ERDEM, Ömer L. ANTALYALI</i>	
Kamu Hastanelerinde Hekimlere Yönelik Performansa Dayalı Ek Ödeme Model Önerisi Proposal for Performance Based Supplementary Payment Model for Physicians in Public Hospitals	387-410
<i>İbrahim YÜKSEL, Kudret Şevket SAYIN</i>	
Hastaların Aldıkları Sağlık Hizmetinden Elde Ettikleri Tatmin ve Hizmet Aldıkları Kuruma Bağlılık Düzeylerinin Algılanan Değer Üzerine Etkisi The Effect of Patient' Satisfaction and Institutional Commitment on Perceived Patient Value for Healthcare Institutions	411-434
<i>Fatma ATIGAN</i>	
Huzurevinde Çalışan Yaşlı Bakım Elemanlarının Algıladıkları Sosyal Destek ile İş ve Yaşam Doyumu İlişkisi Relationship between Perceived Social Support and Job and Life Satisfaction by Elderly Care Elements Working in Nursing Home	435-450
<i>Serap CANLI, Nurhan BİNGÖL, Bayram GÖKTAŞ</i>	
Otantik Liderlik Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği: Sağlık Yöneticileri Üzerinde Bir Araştırma Validity and Reliability of The Turkish Version of The Authentic Leadership Questionnaire: A Survey on Health Care Managers	451-464
<i>Cahit KORKU, Sıdıka KAYA</i>	
İlişkisel Pazarlama Stratejileri, İlişkisel Kalite Unsurları ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi Investigation of Relationships between Relational Marketing Strategies, Relational Quality Elements and Behavioral Intentions.....	465-484
<i>Haydar HOŞGÖR, Emrah CENGİZ</i>	
Derleme	
Yoğun Bakım Maliyetleri ve Yoğun Bakım Maliyet Çalışmalarının İncelenmesi Intensive Care Costs and Analysis of Intensive Care Cost Studies.....	485-504
<i>Cuma FİDAN, İsmail AĞIRBAŞ</i>	
Teletıp Uygulamalarında Hasta Memnuniyeti: Bir Sistemik Derleme Çalışması Patient Satisfaction in Telemedicine Applications: A Systematic Review Study	505-522
<i>Cuma SUNGUR</i>	

ARAŞTIRMA MAKALLESİ

SAĞLIK KURUMLARINDA SAĞLIK PERSONELİ OLMAYANLARIN SPİRİTÜALİTE İLE İLGİLİ GÖRÜŞ VE TUTUMLARI

Nur BOZTEPE *
Dumrul GÜLEN **


ÖZ

Çalışma, sağlık kurumlarında sağlık personeli dışında çalışanların spiritüalite ile ilgili tutumlarını, görüşlerini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde 110 çalışanla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olan araştırmanın verileri, literatür taraması sonrasında araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu kullanılarak elde edilmiştir. Elde edilen verilerin analizi için frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma analizleri, Chi-Square Testi, Shapiro-Wilk Testi, Independent Samples T Test, Mann-Whitney U Test, One-Way ANOVA ve Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan çalışanların %35,4'ü hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hastanede görev yapan sağlık çalışanları ile birlikte sağlık çalışanı olmayan tüm sağlık kurumu personelinin de görev yapması gerektiğini, %78,2'si hastanede verilen spiritüel bakımın yetersiz olduğunu düşündüğü, sadece %11,8'i spiritüel bakıma destek verme isteğinde bulunmadığı belirlenmiştir. Çalışanların %91,8'i hastaların spiritüel gereksinimlerinin hastane ortamında karşılanması gerektiğini, %31,8'i hastanede hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanması için kesinlikle danışılacak bir uzman olması gerektiğini, %35,5'nin hastaların spiritüel desteği isteme ya da reddetme hakkına sahip olduğunu düşündüğü ortaya çıkmıştır. Araştırmamızda çalışanların spiritüel desteği yeterli bulma durumu ile eğitim düzeyleri, spiritüel desteğin hastaların psiko-sosyal iyileşmesine katkısı olduğu düşüncesi ile hastanedeki görevleri, spiritüalitenin hastalıklarla baş etmede ve hastalara moral vermede etkili olduğu düşüncesi ile medeni durumları, spiritüalitenin sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları hastalarda engellediğini düşüncesi ile çocuk sahibi olmaları ve yaşları, spiritüalitenin hastalarda iletişimi etkilediği düşüncesi ve çalışma hayatlarında hastaların spiritüel gereksinimlerini daha fazla göz önünde bulundurması ile memleketlerinde görev yapma durumları arasında anlamlı ilişki saptandı ($p < 0,05$). Sonuç olarak sağlık kurumlarında sağlık personeli olmayan çalışanlar, hastaların spiritüel gereksinimlerinin farkında olmasıyla birlikte bu gereksinimlerin karşılanmasının hastaların sağlığına ve iyileşme sürecine olumlu katkı sağladığını düşünmektedir. Ayrıca çalışanların çoğunluğu hastalara spiritüel destek vermek istemektedir. Bu bağlamda, sağlık kurumlarında çalışacak her personelin eğitiminde spiritüel destek konusuna daha fazla yer verilmesi, sağlığın spiritüel boyutuna ilişkin farkındalıklarını, bilgi ve uygulamalarını geliştirmeye yönelik hizmet içi eğitimlerin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Spiritüalite, spiritüel bakım, sağlık kurumları

MAKALE HAKKINDA

* Uzman., Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, nboztepe@nku.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5791-1572>

** Doç. Dr., Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, dgulen@nku.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-8711-7820>

Gönderim Tarihi: 10.09.2019

Kabul Tarihi: 18.05.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Boztepe, N. & Gülen, D. (2020). Sağlık Kurumlarında Sağlık Personeli Olmayanların Spiritüalite ile İlgili Görüş ve Tutumları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 351-368

OPINIONS AND ATTITUDES OF EMPLOYEES OTHER THAN HEALTHCARE PERSONNEL IN HEALTH INSTITUTES TOWARDS SPIRITUALITY

Nur BOZTEPE *
Dumrul GÜLEN **

ABSTRACT

The aim of the study carried out with 110 employees at Tekirdag Namik Kemal University Health Research and Application Center was to determine the attitudes and the opinions of the employees other than healthcare personnel in healthcare institutes towards the spirituality and the factors affecting them. The data of the study being descriptive and cross-sectional were obtained by using a questionnaire form prepared by the researchers after the literature review. Frequency, percentage, average and standard deviation analyses of the obtained data were performed using Chi-Square Test, Shapiro-Wilk Test, Independent Samples T-Test, Mann-Whitney U Test, One-Way ANOVA and Kruskal-Wallis Test. The %35.4 of employees believed that employees other than healthcare personnel had to work with healthcare personnel in order to meet the spiritual care requirements of the patients. The 78.2% of them stated that spiritual care was insufficient and only 11.8% of them did not want to provide spiritual care. The 91.8% of the employees stated that patients had to be met in the spiritual hospital environment whereas 31.8% noted that there had to be an expert in order to meet the spiritual needs of the patients in the hospital. The 35.5% of them felt that patients had the right to request or reject the spiritual support. As a result of the study, a significant was found between employees' education level and finding the spiritual support adequate, the idea that spiritual support contributes to the psycho-social recovery of patients and their duties in the hospital, marital status and the thought that spirituality is effective in coping with diseases and giving moral support to the patients, the thought that spirituality prevents the behaviors that will adversely affect health and having children and their ages, the idea that spirituality affects communication in patients and patients to consider more the spiritual needs of patients in their occupational lives and working in their hometown ($p<0,005$). As a result, it is considered that employees who do not have health personnel in health institutions are aware of the spiritual needs of patients, and meeting these needs positively contributes to the health and recovery process of patients. In addition, the majority of employees want to provide spiritual support to patients. In this context, it is recommended to give more attention to the issue of spiritual support in the training of every employee to work in health institutions, and to plan in-service trainings to improve their awareness, knowledge and practices regarding the spiritual dimension of health.

Keywords: Spirituality, spiritual care, health institutions

ARTICLE INFO

* Tekirdağ Namik Kemal University, nboztepe@nku.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5791-1572>

** Tekirdağ Namik Kemal University, dgulen@nku.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-8711-7820>

Received: 10.09.2019

Accepted: 18.05.2020

Cite This Paper:

Boztepe, N. & Gülen, D. (2020). Sağlık Kurumlarında Sağlık Personeli Olmayanların Spiritüallite ile İlgili Görüş ve Tutumları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 351-368

I. GİRİŞ

İnsan birbiri ile etkileşim içerisinde olan biyolojik, psikolojik, spiritüel (manevi), sosyal ve kültürel boyutları olan bir varlıktır. Bu bağlamda herhangi bir alanda oluşan bir sorun diğer başka bir alanda da probleme neden olabilmektedir (Öz, 2004; Velioğlu, 1999; Dossey ve Dossey, 1998). Bu noktada ancak insanın tüm boyutlarında sorun olmaması ve uyum içerisinde çalışması sonucunda sağlıktan bahsedilebilir. 1960'larda holizmin etkisiyle ortaya çıkan spiritüel sağlık kavramı, Maslow'un gereksinimler hiyerarşisinde en üst basamakta yerini almıştır (Akgün Kostak, 2007).

Spiritüel boyut, bireylerin doğumu ile başlayan, evrensel ancak her birey için farkındalık derecesi diğer bireylerle olan ilişkilerinden öğrendikleriyle değişiklik gösteren bir boyuttur. Her bireyin spiritüel bir boyuta sahip olmasıyla birlikte spiritüel sağlığın algılanması da bireysel farklılık göstermektedir. Spiritüel açıdan sağlıklı olan kişinin amaçları, değerleri, inançları arasında bir denge söz konusudur. Spiritüel boyut emosyonel stres, fiziksel hastalıklar, ölüm, yaşamın anlamı, umut, güç ve bağlantı kaynakları gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Ayrıca spiritüel inanışlar, bireyler hasta olduklarında daha önemli hale gelebilmekte ve spiritüalite sayesinde hastalıklarını kabul etmekte ve gelecek için plan yapabilmektedirler (Atabek vd., 2014).

Hastaların spiritüel değerleri, fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel sağlığını olumlu yönde etkileyebilmekte, kendilerini iyi hissetmelerini sağlayabilmektedir (Hiçdurmaz ve Öz, 2013). Hastalar spiritüel gereksinimlerini sözel ve sözel olmayan iletişimlerle ifade ederler. Spiritüel gereksinimler personel tarafından farklı yollarla gözlemlenebilir. Hastalar çaresizlik, ümitsizlik gibi tepkiler ile spiritüel sıkıntı yaşadıklarını gösterirler (Ergül ve Bayık, 2004). Spiritüel açıdan uyum sağlamakta güçlük yaşayan hastalar bu durumu kendilerine hizmet veren sağlık personeline yansıtılabildiği gibi, sağlık personeli olmayan çalışanlara da yansıtılabilmektedir.

Spiritüel destek, insanların acılı, sıkıntılı, üzüntülü, korkulu, yalnız ve ümitsiz olduğu durumlarda, ani değişimlerle gelen hastalık, ameliyat, mahkumluk, askerlik, sakatlık, afet, yaşlılık gibi kriz durumlarında, onların yanında olmak, onlara destek olabilmek; varsa, soru ve sorunlarına danışmanlık, varlıklarına bir mana, hayatlarına yeni bir anlam verebilmede eşlik edebilmek şeklinde tanımlanmaktadır (Karagül, 2012). Bu nedenle sağlık kurumlarında çalışanlar, bireyin spiritüel gereksinimlerinin karşılanabilmesine ve içsel kaynaklarını şimdiki durumu için etkin biçimde kullanmasına yardım edebilmelidir. Literatürde spiritüel destekle ilgili çalışmaların daha çok sağlık personeli üzerine yoğunlaştığı, hastalarla sürekli iletişim halinde olan diğer sağlık kurumu çalışanlarının ise göz ardı edildiği gözlenmektedir.

Bu doğrultuda bu araştırma; sağlık kurumlarında sağlık personeli dışında çalışanların spiritüalite ile ilgili tutumlarını, görüşlerini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma sağlık kurumlarında sağlık personeli dışında çalışanların spiritüalite ile ilgili tutumlarını, görüşlerini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır. Araştırma evreni; Ocak 2019 – Şubat 2019 tarihleri arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde veri giriş personeli, temizlik personeli, güvenlik personeli ve teknik servis personeli olarak görev yapan bireyler oluşturdu. Bu çalışanlar içinde araştırma kriterlerini (araştırmaya katılmaya gönüllü, sağlık kurumlarında sağlık personeli olmayan ve en az altı aydır çalışanlar) karşılayan ve veri toplama araçlarını eksiksiz dolduran 110 kişi araştırmanın örneklemini oluşturdu. Araştırmanın verileri, literatür taraması sonrasında araştırmacılar tarafından oluşturulan 40 soruluk anket formu kullanılarak elde edildi.

Değerlendirmelerde değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri, kesikli değişkenler için 110 kişi sayısı, yüzde değerleri ile sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum değerleri ile sunuldu. Kesikli değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi ile, sürekli değişken kıyaslamalarında değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirilmiş ve iki grubun karşılaştırmalarında değişkenler normal dağıldığında bağımsız gruplarda t testi ile, normal dağılmadığında Mann-Whitney U Testi ile değerlendirildi. Çok gruplu karşılaştırmalarda değişkenler normal dağıldığında One-Way ANOVA, normal dağılmadığında ise Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirildi.

Bahsi geçen analizler için Statistical Package for the Social Science programı (SPSS-17) kullanılarak, güven aralığı %95 düzeyinde tutularak analiz sonuçlarında $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Araştırmanın yapılabilmesi için Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul izni ve Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden kurum izni alındı.

III. BULGULAR

Araştırmaya katılan çalışanların yaş ortalaması $31,74 \pm 7,27$ olup, %71,8'i kadın, %28,2'si erkek idi. Çalışanların eğitim düzeylerine bakıldığında, %13,6'sının ilköğretim ve altı, %40,9'unun lise, %45,5'nin lisans ve üzeri eğitim düzeyine, sahip olduğu belirlendi. Çalışanların gelir durumlarına göre ise %59,1'nin iyi, %40,9'nun düşük gelir düzeyine sahip olduğu, %52,7'sinin evli, %47,3'nün bekâr, ortalama $1,51 \pm 0,5$ çocuğa sahip oldukları, çoğunun (%63,6) kendi memleketlerinde veri giriş personeli (%67,3) olarak görev yaptığı saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışanların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=110)

Özellikler	n	%
Yaş (Ort±SS)	31,74±7,27	
Cinsiyet		
Kadın	79	71,8
Erkek	31	28,2
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim ve altı	15	13,6
Lise	45	40,9
Üniversite ve üstü	50	45,5
Gelir Durumu		
İyi	65	59,1
Düşük	45	40,9
Medeni Durum		
Evli	58	52,7
Bekar	52	47,3
Çocuk Sayısı (Ort±SS)	1,51±0,5	
Çocuğu yok	53	48,2
1 ve üzeri çocuk sahibi	57	51,8
Memleket		
Memleketinde görev yapan	70	63,6
Memleketi dışında görev yapan	40	36,4
Hastanedeki Görevi		
Veri giriş personeli	74	67,3
Diğer (Temizlik personeli, güvenlik personeli, teknik birim personeli)	36	32,7

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Çalışanların spiritüallite ve spiritüel bakım kavramı ile ilgili olarak görüş, tutum ve davranışları incelendiğinde, spiritüallite kavramını duyduklarında ilk aklına gelen kelimenin %41,8 ile empati, %32,7 ile sevgi %25,5 ile moral-motivasyon, kendilerine göre en önemli doğruluk kavramının ise %40 ile yalan söylememek, %25,5 ile kendi olduğu gibi davranmak, %18,2 ile saygılı olmak, %16,4 ile açık sözlü olmak olduğu saptandı (Tablo 2).

Çalışanların yaşadıkları olumsuz bir durumun %19,1'inin spiritüel güce, %35,5'inin şansa, %21,8'inin diğer kişilerle, %19,1'inin kaderle kesinlikle ilgisi olmadığını ve %30,9'unun bu olumsuzlukları hiç hak etmediğini düşündüğü belirlendi. Çalışanların çoğunun (%40,9) spiritüalliteyi güçlüklerle baş etmede kullandığı, spiritüalitenin yaşadıkları stresi azalttığı (%40,9), moralini düzeltmek için spiritüalliteye başvurduğu (%35,5), spiritüalitenin kendisini yaşama bağladığını düşündüğü (%36,4), diğer kişilerle olan iletişimini etkilediği (%33,6) ve hastane ortamında spiritüel gereksinimlerini karşılamak istediği (%31,8) görüşüne katıldığı saptandı. Çalışanların %19,1'nin spiritüel gereksinimlerinin herkes tarafından bilinmesinin kendisini tamamen rahatsız ettiğini belirtirken, %34,5'inin bu görüşe hiç katılmadığı, %20,9'unun kısmen katıldığı, %25,5'inin ise katıldığı belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Çalışanların Spiritüallite Kavramı ile İlgili Görüş, Tutum ve Davranışları (n=110)

Özellikler	n	%
Spiritüallite ile ilgili ilk akla gelen kelime		
Empati	46	41,8
Sevgi	36	32,7
Moral-motivasyon	28	25,5
Doğruluk kavramı ile ilgili akla gelen eylem		
Kendin gibi olmak	28	25,5
Yalan söylememek	44	40,0
Açık sözlü olmak	18	16,4
Saygılı olmak	20	18,2
Yaşanılan olumsuzlukları spiritüel güce bağlama		
Hiç katılmıyorum	21	19,1
Kısmen katılıyorum	49	44,5
Katılıyorum	31	28,2
Tamamen manevi güce bağlama	9	8,2
Yaşanılan olumsuzlukları şansa bağlama		
Hiç katılmıyorum	39	35,5
Kısmen katılıyorum	36	32,7
Katılıyorum	21	19,1
Tamamen şansa bağlarım	14	12,7
Yaşanılan olumsuzlukları diğer kişilere bağlama		
Hiç katılmıyorum	24	21,8
Kısmen katılıyorum	55	50,0
Katılıyorum	18	16,4
Tamamen diğer kişilere bağlarım	13	11,8
Yaşanılan olumsuzlukları kadere bağlama		
Hiç katılmıyorum	21	19,1
Kısmen katılıyorum	39	35,5
Katılıyorum	29	26,4
Tamamen kadere bağlarım	21	19,1

Tablo 2. Çalışanların Spiritüel Kavramı ile İlgili Görüş, Tutum ve Davranışları (n=110)- Devamı

Özellikler	n	%
Yaşanılan olumsuzlukları hak ettiğini düşünme		
Hiç katılmıyorum	34	30,9
Kısmen katılıyorum	43	39,1
Katılıyorum	22	20,0
Tamamen katılıyorum	11	10,0
Güçlüklerle baş etmede spiritüeliteni kullanma		
Hiç katılmıyorum	6	5,5
Kısmen katılıyorum	30	27,3
Katılıyorum	44	40,9
Tamamen katılıyorum	30	27,3
Stres yönetiminde spiritüeliteni kullanma		
Hiç katılmıyorum	8	7,3
Kısmen katılıyorum	29	26,4
Katılıyorum	45	40,9
Tamamen katılıyorum	28	25,5
Spiritüelitenin moral üzerine olumlu etkisi olduğunu düşünme		
Hiç katılmıyorum	11	10,0
Kısmen katılıyorum	34	30,9
Katılıyorum	39	35,5
Tamamen katılıyorum	26	23,6
Spiritüelitenin kişiyi yaşama bağladığını düşünme		
Hiç katılmıyorum	9	8,2
Kısmen katılıyorum	32	29,1
Katılıyorum	40	36,4
Tamamen katılıyorum	29	26,4
Spiritüelitenin kişiler arası iletişim üzerine etkisi olduğunu düşünme		
Hiç katılmıyorum	8	7,3
Kısmen katılıyorum	33	30,0
Katılıyorum	37	33,6
Tamamen katılıyorum	32	29,1
Spiritüel gereksinimlerinin hastane ortamında karşılanabilmesini isteme		
Hiç katılmıyorum	14	12,7
Kısmen katılıyorum	35	31,8
Katılıyorum	34	30,9
Tamamen katılıyorum	27	24,5
Spiritüel gereksinimlerinin herkes tarafından bilinmesinin kişiyi rahatsız etmesi		
Hiç katılmıyorum	38	34,5
Kısmen katılıyorum	23	20,9
Katılıyorum	28	25,5
Tamamen katılıyorum	21	19,1

Çalışanların sağlıkta spiritüel bakım ile ilgili görüşlerinin yer aldığı Tablo 3 incelediğinde, çalışanların %35,4'ü hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hastanede görev yapan sağlık çalışanları ile birlikte sağlık çalışanı olmayan tüm sağlık kurumu personelinin de görev yapması gerektiğini ve çoğu (%78,2) hastanede verilen spiritüel bakımın yetersiz olduğunu düşünmekte idi. Çalışanların spiritüel bakıma destek verme isteği incelendiğinde ise, %11,8'i tamamen katılmamakla birlikte %35,5'i kısmen, %22,7'si tamamen, %30'unun da katılmayı istediği saptandı. Çalışanların %32,7'si kısmen, %25,5'i tamamen, %35,5'i çalışma hayatlarında hastaların

spiritüel gereksinimlerini göz önünde bulundurdıkları belirlendi. Spiritüel bakımın hastaların tedavisine yönelik görüşleri incelendiğinde ise, %32,7'sinin spiritüelitenin hastaların fiziksel iyileşme, %35,5'inin psiko-sosyal iyileşme sürecine katkısı olduğunu, %31,8'inin hastalık sürecinde stresi azalttığını, %34,5'inin hastalıkla baş etmede destek verdiğini, %42,7'sinin hastaya moral verdiğini, %40'ı hastayı yaşama bağladığını, %36,4'ünün tıbbi tedaviyi desteklediğini düşündüğü belirlendi. Çalışanların çoğu (%31,8) spiritüelitenin sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları hastalarda engellediğini düşünmekte, %6,4'ünün hastalarla iletişimi etkilediği konusuna kesinlikle katılmazken, %33,6'sının kısmen, %28,2'sinin tamamen, %31,8'inin katıldığı saptandı (Tablo 3).

Çalışanların %8,2'si hastaların spiritüel gereksinimlerinin (ibadet, kitap vb) hastane ortamında karşılanması gerekliliği konusuna kesinlikle katılmazken, %30'u kısmen, %30'u tamamen, %31,8'inin ise katıldığı belirlendi. Çalışanların çoğunluğu (%31,8) hastanede hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanması için kesinlikle danışılacak bir uzman olması gerektiğini ve yine çoğunluğu (%35,5) hastaların spiritüel desteği isteme ya da reddetme hakkına sahip olduğunu düşünmekte idi. Çalışmaya katılanların %6,4'ü hastaların spiritüel bakım açısından önemi olan eşyalarına saygı gösterilmesinin gerekliliğine kesinlikle katılmazken, %14,5'i kısmen, %36,4'ü tamamen ve %42,7'sinin ise katıldığı, %10,9'unun hastaların spiritüel gereksinimlerini karşılamasının gizli tutulması gerekliliğine kesinlikle katılmadığı, %24,5'inin kısmen, %31,7'sinin tamamen, %32,7'sinin ise katıldığı saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Çalışanların Sağlıkta Spiritüel Bakım ile İlgili Görüşleri (n=110)

Özellikler	n	%
Hangi meslek grubunun vermesi gerektiği ile ilgili düşünceleri*		
Doktor	54	49,1
Hemşire	40	36,4
Din Görevlisi	11	10,0
Veri Giriş Personeli	13	11,8
Hepsi	39	35,4
Yeterli bulma durumu		
Yeterli	24	21,8
Yetersiz	86	78,2
Destek vermeyi isteme		
Hiç katılmıyorum	13	11,8
Kısmen katılıyorum	39	35,5
Katılıyorum	33	30,0
Tamamen katılıyorum	25	22,7
Hastaların spiritüel gereksinimleri göz önünde bulundurma		
Hiç katılmıyorum	7	6,4
Kısmen katılıyorum	36	32,7
Katılıyorum	39	35,5
Tamamen katılıyorum	28	25,5
Fiziksel iyileşme sürecine katkısı olduğunu düşünme		
Hiç katılmıyorum	14	12,7
Kısmen katılıyorum	27	24,5
Katılıyorum	36	32,7
Tamamen katılıyorum	33	30,0
Psiko-sosyal iyileşme sürecine katkısı olduğunu düşünme		
Hiç katılmıyorum	13	11,8
Kısmen katılıyorum	27	24,5
Katılıyorum	39	35,5
Tamamen katılıyorum	31	28,2
Hastalık sürecinde stresi azalttığını düşünme		
Hiç katılmıyorum	11	10,0
Kısmen katılıyorum	35	31,8
Katılıyorum	34	30,9
Tamamen katılıyorum	30	27,3

Tablo 3. Çalışanların Sağlıkta Spiritüel Bakım ile İlgili Görüşleri (n=110) - Devamı

Özellikler	n	%
Hastalıkla baş etmeyi desteklediğini düşünme		
Hiç katılmıyorum	10	9,1
Kısmen katılıyorum	27	24,5
Katılıyorum	38	34,5
Tamamen katılıyorum	35	31,8
Hastaya moral verdiğini düşünme		
Hiç katılmıyorum	6	5,5
Kısmen katılıyorum	19	17,3
Katılıyorum	47	42,7
Tamamen katılıyorum	38	34,5
Hastayı yaşama bağladığını düşünme		
Hiç katılmıyorum	9	8,2
Kısmen katılıyorum	24	21,8
Katılıyorum	44	40,0
Tamamen katılıyorum	33	30,0
Tıbbi tedaviyi desteklediğini düşünme		
Hiç katılmıyorum	14	12,7
Kısmen katılıyorum	23	20,9
Katılıyorum	40	36,4
Tamamen katılıyorum	33	30,0
Sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları engellediğini düşünme		
Hiç katılmıyorum	10	9,1
Kısmen katılıyorum	34	30,9
Katılıyorum	31	28,2
Tamamen katılıyorum	35	31,8
Hastalarla iletişimi etkilediğini düşünme		
Hiç katılmıyorum	7	6,4
Kısmen katılıyorum	37	33,6
Katılıyorum	35	31,8
Tamamen katılıyorum	31	28,2
Hastanede spiritüel gereksinimlerin karşılanması gerektiğini düşünme		
Hiç katılmıyorum	9	8,2
Kısmen katılıyorum	33	30,0
Katılıyorum	35	31,8
Tamamen katılıyorum	33	30,0
Hastanede spiritüel gereksinimlerin karşılanması için uzman gerektiğini düşünme		
Hiç katılmıyorum	15	13,6
Kısmen katılıyorum	33	30,0
Katılıyorum	27	24,5
Tamamen katılıyorum	35	31,8
Hastaların spiritüel desteği isteme ya da reddetme hakkı olduğunu düşünme		
Hiç katılmıyorum	9	8,2
Kısmen katılıyorum	25	22,7
Katılıyorum	39	35,5
Tamamen katılıyorum	37	33,6
Hastaların spiritüel bakımdan önemi olan eşyalarına saygı gösterilmesi gerektiğini düşünme		
Hiç katılmıyorum	7	6,4
Kısmen katılıyorum	16	14,5
Katılıyorum	47	42,7
Tamamen katılıyorum	40	36,4
Hastaların spiritüel gereksinimlerini karşılanmasının gizli tutulması gerektiğini düşünme		
Hiç katılmıyorum	12	10,9
Kısmen katılıyorum	27	24,5
Katılıyorum	36	32,7
Tamamen katılıyorum	35	31,8

Çalışanların spiritüalite kavramı ile ilgili ilk aklı gelen kelime ile cinsiyeti, eğitim düzeyleri, gelir durumları, medeni durumları, çocuk sayıları ve memleketleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Çalışanların Spiritüalite Kavramı ile İlgili İlk Aklına Gelen Kelimenin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Karşılaştırılması (n=110)

Özellikler		Spiritüalite ile İlgili İlk Aklı Gelen Kelime						p
		Empati		Moral/Motivasyon		Sevgi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	34	43,0	20	25,3	25	31,6	0,904
	Erkek	12	38,7	8	25,8	11	35,5	
Eğitim Durumu	İlköğretim	6	40,0	2	13,3	7	46,7	0,565
	Lise	17	37,8	14	31,1	14	31,1	
	Üniversite ve üstü	23	46,0	12	24,0	15	30,0	
Gelir Durumu	İyi	28	43,1	19	29,2	18	27,7	0,336
	Düşük	18	40,0	9	20,0	18	40,0	
Medeni Durum	Evli	22	37,9	19	32,8	17	29,3	0,178
	Bekar	24	46,2	9	17,3	19	36,5	
Çocuk Sayısı	Hiç	26	49,1	11	20,8	16	30,2	0,306
	1 ve üstü	20	35,1	17	29,8	20	35,1	
Memleket	Kendi memleketi	28	40,0	18	25,7	24	34,3	0,861
	Diğer	18	45,0	10	25,0	12	30,0	

Çalışanların hastalara spiritüel bakım desteği sağlık kurumlarında hangi meslek gurubunun/gruplarının vermesi gerektiği düşünceleri ile cinsiyet, eğitim düzeyleri, gelir durumu, medeni durum, çocuk sayıları ve memleketleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Çalıştıkları kurumda sağlık çalışanları dışında görev yapan personelin sosyo-demografik özellikleri ile hastaların aldıkları spiritüel desteği yeterli bulma durumları karşılaştırıldığında, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip çalışanların hastanede verilen spiritüel desteği istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha az yeterli bulduğu saptandı ($p=0,042$). Çalışanların spiritüel desteği yeterli bulma durumları ile cinsiyet, gelir, medeni durum, çocuk sayıları ve memleketleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı (Tablo 5).

Tablo 5. Çalışanların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastaların Aldıkları Spiritüel Desteği Yeterli Bulma Durumlarının Karşılaştırılması (n=110) ($p<0,05$)

Özellikler		Spiritüel Desteği Yeterli Bulma Durumu				p
		Yeterli		Yetersiz		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	15	19,0	64	81,0	0,373
	Erkek	9	29,0	22	71,0	
Eğitim Durumu	İlköğretim	6	40,0	9	60,0	0,042*
	Lise	12	26,7	33	73,3	
	Üniversite ve üstü	6	12,0	44	88,0	
Gelir Durumu	İyi	17	26,2	48	73,8	0,276
	Düşük	7	15,6	38	84,4	
Medeni Durum	Evli	15	25,9	43	74,1	0,393
	Bekar	9	17,3	43	82,7	
Çocuk Sayısı	Hiç	12	22,6	41	77,4	1,000
	1 ve üstü	12	21,1	45	78,9	
Memleket	Kendi memleketi	19	27,1	51	72,9	0,121
	Diğer	5	12,5	35	87,5	

Çalışanların spiritüel desteğe yönelik görüşleri ile bazı sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında, çalışanların cinsiyetinin, eğitim düzeylerinin, gelir ve medeni durumlarının, çocuk sahibi olmalarının ve memleketlerinde görev yapma durumlarının, spiritüel bakımın hastaların fiziksel iyileşme sürecine etkisinin olması, hastaları yaşama bağlaması ve tıbbi tedaviyi desteklemesi görüşüyle arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Spiritüel desteğin hastaların psiko-sosyal iyileşme sürecine katkısı bulunması ve hastalık döneminde bireylerin yaşadığı stresi azaltması görüşleri ile çalışanların cinsiyeti, eğitim, gelir ve medeni durumu, çocuk sayıları, memleketleri ve yaşları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Spiritüel desteğin hastalıkla baş etmeyi desteklemesi düşüncesiyle çalışanların cinsiyeti, eğitim ve gelir durumları, çocuk sahibi olmaları ve memleketleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, evli çalışanların bekâr çalışan personele göre daha fazla spiritüel bakımın hastaların hastalıklarıyla baş etmede etkili olduğu görüşüne katılma ve tamamen katılma eğiliminde olduğu saptandı ($p=0,005$). Spiritüelitenin hastalara moral vermesi görüşü ile çalışanların cinsiyeti, eğitim düzeyi, gelir durumu ve çocuk sayıları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, evli çalışanların bekâr çalışanlara oranla, memleketlerinde görev yapan personelin memleketlerinin dışında görev yapan personele oranla daha fazla bu görüşe katılma ve tamamen katılma eğilimlerinde olduğu bulundu ($p=0,032$, $p=0,048$). Çalışanların spiritüelitenin hastalarda sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları engellediğini düşünmesi ile çocuk sahibi olma arasında anlamlı bir fark saptanırken, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, medeni durumu ve memleketi arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Çocuk sahibi olan çalışanların çoğunluğu hastalarda spiritüelitenin sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları engellediğine katılırken, çocuk sahibi olmayanların çoğunluğu hiç katılmıyorum görüşüne sahipti ($p=0,027$). Çalışanların spiritüelitenin hastalarda iletişim etkilemesi ve çalışma hayatlarında hastaların spiritüel gereksinimlerini göz önünde bulundurmaları ile cinsiyetin, eğitim düzeylerinin, gelir durumlarının, medeni durumlarının, çocuk sayılarının arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), memleketlerinde çalışma durumları ile arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p=0,013$, $p=0,012$). Memleketlerinde çalışan personelin memleketlerinde görev yapmayan personele oranla daha fazla kısmen katılma ve katılma tarafına doğru eğilimleri olduğu bulundu (Tablo 6).

Tablo 6. Çalışanların Spiritüel Desteğe Yönelik Görüşleri İle Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=110)

Spiritüel Bakım ile İlgili Bazı Görüşleri	Çalışanların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri		Katılım Durumları								p
			Hiç katılmıyorum		Kısmen katılıyorum		Katılıyorum		Tamamen katılıyorum		
			n	%	n	%	n	%	n	%	
Hastaların fiziksel iyileşme sürecine etkisi olduğunu düşünme	Cinsiyet	Kadın	10	12,7	19	24,1	26	32,9	24	30,4	0,997
		Erkek	4	12,9	8	25,8	10	32,3	9	29,0	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	4	26,7	3	20,0	5	33,3	3	20,0	0,368
		Lise	6	13,3	14	31,1	11	24,4	14	31,1	
		Üniversite ve üstü	4	8,0	10	20,0	20	40,0	16	32,0	
	Gelir Durumu	İyi	6	9,2	19	29,2	21	32,3	19	29,2	0,394
		Düşük	8	17,8	8	17,8	15	33,3	14	31,1	
	Medeni Durum	Evli	6	10,3	17	29,3	17	29,3	18	31,1	0,539
		Bekar	8	15,4	10	19,2	19	36,5	15	28,8	
	Çocuk Sayısı	Hiç	7	13,2	11	20,8	19	35,8	16	30,2	0,820
		1 ve üstü	7	12,3	16	28,1	17	29,8	17	29,8	
	Memleket	Kendi memleketi	8	11,4	19	27,1	27	38,6	16	22,9	0,109
Diğer		6	15,0	8	20,0	9	22,5	17	42,5		

Tablo 6. Çalışanların Spiritüel Desteğe Yönelik Görüşleri ile Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=110) – Devamı

Spiritüel Bakım ile İlgili Bazı Görüşleri	Çalışanların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri		Katılım Durumları								p
			Hiç katılmıyorum		Kısmen katılmıyorum		Katılmıyorum		Tamamen katılmıyorum		
			n	%	n	%	n	%	n	%	
Hastaların fiziksel iyileşme sürecine etkisi olduğunu düşünme	Cinsiyet	Kadın	9	11,4	21	26,6	26	32,9	23	29,1	0,772
		Erkek	4	12,9	6	19,4	13	41,9	8	25,8	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	3	20,0	6	40,0	3	20,0	3	20,0	0,148
		Lise	8	17,8	10	22,2	16	35,6	11	24,4	
		Üniversite ve üstü	2	4,0	11	22,0	20	40,0	17	34,0	
	Gelir Durumu	İyi	4	6,2	18	27,7	25	38,5	18	27,7	0,146
		Düşük	9	20,0	9	20,0	14	31,1	13	28,9	
	Medeni Durum	Evli	6	10,3	16	27,6	19	32,8	17	29,3	0,803
		Bekar	7	13,5	11	21,2	20	38,5	14	26,9	
	Çocuk Sayısı	Hiç	7	13,2	11	20,8	19	35,8	16	30,2	0,821
1 ve üstü		6	10,5	16	28,1	20	35,1	15	26,3		
Memleket	Kendi memleketi	7	10,0	20	28,6	28	40,0	15	21,4	0,111	
	Diğer	6	15,0	7	17,5	11	27,5	16	40,0		
Hastaların yaşadığı stresi azalttığını düşünme	Cinsiyet	Kadın	7	8,9	23	29,1	27	34,2	22	27,8	0,556
		Erkek	4	12,9	12	38,7	7	22,6	8	25,8	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	1	6,7	8	53,3	4	26,7	2	13,3	0,488
		Lise	6	13,3	13	28,9	15	33,3	11	24,4	
		Üniversite ve üstü	4	8,0	14	28,0	15	30,0	17	34,0	
	Gelir Durumu	İyi	7	10,8	19	29,2	20	30,8	19	29,2	0,884
		Düşük	4	8,9	16	35,6	14	31,1	11	24,4	
	Medeni Durum	Evli	5	8,6	19	32,8	20	34,5	14	24,1	0,749
		Bekar	6	11,5	16	30,8	14	26,9	16	30,8	
	Çocuk Sayısı	Hiç	7	13,2	17	32,1	14	26,4	15	28,3	0,623
1 ve üstü		4	7,0	18	31,6	20	35,1	15	26,3		
Memleket	Kendi memleketi	6	8,6	24	34,3	26	37,1	14	20,0	0,075	
	Diğer	5	12,5	11	27,5	8	20,0	16	40,0		
Hastalıkla baş etmeyi desteklediğini düşünme	Cinsiyet	Kadın	8	10,1	18	22,8	30	38,0	23	29,1	0,507
		Erkek	2	6,5	9	29,0	8	25,8	12	38,7	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	1	6,7	4	26,7	7	46,7	3	20,0	0,909
		Lise	4	8,9	11	24,4	16	35,6	14	31,1	
		Üniversite ve üstü	5	10,0	12	24,0	15	30,0	18	36,0	
	Gelir Durumu	İyi	7	10,8	15	23,1	23	35,4	20	30,8	0,865
		Düşük	3	6,7	12	26,7	15	33,3	15	33,3	
	Medeni Durum	Evli	1	1,7	12	20,7	26	44,8	19	32,8	0,005*
		Bekar	9	17,3	15	28,8	12	23,1	16	30,8	
	Çocuk Sayısı	Hiç	7	13,2	14	26,4	15	28,3	17	32,1	0,353
1 ve üstü		3	5,3	13	22,8	23	40,4	18	31,6		
Memleket	Kendi memleketi	4	5,7	20	28,6	27	38,6	19	27,1	0,119	
	Diğer	6	15,0	7	17,5	11	27,5	16	40,0		

Tablo 6. Çalışanların Spiritüel Desteğe Yönelik Görüşleri İle Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=110) – Devamı

Spiritüel Bakım ile İlgili Bazı Görüşleri	Çalışanların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri		Katılım Durumları								p
			Hiç katılmıyorum		Kısmen katılmıyorum		Katılmıyorum		Tamamen katılmıyorum		
			n	%	n	%	n	%	n	%	
Hastalara moral verdiğini düşünme	Cinsiyet	Kadın	5	6,3	10	12,7	37	46,8	27	34,2	0,191
		Erkek	1	3,2	9	29,0	10	32,3	11	35,5	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	2	13,3	1	6,7	9	60,0	3	20,0	0,323
		Lise	3	6,7	8	17,8	19	42,2	15	33,3	
		Üniversite ve üstü	1	2,0	10	20,0	19	38,0	20	40,0	
	Gelir Durumu	İyi	2	3,1	10	15,4	31	47,7	22	33,8	0,407
		Düşük	4	8,9	9	20,0	16	35,6	16	35,6	
	Medeni Durum	Evli	1	1,7	6	10,3	29	50,0	22	37,9	0,032*
		Bekar	5	9,6	13	25,0	18	34,6	16	30,8	
	Çocuk Sayısı	Hiç	2	3,8	13	24,5	20	37,7	18	34,0	0,228
1 ve üstü		4	7,0	6	10,5	27	47,4	20	35,1		
Memleket	Kendi memleketi	1	1,4	14	20,0	33	47,1	22	31,4	0,048*	
	Diğer	5	12,5	5	12,5	14	35,0	16	40,0		
Hastaları yaşama bağladığını düşünme	Cinsiyet	Kadın	9	11,4	17	21,5	31	39,2	22	27,8	0,093
		Erkek	0	0,0	7	22,6	13	41,9	11	35,5	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	2	13,3	4	26,7	7	46,7	2	13,3	0,522
		Lise	3	6,7	9	20,0	21	46,7	12	26,7	
		Üniversite ve üstü	4	8,0	11	22,0	16	32,0	19	38,0	
	Gelir Durumu	İyi	6	9,2	11	16,9	25	38,5	23	35,4	0,306
		Düşük	3	6,7	13	28,9	19	42,2	10	22,2	
	Medeni Durum	Evli	2	3,4	12	20,7	25	43,1	19	32,8	0,241
		Bekar	7	13,5	12	23,1	19	35,8	16	30,2	
	Çocuk Sayısı	Hiç	6	11,3	12	22,6	19	35,8	16	30,2	0,631
1 ve üstü		3	5,3	12	21,1	25	43,9	17	29,8		
Memleket	Kendi memleketi	5	7,1	15	21,4	31	44,3	19	27,1	0,640	
	Diğer	4	10,0	9	22,5	13	32,5	14	35,0		
Tıbbi tedaviyi desteklediğini düşünme	Cinsiyet	Kadın	11	13,9	17	21,5	28	35,4	23	29,1	0,914
		Erkek	3	9,7	6	19,4	12	38,7	10	32,3	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	2	13,3	5	33,3	6	40,0	2	13,3	0,575
		Lise	4	8,9	10	22,2	17	37,8	14	31,1	
		Üniversite ve üstü	8	16,0	8	16,0	17	34,0	17	34,0	
	Gelir Durumu	İyi	10	15,4	12	18,5	22	33,8	21	32,3	0,594
		Düşük	4	8,9	11	24,4	18	40,0	12	26,7	
	Medeni Durum	Evli	3	5,2	15	25,9	21	36,2	19	32,8	0,064
		Bekar	11	21,2	8	15,4	19	36,5	14	26,9	
	Çocuk Sayısı	Hiç	10	18,9	9	17,0	18	34,0	16	30,2	0,267
1 ve üstü		4	7,0	14	24,6	22	38,6	17	29,8		
Memleket	Kendi memleketi	9	12,9	14	20,0	30	42,9	14	24,3	0,221	
	Hiç	10	18,9	9	17,0	18	34,0	16	30,2		

Tablo 6. Çalışanların Spiritüel Desteğe Yönelik Görüşleri ile Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=110) – Devamı

Spiritüel Bakım ile İlgili Bazı Görüşleri	Çalışanların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri		Katılım Durumları								p
			Hiç katılmıyorum		Kısmen katılmıyorum		Katılıyorum		Tamamen katılmıyorum		
			n	%	n	%	n	%	n	%	
Hastalarda sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları engellediğini düşünme	Cinsiyet	Kadın	7	8,9	27	34,2	22	27,8	23	29,1	0,642
		Erkek	3	9,7	7	22,6	9	29,0	12	38,7	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	0	0,0	5	33,3	5	20,0	7	46,7	0,329
		Lise	4	8,9	11	24,4	16	35,6	14	31,1	
		Üniversite ve üstü	6	12,0	18	36,0	12	24,0	14	28,0	
	Gelir Durumu	İyi	7	10,8	19	29,2	17	26,2	22	33,8	0,779
		Düşük	3	6,7	15	33,3	14	31,1	13	28,9	
	Medeni Durum	Evli	2	3,4	19	32,8	17	29,3	20	34,5	0,171
		Bekar	8	15,4	15	28,8	14	26,9	15	28,8	
	Çocuk Sayısı	Hiç	9	17,0	16	30,2	12	22,6	16	30,2	0,027*
1 ve üstü		1	1,8	18	31,6	19	33,3	19	33,3		
Memleket	Kendi memleketi	6	8,6	25	35,7	22	31,4	17	24,3	0,133	
	Diğer	4	10,0	9	22,5	9	22,5	18	45,0		
Hastalarla iletişimi desteklediğini düşünme	Cinsiyet	Kadın	5	6,3	29	36,7	27	34,2	18	22,8	0,259
		Erkek	2	6,5	8	25,8	8	25,8	13	41,9	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	1	6,7	7	46,7	4	26,7	3	20,0	0,954
		Lise	3	6,7	15	33,3	14	31,1	13	28,9	
Üniversite ve üstü	3	6,0	15	30,0	17	34,0	15	30,0			
Hastalarla iletişimi desteklediğini düşünme	Gelir Durumu	İyi	7	10,8	19	29,2	17	26,2	22	33,8	0,832
		Düşük	3	6,7	15	33,3	14	31,1	13	28,9	
	Medeni Durum	Evli	2	3,4	19	32,8	17	29,3	20	34,5	0,481
		Bekar	8	15,4	15	28,8	14	26,9	15	28,8	
	Çocuk Sayısı	Hiç	9	17,0	16	30,2	12	22,6	16	30,2	0,627
		1 ve üstü	1	1,8	18	31,6	19	33,3	19	33,3	
Memleket	Kendi memleketi	6	8,6	25	35,7	22	31,4	17	24,3	0,013*	
	Diğer	4	10,0	9	22,5	9	22,5	18	45,0		
Hastaların spiritüel gereksinimlerini göz önünde bulundurma	Cinsiyet	Kadın	6	7,6	26	32,9	27	34,2	20	25,3	0,827
		Erkek	1	3,2	10	32,3	12	38,7	8	25,8	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	2	13,3	4	26,7	6	40,0	3	20,0	0,337
		Lise	2	4,4	19	42,2	11	24,4	13	28,9	
		Üniversite ve üstü	3	6,0	13	26,0	22	44,0	12	24,0	
	Gelir Durumu	İyi	4	6,2	20	30,8	23	35,4	18	27,7	0,916
		Düşük	3	6,7	16	35,6	16	35,6	10	22,2	
	Medeni Durum	Evli	2	3,4	20	34,5	23	39,7	13	22,4	0,415
		Bekar	5	9,6	16	30,8	16	30,8	15	28,8	
	Çocuk Sayısı	Hiç	4	7,5	18	34,0	17	32,1	14	26,4	0,887
		1 ve üstü	3	5,3	18	31,6	22	38,6	14	24,6	
	Memleket	Kendi memleketi	3	4,3	24	34,3	31	44,3	12	17,1	0,012*
Diğer		4	10,0	12	30,0	8	20,0	16	40,0		

*p<0,05

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Baker (2003) ve Nelson ve diğeri (2002) yaptıkları çalışmalarda, bireyin bütünlüğünü ve sürekliliğini tehlikeye sokan fiziksel ve duygusal tehditler olduğunda spiritüel desteğin bireyi desteklediğini ve rahatlattığını ifade etmişlerdir. Araştırmamızda çalışanların çoğunun (%40,9) spiritüaliteyi güçlüklerle baş etmede kullandığı, spiritüalitenin yaşadıkları stresi azalttığı (%40,9), moralini düzeltmek için spiritüaliteye başvurduğu (%35,5) bulunmuştur.

Yıldırım ve diğeri 2013 yılında yapmış oldukları çalışmada ileri evre kanser hastalarının spiritüel gereksinimlerinin, kanserin erken evresindeki hastalara oranla daha fazla olduğunu, ileri evre kanser hastalarında spiritüel gereksinim oranının %72 olarak bulunduğunu ve sağlık hizmetinde spiritüel ihtiyaçların çok az desteklendiği bildirilmiştir. Okyay (2008) sağlık çalışanlarına yönelik yapmış olduğu çalışmada ise hemşirelerin %21,3'ünün çalıştığı klinikte spiritüaliteye yönelik uygulamalara yer verilmediğini belirtmiştir. Çalışmamızda buna paralel olarak sağlık çalışanı dışındaki personelin %78,2'si sağlık kurumunda verilen spiritüel desteği yetersiz bulduğunu saptanmıştır.

Esendir (2016) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının çoğunlukla spiritüel desteği hastaya moral ve motivasyon vermek olarak değerlendirdiğini, %27'sinin bu hizmetin din görevlileri, %21'i hemşire, %19'u hasta yakınları, %18'i doktorlar tarafından verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Araştırmamızda ise sağlık kurumunda sağlık personeli dışında çalışanların spiritüalite kavramını duyduklarında ilk aklına gelen kelimenin %41,8 ile empati, %32,7 ile sevgi, %25,5 ile moral-motivasyon olduğu, ayrıca çalışanların %35,4'ü hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hastanede görev yapan tüm sağlık kurumu personelinin de görev yapması gerektiğini düşünmektedir.

Moadel ve diğeri 248 kanserli hasta ile yapmış oldukları çalışmada ise hastaların %40'ı spiritüel ihtiyaçlarının karşılanması ile korkularıyla baş edebildiklerini, umut düzeylerinin arttığını ve rahatlık hissettiklerini ifade etmişlerdir (Ewen, 2004). Araştırmamızda çalışanların sadece %5,5'inin spiritüalitenin hastalara moral verdiğine ve %8,2'sinin yaşama bağlılığına kesinlikle katılmadığı saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda spiritüel desteğin sağlık kurumlarında yatarak tedavi gören hastaların fiziksel, sosyal ve duygusal yönden iyileşmelerinde önemli katkısı olduğu, yaşam kalitesini arttırdığı ve tıbbi tedaviye daha iyi uyum sağladığını göstermektedir (Özdemir, 2012; Seyedrasooly vd., 2014; Jim vd., 2015). Çalışmamızda, çalışanların spiritüel bakımın hastaların tedavisine yönelik görüşleri incelendiğinde, %32,7'nin spiritüalitenin hastaların fiziksel iyileşme, %35,5'nin psiko-sosyal iyileşme sürecine katkısı olduğunu, %36,4'nün tıbbi tedaviyi desteklediğini düşündüğü belirlenmiştir.

Ghonchepour ve diğeri (2019) üniversite öğrencilerine yönelik yaptığı bir çalışmada spiritüel temelli yaklaşımların sağlıkta yüksek riskli davranışları azalttığı belirtilmiştir. İspanya'da (2016) Roman azınlık grupları üzerinde yapılan bir çalışmada, olumlu sağlık davranışları üzerine pozitif etkisi olduğu belirtilmiştir (Restrepo-Madero vd., 2016). Çalışmamızda da çalışanların %30,9'u kısmen, %28,2'sinin tamamen olmak üzere toplam %90,9'unun spiritüalitenin sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları hastalarda engellediğini düşündüğü saptanmıştır.

2014 yılında ABD'de yapılan bir çalışmada Amerikalıların üçte biri spiritüel yönü ağır basan tedavi yöntemlerini ve kurumları tercih ettikleri tespit edilmiştir (Epstein-Peterson vd., 2015). Epstein-Peterson ve diğeri (2015), dört Boston (Massachusetts, ABD) kanser merkezinde ileri kanserli hastalara sunulan spiritüel destek ile ilgili yaptıkları çalışmada, spiritüel desteği sıklıkla manevi tarih alma, spiritüel gereksinimi olan hasta ve yakınlarını destek sistemlerine yönlendirme ve hasta ile dua etmeyi içerdiği belirtilmiştir. Çalışmamızda da, çalışanların %91,8'inin hastaların spiritüel gereksinimlerinin (ibadet, kitap vb.) hastane ortamında karşılanması gerekliliği konusuna kısmen veya tamamen katıldığı belirlenmiştir. Çalışanların çoğunluğu (%31,8) hastanede hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanması için kesinlikle danışılacak bir uzman olması gerektiğini ve yine

çoğunluğu (%35,5) hastaların spiritüel desteği isteme ya da reddetme hakkına sahip olduğunu düşündüğü ortaya çıkmıştır. Çalışmaya katılanların sadece %6,4'ünün hastaların spiritüel bakım açısından önemi olan eşyalarına saygı gösterilmesinin gerekliliğine ve %10,9'unun da hastaların spiritüel gereksinimlerini karşılamaasının gizli tutulması gerekliliğine kesinlikle katılmadığı saptanmıştır.

Yılmaz ve Okyay'ın (2009) ile Özbaşaran ve diğerleri (2011) Türkiye'de, Wong ve diğerleri (2008) Çin'de yaptıkları çalışmalarda hemşirelerin eğitim düzeyi artıkça spiritüalliteyi algılama oranlarının arttığı, Çelik ve diğerleri (2014) yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyinin spiritüalliteyi algılama oranlarına etki etmediği bulunmuştur. Araştırmamızda ise üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip çalışanların hastanede verilen spiritüel desteği daha az yeterli bulduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Okyay (2008) yaptığı çalışmada hemşirelerin %78,7'sinin hastaların spiritüalliteye yönelik uygulama yaptıklarını belirttiklerini bildirmiştir. Akgün Kostak ve diğerleri (2010) çalışmasında ise hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun spiritüel uygulama yapmadıkları saptanmıştır. Narayanasamy'nin (2001) araştırmasında hastane ortamında hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızda sağlık kurumunda sağlık personeli dışında çalışanların %35,5'i kısmen, %22,7'si tamamen olmak üzere %88,2'si hastalara spiritüel destek vermek istediklerini, %32,7'si kısmen, %25,5'i tamamen olmak üzere %93,6'sı verdikleri hizmette hastaların spiritüel gereksinimlerini göz önünde bulundurduklarını belirtmişlerdir.

V. ÖNERİLER

Sağlık kurumlarında sağlık personeli dışında çalışanların spiritüallite ile ilgili tutumlarının, görüşlerinin ve etkileyen faktörlerinin belirlendiği bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlık personeli dışında çalışanlarında spiritüel desteğin öneminin farkında olmasına bağlı olarak sağlık kurumunda çalışan tüm personele spiritüel desteğe ilişkin bilgi verilmesi,
- Sağlık kurumlarında çalışacak her personelin eğitiminde spiritüel destek konusuna daha fazla yer verilmesi,
- Farklı araştırma yöntemleri kullanılarak spiritüel desteğe ilişkin bilgi ve algılamalarının değerlendirildiği daha ileri çalışmalar yapılması,
- Bu çalışmaların sonucuna göre sağlık alanında çalışan sağlık dışı personel için sağlığın spiritüel boyutuna ilişkin farkındalıklarını, bilgi ve uygulamalarını geliştirmeye yönelik hizmet içi eğitimlerin planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akgün Kostak, M. (2007). Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 105– 115.

Akgün Kostak, M., Çelikkalp Ü., & Demir, M. (2010). Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 218-225.

Atabek Aştı, T. & Karadağ, A. (2014). *Hemşirelik Esasları* (1. Baskı). Akademi yayıncılık, İstanbul.

Ayten, A., Göçen, G., Sevinç, K., & Öztürk, E. E. (2012). Dini başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti ilişkisi: Hastalar, hasta yakınları ve hastane çalışanları üzerine bir araştırma. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 12(2), 45-79.

- Baker, D. C. (2003). Studies of the inner life: The impact of spirituality on quality of life. *Quality of Life Research*, 12(1), 51-57.
- Çelik, A. S., Özdemir, F., Durmaz, H., & Pasinlioğlu, T. (2014). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(3), 1-12.
- Dossy, B.M. & Dossy, L. (1998). Attending to holistic care: It's time we listened to our patients' concerns about soul and spirit. *Advanced Journal of Nursing*, 98(8), 35-38.
- Epstein-Peterson, Z. D., Sullivan, A. J., Enzinger, A. C., Trevino, K. M., Zollfrank, A. A., Balboni, M. J., ... & Balboni, T. A. (2015). Examining forms of spiritual care provided in the advanced cancer setting. *Am J Hosp Palliat Care*, 32, 750-757.
- Ergül, Ş., & Bayık, A. (2004). Hemşirelik ve manevi bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 37-45.
- Esendir, N. (2016). *Sağlık çalışanlarının maneviyat ve manevi bakım algısı, İstanbul örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale.
- Esendir, N. İ., & Kaplan, H. (2018). Sağlık Çalışanlarının Maneviyat ve Manevi Destek Algısı: İstanbul Örneği. *Sosyal Bilimler EKEV Akademi Dergisi*, 73, 317-332.
- Ewen, M. M. (2004). Analysis of Spirituality. Content in Nursing Textbooks. *Journal of Nursing Education*, 43, 20-8.
- Ghonchepour, A., Sohrabi, M., Golestani, Z., Biabanaki, F. & Dehghan M. (2019). Spiritual health: is it a determinant factor for preventing risky behaviors among university students? *Int J Adolesc Med Health*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30995206>
- Hiçdurmaz, D., & Öz, F. (2013). Stresle Başetmenin Bir Boyutu Olarak Spiritualite. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 50-56.
- Jim, H. S. L., Pustejovsky, J. E., & Park, C. L. (2015). Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: a meta-analysis. *Journal of Cancer*, 121(21), 3760-3768.
- Karagül, A. (2012). Manevi Bakım: Anlamı, Önemi, Yöntemi ve Eğitimi (Hollanda Örneği). *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dini Araştırmalar Dergisi*, 14(40), 5-27.
- Narayanasamy, A. (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their. *JAN*, 33(4), 446-455.
- Nelson, J. C., Rosenfeld, B., Breitbart, W. & Galietta, M.(2002). Spirituality, Religion, and Depression in the Terminally Ill. *J Psychosomatics*, 43(3), 213- 220.
- Okyay, N. (2008). *Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Öz, F. (2004). *Sağlık alanında temel kavramlar*. İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş., Ankara.
- Özbaşaran, F., Ergül, Ş., Bayık, Temel, A., Gürol Aslan, G. & Çoban, A. (2011). Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(21-22), 3102-3310.
- Özdemir, S. (2012). Dînî Sosyal Hizmetlerin Temelleri. *SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25, 125-138.

- Restrepo-Madero, E., Trianes-Torres, M.V., Muñoz-García, A., & Alarcón R. (2016). Cultural and Religious/Spiritual Beliefs and the Impact on Health that Fear to Death has on Gender and Age, Among a Romani Minority Group from Southern Spain. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-6.
- Seyedrasooly, A., Rahmani, A., & Zamanzadeh, V. (2014). Association between perception of prognosis and spiritual well-being among cancer patients. *J Caring Sci*, 3, 47-55.
- Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. Alaş Ofset Yayınları, İstanbul.
- Wong, K. F., Lee, L. Y. K., & Lee J. K. L. (2008). Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *International Nursing Review*, 55(3), 333-40.
- Yıldırım, N., Kaçmaz, N., & Özkan, M. (2013). İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(3), 153-158.
- Yılmaz, M., & Okyay, N. (2009). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(3), 41-52.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

HEMŞİRELERİN MESLEKLERİNE YÖNELİK AÇIK VE ÖRTÜK TUTUMLARININ FARKLILIĞI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Dilek KOCABAŞ *
Ramazan ERDEM **
Ömer L. ANTALYALI ***


ÖZ

Hemşirelerin mesleklerine yönelik açık ve örtük tutumları arasında herhangi bir farklılığın olup olmadığını belirlemek çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Araştırmalarda bireylerin bilinçli değerlendirmelerini içeren açık ölçüm yöntemlerinin yaygın bir şekilde kullanıldığı görülmektedir. Açık ölçüm araçlarının değerlendirilme kaygısı, kendini sansürleme ve sosyal beğenirlik gibi sorunları içermesi araştırmacıların örtük ölçüm yöntemlerine ilgi duymasını sağlamıştır. Literatür incelendiğinde, mesleğe yönelik örtük tutumla ilgili çalışmaların yok denecek kadar az olduğu görülmüş, farklı çalışmalarda mesleğe yönelik örtük tutumla ilgili çalışmalar olduğu gözlemlense de hemşirelik mesleğine yönelik örtük tutumu ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. 120 hemşireye “Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği” ve “Örtük Çağrışım Testi” uygulanmıştır. Örtük Çağrışım Testinin verileri Inquisit 5.0 yazılım programında metin dosyaları içine otomatik olarak kaydedilmiş olup elde edilen D-puanları SPSS 22.0 programına aktarılarak analize dâhil edilmiştir. Açık tutum ölçümünden elde edilen veriler ise SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda, hemşirelerin mesleklerine yönelik açık tutumlarının olumlu iken örtük tutumlarının olumsuz olduğu tespit edilmiştir. Açık ölçüm araçlarının sosyal beğenirlik, kendini sansürleme gibi faktörlerden etkilenmesi muhtemel olduğundan özellikle hassasiyet gerektiren konularda Örtük Çağrışım Testinin daha güvenilir bir ölçüt olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, hemşirelerin farkındalığının dışındaki tutumları yansıtan Örtük Çağrışım Testinin gerek bireylerin meslek seçimi aşamasında gerekse sağlık kuruluşlarına personel alım aşamasında seçici bir özellik taşıyabileceği düşünülmektedir.


Anahtar Kelimeler: Örtük tutum, açık tutum, hemşirelik mesleği, örtük çağrışım testi

MAKALE HAKKINDA

* Dr., Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, dkocabas@akdeniz.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-7403-2924>

** Prof. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, ramazanerdem@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5986-8280>

*** Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, omerantalyali@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-2345-6789>

Gönderim Tarihi: 03.01.2020

Kabul Tarihi: 07.08.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Kocabaş, D., Erdem, R. & Antalyalı, Ö.L. (2020). Hemşirelerin Mesleklerine Yönelik Açık ve Örtük Tutumlarının Farklılığı Üzerine Bir Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 369-386

A RESEARCH ON THE DIFFERENCE OF EXPLICIT AND IMPLICIT ATTITUDES FOR NURSES' PROFESSIONS

Dilek KOCABAŞ *
Ramazan ERDEM **
Ömer L. ANTALYALI ***


ABSTRACT

The purpose of the study is to determine whether there is any difference between the explicit and implicit attitudes of nurses towards their professions. Researches have shown that explicit measurement methods including conscious evaluations of individuals are widely used. The fact that explicit measurement tools included problems such as anxiety evaluation, self-censorship and social credibility made researchers to be more interested on implicit measurement methods. When examining literature, it was discovered that there were almost no studies on the implicit attitude towards profession, and although there are studies on the implicit attitude towards profession in different fields, no studies dealing with the implicit attitude towards the nursing profession have been found. "Attitude Scale" and "Implicit Association Test" were applied to 120 nurses. The data of the Implicit Association Test were automatically saved in text files in the Inquisit 5.0 software program and the obtained D-scores were transferred to SPSS 22.0 program and included in the analysis. The data obtained from explicit attitude measurement was analyzed using SPSS 22.0 program. In the results of study, while the explicit attitudes of the nurses towards their professions were positive, the implicit attitudes were negative. Considering that explicit measurement tools are likely to be influenced by factors such as social credibility and self-censorship, the Implicit Association Test is considered to be a more reliable criterion, especially in areas requiring sensitivity. Also, in the study the Implicit Association Test, which reflects attitudes beyond the awareness of the nurses, is thought to have a selective feature both in the choice of occupation of individuals and in the recruitment phase of health institutions.

Keywords: Implicit attitude, explicit attitude, nursing profession, implicit association test

ARTICLE INFO

* Akdeniz University, dkocabas@akdeniz.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-7403-2924>

** Süleyman Demirel University, ramazanerdem@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5986-8280>

*** Süleyman Demirel University, omerantalyali@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-2345-6789>

Received: 03.01.2020

Accepted: 07.08.2020

Cite This Paper:

Kocabaş, D., Erdem, R. & Antalyalı, Ö.L. (2020). Hemşirelerin Mesleklerine Yönelik Açık ve Örtük Tutumlarının Farklılığı Üzerine Bir Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 369-386

I. GİRİŞ

Tutum, sosyal psikolojinin en can alıcı konusudur. İki farklı bireyin yaşadıkları aynı olayı birbirlerinden farklı algılamalarında, herhangi bir konuda birbirinden farklı düşünceler içerisinde olmalarında ve herhangi bir olay karşısında birbirlerinden farklı davranışlar sergilemelerinde tutumlar önemli bir yer tutmaktadır. Tutum çalışmalarının bu denli önemli olmasının sebebi de tutumların algıları, düşünceleri ve davranışları etkilemesidir (Hortaçsu, 2012). Araştırmacılar, tutumun biliş, duygu ve davranış olmak üzere üç farklı boyuta sahip olduğunu ileri sürmüşlerdir (Kağıtçıbaşı ve Cemalcılar, 2014). Bir tutum nesnesi hakkındaki düşünce ve inanışlar bilişsel boyutu; hisler duygusal boyutu ve tutum nesnesine yönelik davranış eğilimi ise davranışsal boyutu oluşturmaktadır. Bu boyutlar birbirinden farklı olarak tanımlansalar da, bu boyutların tamamı tutumu oluşturmaktadır.

Ajzen (1989) bilişsel boyutu; bireyin bir tutum nesnesi hakkındaki bilgi ve algılamasını yansıtan değerlendirmeleri olarak tanımlamıştır. İkinci boyut olan duygusal boyut ise, belirli bir nesneye karşı sahip olunan duyguların tamamı olarak tanımlanabilir. Son olarak davranışsal boyut ise, bireyin belirli bir nesneye yönelik davranışsal eğilimini ve gözlenebilen tüm davranışlarını içerir. Son yıllarda araştırmacılar tutum tanımlarını açık ve örtük olarak ikiye ayırmaktadırlar (Greenwald vd., 2009; Nosek ve Hansen, 2008; Olson ve Kendrick, 2008; Wilson vd., 2000). Literatürde, her ne kadar açık ve örtük tutum iki ayrı kavram gibi görülse de açık ve örtük tutumlar hakkında tartışmalar hâlâ devam etmektedir.

Açık tutumlar, bireyin insanlara, nesnelere veya kavramlara yönelik bilinç düzeyinde olan (farkındalık ve kontrol düzeyinin yüksek olduğu) tutumlardır. Açık tutumlar tutum nesnesine yönelik sosyal algılayıcıların aktif bir şekilde çalıştığı ve bilişsel kaynakların yoğun bir şekilde kullanıldığı durumlarda yargılamaları ve değerlendirmeleri etkilemektedir. Kısaca, açık tutumlar, bireyin belirli bir tutum nesnesi hakkında karar verme sürecinde farkındalığının ve kontrolünün olduğu tutumlardır.

Bireyin açık tutumu her zaman gerçek tutumunu yansıtmayabilir. Özellikle ölçülmek istenen hassas bir konu ise birey sorulara bilinçli olarak farklı cevaplar verebilir. Toplum tarafından hoş görülebilmek, sosyal olarak arzu edilebilmek adına birey kendi inanç ve düşünce sisteminden uzak cevaplamalarda bulunarak araştırmaların sonuçlarını etkileyebilir. Bu durum ise tutumun geçerliliği konusunda şüphe uyandırabilmektedir (Ganster vd., 1983).

Bu geçerlilik sorunu, bireyin kendini sansürleme ve değerlendirme kaygısı içerisinde bilinç düzeyinde ortaya çıkabileceği gibi farkındalığının dışında üst-bilişlerinden kaynaklı da ortaya çıkabilir (Nisbett ve Wilson, 1977; Dovidio vd., 2002). Örneğin, “Cinsiyetçi ayrımcılık konusunda ne düşünüyorsunuz?” sorusu katılımcılara yöneltildiğinde birey çevresi tarafından eşitlikçi görünmek adına gerçek düşüncesini gizleyebilir ya da farkındalığının dışında cinsiyete yönelik olumsuz bir örtük tutumu olduğunun farkında dâhi olmayabilir. Bu geçerlilik sorununu ortadan kaldırabilmek için bireyin bilinçli değerlendirmelerini ölçen açık tutumunun yanı sıra bilinçdışı tutumlarını yansıtan örtük tutumlarının incelenmesi önem arz etmektedir.

Örtük tutumlar, bireyin sosyal bir objeye yönelik olumlu ya da olumsuz duygu, düşünce ve davranışlarına aracılık eden istemsiz, kontrol edilemeyen ve kimi zaman bilinçdışı olan tutumlardır (Greenwald ve Banaji, 1995; Gawronski ve Bodenhausen, 2006; Nosek, 2007). Örtük tutum, bireyin belirli bir nesneye yönelik verdiği anlık tepkidir. Bu tepki bireyin geçmiş yaşam deneyimleriyle oluştuğu için iç gözlemle ortaya çıkarılması ve ifade edilmesi zordur. Ancak bilinçaltı teknikler kullanılarak ortaya çıkarılabilir.

Açık tutum bilinç düzeyinde iken örtük tutum bilinçaltındadır. Bilinçaltından geldiği için keşfi ve değiştirilmesi zordur. Ancak bireyin kendini baskı altında hissettiği ya da bilişsel farkındalığının az olduğu zamanlarda davranışa dönüşme ihtimali bulunmaktadır. Birey çoğu zaman örtük tutumunun olduğunun farkında bile değildir. Bireyin özellikle kendini baskı altında hissettiği zamanlar örtük

tutumun keşfedilmesi için fırsattır. Birey kendini baskı altında hissettiği zamanlarda dışarıdan bir gözlemci gibi zihnini gözlemleyip örtük tutumunu açığa çıkarabilir (Antalyalı ve Çelik, 2017).

Örtük tutumu açık tutumlardan ayıran şey örtük tutumların bireyin farkındalığının ve kontrolünün dışında gerçekleşmiş olmasıdır. Açık tutum muhakeme gibi bilişsel kontrol gerektirirken örtük tutumda böyle bir durum söz konusu değildir. Açık tutumlar özellikle hassasiyet içeren konularda sosyal olarak arzu edilebilme, olumlu benlik sergileme gibi kaygılar içerirken örtük tutumda böyle bir durum söz konusu değildir.

Açık ve örtük süreçler birbirinden farklı nörobilişsel yapılarla ilişkilidir. Bazı beyin görüntüleme teknikleri kullanılarak yapılan nörolojik araştırmalarda açık ve örtük tutumların bilişsel sürecinin beyin farklı bölgelerini etkilediği ortaya çıkmıştır. Örtük tutumlar oluştuğu sırada beyinde amigdalada aktivasyon gözlemlenirken açık tutumlar oluşurken beyin ön ve orta frontal bölgesinde bir aktivasyon tespit edilmiştir (Lieberman vd., 2007).

İnsan beyinde davranışların efektif yükünde, içgüdülerde, bir takım içsel dürtülerin kontrolünde, bu dürtülerin işlenmesinde ve bu dürtülere göre motivasyonların ayarlanmasında medial prefrontal korteks rol almaktadır. Beyinde örtük tutumlarla aktive olan amigdala ise medial prefrontal korteks içindeki yapılarıdır. Açık tutumlarla aktive olan ön ve orta frontal bölge ise bilinçli düşünme merkezidir (Reihl vd., 2015). Bu durum örtük ve açık tutumların birbirinden bağımsız yapılar olduğunu desteklemektedir. Beyinde aktivasyon gösteren bölgelerin özellikleri düşünüldüğünde örtük tutumun içgüdüler, içsel dürtüler ile ilişkisi olabileceği, açık tutumun ise bilinçli düşünme ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Literatürde yapılan araştırmalar da bu kanıyı destekler niteliktedir. Forbes ve diğerlerinin (2012) çalışmalarında test uygulanırken beyin frontal oksipital bölgeleri arasında farklı uyarılmalar olduğu ve testin otomatik süreçlerle ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Payne ve diğerlerinin (2008) çalışmalarında da katılımcılara siyah ve beyaz insan yüzleri gösterilmiş ve sonrasında nötr olarak kabul edilebilecek Çince harfler gösterilmiştir. Katılımcılardan ise siyah ve beyaz insan yüzlerinden bağımsız bir değerlendirme yapmaları istenilmiştir. Çalışma sonucunda, katılımcıların siyah insan yüzlerinden sonra gösterilen Çince harfleri olumsuz beyaz insan yüzlerinden sonra gösterilen Çince harfleri ise olumlu değerlendirdiği ortaya çıkmıştır.

Açık tutumlar, genellikle Bogardus Toplumsal Uzaklık Ölçeği, Thurstone Ölçeği, Osgood Duygusal Anlam Ölçeği, Guttman Ölçekleri ve Likert tipi ölçekler kullanılarak ölçülmektedir (Hogg ve Vaughan, 2014). Örtük tutumlar ise yaygın olarak Duygusal Hazırlama Testi (Affective Priming Test), Örtük Çağrışım Testi (Implicit Association Test), GNAT Testi (Go/No-Go Task) gibi testler kullanılarak ölçüldüğü belirlenmiştir. Örtük tutumların ölçümü genellikle sosyal psikoloji alanında yapılan çalışmalarda yaygın olarak kullanılsa da son zamanlarda halk sağlığı, pazarlama, örgütsel davranış gibi farklı disiplinler tarafından da Örtük Çağrışım Testinin yaygın bir şekilde kullanıldığı görülmektedir (Schmukle ve Egloff, 2005; Nosek vd., 2007).

Örgütsel davranış bağlamında ele alınan mesleğe yönelik tutum kavramı günlük yaşantının ayrılmaz bir parçası olmasının yanı sıra hastane ortamında çalışan bir hemşirenin davranışını belirleyen temel etkenlerden biridir. Mesleğe karşı tutumu olumlu olan bir hemşirenin mesleki başarı ve performansı olumlu anlamda etkilenirken, mesleğe karşı tutumu olumsuz olan bir hemşirenin ise mesleki başarı ve performansı olumsuz anlamda etkilenmektedir (Altuntaş ve Baykal, 2008).

Sağlık kuruluşlarının etkili ve verimli çalışmasında önemli rol üstlenen hemşirelerin etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunabilmesi, hemşirelerin mesleklerine yönelik olumlu bir tutum geliştirebilmelerine bağlıdır. Hemşirelerin mesleklerini sevmeleri, hastalarla iyi bir iletişim içerisinde olmaları sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Araştırmalar mesleğine yönelik olumlu tutum geliştiren hemşirelerin iş doyumlarının ve yaşam doyumlarının yüksek, mesleğine yönelik olumsuz tutum geliştiren hemşirelerin ise iş doyumlarının ve yaşam doyumlarının düşük,

tükenmişliklerinin ise fazla olduğunu göstermektedir (Balcı vd., 2013; Altuntaş ve Baykal, 2008; Maloni ve Patricia, 2016; Van Den Boogaard vd., 2019; Marcinowicz vd., 2016; Altuntaş ve Baykal, 2010; Zhang ve Petrini, 2008; Rossiter vd., 1999).

Hasta ile uzun süre zaman geçiren hemşirelerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halinde olmaları hem sağlık hizmet sunumunu hem de hastaya verilen tedavi hizmeti kalitesini etkilemektedir (Altuntaş ve Baykal, 2008). Araştırmalarda, mesleğini severek, isteyerek yapan ve mesleğine olumlu tutum sergileyen hemşirelerin hasta ile daha iyi iletişim kurduğu, çalıştığı kuruma daha fazla katkı sağladığı, çalışma arkadaşlarıyla daha iyi geçindiği, motivasyonunun ve performansının daha yüksek olduğu görülmektedir (Arcak ve Kasımoğlu, 2006).

Mesleğine yönelik olumsuz tutumu olan hemşirelerin ise stres, gerilim ve anksiyete gibi zihinsel problemler yaşadığı belirlenmiştir (Mikiyas vd., 2015). Kaygılı ruh hali hemşirelerin işlerine odaklanmasını engelleyebilmektedir (Ghawadra vd., 2019). Ayrıca, mesleğe yönelik olumsuz tutumu olan hemşirelerin bir süre sonra çalışma arkadaşlarını, çalıştığı kurumu şikâyet etmeye ve işe devam etmemeye başladıkları ve bu durum ise çalışma arkadaşlarının motivasyon ve çalışma performansını olumsuz etkilediği ortaya çıkmıştır (Çoban vd., 2015).

Bireylerin mesleğe yönelik tutumları açık ve örtük tutum olmak üzere iki farklı şekilde ölçülebilmektedir. Çalışmada hemşirelerin mesleklerine yönelik açık ve örtük tutumları arasında herhangi bir farklılık olup olmadığının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda; “Hemşirelerin mesleklerine yönelik açık tutumları nasıldır?” ve “Hemşirelerin mesleklerine yönelik örtük tutumları nasıldır?” ve “Hemşirelerin mesleklerine yönelik açık tutumları ile örtük tutumları arasında herhangi bir farklılık var mıdır?” soruları araştırma sorularını oluşturmaktadır.

Araştırmada hemşirelerin mesleklerine yönelik tutumlarının tüm yönleriyle (açık ve örtük) ele alınması sağlık kuruluşlarının belkemiğini oluşturan hemşirelerin gerek hasta ve hasta yakınlarıyla gerekse çalışma arkadaşları ve yöneticileriyle ilişkilerinde sergileyecekleri davranışların önceden tahmin edilmesini sağlayabileceği düşünülmektedir. Araştırma, hemşirelere yönelik açık ve örtük tutumları ilgili örgütsel davranış bağlamında ele alan Türkiye’de yapılan ilk makale çalışmasıdır.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Evren ve Örneklem

Araştırmada veri toplama araçlarından anket ve Örtük Çağrışım Testi kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini 2018 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan 372, Isparta Şehir Hastanesinde çalışan 669 ve Isparta’da faaliyet gösteren üç özel hastanede çalışan toplam 207 hemşirenin tamamı oluşturmaktadır.

Araştırmada katılımın tamamen gönüllülük esasına dayalı olması, evreni temsil eden her bir katılımcının örnekleme dâhil olabilme şansının eşit olması sebebiyle olasılıklı örnekleme yöntemleri içerisinde basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada, her bir kitleden eşit sayıda örneklem seçilmiş olup Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nden 40, Isparta Şehir Hastanesi’nden 40 ve özel hastanelerden 40 olmak üzere toplamda 120 hemşire çalışmaya dâhil edilmiştir. Veri toplama işlemi 01.12.2018-31.01.2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya belirtilen tarih aralığı içerisinde her bir kurumdan 40 hemşire başvurduğunda veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum ölçeği ve Hemşirelik Mesleğine Yönelik Örtük Çağrışım Testi kullanılmıştır. Veri toplama süreci iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada Örtük Çağrışım Testinde kullanılan uyaranları seçmek amacıyla iki ayrı

pilot çalışma yapılmış olup ikinci aşamada katılımcılara Hemşirelik Mesleğine Yönelik Örtük Çağrışım Testi ve Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca, çalışmada cinsiyet, yaş, eğitim durumu, kurum, pozisyon, kıdem ve çalışma şekli gibi katılımcıların sosyo-demografik ve çalışmaya ilişkin bilgilerinin sorgulandığı anket formu uygulanmıştır.

İlk pilot çalışmada, hemşirelere “Mesleğinizi çalışma şartları, ekonomik getiri, sosyal statü, sosyal haklar ve mesleki saygınlık gibi genel kriterler ile değerlendirdiğinizde mesleğinize eş değer gördüğünüz meslekler hangisidir?” sorusu yöneltilecek hemşirelerin zihinlerinde hemşirelik mesleğine eş değer buldukları meslekler tespit edilmeye çalışılmıştır. Yüze yüze görüşme sonucunda katılımcıların %48’inin “polisliği”, %25’inin “hizmetliliği” ve %17’sinin “öğretmenliği” kendi mesleklerine eşdeğer buldukları tespit edilmiştir. Katılımcıların %10’u ise “hemşirelik mesleğine eşdeğer bir meslek olmadığını” belirtmişlerdir. Böylelikle hedef kategoride yer alan karşıt kategoriye temsil eden meslekler “polis”, “öğretmen” ve “hizmetli” olarak belirlenmiştir.

İkinci pilot çalışma ise Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Isparta Şehir Hastanesi ve özel hastanelerde çalışan 20 hemşireye kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Pilot çalışmada katılımcılardan ilk olarak daha önceki çalışmalardan yararlanılarak oluşturulan olumlu (10 tane) ve olumsuz (10 tane) kelimeleri 5’li likert ölçeği kullanarak (“kesinlikle hemşirelik mesleğinin özelliği değildir” 1, “kesinlikle hemşirelik mesleğinin özelliğidir” 5) cevaplama istenilmiştir (Greenwald vd., 1998; Kyrychenko, 2012). Pilot çalışmanın ikinci kısmında ise hemşirelik mesleğini (7 tane) ve hemşirelik dışı meslekleri (7 tane) temsil eden simgelere yer verilmiş ve katılımcıların 5’li likert ölçeği kullanarak (“hemşirelik mesleğine hiç uygun değil” 1, “hemşirelik mesleğine tamamen uygun” 5) cevaplama istenilmiştir.

Çalışma sonucunda, Örtük Çağrışım Testinde olumlu kelimeler kategorisinde “faydalı”, “üstün”, “keyifli”, “geçerli”, “değerli” ve “saygın” kelimelerinin, olumsuz kelimeler kategorisinde ise “perişan”, “değersiz”, “berbat”, “sıkıcı”, “itici” ve “sefil” kelimelerinin kullanılmasına karar verilmiştir. Katılımcılara gösterilen simgelerin de orta noktaya göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla da tek örneklem için t testinden (one sample t testi) faydalanılmıştır. Hedef kategoride yer alan simgelerin $p < 0,05$ olduğu tespit edilmiş ve hemşirelik ve hemşirelik dışı meslekleri temsil eden tüm simgelerin Örtük Çağrışım Testinde kullanılmasına karar verilmiştir.

2.2.1. Hemşirelik Mesleğine Yönelik Açık Tutum

Araştırmada, Çoban (2010) tarafından geliştirilen “Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek, “hemşirelik mesleğinin özellikleri”, “hemşirelik mesleğini tercih etme durumu” ve “hemşirelik mesleğinin genel durumu” olmak üzere 3 boyut ve 40 ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,91’dir. Orijinal ölçek 5’li likert şeklinde puanlandırılmıştır. Olumlu sorular için “hiç katılmıyorum” cevabına “1”, “az katılıyorum” cevabına “2”, “orta derecede katılıyorum” cevabına “3”, “çok katılıyorum” cevabına “4” ve “tamamen katılıyorum” cevabına “5” puan verilmiştir. Bu çalışmada ise, cevapların değerlendirilmesinde “hiç katılmıyorum” ve “tamamen katılıyorum” arasında derecelendirilen 7’li likert tipi ölçek kullanılmıştır.

Bu araştırmanın parçası olduğu geniş kapsamlı projede veri toplama aracı olarak birçok farklı ölçüm araçları kullanılmıştır. Katılımcıların zihnini karıştırmamak amacıyla bu çalışmada kullanılan bütün ölçüm araçları 7’li likert olarak standardize edilmiştir. Bu çalışmada kullanılan ölçekte, orijinal ölçeği geliştiren yazar tarafından 5’li likert ölçeği kullanılarak oluşturulmuş olmasına rağmen yapılan standardizasyon nedeniyle ölçek geliştirici yazardan onay alınarak ve yazarın yönlendirmesiyle 7’li likerte dönüştürülmüştür. Ölçekte, tersten puanlanan 8 ifade bulunmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça hemşirelik mesleğine yönelik olumlu tutum artmakta ölçekten alınan puan azaldıkça hemşirelerin mesleklerine yönelik olumsuz tutumu artmaktadır.

Araştırmada kullanılan hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeğine ilişkin faktör analizi ve Cronbach’s Alpha güvenilirlik değerleri Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeğinin Faktör ve Güvenirlik Analizi

Boyutlar	Toplam Soru Önermesi	Açıklanan Varyans	Cronbach's Alpha	Toplam
Hemşirelik mesleğinin özellikleri	18	23,981	0,86	62,922
Hemşirelik mesleğini tercih etme durumu	13	21,322	0,81	
Hemşirelik mesleğinin genel özellikleri	9	17,619	0,85	
Kaiser Meyer Ölçek Güvenirliği				0,70
Bartlett's Küresellik Testi Ki-Kare				420,873
Sd				55
p değeri				0,000

Yapılan faktör analizi sonucunda hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeğinin hemşirelik mesleğinin özellikleri boyutunun faktör yükleri; 0,646 ile 0,742 aralığında, hemşirelik mesleğini tercih etme boyutunun faktör yükleri; 0,796 ile 0,872 aralığında, hemşirelik mesleğinin genel özellikleri boyutunun faktör yükleri; 0,752 ile 0,766 aralığında değerler almıştır. Bu üç boyut toplam varyansın % 62.922'sini açıklamaktadır.

Çalışmada KMO değeri 0,70 olarak tespit edilmiş ve bu değer ile örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çokluk vd., 2012). Ayrıca Barlett küresellik testi sonuçları incelendiğinde de Ki-Kare değerinin (X²: 420,873; p<0,000) anlamlı olduğu görülmüştür. Bununla birlikte ölçekte yer alan boyutların Cronbach's Alpha katsayıları; 0,81 ile 0,86 arasında değerler aldığı ortaya çıkmıştır. Büyüköztürk'e (2010) göre bu değerlerin güvenilir olduğu söylenilebilir. Analiz sonuçlarına göre hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeğinin geçerli ve güvenilir olduğuna karar verilmiştir.

2.2.2. Hemşirelik Mesleğine Yönelik Örtük Tutum

Araştırmada, literatürde yaygın olarak kullanılan örtük ölçüm yöntemlerinden biri olan ve Greenwald ve diğerleri (1998) tarafından geliştirilen Örtük Çağrışım Testi kullanılmıştır. Örtük Çağrışım Testi, katılımcıların bilgisayar ekranında gösterilen farklı resim ya da kelimeleri olumlu ya da olumsuz kelimelerle eşleştirmesine dayanan ve eşleştirilen kelime çiftleri arasındaki ilişkinin gücünü ölçmeyi sağlayan bir programdır.

Bu araştırmada, hemşirelik mesleğine yönelik Örtük Çağrışım Testi kullanılmıştır. Örtük Çağrışım Testi, katılımcıların hemşirelik mesleğine yönelik otomatik tercihlerini ortaya çıkarmaya yarayan bir testtir. Testin mantığı, katılımcıların kendi mesleklerini diğer meslek grupları ile karşılaştırdıklarında hemşirelik mesleğini daha çok olumlu kelimelerle mi yoksa olumsuz kelimelerle mi eşleştirdiklerinin irdelenmesine dayanır.



Greenwald ve diğerleri (2003) araştırmalarında Örtük Çağrışım Testi oluşturulurken hedef ve karşıt kategorinin birbirine eş değer olmasının önemli olduğunu vurgulamaktadırlar. Bu bağlamda, karşıt kategoride hemşirelik dışı meslekleri temsil eden mesleklerin hangi meslekler olacağına karar verebilmek için Isparta Şehir Hastanesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve özel hastanelerde çalışan 27 hemşireyle yüz yüze görüşme yapılmıştır. Pilot çalışma sonucunda hedef kategoride yer alan karşıt kategoriyi temsil eden meslekler "polis", "hizmetli" ve "öğretmen" olarak belirlenmiştir.

Hedef kategorisindeki uyarılar hemşirelik mesleğiyle ve hemşirelik dışı mesleklerle ilgili resimleri temsil ederken nitelik kategorisindeki uyarılar olumlu ve olumsuz kelimeleri temsil eder. Nitelik kategorisinde kullanılan olumlu ve olumsuz kelimeler ise daha önceki çalışmalardan yararlanılarak oluşturulmuştur (Greenwald vd., 1998; Kyrchenko, 2012). Örtük Çağrışım Testinde bazı kategorilerin diğer kategorilerden algısal olarak daha belirgin olmasının Örtük Çağrışım Testinin

yapısal ve içerik geçerliliğini tehdit eden bir durum olması (Rothermund ve Wentura, 2004) sebebiyle uzman görüşüne başvurulmuştur. Üniversitelerin psikoloji bölümünde çalışan ve örtük ölçüm yöntemlerini çalışmalarında kullanan iki öğretim üyesinin fikirlerinden uzman görüşü olarak faydalanılmıştır. Uzman görüşü neticesinde nitelik kategorisinde yer alan olumlu ve olumsuz uyarıların yükleri eşleştirilmiş ve belirginlik asimetrisine dikkat edilmiştir.

Örtük Çağrışım Testinin kullanılan simgeleri seçerken de uzman görüşünden faydalanılmış ve kullanılan simgelerin katılımcının zihninde anlam karmaşasına neden olmaması için tek bir cinsiyeti (kadın) temsil eden simgelerin kullanılmasına dikkat edilmiştir. Ayrıca, uzman görüşü neticesinde katılımcıların zihninde belirsizlik yaratabileceği düşünülen iki simge pilot çalışmadan çıkarılmıştır ve ikinci pilot çalışma bu haliyle katılımcılara uygulanmıştır. Hedef ve nitelik kategorisini temsil eden resim ve kelimeler Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Hemşirelik Mesleğine Yönelik Örtük Çağrışım Testinin Hedef ve Nitelik Kategorisine Ait Uyarıları

Kategoriler	Tür	Sayı	Kategorileri Temsil Eden Resim ve Kelimeler
Hedef Kategori			
Hemşirelik Mesleği	Resim	6	
Hemşirelik Dışı Meslek	Resim	6	
Nitelik Kategorisi			
İyi	Kelime	6	Faydalı, Değerli, Geçerli, Üstün, Saygın, Keyifli
Kötü	Kelime	6	Berbat, İtici, Sıkıcı, Perişan, Sefil, Değersiz

Hemşirelik mesleğine yönelik Örtük Çağrışım Testini kullanabilmek için Millisecond Software Inquisit 5.0 yazılım programının satın alınmış ve Greenwald ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen taslak senaryo kullanılmıştır (Millisecond Company, 2018).

Örtük Çağrışım Testi, Intel ® Core™ i5-2450M CPU 2.5 Ghz işlemci, 8 GB RAM, 17 inç monitör ve 64 bit işletim sistemi özelliğine sahip bilgisayara kurulmuştur. Testte katılımcıların ekranının ortasında gösterilen uyarıları hızlı bir şekilde eşleştirebilmesi için yüksek konsantrasyon ve dikkatlerinin sağlanması gerekmektedir. Bu sebeple, laboratuvar ortamı oluşturulmuştur. Laboratuvar ortamı 20 m²’lik bir alanda 1 adet bireysel bilgisayar, 1 adet masa ve 1 adet sandalyeden oluşmaktadır.

Örtük Çağrışım Testi yedi bloktan oluşmaktadır. Her bir blokta katılımcının farklı kelime ya da resimleri mümkün olduğunca hızlı kategorize etmesi beklenmektedir (Fazio ve Olson, 2003). Örtük Çağrışım Testindeki her bir blokta temsil edilen her bir uyarı hedef kategorisinde yer alan her iki resimden sadece birine ya da nitelik kategorisinde yer alan her iki kelimedenden sadece birine aittir. Yedi bloktan dördünde birleştirilmiş görevler yer almaktadır.

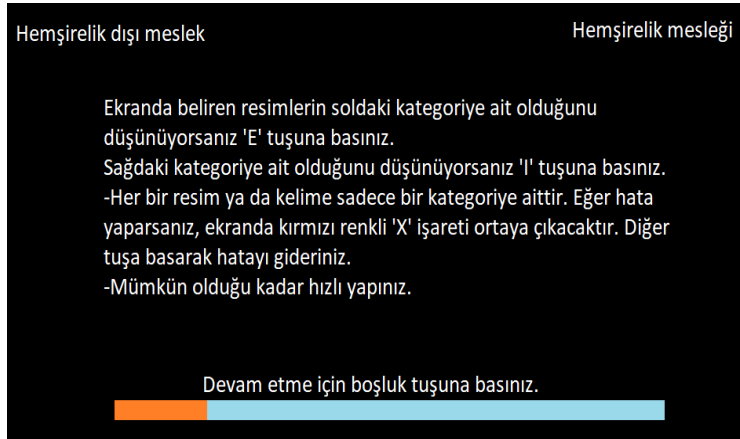
Katılımcıların Örtük Çağrışım Testine giriş sırasına (tek numaralı ve çift numaralı) göre uyumlu ve uyumsuz blokta yer alan kelime ve resimler yer değiştirmektedir. Her bir blokta katılımcılardan kategorilere ait kelime ya da resimleri sol ya da sağ tuşa basarak doğru bir şekilde sınıflandırılmasına yönelik talimatlar bulunmaktadır (Greenwald vd., 2003).

Hemşirelik mesleğine yönelik Örtük Çağrışım Testi yedi bloktan oluşmaktadır (Tablo 3).

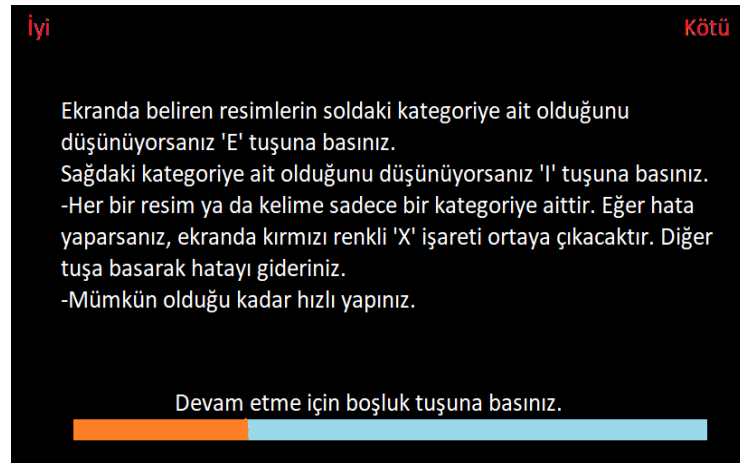
Tablo 3. Örtük Çağrışım Testinin Hemşirelik Mesleğine Yönelik Bloklar Dizisi

	Blok	Sayı	Türü	Sol Tuşa Atanan Öğeler	Sağ Tuşa Atanan Öğeler
1	B1	20	Deneme	Hemşirelik Dışı Meslek	Hemşirelik Mesleği
2	B2	20	Deneme	İyi	Kötü
3	B3	20	Deneme	Hemşirelik Dışı + İyi	Hemşirelik + Kötü
4	B4	40	Test	Hemşirelik Dışı + İyi	Hemşirelik + Kötü
5	B5	20	Deneme	Hemşirelik Mesleği	Hemşirelik Dışı Meslek
6	B6	20	Deneme	Hemşirelik + İyi	Hemşirelik Dışı + Kötü
7	B7	40	Test	Hemşirelik + İyi	Hemşirelik Dışı + Kötü

Yedi bloğun ikisi öğrenme bloğuna aittir. Her bir blokta katılımcıların bilgisayarın ekranında rastgele sunulan dört farklı kategoriye ait uyarıları hızlı bir şekilde sol ve sağ tuşları kullanarak kategorize etmesi beklenmektedir. İlk blokta katılımcıların mesleklere ait resimleri hemşirelik dışı meslek ve hemşirelik mesleği olarak kategorize etmeleri istenmektedir (Şekil 1).

Şekil 1. Hedef Bloğunun Ekran Görüntüsü

İkinci blokta ise katılımcılardan nitelik kategorisinde yer alan olumlu ve olumsuz kelimeleri eşleştirmesi istenmektedir. Ekranın ortasındaki kelime iyi kategorisine aitse klavyenin “E” tuşuna kötü kategorisine aitse “I” tuşuna basması talep edilmektedir (Şekil 2).

Şekil 2. Nitelik Bloğunun Ekran Görüntüsü

2.3. Prosedür

Çalışma uygulanmaya başlamadan önce Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığı tarafından çalışmanın etik ilkelere uygun olduğuna dair etik kurul onayı alınmıştır. Etik kurul onayının ardından yaklaşık 5 kişilik bir ekip oluşturularak Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Isparta Şehir Hastanesi ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere araştırma koşulları ile ilgili davet mektubu dağıtılmış ve çalışmanın daha geniş bir kitleye duyurulmasını sağlamak amacıyla web sayfası hazırlanmıştır (Kocabaş ve Erdem, 2018).

Hazırlanan web sayfasında çalışmanın amacı, gerçekleşeceği tahmini süre, yapılacağı zaman dilimi ve çalışmada kullanılan anket ve Örtük Çağrışım Testi hakkında bilgi sunulmuştur. Ayrıca, çalışmaya dâhil olmak isteyen hemşirelerin araştırmacıya ulaşabilmesi için araştırmacının iletişim bilgilerine yer verilmiştir. Bu sayede araştırmaya dâhil olmak isteyen katılımcıların araştırmacıya ulaşarak randevu oluşturmaları sağlanmıştır.

Katılımcılar belirtilen gün ve saatte Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi K1/89 numaralı odaya çağırılarak öncelikle gönüllü katılım ve bilgilendirme formu imzalatılmıştır. Sonrasında her bir katılımcıya sıra numarası verilmiş ve katılımcıların her biri Örtük Çağrışım Testine tabii tutulmuştur. Test bittikten sonra mesleğe yönelik tutum ölçeği katılımcılara uygulanmıştır.

Zaman ve imkân kısıtlılığı nedeniyle fakülteye gelemeyen katılımcılardan ise randevu alınarak katılımcıların dikkat ve konsantrasyonlarını yüksek tutabilecekleri gürültüden uzak ve rahat bir şekilde testleri gerçekleştirebilecekleri bir ortam hazırlanmış ve testler uygulanmıştır. Çalışmaya dâhil olmak isteyen her bir katılımcı tek tek uygulamaya alınmıştır. Çalışmayı kabul eden her bir katılımcıya bir alışveriş merkezinden 25 TL'lik kitap hediye çeki verilmiştir.

2.4. Veri Analiz Süreci

Örtük Çağrışım Testinin verileri Inqusit 5.0 yazılım programında metin dosyaları içine otomatik olarak kaydedilmiş olup elde edilen D-puanları SPSS 22.0 programına aktarılarak analize dâhil edilmiştir. D-puanlarının güvenilirlik değerlerini incelemek için sınıf içi korelasyonlardan (intraclass correlation; ICC) faydalanılmıştır. Açık tutum ölçümlerinden elde edilen veriler SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler öncelikle hata denetimine tabii tutulmuştur. Veriler normallik testine tabii tutularak verilerin basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri bulunmuştur. Elde edilen test değerlerinin -1,96 ile +1,96 aralığında kaldığı ve Can'a (2018) göre, verilerin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir.

2.5. Araştırmanın Etiği

Araştırma öncesi Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığı Etik Kurulu'ndan 06/06/2018 tarih ve 5514 sayılı 2018/4 nolu kararla etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca, çalışmaya dâhil olan her bir katılımcıya gönüllü katılım ve bilgilendirme formu imzalatılmıştır.

III. BULGULAR

Aşağıdaki yer alan Tablo 3'te katılımcıların sosyo-demografik ve çalışmaya ilişkin özelliklerini içeren bilgiler gösterilmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Değişkenler	f	%
Cinsiyet		
Kadın	101	85,6
Erkek	17	14,4
Yaş (Yıl)		
30 ve altı	43	37,1
31-40	36	31
41 ve üzeri	37	31,9
Eğitim Durumu		
Lise	25	21,2
Ön lisans	30	25,4
Lisans ve üzeri	63	53,4
Çalıştığı Kurum		
Şehir Hastanesi	40	33,3
Araştırma ve Uygulama Hastanesi	40	33,3
Özel Hastane	40	33,3
Kurumdaki Pozisyonu		
Servis Hemşiresi	43	36,8
Ameliyathane / Yoğun Bakım Hemşiresi	34	29,1
Diğer	40	34,2
Meslekte Çalışma Süresi (Yıl)		
10 ve altı	51	45,1
11-20	27	23,9
21 ve üzeri	35	31
Çalışma Şekli		
Gündüz	54	46,6
Gece / Gündüz	62	53,5
Kadro Durumu		
Sözleşmeli	38	33,9
Kadrolu	74	66,1
Hemşirelikten Ayrılmayı Düşünme		
Asla	31	27
Yılda Bir	28	24,3
Ayda Bir	30	26,1
Haftada Bir	26	22,6

Tablo 4'te araştırmaya katılan hemşirelerin %85,6'sının kadın, %14,4'ünün erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların %37,1'inin 30 yaş ve daha küçük olduğu %53,4'ünün lisans ve lisansüstü eğitime sahip olduğu görülmektedir. Araştırmada araştırmaya katılan hemşirelerin sayısı kurum bazlı olarak eşit tutulmuş, hemşirelerin %33,3'ü Isparta Şehir Hastanesi'nde, %33,3'ü SDÜ Araştırma Uygulama Hastanesi'nde ve %33,3'ü özel hastanelerde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Katılımcıların kurumlarında çalıştıkları pozisyonlar incelendiğinde, %36,8'inin servis hemşiresi olarak görev yaptığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %45,1'inin 10 yıl ve daha az sürede, %53,5'inin gece ve gündüz vardiyasında ve %66,1'inin ise kadrolu çalıştığı görülmektedir. Ankete katılan hemşirelerin %27'si asla hemşirelik mesleğinden ayrılmayı düşünmediklerini belirtirken, %24,3'ü yılda bir, %26,1'i ayda bir ve %22,6'sı haftada bir hemşirelik mesleğinden ayrılmayı düşündüklerini belirtmişlerdir.

3.1. Hemşirelerin Mesleklerine Yönelik Örtük Tutum Düzeyleri

Tablo 5’de hemşirelerin mesleklerine yönelik örtük tutumları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Örtük Çağrışım Testinin güvenilirlik analizi için test-tekrar yöntemi kullanılmıştır. Deneme ve test bloklarının D-skorumlarının sınıf içi korelasyonuna (intra-class correlation; ICC) bakılarak güvenilirlik değeri 0,60 olarak bulunmuştur ($p < 0.01$). Shroot ve Fleiss (1979) 0.60 ve 0.80 arasındaki değerlerin iyi güvenilirliğe, 0.80 ve üstü değerlerin ise mükemmel düzeyde güvenilirliğe sahip olduğunu belirtmektedir. Buna göre hemşirelik mesleğine yönelik Örtük Çağrışım Testinin iyi düzeyde güvenilirliğe sahip olduğu söylenebilir. D-skorumları normallik testine tabii tutulduğunda; tabloda değerlerin -1,96 ile +1,96 arasında kaldığı ve her iki değer 1’den küçük olduğu görülmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda Can’a (2018) göre verilerin normal dağılım gösterdiği söylenebilir.

Tablo 5. Hemşirelerin Mesleklerine Yönelik Örtük Tutumlarına İlişkin Bulgular

Değişken	N	Min/Max	Güvenirlik Değeri (Cronbach Alpha)	\bar{x}	Ss	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
<i>D-skor</i>	120	-2- 2*	0,6	0,78	0,81	-0,333	0,149

Tablo 5’te, D-skor ortalamasının 0,78 olduğu görülmüştür. Bu değer pozitif ve 0,65’ten fazla olması katılımcıların hemşirelik mesleğine yönelik güçlü düzeyde olumsuz örtük tutumlarının olduğunu göstermektedir. Yani, katılımcılar hemşirelik mesleği ile ilgili resimleri olumlu kelimelere kıyasla olumsuz kelimelerle (berbat, sıkıcı, itici, perişan, sefil, değersiz) daha hızlı bir şekilde eşleştirmişlerdir. Bu durum, araştırmamıza dâhil olan katılımcıların bilinçaltında hemşirelik mesleğine yönelik olumsuz örtük tutumlarının olduğunu göstermektedir.

3.2. Hemşirelerin Mesleklerine Yönelik Açık Tutum Düzeyleri

Tablo 6’da katılımcıların mesleklerine ilişkin açık tutumları gösterilmektedir. Ölçeğin güvenilirlik değerleri incelendiğinde; güvenilirlik değerinin 0,84 olduğu tespit edilmiştir. Kayış’a (2010) göre bu değer ölçeğin güçlü düzeyde güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Katılımcıların mesleğe yönelik açık tutum ortalamasının 5,41 olduğu görülmektedir. Derecelendirmenin 7’li derecelendirme üzerinden yapıldığı düşünüldüğünde, bu değer 4’ün üzerinde bir değer alması sebebiyle katılımcıların hemşirelik mesleğine yönelik orta düzeyin üzerinde olumlu tutumları olduğu söylenebilir.

Tablo 6. Hemşirelerin Mesleklerine Yönelik Açık Tutumlarına İlişkin Bulgular

Değişken	N	Min/Max	Güvenirlik Değeri (Cronbach Alpha)	\bar{x}	Ss	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
<i>Açık Tutum</i>	104	1-7	0,84	5,41	0,5	-0,286	0,127

3.3. Hemşirelerin Mesleklerine Yönelik Açık Tutum ve Örtük Tutum Arasındaki Farklılık

Tablo 7’de görüldüğü üzere katılımcıların açık ve örtük tutumları arasında farklılık bulunup bulunmadığı eşlenik çift örneklem testi kullanılarak incelenmiştir. Araştırmada, mesleğe yönelik Örtük Çağrışım Testi sonucu elde edilen puanlar ile açık tutum sonucu elde edilen puanlar karşılaştırılmıştır. Bu puanlandırmayı yapabilmek için her bir katılımcı için ayrı ayrı elde edilen D-skorumları 7’li likert ölçeği kullanılarak puanlandırılmıştır. Bu puanlama sırasında, D-skoru -0,65’ten küçük ise “1”, -0,65 ile -0,36 arasında ise “2”, -0,35 ile -0,16 arasında ise “3”, -0,15 ile 0,15 arasında ise “4”, 0,16 ile 0,35 arasında ise “5”, 0,36 ile 0,65 arasında ise “6” ve 0,65’ten büyükse “7” olarak

derecelendirilmiştir (Greenwald vd., 2003). Analiz sonucunda, hemşirelerin mesleklerine yönelik açık ve örtük tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7. Açık ve Örtük Tutumların Eşlenik Çift Örneklem Testine (Paired Samples t Test) İlişkin Bulgular

Değişken	Açık Tutum			Örtük Tutum			T	df
	\bar{x}	Ss	N	\bar{x}	Ss	N		
Açık- Örtük Tutum	5,41	0,5	104	6,54	0,77	104	14,358*	103

* $p < 0,05$

IV. SONUÇ VE TARTIŞMA

Araştırmada hemşirelerin mesleklerine yönelik açık ve örtük tutumları arasında herhangi bir farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Araştırma sonucunda hemşirelerin mesleklerine yönelik açık tutumlarının örtük tutumlarından farklı olduğu belirlenmiştir. Yani, hemşirelerin mesleklerine yönelik açık tutumlarının olumlu iken örtük tutumlarının olumsuz olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda elde edilen açık ve örtük tutumlar arasındaki farklılık literatürdeki çalışmalarla uyumludur (Lieberman vd., 2007; Reihl vd., 2015; Forbes vd., 2012; Payne vd., 2008; Smith ve Nosek, 2011).

Tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreni hastalarına ve mahkûmlara yönelik açık ve örtük tutumlarının incelendiği araştırmada öğrencilerin şizofreni hastalarına ve mahkûmlara yönelik açık tutumlarının olumlu olduğu halde örtük tutumlarının olumsuz olduğu tespit edilmiştir (Omori vd., 2012). Hekimlerin ırka yönelik açık ve örtük tutumlarının incelendiği başka bir araştırmada da çalışmamız ile benzer bulgular elde edilmiş olup hekimlerin açık tutumlarının olumlu örtük tutumlarının ise olumsuz olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, hekimin siyah tenli hastalarına göre beyaz tenli hastalarını daha çok tercih ettiği ve beyaz tenli hastalarıyla daha çok işbirliği içerisinde olduğu ve bu durumun tedavi sürecini etkilediği ortaya çıkmıştır (Green vd., 2007).

Sağlık çalışanlarının kilolu insanlara yönelik açık ve örtük tutumlarının incelendiği bir araştırmada da sağlık çalışanlarının kilolu insanları zayıf insanlara göre değersiz, aptal, tembel gibi sıfatlarla daha hızlı eşleştirdikleri ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanlarının kilolu insanlara yönelik açık tutumlarının olumlu olduğu örtük tutumlarının ise olumsuz olduğu tespit edilmiştir (Schwartz vd., 2003). Eğitim hemşirelerinin engelli bireylere yönelik tutumlarının incelendiği bir araştırmada hemşirelerin engelli bireylere yönelik açık tutumlarının olumlu olduğu görülürken örtük tutumlarının olumsuz olduğu tespit edilmiştir (Aaberg, 2012).

İçerisinde psikolog, hekim, psikiyatr ve sosyal çalışmacı gibi meslek gruplarının bulunduğu zihinsel engelli bireylere yönelik tutumlarının irdelendiği başka bir araştırmada da, katılımcıların zihinsel engelli bireylere yönelik açık tutumlarının olumlu, örtük tutumlarının ise olumsuz olduğu ortaya çıkmıştır (Peris vd., 2008). Hekim ve hemşirelerin uyuşturucu bağımlısı bireylere yönelik tutumlarının incelendiği bir araştırmada da hekim ve hemşirelerin uyuşturucu bağımlısı bireylere yönelik açık tutumlarının olumlu, örtük tutumlarının ise olumsuz olduğu ortaya çıkmıştır (Brener vd., 2007). Son olarak, sağlık çalışanlarının eşcinsellere yönelik tutumlarının incelendiği başka bir araştırmada sağlık çalışanlarının eşcinsel hastalara yönelik açık tutumlarının olumlu örtük tutumlarının ise olumsuz olduğu ortaya çıkmıştır (Sabin vd., 2015).

Literatürde yer alan bu çalışmalarda ve çalışmamız bulgularında görüldüğü üzere bireylerin örtük tutumları ile açık tutumları birbirlerinden farklı olabilmektedirler. Ancak, literatürde hemşirelik mesleğine yönelik açık tutumu ele alan çok sayıda çalışma olmasına rağmen hemşirelerin mesleklerine yönelik örtük tutumlarını ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Açık tutumları ele alan çalışmalar ele alındığında; Ünsar ve diğerlerinin (2011) hemşirelerin mesleklerine yönelik açık tutumlarını ölçtüğü çalışmada hemşirelerin %69,6'sının hemşirelik mesleğini sevdiği, %48,2'sinin ise hemşirelik mesleğini severek tercih ettiği ortaya çıkmıştır.

Altuntaş ve Baykal (2008) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da, hemşirelerin %60,1'nin hemşirelik mesleğini isteyerek seçtikleri ve hemşirelik mesleğini yapmaktan hoşnut oldukları tespit edilmiştir. Çoban ve diğerleri (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da benzer bulgular elde edilmiş olup hemşirelerin mesleklerine yönelik orta düzeyde olumlu tutumlarının olduğu ortaya çıkmıştır.

Türkiye'de hemşirelerin mesleklerine yönelik tutumu inceleyen çalışmaların genelinde hemşirelerin mesleklerine yönelik olumlu tutumlarının olduğu görülmektedir (Kalkım vd., 2015; Tüfekçi ve Yıldız, 2009; Şirin vd., 2008). Diğer ülkelerde yapılan çalışmalar incelendiğinde de benzer bulgulara rastlanılmıştır (Bjorkstrom vd., 2003; Koushali vd., 2012; Okasha ve Ziady, 2001; Zhang ve Petrini, 2008).

Çalışmamızda da yukarıda bahsedilen çalışmalarda olduğu gibi hemşirelerin mesleklerine yönelik açık tutumlarının olumlu olduğu ortaya çıkmıştır. Beydağ ve Arslan'ın (2008) çalışmasında ise araştırmamız bulgularından farklı olarak kadın doğum polikliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin %64,2'sinin mesleklerini sevmedikleri, mesleklerine ilgi duymadıkları, mesleklerini yaparken mutlu olmadıkları ve mesleklerini değiştirmek istedikleri tespit edilmiştir. Arcak ve Kasımoğlu'nun (2006) çalışmalarında da hemşirelerin %37'sinin mesleği sevmediği ortaya çıkmıştır.

Araştırmalarda görüldüğü üzere hemşirelerin mesleklerine yönelik olumlu tutumlarını saptayan çok sayıda çalışma olmasına rağmen hemşirelerin mesleklerine yönelik olumsuz tutumlarını açığa çıkaran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak bu çalışmaların tamamı açık ölçüm araçları kullanılarak yapılmış olan çalışmalardır. Literatürde yer alan örtük tutumu inceleyen çalışmalarda da görüldüğü üzere örtük ve açık tutum birbirinden farklı olabilmektedir.

Çalışmamızda da katılımcıların mesleklerine yönelik açık tutumları ile örtük tutumlarının birbirinden farklı olduğu, katılımcıların mesleklerine yönelik açık tutumları olumlu iken örtük tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir. Yani, hemşireler ankete verdikleri cevaplarda hemşirelik mesleğine yönelik olumlu tutumları olduğunu raporlasalar da Örtük Çağrışım Testine verdikleri cevaplarda tam tersi bir durum söz konusudur. Bu durumun sebebi hemşirelerin ankete verdikleri cevapları sosyal beğenirlik ve değerlendirme kaygısı gibi bilinçli olarak yaptığı manipülasyonlarla ilişkili olabileceği gibi kendilerinin dâhi farkında olmadığı bilinç dışı değerlendirmeleriyle de ilişkili olabilmektedir (Rosenberg, 2009; Nisbett ve Wilson, 1977).

Bireylerin açık ve örtük tutumlarının birbirinden farklı olabilmesi nedeni ile özellikle hassasiyet gerektiren konularda (iş doyumunu, mesleki doyum, örgütsel bağlılık vb.) bireylerin tutumlarının değerlendirilmesinde örtük ölçüm yöntemleri ile açık ölçüm yöntemlerinin birlikte kullanılması faydalı olabileceği düşünülmektedir. Araştırmada, hemşirelerin bilinç dışı tutumlarını yansıtan Hemşirelik Mesleğine Yönelik Örtük Çağrışım Testinin gerek bireylerin meslek seçimi aşamasında gerekse sağlık kuruluşlarına personel alım aşamasında seçici bir özellik taşıyabileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın katkıları olduğu kadar bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Araştırmada örneklem büyüklüğünün Örtük Çağrışım Testi için yeterli olsa da açık ölçüm aracı için yeterli sayıda olup olmadığı tartışılabilir. Bu durum araştırmada kullanılan ölçeğin geçerliliğini ortaya koyma konusunda araştırmacının kısıtını oluşturmaktadır. Araştırmanın diğer önemli kısıtı da hemşirelik mesleğine yönelik Örtük Çağrışım Testiyle ilgilidir.

Literatürde işe yönelik tutumu ölçen çalışmalarda hedef kategoride “benim işim” ve “diğer iş” kategorilerinin yaygın bir şekilde kullanıldığı görülmektedir (Haines ve Sumner, 2006). Hemşirelik mesleğine yönelik Örtük Çağrışım Testinde katılımcılara hedef kategorisinde “hemşirelik mesleği ile ilgili simgeler” ve “hemşirelik dışı mesleklerle ilişkili simgeler” gösterilmiştir. Karşıt kategoride yer alan hemşirelik dışı meslekler (öğretmen, polis, hizmetli) her ne kadar yüz yüze görüşme sonrası elde edilmiş olsa da araştırmacının sonuçlarının genellenebilmesi açısından bir problemidir.

KAYNAKLAR

- Aaberg, V. A. (2012). A path to greater inclusivity through understanding implicit attitudes toward disability. *Journal of Nursing Education*, 51(9), 505-510.
- Ajzen, I. (1989). *Attitude structure and behavior*. In A. R. Pratkanis & S. J. Breckler (Eds.), *The third Ohio State University volume on attitudes and persuasion* (pp. 241-274). Lawrence Erlbaum Associates.
- Altuntaş, S., & Baykal, Ü. (2008). İşe karşı tutum ölçeğinin hemşireler için uyarlanması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 51-62.
- Altuntaş, S., & Baykal, Ü. (2010). Factors influencing Turkish hospital nurses' attitudes towards their profession: A descriptive survey. *Contemporary Nurse*, 35(1), 114-127.
- Antalyalı, Ö. L., & Çelik, R. (2017). *Türkiye’de küresel dijital marka hazırlamak: Voscreen örneği*. Sebat Ofset Matbaacılık.
- Arcak, R., & Kasımoğlu, E. (2006). Diyarbakır merkezdeki hastane ve sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki rolü ve iş memnuniyetleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 33(1), 23-30.
- Balcı, U. G., Demir, Ş., Kurdal, Y., Koyuncu, G., Deniz, Y., Tereci, Ö., ... & Öngel, K. (2013). Hemşirelerde tükenmişlik ve yorgunluk semptomları. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 23(2), 83-87.
- Beydağ, K., & Arslan, H. (2008). Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri*, 3(7), 76-87.
- Bjorkstrom, M. E., Johanssoni, I. S., Hamrin, E. K., & Athlin, E. E. (2003). Swedish nursing students' attitudes to and awareness of research and development within nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 393-402.
- Brener, L., Von Hippel, W., & Kippax, S. (2007). Prejudice among health care workers toward injecting drug users with hepatitis C: Does greater contact lead to less prejudice?. *International Journal of Drug Policy*, 18(1), 381-387.
- Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Pegem Akademi Yayıncılık.
- Can, A. (2018). *SPSS ile bilimsel araştırma sürecinde nicel veri analizi*. Pegem Akademi.
- Çoban G. İ. (2010). *Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeğinin geliştirilmesi* (Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Çoban, G. İ., Kırca, N., & Yurttaş, A. (2015). Analysis of nurse's attitudes about the nursing profession in southern Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), 665-672.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları*. Pegem Akademi Yayıncılık.
- Dovidio, J. F., Kawakami, K., & Gaertner, S. L. (2002). Implicit and explicit prejudice and interracial interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 62-68.
- Fazio, R. H., & Olson, M. A. (2003). Implicit measures in social cognition research: Their meaning and use. *Annual Review Psychology*, 54(6), 297-327.

- Forbes, C. E., Cameron, K. A., Grafman, J., Barbey, A., Solomon, J., Ritter, W.,... & Ruchkin, D. S. (2012). Identifying temporal and causal contributions of neural processes underlying the Implicit Association Test (IAT). *Frontiers in Human Neuroscience*, 6(320), 1-18.
- Ganster, D. C., Hennessey, H. W., & Luthans. F. (1983). Social desirability response effects: three alternative models. *Academy of Management Journal*, 26(2), 321-331.
- Gawronski, B., & Bodenhausen, G. V. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: an integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 132(5), 692-731.
- Ghawadra, S. F., Abdullah, K. L., Choo, W. Y., & Phang, C. K. (2019). Psychological distress and its association with job satisfaction among nurses in a teaching hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 28(21-22), 4087-4097.
- Green, A. R., Carney, D. R., Pallin, D. J., Ngo, L. H., Raymond, K. L., Iezzoni, L. I.,...Banaji, M. R. (2007). Implicit bias among physicians and its prediction of thrombolysis decisions for black and white patients. *Journal of General Internal Medicine*, 22(9), 1231-1238.
- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102(1), 4-27.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1464-1480.
- Greenwald, A. G., Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2003). Understanding and using the Implicit Association Test: I. an improved scoring algorithm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 197-216.
- Greenwald, A. G., Poehlman, T. A., Uhlmann, E. L., & Banaji, M. R. (2009). Understanding and using the Implicit Association Test: III. meta analysis of predictive validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(1), 17-41.
- Haines, E. L., & Sumner, K. E. (2006). Implicit measurement of attitudes, stereotypes, and self-concepts in organizations teaching old dogmas new tricks. *Organizational Research Methods*, 9(4), 536-553.
- Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2014). *Sosyal psikoloji*. (Çev. İ. Yıldız ve A. Gelmez). Ütopya Yayınları.
- Hortaçsu, N., (2012). *En güzel psikoloji sosyal psikoloji*. İmge Kitabevi Yayınları.
- Kocabaş, D., & Erdem, R. (2018, Nisan 1). *Örtük Çağrışım Testi*. Wordpress. <https://ortuk346224215.wordpress.com/>.
- Millisecond Company. (2018, Mayıs 4). *Millisecond test library*. <https://www.millisecond.com/download/library/>.
- Kağıtçıbaşı, Ç., & Cemalcılar, Z. (2014). *Dünden bugüne insan ve insanlar*. Evrim Yayınevi.
- Kalkım, A., Sağkal Midilli, T., Uğurlu, E., & Gülcan E. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve etkileyen değişkenlerin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 4, 41-57.

- Kayış, A. (2010). Güvenirlilik analizi. İçinde Ş. Kalaycı (Ed.), *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri* (ss. 404-409). Asil Yayınları.
- Koushali, A. N., Hajiamini, Z., & Ebadi, A. (2012). Comparison of nursing students' and clinical nurses' attitude toward the nursing profession. *Iran journal of nursing midwifery research*, 17(5), 375-380.
- Kyrychenko, P. A. (2012). *An empirical examination of the relationship between implicit measures of job satisfaction and individual retention within the workplace* (Doctoral Dissertation). Faculty of the Chicago School of the Professional Psychology.
- Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., & Tom, S. M. (2007). Putting feelings into words. *Association for Psychological Science*, 18(5), 421-428.
- Maloni, N., & Patricia, M. (2016). Job satisfaction and attitudes towards nursing care among nurses working at Mzuzu Central Hospital in Mzuzu, Malawi. *Malawi Medical Journal*, 28(4), 159-166.
- Marcinowicz, L., Owłasiuk, A., & Perkowska, E. (2016). Exploring the ways experienced nurses in Poland view their profession: A focus group study. *International Nursing Review*, 63(3), 336-243.
- Mikiyas, A. G. (2015). Assessment of nurse's perception towards their profession and factors affecting it in debre berhan town governmental health institution, debre berhan, ethiopia. *American Journal of Nursing Science*, 4(6), 297-304.
- Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84(3), 231-259.
- Nosek, B. A. (2007). Implicit-explicit relations. *Association for Psychological Science*, 16(2), 65-69.
- Nosek, B. A., & Hansen, J. J. (2008). Personalizing the implicit association test increases explicit evaluation of target concepts. *European Journal of Psychological Assessment*, 24(4), 226-236.
- Okasha, M. S., & Ziady, H. H. (2001). Joining the nursing profession in qatar: motives and perceptions. *East Mediterranean Health Journal*, 7(6), 1025-1033.
- Olson, M. A., & Kendrick, R. V. (2008). Origins of attitudes. *Frontiers of Social Psychology*. In W. D. Crano & R. Prislin (Eds.). *Attitudes and attitude change* (pp.111-130). Psychology Press.
- Omori, A., Tateno, A., Ideno, T., Takahashi, H., Kawashima, Y., Takemura, K., & Okubo, Y. (2012). Influence of contact with schizophrenia on implicit attitudes towards schizophrenia patients held by clinical residents. *BMC Psychiatry*, 12(205), 1-8.
- Payne, B. K., Burkley, M. A., & Stokes, M. B. (2008). Why do implicit and explicit attitude tests diverge? The role of structural fit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(1), 16-31.
- Peris, T. S., Teachman, B. A., & Nosek, B. A. (2008). Implicit and explicit stigma of mental illness links to clinical care. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(10), 752-760.
- Reihl, K. M., Hurley, R. A., & Taber, K. H. (2015). Neurobiology of implicit and explicit bias: Implications for clinicians. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 27(4), 249-253.

- Rosenberg, M. J. (2009). *The conditions and consequences of evaluation apprehension*. In Rosenthal R., & Rosnow R. L. (Eds.), *Artifacts in behavioral research* (pp. 211-263). Oxford University Press.
- Rossiter, J. C., Foong, A., & Chan, P. T. (1999). Attitudes of Hong Kong high school students towards the nursing profession. *Nurse Education Today*, 19(6), 464-471.
- Rothermund, K., & Wentura, D. (2004). Underlying processes in the Implicit Association Test: dissociating salience from associations. *Journal of Experimental Psychology: General*, 133(2), 139-165.
- Sabin, J. A., Riskind, R. G., & Nosek, B. A. (2015). Health care providers' implicit and explicit attitudes toward lesbian women and gay men. *American Journal of Public Health*, 105(9), 1831-1841.
- Schmukle, S. C., & Egloff, B. (2005). A latent state- trait analysis of implicit and explicit personality measures. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 1-28.
- Schwartz, M. B., Chambliss, H. O., Brownell, K. D., Blair S. N., & Billington, C. (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research*, 11(9), 1033-1039.
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86(2), 420-428.
- Smith, C. T., & Nosek, B. A. (2011). Affective focus increases the concordance between implicit and explicit attitudes. *Social Psychology*, 42(4), 300-313.
- Şirin, A., Öztürk, R., Bezi, G., Çakar, G., & Çoban, A. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve mesleği uygulamaya yönelik görüşleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 83(1), 69-67.
- Tüfekçi, G. F., & Yıldız A. (2009). Öğrencilerinin hemşireliği tercih etme gerekçeleri ve gelecekleri ile ilgili görüşleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 31-37.
- Ünsar, S., Kostak, M. A., Kurt, S., & Erol Ö. (2011). Hemşirelerin kendini gerçekleştirme düzeyleri ve etkileyen etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu E-Dergi*, 4(1), 2-6.
- Van Den Boogaard, T. C., Roodbol, P. F., Poslawsky, I. E., & Ten Hoeve, Y. (2019). Predicting factors of positive orientation and attitudes towards nursing: A quantitative cross-sectional study. *Nurse Education in Practice*, 40, 111-117.
- Wilson, T. D., Lindsey, S., & Schooler, T. Y. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Review*, 107(1), 101-126.
- Zhang, M. F., & Petrini, M. A. (2008). Factors influencing Chinese undergraduate nursing students' perceptions of the nursing profession. *International Nursing Review*, 55(3), 274-280.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

KAMU HASTANELERİNDE HEKİMLERE YÖNELİK PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME MODEL ÖNERİSİ¹

İbrahim YÜKSEL*
Kudret Şevket SAYIN**

ÖZ


Günümüzde kamu hastanelerinde hekimlerin daha verimli ve yüksek motivasyonla çalışmalarını sağlamak için maaşlarının yanı sıra döner sermaye gelirinden ek ödeme verilmektedir. Ek ödemeler, hem Sağlık Bakanlığı hem de üniversite hastanelerinde ilgili yönetmelikler çerçevesinde performansa dayalı ek ödeme sistemi üzerinden verilmektedir. Sisteme, hekimler ve kamu otoriteleri tarafından bilimsel anlamda bir performans değerlendirmesi sağlayamaması nedeniyle çeşitli eleştiriler getirilmektedir. Çalışmanın amacı, çok kriterli karar verme tekniklerinden biri olan TOPSIS yöntemini kullanarak bilimsel temeli esas alan bir performansa dayalı ek ödeme modeli oluşturmak ve modelin tüm kamu hastanelerinde farklılık gözetmeksizin uygulanabilirliğini ortaya koymaktır. Çalışmanın sonucunda, bilimsel yöntemlere dayalı, sağlık hizmet sunumunda kalite ve verimliliğin göz önüne alındığı, mevcut sisteme göre daha adil bir ek ödeme modeli oluşturulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hekim, performans, ek ödeme, TOPSIS yöntemi

MAKALE HAKKINDA

¹ Bu çalışma, İbrahim YÜKSEL'in Kudret Şevket SAYIN'ın danışmanlığında hazırladığı "Kamu Hastanelerinde Hekimlerin Kalite, Verimlilik, Katkı Bileşenleri ve Döner Sermaye Ek Ödemesi İle İlişkilendirilmesi: Bir Üniversitesi Hastanesi Ek Ödeme Modeli Önerisi" başlıklı doktora tezinden üretilmiştir

* Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Kalite Yönetim Birimi, i.yuksel@deu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6323-8337>

** Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, İİBF, sevket.sayin@deu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6688-1424>

Gönderim Tarihi: 07.01.2020

Kabul Tarihi: 21.08.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Yüksel, İ. & Sayın, K.Ş. (2020). Kamu hastanelerinde hekimlere yönelik performansa dayalı ek ödeme model önerisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 387-410

PROPOSAL FOR PERFORMANCE BASED SUPPLEMENTARY PAYMENT MODEL FOR PHYSICIANS IN PUBLIC HOSPITALS¹

İbrahim YÜKSEL*
Kudret Şevket SAYIN**

ABSTRACT

Today, in order to enable physicians to work more efficiently and with higher motivation, additional payments are made from revolving capital income in addition to their salaries. Additional payments are made through the performance-based supplementary payment system in the Ministry of Health and university hospitals within the framework of relevant regulations. Various criticisms are brought to the system due to the fact that it cannot provide a scientific performance evaluation by physicians and public authorities. The aim of the study is to create a performance-based additional payment model based on a scientific basis using the TOPSIS method, which is one of the multi-criteria decision-making techniques, and to demonstrate the feasibility of the model in all public hospitals. As a result of the study, a more fair supplementary payment model based on scientific methods, in which quality and efficiency is taken into consideration in healthcare delivery, was created compared to the current system.

Keywords: Physician, performance, supplementary payment, TOPSIS method

ARTICLE INFO

¹ This study was produced from İbrahim YÜKSEL's doctoral's thesis titled "Linking Physicians with Quality Efficiency, Contribution and the Supplementary Payment of Circulating Capital in Public Hospitals: A Proposal for University Hospital Supplementary Payment Model" which prepared in consultation with Kudret Şevket SAYIN.

* Dokuz Eylül University, i.yuksel@deu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6323-8337>

** Dokuz Eylül University, sevketsayin@deu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6688-1424>

Received: 07.01.2020

Accepted: 21.08.2020

Cite This Paper:

Yüksel, İ. & Sayın, K.Ş. (2020). Kamu hastanelerinde hekimlere yönelik performans dayalı ek ödeme model önerisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 387-410

I. GİRİŞ

Türkiye’de kamu hastanelerinin mali yapısı, döner sermaye sistemine dayanmaktadır. Hastanelerin ürettikleri sağlık hizmetleri karşılığında elde ettikleri gelir; döner sermaye gelirlerinin önemli bir payını oluşturmaktadır. Döner sermaye gelirlerinin belirli bir kısmı, ilgili mevzuatlarda belirtildiği oranda sağlık çalışanlarına ek ödeme olarak dağıtılmakta olup; büyük pay hekimlere verilmektedir.

Kamu hastanelerinde döner sermayeden “performansa dayalı ek ödeme sistemi (PDEÖ)” ile hekimlere ve sağlık çalışanlarına ek ödeme dağıtılmaktadır. PDEÖ hekimler açısından değerlendirildiğinde temel amaç, hekimlerin hastane kaynaklarını etkin ve verimli kullanarak daha fazla hastaya kaliteli sağlık hizmet sunmalarını sağlamaktır. Sistem Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2004 yılından, üniversite hastanelerinde 2011 yılından beri uygulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde sistemin uygulanmasını düzenleyen yönetmelikler birbirinden farklı olduğu için ek ödeme hesaplama yöntemleri de birbirinden farklılık göstermektedir.

PDEÖ tıbbi işlemlerin puanlanması esasına dayalı bir sistemdir. Hekimler tarafından yapılan her tıbbi işlemin puan karşılığı bulunmakta ve bu puanlar kamu otoritesi tarafından belirlenmektedir. Hekimlere yapılacak olan döner sermaye ödemelerinde, sağlık hizmeti sunumu için gerçekleştirilen tüm işlemlerin puan karşılıkları kullanılarak hesaplamalar yapılmaktadır (bu hesaplamaların detayı ilgili yönetmeliklerde mevcuttur). Uygulanan sistemde hekimlerin, hastane işletmesine ait kaynakları etkin kullanıp kullanmadığı, sunduğu sağlık hizmetlerin kalitesi ve verimliliği vb. gibi unsurlar ölçülmektedir. Sistemin önemli zayıf noktalarından biri, bilimsel anlamda performans ölçümü yapılmaması olduğu söylenebilir. Ayrıca, belirli tıbbi branşlarda sağlık hizmeti üreten hekimler, diğer tıbbi branşlardaki hekimlere göre daha fazla ek ödeme alabilmekte ve bu yüzden, bazı hekimler diğerlerine göre mağdur olmakta, hekimlerin motivasyonu düşmektedir. Bu durum, uygulanması amaçlanan performansa dayalı ödeme sistemi ile çelişmekte ve hem hekimler tarafından hem de ilgili sivil toplum kuruluşları tarafından oldukça eleştirilmektedir. Bu nedenle, sistemin revize edilerek, hekimlerin iş süreçleri ile ilgili ölçütler üzerinden kalitenin ve verimliliğin ön planda tutulduğu bir performans ölçüm modeline ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmanın amacı hekimlerin iş süreçleri ile ilgili katkı, kalite ve verimlilik kriterleri kullanarak hekim performanslarının belirlenmesi ve ek ödeme ile ilişkilendiren bir model ortaya koyulması, modelin kamu hastanelerinde de uygulanabilirliğinin incelenmesidir.

II. KAMU HASTANELERİNDE PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ

Türkiye’de, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ile üniversite hastanelerinde hekimlere ve sağlık çalışanlarına performansa dayalı ek ödeme sistemi kapsamında döner sermayeden hesaplanan oranlarda ek ödeme dağıtılmaktadır. Sistem, performans değerlendirme üzerine kurulmuş tamamen Sağlık Bakanlığı’nın geliştirdiği ülkemize özgü bir sistemdir (Aydın ve Demir, 2007).

Performansa dayalı bu sistemin temel amacı, kamu hastanelerinde görev yapan hekimlerin, hastane kaynaklarını en etkin şekilde kullanarak verimli ve kaliteli sağlık hizmet sunmalarını sağlamaktır. Ayrıca, hekimleri teşvik ve motive edecek, hastanede kalmalarını sağlayacak ve aynı zamanda da adil bir sistem olarak algılanacak bir ödeme sistemi amaçlanmaktadır.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin temeli tıbbi işlem puanlarına ve bu puanlar üzerinden yapılan hesaplamalara dayanmaktadır. Gerek Sağlık Bakanlığı’na bağlı kuruluşlarda gerekse de üniversite hastanelerinde çalışan personele ve hekimlere, ilgili yönetmelikler kapsamında performansları nispetinde ek ödeme verilmektedir. Çalışanların performanslarının belirlenmesinde temel teşkil eden nokta Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan “Girişimsel İşlemler Yönergesi”dir. Yönerge ile yaklaşık 5300 kalem işlemin puan karşılıkları Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)’nde belirlenmiştir. Bu işlemlerden, muayene ve ameliyat gibi hekimler tarafından başından sonuna kadar

birebir yapılan zihinsel ve bedensel mesleki katkı ile bizzat sonuçlandırılanlar puanlamaya dahil edilirken, hekim sorumluluğunda olsa da cihaz ve yardımcı sağlık personeli tarafından yapılan enjeksiyon ve laboratuvar işlemleri gibi işlemler puanlandırılmamıştır (Akçakanat ve Çarıkçı, 2016). Üniversite hastanelerinde uygulanan tıbbi işlemlerin puanları ise, YÖK tarafından belirlenmekte olup; tüm işlemlerin puanları “girişimsel işlemler puan cetvelinde (GİP)” yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerindeki örnek tıbbi işlem puanları karşılaştırmalı olarak Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Tıbbi İşlem Puanları

İşlem	Sağlık Bakanlığı (SUT) Puanı	Üniversite (GİP) Puanı
Poliklinik Muayene (tüm tıbbi branşlar için)	26	23
Appendektomi	420	470
Büyük Kemik Uzatma	600	640
MR Beyin	109	20
Karaciğer nakli	4080	20000

Kaynak: Sağlık Uygulama Tebliği [SUT] (2018); YÖK (2019)

Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde uygulanan sistem hem tıbbi işlemlerin puanları hem de uygulanan hesaplama yöntemleri açısından farklılık arz etmektedir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanan sistemin dayanağı Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinin Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik; üniversite hastanelerinde uygulanan sistemin yasal dayanağı ise Yüksek Öğretim Kurumları’na Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinin Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik’tir. Bu yüzden, aynı branşta aynı tıbbi işlemleri aynı miktarda üreten Sağlık Bakanlığı hastanesinde görevli hekim ile üniversite hastanesinde görevli hekim farklı tutarlarda ek ödeme alabilmektedir.

2.1. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Sistemin Uygulanması

Sistemin işleyişi öncelikle döner sermayede oluşan gelirin dağıtım kararı ile başlamaktadır. Döner sermayeye gelir olarak kaydedilen tutar üzerinden yönetmelikte belirtilen hususlar oranında ayırım yapıldıktan sonra geri kalan kısım yönetim kararı ile ek ödeme olarak dağıtılmaktadır. Bağış, faiz geliri vb. gibi personelin katkısı olmayan gelirler ek ödeme olarak dağıtılamamaktadır (Sayan ve Şayan, 2011).

Döner sermaye geliri üzerinden personele dağıtılacak ek ödeme tutarı belirlendikten sonra ek ödeme yönetmeliğine uygun olarak personele ve hekimlere ödenecek olan ek ödeme tutarları hesaplanmaktadır. Hekimlerin ek ödeme tutarlarının hesaplanabilmesi için öncelikle hekimlerin net performans puanlarının bulunması ve bilinmesi gerekmektedir. Net performans puanı hesaplama formülleri ilgili yönetmelikte belirlenmiştir. Buna göre hesaplamalar Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Net Performans Puan Hesaplaması

İkinci Basamak Hastanelerde	Üçüncü Basamak Hastanelerde
Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunan uzman tabip, tabip, uzman dış tabibi ve dış tabipleri: Net performans puanı (<i>mesai içi</i>) = (Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı) + Bilimsel çalışma destek puanı + (Ek puan x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı)	Eğitim sorumlusu, eğitim görevlisi, başasistan ve uzman tabipler, acil kliniklerde ise pratisyen tabipler: Net performans puanı (<i>mesai içi</i>) = [((Klinik hizmet puan ortalaması x 0,75) + (Mesai içi sağlık tesisi puan ortalaması x 0,25)) x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı] + Bilimsel çalışma destek puanı + [(Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı – (Klinik hizmet puan ortalaması x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı)) x 0,5] + (Ek puan x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı)
Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunan uzman tabip, tabip, uzman dış tabibi ve dış tabipleri: Net performans puanı (<i>mesai dışı</i>) = Mesai dışı tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı.”	Eğitim sorumlusu, eğitim görevlisi, başasistanlar ve uzman tabipler: Net performans puanı (<i>mesai dışı</i>) = [((Mesai dışı klinik hizmet puan ortalaması x 0,75) + (Mesai dışı sağlık tesisi puan ortalaması x 0,25)) x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı x Mesai dışı aktif çalışılan gün katsayısı] + [(Mesai dışı tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı – (Mesai dışı klinik hizmet puan ortalaması x Mesai dışı aktif çalışılan gün katsayısı)) x 0,5]

Kaynak: Resmî Gazete (2013)

Hekimlerin net performans puanı ve mesai içi ile mesai dışı ek ödeme katsayılarının bulunmasından sonra ek ödeme tutarları hesaplanmaktadır. Mesai içi net performans puanının, mesai içi dönem ek ödeme katsayısı ile çarpımı sonucu mesai içi brüt ek ödeme tutarı bulunur. Bu tutar mesai içi tavan ek tutarını geçemez. Tavan ek ödeme tutarını aşmayacak şekilde belirlenen mesai içi brüt ek ödeme tutarı varsa birim performans katsayısı ile çarpılır ve bu tutardan gelir vergisi ve damga vergisi düşülerek ödenecek net ek ödeme tutarı bulunur. Mesai dışı ödenecek brüt ek ödeme tutarı ise, mesai dışı net performans puanının mesai dışı dönem ek ödeme katsayısı ile çarpımı sonucu bulunur. Bu tutar mesai dışı tavan ek ödeme tutarını geçemez. Tavan ek ödeme tutarını aşmayacak şekilde belirlenen mesai dışı brüt ek ödeme tutarından gelir vergisi ve damga vergisi düşülerek ödenecek net ek ödeme tutarı bulunur (Resmî Gazete, 2013).

2.2. Üniversite Hastanelerinde Sistemin Uygulanması

Üniversite hastanelerinde de Sağlık Bakanlığı hastanelerinde olduğu gibi döner sermayeden yasal kesintiler yapıldıktan sonra kalan kısım sağlık çalışanlarına ve hekimlere ek ödeme olarak dağıtılmaktadır. 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun 58. maddesinde döner sermayeden yapılması zorunlu yasal kesintiler belirtilmiştir.

Üniversite hastanelerinde hekimler için uygulanan ek ödeme formülünde Sağlık Bakanlığı'ndan farklı olarak A, B, C, D, E olmak üzere beş çeşit puan kullanılmaktadır. A puanı, kurumsal katkı puanını; B puanı, sunulan sağlık hizmetine bağlı tıbbi işlemlerin GİP karşılığı (örnek Tablo 1) toplam puanını; C puanı, eğitim-öğretim faaliyeti puanını; D puanı, bilimsel faaliyet puanını, E puanı, diğer faaliyetler puanını ifade etmektedir (Resmî Gazete, 2011). Buna göre bir hekim için uygulanan ek ödeme formülü, ilgili yönetmelik çerçevesinde Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Üniversite Hastanelerinde Ek ödeme Hesaplama Formülleri

Mesai İçi Ek Ödeme Hesaplama	
1.Birim (Hastane) Ortalaması (B.O.)	= Puan (B+C+D) / (tüm çalışanların aktif çalışılan gün katsayılarının toplamı)
2. Aktif Çalışılan Gün Katsayısı (AÇGK)	= (ödeme dönemi içerisindeki gün sayısı- çalışılmayan günler) / (o dönem için toplam gün sayısı)
3. “A” Puanı (A)	= (B.O.) x (kadro katsayısı) x (AÇGK)
4.Döner Sermaye Ek Ödeme Katsayısı (DEÖK)	= (toplam dağıtılacak tutar) / (toplam katkı puanları)
5.Kalite Verimlilik Katsayısı (KVK)	Hastanelerin kendine özgü belirlediği ya da hesapladığı verimlilik ve kalite katsayısıdır.
6.Toplam Mesai İçi Puan (TMİP)	= A + (B1 x KK1* x KVK**) + (C x KK2*) + D + E
7.Ek Ödeme Mesai İçi(Brüt)	= TMİP x DEÖK
Mesai Dışı Ek Ödeme Hesaplama	
1.Toplam Mesai Dışı Puan (TMDP)	= ((B2+B3) x KK1 x KVK)
2. Ek Ödeme Mesai Dışı (Brüt)	= (TMDP x DEÖK) + Toplam MDÖ (mesai dışı özel gelir)

Kaynak: Resmî Gazete (2011)

*Kalibrasyon katsayısı, bireysel üretilen puanların (B1, B2, B3, C) katkı oranını belirlemek üzere kullanılmakta olup; yönetim kararı ile 0,2 ile 0,9 arasında belirlenmektedir.

**Kalite-verimlilik katsayısı, hastanelerin kendine özgü belirlediği katsayısıdır.

2.3. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi İle İlgili Görüşler

Sağlık Bakanlığı tarafından performansa dayalı ek ödeme sistemi ile sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite anlayışının doğduğu savunulmakta; bu sistem ile personelin ödüllendirilmesinin gerçekleştirildiği ve bu sayede uygulamalarda hastaların ağırlığının artarak hasta odaklı yaklaşımın geliştirildiği ifade edilmektedir (Sayan ve Şayan 2011). Ayrıca, sağlık hizmetlerinde verimliliğin artarak, hastane gelir- gider dengelerinin kontrol altına alındığı görüşü Bakanlık tarafından deklare edilmiştir (Aydın ve Demir, 2007).

Sağlık Bakanlığı'nın olumlu görüşlerine karşın sisteme çok ciddi eleştiriler getirilmektedir. Bu konu ile ilgili hem akademisyenler hem de sivil toplum kuruluşları tarafından çeşitli çalışmalar ve araştırmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların bazılarında ise doğrudan sürecin aktörleri olan hekimlerin görüşleri alınmıştır. Sisteme yönelik genel bazı eleştiriler aşağıda verilmiştir.

- Kamu hastanelerinde uygulanan performans sistemi, döner sermaye gelirlerinin bölüşümünde istismara yol açacak niteliktedir. Bu sistemin bilimsel performans değerlendirme kriterlerine uygun olarak geliştirilmesi gerekmektedir (Ceylan, 2009).
- Belirli branşlarda daha fazla puan kazanarak daha fazla ek ödeme almak mümkün olurken, diğer branşlara mensup çalışanların döner sermayeden daha az ek ödeme alması durumu ortaya çıkmaktadır (Ceylan, 2009).
- Hasta başına düşen muayene süresinde ciddi anlamda bir azalma söz konusu olup tetkik sayısı, lokal anestezi sayısı, yatırılan hasta sayısı, yoğun bakıma yatırılan hasta sayısı, komplikasyon sayısı, konsültasyon isteme sayısı ve endikasyonsuz müdahale oranlarında ciddi anlamda artış söz konusu olmaktadır (Özveri vd., 2018).
- Sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesinde temel teşkil eden puanlandırmanın adil yapılmadığı yaygın kanaattir (Öztürk, 2013).

- Hekimler uygulamalı bir meslek olan tıp eğitiminde “beceri kazandırmaya ayrılan süre”, “hasta başı eğitim süresi” ve “asistanların teorik eğitimine ayrılan süre” gibi hem kuramsal hem de beceri eğitiminin; yenilikleri izlemeleri yönünden önemli olan “sürekli tıp eğitimine katılma” ve “literatür okumaya ayrılan sürenin” azalmış olduğu belirlenmiştir (Türk Tabipler Birliği [TTB], 2009).
- Uygulamanın, hekimler arasında “rekabet” ortamını oluşturması, hekimler arasında ücret farklarını derinleştirmektedir. Bütün bu unsurların karşılıklı etkileşimi sonucunda, “iş barışının bozulması”, “kalitenin giderek düşmesi”, “tüketimin artması”, “hastanın aşırı ya da gereksiz tedavi alması” ve “etik” olmayan davranışların sıklıkla görülmesi biçiminde olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Kart, 2013).
- Hekimlerin maliyet kaygıları sebebiyle bazı tedavilerden kaçınmaları tıp eğitimini olumsuz etkilemektedir (TTB-UDEK, 2011).
- Aynı tıbbi işlemlere ait Tablo 1’de verilen SUT ve GİP’teki puanlar tutarlı değildir. Ayrıca, kamu hastaneleri arasında ek ödeme hesaplama yöntemleri farklıdır. Bu durum performansa dayalı ek ödeme sisteminin rasyonel ve adil bir yaklaşıma göre yapılmadığının başka bir göstergesidir.

Uygulanan bu sistemin en önemli zayıf noktası ise, hekimlerin sağlık hizmet süreç çıktıları ile ilgili performans ölçümleri yapılmaması ve bazı branşlara ait hekimlerin sistem mağduru olması; sonunda, hekimlerin motivasyonun kırılmasıdır. Bu durum uygulanmak istenen performans sistemi ile de çeliştiğinden sektörün performansa dayalı ücret ödeme sistemi ile ilgili alternatif bir modele ihtiyacı bulunmaktadır.

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Önemi

Günümüzde kamu hastanelerinde hekimlere döner sermayeden ek ödeme, tıbbi işlemlerin puanları üzerinden yapılan hesaplamalar sonucunda dağıtılmaktadır. Bu sistemde daha kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunan hekim değil; tıbbi işlemlerden daha fazla puan toplayan hekim daha çok ek ödemeye hak kazanmaktadır. Bu durum performans değerlendirmesinde birçok değişkenin göz ardı edilmesine ve yapılan ek ödemelerde dengesizliklere neden olmaktadır. Sistem birçok hekim tarafından eleştirilmekte ve sistemin revize edilmesi gerektiği savunulmaktadır. Bu yüzden, kamu hastanelerinde döner sermayeden ek ödeme dağıtılmasında bilimsel yöntemlere dayalı bir performans değerlendirme modeline ihtiyaç bulunmaktadır.

3.2. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları

Araştırma İzmir’de bir üniversite hastanesinde uygulanmış ve çalışmada örneklem olarak dokuz farklı cerrahi branşta (genel cerrahi, ortopedi, beyin cerrahi, göz, kadın doğum, kalp damar cerrahisi, kulak burun boğaz, plastik cerrahi ve üroloji) hizmet veren 70 hekimin Kasım 2017 ek ödeme tutarları hesaplanmıştır. Çalışmada hekim performansını ölçen kalite, katkı ve verimlilik kapsamında toplam 23 ölçüt kullanılmıştır. Bu ölçütler, hastanede görevli hekim, hastane performans yönetim birimi görüşmeleri ve ilgili literatür taramaları sonucunda belirlenmiştir. Her bir hekime ait 23 ölçütün belirlenmesinde oldukça büyük veri kümesi ile çalışıldığı için 70 hekim ile ilgili veriler ancak toplanabilmiştir.

Hastane Performans Yönetim Birimi maliyet muhasebesi temel ilkelerine göre çalışmakta olup; hastane bünyesinde sağlık hizmeti sunan tüm bölümlerin finansal ve operasyonel süreçlerinin detaylı analizini yapmaktadır. Finansal olarak, tüm bölümlerin gelir ve gider analizi; operasyonel olarak, bölümlerin sunduğu sağlık hizmet miktarının (muayene sayısı, yatan hasta sayısı, ameliyat sayısı vb.

gibi), hastane birimlerinin kullanım kapasitesinin (yatak kullanım oranları, ameliyathane salon kullanım kapasitesi ...vb. gibi) ve sağlık hizmet iş performansının (rapor yazma süreleri, konsültasyon süreleri, ameliyat süreleri, hasta memnuniyet oranları, imzalı e-reçete yazma oranları ...vb. gibi) ölçümleri yapılmaktadır. Bu birimden bölüm bazlı alınan veriler hekim düzeyinde değerlendirilmiştir.

Performans ölçütlerinin belirlenmesi aşamasında yapılan literatür çalışmalarında, hastane performanslarının değerlendirilmesi ile ilgili ölçütlerin odak noktası sağlık hizmet çıktısı, kalitesi ve verimlilik boyutlarıdır. Çıktı bazında performans, üretilen sağlık hizmetinin miktarı ve hacmi ile ölçülmektedir. Kalite bazında, ayaktan ve yatan hastaya ayrılan süreler, hasta güvenliği uygulamaları ve hasta memnuniyeti ile ölçülmektedir. Verimlilik bazında ise, sağlık hizmet gelir ve giderleri, karlılık, kaynakların etkin kullanılması ve kapasite kullanımları ile ölçülmektedir.

Literatür çalışmaları ve Hastane Performans Yönetim Birimi dışında 33 hekim ile görüşme yapılarak performans ölçütleri ile ilgili görüşler alınmıştır. Hekimler sadece çıktı miktarı ile değil sağlık hizmet kalitesi ölçütleri ve etkin kaynak kullanımı ile de performansın ölçülmesi gerektiğini ortaya koymuşlardır. Özellikle de yapılan akademik ve tıbbi çalışmaların performans ölçütü olarak kullanılması gerektiği görüşünü savunmuşlardır.

Çalışmada, belirlenen 23 ölçütten 17'si hastaneden elde edilen veriler üzerinden her bir hekim için tek tek hesaplanmıştır. Örneğin, oluşturulmak istenen modelde ölçüt olarak hasta bazlı gelir ve maliyetler kullanıldığı için, 29628 hastanın sağlık hizmeti gelir ve maliyetleri her bir hekim için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Çünkü hastane yönetimi tarafından bölüm bazlı gelir ve maliyet çalışmaları yapılmakta; hekim bazlı maliyet hesaplamaları yapılmamaktadır. Tüm ölçütler için yapılan hesaplamalar çalışmanın boyutunu oldukça genişletmiştir.

3.3. Araştırmanın Uygulanması

Hekimlerin iş görme süreçleri göz önüne alındığında performans ölçütleri katkı, kalite ve verimlilik olarak üç ana boyut altında belirlenmiştir. Katkı boyutu, hekimlerin sağlık hizmet miktarını; kalite boyutu, üretilen sağlık hizmetinin hatasız ve kusursuz olarak beklentileri karşılama derecesini; verimlilik boyutu ise eldeki kaynakların etkin ve verimli kullanılmasını, ölçme açısından belirlenmiştir. Hekimlerin performansları kalite boyutu altında 5, katkı boyutunun altında 8, verimlilik boyutunun altında da 10 olmak üzere toplamda 23 ölçüt üzerinden değerlendirilmiştir. Ölçütler Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Hekim Performans Ölçütleri

ANA ÖLÇÜTLER	ALT ÖLÇÜTLER
KATKI	Poliklinik Muayene Hasta Katkı Oranı (PMHKO)
	Yatan Hasta Katkı Oranı (YHKO)
	Poliklinik Hasta Geliri (MDÖ Hariç) Katkı Oranı (PHGKO)
	Yatan Hasta Geliri (MDÖ Hariç) Katkı Oranı (YHGKO)
	Toplam MDÖ Geliri Katkı Oranı (T. MDÖ GKO)
	"A+B" Grubu Ameliyat Katkı Oranı ("A+B" KO)*
	"C+D+E" Grubu Ameliyat Katkı Oranı ("C+D+E" KO)
	Hastaneye İlk Defa Kazandırılan (Sıfır) Hasta Katkı Oranı (SHKO)
KALİTE	Akademik Çalışma Puanı
	Ortalama Hasta Muayene Süresi
	Güvenli Cerrahi Oranları
	Hastanın Tıbbi Özelliği
	"Yatan Hasta Vizit Sayısı / Hasta Yatan Gün" Oranı
VERİMLİLİK	Poliklinik Hastaları-"Gelir/Gider"
	Yatan Hastalar- "Gelir/Gider"
	Ayaktan SUT-Paket Verimliliği
	Yatan SUT-Paket Verimliliği
	Poliklinik Hasta Karlılığı
	Yatan Hasta Karlılığı
	Ameliyathane Kapasite Kullanım Oranı
	Kontrol Muayene Sayısı/Toplam Muayene Sayısı
	Yatak Devir Hızı
	Hasta Başı Toplam Maliyet (Ayaktan + Yatan)

Hekimlerin görev yapmış oldukları hastaneye ve bölüme sundukları sağlık hizmeti sonucunda sağladıkları ekonomik ve hizmet katkıları birbirine göre farklılık göstermektedir. Genel olarak hastane işletmelerinde, tüm hekimlerin ürettikleri hizmet miktarı birbiri ile karşılaştırılmaktadır. Ancak, farklı branşlarda hizmet veren hekimlerin birbirleriyle hizmet miktarı açısından karşılaştırılmalarının adil olduğu söylenemez. Çünkü, her branşın kendi iç dinamikleri, tedavi süreçleri ve tıbbi özellikleri birbirinden farklıdır. Bu yüzden, örneğin, bir aile hekimi ile bir psikiyatri hekiminin muayene sayılarının karşılaştırılması hasta süreçleri açısından uygun olamamaktadır. Bir aile hekiminin ortalama hastasına ayırdığı süre 15 dk. iken, bir psikiyatri hekiminin en az 30 dakikadır. Bu durumda, hekimlerin, mesai saatleri içerisinde muayene ettikleri hasta sayıları aynı olmamaktadır. Bundan dolayı, psikiyatri hekimlerinin muayene sayılarının kendi bölümleri içerisinde, aile hekimlerinin de kendi bölümleri içerisinde değerlendirilmesi daha uygundur. Bu da ancak, hekimlerin bölüme olan katkı oranları ile gerçekleştirilebilir. Bu yüzden, hekimlerin kendi branş hekimleri ile ayaktan ve yataklı tedavilerde ürettikleri sağlık hizmetlerinin nicel olarak karşılaştırılması daha adildir.

Çalışmada, katkı oranı, hekimlerin hizmet miktarı ile ekonomik katkı miktarlarının veya tutarlarının bölüme ait toplam miktar veya tutara oranı olarak tanımlanmıştır (hekim katkı / toplam bölüm katkı). Katkı boyutu altında tanımlanan alt ölçütler hekimlerin sağlık hizmeti sonucunda ortaya çıkan poliklinik muayene, yatan hasta, ameliyat, hastaneye ilk defa kazandırdığı hasta sayıları ile ayaktan ve yatan hasta gelirlerinin, o bölümün ilgili ölçüte ait toplam hasta sayısına veya gelirene bölünmesi ile hesaplanmaktadır.

Kalite, kişiden kişiye değişse de ölçülebilir kalite ölçütleri ile hekimlerin performansının belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmet kalitesinin öneminden dolayı, hekimlerin

* "A" ve "B" grubu ameliyatlara özellikli büyük ameliyatlara, "C", "D", "E" grubu ameliyatlara orta ve küçük ameliyatlardır (Sağlık Uygulama Tebliği'nde tanımlanmıştır).

sağlık hizmet kalitesi açısından yüksek düzeyde performans göstermeleri beklenmektedir. Hekimlerin performanslarını bu yönde attırmaları, sağlık hizmet kalitesinin seviyesinin artmasını sağlayacaktır. Bu yüzden, ölçülebilir kriterler ile hekim performansının kalite boyutu altında mutlaka ölçülmelidir.

Hekimler akademik çalışmalarını sürekli devam ettirerek sağlık hizmet sunumunda hastalıkların tedavi yöntemleri ile ilgili gelişme ve ilerleme sağlamaktadır. Yapılan akademik çalışmaların niteliği, mevzuatlar çerçevesinde puansal olarak nicel hale getirebildiği için kalite ölçütü olarak kullanılabilir. Hekimin, ayaktan veya yatan hastasına gerektiği kadar zaman ayırması sayesinde mümkün olduğu kadar hastasını dinlemekte ve bilgilendirmektedir. Bu durum hekimin muayene ve tedavisini kalitesini attırmaktadır. Hastalara, hasta güvenliği çerçevesinde güvenli cerrahi işlem prosedürlerinin eksiksiz yerine getirilmesi sağlık hizmet kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Bunların yanında, hastaları tıbbi özelliğinden dolayı tedavi etme ve tıbbi işlem uygulama zorluk derecesi arttıkça sunulan sağlık hizmet kalitesi de artmaktadır. Çünkü, hastalıkların tedavisinde hastanın yaşı, kilosu, kronik rahatsızlığı, sürekli kullandığı ilaçlar vb. gibi unsurlar hem tedavilerin yöntemini değiştirebilmekte hem de hastanın tedavisinin zorluk derecesini ve riskini arttırabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde verimlilik kavramı denildiği zaman ilk akla klinik ya da hastane verimliliği gelmektedir. Hastane işletmeleri emek yoğun işletmeler olduğu için; aslında, hastane ya da klinik verimliliğin sağlanmasında önemli pay sağlık çalışanlarına aittir. Bu yüzden verimli çalışan hekim, verimli çalışan hemşire, verimli çalışan sağlık teknikeri vb. gibi tüm çalışanların verimli çalışması sonucunda klinik veya hastane verimliliğine ulaşılabilmektedir. Örneğin, sarf malzemelerini kaynaklarını etkin kullanan hemşireler, ameliyathane salonlarını etkin kullanan hekimler, temizlik malzemelerini israf etmeden kullanan temizlik elemanları vb. sayesinde toplam hastane ya da klinik verimliliğine ulaşabildiği için personel verimliliğinin uygun ölçütler ile analiz edilmesi önemlidir.

Verimlilik boyutu altında hekimlerin performans ölçütleri sağlık hizmet gelir-dengesi ve kapasite kullanımı üzerinde yoğunlaşmıştır. Hekimlerin sunmuş olduğu sağlık hizmeti sonucunda hasta bazlı gelir/gider oranları, karlılık oranları ve maliyetler kaynakların finansal açıdan ne kadar etkin kullanıldığını göstermektedir. SUT paket verimliliği ise, hekimlerin muayene ve tedavi süreçlerinde tetkik istemlerini ne derecede optimum yaptıklarını göstermektedir. SUT paket verimliliğinin yüksek olması gereksiz tetkik istem oranının düşük olduğunu göstermektedir. Gereksiz istenen tetkik sayısının fazla olması işgücü ve malzeme bazında kaynakların israf olmasına neden olmaktadır. Hekimler tarafından ameliyathane salonlarının etkin kullanılması gerekmektedir. Ameliyat salonlarının olması gerekenden fazla kullanılması veya boş olması, o alanda önemli derecede kaynak israfına neden olmaktadır. Yatak devir hızı, hastanelerde yatakların ne kadar etkin kullanıldığını göstermektedir. Yatakların boş kalması ve hastaların gereğinden fazla yatması maliyetleri arttırmaktadır. “Kontrol Muayene Sayısı/ Toplam Muayene Sayısı” göstergesi ise hekimler tarafından poliklinik muayene hizmetlerinin ne kadar etkin olduğunu göstermektedir. Bu oranın hekim bazında düşük olması istenmektedir.

“Hekim olmazsa tedavi edilen hasta olmaz” ya da “tedavi edilecek hasta olmazsa hekim olmaz” paradigmaları altında sağlık hizmetlerinin en temel ögesini hekimler oluşturmaktadır. Hekimlerin hasta muayene ve tedavisinde kullandıkları kaynaklar, yöntemler ve hastane süreçleri girdileri; muayene ve tedavi edilen hasta ise çıktıları oluşturmaktadır. Burada hekimin faaliyeti sonucunda oluşan çıktı ve girdilerin ilişkisi ise hekim verimliliğini ortaya koymaktadır.

3.3.1. Model İçin Kullanılacak Yöntemlerin Tanıtılması

Çalışmanın uygulama aşamasında, hekimlerin performansını bilimsel yöntemler ile hesaplanması düşüncesinden yola çıkarak Temel Bileşenler Analizi ve TOPSIS yöntemleri kullanılarak yeni bir ek ödeme modeli kurgulanmıştır.

TOPSIS yöntemi, yoğun rekabet ortamında işletmelerin performanslarını değerlendirmede ve karşılaştırmada, çoklu finansal oranları göz önüne alarak çok kriterli karar verme problemlerinin çözümünde kullanılmaktadır. TOPSIS yönteminin mantığı pozitif ideal çözüm ve negatif ideal çözümü belirlemektir. TOPSIS yönteminde alternatiflerin sıralanması ideal çözüme göreceli yakınlık temeline dayanır. Pozitif ideal çözüm, fayda kriterini maksimize, maliyet kriterini minimize eden bir çözümdür. Negatif ideal çözüm ise fayda kriterini minimize maliyet kriterini maksimize eden bir çözümdür. En uygun seçenek ideal çözüme en yakın ve negatif ideal çözüme en uzak olan seçenektir (Akyüz vd., 2011).

TOPSIS yöntemi çok özellikli karar verme yöntemlerinden biri olarak ekonomi/yönetim problemleri, veri tabanı seçimi, muhasebe ve finans, sermaye yatırımı, karar destek, üretim, makroekonomik planlama, pazarlama, ürün tasarımı, risk analizi, başvuru değerlendirmeleri, grup karar verme, tesis yeri seçimi, kaynak tahsisi, eğitim, sağlık, kamu sektörü, pazar seçimi, bilgisayar ve bilgi seçimi alanlarda kullanılabilir (Kabakçı, 2014).

TOPSIS aşağıdaki aşamalardan oluşmaktadır (Ünal, 2008):

Adım 1: Karar Matrisinin (A) Oluşturulması: Karar matrisinin satırlarında üstünlükleri sıralanmak istenen karar noktaları, sütunlarında ise karar vermede kullanılacak değerlendirme faktörleri yer alır. A matrisi karar verici tarafından oluşturulan başlangıç matrisidir. Karar matrisi aşağıdaki gibi gösterilir:

$$A_{ij} = \begin{bmatrix} a_{11} & a_{12} & \dots & a_{1n} \\ a_{21} & a_{22} & \dots & a_{2n} \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ a_{m1} & a_{m2} & \dots & a_{mn} \end{bmatrix}$$

A_{ij} matrisinde m karar noktası sayısını, n değerlendirme faktörü sayısını verir.

Adım 2: Standart Karar Matrisinin (R) Oluşturulması: Standart Karar Matrisi, A matrisinin elemanlarından yararlanılarak ve aşağıdaki denklem kullanılarak hesaplanır.

$$r_{ij} = \frac{a_{ij}}{\sqrt{\sum_{k=1}^m a_{kj}^2}} \quad \dots \dots \dots (3.3.1.1.)$$

R matrisi aşağıdaki gibi elde edilir:

$$R_{ij} = \begin{bmatrix} r_{11} & r_{12} & \dots & r_{1n} \\ r_{21} & r_{22} & \dots & r_{2n} \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ r_{m1} & r_{m2} & \dots & r_{mn} \end{bmatrix}$$

Adım 3: Ağırlıklı Standart Karar Matrisinin (V) Oluşturulması: Öncelikle değerlendirme faktörlerine ilişkin ağırlık değerleri (w_i) belirlenir. Daha sonra R matrisinin her bir sütunundaki elemanlar ilgili w_i değeri ile çarpılarak V matrisi oluşturulur. V matrisi aşağıda gösterilmiştir:

$$V_{ij} = \begin{bmatrix} w_1 r_{11} & w_2 r_{12} & \dots & w_n r_{1n} \\ w_1 r_{21} & w_2 r_{22} & \dots & w_n r_{2n} \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ w_1 r_{m1} & w_2 r_{m2} & \dots & w_n r_{mn} \end{bmatrix}$$

Adım 4: İdeal (* A) ve Negatif İdeal (- A) Çözümlerin Oluşturulması: TOPSIS yöntemi, her bir değerlendirme faktörünün monoton artan veya azalan bir eğilime sahip olduğunu varsaymaktadır. İdeal çözüm setinin oluşturulabilmesi için V matrisindeki ağırlıklandırılmış değerlendirme faktörlerinin yani sütun değerlerinin en büyükleri (ilgili değerlendirme faktörü minimizasyon yönlü ise en küçüğü) seçilir. İdeal çözüm setinin bulunması aşağıdaki denklemde (denklem (3.3.1.2.)) gösterilmiştir.

$$A^* = \left\{ (\max_i v_{ij} | j \in J), (\min_i v_{ij} | j \in J') \right\} \dots\dots\dots (3.3.1.2.)$$

(3.3.1.2.) denkleminden hesaplanacak set:

$$A^* = \{v_1^*, v_2^*, \dots, v_n^*\} \text{ şeklinde gösterilir.}$$

Negatif ideal çözüm seti ise, V matrisindeki ağırlıklandırılmış değerlendirme faktörlerinin yani sütun değerlerinin en küçükleri (ilgili değerlendirme faktörü maksimizasyon yönlü ise en büyüğü) seçilerek oluşturulur. Negatif ideal çözüm setinin bulunması aşağıdaki denklemde (denklem (3.3.1.3.)) gösterilmiştir.

$$A^- = \left\{ (\min_i v_{ij} | j \in J), (\max_i v_{ij} | j \in J') \right\} \dots\dots\dots (3.3.1.3.)$$

(3.3.1.3.) denkleminden hesaplanacak set:

$$A^- = \{v_1^-, v_2^-, \dots, v_n^-\} \text{ şeklinde gösterilir.}$$

Her iki denklemde de J fayda (maksimizasyon), 'J' ise kayıp (minimizasyon) değerini göstermektedir. Gerek ideal gerekse negatif ideal çözüm seti, değerlendirme faktörü sayısı yani m elemandan oluşmaktadır.

Adım 5: Ayırım Ölçülerinin Hesaplanması: TOPSIS yönteminde her bir karar noktasına ilişkin değerlendirme faktör değerinin ideal ve negatif ideal çözüm setinden sapmalarının bulunabilmesi için Euclidian Uzaklık Yaklaşımından yararlanılmaktadır. Buradan elde edilen karar noktalarına ilişkin sapma değerleri ise İdeal Ayırım (Si*) ve Negatif İdeal Ayırım (Si-) ölçüsü olarak adlandırılmaktadır. İdeal ayırım (Si*) ölçüsünün hesaplanması (3.3.1.4.) denkleminde, negatif ideal ayırım (Si-) ölçüsünün hesaplanması ise (3.3.1.5.) denkleminde gösterilmiştir.

$$S_i^* = \sqrt{\sum_{j=1}^n (v_{ij} - v_j^*)^2} \dots\dots\dots (3.3.1.4.)$$

$$S_i^- = \sqrt{\sum_{j=1}^n (v_{ij} - v_j^-)^2} \dots\dots\dots (3.3.1.5.)$$

Burada hesaplanacak S_i^* ve S_i -sayısı doğal olarak karar noktası sayısı kadar olacaktır.

Adım 6: İdeal Çözüme Göreli Yakınlığın Hesaplanması: Her bir karar noktasının ideal çözüme göreli yakınlığının (C_i^*) hesaplanmasında ideal ve negatif ideal ayırım ölçülerinden yararlanılır. Burada kullanılan ölçüt, negatif ideal ayırım ölçüsünün toplam ayırım ölçüsü içindeki payıdır. İdeal çözüme göreli yakınlık değerinin hesaplanması aşağıdaki denklemde gösterilmiştir.

$$C_i^* = \frac{S_i^-}{S_i^- + S_i^*} \dots\dots\dots (3.3.1.6.)$$

Burada C_i^* değeri $0 \leq C_i^* \leq 1$ aralığında değer alır ve $C_i^* = 1$ ilgili karar noktasının ideal çözüme, $C_i^* = 0$ ilgili karar noktasının negatif ideal çözüme mutlak yakınlığını gösterir.

TOPSIS yönteminin üçüncü aşamasında hesaplamalarda kullanılan kriterlerin ağırlık değerleri eşit olarak kabul edildiği veya karar verici tarafından belirlenebildiği gibi; objektif olarak belirlenmesi için istatistiki yöntem olan Temel Bileşenler Analizi de kullanılabilir. Özellikle, performans ölçülmesinde objektif değerlendirmelerin yapılabilmesi için ölçüt ağırlıklarının bilimsel bir yöntem ile belirlenmesi daha akılcı ve adil olacaktır.

Temel bileşenler analizi, orijinal p değişkenlerinden oluşan veri setini, daha az sayıda ve bu değişkenlerin doğrusal bileşenleri olan yeni değişkenlerle ifade etme yöntemidir. Yani, aralarında korelasyon bulunan p sayıda değişkenin açıkladığı yapıyı, aralarında korelasyon bulunmayan ve sayıca orijinal değişken sayısından daha az sayıda ($k < p$) orijinal değişkenlerin doğrusal bileşenleri olan k tane değişkenle ifade etme yöntemine temel bileşenler analizi denir (Alkan, 2008).

Çok değişkenli istatistiksel analizde; n tane bireye (nesne) ilişkin p tane değişken (özellik) incelenmektedir. Bu değişkenlerden birçoğunun birbiriyle ilişkili ve değişken sayısının (p) fazla olması, çeşitli değerlendirmeler yapılmasını güçleştirmektedir. Böyle durumlarda Temel Bileşenler Analizi başvurulan en önemli tekniktir. Değişkenler setinin varyans-kovaryans yapısını, bu değişkenlerin doğrusal birleşimleri vasıtasıyla açıklayarak, veri indirgenmesi ve yorumlanmasını sağlayan, çok değişkenli bir istatistik yöntemidir (Alpaykut, 2017).

Temel Bileşenler Analizi her seri setine istatistiksel olarak uygulanamamaktadır. Bartlett ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testleriyle bir veri setine Temel Bileşenler Analizinin uygulanıp uygulanamayacağı tespit edilmektedir. Eğer bu testler istatistiksel olarak anlamlı bulunmazsa, analiz yapılamaz (Çokluk vd., 2012).

Bartlett Testi özünde bir Ki-Kare istatistiği olup, kullanılacak verilerin korelasyon matrisinin anlamlılık testidir. Bu testte anlamlılık düzeyi, 0,05'ten küçük ise verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiği kabul edilerek analize devam edilir. Anlamlılık Düzeyi 0.05'ten büyük ise Temel Bileşenler Analizi yapılamaz (Kaya, 2013).

Kaiser-Meyer Olkin test sonucunun değerinin yüksek olması, ölçekteki her bir değişkenin, diğer değişkenler tarafından mükemmel bir şekilde tahmin edilebileceği anlamına gelir. Bu testin sonucu, 0.50'den küçük çıkması halinde analize devam edilemez (Kaya, 2013).

3.3.2. Veri Setinin Hazırlanması ve Uygulama Aşamaları

Uygulamaya konu olan hekimlerin performans ölçütlerine ait veriler kamu hastanesinin ilgili birimlerinden alınmıştır. 23 ölçütün, ilgili veriler kullanılarak 17'si çeşitli hesaplamalar yolu ile performans ölçütüne dönüştürülmüş; 6'sında direkt alınan veriler kullanılmıştır. Uygulama aşamasında SPSS ve Microsoft Excel programlarından yararlanılmıştır.

Veri seti oluşturulduktan sonra TOPSIS yönteminin ilk aşaması olan karar matrisi Tablo 5'te görüldüğü üzere oluşturulmuştur. TOPSIS yönteminde kullanılacak olan ölçütlerin ağırlıklarının objektif olarak belirlenmesi için Tablo 5'teki veri matrisi kullanılarak SPSS programı üzerinden temel bileşenler analizi yapılmıştır.

Tablo 5. Karar Matrisi

KRİTER/ HEKİM	P.H.M. K.O.	Y.H.K.O. K.O.	P.H.G. K.O.	Y.H.G. K.O.	T.M.DÖ. G.K.O.	"A+B" K.O.	"C+D+E" K.O.	S.H.K.O. K.O.	AP.	O.M.S.	G.C.	HP.	H.Y.S./ H.Y.G.	AGEL/ AGİD.	Y.GEL/ Y.GİD.	AP.V.	YP.V.	P.K.	Y.K.	AKK. T.M.S.	K.M.S/ T.M.S.	Y.D.H.	H.B.G.
H1	0,26	0,07	0,27	0,02	0,18	0,05	0,11	0,25	3133,80	12,00	0,79	0,08	0,59	1,12	1,30	2,68	0,83	0,10	0,23	0,96	0,20	20,99	1635,63
H2	0,17	0,16	0,12	0,15	0,32	0,17	0,12	0,19	3087,50	13,00	0,77	0,17	0,20	1,03	1,21	2,88	1,29	0,03	0,17	0,75	0,19	7,60	4881,21
H3	0,02	0,05	0,02	0,02	0,00	0,04	0,04	0,01	202,45	10,00	0,86	0,04	0,05	0,64	0,57	2,33	0,43	-0,56	-0,76	1,07	0,14	12,35	1784,57
H4	0,02	0,07	0,01	0,19	0,09	0,09	0,05	0,05	2905,35	45,00	0,83	0,07	0,10	0,46	1,72	2,42	0,20	-1,17	0,42	0,96	0,12	4,02	13359,09
H5	0,04	0,05	0,02	0,08	0,15	0,09	0,05	0,09	2883,45	10,00	0,97	0,07	0,28	0,71	1,60	2,64	0,66	-0,40	0,38	0,92	0,21	5,86	7803,04
H6	0,07	0,01	0,07	0,01	0,00	0,01	0,00	0,03	2904,40	20,00	1,00	0,01	0,14	1,02	0,74	2,54	0,38	0,02	-0,35	0,88	0,24	15,95	1758,97
H7	0,04	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,01	0,04	3501,45	22,00	0,01	0,00	0,53	0,93	0,59	2,10	0	-0,08	-0,71	1,00	0,02	0	1537,84
H8	0,03	0,03	0,03	0,03	0,00	0,02	0,02	0,08	3184,60	7,00	1,00	0,03	0,03	1,00	1,18	2,59	0,27	-0,01	0,15	0,88	0,19	4,52	5256,47
H9	0,03	0,01	0,04	0,02	0,02	0,01	0,03	0,08	3281,85	10,00	1,00	0,02	0,22	1,02	1,15	2,62	1,09	0,02	0,13	1,00	0,20	3,61	7485,89
H10	0,03	0,03	0,02	0,08	0,11	0,07	0,03	0,09	2774,10	22,00	0,92	0,03	0,08	1,02	1,85	2,43	1,09	0,02	0,46	0,90	0,17	5,26	13244,51
H11	0,07	0,07	0,07	0,02	0,00	0,05	0,15	0,01	67,70	17,00	0,00	0,07	0,18	0,30	0,93	2,83	0,73	-0,07	-0,07	1,06	0,15	11,92	1585,74
H12	0,10	0,09	0,13	0,11	0,10	0,07	0,04	0,03	3156,70	15,00	0,93	0,09	0,15	0,97	1,02	2,03	0,30	-0,03	0,02	0,92	0,14	5,07	6230,14
H13	0,01	0,17	0,00	0,16	0,00	0,18	0,19	0,04	0,00	16,00	0,72	0,13	0,09	1,10	1,00	2,92	0,71	0,08	0	1,00	0,39	8,57	4672,08
H14	0,04	0,06	0,03	0,05	0,00	0,02	0,04	0,01	3019,50	15,00	0,83	0,04	0,01	0,78	0,83	2,22	0,37	-0,29	-0,21	0,70	0,34	5,26	4406,63
H15	0,09	0,11	0,11	0,06	0,00	0,13	0,12	0,03	3946,20	16,00	0,93	0,13	0,14	0,79	0,81	2,69	0,62	-0,27	-0,23	1,00	0,29	7,52	2757,78
H16	0,13	0,07	0,13	0,08	0,13	0,08	0,06	0,08	3201,85	24,64	0,74	0,05	0,47	1,26	1,12	2,04	1,94	0,20	0,10	1,07	0,14	6,16	5923,68
H17	0,16	0,06	0,17	0,07	0,05	0,05	0,12	0,11	1590,00	27,90	0,77	0,05	0,66	1,57	1,12	2,02	1,79	0,36	0,11	0,73	0,18	5,23	5265,87
H18	0,16	0,21	0,18	0,17	0,23	0,16	0,25	0,00	3362,30	9,14	0,75	0,18	0,52	1,35	1,04	1,99	0,85	0,26	0,04	1,10	0,16	5,89	4536,17
H19	0,20	0,10	0,20	0,11	0,18	0,13	0,14	0,14	3078,05	30,56	0,81	0,08	0,66	1,32	1,06	2,04	1,82	0,24	0,06	1,37	0,15	5,65	8276,24
H20	0,01	0,04	0,01	0,01	0,00	0,02	0,04	0,03	691,20	18,00	0,54	0,06	0,32	0,89	0,90	2,40	0,94	-0,12	-0,11	0,78	0,08	7,35	2076,53
H21	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,02	0,01	2075,00	33,11	0,38	0,00	0,23	0,64	0,97	2,57	0,98	-0,55	-0,03	1,02	0,20	2,54	5155,02
H22	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	3360,85	27,00	0,00	0,00	0,00	0,22	0	3,16	0	-3,47	0	0	0	0	542,68
H23	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	3831,25	24,00	1,00	0,01	0,25	0,49	1,18	2,68	0	-1,06	0,15	0,70	0,07	9,29	9775,49
H24	0,11	0,16	0,10	0,14	0,11	0,17	0,11	0,12	3090,10	18,22	0,90	0,20	0,54	1,15	1,00	2,00	1,72	0,13	0,01	0,91	0,14	6,40	4805,17
H25	0,15	0,10	0,15	0,12	0,25	0,14	0,15	0,34	2833,00	14,04	0,92	0,13	0,37	1,44	1,00	2,13	1,09	0,30	0,01	0,84	0,16	6,35	7643,78

Tablo 5. Karar Matrisi - Devamı

KRİTER/ HEKİM	P.H.M. K.O.	Y.H.K.O.	P.H.G. K.O.	Y.H.G. K.O.	T.MDÖ. G.K.O.	"A+B" K.O.	"C+D+E" K.O.	S.H.K.O.	AP.	O.M.S.	G.C.	HP.	H.V.S/ H.Y.G.	AGEL/ AGİD.	YGEL/ YGİD.	AP.V.	YP.V.	P.K.	Y.K.	AKK. T.M.S.	K.M.S./ T.M.S.	Y.D.H.	H.B.G.
H26	0.01	0.03	0.01	0.03	0.00	0.02	0.02	0.03	2990,00	31,26	1,00	0,01	0,37	0,79	1,17	2,26	3,18	-0,27	0,15	1,02	0,11	8,34	4535,00
H27	0.03	0.09	0.01	0.06	0.00	0.08	0.04	0.07	2077,50	23,04	0,86	0,11	0,14	0,41	1,11	2,31	0,67	-1,45	0,10	0,98	0,20	5,56	2909,82
H28	0.01	0.03	0.01	0.04	0.00	0.07	0.01	0.03	3367,30	11,96	0,88	0,02	0,34	0,63	1,01	2,13	0,94	-0,59	0,01	1,33	0,05	6,61	7377,26
H29	0.02	0.09	0.03	0.16	0.00	0.07	0.04	0.03	3928,15	16,57	0,91	0,10	0,15	0,65	1,06	1,54	0,40	-0,54	0,06	1,11	0,20	5,06	8179,71
H30	0.28	0.21	0.24	0.20	0.46	0.31	0.25	0.35	2282,30	16,00	0,95	0,24	0,75	1,46	0,91	3,33	1,11	0,32	-0,10	0,73	0,16	5,83	5610,56
H31	0.19	0.23	0.17	0.38	0.18	0.17	0.30	0.12	3392,05	35,00	0,88	0,21	0,64	1,18	0,82	2,80	1,24	0,16	-0,21	0,97	0,14	4,37	10451,79
H32	0.16	0.10	0.12	0.07	0.20	0.09	0.00	0.16	2354,30	18,00	1,00	0,08	0,46	1,62	0,87	3,48	0,88	0,38	-0,15	1,13	0,17	4,90	4272,49
H33	0.10	0.11	0.10	0.08	0.00	0.12	0.10	0.08	1900,00	12,00	0,93	0,11	0,35	1,16	0,89	3,09	0,85	0,14	-0,13	0,91	0,10	7,59	4350,83
H34	0.21	0.19	0.20	0.14	0.16	0.14	0.18	0.16	2599,65	17,00	0,84	0,18	0,67	1,34	0,97	2,99	0,93	0,26	-0,04	0,81	0,11	10,63	4164,27
H35	0.05	0.11	0.06	0.09	0.00	0.10	0.09	0.03	2955,00	18,00	0,89	0,11	0,62	1,06	0,91	3,38	0,81	0,06	-0,10	0,86	0,14	4,72	4596
H36	0.05	0.12	0.04	0.09	0.12	0.12	0.28	0.10	2338,95	19,00	0,89	0,10	0,21	1,57	0,74	1,91	0,95	0,36	-0,36	0,85	0,21	15,50	680,73
H37	0.15	0.10	0.17	0.10	0.14	0.11	0.06	0.27	4324,40	23,00	0,82	0,18	0,36	1,95	0,62	1,70	1,83	0,49	-0,61	1,73	0,07	11,28	862,08
H38	0.06	0.08	0.06	0.07	0.03	0.07	0.06	0.05	2302,50	25,00	1,00	0,08	0,30	1,77	0,88	2,51	0,40	0,43	-0,14	0,86	0,08	10,20	683,15
H39	0.02	0.03	0.01	0.03	0.04	0.02	0.06	0.02	3424,15	16,00	0,78	0,03	0,46	1,40	0,77	2,32	0,01	0,28	-0,29	0,68	0,16	6,86	377,73
H40	0.22	0.08	0.23	0.14	0.44	0.06	0.06	0.14	3433,15	12,00	0,23	0,09	0,48	2,29	0,82	1,26	1,47	0,56	-0,22	0,98	0,05	7,97	1614,01
H41	0.09	0.11	0.08	0.06	0.02	0.09	0.12	0.03	2685,00	18,00	0,88	0,08	0,61	2,12	0,62	2,39	1,21	0,53	-0,62	0,90	0,18	11,77	526,06
H42	0.01	0.01	0.02	0.02	0.00	0.01	0.01	0.02	1892,00	15,00	0,30	0,02	0,23	1,54	0,73	1,42	0,00	0,35	-0,37	2,18	0,09	11,28	1573
H43	0.10	0.11	0.09	0.12	0.00	0.15	0.07	0.10	716,00	18,00	0,51	0,11	0,53	2,14	0,69	1,32	1,24	0,53	-0,45	0,93	0,12	10,17	1250
H44	0.14	0.06	0.15	0.11	0.22	0.07	0.08	0.07	2862,75	14,00	0,14	0,09	0,43	2,06	0,90	1,36	1,69	0,52	-0,12	0,77	0,08	11,52	1450,58
H45	0.14	0.04	0.18	0.06	0.16	0.05	0.07	0.18	3988,00	22,00	0,91	0,07	0,27	1,46	1,16	3,29	1,06	0,31	0,14	0,83	0,10	26,21	1815,93
H46	0.18	0.18	0.18	0.13	0.27	0.28	0.13	0.13	4635,00	24,00	0,92	0,17	0,41	1,59	0,64	3,15	1,06	0,37	-0,57	0,99	0,28	11,51	1574,00
H47	0.15	0.07	0.17	0.16	0.20	0.10	0.09	0.20	2980,00	15,00	0,25	0,13	0,48	1,41	0,74	3,23	0,64	0,29	-0,40	1,03	0,10	7,26	3474,07
H48	0.19	0.12	0.18	0.14	0.30	0.36	0.10	0.19	3187,50	27,00	0,25	0,16	0,51	1,45	0,66	3,51	0,65	0,31	-0,52	0,93	0,22	9,40	2630,36
H49	0.02	0.08	0.03	0.15	0.00	0.07	0.20	0.01	1917,50	12,00	0,84	0,12	0,47	0,56	1,06	3,53	1,40	-0,79	0,05	0,77	0	5,57	6413,70
H50	0.43	0.12	0.41	0.06	0.05	0.04	0.04	0.39	1567,50	14,00	0,79	0,12	0,54	1,62	0,74	3,33	1,13	0,38	-0,36	1,02	0,19	5,04	2348,97

Tablo 5. Karar Matrisi - Devamı

KRİTER/ HEKİM	P.H.M. K.O.	Y.H.K.O.	P.H.G. K.O.	Y.H.G. K.O.	T.M.D.Ö. G.K.O.	"A+B" K.O.	"C+D+E" K.O.	S.H.K.O.	A.P.	O.M.S.	G.C.	HP.	H.V.S/ H.Y.G.	A.G.E.L/ A.G.D.	Y.G.L/ Y.G.D.	A.P.V.	Y.P.V.	P.K.	Y.K.	A.K.K.	K.M.S/ T.M.S.	Y.D.H.	H.B.G.
H51	0,17	0,25	0,17	0,10	0,02	0,10	0,04	0,15	1630,00	16,00	0,75	0,26	0,61	1,26	0,70	3,29	1,14	0,21	-0,44	1,00	0,16	8,27	1938,82
H52	0,02	0,18	0,02	0,19	0,28	0,18	0,15	0,04	2372,55	25,00	0,78	0,13	0,55	0,40	0,77	3,30	1,36	-1,57	-0,29	1,00	0,09	4,66	4955,14
H53	0,11	0,15	0,12	0,21	0,30	0,17	0,23	0,20	2251,05	19,00	0,80	0,14	0,69	1,22	1,20	3,38	1,49	0,18	0,17	1,35	0,10	5,06	3904,60
H54	0,15	0,15	0,15	0,19	0,34	0,21	0,13	0,16	2235,10	18,00	0,67	0,17	0,76	1,15	0,78	3,20	1,48	0,13	-0,28	1,22	0,15	6,26	5433,59
H55	0,20	0,12	0,20	0,14	0,23	0,19	0,09	0,24	4010,00	18,00	0,79	0,13	0,55	1,50	0,97	2,55	0,86	0,33	-0,03	0,98	0,15	4,12	2425,16
H56	0,14	0,05	0,14	0,05	0,27	0,17	0,10	0,12	4323,00	13,00	0,67	0,07	0,44	1,41	1,19	2,43	0,99	0,29	0,16	1,00	0,16	8,06	2300,03
H57	0,01	0,09	0,01	0,43	0,06	0,19	0,10	0,00	3837,00	11,00	0,98	0,07	0,58	0,10	1,10	2,77	1,08	-9,12	0,08	0,96	0,01	13,96	7780,60
H58	0,24	0,25	0,23	0,12	0,29	0,25	0,19	0,26	3664,00	16,00	0,95	0,22	0,62	1,88	0,90	2,50	1,28	0,47	-0,11	1,12	0,16	6,42	1146,34
H59	0,22	0,21	0,23	0,10	0,14	0,10	0,15	0,30	4124,15	22,00	0,94	0,15	0,43	1,70	0,52	2,44	1,53	0,41	-0,92	0,82	0,17	8,19	1648,09
H60	0,19	0,49	0,20	0,37	0,33	0,44	0,48	0,14	1579,00	19,00	0,96	0,08	0,53	1,10	1,16	3,45	1,06	0,10	0,14	0,80	0,19	5,13	1887,39
H61	0,27	0,22	0,27	0,31	0,49	0,30	0,21	0,39	2767,00	24,00	1,00	0,26	0,69	1,01	1,13	3,48	1,46	0,01	0,11	1,01	0,20	3,91	3958,81
H62	0,15	0,01	0,16	0,04	0,00	0,03	0,04	0,14	2862,00	17,00	1,00	0,08	0,00	1,34	1,24	3,47	0	0,25	0,19	1,41	0,18	2,09	531,19
H63	0,09	0,02	0,13	0,01	0,00	0,00	0,02	0,09	2901,00	19,00	1,00	0,02	0,00	1,49	0,72	3,55	0	0,33	-0,39	0,24	0,19	5,94	1315,14
H64	0,18	0,25	0,20	0,26	0,18	0,23	0,25	0,22	1573,00	13,00	1,00	0,31	0,46	0,91	1,17	3,48	1,56	-0,10	0,14	0,87	0,20	3,86	2524,58
H65	0,14	0,10	0,16	0,09	0,10	0,07	0,07	0,13	2368,65	26,00	0,63	0,05	0,46	1,19	0,85	3,20	0,85	0,16	-0,18	0,86	0,30	11,85	1983,57
H66	0,01	0,13	0,06	0,10	0,00	0,08	0,06	0,02	3692,00	19,00	0,60	0,09	0,53	0,87	0,95	3,54	0,86	-0,15	-0,05	0,90	0,25	8,30	1610
H67	0,10	0,08	0,10	0,06	0,02	0,07	0,04	0,08	3714,95	16,00	0,92	0,03	0,36	1,06	1,17	3,17	0,92	0,05	0,14	1,10	0,20	14,87	976,00
H68	0,24	0,14	0,24	0,13	0,35	0,13	0,30	0,22	2331,20	22,00	0,59	0,14	0,74	1,42	1,34	3,17	0,93	0,30	0,25	1,17	0,31	8,43	1706,06
H69	0,14	0,21	0,11	0,22	0,25	0,26	0,22	0,20	2731,00	15,00	0,63	0,27	0,67	1,44	0,78	3,30	0,80	0,31	-0,29	1,52	0,28	7,30	2435,87
H70	0,24	0,29	0,23	0,33	0,29	0,36	0,26	0,26	3455,00	17,00	0,59	0,35	0,81	1,96	1,01	2,80	1,20	0,49	0,01	0,90	0,24	7,14	1840,44

Temel bileşenler analizi sonucunda SPSS programından çıkan sonuçlar Tablo 6 ve Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 6. KMO ve Bartlett's Test Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uygunluğunun Ölçüsü		0,715
Bartlett's Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare Değeri	940,89
	Serbestlik Derecesi	253
	p	0

Temel bileşenler analizine göre, karar matrisi hem Bartlett hem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testlerinden geçmiştir. Barlett test sonucu 0 ve KMO testi ise 0,71 çıkmıştır. Böylece veri setinin anlamlılık düzeyi iyi seviyede olduğu saptanmıştır. Karar matrisi bu iki testten geçtikten sonra TOPSIS yönteminin sonraki aşamalarına devam edilmiştir. Hesaplamalar Microsoft Excel programında yapılmıştır.

Tablo 7. Ölçütlerin Ağırlıkları

ÖLÇÜTLER	AĞIRLIK (W)
P.H.M.K.O.	0,0405
Y.H.K.O.	0,0410
P.H.G.K.O.	0,0524
Y.H.G.K.O.	0,0457
T.MDÖ.G.K.O.	0,0472
"A+B"K.O.	0,0347
"C+D+E"K.O.	0,0380
S.H.K.O.	0,0485
A.P.	0,0387
O.M.S.	0,0283
G.C.	0,0446
H.P.	0,0383
H.V.S./H.Y.G.	0,0508
A.GEL./A.GİD.	0,0549
Y.GEL./Y.GİD.	0,0373
A.P.V.	0,0443
Y.P.V.	0,0484
P.K.	0,0448
Y.K.	0,0370
A.K.K.	0,0387
K.M.S./T.M.S.	0,0549
Y.D.H.	0,0388
H.B.G.	0,0522

Son aşamada her bir karar noktasının ideal çözüme görelî yakınlığının (C_i^*) hesaplanmasında ideal ve negatif ideal ayırım ölçüleri ve (3.3.1.6.) numaralı formül kullanılmıştır. Elde edilen C_i değerleri hekimlerin performans puanı olarak belirlenmiştir. Bu puanlara göre ise hekimlerin performans sıralaması yapılmış ve Tablo 8’de gösterilmiştir.

3.4. Bulgular ve Değerlendirme

Çalışmaya konu olan ilgili kamu hastanesinde 2017 Kasım ayında mevcut puan sistemi bünyesinde hizmet performansına göre 70 hekime brüt tutar olarak, 664.536,00 TL ek ödeme dağıtılmıştır. Aynı tutarın TOPSIS yönteminde dağıtılabilmesi için öncelikle toplam performans puanı (C_i) 1,0000

değerine indirgenmiş ve bulunan katsayılar üzerinde ek ödeme dağıtımı yapılmıştır. Bulunan ek ödeme değerleri ve sağlık hizmet performans sıralaması Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Hekim Performans Sıralamaları ve Ek Ödeme Tutarları

TOPSIS					MEVCUT PUAN SİSTEMİ			
HEKİM	PERFORMANS SIRALAMA	PERFORMANS PUANI (Ci)	İNDİRGENMİŞ PERFORMANS PUANI	PERFORMANSA GÖRE EK ÖDEME TUTARI(TL)	HEKİM	PERFORMANS SIRALAMA	PERFORMANS PUANI	PERFORMANSA GÖRE EK ÖDEME TUTARI(TL)
H70	1	0,6910	0,0183	12.177	H61	1	142.431	27.904
H61	2	0,6851	0,0182	12.072	H40	2	105.226	22.144
H60	3	0,6763	0,0179	11.917	H64	3	94.358	20.396
H30	4	0,6646	0,0176	11.711	H37	4	89.902	18.416
H58	5	0,6476	0,0172	11.412	H2	5	79.675	19.499
H64	6	0,6351	0,0168	11.192	H44	6	77.654	16.727
H68	7	0,6268	0,0166	11.044	H60	7	76.908	16.409
H53	8	0,6116	0,0162	10.776	H13	8	72.601	16.014
H34	9	0,6050	0,0160	10.661	H15	9	70.198	16.531
H31	10	0,5993	0,0159	10.560	H5	10	64.432	16.619
H40	11	0,5984	0,0159	10.544	H70	11	63.848	14.363
H55	12	0,5943	0,0158	10.472	H48	12	61.974	13.853
H1	13	0,5933	0,0157	10.454	H30	13	60.865	16.269
H69	14	0,5911	0,0157	10.416	H43	14	58.873	12.669
H2	15	0,5864	0,0155	10.332	H18	15	58.668	12.911
H50	16	0,5862	0,0155	10.329	H69	16	57.014	12.634
H18	17	0,5855	0,0155	10.318	H24	17	53.602	12.852
H54	18	0,5848	0,0155	10.305	H31	18	51.536	13.387
H45	19	0,5813	0,0154	10.243	H4	19	51.152	14.144
H46	20	0,5788	0,0153	10.198	H54	20	51.076	10.877
H25	21	0,5780	0,0153	10.184	H25	21	49.691	12.112
H59	22	0,5755	0,0153	10.141	H19	22	49.270	11.163
H19	23	0,5742	0,0152	10.117	H46	23	46.564	10.353
H48	24	0,5739	0,0152	10.113	H12	24	43.304	11.383
H37	25	0,5733	0,0152	10.102	H34	25	37.253	10.134
H44	26	0,5717	0,0152	10.073	H1	26	37.176	10.131
H24	27	0,5697	0,0151	10.038	H68	27	37.061	9.764
H56	28	0,5663	0,0150	9.979	H53	28	37.021	8.810
H51	29	0,5582	0,0148	9.837	H36	29	36.641	9.669
H17	30	0,5549	0,0147	9.778	H16	30	33.685	8.379
H47	31	0,5529	0,0147	9.743	H41	31	32.359	8.019
H16	32	0,5454	0,0145	9.611	H52	32	32.136	8.064
H36	33	0,5429	0,0144	9.566	H58	33	31.222	7.806
H32	34	0,5412	0,0144	9.537	H17	34	30.268	7.652

Tablo 8. Hekim Performans Sıralamaları ve Ek Ödeme Tutarları-Devamı

H43	35	0,5401	0,0143	9.518	H47	35	27.987	8.286
H65	36	0,5349	0,0142	9.426	H11	36	27.147	7.837
H67	37	0,5316	0,0141	9.368	H59	37	26.343	7.657
H41	38	0,5286	0,0140	9.315	H55	38	26.331	6.782
H38	39	0,5272	0,0140	9.290	H38	39	25.557	6.856
H33	40	0,5253	0,0139	9.256	H39	40	24.919	6.392
H62	41	0,5182	0,0137	9.131	H50	41	23.672	6.556
H35	42	0,5140	0,0136	9.057	H49	42	23.509	6.496
H26	43	0,5105	0,0135	8.996	H29	43	23.498	7.269
H66	44	0,5082	0,0135	8.956	H33	44	23.195	7.091
H49	45	0,5076	0,0135	8.944	H51	45	22.326	6.352
H12	46	0,5073	0,0135	8.939	H56	46	20.206	6.503
H52	47	0,5042	0,0134	8.885	H32	47	19.951	6.380
H13	48	0,5020	0,0133	8.846	H45	48	19.729	5.514
H5	49	0,4995	0,0132	8.802	H3	49	19.384	6.124
H10	50	0,4966	0,0132	8.751	H27	50	18.754	6.243
H15	51	0,4961	0,0132	8.741	H65	51	18.439	5.918
H11	52	0,4943	0,0131	8.711	H67	52	17.257	6.136
H63	53	0,4916	0,0130	8.662	H35	53	17.232	6.539
H39	54	0,4908	0,0130	8.648	H14	54	17.001	5.029
H20	55	0,4863	0,0129	8.570	H57	55	16.697	5.977
H9	56	0,4831	0,0128	8.512	H66	56	16.230	5.901
H8	57	0,4800	0,0127	8.457	H62	57	15.975	5.797
H6	58	0,4779	0,0127	8.420	H28	58	15.311	5.429
H42	59	0,4728	0,0125	8.331	H10	59	14.575	5.412
H29	60	0,4723	0,0125	8.323	H42	60	11.895	4.946
H4	61	0,4713	0,0125	8.305	H8	61	11.081	4.178
H28	62	0,4686	0,0124	8.257	H9	62	9.163	4.750
H27	63	0,4629	0,0123	8.156	H63	63	9.121	4.914
H7	64	0,4598	0,0122	8.102	H6	64	8.430	4.519
H14	65	0,4545	0,0121	8.009	H20	65	8.172	3.372
H21	66	0,4517	0,0120	7.959	H23	66	7.735	4.340
H23	67	0,4463	0,0118	7.864	H26	67	7.101	4.122
H3	68	0,4447	0,0118	7.836	H7	68	5.551	3.531
H22	69	0,3978	0,0105	7.010	H21	69	4.155	3.796
H57	70	0,3536	0,0094	6.231	H22	70	3.430	3.535
TOPLAM		37,7126	1,0000	664.536	TOPLAM		2.582.698	664.536

Sağlık hizmet performansları hekim bazında kıyaslandığında TOPSIS yöntemi ile oluşturulan modelin puan sistemine göre farklı sonuç verdiği belirlenmiştir. Hekim performansının sadece yapılan tıbbi işlemlerin puanlarına göre hesaplanması bilimsel açıdan eksik ve yetersizlikler içerebilir. Örneğin, H61 (plastik cerrahi), H40 (göz), H30 (beyin cerrahi) ve H70 (üroloji) hekimlerinin sağlık hizmet performansı puan sistemi ve TOPSIS modeli arasında Tablo 8 ve Tablo 9 göz önünde tutularak

karşılaştırılmıştır. Tablo 9’da örneklem olarak belirlenen hekimlere ait sağlık hizmet verileri, sağlık hizmet sonucu oluşan puanlar ile ham veriler arasındaki tutarsızlığı ifade etmek amacıyla verilmiştir. Modelin uygunluğunu anlatmaya yönelik açıklayıcı bir örnek olarak sunulan tablodaki ham sağlık verileri ile Tablo 8’deki performans puanlarına bakılarak hekimler arasında kısmen de olsa karşılaştırma yapılabilmektedir.

Tablo 9. Hekimlerin Sağlık Hizmeti Verileri

HEKİM	MUAYENE SAYISI	YATAN HASTA SAYISI	POLİKLİNİK HASTA GELİRİ(TL)	YATAN HASTA GELİR(TL)	MDÖ GELİRİ(TL)	"A+B" AMELİYAT SAYISI	"C+D+E" AMELİYAT SAYISI	SIFIR HASTA SAYISI	AKADEMİK ÇALIŞMA PUANI
H40	1750	36	70162,99	52272,23	49880,00	17	9	81	3433,15
H61	421	27	15936,89	90818,80	32136,20	36	95	46	2767,00
H70	676	68	47001,64	110441,46	40063,57	25	106	61	3455,00
H30	519	40	30549,19	201933,89	23750,00	45	31	107	2282,30

Tablo 9 incelendiğinde üretilen sağlık hizmet miktar ve tutarlarına göre H70’in performansının diğer hekimlere göre üstün olduğu görülebilmektedir. Ancak, puan sisteminde her bir tıbbi işlemin puanı olduğu için, bu puanlar üzerinden hesaplama yapılmakta; yönetimler kendilerine verilen yasal sınırlar çerçevesinde tıbbi işlem puanlarını azaltabilmekte veya arttırabilmektedir. Örneğin, çalışmaya konu olan kamu hastanesinde plastik cerrahi branşına ait estetik ameliyatlara hastane yürütme kurulu kararı ile 6 katına çıkarılmıştır. Bu durum plastik cerrahi hekimlerinin toplam işlem puanlarının diğer bölümlerdeki hekimlere göre aynı grup ve seviyede ameliyatlara gerçekleştirmiş olmalarına rağmen daha fazla puan toplamalarını sağlamaktadır (örneğin, Tablo 8’de H61’in tıbbi işlem puanı 142431 olduğu izlenmektedir). Plastik cerrahi hekimleri tarafından yapılan “jinekomasti düzeltilmesi, iki taraf” ameliyatı girişimsel işlemler puan cetveline göre 515 puandır. Puan, 6 katına çıkarıldığı için bu işlemin puanı 3090 puan olarak hekimin performans hesaplamasına yansıtılmaktadır. H70’in yaptığı “nefrotomi, radikal” ameliyatı ise 1000 puandır ve bu puan direkt hekimin performans hesaplamasına dahil edilmektedir. Bu durumda, H70’in yaptığı ameliyat, A sınıfı büyük ameliyat grubunda olmasına rağmen; H61’in yaptığı B grubu ameliyattan daha düşük olarak performans hesaplamasına dahil olmaktadır. Bu yüzden, yönetim tarafından bazı işlem puanlarının belli oranda artırılması, hekimlerin performans hesaplamasında adaletsizliğe neden olmakta; sistemin tarafsızlığını sağlayamamaktadır. Bu durum, puan sisteminin çelişmesini de ortaya çıkarmaktadır. Puan sisteminin bu handikabı, geliştirilen alternatif model ile ortadan kaldırılmış ve ağırlıklı olarak daha objektif; kendi içinde daha tutarlı, bilimsel, tarafsız ve adil yöntem oluşturulmuştur.

Göz (H40) bölümünün genel olarak hasta muayene sayıları, cihaz bazlı muayene ve çoğunlukla küçük ameliyatlara yapıldığı için diğer bölümlere göre oldukça yüksek olduğu Tablo 9’ da izlenmektedir. Bu durum puan sisteminde göz branşı hekimlerini poliklinik muayene sayıları açısından diğer bölüm hekimlerine göre avantajlı kılmakta ve muayene hasta sayılarını arttırdıkları takdirde toplam işlem puanlarının diğer bölümlere göre daha yüksek olmasını sağlayabilmektedir. Özellikle, göz branşında toplam işlem puanlarının yaklaşık %50-%70 arasında polikliniklerde elde edilen puanlar olup; diğer bölümlerde bu oran %10-%30 arasındadır. Uygulamada H40’in muayene olan hasta sayısının diğer bölümlere oranla oldukça yüksek olması, puan sisteminde bu hekimin performansının sıralamada daha üst sıralarda yer almasını sağlamaktadır. Ancak uygulanan alternatif modelin performans ölçütlerinden biri olan poliklinik hasta muayene katkı oranı her birimi kendi içinde değerlendirdiği için bölümler arası poliklinik performansları arasında haksızlık olmamaktadır. Çünkü Bölüm 3.3.’te açıklandığı üzere puan sisteminde her branştaki hekim muayenesinin aynı tutulması haksızlığa yol açmakta ve bilimsel bir temele dayanmamaktadır. Bu yüzden, puan sisteminde H40, H70 ve H30’a üstünlük sağlamaktadır.

Yukarıdaki puan sisteminde dair bahsedilen örnekler daha da çoğaltılabilir. Burada puan sistemin en önemli problemlerinin başında her branşı ve her hastanın tıbbi özelliğini aynı görmesi olduğu

söylenbilir. Örneğin, genel cerrahi bölümünde ağır engelli karaciğer nakli olacak yaşlı bir hastanın muayene performans değeri, plastik cerrahi bölümüne küçük et beni aldırarak için başvuran genç bir hastanın muayene performans değeri ile aynı olmaması gerektiği söylenbilir. Çünkü sağlık hizmet performansı açısından değerlendirildiğinde, genel cerrahi hekimin sergilediği muayene performansı, plastik cerrahi hekimine göre daha yüksektir.

Bazı branşlarda hekimler büyük riskli ameliyat yapmaktansa küçük ameliyatları daha çok yaparak daha fazla puan toplama imkânına sahip olurken, bazı branşlarda küçük ameliyat sayısı az olup ağırlıklı büyük ameliyatlar yapılmaktadır. Tablo 9’da görüldüğü üzere puan sisteminde H61 küçük ameliyat sayısını arttırarak H30’a toplam performans puanı açısından büyük oranda üstünlük sağlamaktadır. Bazı hekimler puan sisteminde küçük ameliyatlar yapmayı tercih ederek hem risk almamakta hem de daha fazla puan elde edebilmektedirler. Hekimler ürettikleri sağlık hizmetinin niteliği üzerinde odaklanmak yerine, işlem puanı hesaplama yoluna gitmektedirler. Puan sistemi, sağlık sisteminde istenmeyen bu durumun çıkmasına sebep olmaktadır. Çalışmada, oluşturulan alternatif modelde istenmeyen bu ve buna benzer durumlar ortadan kaldırılmıştır.

IV. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de son yıllarda sağlık alanında, özellikle de kamu hastanelerinde performans değerlendirme yöntemleri, kurumların hem finansal ve sağlık hizmet üretim performanslarını ölçmede hem de personelin ücret ödemelerini gerçekleştirmede kullanıldığı için büyük önem kazanmıştır. Bireysel performans açısından bakıldığında gerek Sağlık Bakanlığı hastanelerinde gerekse üniversite hastanelerinde sağlık çalışanlarına ve hekimlere yönelik uygulanan performans sistemi döner sermaye ile ilişkilendirilmektedir. Performansa dayalı ek ödeme adı altında uygulanan bu sistem ücret ödemesi ile ilişkilendirildiği için sağlık çalışanları ve hekimleri olumlu ya da olumsuz doğrudan etkilemektedir.

Mevcut uygulanan sistemin genel amacı, tüm sağlık çalışanlarını kaliteli sağlık hizmet beklentisi olan hastaların taleplerini en iyi şekilde karşılamak için motive ve teşvik etmektir. Özellikle, hekimler açısından değerlendirildiğinde; sistem, kamu sağlık işletmelerinde sağlık hizmeti üreten hekimlerin kurum kaynaklarını etkin ve verimli kullanarak, kaliteli sağlık hizmeti sunmasını ve hastaneye ekonomik katkı sağlama bakımından hekimleri teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Ancak, genel olarak değerlendirildiğinde, sisteme gerek kamu kesiminden gerekse de hekimler tarafından çok ciddi eleştiriler gelmekte ve sistemin amaçladığı gibi hekimleri motive ve teşvik etmediği; hatta, adil ödemeler yapılmadığı savunulmaktadır.

Mevcut puan sistemine alternatif bir model üretmeyi amaçlayan bu çalışma bir kamu hastanesinde görevli 70 hekim için bir aya ait ek ödeme hesaplamaları üzerinden yürütülmüştür. Öncelikle mevcut puan sisteminde bu hekimlere ait Kasım 2017 ek ödeme tutarları ve tıbbi işlem puanları elde edilmiş ve bunun üzerinden sağlık hizmeti performans sıralaması yapılmıştır. Daha sonra, belirlenen ölçütler ile TOPSIS ve Temel Bileşenler Analizi yöntemleri kullanılarak hekimlerin sağlık hizmet performansları belirlenmiştir. Geliştirilen model ile gerçek anlamda performans değerlendirmesi yapılmış ve miktar açısından daha fazla tıbbi işlem üreten hekimler değil; sağlık hizmet süreçlerinde katkı, kalite ve verimlilik ölçütlerine göre yüksek performans gösteren hekimler ön plana çıkmıştır.

Mevcut puan sistemine kıyasla daha adil, hekimlerin çalışmasını motive ve teşvik edici, kalite ve verimliliğin ön plana çıktığı alternatif bir modele gereksinim olduğu sağlık sektörünce vurgulanmakta; hatta, çeşitli medya yayınlarında Sağlık Bakanlığı’nın bu konuda çalışma yaptığı açıklanmaktadır. Bu çalışmada, oluşturulan performansa dayalı ek ödeme modeli Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde kolaylıkla uygulanabilecek, sektörün isteklerini karşılayabilecek düzeyde hekimlerin arzu ettiği adil bir ödeme sistemi olabilir. Oluşturulan ek ödeme modeli tüm kamu hastanelerinde katkı, kalite ve verimlilik unsurlarını gözeterek, performansa dayalı ek ödeme sisteminin uygulanması için sektöre ışık tutabilir. Önerilen model ile mevcut sistemdeki kamu hastaneleri arasındaki uygulama farklılıkları ortadan kaldırılarak modelin tüm kamu hastanelerinde fark gözetmeksizin uygulanabilirliği sağlanabilir.

KAYNAKLAR

- Aydın, S., & Demir, M. (2007). *Sağlıkta performans yönetimi performansla dayalı ek ödeme sistemi*. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Serisi-2 Yayınları.
- Akçakanat, T., & Çarıkçı, İ. (2016). Sağlık kurumlarında performansla dayalı ödeme sistemi: üniversite hastanelerinde çalışan öğretim üyeleri üzerine bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(3), 865-892.
- Akyüz, Y., Bozdoğan, T., & Hantekin, E. (2011). TOPSIS yöntemi ile finansal performansın değerlendirilmesi ve bir uygulama. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 13(1), 73-92.
- Alkan, Ö. (2008). *Temel bileşenler analizi ve bir uygulama örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Alpaykut, S. (2017). Türkiye’de illerin yaşam memnuniyetinin temel bileşenler analizi ve TOPSIS yöntemiyle ölçümü üzerine bir inceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (29), 367-395.
- Ceylan, Z. (2009). Performansla dayalı ücretlendirme modelleri ve Türkiye açısından bir değerlendirme. *Sayıştay Dergisi*, (74 -75), 45-72
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk Ş. (2012). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları*. PEGEM-Akademi.
- Kabakçı, C. Ç. (2014). *Tarıma dayalı sanayi işletmelerinde TOPSİS yöntemiyle finansal performans analizi*. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Kart, E. (2013). Sağlıkta dönüşüm sürecinde performansla dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, (3), 103-140.
- Kaya, M. F. (2013). Sürdürülebilir kalkınmaya yönelik tutum ölçeği geliştirme çalışması. *Marmara Coğrafya Dergisi*, (28), 175-193.
- Öztürk, R. (28.07.2013). *Sağlıkta performansla dayalı ek ödeme sisteminin SWOT (GZFT) analizi*. Medimagazin. <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/tr-saglikta-performansa-dayali-ek-odeme-sisteminin-artilari-ve-eksileri-2-681-52717.html>.
- Özveri, O., Kayışkan, D., Dağ, S., Arslan, B. & Hisar, A. (2018). Sağlıkta performans sisteminin hekimler tarafından değerlendirilmesi. *Hukuk ve İktisat Araştırmaları Dergisi*, 10(2), 18-29.
- T.C. Resmî Gazete. (2011). *Yüksek öğretim kurumlarına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli personele döner sermaye gelirlerinin ek ödeme yapılmasına dair yönetmelik*. Resmî Gazete Sayısı: 27850.
- T.C. Resmi Gazete. (2013). *Türkiye kamu hastaneleri kurumuna bağlı sağlık tesislerinde görevli personele ek ödeme yapılmasına dair yönetmelik*. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/02/20130214M1.htm>.
- TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu. (2011). Sağlık sisteminde performans uygulamalarının mesleki değerlere etkileri ve etik sorunlar çalışmayı sonuç bildirgesi (ss.75-79). *XVII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Kitabı*.
- TTB, Türk Tabipler Birliği. (2009). *Hekimlerin değerlendirmesi ile performansla dayalı ödeme*. Türk Tabipler Birliği Yayınları.

- Sosyal Güvenlik Kurumu (2018). *Sağlık uygulama tebliği (SUT)*. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK).
- Sayan, İ. Ö., & Şayan, Y. (2011). Sağlık Bakanlığı'nda performans değerlendirme ve ek ödeme sistemi. *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*, 6(16), 33-70.
- Ünal, G. (2008). Lojistikte hizmet sağlayıcısı seçiminde AHP ve TOPSIS yöntemlerinin uygulanması. (Yüksek Lisans Tezi). Kocaeli Üniversitesi.
- YÖK, Yükseköğretim Kurulu. (2019). *Gelir getirici faaliyet cetveli*. <https://www.yok.gov.tr/kurumsal/idari-birimler/strateji-gelistirme-daiesi>.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

HASTALARIN ALDIKLARI SAĞLIK HİZMETİNDEN ELDE ETTİKLERİ TATMİN VE HİZMET ALDIKLARI KURUMA BAĞLILIK DÜZEYLERİNİN ALGILANAN DEĞER ÜZERİNE ETKİSİ

Fatma ATIGAN*


ÖZ

Sağlık işletmelerinden hizmet alan hastaların söz konusu hizmetlerden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değeri etkileyip etkilemediği ve bunun hastaların demografik özelliklerine göre farklılık taşıyıp taşımadığını hem ayakta hem de yatarak tedavi olan hastalar açısından tespit etmek amacıyla yapılan bu çalışma Türkiye’de bir üniversite eğitim ve araştırma hastanesinde ayakta (824) ve yatarak (850) hizmet alan hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre hem ayakta hem de yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değeri olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Ayakta tedavi gören hastalarda bu etkinin cinsiyet değişkeni dışında tüm demografik değişkenler açısından istatistiksel fark oluşturduğu tespit edilmiştir. Yatarak tedavi gören hastalarda ise tüm demografik değişkenler (cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu ve hastaların hastane tercihleri) bazında farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta memnuniyeti, hasta bağlılığı, algılanan hasta değeri, hastane, sağlık

MAKALE HAKKINDA

*Öğr. Gör. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, fatmaatigan@mu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-8838-3688>

Gönderim Tarihi: 24.02.2020

Kabul Tarihi: 11.06.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Atıgan, F. (2020). Hastaların Aldıkları Sağlık Hizmetinden Elde Ettikleri Tatmin ve Hizmet Aldıkları Kuruma Bağlılık Düzeylerinin Algılanan Değer Üzerine Etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 411-434

THE EFFECT OF PATIENT' SATISFACTION AND INSTITUTIONAL COMMITMENT ON PERCEIVED PATIENT VALUE FOR HEALTHCARE INSTITUTIONS

Fatma ATIGAN*

ABSTRACT

This study which was carried out with the aim of determining both for outpatients and inpatients whether their satisfaction and institutional commitment affect their perceived value for which they received health services and whether this effect differs according to the patients' demographic characteristics was conducted on 824 outpatients and 850 inpatients in a training and research hospital of a university in Turkey. According to the research results, it's found that patients' satisfaction and institutional commitment affect their perceived value both for outpatients and inpatients and also this effect has differences by patients' demographic characteristics except gender characteristic for outpatients.

Keywords: Patient satisfaction, patient institutional commitment, perceived patient value, hospital, health

ARTICLE INFO

* Muğla Sıtkı Koçman University, fatmaatigan@mu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-8838-3688>

Received: 24.02.2020

Accepted: 11.06.2020

Cite This Paper:

Atıgan, F. (2020). Hastaların Aldıkları Sağlık Hizmetinden Elde Ettikleri Tatmin ve Hizmet Aldıkları Kuruma Bağlılık Düzeylerinin Algılanan Değer Üzerine Etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 411-434

I. GİRİŞ

Türkiye’de, Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 2017 verilerine göre, 879’u Sağlık Bakanlığı’na, 68’i üniversitelere ve 571’i özel sektöre bağlı olmak üzere toplamda 1.518 sağlık hizmeti veren kurum bulunmaktadır. Yine aynı yılın yatak doluluk oranlarına bakıldığında, Sağlık Bakanlığı hastaneleri yatak doluluk oranının %69, özel hastanelerin %61,4 ve üniversite hastanelerinin ise %73,4 olduğu görülmektedir. Bu veriler dikkate alındığında, üniversite hastanelerinin diğer sektör alanlarına kıyasla daha az sayıda olmasına rağmen sağlık hizmeti almak isteyen hastalar açısından daha çok tercih edildiğini söylemek mümkündür.

Güçlü akademik kadroları bünyesinde barındıran, ileri ve nitelikli tedavi hizmeti veren, gelecekteki sağlık politikalarına yön verecek insan kaynağının da yetişmesine çaba gösteren, toplumun gözünde 3. basamaktan da öte son kapı olarak görülen üniversite hastanelerinde tedavi gören hastalar, bu öneme istinaden söz konusu araştırmanın kapsamına alınmıştır.

TÜİK’in 2013 yılı sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranlarına bakıldığında ise nüfusun %10,6’sının, 2017 yılında ise %13’ünün sağlık hizmetlerinden memnun olmadığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı [SB], 2017). Memnuniyetsizliğin geçen süre zarfında yükselerek devam etmiş olması, 2002-2017 yılları arasında sağlık hizmeti veren kurum sayısının %36,2 artması (SB, 2017), bu sektörde hizmet sunan kurumlar arasındaki rekabeti arttırmış; dolayısıyla hastaların kurumlardan aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyet durumları hem uygulamacıların hem de akademisyenlerin dikkatini çeken bir konu haline gelmiştir.

Literatürde hasta memnuniyeti, hasta bağlılığı, algılanan hasta değeri ve aralarındaki ilişkilerin araştırıldığı sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Özellikle de hasta değerini konu edinen ulusal ve uluslararası yazında çok az araştırma vardır. Dolayısıyla söz konusu çalışma, bu alandaki boşluğu giderme açısından önem arz etmektedir. Bununla birlikte yine bu alanda yapılan sınırlı sayıdaki çalışmayla kıyaslandığında daha büyük bir örneklem üzerinde (824 ayakta tedavi gören hastalar ve 850 yatarak tedavi gören hastalar) çalışıldığı söylenebilir.

Elde edilen veriler SPSS 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiş olup değişkenler arası ilişkiler çoklu regresyon analiziyle test edilmiştir. İstatistikî anlamlılık düzeyi $p \leq 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Aşağıda araştırmanın kavramsal çerçevesine yönelik, öncelikle hasta tatmini, hasta bağlılığı ve algılanan değer konularına değinilmiş olup daha sonra araştırmanın analizlerine ve bulgularına yer verilmiştir.

2.1. Hasta Tatmini

Hasta tatmini ya da hasta memnuniyeti şeklinde ifade edilen bu kavram, ilk kez 1956 yılında hemşirelik alanında kullanılmış olup 1960’lı yıllarda ise sağlık kalitesinin bir ölçütü olarak ele alınmıştır (Kavuncubaşı, 2000; Yılmaz, 2001; Uzkesici, 2002). Hasta tatmini aslında sağlık pazarlaması alanında “müşteri memnuniyeti” kavramının yerine kullanılan bir kavramdır (Marley vd., 2004).

Müşteri memnuniyeti, müşterilerin bir mal ya da hizmeti satın almadan önce, o mal ya da hizmete yönelik beklentilerinin, satın alma sonrası karşılanıp karşılanmamasına göre yaşadıkları tatmin, mutluluk ya da düş kırıklığı duyguları şeklinde ifade edilebilir. Beklentilerin karşılanması veya aşılması durumunda müşteri memnun olur. Beklentilerin karşılanmaması durumunda ise memnuniyetsizlik ortaya çıkar (Berkman ve Gilson, 1986; Vavra, 1999; Tütüncü, 2001; Varinli ve Çakır, 2004; Kotler ve Keller, 2018).

Bazı araştırmacılar, müşteri memnuniyetini, müşterinin aynı mal ya da hizmeti tekrar satın almada veya aynı işletmeyi tekrar tercih etmede anahtar bir unsur olarak görmekte-dirler (Wells ve Prenskey, 1996; Awan ve Rehman, 2014; Oliver, 2015). Bazı araştırmacılar ise müşteri beklentilerinin üstünde mal ve hizmet üretim ve sunumunun yanında müşterinin işletme ile güvene dayalı kurduğu ilişkinin, müşteriye verilen değerin tekrar satın alma davranışı üzerindeki etkisinden söz etmektedirler (Anderson ve Sullivan, 1993; Odabaşı ve Oyman, 2013).

Yapılan araştırmalar, memnun edilmiş müşterilerin, daha fazla mal ya da hizmet satın alma, ödeme yapma, artan fiyata karşı tolerans gösterme, işletme çalışanlarının daha az zamanını alma gibi eğilimler gösterdiklerini, yüksek memnuniyetin bağlılıkla birlikte işletme kâr oranını, pazar payını, yeni müşteri kazanma olasılığını arttırdığını ve olumlu kurum imajı yaratmada etkili olduğunu ifade etmektedirler (Storbacka vd., 1994; Bee ve Bee, 1997; Lee, 2000; Kotler, 2000; Doyle, 2003; Awan ve Rehman, 2014).

Sağlık sektörü açısından konuya bakıldığında ise, toplumun eğitim seviyesinin artması, teknolojinin gelişmesi ve internetin yaygınlaşmasıyla, hastaların daha çok bilinçlendiklerini ve beklentilerinin yükseldiğini söylemek mümkündür. Özellikle de sağlık hizmeti veren kurumların sayısının artışı, rekabetin şiddetlenmesine yol açmış ve bu tür kurumlar için hasta memnuniyeti kavramı, dikkate alınması gereken bir konu haline gelmiştir.

Hasta memnuniyeti, hastaların beklentilerinin karşılanması veya beklentilerin üstünde hizmet verilmesi sonucu hastanın kuruma ve aldığı hizmete karşı pozitif duygular beslemesidir (Berry vd., 1985; Kavuncubaşı, 2000; Tükel vd., 2004; Erdem vd., 2008; Kıdak ve Aksaraylı, 2008; Taşlıyan ve Gök, 2012).

Sağlık hizmeti sunan kurumların başarısı, hastayı merkeze koyan ve hastanın beklentilerine cevap veren bir hizmet anlayışına bağlıdır (Choi vd., 2005). Çünkü hasta memnuniyetini önemseyen sağlık işletmelerinde, kalite odaklı kurumsal kültürün varlığı, sadık ve yeni hasta sayısında artış, rekabette başarı ve yüksek kâr oranı demektir. Ayrıca kurumlar bu anlayış çerçevesinde sağlık hizmeti sunumu süresince aldıkları geri bildirimler yoluyla kurumun üstün ve zayıf yönlerini daha iyi değerlendirebilme fırsatı bulup doğru stratejiler belirleyebilirler (Pascoe, 1983; Calnan, 1988; Zeithaml, 2000; Choi vd., 2005; Özer ve Çakıl, 2007; Derin ve Demirel, 2013; Yalman vd., 2015).

Bunların yanında aldıkları sağlık hizmetinden memnun olan hastaların iyileşme konusundaki motivasyonları daha yüksektir. Doktor ve diğer sağlık personelinin önerilerini dikkatle takip ettikleri için hastalıkları nedeniyle karşılaşılabilecekleri komplikasyon riski düşüktür. Bu tür hastalar, daha kısa sürelerde iyileştiklerinden hastanede kalma, çeşitli tanı-teşhis ve ilaç tedavileri gibi maliyetlere de katlanmak durumunda kalmazlar. Sağlık kurumunda karşılaştıkları problemlere karşı daha toleranslı olup daha çok çözüm üretici önerilerde bulunurlar ve bir sonraki sağlık hizmeti ihtiyaçlarında aynı sağlık kurumunu tercih ederek hastane tercihi konusunda daha kısa sürede karar verebilirler (Pascoe, 1983; Calnan, 1988; Peyrot vd., 1993; Zeithaml, 2000; Choi vd., 2005; Elleuch, 2008; Derin ve Demirel, 2013; Şahin vd., 2013; Akıncı vd., 2015).

Bu noktadan hareketle hem hastalar hem de sağlık hizmeti veren kurumlar açısından hasta memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmalar yapmanın gereği ortaya çıkmaktadır. Ancak hasta memnuniyeti birçok faktörün etkisinde kalan, hastadan hastaya hatta bir hastanın zaman içindeki kişisel gelişimine göre bile değişebilen kompleks bir konudur.

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler olarak Wicks ve Chin (2008); güven, eşduyum, iletişim, beceri, gizlilik, kolaylık, nezaket, güvenilirlik, hızlı çözüm oluşturma, güvenlik ve fiziksel özellikler başlıkları altında araştırmalar yapmıştır. Duggirala ve diğerleri (2008), altyapı, personel kalitesi, kliniksel hizmet süreci, yönetsel süreçler, güvenlik göstergeleri, tedavi süresince edinilen deneyim ve kurumun topluma karşı sosyal sorumluluklarını yerine getirme derecelerinin üzerinde dururken; Kavuncubaşı (2000) da doktor-hasta ilişkisi, hemşire-hasta ilişkisi, diğer sağlık personeli-hasta ilişkisi,

bilgilendirme, güven, hastane ortamı, beslenme hizmetleri, konfor, bürokrasi ve ücret üzerinde durmuştur. Literatürde buna benzer çalışmalar yapmış olan araştırmalara rastlamak da mümkündür (Zgierska vd., 2014; Sumaedi vd., 2014). Bunların yanı sıra hastaların demografik özelliklerinin memnuniyet üzerinde farklılık yaratıp yaratmadığını araştıran çalışmalar da mevcuttur (Ercan vd., 2004; Özer ve Çakıl, 2007; Geçkil vd., 2008; Önsüz vd., 2008; Edirne vd., 2009; Demir vd., 2009; Emhan ve Bez, 2010; Top vd., 2010; Zaim ve Tarım, 2010; İpek Çoban ve Kaşıkçı, 2010; İçyeroğlu ve Karabulutlu, 2011; Arslan ve Kelleci, 2011; Demir vd., 2011; Arslan vd., 2012; Akkaya vd., 2012; Taşlıyan ve Gök, 2012; Milutinovic vd., 2012; Topal vd., 2013; Atilla vd., 2013; Öztürk vd., 2015; Hekimoğlu vd., 2015; Gökkaya vd., 2018).

2.2. Hasta Bağlılığı

Hasta bağlılığı ya da hasta sadakati kavramı aynı hasta tatmini kavramı gibi pazarlama alanından sağlık pazarlaması alanına geçmiş ve aslında “müşteri sadakati” kavramının karşılığı olarak kullanılmaktadır.

Müşteri bağlılığı, müşterinin, daha önce satın aldığı bir mal ve hizmeti ihtiyaç duyması halinde, rakip işletmelerin tüm çabalarına rağmen tekrar satın alması, söz konusu mal ya da hizmeti ve satın alım yaptığı işletmeyi beğenmesi, övmesi ve başkalarına önermesidir (Bayuk ve Küçük, 2007; Çatı ve Koçoğlu, 2008; Barutçugil, 2009; Oliver, 2015).

Hasta bağlılığı ise, hastanın çevresinde başka bir sağlık kuruluşunun bulunmaması gibi mecburi sebepler dahil olmak üzere hastanın aynı sağlık kurumundan sağlık hizmeti almaya devam etmesi, söz konusu sağlık kurumu ile ilgili olumlu görüşlerinin bulunması, çevresine bu kurumu önermesi şeklinde ifade edilebilir (Oyman, 2002; Çatı ve Koçoğlu, 2008; Derin ve Demirel, 2011).

Yapılan araştırmalara göre, hasta bağlılığını yaratmanın en önemli şartı hasta memnuniyeti yaratmaktır (Steiber ve Krowinski, 1990; Kandampully ve Hu, 2007; Rundle-Thiele ve Russell-Bennett, 2010; Tanrıverdi ve Erdem, 2010; Derin ve Demirel, 2011). Diğer bir ifadeyle, sunulan sağlık hizmetinin hasta beklentilerini karşılaması sonucu yaratılan hasta memnuniyeti, hastanın o kurumu tekrar tercihi üzerinde önemli bir koşuldur. Bu nedenle sağlık kurumu yöneticileri, hasta memnuniyeti ve bağlılığı arasındaki bu güçlü ilişkiyi göz önünde bulundurmalı, stratejik planlarını hazırlarken hasta bağlılığının yaratılması için farklı ve hastaya değer katan uygulamaları dikkate almalıdır (Tengilimoğlu ve Sezgin, 2005; Anbori vd., 2010; Bayın ve Önder, 2013; Ravichandran, 2015). Ayrıca sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın acil durumlarda ortaya çıkması, memnuniyet gibi bağlılığın da birçok faktörden etkilenmesi, ayakta tedavi olan ve yatarak tedavi olan hastaların beklentilerinin ve demografik özelliklerinin farklılık taşıması gibi nedenlerden dolayı hasta bağlılığının periyodik olarak ölçülmesi gerekmektedir (Özer ve Çakıl, 2007; Şahin vd., 2013).

Hasta bağlılığının ölçülmesi konusu literatürde oldukça yeni bir konudur. Bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında (Liu vd., 2010; Kessler ve Mylod, 2011; Arab vd., 2012; Kesuma vd., 2013; Astuti ve Nagase, 2014; Nagase, 2015; Sumaedi vd., 2014; Ravichandran, 2015; Unal vd., 2018; Meesalaa ve Paulb, 2018) en sık kullanılan ölçeğin Chaudhuri ve Holbrook (2001) tarafından geliştirilen, bağlılığın hem davranışsal hem de tutumsal yönünü ölçmeye çalışan ölçek olduğunu söylemek mümkündür.

2.3. Algılanan Değer

Değer kavramı, pazarlama literatürü açısından ele alındığında, iki başlıkta incelenmektedir: İşletmenin müşteri açısından yarattığı değer ve müşterinin işletme açısından yarattığı değer.

Müşterinin işletme açısından yarattığı değer, bir müşterinin satın aldığı mal ve hizmetleri sürekli satın alması veya aynı kurumu sürekli tercih etmesi dolayısıyla işletmenin artık tutundurma faaliyetlerine bütçe ayırmadan karını arttırması, hatta müşterilerden gelen geri bildirimlerle süreçlerini,

mal ve hizmetlerini yeniden tasarlaması üzerine kurulmuş değerdir (Altıntaş, 2000; Doyle, 2003; Kotler, 2005; Uzkurt, 2007; Uzunoglu, 2007).

İşletmenin müşteri açısından yarattığı değer (algılanan değer) ise, bir müşterinin mal ya da hizmeti satın almak için katlandığı maliyetlerle satın alım sonrası kazançlarını değerlendirdiğinde bu satın alma faaliyetinden karlı çıktığını (Gerson, 1997; Kotler, 2000; Hawkins vd., 2001; Yamamoto ve Kahraman, 2002; Doyle, 2003; Zineldin, 2006; Gözler, 2006; Uzkurt, 2007; Odabaşı, 2010), diğer bir ifadeyle, bir mal ya da hizmeti satın almak için verdiğiinden fazlasını aldığını düşündürmektedir.

Stinnet'e (2005) göre, müşterinin algıladığı değer, müşteri beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığı ile ilgili bir durumdur. Müşterinin gözünde algılanan değeri yüksek bir işletme olmak, ancak müşteri ile uzun döneme yayılan bağlılıkla mümkündür (Acuner, 2003). Müşterinin değeri düşük algılaması ise, onun kaybedileceği anlamına gelmektedir (Gözler, 2006). Dolayısıyla müşteri memnuniyeti ve bağlılığının, müşterinin algılanan değeri üzerindeki etkisinden söz etmek mümkündür.

Günümüzde rekabet halindeki işletme sayısının çokluğu ve birbirinin aynısı olan mal ve hizmetlerin kısa sürede taklit edilebildiği düşünüldüğünde, müşteri ilişkileri yönetiminde başarıyı yakalamak isteyen işletmelerin, algılanan değeri hesaplamaları gerekmektedir (Altıntaş, 2000).

Bu alandaki ilk ölçüm uygulamalarının otomobil, telefon ve internet gibi sektörlerde yapıldığı daha sonra da hizmet sektöründe benzer uygulamalara yer verildiği, sağlık sektörü açısından ise müşterinin algıladığı değer yerine hastanın algıladığı değer kavramının kullanıldığı görülmektedir. Sağlık sektörü açısından algılanan hasta değerine ilişkin çalışmaların her ne kadar sınırlı sayıda yapılmış olmasına rağmen (Peyrot vd., 1993; Gooding, 1995; Choi vd., 2004; Cengiz ve Kirkbir, 2007; Sumaedi vd., 2014; Özer vd., 2017) bazen tek boyutlu (Caruana ve Fenech, 2005; Gallarza ve Saura, 2006) bazen de çok boyutlu (Moliner, 2006; Sanchez vd., 2006; Cengiz ve Kirkbir, 2007; Chahal ve Kumari, 2012; Teke vd., 2012) kullanılan ölçeklere bağlı ortaya çıkan sonuçlar; bir sağlık kuruluşunun tekrar tercih edilmesinde hastanın bir önceki deneyiminden memnun kalmasına bağlı olduğunu, artan hasta memnuniyetinin hasta bağlılığını ve bunların algılanan değeri etkilediğini göstermektedir (Anderson, 1982; Gooding, 1995; Wakefield ve Barnes, 1996; Fornell vd., 1996; Cronin vd., 1997; Otani vd., 2005; Chaska, 2006; Moliner, 2009; Chahal ve Kumari, 2012; Teke vd., 2012; Yu vd., 2013).

III. ARAŞTIRMA METODOLOJİSİ

Bu bölümde araştırmanın amacı ve önemi, kavramsal modeli, evren ve örnekleme, yöntemi ve kısıtlarına değinilmiştir.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

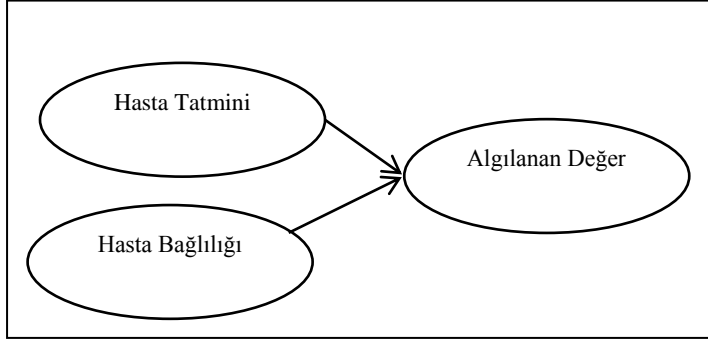
Araştırmanın amacı, sağlık işletmelerinden hizmet alan hastaların söz konusu hizmetlerden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değeri etkileyip etkilemediği ve bunun hastaların demografik özelliklerine göre farklılık taşıyıp taşımadığını hem ayakta hem de yatarak tedavi olan hastalar açısından tespit etmektir.

İlgili literatüre bakıldığında, yapılan çalışmalarda daha çok hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı ve hasta değeri ya da hasta bağlılığının hasta değeri üzerindeki etkisini ölçmeye yönelik çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Bununla birlikte literatürde hasta değerini ele alan çalışmaların oldukça sınırlı olduğu göz önüne alındığında yapılan araştırma, ulusal ve uluslararası yazında literatürde ve uygulamada bu konudaki boşluğu giderme açısından önem taşımaktadır.

3.2. Araştırmanın Kavramsal Modeli

Araştırmanın kavramsal modeli Şekil 1'deki gibi olup bu model ile ilgili olarak kullanılan ölçeklerin alındığı kaynaklar aşağıda gösterilmiştir.

Şekil 1. Araştırmanın Modeli



Hasta Tatmini: Wang vd., 2004,

Hasta Bağlılığı: Chaudhuri ve Holbrook, 2001; Matzler vd., 2008,

Algılanan Değer: Wang vd., 2004.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini hastanede ayakta ve yatarak tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Bu nedenle her iki gruptan ayrı ayrı olmak üzere örneklem büyüklüğü şu şekilde hesaplanmıştır (Yükselen, 2017):

$$n = p * q * (Z / e)^2$$

p = Hasta ilişkileri yönetimi uygulamalarından memnun olanların oranı (0,50)

q = (1 - p)

Z = %95 güvenlik düzeyinde normal değer (±1,96)

e = Tolerans düzeyi (±0,05)

İki şıklı evrende p değeri bilinmediğinde maksimum varyansı veren 0,50 değeri kullanılmakta olup örnek büyüklüğü şu şekilde hesaplanmıştır:

$$n = 0,50 * 0,50 * (1,96 / 0,05)^2 = 384$$

Örnek birimleri, tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Araştırmaya konu olan hastanenin belirli kliniklerinde (psikiyatri kliniği, yoğun bakım bölümleri, çocuk hastalıkları kliniği) tedavi gören hastalar ve hasta refakatçileri değerlendirme yapamayacakları düşünüldüğünden örneklem grubuna dâhil edilmemiştir.

3.4. Araştırmanın Yöntemi ve Kısıtları

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anketler Türkiye'de, bir üniversite eğitim ve araştırma hastanesinde, yatarak ve ayakta tedavi amaçlı gelen hastalara yüz yüze uygulanmıştır. Dolayısıyla iki ayrı anket formu kullanılmıştır. Her iki anket formunun birinci bölümünde hastalara yönelik beş demografik soruya (cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, meslek) ve hastaneyi tercih etme nedenlerine ilişkin bir soruya yer verilmiştir. Her iki anket formunda hasta tatmini ile ilgili üç, bağlılık ile ilgili dört soru bulunmaktadır. Ayrıca hasta değerini ölçmek için

kullanılan 18 sorunun 4'ü fonksiyonel değeri, 5'i duygusal değeri, 6'sı algılanan fedakârlığı ve 3'ü de sosyal değeri ölçmektedir. Söz konusu değişkenlere ilişkin sorular için 5'li Likert ölçeği (1: Kesinlikle Katılmıyorum, 5: Kesinlikle Katılıyorum) kullanılmıştır. Sonuç olarak her iki anket formunda demografik sorular dâhil olmak üzere toplam 31 soruya yer verilmiştir.

Araştırmanın uygulama aşamasına geçilmeden önce ilgili üniversiteden 20.03.2019 tarihli Etik Kurul onayı ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin (Sayı:15682851-044) alınmıştır. Araştırma Ekim-Kasım 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın, Türkiye'deki tek bir üniversite eğitim ve araştırma hastanesinde yapılması ise en önemli kısıtını oluşturmaktadır.

IV. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Araştırmanın güvenilirliğini arttırmak amacıyla ayakta tedavi gören hastalara yönelik olarak toplamda 1.000 anket yüz yüze uygulanmıştır. Eksik ve hatalı anketler elendiğinde 824 adet anket formunun kullanılabilir durumda olduğu tespit edilmiştir. Yatarak tedavi gören hastalara yönelik ise dağıtılan 1.200 anketin 850 adedinin kullanılabilir durumda olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla ayakta tedavi için dağıtılan anketlerin geri dönüş oranı %82,4, yatarak tedavi için ise %70,8'dir.

Ayakta tedavi gören hastaların demografik özelliklerine ilişkin olarak cinsiyetlerine, medeni durumlarına, yaşlarına, eğitim durumlarına, mesleklerine ve hastaneyi tercih nedenlerine ilişkin bulgular Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Demografik Özellikleri (n=824)

Değişkenler	n	%	Değişkenler	n	%
Cinsiyet			Meslek		
Kadın	402	48,8	Yönetici	28	3,4
Erkek	422	51,2	Prof. Meslek Grupları	112	13,6
Medeni Durum			Teknisyen veya Tekniker	27	3,3
Bekar	286	34,7	Yardımcı Meslek Grupları	47	5,7
Evli	538	65,3	Büro Hiz. Çalışanlar	32	3,9
Yaş			Tarım Orm. ve Su Ürün.	14	1,7
25 Yaş ve altı	160	19,5	Sanatkâr ve İlgili İşler	5	0,6
26-35 Yaş	227	27,5	Nitelik Gerektirmeyen İşler	375	45,5
36-45 Yaş	240	29,1	Emekli	62	7,5
46-55 Yaş	111	13,5	İşsiz	24	2,9
56-65 Yaş	56	6,8	Öğrenci	98	11,9
66 Yaş ve üzeri	30	3,6	Hastane Tercihi		
Eğitim Durumu			Aile Hekimi Önerisi	42	5,1
İlköğretim	157	19,0	Uzman Önerisi	65	7,9
Ortaöğretim	313	38,0	Kendi İsteği	649	78,8
Önlisans/Lisans ve üzeri	354	43,0	Arkadaş/Aile Tavsiyesi	35	4,2
			Diğer	33	4,0

Tablo 1 incelendiğinde, ayakta tedavi gören hastaların hemen aynı sayıda erkek ve kadından oluştuğu; ancak büyük çoğunluğunun evli (%65,3), 26-45 yaş aralığında (%56,6), önlisans/lisans ve üzeri eğitime sahip (%43), nitelik gerektirmeyen işlerde çalıştığı (%45,5) ve %78,8'inin kendi isteği ile bu hastaneyi tercih ettikleri saptanmıştır.

Yatarak tedavi gören hastaların demografik özelliklerine ilişkin olarak cinsiyetlerine, medeni durumlarına, yaşlarına, eğitim durumlarına, mesleklerine ve hastaneyi tercih nedenlerine ilişkin bulgular Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Demografik Özellikleri (n=850)

Değişkenler	n	%	Değişkenler	n	%
Cinsiyet			Meslek		
Kadın	417	49,1	Yönetici	15	1,8
Erkek	433	50,9	Prof. Meslek Grupları	80	9,4
Medeni Durum			Teknisyen veya Tekniker	22	2,6
Bekar	287	33,8	Yardımcı Meslek Grupları	83	9,8
Evli	563	66,2	Büro Hiz. Çalışanlar	39	4,6
Yaş			Tarım Orm. ve Su Ürün.	50	5,9
25 Yaş ve aşağısı	73	8,5	Sanatkar ve İlgili İşler	5	0,6
26-35 Yaş	139	16,4	Tesis ve Makine Oper.	5	0,6
36-45 Yaş	172	20,2	Nitelik Gerektirmeyen İşler	355	41,8
46-55 Yaş	156	18,4	Emekli	123	14,5
56-65 Yaş	153	18,0	İşsiz	40	4,7
66 Yaş ve üzeri	157	18,5	Öğrenci	33	3,9
Eğitim Durumu			Hastane Tercihi		
İlköğretim	288	33,9	Aile Hekimi Önerisi	49	5,8
Ortaöğretim	340	40,0	Danışman Uzman Önerisi	198	23,3
Önlisans/Lisans ve üzeri	222	26,1	Kendi İsteği	455	53,5
			Arkadaş/Aile Tavsiyesi	96	11,3
			Diğer	52	6,1

Tablo 2 incelendiğinde, yatarak tedavi gören hastaların, ayakta tedavi olan hastalar gibi hemen aynı sayıda erkek ve kadından oluştuğu, yine büyük çoğunluğunun evli (%66,2), nitelik gerektirmeyen işlerde çalıştığı (%41,8) ve hastaneyi kendi istekleri neticesinde tercih ettikleri (%53,5) görülmektedir. Ayakta tedavi olan hastalardan farklı olarak ise yatarak tedavi gören hastalara yönelik hazırlanan ankete daha çok 46-66 ve üzeri yaş grubundan (%54,9) ve ortaöğretim mezunu (%40) hastaların katıldıkları söylenebilir.

Model değişkenlerine ilişkin güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Model Değişkenlerine İlişkin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Değişkenler		Soru Sayısı	Cronbach's Alpha
Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Anket Maddeleri	Hasta Tatmini	3	0,912
	Hasta Bağlılığı	4	0,824
	Algılanan Değer	18	0,960
Yatarak Tedavi Gören Hastalara Yönelik Anket Maddeleri	Hasta Tatmini	3	0,933
	Hasta Bağlılığı	4	0,901
	Algılanan Değer	18	0,970

Tablo 3'de her iki hasta grubuna yönelik olarak hazırlanan anket ölçeklerinin Cronbach's Alpha değerleri gösterilmektedir. Değerler incelendiğinde güvenilirlik katsayılarının yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırma hipotezleri literatür çalışmaları ışığında şu şekilde belirlenmiştir:

H1: Ayakta tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeyleri kurumla ilgili algılanan değeri olumlu yönde etkiler.

H2: Yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeyleri kurumla ilgili algılanan değeri olumlu yönde etkiler.

H3: Ayakta tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların demografik özelliklerine göre farklıdır.

H3₁: Ayakta tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların cinsiyetlerine göre farklıdır.

H3₂: Ayakta tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların medeni durumuna göre farklıdır.

H3₃: Ayakta tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların yaş gruplarına göre farklıdır.

H3₄: Ayakta tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların eğitim durumuna göre farklıdır.

H3₅: Ayakta tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların hastane tercihlerine göre farklıdır.

H4: Yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların demografik özelliklerine göre farklıdır.

H4₁: Yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların cinsiyetlerine göre farklıdır.

H4₂: Yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların medeni durumuna göre farklıdır.

H4₃: Yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların yaş gruplarına göre farklıdır.

H4₄: Yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların eğitim durumuna göre farklıdır.

H4₅: Yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların hastane tercihlerine göre farklıdır.

Ayakta tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin algılanan değer üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi ile test edilmiş olup sonuçlar Tablo 4, 5 ve 6'da gösterilmiştir.

Tablo 4. Ayakta Tedavi Gören Hastalarda Hasta Tatmini, Hasta Bağlılığı ve Algılanan Değer İlişkisi Model Özeti

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahminin Standart Hatası
1	0,763 ^a	0,582	0,581	0,50617

Tablo 5. Ayakta Tedavi Gören Hastalarda Tatmini ve Hasta Bağlılığının Algılanan Değere Etkisine İlişkin Regresyon Modeli ANOVA Sonuçları

Model	Karelerin Toplamı	Sd	Karelerin Ortalaması	F	p
<i>Regresyon</i>	292,940	2	146,470	571,683	0,000 ^b
<i>Artık</i>	210,347	821	0,256		
<i>Toplam</i>	503,287	823			

Analiz sonucunda tatmin ve bağlılık ile algılanan değer arasındaki ilişki güçlü bir ilişki şeklinde ortaya çıkmıştır ($R=0,763$). Söz konusu bağımsız değişkenler, algılanan değerdeki değişimin %58,1'ini açıklamaktadır. Model anlamlı çıkmıştır (Tablo 5). Dolayısıyla “Ayakta tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeyleri kurumla ilgili algılanan değeri olumlu yönde etkiler.” şeklinde ifade edilen H1 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 6. Ayakta Tedavi Gören Hastalarda Hasta Tatmini ve Hasta Bağlılığının Algılanan Değere Etkisine İlişkin Regresyon Modeli Katsayıları

Model	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
<i>Sabit</i>	0,995	0,090		11,015	0,000
<i>Tatmin</i>	0,427	0,025	0,479	16,835	0,000
<i>Bağlılık</i>	0,322	0,025	0,370	12,989	0,000

Yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin algılanan değer üzerindeki etkisi de çoklu regresyon analizi ile test edilmiş olup sonuçlar Tablo 7, 8 ve 9’da gösterilmiştir.

Tablo 7. Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Hasta Tatmini, Hasta Bağlılığı ve Algılanan Değer İlişkisi Model Özeti

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahminin Standart Hatası
1	0,770 ^a	0,592	0,591	0,48858

Analiz sonucunda tatmin ve bağlılık ile algılanan değer arasındaki ilişki güçlü bir ilişki şeklinde ortaya çıkmıştır ($R=0,770$). Söz konusu bağımsız değişkenler, algılanan değerdeki değişimin %59,1'ini açıklamaktadır. Model anlamlı çıkmıştır (Tablo 8). Dolayısıyla “Yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeyleri kurumla ilgili algılanan değeri olumlu yönde etkiler.” şeklinde ifade edilen H2 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 8. Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Tatmini ve Hasta Bağlılığının Algılanan Değere Etkisine İlişkin Regresyon Modeli ANOVA Sonuçları

Model	Karelerin Toplamı	Sd	Karelerin Ortalaması	F	p
<i>Regresyon</i>	293,650	2	146,825	615,064	0,000
<i>Artık</i>	202,191	847	0,239		
<i>Toplam</i>	495,841	849			

Tablo 9. Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Hasta Tatmini ve Hasta Bağlılığının Algılanan Değere Etkisine İlişkin Regresyon Modeli Katsayıları

Model	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
<i>Sabit</i>	1,145	0,083		13,851	0,000
<i>Tatmin</i>	0,384	0,035	0,435	11,019	0,000
<i>Bağlılık</i>	0,322	0,034	0,369	9,344	0,000

“Ayakta tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların demografik özelliklerine göre farklıdır.” şeklinde ifade edilen H3 hipotezinin alt hipotezlerinin testi için sırasıyla cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu ve hastaların hastane tercihleri ele alınmıştır.

“Ayakta tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların cinsiyetlerine göre farklıdır.” şeklinde ifade edilen H3₁ hipotezine ait analiz sonuçları Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Tatmin ve Kuruma Bağlılık Düzeylerinin Kurumla İlgili Algılanan Değere Etkisinin Cinsiyete Göre Farklılık Analizi Sonuçları

				Tatmin		Bağlılık	
	Modeller	F	p	B	p	B	p
<i>Kadın</i>	Tatmin ve bağlılığın algılanan değer üzerindeki etkisi	319,416	0,000	0,441	0,000	0,323	0,000
<i>Erkek</i>		244,824	0,000	0,409	0,000	0,315	0,000

Her iki cinsiyet grubunda çoklu regresyon modeli anlamlı çıkmıştır. Tatmin ve bağlılık regresyon katsayıları da anlamlı çıkmış olmakla birlikte değerler arasında çok küçük farklar söz konusudur. Bu nedenle H3₁ hipotezi reddedilmiştir.

“Ayakta tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların medeni durumuna göre farklıdır.” şeklinde ifade edilen H3₂ hipotezine ait analiz sonuçları Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Tatmin ve Kuruma Bağlılık Düzeylerinin Kurumla İlgili Algılanan Değere Etkisinin Medeni Duruma Göre Farklılık Analizi Sonuçları

				Tatmin		Bağlılık	
	Modeller	F	p	B	p	B	p
<i>Bekar</i>	Tatmin ve bağlılığın algılanan değer üzerindeki etkisi	248,854	0,000	0,378	0,000	0,393	0,000
<i>Evlü</i>		334,546	0,000	0,450	0,000	0,283	0,000

Tablo 11’e bakıldığında çoklu regresyon modelinin, tatmin ve bağlılık regresyon katsayılarının anlamlı çıktığı görülmektedir. Ancak evlilerde tatmin değişkeninin regresyon katsayısı bekarlardan daha yüksek; buna karşılık bağlılık değişkeninin regresyon katsayısı bekarlarda evlilere göre daha yüksek çıkmıştır. Bu nedenle H3₂ hipotezi kabul edilmiştir.

“Ayakta tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların yaşına göre farklıdır.” şeklinde ifade edilen H3₃ hipotezine ait analiz sonuçları Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Tatmin ve Kuruma Bağlılık Düzeylerinin Kurumla İlgili Algılanan Değere Etkisinin Yaşa Göre Farklılık Analizi Sonuçları

	Modeller	Tatmin		Bağlılık			
		F	p	B	p		
25 Yaş ve altı	Tatmin ve bağlılığın algılanan değer üzerindeki etkisi	109,050	0,000	0,437	0,000	0,278	0,000
26-35 Yaş		167,174	0,000	0,428	0,000	0,289	0,000
36-45 Yaş		176,667	0,000	0,364	0,000	0,414	0,000
46-55 Yaş		62,425	0,000	0,547	0,000	0,197	0,022
56-65 Yaş		62,256	0,000	0,524	0,000	0,336	0,003
66 Yaş ve üzeri		11,186	0,000	0,315	0,032	0,352	0,017

Tüm yaş gruplarında çoklu regresyon modelleri ile tatmin ve bağlılık değişkenlerine ilişkin regresyon katsayıları anlamlı çıkmıştır. Tatmin değişkeninin algılanan değere etkisinde regresyon katsayılarına göre 46-55 yaş grubunda etki, diğerlerine göre daha yüksek, 66 ve üstü yaş grubunda daha düşük düzeydedir. Bağlılık değişkeni regresyon katsayılarına göre en yüksek etki değeri 36-45, en düşük etki değeri 46-55 yaş grubundadır. Bu çerçevede H₃ hipotezi kabul edilmiştir.

“Ayakta tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların eğitim durumuna göre farklıdır.” şeklinde ifade edilen H₃₄ hipotezine ait analiz sonuçları Tablo 13’te verilmiştir.

Tablo 13. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Tatmin ve Kuruma Bağlılık Düzeylerinin Kurumla İlgili Algılanan Değere Etkisinin Eğitim Durumuna Göre Farklılık Analizi Sonuçları

	Modeller	Tatmin		Bağlılık			
		F	p	B	p		
İlköğretim	Tatmin ve bağlılığın algılanan değer üzerindeki etkisi	121,152	0,000	0,369	0,000	0,381	0,000
Ortaöğretim		182,786	0,000	0,484	0,000	0,278	0,000
Önlisans/ Lisans ve üstü		263,064	0,000	0,403	0,000	0,336	0,000

Tüm eğitim grubunda çoklu regresyon modeli, tatmin ve bağlılık regresyon katsayıları anlamlı çıkmıştır. Ancak tatmin değişkeninin regresyon katsayısı, ortaöğretim seviyesindeki hastalar için en yüksek; buna karşılık bağlılık değişkeninin regresyon katsayısı ilköğretim seviyesindeki hastalar için en yüksek çıkmıştır. Bu nedenle H₃₄ hipotezi kabul edilmiştir.

“Ayakta tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların hastaneyi tercih nedenlerine göre farklıdır.” şeklinde ifade edilen H₃₅ hipotezine ait analiz sonuçları Tablo 14’te verilmiştir.

Tablo 14. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Tatmin ve Kuruma Bağlılık Düzeylerinin Kurumla İlgili Algılanan Değere Etkisinin Hastaneyi Tercih Nedenlerine Göre Farklılık Analizi Sonuçları

	Modeller	Tatmin		Bağlılık			
		F	p	B	p		
Aile Hekimi Önerisi	Tatmin ve bağlılığın algılanan değer üzerindeki etkisi	25,263	0,000	0,444	0,002	0,257	0,057
Uz. Hekim Önerisi		57,093	0,000	0,400	0,000	0,338	0,000
Kendi İsteği		379,304	0,000	0,398	0,000	0,332	0,000
Arkadaş/Aile Tavsiyesi		36,158	0,000	0,702	0,000	0,216	0,108
Diğer		86,046	0,000	0,517	0,003	0,337	0,030

Tüm tercih türlerinde çoklu regresyon modelleri anlamlı çıkmıştır. Aile hekimlerinin tavsiyesiyle gelenler ile arkadaş/aile tavsiyesi ile gelenlerde bu anlamlılık düzeyi tatmin değişkeninin etkisinden kaynaklanmıştır. Tatmin değişkeninin regresyon katsayılarına bakıldığında arkadaş/aile tavsiyesi ile gelenlerde en yüksek etki, buna karşılık kendi isteği ile gelenlerde en düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Anlamlı çıkan bağıllık değişkeninin regresyon katsayılarına göre aralarındaki mutlak değer farkları çok küçüktür. Bu çerçevede H₃ hipotezi kabul edilmiştir.

“Yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağıllık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların demografik özelliklerine göre farklıdır.” şeklinde ifade edilen H₄ hipotezinin alt hipotezleri için de sırasıyla cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu ve hastaların hastane tercihleri ele alınmıştır.

“Yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağıllık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların cinsiyetlerine göre farklıdır.” şeklinde ifade edilen H₄₁ hipotezine ait analiz sonuçları Tablo 15’te verilmiştir.

Tablo 15. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Tatmin ve Kuruma Bağıllık Düzeylerinin Kurumla İlgili Algılanan Değere Etkisinin Cinsiyete Göre Farklılık Analizi Sonuçları

	Modeller	Tatmin		Bağıllık			
		F	p	B	p		
<i>Kadın</i>	Tatmin ve bağıllığın algılanan değer üzerindeki etkisi	293,544	0,000	0,350	0,000	0,352	0,000
<i>Erkek</i>		321,346	0,000	0,419	0,000	0,290	0,000

Tablo 15’e bakıldığında çoklu regresyon modelinin, tatmin ve bağıllık regresyon katsayılarının anlamlı çıktığı görülmektedir. Ancak erkeklerde tatmin değişkeninin regresyon katsayısı kadınlardan daha yüksek; buna karşılık bağıllık değişkeninin regresyon katsayısı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır. Bu nedenle H₄₁ hipotezi kabul edilmiştir.

“Yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağıllık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların medeni durumuna göre farklıdır.” şeklinde ifade edilen H₄₂ hipotezine ait analiz sonuçları Tablo 16’da verilmiştir.

Tablo 16. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Tatmin ve Kuruma Bağıllık Düzeylerinin Kurumla İlgili Algılanan Değere Etkisinin Medeni Duruma Göre Farklılık Analizi Sonuçları

	Modeller	Tatmin		Bağıllık			
		F	p	B	p		
<i>Bekar</i>	Tatmin ve bağıllığın algılanan değer üzerindeki etkisi	176,186	0,000	0,432	0,000	0,222	0,000
<i>Evli</i>		449,825	0,000	0,360	0,000	0,378	0,000

Medeni durum değişkenine göre yapılan farklılık analizi sonuçlarına bakıldığında (Tablo 16), çoklu regresyon modelinin, tatmin ve bağıllık regresyon katsayılarının anlamlı çıktığı görülmektedir. Ancak bekarlarda tatmin değişkeninin regresyon katsayısı evlilerden daha yüksek; ancak bağıllık değişkeninin regresyon katsayısı evlilerde bekarlara göre daha yüksek çıkmıştır. Bu nedenle H₄₂ hipotezi kabul edilmiştir.

“Yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağıllık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların yaş gruplarına göre farklıdır.” şeklinde ifade edilen H₃₃ hipotezine ait analiz sonuçları Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Tatmin ve Kuruma Bağlılık Düzeylerinin Kurumla İlgili Algılanan Değere Etkisinin Yaşa Göre Farklılık Analizi Sonuçları

	Modeller			Tatmin		Bağlılık	
		F	p	B	p	B	p
25 Yaş ve altı	Tatmin ve bağlılığın algılanan değer üzerindeki etkisi	54,932	0,000	0,241	0,021	0,513	0,000
26-35 Yaş		86,231	0,000	0,471	0,000	0,186	0,022
36-45 Yaş		142,789	0,000	0,431	0,000	0,285	0,002
46-55 Yaş		133,190	0,000	0,466	0,000	0,345	0,000
56-65 Yaş		67,228	0,000	0,222	0,005	0,420	0,000
66 Yaş ve üzeri		119,858	0,000	0,440	0,000	0,219	0,005

Yaş değişkenine göre yapılan farklılık analizi sonuçlarına bakıldığında (Tablo 17), çoklu regresyon modelinin, tatmin ve bağlılık regresyon katsayılarının anlamlı çıktığı görülmektedir. Tatmin değişkeninin algılanan değere etkisinde regresyon katsayılarına göre 26-35 yaş grubunda etki, diğerlerine göre daha yüksek, 56-65 yaş grubunda daha düşük düzeydedir. Bağlılık değişkeni regresyon katsayılarına göre en yüksek etki değeri 25 yaş ve altı, en düşük etki değeri 26-35 yaş grubundadır. Bu çerçevede H₃ hipotezi kabul edilmiştir.

“Yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların eğitim durumuna göre farklıdır.” şeklinde ifade edilen H₃₄ hipotezine ait analiz sonuçları Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Tatmin ve Kuruma Bağlılık Düzeylerinin Kurumla İlgili Algılanan Değere Etkisinin Eğitim Durumuna Göre Farklılık Analizi Sonuçları

	Modeller			Tatmin		Bağlılık	
		F	p	B	p	B	p
İlköğretim	Tatmin ve bağlılığın algılanan değer üzerindeki etkisi	270,598	0,000	0,280	0,000	0,457	0,000
Ortaöğretim		221,158	0,000	0,417	0,000	0,295	0,000
Önlisans/ Lisans ve üstü		133,821	0,000	0,420	0,000	0,250	0,000

Tüm eğitim grubunda çoklu regresyon modeli, tatmin ve bağlılık regresyon katsayıları anlamlı çıkmıştır. Ancak tatmin değişkeninin regresyon katsayısı, ortaöğretim ve önlisans/lisans ve üstü eğitim seviyesine sahip hastalar için en yüksek; buna karşılık bağlılık değişkeninin regresyon katsayısı ilköğretim eğitim seviyesindeki hastalar için en yüksek çıkmıştır. Bu nedenle H₄₄ hipotezi kabul edilmiştir.

“Yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değere etkisi hastaların hastaneyi tercih nedenlerine göre farklıdır.” şeklinde ifade edilen H₄₅ hipotezine ait analiz sonuçları Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Tatmin ve Kuruma Bağlılık Düzeylerinin Kurumla İlgili Algılanan Değere Etkisinin Hastaneyi Tercih Nedenlerine Göre Farklılık Analizi Sonuçları

	Modeller			Tatmin		Bağlılık	
		F	p	B	p	B	p
<i>Aile Hekimi Önerisi</i>	Tatmin ve bağlılığın algılanan değer üzerindeki etkisi	30,713	0,000	0,568	0,000	0,045	0,712
<i>Uz. Hekim Önerisi</i>		94,694	0,000	0,349	0,000	0,327	0,000
<i>Kendi İsteği</i>		346,896	0,000	0,348	0,000	0,359	0,000
<i>Arkadaş/ Aile Tavsiyesi</i>		70,909	0,000	0,500	0,000	0,253	0,009
<i>Diğer</i>		89,840	0,000	0,224	0,121	0,539	0,000

Tüm tercih türlerinde çoklu regresyon modelleri anlamlı çıkmıştır. Aile hekimi tavsiyesi ile gelenlerde bu anlamlılık düzeyi tatmine bağlı iken, diğer nedenlerle gelenlerde bağlılık değişkeninden kaynaklanmıştır. Tatmin değişkenine ilişkin regresyon katsayıları anlamlı olanlar incelendiğinde, en yüksek etkinin aile hekimlerinin tavsiyesi ile gelenler olduğu; buna karşılık bağlılık değişkenine ilişkin regresyon katsayıları anlamlı olanlar incelendiğinde, diğer nedenlerle gelenlerde etkinin en yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre H₄₅ hipotezi kabul edilmiştir.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hizmet sektörü içinde önemli bir yere sahip olan sağlık hizmetleri, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, özel sektör kuruluşları ve üniversiteler tarafından verilmekle birlikte, hastalar tarafından en çok tercih edilen kurumların üniversitelere bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri olduğu bilinmektedir. Yapılan bu araştırma da bunu kanıtlar niteliktedir. Ayakta ve yatarak tedavi olan toplam 1674 hastanın %65,9'unun 1. ve 2. basamak sağlık kuruluşlarına gitmeden 3. basamak olan üniversite eğitim ve araştırma hastanesini kendi istekleri çerçevesinde tercih ettikleri görülmektedir. Her ne kadar üniversite hastanelerinin uzman personel, maddi olanaklar, ileri teknoloji vb. konularda diğer sağlık hizmeti veren kurumlardan farklı olarak avantajları olmasına rağmen söz konusu kurumların sürdürülebilirliği, çok daha fazla hasta tarafından tercih edilmelerine bağlıdır. Hatta üniversite hastanesini ilk kez tercih eden hastanın, bir sonraki sağlık hizmeti ihtiyacında, yine aynı hastaneyi tercih etmesine diğer bir deyişle kuruma bağlılık geliştirmesiyle sağlanabilir. Bu da ancak aldığı hizmetten memnun kalması durumunda mümkündür.

Hastalar aldıkları sağlık hizmetinin karşılığında maddi veya manevi birtakım fedakârlıklara katlanırlar. Ödenmesi gereken ücret, sağlık hizmetinden faydalanabilmek için beklenilmesi gereken süreler, tedavi boyunca yaşanan stres, fiziksel ve zihinsel deneyimler söz konusu fedakârlıklar çerçevesinde değerlendirilebilir (Chahal ve Kumari, 2012). Bu durumda hastanın istediği tek şey, eski sağlığına en kısa zamanda, doğru teşhis ve tedaviyle, strese girmeden ve çok fazla para harcamadan kavuşabilmektir. İşte bu noktada hastanın algıladığı değer olarak karşımıza çıkan bu kavram, hastanın aldığı hizmetten memnun olmasına ve kuruma bağlılık göstermesine göre değerlendirilir.

Sağlık işletmelerinden hizmet alan hastaların söz konusu hizmetlerden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değeri etkileyip etkilemediği ve bunun hastaların demografik özelliklerine göre farklılık taşıyıp taşımadığını hem ayakta hem de yatarak tedavi olan hastalar açısından tespit etmek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulgularına göre; hem ayakta hem de yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları tatmin ve kuruma bağlılık düzeylerinin kurumla ilgili algılanan değeri olumlu yönde etkilediği, ayakta tedavi gören hastalarda bu etkinin cinsiyet değişkeni dışında, yatarak tedavi gören hastalarda ise tüm demografik değişkenler (cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu ve hastaların hastane tercihleri) bazında farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlar daha önce yapılan araştırmalarla karşılaştırıldığında benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Örneğin Teke ve diğerleri (2012), Gülhane Askeri Tıp Akademisinde yaptıkları araştırmada, hasta memnuniyeti ve sadakatini sağlamada, hasta değerinin alt boyutlarına önem verilmesi gerektiği sonucuna ulaşmışlardır. Meesalaa ve Paulb (2018), Hindistan'daki özel hastanelerden hizmet alan hastalar üzerinde yaptıkları araştırmada, hasta memnuniyetinin hasta sadakati üzerinde etkili olduğunu ve cinsiyet değişkenine göre bu durumun farklılık gösterdiğini tespit etmişlerdir. Yu ve diğerleri (2013), yaptıkları çalışmada, algılanan değer, memnuniyet, davranışsal satın alma niyeti ve ağızdan ağıza iletişim arasında pozitif ilişki olduğunu ifade etmektedirler. Moliner (2009) ise, fonksiyonel değer tüketici memnuniyeti üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu ve hasta sadakatinin ana öncülünün hasta memnuniyeti olduğunu belirtmektedir. Sumaedi ve diğerleri (2014) ise Endonezya'da yüz atmış beş hasta üzerinde yaptıkları araştırmada tam tersine memnuniyet ve algılanan değer hasta sadakati üzerinde etkili olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca demografik değişkenlerin hasta memnuniyeti, sadakati ve algılanan değer üzerindeki farklılıkları açısından literatürde tam bir görüş birliğinin bulunmadığını söylemek mümkündür (Akkaya vd., 2012; Milutinovic vd., 2012; Atilla vd., 2013; Hekimoğlu vd., 2015; Gökkaya vd., 2018).

Bu araştırma Türkiye'deki tek bir üniversite hastanesinde uygulanmış olmasından dolayı sonuçları genellemek mümkün değildir. Ancak ileriki araştırmalar için hem Türkiye genelinde hem de sektör alanları itibarıyla benzer çalışmalar yapılması önerilebilir. Uygulayıcılar açısından ise; hastaya üstün değeri sunan kurumların rekabette bir adım önde olacaklarını unutmadan; hasta ihtiyaçlarıyla bir bütün olarak ilgilenmeleri, buna göre kurumu dizayn etmeleri, memnuniyeti ve bağlılığı arttıracak kaliteli hizmeti uygun maliyetlerle sunmaları, her hastaya özel hizmet için bilgi teknolojilerini kullanmaları, gereksiz test ve prosedürleri kaldırmaları, hasta değerini arttırmaya yönelik programlara odaklanmaları önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Acuner, Ş. A. (2003). *Müşteri ilişkilerinde hareket noktası: Müşteri memnuniyeti ve ölçümü*. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları.
- Akıncı, A., Mollahaliloğlu, S., Özgülcü, Ş., Dönertaş, B., & Alkan, A. (2015). Birinci basamak sağlık merkezlerine ve devlet hastanelerine başvuran hastaların aldıkları sağlık hizmetinin akılcı ilaç kullanımı açısından değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 6(1), 30-39.
- Akkaya, E. G., Bulut, M., & Akkaya, C. (2012). Acil servise başvuran hastaların memnuniyetini etkileyen faktörler. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 12(2), 62-68.
- Altıntaş, M. H. (2000). *Tüketici davranışları, müşteri tatmininden müşteri değerine*. Bursa: Alfa Yayınları.
- Anbori, A., Ghani, S. N., Yadav, H., Daher, A. M., & Su, T. T. (2010). Patient satisfaction and loyalty to the private hospitals in Sana'a, Yemen. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(4), 310-315.
- Anderson, D. C. (1982). The satisfied consumer: Service return behavior in the hospital obstetrics market. *Journal of Health Care Marketing*, 2(4), 25-33.
- Anderson, E. W., & Sullivan, M. W. (1993). The antecedents and consequences of customer satisfaction for firms. *Marketing Science*, 12(2), 125-143.
- Arab, M., Ghazi Tabatabaei, S. M., Rashidian, A., Rahimi Forushani, A., & Zarei, E. (2012). The effect of service quality on patient loyalty: A study of private hospitals in Tehran, Iran. *Iranian J Publ Health*, 41(9), 71-77.

- Arslan, Ç., & Kelleci, M. (2011). Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve ilişkili bazı faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1),1-8.
- Arslan, S., Nazik, E., Tanrıverdi, D., & Gürdil, S. (2012). Hastaların sağlık hizmetlerinden ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(6), 717-724.
- Astuti, H. J., & Nagase, K. (2014). Patient loyalty to healthcare organizations: Relationship marketing and satisfaction. *International Journal of Management and Marketing Research*, 7(2), 39-56.
- Astuti, H. J., & Nagase, K. (2015). Patient loyalty to health care organizations: Strengthening and weakening (satisfaction and provider switching). *Journal of Medical Marketing*, 14(4), 191-200.
- Atilla, G., Çarıkçı, İ. H., & Erdem, R. (2013). Hastanelerde duygusal zekâ-hasta memnuniyeti ilişkisi: Isparta il merkezi örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 15(1), 101-119.
- Awan, A. G., & Rehman, A. (2014). Impact of customer satisfaction on brand loyalty- An empirical analysis of home appliances in Pakistan. *British Journal of Marketing Studies*, 2(8), 18-32.
- Barutçugil, İ. (2009). *Müşteri ilişkileri ve satış yönetimi*. İstanbul: Kariyer Yayıncılık.
- Bayın, G., & Önder, Ö. R. (2013). Ankara'da bir üniversite ve bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran poliklinik hastalarının bağlılık düzeylerini belirlemeye yönelik bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 16(2), 105-120.
- Bayuk, M. N., & Küçük, F. (2007). Müşteri tatmini ve müşteri sadakati ilişkisi. *Marmara Üniversitesi İİBF Dergisi*, 12(1), 285-292.
- Bee, F., & Bee, R. (1997). *Müşteri ilişkileri*. (Çev. Bora A. ve Cankoçak O.) Ankara: İlkaynak Kültür ve Sanat Ürünleri Ltd. Şti.
- Berkman, H. W., & Gilson, C. (1986). *Consumer behavior concepts and strategies*. USA: Kent Publishing Company.
- Berry, L. L., Zeithaml, V. A., & Parasuraman, A. P. (1985). Quality counts in services, too. *Business Horizons*, 28(3), 44-52.
- Calnan, M. (1988). Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. *Social Science and Medicine*, 27(9), 927-933.
- Caruana, A., & Fenech, N. (2005). The effect of perceived value and overall satisfaction on loyalty: A study among dental patients. *Journal of Medical Marketing*, 5(3), 245-255.
- Cengiz, E., & Kirkbir, F. (2007). Customer perceived value: The development of a multiple item scale in hospitals. *Problems and Perspectives in Management*, 5(3), 252-267.
- Chahal, H., & Kumari, N. (2012). Consumer perceived value: The development of a multiple item scale in hospitals in the Indian context. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 6(2), 167-190.
- Chaska, B. W. (2006). Growing loyal patients. *Physician Executive*, 32(3), 42-46.
- Chaudhuri, A., & Holbrook, M. B. (2001). The chain of effects from brand trust and brand affect to brand performance: The role of brand loyalty. *Journal of Marketing*, 65(2), 81-93.

- Choi, K. S., Cho, W. H., Lee, S., Lee, H., & Kim, C. (2004). The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South Korean study. *Journal of Business Research*, 57(8), 913-921.
- Choi, K. S., Lee, H., Kim, C., & Lee, S. (2005). The service quality dimensions and patient satisfaction relationship in South Korea: Comparisons across gender, age and types of service. *The Journal of Services Marketing*, 19(3), 140-149.
- Cronin, J. J., Brady, M. K., Brand, R. R., Hightower, R., & Shemwel, D. J. (1997). A cross-sectional test of the effect of conceptualization of service value. *Journal of Services Marketing*, 11(6), 375-391.
- Çatı, K., & Koçoğlu, C. M. (2008). Müşteri sadakati ile müşteri tatmini arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19, 167-188.
- Demir, T., Açık, Y., Kaya, M. K., Deveci, S. E., Pirinççi, E., Yıldırım, B., Oğuzöncül, A. F., & Ozan, A. T. (2009). Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'na poliklinik ya da klinik hizmeti almak için başvuran hastaların sunulan hizmetten memnuniyet düzeyleri. *F. Ü. Sağ. Bil. Tıp Dergisi*, 23(3), 119-124.
- Demir, Y., Gürol Arslan, G., Eşer, İ., & Khorshid, L. İ. (2011). Bir eğitim hastanesinde hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin incelenmesi. *İÜFN Hem. Dergisi*, 19(2):68-76.
- Derin, N., & Demirel, E. T. (2011). Hasta görüşlerine göre oluşan kurum ünü ile hasta tutum ve davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi: Turgut Özal Tıp Merkezi örneği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(2), 208-235.
- Derin, N., & Demirel, E. T. (2013). Sağlık hizmetlerinde kalitenin göstergesi olan hasta memnuniyetine yönelik ölçek geliştirme çalışması. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 6(2), 1111-1130.
- Doyle, P. (2003). *Değer temelli pazarlama*. (Çev. Barış G.) İstanbul: MediaCat.
- Duggirala, M., Rajendran, C., & Anantharaman, R. N. (2008). Patient perceived dimensions of total quality service in healthcare. *Benchmarking: An International Journal*, 15(5), 560-583.
- Edirne, T., Kuşaslan, A. D., & Atmaca, B. (2009). Van ilinde birinci basamakta hasta memnuniyeti: Ankete dayalı keşifsel çalışma. *Türk Aile Hek. Dergisi*, 3(3), 137-147.
- Elleuch, A. (2008). Patient satisfaction in Japan. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(7), 692-705.
- Emhan, A., & Bez, Y. (2010). Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 37(3), 241-247.
- Ercan, İ., Ediz, B., & Kan, İ. (2004). Hastaların sosyo-ekonomik durumlarına göre sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(3), 161-164.
- Erdem, R., Rahman, S., Avcı, L., Demirel, B., Köseođlu, S., Fırat, G., Kesici, T., Kırmızıgöl, Ş., Üzel, S., & Kubat, C. (2008). Hasta memnuniyetinin hasta sadakati üzerine etkisi. *Erciyes Üniversitesi İİBF Dergisi*, 31, 95-110.

- Fornell, C., Johnson, M. D., Anderson, E. W., Cha, J., & Bryant, B. E. (1996). The American customer satisfaction index: Nature, purpose, and findings. *Journal of Marketing*, 60(4), 7-18.
- Gallarza, M. G., & Saura, I. G. (2006). Value dimensions, perceived value, satisfaction and loyalty: An investigation of university students' travel behaviour. *Tourism Management*, 27(3), 437-452.
- Geçkil, E., Dündar, Ö., & Şahin, T. (2008). Adıyaman il merkezindeki hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 15(2), 41-51.
- Gerson, R. F. (1997). *Müşteri tatminindeki süreklilik*. (Çev. Savaşer T.) İstanbul: Rota Yayınları.
- Gooding, S. K. (1995). Quality, sacrifice, and value in hospital choice. *Journal of Health Care Marketing*, 15(4), 24-31.
- Gökkaya, D., İzgüden, D., & Erdem, R. (2018). Şehir Hastanesinde hasta memnuniyeti araştırması: Isparta ili örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 9(20), 136-148.
- Gözler, Ö. (2006). Sadakat mitleri şirket batırır mı? *Capital Dergisi*, (Mart).
- Hawkins, D. I., Best, R. J., & Coney, K. A. (2001). *Consumer behavior*. USA: Mc Graw-Hill.
- Hekimoğlu, L., Tekiner, A. S., & Peker, G. C. (2015). Kamuya ait bir eğitim ve araştırma hastanesinde ayaktan ve yatan hasta memnuniyeti. *Konuralp Tıp Dergisi*, 7(1), 1-5.
- İçyeroğlu, G., & Karabulutlu, E. (2011). Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(17), 140-145.
- İpek Çoban, G., & Kasıkcı, M. (2010). Reliability and validity of the scale of patient perception of hospital experience with nursing care in a Turkish population. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 1929-1934.
- Kandampully, J., & Hu, H. (2007). Do Hoteliers need to manage image to retain loyal customers? *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 19(6), 435-443.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kessler, D. P., & Mylod, D. (2011). Does patient satisfaction affect patient loyalty? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(4), 266-273.
- Kesuma, I. A. W., Hadiwidjojo, D., Wiagustini, N. L. P., & Rohman, F. (2013). Service quality influence on patient loyalty: Customer relationship management as mediation variable (Study on private hospital industry in Denpasar). *International Journal of Business and Commerce*, 2(12), 1-14.
- Kıdak, L. B., & Aksaraylı, M. (2008). Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: Eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 87-122.
- Kotler, P. (2000). *Pazarlama yönetimi*. (Çev. Muallimoğlu N.) İstanbul: Beta Basım A.Ş.
- Kotler, P. (2005). *A'dan Z'ye pazarlama*. (Çev. Bakkal A. K.) İstanbul: MediaCat Yayınları.
- Kotler, P., & Keller, K. (2018). *Pazarlama yönetimi*. (Çev. Kırçova İ.) İstanbul: Beta Basım A.Ş.

- Lee, D. (2000). *The customer relationship management survival guide*. USA: HYM Pres.
- Liu, S. S., Franz, D., Allen, M., Chang, E. C., Janowiak, D., Mayne, P., & White, R. (2010). Ed services: The impact of caring behaviors on patient loyalty. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 404-414.
- Marley, K. A., Collier, D. A., & Goldstein, S. M. (2004). The role of clinical and process quality in achieving patient satisfaction in hospitals. *Decision Sciences*, 35(3), 349-369.
- Matzler, K., Grabner-Krauter, S., & Bidmon, S. (2008). Risk aversion and brand loyalty: The mediating role of brand trust and brand affect. *Journal of Product & Brand Management*, 17(3), 154-162.
- Meesalaa, A., & Paulb, J. (2018). Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 40, 261-269.
- Milutinovic, D., Simin, D., Brkic, N., & Brkic, S. (2012). The patient satisfaction with nursing care quality: The psychometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. *Scand J Caring Sci* 26(3), 598-606.
- Moliner, M. A. (2006). Hospital perceived value. *Health care Management Review*, 31(4), 328-336.
- Moliner, M. A. (2009). Loyalty, perceived value, and relationship quality in healthcare services. *Journal of Service Management*, 20(1), 76-97.
- Odabaşı, Y. (2010). *Satışta ve pazarlamada müşteri ilişkileri yönetimi*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Odabaşı, Y., & Oyman, M. (2013). *Pazarlama iletişimi yönetimi*. İstanbul: MediaCat Yayıncılık.
- Oliver, R. L. (2015). *Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer*. New York: Routledge.
- Otani, K. Kurz, R. S., & Harris, L. E. (2005). Managing primary care using patient satisfaction measures/practitioner application. *Journal of Healthcare Management*, 50(5), 311-325.
- Oyman, M. (2002). Müşteri sadakati sağlamada sadakat programlarının önemi. *Kurgu Dergisi*, 19, 169-185.
- Önsüz, M. F., Topuzoğlu, A., Cöbek, U. C., Ertürk, S., Yılmaz, F., & Birol, S. (2008). İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi. *Marmara Medical Journal*, 21(1), 33-49.
- Özer, A., & Çakıl, E. (2007). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5, 140-143.
- Özer, L., Başgöze, P., & Karahan, A. (2017). The association between perceived value and patient loyalty in public university hospitals in Turkey. *Total Quality Management & Business Excellence*, 28(7-8), 782-800.
- Öztürk, H., Candaş, B., & Babacan, E. (2015). Devlet hastaneleri, toplum ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(2), 25-36.
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 185-210.

- Peyrot, M., Cooper, P. D., & Schnapf, D. (1993). Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health services. *Journal of Health Care Marketing*, 13(1), 24-33.
- Ravichandran, N. (2015). Dimensions of patient loyalty and switching intention: Relational outcomes for benchmarking approach. *International Journal of Healthcare Management*, 8(4), 209-216.
- Rundle-Thiele, S., & Russell-Bennett, R. (2010). Patient influences on satisfaction and loyalty for GP services. *Health Marketing Quarterly*, 27(2), 195-214.
- Sanchez, J., Callarisa, L., Rodriguez, R. M., & Moliner, M. A. (2006). Perceived value of the purchase of a tourism product. *Tourism Management*, 27(3), 394-409.
- SB, Türkiye Sağlık Bakanlığı (2017). *Sağlık istatistikleri yillığı, 2017* <http://ohsad.org/wp-content/uploads/2018/12/28310saglik-istatistikleri-yilligi-2017pdf.pdf>
- Steiber, S. R., & Krowinski, W. J. (1990). *Measuring and managing patient satisfaction*. USA: American Hospital Association.
- Stinnet, B. (2005). *Think like your customer: A winning strategy to maximize sales by understanding how and why your customers buy*. USA: Mc Graw Hill.
- Storbacka, K., Strandvik, T., & Grönroos, C. (1994). Managing customer relationships for profit: The dynamics of relationship quality. *International Journal of Service Industry Management*, 5(5), 21-38.
- Sumaedi, S., Bakti, I. G. M. Y., Rakhmawati, T., Astrini, N. J., Widiyanti, T., & Yarmen, M. (2014). The empirical study on patient loyalty: The role of trust, perceived value, and satisfaction (A case study from Bekasi, Indonesia). *Clinical Governance: An International Journal*, 19(3), 269-283.
- Şahin, B., Çelik, Y., & Tengilimoğlu, D. (2013). *Sağlık hizmetleri pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını.
- Tanrıverdi, H., & Erdem, Ş. (2010). Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi ile tatmin düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi ve bir uygulama. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14(1), 73-92.
- Taşlıyan, M., & Gök, S. (2012). Kamu ve özel hastanelerde hasta memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta bir alan çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2(1), 69-94.
- Teke, A., Cengiz, E., Çetin, M., Demir, C., Kirkbir, F., & Fedai, T. (2012). Analysis of the multi-item dimensionality of patients' perceived value in hospital services. *Journal of Medical Systems*, 36(3), 1301-1307.
- Tengilimoğlu, D., & Sezgin, B. (2005). Hastanelerde pazarlama faaliyetlerinin müşteri bağlılığına etkisi: Bir alan çalışması. *Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Bildiri Kitabı* (s.154-165). Ankara.
- Top, M., Tarcan, M., Güler, H., & Tekingündüz, S. (2010). Hastane sektöründe yatan hasta tatmini ve hastane kalitesi algılamalarının değerlendirilmesi: İzmir ili sağlık bakanlığı hastaneleri örneği. *Akademik Bakış Dergisi*, 22, 1-29.
- Topal, F. E., Şenel, E., Topal, F., & Mansuroğlu, C. (2013). Hasta memnuniyeti araştırması: Bir devlet hastanesinin acil kliniğine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 35, 199-205.

- Tükel, B., Acuner, A. M., Önder, Ö. R., & Üzgül, A. (2004). Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti (Genel cerrahi anabilim dalı örneği). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(4), 205-214.
- Tütüncü, Ö. (2001). *Yiyecek içecek işletmelerinde müşteri tatmininin ölçülmesi*. Ankara: Turhan Kitabevi.
- Unal, O., Akbolat, M., & Amarat, M. (2018). The influence of patient-physician communication on physician loyalty and hospital loyalty of the patient. *Pakistan journal of medical sciences*, 34(4), 1-5.
- Uzkesici, N. (2002). *Sağlık kurumları yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Uzkurt, C. (2007). Müşteri değeri ve tatmininin satın alım sonrası gelecek eğilimlere etkisi üzerine ampirik bir çalışma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17, 25-43.
- Uzunoglu, E. (2007). Müşteri odaklı pazar yaratma anlayışına göre değer yaratma: Bir model olarak değer iletim sistemi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2(1), 11-29.
- Varinli, İ., & Çakır, A. (2004). Hizmet kalitesi, değer, hasta tatmini ve davranışsal niyetler arasındaki ilişki: Kayseri'de poliklinik hastalarına yönelik bir araştırma. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(17), 33-52.
- Vavra, T. G. (1999). *Müşteri tatmini ölçümlerinizi geliştirmenin yolları*. (Çev. Günay G.) İstanbul: Kalder Yayınları.
- Wakefield, K. L., & Barnes, J. H. (1996). Retailing hedonic consumption: A model of sales promotion of a leisure service. *Journal of Retailing*, 72(4), 409-427.
- Wang, Y., Lo, H. P., Chi, R., & Yang, Y. (2004). An integrated framework for customer value and customer-relationship-management performance: A customer-based perspective from China. *Managing Service Quality*, 14(2/3), 169-182.
- Wells, W. D., & Prensky, D. (1996). *Customer behaviour*. USA: John Wiley and Sons.
- Wicks, A. M., & Chin, W. W. (2008). Measuring the three process segments of a customer's service experience for an out-patient. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), 24-38.
- Yalman, F., Bayat, M., & Çatı, K. (2015). Aile hekimliği uygulamasının hekimlerin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine etkisi: Düzce örneği. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(3), 23-50.
- Yamamoto, G. T., & Kahraman, D. (2002). Bilgi yayılımını sağlayan kurumlarda müşteri değeri ve Türkcüll örneği. *I. Ulusal Bilgi Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, 789-800, İzmit.
- Yılmaz, M. (2001). Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 69-74.
- Yu, J., Zo, H., Choi, M. K., & Ciganek, A. P. (2013). User acceptance of location-based social networking services: An extended perspective of perceived value. *Online Information Review*, 37(5), 711-730.
- Yükselen, C. (2017). *Pazarlama araştırmaları*. Ankara: Detay Yayıncılık.

- Zaim, H., & Tarm, M. (2010). Hasta memnuniyeti: Kamu hastaneleri üzerine bir alan araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları*, 59(2), 1-24.
- Zeithaml, V. A. (2000). Service quality, profitability, and the economic worth of customers: What we know and what we need to learn. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28(1), 67-85.
- Zgierska, A., Rabago, D., & Miller, M. M. (2014). Impact of patient satisfaction ratings on physicians and clinical care. *Patient Preference and Adherence*, 8, 437-446.
- Zineldin, M. (2006). The royalty of loyalty: CRM, quality and retention. *Journal of Consumer Marketing*, 23(7), 430-437.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

HUZUREVİNDE ÇALIŞAN YAŞLI BAKIM ELEMANLARININ ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK İLE İŞ VE YAŞAM DOYUMU İLİŞKİSİ

Serap CANLI *
Nurhan BİNGÖL **
Bayram GÖKTAŞ ***


ÖZ

Günümüzde yaşlı nüfusun artışı ve bu nüfusa aile üyeleri tarafından sunulan bakımın yerini kurum bakımına bırakması, kurum bakım elemanlarına olan ilgiyi arttırmıştır. Bu çalışma yaşlı bakım elemanlarının algıladıkları sosyal destek ile iş ve yaşam doyumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Şubat 2018-Haziran 2018 tarihleri arasında Ankara'da bulunan Demetevler Fatma Üçer, Çubuk Abidin Yılmaz ve Elmadağ Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri'nde yürütülen çalışmaya ilgili kurumlarda çalışan 106 yaşlı bakım elemanı dahil edilmiştir. Çalışmada yer alan bakım elemanlarına Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri Bilgi Formu, Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Minnesota İş Tatmin Ölçeği uygulanmıştır. Yaşlı bakım elemanlarının %69,4'ü sosyal desteği olduğu yönünde algıya sahip iken, iş tatminine ilişkin değerlendirmelerinin %60 oranında olumlu olduğu ve %73 oranında yaşamdan doyum aldıkları saptanmıştır. Bakım elemanlarının algıladıkları sosyal destek ile iş doyumları arasında ilişki olmadığı, buna karşın yaşam doyumları ile ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Evde bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunmayan bakım elemanlarının algılanan sosyal desteklerinin, fiziksel, ruhsal ve sosyal sorun yaşamayanların ise iş doyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kurumda çalışan bakım elemanlarının iş ve yaşam doyumuna etki eden faktörlerin belirlenmesi için daha fazla araştırma yapılması, iş doyumuna etki eden sağlık sorunlarının neler olduğunun saptanması ve bu sorunlara yönelik gerekli müdahalelerin yapılması hem bakım elemanlarının desteklenmesi hem de bakımın kalitesinin artırılması açısından yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Bakım, bakım elemanı, algılanan sosyal destek, iş doyumunu

MAKALE HAKKINDA

* Öğr. Gör. Dr., Ankara Üniversitesi Haymana MYO, seunal@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-7759-5650>

** Öğr. Gör., Ankara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, Nurhan.Bingol@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1372-1141>

*** Öğr. Gör., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bayram.Goktas@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-0126-4801>

Gönderim Tarihi: 25.02.2020

Kabul Tarihi: 21.08.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Canlı, S., Bingöl, N. & Göktaş, B. (2020). Huzurevinde Çalışan Yaşlı Bakım Elemanlarının Algıladıkları Sosyal Destek ile İş ve Yaşam Doyumu İlişkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 435-450

RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND JOB AND LIFE SATISFACTION BY ELDERLY CARE ELEMENTS WORKING IN NURSING HOME

Serap CANLI *
Nurhan BİNGÖL **
Bayram GÖKTAŞ ***


ABSTRACT

Today the increase in the number of elderly population and family members giving care to this population preferring institutional care for them has enhanced the interest in institutional care staff. This is a descriptive study aiming to analyse the relationship between perceived social support and job and life satisfaction of elderly care staff working at nursing homes. 106 elderly care staff working in Demetevler Fatma Üçer, Çubuk Abidin Yılmaz ve Elmadağ Elderly Care and Rehabilitation Centers in Ankara between the dates of February 2018-June 2018 were included in the study. Sociodemographic Information form, Multi dimension social support scale, Life Satisfaction Scale and Minnesota Job Satisfaction Scale were used in the study. 69.4% of the elderly care staff perceived that they had social support, 60% of the respondernts had positive evaluations towards job satisfaction and 73% of the respiondents were found to have life satisfaction. It is found that there is no relationship between perceived social support and job satisfaction of elderly care staff and it is also found that there is a relationship between perceived social support and life satisfaction. Is is found that perceived social support of the elderly care staff which do not have a dependent person at home and which do not any pshysical, mental and social problems have high job satisfactions. It can be recommended to conduct future reserch to determine the factors affecting the job and life satisfactions of elderly care staff and to determine the health problems affecting job satisfaction in order to increase the care quality.

Keywords: Care, caregiver, perceived social support, job satisfaction

ARTICLE INFO

* Ankara University, seunal@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-7759-5650>

** Ankara University, Nurhan.Bingol@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1372-1141>

*** Ankara University, Bayram.Goktas@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-0126-4801>

Recieved: 25.02.2020

Accepted: 21.08.2020

Cite This Paper:

Canlı, S., Bingöl, N., & Göktaş, B. (2020). Huzurevinde Çalışan Yaşlı Bakım Elemanlarının Algıladıkları Sosyal Destek ile İş ve Yaşam Doyumu İlişkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 435-450

I. GİRİŞ

Yaşlılık, bilişsel işlevlerde yıkım, kronik hastalıklarda artış, günlük yaşam işlevleri ve yaşam kalitesinde bozulma, sosyal izolasyon ve bunun sonucunda sürekli bakım gereksiniminin doğduğu (World Health Organization [WHO], 2002) insan yaşamının kritik bir dönemi olarak kabul edilmektedir. Dünya genelinde, bu dönemdeki bireyler diğer yaş gruplarına göre daha hızlı büyümektedir. Bu büyümenin 1970-2025 yılları arasında yüzde 223 oranında olacağı öngörülmektedir. Bugüne kadar, çoğunlukla Avrupa ülkeleri gibi gelişmiş bölgelerle ilişkili nüfus yaşlanmasının 2050 yılına kadar yüzde 80'inin gelişmekte olan ülkelerde yaşanacağı (WHO, 2002) tahmin edilmektedir. Başkalarına bağımlı olan bu yaşlı nüfusun artışı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde uzun süreli bakım hizmetlerine olan gereksinimi arttırmaktadır. Uzun süreli bakım hem (aile üyeleri gibi) gayri resmi hem de (birinci basamak, evde bakım birimleri, huzurevleri ve bakımevleri gibi) kurumsal bakım olarak resmi destek sistemleri tarafından sunulmaktadır (WHO, 2002). Yaşlıların bakım gereksinimlerinin aile üyeleri tarafından karşılanmasının giderek güçleşmesi (Ceylan, 2015) yaşlı bireylere sunulacak olan kurumsal bakım hizmetinin önemini ve bakım hizmetini sunacak olan bakım elemanlarına olan ihtiyacı gündeme getirmiştir.

Ülkemizde yaşlılara yönelik yatılı kurumsal bakım hizmeti sunan kuruluşlarda yaşlı bireylere hizmet sunan doktor, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanı gibi meslek çalışanları yanında bakım vermekle yükümlü yaşlı bakım elemanları da bulunmaktadır. Yaşlı bakım elemanı, yaşlı ve hasta bireylerin, bakım ile ilgili gereksinimlerini değerlendiren, yaşam alanı ile ilgili gerekli düzenlemeleri yapan, kişisel günlük bakıma yardımcı olan, bakım veren aile üyelerini destekleyen, sosyal aktivitelere katılıma yönlendiren ve destekleyen meslek grubudur (Resmî Gazete, 2014) şeklinde tanımlanmaktadır.

Yaşlı bakımı, fiziksel emeğinin yanı sıra duygusal emeği de yoğun bir iştir ve bakım yükü, stres, tükenmişlik, iş tatminsizliği (Özmete, 2016) gibi risklerin bulunduğu bir alandır. Uzun süre bakım sağlama deneyimi kronik stres kaynağı olabilir ve sadece bakım elemanlarının günlük yaşamlarını ve sağlıklarını değil, aynı zamanda bir bütün olarak toplumu da etkileyebilir (Reinhard vd., 2015). Son yıllarda yaşlı bakım hizmetlerinin nitelik ve kalitesinin iyileştirilmesi (Özmete, 2016), bakım verenlerin yaşadıkları sorunların azaltılması tartışılan konular haline gelmiştir. Bakımın nitelik ve kalitesi bakım elemanlarının karşılaştığı riskler, psiko-sosyal ve ekonomik sorunların çözümünden (Danış ve Genç, 2011) ve bakım elemanlarının algıladıkları sosyal desteğin iş ve yaşam doyumu ile ilişkisinin belirlenmesinden bağımsız düşünülmemelidir.

Bireyin çevresindeki sosyal destek, moral ve yaşam memnuniyetine olumlu katkıda bulunurken stresli olaylarla başa çıkmasına yardımcı olabilir. Yüksek algılanan sosyal destek, bir konuya odaklanabilmek ve daha az depresif belirtiler gösterebilmek gibi daha sağlıklı bir zihin durumu ile sonuçlanabilir (Besser vd., 2007).

Bakım elemanlarının sosyal destek algısını değerlendirmek ve sosyal destek algısı ile iş ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi belirlemek, sosyal destek algısını artırarak yüksek iş ve yaşam doyumunu sağlamak ve bu alanda öneriler sunmak adına yararlı olabilir. Buradan hareketle bu çalışmada, ülkemizde konu ile ilgili sınırlı sayıda araştırma yapılmış olması nedeniyle kurumda yaşlılara bakım hizmeti veren yaşlı bakım elemanlarının algıladıkları sosyal destek ile iş ve yaşam doyumları arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır. Ayrıca çalışmada sosyal destek, sosyal destek algısı, iş ve yaşam doyumu gibi temel kavramlara yer verilmiştir.

II. TEMEL KAVRAMLAR

2.1. Sosyal Destek

Sosyal destek, öznenin, bakıldığı ve sevildiği, saygı duyulduğu ve karşılıklı yükümlülükler ağının bir üyesi olduğuna inanmaya yönlendirdiği bilgiler olarak tanımlanmaktadır (Cobb, 1995). Sosyal destek kaynakları aile, arkadaşlar, sevgili (Zimet vd., 1988) çalışma arkadaşları ve yöneticiler (Beehr vd., 2000) olabilmektedir. Çalışmalar, bu destek kaynakları arasındaki etkileşimin stres gibi çeşitli sağlık sonuçlarına karşı koruyucu olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır. Ayrıca (örneğin, iş tatmini gibi) olumlu çalışma tutumları ve aktif sosyal dinamiklerle karakterize edilen çalışma bağlamları ile pozitif ve anlamlı bir ilişki kurduğu sonucunu da ortaya koymaktadır (Almeida vd., 2019). Çalışmalardan yola çıkılarak sosyal desteğin kişinin motivasyonunu arttıran ve kendisini değerli hissetmesini sağlayan öğelerden oluştuğu söylenebilir. Buna karşın son yıllarda yapılan sosyal destek araştırmalarında ağırlığın sosyal ilişkilerin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin kendi izlenimlerine, yani algılanan desteğe kaydığı belirtilmiştir (Eker vd., 2001).

2.2. Algılanan Sosyal Destek

Bu kavram bireyin diğer bireylerle arasında güvene dayalı bağlar olduğuna ve onlardan yeterli derecede destek sağlayacağına yönelik algılaması (Oktan, 2005) olarak tanımlanmaktadır. Bireyin sosyal destek kaynaklarını, ailesi, arkadaşları, akrabaları, komşuları, meslektaşları ya da etkileşimde bulunduğu diğer insanlar oluşturmaktadır (Zimet vd., 1988). Bireyin sosyal desteğe sahip olduğu algısının özel ve iş hayatında önemli etkilere sahip olabileceği belirtilmiştir. Örneğin bireyler iş arkadaşlarından algıladıkları sosyal desteğe göre daha verimli çalışabilmekte, yüksek iş doyumunu, motivasyon ve performans gösterebilmektedir (Marcinkus vd., 2007). Ayrıca iş stresi, depresyon ve tükenmişlik ile iş ve iş dışı yaşamdaki çatışmaları daha az yaşayabilmektedir (Cieslak vd., 2007). Son olarak sosyal desteğin, bireyin sosyal ve ruhsal sorunlarının çözümünde etkili bir kaynak olabileceği vurgulanmaktadır (Clara vd., 2003).

2.3. İş Doyumu

İş doyumunu, bireyin iş veya işle ilgili deneyimlerinden ortaya çıkan olumlu duygusal durumdur (Locke, 1969). İş yaşamında doyum sağlayan etkenler; kişi ile ilgili özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aile desteği gibi), işle ilgili özellikler (işin niteliği ve önemi, işle ilgili yapılan rol tanımları, işte özerklik tanınması, verilen ücret ve terfi gibi) ve örgüt ile ilgili özelliklerdir (çalışma ilgili koşullar, iş arkadaşları ile iletişim ve çalışanlara verilen destek gibi) (Ting, 1997).

İş tatmini ile eş anlamlı olarak kullanılabilen iş doyumunu, çalışanın fiziksel ve ruhsal sağlığı, işteki verimlilik ve performansını etkileyen önemli bir unsurdur (Balci, 1985). İş yaşamında yüksek doyum yaşanması verimliliğin artışı, iş yaşamı ile ilgili fırsat ve seçeneklerin daha çok farkına varmayı sağlayabilmektedir. Bu durumda belirlenen hedeflere ulaşmak için zaman ve gelişmeye yönelik faaliyetler buna göre planlanmaktadır (Near vd., 1984).

2.4. Yaşam Doyumu

Bireylerin kişisel, psikolojik, davranışsal, sosyal, kişilerarası ilişkilerinin olumlu yansıması ve ruh sağlığının önemli bir göstergesi olan yaşam doyumunu (Proctor vd., 2017) ile ilgili çok sayıda tanımlama yapılmıştır. Bunlardan ilki Neugarten ve diğerleri (1961) tarafından yapılmış olan tanımlamadır. Bu tanımlamaya göre yaşam doyumunu, beklentilerle elde olanların karşılaştırılmasının sonucunda elde edilen durum ya da sonuçtur (Neugarten vd., 1961). Yaşam doyumunu bütün yaşam memnuniyeti ile ilişkilidir. Bu nedenle yaşam doyumunun çeşitli faktörlerden etkilenebileceği düşünülmektedir. Kapteyn ve diğerlerine (2009) göre yaşam doyumunu dört faktör tarafından sağlanmaktadır. Bunlar iş veya günlük aktiviteler, aile ve sosyal ilişkiler ve sağlık ve gelir düzeyidir. Dockery'ye (2003) göre ise

özgür olmak, üst gelir grubunda olmak, aile ilişkilerinin iyi olması, iyi bir sosyal çevreye sahip olmak, bedensel ve ruhsal açıdan iyi olmak gibi faktörler yaşam doyumunda etkilidir.

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Yöntemi

Bu çalışma kapsamında yaşlı bakım kurumlarında çalışan bakım elemanlarının sosyal destek algılarının iş ve yaşam tatmini ile ilişkisi araştırılmıştır. Çeşitli gerekçelerle bakım hizmetinde çalışan yaşlı bakım elemanlarının sosyal destekleri oldukları yönündeki algısının yüksek olmasının iş ve yaşam doyumunu arttıracığı düşünülmektedir. Bu amaçla tanımlayıcı tipte planlanan çalışma Şubat 2018-Haziran 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ankara ilinde bulunan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı devletin hizmet verdiği 10 adet Huzurevi, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde çalışan toplam 332 yaşlı bakım elemanı oluşturmuştur. Evrenin tamamına, kurumlarla yapılan ön görüşmeler ve bakanlık izni olmaması nedeniyle ulaşılamamıştır. Araştırmanın, izin alınabilen Ankara Demetevler Fatma Üçer, Çubuk Abidin Yılmaz ve Elmadağ Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri'nde yapılmasına karar verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan merkezlerdeki yaşlı bakım elemanlarına ulaşılabilir olması nedeniyle örneklem alınmamış olup, yaşlı bakım elemanlarının tümü araştırma kapsamına alınmıştır. İlgili kurumlarda çalışan yaşlı bakım elemanı sayısı 114'tür. Araştırmaya 18 yaş ve üzerinde olan, en az bir aydır kurumda çalışan, yaşının bakımından doğrudan sorumlu olan ve araştırmaya katılmayı sözlü ve yazılı olarak kabul eden kişiler dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen sekiz kişi araştırma dışı bırakılmış, 106 kişi ile araştırma tamamlanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Minnesota İş Tatmin Ölçeği (MITÖ) ve Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) kullanılmıştır.

3.3.1. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri Bilgi Formu

Araştırmada yer alan bakım elemanlarının sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için araştırmacılar tarafından literatür (Özmete, 2016; Işıkhani, 2018) taranarak geliştirilen 15 soruluk formdur. Anketin ilk kısmında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim-gelir düzeyi, eş durumu ve evde bakmakla yükümlü olunan kişilerin olup olmadığına dair bilgiler; ikinci kısmında ise çalışma yaşamına ve kurumda yaşadığı sorunlara yönelik sorular yer almaktadır.

3.3.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

1988 yılında geliştirilen ölçek 12 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin algılanan sosyal desteğin kaynağına ilişkin dörder maddeden oluşan üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek, 3, 4, 8 ve 11. maddeleri içeren aile desteği, 7, 9 ve 12. maddeleri içeren arkadaş desteği, 1, 2, 5 ve 10. maddeleri içeren özel insan desteği alt boyutlarından oluşmaktadır. Alt ölçek puanları ölçeklerdeki dört maddenin puanlarının toplanması ile ölçekten alınan toplam puan bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile bulunmaktadır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan dört, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Ölçek toplam puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Zimet vd., 1988). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Eker ve Arkar (1995) yapmış ve Türk toplumu için uygun olduğunu bulmuşlardır.

3.3.3. Minnesota İş Tatmin Ölçeği

Ölçek Weiss ve diğerleri (1967) tarafından geliştirilmiş, içsel, dışsal ve genel doyum faktörlerini belirlemeye yönelik, 20 maddelik beşli Likert tipi bir araçtır. Katılımcıdan bu beş seçenekte yer alan memnuniyet düzeylerini belirleyen ifadelerden birini seçmesi istenmektedir. Puanlama beşten bire kadar yapılmaktadır. Başarı, takdir edilme, işin kendisi, işin sorumluluğu, yükselme ve terfi gibi görev değişikliği içsel doyumunu oluşturmaktadır. İçsel doyum puanı, içsel faktörleri oluşturan maddelerden (1.2.3.4.7.8.9.10.11.15.16.20) elde edilen puan toplamının 12'ye bölünmesi ile bulunmaktadır. Kurum politikası ve yönetim, denetim şekli, çalışma arkadaşları ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları ve ücret gibi işin çevresine ilişkin öğeler dışsal doyumunu oluşturmaktadır. Dışsal doyum puanı dışsal faktörleri içeren maddelerden (5.6.12.13.14.17.18.19) elde edilen puan toplamının 8'e bölünmesi ile bulunmaktadır. Genel doyum puanı maddelerden elde edilen puan toplamının 20'ye bölünmesiyle bulunmaktadır. Ülkemizde 1985 yılında Baycan tarafından (1985) Türkçeye uyarlaması ve geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmış (Cronbach alfa = 0,77) bulunmuştur.

3.3.4. Yaşam Doyumu Ölçeği

Diener ve ark. (1985) tarafından bireylerin yaşam doyumunun belirlenmesi amacıyla geliştirilmiş beş maddelik ölçektir. Ölçek "kesinlikle katılmıyorum" ve "kesinlikle katılıyorum" arasında değişen ifadelerin olduğu 7'li Likert türünde bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan beş en yüksek puan 35'dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması yaşam doyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Köker (1991) tarafından ölçeğin güvenilirlik çalışması yapılmış ve katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Ankara Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'na başvurulmuş ve 19.03.2018 tarihli (Sayı: 56786525-050.04.04/20017) etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı'ndan 19.01.2018 tarihli (Sayı: 73595336-605.01-7809) yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan yaşlı bakım elemanlarından sözlü onay ve Aydınlatılmış Onam Formu ile yazılı izin alınmıştır.

Veriler araştırmacılar tarafından veri toplama araçları kullanılarak nöbet değişimlerini kapsayacak şekilde 09:00-18:00 saatleri arasında kurumlara gidilerek toplanmıştır. Anket ve ölçeklerin uygulanmasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren veriler için iki grubun karşılaştırılmasında "Independent Samples t Test (Student t Test)" kullanılmıştır. İki'den fazla grupta gruplar arası farklılık için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova) uygulanmıştır. Gruplar arası farklılığın önemli olduğu durumlarda Post-hoc testlerden LSD testi kullanılmıştır. Normallik sayıltıları bozulduğunda Kruskal-Wallis Varyans analizi kullanılmıştır. Grupların ikişerli karşılaştırmaları için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Korelasyonların hesaplanması için Pearson Korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Tüm analizler için yanılma payı olarak $\alpha=0,05$ seçilmiştir. Bu değerden büyük olan p değerleri istatistiksel olarak önemsiz, küçük ya da eşit olan p değerleri ise önemli (anamlı) kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Ankara ilinde yer alan üç kurumda çalışan yaşlı bakım elemanları ile sınırlıdır. Sonuçların genellenebilmesi için daha geniş katılımlı bir araştırmanın tekrar uygulanmasına ihtiyaç vardır.

IV. BULGULAR

Araştırmada yer alan bakım elemanlarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

		n	%
Yaş	$\bar{x} \pm Ss. (min-max)$ 38,69 \pm 6,81 (23-53)		
Cinsiyet	Kadın	65	61,3
	Erkek	41	38,7
Medeni Durum	Evli	84	79,2
	Bekar	13	12,3
	Dul/Boşanmış	9	8,5
Eş Çalışma Durumu	Çalışıyor	43	51,2
	Çalışmıyor	41	48,8
Çocuk Durumu*	Var	89	84,0
	Yok	17	16,0
Eğitim Durumu	Okur-yazar	4	3,7
	İlköğretim	33	31,1
	Ortaöğretim	60	56,6
	Yükseköğretim	9	8,5
Gelir Düzeyi	Gelir gider eşit	48	45,3
	Gelir giderden fazla	6	5,7
	Gelir giderden az	52	49,1
Evde Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi**	Var	71	67,0
	Yok	35	33,0
İş Tercih Etme Nedeni	Sevdiğim için	28	26,4
	Mesleğim olduğu için	28	26,4
	Çalışmak zorunda olduğum için	47	44,3
	Başka bir iş bulamadığım için	2	1,9
	Maddi getirisi iyi olduğu için	1	0,9
Çalışma Süresi	1 yıldan az	3	2,8
	2-9 yıl	76	71,7
	10 yıl ve üzeri	27	25,5
Çalışma Şekli	Tam gün	101	95,3
	Yarım gün	5	4,7
Sağlık Sorunu Yaşama Durumu	Evet	64	60,4
	Hayır	42	39,6
Sorunlarla Başa Çıkma Yöntemi	Kendi kendine teselli etme	51	48,1
	Aile/Arkadaş desteği	23	21,7
	Profesyonel yardım alma	30	28,3
	İş sorumlularıyla sorunu paylaşma	2	1,9

* Evli kişilerden 4 tanesinin çocuğu olmayıp, dul/boşanmış olanlardan 9 kişinin çocuğu vardır.

** Evde bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunan katılımcılardan (n=71) %78,8’i çocuk ve/veya eş, %16,9’u anne ve/veya baba; %4,3’ü kayınvalide ve/veya kayınpederine baktığını bildirmişlerdir.

Kurumda çalışan bakım elemanlarının yaş ortalaması 38,69 \pm 6,81’dir. Bakım hizmetinin daha çok kadınlar tarafından (%61,3) yürütüldüğü görülmektedir. Çalışanların %79,2’si evlidir ve %84’ünün çocuğu vardır. Evli olanların %48,8’inin eşi herhangi bir işte çalışmamaktadır. Bakım elemanlarının öğrenim durumuna bakıldığında %56,6’sının ortaöğretim mezunu olduğu görülmektedir.

Gelir durumu ile ilgili yapılan değerlendirmede aylık geliri giderinden az olanların oranı %49,1’dir. Bakım elemanlarının %67’si evde bakmakla yükümlü olduğu kişiler olduğunu ifade etmiştir.

Çalışma hayatına ilişkin bulgulara bakıldığında, %44,3'ü çalışmak zorunda olduğu için bu işi tercih etmiştir. %71,7'si 2-9 yıl arasında değişen sürelerde bu işte çalıştığını ve çalışma şeklinin tam zamanlı olduğunu (%95,3'ü) bildirmiştir.

Araştırmada bakım elemanı olarak kurumda çalışmaya başladığından beri herhangi bir sağlık sorunu yaşayanların oranı %60,4'tür. Sağlıkla ilişkili sorunlarla kendi kendini teselli ederek baş ettiğini ifade eden bireylerin oranı %48,1'dir.

Tablo 2. Bakım Elemanlarının Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Minnesota İş Tatmini Ölçeği İçsel Doyum, Dışsal Doyum ve Genel Doyum Puanları Arasındaki İlişki

		Minnesota İçsel Doyum		Minnesota Dışsal Doyum		Minnesota Genel Doyum	
		r	p	r	p	r	p
ÇBAS D Alt Boyut	Aile Desteği	0,133	0,174	0,025	0,802	0,092	0,350
	Arkadaş Desteği	-0,034	0,729	0,162	0,097	0,053	0,589
	Özel insan Desteği	-0,003	0,973	0,065	0,507	0,028	0,779
ÇBASDÖ Toplam		0,042	0,666	0,120	0,221	0,080	0,414
MITÖ Toplam Puanı		$\bar{x} \pm Ss. (min-max) 3,5 \pm 0,58 (2,15-4,80)$					

Araştırmada yer alan bakım elemanlarının algılanan sosyal destek alt boyut ve toplam puanları ile iş tatmini içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanları arasında ilişki Tablo 2'de gösterilmiştir. Bakım elemanlarının arkadaş ve özel insan algılanan sosyal destek alt boyutlarının iş doyumunu alt gruplarından içsel doyum puanları arasında düşük düzeyde negatif ilişki, diğer boyutlar arasında ise pozitif ilişki olduğu saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Minnesota İş Tatmin Ölçeği puan ortalaması ise $3,5 \pm 0,58$ 'dir.

Tablo 3. Bakım Elemanlarının Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Yaşam Doyumu Toplam Puanı Arasındaki İlişki

		YDÖ Toplam	
		r	p
ÇBASD Alt Boyut	Aile Desteği	0,351	0,000
	Arkadaş Desteği	0,382	0,000
	Özel insan Desteği	0,346	0,000
ÇBASD Toplam		0,504	0,000
ÇBASD Ölçek Toplam Puanı		$\bar{x} \pm Ss. (min-max) 56,23 \pm 10,79 (25-81)$	

Tablo 3'de bakım elemanlarının çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam ve aile, arkadaş, özel insan alt boyut puanları ile yaşam doyumunu toplam puanı arasındaki ilişki yer almaktadır. Bakım veren bireylerin algılanan sosyal destek toplam ve alt boyut puanları ile yaşam doyumunu toplam puanları arasında orta düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden elde edilen puan ortalaması ise $56,23 \pm 10,79$ 'dir.

Tablo 4. Bakım Elemanlarının Yaşam Doyumu Ölçeği Toplam Puanları ile Minnesota İş Tatmini Ölçeği İçsel Doyum, Dışsal Doyum ve Genel Doyum Puanları Arasındaki İlişki

		Minnesota İçsel Doyum	Minnesota Dışsal Doyum	Minnesota Genel Doyum
YDÖ Toplam	r	0,087	0,205	0,146
	p	0,375	0,035	0,135
YDÖ Toplam Puanı		$\bar{x} \pm Ss. (min-max)$ 69,99 \pm 11,83 (38-96)		

Bakım elemanlarının yaşam doyumu toplam puanları ile iş tatmini içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, yaşam doyumu ile iş tatmini dışsal doyum puanı arasında pozitif (düşük düzeyde) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Yaşam Doyum Ölçeği puan ortalaması ise 69,99 \pm 11,83'dur (Tablo 4).

Araştırmaya dahil edilen bakım elemanlarının bazı sosyo-demografik özelliklerine göre ÇBASDÖ, YDÖ ve MİTO toplam ve alt boyut puan dağılımı incelenmiş, cinsiyet, medeni durum, eş çalışma durumu, çocuk varlığı, eğitim durumu, gelir durumu ve çalışma şekli ile ölçek alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 5. Bakım Elemanlarının Evde Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişi Bulunma Durumuna Göre, ÇBASD Aile, Arkadaş, Özel İnsan Desteği Alt Boyut ve Toplam, YDÖ Toplam ve MİTO Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımı

	Evde Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi	n	Mean	SS	t	p
Aile Desteği	Var	71	21,8028	5,18685	-1,067	0,289
	Yok	35	22,8857	4,30302		
Arkadaş Desteği	Var	71	17,1690	5,49802	-2,630	0,010
	Yok	35	19,9429	4,18641		
Özel İnsan Desteği	Var	71	15,1127	4,88306	-2,056	0,042
	Yok	35	17,2000	4,98114		
ÇBASD Toplam	Var	71	54,0845	11,48349	-2,739	0,007
	Yok	35	60,0286	8,12942		
YDÖ Toplam	Var	71	20,1408	7,13201	-1,840	0,069
	Yok	35	22,7429	6,22303		
İçsel Doyum	Var	71	3,5469	0,58516	-0,495	0,622
	Yok	35	3,6071	0,59669		
Dışsal Doyum	Var	71	3,3820	0,69014	-0,601	0,549
	Yok	35	3,4643	0,60373		
MİTO Toplam	Var	71	3,4810	0,58830	-0,572	0,568
	Yok	35	3,5500	0,57510		

Tablo 5'de görüldüğü gibi evde bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunmayan katılımcıların arkadaş ve özel insan sosyal desteği ile algılanan sosyal destek toplam puanı evde bakmakla yükümlü olduğu

kişi bulunan katılımcılardan yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Evde bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunmayan katılımcıların YDÖ toplam, MİTO alt boyut ve toplam puanı evde bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunan katılımcılardan yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 6. Bakım Elemanlarının Sağlık Sorunu Yaşama Durumuna Göre ÇBASD Aile, Arkadaş, Özel İnsan Desteği Alt Boyut ve Toplam, YDÖ Toplam ve MİTO Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımı

	Sağlık Sorunu	n	Mean	SS	t	p
Aile Desteği	Var	64	21,9375	5,04857	-0,574	0,567
	Yok	42	22,5000	4,75369		
Arkadaş Desteği	Var	64	18,3438	4,82789	0,625	0,533
	Yok	42	17,6905	5,87051		
Özel İnsan Desteği	Var	64	16,1250	4,87136	0,822	0,413
	Yok	42	15,3095	5,18670		
ÇBASD Toplam	Var	64	56,4063	10,80082	0,420	0,675
	Yok	42	55,5000	10,97280		
YDÖ Toplam	Var	64	20,7188	7,03837	-0,514	0,608
	Yok	42	21,4286	6,81155		
İçsel Doyum	Var	64	3,4076	0,59375	-3,646	0,000
	Yok	42	3,8095	0,49018		
Dışsal Doyum	Var	64	3,3008	0,66879	-2,119	0,037
	Yok	42	3,5744	0,62106		
MİTO Toplam	Var	64	3,3648	0,59560	-3,160	0,002
	Yok	42	3,7155	0,49676		

Araştırmada sağlık sorunu yaşamayan bakım elemanlarının Minnesota İş Doyumu Ölçeği genel doyum, içsel ve dışsal doyum puanları fiziksel, ruhsal ve sosyal sorun yaşayanlardan daha yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 6). Bu durumda sağlık sorunun yaşamayan bakım elemanlarının, dışsal, içsel ve genel doyum açısından iş tatminin sağlandığı görülmektedir.

V. TARTIŞMA

Bu çalışma yaşlı bakım kurumlarında çalışan bakım elemanlarının algıladıkları sosyal desteğin iş ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Araştırmanın sosyo-demografik verileri yaş ortalaması bakımından incelendiğinde, bakım elemanlarının yaş ortalamasının 38,69 yıl olduğu görülmektedir. Burada bakım elemanlarının orta yaş bireylerden oluştuğu söylenebilir. Bu durum meslekleri ile ilgili tecrübeli olabileceklerini düşündürse de yeni eğitim süreçlerinden yararlanarak beceri geliştirmede genç bireylere göre daha dezavantajlı grubu oluşturabileceklerini unutturmamalıdır. Araştırmada yer alan bireyler cinsiyet bakımından incelendiğinde; katılımcıların %61,3'ünü kadınlar oluşturmuştur. Bu sonuç literatür bulgularıyla (Steiner vd., 2008; Şahin vd., 2009) benzerlik göstermektedir. Kurumlar tarafından kadın bakım elemanlarının daha çok tercih ediliyor olması ve kadının bakım verici rolünün toplum tarafından daha fazla kabul görmüş olması bunun bir nedeni olabilir. Araştırmada yer alan bakım elemanlarının büyük çoğunluğu (%79,2) evlidir. Kişinin kişiliğinin ve kimliğinin belirleyici ayakları eğitim, iş ve evlilik olduğu psikolojik bir gerçekliktir (Danış ve Genç, 2011). Evde eş, çocuk ya da diğer aile fertlerine

bakan bireylerin bakım konusunda daha ilgili, hassas ve tecrübeli olabileceği ve bu durumun kurumdaki bakım hizmetine yansiyabileceği söylenebilir. Burada önemli olan bakım veren bireylerin evlilikte yaşadığı tecrübeleri bakım sunma işine nasıl ve ne şekilde yansıtmış olduğudur. Araştırmada yer alan bakım elemanlarının eğitim durumlarını incelediğimizde; %56,6'sının eğitim seviyesinin ortaöğretim düzeyinde olduğu görülmektedir. Üniversite mezunlarının oranı ise %8,5'tir. Bu durum bakım elemanı olarak çalışan bireylerin eğitiminin lise düzeyinde olduğunu, bakım verme hizmeti ile ilgili eğitimlerinin de bu doğrultuda olduğunu ortaya koymaktadır. Oysa beklenen bakım elemanlarının meslekleri ile ilgili ön lisans seviyesinde eğitim almış olmaları yönündedir. Çalışanların %49,1'inin gelirlerinin giderlerinden az olduğunu ifade etmesi bakım elemanlarının ekonomik anlamda sıkıntılar yaşayabileceği, yaşanan bu sıkıntıların iş hayatına (örneğin bakım kalitesine) yansiyabileceği düşünülebilir.

Bakıma muhtaç yaşlıların bakım ve destek gereksinimlerinin fazla olması bakım elemanlarının iş yoğunluğunun artmasına neden olmaktadır. Bakım verme işinin oluşturduğu bu yükün yorgunluk, baş, bel ve eklem ağrıları, kas krampları, boşaltım problemleri, uyku bozuklukları gibi sağlık ile ilişkili pek çok sonucu olabilir. Bu yüzden bakım yükünün ortaya çıkardığı sağlık sonuçlarını belirlemek sorunların çözümü için planlanma yapılması açısından önemlidir. Bu anlamda literatürle (Vitaliano vd., 2003) uyumlu olarak, çalışmamızda bakım elemanlarının %60,4'ünün iş yoğunluğu sonucunda sağlıklarını etkileyen sorunlar yaşadığını ifade etmesi ve neredeyse tamamına yakınının (%95,3'ünün) tam gün çalışıyor olduğunu belirtmesi dikkate değerdir.

Sosyal bir varlık olarak insan, fiziksel, duygusal, sosyal ve çevresel değişim yaşadığı dönemlerde anne veya baba, arkadaş ve akraba desteğine ihtiyaç duyar (Çavuş ve Pekkan, 2017). Kişinin aile, arkadaş gibi önemli bu sosyal ağ üyeleri tarafından desteklendiğinin bilişsel olarak değerlendirilmesi olan sosyal destek algısı (Toepfer, 2010), insanların girdikleri ortamlara alışmasında, uyum sağlamalarında, kendilerine olan güveni geliştirmelerinde (Polatçı, 2015) ve zorluklarla mücadele etmesinde (Eker vd., 2001) önem arz etmektedir. Bu çalışmada yaşlı bakım elemanlarının Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması 56,23'tür. Yani çalışmada yer alan yaşlı bakım elemanlarının algıladıkları sosyal destek düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu söylenebilir. Bu puan yaşlı bakım elemanlarının %69,4 oranında sosyal desteği olduğu yönünde algıya sahip olduğu, %30,6 oranında sosyal desteği olmadığına dair algıya sahip olduğunu göstermektedir. Algılanan sosyal desteğin literatürde yer alan diğer çalışmalarda (Karahana vd., 2014; Dökmen, 2012) rehabilitasyon servisinde yatanlara bakım verenlerde orta düzeyde, hasta, yaşlı ve engelli bireylere bakım verenlerde düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık bakım verilen grubun özelliklerinden (örneğin sadece yaşlılardan oluşmamış olması, bakım gereksinimlerinin daha az ya da fazla olması, engel durumu) ve bireysel destek sistemlerinin olmaması gibi faktörlerden kaynaklanmış olabilir.

Bireylerin sahip olduğu sosyal destek iş doyumunu ile ilişkilidir (Marcinkus vd., 2007). İş doyumunu kişinin işi ile ilgili değerlendirmelerinden doğan olumlu duygularının düzeyidir. Bu doyum özellikle huzurevleri ve bakımevi gibi özel bakım gerektiren nüfus gruplarının olduğu ve tekrarlayan krizler içeren durumlarla sıklıkla karşılan kurumlarda (Barber, 1986) bakım hizmeti açısından oldukça önemlidir. Literatürde yer alan çalışmalarda (Allen, 2001; Ducharme ve Martin, 2000; Gordon ve Whelan-Berry, 2004; Marcinkus vd., 2007) sosyal destek ile iş sonuçları arasındaki ilişki incelenmiştir. İş temelli ve bireysel (örneğin eş sosyal desteği) sosyal desteğin iş tatminine olumlu yönde katkıda bulunduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada ise literatürden farklı olarak bakım verenlerin aile, arkadaş ve özel insan sosyal destekleri ile iş doyumları arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 2). Ayrıca çalışmaya katılan yaşlı bakım elemanları Minnesota İş Tatmini Ölçeği'nden ortalama 3,5 puan almıştır. Buna göre yaşlı bakım elemanları iş tatminine ilişkin %60 oranında olumlu değerlendirme yaparken, işten duyulan tatminsizliklerinin oranı %40'tır. Özmete (2016)'nin çalışmasında ise yaşlı bakım elemanlarının işten duydukları tatmin %72 oranında olumludur. Bu değerler araştırmaların yapıldığı kurumlarda genel olarak bakım elemanlarının iş tatminlerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Sosyal ilişkiler ve sosyal destek bireylerin yaşamdan duyduğu doyumun da önemli belirleyicilerindendir (Diener ve Seligman, 2002). Siedlecki ve diğerleri (2013)'ne göre tatmin edici sosyal ilişkilere sahip olan bireyler buna sahip olmayan bireylere göre yaşamlarından daha çok memnuniyet duymaktadır. Algılanan sosyal desteğin yaşam doyumunda önemli bir yeri olduğu sonucu diğer çalışmalarla da ortaya koyulmuştur. Bu çalışmalarda sınırlı sosyal desteğe sahip bakım verenlerin, yaşam doyumlarına ilişkin memnuniyet durumları daha düşük çıkmıştır (Chan vd., 2000; Kooshiar vd., 2012; Shen ve Yeatts, 2013). Bu çalışmada yaşlı bakım elemanlarının algıladıkları sosyal destekleri ile yaşam doyumları arasında anlamlı bir ilişki olduğunun saptanması literatürü destekler niteliktedir.

İş doyumunu genel yaşam doyumunun bir alt alanı olarak değerlendirilmektedir. Bazı durumlarda işten doyum sağlayamamanın özel yaşamı etkilediği bir gerçektir ve sıkça dile getirilmektedir (Keser, 2005). Grup çalışmasının yanı sıra bireyselliğin de ön plana çıktığı bakım hizmetlerinin sunumunda iş dışındaki yaşam da önemlidir. İşten duyulan tatmin arttıkça yaşam tatmininin de artacağı görüşünü destekleyen çalışmalar bu durumun önemini ortaya koymaktadır. Rain ve diğerleri (1991) ile Judge ve Watanabe (1994) tarafından yapılan çalışmalarda iş tatminleri ile yaşam tatminleri arasında karşılıklı ilişkili olduğu, hayatından mutlu olan bireyin işinden de tatmin duyacağı ve işinden tatmin olan bireyin de yaşamından mutlu olacağı tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise yaşam doyumunu ile iş tatmini dışsal doyum arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Kurum ve yönetime dair yaşanan iş doyumunun yaşam doyumunu arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca bu çalışmada bakım elemanlarının Yaşam Doyumu Ölçeği puan ortalaması 69,99'tur. Bu puan katılımcıların %73 oranında yaşamdan doyum aldıkları, %27 oranında ise doyum almadıkları şeklinde açıklanabilir.

Araştırmada bazı bakım elemanı özellikleri ile algılanan sosyal destek ve iş tatmini alanları arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmada evde bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunmayan katılımcıların arkadaş ve özel insan sosyal desteği ile algılanan sosyal destek düzeylerinin evde bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunan katılımcılardan daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bu durum bakım elemanlarının evde bakım verme sorumluluğu nedeniyle iş yükünün fazla olması, bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile çatışma yaşaması ve aile içi ekonomik sıkıntılar gibi nedenlerden kaynaklanmış olabilir. Karahan ve diğerleri (2014) ile Ali ve Kausar (2016)'ın yaptığı çalışmalarda ise bakım verenlerin aile sosyal desteğinin daha fazla olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Sonuçlardan elde edilen farklılığın nedeni diğer çalışmalarda yer alan katılımcıların evde, bu çalışmada yer alan katılımcıların ise kurumda çalışıyor olması olabilir.

Çalışmadan elde edilen diğer bir sonuçta, bakım elemanlarının cinsiyet dahil yaş, medeni durum, eş çalışma durumu, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, gelir durumu ve çalışma şekli gibi değişkenler ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri, iş ve yaşam tatminleri arasında bir ilişkiye rastlanmamış olduğudur. Ancak sağlık sorunu yaşamayan bakım elemanlarının sağlık sorunu yaşayanlara göre daha fazla iş doyumunu yaşadığının saptanması dikkate değerdir. Daalen ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada kadınlar erkeklerden daha fazla sosyal destek algısına sahiptir. Çimen ve ark. (2012) bakım merkezinde çalışan kadın çalışanların iş doyumlarının daha yüksek olduğunu, iş doyumunu ve yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma ve hizmet süreleri gibi sosyo-demografik özellikler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığını saptamışlardır. Yenihan ve ark. (2016) ise cinsiyet farklılıklarının iş ve yaşam doyumunu düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı, (yaş, medeni durum, çocuk sayısı vb.) gibi demografik değişkenlerin ise iş ve yaşam doyumunu düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bildirilmiştir. Çevik ve Korkmaz (2014)'ın yapmış olduğu araştırma, yaşam doyumunun daha çok kişisel ve demografik özelliklerden etkilendiğini ortaya koyarken, iş doyum düzeylerinin bireysel ve örgütsel faktörlere bağlı olduğunu göstermiştir.

VI. SONUÇ

Yaşlı nüfusun ve bu nüfusa yönelik kurum bakımına olan gereksinimin arttığı düşünüldüğünde, bakım elemanlarının sosyal destek algılarını, iş ve yaşam doyumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek önem arz etmektedir. Algılanan sosyal destek ile iş ve yaşam doyumunu arasındaki ilişkiyi

değerlendirmeye yönelik bu çalışmada, algılanan sosyal destek ile iş doyumunu arasında bir ilişki bulunmadığı ancak sosyal destek algısı ile yaşam doyumunu arasında bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Çalışmadan elde edilen bir başka sonuç bakım elemanlarının iş ve yaşam doyumları arasında da bir ilişki olduğudur. Çalışma iş doyumunu yüksek olanların yaşam doyumunun da o ölçüde yüksek olduğunu göstermiştir. Genel bir bakış açısıyla yaptığı işten ve yaşamından yüksek doyum alan bakım elemanlarının iş performanslarının da bu yönde olacağı ve bunun kurum bakımına olumlu bir şekilde yansıtacağı kabul edilebilir. Bu nedenle çalışanların iş ve yaşam doyumunun artırılması önemlidir. Bunun için kurumlar tarafından bakım elemanlarının iş ve yaşam doyumunu belirleyicilerinin neler olduğunun saptanması, bakım elemanlarının işle ilgili ihtiyaçlarına yönelik çalışma ortamının hazırlanması ve motivasyonel programlarla bakım elemanlarının işlerine karşı olumlu tutumlar geliştirmelerine olanak sağlanması gerektiği söylenebilir. Ayrıca sağlık sorunu yaşamayan bakım elemanlarının daha yüksek iş doyumunu yaşadığı çalışmamızda, sağlık sorunu yaşayan bakım elemanlarına yönelik bazı girişimler de planlanabilir. Bakım elemanlarının yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik tıbbi taramalar yapılması, bakım elemanlarının fiziksel, sosyal ve ruhsal gereksinimlerinin belirlenerek karşılanması, gerekli kurum ve kuruluşlara yönlendirilerek bu sorunların çözümüne yönelik olarak çalışanların desteklenmesinin sağlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Ali, N., & Kausar, R. (2016). Social support and coping as predictors of psychological distress in family caregivers of stroke patients. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 31(2), 587-608.
- Allen, T. (2001). Family-supportive work environments: The role of organizational perceptions. *Journal of Vocational Behavior*, 58(3), 414-435.
- Almeida, M. H., Ramos, A. O., & Santos, C. M. (2019). Linking Social Support with Job Satisfaction: The Role of Global Empowerment in the Workplace. In *Safety and Health for Workers Theory and Applications*. IntechOpen.
- Balcı, A. (1985). *Eğitim yöneticisinin iş doyumunu*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi.
- Barber, G. (1986). Correlates of job satisfaction among human service workers. *Administration in Social Work*, 10(1), 25-38.
- Baycan, A. (1985). *An analysis of several aspects of job satisfaction between different occupational groups*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Boğaziçi Üniversitesi.
- Beehr, T. A., Jex, S. M., Stacy, B. A., & Murray, M. A. (2000). Work stressors and coworker support as predictors of individual strain and job performance. *Journal of Organizational Behavior*, 21(4), 391-405.
- Besser, A., Vliegen, N., Luyten, P. & Blatt, S. J. (2008). Vulnerability to postpartum depression from a psychodynamic perspective. *American Psychological Association*, 25(2), 1-8.
- Çavuş, F. M., & Pekkan, Ü. N. (2017). The effect of perceived social support on social entrepreneurship: a research on university students. *Business and Economics Research Journal*, 8(3), 519-532.
- Ceylan, H. (2015). Yaşlanan Türkiye’de yaşlı bakım personeline duyulan ihtiyaç ve yaşlı bakım programlarının önemi. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 4. UMYOS Özel Sayısı, 61-68.

- Chan, R. C. K., Lee, P. W. H., & Lieh-Mak, F. (2000). Coping with spinal cord injury: personal and marital adjustment in the Hong Kong Chinese setting. *Spinal Cord*, 38(11), 687-696.
- Cieslak, R., Knoll, N., & Luszczynska, A. (2007). Reciprocal relations among job demands, job control, and social support are moderated by neuroticism: a cross-lagged analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 71(1), 84-96.
- Clara, I. P., Cox, B.J., Enns, M.W., Murray, L.T., & Torquard, L.J. (2003). Confirmatory Factor analysis of the multidimensional scale of perceived social support in clinically distressed and student samples. *Journal of Personality Assessment*, 81(3), 265-270.
- Cobb, S. (1995). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Çevik, N., & Korkmaz, O. (2014). Türkiye’de yaşam doyumu ve iş doyumu arasındaki ilişkinin iki değişkenli sıralı probit model analizi. *Niğde Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7(1), 126-145.
- Çimen, M., Şahin, B., Akbolat, M., & Işık, O. (2012). Özel bakım merkezinde çalışan personelin tükenmişlik ve iş doyum düzeylerine yönelik bir çalışma. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi*, 3(1), 21-31.
- Daalen Van G., Tineke, W. M., & Sanders, K. (2006). Reducing work-family conflict through different sources of social support. *Journal of Vocational Behavior*, 69(3), 462-476.
- Danış, Z. M., & Genç, Y. (2011). Kurumsal bakım elemanlarının genel özellikleri ve yaşadıkları sorunlar. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(2), 175-182.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13(1), 81-84.
- Dockery, A. (2003). Happiness, life satisfaction and the role of work: evidence from two australian surveys. *Full Employment Imperative*, 77-95.
- Dökmen, Z. Y. (2012). Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 3-38.
- Ducharme, L., & Martin, J. (2000). Unrewarding work, coworker support, and job satisfaction: a test of the buffering hypothesis. *Work and Occupations*, 27(2), 223-243.
- Eker, D., Arkar, H., & Yıldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği’nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Eker, D., & Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikologlar Dergisi*, 10(34), 17-25.
- Gordon, J. R., & Whelan-Berry, K. S. (2004). It takes two to tango: an empirical study of perceived spousal/partner support for working women. *Women in Management Review*, 19(5), 260-273.
- Işıkhan, V. (2018). Kurumda çalışan yaşlı bakım elemanlarının bakım yükünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 29(1), 1-26.
- Judge, T. A., & Watanabe, S. (1994). Individual differences in the nature of the relationship between job and life satisfaction. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 67(2), 101-107.

- Kapteyn, A., Smith, J. P., & Soest, A. V. (2009). *Comparing life satisfaction. RAND Labor and Population Working Paper Series.*
- Karahan, A. Y., Küçüksen, S., Yılmaz, H., Salli, A., Güngör, T., & Şahin, M. (2014). Effects of rehabilitation services on anxiety, depression, care-giving burden and perceived social support of stroke caregivers. *Acta Medica (Hradec Kralove)*, 57(2), 68-72.
- Keser, A. (2005). Çalışma yaşamı ile yaşam doyumu ilişkisine teorik bakış. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 55(1), 897-913.
- Kooshiar, H. N., Yahaya, T. A., Hamid, T. A., Abu Samah, A., & Sedaghat Jou, V. (2012). Living arrangement and life satisfaction in older malaysians: the mediating role of social support function. *PLoS ONE*, 7(8), 43125.
- Köker, S. (1991). *Normal ve sorunlu ergenlerin yaşam doyumu düzeylerinin karşılaştırılması.* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Locke, E. A. (1969). What is job satisfaction?. *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(4), 309-336.
- Marcinkus, C. W., Whelan-Berry, K. S., & Gordon, J. R. (2007). The relationship of social support to the work-family balance and work outcomes of midlife women. *Women in Management Review*, 22(2), 86-111.
- Near, J. P., Smith, A. C., Rice, R. W., & Hunt, R. H. (1984). A comparison of work and nonwork predictors of life satisfaction. *Academy of Management Journal*. 27(1), 184-190.
- Neugarten B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16(2), 134-143.
- Özmete, E. (2016). Yaşlı bakımı işinin psiko-sosyal riski: kurumsal yaşlı bakımında çalışanların stres nedenlerinin, tükenmişlik ve iş tatmini düzeylerinin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 17(1), 243-264.
- Polatçı, S. (2015). Örgütsel ve sosyal destek algılarının yaşam tatmini üzerindeki etkisi: iş ve evlilik tatmininin aracılık rolü, *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(2), 25-44.
- Proctor, C., Linley, P. A., & Maltby, J. (2017). Life satisfaction. R.J.R. Levesque (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence*. Pringer International Publishing AG.
- Rain, J. S., Lane, I. M., & Steiner, D. D. (1991). A current look at the job satisfaction/life satisfaction relationship. Review and Future Considerations, *Human Relations*, 44, 287-307.
- Reinhard, S. C., Feinberg, L. F., Choula, R., & Houser, A. (2015). *Valuing the invaluable: 2015 update, undeniable progress, but big gaps remain.* AARP Public Policy Institute Press.
- Resmî Gazete. (2014). *Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelik 2014.* <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.html>.
- Shen, Y., & Yeatts, D. E. (2013). Social support and life satisfaction among older adults in China: family-based support versus community-based support. *Journal of Aging and Human Development*, 77(3), 189-209.

- Siedlecki, K., Salthouse, T., Oishi, S., & Jeswani, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social Indicators Research*, 117(2), 561-576.
- Steiner, V., Pierce, L., Drahuschak, S., Nofziger, E., Buchman, D., & Szirony, T. (2008). Emotional support, physical help, and health of caregivers of stroke survivors. *J Neurosci Nurs*, 40(1), 48-54.
- Şahin, Z. A., Polat, H., & Ergüney, S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 1-9.
- Ting, Y. (1997). Determinants of job satisfaction of federal government employees. *Public Personnel Management*, 26(3), 313-334.
- Toepfer, S. M. (2010). Family social support and family intrusiveness in young adult women. *Family Science Review*, 15(2), 57-65.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? a meta-analysis. *Psychol Bull*, 129(6), 946-972.
- Weiss, D. J., Dawis, R. V., England, G. W., & Lofquist, L. H. (1967). Manual for the minnesota satisfaction questionnaire. mineapolis: minnesota. *Studies in Vocational Rehabilitation*, 22, 1-19.
- WHO. World Health Organization (2002). *Active aging: A policy framework WHO, Noncommunicable Diseases And Mental Health Cluster Noncommunicable Disease Prevention And Health Promotion Department*. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
- Yenihan, B., Öner, M., & Balcı, B. (2016). İş Doyumu ve yaşam doyumunun demografik özelliklerle ilişkisi: sakarya'daki avm'lerin çalışanları üzerine bir araştırma. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 33-49.
- Zimet, GD., Dahlem, NW., Zimet, SG., & Farley, GK. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assesment*, 52(1), 30-41.

OTANTİK LİDERLİK ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE VERSİYONUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ: SAĞLIK YÖNETİCİLERİ ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA¹

Cahit KORKU *
Sıdıka KAYA **

ÖZ


Bu çalışmanın amacı, Avolio ve diğerleri (2007) tarafından geliştirilen Otantik Liderlik Ölçeği'ni (Authentic Leadership Questionnaire- ALQ) Türkçeye uyarlamak ve sağlık yöneticileri üzerinde geçerlik ve güvenilirliğini test etmektir. Orijinali İngilizce olan Otantik Liderlik Ölçeği farklı tercümanlarca çeviri ve geri çevirisi yapılarak Türkçeye uyarlanmış ve Ankara'daki 19 hastanede görev yapan orta düzey (başhekim yardımcısı, müdür yardımcısı) ve alt düzey sağlık yöneticileri (idari birim sorumluları) (n=263) üzerinde uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 ve LISREL 9.30 programlarında analiz edilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda, ölçeğin orijinal ölçekle benzer biçimde "ilişkilerde şeffaflık", "içselleştirilmiş ahlak anlayışı", "dengeli davranış-işlem" ve "öz-farkındalık" boyutlarından oluşan dört boyutlu ikinci düzey çok faktörlü yapıya uygun olduğu görülmüştür ($X^2/SD=2,65$; $RMSEA=0,079$; $GFI=0,89$; $CFI=0,98$). Ölçek boyut ve alt boyutlarının yüksek güvenirliliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Cronbach alfa değeri ölçeğin geneli için 0,95 olup alt boyutlar için 0,84 ile 0,89 arasında değişmektedir. Araştırmadan elde edilen bulgular Otantik Liderlik Ölçeğinin Türkçe versiyonunun sağlık yöneticilerinin Otantik Liderlik özelliklerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Otantik liderlik, hastane, sağlık yöneticileri, geçerlik, güvenilirlik

MAKALE HAKKINDA

¹ Bu çalışma, Hacettepe Etik Komisyonundan Etik Kurul İzni (14.02.2017/35853172/433-586) alınarak tamamlanan 'Sağlık Yöneticilerinin Dönüşümcü Ve Otantik Liderlik Özelliklerinin Yenilikçilik İklimine ve Yenilikçi İş Davranışına Etkisi' adlı doktora tez çalışmasından üretilmiştir.

* Dr. Öğr. Üyesi, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü, ckorku@ohu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-6849-9950>

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

 <https://orcid.org/0000-0002-1495-9373>

Gönderim Tarihi: 09.03.2020

Kabul Tarihi: 23.07.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Korku, C. & Kaya S. (2020). Otantik Liderlik Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliliği: Sağlık Yöneticileri Üzerinde Bir Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 451-464

VALIDITY AND RELIABILITY OF THE TURKISH VERSION OF THE AUTHENTIC LEADERSHIP QUESTIONNAIRE: A SURVEY ON HEALTH CARE MANAGERS ¹

Cahit KORKU *
Sıdıka KAYA **

ABSTRACT

The aim of this study is to adapt the Authentic Leadership Questionnaire (ALQ) developed by Avolio et al. (2007) to Turkish and to test its validity and reliability on health care managers. Authentic Leadership Questionnaire, which was originally in English, was translated into Turkish and translated back into English by different translators, and was administered to mid-level (deputy chief physicians, deputy managers and lower-level healthcare managers (unit supervisors) working in 19 hospitals in Ankara (n=263). The data obtained from the research was analyzed in SPSS 22.0 and LISREL 9.30 programs. Confirmatory factor analysis was performed to test the construct validity of the scale. As a result of the confirmatory factor analysis, it was found that, similar to the original scale, the Turkish version of the scale was compatible with the four-dimensional second-level multi factorial structure consisting of "relational transparency", "internalized moral perspective", "balanced processing" and "self-awareness" ($X^2/SD=2.65$; $RMSEA=0.079$; $GFI=0.89$; $CFI=0.98$). Scale dimensions and sub-dimensions were found to have high reliability. The Cronbach alpha value was 0,95 for the overall scale and the Cronbach alphas of sub-dimensions ranged from 0.84 to 0.89. The findings of the study show that the Turkish version of the Authentic Leadership Questionnaire is a valid and reliable tool for measuring authentic leadership characteristics of health care managers.

Keywords: Authentic leadership, hospital, health care managers, validity, reliability

ARTICLE INFO

¹ This study was produced from the doctoral dissertation study of 'The Effect of Transformational and Authentic Leadership Characteristics of Health Administrators on the Innovation Climate and Innovative Work Behaviour', which was completed by obtaining the Ethics Committee Permit (14.02.2017/35853172/433-586) from Hacettepe Ethics Commission.

* Niğde Ömer Halisdemir University, ckorku@ohu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-6849-9950>

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

 <https://orcid.org/0000-0002-1495-9373>

Received: 09.03.2020

Accepted: 23.07.2020

Cite This Paper:

Korku, C. & Kaya S. (2020). Otantik Liderlik Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği: Sağlık Yöneticileri Üzerinde Bir Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 451-464

I. GİRİŞ

Liderlik ile ilgili yapılan çalışmalar uzun bir geçmişe sahiptir ve bu süreçte liderlikle ilgili birçok çalışma yapılmıştır (Nelson ve Quick, 2011; Lussier ve Achua, 2013). Yakın dönemde liderlik literatürüne kazandırılan liderlik türlerinden biri otantik liderliktir. Otantik liderlik modern liderlik teorileri arasında bulunmakta ve liderliğin pozitif yönünü ele almaktadır. Otantik liderliğin birçok popüler liderlik türleriyle ortak özellikleri bulunmaktadır. Otantik liderlik, dönüşümcü, etik, karizmatik, hizmetkâr veya diğer pozitif liderlik biçimlerinin özelliklerini içermektedir. Buna karşın otantik liderliği diğer liderlik türlerinden ayıran en önemli özellik otantik liderliğin genel ya da kapsamlı olması ve diğer liderlik türlerinin temel yapısını oluşturmasıdır (Avolio ve Gardner, 2005). Örneğin otantik liderliğin temelini oluşturan yüksek etik standartlara bağlılık hiç şüphesiz dönüşümcü liderlerde de bulunması gereken özellikler arasındadır. Ancak iki liderlik arasında belirgin farklar bulunmaktadır. Otantik liderler, kendi derin benlik duyguları (öz-farkındalık) tarafından kontrol edilmeleri; önemli konularda, değerlerde ve inançlarda nerede durduklarının farkında olmaları, etkileşimde bulduklarına da takipçilerine şeffaf davranmaları sebebiyle dönüşümcü liderlerden ayrılırlar. Diğer liderlik türleriyle olduğu gibi otantik liderlik ile etik liderlik arasında da benzerlikler ve farklılıklar bulunmaktadır. Liderin etik davranışı, otantik liderlik için gerekli bir koşul gibi görünmekle birlikte, bu tek başına yeterli değildir. Çünkü, otantik liderlik sahip olduğu özellikleri nedeniyle etik liderlikten daha fazlasını kapsamaktadır (Walumbwa vd., 2008).

Liderlerin sağlıklı çalışma ortamlarını oluşturmada kilit rolleri bulunmaktadır. Otantik liderlik, personel performansını ve örgütsel sonuçları etkileyen sağlıklı çalışma ortamlarını teşvik etmek için kullanılan ilişkisel/bağlantısal liderlik tarzıdır (Alilyyani vd., 2018). Başta hemşirelikte olmak üzere sağlık alanında otantik liderlik ile ilgili çalışmalarda artış göze çarpmaktadır (Alilyyani vd., 2018; Wong ve Walsh, 2020). Sağlık alanında yapılan araştırmalarda otantik liderliğin yöneticiye güven, iş tatmini, güçlendirme, çalışma grubu ilişkileri ve performans gibi çalışma ortamı faktörlerine ve kişisel psikolojik durumlara olumlu etki ettiği gösterilmiştir (Alilyyani vd., 2018). Otantik liderlik sağlık sektöründe sağlık çalışanları için sağlıklı bir çalışma kültürü oluşturmada önemli bir rol oynamaktadır (Anwar vd., 2020).

Her bir liderlik tarzında farklı liderlik özellikleri ön plana çıkmaktadır. Bu çalışmada incelenen otantik liderlik, pozitif liderlik tarzları arasında yer almakta ve otantik liderlerin örgütsel sonuçlar üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır (Avolio ve Gardner, 2005). Otantik liderliği ölçmek için Avolio ve diğerleri (2007) tarafından geliştirilen Otantik Liderlik Ölçeği literatürde sıkça kullanılmaktadır. Ancak ölçeğin sağlık yöneticileri üzerinde geçerlik ve güvenirliğine ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yönüyle bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

II. OTANTİK LİDERLİK

Yönetim alanında yeni olarak sayılabilecek otantiklik kavramı felsefe ve psikoloji literatüründe eski yunan felsefesine kadar dayanmaktadır (Müceldili vd., 2013). Otantiklik, doğru veya gerçek olan anlamındadır (Shamir ve Eliam, 2005). Harter'a göre otantiklik bireyin düşüncelerini, duygularını, isteklerini, arzularını ve inançlarını içeren kişisel deneyimlerini sahiplenmesi ve buna göre davranmasıdır (Gardner vd., 2011; Datta, 2015). Otantiklik, bir kişinin günlük yaşantısında engellemeye maruz kalmadan kendi gerçeğini yansıtmasını ve buna göre hareket etmesini ifade eder (Kernis, 2003). Otantiklik kavramı, çatışan toplumsal baskılarla karşılaşan bireylerin, modern uygarlığın karmaşık evrimiyle ortaya çıkan ahlaki ikilemlerde sıkışıp kaldığı dönemlerde önem kazanmıştır (Novicevic vd., 2006). Tamamen otantik olma ideal bir durum olsa da gerçekte bu durum otantik-otantik değil şeklinde düşünülmemelidir. Bir kişiyi daha az ya da daha çok otantik olarak tanımlamak daha gerçekçi olacaktır (Gardner vd., 2011).

Otantik liderlik kavramı yönetim alanı için yeni sayılabilir. Otantik liderlik kavramı ilk olarak Luthans ve Avolio (2003), Avolio ve diğerleri (2004), Avolio ve Gardner (2005)'in çalışmalarında

incelenmiştir. Otantik liderlik kavramı, Nebraska-Lincoln Üniversitesinde Gallup Liderlik Enstitüsünün bir çalıştayında da bilim adamlarınca ayrıntılı olarak tartışılmıştır (Avolio ve Gardner, 2005). Daha sonra otantik liderlik kavramı birçok yazar tarafından da ele alınmış ve bu çalışmalarda otantik liderlikle ilgili özellikler incelenmiştir (Eigel ve Kuhnert, 2005). Avolio (2010)'ya göre otantik liderlik üzerine yapılan araştırmalar hâlâ gelişimin başlangıç aşamasındadır ve nasıl kavramsallaştırılması ve ölçülmesi gerektiği ile ilgili akademik alanda birçok eleştiri olması beklenebilir.

Otantik liderliğin çeşitli kavramlarla ilişkisi bazı çalışmalarda ele alınmıştır. Otantik liderliğin özgünlük, orijinallik, saygınlık, benlik saygısı, güvenilirlik, dürüstlük, başkalarına saygı, yüksek duygusal zekâ ve dönüşümcü liderlik gibi birçok farklı özellik ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Eigel ve Kuhnert, 2005). Otantiklik, diğer pozitif liderlik biçimlerinin (karizmatik, dönüşümcü ve etik liderlik) özünde yatan bir temel yapı olarak görülmektedir (Nelson vd., 2014; Ilies vd., 2005). Walumbwa ve diğerleri (2008) tarafından otantik liderlik; hem pozitif psikolojik kapasiteleri hem de olumlu bir etik iklimi teşvik eden, daha fazla öz-farkındalığı, içselleştirilmiş bir ahlaki bakış açısını, bilginin dengeli bir şekilde işlenmesini ve ilişkilerde şeffaflığı teşvik eden bir lider davranış modeli olarak tanımlanmıştır.

Otantik liderlik süreci, hem liderlerin hem de takipçilerin kendilerinin farkında olmalarını ve olumlu davranışlar sergilemelerini pozitif yönde etkiler ve olumlu kişisel gelişimin sağlanmasını ve kendilerini geliştirmeyi teşvik eder (Ilies vd., 2005). Otantik liderler çalışanların gelişimlerine olumlu yönde etki ederek örgütün gelişimine dolaylı olarak katkıda bulunur. Çünkü bu liderler çalışanların yeteneklerini keşfederek onları en uygun pozisyonlara yerleştirme, iş zenginleştirme ve çalışanlar arasındaki iş ilişkilerinin güçlendirilmesine katkıda bulunurlar. Liderin pozitif davranışları çalışanların da pozitif davranışlar göstermesine yardımcı olmaktadır. Çalışanların otantik lideri hakkındaki olumlu algıları nedeniyle çalışanlar da otantik olmaya çalışacaklardır (Çeri-Booms, 2009).

Otantik liderlik konusu birçok açıdan ele alınsa da otantik liderlerin bazı özelliklere sahip olması gerekir. Otantik liderliğin boyutları olarak da adlandırılan bu özellikler; öz-farkındalık (self-awareness), ilişkilerde şeffaflık (relational transparency), dengeli davranış/işlem (balanced processing) ve içselleştirilmiş ahlak anlayışıdır (internalized moral perspective) (Walumbwa vd., 2008). Bu özellikler aşağıda kısaca açıklanmıştır.

2.1. Öz-Farkındalık

Öz-farkındalık bir bireyin dünyayı anlama ve anlamlandırması ve süreç içinde meydana gelen etkileşimlerin farkında olmasıyla ilgilidir. Öz-farkındalık kişinin kendi güçlü ve zayıf yönlerini bilmesi, başkalarının bakış açısıyla kendini ve kendisinin başkaları üzerindeki etkilerini görebilmesidir (Walumbwa vd., 2008). Öz-farkındalık, kişinin kendi benlik bileşenlerinin farkında olmasının yanında onu doğru ve nesnel olarak gözlemlene yeteneğinin de bir ölçüsü olduğu gibi (Klenke, 2007), kişinin psikolojik açıdan sağlıklı olmasının da önemli bir göstergesidir. Çünkü öz-farkındalık kişinin güçlerinin ve zayıflıklarının yanı sıra kendisinin çok yönlü doğasının farkında olmasını da kapsar (Tabak vd., 2012). Otantik liderler sahip oldukları özelliklerin farkındadırlar ve bu farkındalığı başkalarıyla ve çevreleriyle olan karşılıklı ilişkilerinde kullanırlar (Kernis, 2003).

2.2. İlişkilerde Şeffaflık

İlişkilerde şeffaflık “kişinin sahte bir davranış sergilemeksizin kendi özgün özelliklerini başkalarına açık bir şekilde yansıtmasını” ifade eder (Walumbwa vd., 2008). İlişkilerde şeffaflık, liderin kendi düşüncelerini açık bir şekilde ifade etmesinin yanında bilgiyi açık bir şekilde paylaşmasını da kapsamaktadır. Lider tarafından bilginin açıkça paylaşılması ve liderin kendi doğrularını açıkça ifade etmesiyle lidere olan güven duygusu artmaktadır (Avolio ve Gardner, 2005; Walumbwa vd., 2008). Kişilerle ilişkilerinde şeffaf davranan liderler, güvene dayalı bir ilişki kurma eğilimi gösterirken, kişilerin potansiyellerini kullanabilecekleri güvenli bir ortam sağlamış olurlar.

Otantik lider, olumlu ve güvenilir iklimi, şeffaflıkla karakterize olan iletişimsel ve destekleyici yaklaşımıyla besler (Nelson vd., 2014). İlişkilerde şeffaflık bileşeni, düşünceleri, zorlukları ve bilgileri açık bir şekilde ifade ederek yaratıcılığa da katkı sağlar. İlişkilerde şeffaflık sayesinde otantik lider ile çalışanlar arasındaki ilişkiler geliştirilebilir. Taraflar arasında şeffaf bir ilişki kurulduğunda, çalışanlar yeni şeyler denemek için kendilerini daha özgür hissedebilirler (Müceldili vd., 2013).

2.3. Dengeli Davranış/İşlem

Dengeli davranış veya tarafsız işlem ‘liderlerin karar vermeden önce bir konuyla ilgili tüm bilgileri objektif bir şekilde değerlendirmesini ve buna göre hareket etmesini’ ifade eder (Walumbwa vd., 2008). Otantik liderler herhangi bir durumu abartmadığı gibi bu durumları görmezden de gelmezler (Çeri-Booms, 2009). Otantik liderlerin herhangi bir durum karşısında kendi pozisyonlarını korumalarını sağlayan derin yetenekleri bulunmaktadır (Walumbwa vd., 2008). Bu nedenle otantik liderlerin davranışları, dış dünyadaki baskılar ya da olasılıklar tarafından değil; liderin değerleri, duyguları, inançları, düşünceleri ve hisleri tarafından yönlendirilir (Çeri-Booms, 2009). Otantik liderler bilgiyi nispeten daha dengeli bir şekilde değerlendirdikleri için bir durumu farklı açıdan ve perspektiften görmeye daha yatkın olurlar (Avolio ve Gardner, 2005). Ayrıca otantik liderler, kendilerine rakip olacak kişilerin yeteneklerini görmezden gelme, onların yeteneklerini geçersiz kılmaya çalışma gibi bir çaba içine de girmezler (Ilies vd., 2005). Bu nedenle tarafsız değerlendirme yapabilen yöneticiler çalışanların ve örgütün yararına olan kararları alabilirler.

2.4. İçselleştirilmiş Ahlak Anlayışı

İçselleştirilmiş ahlak anlayışı, içselleştirilmiş ve birbirleriyle çelişmeyen düşünceleri ifade eder (Walumbwa vd., 2008). Zorlu ahlaki konularla karşı karşıya kaldıklarında, daha yüksek ahlaki perspektife sahip liderlerin ahlaki konular hakkında daha geniş ve derin düşünceleri beklenir (Hannah vd., 2011). Bu düşünceler bir grup, örgüt veya toplumsal baskıdan değil kişinin kendi içsel etik standartları ve değerleri tarafından şekillenir. Bu nedenle verilen kararlar içsel değerlere göre verilmektedir (Walumbwa vd., 2008). İçselleştirilmiş ahlaki bakış açısı otantik liderlerin doğasında bulunmaktadır (Avolio ve Gardner, 2005). Dolayısıyla otantik liderlerin etik değerlere bağlı kalarak davranmaları beklenir (Hannah vd., 2011).

Yöneticilerin otantik liderlik özelliklerini ölçmek için Avolio ve diğerleri (2007) tarafından geliştirilen Otantik Liderlik Ölçeği’nin birçok dilde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Örneğin Walumbwa ve diğerleri (2008) tarafından Çin, Kenya ve ABD’de, Peus ve diğerleri (2012) tarafından Almanya’da, Wong ve Laschinger (2013) tarafından Kanada’da, Valsania ve diğerleri (2016) tarafından İspanya’da geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapmıştır. Otantik Liderlik Ölçeği’nin çeşitli Türkçeleştirilmiş formları kullanılmış olmakla birlikte (Çeri-Booms, 2009; Tabak vd., 2012; Akbolat vd., 2017) sağlık yöneticileri üzerinde yapılan bir geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı, Avolio ve diğerleri (2007) tarafından geliştirilen Otantik Liderlik Ölçeği’ni (Authentic Leadership Questionnaire- ALQ) Türkçe’ye uyarlamak ve sağlık yöneticileri üzerinde geçerlik ve güvenilirliğini test etmektir.

III. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Avolio ve diğerleri (2007) tarafından geliştirilmiş olan Otantik Liderlik Ölçeği (Authentic Leadership Questionnaire) kullanılmıştır (Mind Garden Inc., 2018). Otantik liderlik Ölçeği; Çin, Kenya ve ABD’deki beş ayrı örneklem üzerinde test edilmiş ve geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabilirliği sonucuna varılmış (Walumbwa vd., 2008) ve bu çalışmanın sonuçlarının yayımlandığı ‘Authentic Leadership: Development and Validation of a Theory-Based Measure’ adlı makaleye Google Akademik’te Mart 2020 itibarıyla 3.000’den fazla sayıda atıf yapılmıştır. Bu ölçek dört boyut ve 16 maddeden oluşmaktadır. Boyutlar; öz-farkındalık, ilişkilerde şeffaflık, içselleştirilmiş ahlak anlayışı ve dengeli davranış/işlem boyutlarıdır. Öz-farkındalık boyutunda, ‘‘Kendi yeteneklerini başkalarının nasıl gördüğünü tam olarak tanımlar’’; ilişkilerde şeffaflık boyutunda, ‘‘Hata yaptığında

bunu kabul eder”; içselleştirilmiş ahlak anlayışı boyutunda “Kendi öz değerlerinizi destekleyen duruş sergilemenizi ister” ve dengeli davranış/işlem boyutunda “Sonuca varmadan önce farklı bakış açılarınızı dikkatle dinler” şeklinde maddeler yer almaktadır. Kullanılan ölçek 5’li Likert (0=hiçbir zaman, 5=neredeyse her zaman) tipindedir. Bu ölçekte katılımcılar kendi yöneticilerinin otantik liderlik özelliklerini değerlendirmektedirler.

3.1. Ölçeğin Türkçeye Uyarlanması

Otantik Liderlik Ölçeği’ni araştırmada kullanabilmek için Mind Garden’den (Mind Garden Inc., 2018) araştırmada kullanım izni, Hacettepe Etik Komisyonundan Etik Kurul İzni (14.02.2017/35853172/433-586) ve araştırmanın yapılacağı hastanelerden idari izinler alınmıştır. Otantik Liderlik Ölçeği daha önce Türkçeye çevrilerek kullanılmış olmakla birlikte (Çeri-Booms, 2009; Tabak vd., 2012) yapılan değerlendirmeler sonucunda ölçek için dil geçerliği çalışması yapılmasına karar verilmiştir. Ölçekte yer alan 16 madde iki tercüman tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Daha sonra yapılan bu çeviriler araştırmacılar tarafından değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda iki çeviri arasında uyumsuzluk olduğu düşünülen kısımlarda tercümanların tekrar görüşleri alınarak revizyonlar yapılmış ve ölçeğin Türkçeye çevirisi tamamlanmıştır. Ölçeğin Türkçe çevirisi de farklı bir tercüman aracılığıyla orijinal dile (İngilizce) çevrilmiştir. Yapılan geri çevirinin, ölçeğin orijinal hali ile tutarlı olduğu gözlemlendiğinden ölçeğin Türkçe çevirisinin dil bakımından geçerli olduğuna karar verilmiştir.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni, Ankara’da bulunan kamu hastaneleri (Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastaneleri) bünyesinde idari hizmetlerde çalışan orta düzey yöneticiler (başhekim yardımcıları, idari ve mali işler müdür yardımcıları, üniversitelerde hastane müdürleri ve hastane müdür yardımcıları) ve alt düzey yöneticilerden (birim sorumluları) oluşmaktadır. Araştırma kapsamına giren bu yöneticiler hem hastanelerin üst düzey yöneticileriyle (hastane yöneticisi, başhekim, idari ve mali işler müdürü, üniversite hastanelerinde başmüdür) hem de hastanelerin alt birimlerindeki çalışanlarla doğrudan ilişki halindedirler. Bu nedenle sağlık yöneticilerinin otantik liderlik özellikleri hakkında yeterli bilgi alınabileceği düşünülmüştür.

Araştırmanın yapıldığı hastaneler; eğitim ve araştırma hastaneleri, devlet hastaneleri ile üniversite hastaneleri olmak üzere üç kategoride yer almaktadır. Bu hastanelerin organizasyon yapıları da farklılık göstermektedir. Sağlık Bakanlığı hastaneleri (eğitim ve araştırma hastaneleri/devlet hastaneleri) ile üniversite hastanelerinin organizasyon yapıları da belirgin şekilde farklıdır. Ayrıca üniversite hastanelerinin organizasyon yapısının kamu hastanelerine göre daha karmaşık olduğu söylenebilir. Araştırma 24.04.2017- 23.06.2017 tarihleri arasında Ankara’daki 19 hastanede gerçekleştirilmiştir. Araştırmada örneklem seçilmeyerek evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırma kapsamına giren 377 kişiden toplam 279 kişi araştırmaya katılarak anket formunu doldurmuştur. Ancak cevaplanan 279 anketten 16’sı eksik doldurulduğu (bazı bölümleri boş bırakıldığı) için araştırmada cevaplanan 279 anketten 263’ü geçerli kabul edilmiştir.

3.3. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış, daha sonra da Statistical Package for Social Sciencefor Windows (SPSS) 22.0 ve Linear Structural Relations (LISREL) 9.30 programlarında analiz edilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenilirlik düzeylerinin belirlenmesi için SPSS programındaki güvenilirlik analiz yöntemlerinden yararlanılmıştır. Bu kapsamda önce ölçeğe ve alt boyutlara ilişkin alfa katsayıları incelenmiştir. Daha sonra testin iki yarısına ilişkin güvenilirlik katsayıları (Spearman-Brown ve Guttman Katsayısı) incelenmiştir. Araştırmada elde edilen verilerin faktör analizine uygunluğu Bartlett’in Küresellik testi ve KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) katsayısı ile incelenmiştir. Ölçekte yer alan maddelere ilişkin madde analizleri de yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek için “LISREL 9.30” programında doğrulayıcı faktör analizi (confirmatory factor

analysis) yapılmıştır. Ölçeğin tek faktörlü modele, birinci düzey çok faktörlü modele ve ikinci düzey çok faktörlü modele uygunluğu X^2/SD (Chi Square Goodness of Fit/degree of freedom- Kikare/Serbestlik derecesi), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation- Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü), GFI (Goodness of Fit Index-Uyum İyiliği İndeksi), CFI(Comparative Fit Index-Karşılaştırmalı Uyum İndeksi) uyum indeksleri ve t değerleri ile incelenmiştir.

IV. BULGULAR

Araştırmaya toplam 263 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılan yöneticilere ilişkin sosyo-demografik ve mesleki özellikler beş kategoride (yaş, cinsiyet, eğitim/akademik durum, yönetsel pozisyon, hastane türü) değerlendirilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişkenler	Kategoriler	n	%	Ort. ^a ± SS ^b (Min. ^c – Max. ^d)
Yaş (Yıl)		263	100	43,29 ± 7,78 (25-64)
Cinsiyet	Kadın	115	43,7	
	Erkek	148	56,3	
Eğitim/ Akademik Durum	Lisans ve altı ^e	174	66,16	
	Lisansüstü ^f	89	33,84	
Yönetsel Pozisyon	Birim Sorumlusu	155	58,9	
	Müdür Yardımcısı	67	25,5	
	Başhekim Yardımcısı	41	15,6	
Hastane Türü	Devlet Hastanesi	25	9,5	
	Eğitimve Araştırma Hastanesi	165	62,7	
	Üniversite Hastanesi	73	27,8	
Toplam		263	100,00	

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cMinimum, ^dMaksimum

^eLisans ve Altı (Lisans, Önlisans, Lise)

^fLisansüstü (Prof. Dr., Doç. Dr., Yrd. Doç. Dr., Uz. Dr., Doktora, Yüksek Lisans).

Araştırmaya katılan yöneticilerin yaklaşık beşte üçü kırk yaş üzeri (%57,7), beşte üçü erkek (%56,3), üçte ikisi lisans ve altı eğitim düzeyinde (%66,16), beşte üçü birim sorumlusu (%58,9), üçte ikisi eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanlardır (%62,7).

4.1. Otantik Liderlik Ölçeği'nin Güvenirliği

Ölçeğin güvenirlilik düzeyinin belirlenmesinde önce testin bütününe ve alt boyutlarına ilişkin Alfa katsayıları incelenmiştir (Tablo 2). Alfa katsayısının 0,80 ile 1,00 arasında olması ölçeğin yüksek güvenirliliğe sahip olduğunu gösterir (Alpar, 2012).

Tablo 1. Otantik Liderlik Ölçeği'ne ve Otantik Liderlik Ölçeği'nin Alt Boyutlarına İlişkin Alfa Katsayıları

Boyut ve Alt Boyutlar	Maddeler	Cronbach Alfa Katsayısı
Otantik Liderlik	1-16	0,950
İlişkilerde Şeffaflık	1-5	0,858
İçselleştirilmiş Ahlak Anlayışı	6-9	0,838
Dengeli Davranış/İşlem	10-12	0,849
Öz-Farkındalık	13-16	0,889

Alfa katsayıları incelendiğinde Otantik Liderlik Ölçeği'ne ve alt boyutlarına ilişkin Alfa katsayılarının 0,80'in üzerinde olduğu gözlenmiştir. Bu değerler Otantik Liderlik Ölçeği'nin ve alt boyutlarının yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin güvenilirliğinin test edilmesi için ayrıca SPSS Güvenirlik Analizinden Split-half yöntemi seçilmiş ve testin iki yarısına ilişkin sonuçlar Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 2. Otantik Liderlik Ölçeği'nin İki Yarısına ve Bütününe İlişkin Güvenirlik Katsayıları

Yarılar	Maddeler	Cronbach Alfa Katsayısı	Spearman-Brown Katsayısı	Guttman Katsayısı
Birinci Yarı	1-8	0,901	0,913	0,911
İkinci Yarı	9-16	0,926		
Tek Sayılar	1-15	0,894	0,963	0,961
Çift Sayılar	2-16	0,910		

Tablo 3'te de görüldüğü üzere test iki yarıya bölündüğünde her bir yarının (birinci yarı, ikinci yarı; tek sayılar ve çift sayılar) alfa katsayısı 0,80'in üzerindedir. Testin bütününe ilişkin katsayılar da (Spearman-Brown ve Guttman Split-Half) 0,90'in üzerindedir. Bu sonuçlar, Otantik Liderlik Ölçeği'nin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

4.2. Otantik Liderlik Ölçeği'nin Yapı Geçerliliği

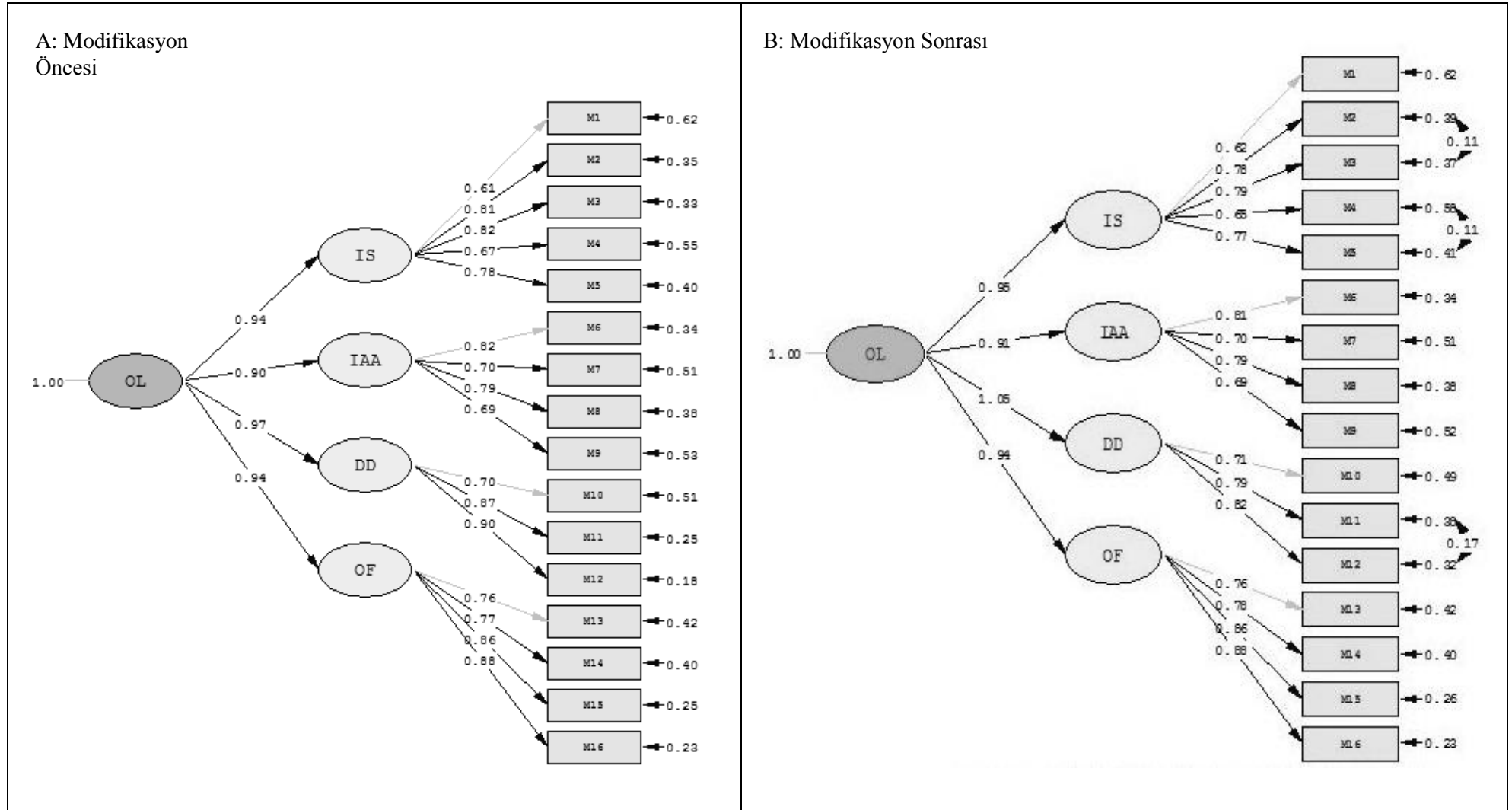
Otantik Liderlik Ölçeği faktörlenebilirlik açısından incelendiğinde Bartlett'in Küresellik testi için p değeri anlamlı ($p < 0,01$) bulunmuştur. Bu ölçeğe ilişkin KMO değeri de (0,945) iyi bir düzeydedir. Maddeler arasındaki korelasyonlar faktörleşme bakımından normal sınırlar (0,34-0,82) içerisindedir ve tüm korelasyonlar anlamlıdır ($p < 0,01$). Ölçekte, ölçeğin güvenilirliğini düşüren herhangi bir madde bulunmamaktadır. Bu sonuçlar verilerin faktörlenebilirlik açısından uygun olduğunu göstermektedir.

Otantik liderlik ölçeğinin yapı geçerliliğini test etmek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi, daha önceden tanımlanmış ve sınırlandırılmış bir yapının, bir model olarak doğrulanıp doğrulanmadığını test etmek için kullanılan bir analizdir (Çokluk vd., 2016). Otantik Liderlik Ölçeği'nin tek faktörlü modele, birinci düzey çok faktörlü modele ve ikinci düzey çok faktörlü modele uygunluğu sırasıyla test edilmiştir. Yol modelinde program tarafından önerilen modifikasyon önerileri de kuramsal olarak incelenmiştir. Kuramsal yapıya uygun olduğuna karar verilen üç adet modifikasyon (Md2-Md3, Md4-Md5, Md11-Md12) her üç model için de yapılmıştır. Bu modifikasyonlar uyum indekslerinde önemli iyileşmeler sağlamaktadır. Maddeler arasındaki korelasyonlar (0,73; 0,61; 0,82) faktör yapısı açısından normal sınırlar içerisindedir ve maddelerin her birinin modele anlamlı katkısı vardır. Bu nedenle ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır.

Ölçeğin faktör yapısına uygunluğu uyum indeksleri ile incelenmiştir. Literatürde modelin uyumunu belirlemede başta χ^2/SD ve RMSEA olmak üzere GFI ve CFI sıklıkla kullanılmaktadır. $\chi^2/SD \leq 3$ olması mükemmel uyumu gösterirken, >3 ve ≤ 5 olması orta düzeyde uyumu göstermektedir. $RMSEA \leq 5$ olması mükemmel uyumu gösterirken >5 ve ≤ 8 olması iyi uyumu, >8 ve ≤ 10 olması zayıf uyumu göstermektedir. $GFI \geq 0,95$ olması mükemmel uyumu gösterirken, $<0,95$ ve $\geq 0,90$ olması iyi uyumu göstermektedir. $CFI \geq 0,95$ olması mükemmel uyumu gösterirken, $<0,95$ ve $\geq 0,90$ olması iyi uyumu göstermektedir (Çokluk vd., 2016).

Çalışmada ölçeğin tek faktörlü modele, birinci düzey çok faktörlü modele ve ikinci düzey çok faktörlü modele uygunluğu incelenmiştir. Tablo 4'te üç modele göre ölçeğin hem modifikasyonsuz hem de modifikasyonlu haline ilişkin uyum indeksleri birlikte verilmiştir. Şekil 1'de ölçeğin ikinci düzey çok faktörlü yapıya uygunluğuna ilişkin yol şeması verilmiştir.

Şekil 1. Otantik Liderlik Ölçeği'nin İkinci Düzey Modeli İçin Yol Şeması



OL (Otantik Liderlik), IS (İlişkilerde Şeffaflık), IAA (İçselleştirilmiş Ahlak Anlayışı), DD (Dengeli Davranış/İşlem), OF (Öz-Farkındalık).

Her iki modelde de tüm maddelerin alt boyutlara doğrudan etkileri (yük değerlerine karşılık gelen) yüksek (≥ 61), gizil değişkenlere ilişkin tüm t değerleri de anlamlıdır ($p < 0,01$). Model-A'ya ilişkin $X^2/SD=3,21$; RMSEA=0,092; GFI=0,87 ve CFI=0,98'dir. Uyum indekslerinden χ^2/SD değeri iyi uyumu, RMSEA değeri zayıf uyumu, CFI değeri ise mükemmel uyumu göstermektedir. GFI değeri ise iyi uyum göstermemektedir. Şekil 1'de (Model-B) görülen modifikasyonlar yapıldığında $X^2/SD=2,65$; RMSEA= 0,079; GFI= 0,89 ve CFI= 0,98 olarak değişmektedir. Yapılan modifikasyon sonucunda χ^2/SD değeri mükemmel uyumu, RMSEA değeri iyi uyumu ve CFI değeri mükemmel uyumu göstermektedir. GFI değeri ise iyi uyum göstermemekle birlikte iyi uyum değerlerine çok yakındır (Tablo 4). Ölçeğin tek faktörlü yapıya, birinci düzey çok faktörlü yapıya uygunlukları da incelenmiş ve bu modellere ilişkin uyum iyiliği indeksleri Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Model Uyum İyiliği İndeksleri

Model	Modifikasyon	χ^2/SD	RMSEA	GFI	CFI
Tek Faktörlü Model	Modifikasyon Öncesi	4,60	0,117	0,81	0,96
	Modifikasyon Sonrası	3,64	0,100	0,85	0,97
Birinci Düzey Çok Faktörlü Model	Modifikasyon Öncesi	3,14	0,091	0,87	0,98
	Modifikasyon Sonrası	2,61	0,078	0,89	0,98
İkinci Düzey Çok Faktörlü Model	Modifikasyon Öncesi (A)	3,21	0,092	0,87	0,98
	Modifikasyon Sonrası (B)	2,65	0,079	0,89	0,98

Model uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde ikinci düzey çok faktörlü model ile birinci düzey çok faktörlü modelin uyum değerleri bakımından benzer olduğu görülmektedir. Ölçekteki maddeler arasında uygun olduğu düşünülen modifikasyonlar (Md2-Md3, Md4-Md5, Md11-Md12) yapıldığında ise uyum indekslerinde önemli iyileşmeler sağlanmıştır. Ayrıca ikinci düzey çok faktörlü model ile birinci düzey çok faktörlü modelin ölçeğin tek faktörlü modeline göre uyum indekslerinin daha iyi olduğu söylenebilir.

V. TARTIŞMA

Çalışmada Avolio ve diğerleri (2007) tarafından geliştirilen Otantik Liderlik Ölçeği'nin Türkçeye çevirisi yapılarak sağlık yöneticileri üzerinde geçerlik ve güvenilirliği incelenmiştir. Çeviri ve geri çeviri yöntemiyle bu çalışmada Türkçeye çevirisi yapılan Otantik Liderlik Ölçeğinin Türkçe versiyonunun İngilizce dilindeki orijinali ile uyumlu olduğu gözlenmiş ve dil geçerliği sağlanmıştır.

Ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlikleri bu çalışmada ve farklı çalışmalarda incelenmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre, Otantik Liderlik Ölçeği ve alt boyutları iç tutarlık bakımından yüksek güvenilirliğe sahiptir. Cronbach alfa katsayısı Otantik Liderlik Ölçeği için 0,95; ilişkilerde şeffaflık boyutu için 0,86; içselleştirilmiş ahlak anlayışı boyutu için 0,84; dengeli davranış/işlem boyutu için 0,85; öz-farkındalık boyutu için 0,89 olarak bulunmuştur. Birçok çalışmada da ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirliği bakımından benzer sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin, Walumbwa ve diğerleri (2008) tarafından ABD'de yapılan çalışmada ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları ilişkilerde şeffaflık için 0,87; içselleştirilmiş ahlak anlayışı için 0,76; dengeli davranış/işlem için 0,81 ve öz-farkındalık için 0,92 olarak bulunmuştur. Başka çalışmalarda da ölçeğin iç tutarlığı açısından olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Cronbach alfa katsayıları, Peus ve diğerleri (2012) tarafından Almanya'da yapılan çalışmada, otantik liderlik için 0,94; ilişkilerde şeffaflık için 0,81; içselleştirilmiş ahlak anlayışı için 0,85; dengeli davranış/işlem için 0,78; öz-farkındalık için 0,86 olarak; Wong ve Laschinger (2013) tarafından Kanada'da yapılan çalışmada otantik liderlik için 0,97; ilişkilerde şeffaflık için 0,88; içselleştirilmiş ahlak anlayışı için 0,89; dengeli davranış/işlem için 0,86; öz-farkındalık için 0,93 olarak; Valsania ve diğerleri (2016) tarafından İspanya'da yapılan çalışmada otantik liderlik için 0,96; ilişkilerde şeffaflık için 0,94; içselleştirilmiş ahlak anlayışı için 0,91; dengeli davranış/işlem için 0,91; öz-farkındalık için 0,95 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar otantik liderlik ölçeği ve alt boyutlarının güvenilir olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin tek faktörlü modele, birinci düzey çok faktörlü modele ve ikinci düzey çok faktörlü modele uygunluğu bu çalışmada ve benzer çalışmalarda incelenmiştir. Faktör yapısı incelenirken tek boyutlu model (16 madde), dört boyuttan oluşan birinci düzey çok faktörlü model ve ana boyuttan ile dört boyuttan oluşan ikinci düzey çok faktörlü model, uyum indekslerine (X^2/SD , RMSEA, GFI, CFI) bakılarak karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada tek faktörlü model için X^2/SD 3,64, RMSEA 0,100, CFI 0,97; birinci düzey çok faktörlü model için X^2/SD 2,61, RMSEA 0,078, CFI 0,98; ikinci düzey çok faktörlü model için X^2/SD 2,65, RMSEA 0,079, CFI 0,98 olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya göre ikinci düzey çok faktörlü model ve birinci düzey çok faktörlü model tek faktörlü modele göre daha uyumlu modellerdir. Birinci düzey çok faktörlü model ile ikinci düzey çok faktörlü modelin uyumları birbirine benzerdir. Ölçeğin faktör yapısının belirlenmesine yönelik yapılmış çalışmalar büyük ölçüde birbirini desteklemektedir. Walumbwa ve diğerlerinin (2008) yapmış olduğu çalışmada, tek faktörlü model için Amerika örnekleminde X^2/SD 3,50; RMSEA 0,11; CFI 0,91 olarak; Çin örnekleminde X^2/SD 2,45; RMSEA 0,09; CFI 0,91 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada birinci düzey çok faktörlü model için Amerika örnekleminde X^2/SD 2,84; RMSEA 0,09; CFI 0,94 olarak; Çin örnekleminde X^2/SD 2,17; RMSEA 0,08; CFI 0,93 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada ikinci düzey çok faktörlü model için Amerika örnekleminde X^2/SD 2,39; RMSEA 0,05; CFI 0,97 olarak; Çin örnekleminde X^2/SD 1,83; RMSEA 0,06; CFI 0,95 olarak bulunmuştur. Walumbwa ve diğerlerinin (2008) çalışmasında ikinci düzey çok faktörlü modelin en iyi uyuma sahip olan model olduğu, tek faktörlü modelin ise diğer iki modele göre daha kötü bir uyuma sahip olduğu söylenebilir. Peus ve diğerlerinin (2012) Almanya'da yapmış olduğu çalışmada tek faktörlü model için, X^2/SD 3,39; RMSEA 0,089; CFI 0,900, GFI 0,859 olarak; birinci düzey çok faktörlü model için X^2/SD 2,319; RMSEA 0,066; CFI 0,948, GFI 0,915 olarak; ikinci düzey çok faktörlü model için ise X^2/SD 2,511; RMSEA 0,070; CFI 0,940, GFI 0,905 olarak bulunmuştur. Bu sonuç tek faktörlü modelin en kötü uyuma, birinci düzey çok faktörlü modelin ise en iyi uyuma sahip model olduğunu göstermektedir. Faktör yapısı bakımından yapılan çalışmalar incelenerek tek faktörlü model, birinci düzey ve ikinci düzey çok faktörlü model birbirleriyle kıyaslandığında; uyumu en düşük olan modelin tek faktörlü model olduğu, birinci ve ikinci düzey çok faktörlü modelin uyumlarının ise birbirine yakın olduğu söylenebilir.

VI. SONUÇ

Avolio ve diğerleri (2007) tarafından geliştirilmiş olan Otantik Liderlik Ölçeği'nin Türkçe versiyonu dil bakımından geçerlidir. Ölçeğin güvenirliliğine ilişkin analizler ölçeğin Türkçe versiyonunun yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçeğin alt boyutları da yüksek güvenirliliğe sahiptir. Otantik Liderlik Ölçeği'nin Türkçe versiyonu orijinali ile yapı bakımından da uyumludur. Ölçeğin birinci ve ikinci düzey çok faktörlü modeli, tek faktörlü modele göre daha fazla uyum göstermektedir. Sonuç olarak, dört boyuttan (ilişkilerde şeffaflık, içselleştirilmiş ahlak anlayışı, dengeli davranış/işlem ve öz-farkındalık) oluşan otantik liderlik ölçeği, sağlık yöneticilerinin otantik liderlik özelliklerini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir araçtır. Bu nedenle, sağlık yöneticilerinin otantik liderlik özelliklerinin ölçüleceği çalışmalarda Otantik Liderlik Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun kullanılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Akbolat, M., Durmuş, A., & Ünal, Ö. (2017). Örgütsel erdemliliğin personel güçlendirmeye etkisi ve otantik liderliğin aracı rolü. *İşletme Bilimi Dergisi*, 5(2), 71-88.
- Alilyyani, B., Wong, C. A., & Cummings, G. (2018). Antecedents, mediators, and outcomes of authentic leadership in healthcare: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 83, 34-64.
- Alpar, R. (2012). *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik: Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle*. Detay Yayıncılık. Ankara.

- Anwar, A., Abid, G., & Waqas, A. (2020). Authentic Leadership and Creativity: Moderated Meditation Model of Resilience and Hope in the Health Sector. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 10(1), 18-29.
- Avolio, B. J., Gardner, W. L., Walumbwa, F. O., Luthans, F., & May, D. R. (2004). Unlocking the mask: A look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviors. *The Leadership Quarterly*, 15(6), 801-823.
- Avolio, B. J., & Gardner, W. L. (2005). Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 315-338.
- Avolio, B. J., Gardner, W. L., & Walumbwa, F. O. (2007). Authentic leadership questionnaire. <http://www.mindgarden.com/69-authenticleadership-questionnaire>
- Avolio, B. J. (2010). Bringing Authentic Leadership In To Focus. *International Journal of Leadership Studies*, 12(2).
- Çeri-Booms, M. (2009). *An empirical study on transactional, transformational and authentic leaders: Exploring the mediating role of trust in leader on organizational identification.* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
- Çokluk, O., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2016). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları.* (4. Baskı), Pegem Yayıncılık. Ankara.
- Datta, B. (2015). Assessing the effectiveness of authentic leadership. *International Journal of Leadership Studies*, 9(1), 62-75.
- Eigel, K. M., & Kuhner, K. W. (2005). *Authentic Development: Leadership Development Level and Executive Effectiveness.* Elsevier, UK.
- Gardner, W. L., Cogliser, C. C., Davis, K. M., & Dickens, M. P. (2011). Authentic leadership: A review of the literature and research agenda. *The Leadership Quarterly*, 22(6), 1120-1145
- Hannah, S. T., Avolio, B. J., & Walumbwa, F. O. (2011). Relationships between authentic leadership, moral courage, and ethical and pro-social behaviors. *Business Ethics Quarterly*, 21(4), 555-578.
- Ilies, R., Morgeson, F. P., & Nahrgang, J. D. (2005). Authentic leadership and eudaemonic well-being: Understanding leader-follower outcomes. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 373-394.
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 1-26.
- Klenke, K. (2007). Authentic leadership: A self, leader, and spiritual identity perspective. *International Journal of Leadership Studies*, 3(1), 68-97.
- Luthans, F., & Avolio, B. J. (2003). Authentic leadership development. *Positive Organizational Scholarship*, 241, 258.
- Lussier, R. N., & Achua, C.F. (2013). *Leadership: Theory, Application, & Skill Development.* (Fifth Edition), Nelson Education, USA.
- Mind Garden, Inc., (2018). Authentic Leadership Questionnaire. <https://www.mindgarden.com/69-authentic-leadership-questionnaire>.

- Müceldili, B., Turan, H., & Erdil, O. (2013). The influence of authentic leadership on creativity and innovativeness. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 99, 673-681.
- Nelson, D. L., & Quick, J. C. (2011). *Organisational Behavior. Science: The Real World and You*. (Seventh Edition), Cengage Learning, USA.
- Nelson, K., Boudrias, J. S., Brunet, L., Morin, D., De Civita, M., Savoie, A., & Alderson, M. (2014). Authentic leadership and psychological well-being at work of nurses: The mediating role of work climate at the individual level of analysis. *Burnout Research*, 1(2), 90-101.
- Novicevic, M. M., Harvey, M. G., Ronald, M., & Brown Radford, J. A. (2006). Authentic leadership: A historical perspective. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 13(1), 64-76.
- Peus, C., Wesche, J. S., Streicher, B., Braun, S., & Frey, D. (2012). Authentic leadership: An empirical test of its antecedents, consequences, and mediating mechanisms. *Journal of Business Ethics*, 107(3), 331-348.
- Shamir, B., & Eilam, G. (2005). "What's your story?" A life-stories approach to authentic leadership development. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 395-417.
- Tabak, A., Polat, M., Coşar, S., & Türköz, T. (2012). Otantik liderlik ölçeği: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*, 14(4), 89-106.
- Valsania, S. E., Moriano, J. A., & Molero, F. (2016). Authentic leadership and intrapreneurial behavior: cross-level analysis of the mediator effect of organizational identification and empowerment. *International Entrepreneurship and Management Journal*, 12(1), 131-152.
- Walumbwa, F., Avolio, B., Gardner, W., Wernsing Tara, S., & Peterson Suzanne, J. (2008). Authentic Leadership: Development and Validation of a Theory-Based Measure. *Journal of Management*, 34(1).
- Wong, C. A., & Walsh, E. J. (2020). Reflections on a decade of authentic leadership research in health care. *Journal of Nursing Management*, 28(1), 1-3.
- Wong, C. A., & Laschinger, H. K. (2013). Authentic leadership, performance, and job satisfaction: the mediating role of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 947-959.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

İLİŞKİSEL PAZARLAMA STRATEJİLERİ, İLİŞKİSEL KALİTE UNSURLARI VE DAVRANIŞSAL NİYETLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ¹

Haydar HOŞGÖR *
Emrah CENGİZ **

ÖZ


Bu çalışmada davranışsal niyetler, ilişkisel pazarlama stratejileri ve ilişkisel kalite unsurları arasındaki ilişkiler hasta perspektifinden incelenmiştir. Çalışmanın verileri İstanbul ilindeki devlet, özel ve üniversite türlerinde faaliyet gösteren hastanelerden yataklı tedavi görmüş (ameliyat olmuş) 1050 hastadan toplanmıştır. Yapısal eşitlik modellemesinin kullanıldığı bu çalışmada her bir hastane türünden eşit sayıda (N_{devlet} : 350, $N_{özel}$: 350, $N_{üniversite}$: 350) katılımcıya ulaşılmıştır. Devlet, özel ve üniversite hastaneleri örnekleme için hasta tatmini ilişkisel kalite unsurunun, ilişkisel pazarlama stratejileri öncülü tarafından sırayla %83, %84 ve %81 oranında açıklandığı saptanmıştır. Devlet hastaneleri örnekleminde güven ilişkisel kalite unsurunun tavsiye etme niyeti üzerinde %90 etkisi saptanmıştır. Özel hastaneler örnekleminde hasta tatmini ilişkisel kalite unsurunun tekrar tercih etme ve daha fazla ödeme niyetleri üzerinde ise sırayla %66 ve %41 açıklayıcılığa sahip olduğu hesaplanmıştır. Genel olarak üç hastane türü için de ilgili değişkenler arasında pozitif ve anlamlı ilişkilerin görüldüğü ortaya konulmuştur. Buradan hareketle profesyonel hastane yöneticilerine, kendi kurumlarının mülkiyet yapısına en uygun ilişkisel pazarlama stratejilerini tespit etmeleri ve onları uygulamaları önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hastane yönetimi, ilişkisel pazarlama, hasta tatmini, hasta güveni, hasta sadakati

MAKALE HAKKINDA

¹Bu çalışma Prof. Dr. Emrah CENGİZ danışmanlığında Haydar HOŞGÖR tarafından 14.02.2019 tarihinde başarıyla tamamlanan “Sağlık İşletmelerinde İlişkisel Pazarlama Stratejileri ile Hastaların Davranışsal Niyetleri Arasındaki İlişkinin Yapısal Eşitlik Modeli ile İncelenmesi” başlıklı doktora tezinden üretilmiştir.

* Öğr. Gör. Dr., Uşak Üniversitesi SHMYO Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı, haydar.hosgor@usak.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1174-1184>

** Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi İşletme Bölümü, ecengiz@istanbul.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-6524-7563>

Gönderim Tarihi: 17.03.2020

Kabul Tarihi: 28.05.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Hoşgör, H. & Cengiz, E. (2020). İlişkisel Pazarlama Stratejileri, İlişkisel Kalite Unsurları ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 465-484

INVESTIGATION OF RELATIONSHIPS BETWEEN RELATIONAL MARKETING STRATEGIES, RELATIONAL QUALITY ELEMENTS AND BEHAVIORAL INTENTIONS¹

Haydar HOŞGÖR *
Emrah CENGİZ **

ABSTRACT

In this study, relationships between the behavioral intentions, relational marketing strategies and relational quality elements from a patient perspective were examined. The data of the study were collected from 1050 inpatient (operated) patients from hospitals in the state, private and university types in Istanbul province. In this study in which structural equation modeling was used, an equal number of participants from each hospital type ($N_{state}: 350$, $N_{private}: 350$, $N_{university}: 350$) was reached. For the sample of state, private and university hospitals, it was found that the patient satisfaction relational quality factor was explained by the predecessor of relational marketing strategies by 83%, 84% and 81%, respectively. It was determined that the patient trust relational quality factor had an explanation power of 90% on the intention to recommend in the sample of public hospitals. In the sample of private hospitals, it was calculated that the patient satisfaction relational quality element had an explanation of 66% and 41%, respectively, on the intentions to prefer and pay more. In general, it was revealed that positive and meaningful relationships were observed between the relevant variables for all three types of hospitals. From this point of view, professional hospital managers can be advised to identify and implement relational marketing strategies that best suit their corporate structure.

Keywords: Hospital management, relationship marketing, patient satisfaction, patient trust, patient loyalty

ARTICLE INFO

¹ This study was produced from the doctoral dissertation titled "A study of the relation between the relationship marketing strategies and the behavioral intentions of patients in healthcare institutions using structural equation modeling" which was completed on 14.02.2019 by Haydar HOŞGÖR under the supervision of Emrah CENGİZ.

* Uşak University, haydar.hosgor@usak.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1174-1184>

** İstanbul University, ecengiz@istanbul.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-6524-7563>

Received: 17.03.2020

Accepted: 28.05.2020

Cite This Paper:

Hoşgör, H. & Cengiz, E. (2020). İlişkisel Pazarlama Stratejileri, İlişkisel Kalite Unsurları ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 465-484

I. GİRİŞ

Günümüzde rekabet şartlarının eskisine kıyasla daha zorlu bir hal alması, kaliteyi algılayış biçimi değişen müşteri profili ile birlikte müşterileri ihtiyaçlarının da farklılaşması, gelişen teknolojiler dolayısıyla küreselleşme etkilerinin daha yoğun hissedilmesi ve hizmet alıcıların daha çok kendilerine özgü bireyselleştirilmiş hizmetleri talep eder olmaları gibi pek çok faktörün, işletmelerin müşteriyi elde tutma noktasında zorlanmasına neden olduğunu belirtmek olasıdır. Tüm bu faktörlerin, işletme ile müşteriyi uzun soluklu bir iş ilişkisi içerisinde yer almaları gerektiği hususunda zorlayıcı bir baskı unsuru olduğu ileri sürülebilir. Bu türden uzun erimli bir ilişkinin kurulması ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasında işletmelerin ilişkisel pazarlamadan faydalandıkları bilinmektedir.

İlk defa Berry tarafından 1983 yılında pazarlama yazınına kazandırılan ilişkisel pazarlama kavramı; çoklu hizmet organizasyonlarında müşteri ilişkilerinin geliştirilmesi, müşterilerin cezbedilmesi ve kurulan ilişkilerin sürdürülebilir kılınması şeklinde tanımlanmaktadır (Peltier vd., 2004). Modern pazarlama biliminin önemli gelişmelerinden birisi olan ilişkisel pazarlama, pek çok araştırmaya konu olmuş güncel bir yaklaşımdır. Pazarlama literatüründe ilişkisel pazarlamanın, pazarlama yaklaşımları ve yönelimlerinde bir paradigma değişikliğini temsil ettiği yönünde bilgilere rastlamak mümkündür (Payne ve Holt, 2001).

İlişkisel pazarlama; müşteriler ve diğer paydaş grupları ile ilişkilerin kurulmasını, geliştirilmesini ve sürdürülmesini ifade eden yeni bir yaklaşımdır. İlişkisel pazarlama; sadece alıcılar ve tedarikçiler arasındaki ilişkileri değil, aynı zamanda bir tedarikçinin kendi tedarikçileriyle ve iç müşteriler olarak çalışanlarla olan ilişkilerini de ilgilendirmesi bakımında geleneksel/işlemsel pazarlamadan ayrılmaktadır (Wright ve Taylor, 2005). Geleneksel pazarlamanın aksine ilişkisel pazarlamada yeni müşterilerin cezbedilmesi, tatmin edilmesi ve portföye katılması amacı güdülmektedir (Bennett ve Barkensjo, 2005). Bu bakımdan ilişkisel pazarlamanın, yalnızca hâlihazırdaki mevcut müşteriler ile kurulmuş olan ilişkilerin daha da güçlendirilmesi yönünde birtakım faaliyetler gösterdiği ifade edilebilir.

İşletmeler açısından maliyet kalemlerini en aza indirmesi, müşteri yaşam boyu değeri ile sadakatini yükseltmesi gibi nedenler dolayısıyla ilişkisel pazarlama işletmeler açısından önemli bir başvuru kaynağı olarak görülebilmektedir (Keskin ve Kurtuldu, 2019). Bu doğrultuda sağlık hizmetleri sektöründe de profesyonel sağlık idarecileri tarafından ilişkisel pazarlama uygulamalarından faydalandığı belirtilebilir. Zira oldukça rekabet yoğun ve komplike bir hizmet alanı olan sağlık hizmetlerinde telafisi mümkün olmayan durumların mevcudiyetine ek olarak, salt amacın ekonomik karlılık olmaması da, bu alanda ilişkisel pazarlamanın uygulanabilirliğini artırmaktadır (Nakip ve Özçiftçi, 2015).

Bhaskar ve diğerleri (2012) hastanelerde ilişkisel pazarlamanın avantajlarını şöyle ifade etmektedir: Yeni bir müşteri kazanmanın maliyeti, hâlihazırdaki mevcut müşterileri elde tutmaktan her zaman daha maliyetlidir. Mevcut müşterileri elde tutmak, yeni müşteriler kazanmaktan her zaman daha karlıdır. Zira eski müşteriler, sunulan hizmetin kalitesini etrafındaki tüm kişilere olumlu ağızdan ağıza iletişim vasıtasıyla ücretsiz bir şekilde ileterek, doğal birer yaşam boyu satış elemanı olarak hizmet ederler. Böylece ihtiyaç durumunda ilgili kurumdan hizmet almaları hususunda diğer potansiyel müşterilerin kararları üzerinde olumlu bir etki yaratabilir. Ayrıca bir hasta hastaneye girdiğinde karşılama personeli, danışma görevlisi, laboratuvar teknisyeni, faturalandırma personeli, vale gibi pek çok işgören ile temasa geçmek durumunda kalabilir. Dolayısıyla hasta ve yakınlarının doğrudan iletişim halinde olduğu birimlerin müşteri ilişkileri yapısının güçlendirilmesi önemlidir. Hizmetlere erişimi engelleyen veya geciktiren durumların ortadan kaldırılması ve hastaların kaygılarını azaltan kişiselleştirilmiş bir bakım yaklaşımının benimsenmesi de dikkat edilmesi gereken bir diğer husustur. Bu bağlamda kendi kurumlarına sadık birer hasta portföyüne sahip olmayı hedefleyen sağlık işletmelerinin, hangi ilişkisel pazarlama stratejilerini ve ilişkisel kalite unsurlarını benimseyeceği önem arz etmektedir.

II. İLİŞKİSEL PAZARLAMA STRATEJİLERİ

Tüketicilerin hizmet aldıkları işletmede kalma niyetlerini veya hizmet sunucularını değiştirme kararı almalarını etkileyen unsurların tümü, ilişkisel pazarlama stratejileri adını almaktadır (Peng ve Wang, 2006). Bu unsurların hangi öncüllerden oluştuğu noktasında pazarlama yazınında bir netlik olmamasına rağmen kimi araştırmalarda kalite (Hsieh ve Hiang, 2004), fiyat/değer (Gerpott vd., 2001), imaj (Lai vd., 2009) ve müşteri odaklılık (Adamson vd., 2003) değişkenlerinden tümünün veya bazılarının kullanıldığı bilinmektedir.

- **Algılanan Hizmet Kalitesi:** Ghobadian ve diğerleri (1994)'ne göre algılanan hizmet kalitesi; Bir hizmetin kalitesine yönelik müşteriler tarafından sezilen duygular olup, müşterilerin o hizmetten duydukları memnuniyetin derecesidir. Literatürde yüksek düzeyde algılanan bir hizmet kalitesinin kurumsal itibar (Korkmaz vd., 2015), memnuniyet (Ayyıldız ve Cengiz, 2007) ve karlılık artışı (Aydın ve Özer, 2005) ile ilişkili olduğunu ortaya koyan yayınların olduğu bilinmektedir.

- **Fiyat Uygunluğu Algısı:** Bei ve Chiao (2001) tarafından; müşterilerin kendilerine sunulan hizmet veya mamül için ceplerinden çıkan maddi tutara bakış açıları şeklinde ifade edilen fiyat uygunluğu algısı, bu yönüyle gerçek fiyat kavramından farklılaşmaktadır. Özellikle sağlık hizmetleri sektöründe bireylerin bir sağlık kurumunun fiyat düzeyleri hakkındaki algılamalarının, memnuniyet ve güven (Konuk, 2017) değişkenlerini anlamlı etkilediğini saptayan yayınların varlığı bilinmektedir.

- **Hastane Marka İmajı:** Herhangi bir markaya dair müşterilerin belleğinde yer edinmiş olan genel izlenimler şeklinde ifade edilebilen marka imajı, bir işletmenin sektördeki mevcut konumunu korumasında önemli bir gayrimaddi unsur olarak değerlendirilmektedir (Wu, 2011). Üstün bir hastane marka imajı, hem sağlık kurumunun pazardaki rekabet üstünlüğünü devam ettirebilmesinde hem de sağlık hizmeti alıcılarının karar alma süreçlerinde etkili olabilmektedir (Cham vd., 2016).

- **Hasta Odaklılık:** İşletme yönetiminde müşteri odaklılık olarak yer alan bu kavram; müşterilerin sesine kulak vermek şeklinde tanımlanabilmektedir (Cross vd., 2007). Yüksek bir hasta odaklılık düzeyinde faaliyet gösteren sağlık işletmelerinin; karlılık düzeylerinde iyileşmenin, memnuniyet ve güven düzeyi yüksek hizmet alıcılarının sayısında artışın görülme olasılığı yükselmektedir (Baş vd., 2016).

III. İLİŞKİSEL KALİTE UNSURLARI

İlişkisel pazarlama stratejileri, ilişki kalitesinin tahminlenmesinde yardımına başvurulmuş bir öncülken, ilişkisel kalite öğeleriyle genellikle müşterilerin gelecekteki olumlu davranışsal niyetlerinin akıbetini belirleyen bir yapıya sahiptir. Müşteri beklentilerinin hangi düzeyde karşılanabildiğinin bir ifadesi olan ilişkisel kalite unsurlarının (Putu vd., 2017) hangi alt başlıklardan oluştuğu hususunda pazarlama yazınında bir netlik olmamakla birlikte, en sık kullanılan unsurların hasta memnuniyeti ve hasta güveni olduğu ifade edilebilir.

- **Hasta Memnuniyeti:** Hizmet kalitesinin bir yansıması ve sonucu olarak ifade edilen hasta memnuniyeti, bir hastanın ideal bakım beklentileri ile kendisine sunulan gerçek bakımı algılaması arasındaki uyumun derecesidir (Aragon ve Gesell, 2003). Hastane karlılığına giden yolda pasaport olarak değerlendirilen hasta tatmini, sağlık kurumları için son derece kıymetli bir göstergedir. Hastaneler için memnuniyet düzeyi yüksek hastalara sahip olunması; tıbbi hizmetlerin kullanılmaya devam edilmesi, öngörülen tedavi planlarının takip edilmesi, aynı sağlık hizmeti sunucusuyla iş ilişkisinin sürdürülmesi (alternatiflerin yok sayılması) ve hastanenin başkalarına önerilmesi gibi açılardan hayati bir öneme sahiptir (Wu, 2011).

- **Hasta Güveni:** Müşteriler ile uzun soluklu iş ilişkilerinin kurulup geliştirilmesi ve böylelikle işletmelerin rekabet üstünlüğü kazanarak varlığını sürdürebilmesinde güven değişkeni kritik bir rol üstlenmektedir (Zhadko, 2014). Ayrıca hastaların olumlu davranışsal niyetler eğilimi göstermelerinde

güven unsurunun önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilebilir. Nitekim Chiu ve diğerleri (2012) de; hizmet alıcıların olumlu ağızdan ağıza iletişim durumları ile aynı kurumu/hizmeti tekrar seçme isteği üzerinde hasta güveni değişkeninin önemli bir etkisi görüldüğüne atıfta bulunmaktadır.

IV. DAVRANIŞSAL NİYETLER

Müşterilerin bir işletmeden hizmet almaya devam edip etmeyecekleri, bir diğer ifadeyle onların iş ilişkisi içerisinde oldukları işlemeye sadık kalıp kalmayacaklarını gösteren önemli bir kavram olan davranışsal niyetler (Darmanto, 2015); genellikle sadakat, değiştirme niyeti, daha fazla ödeme niyeti, içsel ve dışsal tepki olmak üzere beş alt boyutta ele alınmaktadır. Fakat bu çalışma kapsamında davranışsal niyet değişkenleri yalnızca olumlu tutumları içeren tavsiye etme, tekrar tercih etme ve daha fazla ödeme niyetinden meydana gelmektedir.

- **Tavsiye Etme Niyeti:** Firmalar için değerli bir gösterge olan ağızdan ağıza pazarlama, bireylerin tavsiye etme eğilimleri üzerinde de pozitif etkili olmuştur. Zira, işletmelerin performansı üzerinde tavsiye etme niyeti değişkeninin, tatminden daha fazla etkili olduğu bilgisi de pazarlama literatüründe sıkça geçmektedir (Kement vd., 2018). İstanbul'daki bir özel hastaneden hizmet alan 300 ayaktan hastanın katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada; kendisine sunulan sağlık hizmetlerinden memnun olan hastaların öneride bulunma eğilimleri, tavsiye alma eğilimlerine nazaran yaklaşık üç kat daha fazla bulunmuştur. Benzer şekilde; başvurduğu/hizmet aldığı hekime ve/veya sağlık kurumuna güven duyan hastaların hekimini/hastanesini üçüncü kişilere önerme olasılıklarının daha fazla olduğunu tespit eden yayınların mevcudiyeti de bilinmektedir (Gremmler vd., 2001).

- **Tekrar Tercih Etme Niyeti:** Bir işletmeden en az bir defa satın alma işleminde bulunmuş bireylerin, bu işlemleri yineleme hususunda duydukları istektir (Chung ve Lee, 2003). Rahman ve diğerleri (2014) yüksek bir tekrar tercih etme niyetinin; müşterilerin elde tutulmasında, maliyetlerin düşürülmesinde, işletme karlılığı ve pazar payı artışında kritik bir role sahip olduğunun altını çizmektedirler.

- **Daha Fazla Ödeme Niyeti:** Ekonomi bakış açısından bu niyet türü; gerçekleşmesi muhtemel bir alım işlemi dolayısıyla, müşterilerin ceplerinden çıkarmaya gönüllü oldukları en yüksek parasal miktarın düzeyi olarak tanımlanabilmektedir (Homburg vd., 2005). Almış olduğu hizmetten memnuniyet duyan ve sağlık kurumu ile kurmuş olduğu ilişkiye güvenen bir sağlık hizmeti tüketicisinin, etkileşim içerisinde olduğu sağlık işletmesinin fiyat/ücret politikaları karşısında diğerlerine kıyasla daha yüksek bir fiyat esnekliğine sahip olduğu belirtilebilir. Bu durum, büyük bir olasılıkla hastaları/hasta yakınlarını alternatifleri tercih etme noktasında hareketsiz/kayıtsız bırakabilecektir. Özetle, ilgili sağlık işletmesi fiyatlarını ne kadar artırırsa artırsın, tatmin ve güven düzeyi yüksek hasta/hasta yakını grupları tarafından büyük bir olasılıkla ilk tercih olma niteliğini koruyacaktır. Bu durumun ise sağlık işletmelerine büyük bir rekabet avantajı sağlayacağı aşikârdır.

V. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Çalışmanın Amacı

Devlet, özel ve üniversite hastaneleri örnekleminde ilişkisel pazarlama stratejileri, ilişkisel kalite unsurları ve davranışsal niyetler arasındaki ilişkilerin incelenmesi ve elde edilen bulguların kıyaslanmasıdır.

5.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırma kapsamında faydalanılmış olan ölçeklerin bilimsel kökenlerine ilişkin bilgiler Tablo 1'de yer almaktadır.

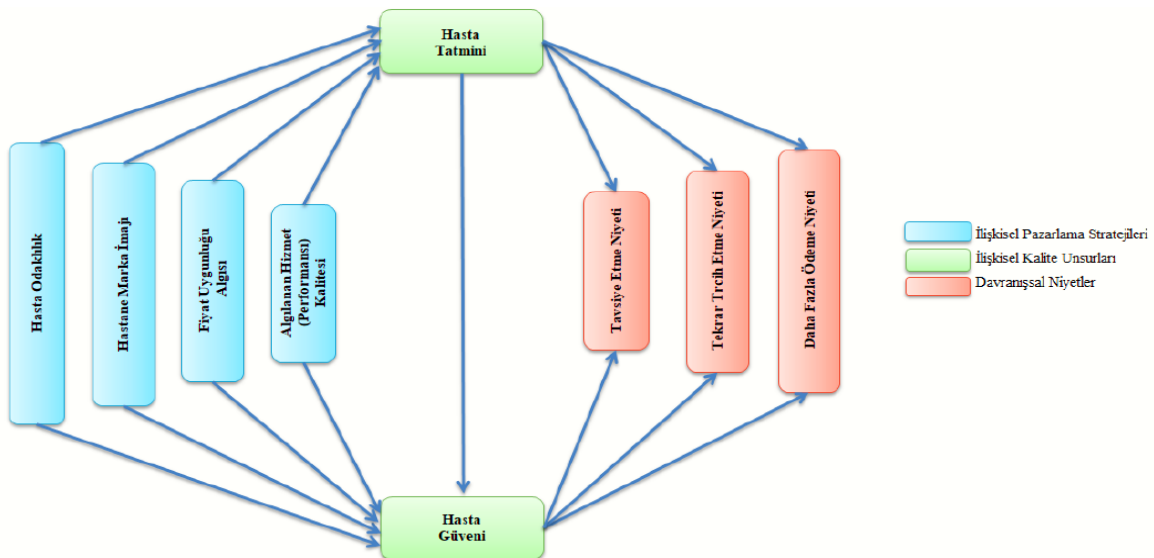
Tablo 1. Araştırmanın Değişkenleri

Boyutlar	Değişkenler [İfade Sayısı]	Bilimsel Kökenler
İlişkisel Pazarlama Stratejileri	<i>Algılanan Hizmet Kalitesi</i> [22]	Cronin ve Taylor (1992) [Servperf]
	<i>Fiyat Uygunluğu Algısı</i> [4]	Varinli ve Çakır (2004); Çaha vd., (2007); Ögeve ve Bekar (2013); Kim vd., (2017)
	<i>Hastane Marka İmajı</i> [7]	Türker (2008); Kim vd., (2008); Wu (2011); Kolade vd., (2014)
	<i>Hasta Odaklılık</i> [6]	Narver ve Slater (1990); Wanzer vd., (2004); Kim vd., (2004); Davis vd., (2005); Saha vd., (2008); Scholl vd., (2014)
İlişkisel Kalite Unsurları	<i>Hasta Tatmini</i> [6]	Oliver (1997); Dagger vd., (2007); Murti vd., (2013); Astuti ve Nagase (2014); Demirer ve Bülbül (2014); Zarei vd., (2015)
	<i>Hasta Güveni</i> [7]	Zhang ve Bloemer (2009); Alrubaiee ve Alkaa'ida (2011); Dölarıslan ve Özer (2014); Kemp vd., (2014); Zarei vd., (2015)
Davranışsal Niyetler	<i>Tavsiye Etme Niyeti</i> [4]	Zeithaml vd., (1996); Choi vd., (2004); Dagger vd., (2007); Kondasani ve Panda (2016)
	<i>Tekrar Tercih Etme Niyeti</i> [4]	Zeithaml vd., (1996); Bloemer vd., (1999); Lee vd., (2008); Yücenur vd., (2011)
	<i>Daha Fazla Ödeme Niyeti</i> [4]	Zeithaml vd., (1996); Zhang ve Bloemer (2009); Chen ve Fu (2015)

5.3. Araştırmanın Modeli

Araştırma kapsamında sınanan model Şekil 1'de yer almaktadır.

Şekil 1. Araştırma Modeli



5.4. Araştırmanın Hipotezleri

H_{1a, b, c}: Algılanan hizmet kalitesi, hasta tatminini pozitif etkiler (*a: Devlet, b: Özel, c: Üniversite*)

H_{2a, b, c}: Algılanan hizmet kalitesi, hasta güvenini pozitif etkiler

H_{3a, b, c}: Fiyat uygunluğu algısı, hasta tatminini pozitif etkiler

H_{4a, b, c}: Fiyat uygunluğu algısı, hasta güvenini pozitif etkiler

H_{5a, b, c}: Hastane marka imajı, hasta tatminini pozitif etkiler

H_{6a, b, c}: Hastane marka imajı, hasta güvenini pozitif etkiler

H_{7a, b, c}: Hasta odaklılık, hasta tatminini pozitif etkiler

H_{8a, b, c}: Hasta odaklılık, hasta güvenini pozitif etkiler

H_{9a, b, c}: Hasta tatmini, hasta güvenini pozitif etkiler

H_{10a, b, c}: Hasta tatmini, tavsiye etme niyetini pozitif etkiler

H_{11a, b, c}: Hasta tatmini, tekrar tercih etme niyetini pozitif etkiler

H_{12a, b, c}: Hasta tatmini, daha fazla ödeme niyetini pozitif etkiler

H_{13a, b, c}: Hasta güveni, tavsiye etme niyetini pozitif etkiler

H_{14a, b, c}: Hasta güveni, tekrar tercih etme niyetini pozitif etkiler

H_{15a, b, c}: Hasta güveni, daha fazla ödeme niyetini pozitif etkiler

5.5. Araştırmanın Dâhil Etme Kriterleri, Kısıtlılıkları ve Varsayımları

Çalışmanın verileri; Mart-Temmuz 2017 aralığında İstanbul'daki devlet, özel ve üniversite hastanelerinde son 2 yıl içerisinde (deneyimleri unutma riski dolayısıyla) cerrahi bir operasyon geçirerek en az bir gün yataklı tedavi hizmeti almış, 15 yaş üstü, okur-yazar, akıl ve ruh sağlığı yerinde olan hastalardan toplanmıştır. Zaman ve ekonomik faktörler dolayısıyla verilerin tek seferde toplanması ve çalışma kapsamında kullanılan ölçeklerin daha önce başka bir çalışmada sınanmamış olması araştırmanın başlıca kısıtlılıklarını oluşturmaktadır. Katılımcıların anket ifadelerine verdikleri cevaplarda samimi ve gerçekçi olduklarına ek olarak, ilgili hastane türlerinin hastaları ile uzun dönemli ilişkiler kurma ve geliştirme amacıyla oldukları da bu çalışmanın başlıca varsayımlarını teşkil etmektedir.

5.6. Araştırmanın Örnekleme Süreci

Bu çalışmanın evreni, İstanbul'daki hastanelerde ameliyat geçirmiş hastalardan meydana gelmektedir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireyler için birtakım dâhil edilme kriterleri kullanıldığı için, örnekleme yöntemi olarak kotalara göre örnekleme yönteminden faydalanılmıştır. Bunun yanı sıra kotaların doldurulması aşamasındaysa kolayda örnekleme yöntemine başvurulmuştur. Örneklem hacminin kaç olması gerektiğiyle ilgili olarak Pett ve diğerleri (2003); ölçekteki ifade sayısının en az 5 katı kadar katılımcıya ulaşılması gerektiğini belirtmektedirler. Buradan hareketle her bir hastane türünden en az 320 katılımcıya ihtiyaç duyulduğunun hesaplanması üzerine devlet, özel ve üniversite hastanelerinin her birinden 350 katılımcıya erişilmiştir (N: 1050). Ayrıca veriler toplanmadan önce İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

Başkanlığı'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Tarih: 17.10.2016; Sayı: 2016/141). Veri toplama sürecinde, konuyla ilgili eğitim verilmiş 10 üniversite öğrencisinden faydalanılmıştır.

5.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Nicel türdeki bu çalışmanın verileri yüz yüze anket tekniği ile toplanmıştır. Anket yargıları için 5'li Likert tipindeki ölçekten faydalanılmıştır. Veri toplama aşamasına geçilmeden önce, yakın geçmişte cerrahi bir operasyon geçirmiş olan 87 hastanın katılımıyla pilot bir araştırma yapılmış ve mevcut noksanlıklar giderilmiştir. 10 adet demografik ifadeyi içeren anket, ilişkisel pazarlama stratejileri (39 madde), ilişkisel kalite unsurları (13 madde) ve davranışsal niyetler (12 madde) olmak üzere toplam dört kısımdan oluşmaktadır.

5.8. Araştırmada Kullanılan Analiz Yöntemleri

Çalışma kapsamında toplanan verilerin analizinde açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri ile yapısal eşitlik modellemesinden faydalanılmıştır. Analizler SPSS V.22 ve AMOS V.23 paket programları kullanılarak yapılmıştır. Tablo 1'de sunulan yayınlardan faydalanarak bir soru formu geliştirilmiş ve doğrulayıcı faktör analizi ile bu formun geçerli ve güvenilir bir yapı arz edip etmediği sınanmıştır.

VI. BULGULAR

Hastaların tanıtıcı özelliklerinin yer aldığı Tablo 2 incelendiğinde; her üç hastane türünde de en fazla cerrahi operasyon geçiren hastaların kadınlardan oluştuğu, en fazla sıklıkla opere edilen yaş grubunun 36-55 olduğu, en fazla ameliyat olunan cerrahi birimin ise genel cerrahi olduğu görülmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Demografik Özellikler	Devlet Hastaneleri		Özel Hastaneler		Üniversite Hastaneleri	
	f	%	f	%	f	%
Cinsiyet						
Kadın	184	52,6	223	63,7	182	52,0
Erkek	166	47,4	127	36,3	168	48,0
Yaş						
16-25	58	16,6	42	12,0	48	13,7
26-35	78	22,3	116	33,1	104	29,7
36-45	75	21,4	107	30,6	86	24,6
46-55	76	21,7	49	14,0	69	19,7
56 ve üzeri	63	18,0	36	10,3	43	12,3
Cerrahi Birimler						
Beyin ve Sinir Cerrahisi	43	12,3	7	2,0	40	11,4
Genel Cerrahi	121	34,5	134	38,3	123	35,1
Göğüs Cerrahisi	5	1,4	5	1,4	13	3,7
Göz Hastalıkları	12	3,4	21	6,0	15	4,3
Kadın Hastalıkları ve Doğum	44	12,6	87	24,9	42	12,0
Kalp ve Damar Cerrahisi	16	4,6	4	1,1	21	6,0
Kulak Burun Boğaz	42	12,0	29	8,3	15	4,3
Ortopedi ve Travmatoloji	37	10,6	27	7,7	48	13,7
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	17	4,9	27	7,7	24	6,9
Üroloji	13	3,7	9	2,6	9	2,6
Toplam	350	100,0	350	100,0	350	100,0

6.1. Geçerlilik ve Güvenirlilik

Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerlilikleri için doğrulayıcı faktör analizi (DFA), bunun öncesinde ise açıklayıcı faktör analizi (AFA) yapılmıştır. Bunun yanı sıra, her ölçeğin AVE (Average Variance Extract) değerleri sunularak yakınsak (convergent) geçerliliğin var olup olmadığı araştırılmıştır. Güvenirlilik için, ölçeklerin Cronbach's Alpha ve CR (Composite Reliability) değerleri sunulmuştur.

6.2. Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizleri

Araştırma kapsamındaki ölçeklere önce AFA, ardından ise DFA yapılmıştır. Fakat devlet, özel ve üniversite hastaneleri beraber ele alınıp sunulduğu için veri karmaşasını önlemek amacıyla yalnızca doğrulayıcı faktör analizi sonuçları sunulmuştur. AFA sonucunda devlet hastaneleri örnekleminde faktör yapısını bozucu ve/veya teoriye uygun sonuçlar elde edilmesini engelleyen HMİ-3, HMİ-4, HMİ-5; özel hastaneler örnekleminde FUA-2; üniversite hastaneleri örnekleminde ise HMİ-4, HMİ-5, HT-2 ve DFÖN-4 gözlem değişkenleri çıkartılmıştır. Belirtilen gözlem değişkenleri elimine edildikten sonra üç hastane türü için de her bir değişkenin, faktör analizi için uygun olduğu (KMO>0,50), genel olarak tüm korelasyonlarının anlamlı olarak sıfırdan farklılaştığı (Bartlett p: 0,000) belirlenmiş ve DFA sürecine geçilmiştir.

Tablo 3. İlişkisel Pazarlama Stratejilerine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizleri

	Devlet			Özel			Üniversite		
	DFA	AVE (CR)	Ca	DFA	AVE (CR)	Ca	DFA	AVE (CR)	Ca
AHK-1	0,645			0,731			0,857		
AHK-2	0,808	0,59 (0,81)	0,89	0,918	0,71 (0,88)	0,96	0,820	0,66 (0,85)	0,93
AHK-3	0,831			0,863			0,751		
FUA-1	0,737			0,722			0,607		
FUA-2	0,748	0,57 (0,84)	0,84	—	0,74 (0,89)	0,89	0,564	0,56 (0,83)	0,83
FUA-3	0,786			0,905			0,874		
FUA-4	0,740			0,933			0,890		
HMİ-1	0,651			0,802			0,703		
HMİ-2	0,590			0,685			0,724		
HMİ-3	—			0,650			0,599		
HMİ-4	—	0,39 (0,72)	0,72	0,799	0,54 (0,89)	0,89	—	0,50 (0,84)	0,84
HMİ-5	—			0,581			—		
HMİ-6	0,676			0,687			0,741		
HMİ-7	0,567			0,879			0,772		
HO-1	0,635			0,763			0,748		
HO-2	0,683			0,779			0,844		
HO-3	0,602	0,49 (0,85)	0,85	0,736	0,63 (0,91)	0,91	0,679	0,61 (0,90)	0,90
HO-4	0,759			0,815			0,840		
HO-5	0,769			0,867			0,792		
HO-6	0,751			0,811			0,762		

İlişkisel pazarlama stratejileri öncülüne ilişkin DFA'ların yer aldığı Tablo 3 incelendiğinde; AFA'nın aksine DFA sürecinde ölçekten herhangi bir maddenin çıkartılmasına gerek olmadığı görülmektedir. Ölçeklerin geçerlik koşulunun sağlanabilmesi için faktör yüklerinin DFA aşamasında en az 0,60 olması, AVE değerlerinin de en az 0,50 olması gerekmektedir (Hair vd., 2010). Devlet hastaneleri örnekleminde hastane marka imajına ait 3-4 ve 5 nolu maddelerin; özel hastaneler örnekleminde fiyat uygunluğu algısına ait 2 nolu maddenin; üniversite hastaneleri örnekleminde ise hastane marka imajına ait 4 ve 5 nolu maddelerin 050'nin altında AVE değerlerine sahip oldukları

hesaplanmıştır. Fakat ilgili maddelerin yer aldığı örtük değişken yapılarına ait Composit Reliability (CR) değerlerinin 0,70'in oldukça üzerinde yer aldığı dikkatleri çekmektedir. Konuyla ilgili olarak Fornel ve Larcker (1981); AVE değerinin 0,50'nin altında hesaplanmasına rağmen CR değerinin 0,70'in üzerinde bir değer alması durumunda analiz edilen AVE değerinin kabul edilebileceğini belirtmektedirler. Ayrıca ilişkisel pazarlama stratejileri öncülüne ait Cronbach's Alpha iç güvenilirlik katsayılarının ise üç hastane türü için de 0,72 ile 0,96 arasında değiştiği saptanmıştır.

İlişkisel kalite unsurları ölçeğine ilişkin DFA'ların yer aldığı Tablo 4 incelendiğinde; AFA'nın aksine DFA sürecinde ölçekten herhangi bir maddenin çıkartılmasına gerek olmadığı görülmektedir. Yalnızca üniversite hastaneleri örnekleminde hasta tatminine ait 2 nolu maddenin 050'nin altında AVE değerlerine sahip olduğu hesaplanmıştır. Fakat ilgili maddenin yer aldığı örtük değişken yapılarına ait CR değerlerinin 0,70'in oldukça üzerinde yer aldığı dikkatleri çekmektedir. Ayrıca ilişkisel kalite unsurları öncülüne ait Cronbach's Alpha iç güvenilirlik katsayılarının ise üç hastane türü için de 0,88 ile 0,95 arasında değiştiği saptanmıştır.

Tablo 4. İlişkisel Kalite Unsurlarına İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizleri

	Devlet			Özel			Üniversite			
	DFA	AVE (CR)	C α	DFA	AVE (CR)	C α	DFA	AVE (CR)	C α	
İlişkisel Kalite Unsurları	HT-1	0,757		0,879			0,800			
	HT-2	0,720		0,808			—			
	HT-3	0,854	0,61 (0,90)	0,90	0,929	0,76 (0,95)	0,95	0,868	0,69 (0,92)	0,90
	HT-4	0,855			0,942			0,869		
	HT-5	0,729			0,863			0,784		
	HT-6	0,761			0,803			0,838		
İlişkisel Kalite Unsurları	HG-1	0,651		0,826			0,799			
	HG-2	0,706		0,850			0,817			
	HG-3	0,697	0,51 (0,88)	0,88	0,826	0,70 (0,94)	0,94	0,709	0,57 (0,90)	0,90
	HG-4	0,676			0,816			0,607		
	HG-5	0,735			0,817			0,708		
	HG-6	0,755			0,851			0,817		
	HG-7	0,750			0,858			0,790		

Davranışsal niyetlere ilişkin DFA'ların yer aldığı Tablo 5 incelendiğinde; AFA'nın aksine DFA sürecinde ölçekten herhangi bir maddenin çıkartılmasına gerek olmadığı görülmektedir. Yalnızca üniversite hastaneleri örnekleminde daha fazla ödeme niyetine ait 4 nolu maddenin 050'nin altında AVE değerlerine sahip olduğu hesaplanmıştır. Fakat ilgili maddenin yer aldığı örtük değişken yapılarına ait CR değerlerinin 0,70'in oldukça üzerinde yer aldığı dikkatleri çekmektedir. Ayrıca ilişkisel kalite unsurları öncülüne ait Cronbach's Alpha iç güvenilirlik katsayılarının ise üç hastane türü için de 0,89 ile 0,95 arasında değiştiği saptanmıştır.

Tablo 5. Davranışsal Niyetler Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizleri

		Devlet			Özel			Üniversite		
		DFA	AVE (CR)	Ca	DFA	AVE (CR)	Ca	DFA	AVE (CR)	Ca
Davranışsal Niyetler	TEN-1	0,802			0,881			0,792		
	TEN-2	0,790	0,68 (0,89)	0,89	0,941	0,83 (0,95)	0,95	0,872	0,73 (0,92)	0,91
	TEN-3	0,843			0,920			0,893		
	TEN-4	0,856			0,891			0,860		
	TTEN-1	0,839			0,889			0,861		
	TTEN-2	0,847	0,68 (0,89)	0,89	0,876	0,78 (0,93)	0,93	0,849	0,73 (0,91)	0,91
	TTEN-3	0,790			0,838			0,880		
	TTEN-4	0,821			0,918			0,818		
	DFÖN-1	0,787			0,861			0,840		
	DFÖN-2	0,880	0,72 (0,91)	0,91	0,916	0,79 (0,94)	0,94	0,946	0,84 (0,94)	0,94
	DFÖN-3	0,910			0,910			0,958		
	DFÖN-4	0,807			0,872			—		

Modellerin uyum iyiliği ölçütlerini gösteren değerlerin yer aldığı Tablo 6 incelendiğinde; her üç hastane örnekleminde de modellerin iyi düzeyde bir uyum değerlerine sahip oldukları görülmektedir. Ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliği sağlandıktan sonraki bu aşamadan sonra sıra, hipotez testlerinin sınanmasına gelmektedir.

Tablo 6. Uyum İyiliği Parametre Değerleri

Uyum Ölçütleri	Devlet Hastaneleri	Özel Hastaneler	Üniversite Hastaneleri
X²/sd	1,117 (iyi uyum)	1,395 (iyi uyum)	1,185 (iyi uyum)
GFI	0,934 (iyi uyum)	0,926 (iyi uyum)	0,940 (iyi uyum)
NFI	0,955 (iyi uyum)	0,965 (iyi uyum)	0,965 (iyi uyum)
IFI	0,993 (iyi uyum)	0,990 (iyi uyum)	0,994 (iyi uyum)
TLI	0,990 (iyi uyum)	0,986 (iyi uyum)	0,992 (iyi uyum)
CFI	0,993 (iyi uyum)	0,990 (iyi uyum)	0,994 (iyi uyum)
RMSEA	0,022 (iyi uyum)	0,034 (iyi uyum)	0,023 (iyi uyum)

Kaynak: İlhan ve Çetin (2014)

6.3. Yapısal Eşitlik Modeliyle Hipotezlerin Test Sonuçları

Bu aşama, ileri sürülen hipotezlerin yapısal eşitlik modeli ile sınanmasını teşkil etmektedir. Her bir hastane türü için ayrı ayrı gerçekleştirilen testlerde, yalnızca anlamlı ilişkilerin görüldüğü yollar ve onlara ilişkin değerler raporlanmıştır. Devlet hastaneleri örneklemindeki hipotez sonuçlarını içeren Tablo 7 incelendiğinde; H_{1a}, H_{6a}, H_{7a}, H_{9a}, H_{13a}, H_{14a} ve H_{15a}'nın desteklendiği görülmektedir. Ayrıca devlet hastaneleri örnekleminde ait uyum iyiliği ölçütleri incelendiğinde; kabul edilebilir uyum değerine sahip olan NFI dışındaki diğer parametrelerin iyi uyum değerine sahip oldukları ortaya konulmuştur.

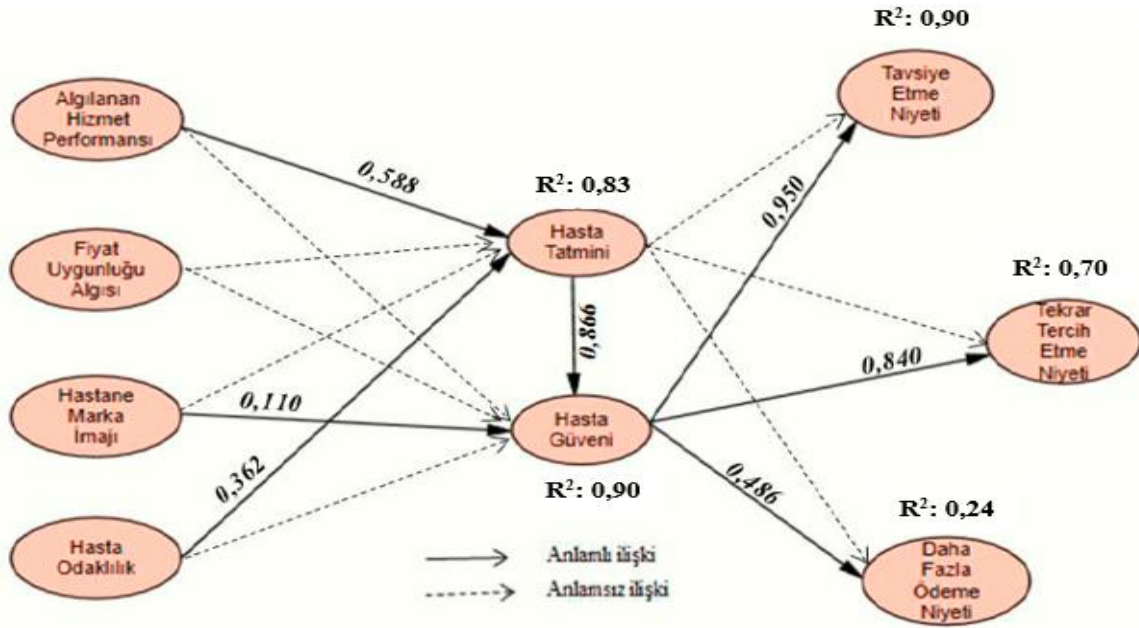
Tablo 7. Devlet Hastaneleri Örneklemini İçin Hipotez Testi Sonuçları

Değişkenler			SRA	SH	T	p	Sonuç
AHK	→	HT	0,589	0,159	6,309	0,000***	H _{1a} : Desteklendi
HMI	→	HG	0,110	0,046	2,532	0,011***	H _{6a} : Desteklendi
HO	→	HT	0,362	0,090	4,615	0,000***	H _{7a} : Desteklendi
HT	→	HG	0,866	0,057	12,427	0,000***	H _{9a} : Desteklendi
HG	→	TEN	0,950	0,070	14,664	0,000***	H _{13a} : Desteklendi
HG	→	TTEN	0,840	0,079	14,134	0,000***	H _{14a} : Desteklendi
HG	→	DFÖN	0,486	0,086	8,151	0,000***	H _{15a} : Desteklendi

X²/sd: 1,531; **GFI:** 0,912; **NFI:** 0,938; **IFI:** 0,978; **TLI:** 0,971; **CFI:** 0,977; **RMSEA:** 0,039

*** 0,001'e göre anlamlı olup, yalnızca anlamlı sonuçlara yer verilmiştir.

Algılanan hizmet kalitesi ve hasta odaklılık değişkenlerinin, hasta tatmini değişkenini %83 düzeyinde açıkladığı; hasta güveninin tavsiye niyetini %90, tekrar tercih etme niyetini %70, daha fazla ödeme niyetini ise %24 oranında yordadığı hesaplanmıştır (Şekil 2). Genel bir ifadeyle devlet hastaneleri örnekleminde ilişki pazarlama stratejileri, ilişki kalite unsurları ve davranışsal niyetler arasında pozitif ve anlamlı ilişkilerin olduğu belirtilebilir.

Şekil 2. Devlet Hastaneleri Örneklemine İlişkin Yapısal Eşitlik Modeli Sonuçları

Özel hastaneler örneklemindeki hipotez sonuçlarını içeren Tablo 8 incelendiğinde; H_{1b}, H_{2b}, H_{5b}, H_{9b}, H_{10b}, H_{11b}, H_{12b} ve H_{14b}'nin desteklendiği görülmektedir. Ayrıca özel hastaneler örnekleminde ait uyum iyiliği ölçütleri incelendiğinde; tüm parametrelerin iyi uyum değerine sahip oldukları ortaya konulmuştur.

Tablo 8. Özel Hastaneler Örneklemini İçin Hipotez Testi Sonuçları

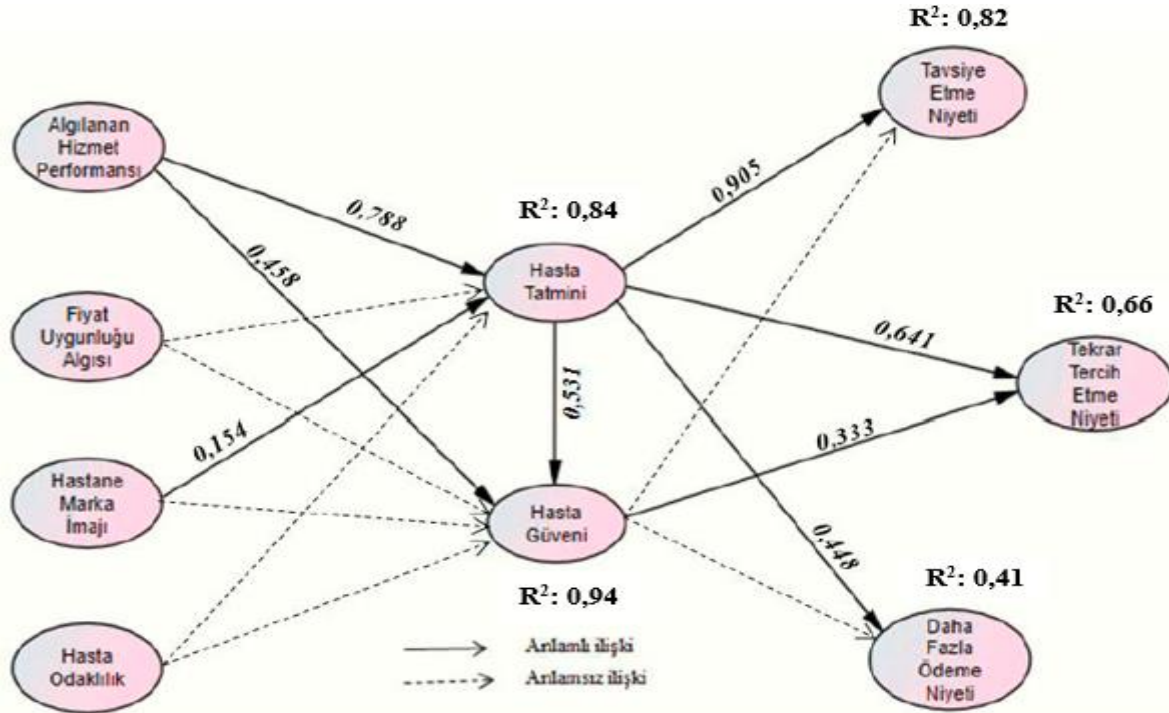
Değişkenler			SRA	SH	t	p	Sonuç
AHK	→	HT	0,788	0,122	10,685	0,000***	H1b: Desteklendi
AHK	→	HG	0,458	0,137	5,275	0,000***	H2b: Desteklendi
HMİ	→	HT	0,154	0,058	3,032	0,002***	H5b: Desteklendi
HT	→	HG	0,531	0,080	6,369	0,000***	H9b: Desteklendi
HT	→	TEN	0,905	0,046	19,808	0,000***	H10b: Desteklendi
HT	→	TTEN	0,488	0,138	3,930	0,000***	H11b: Desteklendi
HT	→	DFÖN	0,641	0,061	12,310	0,000***	H12b: Desteklendi
HG	→	TTEN	0,333	0,143	2,712	0,007***	H14b: Desteklendi

X²/sd: 1,436; **GFI:** 0,915; **NFI:** 0,960; **IFI:** 0,987; **TLI:** 0,984; **CFI:** 0,987; **RMSEA:** 0,035

*** 0,001'e göre anlamlı olup, yalnızca anlamlı sonuçlara yer verilmiştir.

Algılanan hizmet kalitesi ve hastane marka imajı değişkenlerinin, hasta tatmini değişkenini %84 düzeyinde açıkladığı; hasta tatminini tavsiye niyetini %82, daha fazla ödeme niyetini ise %41 oranında yordadığı hesaplanmıştır. Hasta tatmini ve hasta güveni ilişkisel kalite unsurlarının tekrar tercih etme niyetini ise %66 düzeyinde etkilediği tespit edilmiştir (Şekil 3). Genel bir ifadeyle özel hastaneler örnekleminde ilişkisel pazarlama stratejileri, ilişkisel kalite unsurları ve davranışsal niyetler arasında pozitif ve anlamlı ilişkilerin olduğu belirtilebilir.

Şekil 3. Özel Hastaneler Örneklemine İlişkin Yapısal Eşitlik Modeli Sonuçları



Üniversite hastaneleri örneklemindeki hipotez sonuçlarını içeren Tablo 9 incelendiğinde; H1c, H2c, H3c, H6c, H7c, H9c, H10c, H11c ve H12c'nin desteklendiği görülmektedir. Ayrıca üniversite hastaneleri örnekleminde ait uyum iyiliği ölçütleri incelendiğinde; kabul edilebilir uyum değerine sahip olan NFI dışındaki diğer parametrelerin iyi uyum değerine sahip oldukları ortaya konulmuştur.

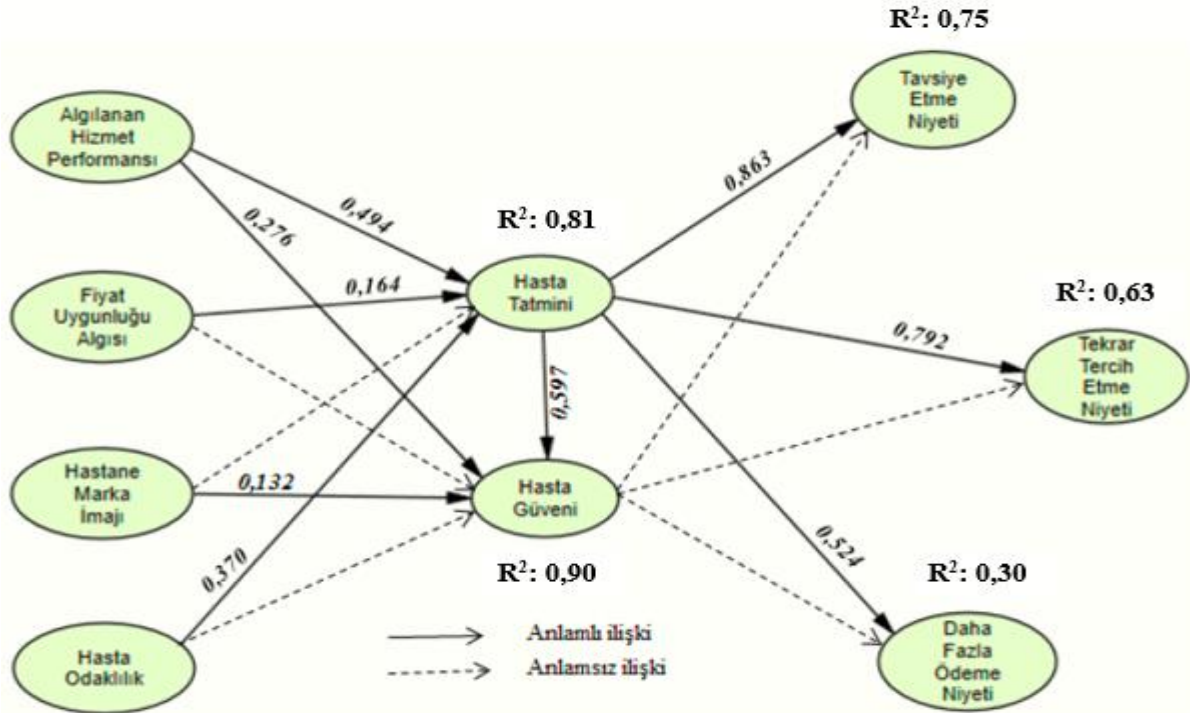
Tablo 9. Üniversite Hastaneleri Örneklemi İçin Hipotez Testi Sonuçları

Değişkenler			SRA	SH	t	p	Sonuç
AHK	→	HT	0,494	0,108	5,946	0,000***	H1c: Desteklendi
AHK	→	HG	0,276	0,093	3,408	0,000***	H2c: Desteklendi
FUA	→	HT	0,164	0,033	4,816	0,000***	H3c: Desteklendi
HMI	→	HG	0,132	0,049	2,671	0,008***	H6c: Desteklendi
HO	→	HT	0,370	0,094	4,302	0,000***	H7c: Desteklendi
HT	→	HG	0,597	0,079	6,763	0,000***	H9c: Desteklendi
HT	→	TEN	0,863	0,053	15,604	0,000***	H10c: Desteklendi
HT	→	TTEN	0,792	0,058	14,667	0,000***	H11c: Desteklendi
HT	→	DFÖN	0,524	0,081	9,644	0,000***	H12c: Desteklendi

X2/sd: 1,820; GFI: 0,908; NFI: 0,944; IFI: 0,974; TLI: 0,965; CFI: 0,974; RMSEA: 0,048

*** 0,001'e göre anlamlı olup, yalnızca anlamlı sonuçlara yer verilmiştir.

Algılanan hizmet kalitesi, fiyat uygunluğu algısı ve hasta odaklılık değişkenlerinin, hasta tatmini değişkenini %81 düzeyinde açıkladığı; hasta tatmininin tavsiye etme niyetini %75, tekrar tercih etme niyetini %63, daha fazla ödeme niyetini ise %30 oranında yordadığı hesaplanmıştır (Şekil 4). Genel bir ifadeyle üniversite hastaneleri örnekleminde ilişki pazarlama stratejileri, ilişki kalite unsurları ve davranışsal niyetler arasında pozitif ve anlamlı ilişkilerin olduğu belirtilebilir.

Şekil 4. Üniversite Hastaneleri Örneklemine İlişkin Yapısal Eşitlik Modeli Sonuçları

VII. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda her üç hastane türünde de algılanan hizmet kalitesinin hasta tatminini pozitif yönde ve anlamlı şekilde etkilediği ortaya konulmuştur. Bu sonucu, devlet ve üniversite hastanelerinin de tıpkı özel hastaneler gibi hasta ve/veya yakınlarının memnuniyet düzeylerini önemsemeye başladıkları şeklinde yorumlamak olasıdır. Erişilen sonuçların Wu (2011)'nin bulguları ile örtüştüğü söylenebilir. Özel hastaneler ile üniversite hastaneleri örnekleminde algılanan hizmet kalitesinin hasta

güvenini pozitif ve anlamlı etkilediği bulunmuştur. Bu bağlamda devlet hastaneleri örneklemindeki hasta grubunun güven düzeyleri üzerinde, kendilerine sunulan hizmetlerin kalitesinin etkili olmadığı ifade edilebilir. Araştırma bulgularıyla, Alrubaiee ve Alkaai (2011)'nin bulgularının benzerlik gösterdiği belirtilebilir. Bir diğer taraftan hasta memnuniyetinin sağlanmasında fiyat uygunluğu algısı değişkeninin yalnızca üniversite hastaneleri örneklemini için pozitif ve anlamlı etkisi saptanmıştır. Nitekim Lee ve diğerleri (2010)'nin bulguları da bunu destekler niteliktedir.

Çalışma sonucunda sadece özel hastaneler açısından hasta tatmininin hastane marka imajı tarafından pozitif ve anlamlı etkilendiği bulgusuna erişilmiştir. Bu sonucun elde edilmesinde, özel hastanelere başvurulduğunda hızlı, kolay ve ayrıcalıklı hizmet alınacağı yönündeki toplumsal algının rolünden söz edilebilir. Zira, Juhana ve diğerleri (2015)'nin bulguları da bunu teyit eder niteliktedir. Özel hastaneler örnekleminde hasta güveni üzerinde hastane marka imajının anlamsız bir etkiye sahip olduğunun görüldüğü bu çalışmada, hastaların güven düzeyleri üzerinde devlet ve üniversite hastanelerinin marka imajlarının ise pozitif ve anlamlı etkisi ortaya konulmuştur. Benzer şekilde 439 hastanın katılımıyla Kore'de yürütülen bir çalışmada (Lee vd., 2015) da hasta güveni üzerinde hastane marka imajının olumlu ve anlamlı etkisinin olduğu rapor edilmiştir. Hasta tatmininin sağlanmasında hasta odaklılık düzeyinin olumlu ve anlamlı etkisinin görüldüğü devlet ve üniversite hastanelerinin aksine, özel sağlık işletmelerinde anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Bu sonuç, hoşnut kılınmış sağlık hizmet tüketicilerine sahip olmayı hedefleyen özel hastaneler için, hasta odaklılık göstergesine daha yoğun bir şekilde odaklanmaları gerektiğini işaret etmesi bakımından son derece önemlidir. Literatür incelendiğinde Krupat ve diğerleri (2000) tarafından elde edilen sonuçlar ile bu çalışma kapsamındaki bulguların paralellik gösterdiği görülmektedir. Bir diğer taraftan hasta güveninin sağlanmasında, hasta tatmininin tüm hastane türleri açısından pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu bilgisine varılmıştır. 309 medikal turistin katılımı ile Kore'de gerçekleştirilen çalışma (Han ve Hyun, 2015) bulguları da bu sonucu destekler niteliktedir.

1050 hastanın katılımıyla üç farklı hastane türünde gerçekleştirilen bu çalışmada; devlet hastaneleri örnekleminde hasta tatmininin davranışsal niyetler üzerinde herhangi bir etkisinin görülmediği belirlenmiştir. Buradan hareketle devlet hastanelerinde ameliyat olmuş hastaların; ilgili sağlık kurumunu başkalarına önerecek, onu yeniden tercih edecek ve ona karşı daha fazla ödeme istekliliği duyacak kadar memnun kalmadıkları yorumunda bulunmak mümkündür. Bu bağlamda çalışma bulguları ile Aliman ve Mohamad (2013)'ın, Kang ve Oh (2015)'un ve Hanzae ve diğerleri (2012)'nin bulgularının benzerlik gösterdiği belirtilebilir. Bir diğer yandan; devlet hastaneleri örnekleminde hasta güveninin davranışsal niyetler üzerinde olumlu ve anlamlı etkilerinin görüldüğü; fakat üniversite hastaneleri örnekleminde ise bunun tam zıttı bir bulguya erişildiği görülmüştür. Buradan hareketle hastaların davranışsal niyetleri üzerinde hasta güveni değişkeni etkisinin devlet hastaneleri örnekleminde daha yoğun hissedildiği söylenebilir. Devlet ve üniversite hastaneleri örnekleminde farklı olarak özel hastanelerde ise hastaların tavsiye etme ve daha fazla ödeme niyetleri üzerinde hasta güveni değişkeninin anlamlı bir etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Dolayısıyla hastalarda istendik davranışsal niyetler tesis etme arzusunda olan sağlık kurumlarından devlet hastanelerinin özellikle güven değişkenine; özel hastaneler ile üniversite hastanelerinin ise daha çok tatmin değişkenine önem atfetmesi gerektiği ifade edilebilir.

Genel bir değerlendirmeye; ilişkisel pazarlama stratejileri, ilişkisel kalite unsurları ve davranışsal niyetler arasındaki ilişkilerin üç hastane türü için de anlamlı ve olumlu yönde olduğu görülmüştür. Bu bağlamda hastalarda arzu edilen davranışsal niyetler tesis etmek isteyen hastane yöneticilerine, kurumlarının mülkiyet yapılarına en uygun ilişkisel pazarlama uygulamalarını saptamaları ve onları hayata geçirmeleri önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Adamson, I., Chan, K. M., & Handford, D. (2003). Relationship marketing: customer commitment and trust as a strategy for the smaller Hong Kong corporate banking sector. *International Journal of Bank Marketing*, 21(6), 347-358.
- Aliman, N. K., & Mohamad, W. N. (2013). Perceptions of service quality and behavioral intentions: a mediation effect of patient satisfaction in the private health care in Malaysia. *International Journal of Marketing Studies*, 5(4), 15-29.
- Alrubaiee, L., & Alkaa'ida, F. (2011). The mediating effect of patient satisfaction in the patients' perceptions of healthcare quality-patient trust relationship. *International Journal of Marketing Studies*, 3(1), 103-127.
- Aragon, S. J., & Gesell, S. B. (2003). A patient satisfaction theory and its robustness across gender in emergency departments: a multigroup structural equation modeling investigation. *American Journal of Medical Quality*, 18(6), 229-241.
- Astuti, H. J., & Nagase, K. (2014). Patient loyalty to healthcare organizations: relationship marketing and satisfaction. *International Journal of Management and Marketing Research*, 7(2), 39-56.
- Aydın, S., & Özer, G. (2005). The analysis of antecedents of customer loyalty in the Turkish mobile telecommunication market. *European Journal of Marketing*, 39(7/8), 910-925.
- Ayyıldız, H., & Cengiz, E. (2007). Country image effect on customer loyalty model. *Innovative Marketing*, 3(2), 44-64.
- Baş, A., Şenbabaoğlu, E., & Dölarıslan, E. Ş. (2016). İşletmelerin müşteri odaklılık ve müşteri tatmini düzeylerinin güven oluşumuna etkisi: müşteri boyutunda bir değerlendirme. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 71(4), 1267-1289.
- Bei, L. T., & Chiao, Y. C. (2001). An integrated model for the effects of perceived product, perceived service quality, and perceived price fairness on consumer satisfaction and loyalty. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 14, 125-140.
- Bennett, R., & Barkensjo, A. (2005). Relationship quality, relationship marketing, and client perceptions of the levels of service quality of charitable organisations. *International Journal of Service Industry Management*, 16(1), 81-106.
- Bhaskar, N. L., Kumar, S. N. S., Subhashini, M. M., Reddy, K. T., & Satyanarayana, N. (2012). Relationship marketing—a lucrative hospital marketing strategy. *IOSR Journal of Business and Management*, 3(6), 46-48.
- Bloemer, J., de Ruyter, K., & Wetzels, M. (1999). Linking perceived service quality and service loyalty: a multi-dimensional perspective. *European Journal of Marketing*, 33(11/12), 1082-1106.
- Cham, T. H., Lim, Y. M., Aik, N. C., & Tay, A. G. M. (2016). Antecedents of hospital brand image and the relationships with medical tourists' behavioral intention. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 10(4), 412-431.
- Chen, Y., & Fu, F. Q. (2015). The behavioral consequences of service quality: an empirical study in the Chinese retail pharmacy industry. *Health Marketing Quarterly*, 32(1), 14-30.

- Chiu, C. M., Hsu, M. H., Lai, H., & Chang, C. M. (2012). Re-examining the influence of trust on online repeat purchase intention: the moderating role of habit and its antecedents. *Decision Support Systems*, 53(4), 835-845.
- Choi, K. S., Cho, W. H., Lee, S., Lee, H., & Kim, C. (2004). The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: a South Korean study. *Journal of Business Research*, 57(8), 913-921.
- Chung, I. K., & Lee, M. M. (2003). A study of influencing factors for repurchase intention in internet shopping malls. In *Proceedings International Parallel and Distributed Processing Symposium* (pp. 7-pp), IEEE.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a re-examination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- Cross, M. E., Brashear, T. G., Rigdon, E. E., & Bellenger, D. N. (2007). Customer orientation and salesperson performance. *European Journal of Marketing*, 41(7/8), 821- 835.
- Çaha, H. (2007). Service quality in private hospitals in Turkey. *Journal of Economic and Social Research*, 9(1), 55-69.
- Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2007). A hierarchical model of health service quality scale development and investigation of an integrated model. *Journal of Service Research*, 10(2), 123-142.
- Darmanto, S. (2015). Relationship service quality and behavior intentions: favorable and nonfavorable customers. *China-USA Business Review*, 14 (4), 195-202.
- Davis, K., Schoenbaum, S. C., & Audet, A. M. (2005). A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(10), 953-957.
- Demirer, Ö., & Bülbül, H. (2014). Kamu ve özel hastanelerde hizmet kalitesi, hasta tatmini ve tercihi arasındaki ilişki: karşılaştırmalı bir analiz. *Amme İdaresi Dergisi*, 47(2), 95-119.
- Dölarslan, E. Ş., & Özer, A. (2014). Hizmet kalitesi, tatmin ve güvenin daha fazla ödeme eğilimi üzerindeki etkileri. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(1), 31-58.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
- Gerpott, T. J., Rams, W., & Schindler, A. (2001). Customer retention, loyalty, and satisfaction in the German mobile cellular telecommunications market. *Telecommunications Policy*, 25(4), 249-269.
- Ghobadian, A., Speller, S., & Jones, M. (1994). Service quality: concepts and models. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 11(9), 43-66.
- Gremler, D. D., Gwinner, K. P., & Brown, S. W. (2001). Generating positive word-of-mouth communication through customer-employee relationships. *International Journal of Service Industry Management*, 12(1), 44-59.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis*. Pearson, New York.

- Han, H. ve Hyun, S. S. (2015). Customer retention in the medical tourism industry: impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. *Tourism Management*, 46, 20-29.
- Hanzaee, K. H., Bigdeli, F., Khanzadeh, M., & Javanbakht, A. (2012). Assessing patients behavioral intentions through service quality and perceived value. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 2(10), 10686-10692.
- Homburg, C., Koschate, N., & Hoyer, W. D. (2005). Do satisfied customers really pay more? A study of the relationship between customer satisfaction and willingness to pay. *Journal of Marketing*, 69(2), 84-96.
- Hsieh, Y. C., & Hiang, S. T. (2004). A study of the impacts of service quality on relationship quality in search-experience-credence services. *Total Quality Management & Business Excellence*, 15(1), 43-58.
- İlhan, M., & Çetin, B. (2014). LISREL ve AMOS programları kullanılarak gerçekleştirilen yapısal eşitlik modeli (yem) analizlerine ilişkin sonuçların karşılaştırılması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 5(2), 26-42.
- Juhana, D., Manik, E., Febrinella, C., & Sidharta, I. (2015). Empirical study on patient satisfaction and patient loyalty on public hospital in Bandung, Indonesia. *International Journal of Applied Business and Economic Research*, 13(6), 4305-4326.
- Kang, S., & Oh, J. (2015). Customer perceptions of health examination service quality: an empirical investigation in South Korea. *International Journal of Social Science and Humanity*, 5(3), 272-280.
- Kement, Ü., Çavuşoğlu, S., Bükey, A., & Başar, B. (2018). *Termal turizm işletmelerinde tekrar ziyaret ve tavsiye etme niyetinin incelenmesi: Otel ambiyansının düzenleyici rolü*. 19. Ulusal sağlık turizmi kongresi, 17-21 Ekim, Afyonkarahisar.
- Kemp, E., Jillapalli, R., & Becerra, E. (2014). Healthcare branding: developing emotionally based consumer brand relationships. *Journal of Services Marketing*, 28(2), 126-137.
- Keskin, H. D., & Kurtuldu, H. S. (2019). İlişkisel pazarlamanın müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisi: banka müşterilerine yönelik bir uygulama. *Global Journal of Economics and Business Studies*, 8(16), 111-121.
- Kim, J. Y., Moon, J., Han, D., & Tikoo, S. (2004). Perceptions of justice and employee willingness to engage in customer-oriented behavior. *Journal of Services Marketing*, 18(4), 267-275.
- Kim, S. Y., Kim, J. U., & Park, S. C. (2017). The effects of perceived value, website trust and hotel trust on online hotel booking intention. *Sustainability*, 9, 1-14.
- Kolade, O. J., Ogunnaike, O. O., & Omatayo, O. (2014). Organizational citizenship behaviour, hospital corporate image and performance. *Journal of Competitiveness*, 6(1), 36-49.
- Kondasani, R. K. R., & Panda, R. K. (2016). Service quality perception and behavioural intention. *Journal of Health Management*, 18(1), 188-203.
- Konuk, F. A. (2018). Price fairness, satisfaction, and trust as antecedents of purchase intentions towards organic food. *Journal of Consumer Behaviour*, 17(2), 141-148.

- Korkmaz, H., Giritliođlu, İ., & Avcıkurt, C. (2015). Havayolları iç hatlarda algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti ve tekrar satın alma davranışına etkisi. *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 248-265.
- Krupat, E., Rosenkranz, S. L., Yeager, C. M., Barnard, K., Putnam, S. M., & Inui, T. S. (2000). The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 39, 49-59.
- Lai, F., Griffin, M., & Babin, B. J. (2009). How quality, value, image, and satisfaction create loyalty at a Chinese telecom. *Journal of Business Research*, 62(10), 980-986.
- Lee, E. J., Park, J. S., & Kim, N. Y. (2015). The effects of hospital brand equity on trust and relationship commitment of customer. *The Korean Journal of Health Service Management*, 9(2), 1-16.
- Lee, S., Kim, H., Kim, J., & Ha, G. (2008). How are consumers, service and market factors related to customer loyalty in medical service? -Targeting the medical consumer in a city. *Journal of Preventive Medicine Public Health*, 41(5), 315-322.
- Lee, W. I., Chen, C. W., Chen, T. H., & Chen, C. Y. (2010). The relationship between consumer orientation, service value, medical care service quality and patient satisfaction: the case of a medical center in Southern Taiwan. *African Journal of Business Management*, 4(4), 448-458.
- Murti, A., Deshpande, A., & Srivastava, N. (2013). Patient satisfaction and consumer behavioural intentions. *Journal of Health Management*, 15(4), 549-577.
- Nakip, M., & Özçiftçi, V. (2015). Sağlık hizmetlerinde ilişki pazarlaması ve hasta memnuniyeti: Aksaray aile sağlığı merkezlerinde uygulama. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (46), 1-20.
- Narver, J. C., & Slater, S. F. (1990). The effect of a market orientation on business profitability. *Journal of Marketing*, 54(4), 20-35.
- Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer*. McGraw-Hill, New York.
- Örgev, C., & Bekar, T. (2013). Non-monetary costs, hospital perceived value and patient satisfaction in health institutions. *International Journal of Alanya Faculty of Business*, 5(2), 87-97.
- Payne, A., & Holt, S. (2001). Diagnosing customer value: integrating the value process and relationship marketing. *British Journal of Management*, 12(2), 159-182.
- Peltier, J., Nill, A., & Schibrowsky, J. A. (2004). Internal marketing, nurse loyalty and relationship marketing: an exploratory study of German nurses. *Health Marketing Quarterly*, 20(4), 63-82.
- Peng, L. Y., & Wang, Q. (2006). Impact of relationship marketing tactics (RMTs) on switchers and stayers in a competitive service industry. *Journal of Marketing Management*, 22, 25-59.
- Pett, M., Lackey, N., & Sullivan, J. (2003). *Making sense of factor analysis*. Sage, Thousand Oaks.
- Putu, U. I., Ketut, R. I., Niyoman, K. Y. N., & Putu, S. I. (2017). The mediating role of relationship quality in association of brand performance and repurchase intention: Evidences of balinese traditional food business at Star Hotels. *International Journal of Business and Management Invention*, 6(6), 1-11.

- Rahman, M. S., Mohamad, O., AbdelFattah, F. A., & Aziz, N. (2014). *Factors determining customers' repurchase intention of healthcare insurance products in Malaysia*. <https://pdfs.semanticscholar.org/5eb8/62a07ac57257d81c3a708785cbccc91b4fa2.pdf>
- Saha, S., Beach, M. C., & Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 1275-1285.
- Scholl, I., Zill, J. M., Harter, M., & Dirmaier, J. (2014). An integrative model of patient-centeredness-a systematic review and concept analysis. *PLoS ONE*, 9(9), e107828.
- Türker, D. (2008). Measuring corporate social responsibility: a scale development study. *Journal of Business Ethics*, 85(4), 411-427.
- Varinli, İ., & Çakır, A. (2004). Hizmet kalitesi, değer, hasta tatmini ve davranışsal niyetler arasındaki ilişki: Kayseri'de poliklinik hastalarına yönelik bir araştırma. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(17), 33-52.
- Wanzer, M. B., Booth-Butterfield, M., & Gruber, K. (2004). Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Communication*, 16(3), 363-384.
- Wright, G. H., & Taylor, A. (2005). Strategic partnerships and relationship marketing in healthcare. *Public Management Review*, 7(2), 203-224.
- 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.
- Yücenur, G. N., Demirel, N. Ç., Ceylan, C., & Demirel, T. (2011). Hizmet değerinin müşterilerin davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinin yapısal eşitlik modeli ile ölçülmesi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 12(1), 156-168.
- Zarei, E., Daneshkohan, A., Khabiri, R., & Arab, M. (2015). The effect of hospital service quality on patient's trust. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(1), 1-5.
- Zarei, E., Daneshkohan, A., Pouragha, B., Marzban, S., & Arab, M. (2015). An empirical study of the impact of service quality on patient satisfaction in private hospitals, Iran. *Global Journal of Health Science*, 7(1), 1-9.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *Journal of Marketing*, 60(2), 31-46.
- Zhadko, İ. (2014). *İnternet perakendeciliğinde güvenin satın alma niyeti üzerindeki etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Zhang, J., & Bloemer, J. M. M. (2009). The impact of value congruence on consumer-service brand relationships. *Journal of Service Research*, 11(2), 161-178.

YOĞUN BAKIM MALİYETLERİ VE YOĞUN BAKIM MALİYET ÇALIŞMALARININ İNCELENMESİ

Cuma FİDAN *
İsmail AĞIRBAŞ **


ÖZ

Bu çalışmada, ulusal ve uluslararası literatürde nitel ve nicel araştırma türünde yapılan yoğun bakım maliyet çalışmalarının mevcut durumunun analizinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Araştırma nitel araştırma yöntemi kapsamında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada verilerin toplanmasında doküman incelemesi kullanılmıştır. Literatürde yoğun bakım maliyet çalışmaları kapsamında yapılan 240 çalışma araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin analizinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Araştırma konusu hakkında genel bir bilgiye sahip ve nitel araştırma yöntemleri konusunda uzman beş kişinin görüşlerine başvurularak araştırmanın inanırlığı artırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre nicel araştırma yöntemi kapsamında yapılan çalışmaların çoğunluğu oluşturduğu; enfeksiyon, ilaç, sağlık personeli ve kronik hastalık araştırma konularında daha fazla araştırmanın yapıldığı görülmüştür. Veri analiz yöntemi olarak ekonomik analiz ve maliyet etkililik analizi daha çok tercih edilmiştir. Yatılan gün sayısının uzaması ve ilaçların yoğun bakım maliyetini arttırdığı; teletıp ve parenteral beslenmenin ise yoğun bakım maliyetini azalttığı görülmüştür. Ayrıca geri ödeme kurumu tarafından yapılan ödemelerin ve hemşire takip programının yoğun bakım maliyetini hem arttırdığı hem de azalttığı görülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre yoğun bakım maliyetlerindeki değişimin hangi yoğun bakım ünitesinin neden olduğunu belirlemeye yönelik nicel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık kurumları, yoğun bakım, yoğun bakım maliyetleri

MAKALE HAKKINDA

* Arş. Gör., Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü; Doktora Öğrencisi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi, cmfdn91@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8581-5940>

** Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, agirbasismail@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1664-5159>

Gönderim Tarihi: 02.09.2019

Kabul Tarihi: 07.08.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Fidan, C. & Ağırbaş, İ. (2020). Yoğun Bakım Maliyetleri ve Yoğun Bakım Maliyet Çalışmalarının İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 485-504

INTENSIVE CARE COSTS AND ANALYSIS OF INTENSIVE CARE COST STUDIES

Cuma FİDAN *
İsmail AĞIRBAŞ **


ABSTRACT

This study aimed to analyze the current state of qualitative and quantitative studies in the national and international literature on intensive care costs. A qualitative research method was employed. Data were collected using a document review. The sample consisted of 240 studies on intensive care costs. Data were analyzed using content analysis. The credibility of the study was improved by consulting with five experts in qualitative research methods who had a general knowledge of the subject matter. The results showed that most of the 240 studies were carried out using quantitative research methods and that there were more studies on infection, medication, health personnel, and chronic disease. Most of the 240 studies employed economic analysis and cost-effectiveness analysis. The results showed that prolonged hospital stay and medications increased the intensive care costs whereas telemedicine and parenteral feeding reduced them. Moreover, reimbursements by agencies and nurse follow-up programs increased the intensive care costs in some cases and decreased them in others. Based on the results, it is recommended that further quantitative studies be conducted to determine which intensive care unit causes the change in intensive care costs.

Keywords: Health institutions, intensive care, intensive care costs

ARTICLE INFO

* Muş Alparslan University, cmfdn91@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8581-5940>

** Ankara University, agirbasismail@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1664-5159>

Received: 02.09.2019

Accepted: 07.08.2020

Cite This Paper:

Fidan, C. & Ağırbaş, İ. (2020). Yoğun Bakım Maliyetleri ve Yoğun Bakım Maliyet Çalışmalarının İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 485-504

I. GİRİŞ

Sağlık kurumları, sundukları hizmetin kalitesini arttırmak, harcamalarını kontrol etmek ve bütçe planlamalarını yapmak için maliyet analizine ihtiyaç duymaktadır (Than vd., 2017). Maliyet analizi, birim maliyetlerin ve hizmet maliyetlerin anlaşılmasında sağlık yöneticilerine yardımcı olur (Olukoga, 2007). Hastane maliyetleri içerisinde yoğun bakım maliyetleri önemli bir yer tutmaktadır (Bice vd., 2013). Yoğun bakım maliyetleri sağlık harcamalarında bir artışa neden olmaktadır (Raad vd., 2017). Bu maliyetleri kontrol etmek için maliyet analizine gereksinim duyulmaktadır (Younis vd., 2013). Yoğun bakım maliyetlerinin değerlendirilmesinde geleneksel maliyet analizi, faaliyet tabanlı maliyetleme, maliyet etkililik, maliyet minimizasyon, maliyet fayda ve maliyet değer analizi gibi yöntemler kullanılabilir (Pines vd., 2002).

Yoğun bakım hizmetleri maliyetlidir ve kaynakları sınırlıdır (Chidi vd., 2017; Huynh vd., 2013; Kox ve Pickkers, 2013). Hastane kaynaklarının büyük bir kısmı yoğun bakımda kullanılmaktadır (Altawalbeh vd., 2018; Chang vd., 2015; Mullins vd., 2013). Hastane maliyetlerinin %30'unu yoğun bakım maliyetleri oluşturur (Franzini vd., 2011). Yoğun bakım ünitesi yatakları hastane yataklarının yaklaşık %10'unu ve sağlık bakım maliyetlerinin %20'sini oluşturmaktadır (Curtis vd., 2012; Milbrandt vd., 2008). Yoğun bakım yataklarının sayısı, yatak doluluk oranı (Halpern vd., 2010), ilaç, sağlık personeli, yatış süresi ve otomasyon yoğun bakım harcamalarının temel belirleyicileridir (Dasta vd., 2010).

Yoğun bakım yatak sayısının artırılması tedavi ve günlük maliyetlerin artmasına neden olur (Lewis vd., 2004). Günlük yoğun bakım maliyeti birinci günde en yüksektir, ikinci günde günlük maliyet azalır ve üçüncü günden sonra günlük maliyet stabilize olur (Dasta vd., 2005). Yoğun bakım ünitelerinin türü (Angus vd., 2006; Kumar vd., 2015), hasta tedavilerinin farklı olması, tıbbi uygulamadaki varyasyonlar (mekanik ventilasyon kullanımı, sevk şekli vb.), sağlık kaynaklarının kullanılabilirliği, hastane ödeme sistemi ve ülkeler arası fiyatlandırma gibi faktörler günlük maliyetleri etkiler (Edbrooke vd., 2001; Elliott, 1997). Terminal dönem hastaların bulunduğu yoğun bakım ünitelerinde (palyatif yoğun bakım) yoğun bakım maliyeti daha fazladır (Morgan vd., 2011; O'Mahony vd., 2017; Penrod vd., 2010).

Uluslararası literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde; teletıp (Chen vd., 2018; Kumar vd., 2013), enfeksiyon (Frampton vd., 2014), palyatif yoğun bakımda yatış süresinin uzunluğu (Kyeremanteng vd., 2018), izleme maliyeti (Miranda ve Jegers, 2012) ve kalp yetmezliği (Voigt ve Mosier, 2013) ile ilgili sistematik derleme çalışmalarının yapıldığı görülmüştür. Ulusal literatürde ise herhangi bir nitel bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Literatürde ulaşılan çalışmalar incelendiğinde nitel ve nicel araştırma türündeki yoğun bakım maliyet çalışmalarının birlikte incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Dolayısıyla bu çalışmada, ulusal ve uluslararası literatürde nitel ve nicel araştırma türünde yapılan yoğun bakım maliyet çalışmalarının mevcut durumunun analizinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Ayrıca çalışmaların yayın türü, yayın dili, yayın yılı, ülke, araştırma türü, araştırma konuları, veri analiz yöntemi ve maliyeti etkileyen faktörlerinin bütüncül bir bakış açısıyla sunulmasının bu alanda çalışanlara yol göstereceği düşünülmektedir. Aynı zamanda konu ile ilgili çalışmaların incelenmesi ile elde edilen yoğun bakım maliyetini etkileyen faktörlerin, sağlık kurumları ve geri ödeme kurumları açısından katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

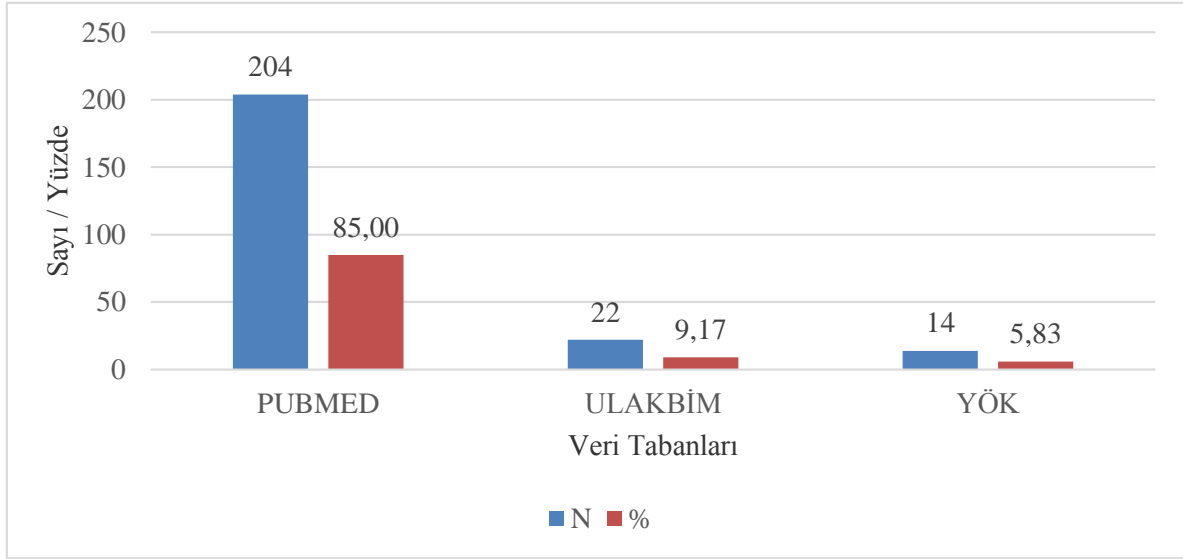
Araştırma, nitel araştırma yöntemi kapsamında gerçekleştirilmiştir. Nitel araştırma, araştırma problemine ilişkin olguları derinlemesine incelemede kullanılır (Creswell, 2012). Bu bağlamda çalışmanın amacı, literatürde yapılan nitel ve nicel araştırma türündeki yoğun bakım maliyet çalışmalarının mevcut durumunu ortaya koymaktır. Araştırmanın amacından hareketle, çalışmada 7 araştırma problemi belirlenmiş ve bu problemlere yanıt aranmaya çalışılmıştır. Bu araştırma soruları:

1. Yoğun bakım maliyet çalışmalarının yayın yılına göre dağılımı nedir?
2. Yoğun bakım maliyet çalışmalarının gerçekleştirildiği ülke dağılımı nedir?
3. Yoğun bakım maliyet çalışmalarının araştırma türü dağılımı nedir?
4. Yoğun bakım maliyet çalışmalarının araştırma konuları dağılımı nedir?
5. Yoğun bakım maliyet çalışmalarında veri analiz yöntemi dağılımı nedir?
6. Yoğun bakım maliyet çalışmalarının gerçekleştirildiği yoğun bakım türlerinin dağılımı nedir?
7. Yoğun bakım maliyet çalışmalarındaki maliyeti etkileyen faktörlerin dağılımı nedir?

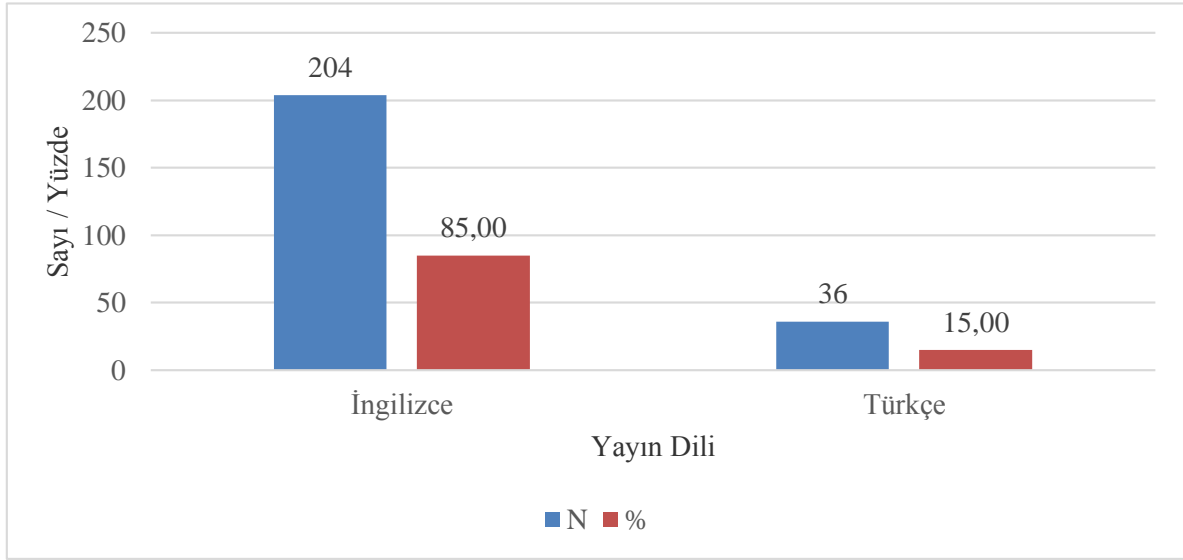
2.1. Veri Toplama Süreci

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak doküman incelemesi yöntemi kullanılmıştır. Doküman incelemesi, belirli bir konudaki dokümanları incelemede ve değerlendirmede kullanılır (Bowen, 2009). Araştırma kapsamında kullanılan veri tabanlarının dağılımı Şekil 1’de gösterilmiştir.

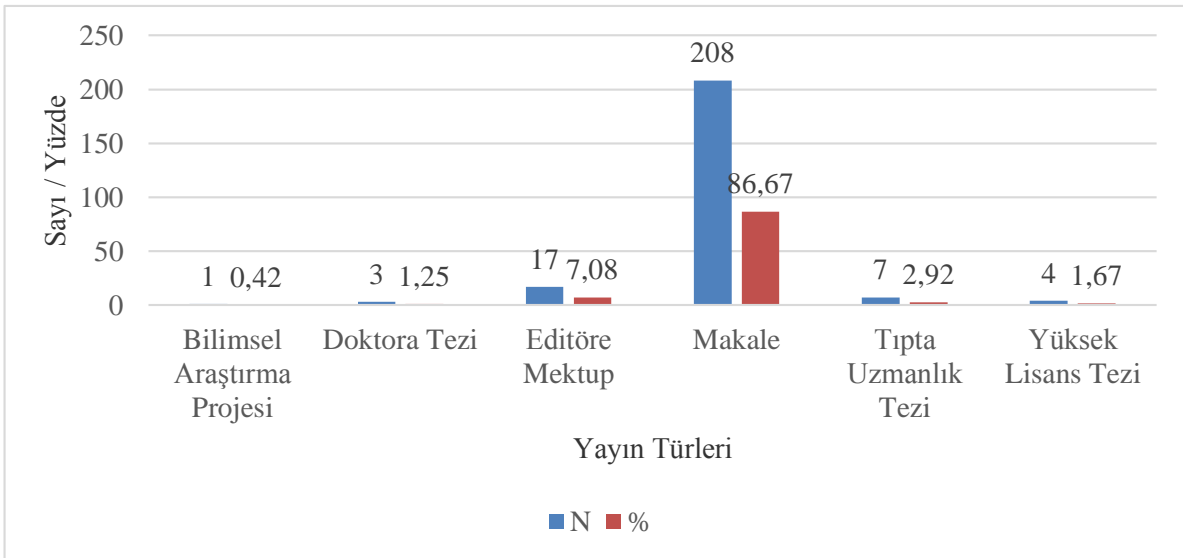
Şekil 1. Veri Tabanı Dağılımı



Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmaları; Yüksek Öğretim Kurulu Tez Merkezi (YÖK), Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi (ULAKBİM) ve PUBMED veri tabanları aracılığıyla incelenmiştir (Şekil 1). YÖK veri tabanı, tez çalışmalarını (tıpta uzmanlık, yüksek lisans ve doktora); PUBMED ve ULAKBİM veri tabanları ise bilimsel araştırma projesi, editöre mektup ve makale yayın türlerindeki çalışmaları taramada kullanılmıştır. Araştırmada bu veri tabanları kullanılarak araştırma verilerinin toplanmasına Ocak 2019 döneminde başlanmış olup Mayıs 2019 döneminde ise veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Bu doğrultuda öncelikle yoğun bakım maliyetleri ile ilgili kaynaklara ulaşılabilecek anahtar kelimeler İngilizce ve Türkçe olarak belirlenmiştir. Türkçe olarak “yoğun bakım, yoğun bakım maliyeti, yoğun bakım ünitesi maliyeti” kavramları kullanılırken, İngilizce literatür taraması için “intensive care, intensive care cost ve intensive care unit cost” olmak üzere anahtar kelimeler belirlenmiştir. Araştırmada yoğun bakım maliyeti üzerine yapılmayan çalışmalar kapsam dışı bırakılmıştır. Erişime açık olmayan ya da tam metnine ulaşılamayan çalışmalar araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Araştırmaya yayın dili Türkçe ve İngilizce olan çalışmalar dâhil edilmiştir. Türkçe ve İngilizce yayın dili dışındaki çalışmalar araştırma kapsamına dâhil edilmemiştir. Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmalarının yayın diline göre dağılımı Şekil 2’de gösterilmiştir.

Şekil 2. Yayın Dili Dağılımı

Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmaları İngilizce ve Türkçe yayın dilinde yazılmış olup çalışmaların 204'ü (%85) İngilizce yayın dilinde, 36'sı (%15) ise Türkçe yayın dilinde yazılmıştır (Şekil 2). Araştırma kapsamına nitel ve nicel araştırma türündeki çalışmalar dâhil edilmiştir. Araştırma yapılırken tezden üretilen makale çalışmalarına rastlanılmıştır. Bu tür tez çalışmalarını araştırma kapsamı dışında tutularak tezden üretilen makaleler çalışma kapsamına dâhil edilmiştir. Araştırma kapsamına dâhil edilen çalışmaların yayın türlerine göre dağılımı Şekil 3'te gösterilmiştir.

Şekil 3. Yayın Türleri Dağılımı

Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmaları bilimsel araştırma projesi, doktora tezi, editöre mektup, makale, tıpta uzmanlık tezi ve yüksek lisans tezi yayın türlerinde yapılmıştır. Yayınların 208'i (%86,67) araştırma makalesi türünde olduğu ve toplamda 240 çalışmanın araştırmaya dâhil edildiği görülmektedir (Şekil 3). Bununla birlikte çalışmada örnekleme yöntemi seçilmemiş olup yoğun bakımda yapılan İngilizce ve Türkçe yayın dilindeki maliyet çalışmalarına belirtilen veri tabanları kullanılarak ulaşılmaya çalışılmıştır.

2.2. Veri Analiz Süreci

Araştırmada veri analiz yöntemi olarak içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizi, dokümanlardan elde edilen verilerin araştırmacı tarafından belirli kavramlar veya temalar çerçevesinde bir araya getirilmesinde kullanılır (Kerrigan, 2014). Araştırmaya dâhil edilen çalışmaların analizi Microsoft Office Excel programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışmaların incelenmesi sonucu elde edilen veriler frekans ve yüzde analizleri ile analiz edilmiştir.

Verilerin kodlanmasında verilerden çıkarılan kavramlara göre yapılan kodlama yöntemi kullanılmıştır. Bu veri kodlama yönteminde temalar, verilerin analizi sürecinde verilerden çıkarılan kavramlara göre belirlenir (Neudendorf, 2017). Verilerin analizi sonucu ana tema ve ana temaya bağlı alt temalar belirlenmiştir. Belirlenen temalar araştırmanın; künye, gereç ve yöntem ve sonuç bölümleri incelenerek belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin içerik analizi sonucunda “yayın yılı, ülke, araştırma türü, araştırma konusu, veri analiz yöntemi, yoğun bakım türleri ve maliyeti etkileyen faktörler” ana temaları belirlenmiştir. Çalışmada belirlenen ana temalar ve ana temalara bağlı alt temalar Tablo 1’de gösterilmiştir.

2.3. Araştırmanın İnanırlığı

İnanırlığı arttırmak için kullanılan yöntemlerden biri uzman incelemesidir (Streubert vd., 2011). Araştırmacının yanlılığını azaltmak, temaları doğru belirlemek ve verileri doğru analiz etmek için uzman incelemesi yöntemi kullanılır (Houser, 2015). Araştırma konusu hakkında genel bir bilgiye sahip ve nitel araştırma yöntemleri konusunda uzman kişilerden (1 Hastane Yöneticisi, sağlık hizmetleri alanında uzman; 3 Dr. Öğr. Üyesi, eğitim ve sağlık yönetimi alanında uzman; 1 Doç. Dr., sağlık hizmetleri alanında uzman) yapılan araştırmayı çeşitli boyutlarıyla incelenmesi istenerek (Creswell, 2012) araştırmanın inanırlığı artırılmıştır.

Uzman incelemeleri sonucu “maliyet konusu” ana teması “araştırma konusu” ana teması olarak revize edilerek araştırma konusu ana teması altında “sağlık kurumu, tanı, teşhis, tedavi ve teknoloji” alt temaları oluşturularak her bir alt temanın altında temalar bir araya getirilmiştir. “Maliyeti etkileyen faktörler” ana temasına bağlı “maliyeti arttıran ve maliyeti azaltan faktörler” alt temaları uzman incelemeleri sonucunda alt temalara bağlı temalar belirlenmiştir. “Maliyeti arttıran faktörler” alt temasına bağlı olarak “sağlık kurumu, tanı, tedavi ve teknoloji”; “maliyeti azaltan faktörler” alt temasına bağlı “tedavi, teknoloji ve sağlık kurumu” alt temaları oluşturularak temalar bütünleştirilmiştir. Ayrıca “maliyeti etkileyen faktörler” ana teması altındaki “Hastane maliyetlerindeki yoğun bakım giderlerinin yüksek payı” teması, uzman incelemeleri sonucu, “yüksek yoğun bakım giderleri” teması olarak revize edilmiştir. Bunun yanı sıra, veriler; analiz sonucu elde edilen frekans ve yüzde analizleri büyükten küçüğe doğru ve alfabetik sıralamaya dikkat edilerek yeniden hazırlanmıştır.

Tablo 1. Ana Tema ve Alt Temalar

Ana Tema	Alt Tema
Yayın Yılı	1986, 1988, 1993, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 ve 2019 yılı.
Ülke	ABD, Türkiye, İngiltere, Almanya, Hindistan, Avustralya, Avrupa Ülkeleri, Fransa, Hollanda, İsviçre, Belçika, Çin, İtalya, Norveç, Afrika, İspanya, Japonya, Malezya, Pakistan, Rusya, Taylan, Ürdün ve Yunanistan.
Araştırma Türü	Nicel ve Nitel.
Araştırma Konusu	Tanı: Enfeksiyon, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Kalp Hastalıkları, Sepsis, Basınç Ülseri, Prematüre Doğum, Akut Solunum Yetmezliği, Kanser, Yanık, Yaralanma, Akciğer Tüberkülozu, Anemi, Diare, Grip, İnme, Kas Zayıflığı, Travmatik Beyin Yaralanması, Zehirlenme. Teshis: Laboratuvar Testleri, İzleme. Tedavi: İlaç, Parenteral Beslenme, Hasta Transferi, Böbrek Replasmanı, D Vitamini, El Masajı ve Akupressur, Erken Ekstübasyon, Kan Nakli, Sedasyon, Trakeostomi. Teknoloji: Teletıp, Hemşire Takip Programı, Hasta Veri Yönetim Sistemleri, İnfüzyon Pompası. Sağlık Kurumu: Yoğun Bakım Maliyeti, Sağlık Personeli, Yoğun Bakım Açılması.
Veri Analiz Yöntemi	Ekonomik Analiz, Maliyet Etkililik Analizi, Maliyet Fayda Analizi, İçerik Analizi, Geleneksel Maliyet Yöntemi, Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemi, Kaynak Tüketim Muhasebesi Yöntemi, Maliyet Minimizasyon Analizi, Nakit Akış Analizi ve Literatür Taraması.
Yoğun Bakım Türleri	Yoğun Bakım Üniteleri, Cerrahi, Yenidoğan, Çocuk, Genel, Göğüs Hastalıkları, İç Hastalıkları, Palyatif, Anestezi ve Reanimasyon, Travma, Nöroloji, Kardiyoloji ve Koroner.
Maliyeti Etkileyen Faktörler	1. Maliyeti Arttıran Faktörler Sağlık Kurumu: Yatılan gün sayısının uzunluğu, Yüksek yoğun bakım giderleri, Geri ödeme kurumu tarafından yapılan ödemeler, Sağlık personeli giderleri, Laboratuvar, Tıbbi acil durum ekibinde aksama. Tedavi: İlaçlar, Cerrahi operasyon, Hasta transferinin gecikmesi, Kanser tedavisi, Kan nakli. Tanı: Kronik hastalıklar, Enfeksiyonlar, Hastalığın türü, Basınç ülseri, Prematüre doğum. Teknoloji: Mekanik ventilasyon, Hemşire takip programı. 2. Maliyeti Azaltan Faktörler Teknoloji: Teletıp, Hasta veri yönetim sistemi, Hemşire takip programı, İnfüzyon pompası, İlaç dağıtım sistemi. Tedavi: Parenteral beslenme, Elektif kraniyotomi, Erken ekstübasyon. Sağlık Kurumu: Geri ödeme kurumu tarafından yapılan ödemeler, Yoğun bakım eğitimi.

2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma ulusal ve uluslararası literatürde yoğun bakım maliyeti kapsamında nitel ve nicel araştırma türünde ve 1986-2019 yılları arasında yapılmış 240 çalışma ile sınırlıdır. Araştırma, erişimi sağlanan ve tam metnine ulaşılan çalışmalar ile sınırlıdır. Araştırma seçilen veri tabanlarında yapılan tarama ile sınırlıdır. Ayrıca Türkçe ve İngilizce yayın dillerinde yapılan çalışmalar ile sınırlıdır.

III. BULGULAR

Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmalarının yayın yılına göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Yıl Dağılımı

Yayın Yılı	N	%	Yayın Yılı	N	%
1986	1	0,42	2006	9	3,75
1988	1	0,42	2007	5	2,08
1993	1	0,42	2008	10	4,17
1995	1	0,42	2009	6	2,50
1996	1	0,42	2010	14	5,83
1997	1	0,42	2011	15	6,25
1998	3	1,25	2012	16	6,67
1999	2	0,83	2013	12	5,00
2000	3	1,25	2014	18	7,50
2001	4	1,67	2015	23	9,58
2002	6	2,50	2016	22	9,17
2003	3	1,25	2017	20	8,33
2004	16	6,67	2018	13	5,42
2005	11	4,58	2019	3	1,25
Toplam			240	100,00	

Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmaları 1986-2019 yılları arasında gerçekleştirildiği, çalışmaların 23'ü (%9,58) 2015, 22'si (%9,17) 2016 ve 20'si (%8,33) 2017 yıllarında yapıldığı ve 2004 yılından itibaren yapılan çalışmalarda bir artış yaşandığı görülmektedir (Tablo 2).

Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmalarının yapıldığı ülkelere göre dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

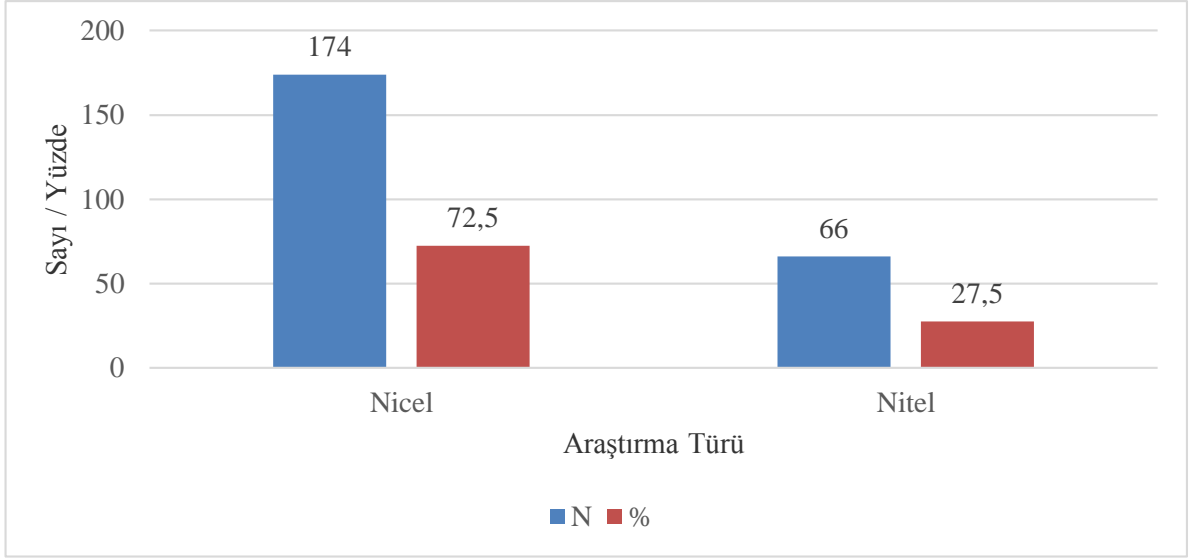
Tablo 3. Ülke Dağılımı

Ülke	N	%	Ülke	N	%
ABD	110	45,83	İtalya	2	0,83
Türkiye	48	20,00	Norveç	2	0,83
İngiltere	21	8,75	Afrika	1	0,42
Almanya	10	4,17	İspanya	1	0,42
Hindistan	10	4,17	Japonya	1	0,42
Avustralya	8	3,33	Malezya	1	0,42
Avrupa Ülkeleri	5	2,08	Pakistan	1	0,42
Fransa	5	2,08	Rusya	1	0,42
Hollanda	3	1,25	Taylan	1	0,42
İsviçre	3	1,25	Ürdün	1	0,42
Belçika	2	0,83	Yunanistan	1	0,42
Çin	2	0,83			
Toplam			240	100,00	

Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmalarının 110'u (%45,83) Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve 48'i (%20) Türkiye (48; %20) ülkelerinde yapıldığı görülmektedir. Afrika, İspanya, Japonya Malezya, Pakistan Rusya, Tayland, Ürdün ve Yunanistan ülkelerinde ise birer çalışma (%0,42) yapıldığı görülmektedir (Tablo 3).

Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmalarının araştırma türlerine göre dağılımı Şekil 4'te gösterilmiştir.

Şekil 4. Araştırma Türleri Dağılımı



Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmaları nicel ve nitel araştırma türlerinde yapıldığı ve çalışmaların 174'ü (%72,50) nicel araştırma (174; %72,50) yöntemleri kapsamında gerçekleştirildiği görülmektedir (Şekil 4). Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmalarının araştırma konularına göre dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Araştırma Konuları Dağılımı

	Araştırma Konuları	N	%		Araştırma Konuları	N	%
TANI	Enfeksiyon	34	14,17	TEDAVİ	İlaç	23	9,58
	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	7	2,92		Parenteral Beslenme	3	1,25
	Kalp Hastalıkları	5	2,08		Hasta Transferi	2	0,83
	Sepsis	5	2,08		Böbrek Replasmanı	1	0,42
	Basınç Ülseri	3	1,25		D Vitamini	1	0,42
	Prematüre Doğum	3	1,25		El Masajı ve Akupressur	1	0,42
	Akut Solunum Yetmezliği	2	0,83		Erken Ekstübasyon	1	0,42
	Kanser	2	0,83		Kan Nakli	1	0,42
	Yanık	2	0,83		Sedasyon	1	0,42
	Yaralanma	2	0,83		Trakeostomi	1	0,42
	Toplam	73	30,42		Toplam	35	14,58
TEKNOLOJİ	Anemi	1	0,42	Teletıp	6	2,50	
	Diare	1	0,42	Hemşire Takip Programı	2	0,83	
	Grip	1	0,42	Hasta Veri Yönetim Sistemleri	1	0,42	
	İnme	1	0,42	İnfüzyon Pompası	1	0,42	
	Kas Zayıflığı	1	0,42		Toplam	10	4,17
	Travmatik Beyin Yaralanması	1	0,42				
SAĞLIK KURUMU	Zehirlenme	1	0,42	Yoğun Bakım Maliyeti	109	45,42	
				Sağlık Personeli	7	2,92	
	Toplam	73	30,42	Yoğun Bakım Açılması	1	0,42	
TEŞHİS	Laboratuvar Testleri	4	1,67		Toplam	117	48,75
	İzleme	1	0,42				
	Toplam	5	2,08				
Genel Toplam						240	100,00

Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmalarının 117'si (%48,75) sağlık kurumu, 73'ü (%30,42) tanı, 35'i (%14,58) tedavi, 10'u (%4,17) teknoloji ve 5'i (%2,08) teşhis ile ilgili konularda yapıldığı görülmektedir. Bulgulara göre çalışmaların 109'u (%45,42) yoğun bakım maliyeti, 34'ü (%14,17) enfeksiyon ve 23'ü (%9,58) ilaç konularında gerçekleştirildiği görülmektedir (Tablo 4).

Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmalarında kullanılan veri analiz yöntemlerinin dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Veri Analiz Yöntemi Dağılımı

Veri Analiz Yöntemi	N	%
Ekonomik Analiz	122	50,83
Maliyet Etkililik Analizi	33	13,75
Maliyet Fayda Analizi	7	2,92
İçerik Analizi	6	2,50
Geleneksel Maliyet Yöntemi	5	2,08
Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemi	4	1,67
Kaynak Tüketim Muhasebesi Yöntemi	1	0,42
Maliyet Minimizasyon Analizi	1	0,42
Nakit Akış Analizi	1	0,42
Literatür Taraması	60	25,00
Toplam	240	100,00

Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmalarının 122'si (%50,83) ekonomik analiz ve 33'ü (%13,75) maliyet etkililik analiz yöntemi kullanılarak analiz edildiği görülmektedir. Nitel maliyet çalışmalarında içerik analizi yönteminin (6; %2,50) kullanıldığı ve çalışmaların 60'nın (%25) literatür taraması araştırması olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 5).

Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmalarının gerçekleştirildiği yoğun bakım türlerine göre dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Yoğun Bakım Türleri Dağılımı[§]

Yoğun Bakım Üniteleri	N	%
Yoğun Bakım Üniteleri	138	54,98
Cerrahi	30	11,95
Yenidoğan	23	9,16
Çocuk	16	6,37
Genel	9	3,59
Göğüs Hastalıkları	9	3,59
İç Hastalıkları	7	2,79
Palyatif	7	2,79
Anestezi ve Reanimasyon	5	1,99
Travma	3	1,20
Nöroloji	2	0,80
Kardiyoloji	1	0,40
Koroner	1	0,40
Toplam	251	100,00

Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmalarının 30'u (%11,95) cerrahi, 23'ü (%9,16) yeni doğan ve 16'sı (%6,37) çocuk yoğun bakım ünitelerinde yapıldığı görülmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde

[§] Birden fazla yoğun bakım türü teması yer almaktadır.

yapılan 138 maliyet çalışmasının %52,17'si üç ve üçten fazla yoğun bakım ünitelerinde ve %47,83'ünün ise nitel araştırma kapsamında yapıldığı bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 6).

Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmalarının maliyeti etkileyen faktörlerine göre dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Maliyeti Etkileyen Faktörlerin Dağılımı**

Maliyeti Arttıran Faktörler			Maliyeti Azaltan Faktörler				
	N	%		N	%		
Sağlık Kurumu	Yatılan gün sayısının uzunluğu	150	28,14	Teknoloji	Teletıp	6	1,13
	Yüksek yoğun bakım giderleri	88	16,51		Hasta veri yönetim sistemi	1	0,19
	Geri ödeme kurumu tarafından yapılan ödemeler	12	2,25		Hemşire takip programı	1	0,19
	Sağlık personeli giderleri	11	2,06		İnfüzyon pompası	1	0,19
	Laboratuvar	4	0,75		İlaç dağıtım sistemi	1	0,19
	Tıbbi acil durum ekibinde aksama	1	0,19		Toplam	10	1,88
	Toplam	266	49,91				
Tedavi	İlaçlar	117	21,95	Tedavi	Parenteral beslenme	3	0,56
	Cerrahi operasyon	16	3,00		Elektif kraniyotomi	1	0,19
	Hasta transferinin gecikmesi	2	0,38		Erken ekstübasyon	1	0,19
	Kanser tedavisi	2	0,38	Toplam	5	0,94	
	Kan nakli	1	0,19	Sağlık Kurumu	Geri ödeme kurumu tarafından yapılan ödemeler	3	0,56
	Toplam	138	25,89		Yoğun bakım eğitimi	1	0,19
			Toplam	4	0,75		
Tanı	Kronik hastalıklar	61	11,44				
	Enfeksiyonlar	31	5,82				
	Hastalığın türü	9	1,69				
	Basınç ülseri	3	0,56				
	Prematüre doğum	2	0,38				
	Toplam	106	19,89				
Teknoloji	Mekanik ventilasyon	3	0,56				
	Hemşire takip programı	1	0,19				
	Toplam	4	0,75				
Maliyeti Arttıran Faktörlerin Toplamı	514	96,44	Maliyeti Azaltan Faktörlerin Toplamı	19	3,56		
Genel Toplam				533	100,00		

Yoğun bakım maliyetlerini etkileyen faktörlerin 514'ü (%96,44) maliyeti arttırdığı ve 19'u (%3,56) maliyeti azalttığı görülmektedir. Maliyeti etkileyen faktörler arasında sağlık kurumu, tedavi ve teknoloji faktörleri maliyetin hem artmasına hem de azalmasına neden olduğu anlaşılmaktadır. Yatılan gün sayısını uzunluğu (150; %28,14), ilaçlar (117; %21,95) ve yüksek yoğun bakım giderleri

** Birden fazla maliyeti etkileyen faktör teması yer almaktadır.

faktörlerinin yoğun bakım maliyetlerini arttırdığı; teletıp (6; %1,13) ve parenteral beslenme (3; %0,56) faktörlerinin ise yoğun bakım maliyetlerini azalttığı bulgusuna ulaşılmıştır. Geri ödeme kurumu tarafından yapılan ödemeler ve hemşire takip programı faktörlerinin yoğun bakım maliyetlerini hem arttırdığı hem de azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 7).

IV. TARTIŞMA

Yoğun bakımda yapılan maliyet çalışmalarının incelendiği bu çalışmada yayın yılı, ülke, araştırma türü, araştırma konuları, veri analiz yöntemi, yoğun bakım türleri ve maliyeti etkileyen faktörlerin dağılımlarına yönelik bulgular elde edilmiştir. Ulaşılan literatürde, nitel ve nicel yoğun bakım maliyet çalışmalarının birlikte incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Dolayısıyla literatürde yapılan çalışmaların çalışmada elde edilen “yayın yılı, ülke, araştırma türü, araştırma konuları, veri analiz yöntemi ve yoğun bakım türleri” bulgularını destekler nitelikte olmadığı görülmüştür. Diğer yandan literatürde yapılan çalışmalarda yoğun bakım maliyetlerinin artmasına ve azalmasına neden olan faktörlere ilişkin bulgulara rastlanılmıştır. Dolayısıyla literatürde yapılan çalışmaların yoğun bakım maliyetini etkileyen faktörler bulgusunu destekler nitelikte olduğu görülmüştür. Bu nedenle çalışmanın tartışma bölümü, yoğun bakım maliyetini etkileyen faktörler bulgusu üzerine kurgulanmıştır.

ABD’de hastane yataklarının %10’dan daha azını yoğun bakım ünitelerinin oluşturmasına rağmen hastane maliyetlerinin %22’si yoğun bakım ünitelerine aittir (Halpern vd., 1994; Oostrenbrink vd., 2003). Yoğun bakım üniteleri tüm kliniklerden üç kat daha fazla maliyete sahiptir (Van Dijk ve Van Der Werken, 1998). Almanya’da yoğun bakım günlük maliyeti 855 € (Moerer vd., 2007); Hollanda, İtalya, Almanya ve İngiltere’de günlük maliyet 1.168 € ± 2.025 € (Tan vd., 2012), Fransa’da günlük maliyet 1.323 € ± 1526 € olarak hesaplanmıştır (Lefrant vd., 2015). Araştırma bulguları çalışmada ulaşılan yoğun bakım giderlerinin yüksek olduğu (88; %16,51) bulgusunu destekler niteliktedir.

Yoğun bakımda kullanılan ilaçlar, hastane ilaç harcamalarının üzerindeki maliyet etkisi önemlidir (Abdul-Jabbar vd., 2014; Flannery vd., 2017). ABD’de yapılan bir çalışmaya göre, yoğun bakımda kullanılan ilaçların hastane ilaç maliyetlerin %38’ini oluşturmaktadır (Weber vd., 2003). Bu çalışmada da ilaçların (117; %21,95) yoğun bakım maliyetlerini arttırdığı görülmüştür. Geri ödeme kurumu tarafından yapılan ödemelerin maliyetleri karşılayıp karşılamadığı yoğun bakım maliyetlerini etkilemektedir (Peter vd., 2016; Saleh vd., 2010). Çalışmada da geri ödeme kurumu tarafından yapılan ödemelerin maliyeti hem arttırdığı (12; %2,25) hem de azalttığı (3; %0,56) görülmüştür.

Sağlık personeli giderleri (11; %2,06) yoğun bakım maliyetini arttıran faktörler arasında yer almaktadır. Yoğun bakım doktorlarının ve hemşirelerinin yüksek birim maliyetlerinden dolayı sağlık personeli maliyetleri, yoğun bakım toplam maliyetleri arasında önemli bir yere sahiptir (O’Mahony vd., 2017; Parikh vd., 2012; Stafseth vd., 2018). Sağlık iş gücü kaynaklarının yoğun bakım ünitesi ihtiyaçlarına göre tahsis edilmesi gereklidir (Endacott, 2012; Wunsch vd., 2012). Aynı zamanda kaynaklar tedavi hizmetleri, ekipman ve teknoloji arasında da dağıtımı yapılmalıdır (Rivello vd., 2011).

Yoğun bakım ünitelerinde %70’ten fazla 65 yaş ve üstü hasta (Heyland vd., 2013) uzun dönemli tedavi görmekte (Chin-Yee vd., 2017) ve bu tedavi gayri safi yurt içi hasılanın %1’ini oluşturan maliyetli tedavilerdir (Halpern vd., 2010; Halpern vd., 2016). Yoğun bakım ünitelerine kritik hastalık insidansının 2026 yılına kadar %80 artış göstermesi tahmin edilmektedir (Halpern vd., 2016; Needham vd., 2005). İleri yaşta ve eşlik eden kronik hastalıklarda sık görülen sepsis (Khwannimit ve Bhurayanontachai, 2015; Merrit, 2011) ve KOAH (Dalal vd., 2010) gibi kronik hastalıklar yoğun bakım yatış süresini ve maliyetini artırır (Scurlock vd., 2011). Cerrahi operasyonlar (Petrie vd., 2015; Voigt ve Mosier, 2013), enfeksiyon (Morillo-Garcia vd., 2015; Nakamura vd., 2015; Sadatsafavi vd., 2016), basınç ülseri (Edger, 2017), laboratuvar testleri (Raad vd., 2017), hasta transfer sürecinde yaşanan gecikme (Brandström vd., 2014; Johnson vd., 2013) ve tedavi maliyetleri de yoğun bakım

maliyetlerinin artmasına neden olur (Peter vd., 2016). Çalışmada da kronik hastalıklar (61; %11,44), yatılan gün sayısının uzunluğu (150; %28, 14), cerrahi operasyon (16; %3), enfeksiyon (31; %5,82), basınç ülseri (3; %0,56), laboratuvar testleri (4; %0,75) ve hasta transferinin gecikmesi (2; %0,38) faktörlerinin yoğun bakım maliyetlerini artırdığı görülmüştür.

Sağlık profesyonelleri ile iletişim kurulması amacıyla kullanılan teletıbbın (Reynolds vd., 2011) yoğun bakım maliyeti, hastane teletıp kullanım maliyetinden daha düşüktür (Chen vd., 2018; Yoo vd., 2018). Yoğun bakımda parenteral beslenme enfeksiyon hastalıklarını ve yatılan gün sayısını azaltır (Berger vd., 2018; Paradelli vd., 2015). Dolayısıyla teletıp ve parenteral beslenme maliyetlerin azalmasına neden olmaktadır. Bu araştırma bulguları ise, çalışmanın teletıp (6; %1,13) ve parenteral beslenme (3; %0,56) faktörlerinin maliyeti azaltan faktörler olması bulgularını destekler niteliktedir.

Bu araştırma çerçevesinde, literatürde yoğun bakım maliyet çalışmaları kapsamında yapılan 240 çalışma incelenmiştir. Yoğun bakım maliyeti kapsamında yapılmayan, Türkçe ve İngilizce yayın dilinde yazılmayan ve erişime açık olmayan veya tam metnine ulaşılamayan çalışmalar ise araştırmada kapsam dışı bırakılmıştır. Araştırmanın veri toplama sürecinde çalışma kapsamına dâhil edilmeyen araştırmaların sayısal kaydı tutulmamıştır. Bu durum çalışmanın bir diğer sınırlılığını oluşturmaktadır.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada yoğun bakım maliyet çalışmalarının mevcut durumu analiz edilmiş ve sırasıyla şu sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmanın birinci problemde belirtilen yoğun bakım maliyet çalışmalarının yayın yılına ilişkin sonuçlar incelendiğinde çalışmalar 1986-2019 yılları arasında gerçekleştirilmiş ve 2004 yılından itibaren yapılan çalışmalarda bir artış yaşanmıştır. Araştırmanın ikinci problemde belirtilen yoğun bakım maliyet çalışmalarının ülke dağılımına ilişkin sonuçlar incelendiğinde çalışmaların ABD, Türkiye, İngiltere, Almanya, Hindistan, Avustralya, Fransa gibi pek çok ülkede yapıldığı; maliyet çalışmalarının Amerika, Türkiye ve İngiltere ülkelerinde çoğunlukla yapıldığı ve Afrika, İspanya, Japonya Malezya, Pakistan Rusya, Tayland, Ürdün ve Yunanistan ülkelerinde ise daha az maliyet çalışmalarının yapıldığı görülmüştür.

Araştırmanın üçüncü problemde belirtilen yoğun bakım maliyet çalışmalarının yayın türüne ilişkin sonuçlar incelendiğinde çalışmalar nitel ve nicel araştırma türünde yapılmış olup nicel araştırmalar nitel araştırmalara oranla daha fazla yapılmıştır. Araştırmanın dördüncü problemde belirtilen yoğun bakım maliyet çalışmalarının araştırma konularına ilişkin sonuçlar incelendiğinde çalışmalar tanı, teşhis, tedavi, teknoloji ve sağlık kurumları ana konularında yapıldığı ve enfeksiyon, ilaç, sağlık personeli ve kronik hastalıklar konularında yapılan çalışmaların çoğunlukta olduğu görülmüştür.

Araştırmanın beşinci problemde belirtilen yoğun bakım maliyet çalışmalarının veri analiz yöntemine ilişkin sonuçlar incelendiğinde çalışmalarda ekonomik analiz, maliyet etkililik analizi, maliyet fayda analizi, içerik analizi, geleneksel maliyet yöntemi, faaliyet tabanlı maliyetleme yöntemi, kaynak tüketim muhasebesi, maliyet minimizasyon analizi ve nakit akış analiz yöntemleri kullanılmış olup ekonomik analiz ve maliyet etkililik analiz yöntemleri çoğunlukla kullanılmıştır.

Araştırmanın altıncı problemde belirtilen yoğun bakım maliyet çalışmalarının yoğun bakım ünitelerine ilişkin sonuçlar incelendiğinde çalışmalar cerrahi, yenidoğan, çocuk, genel, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları, palyatif, anestezi ve reanimasyon, travma, nöroloji, kardiyoloji ve koroner yoğun bakım ünitelerinde gerçekleştirilmiştir. Ayrıca bu çalışmalar çoğunlukla cerrahi, yenidoğan ve çocuk yoğun bakım ünitelerinde yapılmıştır.

Araştırmanın yedinci problemde belirtilen yoğun bakım maliyet çalışmalarının maliyeti etkileyen faktörlere ilişkin sonuçlar incelendiğinde çalışmalarda sağlık kurumu, tanı, teşhis, tedavi ve

teknoloji faktörlerinin yoğun bakım maliyetini etkilediği görülmüştür. Sağlık kurumu, tedavi ve teknoloji faktörlerinin ise yoğun bakım maliyetini hem arttırdığı hem de azalttığı görülmüştür. Yatılan gün sayısının uzunluğu ve ilaçlar yoğun bakım maliyetini artırırken; teletıp ve parenteral beslenme yoğun bakım maliyetini azaltmaktadır. Ayrıca geri ödeme kurumu tarafından yapılan ödemeler ve hemşire takip programı yoğun bakım maliyetini hem arttırmakta hem de azaltmaktadır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda sağlık kurumları, geri ödeme kurumları ve araştırmacılar için aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Sağlık kurumlarının yoğun bakım maliyetlerini kontrol edebilmesi için kaynakların ekonomik, etkili ve verimli bir şekilde kullanımı, akılcı ilaç kullanımı, maliyet çalışmalarının yapılması ve yoğun bakım ünitelerinin gereksiz kullanımının önlenmesi sağlık kurumlarına önerilmektedir.
- Geri ödeme kurumları tarafından yapılan ödemelerin yoğun bakım maliyetlerini karşılayıp karşılamadığının araştırılarak yapılacak ödemelerin revize edilmesi geri ödeme kurumlarına önerilmektedir.
- Yoğun bakım maliyetlerindeki değişimin hangi yoğun bakım ünitesinin neden olduğunu belirlemeye yönelik nicel çalışmaların yapılması araştırmacılara önerilmektedir. Yapılacak çalışmalarda, veri toplama sürecinde çalışma kapsamına dâhil edilmeyen araştırmaların sayısal veri olarak ifade edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abdul-Jabbar, S., Bates, I., Davies, G., & Shulman, R. (2014). An analysis of medicine of adult patients on a critical care unit. *Journal of Critical Care*, 29(3), 472.E7-472.E12.

Altawalbeh, S. M., Saul, M. I., Seybert, A. L., Thorpe, J. M., & Kane-Gill, S. L. (2018). Intensive care unit drug costs in the context of total hospital drug expenditures with suggestions for targeted cost containment efforts. *Journal of Critical Care*, 44, 77-81.

Angus, D. C., Shorr, A. F., White, A., Dremsizov, T. T., Schmitz, R. I., & Kelley, M. A. (2006). Critical care delivery in the united states: distribution of services and compliance with leapfrog recommendations. *Critical Care Med*, 34(4), 1016-1024.

Berger, M. M., Achamrah, N., & Pichard, C. (2018). Parenteral nutrition in intensive care patients: Medicoeconomic aspect. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 21(3), 223-227.

Bice, T., Cox, C. E., & Carson, S. S. (2013). Cost and healthcare utilization in ards- different from other critical illness? *Seminars Respiratory and Critical Care Medicine*, 34(4), 529-536.

Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40.

Brandström, H., Winso, O., Lindholm, L., & Haney, M. (2014). Regional intensive care transports: A prospective analysis of distance, time and cost for road, helicopter and fixed-wing ambulances. *Scandinavian of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 22(1), 36-44.

Chang, B., Lorenzo, J., & Macario, A. (2015). Examining health care costs oppurtunities to provide value in the intensive care unit. *Anesthesiology Clinics*, 33(4), 753-770.

Chen, J., Sun, D., Yang, W., Liu, M., Zhang, S., Peng, J., & Ren, C. (2018). Clinical and economic outcomes of telemedicine programs in the intensive care unit: A sistematic review and meta analysis. *Journal of Intensive Care Medicine*, 33(7), 383-393.

Chidi, O. O., Perman, S. M., & Ginde, A. A. (2017). Characteristics of short-stay critical care admissions from emergency departments in Maryland. *Academic Emergency Medicine*, 24(10), 1204-1211.

Chin-Yee, N., D'egido, G., Thavorn, K., Heyland, D., & Kyerementeng, K. (2017). Cost analysis of the very elderly admitted to intensive care units. *Critical Care*, 21(1), 109-116.

Creswell, J. W. (2012). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. (4th Edition), Sage Publications, California.

Curtis, J. R., Engelberg, R. A., Bensink, M. E., & Ramsey, S. D. (2012). End of life care in the intensive care unit. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*, 186(7), 587-592.

Dalal, A. A., Christensen, L., Liu, F., & Riedel, A. A. (2010). Direct costs of chronic obstructive pulmonary disease among managed care patients. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 5, 341-349.

Dasta, J. F., Kane-Gill, S. L., Pencina, M., Shehabi, Y., Bokesch, P. M., Wisemandle, W., & Riker, R. R. (2010). A cost-minimization analysis of dexmedetomidine compared with midazolam for long-term sedation in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 38(2), 497-503.

Dasta, J. F., Mclaughlin, T. P., Mody, S. H. & Piech, C. T. (2005). Daily cost of an intensive care unit day: The contribution of mechanical ventilation. *Critical Care Medicine*, 33(6), 1266-1271.

Edbrooke, D. L., Ridley, S. A., Hibbert, C. L., & Corcoran, M. (2001). Variations in expenditure between adult general intensive care units in The UK. *Anaesthesia*, 56(3), 208-216.

Edger, M. (2017). Effect of a patient repositioning device in an intensive care unit on hospital acquired pressure injury occurrences and cost. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 44(3), 236-240.

Elliott, D. (1997). Costing intensive care services: A review of study methods, results and limitations. *Australian Critical Care*, 10(2), 55-63.

Endacott, R. (2012). The continuing imperative to measure workload in ICU: Impact on patient safety and staff well-being. *Intensive Care Medicine*, 38(9), 1415-1417.

Flannery, A. H., Pandya, K., Laine, M. E., Almeter, P. J., & Flynn, J. D. (2017). Managing the rising costs and high drug expenditures in critical care pharmacy practice. *Pharmacotherapy*, 37(1), 54-64.

Frampton, G. K., Harris, P., Cooper, K., Cooper, T., Cleland, J., Jones, J., Shepherd, J., Clegg, A., Graves, N., Welch, K., & Cuthbertson, B. H. (2014). Educational interventions for preventing vascular catheter bloodstream infections in critical care: Evidence map, systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 18(15).

Franzini, L., Sail, K. R., Thomas, E. J., & Wueste, L. (2011). Costs and cost effectiveness of a tele-ICU program in six intensive care units in a large healthcare system. *Journal of Critical Care*, 26(3), 329.E1-339.E6.

Halpern, N. A., Bettles, L., & Greenstein, R. (1994). Federal and nationwide intensive care units and healthcare costs: 1986-1992. *Critical Care Medicine*, 22(12), 2001-2007.

Halpern, N. A., Goldman, D. A., Tan, K. S., & Pastores, S. M. (2016). Trends in critical care beds and use among population groups and medicare and medicaid beneficiaries in United States: 2000-2010. *Critical Care Medicine*, 44(8), 1490-1499.

Halpern, N. A., & Pastores, S. M. (2010). Critical care medicine in The United States 2000-2005: An analysis of bed numbers, occupancy rates, payer mix, and costs. *Critical Care Medicine*, 38(1), 65-71.

Heyland, D. K., Barwich, D., Pichora, D., Dodek, P., Lamontagne, F., You, J. J., Tayler, C., Porterfield, P., Sinuff, T., & Simon, J. (2013). Failure to engage hospitalized elderly patients and their families in advance care planning. *JAMA Internal Medicine*, 173(9), 778-787.

Houser, J. (2015). *Nursing research: Reading, using and creating evidence*. (3rd Edition), Jones and Bartlett Learning, Burlington.

Huynh, T. N., Kleerup, E. C., Wiley, J. F., Savitsky, T. D., Guse, D., Garber, B. J., & Wenger, N. S. (2013). The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. *JAMA Internal Medicine*, 173(20), 1887-1894.

Johnson, D. W., Schmidt, U. H., Bittner, E. A., Christensen, B., Levi, R., & Pino, R. M. (2013). Delay of transfer from the intensive care unit: A prospective observational study of incidence, causes, and financial impact. *Critical Care*, 17(4), R128-R133.

Kerrigan, M. R. (2014). A framework for understanding community colleges' organizational capacity for data use: A convergent parallel mixed methods study. *Journal of Mixed Methods Research*, 8(4), 341-362.

Khwannimit, B., & Bhurayanontachai, R. (2015). The direct costs of intensive care management and risk factors for financial burden of patients with severe sepsis and septic shock. *Journal of Critical Care*, 30(5), 929-934.

Kox, M., & Pickkers, P. (2013). Less is more in critically ill patients: Not too intensive. *JAMA Internal Medicine*, 17(14), 1369-1372.

Kumar, G., Falk, D. M., Bonello, R. S., Kahn, J. M., Perencevich, E., & Cram, P. (2013). The costs of critical care telemedicine programs a systemic review and analysis. *Critical Care*, 143(1), 19-29.

Kumar, P., Jitbesh, V., & Gupta, S. K. (2015). Does a single specialty intensive care unit make better business sense than a multi-specialty intensive care unit? A costing study in trauma center in India. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 9(2), 189-194.

Kyeremanteng, K., Gagnon, L. P., Thavorn, K., Heyland, D., & D'egido, G. (2018). The impact of palliative care consultation in the ICU on length of stay: A systematic review and cost evaluation. *Journal of Intensive Care Medicine*, 33(6), 346-353.

Lefrant, J. Y., Garrigues, B., Pribil, C., Bardoul, I., Courtial, F., Maurel, F., & Bazin, J. E. (2015). The daily cost of ICU patients: A micro-costing study in 23 French intensive care units. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 34(3), 151-157.

Lewis, K. S., Kane-Gill, S. L., Bobek, M. B., & Dasta, J. F. (2004). Intensive insulin therapy for critically ill patients. *Annals of Pharmacotherapy*, 38(7-8), 1243-1251.

Merrit, C. L. (2011). Clinical imperative versus economic consequence exploring the cost burden and opportunities in the care of patients with sepsis. *Nursing Administration Quarterly*, 35(1), 61-67.

Milbrandt, E. B., Kersten, A., Rahim, M. T., Dremsizov, T. T., Clermont, G., Cooper, L. M., Angus, D. C., & Linde-Zwirble, W. T. (2008). Growth of intensive care unit resource use and its estimated cost in medicare. *Critical Care Medicine*, 36(9), 2504-2510.

Miranda, D. R., & Jegers, M. (2012). Monitoring costs in the ICU: A search for a pertinent methodology. *Acta Anaesthesiol Scandinavica*, 56(9), 1104-1113.

Moerer, O., Plock, E., Mgbor, U., Schmid, A., Schneider, H., Wischnewsky, M. B., & Burchardi, H. (2007). A German national prevalence study on the cost of intensive care: An evaluation from 51 intensive care units. *Critical Care*, 11(3), R69-R79.

Morgan, L., Howe, L., Whitcomb, J., & Smith, K. (2011). Improving communication and cost effectiveness in the intensive care unit through palliative care a review of literature. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 30(3), 133-138.

Morillo Garcia, A., Aldana Espinal, J. M., De Labry Lima, A. O., Valencia Martin, R., Lopez Marquez, R., Loscertales Abril, M., & Conde Herrera, M. (2015). Hospital costs associated with nosocomial infections in pediatric intensive care unit. *Gac Sanit*, 29(4), 282-287.

Mullins, P. M., Goyal, M., & Pines, J. M. (2013). National growth in intensive care unit admissions from emergency departments in the United States from 2002 to 2009. *Academic Emergency Medicine*, 20(5), 479-486.

Nakamura, I., Fukushima, S., Hayakawa, T., Sekiya, K., & Matsumoto, T. (2015) The additional costs of catheter-related bloodstream infections in intensive care units. *American Journal of Infection Control*, 43(10), 1046-1049.

Needham, D. M., Bronskill, S. E., Calinawan, C. R., Sibbald, W. J., Pronovost, P. J., & Laupacis, A. (2005). Projected incidence of mechanical ventilation in ontario to 2026: Preparing for the aging baby boomers. *Critical Care Medicine*, 33(3), 574-579.

Neudendorf, K. A. (2017). *The Content analysis guidebook*. (2nd Edition), Sage Publications, USA.

O'Mahony, S., Johnson, T. J., Amer, S., Mchugh, M. E., Mchenry, J., Fosler, L., & Kvetan, V. (2017). Integration of palliative care advanced practice nurses into intensive care unit teams. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(4), 330-334.

Olukoga, A. (2007). Unit costs of inpatient days in district hospitals in South Africa. *Singapore Medical Journal*, 48(2), 143-147.

Oostrenbrink, J. B., Buijs-Van Der Woude, T., Van Agthoven, M., Koopmanschap, M. A., & Rutten, F. F. H. (2003). *Unit costs of inpatient hospital days*. *Pharmacoeconomics*, 21(4), 263-271.

Paradelli, L., Povero, M., Muscaritoli, M., & Eandi, M. (2015). Updated cost effectiveness analysis of supplemental glutamine for parenteral nutrition of intensive care patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 69(5), 546-551.

Parikh, A., Huang, S. A., Murthy, P., Dombrovskiy, V., Nolloo, M., Lefton, R., & Scardella, A. T. (2012). Quality improvement and cost savings after implementation of the leapfrog intensive care unit physician staffing standard at a community teaching hospital. *Critical Care Medicine*, 40(10), 2754-2759.

Penrod, J. D., Deb, P., Dellenbaugh, C., Burgess, J. F., Zhu, C. W., Christiansen, C. L., Luhrs, C. A., Cortez, T., Allen, V., & Morrison, S. M. (2010). Hospital-based palliative care consultation: Effects on hospital cost. *Journal of Palliative Medicine*, 13(8), 973-979.

Peter, J. V., Thomas, K., Jeyaseelan, L., Yadav, B., Sudarsan, T. I., Christina, T. I., Revath., A., John, K. R., & Sudarsanam, T. D. (2016). Cost of intensive care in India. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 32(4), 241-245.

Petrie, J., Easton, J., Naik, V., Lockie, C., Brett, S. J., & Stumpfle, R. (2015). Hospital costs of out-of-hospital cardiac arrest patients treated in intensive care: A single centre evaluation using the national tariff-based system. *BMJ Open*, 5(4), E005797.

Pines, J. M., Fager, S. S., & Milzman, D. P. (2002). A review of costing methodologies in critical care studies. *Journal of Critical Care*, 17(3), 181-186.

Raad, S., Elliott, R., Dickerson, E., Khan, B., & Diab, K. (2017). Reduction of laboratory utilization in the intensive care unit. *Journal of Intensive Care Medicine*, 32(8), 500-507.

Reynolds, H. N., Regove, H., Bander, J., Mccambridge, M., Cowboy, E., & Niemeier, M. A. (2011). A working lexicon for the tele-intensive care unit: We need to define tele-intensive care unit to grow and understand it. *Telemedicine and E-Health*, 17(10), 773-783.

Rivello, E. D., Letchford, S., Achieng, L., & Newton, M. W. (2011). Critical care in resource-poor settings: Lessons learned and future directions. *Critical Care Medicine*, 39(4), 860-867.

Sadatsafavi, H., Niknejad, B., Zadeh, R., & Sadatsafavi, M. (2016) Do cost saving from reductions in nosocomial infections justify additional costs of single-bed rooms in intensive care units? A simulation case study. *Journal of Critical Care*, 31(1), 193-199.

Saleh, S. S., Callan, M., Therriault, M., & Landor, N. (2010). The cost impact of hospital-acquired conditions among critical care patients. *Medical Care*, 48, 518-526.

Scurlock, C., Raikhelkar, J., & Mechanick, J. I. (2011). The economics of glycemic control in the United States. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 14(2), 209-212.

Stafseth, S. K., Tonnessen, T. I., & Fagerstrom, L. (2018). Association between patient classification systems and nurse staffing costs in intensive care units: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 45, 78-84.

Streubert, H. S., Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. (5th Edition), Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.

Tan, S. S., Bakker, J., Hoogendoorn, M. E., Kapilla, A., Martin, J., Pezzi, A., Pittoni, G., Spronk, P. E., Welte, R., & Hakkaart-Van Roijen, L. (2012). Direct cost analysis of intensive care unit stay in four European countries: Applying A standardized costing methodology. *Value in Health*, 15(1), 81-86.

Than, T. M., Saw, Y. M., Khaing, M., Win, E. M., Cho, S. M., Kariya, T., Yamamoto, E., & Hamajima, N. (2017). Unit cost of healthcare service at 200 bed public hospitals in Myanmar: What plays an important role of hospital budgeting? *BMC Health Service Research*, 17(1), 669-681.

Van Dijk, F. E., & Van Der Werken, C. (1998). What are costs of an intensive care patient? The direct costs of a surgical patient per ICU-admission and per inpatient day. *Medisch Contact*, 53, 1154-1156.

Voigt, J., & Mosier, M. (2013). Remote care costs for congestive heart failure: A systematic review and meta analysis of randomized controlled trials in the United States comparing remote versus more intensive care settings. *Congestive Heart Failure*, 19(4), 192-199.

Weber, R. J., Kane, S. L., Oriolo, V.A., Saul, M., Skledar S. J., & Dasta, J. F. (2003). Impact of intensive care unit (ICU) drug use on hospital costs: A descriptive analysis, with recommendations for optimizing ICU pharmacotherapy. *Critical Care Medicine*, 31(1), 17-24.

Wunsch, H., Gershengorn, H., & Scales, D. C. (2012). Economics of ICU organization and management. *Critical Care Medicine*, 28(1), 25-37.

Yoo, B. K., Sasaki, T., & Marcin, J. P. (2018). Selected use of telemedicine in intensive care units based on severity of illness improves cost effectiveness. *Telemedicine and E-Health*, 24(1), 21-36.

Younis, M. Z., Jaber, S., Mawson, A. R., & Hartman, M. (2013). Estimating The unit costs of public hospitals and primary healthcare centers. *The International Journal of Health Planning and Management*, 28(4), 320-332.

TELETIP UYGULAMALARINDA HASTA MEMNUNİYETİ: BİR SİSTEMATİK DERLEME ÇALIŞMASI

Cuma SUNGUR *


ÖZ

Bu sistematik derleme çalışmasının amacı, teletibbin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini değerlendirmektir. Çalışma teletip ve hasta memnuniyeti konusunu inceleyen ve makale kabul kriterlerini karşılayan toplam 41 makale üzerinde yürütülmüştür. Çalışma bulgularının daha somut olarak ortaya konulabilmesini ve değerlendirilmesini kolaylaştırmak için öncelikle 8 temel değerlendirme ölçütü ortaya konulmuştur. Yapılan analiz sonuçlarına dayalı olarak mevcut değerlendirme ölçütlerine ek olarak 7 değerlendirme kriteri eklenerek, hastaların memnuniyet gerekçeleri 15 temel boyut altında toplanmıştır. Buna göre çalışma başında belirlenen kriterlerin %53'ünün çalışma bulguları ile uyum gösterdiği tespit edilmiştir. Tüm çalışmalardan elde edilen bulgular hastaların teletip kullanımından genel olarak memnun olduğunu göstermektedir. Genel olarak hastalar teletibbin düşük maliyetli bir model olduğunu, sağlık hizmetlerine erişimi artırdığını, zaman tasarrufu sağladığını, seyahat zorunluluğunu ortadan kaldırdığı, uzaktan hasta bakımı ve takibini kolaylaştırdığını ve ayrıca sağlık sonuçlarını ve/veya kalitesini iyileştirdiğini savunmaktadır. Teletip sisteminin kullanım kolaylığı, etik yönü ve doktor-hasta işbirliği boyutlarına dayalı hasta memnuniyeti algılarında ise çalışma bulguları arasında tutarlı sonuçlar bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Teletip, hasta memnuniyeti, sistematik derleme

MAKALE HAKKINDA

*Dr. Öğr. Üyesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, cumasongur@ksu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1992-0742>

Gönderim Tarihi: 22.04.2020

Kabul Tarihi: 30.06.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Sungur, C. (2020). Teletip Uygulamalarında Hasta Memnuniyeti: Bir Sistematik Derleme Çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 505-522

PATIENT SATISFACTION IN TELEMEDICINE APPLICATIONS: A SYSTEMATIC REVIEW STUDY

Cuma SUNGUR *


ABSTRACT

The purpose of this systematic review study is to evaluate the effect of telemedicine on patient satisfaction. The study was conducted on 41 articles that meet the acceptance criteria and the article examining telemedicine and patient satisfaction. In order to facilitate the presentation and evaluation of the findings of the study more concretely, 8 basic evaluation criteria was determined. Based on the results of the analysis, in addition to the existing evaluation criteria, 7 evaluation criteria were added and the reasons for satisfaction of the patients were collected under 15 basic dimensions. Accordingly, 53% of the criteria determined at the beginning of the study were found to be compatible with the study findings. Findings from all studies show that patients was generally satisfied with telemedicine use. Overall, patients argued that telemedicine was a low-cost model, increased access to healthcare, saved time, eliminated travel necessity, facilitated remote patient care and follow-up, and also improved health outcomes and / or quality. No consistent results were found between the findings of the study in terms of patient satisfaction perceptions based on the ease of use of the telemedicine system, ethical aspect and doctor-patient cooperation dimensions.

Keywords: Telemedicine, patient satisfaction, systematic review

ARTICLE INFO

* Kahramanmaraş Sütçü İmam University, cumasongur@ksu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1992-0742>

Received: 22.04.2020

Accepted: 30.06.2020

Cite This Paper:

Sungur, C. (2020). Teletıp Uygulamalarında Hasta Memnuniyeti: Bir Sistemik Derleme Çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3): 505-522

I. GİRİŞ

Günümüzde bilgi ve tıp teknolojisindeki gelişmeler internet ve bilişim sistemleri üzerinden hastaların sağlık sorunlarına ilişkin çözüm bulma imkanı sunarken, uzak ya da kırsal bölgelerde yaşayan veya yetersiz sağlık hizmeti alan birçok hasta sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlayan çeşitli sebeplerden dolayı yeterli düzeyde sağlık hizmeti alamamaktadır. Gelişen sağlık ve bilgi teknolojileri günümüzde uzaktan tıbbi hizmetlerin sunulmasını kolaylaştırırken, video ve bilgisayar tabanlı bilgi ve iletişim yapısındaki ilerlemeler, bir hastanın başka bir şehirde bulunan bir doktor tarafından muayene edilmesine, uzaktan uzman hekim danışmanlığı sağlanmasına, karmaşık tıbbi prosedürlerin denetlenmesine ve tıbbi eğitim programlarının yürütülmesine olanak tanımaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimi artırmanın önemli bir aracı olarak modern bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı tüm bireyler için sağlık hizmetlerini daha kolay erişilebilir hale getirmekle birlikte, bu teknolojiler ayrıca sağlık hizmeti kullanıcıları, sağlık kurumları ve sağlık sigorta şirketleri üzerindeki finansal baskıyı ve yükü önemli derecede düşürebilmektedir.

Teletıp, sağlık hizmetlerine erişimin kritik olduğu durumlarda bireylerin ve toplulukların sağlığını korumak ve geliştirmek, hastalık tanılarını ve tedavilerini sağlamak, sağlık araştırma ya da sağlık eğitim ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasıdır (European Commission, 2018). Teletıp, sağlık bakım profesyonellerinin kendi alanında yüksek kalitede sağlık bakım hizmetlerini hızlı ve etkili bir şekilde sunmalarını sağlayan bir araç olarak kabul edilebilir (Otero vd., 2014). Teletıp, kullanım amacına ve kullandığı alana göre farklı şekillerde isimlendirilebilmektedir. Örneğin patoloji bulgu tespitinde “telepatoloji”, cilt lezyonlarının teşhisinde “teledermatoloji”, x ışınlarının iletimini ve değerlendirilmesinde “teleradyoloji” olarak isimlendirilen teletıp türleri kullanılmaktadır (Layman, 2003). İşleyişi bakımından ise senkron (gerçek zamanlı) ve asenkron (kaydet ve ilet) olmak üzere iki farklı teletıp türü vardır. Senkron teletıp; sesli ve görsel inceleme araçlarıyla desteklenen, uzaktan fizik muayene yapılmasına olanak sağlayan, video konferansı yöntemini de içeren etkileşimli ve eş zamanlı sağlık hizmeti sunumu modelidir. Asenkron teletıp; iletişim taraflarının veri alışverişi sırasında etkileşim ya da temas sağlanmadığı teletıp modelidir. Asenkron modelde, veriler öncelikle sağlık bakım profesyonelleri tarafından toplanıp muhafaza edilirken, ihtiyaç anında teşhis veya analiz için hedeflenen alıcıya gönderilmektedir. Bir hastaya ait cilt lezyonu veya EKG fotoğrafları hastanın sağlık bilgisi ve geçmişi ile birlikte e-posta yoluyla başka bir alanda veya uzak sağlık tesisinde çalışan bir sağlık uzmanına gönderilmesi asenkron teletıba örnek olarak verilebilir (Aziz ve Abochar, 2015). Başlıca teletıp hizmetleri şunlardır (PAHO, 2016):

- Uzaktan Sağlık Yardımı: Hastaların uzaktan takibinin, teşhisinin ya da tedavisinin sağlanması için uzman görüşünün alınmasını (teleconsultation) ve hastaların (genellikle kronik hastaların) uzaktan takibini (telemonitoring) kapsamaktadır. Bu hizmetler aynı zamanda sağlık profesyonelleri arasında sağlık bakım hizmetlerinin koordine edilmesini sağlayan elektronik iletişim araçlarını da içermektedir.
- Hastaların İdari Yönetimi: Bu hizmet laboratuvar testlerinin kaydı ve takibi ile faturalandırma ile ilgili hususları içeren teletıp hizmeti türüdür.
- Sağlık Profesyonellerin Uzaktan Eğitim: Sağlık profesyonellerinin sürekli eğitimini kolaylaştırmak için sağlık rehberleri ve kanıtları sağlayan teletıp hizmetleridir.
- Değerlendirme ve İşbirliğine Dayalı Bilgi Ağları: Sağlık profesyonelleri arasında en iyi tıbbi bilgi ve iletişim teknolojisi uygulamalarının paylaşılmasını ve yaygınlaşmasını sağlayan teletıp hizmetleridir.

Teletıp, 1965-1970’li yıllarda sanayileşmiş ülkelerde altyapı yetersizliği ve kaynak kısıtlılığı nedeniyle ortaya çıkan küresel sağlık sorunlarına karşı bir çözüm aracı olarak tasarlanmıştır. Bu dönemde özellikle telekomünikasyon altyapısı üzerinden video, ses ve görüntü iletimi ile ilgili teknolojik ve finansal engellerin yaşanılması nedeniyle teletıp konusunda sınırlı ölçüde ilerlemeler

sağlanmışır (Kim ve Zuckerman, 2019). 1980'li ve 1990'lı yıllarda telekomünikasyon ve kameralı görüntüleme altyapısındaki iyileşmeler ile birlikte sağlık bakım profesyonelleri teletıbbi bir uzaktan eğitim ve karar verme aracı olarak kullanmaya başlamıştır (Urquhart vd., 2011; PAHO, 2016). 2000'li yıllar ve sonrası dönemde ise uzaktan sağlık kaynaklarının paylaşılmasına, koordine edilmesine veya sağlık hizmetlerinin yeniden tasarlanmasına olanak sağlayan bir araç olarak kullanılmaya başlamıştır. Günümüzde kardioloji, kronik yara bakımı, dermatoloji, oftalmoloji ve travma bakımı gibi çoğu tıbbi uzmanlıkta ABD, Kanada, Avustralya, İngiltere, Almanya ve Hollanda gibi gelişmiş ülkeler teletıp uygulamalarını etkin bir şekilde kullanmaktadır (Wood ve Kaplan, 2019; Urquhart vd., 2011; Korkmaz ve Hoşman, 2018). Ancak çoğu ülke yeterli ve nitelikli sağlık insan gücü temini ile sağlık hizmetlerine erişim sorunları yaşarken, ayrıca teletıp hizmetlerini kullanacak yeterli altyapıya sahip değildir. Bu bağlamda özellikle Avrupa ve Kuzey Amerika ülkeleri önemli bir avantaja sahip iken, Afrika ülkeleri daha dezavantajlı bir konumdadır. Benzer şekilde kırsal alanlarda yaşayan insanlar, kentsel alanlarda yaşayanlara kıyasla aynı hizmetlere erişim konusunda daha fazla güçlüklerle karşı karşıya kalmaktadır. Böyle bir sorunun olduğu ülke ya da toplumlarda sağlık hizmetleri konusunda kalkınmayı sağlamak da oldukça güçleşmektedir (Khemapech vd., 2019).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı 2007 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında teletıp uygulamalarına ilişkin altyapı çalışmalarına başlamıştır. Bu sayede ülke genelinde sağlıkla ilgili verilerin toplanması, sağlık hizmetleri etkinliğinin artırılması, sağlık tehditlerine karşı gerekli tedbirlerin alınması, elektronik sağlık kayıtlarının oluşturulması, saklanması, paylaşılması ve erişimin sağlanması amaçlanmıştır (Korkmaz ve Hoşman, 2018). Bu bağlamda ilk olarak radyolojik tetkiklere ait görüntülere 7x24 web ortamında erişilmesine, bu görüntülerin raporlanabilmesine, radyologlar arası telekonsültasyon yapılabilmesine, tıbbi görüntü ve raporların kalite açısından değerlendirilebilmesine ve e-Nabız uygulaması üzerinden vatandaşlar ve hekimler ile paylaşılabilmesine olanak sağlayan, Teletıp ve Tele Radyoloji Sistemi geliştirilmiştir. Temmuz 2019 yılı itibarıyla sisteme Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemleri (PACS) bulunan 1855 sağlık tesisi entegre edilmiştir. Bu sayede radyologlar; zamandan ve mekandan bağımsız olarak kendi hastaneleri ile yetkilendirilmiş oldukları sağlık kuruluşlarına ait radyolojik görüntülere erişmek suretiyle raporlama yapabildiği gibi, aynı görüntü için ikinci görüş isteme ya da aynı görüntüyü ekrana alarak bir başka radyolog ile canlı görüşme şeklinde konsültasyon yapabilmeye olanağına sahip olmuşlardır. Sağlık Bakanlığı ayrıca teleradyoloji hizmetlerinden zaman ve maliyet tasarrufu sağlamak amacıyla teleradyoloji sistemini 01.04.2019 tarihinden itibaren ülke geneline yaygınlaştırmıştır. Daha sonraki süreçte bunun üzerine yapılan incelemeler ve değerlendirmeler neticesinde hekimlerin yaklaşık %65'inin ek radyoloji filmi isteminden vazgeçtiği tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Türkiye'de mevcut kullanılan teleradyoloji sistemi ile Sağlık Bakanlığı aşağıda belirtilen dört temel hedefe ulaşmayı amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020):

- Radyolojik Raporlama: Hastaneler arasındaki radyolog iş yükü dağıtımı dengelenerek hastalara daha hızlı rapor verilmesini sağlamak amacıyla radyologların rapor yazmasını ve telekonsültasyon yapmasını sağlamaktadır.
- Telekonsültasyon: Radyologların inceledikleri vakaları üst uzmanlık dallarındaki hekimlere danışarak daha doğru tanıya ulaşabilmesini sağlamaktadır.
- Kalite Kontrol: Yurt genelinde çekilen görüntülerin ve radyolojik raporların düzenli olarak denetlenmesi ile radyoloji hizmet kalitesinin sürekli olarak artırılmasını sağlamaktadır.
- E-Nabız Entegrasyonu: e-Nabız üzerinden vatandaşların teletıp-teleradyoloji sistemi üzerindeki kendilerine ait görüntülere erişmesini sağlamaktadır.

2019 yılı sonu itibarıyla Çin'in Wuhan kentinden ortaya çıkarak kısa bir süre içinde bir pandemi haline genel COVID-19 diğer birçok akut solunum yolu hastalıklarından daha bulaşıcı ve mortalite oranı çok daha yüksek bir hastalıktır. Bu hastalık toplum içinde hızlı bir şekilde yayılmakla birlikte, sağlık kuruluşlarında sağlık personeline ve bu alanlara sağlık hizmeti almak için giden hastalara da kolaylıkla bulaşabilmektedir (Portnoy vd., 2020). Bu durum ise bazı hastaneleri daha önce mevcut olmayan yeni teknolojilerden faydalanmaya, sağlık hizmeti sunumu noktasında yeni fırsatlar ve yenilikçi çözümler aramaya yöneltmiştir. Bu bağlamda teletıbbın belirli alanlarda çekici, etkili ve düşük maliyetli bir alternatif olarak kullanılması uygun olabilir (Chauhan vd., 2020). Sağlık kurumları büyük oranda COVID-19 hastalığına yakalanan hastaların tedavisine odaklanırken, hastane ortamları COVID19 hastalığına bağlı hastane enfeksiyon risklerinden dolayı hastalar için daha az güvenilir olarak görülmekte ve zorunlu nedenler dışında çok tercih edilmemektedir. Bu sebeple birçok ülkede hastaneler hafif hastalıkları ya da rahatsızlıkları olan kişilerin ihtiyaç duydukları sağlık bakımı ihtiyaçlarını teletıp sistemi üzerinden sağlamaya çalışmaktadır (Portnoy vd., 2020). Hekim ve hasta telefonları veya masaüstü bilgisayarları üzerinden bir görüntülü sohbet uygulaması sağlanarak COVID-19 semptomları sergileyen bir hastanın muayene edilmesi mümkündür. Böylece yüz yüze görüşmede maruz kalınabilecek enfeksiyon riskleri sınırlandırılır. Bu uygulama COVID-19 ile ilgili olmasa bile ayrıca ayak burkulması, konsültasyon veya psikolojik değerlendirme gibi başka herhangi bir tıbbi durumu değerlendirmek veya tedavi etmek için kullanılabilir (HHS, 2020).

ABD'de devlet destekli sağlık sigorta kurumları da dahil (Medicare, Medicaid) neredeyse tüm sağlık sigorta şirketleri teletıp kullanımını teşvik etmektedir (Portnoy vd., 2020). Aynı gerekçelerle Türkiye'de sağlık kurumları uzaktan sağlık hizmeti sunumunu desteklerken, bazı hastalar doktora ya da hastaneye gitmek yerine mobil cihazlar veya bilgisayarlar aracılığıyla uzaktan poliklinik veya danışmanlık hizmeti almaya başlamıştır (Medimagazin, 2020). Örneğin, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi COVID-19 salgını dolayısıyla kronik hastalığı olan hastaların sağlık hizmetlerinin ciddi aksamalar olmadan sürdürülebilmesi için hastane polikliniklerine başvuran hastaların tedavilerini sağlamak üzere "Teletıp Poliklinik Sistemi" uygulamasının kullanımına geçmiştir (Ege Üniversitesi Hastanesi, 2020).

Teletıbbın uygulamalarının kullanımı çeşitli nedenlerle bazı kesimler tarafından desteklenirken, bazı kesimler tarafından desteklenmemektedir. Bu uygulamaları destekleyen kesime göre teletıp, sağlık hizmetlerine daha kolay ve hızlı erişimi sağlayarak düşük maliyetlerle yüksek tıbbi bakım standartlarını teşvik etmektedir. Sağlık bakım maliyetlerini düşürmenin alternatif bir yolu olarak teletıp, gereksiz teşhis veya tedavi prosedürlerinin tekrarlanma olasılığını düşürebilmekte ve sağlık birimleri arasındaki iletişimi artırabilmektedir. Ayrıca hastaların alanından uzman hekimlere yönlendirilmesini sağlayarak tıbbi bakım kalitesinde önemli iyileşmeler sağlayabilmektedir. Online paylaşılan kaynaklar sayesinde, sağlık eğitimlerinde devamlılığı sağlayarak sağlık profesyonelleri ile sağlık kurumları arasında bilgi alışverişini ve iletişimi geliştirmektedir. Ayrıca sağlık hizmetinin kapsamını ülke sınırların ötesine genişleterek, hastaların çevrimiçi olarak dünya çapında ün kazanmış sağlık profesyonelleri tarafından tedavi olmalarını sağlayabilmektedir (Toader vd., 2011). Teletıp, yetersiz hizmet alan kesim için sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir olmasını sağlamaktadır. Teletıp, ayrıca kronik hastalıkların daha etkili bir şekilde yönetilmesine ve sağlık hizmetleri genel maliyetlerinin düşürülmesine katkıda bulunmaktadır (Zhai vd., 2014). Hastane ortamından sağlık hizmeti kullanımı bina, personel ve diğer birçok tıbbi malzeme kullanımını gerektirdiğinden, teletıp aracılığıyla bu maliyetler önemli ölçüde düşürülebilmektedir. ABD'de çoğu eyalette birçok özel sağlık sigorta şirketi sigorta kapsamalarını genişleterek, hastaların teletıp aracılığıyla sağlık hizmetleri almalarını kolaylaştırmaktadır. Ayrıca ekonomik avantajlarından dolayı teletıp, sigortasız olan hastalar tarafından da giderek daha fazla tercih edilmeye başlamıştır. Çoğu zaman teletıbbın fırsat maliyeti, sağlık hizmetinin ekonomik maliyetlerinden daha büyüktür. ABD'de yapılan bir çalışmaya göre ortalama bir kişi, poliklinik hizmetleri için 37, klinik hizmetleri için 84 dakika seyahat etmektedir. Buna karşın hekim görüşmesi ortalama 15 dakika sürmektedir. Bu bağlamda teletıp, hastaların web veya telefonla etkinleştirilmiş sanal görüşmeler aracılığıyla tıbbi bakıma uzaktan erişimlerini kolaylaştırırken, ayrıca maliyetleri de düşürerek finansal açıdan avantaj sağlayabilmektedir (Martinez vd., 2018).

Teletıbbın hastalar için önemli faydaları olsa da bazı kesimlere göre ise teletıp klinik uygulamalar için güvenli değildir ve geleneksel doktor-hasta ilişkisi için bir tehdittir (Toader vd., 2011). Özellikle sağlık bilgi alışverişinin elektronik ortama taşınması daha çok etik sorunları artıracak ve hasta-hekim ilişkilerini zayıflatabileceği düşünülmektedir. Yeni teknolojiler ve yeni bakım modelleri ortaya çıkmaya devam ederken, hekimlerin temel etik sorumlulukları değişmemektedir. Tıp pratiği, hasta ile doktor arasındaki güvene dayanan bir ahlaki faaliyettir. Hangi sağlık bakım modeli olursa olsun, hekimlerin hasta refahını diğer tüm çıkarların üzerine koyması, hasta mahremiyetine ve gizliliğine saygı göstermesi, bakımın sürekliliğini sağlaması gerekmektedir (Chaet vd., 2017). Ancak yine de hastalara ait sağlık bilgileri teletıp uygulamaları üzerinden alınarak yetkisiz kişiler tarafından kullanılabilir. Çoğu zaman çevrimiçi sağlanan sağlık hizmetlerinde hasta ya da sağlık bilgilerinin denetlenmesinden sorumlu bir kuruluş olmadığından, hasta bilgilerinin güvenliği ile ilgili bazı olumsuzluklar ortaya çıkabilmektedir (Toader vd., 2011).

II. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Amaç

Bu sistematik derleme çalışmasının amacı, teletıbbın hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

2.2. Yöntem

Bu çalışmada, yöntem olarak sistematik derleme yöntemi kullanılmaktadır. Sistematik derleme yöntemi (Karaçam, 2013), alanından uzman kişiler tarafından belirli bir konu ile ilgili en iyi araştırma kanıtını ortaya koymak üzere aynı konuyu ele alan çok sayıda araştırma çalışmasının yapılandırılmış ve kapsamlı bir sentezidir. Böylece belli bir konuda yapılmış orijinal araştırma çalışmaları çok detaylı ve geniş bir şekilde taranıp, dışlama ve kabul kriterlerine uygun olarak analiz edilmektedir (Aslan, 2018). Bu sayede belli bir konuda yapılmış çok sayıda çalışmanın bulgu ve sonuçlarından anlamlı ve uygulanabilir sonuçlar elde edilebilirken, karmaşık veya çelişkili olarak görülen konulardan yüksek oranda güvenilir sonuçlar sağlanmaktadır (Aslan, 2018; Siddaway vd., 2019). Araştırmacılar genellikle aşağıda belirtilen nedenlerle sistematik derleme taraması yapabilirler (Aromataris ve Pearson, 2014):

- Bir konu hakkında genel bilgi sunmak,
- Bir konu hakkındaki bilgilerin gelişim tarihçesini göstermek,
- Kanıtların nerede eksik, çelişkili veya sonuçsuz olabileceğini belirlemek,
- Bir konuda fikir birliği veya tartışma olup olmadığını tespit etmek,
- Konuyla ilgili mevcut çalışmaların ilişkilerini tanımlamak,
- Bir sorunun neden daha fazla çalışmaya değer olduğunu gerekçelendirmektir.

Sistematik derleme yöntemi dört aşamalı bir uygulamaya sahiptir. Birinci aşamada öncelikle makale uygunluk kriterleri açıkça tanımlanmaktadır. İkinci aşamada makale uygunluk kriterlerini karşılayan tüm çalışmalar sistematik olarak araştırılmakta ve kabul kriterlerini karşılayan makaleler tespit edilmektedir. Üçüncü aşamada uygun olan (makale kabul kriterini karşılayan) makaleler belirlenmektedir. Son aşamada ise seçilen makalelerin bulgu ve sonuçları sistematik olarak sunulmakta ve değerlendirilmektedir (Greenwood vd., 2014). Sistematik derleme yönteminin “açık ve tekrarlanabilir bir metodolojiye” sahip olması gerektiği gerçeği göz önüne alındığında, bu tür çalışmalarda metodoloji kısmının çok ayrıntılı olarak açıklanması gerekmektedir. Bu bağlamda öncelikle araştırmacı/araştırmacılar aramanın nerede ve ne zaman gerçekleştiğini ve hangi arama terimlerinin kullanıldığını belirterek kullanılan arama prosedürlerini ana hatlarıyla belirtmelidir.

Araştırmacı/araştırmacılar ayrıca çalışma uygunluk kriterini açık ve net bir şekilde ortaya koymalı, erişilen yayınların araştırma konusuyla ilgili olup olmadığına karar vermelidir. Bununla birlikte araştırmacı/araştırmacılar yayın kabul etme ve hariç tutma konusunu genel olarak ele almalı ve hangi gerekçeyle yayınların kabul edildiğini açıklamalıdır (Hanley ve Cutts, 2013).

2.3. Veri Kaynakları

Sistematik derleme çalışması için ihtiyaç duyulan çalışmalara Web of Science, EBSCO Hots ve PubMed (MEDLINE) veri tabanlarından erişilmiştir. Bu veri tabanlarından teletıp ve hasta memnuniyeti konusunu içeren yayınlar değerlendirme kriterlerine uygun olacak şekilde ayrı dosya olarak toplanmış ve karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

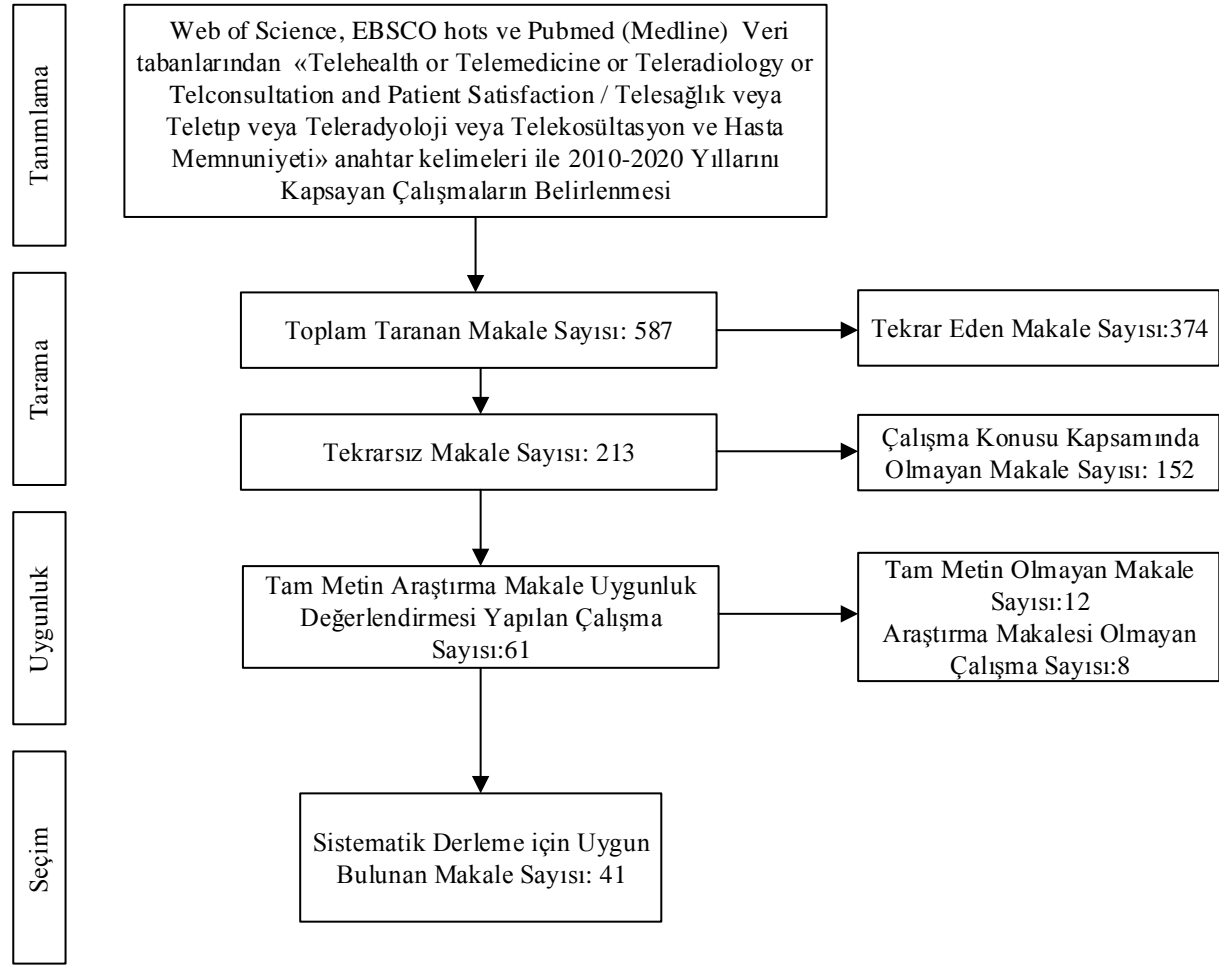
2.4. Makale Kabul Kriterleri

Teletıp kullanımına ilişkin sağlık hizmeti sucularının ve/veya kullanıcılarının memnuniyet düzeyini konu alan makalelerin tümü incelenmiştir. Makaleler birtakım kabul etme ve hariç tutma kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Makalelerin kabul edilmesi için temel kriterler; teletıp, teleşahlik veya telekonsültasyon uygulamalarının hasta memnuniyeti bağlamında incelenmiş olması, araştırma makalesi olması, Türkçe ya da İngilizce olarak yazılmış olması, çalışma sonunda ortaya konulan sonucun analiz neticesinde ortaya konulması, 2010-2020 yılları arasını kapsamı ve tam metin olarak yayınlanmış olmasıdır. Taramaya ve analize tabi tutulan çalışmalarındaki teletıp kullanımına ilişkin memnuniyet düzeylerini yansıtan olumlu ya da olumsuz bulgular kısaca özetlenmiş ve temel eğilimler ortaya konulmuştur.

III. BULGULAR

Çalışma kapsamında Web of Science, EBSCO Hots ve Pubmed (Medline) veri tabanlarında “Telehealth or Telemedicine or Teleradiology or Teleconsultation and Patient Satisfaction / Teleşahlik veya Teletıp veya Teleradyoloji veya Telekonsültasyon ve Hasta Memnuniyeti” anahtar kelimeleri ile 2010-2020 yıllarını kapsayan çalışmalar ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda ilk aşamada toplamda 587 çalışmaya ulaşılmıştır, fakat yapılan detaylı tarama ile bu çalışmaların 374’ünün tekrar niteliğinde olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca toplam 152 makale, içerik açısından çalışmaya kabul kriterlerini tam olarak karşılamadığı tespit edilerek bunlar da değerlendirme dışı tutulmuştur.

Çalışma kapsamı dışından tutulan çalışmaların bir kısmı teletıp ve hasta memnuniyeti konusunu ele almadığı ve daha çok teletıp konusunda genel literatür bilgisine yer verdiği, bir kısmı ise araştırma makalesi olmasına karşın, içerik olarak hasta memnuniyeti konusu ile ilişkili olmadığı anlaşılmıştır. Bazı çalışmalar içerik açısından kabul kriterini karşılamasına karşın, bunlardan 12’sinin tam metnine erişilememesi ve 8’inin araştırma makalesi olmaması nedenleriyle ayrıca bu 20 makale de değerlendirme dışı tutulmuştur. Sonuç olarak toplamda 41 makale çalışma kriterini tam olarak karşıladığı anlaşılmış ve sistematik derleme çalışması bu çalışmalar üzerinde yürütülmüştür (Bakınız Şekil 1). Çalışmalar önemli bir kısmı teletıp uygulamalarının yaygın olarak kullanıldığı başta ABD olmak üzere gelişmiş Batı ülkelerinde yürütülmüştür. Çalışmanın uygulama kısmına geçmeden önce yapılan kapsamlı literatür taraması ve değerlendirmeler neticesinde teletıbbın hasta üzerindeki olumlu etkilerine ilişkin 8 değerlendirme ölçütü (zaman tasarrufu, maliyet avantajı, genel hasta memnuniyeti, sağlık bakım sonuçlarında/kalitesinde iyileşme, erişilebilirlik, uzaktan hasta bakımı ve takibi, hastaneye kabul oranında düşmesi, seyahat zorunluğunun olmaması) ortaya konulmuştur (Khare ve Chaudhary, 2016; Toader vd., 2011; Zhai vd., 2014; Martinez vd., 2018; Valikodath vd., 2017; Lu ve Zhang, 2019; Ahga vd., 2009; Acharya ve Rai, 2016; Whitten ve Love, 2005; Garcia vd., 2017; Garcia ve Adelakun, 2019; Demaerschalk, 2011). Oluşturulan bu ölçütler çalışma bulgularının somut olarak ortaya konulmasına ve çalışmadan daha güvenilir sonuçlar elde edilmesine olanak sağlamıştır (Tablo 1).

Şekil 1. Sistematiik Derleme Araştırma Modeli**Tablo 1. Teletıp ve Hasta Memnuniyeti İlişisini İnceleyen Çalışmalar**

Yayın No	Çalışma	Ülke	Bulgular
1	Host vd. (2018)	Avustralya	Teletıp, maliyet ve zaman tasarrufu sağlamakta ^{3,5} ve daha yüksek genel hasta memnuniyeti ¹ ortaya koymaktadır.
2	Demaerschalk (2011)	ABD	Yüksek güvenilirlik ⁸ , maliyet-etkinlik ⁴ sağlamasıdır.
3	Halton vd. (2014)	22 Farklı Ülke	Teleradyoloji uzaktan hastalık tanısını ¹⁴ ortaya koymaya yardımcı olmaktadır.
4	Houweling vd. (2015)	İsviçre	Geleneksel yöntemle göre daha yüksek hasta memnuniyeti ¹ sağlamakta ve sağlık hizmeti toplam maliyetini düşürmektedir ² .
5	Hantke vd. (2019)	ABD	Teletıp sağlık hizmetleri hastalar tarafından memnuniyetle ¹ karşılanmaktadır. Bu bakım yöntemi, özel bakım hizmetlerine erişimi arttırmakta ⁴ ve seyahat zorluğunu ⁶ azaltmaktadır.
6	Qiang ve Marras (2015)	Kanada	Seyahat sürelerini azaltmakta ⁶ ve uzaktan sağlık bakımı sağlamaktadır ⁷ .
7	Staicu vd. (2018)	ABD	Teletıp, yüksek düzeyde genel hasta memnuniyeti sağlamakta ¹ , maliyet tasarrufu sağlamakta ⁵ ve sağlık hizmetlerine erişimi ⁴ optimize etmektedir.
8	Poulsen vd. (2015)	Avustralya	Romatoloji alanında sunulan teletıp hizmetlerinden genel hasta memnuniyeti artmakta ¹ ve hastaneye seyahat zorunluluğunu azaltmaktadır ⁶ .
9	Saleh vd. (2014)	Norveç	Hastaneye yeniden kabul oranını düşürdüğü ¹² , genel hasta memnuniyetini artırdığı ¹ bulunmuştur.

Tablo 1. Teletıp ve Hasta Memnuniyeti İlişisini İnceleyen Çalışmalar - Devamı

Yayın No	Çalışma	Ülke	Bulgular (Yayın No)
10	Macrohon ve Cristobal (2013)	Filipinler	Hem hasta hem sağlık hizmeti sunucusunda genel memnuniyeti artırdığı¹ , hastalar tarafından bilgi gizliliği açısından güvenilir olduğu⁸ ortaya konulmuştur.
11	Siminerio vd. (2014)	ABD	Teletıp, davranışsal ve psikososyal sağlık sonuçlarda iyileşme² ve yüksek düzeyde genel hasta memnuniyeti¹ sağlamaktadır. Ayrıca kırsal bölgedeki hastalar için seyahat zorunluğunu kaldıran⁶ uygun bir seçenek olarak görülmektedir.
12	Hatton vd. (2018)	ABD	Çalışma sonuçları, hastaların ve eczacıların hem klinik video telekonferans hem de yüz yüze konsültasyonlar aracılığıyla rahatlıkla hasta merkezli iletişim sağlayabildiklerini⁹ , uzaktan klinik becerilerin kullanabildiklerini⁷ göstermektedir.
13	Lo'pez vd. (2010)	Kolombiya	Çalışma sonuçları teletıbbın sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olduğu yerlerde erişimi iyileştirmede⁴ önemli bir yöntem olduğunu; tıbbi bakımın iyileştirilmesi² ile zaman ve maliyet tasarrufu^{5,3} açısından olumlu bir etkiye sahip olduğunu ve genel olarak hasta memnuniyetini artırdığını¹ göstermektedir.
14	Otero vd. (2014)	4 Latin Amerika Ülkesi	Çalışmada teletıbbın sağlık hizmeti sunucuları arasında memnuniyetle karşılandığı¹ , hasta sonuçlarını iyileştirmede elverişli olduğu² ortaya konulmuştur.
15	Breen vd. (2010)	İrlanda	Nörofizyolojide teletıp hasta bekleme sürelerini azaltmakta¹⁰ , sağlık bakım kalitesini iyileştirmekte² ve genel hasta memnuniyetini artırmaktadır¹ . Teletıp modeli hasta seyahat ihtiyacını ve yükünü azaltmaktadır⁶ . Diğer taraftan teletıbbın klinik, etik ve yasal etkileri hastalar tarafından tam olarak anlaşılmamaktadır¹⁶ .
16	Acharya ve Rai (2016)	Hindistan	Hastalar açısından sağlık bakım kalitesini artırdığı² , düşük maliyetli bir yöntem olduğu² , uzaktan hasta bakım hizmeti ve takibi sağladığı⁷ sonucuna ulaşılmıştır. Fakat, aynı çalışmada teletıbbın teknik konularda yetersiz olduğu¹⁷ , zaman planlamasının zor olduğu¹⁸ , kamera aracılığıyla sağlık hizmeti sunumu modeline uyumun zor olduğu¹⁹ sonucuna ulaşılmıştır.
17	Doorenbos vd. (2010)	ABD	Video konferans yönteminin hastaların coğrafi izolasyonunu azalttığı/sağlık hizmetlerine erişimi artırdığı⁴ , bu yöntem ile oluşturulan destek programlarının kanser hastaları tarafından memnuniyetle karşılandığı¹ bulunmuştur.
18	Fadaizadeh vd. (2016)	İran	Çalışmada teletıp aracılığıyla evde spirometri yapma hasta memnuniyetini¹ ve güvenlik duygusunu artırdığı⁸ , hastaneye gereksiz olarak hasta sevklerini ve kabulünü önlediği¹² , kronik ve nadir vakaların uzaktan takibini sağladığı⁷ bulunmuştur.
19	Rogove vd. (2012)	Kuzey Amerika ve Avrupa Ülkeleri	Uzaktan hasta bakımı sağlamaktadır⁷ .
20	Sabesan vd. (2011)	Avustralya	Sağlık çalışanları ve hastalar arasında yüksek düzeyde memnuniyet¹ , hastalar için yüksek düzeyde iletişim⁹ , seyahat süresi avantajı⁶ , daha az parasal maliyet³ sağlamaktadır.
21	Davis vd. (2011)	ABD	Kırsal bölgedeki aileler için pediatrik obezite tedavisinde teletıp oldukça düşük maliyetli² olup, genel hasta memnuniyetini¹ artırmaktadır.
22	Domingo vd. (2011)	İspanya	Sistem hastalar tarafından güvenilir ve memnun edici bir yöntem olarak görülmekte¹⁸ , sağlık sonuçlarını iyileştirmektedir² .
23	Bakas vd. (2018)	ABD	Hemşire ve sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından kullanımı kolay¹¹ ve memnun edici bir yöntem¹ olarak görülmektedir.
24	Le vd. (2019)	ABD	Teletıp, hasta-hekim ilişkisi geliştiren⁹ klinik hasta takibinde hem zamandan hem de maliyetten tasarruf sağlayan^{2, 3} klinik sağlık sonuçlarını iyileştiren⁵ , bekleme sürelerini azaltan¹⁰ bir modeldir.

Tablo 1. Teletıp ve Hasta Memnuniyeti İlişisini İnceleyen Çalışmalar - Devamı

Yayın No	Çalışma	Ülke	Bulgular (Yayın No)
25	Martinez vd. (2018)	ABD	Klinik ve acil sağlık bakım ihtiyacını düşürür¹⁵. Genel olarak hasta memnuniyetini¹ ve sağlık hizmetlerine zamanında erişimi⁵ artırmaktadır.
26	Hanson vd. (2019)	ABD	Hastalar ve doktorlar teletıp deneyiminden son derece memnundurlar³. Teletıp sağlık bakımını kalitesini güçlü bir şekilde desteklemekte², hastalar için zaman ve maliyet avantajı⁵ sağlamaktadır.
27	Wilkinson vd. (2016)	ABD	Parkinson hastaları için uzman bakım ihtiyacına karşılık, parkinson hastalarına göre teletıp kendileri için yenilikçi çözümler üretmekte ¹³ ve yüksek düzeyde hasta memnuniyeti ¹ sağlamaktadır.
28	Whitehead vd. (2012)	ABD	Teletıp hasta memnuniyetini sağlamakta ¹ , yetersiz sağlık hizmeti verilen popülasyonlara sağlık bakımında daha fazla erişim ⁴ hakkı sağlamaktadır.
29	Wood ve Caplan (2019)	ABD	Teletıp maliyet ve mesafe tasarrufu sağlamaktadır ^{5, 3} . Ayrıca genel hasta memnuniyetini ¹ artırmaktadır.
30	Hanna vd. (2016)	ABD	Çalışmada hastalar tarafından teletıp genel olarak memnuniyet verici ¹ olarak görülmektedir. Ancak hastalar hasta-hekim ilişkisini uzaktan (teletıp ile) inşa etmenin zorluğunu ²⁰ vurgulamaktadır.
31	Polinski vd. (2016)	ABD	Hastaların teletıp deneyimlerinden yüksek düzeyde memnuniyet duyduğu ¹ , teletıbbın algılanan bakım kalitesini artırdığı ² ve bakıma erişimi kolaylaştırdığı ⁴ bulunmuştur.
32	Jacobs vd. (2016)	Hollanda	Hastalar birinci basamakta sunulan teleradyoloji hizmetlerinden yüksek düzeyde memnuniyet ¹ duymaktadır.
33	Shivji vd. (2011)	Kanada	Teletıp, uzak kırsal bölgede yaşayan pediatrik hastalara danışmak hizmetleri verilmesinde ve hasta takibini sağlamada ⁷ etkili ve uygun bir yöntemdir.
34	Parikh vd. (2011)	ABD	Video konferans hasta memnuniyeti artırmakta ¹ , hasta bakımına erişimi iyileştirmektedir ⁴ .
35	Johns vd. (2011)	Hindistan	Teletıbbın kanser hastalıklarının semptomlarının yönetiminde hekim ve hasta için işbirlikçi bir model olduğu ⁹ , kanser hastalarının bundan oldukça memnun oldukları ¹ ortaya konulmuştur.
36	Welch vd. (2015)	ABD	Teletıp kentsel bölgedeki yoksul Tip 2 diyabet hastaları açısından kullanışlı ¹¹ ve memnuniyet verici ¹ olup ayrıca sağlık bakım kalitesini iyileştirmeye ² katkı sağlamaktadır.
37	Zilliaccus vd. (2010)	Avustralya	Teletıp kanser hastası kadınlar açısından kolay erişilebilir olup ⁴ , sağlık bakım masraflarını azaltan ³ bir model olarak kabul edilmektedir. Teletıp, hastaların psikososyal destek ihtiyacını yeterince karşılamamaktadır ²¹ .
38	Funderburk vd. (2019)	Lübnan	Teletıp; hastalar ve hasta ziyareti yapan kişiler için erişim kolaylığı sağlamakta ⁴ , hasta bekleme süresini kısaltmaktadır ¹⁰ .
39	Müller vd. (2017)	Norveç	Teletıp aracılığıyla baş ağrısı şikayeti için yapılan hasta muayenelerinde hastalar genel olarak teletıp uygulamalarından memnundurlar ¹ .
40	Buchanan vd. (2015)	ABD	Teletıp ile yüz yüze psikolojik danışma arasındaki randomize deneme sonuçlarına göre teletıbbın kişisel hekim danışmanlığından daha ucuza mal olduğu ³ ve daha yüksek düzeyde memnuniyet ¹ sağladığı bulunmuştur.
41	Leonard vd. (2016)	ABD	Geriatri alanında teletıp uygulamaları hastaların sağlıklı yaşam kalitesini ² ve genel hasta bakım memnuniyetini ¹ olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Makale kabul kriterlerini sağlayan çalışmalar üzerinde yapılan incelemeler ve değerlendirmeler neticesinde teletıbbın hasta odaklı olumlu etkilerine ilişkin temel bulgular sıklıklarına göre sıralanmıştır (Bakınız Tablo 2). Teletıp kullanımında hasta memnuniyetine ilişkin olumlu 15, olumsuz 6 temel bulgu ortaya konulmuştur. Buna göre çalışma öncesi ortaya konulan kriterlerin %53'ü çalışma bulguları ile uyum gösterdiği görülmüştür. Çalışma kapsamında ortaya konulan diğer bulgulara göre teletıp kullanıcıları çoğu hastalar sistemin güvenilir olduğunu, hasta-hekim işbirliğini kolaylaştırdığını, hasta bekleme sürelerini azalttığını, kullanımın kolay olduğunu, yenilikçi bir yaklaşım olduğunu, uzaktan hastalık tanısı konulmasını sağladığını ve acil sağlık bakıma olan talebi düşürdüğünü belirtmişlerdir.

Tablo 2. Teletıp Hasta Memnuniyeti İlişki Matrisi

Sıra	Faktörler (Destekleyen)	Yayın No	Sayı (%)
1	Genel memnuniyet algısı	1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 39, 40, 41	30 (30,61)
2	Sağlık sonuçlarında/kalitesinde iyileşme	11, 13, 14, 15, 16, 22, 24, 26, 31, 36, 41	11 (11,22)
3	Daha düşük maliyet	1, 4, 13, 16, 20, 21, 24, 26, 29, 37, 40	11 (11,22)
4	Erişimi artırması	5, 7, 13, 17, 28, 31, 34, 37, 38	9 (9,18)
5	Zaman tasarrufu	1, 7, 13, 24, 25, 26, 29	7 (7,14)
6	Seyahat zorunluluğunun olmaması	5, 6, 8, 11, 15, 20	6 (6,12)
7	Uzaktan hasta bakımı ve/veya takibi	6, 12, 16, 18, 19, 33	6 (6,12)
8	Sistemin güvenilirliği	2, 10, 18, 22	4 (4,08)
9	Hasta merkezli iletişim/işbirliği	12, 20, 24, 35	4 (4,08)
10	Hasta bekleme sürelerini azaltması	15, 24, 38	3 (3,06)
11	Kullanım kolaylığı	23, 36	2 (2,04)
12	Hastaneye kabul oranında azalma	9, 18	2 (2,04)
13	Yenilikçi bir yaklaşım	27	1 (1,02)
14	Uzaktan hastalık tanısı	3	1(1,02)
15	Acil sağlık bakımını düşürmesi	25	1(1,02)
TOPLAM			98 (100)
Sıra	Faktörler (Desteklemeyen)	Yayın No	Sayı (%)
16	Klinik, etik ve yasal etkilerinin belirsizliği	15	1 (16,66)
17	Teknik yetersizlikler	16	1(16,66)
18	Zaman planlaması zorluğu	16	1(16,66)
19	Sisteme uyum sorunu	16	1(16,66)
20	Zayıf hasta-hekim ilişkisi	30	1(16,66)
21	Psikososyal destek ihtiyacı sorunu	37	1(16,66)
TOPLAM			6 (100)

İncelenen çalışmalar üzerinde ortaya konulan bulgular genel olarak ele alındığında, hastaların ağırlıklı olarak teletıp kullanımı konusunda memnun oldukları görülmektedir. Teletıp kullanımını konusunda tüm olumlu bulguların yaklaşık %30'unda (98 destekleyici bulguların 30'unda) hastaların teletıp kullanımı konusunda genel memnuniyet algılarının yüksek olduğu saptanmıştır. Teletıp kullanımını destekleyen bulguların %11'inde teletıbbın sağlık sonuçlarında ve/veya kalitesinde kabul edilebilir iyileşmeler sağladığı, yine aynı şekilde %11'inde fiziksel bir mekânda yüz yüze sunulan sağlık hizmetleri sunumu (klasik sağlık hizmeti sunumu) modeline göre daha düşük maliyetli olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca teletıp kullanımı konusunda destekleyici bulguların %9'unda teletıp uygulamalarının sağlık hizmetlerine erişimi artırdığı, %7'sinde ise teletıp uygulamaları ile sağlanan sağlık hizmetlerinin klasik modele göre daha çok zaman tasarrufu sağlayan bir model olduğu belirtilmiştir.

İncelenen çalışma sayısı üzerinde genel değerlendirme yapıldığında, toplam 41 çalışmanın 30'nda (%73'ünde) hastaların teletıp kullanımı konusunda genel memnuniyet algısının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan incelenen çalışmaların %27'sinde hastalar teletıbbın daha düşük maliyetli bir model olduğunu, ayrıca sağlık sonuçlarını ve/veya kalitesini iyileştirdiğini savunmuştur. Benzer şekilde çalışmaların önemli bir kısmında teletıbbın hastalar için erişimi artırdığı, seyahat

zorunluluğunu ortadan kaldırdığı ve dolayısıyla uzaktan hasta bakımı ve takibini kolaylaştırdığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte incelenen çalışmaların bazılarında (15, 16, 30 ve 37 nolu çalışmalar) hastaların teletıp kullanımı ile ilişkili bazı hususlarından memnun olmadığı saptanmıştır. Teletıp uygulamalarının bazı hususlarından memnun olmayan sağlık hizmeti kullanıcıları teletıp uygulamalarının birtakım klinik, etik ve yasal sorunlara neden olabildiğini, doktor-hasta iletişimini zayıflattığını, hastaların psikososyal destek ihtiyacını karşılamada yetersiz kaldığını savunmaktadırlar.

IV. TARTIŞMA

Teletıp özellikle kırsal ve uzak bölgelerde yaşayan insanların sağlık hizmetlerine erişimi için alternatif bir sağlık hizmeti sunumu modeli olarak önerilirken, teletıp kullanımından hasta memnuniyeti konusunda farklı görüşler ve yaklaşımlar bulunmaktadır. Çeşitli çalışmalardan elde edilen kanıtlar hastaların teletıp uygulamaları kullanımından yüksek oranda memnun olduğunu gösterirken, bazı çalışmalar bunun tam tersini ortaya koymaktadır (Valikodath vd., 2017; Orlando vd., 2019). Literatürdeki bu çelişkilerden hareketle bu çalışmada özellikle teletıp konusundaki hasta memnuniyeti konusuna odaklanılmış ve farklı araştırma deseninden oluşan toplam 41 çalışmadan özetlenen bulgulardan hastaların teletıp kullanımına ilişkin görüşleri ortaya konulmuştur. Elde edilen bulgular genel literatür ile örtüşen sonuçlar vermekle birlikte sağlık hizmetlerine erişimi artırması, düşük maliyetli olması, zaman tasarrufu sağlaması, sağlık hizmetleri kalitesinin yüksek olması gibi temel gerekçelerle hastaların teletipten memnun oldukları ortaya konulmuştur. Ancak bazı çalışmalarda teletıp uygulamaları üzerinden etkili bir hasta-hekim iletişimi sağlanabileceği ortaya konulurken, bazı çalışmalarda teletıbbın etik sorunlara neden olabileceği, hekim-hasta ilişkisini zayıflatabileceği ve hastaların psikososyal destek ihtiyaçlarını yeterince karşılamayacağı vurgulanmaktadır. Dolayısıyla yapılan çalışmalarda teletıp uygulamaları üzerinden sağlanan iletişim ve hasta-hekim işbirliği noktalarında hastalar arasında görüş farklılıkları yaşanmaktadır. Yellowlees ve diğerlerine (2015) göre hasta memnuniyetine katkıda bulunan birçok faktör olmakla birlikte hastaların teletıp uygulamalarından memnun olmalarındaki en önemli faktör, hasta ile hekim arasında kurulan duygusal ve empatik bağdır. Lu ve Zhang (2019), teletıp sayesinde sağlanan iletişime hasta uyumunun yüksek olduğunu, hekimlerin alternatif tedavi seçeneklerin faydalarını, risklerini ve maliyetlerini hastalarına paylaşabildiklerini, hastaların ise kendi sağlığı ile ilgili süreçlere katılabildiklerini ortaya koymuştur. Ahga ve diğerleri (2009), teletıbbın sağlık hizmeti için gerekli seyahat zorunluluğunu azalttığını, yüksek düzeyde hasta memnuniyeti sağladığını ve doktor-hasta iletişimini artırdığını bulmuştur. Williams ve diğerlerinin (1998) doktor-hasta iletişimi üzerinde yaptıkları çalışmada ise hasta memnuniyeti, doktor-hekim görüşme uzunluğu ve alınan bilgi düzeyleri aralarında güçlü bir korelasyon olduğu, fiziksel etkileşimin duygusal davranışı etkilediği bulunmuştur. Teletıp, özellikle uzak veya sağlık hizmetleri altyapısının yetersiz olduğu bölge halkı için maliyet ve erişim açısından faydalı olduğu kabul edilmektedir. Hiratsuk ve diğerleri (2013), teletıp uygulamalarının yetersiz sağlık hizmeti alan, kırsal ya da uzak bölge topluluklarının sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmede uygun ve etkili bir model olduğunu ortaya koymuştur. Orlando ve diğerleri (2019), bir sağlık hizmeti sunumu modeli olarak teletıbbın sağlık hizmetlerine erişimi artırması ve seyahat zorunluluğunu azaltması gibi potansiyel avantajlarından dolayı kırsal ve uzak bölgelerde yaşayanların bu modelden memnun olduklarını ortaya koymuştur.

Bu çalışma kapsamında incelenen çalışmaların önemli bir kısmında (çalışmaların %27'sinde) teletıp uygulamalarının düşük maliyetli ya da maliyet-etkin olması nedeniyle hastaların teletıp modelinden memnun oldukları anlaşılmaktadır. Whited (2010) tarafından yapılan bir çalışmada cilt hastaları için teletıbbın geleneksel bakım modeline göre daha iyi sonuçlar verdiği ve maliyet tasarrufu sağladığı bulunmuştur. Urquhart ve diğerleri (2011), paratiroidektomi geçiren hastaların hastalık takibi için teletıbbın maliyet-etkin bir model olduğunu tespit etmişlerdir. Acharya ve Rai (2016) tarafından yapılan çalışmada sağlık hizmeti kullanıcıların yaklaşık %90'ı teletıbbın maliyet-etkin bir yöntem olduğunu, %61'i düzenli tıbbi uygulamalar için teletıbbın faydalı olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada ayrıca hastaların yaklaşık %80'i ve doktorların tümü teletıp yoluyla verilen tedavinin kalitesinin yeterli olduğunu belirtmiştir. Chaet ve diğerlerine (2017) göre ise teletıp her koşul altında doğru bakım modeli değildir. Bu modelin kullanılabilmesi için öncelikle hem hastanın hem de hekimin gerekli teknolojiye erişme ve bu teknolojiyi kullanma becerisine sahip olması, teletıp

aracılıyla sağlanan sağlık hizmetlerinde kabul edilebilir bir konfor düzeyine sahip olmaları gerekmektedir. Diğer taraftan uygulamaya dayalı (fiziksel) muayenenin çok önemli olduğu veya kritik verilerin yalnızca fiziksel temasla toplanabildiği durumlar için bu model uygun değildir. Bununla birlikte teletıp uygulamaları hekimlerin klinik standartları karşılamaları açısından elverişli olmadığı durumlarda bu modelin kullanılması doğru bir yaklaşım değildir. Diğer taraftan bazı çalışmalarda teletıp uygulamalarının özellikle salgın dönemlerinde önemli bir sağlık hizmeti sunumu modeli olarak kullanılabileceği vurgulanmaktadır. Gao ve diğerlerine (2020) göre teletıp hizmetleri başta COVID-19 hastalığının semptomlarının tanımlanması, önlenmesi ve tedavisi konuları olmak üzere halkın en çok endişe duyduğu konulara odaklanmalıdır. Bu sayede hastalık semptomları veya salgın öyküsü olan kişilere makul önerilerde bulunulabilir. Ohannessian (2015)'e göre salgın durumlarda teletıp hizmetleri hastalık kontrolünü sağlamada ve klinik vakaları başarılı bir şekilde iyileştirmede etkili sonuçlar vermektedir. Ancak salgın dönemlerinde teletıp potansiyel bir araç olarak kullanılması istisnai bazı durumlarda etkili sonuçlar vermeyebilir, çünkü teletıp uygulaması uzaktan sağlık hizmeti sunumu esasına dayanmasından dolayı bu yöntem ile asemptomatik bireylerin tespitini sağlamak zor olabilir.

V. SONUÇ

Teknolojideki gelişmelerle birlikte toplumsal yapıda meydana gelen değişimler çoğu ülkede teletıp uygulamalarının sağlık hizmetlerinde daha fazla kullanılmasına zemin hazırlarken, bu uygulamaların yaygınlaştırılması ve toplum tarafından kabulü açısından hasta memnuniyeti önemli bir faktördür. Teletıp konusunda hasta memnuniyetinin sağlanması, teletıbbın ilerlemesinde önemli rol oynayabilir. Uzaktan sağlık hizmeti sunumunun bir ülke sağlık sistemine entegre edilmesi ve toplum tarafından benimsenmesi için bunların öncelikle hastaların beklentilerini karşılayabilecek nitelikte olması gerekmektedir. Bu çalışma kapsamında elde edilen kanıtlar, hastaların teletıp kullanımı konusunda büyük oranda ortak görüşe sahip olduklarını ve teletıp kullanımından genel olarak çok sayıda ve farklı gerekçelere dayalı olarak memnun olduklarını göstermektedir. Teletıp aracılığıyla hastaların sağlık kurumuna bağlılığı giderek azalmakta; hastalık tanısı, teşhisi, kontrolü ve takibi gerektiren birçok sağlık hizmetleri hekimler tarafından eş zamanlı (senkron) olarak sunulabilmektedir. Teletıp uygulamalarının sağlık hizmetlerine erişimi artırması, ekonomik olması ve sağlık hizmeti kalitesi açısından beklentileri karşılaması gibi gerekçelerle bu uygulamalar genellikle hastalar tarafından desteklenmektedir.

KAYNAKLAR

- Acharya, R. V., & Rai, J. J. (2016). Evaluation of patient and doctor perception toward the use of telemedicine in Apollo Tele Health Services, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(4), 798-803.
- Agha, Z., Schapira, R. M., Laud, P. W., McNutt, G., & Roter, D. L. (2009). Patient satisfaction with physician-patient communication during telemedicine. *Telemedicine and e-Health*, 15(9), 830-839.
- Aromataris, E., & Pearson, A. (2014). The systematic review: an overview. *AJN The American Journal of Nursing*, 114(3), 53-58.
- Aslan, A. Sistemik derleme ve meta-analizi. *Acta Medica Alanya*, 2(2), 62-63.
- Aziz, H.A. ve Abochar, H. (2015). Telemedicine. *ClinicalLaboratoryScience*, 28(4), 256-259.
- Bakas, T., Sampsel, D., Israel, J., Chamnikar, A., Ellard, A., Clark, J. G., ... & Vanderelst, D. (2018). Satisfaction and technology evaluation of a telehealth robotic program to optimize healthy independent living for older adults. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(6), 666-675.
- Breen, P., Murphy, K., Browne, G., Molloy, F., Reid, V., Doherty, C., ... & Fitzsimons, M. (2010). Formative evaluation of a telemedicine model for delivering clinical neurophysiology services part

- II: The referring clinician and patient perspective. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 10(1), 1-8.
- Buchanan, A. H., Datta, S. K., Skinner, C. S., Hollowell, G. P., Beresford, H. F., Freeland, T., ... & Adams, M. B. (2015). Randomized trial of telegenetics vs. in-person cancer genetic counseling: cost, patient satisfaction and attendance. *Journal of Genetic Counseling*, 24(6), 961-970.
- Chaet, D., Clearfield, R., Sabin, J. E., & Skimming, K. (2017). Ethical practice in Telehealth and Telemedicine. *Journal of General Internal Medicine*, 32(10), 1136-1140.
- Chauhan, V., Galwankar, S., Arquilla, B., Garg, M., Di Somma, S., El-Menyar, A., ... & Stawicki, S. P. (2020). Novel coronavirus (COVID-19): Leveraging telemedicine to optimize care while minimizing exposures and viral transmission. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 13(1), 20.
- Davis, A. M., James, R. L., Boles, R. E., Goetz, J. R., Belmont, J., & Malone, B. (2011). The use of TeleMedicine in the treatment of paediatric obesity: feasibility and acceptability. *Maternal & Child Nutrition*, 7(1), 71-79.
- Demaerschalk, B. M. (2011). Telemedicine or telephone consultation in patients with acute stroke. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 11(1), 42-51.
- Domingo, M., Lupón, J., González, B., Crespo, E., López, R., Ramos, A., ... & Bayes-Genis, A. (2012). Evaluation of a telemedicine system for heart failure patients: feasibility, acceptance rate, satisfaction and changes in patient behavior: results from the CARME (CAtalan Remote Management Evaluation) study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(4), 410-418.
- Doorenbos, A. Z., Eaton, L. H., Haozous, E., Towle, C., Revels, L., & Buchwald, D. (2010). Satisfaction with telehealth for cancer support groups in rural American Indian and Alaska Native communities. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(6), 765-770.
- Ege Üniversitesi Hastanesi (2020, Nisan 21). *Teletıp uygulama rehberi*, <https://egehastane.ege.edu.tr/>.
- European Commission (2018). Market study on telemedicine. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/2018_provision_marketstudy_telemedicine_en.pdf
- Fadaizadeh, L., Najafizadeh, K., Shajareh, E., Shafaghi, S., Hosseini, M., & Heydari, G. (2016). Home spirometry: Assessment of patient compliance and satisfaction and its impact on early diagnosis of pulmonary symptoms in post-lung transplantation patients. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 22(2), 127-131.
- Funderburk, C. D., Batulis, N. S., Zelones, J. T., Fisher, A. H., Prock, K. L., Markov, N. P., ... & Nigriny, J. F. (2019). Innovations in the Plastic Surgery Care Pathway: Using Telemedicine for Clinical Efficiency and Patient Satisfaction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 144(2), 507-516.
- Gao, Y., Liu, R., Zhou, Q., Wang, X., Huang, L., Shi, Q., ... & Luo, X. (2020, April 17). Application of Telemedicine During the Coronavirus Disease Epidemics: A Rapid Review and Meta-Analysis. *MedRxiv journal*, <https://www.medrxiv.org/content/medrxiv/early/2020/04/17/2020.04.14.20065664.full.pdf>.
- Garcia, R., & Adelakun, O. (2019). A Conceptual Framework and Pilot Study for Examining Telemedicine Satisfaction Research. *Journal of Medical Systems*, 43(3), 43-51.

- Garcia, R., Olayele, A., & Han, W. (2017, January). Defining dimensions of patient satisfaction with telemedicine: An analysis of existing measurement instruments. In *Proceedings of the 50th Hawaii international conference on system sciences*.
- Greenwood, D. A., Young, H. M., & Quinn, C. C. (2014). Telehealth remote monitoring systematic review: structured self-monitoring of blood glucose and impact on A1C. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 8(2), 378-389.
- Halton, J., Kosack, C., Spijker, S., Joekes, E., Andronikou, S., Chetcuti, K., ... & Wootton, R. (2014). Teleradiology usage and user satisfaction with the telemedicine system operated by Médecins Sans Frontières. *Frontiers in Public Health*, 2(202), 1-6.
- Hanley, T., & Cutts, L. A. (2013). What is a systematic review. *Couns Psychol Rev*, 28(4), 3-6.
- Hanna, G. M., Fishman, I., Edwards, D. A., Shen, S., Kram, C., Liu, X., ... & Gilligan, C. (2016). Development and patient satisfaction of a new telemedicine service for pain management at Massachusetts General Hospital to the Island of Martha's Vineyard. *Pain Medicine*, 17(9), 1658-1663.
- Hanson, R. E., Truesdell, M., Stebbins, G. T., Weathers, A. L., & Goetz, C. G. (2019). Telemedicine vs office visits in a movement disorders clinic: comparative satisfaction of physicians and patients. *Movement Disorders Clinical Practice*, 6(1), 65-69.
- Hantke, N., Lajoy, M., Gould, C. E., Magwene, E. M., Sordahl, J., Hirst, R., & O'Hara, R. (2019). Patient Satisfaction With Geriatric Psychiatry Services via Video Teleconference. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*.1-4.
- Hatton, J., Chandra, R., Lucius, D., & Ciuchta, E. (2018). Patient satisfaction of pharmacist-provided care via clinical video teleconferencing. *Journal of pharmacy practice*, 31(5), 429-433.
- HHS (2020). Notification of Enforcement Discretion for Telehealth Remote Communications During the COVID-19 Nationwide Public Health Emergency. Erişim Tarihi 21.04.2020, <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/special-topics/emergency-preparedness/notification-enforcement-discretion-telehealth/index.html>.
- Hiratsuka, V., Delafield, R., Starks, H., Ambrose, A. J., & Mau, M. M. (2013). Patient and provider perspectives on using telemedicine for chronic disease management among Native Hawaiian and Alaska Native people. *International Journal of Circumpolar Health*, 72(1), 21401.
- Host, B. K., Turner, A. W., & Muir, J. (2018). Real- time teleophthalmology video consultation: an analysis of patient satisfaction in rural Western Australia. *Clinical and Experimental Optometry*, 101(1), 129-134.
- Houweling, T. A., Braga, A. V., Hausheer, T., Vogelsang, M., Peterson, C., & Humphreys, B. K. (2015). First-contact care with a medical vs chiropractic provider after consultation with a Swiss telemedicine provider: comparison of outcomes, patient satisfaction, and health care costs in spinal, hip, and shoulder pain patients. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 38(7), 477-483.
- Jacobs, J. J., Ekkelboom, R., Jacobs, J. P., Van Der Molen, T., & Sanderman, R. (2016). Patient satisfaction with a teleradiology service in general practice. *BMC Family Practice*, 17(1), 1-8.
- Johns, S. A., Kroenke, K., Theobald, D. E., Wu, J., & Tu, W. (2011). Telecare management of pain and depression in patients with cancer: patient satisfaction and predictors of use. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 34(2), 126-139.

- Karaçam, Z. (2013). Sistematik derleme metodolojisi: Sistematik derleme hazırlamak için bir rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(1), 26-33.
- Khare, S. and Chaudhary, Y. (2016). Telemedicine and patient satisfaction: analyzing the future. *Innovative Journal of Medical and Health Science*, 6(3), 93-97.
- Khemapech, I., Sansrimahachai, W., & Toachoodee, M. (2019). Telemedicine—Meaning, challenges and opportunities. *Siriraj Medical Journal*, 71(3), 246-252.
- Kim, T. and Zuckerman, J. E. (2019). Realizing the potential of telemedicine in global health. *Journal of Global Health*, 9(2), 1-4.
- Korkmaz, S., & Hoşman, İ. Sağlık sektöründe tele-tıp uygulamaları: Tele-tıp uygulama boyutlarını içeren bir araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(3), 251-263.
- Layman, E. (2003). Health informatics: Ethical issues. *The Health Care Manager*, 22(1), 2-15.
- Le, L. B., Rahal, H. K., Viramontes, M. R., Meneses, K. G., Dong, T. S., & Saab, S. (2019). Patient satisfaction and healthcare utilization using telemedicine in liver transplant recipients. *Digestive diseases and sciences*, 64(5), 1150-1157.
- López, C., Valenzuela, J. I., Calderón, J. E., Velasco, A. F., & Fajardo, R. (2011). A telephone survey of patient satisfaction with realtime telemedicine in a rural community in Colombia. *Journal of telemedicine and telecare*, 17(2), 83-87.
- Lu, X., & Zhang, R. (2019). Impact of physician-patient communication in online health communities on patient compliance: cross-sectional questionnaire study. *Journal of Medical Internet Research*, 21(5), 1-18.
- Macrohon, B. C., & Cristobal, F. L. (2013). The effect on patient and health provider satisfaction regarding health care delivery using the teleconsultation program of the Ateneo de Zamboanga University-School of Medicine (ADZU-SOM) in Rural Western Mindanao. *Acta Medica Philippina*, 47(4), 18-22.
- Martinez, K. A., Rood, M., Jhangiani, N., Kou, L., Rose, S., Boissy, A., & Rothberg, M. B. (2018). Patterns of use and correlates of patient satisfaction with a large nationwide direct to consumer telemedicine service. *Journal of General Internal Medicine*, 33(10), 1768-1773.
- Medimagazin (2020, Nisan 20) Evden çıkamayan hasta için teletıp, <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-evden-cikamayan-hasta-icin-teletip-11-681-88241.html>.
- Müller, K. I., Alstadhaug, K. B., & Bekkelund, S. I. (2017). Headache patients' satisfaction with telemedicine: a 12-month follow-up randomized non-inferiority trial. *European Journal of Neurology*, 24(6), 807-815.
- Ohannessian, R. (2015). Telemedicine: Potential applications in epidemic situations. *European Research in Telemedicine/La Recherche Européenne en Télémédecine*, 4(3), 95-98.
- Orlando, J. F., Beard, M., & Kumar, S. (2019). Systematic review of patient and caregivers' satisfaction with telehealth videoconferencing as a mode of service delivery in managing patients' health. *PloS one*, 14(8), 1-20.

- Otero, A. V., Lopez-Magallon, A. J., Jaimes, D., Motoa, M. V., Ruz, M., Erdmenger, J., & Munoz, R. A. (2014). International telemedicine in pediatric cardiac critical care: a multicenter experience. *Telemedicine and E-Health*, 20(7), 619-625.
- PAHO (2016). Framework for the Implementation of a Telemedicine Service. Washington, DC.
- Parikh, R., TouVelle, M. N., Wang, H., & Zallek, S. N. (2011). Sleep telemedicine: patient satisfaction and treatment adherence. *Telemedicine and e-Health*, 17(8), 609-614.
- Polinski, J. M., Barker, T., Gagliano, N., Sussman, A., Brennan, T. A., & Shrank, W. H. (2016). Patients' satisfaction with and preference for telehealth visits. *Journal of General Internal Medicine*, 31(3), 269-275.
- Portnoy, J., Waller, M., & Elliott, T. (2020). Telemedicine in the Era of COVID-19. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 1-3.
- Poulsen, K. A., Millen, C. M., Lakshman, U. I., Buttner, P. G., & Roberts, L. J. (2015). Satisfaction with rural rheumatology telemedicine service. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 18(3), 304-314.
- Qiang, J. K., & Marras, C. (2015). Telemedicine in Parkinson's disease: a patient perspective at a tertiary care centre. *Parkinsonism & Related Disorders*, 21(5), 525-528.
- Rogove, H. J., McArthur, D., Demaerschalk, B. M., & Vespa, P. M. (2012). Barriers to telemedicine: survey of current users in acute care units. *Telemedicine and e-Health*, 18(1), 48-53.
- Sabesan, S., Allen, D., Caldwell, P., Loh, P. K., Mozer, R., Komesaroff, P. A., ... & Royal Australasian College of Physicians Telehealth Working Group. (2014). Practical aspects of telehealth: doctor-patient relationship and communication. *Internal Medicine Journal*, 44(1), 101-103.
- Sabesan, S., Simcox, K., & Marr, I. (2012). Medical oncology clinics through videoconferencing: an acceptable telehealth model for rural patients and health workers. *Internal Medicine Journal*, 42(7), 780-785.
- Sağlık Bakanlığı (2019). Teletıp ve Teleradyoloji Sistemi Genelgesi, Genelge Tarih ve Sayısı: 26.07.2019/19.
- Sağlık Bakanlığı (2020, Nisan 20) Teletıp Sistemi. <https://teletip.saglik.gov.tr/#service>.
- Saleh, S., Larsen, J. P., Bergs aker-Asp oy, J., & Grundt, H. (2014). Re-admissions to hospital and patient satisfaction among patients with chronic obstructive pulmonary disease after telemedicine video consultation-a retrospective pilot study. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 9(1), 1-8.
- Shivji, S., Metcalfe, P., Khan, A., & Bratu, I. (2011). Pediatric surgery telehealth: patient and clinician satisfaction. *Pediatric Surgery International*, 27(5), 523-526.
- Siddaway, A. P., Wood, A. M., & Hedges, L. V. (2019). How to do a systematic review: a best practice guide for conducting and reporting narrative reviews, meta-analyses, and meta-syntheses. *Annual Review of Psychology*, 70, 747-770.
- Siminerio, L., Ruppert, K., Huber, K., & Toledo, F. G. (2014). Telemedicine for Reach, Education, Access, and Treatment (TREAT) Linking Telemedicine with diabetes self-management education to improve care in rural communities. *The Diabetes Educator*, 40(6), 797-805.

- Staicu, M. L., Holly, A. M., Conn, K. M., & Ramsey, A. (2018). The use of telemedicine for penicillin allergy skin testing. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 6(6), 2033-2040.
- Toader, E., Damir, D., & Toader, I. A. (2011). Ethical and legal issues related to the clinical application of telemedicine. In *2011 E-Health and Bioengineering Conference (EHB)* (pp. 1-4). 24th-26th November, Iași, Romani.
- Urquhart, A. C., Antoniotti, N. M., & Berg, R. L. (2011). Telemedicine—an efficient and cost-effective approach in parathyroid surgery. *The Laryngoscope*, 121(7), 1422-1425.
- Valikodath, N. G., Leveque, T. K., Wang, S. Y., Lee, P. P., Newman-Casey, P. A., Hansen, S. O., & Woodward, M. A. (2017). Patient attitudes toward telemedicine for diabetic retinopathy. *Telemedicine and e-Health*, 23(3), 205-212.
- Welch, G., Balder, A., & Zagarins, S. (2015). Telehealth program for type 2 diabetes: usability, satisfaction, and clinical usefulness in an urban community health center. *Telemedicine and e-Health*, 21(5), 395-403.
- Whited, J. D. (2010). Economic analysis of telemedicine and the teledermatology paradigm. *Telemedicine and e-Health*, 16(2), 223-228.
- Whitehead, E., Dorfman, V., Tremper, G., Kramer, A., Sigler, A., & Gosman, A. (2012). Telemedicine as a means of effective speech evaluation for cleft palate patients. *Annals of plastic surgery*, 68(4), 1-7.
- Whitten, P., & Love, B. (2005). Patient and provider satisfaction with the use of telemedicine: overview and rationale for cautious enthusiasm. *Journal of Postgraduate Medicine*, 51(4), 294-300.
- Wilkinson, J. R., Spindler, M., Wood, S. M., Marcus, S. C., Weintraub, D., Morley, J. F., ... & Duda, J. E. (2016). High patient satisfaction with telehealth in Parkinson disease: a randomized controlled study. *Neurology: Clinical Practice*, 6(3), 241-251.
- Williams S, Weinman J, Dale J.(1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract.* 15: 480–92.
- Wood, P. R., & Caplan, L. (2019). Outcomes, satisfaction, and costs of a rheumatology telemedicine program: A longitudinal evaluation. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, 25(1), 41-44.
- Yellowlees, P., Richard Chan, S., & Burke Parish, M. (2015). The hybrid doctor–patient relationship in the age of technology—Telepsychiatry consultations and the use of virtual space. *International review of Psychiatry*, 27(6), 476-489.
- Zhai, Y. K., Zhu, W. J., Cai, Y. L., Sun, D. X., & Zhao, J. (2014). Clinical-and cost-effectiveness of telemedicine in type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 93(28), 1-11.
- Zilliagus, E. M., Meiser, B., Lobb, E. A., Kirk, J., Warwick, L., & Tucker, K. (2010). Women’s experience of telehealth cancer genetic counseling. *Journal of Genetic Counseling*, 19(5), 463-472.