

# SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Hakemli Bilimsel Dergi

**DERGİSİ**

**SAYI: 12  
2016**

**Yayın Sahibi**

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Adına  
Daire Başkanı **Dr. Abdullah ÖZTÜRK**

**Yönetim Yeri**

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

**Yayın Türü**

Sürelili Yayın

**Yayın Periyodu**

Dergi Ocak ve Haziran aylarında olmak üzere iki kez yayımlanır.

***Dergimiz hakemli dergi olup,  
yayınlanan makaleler en az 2 hakem tarafından okunmaktadır.***

- Bakanlık Makamının 19.08.2008 tarihli ve 10133 sayılı onayı ile yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Yayın Yönergesi'ne ve derginin Yayın İlkeleri ve Yazım Kuralları'na uygun yazılar kabul edilir.
- Yazılarının yayımlanmış olması yazarlara ait kişisel görüşlerin Bakanlık tarafından paylaşıldığı anlamına gelmez.
- Yazılar ancak kaynak gösterilmek suretiyle iktibas edilebilir.

**İletişim Adresi**

T. C. Sağlık Bakanlığı  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı  
Mahmut Esat Bozkurt Cad. Umut Sok. No: 19 Kat: 1 Koleji / Ankara

**web:** www.kalite.saglik.gov.tr

**e-mail:** spkdergisi@saglik.gov.tr

**Tel:** (0312) 458 50 02 • **Fax:** (0312) 435 16 79

**ISSN: 1309-1972**



T.C. Sağlık Bakanlığı

**Tasarım - Baskı**

Pozitif Matbaa, Ankara

**Basım - 2017**

Pozitif Matbaa

Çamlıca Mahallesi Anadolu Bulvarı 145. Sk. No:10/19

Yenimahalle / ANKARA

Tel: 0312 397 00 31 • Faks: 0312 397 86 12

[www.pozitifmatbaa.com](http://www.pozitifmatbaa.com) - e-posta: [pozitif@pozitifmatbaa.com](mailto:pozitif@pozitifmatbaa.com)

# SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Hakemli Bilimsel Dergi

**DERGİSİ**

Genel Yayın Yönetmeni

Prof. Dr. Nurullah OKUMUŞ

Genel Yayın Yönetmen Yardımcısı

Uzm. Dr. Alaattin DİLSİZ

İmtiyaz Sahibi

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Editörler

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN



## HAKEM KURULU

Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Ahmet Nezih Kök	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Ali Pekcan DEMİRÖZ	Ankara E. A. H
Prof. Dr. Arslan TOPAKKAYA	Erciyes Üniversitesi
Prof. Dr. Arzu SAYINER	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Arzu TOPELİ İSKİT	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Atilla ARAL	Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Ayşegül ÇOPUR �IÇEK	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi
Prof. Dr. Aysun BAY KARABULUT	İnönü Üniversitesi
Prof. Dr. Aytül KASAPOĞLU	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Bilçin TAK MEYDAN	Uludağ Üniversitesi
Doç. Dr. Çağdaş Erhan AKYÜREK	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Demet �NALAN	Erciyes Üniversitesi
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi
Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN	On Dokuz Mayıs Üniversitesi
Prof. Dr. Emine ORHANER	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Emrah ŞENEL	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Prof. Dr. Fahri OVALI	Z. Kamil Kadın Çocuk Hst. E. A. H.
Prof. Dr. Fatma PAKDİL	Eastern Connecticut State University
Yrd. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Gül Bahar ERDEM	Dışkapı Yıldırım Beyazıt E. A. H.
Doç. Dr. Fehmi NARTER	Dr. Lütfi Kırdar E. A. H.
Prof. Dr. Hacer ÖZGEN NARCI	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Hakan HAKERİ	Medeniyet Üniversitesi
Doç. Dr. Hamza ATEŞ	Kocaeli Üniversitesi
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Medipol Üniversitesi

Doç. Dr. Havva ÖZTÜRK	Karadeniz Teknik Üniversitesi
Prof. Dr. Haydar SUR	Biruni Üniversitesi
Prof. Dr. Hüseyin BASKIN	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Hüseyin ÖZ	Medipol Üniversitesi
Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. İsmet Şahin	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. İsmail SARI	Pamukkale Üniversitesi
Prof. Dr. Jülide YILDIRIM ÖCAL	TED Üniversitesi
Prof. Dr. Kamil Ufuk BİLGİN	TODAİE
Prof. Dr. Kutsal YÖRÜKOĞLU	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. M. Ramazan ŞEKEROĞLU	Van 100. Yıl Üniversitesi
Prof. Dr. Mehmet AYAN	Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Meral GÜLTEKİN	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Meryem YAVUZ	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Muhammet Güzel KURTOĞLU	Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Musa EKEN	Sakaraya Üniversitesi
Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ	TÜSEB
Prof. Dr. Mustafa ERTEK	Ankara Onkoloji Hastanesi
Prof. Dr. Mustafa PAÇ	Ankara Yüksek İhtisas E. A. H.
Prof. Dr. Nalan AKDOĞAN	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Nazmi ZENGİN	Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Necmi GÖKAY	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Nermin ÖZGÜLBAŞ	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Nihat ERDOĞMUŞ	Kocaeli Üniversitesi
Prof. Dr. Nilay ÇABUKKAYA	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Nurettin PARILTI	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Oğuz TUNCER	Van 100. Yıl Üniversitesi
Prof. Dr. Onur ÖZVERİ	Dokuz Eylül Üniversitesi

Prof. Dr. Oya BAYINDIR	Ege Üniversitesi
Doç Dr. Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Ömer R. ÖNDER	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Özkan TÛTÛNCÛ	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Recep ÖZTÛRK	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Sadık AKŞİT	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Doç. Dr. Salim BİLİCİ	Yüzüncü Yıl Üniversitesi
Doç. Dr. Sergül DUYGULU	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Şeyda Seren İNTEPELER	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. Sevgi ERGİN	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Prof. Dr. Suat TURGUT	Şişli Etfal E. A. H.
Doç. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. Tamer Cevat İNAL	Çukurova Üniversitesi
Prof. Dr. Tansu ARASIL	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Tevfik ÖZLÛ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
Prof. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU	Muğla Üniversitesi
Doç. Dr. Türkan YILDIRIM	Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Türker YARDAN	On Dokuz Mayıs Üniversitesi
Prof. Dr. Yeşim ÖZARDA	Uludağ Üniversitesi
Doç. Dr. Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Yıldız AYANOĞLU	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Yurdagül ERDEM	Kırıkkale Üniversitesi
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Yıldız AYANOĞLU	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Yurdagül ERDEM	Kırıkkale Üniversitesi
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi





# İÇİNDEKİLER

1  
8

## NİLHAN NURLU AYAN - HATİCE ORMAN - NUR HİLAL ÇETİN HALİME ERDEM - K. TAHA UÇAR - ASLAN ÇELEBİ - N. ÖZDEN SERİN

Hatalı Test İstemi ve Etiketleme Klinik Kararı Etkileyebilir mi?  
*Does Incorrect Test Request and Labeling Affect Clinical Decision?*

9  
25

## MELTEM SAYGILI - ÖZLEM ÖZER CUMA SONĞUR

Hekimlerin ve Hemşirelerin İşe Yabancılaşma Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma  
*A Study on the Determination of Work Alienation Levels of Nurses and Physicians*

27  
51

## HÜLYA ŞAHİN - SONGÜL ÇILDAĞ MİHRİCAN ÇELEBİ

Klinik Kalite Yönetimi Uygulamalarına Hekimlerin Yaklaşımı  
*Physicians' Approach of Clinic Quality Management Applications*

53  
72

## NEZİHE TÜFEKÇİ - ÖMER KÜRŞAD TÜFEKÇİ ÇİĞDEM EKİCİ

Hastane Yöneticilerinin Kurumsal İtibar Algısı: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği

*Perception of Corporate Reputation of Hospital Managers: an Example of Education and Research Hospital*

73  
86

## KÜRŞAT YURDAKÖŞ

Sağlık Hizmetlerinde Bir Risk Yönetimi Tekniği Olarak X Tipi Matris Metodu: Acil Servise Yönelik Bir Uygulama

*X Type Matrix Method: As a Risk Management Technigue in Helath Services: An Application for Emergency Service*

87  
111

## AYŞE YILMAZ - ELİF DİKMETAŞ YARDAN

Sağlık Kurumlarında Yetenek Yönetimi Uygulamalarının Hekim ve Hemşirelerin Kariyer Planlamasına Etkisi

*Effect of Carrier Planning of Doctors and Nurses Talent Management Practices in Health Institutions*

113  
134

## İKBALİYE ZAFER - ERDİNÇ ÜNAL

Yatan Hastaların Hizmet Kalitesi Algılarının Servqual Skoruna Göre İncelenmesi

*Analysis Of Hospitalized Patients Service Quality Perception In Terms Of Servqual Score*



# ÖNSÖZ

Değerli Okurlarımız, Ülkemizde sağlıkta kalite ve performans kapsamında gerçekleştirilen çalışmaların bilimsel ortamlarda ele alınması ve teşvik edilmesi amacıyla hazırladığımız Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'nin 12. sayısına hoş geldiniz.

Kalkınmanın ve gelişmişliğin en önemli araç ve göstergelerinden birisi toplumun sağlık düzeyidir. Küreselleşmenin oluşturduğu etkiler, toplumu ve toplumsal yapıları kökünden değiştirdiği gibi, sağlık alanında da sürekli gelişimi bir zorunluluk haline getirmiştir. Ülkemizde sağlık alanında gerçekleştirilen büyük yatırımlar, hedeflere yönelik uygulamaya konulan adımlar ve sağlıkta kalite kültürünün oluşturulması amacıyla istikrarlı bir şekilde yürütülen faaliyetler neticesinde küresel anlamda adından söz edilen bir sağlık sistemi yapısına ulaşılmıştır. Ancak ülke olarak gelişimin takipçisi değil öncüsü olmayı amaçlamalı ve sürekli daha iyiyi hedeflemek durumundayız. Bunun için de artık, sağlık sistemimizin izlenebilir, kıyaslanabilir ve hesap verebilir olması yolundaki çalışmalara ağırlık vermekteyiz. Küresel, ulusal ve kurumsal düzeyde ölçme ve değerlendirme kültürünü geliştirmeye yönelik önemli programlar yürütmekteyiz.

Bu kapsamda dergimizin 12. sayısında; 01-04 Mart 2016 tarihinde düzenlemiş olduğumuz VI. "Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi"ne gönderilen sözel veya poster bildiriler arasından bilim kurulumuz tarafından seçilen çalışmalar, Kongre Özel Sayımız için akademik çalışma kapsamında tekrardan gözden geçirilmiş, makale olarak yazarlarımız tarafından hazırlanarak dergimize gönderilmiş ve hakem kurulumuz tarafından değerlendirilmiştir.

Bu sayıda; "Hatalı Test İstemi ve Etiketleme Klinik Kararı Etkileyebilir Mi?, Hekimlerin ve Hemşirelerin İşe Yabancılaşma Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, Klinik Kalite Yönetimi Uygulamalarına Hekimlerin Yaklaşımı, Hastane Yöneticilerinin Kurumsal İtibar Algısı: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği, Sağlık Hizmetlerinde Bir Risk Yönetimi Tekniği Olarak X Tipi Matris Metodu: Acil Servise Yönelik Bir Uygulama, Sağlık Kurumlarında Yetenek Yönetimi Uygulamalarının Hekim ve Hemşirelerin Kariyer Planlamasına Etkisi, Yatan Hastaların Hizmet Kalitesi Algılarının Servqual Skoruna Göre İncelenmesi" gibi konulardan oluşan 7 adet özgün çalışmayı sizlerle paylaşıyoruz.

Değerli çalışmaları ile sağlık hizmetlerinin gelişimine hız kazandıran ve yayınlanmak üzere dergimize gönderen tüm araştırmacılara, dergimizin yayınlanması sürecinde rol alan arkadaşlarımıza ve değerli hakemlerimize teşekkür eder, bu sayının sağlık hizmet sunucularının başarılarına katkı sağlaması dileğiyle hepinize saygılar sunarım.

**Prof. Dr. Nurullah OKUMUŞ**  
**Genel Yayın Yönetmeni**



# Hatalı Test İstemi ve Etiketleme Klinik Kararı Etkileyebilir mi?

Gönderim Tarihi: 12.06.2017

Kabul Tarihi : 15.07.2017

Nilhan Nurlu Ayan<sup>1</sup>

Hatice Orman<sup>2</sup>

Nur Hilal Çetin<sup>1</sup>

Halime Erdem<sup>1</sup>

K. Taha Uçar<sup>1</sup>

Aslan Çelebi<sup>3</sup>

N. Özden Serin<sup>1</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Hatalı (yanlış/fazla) istek sayısı/kliniklerden gelen toplam istek sayısı (%), hatalı etiketlenmiş örnek sayısı/toplam örnek sayısı (%) preanalitik kalite göstergeleri arasında yer almaktadır (QI-13, 14, 15). Bu hatalar ancak test sonucunun raporlanıp, klinisyen tarafından açıklanamayan durumu laboratuvara danışmasından sonra anlaşılabilir. Aşağıda bu duruma bir örnek sunulmuştur:

**Olgu:** Hastanemizde akut pankreatit tanısı ile yatırılmış bir hastanın izleminde istenen amilaz, lipaz test sonuçları klinisyen ekranında çalışma tarihine göre sıralanarak; ilk iki sonucunda [amilaz (U/L) , lipaz (U/L)] yüksek (sırasıyla;211-844, 586-2547), 3. sonucunda düşük (139-66.9), bir sonraki sonucunda tekrar yüksek (729-2171) ve son sonucunda tekrar düşen (45-20) bir seyir izlemiştir. Enzimlerin tedaviye yanıt olarak düşmesi beklenirken klinikle uyumsuz artışın nedeni laboratuvara danışılmıştır. Laboratuvar ekibi tarafından testlerin kontrol ve kalibrasyonlarının gözden geçirilme-

1 GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Biyokimya, İstanbul, Türkiye

2 GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalite Birimi, İstanbul, Türkiye

3 GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği, İstanbul, Türkiye

si, örneklerin tekrar edilmesi, aradaki düşük sonucun sebebinin IV sıvı giden koldan alınmış örnek olabileceği düşünülerek, diğer koldan yeni örnek alınarak testlerin tekrar çalışılması, acil ve rutin biyokimya analizörlerinin uyumluluğunun kontrolü gibi işlemlerden sonra bu uyumsuzluğu açıklayabilecek analitik bir hata bulunamamıştır. Son olarak hasta test istemi ve çalışma saatleri incelendiğinde 3. ve 4. sonuçlara ait istemlerin 2 dakika arayla yapıldığı ve önce yapılan isteme ait barkodun yapıştırıldığı tüpün, istemden 1 gün sonra laboratuvara ulaştığı ve çalışılan sonuçların HIS’de istem saatlerine göre sıralandığı anlaşılmıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Kliniklerde test istemi, etiketleme ve örnek alma saati açısından yaşanan uyumsuzluklar yatan hastalarla ilgili yanlış klinik kararlara neden olarak, hastaya zarar verebilmektedir. Bu durumun önlenmesi için kliniklerdeki istem, kan alma ve barkod saatinin uyumlu olması sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Test İstemi, Etiketleme, Klinik Karar

# Does Incorrect Test Request and Labeling Affect Clinical Decision?

## ABSTRACT

**Objective:** Incorrect (false/high) number of test request/the total number of requests from clinics (%), the number of incorrectly labeled sample/the total number of samples (%) are among the preanalytical quality indicators (QI-13,14,15).These errors can be explained when test results are reported and the situation that cannot be understood by the clinician is consulted to the laboratory.

**Case:** Amylase and lipase results in monitoring a patient admitted to our hospital with acute pancreatitis are sorted by date of working in clinicians' screen.The first two results [amilaz (U/L), lipaz (U/L)] were high (211-844, 586-2547 respectively), the third was low (139-66.9), the next was high (729-2171) and the last one was low again (45-20).This incompatible increase which expected to be decreased was consulted to us. A review of controls and calibrations, reanalyzing samples, considering the interim low result may originate from the samples taken from the arm that IV fluid goes into, analyzing the new sample collected from the other arm, checking the compatibility of emergency-routine biochemistry analyzer; no analytical error was found to explain the incompatibility. Finally, the test orders and analyzing times were investigated and understood that the orders of third and fourth results was made within 2 minutes apart and the tube with the label of the third order reached the laboratory 1 day after the request and we noticed the results are ranked according to the order time, on our HIS.

**Conclusion:** Incompatibility between tests requests, labeling and sampling time may cause incorrect clinical decisions and harm patients. In order to prevent this situation in clinics; it should be provided that test request, sampling and labeling time are compatible.

**Keywords:** Test Request, Labeling, Clinical Decision





## 1. GİRİŞ

Bir testin istemi ile sonucunun değerlendirilmesi arasındaki süreç; preanalitik, analitik, postanalitik evrelerden oluşmaktadır ve Toplam Test Süreci (TTS) olarak tanımlanmaktadır (1). Tıbbi Laboratuvarların, TTS'lerinde oluşabilecek hata kaynaklarını ve oranlarını bilmesi, hatalara yönelik düzeltici önleyici faaliyet geliştirmeleri, bu süreç için performanslarını değerlendirmeleri ve hatta iyileştirmeleri hasta güvenliği açısından oldukça önemlidir. TTS'indeki her adım önemli riskler taşımasına rağmen, bu süreç için belirlenen Kalite İndikatörlerinin (Kİ) kullanımı laboratuvarların hata yapma riski oranlarını çok düşürecektir. Uluslar arası Klinik Kimya Federasyonu (IFCC) "Laboratuvar Hataları ve Hasta Güvenliği" çalışma grubu tarafından, TTS'nde saptanan hatalarla ilgili kalite göstergeleri ve her bir gösterge için hedef yüzde değer belirlenmiştir (2). Yanlış tanımlanmış örneklerin toplam örnek sayısına yüzde oranı, bu göstergelerin preanalitik evre maddeleri arasında yer almaktadır. Aşağıda bu duruma örnek bir hasta sunulmuştur.

## 2. OLGU

Hastanemize akut pankreatit tanısı ile yatırılmış bir hastanın izleminde istenen amilaz, lipaz test sonuçları klinisyen ekranında çalışma tarihine göre sıralanmış; ilk iki sonucunda [referans aralıkları; amilaz (28-100 U/L) , lipaz (0-67 U/L)] yüksek (sırasıyla;211-844, 586-2547), 3. sonucunda düşük (139-66.9), bir sonraki sonucunda tekrar yüksek (729-2171) ve son sonucunda tekrar düşen (45-20) bir seyir izlemiştir (Tablo 1). Hastanın test istem ve çalışma saatleri ise Tablo 2'de belirtildiği gibidir. Enzimlerin tedaviye yanıt olarak düşmesi beklenirken klinikle uyumsuz artışın nedeni laboratuvara danışılmıştır. Laboratuvar ekibi tarafından testlerin kontrol ve kalibrasyonlarının gözden geçirilmesi, örneklerin tekrar edilmesi, aradaki düşük sonucun sebebinin intravenöz sıvı giden koldan alınmış örnek olabileceği düşünülerek, diğer koldan yeni örnek alınıp testlerin tekrar çalışılması, acil ve rutin biyokimya analizörlerinin uyumluluğunun kontrolü gibi işlemlerden sonra bu uyumsuzluğu açıklayabilecek analitik bir hata bulunamamıştır. Son olarak hasta test istemi ve çalışma saatleri incelendiğinde 3. ve 4. sonuçlara ait istemlerin 2 dakika arayla yapıldığı ve önce yapılan isteme ait barkodun yapıştırıldığı tüpün, istem tarihinden 1 gün sonra laboratuvara ulaştığı ve çalışılan sonuçların Hastane İnformasyon Sisteminde (HIS) istem saatlerine göre sıralandığı anlaşılmıştır (Tablo 2).

Tablo 1. Akut Pankreatit Hastası Amilaz, Lipaz Değerleri

Tarih	AMİLAZ (28-100U/L)	LİPAZ (0/67 U/L)
02.04.2016	211↑	844↑
03.04.2016	586↑	2547↑
03.04.2016	139↓	67↓
03.04.2016	729↑	2171↑
05.04.2016	45↓	20↓

Tablo 2. Test giriş, çalışma zamanları ve sonuçları

Test İşlem Tarihi ve Saati	Test Çalışma Tarihi ve Saati	AMİLAZ (28-100U/L)	LİPAZ (0/67 U/L)
02.04.2016 22.31	02.04.2016 23.09	211	844
03.04.2016 00.05	03.04.2016 00.40	586	2547
03.04.2016 00.29	04.04.2016 09.29	139	67
03.04.2016 00.31	03.04.2016 11.21	729	2171
05.04.2016 15.34	06.04.2016 08.10	45	20

### 3. SONUÇ VE TARTIŞMA

Laboratuvar - klinik arası yapılan görüşmeler ve çalışmalar sonrasında, bu yazıda yer alan olgunun kliniği ile amilaz, lipaz test sonuçlarının gidişatı arasındaki uyumsuzluğun nedeni, hastadan alınan takip kanlarının yanlış tanımlanmasından kaynaklı bir preanalitik hatanın sonucu olarak açıklığa kavuşmuştur.

Hastanın klinik durumu ile uyumsuz, beklenmeyen test sonuçlarının birçoğunun nedeni laboratuvardaki analitik süreç dışı, preanalitik prosedürde yapılan hatalardan kaynaklanmaktadır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, ırkı, biyolojik değişkenlikleri gibi kontrol edilemeyen faktörlerin yanı sıra, egzersiz, sigara, alkol alımı, postür, numunenin alınması, hazırlanması ve laboratuvara aktarılması gibi kontrol edilebilen pre-

analitik faktörlerin göz ardı edilmesi hasta test sonuçlarına yansiyabilecek önemli hatalara neden olabilir (3).

Test istemi, etiketleme ve örnek alma saati gibi preanalitik evre aşamalarında yapılan hataların çoğu gözden kaçabilmekte ya da ancak hasta sonucunun yorumlandığı postanalitik evrede anlaşılabilir. Özellikle klinik servislerde yatan hastaları takip eden sağlık personeli ekibinin mesai-nöbet saatlerindeki değişiminden dolayı, bu hastaların örneklerinin hazırlanmasında test istemi, barkod basımı ve örnek alma saati uyumsuzlukları daha sık görülmektedir. Preanalitik evrede meydana gelebilecek bu uyumsuzluklar hastaların test sonuçlarına yansiyabilmekte ve fark edilmediği takdirde hastalarla ilgili yanlış klinik kararlara neden olarak hastaya zarar verilmektedir. Hastanın kliniği ile uyumsuz sonuçların fark edilip olası laboratuvar kaynaklı nedenin araştırılması ise; test kalibrasyon, kontrol süreçlerinin yinelenmesi sonrası hastadan bir kez daha kan alınarak testlerin tekrarı, hastanın taburculuk süresinin uzaması gibi zaman, maliyet ve güven kaybına yol açabilmektedir (4).

2007 yılından itibaren, Uluslar arası Klinik Kimya Federasyonu (IFCC) "Laboratuvar Hataları ve Hasta Güvenliği" çalışma grubu tarafından TTS'nin 3 aşamasının (preanalitik, analitik, postanalitik) gerektirdiği her bir işleme yönelik kalite gösterge modelleri (KGM) hazırlanmakta ve geliştirilmektedir. Bu modelin preanalitik faz ana başlıkları;

- a) Uygunsuz örnekler (hemolizli, pıhtılı, uygunsuz örnek-antikoagülan volüm oranı, yetersiz örnek, yanlış tüpe örnek alımı, etiketsiz, uygun etiketlendirilmemiş örnek) ve
- b) İstem ve örnek için yanlış tanımlama hataları olarak belirtilmiştir (2, 5-8).

Geliştirilmiş bu KGM'nin her bir göstergenin laboratuvar pratiğinde kullanımının 3 yıllık (her yıl için 6 ay) sonuçları; iyi, orta, düşük performans derecelendirmesine ve sigma değer ortalamalarına göre Sciacovelli ve ark. tarafından sunulmuştur (9).

Test istemi ve isteme yönelik barkodun basılması, alınacak örneğin kimliklendirilmesi ve örnek tüpünün etiketlenmesinden sonra, hastadan kan alınmadan hemen önce kan alma saatinin LIS sistemine aktarılmasını sağlayacak olan barkod okuyucuların kullanımı bu olguda meydana gelen hatanın engellenmesini sağlayabilirdi. Saptanan bu preanalitik hata sonucu, servis hemşirelerine örneğin alımı ve hazırlanması aşamasındaki gerekliliklerle ilgili tekrar eğitim verilerek konuya dikkat çekilmiştir.

Yazımızda yer alan olgudan yola çıkarak, laboratuvarımızda ve diğer tıbbi laboratuvarlarda TTS için belirlenmiş KGM kullanımı; TTS hata oranlarını belirleme ve raporlamanın yanı sıra hasta güvenliğinin sağlanması ve artırılmasında, kalite göstergelerinin kullanılmasının farkındalığı açısından büyük bir öneme sahiptir. Ayrıca bu göstergelerin kullanıldıkça, laboratuvarın kendi işleyişine uygun olarak düzenlenmesi ve geliştirilmesi test sonuçlarının doğruluğu ve güvenilirliğini artırarak hasta güvenliğine önemli ölçüde katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKÇA

- Klee GG, Westgard JO. Quality Management In: Burtis CA, Bruns DE. (2015). Tietz Fundamental of Clinical Chemistry and Molecular Diagnostics 7th Ed. Missouri: Elsevier Saunders.
- Kirchner MJ, Funes VA, Adzet CB, Clar MV, Escuer MI, Girona JM et al. (2007). Quality indicators and specifications for key processes in clinical laboratories: a preliminary experience. Clin Chem Lab Med; 45 (5):672-7.
- Haverstick DM, Groszbach AR. (2015) Specimen Collection, Processing, and Other Preanalytical Variables In: Burtis CA, Bruns DE. Tietz Fundamental of Clinical Chemistry and Molecular Diagnostics 7th Ed. Missouri: Elsevier Saunders.
- Turhan B, Çalık BT, Demirin H. (2010). Kanıta Dayalı Tıp Laboratuvar Testleri ve Preanalitik Değişkenler. Konuralp Tıp Dergisi; 2 (3):29-33.
- Sciacovelli L, O’Kane M, Skaik YA, Caciagli P, Pellegrini C, Da Rin G, et al. ( 2011). Quality indicators in laboratory medicine: from theory to practice. Preliminary data from the IFCC Working Group Project "Laboratory Errors and Patient Safety". Clin Chem Lab Med;49:835-44.
- Sciacovelli L, Sonntag O, Padoan A, Zambon CF, Carraro P, Plebani M. (2011). Monitoring quality indicators in laboratory medicine does not automatically result in quality improvement. Clin Chem Lab Med;50:463-9.
- Plebani M, Astion ML, Barth JH, Chen W, de Oliveira Galoro CA, Escuer MI, et al. (2014). Harmonization of quality indicators in laboratory medicine. A preliminary consensus. Clin Chem Lab Med; 52:951-8.
- Plebani M, Sciacovelli L, Aita A, Pelloso M, Chiozza ML. ( 2015). Performance criteria and quality indicators for the pre-analytical phase. Clin Chem Lab Med 2015;53:943-8. Erratum in: Clin Chem Lab Med; 53:1653.
- Sciacovelli L, Lippi G, Sumarac Z, West J, Castro IGP, et al. (2017). Quality indicators in laboratory medicine: the status of the progress of IFCC Working Group "Laboratory Errors and Patient Safety" Project. Clin Chem Lab Med; 55 (3): 348-57.

# Hekimlerin ve Hemşirelerin İşe Yabancılaşma Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma

Gönderim Tarihi: 03.04.2017

Kabul Tarihi : 05.06.2017

Meltem Saygılı<sup>1</sup>

Özlem Özer<sup>2</sup>

Cuma Songur<sup>3</sup>

## ÖZ

Bu çalışmanın amacı hekimlerin ve hemşirelerin işe yabancılaşma düzeylerini belirlemek, hekimlere ve hemşirelere ilişkin bireysel ve demografik özelliklerin işe yabancılaşma düzeyi üzerinde etkili olup olmadığını ortaya koymaktır. Çalışmanın evrenini Kırıkkale’de bir devlet hastanesinde çalışan tüm hekim ve hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, bütün evrene ulaşılmaya çalışılmış ve toplam 388 adet kullanılabilir anket elde edilmiştir. Yapılan analizler neticesinde, araştırmaya katılan çalışanların kendine yabancılaşma boyutu ile tüm değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Ayrıca güçsüzlük boyutu ile cinsiyet, eğitim seviyesi ve mesleki durum arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** İşe Yabancılaşma, Hastane, Sağlık Sektörü

1 Yrd. Doç. Dr. Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, meltemsaygili@kku.edu.tr

2 Yrd. Doç. Dr. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, oozer@mehmetakif.edu.tr

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

# A Study on The Determination of Work Alienation Levels of Nurses and Physicians

## ABSTRACT

The aim of this study is to determine work alienation levels of nurses and physicians, and to reveal whether the individual and demographic features of the employees have an effect on the level of work alienation or not. The population of the study includes all nurses and physician at a state hospital in Kırıkkale. The sample is not selected in the study. It has been tried to reach the whole universe and a total of 388 usable responses were obtained. According to result of this study, there are statistically significant differences between nurses and physicians' evaluations related to self-alienation dimension by all level of demographic features. In addition, there are statistically significant differences between nurses and physicians' evaluations related to powerlessness dimension by level of education, occupational status and gender.

**Keywords:** Work Alienation, Hospital, Health Sector

## 1. GİRİŞ

Sosyal bilimlerde bir kavramın birbirinden farklı çok sayıda tanımı yapılabilmektedir. Çünkü her disiplin, kavramı kendi bakış açısına, durduğu yere, izlediği yönteme, konuyu ele alma durumuna göre değerlendirmektedir. Bu yüzden çerçevesi belli tek bir tanım yapmak mümkün değildir. Yabancılaşma kavramı da böyle bir kavramdır. Bu yüzden yabancılaşma, hukuk alanına göre farklı, sosyolojiye göre farklı, psikolojiye göre daha farklıdır (Erdem, 2014). Sosyal bilimlerde özellikle de sosyoloji ve psikolojide çalışılan en önemli kavramlardan biri olan yabancılaşma, psikologlar tarafından; benlik kaybı, sürekli kaygı durumları, ümitsizlik, yalnızlık hissi şeklinde tanımlanırken; sosyologlar tarafından, kuralsızlık ve normsuzluk (anomi), sosyal süreçlere dahil olamama, kişinin çevresinden kopması, sosyal çözülme olarak tanımlanmaktadır (Valadbigi, 2014; Tokmak, 2014). Bir başka tanıma göre ise sosyologlar yabancılaşmayı; kişinin bireysel temelde kurumlardan, kendisinden, değerlerinden, toplumsal oluşum ve organizasyonlardan uzaklaşması olarak ifade etmektedir. Psikologlar ise, kişinin kendini bütün olarak hissedememesine ve bilincine yönelik bölünmelere yol açan eylemler ve deneyimler olarak ifade etmektedir (Şimşek ve diğerleri, 2006; Özbek, 2011).

Yabancılaşma kavramı, temel olarak George Friedrich Wilhelm Hegel ile Karl Marx'a dayandırılmaktadır. Karl Marx yabancılaşmanın temel kaynağını ekonomik olgulara dayandırırken, Hegel bu kavramı kişilik özellikleri ve kişinin kendisiyle olan mücadelesine dayandırmaktadır (Tummers ve Den Dulk, 2011). Çalışanın işe yabancılaşması, işin gerektirdiği roller ile çalışanın kendi öz doğası arasındaki uyumsuzluğun bir sonucu olarak gösterilmektedir (Kaya ve Serçeoğlu, 2013).

Seeman (1959) işe yabancılaşma kavramının boyutlarını güçsüzlük, anlamsızlık, izolasyon, kendine yabancılaşma ve kuralsızlık olarak 5 boyutta değerlendirmiştir. Buna göre; Güçsüzlük boyutunda kişi, geleceğini kendisinin değil dış etkenlerin, örgütlerin, kaderin ya da şansın belirlediğini düşünmektedir (Yılmaz ve Sarpkaya, 2009). Güçsüzleşen bir çalışan ise beklentilerin ve inandığı değerlerin gerçekleşme ihtimalini zayıf görecektir ve

bunları değiştirebilmek için elinden hiçbir şeyin gelmediğini düşünecektir (Seeman, 1983). Shepard (1977) ise güçsüzlüğü işte algılanan kontrol eksikliği olarak tanımlamaktadır (Nair, 2010). Anlamsızlık boyutunda kişi, amaçlarını gerçekleştirmede kapasitesinin yetersiz olduğunu ve işleriyle ilgili olarak örgüte nasıl katkıda bulunacağından yoksun hissetmektedir (Jesús Suárez-Mendoza ve Zoghbi-Manrique-de-Lara, 2007; O'Donohue ve Nelson, 2012). Seeman (1959) anlamsızlığı kişinin neye inanması gerektiği konusundaki belirsizlik olarak tanımlamaktadır (Nair, 2010). İzolasyon boyutunda, kişinin örgütte çalışan diğer çalışanlardan ya da örgütsel amaçlardan uzaklaşarak kendini artık o örgütte görmemesini ifade etmektedir (Mottaz, 1981). Bu süreci yaşayan çalışan, kendini yalnız hissetmekte ve kendini örgüte ait hissetmemektedir (O'Donohue ve Nelson, 2012). Kendine yabancılaşma ise bireyin davranışlarına gerçekten kendi değerlerini, ihtiyaçlarını ve arzularını yansıtması durumudur (Tükel, 2012). Kendine yabancılaşma duygusu daha çok çalışanın kendini gerçekleştirme duygusu hissetmediği zaman ortaya çıkmaktadır (Mottaz, 1981). Kurationsızlık boyutunda ise, kişi bireysel davranışları düzenleyen toplumsal normlara uymamakta ya da davranışları için artık bağlayıcı bir kural olarak görmemektedir (Seeman, 1959).

Yabancılaşma küreselleşme olgusuyla birlikte, özellikle yirmi birinci yüzyılda kendini daha çok hissettirmeye başlamıştır. Bu kavramının başta gelen özellikleri ise şöyledir (Yetiş, 2013):

1. Yabancılaşma, insanın doğasında vardır.
2. Yabancılaşma, genelde insan yaşamını yıllarında ortaya çıkar.
3. Yabancılaşmada kişilerin sosyal çevreleri oldukça belirleyicidir.
4. Bir kavram olarak yabancılaşma, birinin veya bir şeyin, birisinden veya bir şeyden yabancılaşması ile ilgilidir.

Çalışanların işe yabancılaşmasının çok sayıda nedeni vardır. Bu nedenler genel olarak çevresel ve örgütsel temelli olabilirler. Çalışanlar; teknoloji, çalışma koşulları, işle ilgili fırsatların olup olmaması, mesleğin prestiji, çalışma pozisyonu, işin rutinliği, işin mülkiyeti ve genel çalışma koşulları gibi örgütsel faktörlerden dolayı işe yabancılaşabildiği gibi (Mottaz, 1981) ekonomik



yapı, teknolojik yapı, kültürel yapı, sosyal politika, sendikal örgütlenme ve sanayileşme, kentleşme ve sosyal çözülme gibi çevresel faktörlerden dolayı da işe yabancılaşabilmektedir (Yetiş, 2013). Çalışan, bulunduğu kurum ya da örgütte kendi karar ve değerlerden çok, bulunduğu örgütün karar, kural ve fikirlerine uymak ve uygulamak durumunda kalabilmektedir (Oflluoğlu ve Büyükyılmaz, 2008). Bu yüzden, genellikle bürokratik yapı ve merkezi karar alma, biçimsel kurallar ve politikaların egemen olduğu işyerlerinde yabancılaşma daha sık görülebilmektedir. Özellikle de örgütün sahip olduğu kültürel ve ahlaki özellikler ile bireyin sahip olduğu değerler, idealler ve arzuların çeliştiği durumlarda çalışanlar işe yabancılaşmaktadır (Tuna ve Yeşiltaş, 2014).

İşe yabancılaşma birçok olumsuz sonuçlar da ortaya çıkarmaktadır. Örneğin işyerinde otonomi ve kontrol eksikliği sonucunda çalışanlar yabancılaşma yaşayabilmektedir. Ayrıca çalışma ortamının bireysel özerklik, sorumluluk ve çalışanların başarı ihtiyaçlarını karşılayamama durumunda yabancılaşma sorunu ortaya çıkmaktadır. Bu durum ise çalışanların motivasyonunu düşürmekte, işten ayrılmalara neden olmakta ve işe katılımı azaltmaktadır (Sulu ve diğerleri, 2010; Ceylan ve Sulu, 2011). Bunun dışında işe yabancılaşma, üretim oranlarında azalma, çok fazla iş değiştirme, aşırı yorgunluk ve hastalık, yöneticilerle tartışma gibi sonuçlara da neden olmaktadır (Valadbigi, 2014). Çalışanın işe yabancılaşması, duygusal tükenme, iş tatminsizliği, işle özdeşleşememe ve örgütsel güvensizlik gibi sorunlara da yol açabilmektedir. Bu yüzden işe yabancılaşan çalışan, bilişsel ve duygusal anlamda yaptığı işle bağını koparabilmektedir (Kaya ve Serçeoğlu, 2013). Bunun için örgütsel ve bireysel düzeyde müdahalelerle yabancılaşmanın önlenmesi önem kazanmaktadır. Örgütsel düzeyde işe yabancılaşmayı azaltmak için; örgüt içinde yapılan işin değiştirilmesi, iş zenginleştirilmesi, esnek çalışma saatlerinin sağlanması, otonom çalışma gruplarının oluşturulması önemli birer çözüm yolu olabilmektedir (Fettahlioğlu, 2006). Bununla birlikte, işyerinde sağlıklı ve güvenli bir iş ortamı ve etkili bir iletişim ortamının sağlanması, işle ilgili süreç ve sistemleri geliştirme konusunda çalışan katılımının teşvik edilmesi örgütsel düzeyde işe yabancılaşmanın giderilmesine katkı sağlayabilir (Vassie ve Lucas, 2001). Bireysel düzeyde ise bireyin bilişsel

yapısına müdahale edip daha önceki öğrenmelerinin etkisini zayıflatarak algı sürecinde değişiklikler yaparak farklı bir bakış açısının kazandırılması işe yabancılaşma konusunda bir çözüm sağlayabilir (Fettahlıoğlu, 2006). Ayrıca, bunların dışında çalışanların işe yabancılaşmasını önlemek ve kontrol altında tutmak için örgüt dışından destek alınabilir ve çalışanlarla iletişim kanalları açık tutularak, dikey ve yatay bağlantıları sağlayan iletişim kanallarının kullanılması faydalı olabilir (Darıyemez, 2010).

## 2. YÖNTEM

### 2.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı hekimlerin ve hemşirelerin işe yabancılaşma düzeylerini belirlemek, hekimlere ve hemşirelere ilişkin bireysel ve demografik özelliklerin işe yabancılaşma düzeyi üzerinde etkili olup olmadığını ortaya koymaktır.

### 2.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini, Kırıkkale ilinde faaliyet göstermekte olan bir devlet hastanesinde çalışan toplam 701 hekim ve hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, bütün evrene ulaşılmaya çalışılmış ve araştırmada kullanılan veri toplama aracı araştırmaya katılmayı kabul eden tüm çalışanlara dağıtılmıştır. Veri toplama süreci 20 Nisan - 12 Mayıs 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş ve toplam 388 adet (%55.35) kullanılabilir anket elde edilmiştir.

### 2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada kullanılan işe yabancılaşma ölçeği; Mottaz (1981)'in "İşe Yabancılaşma Ölçeği" nin Türkçeye çevrilmesiyle oluşturulmuştur. Ölçek toplam 21 maddeden oluşmaktadır ve her bir soru maddesinin cevap skalası "katılmam" ifadesinden "katılıyorum" ifadesine kadar uzanan 5'li Likert ölçeği şeklindedir. Ölçekte güçsüzlük boyutu, anlamsızlık boyutu ve kendine yabancılaşma boyutu 7'şer soru ile değerlendirilmektedir.

İşe yabancılaşma ölçeğine uygulanan faktör analizi sonuçlarına göre ise, ölçeğin bu çalışmada Mottaz (1981)'in çalışması ile benzer olarak üç faktörlü

bir yapı sergilediği görülmüştür. Ancak faktör yapısını bozucu etkiye sahip olan iki ifade ve faktör yükleri 0.50'nin altında kalan üç madde analize dahil edilmemiştir. Ortaya çıkan bu üç faktörlü yapının toplam varyansın %53.2'sini açıkladığı belirlenmiş ve ölçek güçsüzlük, anlamsızlık ve kendine yabancılaşma olmak üzere üç faktörlü bir yapıda analize dahil edilmiştir.

## 2.4. Verilerin Analizi

Anketlerden elde edilen veri bilgisayar ortamına aktarılmış ve SPSS 20.0 paket programı kullanılarak istatistiksel analizler uygulanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ve veriler normal dağılım gösterdiği için demografik değişkenlere göre incelenen değişkenler açısından farklılık olup olmadığını ortaya koymak amacıyla, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Birimler arası farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için ise Scheffe testi kullanılmıştır.

## 3. BULGULAR

Araştırma kapsamında yer alan katılımcıların çeşitli demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde, %69,8'inin kadınlardan ve %30,2'sinin erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların %20,1'ini hekimler, %79,9'unu hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan katılımcıların %53,4'ü 37 yaş ve üstündedir. Katılımcıların %52,6'sı sağlık sektöründe 15 yıl ve altı bir çalışma tecrübesine sahiptir. Eğitim açısından bakıldığında ise, katılımcıların %15,2'sinin lise mezunu iken, %41,2'sinin önlisans, %26,3'ünün lisans ve %17,3'ünün lisansüstü derecelere sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların önemli bir bölümü (%76,0) ise evlidir (Tablo 1).

**Tablo 1. Araştırmanın Katılımcılarına İlişkin Tanımlayıcı Özellikler**

Değişkenler	Sayı	%
<b>Meslek</b>		
Hekim	78	20,1
Hemşire	310	79,9
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	271	69,8
Erkek	117	30,2

<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	59	15,2
Önlisans	160	41,2
Lisans	102	26,3
Lisansüstü	67	17,3
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	295	76,0
Bekâr	93	24,0
<b>Toplam Çalışma Süresi (yıl)</b>		
15 ve altı	204	52,6
16 ve üstü	184	47,4
<b>Yaş (yıl)</b>		
≤36	181	46,6
≥37	207	53,4
<b>TOPLAM</b>	<b>388</b>	<b>100</b>

Tablo 2’de araştırmaya katılan çalışanların işe yabancılaşmalarına ilişkin puanları çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılmış ve t-testi ve ANOVA testi sonuçları gösterilmiştir. Katılımcıların güçsüzlük boyutuna ilişkin puanlarını çeşitli değişkenlere göre karşılaştıran t-testi ve ANOVA sonuçlarına bakıldığında, katılımcıların güçsüzlük boyutuna ilişkin puanlarının eğitim seviyelerine ( $F=26.323$ ,  $p<0.05$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Bu farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak amacıyla yapılan Scheffé testinin sonuçlarına göre, güçsüzlük boyutuna lisansüstü eğitim seviyesine sahip katılımcıların diğer gruplara göre daha düşük puanlar verdikleri belirlenmiştir. Katılımcıların güçsüzlük boyutuna ilişkin puanları cinsiyete ( $t=3.945$ ,  $p<0.05$ ) ve mesleğe göre ( $t=8.558$ ,  $p<0.05$ ) de istatistiksel olarak farklılaşmakta ve erkek katılımcıların (3.62) kadın katılımcılara (3.02) göre daha yüksek bir puana sahip oldukları görülmektedir. Mesleki duruma göre ise hemşirelerin (3.09) hekimlere göre (2.15) daha yüksek puanları olduğu görülmektedir.

Katılımcıların anlamsızlık boyutuna verdikleri puanları çeşitli değişkenlere göre karşılaştıran t-testi ve ANOVA sonuçlarına bakıldığında, katılımcıların anlamsızlık boyutuna ilişkin puanlarının eğitim seviyelerine ( $F=3.394$ ,  $p<0.05$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak amacıyla yapılan Scheffé

testinin sonuçlarına göre, anlamsızlık boyutuna lisansüstü eğitim seviyesine sahip katılımcıların diğer gruplara göre daha düşük puanlar verdikleri belirlenmiştir. Katılımcıların anlamsızlık boyutuna ilişkin puanları mesleğe ( $t=-2.754.945$ ,  $p<0.05$ ) göre istatistiksel olarak farklılaşmakta ve hekimlerin (1.95) hemşirelere (2.22) göre daha düşük bir puana sahip oldukları görülmektedir.

Katılımcıların kendine yabancılaşma boyutuna verdikleri puanları çeşitli değişkenlere göre karşılaştıran t-testi ve ANOVA sonuçlarına bakıldığında ise tüm değişkenlerde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Buna göre katılımcıların kendine yabancılaşma boyutuna ilişkin puanlarının eğitim seviyelerine ( $F=3.975$ ,  $p<0.05$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak amacıyla yapılan Scheffe testinin sonuçlarına göre, kendine yabancılaşma boyutuna lisansüstü eğitim seviyesine sahip katılımcıların diğer gruplara göre daha düşük puanlar verdikleri belirlenmiştir. Katılımcıların kendine yabancılaşma boyutuna ilişkin puanları çalışma süresine ( $t=2.655$ ,  $p<0.05$ ), cinsiyete ( $t=4.286$ ,  $p<0.05$ ), mesleğe ( $t=-2.603$ ,  $p<0.05$ ), medeni duruma ( $t=2.608$ ,  $p<0.05$ ) ve yaşa ( $t=2.940$ ,  $p<0.05$ ) göre istatistiksel olarak farklılaşmaktadır.

**Tablo 2. Araştırmaya Katılan Kişilerin Demografik Özelliklerine Göre İşe Yabancılaşmaya İlişkin Değerlendirmeleri**

Demografik Özellikler	Güçsüzlük		Anlamsızlık		Kendine Yabancılaşma	
	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD
Çalışma süresi (yıl)						
15 ve altı	2.86	0.90	2.15	0.72	2.81	0.85
16 ve üstü	2.95	1.00	2.19	0.86	2.58	0.84
	$t=-0.957$ ; $p=0.339$		$t=-0,504$ ; $p=0.615$		$t=2.655$ ; $p=0.008$	
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	3.02	0.95	2.20	0.79	2.82	0.83
Erkek	3.62	0.88	2.10	0.79	2.42	0.85
	$t=3.945$ ; $p=0.000$		$t=1.132$ ; $p=0.258$		$t=4.286$ ; $p=0.000$	
<b>Eğitim Seviyesi</b>						
Lise	2.96	0.83	2.24	0.75	2.84	0.85
Önlisans	3.10	0.93	2.18	0.85	2.66	0.81
Lisans	3.11	0.91	2.28	0.75	2.85	0.89
Lisansüstü	2.06	0.62	1.90	0.68	2.43	0.86
	$F=26.323$ ; $p=0.000$		$F=3.394$ ; $p=0.018$		$F=3.975$ ; $p=0.008$	

Meslek						
Hekim	2.15	0.62	1.95	0.66	2.47	0.80
Hemşire	3.09	0.92	2.22	0.81	2.75	0.86
	t=-8,558; p=0.000		t=-2.754; p=0.006		t=-2,603; p=0.010	
Medeni Durum						
Bekar	2.87	0.91	2.23	0.78	2.90	0.86
Evli	2.91	0.96	2.15	0.80	2.63	0.84
	t=-0.433; p=0.665		t=0,852; p=0.395		t=2.608; p=0.009	
Yaş						
36 ve altı	2.85	0.88	2.13	0.69	2.83	0.85
37 ve üstü	2.95	1.00	2.20	0.87	2.58	0.84
	t=-0,983; p=0.326		t=-0.812; p=0.417		t=2.940; p=0.003	

p<0,005

Araştırmaya katılan 388 çalışanın işe yabancılaşma temel bileşenine verdikleri cevapların puan ortalamalarına bakıldığında, güçsüzlük boyutu ortalamaları daha yüksektir (2.90). Daha sonra sırasıyla kendine yabancılaşma (2.70) ve anlamsızlık (2.17) boyutu gelmektedir. İşe yabancılaşma boyutları arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde ise, güçsüzlük boyutu ile anlamsızlık boyutu arasında ( $r=0.337$ ,  $p<0.05$ ) ve güçsüzlük boyutu ile kendine yabancılaşma boyutu arasında ( $r=0.247$ ,  $p<0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı, olumlu yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Anlamsızlık boyutu ile kendine yabancılaşma boyutu arasında ( $r=0.249$ ,  $p<0.05$ ) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı, aynı yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 3).

**Tablo 3.** İşe Yabancılaşma Boyutlarına Ait Ortalama, Standart Sapma ve Korelasyonlar

İşe yabancılaşma	Ortalamalar	Standart Sapma	(1)	(2)	(3)
Güçsüzlük	2.90	0.95	1	0.337*	0.247*
Anlamsızlık	2.17	0.79	0.337*	1	0.249*
Kendine Yabancılaşma	2.70	0.85	0.247*	0.249*	1

\*p<0.01

## 4. TARTIŞMA

Bir örgütün en önemli girdisi insandır ve yabancılaşma olgusu örgütün en önemli girdisi olan insanı ve dolayısıyla da örgütü olumsuz yönde etkileyen pek çok sonuca neden olmaktadır (Gürsoy, 2014). Yabancılaşmış bir çalışan kendisini mutsuz hisseder, fiziksel ve zihinsel yönden kendini geliştirmeye çalışmaz, çalışmalarını basit birer doğal zorunluluk ve monoton bir döngü olarak görür (Çevik, 2009). Bu durumun özellikle sağlık hizmeti veren kurumlarda sağlık hizmetleri kalitesine olumsuz yansıtacağı düşünülmektedir.

İş ortamında; yapılan işin niteliği, çalışılan kurumun yapısı, çalışma ortamının özelliği, çalışma koşulları gibi çeşitli faktörler, yabancılaşmaya neden olmaktadır. Bulut (2010)'un çalışmasında yüksek çalışma temposu, yorgunluk, çalışma saatlerinin uzun olması, çalışanın dinlenecek ortamının olmaması, aşırı iş yükü, maddi ve manevi tatminsizlik, belirsiz iş saatleri, belirsiz gelecek, kişisel ve sosyal faktörlerin sağlık çalışanlarının yabancılaşmasına neden olduğu belirlenmiştir. Yetiş (2010)'in çalışmasında ise olumlu iş ortamında çalışan ve yönetim tarafından desteklenen hemşirelerin işlerine daha bağlı oldukları, olumsuz iş ortamında çalışan ve yönetim tarafından desteklenmeyen hemşirelerin işlerine karşı yabancılaştıkları belirtilmektedir (Yetiş, 2010).

Bu çalışma; hekimlerin ve hemşirelerin işe yabancılaşma düzeylerini belirlemek ve işe yabancılaşma düzeylerinin çalışanlara ilişkin bireysel ve demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak amacıyla yürütülmüştür. Bunu sağlamak amacıyla iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), birimler arası farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için ise Scheffe testi kullanılmıştır.

Elde edilen analiz sonuçlarına göre katılımcıların eğitim seviyesi ve mesleki statüsü yabancılaşmanın her üç boyutunda (güçsüzlük, anlamsızlık ve kendine yabancılaşma) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Tablo 2 incelendiğinde; araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerden lisansüstü eğitim alan katılımcıların daha düşük algı puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir. Eğitim düzeyinin yükselmesi işe yabancılaşma algısını azaltmaktadır. Eğitim seviyesinin yükselmesi ile çalışanların kişisel gelişim ve kendini ifade

seviyesinin daha yüksek olması, öz güvenin artırması, işe hakimiyet, otonomi ve karar almaya katılımın artırdığı düşünülerek yabancılaşma unsurunu ve özellikle güçsüzlük alt boyutunu negatif etkilediği düşünülmektedir.

Ayrıca, hemşire çalışanların işe yabancılaşmanın her üç boyutundaki (güçsüzlük, anlamsızlık ve kendine yabancılaşma) algı seviyeleri hekim çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hemşire çalışanlar, hekimlere göre kendilerini iş yerlerinde daha güçsüz, anlamsız ve kendine yabancılaşmış hissetmektedirler. Güçsüzlük, kişinin beklentilerinin ve gerçekleştirebileceğini düşündüğü ihtimallerin kendisi tarafından belirlenememesi ve sonucunu değiştirebilmek için elinden hiçbir şeyin gelmediğini düşünmesi halidir (Seeman, 1983). Başaran'a (1998) göre kendine yabancılaşma; insanın yaptığı eylemlerini, sanki kendisinin değilmiş gibi görmesi ve yaptığı eylemlerin denetimi altına girmesidir. Yazara göre bu tür yabancılaşmada insan, eylemlerini denetleyemez, ama eylemlerince denetlenir. Başka bir deyişle içinden gelmeden sırf davranmak için davranışlarda bulunur; sanki davranış kendisinin değilmiş gibi davranır. Yetiş (2013) ve Oruç (2004) kamu hastanelerinde çalışan hemşireler ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında; hemşirelerin yabancılaşma düzeyinin yüksek seviyede olduğunu tespit etmiştir. Hemşireler, yasal düzenlemelerin etkin şekilde uygulanmaması, görev tanımlarında karmaşa olması, rol belirsizlikleri, disiplinler arası iletişim kopukluğu, ekip içinde rol karmaşası, ağır iş yükü, vardiyalı çalışma, karmaşık araç ve gereçler kullanma, araç-gereç eksikliği, personel yetersizlikleri, yetersiz işgücü sonucu hastaya bütüncül olarak bakım verememe, hastaya uygulanacak işlemlerin bölünerek farklı kişiler tarafından yapılması sonucu iş bölümünün artması, bireysel inisiyatif ve yaratıcılıklarını ön plana çıkaramama, yaptığı işten doyum sağlayamama, stres ve tükenmişliği fazlası ile hissetme, hastalığa bağlı gerginlik yaşayan bireylerle ve aileleri ile iletişim kurma gibi ailelere bakım verme gibi çalışma koşullarından kaynaklanan engel ve zorlanma durumlarıyla karşı karşıyadırlar (Oruç 2004; Çetin, 2008; Gök, 2008). Çalışma ortamı ve şartlarıyla ilgili bu durumların hemşirelerin işe yabancılaşmalarına katkıda bulunduğu söylenilebilir.

Tablo 2'de görüldüğü üzere cinsiyet değişkeni güçsüzlük ve kendine yabancılaşma alt boyutlarıyla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.



Analiz sonuçlarına göre erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre güçsüzlük alt boyutuna ilişkin algılamaları daha yüksek bulunurken, yani erkek çalışanlar iş yerlerinde kendilerini daha güçsüz hissederlerken, kadın çalışanların kendine yabancılaşma alt boyutuna ilişkin algıları daha yüksek seviyede bulunmuştur. Erkek çalışanların kendini daha güçsüz hissetmeleri durumunun ülkemiz kültüründe erkek olma kavramına yüklenen kontrol etme ve özerklik istekleriyle açıklanabilir. Blauner'in güçsüzlük ile ilgili öne sürdüğü nedenler incelendiğinde, kontrol etme ve özerklik (otonomi) olmak üzere önemli iki gereksinimin tatmin edilmesinden yoksun kalma durumu dikkati çekmektedir. Bunun yanı sıra işgörenin yetersizlik duygusu, çalışma süreci üzerinde her türlü yönetim ve denetim olanağından yoksun kalma, örgütteki prosedür ve kurallardaki sık değişimler, teknolojinin değişim sıklığı, işgörenin sorunları çözmede yetersiz kalışı, becerilerin, yeterliklerin işin gereklerinin gerisinde kalması, yönetimi etkileme yollarının tıkanık oluşu, üretilen ürün ya da hizmet karşısında dışlanma duygusu, güçsüzlük duygusunun yoğunlaşmasına neden olmaktadır (Özler ve Dirican, 2009). Kadın çalışanların ise; kendine yabancılaşma alt boyutuna ilişkin algıları yüksek bulunmuştur. Kendine yabancılaşmada kişi yaptığı eylemleri denetleyemez ve yaptığı eylemlerin denetimi altına girer, yani kendini işine çok katamaz ve örgütün istediği şekilde davranır. Katılımcıların çoğunluğunun hemşire oluşu ve hemşirelerin iş yerlerinde yaşadıkları diğer sıkıntılar göz önüne alındığında cinsiyet ile kendine yabancılaşma arasında bağ kurulabilir.

Son olarak elde edilen sonuçlara göre; çalışma süresi, medeni durum ve yaş değişkenleri kendine yabancılaşma alt boyutu ile istatistiksel olarak fark göstermiştir. Araştırmaya katılanlardan çalışma süresi 16 yıl ve daha az olanların, yaşı 36 yaş ve daha küçük olanların ve bekar çalışanların kendine yabancılaşma alt boyutunu daha yüksek algıladıkları tespit edilmiştir. Kendine yabancılaşan birey, olmak istediği yer ya da yapmak istediği işle mevcut durumu arasında bir memnuniyetsizlik yaşamaktadır. 36 yaş altı genç, çalışma yılı az ve çoğunluğu bekar olduğu düşünülen çalışanların işe ait beklentilerinin yüksek olması ve umdukları tatmini yaşayamıyor olmalarının yine kendine yabancılaşma alt boyutunun daha yüksek algılanmasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

Tüm çalışanların temel ortalamaları değerlendirildiğinde ise (Tablo 3); işe yabancılaşmanın alt boyutları arasında en yüksek ortalama güçsüzlük boyutuna,

en düşük ortalama ise anlamsızlık boyutuna aittir. Durmaz (2015); sağlık çalışanlarında yabancılaşmanın alt boyutlarından güçsüzlük algısının yüksek düzeyde ve anlamsızlık algısının en düşük düzeyde olduğunu tespit etmiştir. Anlamsızlık algısının düşük seviyede olması, katılımcıların yaptıkları işin öneminin farkında olmaları, kendilerini işe yarar hissettiklerini göstermektedir. Çünkü; bireyin işini anlamlı görebilmesi için, işteki rolünde belirsizlikler hissetmemesi, yaptığı işte bir işe yaradığını, potansiyelini kullanabildiğini hissetmesi gerekir. Eğer bir iş; sosyal ortam sağlıyor, güvenlik duygusu veriyor, dayanışma ve iş birliği içinde yürüyor ise anlamlıdır (Myres,1970).

Güçsüzlük, kişinin kendi davranışı ile istediği sonuçları elde edemeyeceğine ya da aradığı desteği bulamayacağına ilişkin olumsuz algılamalarından, beklentisinden kaynaklanan duygusudur (Yeniçeri 2009). Güçsüzlük, bireyin kendi yaşamı ile ilgili kontrolün yitdiğini hissetmesidir. Güçlü olmak, kontrol ve idareyi elinde bulundurmaktır. Güçsüzlük, başkaları veya kişisel olmayan sistemler tarafından kontrol edilmektir. Güçsüz birey, kendi davranışlarını ortaya koymak yerine olaylara tepki vermekle yetinir, kendini yönlendiremez, başkaları tarafından yönlendirilir (Korman,1977). Gürsoy (2014)'un çalışma sonucuna göre Van'da görev alan sağlık çalışanları orta derecede işe yabancılaşma yaşamaktadır. Sağlık çalışanlarının işe yabancılaşma algılarının en yüksek olduğu boyutlar sırası ile kendine yabancılaşma ve normsuzluktur. İşe yabancılaşma algılarının en düşük olduğu boyutlar ise sırasıyla yalıtılmışlık ve güçsüzlük olmuştur. Bu araştırmaya katılan sağlık çalışanları en çok güçsüzlük algısı yaşamaktadırlar. Bu algı yöneticiler tarafından fark edilmeli ve güçsüzlük algısını ortadan kaldıracak tedbirler alınmalıdır. Çalışma şeklinin ve görevlerin yeniden düzenlenmesi, iş genişletme, iş zenginleştirme ve iş rotasyonu programları, amaçlara yönelik yönetim vb. gibi örgütsel ve yönetsel koşulları yeniden düzenleyen çalışmalar, işe yabancılaşma duygusunun azaltılmasında önem kazanmaktadır (Kanungo, 1992).

İşe yabancılaşma konusuna ilişkin olarak yapılan literatür taraması sonucunda konunun özellikle sağlık sektöründe çok fazla çalışılmadığı görülmektedir, bu yüzden de çalışmanın sonuçlarının sağlık sektörüne yürütülecek benzer çalışmalara rehberlik edeceği düşünülmektedir. Bu çalışma, bir kamu hastanesinde çalışan hekimler ve hemşireler üzerinde yürütüldüğünden

araştırmanın başka kurumlarda da yapılarak sonuçların genellenebilirliği açısından katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Başaran, İ. E. (2000). Örgütsel Davranış (İnsanın Üretim Gücü). Ankara: Feryal Matbaası.
- Bulut, N. (2010). Hastane İşletmelerinde Çalışma Koşullarının İşgörenler Üzerindeki Yabancılaşmaya Etkisi ve Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Bir Uygulama. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ceylan, A. ve Sulu, S. (2011). Organizational Injustice and Work Alienation, *Ekonomika A Management*, 2, 65-78.
- Çetin, G. (2008). Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Olumlu İş Ortamına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çevik, R. (2009). Ortaöğretim Kurumlarında Yönetici Davranışlarının Öğretmenlerin Mesleklerine Yabancılaşmasına Etkisi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yeditepe Üniversitesi/Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Darıyemez, K. (2010). Örgütlerde Ortaya Çıkan Yabancılaşma Sorunu ve Bu Sorunun Çözümü Açısından Halkla İlişkiler Çalışmalarının Önemi (Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Örneği). (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Başkent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Erdem, M. (2014). İş Yaşamı Kalitesinin İşe Yabancılaşmayı Yordama Düzeyi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 14, 2, 519-544.
- Fettahlıoğlu, T. (2006). Örgütlerde Yabancılaşmanın Yönetimi: Kahramanmaraş Özel İşletme ve Kamu Kuruluşlarında Karşılaştırmalı Bir Araştırma. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş.
- Gök, A. U. (2008). Hemşirelerin Mesleklerini Bırakma Nedenlerinin İncelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Gürsoy, F. (2014). Sağlık İşletmeleri Personelinin İşe Yabancılaşma Düzeyi: Van İli Örneği. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atılım Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Jesús Suárez-Mendoza, M. and Zoghbi-Manrique-de-Lara, P. (2008). The Impact of Work Alienation on Organizational Citizenship Behavior in The Canary Islands. *International Journal of Organizational Analysis*, 15, 1, 56-76.

- Kanungo, R. N. (1992). Alienation and Empowerment: Some Ethical Imperatives in Business. *Journal of Business Ethics*, 11,5-6, 413-422.
- Kaya, U. ve Serçeoğlu, N. (2013). Duygu İşçilerinde İşe Yabancılaşma: Hizmet Sektöründe Bir Araştırma. *Çalışma ve Toplum*, 1, 311-346.
- Korman, A. K. (1977). *Organizational Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Marx, Karl (1844). *Alienated Labor*. Committee for Marxist Direction.
- Mottaz, C. J. (1981). Some Determinants of Work Alienation. *The Sociological Quarterly*, 22, 4, 515-529.
- Myers, M. S. (1970). *Every Employee A Manager*. New York: Mc Graw-Hill Book.
- Nair, N. (2010). *A Study of Alienation Among Knowledge Workers*. (Submission of Thesis Proposal). Indian Institute of Management, Ahmedabad.
- O'Donohue, W. and Nelson, L. (2012). Work Engagement, Burn-out, and Alienation: Linking New and Old Concepts of Positive and Negative Work Experiences. 2012 BAM Annual Conference.
- Ofluoğlu, G. ve Büyükyılmaz, O. (2008). Türkiye Taşkömürü Kurumu Kozlu İşletme Müessesesinde Yabancılaşmanın Boyutları Üzerinde Etkili Olan Nedenlerin Araştırılması. *Kamu-İş*, 9, 4, 1-43.
- Oruç, D. (2004). *Kocaeli'deki Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde Yabancılaşmayı Etkileyen Faktörler*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kocaeli Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- Özbek, M.F. (2011). Örgüt İçerisinde Güven ve İşe Yabancılaşma İlişkisinde Örgüte Uyum Sağlamanın Aracı Rolü. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16, 1, 231-248.
- Özler, D. E. ve Dirican, M.Ö. (2015). Örgütlerde Yabancılaşma İle Tükenmişlik Sendromu Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 39, 291-310.
- Seeman, M. (1959). On the Meaning of Alienation. *American Sociological Review*, 24, 6, 783-791.
- Seeman, M. (1983). Alienation Motifs in Contemporary Theorizing: The Hidden Continuity of The Classic Themes. *Social Psychology Quarterly*, 171-184.
- Sulu, S., Ceylan, A. ve Kaynak, R. (2010). Work Alienation as a Mediator of the Relationship between Organizational Injustice and Organizational Commitment: Implications for Healthcare Professionals. *International Journal of Business and Management*, 5, 8, 27-38.
- Şimşek, M.Ş., Çelik, A., Akgemci, T. ve Fettahlıoğlu, T. (2006). Örgütlerde Yabancılaşmanın Yönetimi Araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15, 569-587.

- Tokmak, İ. (2014). Duygusal Emek ile İşe Yabancılaşma İlişkisinde Psikolojik Sermayenin Düzenleyici Etkisi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 6, 3, 134-156.
- Tummers, L. and Den Dulk, L. (2011). Meaningful Work for a Meaningful Life? Work Alienation and Its Effects in the Work and the Family Context. NIG Conference.
- Tuna, M. ve Yeşiltaş, M. (2014). Etik İklim, İşe Yabancılaşma ve Örgütsel Özdeşleşmenin İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisi: Otel İşletmelerinde Bir Araştırma. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 25, 1, 105-117.
- Tükel, İ. (2012). Modern Örgütlerde Yabancılaşma ve Kafka'nın "Dönüşüm" Romanının Bu Bağlamda Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 1, 2, 34-50.
- Valadbiği, A. (2014). The Study of the Elements of Work Alienation: A Case Study of the Urmia White Cement Factory, Western Azarbayjan Province, Iran. *Asian Social Science*, 7, 6, 206-219.
- Vassie, LH. and Lucas, WR. (2001). An Assessment of Health and Safety Management Within Working Groups in the UK Manufacturing Sector. *Journal of Safety Research*, 32, 479-490.
- Yeniçeri, Ö. (2009). Örgütlerde Çatışma ve Yabancılaşma Yönetimi. İstanbul: IQ Kültür ve Sanat Yayıncılık.
- Yetiş, Z. (2013). Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde İşe Yabancılaşma. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Yıldız, M. Urgan, M. (2009). Toplu Ulaşım Sistemlerinde Elektronik Kart Uygulamasının Ulaşım Performansına Etkisi ve Bir Örnek Uygulama. *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 9 (16):461-470.
- Yalçın, M. (2009). Acil Servis Hizmetlerinin Simülasyonu: Karşıyaka Devlet Hastanesi Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Zhu, Z., Heng, B.H., Teow, K.L. (2012). Analysis of Factors Causing Long Patient Waiting Time and Clinic Overtime in Outpatient Clinics. *J Med Syst*, 36 (1): 707-713.
- [http://www.tkhk.gov.tr/DB/6/2777\\_mhrsnn-tarihcesi](http://www.tkhk.gov.tr/DB/6/2777_mhrsnn-tarihcesi) Erişim Tarihi: 08.05.2017



# Klinik Kalite Yönetimi Uygulamalarına Hekimlerin Yaklaşımı

Gönderim Tarihi: 29.03.2017

Kabul Tarihi : 15.05.2017

Hülya Şahin<sup>1</sup>

Songül Çildağ<sup>2</sup>

Mihrican Çelebi<sup>3</sup>

## ÖZ

Bu araştırmada sağlıkta kalite sisteminin bir parçası olarak 13. 02. 2012’de başlatılmış olan, "Türkiye Klinik Kalite Programı" hakkında Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi MSKÜEAH’nde ilgili branşlarda çalışan hekimlerin uygulamaya ilişkin bilgi düzeyleri saptanmaya çalışılmıştır. Aynı zamanda söz konusu programın bir devamı olarak 01. 07. 2015’te SKS-Hastane Versiyon 5’te yayımlanan klinik göstergelerle ilgili yürütülecek çalışmalara hekimlerin yaklaşımları, çalışmaya uyum gösterme konusundaki genel tutumları değerlendirilmiş, uygulamada karşılaşılabilecek olası aksaklıklar belirlenerek, sistemin baştan sağlıklı kurulabilmesi adına önlemeye dönük öneriler sunulmuştur.

Araştırma gerçekleştirilirken bireylerden detaylı bilgi alabilmek ve uzman görüşüne başvurmak amacıyla yararlanılan nitel araştırma yöntemlerinden derinlemesine görüşme tekniği ve tekniğin görüşme formu yaklaşımı kullanılmıştır. Araştırma kapsamında klinik gösterge takibi yapılan beş branştan dokuz uzman hekimle görüşülmüş, görüşme bulguları görüşmelerde yoğunluk içeren ifadeler gruplandırılmak suretiyle değerlendirilmiştir.

1 Muğla Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, hulyasahin-48@hotmail.com

2 Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, songulcildag@yahoo.com

3 Muğla Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, mihrican.celebi@gmail.com

Araştırma sonucunda MSKÜEAH'nde SKS Versiyon-5'te ilk defa yer alan klinik kalite gösterge takip sisteminin baştan sorunsuz bir şekilde uygulamaya konabilmesi için sürecin içinde yer alacak tüm paydaşlara (bilgi işlemci, istatistiki, ilgili uzman hekimler, ilgili yöneticiler, süreçte yer alan sağlık çalışanları) yeterli bilgilendirme yapılması gerektiği ortaya konmuştur. Hekimlerin klinik kalite göstergelerinin gerekli ve yararlı olduğu konusunda hemfikir oldukları, sistem hakkında gerekli bilgilendirmeler yapılması, fazla zaman almayacak, pratik bir veri toplama sistemi kurulması halinde hekimlerin çalışmalara uyum gösterecekleri ve katkı sağlayacakları sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Kalite, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Klinik Kalite



# Physicians' Approach to Clinical Quality Management Applications

## ABSTRACT

In this research, which was launched on 13. 02. 2012, as a part of a quality health care system, "Turkish Clinical Quality Program" has tried to determine whether physicians from the relevant branches have knowledge regarding to the implementation or not. At the same time as a continuation of mentioned program on 01. 07. 2015 at HQS (Health Quality System-Hospital) in Version 5, approaches of physicians to the work carried out regarding the published clinical indicators and their attitudes toward compliance work were evaluated and by determining possible problems that may be encountered in practice, prevention-oriented proposals were presented for the purpose of establishing the system healthy from the beginning.

To get detailed information from the individuals performing research and in order to seek the opinion of the experts in-depth interviews techniques and interview form approaches of this technique is used as a qualitative research method. Nine experts from five branches that the scope of the study was discussed with physicians follow clinical indications, interview findings are evaluated by expression grouped with intensity in the talks. As a result, for the first time situated SKS-5 Version clinical quality indicators tracking system to be implemented smoothly from the start all stakeholders will take place within the process (information processing, statistician, the specialist physicians, relevant managers, health workers Situated in process) have demonstrated that sufficient information should be made. And they agreed that the clinical quality indicators physician is necessary and helpful, making necessary information about the system, the more time will not have reached a practical data collection system will adapt to the work of doctors in case of establishment and the results will contribute.

**Keywords:** Quality, Quality in Health Care, Clinical Quality



## 1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan hayatıyla ilgili olması ve meydana gelebilecek hataların geri dönüşünün çoğu kez mümkün olmaması sağlık hizmetlerinde kalite yönetimini gerekli kılmaktadır (Aslantekin vd., 2007: 57-59).

Sağlıkta kalite yönetimi, teşhis, tedavi ve bakım süreçleri ile doğrudan ilişkilidir. Sağlık kuruluşlarının bir yandan bilimsel norm ve standartlara uygun teşhis ve tedavi prosedürleri uygulaması, diğer yandan hizmet sunum süreçlerinde hastaların beklenti ve isteklerine cevap vermesi gerekmektedir (Aslantekin vd., 2007: 63).

Geçmiş çok eskilere dayanan sağlıkta kalite çalışmalarında dünyada 1951 yılında Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) adlı kuruluşun sağlıkta kalite alanında çalışmalar yürütmek amacıyla kurulmasıyla ABD öncü konumdadır. Kuruluş günümüzde Joint Commission International (JCI) adı altında çalışmalarına devam etmektedir (Yusufoğlu, 2008: 30).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde 1980'li yıllardan sonra, özellikle hastanelerde kalite yönetimi çalışmaları hızlı bir yayılma göstermiştir. Özel hastaneler, kalite çalışmalarına kamu hastanelerinden daha önce başlamıştır. Bu çalışmalar özellikle yurt dışından hasta kabul eden hastanelerde öncelikle sigorta şirketleri ile anlaşma yapılabilmesi amacıyla akreditasyon zorunluluğundan ve kalite çalışmalarının kurumsal gelişim ile rekabete yönelik faydaları nedeniyle başlatılmıştır.

Devletin hizmet sunumunda önemli yere sahip olması, kalite çalışmalarına ilgi göstermesine neden olmuştur. Sonraki yıllarda hastaneler Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından kalite yönetimi ile ilgili belge almaya teşvik edilmiştir. En yaygın tercih edilen Kalite Yönetim Sistemi ISO 9001:2000 ve ISO 9001:2008 standartları olmuştur. ISO standartları, tıbbi süreçleri tam olarak içermediğinden sağlık çalışanları, özellikle hekimler tarafından tam olarak benimsenememiştir. Uluslararası akreditasyon ise hem maliyetli olması hem de ulusal koşullara uygun olmaması nedeniyle tercih edilmemiştir. Sağlık Bakanlığı, kalite yönetimi uygulamaları çerçevesinde standart geliştirme çalışmalarını sürdürmesi nedeniyle, 24.01.2012 tarihinden itibaren TSE ile olan, TSE EN ISO 9001: 2008 belge sözleşmesini karşılıklı olarak feshetmiştir (Şahin, 2012: 95).

Tıbbi hizmetlerde dünyada olduğu gibi ülkemizde de akreditasyon standartlarının gerekliliğinin ortaya çıkması üzerine, 2005 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından uluslararası kalite akreditasyon kuruluşlarıyla işbirliği yapılarak, sistematik ve kapsamlı bir şekilde ulusal bir standart seti oluşturma faaliyetleri başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında 100 sorudan oluşturulan kalite kriterleri, 2007 yılı başında yapılan revizyonla 150 soruluk bir set haline almıştır. 2008 yılında yapılan revizyonda ise, 150 sorudan oluşan kalite kriterleri tamamen revize edilerek, hem yapısal, hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir. 2009 yılında özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik 388 standart ve 1450 alt bileşenden oluşan "Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları" hazırlanarak yayımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından 2011 yılında, sağlıkta ulusal kalite sistemini kurmak amacıyla SB ve üniversite hastaneleri ile özel hastaneleri kapsayan, 621 standarttan oluşan Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları (SHKS) Hastane Seti yayımlanmıştır. Bilindiği üzere Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından SHKS-Hastane Seti Versiyon 4'ün revize edilmesiyle 01. 07. 2015'te SHKS-Hastane Versiyon 5 yayımlanmıştır.

SHKS-Hastane Versiyon 5 yapısal ve sistematik olarak önceki versiyonlardan oldukça farklı, hastanelerdeki tüm birimleri kapsayıcı ve detaylı olarak düzenlenmiş, ayrıca klinik göstergelere yer verilmesiyle daha önce klinik süreçleri kapsayan standartlar bulunmasına rağmen, tıbbi süreçlerin detaylı olarak incelendiği ve ölçüm çalışmalarının yapıldığı bir takip sistemi oluşturulmuştur (kalite.saglik.gov.tr, 2015).

Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye'de klinik kaliteye yönelik mevcut durum tespiti yapılması ve klinik kalitenin ölçülmesine yönelik klinik kalite ölçme ve değerlendirme sisteminin geliştirilmesi amacıyla sağlıkta kalite sisteminin bir parçası olarak 13. 02. 2012'de "Türkiye Klinik Kalite Programı" başlatılmıştır. Program başlangıçta kamu adına sağlık hizmeti veren kuruluşları kapsamış, daha sonra ise üniversite hastaneleri ve özel hastaneler de programa dahil edilmiştir. Bu program kapsamında başlangıç için hastalık yükü çok olan branşlar ele alınmıştır. Uygulamanın devamında ise özellikle uluslararası standartların gerisinde kaldığı tespit edilen ve toplumun, sağlık politikalarının öncelikleri dikkate alınarak programın hangi branşları kapsayacağı ele alınıp belirlenecektir (saglik.gov.tr, 2015).

Tıbbi hizmet kalitesi denildiğinde hastane ortamının uygunluğu, estetiği, çalışanların davranışları, bilgi-işlem sistemleri, teknolojik donanım, bekletilmeme, bilgilendirilme gibi birçok olgu akla gelir. Bunlarla birlikte hastaların temel beklentisi olan teşhis, tedavi ve bakımın doğruluğu şüphesiz bu olguların en önemlileridir. Diğer koşullar sağlandığı halde yanlış teşhis, tedavi ve bakımın uygulandığı sağlık sistemlerinde kaliteden söz edilemez. Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde poliklinik, klinik, laboratuvar, ameliyathane, acil servis gibi hizmetler birbiriyle sıkı bir ilişki içindedir. Bu nedenle, tıbbi hizmetleri yürüten hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile idari ve destek hizmetlerini sağlayan birimlerin kolektif bir şekilde çalışmaları ile kaliteli sağlık hizmeti sunumu sağlanabilir. Kalite çalışmaları sağlık hizmeti sunumu sürecinde yer alan herkesin işidir. Sağlık hizmetlerini sunanlar, sağlık hizmetlerinden yararlananlar ve sağlık hizmetlerinde yararlananların haklarını savunan kuruluşlar her geçen gün kaliteyle daha çok ilgilenmektedir (Asunakutlu, 2004: 2).

Kaliteyi sağlık hizmetleri yönetiminin doğal bir parçası olarak ele alan stratejiler, hem sistemin her kademesindeki yöneticilerin tam desteği ve katılımı, hem de sahada hizmeti bizzat sunan çalışanların bu işi sahiplenmesiyle engelsiz bir şekilde yürütülebilir. Bu nedenle ideal olan; yukarıdan veya merkezden yönlendirilmiş genel stratejiler doğrultusunda aşağıdan yukarıya doğru gelişen hizmet sunumu ile klinik şefleri, sorumlu hemşireler gibi orta düzey yöneticilerin yetkilerinin artırılmasının uyum içinde bir arada yürütülmesidir (Hayran ve Uz, 1998: 172).

Bu çalışmanın amacı, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi (MSKÜEAH)'nde klinik kalite göstergelerinin takip edildiği branşlarda görev yapan, sağlık hizmeti sunumunda öncü konumda olan ve sağlıkta kalite uygulamalarında önemli rol üstlenen hekimlerin sağlıkta klinik kalite uygulamalarına bakış açılarını ortaya koymak, klinik kalite uygulamalarının başarıya ulaşması konusunda hekimlerin yaklaşımını değerlendirmektir.

## 2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

### 2.1. Klinik Kalite Yönetimi

Sağlık hizmetlerinde kalitenin farklılık göstermesine veya düşmesine neden olan başlıca faktörler arasında, verilen sağlık hizmetlerindeki farklılıklar yer

almaktadır. Kalite ve maliyeti en fazla etkileyen faktör belli tıbbi uygulamalardaki farklılıklardır (varyasyonlar). Bu farklılıkların yerel uygulamalar, kaynaklar, hasta tercihi veya klinik yaklaşım farklılıkları ile açıklanması doğru ve uygun değildir. En güzel örnekler arasında aynı tanı konan belirli bir hasta grubunda hastanede yatış süresinin farklı olması, sezaryenle doğum oranlarındaki farklılıklar (% 0 ile % 40 arasında) ve diyabet bakımındaki farklılıklar sayılabilir (Akalin, 2013: 27).

Kalite yönetiminin ilkelerinden biri de verilerle çalışmaktır. Veriler, gerçekleri ifade eder. Özellikle kalite gibi soyut özellikleri olan bir olgunun incelenmesinde somut veriler, yani ölçümler çok önemlidir. Sağlık kuruluşunun her düzeyinde ve her fonksiyonunda performansın ve kalitenin geliştirilmesi amacıyla yapılan mevcut durumun belirlenmesi, mevcut durumun uygun olup olmadığının kanıtlanması, gerçekleşen iyileşmenin tanımlanması, iyileşme sürecinin yönetilmesi, gelişmelerin izlenmesi gibi birçok faaliyeti gerçekleştirebilmek için verilere ihtiyaç vardır. Veriler ise ölçüm yoluyla elde edilir. Ölçüm yoluyla elde edilen verilerin değerlendirilmesi için de istatistik biliminden yararlanılmalıdır. Çünkü ölçümle elde edilen bilgilerin yapısında mutlaka bir değişkenlik vardır. Örneğin, hatalar değişkendir. Bu değişkenlik istatistikten yararlanarak incelenebilir, hata nedenleri bulunabilir, nedenler ortadan kaldırılabilir (Yenersoy, 1997: 83-84).

Ürün ve hizmetlerde aranılan özelliklerin sağlanabilme derecesinin doğru yöntemlerle ölçülebilmesi kalite güvencesinin önemli bir göstergesidir. "Ölçemediğinizi yönetemezsiniz" ifadesi bu konunun hassasiyetini ortaya koymaktadır. Kalite yarışında ölçülmesi gerekli görülen nitelikleri ölçebilen kuruluşlar daha başarılı olacaktır (Kovancı, 2001: 11).

Klinik kaliteyi ölçebilmek için kanıta dayalı kalite göstergelerinden yararlanmak gerekmektedir. Bu göstergelerin geliştirilmesi de özel bir metodoloji ile mümkün olabilmektedir. Klinik kaliteyi Donabedian'ın 1980 yılında tanımladığı yapı-süreç-sonuç temelleri çerçevesinde incelemekte yarar vardır:

- Sağlık kuruluşunun yapısı (structure): Sağlık kuruluşunun fiziksel, teknolojik ve mekanik yapısı, çalışanlarının bilgi, yetenek, profesyonel karakterleri, yönetim felsefesi ve hizmet verdiği toplumun demografik özellikleri yapının kalitesini etkiler.

- Sağlık kuruluşunda olagelen süreçler/işlemler (processes): Tanı ve tedavide izlenen yolun, karar verme fonksiyonlarının çağın bilimsel ve teknolojik düzeyine uygunluğu, bu teknik unsurların uygulanmasında hasta ile olan iletişim ve etkileşimler hizmetin kalitesini etkileyen diğer önemli faktörlerdir.
- Sağlık hizmetinden elde edilen sonuçlar (outcomes): Alınan sonuçların klinik, ekonomik ve hümanistik açıdan değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi hizmet sonucu elde edilen kalitenin ölçülmesi ile mümkün olabilir.

Bütün bunlar sağlık hizmetlerinin sunumunda belirli ölçümlerin yapılması ve kıyaslanması gerçeğini açıkça ortaya koymaktadır. Bu ölçümler yapıldıktan sonra, verilen hizmetin gerçek kalitesinin ne olduğu ortaya çıkacaktır. Kalite ölçümü yapılmadan kalite iyileştirme programlarının yapılması imkânsızdır.

Dünyada sağlık alanında en önemli akreditasyon kuruluşu olan JCI tarafından klinik kalite gösterge takibi çalışmaları yürütülmektedir. ABD sosyal sigorta kuruluşlarından Medicare ve yine ABD sosyal refah programı olan Medicaid tarafından da "Accountable Care Organization" (ACO) kavramı içinde daha çok enfeksiyon hastalıkları, özellikle de sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonları kapsayan bir seri kalite ve performans göstergesi geliştirilmiştir.

Hem hekimin hem de sağlık kurumunun performansının volüm-hacim bazlı değil, kalite-değer bazlı ölçülmesi önem arz etmektedir. Kalite-değer bazlı performans değerlendirmesi yapabilmek için de verilen sağlık hizmetinin kalitesinin, belirlenmiş hastalık ve belirtiler için geliştirilen kanıta dayalı kalite göstergeleri yoluyla ile ölçülmesi zorunlu hale gelmiştir (Akalın, 2013: 27).

Tüm bu gereklilikler doğrultusunda ve dünyada klinik kalite çalışmalarının yaygınlaşmasının etkisiyle Sağlık Bakanlığı tarafından sağlıkta kalite sisteminin bir parçası olarak 13. Şubat. 2012'de "Türkiye Klinik Kalite Programı" başlatılmıştır. Program kapsamında öncelikle mevcut durum tespitine yönelik çalışmalar gerçekleştirilmiş, bu amaçla hastaların ve sağlık çalışanlarının kalite algısının değerlendirilmesine yönelik 14 ilde toplam 4943 anket uygulanmıştır. Çalışmaların devamında pilot uygulamalar için gebelik, diz protezi ve diyabet olmak üzere üç branşta göstergeler belirlenmiş, çalışma grupları kurulmuş, belirlenen göstergelerin Sağlık. NET 2 sistemine entegrasyonu sağlanmış ve 7 coğrafi bölgede, 8 ilde 9 özel hastane, 6 üniversite hastanesi, 9 kamu hastanesi

ve 20 aile sağlığı merkezinde pilot uygulamalar gerçekleştirilmiştir. Daha sonra belirlenen u branştaki göstergelere kalça protezi replasmanı, inme ve koroner kalp hastalığı göstergeleri de eklenmiştir. Söz konusu klinik kalite ölüm sistemi, göstergeler ve standartlar üniversitelerin ve Sağlık Bakanlığının st düzey uzmanlarından seçilen danışma kurulları tarafından oluşturulmuştur. Ulusal hastalık yükü çalışmaları, sağlık sorunlarının bireye ve topluma etkisi, llebilirliği ve uluslararası uygulamalar dikkate alınarak özellikle uluslararası standartların gerisinde kaldığı tespit edilen ve toplumun, sağlık politikalarının öncelikleri dikkate alınacak şekilde programa yeni konu başlıkları ve göstergeler eklenmesi planlanmaktadır.

Program kapsamında yürütülen çalışmaları geliştirmek amacıyla 12 alıştay düzenlenmiştir. Sağlık sektöründe klinik kalite uygulamalarının yaygınlaştırılması sayesinde oluşacak standartların ve göstergelerin ulusal düzeyde kalmayıp, uluslararası düzeye çıkarılması hedeflenmektedir. Buna bağlı olarak sağlık turizmine de olumlu katkılar sağlanması beklenmektedir. Klinik kalite uygulamaları ile sağlıkta kalitenin somut verilerle llmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesi sistemin sürdürülebilir bir iyileştirme sürecine kavuşması ve halkın sağlık düzeyinin artırılması sağlanabilecektir (sağlik.gov.tr, 2015).

01.Temmuz.2015'te yayımlanan SKS Hastane Versiyon-5'te bulunan bölüm bazlı göstergeler içerisinde de klinik süreçleri kapsayan bölümler bulunmakla birlikte klinik kalite uygulamaları çerçevesinde klinik kalite göstergeleri de sete dahil edilmiştir. SKS Hastane Versiyon-5'te bulunan klinik göstergeler şunlardır:

- Koroner Arter Hastalığı
- Kalça Kırığı
- Artroplasti (Diz ve Kalça Eklemi)
- Diabetes Mellitus
- İnme
- Katarakt Operasyonu

Göstergelerden sağlıklı sonuçlar elde edilebilmesi, çalışanlara ek iş yükü getirmemesi açısından göstergelere ilişkin verilerin mümkün olduğunca hastane



bilgi yönetim sistemleri üzerinden toplanması, bildirim dayalı verilerin elde edilmesi konusunda da çalışanlarda bildirim ve kayıt kültürünün oluşturulması ve hatalardan öğrenme sürecine ilişkin motivasyon sağlanması önem arz etmektedir (kalite.saglik.gov.tr, 2015).

## 2.2. Kalite Yönetimine Hekimlerin Katılımı

Kalite yönetimi ancak tüm ilkeleri benimsenip, uygulanırsa, başarılı olabilmektedir. Organizasyonlarda geçerli olan yönetim anlayışı, organizasyon, yöntem ve sistemleri kapsayan bu ilkeler, odak noktası olarak insanı almaktadır (Şimşek, 2002: 34). Kalite yönetiminin temel ilkelerinden tam katılım, organizasyonlardaki tüm birimlerin ve bütün süreçlerin kaliteyi oluşturma, geliştirme ve sürekli iyileştirme çalışmalarını kabul etmesi, desteklemesi ve bizzat katılmasıdır. Kalite bir zincir halkası olarak sembolize edilirse, zincirin her halkasının ana amacının yüksek kaliteyi sağlamak olması ve halkalar arasında etkin bir iletişimin var olması gerekmektedir. İyi bir iletişim sisteminin bulunmadığı ve eksik katılımın olduğu kuruluşlarda kalite yönetiminden bahsetmek mümkün değildir. Kalite yönetiminde çalışanlar pasif katılımcılar değil, aktif problem çözücü ve uygulayıcılarıdır (Bayrak ve Göncüoğlu, 2001: 91-94). Çalışanlar, katılımcı bir ortamda değişim sürecine müdahil oldukları için uygulamalara direnç göstermemekte ve hedeflere yönelik çalışmalarda daha iyi motive olmaktadır (Kıngır, 2006: 56).

Tam katılımın sağlanabilmesi, bireylerdeki hata yapma korkusunun giderilmesi, motivasyon, takım ve grup olarak karar alma imkânı tanınması ile mümkün olmaktadır. Geliştirilecek ödüllendirme mekanizmaları ile katılımın sürekliliği sağlanabilmektedir. Maddi ödüllerin yanında verilecek onursal ve tanınmayı sağlayacak ödüller gibi motive edici unsurlar, kalite yönetimi anlayışının yerleştirilmesi ve kurumsal aidiyet duygusunun gelişmesi açısından önemlidir (Bayrak ve Göncüoğlu, 2001: 91-92). Kalite yönetimi uygulamalarında çalışanlarla ilgili yaşanan sorunların en önemli kaynağı yetersiz ya da yanlış eğitim olarak gösterilebilir. Bu nedenle eğitimler planlı ve sistematik olarak gerçekleştirilmeli, eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, eğitim için yeterli kaynak ayrılmalı, eğitim için zaman ayrılmalı, eğitimlere katılım sağlanmalı, eğitimler içerik ve eğitimcinin yetkinliği açısından yeterli olmalı ve eğitim sonuçları sistematik olarak izlenip değerlendirilmelidir (Şimşek, 2002: 129-186).

Sağlıkta kalite uygulamalarında karşılaşılan en önemli sorunlardan biri çalışanların ek görev ve yeniliklere gösterdiği isteksizliktir. Bu sorun, yeni uygulamalara kapalılık, değişime direnç ve yönetsel içreklik biçiminde ortaya çıkmaktadır (Asunakutlu, 2004: 102).

Sağlıkta kalite yönetiminin başarıya ulaşabilmesi için hekimlerin katılımının sağlanması şarttır. Hekimlerin tıbbi hizmetlerde lider ve birinci derecede sorumlu kişi olmaları nedeniyle kalite yönetiminin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi, diğer çalışanların katılımının sağlanabilmesi için hekimlerin sisteme dahil olması ve kalite uygulamalarında sürükleyici rol oynaması gerekir. Hekimlerin kalite komitelerinde ve ekiplerinde, kalitenin sürekli iyileştirilmesi amacıyla yapılan eğitimlerde yer almaları sağlanmalıdır (Aslantekin vd., 2007: 68; Tengilimoğlu vd., 2009: 398-399).

Hastanelerde teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin önemli bir kısmı hekim ve hemşireler tarafından yürütülmektedir. İdari ve mali hizmetlerin yapısı kalite yönetiminin esneklik, ekip yaklaşımı ile sorun çözme ve kalite iyileştirme uygulamalarında kolektif çalışmaya uygun olmasına karşılık hekimlerin teşhis ve tedavi hizmetlerinde bireysel otorite ve sorumluluk, esnek olmayan planlama ve uygulama anlayışları vardır. Amaç hastanın tedavisidir ve bu konudaki birincil sorumlu hekimdir. Bu nedenle bu alan hastane yöneticileri tarafından kontrol edilememekte, hekimler kendi planları doğrultusunda kliniklerini yönetmektedirler (Çoruh, 1995: 3).

Hekimlerin kalite yönetimine karşı dirençlerinin aşılabilmesi için bu direncin nedenlerinin iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Her yenilikte olduğu gibi kalite yönetimi uygulamalarında da bazı dirençlerle karşılaşılması doğaldır. Geleneksel yapıları gereği hekimler, otonom çalışmaya alışmış ve hastalarına karşı kendilerini doğrudan sorumlu hisseden bir meslek grubudur. Bununla beraber hekimler kalite felsefesinin doğruluğuna inandıklarında mesleki yapıları ve birikimleri nedeniyle uygulamayı en üst düzeyde başarıya ulaştırabilmektedirler. Hekimlerin kalite yönetiminin kendilerine aşağıdaki yararları sağlayacağına inanmaları gerekir (Yusufoğlu, 2008: 75; Tengilimoğlu vd., 2009: 399):

- Mesleki uygulamalarda daha fazla özerklik sağlayabileceklerdir.
- Hastane işleyişinde daha güçlü bir etkiye sahip olabileceklerdir.

- Hastaları hastaneden memnun ayrılacaklardır.
- Sağlık hizmeti verirken daha kaliteli bir destek hizmeti alacak, daha iyi koşullarda hizmet sunabileceklerdir.
- Refere edilen ve kurumu seçen hasta sayısı artacaktır.
- Hastanede hem klinik hem de idari yönden kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.
- İşler düzenli yürüdüğünden hastalara ayıracak daha çok zamanları olacaktır.

Hekimlerin kalite yönetimine katılımını ve adaptasyonunu sağlamak için ilgi alanlarına dönük konulardan başlayarak kurumsal iyileştirme çalışmalarına katkıları sağlanmalıdır. Hastanenin değişik uzmanlık dallarında görev alan klinik şefleri kendi alanlarında sıklıkla karşılaştıkları komplikasyon ve benzeri olayların (anestezi sonrası komplikasyon yüzdeleri, ameliyat tehirleri, sezaryen ameliyatlarının yüzdeleri, ameliyat öncesi teşhis ilişkileri, patoloji sonuçları, ölüm oranları, yanlış tetkik sonuçları vb.) sebep ve sonuçlarını izleyerek, daha önceki verilerle kıyaslama yoluyla klinik fonksiyonlarda iyileştirme sağlayabileceklerdir (Çoruh, 1995: 3).

Kalite yönetiminin başarılı bir şekilde uygulanmasında hekimlerin katılım ve katkılarının sağlanması amacıyla aralarında liderlik rolünü üstlenebilecek bir hekimin seçilmesi, klinik işleyiş süreçleriyle ilgili ölçümlerin yapılabilmesi için hekimlerden sağlanan verilerden yararlanılması, zamanında bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulması ve hekimlerin önerilerinin alınması son derece önemlidir (Tengilimoğlu vd., 2009: 398).

### 3. ARAŞTIRMA

#### 3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, MSKÜEAH'de klinik göstergelerin takip edileceği branşlarda görev yapan uzman hekimlerin sağlıkta kalite yönetiminin bir parçası olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan klinik kalite uygulamaları konusunda bilgi düzeyini ve uygulamalar hakkındaki görüşlerini belirlemek, sistemin uygulanabilirliğine yönelik düşüncelerini almak, sisteme yönelik genel tutumlarını ortaya koymaktır. Aynı zamanda klinik kalite uygulamalarının başarıya ulaşması konusunda hekimlerin yaklaşımını değerlendirmek, varsa öngörülen sorunları saptayarak sistemin sağlıklı

yürütülebilmesi için çözüm önerileri geliştirmeye çalışılmıştır. Bu araştırma yoluyla klinik kalite sistemi kapsamında 2012'den beri yürütülen veri toplama çalışmalarının, SKS-Hastane Versiyon 5'te Klinik Gösterge Takip Sistemi kapsamına alınmasıyla, MSKÜEAH'de sistemin başta sağlıklı bir şekilde kurulmasını ve ilerlemesini sağlayabilecek bulgulara erişilmesi umulmaktadır.

### 3.2. Araştırma Yöntemi

Araştırmanın gerçekleştirilmesinde belirli bir konuya ilişkin derinlemesine bilgi edinmek için kullanılan nitel araştırma yöntemlerinden, konu hakkında detaylı yüz yüze görüşmeler yapılarak uygulanan, derinlemesine görüşme (mülakat) tekniğine başvurulmuştur. Derinlemesine görüşme tekniği kullanılırken araştırmacının hem önceden belirlediği konuyla ilgili hazırladığı soruları sorma, hem de görüşme sırasında daha ayrıntılı bilgi almak amacıyla ek sorular sorma özgürlüğüne sahip olduğu görüşme formu yaklaşımı tercih edilmiştir (Cengiz vd., 2015: 90-100).

Araştırma kapsamında, MSKÜEAH'de klinik kalite göstergelerinin takip edileceği göz, nöroloji, dahiliye, ortopedi ve kardiyoloji branşlarında görev yapan ve görüşmeyi kabul eden dokuz uzman hekimin görüşüne başvurulmuştur. Zaman kısıtlılığı ve hekimlerin yoğun çalışma koşulları nedeniyle dahiliye branşından bir, diğer branşlardan ikişer uzman hekimle görüşme yapılabilmektedir. Görüşme sırasında konuyla ilgili araştırılmak istenen konuları içeren on soruluk bir görüşme formu hazırlanmıştır (Ek-1). Ancak görüşme içeriği soru listesiyle sınırlanmamıştır. Görüşme esnasında konuyla ilgili olarak görüşülen kişinin eklemek istediği fikir veya bilgileri ifade etmesine ve araştırmacının görüşme sırasında görüşme formuna ek olarak soru sormasına olanak tanınmıştır. Görüşme sırasında klinik kalite uygulamaları hakkında görüşülen hekimlere uygulamalara ilişkin bilgi düzeyleri sorulduktan sonra bilgi sahibi değilse konu hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Hekimlerin yoğun çalışma koşulları nedeniyle görüşme randevusu almakta zorluklar yaşanmıştır. Ayrıca hastane bilgi işlem sorumlusu, istatistik sorumlusu, kalite yönetim direktörü, eğitim birimi sorumlusu ve klinik kalite programından sorumlu başhekim yardımcısından da bilgiler alınmıştır. Görüşmeler tamamlandıktan sonra görüşme notları özetlenmiş, görüşme metinlerindeki öne çıkan temalar gruplanmak suretiyle değerlendirilmiştir. Aşağıdaki tabloda katılımcılara ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler

Görüşülen Hekim Kod	Uzmanlık Alanı	Cinsiyet	Meslekte Çalışma Süresi	MSKÜEAH'de Çalışma Süresi
G-1	Nöroloji	Erkek	6	2
G-2	Ortopedi ve Travmatoloji	Erkek	6	3
G-3	Ortopedi ve Travmatoloji	Erkek	6	2
G-4	Kardiyoloji	Erkek	5	3
G-5	Göz	Kadın	2	1
G-6	Göz	Erkek	2	1
G-7	Nöroloji	Kadın	1	1
G-8	Kardiyoloji	Erkek	6	3
G-9	Dahiliye	Kadın	4	3

MSKÜEAH'de klinik kalite göstergelerini kapsayan branşlarda görev yapan hekim sayısı;

Nöroloji: 5

Ortopedi ve Travmatoloji: 5

Dahiliye ve Endokrinoloji: 9

Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahi: 6

Göz: 6

Toplam 31' dir.

Araştırma kapsamında toplam dokuz uzman hekimle görüşülebilmektedir. Bunlardan üçü kadın, altısı erkektir. Nöroloji, Ortopedi ve Travmatoloji, Kardiyoloji ve Göz branşlarında ikişer uzman hekimle, Dahiliye branşında ise bir uzman hekimle görüşülmüştür. Görüşülen hekimlerden üçü meslekte 1-2 yıl, ikisi; 3-5 yıl, dördü ise 6-7 yıl çalışma süresine sahiptir. Görüşülen hekimlerin MSKÜEAH'de çalışma süreleri ise; 1-2 yıl; 6 hekim, 3-5 yıl; 3 hekimdir.

### 3.3. Etik

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için MSKÜEAH'nin bağlı bulunduğu Muğla Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği yönetiminden yazılı izin ve onay alınmıştır.

## 4. BULGULAR VE DEĞERLENDİRME

Araştırma kapsamında görüşme formu hazırlanırken literatürde kalite yönetimine katılımı etkileyen önemli faktörlerden yola çıkılmış, klinik kalite uygulamaları ile ilgili literatür taramaları yapılmış, Sağlık Bakanlığı'nın klinik kalite uygulamaları ile ilgili yürüttüğü çalışmalar incelenmiştir. Aşağıda görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular, bu temalar ve ilave görüşler baz alınarak değerlendirilmiştir. Ayrıca görüşme formunda yer verilmemiş, ancak görüşmecilerin özellikle vurgulamak istedikleri konular da dikkate alınmıştır. Bulgular sırasında katılımcıların görüşleri ifade edilirken katılımcılar G-1, G-2... şeklinde kodlanmıştır. Ayrıca kodlamalarla birlikte hekimlerin uzmanlık alanları da belirtilmiştir. Aşağıdaki tabloda araştırma kapsamında görüşülen hekimlere yöneltilen sorulara verilen cevaplar değerlendirilmiş, cevaplar temalara göre gruplandırılmış, elde edilen çıkarımlar şematize edilmiştir:

**Tablo 2. Görüşme Bulguları**

		G-1	G-2	G-3	G-4	G-5	G-6	G-7	G-8	G-9	Toplam
SKS Eğitim Alma Durumu	Almış					x			x		2
	Almamış	x	x	x	x		x	x		x	7
SKS'ye Bakış Açısı	Olumlu	x			x	x			x	x	5
	Olumsuz		x	x			x	x			4
Klinik Kaliteye Bakış Açısı	Olumlu	x	x		x	x	x	x	x	x	8
	Olumsuz			x							1
Veri Toplama Sürecine Uyum	Olumlu	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
	Olumsuz										-
Klinik Kalite Uygulamalarını Yararlı Bulma	Olumlu	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
	Olumsuz										-

#### 4.1. Sağlıkta Kalite Standartları ve Klinik Kalite Programı Konularında Eğitim Alma Durumu

Katılımcılardan üçü (G-5: Göz, G-6: Göz, G-8: Kard.) SKS ile ilgili eğitim aldıklarını fakat çok iyi hatırlamadıklarını, diğerleri SKS ile ilgili eğitim almadıklarını, katılımcıların tamamı da klinik kalite programı ile ilgili eğitim almadıklarını ifade etmiştir. Konuyla ilgili kalite direktörü ve eğitim birimi ise hekimlerin eğitimlere katılım oranının düşük olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların tamamı yoğun çalışma koşulları nedeniyle düzenlenen eğitimlere katılmadıklarını, ancak uygun bir zamanlama ve programlama yapılırsa katılabileceklerini ifade etmişlerdir.

#### 4.2. Hekimlerin Sağlıkta Kalite Standartlarına Bakış Açısı

Sağlıkta Kalite Standartları konusunda G-1: Nör., G-4: Kard., G-5: Göz, G-8: Kard. pozitif bir bakış açısına sahip olduklarını, SKS'yi standardizasyonu ve düzeni sağlaması, hasta ve çalışan güvenliğini sağlaması bakımından yararlı bulduklarını belirtmiştir. G-9 ise kalite ile ilgili işler nedeniyle doküman fazlalığı yaşandığını, daha pratik yöntemlerle kayıtların tutulması gerektiğini düşündüğünü, çalışmaların iş yükünü artırdığını ifade etmiş ancak yine de uygulamaları yararlı bulduğunu söylemiştir.

Katılımcılardan, G-2: Ort., G-3: Ort., G-6: Göz ve G-7: Nör. Sağlıkta Kalite Yönetimi konusunda olumsuz ifadeler kullanmışlardır. Katılımcıların kalite uygulamalarına dönük eleştirileri, evrak fazlalığına neden olduğu, iş yükünü artırdığı, personel yetersizliği, fiziki yetersizlikler, ekipman yetersizlikleri gibi eksikliklerin bulunduğu, bu koşullarda kalite yönetimi uygulamaları ile ilgili yol kat edileceğini düşünmedikleri yönündedir.

*"Kalite denilince bende yine ne gibi bir ekstra iş yükü getirilecek endişesi oluşuyor. Kalite ile ilgili birçok iş denetim zamanında uygulanıyor. Kaliteyi sağlamak için önce uygun zemini sağlamak gerekir" (G-2: Ort).*

*"Kalite uygulamalarının zor olduğunu düşünüyorum. Kalite uygulamalarının hayata geçirilmesinde denetiminde sorun olduğunu düşünüyorum. Temel sağlık hizmeti sunumundaki problemler giderilmeden kalite uygulamaları konusunda yol kat edilebileceğini düşünmüyorum" (G-3: Ort).*

*"Sağlıkta kalite uygulamaları daha çok kağıt üstünde kalıyor. Pratik değil, gerçekte hiç bağdaşmıyor" (G-6: Göz).*

*"Kalite, kliniklerde sürekli yazı ve kayıt işlerine neden olduğundan hastaların temel bakımının ve rutin işlerin aksadığını düşünüyorum" (G-7: Nör).*

#### 4. 3. Hekimlerin Klinik Kalite Uygulamalarına Bakış Açısı

Araştırma kapsamında görüşme yapılan tüm hekimler klinik kalite uygulamaları ve göstergeleri hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmişlerdir. Bunun üzerine görüşülen tüm branş hekimleriyle alanları ile ilgili hastalıklara ait klinik kalite göstergeleri hakkında dokümanlar paylaşılmış, kendilerine uygulamalar hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Görüşmenin bu aşamasından sonra bilgi sahibi oldukları klinik kalite uygulamaları hakkında görüşleri sorulmuştur.

Klinik kalite uygulamaları hakkında G-3: Ort. dışında tüm katılımcılar (dokuz hekimden sekizi) olumlu bir yaklaşım sergilemiş, uygulamayı mesleki olarak doğru tanı ve tedavi belirlenmesi, enfeksiyonların ve komplikasyonların önlenmesi, hastalara standart bakımın sağlanması, hastalıklarla ilgili farkındalığı artırması, problemlili alanlara yönelik iyileştirme çalışmalarının yapılması ayrıca bilimsel araştırmalar için veri sağlaması bakımından gerekli ve yararlı bulduklarını ifade etmişlerdir. G-3: Ort. ise temel sağlık hizmeti sunumundaki problemler çözülmeden bu tür faaliyetlerin yarar sağlayamayacağını düşündüğünü söylemiştir.

#### 4. 4. Klinik Kalitenin İzlenmesi İçin Veri Toplama Süreci

Katılımcılara, klinik kalitenin izlenmesinde en önemli aşama olan veri girişlerinin yapılması ile ilgili bilgi sahibi olup olmadıkları sorulduğunda katılımcıların tamamının veri girişinin nasıl yapılacağını bilmediği anlaşılmıştır. Konu ile ilgili kendilerine bilgi verildikten sonra ise, katılımcıların tamamı veri giriş sisteminin pratik, fazla zaman almayacak bir şekilde tasarlanması ve kendilerine konu ile ilgili net bilgilendirme yapılması halinde veri girişlerini gerçekleştirebileceklerini dile getirmişlerdir. Ancak fazla zaman alan, karmaşık bir sistemin hasta yoğunluğu göz önüne alındığında veri girişini zorlaştıracakını belirtmişlerdir. Bunun yanında veri girişi süreci ile ilgili olası aksaklıklardan söz etmişlerdir.

*"Veri girişleri yapılırken, sistemin pratik ve uzun zaman almayacak şekilde düzenlenmesi gerektiğini düşünüyorum. En fazla 30 sn. sürecek*



*bir işlem olması gerektiğini, 2-3 dk. sürececek bir işlemin uygulanabilir ve sürdürülebilir olmayacağı kanaatindeyim. Bu durumda hastalara ayıracağımız zaman azalacaktır" (G-1: Nör).*

*"Sistemde büyük değişiklik yapılmadan mevcut sisteme göstergelerle ilgili kodlar eklenirse daha kolay veri girişi sağlanır ve kolay adapte olunur. Sistemle ilgili konuların dışında sinir hasarı ya da damar hasarı gibi bazı göstergelerle ilgili olarak yapılan takiplerin hekimlerin hekim hatasının takip edilmesi gibi algılanabileceğinden veri girişinden kaçınılacağını düşünüyorum. Bazı göstergeler için ise, örneğin 1 yıl içinde gelişen cerrahi alan enfeksiyonu takibi, girişi yapılacağını sanmıyorum. Bu sürede gelişen enfeksiyonlar cerrahi alanla ilişkilendirilmeden farklı bir tanıyla girilir, diye düşünüyorum" (G-2: Ort).*

*"Zaman almayacak, pratik bir veri toplama süreci olursa girişler düzenli yapılırdı. Bizim için sorun olmaz. Ancak iş yükünü artıracak bir sistem olursa hastaya ayıracak zaman azalabilir. Ayrıca, bazı veriler hekim hatası ya da kusuru gibi algılanacağı düşünülerek bu çekinceden dolayı verileri girmeyebilir" (G-4: Kard.) .*

*"Veri toplama sürecinde bazı aksaklıklar olacağı kanısındayım. Hasta yoğunluğu olduğunda kan basıncı takibi atlanabilir" (G-8: Kard.)*

#### 4.5. Klinik Kalite Uygulamalarının Yararlı Bulma Durumu

Araştırma kapsamında görüşülen tüm hekimler klinik kalite göstergelerinin izlenmesinin hastalar, hekimler, sağlık kuruluşları ve ülkemizin gelişmişlik seviyesi için yararlı bulduklarını ifade etmişlerdir. Sadece G-3: Ort. temel sağlık hizmetlerindeki sorunlar giderilmedikçe bu tür uygulamaların başarıya ulaşamayacağı yönünde bir ekleme yapmıştır. G-7: Nör. ve G-9 Dah. ise klinik kalite göstergelerinin tüm yararlarına katılmakta, hatta daha detaylı izlemeler yapılmasının gerekli olduğunu düşünmektedirler.

*"Ülkemizin sağlık sistemi ve gelişmişlik düzeyinin artması için farkındalığın oluşması ve istatistiki veri havuzunun oluşması, bilimsel*

*çalışmalar için verilere ulaşmak kolaylaşacağından yararlı olduğunu düşünüyorum" (G-1: Nör).*

*"Tüm kalite çalışmalarına pozitif bakan bir hekimim. Fakat bu konuda çalışanlara yeterli bilgilendirme yapılması gerektiğini düşünüyorum" (G-4: Kard.).*

*"Göstergeler kapsamındaki konular zaten klinik süreç içinde yapılması, takip edilmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi gerekli konular, çalışmaları yararlı ve anlamlı buluyorum. Hatta daha bile detaylandırılabilir" (G-7: Nör).*

*"Diyabet takibinin yararlı olduğunu düşünüyorum fakat prediyabet tanısı konmuş hastaların takip edilmesi sağlanırsa, diyabet hastası olmamaları için gerekli takipler yapılarak, önlemler alınabilir. Böylece diyabet hastalığının baştan önlenmesi mümkün olabilir" (G-9: Dah.).*

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kalite yönetimine katılımı etkileyen en önemli faktörlerden biri eğitimidir. Önceden bilgilendirilme, değişim karşısında duyulan kaygıyı azaltmaktadır. Yeni anlayışı uygulamak ve çalışanların bu anlayışa uygun davranmaları isteniyorsa, önce çalışanların yeni sistem hakkında bilgilendirilmesi, eğitilmesi gerekmektedir. Çalışanlar yeni kuralları ve uygulamaları nedenleriyle birlikte anlar ve önemli olduğuna inanırlarsa daha rahat ve verimli çalışırlar. Böylece uygulamaların çalışanlar tarafından benimsenmesi ve desteklenmesi sağlanacaktır. Ayrıca çalışanlar, kalite yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarında kalite yönetimi ile ilgili konulara ilgi göstereceklerdir ve uygulamalara gönüllü olarak katılacaklardır (Genç ve Halis, 2006: 103).

Klinik Kalite Programı 2012 yılında yürürlüğe girmiş, Sağlıkta Kalite Standartları çalışmaları ise 2005 yılından beri uygulanmaktadır. Buna rağmen katılımcılardan yalnızca ikisi Sağlıkta Kalite Standartları konusunda eğitim aldıklarını fakat tam olarak hatırlayamadıklarını, kalan yedisi ise konuyla ilgili hiç eğitim almadıklarını söylemişlerdir. Klinik Kalite Programı ile ilgili ise katılımcıların tamamı hiç eğitim almadıklarını dile getirmişlerdir. Klinik kalite göstergelerinin SKS Hastane Versiyon-5' e dahil edilmesiyle klinik kalite çalışmaları SKS kapsamına alınmıştır.

Bulgulara göre, MSKÜEAH' de kalite eğitimleri konusuna özel bir önem verilmesi gerektiği açığa çıkmıştır. Klinik kalite çalışmalarının başarıya ulaşabilmesi için öncelikle süreçte yer alacak tüm çalışanların (bilgi işlemci, istatistikçi, ilgili uzman hekimler, ilgili yöneticiler, süreçte yer alan sağlık çalışanları) sürecin ilk aşamasından son aşamasına kadar her kısmı ve çalışmanın hedefleri hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır. Sistemin bir aşamasında görev alacak bir çalışanın sistemin sadece kendisinin rol alacağı bölümü hakkında değil, sistemin tamamı hakkında bilgilendirilmesi gerekir. Çünkü gösterge takip sisteminin her aşaması sistemin tamamının sağlıklı yürütmesine hizmet etmektedir ve paydaşlar ancak sistemin tamamı ve amacı hakkında net bilgi sahibi olurlarsa kendilerine ait işleri tam ve etkili olarak yerine getirebilirler. Bu nedenle hekimlerin de gösterge takibinde verilerin girişinden, verilerin toplanması, analiz edilmesi, değerlendirilmesi, sorun alanlarının belirlenerek gerekli iyileştirme faaliyetlerinin sağlanmasına kadar tüm aşamalar hakkında bilgilendirilmesi gerekir. Hekimlere hasta yoğunluğu ve işlerinin çeşitliliği göz önünde tutularak, çalışma koşullarına uygun bir eğitim programı düzenlenmesi gerekmektedir. MSKÜEAH kalite yönetimi birimiyle görüşülmüş, kalite standartları içinde verilmesi gerekli eğitimlerin verildiği ancak sistemin tamamı hakkında eğitim verilmediği bilgisi alınmıştır. Bunun üzerine hekimler de dahil tüm çalışanlara genel bir SKS eğitiminin 2016 eğitim planına alınması önerilmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin beşi SKS çalışmalarına pozitif baktıklarını ancak doküman fazlalığı ve iş yükünü artıracak uygulamalar nedeniyle sorun yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Ancak yine de uygulamalarda standardizasyonu ve düzeni sağlaması bakımından da yararlı bulduklarını belirtmişlerdir. Dört katılımcı ise SKS konusunda olumsuz ifadeler kullanmışlardır. Bu katılımcıların SKS' ye yönelik eleştirileri uygulamalara pozitif bakış açısına sahip katılımcılarla ortak olmakla birlikte bunlara ek olarak SKS uygulamaları için, personel, ekipman ve fiziki yetersizlikler giderilmeden kalite uygulamalarının başarılı olacağına inanmadıkları, kalite uygulamalarının kağıt üzerinde kaldığını düşünmeleri ve çalışmaların daha çok değerlendirme odaklı olduğunu düşündükleri konularında yoğunlaşmaktadır. Bu eleştirilerde uygulamalar hakkında yeterli bilgi sahibi olunmamasının etkisi bulunmaktadır, Tablo 2'de SKS'ye eleştirel yaklaşan hekimlerin tamamının SKS eğitimi almadığı görülmektedir. Bunun yanında MSKÜEAH' de SKS

uygulamalarının yoğun çalışma koşulları dikkate alınarak fazla zaman almayan, ek iş yükü getirmeyecek, doküman fazlalığına mahal vermeyecek şekilde düzenlenmesi gerekliliği de anlaşılmaktadır. MSKÜEAH' de kalite eğitimlerinde uygulamaya dönük standartların vurgulanması, kayıt kültürünün önemine değinilmesi gerekmektedir.

Katılımcıların tamamı klinik kalite uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmiş, bunun üzerine her hekime alanı ile ilgili klinik kalite göstergeleri hakkında detaylı bilgi verilmiş, göstergelerin izlenmesi süreci anlatılmıştır. Bir katılımcı hariç tüm katılımcılar bilgilendirmenin ardından sistemin yararlı ve gerekli olduğunu belirtmiş, olumlu bir yaklaşım sergilemişlerdir. Bir katılımcı ise, yine temel sağlık problemleri çözülmeyen bu çalışmaların da amacına ulaşabileceğini düşünmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların çoğunun alanlarıyla ilgili göstergelere yönelik pozitif bakış açılarından yararlanılması gerekmektedir. Bu sayede hekimlerin çalışmalara daha aktif katılımı ve işbirliği sağlanabilir. SKS temel sağlık hizmetlerinden bağımsız bir kurallar bütünü değildir. Hastanelerde hizmet sunulan tüm alanları kapsamaktadır. Standartlar uygulandığında temel sağlık hizmetlerindeki aksaklıklar da mümkün olduğu oranda düzelecek ve kalite sürece yansiyacaktır.

Klinik göstergelerin izlenmesi için veri toplama sürecinde hasta yoğunluğu göz önüne alınarak fazla zaman almayan, karmaşık olmayan, mümkün olduğunca mevcut sisteme adapte edilebilen, büyük değişiklikler içermeyen bir veri toplama sistemi kurulursa araştırmaya katılan tüm hekimlerin çalışmaya uyum göstereceği ve doğru veri girişi konusunda hassas davranacakları anlaşılmıştır. Veri toplamada doldurulması gereken bazı formlar ve yapılması gerekli işlemler (kan basıncı ölçümü) için gerekli alanlarda hekimlerin yardımcı sağlık personeli ile desteklenmesi sistemin sağlıklı işlemesi için yararlı olacaktır.

Sonuç olarak MSKÜEAH' de araştırma kapsamında görüşülen hekimlerin SKS konusunda bazı eleştirileri ve olumsuz yaklaşımları bulunmasına rağmen, klinik kalite uygulamaları konusunda çok daha pozitif bir tutum sergiledikleri görülmüştür. Ancak klinik kalite uygulamaları da sağlıkta kalite sisteminin bir parçası olarak başlatılmış ve 01. 07. 2015'de SKS Hastane Versiyon-5' e dahil edilmiştir. Dolayısıyla SKS hem hizmet kalitesi hem de klinik kalite süreçlerini kapsayan bütüncül bir yapı haline gelmiştir.

Araştırmaya katılan tüm hekimler klinik kalite göstergelerinin izlenmesinin, hastalar, sağlık kuruluşları, ülkemizin sağlık sistemi, ülkemizin gelişmişlik düzeyi, sağlıkta hataların önlenmesi bakımından yararlı olacağı konusunda hemfikirlerdir. Ayrıca, tüm katılımcılar klinik kalite uygulamalarının hastaya, sağlık kuruluşlarına ve ülke ekonomisine maliyetleri düşürmesi açısından olumlu yansıtacağını, istatistiksel veri havuzu oluşturması ve uluslararası uygulamalarla karşılaştırma yapılması açısından da önem taşıdığını ifade etmişlerdir.

MSKÜEAH’de gerçekleştirilen bu çalışma ile klinik süreçlerde kalite uygulamalarına pozitif bir bakış açısı bulunan hekimlerin, konu hakkında yeterli bilgilendirme yapılması, sistemin kolay uygulanabilir bir şekilde tasarlanması, gerekli alanlarda çalışan takviyesi sağlanması durumunda klinik kalite uygulamalarına daha iyi adapte olacakları, çalışmanın sağlıklı yürütülmesi konusunda gereken hassasiyeti ve işbirliğini gösterecekleri katılımcıların ifadelerinden çıkarılmaktadır. Böylece gösterge takip sistemi amacına ulaşarak, hastalık yükü fazla olan ve ülkemiz için öncelikli diyabet, koroner arter hastalığı, kalça kırığı, artroplasti (diz ve kalça eklemi), inme, katarakt operasyonu olgularına ilişkin hizmet süreçleri ve bu süreçler sonunda elde edilen klinik çıktıların somut verilerle izlenmesi ve bu olgularla ilgili varsa sorunların giderilmesi sağlanabilecektir.

## KAYNAKÇA

- Akalın, Erdal. (2013). Klinik Kalite, 28. Ankem Antibiyotik ve Kemoterapi Kongresi, 22-26 Mayıs, Antalya.
- Aslantekin, Filiz., Gökteş, Bayram., Uluşen, Mesude., Erdem, Ramazan. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı 6, sayfa 57-59.
- Asunakutlu, Tuncer. (2004). Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarında Kalite Yönetimi, TC Sağlık Bakanlığı Nihai Rapor, Ankara.
- Bayrak, Sabahat., Göncüoğlu, Hasan. (2001). Toplam Kalite Yönetimi ve Uygulanabilirliğine Yönelik Denizli İlinde Bir Araştırma, Beta Yayınları, İstanbul.
- Cengiz, Emrah., Akyüz, İrfan., Tuzcuoğlu, Ahmet. (2015). Bilimsel Araştırma Teknikleri, İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Yayınları, İstanbul.
- Çatalca, Huriye. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Beta Yayınları, İstanbul.

- Çoruh, Mithat. (1995). "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri" içinde Toplam Kalite Yönetimi Hastane Uygulamaları Gereçekler ve Güçlükler, Mithat Çoruh (Ed.). Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.
- Genç, Nurullah., Halis, Muhsin. (2006). Kalite Liderliği Dorukları Düşleyenlerin Kitabı, Timaş Yayınları, İstanbul.
- Hayran, Osman., Uz, Hulki. (1998). "Sağlık Hizmetleri El Kitabı" içinde, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Osman Hayran, Haydar Sur (Ed.). Yüce Yayınevi, İstanbul, sayfa: 172.
- Kınır, Said. (2006). Toplam Kalite Yönetimi, Nobel Yayınları, Ankara.
- Kovancı, Ahmet. (2001). Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl, Sistem, İstanbul.
- Şahin, Hülya. (2012). Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller, Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Muğla.
- Şimşek, Muhittin. (2002). Toplam Kalite Yönetiminde Başarının Anahtarı İnsan Faktörü, Babıali Kültür Yayınları, İstanbul.
- Tengilimoğlu, Dilaver., Akbolat, Mahmut., Işık, Oğuz. (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayınları, Ankara.
- Yenersoy, Gönül. (1997). Toplam Kalite Yönetimi, Rota, İstanbul.
- Yusufoglu, Emel. (2008). Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulaması: Uşak Devlet Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- [http://tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5639a297039e09.27974924](http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5639a297039e09.27974924) (30.10.2015).
- <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40&newsPage=1> (30.10.2015).
- <http://www.saglik.gov.tr/KlinikKalite/ana-sayfa/1-17642/20151101.html> (01.11.2015).

## EK-1

### GÖRÜŞME SORULARI

1. Sağlıkta kalite uygulamaları ve klinik kalite uygulamaları hakkında eğitim aldınız mı?
2. Sağlıkta kalite uygulamaları hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?
3. Klinik kalite uygulamaları hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?
4. Klinik kalite uygulamaları ile ilgili veri girişlerinin nasıl yapılacağını biliyor musunuz?
5. Klinik kalite uygulamaları ile ilgili veri girişlerinin gerçeği yansıtacağını düşünüyor musunuz?
6. Klinik kalite uygulamaları ile ilgili göstergelerin izlenmesi için veri toplama sürecinin size nasıl yansıtacağını düşünüyorsunuz?
7. Klinik kalite uygulamaları ile ilgili göstergelerin detayı ve hedeflere ulaşılabilirliği konusundaki düşünceleriniz nelerdir?
8. Klinik kalite uygulamaları ile ilgili göstergelerin izlenmesinin hastanın bakım ve tedavi sürecine ne gibi etkileri olacağını düşünüyorsunuz?
9. Klinik kalite uygulamaları ile ilgili göstergelerin izlenmesinin hastaların tedavi maliyetlerine etkisinin nasıl olacağını düşünüyorsunuz?
10. Klinik kalite uygulamalarının ülkemizin sağlık sistemine nasıl bir etkisi olacağını düşünüyorsunuz?





# Hastane Yöneticilerinin Kurumsal İtibar Algısı: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği

Gönderim Tarihi: 05.04.2017

Kabul Tarihi : 18.04.2017

Nezihe Tüfekci<sup>1</sup>

Ömer Kürşad Tüfekci<sup>2</sup>

Çiğdem Ekici<sup>3</sup>

## ÖZ

Kurumsal itibar, bir kurum hakkında toplum tarafından edinilen görüşlerin tümünü kapsamaktadır. Günümüzde iş hayatında meydana gelen hızlı değişimin neticesinde kurumsal itibar önemini artırmıştır. Bu kapsamda çalışmanın amacı itibar yönetimi kavramını açıklayarak, sağlık kurumunda çalışan idari yöneticilerin kurumsal itibara bakış açılarını tanımlamaktır. Araştırmanın örneklemini 85 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Araştırmada Walsh ve Beatty (2007)'nin Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen verilerin istatistiki anlamlılığı test edilmiştir. Çalışanların kurumsal itibarı koruma işini temel bir görev olarak kabul etmesi ise yönetimin çalışanlara kurumsal itibar sürecindeki rollerini ve sorumluluklarını artırması ile mümkün olabilmektedir. Bu nedenle kurumlar, tüm düzeylerdeki çalışanlarını kurumsal itibar sürecine katılmaları konusunda teşvik etmelidir.

**Anahtar Kelimeler:**Hastane, İtibar, Kurumsal İtibar, Kurumsal İtibar Yönetimi,

1 Yrd. Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, nezihatufekci@sdu.edu.tr

2 Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, omertufekci@sdu.edu.tr

3 Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ekicicigdem@hotmail.com

# Perception of Corporate Reputation of Hospital Managers: an Example of Training and Research Hospital

## ABSTARCT

Corporate reputation, covers the full range of views about a company acquired by the society. Today, as a result of the rapid changes occurring in business it has increased the importance of corporate reputation. In this context, the study aims to explain the concept of reputation management, corporate reputation is to identify administrative managers working in health care point of view. The sample of the study consisted of 85 health professionals. In this research, Walsh and Beatty (2007)'s Corporate Reputation Management scale is used. Statistical significance of the data obtained was tested. The roles and responsibilities of corporate reputation management to the employees in the process, it is possible to transfer if employees a great job of protecting the corporate reputation is considered to be a basic task. Therefore, corporations should encourage the employees to join the process of corporate reputation in all level.

**Keywords:** Corporate Reputation, Corporate Reputation Management, Hospital, Reputation.

## 1. GİRİŞ

Örgütlerin kalite algısı ve performansı açısından itibar olgusu hayati önem taşımaktadır. Bu durum örgütlerin fiziki, iktisadi ve entelektüel değerlerine daha çok ağırlık verilmesini zorunlu kılmaktadır. Güçlü bir örgütsel itibar; örgüte yoğun rekabet ortamında avantaj sağlamaktadır (Aydemir, 2008). Günümüzün iş dünyasında meydana gelen hızlı değişime bağlı olarak örgütsel itibar, gün geçtikçe önemini arttırmaktadır (Baraz, 2011). Bununla birlikte gelecekte örgütlerin yaşamlarını devam ettirebilmelerinde belirleyici rol üstleneceği öngörülmektedir (Çiftçioğlu, 2009).

Örgütsel itibar olgusu; bir örgüt hakkında toplum tarafından edinilen görüşlerin tümü, karar ve yaklaşımları ifade etmektedir (Karaköse, 2007). Ayrıca örgütlere karşı edinilen inanç ve örgütün çevresine verdiği imajı da içerisine alan geniş çaplı bir kavramdır. Farklı bir ifade ile örgütsel itibar, örgüte yönelik tüm yaklaşımların bütünüdür (Eroğlu ve Solmaz, 2012). Örgütsel itibarın önemini, kurumlar yitirdiği zaman anlamaktadır. Örgütsel itibarın tanımı yapılırken, birçok ortak grupların kurum üzerinde derinlemesine düşüncelerinden yararlanılmaktadır. Ortak itibar; kurumun marka değeri hakkında tüketicilerin, girişimcilerin, personellerin ve halkın duygusal tepkileri olarak açıklanmaktadır (Besler, 2011).

Örgütsel itibar işletme, kamu kurumları veya kâr amacı olmayan kurumların başarıları ve başarısızlık durumlarıyla direk ilişkilidir (Tonus, 2011). Bunun yanında itibar, çalışanların ve müşterilerin ilgisini çekerek kurumun başarısına ve diğer bütün ortakların desteğinin sağlanmasına imkân vermektedir. Bu bağlamda çalışmanın amacı itibar yönetimi kavramının açıklanarak, kurumlar açısından önemini, gerekliliğini ve yokluğunun oluşturacağı boşluğun ortaya konulmasıdır (Uzunoğlu ve Öksüz, 2008).

Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde itibar yönetimi hakkında genel bilgiler verilerek, kurumsal itibarı oluşturan kriterler üzerinde durulmuştur. Çalışmanın ikinci bölümünde itibar yönetimin kurumlara sağladığı avantajlar ortaya konulmuştur. Son bölümde ise bu araştırmanın amacına bağlı olarak gerçekleştirilen araştırmanın yönteminden, bulgulardan ve sonuçtan bahsedilmiştir.

## 2. İTİBAR YÖNETİMİ

İtibar; her hangi bir kişi, olgu veya kurumun, insanlar üzerinde bıraktığı değerler bütünüdür. İtibar aynı zamanda kişinin veya kurumun ne kadar takdir gördüğü ve beğenildiği şeklinde ifade edilebilir. 1990'lı yıllardan itibaren günümüzde kadar hem akademisyenler, hemde uygulamacılar tarafından yapılan itibar hakkında araştırmaların pazarlama, marka, kurumsal çalışmalar, iletişim, stratejik yönetim ve benzeri alanlarda oldukça hızlı bir gelişme katettiği gözlenmektedir (Uzunoglu ve Öksüz, 2008).

Örgütlerin başarısı için itibar olgusu hayati önem taşımaktadır. Bu durum kurumun fiziki, iktisadi ve entelektüel değerlerine daha çok ağırlık verilmesini zorunlu kılar. Güçlü bir örgütsel itibar; kuruma rekabet ortamında avantaj sağlamaktadır. Bununla birlikte itibar, çalışanların ve müşterilerin ilgisini çekerek kurumun başarısına ve diğer bütün ortakların desteğinin sağlanmasına destek olmaktadır (Özalp vd., 2010).

Kurumların itibarı; müşteri, çalışan, toplum gibi iç ve dış paydaşların organizasyona bakış açılarını etkilemektedir. Kurumsal itibar, aynı zamanda ulaştırılmak istenen iletilerin hedef alıcılara daha kolayca iletilmesini sağlayarak, ürün ve hizmetlerden tüketicileri haberdar ederek tercih edilebilirliği arttırmaktadır. Çalışanlar, bir organizasyonda yer alma kararı alacakları ya da işletmeye yatırım yapacakları zaman, o kurumun itibarını göz önünde bulundurarak karar almaktadırlar. İtibar kavramı, somut olmayan bir değer olmasından dolayı; başarılı girişimciler büyümenin doğru kişiler ile ve güçlü bir itibara sahip organizasyonlar ile çalışmaktan geçtiğini bilmektedirler. Gerçekleştirilen birçok yatırımın arka planında kurumların itibarı ve marka değerleri olduğu görülmektedir (Özkan, 2009).

## 3. KURUMSAL İTİBARI OLUŞTURAN KRİTERLER

### 3.1. Duygusal Çekim

Tüketicilerin firmanın veya kurumun kültür ve değerlerini algılamasını, firma hakkında iyi izlenimlerle, takdir ve güvene sahip olmayı bünyesinde barındırmaktadır. Her firmanın hissedarları ile ürün ve hizmetler arasında meydana getirdiği bağ duygusal çekim olarak ifade dilmektedir. Duygusal

çekim, işletmenin ürettiği ürün veya hizmetlerin değerini, müşterilerce ne kadar beğeni ve saygı gördüğünü, takdir edildiğini göstermektedir. İşletme ile arasında hissiyata dayalı bir bağ bulunan personel, kendini örgüt ile daha kolay özdeşim sağlayarak neticede güvenilir ve sadakat ile bağlı bir çalışan dönüşerek örgütsel itibarın sağlamlaşmasını pozitif yönde etkileyecektir. Örgütün çalışma ortamları, çalışma koşulları, personellerine ve hissedarlarına sağladığı eğitim olanakları, örgütsel kültürü geliştirme çalışmaları ve benzeri konular da örgütsel itibarı direk ve dolaylı olarak etkilemektedir (Tonus, 2011).

Örgütler, yaklaşımlarını ve anlayışlarını belirlerken hissedarlarına danışmalı ve ortak bu anlayışın ürünleri ile ilgili iletileri kamuoyuna net bir şekilde iletmesi gerekmektedir. Örgütsel itibarın oluşturulmasında sosyal hissedarların düşüncelerini ve isteklerinin belirlenmesi oldukça önem arz etmektedir. Çalışanlar, tüketiciler, toplum, girişimciler, medya ve benzeri paydaş toplulukların örgüt hakkında ne düşündüklerine önem vermek gerekmektedir.

### 3.2. Vizyon ve Liderlik

Liderlik vasfı olan yöneticiler ve sağlam bir vizyonu olan paydaşlar kurumlarına güçlü değerler katmaktadır. Güdülenme ve vizyoner liderlik firmanın çevresi tarafından algılanışını büyük ölçüde etkilemektedir. Vizyon, geliştirilmeye açık hedef anlamına gelmektedir. Vizyon oluşturulmadan bir hedefe erişmek çok güçtür. Kurumlar için vizyon mevcut gerçekler ile ileriki vadede beklenen koşulları birleştirerek, kurum için istenilen bir gelecek imajı oluşturmaktadır. Vizyon, netleştirilmiş hedefler doğrultusunda bir yön ve istenilen bir geleceği ifade etmektedir. Vizyon, sağlık, hürriyet ve kendi içinde tutarlılık ve benzeri olmak üzere çok cepheli bir olgudur. Liderlik olgusu ise; kurum hedeflerine ulaşmak adına kurum eylemlerine yön verme sürecidir.

Yönlendirme kabiliyeti liderlik vasıfları içerisinde en önemli niteliklerden bir tanesidir. Yönlendirme kabiliyeti sayesinde lider kişilere her hangi bir zor kullanmadan kurumun ortak hedeflerine doğrultusunda iş yapılmasını sağlanmaktadır (Aykanat, 2009).

Örgütsel itibarı güçlendirme gayesinde olan liderlerin göz önüne almaları gereken bir takım hususlar aşağıdaki maddeler halinde açıklanmıştır (Öncel

ve Sevim, 2011). Bir işletmenin itibarını oluşturan en önemli husus tüketici tatmininin sağlanmasıdır. Bu sebeple itibar oluşturmak adına en önemli basamak ürün ve hizmet kalitesinin aralıksız iyileştirilmesi adına çaba göstermektir. Hem iç hem de dış paydaşlara karşı verilen sizlerin tutarlı olması ve bu sözlerin arkasında durulmasıdır. Sektör içerisinde bilgili ve danışma kaynağı olarak nitelendirmek de itibarı artırmaya destek olmaktadır. Kurum herhangi bir konuda her hangi bir hata yaptıysa bunu reddetmek yerine kabul edip gerekli bilgilendirmelerin yapılmasını sağlamak itibara pozitif yönde etki etmektedir. Tepe yönetimin iç ve dış paydaşlar ile iletişimde bizzat bulunması ve tutumu ile örgütsel tutumların çelişmemesine özen gösterilmelidir.

### 3.3. Kalite

Kalite, işletmenin müşterilerine sunduğu ürün ve hizmetlerin yüksek kalite, yenilik, ekonomik karşılığını alabilme ve satış sonrası desteği içerisinde barındırmaktadır. Kaliteli ürün ve hizmet, tüketicilerin satın alma kararını etkilemesinin yanında işletmeye duyulan güvenin devam etmesini de desteklemektedir (Öncel ve Sevim, 2011). İşletmelerin sorumluluklarında olan ürünlerin veya hizmetlerin kalitesi müşterilerin istek ve gereksinimlerine uygun şekilde üretilmesi gerekmektedir. Sektör içerisinde güçlü bir itibara oluşturabilme, tüketicilere arz edilen ürün ve hizmetin kalitesi ile doğru orantılıdır (Şatır ve Sümer, 2006).

### 3.4. Finansal Güvenilirlik

Kurumsal itibar finansal değerlerle yakın ilişki içerisinde. Güçlü bir itibar ana parayı, nitelikli personelleri ve bütün paydaşları kurum tarafından arkasına alınmasını sağlamaktadır.

Finansal verimlilik, bir kurumun kârlılık amacı güderek risk alma ve rekabet edebilme kabiliyeti olarak da ifade edilebilir. Örgütsel itibar, firmanın finansal verimliliğini yükseltmediği, finansal verimliliğin örgütsel itibarı etkileyerek güçlendirmektedir. Finansal performansı iyi olan kurumlar şu avantajlara da sahip olacaktadırlar (Coşkun, 2011);

- Güçlü kârlılık,
- Riski düşük yatırımlar,

- Güçlü gelecek tahminleri yapar,
- Rakiplerinden daha üstün performans gösterir.

### 3.5. Sosyal Sorumluluk

Sosyal sorumluluk kavramı, toplumun çıkarlarını koruyan uygulamalara destek olmayı, toplumu kayba uğratabilecek uygulamaların önüne geçilmesini ifade etmektedir. Sosyal sorumluluk kavramı firmaların uygulamalarını halkın refahını göz önünde bulundurarak gerçekleştirme prensibi üzerine oturtulmuştur (Smith, 2014). Örgütsel sosyal sorumluluk, örgütlerin, çeşitli faaliyetlerini sosyal hissedarlarına karşı çevresel, iktisadi ve sosyal etkileri değerlendirmek ve negatif etkiler var ise bunları azaltmak ile birlikte halkın ve firmanın birlikte gelişmesine destekleyecek faaliyetleri hayata geçirmektir. Sosyal sorumluluk kampanyaları ile kurumsal itibar desteklenerek, işletme hakkında pozitif algılar oluşturulması, kuruma itibar olarak geri dönmektedir (Baraz, 2011).

### 3.6. Çevresel Sorumluluk

Örgütsel itibarın aktif bir biçimde idare edilmesi, etkin bir iletişim çerçevesinde mümkün olmaktadır. Bunun sebebi itibar, toplumun algılamaları neticesinde meydana gelmekte ve hissedarların algılamalarının idare edilmesini de içerisine almaktadır. Örgütsel itibarın idaresinde iletişimin oldukça büyük bir yer kaplamaktadır. Kurum idarecileri, kurumun iç ve dış hissedarlar nezdinde oluşan düşüncelerini açık bir iletişim politikası uygulayarak ile belirleyebilirler. Farklı bir ifade ile toplum nezdinde oluşan düşüncelerin tespit edilmesi ve bu algılamaların idare edilmesi örgütsel iletişim görevleri arasındadır (Gelibolu, 2011).

Hissedarların, örgütlere karşı ileriki vadede davranışlarını geçmiş dönemlerde gerçekleştirdikleri faaliyetler belirlemektedir. Bir organizasyon kötü bir prestije sahip ile hissedarlar o örgüt ile iletişimlerini kesmektedirler. Ancak pozitif yönde güçlü bir prestije sahip ise hissedarlar örgüt ile ilişkilerini sürdürmekte ve yakından takip etmektedir. Kurumların, örgütsel paydaşlarına karşı yerine getirmiş olduğu görevlerini, personellerine de uygulamaları çalışanların işletmeleri ile gurur duymasını ve örgütsel bağlılıklarını yükselmeni sağlamaktadır. Nitelikli çalışanlar, daha iyi ücret politikası,

sosyal olanak ve kariyer yapabileceği firmaları tercih etmektedirler (Argan ve Akyıldız, 2010).

## 4. ARAŞTIRMA

### 4.1. Yöntem

Araştırmada kullanılacak yöntem nicel araştırma yöntemlerinden alan araştırmasıdır. Araştırma, İstanbul Anadolu yakasındaki bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan idari yöneticileri, klinik idari sorumlu hekimlerini ve klinik sorumlu hemşirelerini kapsamaktadır. Araştırmaya Ocak 2015 tarihinde başlanış olup örneklem sayısının tamamlandığı Mart 2015 tarihine kadar sürmüştür.

Araştırmanın evrenini, İstanbul Anadolu yakasındaki bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan idari yöneticiler, klinik idari sorumlu hekimler ve klinik sorumlu hemşireler olmak üzere toplamda 97 yönetici oluşturmaktadır. Örneklemi, Ocak 2015-Mart 2015 tarihleri arasında çalışmayı kabul eden 85 yönetici oluşturmuştur. 18 yaş ve üzerinde olan; Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde idari yönetici, klinik idari sorumlu hekim ve klinik sorumlu hemşiresi olarak çalışıyor olan; gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden yönetici sağlık personeli (hekim, hemşire, diğer) olarak görev yapan kişiler araştırmaya dahil edilmiştir.

### 4.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacına bağlı olarak aşağıdaki hipotezler önerilmiştir:

H1a: Yöneticilerin itibar yönetimi ile ilgili olarak belirtilen faktörlere katılımları, yöneticilerin cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

H1b: Yöneticilerin itibar yönetimi ile ilgili olarak belirtilen faktörlere katılımları, yöneticilerin medeni hallerine göre farklılık göstermektedir.

H1c: Yöneticilerin itibar yönetimi ile ilgili olarak belirtilen faktörlere katılımları, yöneticilerin yaşlarına göre farklılık göstermektedir.

H1d: Yöneticilerin itibar yönetimi ile ilgili olarak belirtilen faktörlere katılımları, yöneticilerin öğrenim durumlarına göre farklılık göstermektedir.



H2a: Yöneticilerin sağlık kurumunu itibarlı kurumlar olarak değerlendirmeleri sağlık kurumunun vizyon ve liderliği ile ilişkisi vardır.

H2b: Yöneticilerin sağlık kurumunu itibarlı kurumlar olarak değerlendirmeleri sağlık kurumunun çalışanları ile ilişkisi vardır.

H2c: Yöneticilerin sağlık kurumunu itibarlı kurumlar olarak değerlendirmeleri sağlık kurumunun kurumsal ortamı ile ilişkisi vardır.

H2d: Yöneticilerin sağlık kurumunu itibarlı kurumlar olarak değerlendirmeleri sağlık kurumunun kurumsal iletişim, kültür ve imajı ile ilişkisi vardır.

H2e: Yöneticilerin sağlık kurumunu itibarlı kurumlar olarak değerlendirmeleri sağlık kurumunun sunduğu ürün ve hizmetleri ile ilişkisi vardır.

H2f: Yöneticilerin sağlık kurumunu itibarlı kurumlar olarak değerlendirmeleri sağlık kurumunun sosyal sorumluluk faaliyetleri ile ilişkisi vardır.

### 4.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada öncelikle sağlık kurumları ve kurumsal itibar kavramlarına yönelik ilgili literatür taranmış; yerli ve yabancı yazındaki araştırmalar incelenerek çalışmaya teorik bir taban hazırlanmaya çalışılmıştır. ve bunun sonucunda 9 sorudan oluşan bir form oluşturulmuştur. Ayrıca araştırmada Walsh ve Beatty (2007) tarafından hazırlanan ve daha sonra kısaltılarak düzenlenen Kurumsal İtibar Yönetimi ölçeğinden yararlanılmıştır. Bu ölçek toplam beş bölüm ve 28 adet sorudan oluşmaktadır. Walsh ve Beatty (2007) tarafından oluşturulan Kurumsal İtibar ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği farklı ülkelerde ve farklı sektörlerde uygulanıp test edilerek düzenlenmiştir. Araştırmanın geçerliliğini, güvenilirliğini ve Türkçe uyarlaması Selvi (2012) tarafından yapılmıştır. Anket 50 soru ve altı bölümden oluşmakta olup 5'li Likert tip ile test edilmiştir. Katılımcılara itibarın vizyon ve liderlik, çalışanlar, kurum ortam, kurumsal iletişim, kimlik ve imaj, ürün ve hizmetler ve sosyal sorumluluk ana başlıklarından oluşan faktörleri sorulmuştur.

Araştırmanın yapılacağı kurumdan gerekli yazılı izin alındıktan sonra, çalışmaya katılacak gönüllülere araştırma hakkında bilgi verildikten sonra

"gönüllü olur formu' doldurması istenmiştir. Daha sonra araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu uygulanmıştır. Araştırmada istatistiki analizler paket programlar yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, medyan, sıklık ve oran) yanı sıra ilişkilerin değerlendirmelerinde Spearman's korelasyon, hipotezlerin test edilmesinde de Student-t Test ve Kruskal Wallis testlerinden yararlanılarak analizler yapılmıştır. Anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

#### 4.4. Bulgular

Çalışmaya katılan kişilerin yaşları 24 ile 61 yıl arasında değişmekte olup ortalama  $41,92 \pm 9,20$  yıldır. Çalışma toplam 85 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiş olup %75,3'ü (n=64) kadın, %24,7'si (n=21) erkektir. Çalışmaya katılanların %85,9'unun (n=73) medeni durumunun evli olduğu saptanırken, %14,1'inin (n=12) medeni durumunun bekâr olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Demografik Özellikler

		Min-Maks	Ort±Sd
Yaş		24-61	41,92±9,20
		n	%
Cinsiyet	Kadın	64	75,3
	Erkek	21	24,7
Medeni Durum	Evli	73	85,9
	Bekâr	12	14,1
Eğitim Durumu	Lise	4	4,7
	Üniversite	56	65,9
	Y.Okul	19	22,4
	Doktora	6	5,9
Meslek	Hemşire	45	52,9
	Doktor	31	36,5
	Diğer	9	10,6
Çalıştığı Birim	Dahiliye	26	30,6
	Cerrahi	38	44,7
	Yoğun Bakım	6	7,1
	İdari Birim	7	8,2
	Diğer	8	9,4

Çalışmaya katılanların %4,7'sinin (n=4) eğitim durumunun lise mezunu iken, %65,9'nun (n=56) üniversite, %22,4'ü (n=19) yüksekokul, %5,9'nun (n=6) ise doktora mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılanların %52,9'nun (n=45) mesleki durumunun hemşire olduğu, %36,5'inin (n=31) doktor, %10,6'sının (n=9) ise diğer meslekten olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılanların %30,6'sının (n=26) dahiliye biriminde çalıştığı, %44,7'sinin (n=38) cerrahi biriminde, %7,1'nin (n=6) yoğun bakımında, %8,2'sinin (n=7) idari birimde, %9,4'ünün (n=8) ise diğer birimde çalıştığı saptanmıştır. Çalışmaya katılanların anket sorularına verdikleri cevaplara ilişkin dağılımlar Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2. Anket Ölçeği Alt Boyutları**

	Min-Maks	Ort±Sd
Vizyon ve Liderlik	2,20-4,90	3,59±0,54
Çalışanlar	2,14-5,00	3,73±0,49
Kurum Ortamı	1,83-4,17	2,78±0,51
Kurumsal İletişim, Kimlik ve İmaj	2,64-4,73	3,47±0,37
Ürün ve Hizmetler	2,13-5,00	3,69±0,52
Sosyal Sorumluluk	2,38-4,88	3,70±0,50

Anket ölçeği alt boyutlarının dağılımları incelendiğinde; vizyon ve liderlik alt boyutu 2,20-4,90 arasında değişmekte olup 3,59±0,54'tür, çalışanlar alt boyutu 2,14-5,00 arasında değişmekte olup 3,73±0,49'dur, kurum ortamı 1,83-4,17 arasında değişmekte olup 2,78±0,51'dir, kurumsal iletişim, kimlik ve imaj alt boyutu 2,64-4,73 arasında değişmekte olup 3,47±0,37'dir, ürün ve hizmetler alt boyutu 2,13-5,00 arasında değişmekte olup 3,69±0,52'dir, sosyal sorumluluk alt boyutu 2,38-4,88 arasında değişmekte olup 3,70±0,50'dir.

**Tablo 3. Yaş Değişkeninin Ölçek Alt Boyut Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler**

	Yaş	
	br	p
Vizyon ve Liderlik	0,418	0,001**
Çalışanlar	0,236	0,030*
Kurum Ortamı	0,093	0,400
Kurumsal İletişim, Kimlik ve İmaj	0,262	0,015*
Ürün ve Hizmetler	0,136	0,215
Sosyal Sorumluluk	0,045	0,684

brPearson Correlation

\*p<0,05

\*\*p<0,01

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Vizyon ve Liderlik" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (yaş arttıkça vizyon ve liderlik puanı artan) %41,8'lik ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $r=0,418$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

**Tablo 4.** Cinsiyet Değişkeninin Kurumsal İtibar Algısı Ölçek Alt Boyut Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

	Cinsiyet		ap
	Kadın (n=64)	Erkek (n=21)	
	Ort±Sd	Ort±Sd	
Vizyon ve Liderlik	3,59±0,56	3,60±0,48	0,946
Çalışanlar	3,76±0,52	3,65±0,41	0,387
Kurum Ortamı	2,82±0,53	2,68±0,43	0,275
Kurumsal İletişim, Kimlik ve İmaj	3,47±0,35	3,48±0,43	0,868
Ürün ve Hizmetler	3,75±0,53	3,51±0,47	0,071
Sosyal Sorumluluk	3,74±0,49	3,55±0,51	0,127

aStudent-t Test

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Çalışanlar" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (yaş sayısı arttıkça çalışanlar puanı artan) %23,6'lık ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,236$ ;  $p=0,030$ ;  $p<0,05$ ). Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Kurumsal İletişim, Kimlik ve İmaj" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (yaş sayısı arttıkça kurumsal iletişim, kimlik ve imaj puanı artan) %26,2'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,262$ ;  $p=0,015$ ;  $p<0,05$ ). Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Kurum Ortamı", "Ürün ve Hizmetler" ve "Sosyal Sorumluluk" alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyet dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Vizyon ve Liderlik", "Çalışanlar", "Kurum Ortamı", "Kurumsal İletişim, Kimlik ve İmaj", "Ürün ve Hizmetler" ve "Sosyal Sorumluluk" alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 5.** Medeni Durum Değişkeninin Kurumsal İtibar Algısı Ölçek Alt Boyut Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

	Medeni Durum		ap
	Evli (n=73)	Bekâr (n=12)	
	Ort±Sd	Ort±Sd	
Vizyon ve Liderlik	3,60±0,51	3,50±0,73	0,545
Çalışanlar	3,77±0,46	3,55±0,66	0,155
Kurum Ortamı	2,8±0,50	2,65±0,56	0,352
Kurumsal İletişim, Kimlik ve İmaj	3,47±0,36	3,49±0,47	0,845
Ürün ve Hizmetler	3,71±0,48	3,59±0,74	0,465
Sosyal Sorumluluk	3,72±0,48	3,52±0,59	0,203

aStudent-t Test

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının medeni durum dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Vizyon ve Liderlik", "Çalışanlar", "Kurum Ortamı", "Kurumsal İletişim, Kimlik ve İmaj", "Ürün ve Hizmetler" ve "Sosyal Sorumluluk" alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.** Eğitim Durumu Değişkeninin Kurumsal İtibar Algısı Ölçek Alt Boyut Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

	Eğitim Durumu				cp
	Lise (n=4)	Üniversite (n=56)	Y.Lisans (n=19)	Doktora (n=6)	
	Ort±Sd (Medyan)	Ort±Sd (Medyan)	Ort±Sd (Medyan)	Ort±Sd (Medyan)	
Vizyon ve Liderlik	3,63±0,47 (3,50)	3,55±0,54 (3,50)	3,72±0,61 (3,70)	3,48±0,44 (3,35)	0,449
Çalışanlar	4,11±0,62 (3,93)	3,78±0,48 (3,79)	3,52±0,49 (3,57)	3,71±0,29 (3,86)	0,262
Kurum Ortamı	3,21±0,70 (3,09)	2,73±0,47 (2,67)	2,95±0,52 (3,00)	2,45±0,46 (2,42)	0,065
Kurumsal İletişim, Kimlik ve İmaj	3,75±0,28 (3,82)	3,43±0,35 (3,45)	3,62±0,40 (3,64)	3,23±0,30 (3,36)	0,023*
Ürün ve Hizmetler	4,13±0,65 (3,94)	3,68±0,55 (3,69)	3,71±0,45 (3,63)	3,38±0,29 (3,44)	0,198
Sosyal Sorumluluk	4,22±0,30 (4,13)	3,65±0,51 (3,63)	3,83±0,40 (3,75)	3,29±0,50 (3,32)	0,020*

cKruskal Wallis Test

\* $p<0,05$

Sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Vizyon ve Liderlik", "Çalışanlar", "Kurum Ortamı" ve "Ürün ve Hizmetler" alt boyutlarından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Kurum Ortamı" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak

anlamli farklilik saptanmazken ( $p=0,065$ ;  $p>0,05$ ); eğitim durumu lise olan sağlık alışanlarının Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Kurum Ortamı" alt boyutundan aldıkları puanlar dikkat çekici düzeyde yüksek saptanmıştır.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının eğitim durumu dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Kurumsal İletişim, Kimlik ve İmaj" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamli bulunmuştur ( $p=0,023$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U test sonuçlarına göre; eğitim durumu yüksek lisans olan sağlık alışanlarının "Kurumsal İletişim, Kimlik ve İmaj" alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim durumu üniversite ve doktora olan sağlık çalışanlarına göre anlamli düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,049$ ;  $p=0,017$ ;  $p<0,05$ ). Diğer gruplar arasında anlamli farklilik saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının eğitim durumu dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Sosyal Sorumluluk" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamli bulunmuştur ( $p=0,020$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U test sonuçlarına göre; eğitim durumu lise olan sağlık alışanlarının "Sosyal Sorumluluk" alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim durumu üniversite ve doktora olan sağlık çalışanlarına göre anlamli düzeyde yüksek saptanmış ( $p=0,028$ ;  $p=0,010$ ;  $p<0,05$ ) olup eğitim durumu yüksek lisans olan sağlık alışanlarının "Sosyal Sorumluluk" alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim durumu doktora olan sağlık çalışanlarına göre anlamli düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,023$ ;  $p<0,05$ ).

**Tablo 7. Mesleki Durumu Değişkeninin Kurumsal İtibar Algısı Ölçek Alt Boyut Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler**

Mesleki Durum	Hemşire (n=45)	Doktor (n=31)	Diğer (n=9)	cp
	Ort±Sd (Medyan)	Ort±Sd (Medyan)	Ort±Sd (Medyan)	
Vizyon ve Liderlik	3,53±0,57 (3,50)	3,67±0,50 (3,50)	3,59±0,53 (3,50)	0,796
Çalışanlar	3,75±0,54 (3,71)	3,72±0,39 (3,71)	3,70±0,58 (3,86)	0,946
Kurum Ortamı	2,86±0,50 (2,83)	2,64±0,51 (2,67)	2,85±0,50 (3,00)	0,174
Kurumsal İletişim, Kimlik ve İmaj	3,43±0,35 (3,45)	3,46±0,41 (3,45)	3,72±0,30 (3,82)	0,057
Ürün ve Hizmetler	3,75±0,53 (3,75)	3,58±0,52 (3,50)	3,75±0,48 (3,63)	0,226
Sosyal Sorumluluk	3,74±0,48 (3,75)	3,63±0,53 (3,50)	3,70±0,56 (3,75)	0,636

\*Kruskal Wallis Test

Sağlık çalışanlarının mesleki durumuna göre Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Vizyon ve Liderlik", "Çalışanlar", "Kurum Ortamı", "Ürün ve Hizmetler" ve "Sosyal Sorumluluk" alt boyutlarından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 8.** Mesleki Deneyim Yılı, Yönetici Deneyim Yılı ve Kurumda Çalışma Yılı Değişkenlerinin Kurumsal İtibar Algısı Ölçek Alt Boyut Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

	Mesleki Deneyim yılı (n=85)		Yönetici Deneyim yılı (n=85)		Kurumda Çalışma yılı (n=85)	
	dr	p	dr	p	dr	p
Vizyon ve Liderlik	0,373	0,001**	0,284	0,008**	0,378	0,001**
Çalışanlar	0,179	0,101	0,156	0,155	0,267	0,014*
Kurum Ortamı	0,058	0,601	-0,031	0,775	0,130	0,237
Kurumsal İletişim, Kimlik ve İmaj	0,194	0,075	0,245	0,024*	0,118	0,284
Ürün ve Hizmetler	0,149	0,172	0,212	0,052	0,284	0,009**
Sosyal Sorumluluk	0,015	0,888	0,093	0,396	0,169	0,122

drSpearman's Correlation \* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$

Sağlık çalışanlarının mesleki durumuna göre Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Kurumsal İletişim, Kimlik ve İmaj" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ( $p=0,057$ ;  $p>0,05$ ); mesleki durumu diğer olan sağlık çalışanlarının Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Kurumsal İletişim, Kimlik ve İmaj" alt boyutundan aldıkları puanlar dikkat çekici düzeyde yüksek saptanmıştır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleki deneyim dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Vizyon ve Liderlik" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (mesleki deneyim arttıkça vizyon ve liderlik puanı artan) %37,3'lük ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $r=0,373$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleki deneyim dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Kurumsal İletişim, Kimlik ve İmaj" alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $r=0,194$ ;  $p=0,075$ ;  $p<0,05$ ) dikkat çekici düzeydedir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleki deneyim dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Çalışanlar", "Kurum Ortamı", "Ürün ve Hizmetler" ve "Sosyal Sorumluluk" alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının

yönetici deneyim dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Vizyon ve Liderlik" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (yönetici deneyim arttıkça vizyon ve liderlik puanı artan) %28,4'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,284$ ;  $p=0,008$ ;  $p<0,01$ ). Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yönetici deneyim dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Kurumsal İletişim, Kimlik ve İmaj" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (yönetici deneyim arttıkça kurumsal iletişim, kimlik ve imaj puanı artan) %24,5'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,245$ ;  $p=0,024$ ;  $p<0,05$ ).

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yönetici deneyim yılı dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Ürün ve Hizmetler" alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $r=0,212$ ;  $p=0,052$ ;  $p>0,05$ ) dikkat çekici düzeydedir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yönetici deneyim yılı dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Çalışanlar", "Kurum Ortamı" ve "Sosyal Sorumluluk" alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının kurumda çalışma yılı dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Vizyon ve Liderlik" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (Kurumda çalışma yılı arttıkça vizyon ve liderlik puanı artan) %37,8'lik ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $r=0,378$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının kurumda çalışma yılı dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Çalışanlar" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (Kurumda çalışma yılı arttıkça çalışanlar puanı artan) %26,7'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,267$ ;  $p=0,014$ ;  $p<0,05$ ). Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının kurumda çalışma yılı dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Ürün ve Hizmetler" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (Kurumda çalışma yılı arttıkça ürün ve hizmetler puanı artan) %28,4'lük ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $r=0,284$ ;  $p=0,009$ ;  $p<0,01$ ). Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının kurumda çalışma yılı dağılımları ile Kurumsal İtibar Algısı Ölçeği "Kurum Ortamı", "Kurumsal İletişim, Kimlik ve İmaj" ve "Sosyal Sorumluluk" alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



## 5. SONUÇ

Kurum idarecileri, iş neticeleri ile bağlantılı olarak kurumsal hedeflerinin yanında diğer hissedarların ve kamuoyunun istek ve gereksinimlerini de göz önüne alarak; kurumsal başarının sağlaması sürecine katkısı olan herkese karşı sorumlu davranması gerekmektedir. Örgütte çalışanların kurumsal itibarın devamlılığı için anahtar rol oynadığını belirten Cravens ve Oliver (2006) ise kurumsal itibarın yönetiminde çalışan desteği ve memnuniyetine ihtiyaç duyulduğunu ifade etmiştir. Bu bağlamda bu araştırmada kurumsal iletişim, kimlik ve imaj puanı yüksek bulunmuştur. Budd (1998)'un belirttiği gibi kurumun dışındakilerden önce, kurum çalışanları yöneticilerinin dürüstlüğüne güvenmeli ve alınan kararların yerinde olduğuna, verilen emirlerin gerekli olduğuna, yapılan çalışmaların doğruluğuna inanmalıdır. Bunu sağlayan ise; yöneticinin kurum içindeki uygulamaları ile kendi adına yarattığı itibardır. Bu nedenle, günümüzde halkla ilişkilerin içinde olan tüm kurum yöneticilerinin hedefi, kurumların ve hedef kitlelerinin imajlarını korumanın yanı sıra giderek, çağdaş liderler olarak kendi itibarlarını da korumayı içine alacak şekilde genişlemektedir. Bu anlayışla dünyada sürekli toplantılar düzenlenmekte, araştırmalar yapılmakta ve ortak değerlerin ortaya çıkarılmasına çalışılmaktadır.

Araştırmada elde edilen sonuçlar bazı noktalarda literatürle uyumlu sonuçlar vermiştir. Literatürle uyumlu olan çalışmalardan Selvi (2012)'nin yaptığı araştırmada ölçeğin alt boyutlarından "kurum ortamı" ortalama puanı (4,01) en yüksek bulunurken, bu çalışmada 2,78 ortalama puan ile en düşük puan almıştır. Bu sonuç kurum ile arasında hissiyata dayalı bir bağ bulunan personel, kendini örgüt ile daha kolay özdeşim sağlayarak neticede güvenilir ve sadakat ile bağlı bir çalışan dönüşerek örgütsel itibarın sağlamlaşmasını pozitif yönde etkileyeceğine yönelik olabilir. Örgütün çalışma ortamları, çalışma koşulları, personellerine ve hissedarlarına sağladığı eğitim olanakları, örgütsel kültürü geliştirme çalışmaları ve benzeri konular da örgütsel itibarı direk ve dolaylı olarak etkilemektedir. Örgütsel itibarın oluşturulmasında sosyal hissedarların düşüncelerini ve isteklerinin belirlenmesi oldukça önem arz etmektedir. Personeller, tüketiciler, toplum, girişimciler, medya ve benzeri paydaş toplulukların örgüt hakkında ne düşündüklerine önem vermek gerekmektedir. Yönlendirme kabiliyeti liderlik vasıfları içerisinde en önemli

niteliklerden bir tanesidir. Yönlendirme kabiliyeti sayesinde lider kişilere her hangi bir zor kullanmadan kurumun ortak hedeflerine doğrultusunda iş yapılmasını sağlanmaktadır.

Bir kurumun itibarını oluşturan en önemli husus tüketici tatmininin sağlanmasıdır. Bu sebeple itibar oluşturmak adına en önemli basamak ürün ve hizmet kalitesinin aralıksız iyileştirilmesi adına çaba göstermektir. Kurum herhangi bir konuda her hangi bir hata yaptıysa bunu red etmek yerine kabul edip gerekli bilgilendirmelerin yapılmasını sağlamak itibara pozitif yönde etki etmektedir. Sektör içerisinde bilgili ve danışma kaynağı olarak nitelendirmek de prestiji artırmaya destek olmaktadır. Kaliteli ürün ve hizmet, tüketicilerin satın alma kararını etkilemesinin yanında işletmeye duyulan güvenin devam etmesini de desteklemektedir. Çalışanların kurumsal itibar açısından öneminin farkında olan kurumlar, onları kurumsal itibar yönetiminin bir parçası haline getirmektedir. Kurumsal itibarın önemi, faydaları ve nasıl kazanabildiği çalışanlara aktarıldığında çalışanlar; neleri, ne zaman, nasıl yapması gerektiği konusunda bilgi sahibi olmakta ve bir kurumsal itibar sorumlusu olarak hareket etmektedir. Kurum eğer çalışanları bu sürece katmazsa, kurumsal amaçlardan habersiz ve kurumsal aidiyeti olmayan çalışanlar paydaşlara yönelik yanlış bir davranışla ve yanlış sözlerle kurumsal itibara zarar verebilirler. Kadıbeşgil'e (2006) göre "itibarın yönetilmesi ile ilgili temel politikalar yönetim tarafından geliştirilir ancak itibarın korunması tüm çalışanların işidir". Çalışanların kurumsal itibarı koruma işini temel bir görev olarak kabul etmesi ise yönetimin çalışanlara kurumsal itibar sürecindeki rollerini ve sorumluluklarını aktarması ile mümkün olabilmektedir. Bu nedenle kurumlar, tüm düzeylerdeki çalışanlarını kurumsal itibar sürecine katılmaları konusunda teşvik etmelidir.

## KAYNAKÇA

- Akgöz, E., (2010). "Kriz Ortamında Turizm İşletmelerinin Rekabet Aracı Olarak İtibar Yönetimi", Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2 (2), ss.158-188.
- Argan, T. ve Akyıldız, M., (2010). Social Marketing Approach As A Tool For dissemination Sport, Pamukkale Journal of SportSciences, 1 (3), p.39-51.
- Aydemir, B. A., (2008). "İşletmelerin Yeni Rekabet Aracı Olarak Kurumsal İtibar", İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 10 (2), ss.27-53.

- Aydede Ceyda, Profesyonel Bir İlişki: Medya ve Halkla İlişkiler, Rota Yayınları, İstanbul- 2004.
- Aykanat, Z., (2010). "Karizmatik Liderlik ve Örgüt Kültürü İlişkisi Üzerine Bir Uygulama", Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karaman.
- Baraz, B., (2011). "Kurumsal İtibar ve Paradigmalar", Beta Yayınları, I. Baskı, İstanbul.
- Baybora, D., (2011). "Kurumsal İtibar ve Paradigmalar", Beta Yayınları, I. Baskı, İstanbul.
- Besler, S., (2011). "Kurumsal İtibar ve Paradigmalar", Beta Yayınları, I. Baskı, İstanbul.
- Budd John F. Jr., Halkla İlişkilerde Etik İkilemleri, (Çeviren: Nur NİRVEN-Ahmet ÜNVER) IPRA Uluslararası Halkla İlişkiler Derneği /Halkla İlişkiler Danışmanları Derneği (HDD) AltınKitap- Sayı: 8, Rota Yayınları, İstanbul -1998.
- Çiftçioğlu, A. (2009). "Kurumsal İtibar Yönetimi", Dora Yayıncılık, I. Baskı, Bursa.
- Cravens, Karen S., Elizabeth Goad Oliver. (2006), "Employees: The Key Link To Corporate Reputation Management", Business Horizons, 49 (4), 293-302.
- Çoşkun, M., (2011). "Kurumsal İtibar ve Paradigmalar", Beta Yayınları, I. Baskı, İstanbul.
- Eroğlu, E. ve Solmaz, B., (2012). "Kurumsal İtibar Araştırması ve Bir Uygulama Örneği", Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 1 (4), ss.1-18.
- Esen, E., (2011). "Türkiye'deki ve Dünya'daki İtibar Ölçümlerinin Karşılaştırılması", Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 31 (2), ss.289-306.
- Gelibolu, L., (2011). Topluluk Tabanlı Sosyal Pazarlama Yaklaşımıyla Sürdürülebilir Tüketim Davranışının Güdülenmesi, Doktora Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, SBE.
- Kadıbeşgil, S., (2006) İtibar Yönetimi, İstanbul: MediaCat.
- Karakılıç, N. Y., (2005). "Kurumsal İtibarın müşteri Tercihleri üzerine etkileri", Afyon Kocatepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 6 (2), ss.181-196
- Karaköse, T., (2007). "Kurumların DNA'sı İtibar ve Yönetimi", Nobel Akademik Yayıncılık, I. Basım, İstanbul.
- Karaköse, T., (2007). "Örgütlerde İtibar Yönetimi", Akademik Bakış, Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi 11 (1), ss.1-12.

- Öncel, M. ve Sevim, Ş., (2011). "Uluslararası Yükseköğretim Kongresi: Yeni Yönelişler ve Sorunlar", 27-29 Mayıs 2011, Bildiri Kitabı, İstanbul.
- Özalp, İ. Tosun, H. Z. ve Geylan, A., (2010). "Paydaşları Açısından Akademik Organizasyonlarda İtibar", Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi, 2 (1), ss.99-106.
- Özkan, A., (2009). "Halkla İlişkiler Yönetimi", İstanbul Ticaret Odası, Sosyal Yayınlar, II. Baskı, İstanbul.
- Selvi, Ö. (2012). Özel Sağlık Kurumlarında İtibar Yönetimi ve Bir Uygulama Örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi. Konya.
- Smith, W., (2014). If Safety Were All We Thought of, Who Would Ever Fall in Love? Social Marketing: A Look Back, Social Marketing Quarterly, 20 (1), pp.11-14.
- Şatır, Ç. ve Sümer, F. E., (2006). "Kurum İtibarının Bileşenleri Üzerine Bir Araştırma", II. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu, 26-28 Nisan, ss.51-62.
- Tonus, H. Z., (2011). "Kurumsal İtibar ve Paradigmalar", Beta Yayınları, I. Baskı, İstanbul.
- Ural, E. G., (2012). "Kurumsal İtibarı Ölçme Yöntemi Olarak Türkiye İtibar Endeksi ve Endeks Sonuçlarından Hareketle Türkiye’de Elektronik Sektörünün İtibarı Üzerine Bir Değerlendirme", Academic Journal of Information Technology, 3 (7), ss.7-20.
- Uzunoğlu, E. ve Öksüz, B., (2008). "Kurumsal İtibar Riski Yönetimi: Halkla İlişkilerin Rolü", Selçuk İletişim Dergisi, 5 (3), ss.111-123.
- Walsh, G. ve Beatty, S. E. (2007). "Customer-based corporate reputation of a service firm: scale development and validation", Journal of the Academy of Marketing Science, Vol:35, ss. 127-143.

# Sağlık Hizmetlerinde Bir Risk Yönetimi Tekniği Olarak X Tipi Matris Metodu: Acil Servise Yönelik Bir Uygulama

Gönderim Tarihi: 05.04.2017

Kürşat Yurdakoş<sup>1</sup>

Kabul Tarihi : 18.04.2017

## ÖZ

Risk, belirli bir tehlikeli olayın meydana gelme olasılığı ile bu olayın sonuçlarının ortaya çıkardığı zarar, hasar veya yaralanmanın şiddetinin bileşimi olarak tanımlanabilir. Bu çalışma, Ocak - Nisan 2014 tarihleri arasında Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Devlet Hastanesinde çalışan personelin, hastaların ve ziyaretçilerin korunmasını olumsuz yönde etkileyen sebepleri tespit ederek iyileştirme yapılabilecek noktaları saptamak, kurumlarda risklere karşı alınan tedbirleri ortaya koymak ve etkili risk yönetimiyle risklerin en aza nasıl indirilebileceğinin araştırılması amacıyla yapıldı.

Acil servis sürecini, X Tipi Matris Analizi açısından değerlendirmeden önce bu servis hakkında üst seviyede bilgi sahibi olan, birim kalite sorumluları, yardımcıları ve kalite yönetim direktörü, acil servis sorumlu hekimi, acil tıp uzman hekimlerinden oluşan risk belirleme ekibi kurulup, yeni iş güvenliği yasasıyla birlikte iş güvenliği uzmanları da sürece dahil edilip, mevcut riskler belirlendikten sonra, bu risklerin analizi yapıldı.

Araştırmamızda sağlık çalışanlarına yönelik 11 adet ana tehlike ve bu tehlikelere bağlı olarak 24, hasta/hasta yakınlarına yönelik olarak ise 11 adet risk tespit edildi. Sağlık çalışanlarına yönelik 11 adet ana tehlike irdelendiğinde, risklerin, risk değerlerine göre 9'u Orta Risk, 37'si Düşük Risk, 69'u Minimum Risk ve 2'si ise Risk Yok olarak değerlendirilmiştir. Hasta/hasta yakınlarına yönelik 11 adet risk incelendiğinde, risklerin, risk değerlerine göre 3'ü Orta Risk, 7'si Düşük Risk, 9'u Minimum Risk ve 3'ü ise Risk Yok olarak değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Acil Servis, Çalışan Sağlığı ve Güvenliği, Hastane, X Tipi Matris Metodu, Risk Yönetimi.

1 Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, urungukaan@hotmail.com

# X Type Matrix Method: As a Risk Management Technique in Health Services: An Application for Emergency Service

## ABSTRACT

Risk can be defined as combination of occurrence possibility of a particular hazardous event with the severity of damage, loss and injury posed by this event. This study was performed between dates January 2014 and April 2014 for the purpose of; detecting points to be improved, pointing out measures taken against risks in the institutions and investigating how risks could be minimized with effective risk management by determining reasons that affect protection of employing staff, patients and visitors negatively in Samsun State Hospital.

Before analyzing the emergency service process in terms of X Type Matrix Analysis, risk analysis has been performed after detection of current risks and establishing risk detection team consisting of unit quality officers and unit quality vice-officers, quality management director, doctor responsible form emergency service, emergency medical expert doctors having upgrade knowledge of this service by including also occupational safety experts to the process.

In our study, 11 main hazardous events regarding to health workers and based on these events 24 risks have been identified and besides 11 risks regarding to patient/patient relatives have been identified. When 11 main hazardous events regarding to health workers were scrutinized, risks were evaluated as: 9 of the risks were Moderate Risk, 37 of the risks were Low Risk, 69 of the risks were Minimum Risk and 2 of the risks were Risk-Free. When 11 risks regarding to patient/patient relatives were scrutinized, risks were evaluated as: 3 of the risks were Moderate Risk, 7 of the risks were Low Risk, 9 of the risks were Minimum Risk and 3 of the risks were Risk-Free.

**Keywords:** Emergency Service, Occupational Health and Safety, Hospital, X Tipi Matrix Method, Risk Management.

## 1. GİRİŞ

Risk, belirli bir tehlikeli olayın meydana gelme olasılığı ile bu olayın sonuçlarının ortaya çıkardığı zarar, hasar veya yaralanmanın şiddetinin bileşimi olarak tanımlanabilir (Zhang-Lin, Jing ve Hui-Qiang 2007).

Etkili bir risk yönetimi için atılacak ilk adım kurumun hangi risklerle karşı karşıya olduğunun belirlenmesi ve bu risklerin değerlendirilmesidir. Riskin doğasını, etki türünü ve kaynağını belirlemek risk analizinin önemli aşamalarından biridir. Risklerin belirlenmesinde temel hedef bir işletmenin hedeflerine ulaşmada oluşabilecek riskleri zamanında, düzenli, hızlı ve eksiksiz olarak ele almaktır (Aydeniz, 2008:25). Süreçlerde yer alan riskler geçmişte, günümüzde ve gelecekteki aktivitelere bağlı olarak belirlenmelidir.

Sağlık sektöründe yalnızca sağlık çalışanları değil, sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar ve hasta yakınları da risklerle karşı karşıya kalabilmektedir. Bu nedenle yapılan risk analizleri ve etkili risk yönetimleri sadece kuruluştaki çalışan sağlık personeli açısından değil, toplum sağlığının korunması açısından da önemlidir.

Sağlık sektöründe başta sağlık personeli olmak üzere, hastalar, hasta yakınları, idari personel, tedarikçilere ait çalışanlar, kurumun itibarı, fiziki alanlar, makineler, tıbbi cihazlar, kurumun geliri vb. risk altındadır. Bu riskleri oluşturan faktörler her birimde ayrı özellikler gösterir.

Sağlık sektöründe karşılaşılabilecek başlıca riskler şu şekilde sıralanabilir:

- Enfeksiyonlar/Mikroorganizmalar/Biyolojik Riskler
- Kimyasal Ajanlar/Tehlikeli Maddeler
- Radyasyon
- Tehlikeli Atıklar
- Kesici Delici Alet ve İş Makineleriyle Yaralanmalar
- Fiziksel Şiddet
- Psikososyal Riskler

-Gürültü

-Ergonomik Riskler

-Sitotoksik Riskler, Allerjik Reaksiyonlar

-Havalandırma

-Gıda zehirlenmeleri vb. (Özyurt, 2013:2). Bu risklerin dışında sağlık kuruluşunun çalışma alanına göre farklı riskler de ortaya çıkabilir.

Sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta ve personelin göreceği zararlar; hasta açısından yaralanma, hastanede kalış süresinin uzaması, sakatlık hatta ölümlerle, sağlık çalışanı açısından ise daha çok hastalığa maruz kalma ve yaralanma gibi sonuçlar doğurabilmektedir. Son yıllarda insan sağlığı yönünden karşı karşıya kalınan riskler dışında finansal ve çevresel riskler de sağlık kurumlarını tehdit eden ayrı bir risk boyutu oluşturmaktadır (Aksay, Orhan ve Kurutkan 2012: 123). Maddi kayıp ve itibar riski bağlamında bakılacak olursa sağlık kurumları ve özellikle hastaneler, hatalar sonucu oluşan hizmetin maliyeti ve insan hayatının kaybı gibi olumsuz süreçleri yönetmek zorunda kalmaktadır (Aksay 2003).

Sağlık bakımında risk yönetimi süreci; ilk kez 1970'lerin ortalarında hukuki bir dava esnasında Amerika'da ortaya çıkmıştır. İstenmeyen tıbbi hataların ve sağlık bakımı ile ilişkili olayların ve kazaların çoğunun azaltılmasını sağlamak için sağlık bakımının verilmesinde bu risklerin tanımlanması, analizi, azaltılması ve değerlendirilmesi yönteminin geliştirilmesine gerek duyulmuştur (East 1999: 39-41). Risk yönetiminin amacı, kişilere veya organizasyonlara risk ve belirsizliği açıkça gösteren pratik ve basit teknikler geliştirmek, karar verici yargısına dayalı anlaşılır, bilgiler vererek riski tanımlamak, analiz etme ve yönetmede yardım etmektir (Ersar 1996: 22-29). Risk analizi, stratejik kararlarda ele alınan değişkenle ilgili olan riskin kapsamlı olarak anlaşılmasını sağlayan yöntemlerin bütünüdür. Risk analizi yalnızca düzenleyici amaçlar için gerekli değildir. Bu ürünlerin dizaynındaki gerekli güvenlik önlemlerini belirlemenin tek yoludur ve her proses gelişiminin parçası olmalıdır (Steven ve Krishna 1999).

Sağlık kurumlarında risklerin analiz edilmesi ve yönetilmesi süreci tehlikelerin ve bu tehlikeler sonucu ortaya çıkan risklerin değerlendirilmesi faaliyetlerini kapsar. Sağlık kuruluşlarında etkin bir risk yönetimi yapılması için risk



analizlerinin doğru ve ayrıntılı yapılıp, risklerin tanımlanması gereklidir. Sağlık sektöründe risk analizi yapılırken kurumlardaki tüm birimler, bu birimlerin çalışma sistemleri, çalışan personelin niteliği göz önünde bulundurulmalıdır. Birimlerde belirlenen risklerin tanımları yapılarak, risklerle hangi birimlerde karşılaşılacağı ve karşılaşma sıklığı belirlenmelidir (Güler, Çobanoğlu, Vaizoğlu ve Tekbaş 2011).

Bu çalışma; hastanenin acil servis özelinde, hizmetlerin sunumu esnasında meydana gelebilecek risk odaklarını tespit etmek, değerlendirmek ve buna bağlı olarak önlemleri belirleyerek ve uygulayarak yüksek risklerin önlenmesini sağlamak amacıyla yapıldı.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak - Nisan 2014 tarihleri arasında Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Devlet Hastanesinin Acil Servis özelinde uygulandı. Acil Servis birim sorumlusu ve yardımcıları, kalite yönetim direktörü, iş sağlığı ve güvenliği uzmanı sürece dahil edilerek X Tipi Matris Risk Değerlendirme Takımı oluşturuldu.

Tehlikelerin belirlenmesi, risklerin analiz edilerek derecelendirilmesi ve gerekli kontrol ölçümlerinin yapılması için hastanede ölüme, hastalığa, yaralanmaya, hasara veya diğer kayıplara sebebiyet verebilecek tüm istenmeyen olaylar tanımlandı. Risk değerlendirmesinin 2. adımında tehlikelerden kaynaklanan risklerin ne ya da neler olabileceğine karar verildi. Risklerin belirlenmesi aşamasından sonra tercih edilen nicel veya nitel yöntemlerle risklerin derecelendirilmesine geçildi. Yapılan bu çalışmada risklerin derecelendirilmesi için X Tipi Matris Analizi metodundan faydalanıldı.

X Tipi Matris Analizi metodu, risklerin derecelendirilmesinde, derecelendirme sonuçlarına göre hangi işlere öncelik verilmesi ve kaynakların öncelikle nereye aktarılması konularında kullanılan bir tekniktir. Risklerin ağırlık oranları hesaplanarak derecelendirme yapılır ve önlem alınmasının gerekli olup olmadığına karar verilir. X Tipi Matris Analizi risk değerlendirmesi metodu, Olasılık (O) ve Şiddet (Ş) skalalarından meydana gelmiş olup, Risk Derecesi (RD);  $RD = \text{Olasılık (O)} \times \text{Şiddet (Ş)}$  olarak hesaplanır.

**Olasılık:** Olasılık, zararın gerçekleşme olasılığıdır. Riskler karşılaşıma sıklığına-olasılığına göre 1-8 arası puanlanır.

**Şiddet:** Şiddet, tehlikenin insan ve/veya çevre üzerinde yaratacağı tahmini zararadır. Karşılaşıldığındaki kişiye vereceği zarar derecesine göre 1-8 arası puanlanır.

**Tablo 1. Şiddetlilik Değerinin Verilmesi**

Şiddet	
Birden Fazla Kişinin Hayatını Kaybetmesi	8
Tek Kişinin Hayatını Kaybetmesi	7
Sürekli İş Göremezlik ( Erken Emeklilik Gerekt. Yaralanma )	6
Geçici İş Göremezlik (28 Gün İş Kaybı Gerekt. Yaralanma )	5
Ciddi ( 3 İle 28 Gün İş Kaybı Gerekt. Yaralanma)	4
Orta ( 3 Güne Kadar İş Kaybı Gerektiren Yaralanma )	3
Minimum (İlk Yardım Gerektirebilecek Yaralanma )	2
Önemsiz ( Yaralanması Yok )	1

**Tablo 2. Olasılık Değerinin Verilmesi**

Olasılık	
Günde Bir	8
Haftada Bir	7
Ayda Bir	6
Yılda Birkaç Kere	5
Yılda Bir	4
Her 10 ile 30 Yılda Birkaç Kere	3
Her 10 ile 30 Yılda Bir	2
Rakam verilemeyecek kadar çok ender	1

Tablo 3. Risk Düzeyine Göre Karar ve Eylem.

Risk Faktörü (Risk Tahmini)	Risk Tanımı	Gerekli Çalışma	Öncelik
49 - 64	Kabul Edilemez	Ya derhal ek kontrolleri / çalışma planını uygulayın veya çalışmayı durdurun.	5
29 - 48	Yüksek Risk	Çalışma planını/ek kontroller geliştirin ve uygulayın.	4
19 - 28	Orta Risk	Var olan kontrolleri uygulayın ve çalışmayı izleyin.	3
5 - 18	Düşük Risk	Risk değerlendirmeleri kaydedildi. Çalışmayı izleyin.	2
1 - 4	Minimum Risk	Risk değerlendirmeleri kaydedildi. Daha ileri bir çalışmaya gerek yoktur.	1

### 3. BULGULAR

Araştırmamızda sağlık çalışanlarına yönelik 11 adet ana tehlike ve bu tehlikelere bağlı olarak 24, hasta/hasta yakınlarına yönelik olarak ise 11 adet risk tespit edildi.

Sağlık çalışanlarına yönelik 11 adet ana tehlike irdelendiğinde, risklerin, risk değerlerine göre 9'u Orta Risk, 37'si Düşük Risk, 69'u Minimum Risk ve 2'si ise Risk Yok olarak değerlendirilmiştir. Bahsi geçen tehlike ve riskler içerisinde; hekimlere ait 1 adet Orta Risk olan "Şiddet Görme" ana tehlike başlığı altında "Fiziksel Şiddet (saldırı-darp vs.)", temizlik personeline ait 4 adet Orta Risk olan "Tehlikeli Kimyasal Maddelere Bağlı Riskler" ana tehlike başlığı altında "Kimyasal Madde Dökülme Sıçramasına Bağlı Kazalarda, Çalışan Yaralanmaları, Alerjik Reaksiyon Riski" (Tablo 4), hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknisyeni ve acil tıp teknisyenlerine ait 2 adet Orta Risk olan "Alerjik Reaksiyona Maruz Kalma Riski" ana tehlike başlığı altında "İlaç Sıçramalarına Maruz Kalma ile Reaksiyon Oluşma Riski" (Tablo 5) ile "Şiddet Görme" ana tehlike başlığı altında "Fiziksel Şiddet (saldırı-darp vs.)", "Ergonomik Sorunlara Maruz Kalma Riski" ana tehlike başlığı altında "Çalışma Ortamındaki Eşyalara Bağlı Çarpma Sıkışma Düşme ve Yaralanma Riski", "Hasta Taşıma ve Çevirme Sırasında Meydana Gelen Vücut Yaralanmaları", "Islak - Kaygan Zemine Bağlı Yaralanma Riski" (Tablo 6) ile "Şiddet Görme" ana tehlike başlığı altında "Fiziksel Şiddet (saldırı-darp vs.)", güvenlik görevlilerine ait

1 adet Orta Risk olan "Şiddet Görme" ana tehlike başlığı altında "Fiziksel Şiddet (saldırı-darp vs.)" (Tablo 7) risk değerleri 20 olarak tespit edilmiş olup tüm riskler için alınması gereken önlemler ve yapılacak faaliyetler belirlenmiştir.

**Tablo 4. Tehlikeli Kimyasal Maddelere Bağlı Riskler**

Risk	Temizlik Personeline Ait Riskler			
	O	Ş	RP	RD
Kimyasal madde dökülme sıçramasına bağlı kazalarda, çalışan yaralanmaları, alerjik reaksiyon riski	5	4	20	OR

O: Olasılık Ş: Şiddet RP: Risk Puanı RD: Risk Değeri OR: Orta Risk

### Alınması Gereken Önlemler

Yapılan işe uygun kişisel koruyucu ekipmanlar kontrollü olarak kullanılmalı, çalışan sağlığı konularında eğitimler yapılmalıdır.

**Tablo 5. Alerjik Reaksiyona Maruz Kalma Riski**

Risk	Hemşire/Ebe ve Sağlık Teknikeri Riskleri			
	O	Ş	RP	RD
İlaç sıçramalarına maruz kalma ile reaksiyonu oluşma riski	5	4	20	OR

O: Olasılık Ş: Şiddet RP: Risk Puanı RD: Risk Değeri OR: Orta Risk

### Alınması Gereken Önlemler

Yüzey dezenfektanı kullanım talimatına uygun hazırlanmalıdır. Serviste kullanmak üzere alternatif eldiven bulundurulmalı, havalandırma yapılmalı, ilaç sıçramasına maruz kalmada uygun kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.

**Tablo 6. Ergonomik Sorunlara Maruz Kalma Riski**

Risk	Temizlik Personeline Ait Riskler			
	O	Ş	RP	RD
Çalışma ortamındaki eşyalara bağlı çarpma, sıkışma, düşme ve yaralanma riski	5	4	20	OR
Hasta taşıma ve çevirme sırasında meydana gelen vücut yaralanmaları	7	3	21	OR
Islak - kaygan zemine bağlı yaralanma riski	5	4	20	OR

O: Olasılık Ş: Şiddet RP: Risk Puanı RD: Risk Değeri OR: Orta Risk

### Alınması Gereken Önlemler

Hasta taşıma ve çevirmeleri, hastanın genel durumuna göre birden fazla vücut mekaniğine uygun hareket edilmesi ve meslek hastalıkları konusunda farkındalık eğitimi verilmelidir. İş güvenliği ve çalışan sağlığı konusunda çalışanların verilen eğitimlere katılımları sağlanmalıdır. Çalışma koşullarına göre bölüm çalışanları arasında dönüşümlü ve eşit iş paylaşımı sağlanmalı, çalışma ortamı, işleyiş sürecini aksatmayacak şekilde ve ergonomik olarak düzenlenmeli ve molalarda mümkün olduğunca dinlenme sağlanmalıdır. Devrilip düştüğünde çalışana zarar verecek eşya, dolap vb. sabitlenmelidir. Islak - kaygan zemin uyarı levhaları gerekli alanlarda kullanılmalıdır. Çalışanlarca kullanılan koltuk, tabure vb. arızalı araç gereç kullanımdan çekilmeli ve bakımı, tamiri yapılmalıdır. Hasta taşıma ve çevirmeler hastanın genel durumuna göre birden fazla çalışanla yapılmalıdır. Bilek, bel ve boyun egzersizleri yapılmalıdır.

Tablo 7. Fiziksel Şiddet (Saldırı, Darp vb.) Görme Riski.

Hekimlere Ait Riskler				Hemşire/Ebe ve Sağlık Teknikeri Riskleri				Temizlik Personeline Ait Riskler			
O	Ş	RP	RD	O	Ş	RP	RD	O	Ş	RP	RD
5	4	20	0R	5	4	20	0R	5	4	20	0R

O: Olasılık Ş: Şiddet RP: Risk Puanı RD: Risk Değeri OR: Orta Risk

### Alınması Gereken Önlemler

Çalışanlara iletişim, stres yönetimi ve öfke kontrolü ile mesleki bilgi ve becerilerini artırıcı eğitim yapılmalı, gereğinde psikolojik destek sağlanmalıdır. 24 saat yeter miktarda güvenlik elemanı bulundurulmalı, bilgilendirme güvenlik önlemlerinin alındığı bir ortamda yapılmalıdır. Hasta ve hasta yakınları ile hastalığı tetkik ve tedavileri hakkında yeterli bilgilendirme yapılarak etkili iletişim kurulmalıdır. Şiddet ve beyaz kod bildirimleri aynı gün ya da ilk mesai gününde Çalışan Hakları ve Güvenliği ile Kalite Yönetimi Birimlerine yönlendirilmelidir.

Hasta/hasta yakınlarına yönelik 11 adet risk incelendiğinde, risklerin, risk değerlerine göre 3'ü Orta Risk, 7'si Düşük Risk, 9'u Minimum Risk ve 3'ü ise Risk Yok olarak değerlendirilmiştir. Bu tehlike ve riskler içerisinde; hastalara ait 2 adet Orta Risk olan "Düşme Riski" ve "Enfeksiyon Riski", hasta yakınlarına ait 1 adet Orta Risk olan "Düşme Riski" tespit edilmiş olup tüm riskler için alınması gereken önlemler ve yapılacak faaliyetler belirlenmiştir (Tablo 8).

**Tablo 8.** Hasta/Hasta Yakınlarına Ait Düşme ve Enfeksiyon Riski

Risk	Hastalara Ait Riskler				Hasta Yakınları ve Ziyaretçilere Ait Riskler			
	O	Ş	RP	RD	O	Ş	RP	RD
Düşme Riski	7	3	21	OR	7	3	21	OR
Enfeksiyon Riski	4	5	20	OR				

O: Olasılık Ş: Şiddet RP: Risk Puanı RD: Risk Değeri OR: Orta Risk

### Alınması Gereken Önlemler

Birimde yatan hastaların olabilecek düşmelerini önlemek için risk düzeyini ve alınacak önlemler belirlenmelidir. Hasta ve hasta refakatçisi gerektiğinde hemşire çağrı ziline basarak yardım isteme konusunda bilgilendirilmeli, tuvaletin yeri, yatağın kullanımı, kaymayan ayakkabı ve terlik giymeleri konusunda bilgi verilmelidir. Hasta tekerlekli sandalye veya sedyeye alınırken mutlaka tekerlekler kilitli tutulmalıdır. Temizlik yapılan yüzeylere KAYGAN ZEMİN levhası yerleştirilerek, hasta yatak başına DÜŞME RİSKİ AMBLEMİ asılmalıdır.

## 4. TARTIŞMA

X Tipi Matris Analizi risk değerlendirme takımı tarafından, acil servis ünitesine ilişkin olarak 11 adet temel tehlike tespit edilmiştir. Yöntemin uygulanması esnasında, zararın gerçekleşmesini belirten "olasılık", tehlikenin ciddiyetini belirten "şiddet" bileşenleri kullanılmıştır.

Ergonomi tehlikesine bağlı olarak gelişen, çalışma ortamındaki eşyalara bağlı çarpma sıkışma düşme ve yaralanma riski, hasta taşıma ve çevirme sırasında meydana gelen vücut yaralanmaları, ıslak - kaygan zemine bağlı yaralanma

riski sonucunda oluşabilecek RP 20 (orta risk "var olan kontrolleri uygulayın ve çalışmayı izleyin") tespit edilmiş olup, iş güvenliği ve çalışan sağlığı (ergonomik tehlike ve riskler ) konusunda çalışanların verilen eğitimlere katılımı, çalışma ortamının, işleyiş sürecini aksatmayacak şekilde ve ergonomik olarak düzenlenmesi, devrilip düştüğünde çalışana zarar verebilecek eşya, dolap vb. sabitlenmesi, hasta kaldırması gerektiği durumlarda yardım alınması sağlandı. Erdoğan, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde yapmış olduğu risk analizi ve çalışan güvenliği araştırmasında, ergonomik tehlike ve riskler konusunda; çalışma ortamı, işleyiş sürecini aksatmayacak şekilde ve ergonomik olarak düzenlenmelidir. Devrilip düştüğünde çalışana zarar verebilecek eşya, dolap vb. sabitlenmesi gerekir. Yüksek yerlere istiflenen malzemeler düştüğünde çalışana zarar verecek ağırlıkta veya zarar verme özelliğindeki malzemeler olmamalı, bu malzemelerin alt raflarda muhafaza edilmesi sağlanmalıdır. Islak kaygan zemin uyarı levhalarının gerekli alanlarda kullanılmasını, bilek, bel ve boyun egzersizleri yapılmasının önemli olduğunu vurgulamıştır (Erdoğan, 2013). Yaptığımız araştırma sonucuyla benzerlik göstermektedir. Laboratuvar çalışanlarının risk faktörlerinin belirlendiği başka bir çalışmada ise; gürültü, iş stresi, çalışma hızı ve ortam sıcaklığı gibi ergonomik faktörlerin çalışanlar için risk unsurlarını artırabileceği belirtilmiştir (Atasoy ve diğ., 2010: 90).

Çalışan personelin şiddet görme tehlikesine bağlı olarak fiziksel şiddet (saldırı-darp vs.) riski sonucunda oluşabilecek RP 20 (orta risk "var olan kontrolleri uygulayın ve çalışmayı izleyin") tespit edilmiş olup, çalışanlara gereğinde psikolojik destek sağlanıp, hasta ve hasta yakınlarına hastalığı ile ilgili tetkik ve tedavileri hakkında yeterli bilgilendirme yapılarak etkili iletişim kurulması sağlandı. Bilgilendirmenin güvenlik önlemlerinin alındığı bir ortamda yapılmasına özen gösterildi. Literatür araştırması sonucunda; sağlık çalışanlarının %72,6'sı çalışma hayatı boyunca şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (Çamcı, 2010: 51). Sağlık çalışanları üzerine bir çalışmada ise sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma %58,7 olarak bulunmuştur (Ergör vd., 2003: 44).

Hastalarda enfeksiyon oluşma risk puanı 20 (orta risk "var olan kontrolleri uygulayın ve çalışmayı izleyin") olup, yüksek risk puanına sahiptir. Bu yüksek riski önleme adına; her sağlık çalışanının kişisel koruyucu ekipman

kullanımı el hijyeni ve hastaya yapılan her türlü müdahale invaziv işlemler esnasında aseptik koşullarda yapılmasını ve bilgilendirilerek eğitimlerini almaları konusunda farkındalıkları sağlandı.

Alerjik reaksiyona maruz kalma tehlikesine bağlı olarak ilaç sıçramalarına maruz kalma ile reaksiyonu oluşma riski sonucunda oluşabilecek RP 20 (orta risk "var olan kontrolleri uygulayın ve çalışmayı izleyin") olup, yüzey dezenfektanlarının kullanım talimatına uygun hazırlanması, serviste kullanmak üzere alternatif eldiven bulundurulması, gereğinde ve yeterli miktarda el koruyucu krem ve ilaç sıçramasına maruz kalmada uygun kişisel koruyucu ekipman kullanmaları sağlandı. Kanıt çalışmaları, çalışma ortamlarında riskli ilaçlara maruziyet sonrası sağlık çalışanlarında ciddi sağlık problemlerinin geliştiğini ortaya koymaktadır. Bu etkiler, kanser mutajenite, üreme üzerine olabilmektedir (Beşer, 2012: 39).

Sağlık çalışanları üzerinde yapılan diğer çalışmada, "kimyasal faktörler ile ilgili risk faktörlerinin çalıştığımız birimde varlığında oluşabilecek sonuçları değerlendirme" ifadesine ilişkin verdikleri yanıtların olasılık ve şiddet puan çarpımının frekans dağılımları sonucunda, %25,5'i "tıbbi atıkların cilde teması" riskini orta risk grubunda değerlendirirken %22,6'sı aynı riski yüksek risk grubunda, %26,4'ü "ilaç içeren ampülün kırılması" riskini yüksek risk grubunda, %26,4'ü "ilacın sulandırılması esnasında oluşan yaralanmalar" riskini yüksek risk grubunda değerlendirmişlerdir (Souksu vd., 2014:185).

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hizmet sektörünün en önemli alt dalı ve emek yoğun bir sektör olan hastanelerin ülke ekonomisi içindeki payının, dünya genelinde ortalama yaşam süresinin artması ve buna bağlı olarak tıp teknolojisinin ve bilgisinin hızla gelişmesi aşikârdır. Bu doğrultuda yapılacak olan risk yönetimi ve analizi, sunulan hizmet kalitesini artıracığı gibi finansal kaybı da önleyecektir.

Bu çalışma, sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta ve personelin göreceği zararlar; hasta açısından yaralanma, hastanede kalış süresinin uzaması, sakatlık hatta ölümlerle, sağlık çalışanı açısından ise daha çok hastalığa maruz kalma



ve yaralanma gibi tehlikeleri engelleyerek, sağlık çalışanlarının güvenliğini sağladığı gibi hastaların da hastaneye karşı güvenlerini artıracaktır.

Diğer taraftan acil servis ünitesi sağlık hizmeti sunumunun önemli bir adımı olmakla beraber hem hasta hem de çalışan için çeşitli riskler taşıyan süreçlerin başında gelmektedir. Bu nedenle hem hasta ve çalışan güvenliği için hem de hastane enfeksiyonlarının azaltılması bağlamında çeşitli risk kontrol mekanizmalarını kullanmak yerinde olacaktır.

Yapılan bu çalışmada, proaktif bir program olan X Tipi Matris risk analizi yönteminin, her aşamada, hastanenin tüm süreçlerinde uygulanabilecek bir risk kontrol mekanizması olarak kullanılabilmesi belirtilmiştir. Bu öneriyi desteklemesi amacıyla acil servis ünitesine yönelik örnek bir X Tipi Matris Analiz çalışması uygulayıcı ve akademisyenlerle paylaşılmak üzere sunulmuştur. Böyle bir çalışmanın risklerin ele alınmasında, riskin değerlendirilmesinde önleyici bir yöntem olabileceği görülmüştür.

Konu ile ilgili çalışan ve farklı alanlardan oluşan takımın hazırladığı X Tipi Matris Analiz metodu, risk analizini yapmak amacıyla olan hastane ve diğer sağlık kuruluşlarına faydalı bir model olarak sunulmuştur. X Tipi Matris Analiz metodu haricinde Fine-Kinney, 3T risk değerlendirmesi matrisi, Hata Türü ve Etkileri Analizi (FMEA), Tehlike ve İşletilebilirlik Analizi (HAZOP), Structured What If Technique (SWIFT) ve Papyon Analizi (BOW TIE) gibi farklı yöntemlerin de araştırmacılar ve uygulayıcılar tarafından ele alınması risk yönetimi kültürüne pozitif etki yapacaktır.

## KAYNAKÇA

- Aksay, K. (2003). "Hastanelerde Risk Yönetimi ve Bağlantılı Fonksiyonlar: İstanbul Memorial Hastanesi Örneği", Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Eskişehir.
- Aksay, K., Orhan, F., Kurutkan, M.N. (2012). "Sağlık Hizmetlerinde Bir Risk Yönetimi Tekniği olarak FMEA: Laboratuvar Sürecine Yönelik Bir Uygulama", Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, No. 4, sayfa: 123.
- Aydeniz, E. Ş. (2008). İşletmelerde Gelecek (Futures) ve Opsiyon Sözleşmeleri ile Risk Yönetimi, İstanbul.

- Beşer, A. (2012). "Sağlık Çalışanlarının Riskleri", Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, DEUHYO ED, No: 5 (1). sayfa: 39-44.
- Çamcı, O. (2010). "Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Programı, İstanbul.
- East, J. (1999). "Control of infection in nursing homes: a risk-management approach", Journal of Hospital Infection, No. 43, sayfa: 39 - 41.
- Erdoğan A. (2013). Bursa ADSM Teknik Servis Çalışanları Risk Analizi ve Çalışan Güvenliği Planı (Y.Ç.). Bursa ADSM Kalite Yönetim Sistemi, YÖN. PL. 14, Bursa.
- Ergör, A., Kılıç, B., Gürpınar, E. (2003). "Sağlık Ocaklarında İş Riskleri Nalıdere Eğitim ve Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı Sağlık Ocaklarında Durum Değerlendirmesi", Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, No:16, sayfa: 44-51.
- Ersar, M. A. (1996). "Risk Analysis in Constuction Business", Yüksek Lisans Tezi, sayfa: 22-29.
- Güler, Ç., Çobanoğlu, Z., Vaizoğlu, S.A. ve Tekbaş, Ö.F. (2011). Risk Yönetimi ve İletişimi, Ankara.
- Özyurt, E. E. (2013). Bursa ADSM Çalışan Risk Analizi Tablosu, Yayınlanmamış Çalışma (Y.Ç.). Bursa ADSM Kalite Yönetim Sistemi, YÖN. PL.05, Bursa, sayfa: 2.
- Souksu, Süleyman., Souksu, Suna., Gül, G., Bol, P. (2014). "Bir Devlet Hastanesinde Ameliyathane, Yoğun Bakım ve Acil Serviste Çalışanların Güvenliği Açısından Risklerin Belirlenmesi", V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Sözel Bildiriler, Ankara, Cilt:2, sayfa: 185.
- Steven, S. Sadhra., Krishna, G. Rampal. (1999). Occupational Health, Risk Assessment and Management, Blackwell Science Ltd, UK.
- Zhang-Lin, G., Jing, T., ve Hui-Qiang, S. (2007). "On the understanding of risk concep". 1st International Advances in Studies on Risk Analysis and Crisis Response, Konferansında Sunulmuş Bildiri, September, Shanghai/China.

# Sağlık Kurumlarında Yetenek Yönetimi Uygulamalarının Hekim ve Hemşirelerin Kariyer Planlamasına Etkisi

Gönderim Tarihi: 05.04.2017

Kabul Tarihi : 05.05.2017

Ayşe Yılmaz<sup>1</sup>

Elif Dikmetaş Yardan<sup>2</sup>

## ÖZ

Sağlık sektörü, gün geçtikçe büyümektedir. Son yıllarda kurumlar arası rekabet hızlanmıştır. Sağlık yöneticileri, yetenek yönetimi uygulamalarına önem vermekte, çalışanlar da mesleki açıdan sürekli gelişim içinde kariyer planlaması yapmaktadır. Bu çalışmada amaç, sağlık kurumlarında yetenek yönetimine yönelik uygulamaların çalışan hekim ve hemşirelerin kariyer planlamalarındaki etkisini ölçmektir. Çalışmada anket yöntemi kullanılmıştır. Yetenek yönetimi ve kariyer planlama anketinden faydalanılmıştır. Anket, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulanmıştır. Çalışmada herhangi bir örneklem seçilmemiştir. Tüm evrene (n:580) ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya (%81) n:466 kişi katılmıştır. Ölçeğin toplam Cronbach Alfa Katsayısı 0,732'dir. Araştırmaya katılanların %25,8'i hekim ve %74,2'si hemşire, %50,2'si 35 yaş altı ve %72,1'i evlidir. Çalışanların %9,2'si lise, %20,8'i önlisans, %41,4'ü lisans, %2,8'i lisansüstü ve %25, 8'i tıpta uzmanlık mezunudur. Çalışanların %26'sı ≤5 yıl, %22,5'i 6-9 yıl, %26,8'i 10-15 yıl ve %24,7'si ≥16 yıl mesleki kıdem süresine sahiptir. Çalışanların % 62'si ≤5yıl, %22,7'si 6-10 yıl, % 7,3'ü 11-15 yıl ve %7,9'u ≥16 yıl kurum kıdem süresine sahiptir. Erkek çalışanlar kadın çalışanlara göre, hekimler hemşirelere göre kariyer planlama boyutuna, bekar çalışanlar evli çalışanlara göre, tıpta uzmanlık eğitim düzeyine sahip çalışanlar lisans üstü eğitim düzeyine sahip çalışanlara göre yaratıcılık boyutuna, ≥16 yıl mesleki kıdem süresine

1 Uz., Ayşe YILMAZ, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ayseyesilyurt23@hotmail.com

2 Doç.Dr., Elif DİKMETAŞ YARDAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, elifdikmetas@hotmail.com

sahip çalışanlar  $\leq 5$ , 6-9 ve 10-15 yılmesleki kıdem süresine sahip çalışanlara göre,  $\geq 16$  yıl kurum kıdem süresine sahip çalışanlar  $\leq 5$ , 6-10 ve 11-15 yıl kurum kıdem süresine sahip çalışanlara göre kurum desteği boyutuna daha fazla katılmaktadırlar. Ayrıca, çalışanların yetenek yönetimi boyutları ile kariyer planlama boyutu arasında ilişki bulunmuştur. Hekim ve hemşirelerin yetenek yönetimi boyutları ve kariyer planlaması boyutundaki ifadeler katılım düzeyleri sırasıyla motivasyon, yetkinlik, yetenek algısı, kariyer planlama, yaratıcılık ve kurum desteği boyutlarıdır. Yaratıcılık, yetenek algısı, motivasyon ve yetkinlik boyutları, kariyer planlamadaki değişimin % 20'sini açıklamaktadır. Sonuç olarak, sağlık kurumları, çalışanların yeteneklerini doğru şekilde yönetebildikleri, gerekli kurum desteğini hissettirebildikleri, çalışanlarının yaratıcılıklarını destekleyip, yetkinlikleri doğrultusunda görevlendirip motivasyonlarını yüksek tutmayı hedefledikleri sürece performansları artacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Kariyer, Kariyer Planlama, Yetenek, Yetenek Yönetimi

# Effect of Carrier Planning of Doctors and Nurses Talent Management Practices in Health Institutions

## ABSTRACT

The health sector is growing day by day. Inter-agency competition has accelerated in recent years. Health managers are emphasis talent management practices, employees are also in continuous professional development. The implementation of talent management for physicians and nurses working in health institutions aimed to measure the impact of career planning. Survey method was used in this study. Talent management and career planning benefits on the basis of the survey. The questionnaire was administered in Samsun Education and Research Hospital. The study is not selected any samples. All the universe (n = 580) were aimed. Study (81%) n: 466 was added. The Cronbach's alpha coefficient of the scale was 0.732. 25.8% of physicians and 74.2% of employees surveyed nurses are under the age of 35, 50.2% and 72.1% married. 9.2% of the employees high school, 20.8% of associate degree, 41.4% of undergraduate, graduate of 2.8% and 25%, is a graduate specialization in 8 of medicine. 26% of employees  $\leq 5$  years, 6-9 years, 22.5%, 26.8% have a seniority while 24.7% of 10-15 years and  $\geq 16$  years.  $\leq 5$  yıl 62% of employees, 22.7% of 6-10 years, 11-15 years has the severance period and 7.3% and 7.9% of  $\geq 16$  year institutions. According to men working on women workers, physicians, to career planning in size than the nurse, according to unmarried employees married employees, medical specialty education level with employees creativity size according to working with postgraduate levels  $\geq 16$  years working with seniority time  $\leq 5$ , 6-9 and, according to employees with seniority 10-15 years,  $\geq 16$  years of working with institutions  $\leq 5$  severance period, are more institutions joined the support according to size 6-10 and 11-15 years time employee with seniority institutions. There is a relationship between talent management and career planning dimensions size. The dimensions of talent management and career planning of the doctors and nurses are motivation competence, talent perception, career planning, creativity and institutional support dimensions respectively. Creativity, ability perception, motivation and competence dimensions explain 20% change in career planning. As a result, healthcare institutions can improve their performance as long as they can manage their skills properly, feel the necessary institutional support, encourage their creativity, commit themselves to their competencies and aim to keep their motivations high.

**Keywords:** Career, Career Planning, Talent, Talent Management



## 1. GİRİŞ

İş yaşamı üretim merkezli rekabeti geride bırakarak yeni rekabet alanları arayışına girmiştir. Günümüzde işletmeler, rekabet ortamında fark oluşturan unsurun insan nitelikleri olduğunu keşfetmiştir (Atlı, 2012: 106). Her insanın bilgi, deneyim ve beceri bakımından birbirinden farklı birikimlere sahip olması, en önemli farklılık ve özgünlük sebebinin oluşturmaktadır. Bundan dolayı en önemli rekabetin, işletmelerin sahip olduğu insan kaynağının zihinsel ve duygusal birikimi olduğu ifade edilmektedir (Altuntuğ, 2009: 446). İşletmelerin başarı sağlamasında anahtar role sahip çalışanların işe alımı, eğitilmesi, geliştirilmesi ve yeteneklerinden uygun bir şekilde yararlanılması sürecini kapsayan yetenek yönetimi kavramı günümüzde insan kaynakları yönetiminde temel başarı faktörü haline gelmiştir (Doğan ve Demiral, 2008: 145).

Yetenek Yönetimi; doğru insanı, doğru zamanda ve doğru yerde temin etmektir (Heckman ve Lewis, 2006: 140). Yetenek yönetimi, işletmenin karşılaşacağı zorluklarla baş edebilmesi ve stratejilerini hayata geçirerek hedeflerine ulaşabilmesi için, ihtiyaç duyduğu yetenekler ile sahip olduğu mevcut yetenekleri arasındaki boşluğu sistematik olarak kapatmaya çalışan, merkezinde insan kaynağının yer aldığı bir yönetim sürecidir (Çırpan ve Şen, 2009: 110). Günümüz işletmelerinin karlılık ve üretimlerini arttırmak için yapmaları gereken yetenek yönetimi yaklaşımının uygulamaları şunlardır; Kilit pozisyonların saptanması, gerekli yetkinliklerin saptanması, yetenekli çalışanların tespiti ve sınıflandırılması, çalışanların sınıflandırılması, yetenekli çalışanları cezbetme, yetenekleri seçme ve yerleştirme, yetenekli çalışanların eğitimi ve gelişimi, yetenekli çalışanları elde tutmadır (Atlı, 2012: 125).

Yeteneklerin etkin bir şekilde yönetilmesinde önemli olan, işletmelerin hedeflerine ulaşmalarını sağlayacak ihtiyaçların neler olduğunun belirlenmesi ve bu doğrultuda yetenekli çalışanlar ile yapılacak işlerin doğru bir şekilde eşleştirilmesidir (Mucha, 2004: 98). İhtiyaç duyulan alanlarda yetenekli iş gören adaylarının işletmeye çekilebilmesi ve katılımının sağlanması için, işletmeyi rakiplerine göre farklı ve cazip kılacak, benzersiz uygulamalara yer verilmesi gerekir. Uygun çalışma ortamı, ücret ve ödüllendirme sistemleri, kariyer fırsatları, sosyal haklar, yarar paketleri bu uygulamalara örnek verilebilir (Alayoğlu, 2010: 81).

Kariyer, seçilen bir iş boyunca ilerlemek ve bunun sonucunda daha fazla para kazanmak, daha fazla sorumluluk üstlenmek, daha fazla statü, güç ve saygınlık elde etmek anlamına gelmektedir (Can vd. , 2009: 212). Kariyer planlaması, bir çalışanın sahip olduğu bilgi, yetenek ve becerilerin geliştirilmesiyle çalışmakta olduğu işletme içindeki ilerleyişinin ya da yükseltilmesinin planlanmasıdır (Aytaç, 2005: 138). Kariyer planlama, işletmelerde kaliteyi, çalışanın ve işletmenin hedeflerini ortak bir noktada buluşturarak; verimliliği artırma amacıyla insan kaynakları yönetiminin en önemli fonksiyonlarından biri haline gelmiştir (Akgeyik vd., 2012: 144-145)

İş piyasaları açısından ortaya çıkan değişimler; işletmelerin ayakta kalması ve başarılı olmasında, beşeri sermayeyi geliştirmede ve daha esnek bir işletme içi organizasyon yapısını sağlama kariyer planlamasının önemini artırmıştır. İşletmeler, çalışanların motivasyonlarının ve kendilerine olan güvenlerinin artmasına sağlarlar. İşletmeler, gelecekte yaşanacak sürprizlerden korunmak ve bunlara hazırlıklı olmak açısından kariyer planlamasına önem vermektedir (Akgeyik vd., 2012: 147). Performansa dayalı ücretleme sisteminin yer aldığı devlet hastanelerinde, çalışanlar sahip oldukları yetenekleri doğrultusunda sınıflandırılıp, özelliklerine göre görev dağılımı belirlediği takdirde, yani yetenek yönetimi süreçleri kurum içerisinde uygulanabildiğinde, performanslarının yükseleceği, motivasyonlarının yükselmesi kaçınılmazdır (Çayan, 2011: 1).

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Çalışmanın Amacı

Sağlık kurumlarında çalışan hekim ve hemşirelerin yetenek yönetimine yönelik uygulamalarının kariyer planlamalarındaki etkisinin ölçülmesidir.

### 2.2. Hipotezler

Çalışmanın teorik bölümünde incelenen konulardan yola çıkarak aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur.

A. Çalışanların genel olarak;

A1. Yetenek yönetimi alt boyutu kurum desteği boyutuna,



- A2. Yetenek yönetimi alt boyutu yaratıcılık boyutuna,  
A3. Yetenek yönetimi alt boyutu yetenek algısı boyutuna,  
A4. Yetenek yönetimi alt boyutu motivasyon boyutuna,  
A5. Yetenek yönetimi alt boyutu yetkinlik boyutuna,  
A6. Kariyer planlama boyutuna verdikleri önem dereceleri,  
a. Cinsiyete,  
b. Yaşa,  
c. Medeni Duruma,  
d. Eğitim düzeyine,  
e. Görevine,  
f. Kurum kıdem süresine göre farklılık göstermektedir.

B. Genel olarak, hekim ve hemşirelerin yetenek yönetimi uygulamalarının alt boyutlarına ilişkin düşünceleri kariyer planlamalarını etkilemektedir.

### 2.3. Evren ve Örneklem

Çalışma, Ağustos 2013-Nisan 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşireler oluşturmaktadır. Hastanede çalışan hekim sayısı 168 ve hemşire sayısı 412'dir. Çalışmada herhangi bir örneklem seçilmemiştir. Tüm evrene (n:580) ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya %81 (n:466) kişi katılmıştır.

### 2.4. Veri Toplama Aracı

Çalışmanın yapılabilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü'nden 28.06.2013 tarihinde etik kurul izni alınmıştır. Anket çalışmasının yapılması için ayrıca Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden 22.07.2013 tarihinde izin alınmıştır.

Yetenek yönetimi ölçeği için; Tymon JR ve Wieselsberger tarafından yapılan çalışmalardan yararlanılarak elde edilen, Dicle Çayan'ın yaptığı "Yetenek Yönetiminin Çalışanların Performansı Üzerine Etkileri ve Niğde Sağlık

Sektöründe Bir Uygulama" adlı yüksek lisans tezinde de kullandığı anketten faydalanılmıştır. Ankette yer alan ilk 22 soru yetenek yönetimi anketi ile ilgilidir. Yetenek yönetimi anketinde beş boyut bulunmaktadır. Bu boyutlar; kurum desteği boyutu (anketteki 12. 13. 14. 16. 19. 20. ve 22.sorular), yaratıcılık boyutu (anketteki 15. 17. 18. ve 21. sorular), yetenek algısı boyutu (anketteki 2. 3. 4. ve 5. sorular), motivasyon boyutu (anketteki 6. 7. 10. ve 11.sorular) ve yetkinlik boyutu (anketteki 1. 8. ve 9. sorular)'dur.

Kariyer Planlama ölçeği için; kariyer planlaması ile ilgili olarak Massachusetts Teknoloji Enstitüsü'nden Prof. Dr. Edgar Schein tarafından, bireylerin kariyer seçimlerinin arkasında yatan nedenleri tespit etmek amacıyla oluşturulan anketten faydalanılmıştır. Aynı zamanda literatür incelemesi yapılarak ve uzman görüşü alınarak anket geliştirilmiştir. Ankette bulunan 23-32 arasındaki sorular kariyer planlama ile ilgilidir. Ayrıca kariyer planlaması anket soruları yapılandırılırken Kariyer Planlamada Kariyer Değerlerinin Önemi ve Bir Uygulama" (The Importance Of Career Anchor Nation For An Effective Career Planning) adlı yüksek lisans tezinde yer alan ayrılmaya isteklilik (anketteki 23. 24. ve 25. sorular) ve kariyer memnuniyeti (anketteki 26. 27. ve 28. sorular) boyutlarından faydalanılmıştır (Aktaş, 2004).

## 2.5. Güvenirlik ve Geçerlilik

Araştırmada kullanılan çalışma yetenek yönetimi alt boyutları ve kariyer planlama boyutlarına ilişkin ifadeler için güvenirlilik analizi yapılmıştır. Analizde güvenirlilik katsayısı olarak Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Anket boyutlarının güvenirliliği incelendiğinde organizasyondaki kurum desteği boyutuna ilişkin güvenirlilik katsayıları oldukça güvenilir, yaratıcılık boyutuna ilişkin güvenirlilik katsayıları oldukça güvenilir, yetenek algısı boyutuna ilişkin güvenirlilik katsayıları oldukça güvenilir, motivasyon boyutuna ilişkin güvenirlilik katsayıları oldukça güvenilir, yetkinlik boyutuna ilişkin güvenirlilik katsayıları oldukça güvenilir ve kariyer planlaması boyutuna ilişkin güvenirlilik katsayıları oldukça güvenilir bulunmuştur.

Anket Boyutlarının Güvenirlik Katsayıları	
Kurum desteği boyutuna ilişkin güvenirlilik katsayıları	0,674
Yaratıcılık boyutuna ilişkin güvenirlilik katsayıları	0,676
Yetenek algısı boyutuna ilişkin güvenirlilik katsayıları	0,708
Motivasyon boyutuna ilişkin güvenirlilik katsayıları	0,714
Yetkinlik boyutuna ilişkin güvenirlilik katsayıları	0,690
Kariyer planlaması boyutuna ilişkin güvenirlilik katsayıları	0,701
Anketin toplam güvenirlilik katsayısı	0,732

Araştırmanın geçerliliği için anket uygulamasına geçmeden bu konuda bilgi sahibi olan kişilerle görüşülmüştür. Ayrıca Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 75 hastane çalışanına birebir ön uygulama yapılmıştır. Alınan geri bildirim sonucunda ankette gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Daha sonra uygulamaya geçilmiştir.

## 2.6. Analiz Metodu

Anketlerden elde edilen verilerin analizi ve hipotezlerin test edilmesinde SPSS for Windows programı kullanılmıştır.

Araştırma anketinde çalışanların her bir ifadeye ne kadar katılıp katılmadıkları 5'li Likert tipi ölçek kullanılarak ölçülmüştür. Çalışanların ifadelere vermiş olduğu skorlar, katılım derecesine bağlı olarak "1=Hiç Katılmıyorum" ile "5=Tamamen Katılıyorum" arasında değişmektedir. Analizde, çalışanların yetenek yönetimi alt boyutları ve kariyer planlama boyutlarındaki ifadelere verdikleri skorların aritmetik ortalamaları hesaplanarak istatistiksel değerlendirmeler yapılmıştır. Araştırmanın analizinde t testi, Mann-Whitney U testi, ANOVA testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Araştırmada ayrıca, çoklu regresyon ve korelasyon analizi uygulanmıştır.

### 3. BULGULAR

Katılımcıların tanımlayıcı değişkenleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Çalışanlarla İlgili Tanımlayıcı Bulgular**

Bağımsız Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	335	71,9
	Erkek	131	28,1
	Toplam	466	100,0
Yaş	≥35	232	49,8
	<35	234	50,2
	Toplam	466	100,0
Medeni durum	Bekar	130	27,9
	Evli	336	72,1
	Toplam	466	100,0
Eğitim Düzeyi	Lise	43	9,2
	Ön lisans	97	20,8
	Lisans	193	41,4
	Lisansüstü	13	2,8
	Tıpta Uzmanlık	120	25,8
	Toplam	466	100,0
Şu Anda Yaptığı İş	Hekim	120	25,8
	Hemşire	346	74,2
	Toplam	466	100,0
Kurum Kıdem Süresi (Yıl)	≤5yıl	289	62,0
	6-10 yıl	106	22,7
	11 -15 yıl	34	7,3
	≥16 yıl	37	7,9
	Toplam	466	100,0
Kariyer Planlamasında En Etkili Kriter	Maddi kazanç	271	58,2
	Mesleki gelişim	126	27,0
	Karakter yapısına uygunluk	57	12,2
	Diğer	12	2,6
	Toplam	466	100,0
Mesleğinizi yaparken kariyerinizle ilgili herhangi bir üst öğrenim aldınız mı ya da alıyor musunuz?	Evet	225	48,3
	Hayır	241	51,7
	Toplam	466	100,0

Tanımlayıcı bulgular incelendiğinde; çalışanların %71,9'u (n=335) kadındır. Çalışanlar yaş grupları açısından incelendiğinde; çalışanların %50,2'si (n=234) 35 yaş altıdır. Çalışanların %72,1'i (n=336) evlidir. Katılımcıların %9,2'si (n=43) lise, %20,8'i (n=97) ön lisans, %41,4'ü (n=193) lisans, %2,8'i (n=13) lisansüstü ve %25,8'i (n=120) tıpta uzmanlık mezunudur. Çalışanların %25,8'i (n=120) hekim, %74,2'si (n=346) hemşiredir. Çalışanların kurumda kaç yıldır çalıştıkları incelendiğinde; %62'si (n=289)  $\leq 5$  yıl, %22,7'si (n=106) 6-10 yıl, %7,3'ü (n=34) 11-15 yıl ve %7,9'u (n=37)  $\geq 16$  yıldır çalışmaktadır. Çalışanların kariyer planlamasındaki kriter incelendiğinde maddi kazanç; %58,2'si (n=271), mesleki gelişim %27,0'ı (n=126), karakter yapısına uygunluk %12,2'si (n=57) ve diğer %2,6'sı (n=12) dir. Çalışanların yükseköğrenim yapma nedenleri; %69,7'si tarafından (n=154) mesleki gelişim, %22,6'sı tarafından (n=50) maddi kazanç ve %7,7'since de (n=17) çalışma koşullarının iyileştirilmesi olarak açıklanmıştır.

**Tablo 2. Çalışanların Genel Olarak Yetenek Yönetimi Boyutlarına ve Kariyer Planlaması Boyutuna İlişkin Verdikleri Skorların Dağılımı**

Ölçekler	Boyutlar	Sayı (n)	Ortalama (ort)	Standart Sapma (s.s.)
Yetenek Yönetimi	Kurum Desteği	466	2,87	0,74
	Yaratıcılık	466	3,05	0,75
	Yetenek Algısı	466	3,67	0,81
	Motivasyon	466	4,19	0,60
	Yetkinlik	466	3,90	0,67
Kariyer Planlama	Kariyer Planlama	466	3,19	0,68

Tablo 2'de çalışanların genel olarak yetenek yönetimi ve kariyer planlaması boyutlarına ilişkin verdikleri skorların dağılımı gösterilmiştir. Çalışanların yetenek yönetimi boyutlarına ilişkin katılımı, kurum desteği boyutu (2,87 $\pm$ 0,74), yaratıcılık boyutu (3,05 $\pm$ 0,75), yetenek algısı boyutu (3,67 $\pm$ 0,81), motivasyon boyutu (4,19 $\pm$ 0,60) ve yetkinlik boyutu (3,90 $\pm$ 0,67)' dir. Çalışanların kariyer planlama boyutuna ilişkin katılımı, (3,19 $\pm$ 0,68)' dir.

**Tablo 3.** Çalışanların Cinsiyetlerine Göre Yetenek Yönetimi Boyutları ve Kariyer Planlaması Boyutu Hakkındaki Düşünceleri

Ölçekler	Boyutlar	Cinsiyet	n	ort.	s.s.	p*	
Yetenek Yönetimi	Kurum Desteği	Kadın	335	2,85	0,741	0,406	
		Erkek	131	2,91	0,739		
	Yaratıcılık	Kadın	335	3,01	0,746	0,097	
		Erkek	131	3,14	0,742		
	Yetenek Algısı	Kadın	335	3,68	0,814	0,969	
		Erkek	131	3,67	0,804		
	Motivasyon	Kadın	335	4,20	0,619	0,507	
		Erkek	131	4,16	0,527		
	Yetkinlik	Kadın	335	3,89	0,670	0,370	
		Erkek	131	3,95	0,652		
	Kariyer Planlama	Kariyer Planlama	Kadın	335	3,13	0,656	0,002
			Erkek	131	3,35	0,702	

\* İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t testi)

Tablo 3'te çalışanların cinsiyetlerine göre yetenek yönetimi boyutları ve kariyer planlaması boyutu hakkındaki düşünceleri gösterilmiş olup, kadın ve erkek çalışanların kariyer planlaması boyutuna verdikleri skorlar (t:-3,145, p:0,002) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yetenek yönetimi boyutlarına verdikleri skor arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yetenek yönetimi boyutlarında en fazla katıldıkları boyut motivasyon boyutu iken (kadınlar 4,20±0,62; erkekler 4,16±0,53), en az katıldıkları boyut ise kurum desteği boyutu (kadınlar 2,85±0,75, erkekler 2,91±0,74)'dur. Kariyer planlaması içinde yer alan ifadelere verdikleri skor incelendiğinde; (kadınlar 3,13±0,66, erkekler 3,35±0,70) katılmıştır. Cinsiyet değişkeni açısından A6a hipotezi kabul edilmiş, A1a, A2a, A3a, A4a ve A5a hipotezi kabul edilmemiştir.

**Tablo 4.** Çalışanların Yaşlarına Göre Yetenek Yönetimi Boyutları ve Kariyer Planlaması Boyutu Hakkındaki Düşünceleri

Ölçekler	Boyutlar	Yaş	n	ort.	s.s.	p*	
Yetenek Yönetimi	Kurum Desteği	≥35	232	2,97	0,670	0,004	
		<35	234	2,77	0,794		
	Yaratıcılık	≥35	232	3,09	0,716	0,296	
		<35	234	3,02	0,774		
	Yetenek Algısı	≥35	232	3,77	0,815	0,011	
		<35	234	3,58	0,796		
	Motivasyon	≥35	232	4,28	0,542	0,001	
		<35	234	4,10	0,631		
	Yetkinlik	≥35	232	3,99	0,671	0,005	
		<35	234	3,82	0,649		
	Kariyer Planlama	Kariyer Planlama	≥35	232	3,24	0,703	0,166
			<35	234	3,15	0,645	

\* İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t testi)

Tablo 4’te çalışanların yaşlarına göre yetenek yönetimi boyutları ve kariyer planlaması boyutu hakkındaki düşünceleri gösterilmiştir. Tablo 4’e göre çalışanlar arasında yaşlarına göre yetenek yönetimi boyutlarından kurum desteği boyutu (t:-2,878, p:0,004), yetenek algısı boyutu (t:-2,567, p:0,011), motivasyon boyutu (t:-3,243, p:0,001) ve yetkinlik boyutu (t:-2,795, p:0,005) skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yaş değişkeni açısından A1b, A3b, A4b, A5b hipotezleri kabul edilmiş olup, A2b ve A6b hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 5.** Çalışanların Medeni Durumlarına Göre Yetenek Yönetimi Boyutları ve Kariyer Planlaması Boyutu Hakkındaki Düşünceleri

Ölçekler	Boyutlar	Medeni Durumu	n	ort.	s.s.	p*	
Yetenek Yönetimi	Kurum Desteği	Bekar	130	2,81	0,832	0,318	
		Evli	336	2,88	0,702		
	Yaratıcılık	Bekar	130	3,19	0,727	0,016	
		Evli	336	2,99	0,748		
	Yetenek Algısı	Bekar	130	3,57	0,767	0,076	
		Evli	336	3,72	0,824		
	Motivasyon	Bekar	130	4,15	0,589	0,420	
		Evli	336	4,19	0,596		
	Yetkinlik	Bekar	130	3,84	0,675	0,179	
		Evli	336	3,93	0,659		
	Kariyer Planlama	Kariyer Planlama	Bekar	130	3,19	0,645	0,940
			Evli	336	3,19	0,687	

\* İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t testi)

Tablo 5’te çalışanların medeni durumlarına göre yetenek yönetimi boyutları ve kariyer planlaması boyutu hakkındaki düşünceleri gösterilmiş olup, çalışanların medeni durumlarına göre yetenek yönetimi boyutu; yaratıcılık boyutuna (t:-2,408, p:0,016) verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Medeni durum değişkeni açısından A2c hipotezi kabul edilmiş olup, A1c, A3c, A4c, A5 ve A6c hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 6. Çalışanların Eğitim Düzeylerine Göre Yetenek Yönetimi Boyutları ve Kariyer Planlaması Boyutu Hakkındaki Düşünceleri**

Ölçekler	Boyutlar	Eğitim Durumu	Sayı	Ortalama	(Standart Sapma)	P*
Yetenek Yönetimi	Kurum Desteği	Lise	43	2,96	0,692	0,355
		Ön Lisans	97	2,95	0,770	
		Lisans	193	2,85	0,750	
		Lisansüstü	13	2,65	0,797	
		Tıpta Uzmanlık	120	2,82	0,712	
		Toplam	466	2,87	0,741	
	Yaratıcılık	Lise	43	2,97	0,675	0,047
		Ön Lisans	97	3,04	0,810	
		Lisans	193	2,98	0,752	
		Lisansüstü	13	3,06	0,570	
		Tıpta Uzmanlık	120	3,25	0,708	
		Toplam	466	3,05	0,746	
	Yetenek Algısı	Lise	43	3,50	0,849	0,372
		Ön Lisans	97	3,80	0,820	
		Lisans	193	3,67	0,819	
		Lisansüstü	13	3,74	0,505	
		Tıpta Uzmanlık	120	3,64	0,797	
		Toplam	466	3,68	0,810	
	Motivasyon	Lise	43	4,17	0,514	0,873
		Ön Lisans	97	4,21	0,624	
Lisans		193	4,18	0,625		
Lisansüstü		13	4,38	0,384		
Tıpta Uzmanlık		120	4,17	0,570		
Toplam		466	4,17	0,570		
Yetkinlik	Lise	43	3,80	0,656	0,050	
	Ön Lisans	97	3,92	0,689		
	Lisans	193	3,87	0,643		
	Lisansüstü	13	4,29	0,525		
	Tıpta Uzmanlık	120	3,95	0,696		
	Toplam	466	3,90	0,665		
Kariyer Planlama	Kariyer Planlama	Lise	43	2,96	0,558	0,000
		Ön Lisans	97	3,01	0,632	
		Lisans	193	3,16	0,582	
		Lisansüstü	13	3,43	0,803	
		Tıpta Uzmanlık	120	3,54	0,744	
		Toplam	466	3,19	0,675	

\* Kruskal Wallis testi



Tablo 6’da çalışanların eğitim düzeylerine göre yetenek yönetimi boyutları ve kariyer planlaması boyutu hakkındaki düşünceleri gösterilmiştir. Tablo 6’ya göre çalışanların eğitim düzeylerine göre yetenek yönetimi alt boyutları; yaratıcılık boyutuna (p:0,047) ve kariyer planlama boyutuna (p:0,000) verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Diğer boyutlara verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını test etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi t testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Yaratıcılık boyutunda lise ve tıpta uzmanlık yapmış çalışanlar arasında (t:-2,737, p:0,007), kariyer planlama boyutunda lise ve tıpta uzmanlık yapmış olan çalışanlar arasında (t:-4,660, p:0,000), ön lisans ve tıpta uzmanlık yapmış olan çalışanlar arasında (t:-5,581, p:0,000), lisans ve tıpta uzmanlık yapmış olan çalışanlar arasında (t:-5,360, p:0,000) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim düzeyi değişkeni açısından A2d ve A6d hipotezi kabul edilmiş, A1d, A3d, A4d ve A5d hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 7. Çalışanların Görevlerine Göre Yetenek Yönetimi Boyutları ve Kariyer Planlaması Boyutu Hakkındaki Düşünceleri**

Ölçekler	Boyutlar	Görev	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	P*
Yetenek Yönetimi	Kurum Desteği	Hekim	120	2,83	0,719	0,432
		Hemşire	346	2,89	0,747	
	Yaratıcılık	Hekim	120	3,19	0,703	0,015
		Hemşire	346	2,99	0,754	
	Yetenek Algısı	Hekim	120	3,68	0,777	0,983
		Hemşire	346	3,67	0,823	
	Motivasyon	Hekim	120	4,16	0,564	0,615
		Hemşire	346	4,19	0,604	
	Yetkinlik	Hekim	120	3,94	0,694	0,456
		Hemşire	346	3,89	0,654	
Kariyer Planlama	Kariyer Planlama	Hekim	120	3,54	0,739	0,000
		Hemşire	346	3,07	0,607	

\* İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t testi)

Tablo 7'ye göre çalışanların görevlerine göre yetenek yönetimi alt boyutları; yaratıcılık boyutuna (t:-2,431, p:0,015) ve kariyer planlama boyutuna (t:-6,878, p:0,000) verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Görev değişkeni açısından A2e ve A6e hipotezi kabul edilmiş, A1e, A3e, A4e ve A5e hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 8.** Çalışanların Kurum Kıdem Sürelerine Göre Yetenek Yönetimi Boyutları ve Kariyer Planlaması Boyutu Hakkındaki Düşünceleri

Ölçekler	Boyutlar	Bu Kurumda Kaç Yıldır Çalışıyorsunuz?	N	Ort.	S.s.	P*
Yetenek Yönetimi	Kurum Desteği	≤5Yıl	289	2,80	0,731	0,028
		6-10 Yıl	106	2,92	0,786	
		11 -15 Yıl	34	2,95	0,618	
		≥16 Yıl	37	3,16	0,709	
		Toplam	466	2,86	0,740	
	Yaratıcılık	≤5Yıl	289	3,01	0,741	0,350
		6-10 Yıl	106	3,07	0,753	
		11 -15 Yıl	34	3,09	0,789	
		≥16 Yıl	37	3,24	0,705	
		Toplam	466	3,04	0,745	
	Yetenek Algısı	≤5Yıl	289	3,52	0,816	0,000
		6-10 Yıl	106	3,84	0,788	
		11 -15 Yıl	34	3,92	0,647	
		≥16 Yıl	37	4,14	0,633	
		Toplam	466	3,68	0,809	
	Motivasyon	≤5Yıl	289	4,14	0,595	0,022
		6-10 Yıl	106	4,19	0,641	
		11 -15 Yıl	34	4,36	0,413	
		≥16 Yıl	37	4,39	0,525	
		Toplam	466	4,18	0,593	
Yetkinlik	≤5Yıl	289	3,81	0,687	0,002	
	6-10 Yıl	106	4,01	0,574		
	11 -15 Yıl	34	4,03	0,599		
	≥16 Yıl	37	4,14	0,673		
	Toplam	466	3,89	0,664		
Kariyer Planlama	Kariyer Planlama	≤5Yıl	289	3,17	0,671	0,414
		6-10 Yıl	106	3,20	0,679	
		11 -15 Yıl	34	3,08	0,675	
		≥16 Yıl	37	3,34	0,687	
		Toplam	466	3,18	0,674	

\* ANOVA Testi

Tablo 8'de çalışanların kurum kıdem sürelerine göre yetenek yönetimi boyutları ve kariyer planlaması boyutu hakkındaki düşünceleri gösterilmiştir. Tablo 8'e göre çalışanların kurum kıdem sürelerine göre yetenek yönetimi alt boyutları; kurum desteği boyutuna (p:0,028), yetenek algısı boyutuna (p:0,000), motivasyon boyutuna (p:0,022) ve yetkinlik boyutuna (p:0,002) verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Çalışanların kurum kıdem süreleri  $\leq 5$  yıl ve 6-10 yıl olanlar arasında yetenek algısı boyutunda (t:-3,380, p:0,001) ve yetkinlik boyutunda (t:-2,911, p:0,004) fark bulunmuştur. Kurum kıdem süreleri  $\leq 5$  yıl ve 11-15 yıl olanlar arasında yetenek algısı boyutunda (t:-2,719, p:0,007) ve motivasyon boyutunda (t:-2,801, p:0,007) fark bulunmuştur. Kurum kıdem süreleri  $\leq 5$  yıl ve  $\geq 16$  yıl olanlar arasında kurum desteği boyutunda (t:-2,865, p:0,004), yetenek algısı boyutunda (t:-4,381, p:0,000), motivasyon boyutunda (t:-2,540, p:0,012) ve yetkinlik boyutunda (t:-2,773, p:0,006) fark bulunmuştur. Kurum kıdem süreleri 6-10 yıl ve  $\geq 16$  yıl olanlar arasında yetenek algısı boyutunda (t:-2,092, p:0,038) fark bulunmuştur. Kurum kıdem süresi değişkeni açısından A1f, A3f, A4f ve A5f hipotezleri kabul edilirken, A2f ve A6f hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 9.** Çalışanların "Mesleğinizi yaparken kariyerinizle ilgili herhangi bir üst öğrenim aldınız mı ya da alıyor musunuz?" Sorusuna Göre Yetenek Yönetimi Boyutları ve Kariyer Planlaması Hakkındaki Düşünceleri

Ölçekler	Boyutlar	Mesleğinizi Yaparken Kariyerinizle İlgili Herhangi Bir Üst Öğrenim Aldınız mı Ya Da Alıyor Musunuz?	N	Ort.	S.s.	P*
Yetenek Yönetimi	Kurum Desteği	Evet	225	2,85	0,764	0,497
		Hayır	241	2,89	0,718	
	Yaratıcılık	Evet	225	3,09	0,793	0,205
		Hayır	241	3,01	0,699	
	Yetenek Algısı	Evet	225	3,65	0,802	0,627
		Hayır	241	3,68	0,818	
	Motivasyon	Evet	225	4,17	0,597	0,855
		Hayır	241	4,18	0,592	
Yetkinlik	Evet	225	3,93	0,697	0,273	
	Hayır	241	3,86	0,632		
Kariyer Planlama	Kariyer Planlama	Evet	225	3,37	0,724	0,000
		Hayır	241	3,02	0,578	

\* İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t testi)

Tablo 9’da çalışanların "Mesleğinizi yaparken kariyerinizle ilgili herhangi bir üst öğrenim aldınız mı ya da alıyor musunuz?" sorusuna göre yetenek yönetimi boyutları ve kariyer planlaması hakkındaki görüşlerinin dağılımı verilmiş olup, çalışanların mesleklerini yaparken kariyerleri ilgili herhangi bir üst öğrenim alıp almamalarına göre kariyer planlama boyutuna (t:5,771, p:0,000) verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

**Tablo 10. Korelasyon Analizi ve Sonuçları**

Yetenek Yönetimi Boyutları	Kariyer Planlama
Kurum Desteği	Pearson Correlation: 0,294
	Sig. (2-Tailed): 0,000
	N: 466
Yaratıcılık	Pearson Correlation: 0,295
	Sig. (2- Tailed): 0,000
	N: 466
Yetenek Algısı	Pearson Correlation: 0,307
	Sig. (2- Tailed): 0,000
	N: 466
Motivasyon	Pearson Correlation: 0,280
	Sig. (2- Tailed): 0,000
	N: 466
Yetkinlik	Pearson Correlation: 0,326
	Sig. (2- Tailed): 0,000
	N:466

Tablo 10’a göre hekim ve hemşirelerin yetenek yönetimi boyutları ile kariyer planlama boyutu arasında ilişki vardır. B hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 11. Çoklu Regresyon Analizi ve Sonuçları**

R2:0,201 F: 23, 086 P:0,000 VIF:1,734- 1, 235	Standardize Edilmemiş Beta	Standart Hata	Standardize Edilmiş Beta	t	p
Sabit	0,858	0,235		3,648	,000
Kurum Desteği	0,093	0,050	0,102	1,849	,065
Yaratıcılık	0,097	0,049	0,108	1,995	,047
Yetenek Algısı	0,135	0,040	0,162	3,389	,001
Motivasyon	0,158	0,053	0,139	3,006	,003
Yetkinlik	0,157	0,050	0,154	3,113	,002

Tablo 11’de çoklu regresyon analizi ve sonuçları verilmiştir. Yaratıcılık, yetenek algısı, motivasyon ve yetkinlik boyutları, kariyer planlamadaki değişimin %20’sini açıklamaktadır ( $R^2:0,201$ ). Regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p= 0,000$ ).

Kariyer planlama ile yaratıcılık ( $\beta:0,097$ ), yetenek algısı ( $\beta:0,135$ ), motivasyon ( $\beta :0,158$ ), yetkinlik ( $\beta:0,157$ ) arasında pozitif ve istatistik olarak anlamlı ilişkiler ( $p=0,047, 0,001; 0,003, 0,002$ ) olduğu tespit edilmiştir.

#### 4.TARTIŞMA

Çalışanların yetenek yönetimi boyutları ve kariyer planlaması boyutuna verdikleri önem dereceleri, cinsiyet değişkeni açısından kariyer planlaması boyutuna verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin, kadınlara göre kariyer planlaması boyutuna daha fazla katıldıkları görülmüştür.

328 üniversite öğrencisine yapılan araştırmada, mesleğin zorluk derecesinin, ailenin ve ekonomik faktörlerin kariyer planlamasında bayanlar üzerindeki etkisinin erkeklerden daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sav, 2010: 101).

Çalışanların yetenek yönetimi boyutları ve kariyer planlaması boyutuna verdikleri önem dereceleri, yaş değişkeni açısından kurum desteği, yetenek algısı, motivasyon ve yetkinlik boyutuna verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Farklı yaş gruplarındaki çalışanların, motivasyonları ile ilgili hangi faktörlere göreceli olarak önem verdiklerini inceleyen bir çalışma yapılmıştır. 18-25 yaş grubundaki çalışanların, kendilerini en fazla motive eden faktör olarak işin niteliği’ni gösterdikleri görülmüştür. 18-25 yaş aralığındaki çalışanları motive eden faktörler içinde iş güvencesi, daha sonra ücret ve yan haklar faktörü yer almıştır. 26-29 yaş grubundaki çalışanların motivasyonları için en değerli faktörün ise kariyer ve yükselme olanakları olduğu görülmüştür (Birkan, 2009: 116).

Çalışanların yetenek yönetimi boyutları ve kariyer planlaması boyutuna verdikleri önem dereceleri, medeni durum değişkeni açısından yaratıcılık boyutuna verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmuştur. Yaratıcılık boyutuna, bekarların evlilerden daha fazla katıldıkları görülmüştür. Farklılık, bekâr çalışanlardan kaynaklanmaktadır. Bekâr çalışanların evli çalışanlara göre rekabet edebilme yetkinliğinin daha gelişmiş olduğu ortaya koyulmuştur. Bekâr çalışanlar evli çalışanlara göre sosyal hayatlarında daha fazla risk alabilecekleri ve sorumlulukları da evli çalışanlara göre daha az olduğu için rekabet edebilmektedirler (Gürel, 2010: 136). Rekabet yeteneğinin olması, yaratıcılık özelliğinin ortaya çıkmasını sağlamaktadır.

Hemşirelerin kariyer planlamasına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi ile ilgili yapılan bir çalışmada, hemşirelerin medeni durumlarına göre kariyer planlamasına ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Mutlu, 2010: 110).

Çalışanların yetenek yönetimi boyutları ve kariyer planlaması boyutuna verdikleri önem dereceleri, çalışanların eğitim düzeylerine göre yaratıcılık ve kariyer planlama boyutuna verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çalışanların, yaratıcılık boyutunda lise, lisans ve tıpta uzmanlık yapmış çalışanlar arasında, çalışanların kariyer planlama algılamalarında lise ve tıpta uzmanlık yapmış olan çalışanlar arasında, önlisans ve tıpta uzmanlık yapmış olan çalışanlar arasında, lisans ve tıpta uzmanlık yapmış olan çalışanlar arasında fark bulunmuştur.

Hemşirelerin kariyer planlamasına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi ile ilgili yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi artıkça kariyer planlama ile ilgili görüşlerinde olumlu düzeyde artış olduğunu belirlenmiştir (Mutlu, 2010: 110).

Çalışanların yetenek yönetimi boyutları ve kariyer planlaması boyutuna verdikleri önem dereceleri, çalışanların görevlerine göre yaratıcılık boyutuna ve kariyer planlama boyutuna verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yaratıcılık boyutuna ve kariyer planlama boyutuna da hekimlerin daha fazla katıldıkları görülmüştür.

Yeni Delhi’de yapılan çalışmada hemşirelerin başka ülkeye göç etmelerindeki temel motive edici unsurlar, yüksek gelir beklentisi ve daha kaliteli yaşam olarak belirlenmiştir (Khadria, 2004: 6).

Motivasyon araçlarının meslek grupları (doktor, hemşire, ebe) üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi ile iki özel hastanede (Duygu Tıp Merkezi ve Yenişehir Hastanesi) çalışma yapılmıştır. Her üç grup içinde en çok etkili olan ekonomik motivasyon araçları arasında para yer almaktadır. Doktorlar, hemşireler ve ebeler ekonomik, psikososyal ve örgütsel-yönetimsel motivasyon araçlarının mesleki motivasyon üzerinde etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Örgütsel ve yönetimsel motivasyon araçları arasında her üç grup içinde adaletli ve sürekli disiplin sistemi yer almaktadır. Her üç grup içinde çalışma alanı ile ilgili özellikler hizmet tesisi ile ilgili özelliklerden daha önemlidir. Doktor ve hemşireler hizmet tesisi ile ilgili özellikler arasında laboratuvarın olması ile motive olurken, ebeler sosyal tesislerin olması ile motive olmaktadır (Korkmaz, 2008: 86, 87).

Çalışanların yetenek yönetimi boyutları ve kariyer planlaması boyutuna verdikleri önem dereceleri, çalışanların kurum kıdem sürelerine göre yetenek yönetimi alt boyutları; kurum desteği, yetenek algısı, motivasyon ve yetkinlik boyutlarına verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kurum kıdem süresine sahip çalışanların kurum desteği, yetenek algısı, motivasyon ve yetkinlik boyutu açısından düşünceleri incelendiğinde,  $\geq 16$  yıl kurum kıdem süresine sahip çalışanlar kurum desteği, yetenek algısı, motivasyon ve yetkinlik boyutuna daha fazla katılmıştır.

$\leq 5$  yıl, 6-10 yıl ve 11-15 yıl kurum kıdem süresine sahip çalışanlar, diğer çalışanlara göre tecrübeleri daha az olduğu için kuruma kendilerini yabancı hissedebilirler. Kurum desteğini düşük hisseden çalışanın aynı zamanda motivasyonu da düşük olur. Bu durumda kurum çalışanını desteklemelidir. Kurum yöneticileri, çalışanların yeteneklerini doğru bir şekilde yönetebildikleri, gerekli kurum desteğini hissettirebildikleri, çalışanlarının yaratıcılıklarını destekleyip, onların yetkinlikleri doğrultusunda görevlendirip motivasyonlarını yüksek tutmayı hedefledikleri sürece performansları yükselecektir.

Konya Sanayi Odası'na kayıtlı 2.815 adet firmanın 111 (üst, orta ve ilk kademe yönetici ile yapılan çalışmada çalışma süresi (kıdem) arttıkça, çalışanların iş tatmini memnuniyet derecesinin de arttığı tespit edilmiştir (Çiftçi ve ark., 2014: 70).

Mutlu'nun yaptığı çalışmada, hemşirelerin kurumda çalışma sürelerine göre, kariyer planlamasına ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Mutlu, 2010: 112).

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastane çalışanlarının yetenek yönetimi boyutları ve kariyer planlaması boyutundaki ifadeler katılımlı düzeyleri sırasıyla motivasyon, yetkinlik, yetenek algısı, kariyer planlama, yaratıcılık ve kurum desteği boyutlarıdır.

Çalışmada cinsiyet değişkeni açısından erkeklerin, kadınlara göre kariyer planlaması boyutuna daha fazla katıldıkları görülmüştür. Yaş değişkeni açısından, kurum desteği, motivasyon, yetenek algısı boyutu ile yetkinlik boyutuna 35 yaş ve üstü grubunun daha fazla katıldıkları görülmüştür. Çalışanların medeni durum değişkeni açısından yaratıcılık boyutuna, bekarların evlilerden daha fazla katıldıkları görülmüştür. Çalışanların eğitim düzeyi değişkenine göre yaratıcılık ve kariyer planlama boyutuna verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çalışanların görev değişkenine göre, yaratıcılık boyutuna ve kariyer planlama boyutuna da hekimlerin daha fazla katıldıkları görülmüştür.

Çalışanların kurum kıdem sürelerine göre yetenek yönetimi alt boyutları; kurum desteği, yetenek algısı, motivasyon ve yetkinlik boyutlarına verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

### Öneriler;

- Sağlık kurumları yönetimi tarafından, kadınların mesleki hedeflerine ulaşmalarındaki engeller kaldırılmalıdır. Kadınların kariyer yapmalarına uygun ortamlar oluşturulmalı, gerekli hizmet içi eğitim etkinlikleri düzenlenmeli ve kariyer yapıları konusunda cesaretlendirilmelidirler.
- 35 yaş altında olan çalışanlara motive edici kurum desteği verilmelidir. Kurumlar çalışanların kurum amaçları doğrultusunda hareket etmeleri için birçok teşvik edici araç kullanmalıdır. Motive edici araçlar şunlardır: sosyal haklar (doğum ve aile yardımı gibi), fiziksel koşulların iyileştirilmesi, iletişim, eğitim ve yükselme, yetki ve sorumluluk devri, sosyal uğraşlar ve öneri sistemidir.



- Çalışanların fikir ve düşüncelerinden yararlanabilmek için, güven ve destek verilmelidir.
- Yöneticiler; çalışanın performansı ile ilgili değerlendirmeyi kendisine geribildirim olarak vermeli, ilerleme olanakları sağlamalı ve destek olmalıdır. Kurum kendi içinde terfi imkânları oluşturduğu sürece çalışanlar üzerinde olumlu etki oluşturmaktadır. Lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip çalışanlar yaratıcı ve girişimci yeteneklerinin ortaya çıkarılması için kurum tarafından desteklenmelidir.
- Hastanelerde kariyer planlama çalışmaları üst yönetim tarafından desteklenmelidir.
- Hemşireler, sağlık hizmetlerinin sunumunda üstlendikleri rol ve sorumlulukları yerine getirirken karşılaştıkları problemlere bilimsel çözüm bulmada, sağlık disiplini olarak mesleki gelişmeye katkı sağlamada, değişen ve gelişen teknolojiye uyumu kolaylaştırmada, hemşirelik bakımını kolaylaştırmada ve bakımın kalitesini artırmada yaratıcılıklarının farkına varmalı, bu özelliğini geliştirmeli ve ortaya koymalıdır.
- Üst kademedeki görev yapan yönetici hemşireler başta olmak üzere tüm yönetici ve çalışan hemşireler için karar verme becerilerini ve yaratıcılığı geliştirici kurs, seminer, konferans gibi etkinlikler hazırlanmalıdır.
- Çalışanların yaratıcılığın en üst seviyede yararlanabilmek için; özgür ve esnek çalışma ortamı oluşturulmalı, kurum içinde yeni fikirler teşvik edilmeli ve çalışanlara yaratıcı çalışmalar için gerekli zaman ve kaynak sağlanmalıdır.
- Yöneticiler, çalışanlara alınan kararlara katılımını sağlayarak fikirlerine değer verildiğini hissettirmeli, karar alma sürecinde adil ve tarafsız davranmalı ve onlara yeterli ve dürüst bir şekilde geri bildirim sağlamalıdır.
- Çalışanlarda destekleyici kurum algısının oluşturulabilmesi için; iş görenlerin yaratıcı fikirleri, önerileri ve eleştirileri dikkate alınmalı, etkin iletişim ve ödüllendirme sistemi kurulmalı, bu sistemin uygulanmasında nesnel davranılmalı ve katılımcı bir yönetim anlayışı benimsenmelidir.

- Yöneticileri tarafından tanınma, takdir edilme, sevgi ve saygı görme de çalışanların motivasyonunu ve buna paralel olarak da iş yaşam kalitesini arttırıcı bir etkiye sahip olacaktır.
- Kurum yöneticileri, çalışanların yeteneklerini doğru bir şekilde yönetebildikleri, gerekli kurum desteğini hissettirebildikleri, çalışanlarının yaratıcılıklarını destekleyip, onların yetkinlikleri doğrultusunda görevlendirip motivasyonlarını yüksek tutmayı hedefledikleri sürece performansları yükselecektir.

Bu çalışma sadece hekim ve hemşireler üzerinde yapılmıştır. Araştırmacılar yetenek yönetimi ve kariyer planlama konusunda diğer sağlık çalışanları üzerinde de çalışabilirler.

## KAYNAKÇA

- Akgeyik, T., Çiftçi, B., Çolak, A., Dolgun, U., Kağnıcıoğlu, D., Özbek, M. F., Özler, D.E. & Serinkan, C. (2012). İnsan Kaynakları Yönetimi (3.Baskı). Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Aktaş, H. (2004). "The Importance of Career Anchor Notion for an Effective Career Planning and an Example Application at Turkish Air Force Undergraduate and Graduate Schools". Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Alayoğlu, N. (2010). "İnsan Kaynakları Yönetiminde Yeni Dönem: Yetenek Yönetimi", Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 1: 68-97.
- Altuntuğ, N. (2009). "Rekabet Üstünlüğünün Sürdürülmesinde Yeteneklerin Rolü: Yetenek Yönetim Yaklaşımı", Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi, 14 (3): 453-460.
- Atlı, D. (2012). Yetenek Yönetimi. İstanbul: Crea Yayıncılık.
- Aytaç, S. (2005). Çalışma Yaşamında Kariyer. 2. Baskı, Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Birkan, K. C. (2009). "Çalışanların Motivasyonel Öncelikleri ve Bir Motivasyon Faktörü Olarak Liderliğin Önemi". İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans, İstanbul.
- Can, H., Kavuncubaşı, Ş. & Yıldırım, S. (2009). Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi (6. Baskı). Ankara: Siyasal Yayın Dağıtım.
- Çayan, D. (2011). "Yetenek Yönetiminin Çalışanların Performansı Üzerine Etkileri ve Niğde Sağlık Sektöründe Bir Uygulama". Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Niğde.

- Çiftçi, M., Öztürk, U.C. (2013). "Yetkinlik Bazlı Personel Seçme Faaliyetleri ve Türkiye'deki Büyük Ölçekli İşletmelerin İş gören Seçme Modeli Tercihlerindeki Eğilimler", SÜİİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 13 (25):145-172.
- Çırpan, H. & Şen, A. (2009) "İşletmelerde Yenilikçiliği Geliştirmede Etkili Bir Araç: Yetenek Yönetimi" , Çerçeve Dergisi, 17 (52):110-116.
- Doğan, S. & Demiral, Ö. (2008). "İnsan Kaynakları Yönetiminde Çalışanların Kendilerine Doğru Yolculuk Yönetimi: Yetenek Yönetimi", Ç. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17 (3):145-166.
- Gürel, M. T. (2010). "Kariyer Planlamada Yetkinliklerin Önemi ve Bir Araştırma". Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Heckman, R. & Lewis R. E. (2006). Talent Management: A critical Review, Human Resource Management Review, 16 (2): 139-154.
- Khadria, B. (2004). "Migration of Highly Skilled Indians: Case Studies of IT and Health Professionals" OECD, Statistical Analysis of Science, Technology and Industry.
- Korkmaz, S. (2008). "Hastanelerde Doktor, Hemşire ve Ebelerin Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Bir Uygulama", Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Mucha, T. R (2004). "The Art and Science of Talent Management. Organization Development Journal. Winter, 22 (4):96-100.
- Mutlu, A. (2010). "Hemşirelerin Kariyer Planlamasına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi" , Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Sav, D. (2008). "Bireysel Kariyer Planlamada Etkili Olan Faktörler ve Üniversitelerin Etkisi Üzerine Bir Araştırma" Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta.



# Yatan Hastaların Hizmet Kalitesi Algılarının Servqual Skoruna Göre İncelenmesi

Gönderim Tarihi: 10.04.2017

İkbaliye Zafer<sup>1</sup>

Kabul Tarihi : 11.04.2017

Erdoğan Ünal<sup>2</sup>

## ÖZ

Sağlık hizmetlerinde kalite, hastaların sağlıkları açısından olduğu kadar, aynı hastaneyi ihtiyaç olduğunda tekrar tercih etmelerinde önemlidir. Hastaların kalite algılarının değerlendirilmesiyle, hastanelerin hizmet sunumundaki eksiklikleri ve aksayan yönlerinin belirlenmesi sağlanabilir ve bunlara ilişkin iyileştirmeler sayesinde daha kaliteli ve etkili sağlık hizmetleri sunulabilir. Bu araştırma; Darıca Farabi Devlet Hastanesi'nde yatan hastaların, sağlık hizmetlerine ilişkin algıladıkları kalite ile beklentilerinin ne düzeyde karşılandığının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Kişisel bilgi formu ve Servqual hizmet kalitesi ölçeğinden oluşan anket formu; Darıca Farabi Devlet Hastanesi'nde 2013 yılı 1-7 Eylül tarihleri arasında yatan 300 hastaya uygulanmıştır. Anketlerden elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 17.0 istatistik programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesi, frekans, yüzde, ortalama standart sapma istatistiklerinin yanında, t testi, tek yönlü anova ve tukey testlerinden faydalanılmıştır.

Araştırma sonucunda; Darıca Farabi Devlet Hastanesi'nin yatan hastaların beklentilerini büyük oranda karşılandığı, sadece güvenilirlik boyutunda beklentilerinin altında hizmet verildiği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmada ayrıca hastaların hizmet kalite algı ve beklentilerinde yaşlarına, hastaneye yatış sayılarına, cinsiyetlerine, öğrenim durumlarına ve hastanede yattıkları gün sayılarına göre farklılaşmaların olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Sağlıkta Kalite.

1 Darıca Farabi Devlet Hastanesi, ikbaliyezafer@gmail.com

2 Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, erdinc.unal@okan.edu.tr

# Analysis of Hospitalized Patients Service Quality Perception in Terms of Servqual Score

## ABSTRACT

Quality of health services, as well as in terms of the health of patients, in the same hospital when needed, it is important to choose again. Patient perceptions of the quality of the determined deficiencies and shortcomings in service delivery aspects of the hospital identified, and work to be done in this direction, with better quality and effective health care services can be offered. This work is realized to define in which level the expectations are met and quality perception related to health services of the patients who are staying at Darıca State Hospital. Servqual service quality scale and personal information form prepared for the questionnaire. Applied to 300 patients staying in Darıca Farabi State Hospital between the 1-7 September in 2013. Data gained by the questionnaires are analyzed with the help of SPSS 17.0 statistics programme at the computer environment. T-test ,one way Anova test and Tukey Tests are used for evaluating the data besides frequency,percentage and standart deviation statistics Besides evaluating the data.

As a result of the research, it is concluded that expectations of the patients staying in Darıca Farabi State Hospital are highly met, however, it gives lower service than expectations in the view of just in security. The study also service quality perceptions and expectations of patients for age, number of previous hospitalizations, gender, education level and number of days in the hospital it was determined that according to the variances.

**Keywords:** Service Quality, Quality in Health, Hospital

## 1. GİRİŞ

Kaliteli sağlık hizmetlerine olan ilgi giderek artmaktadır. Toplum tarafından daha kaliteli sağlık hizmeti talep edilmekte, rekabet giderek artmakta, aynı doğrultuda sağlık hizmetlerinin maliyeti artmaktadır. "Kamuya ve politika yapıcılara sistemdeki verimsizliklerin giderilmesi konusunda baskılar artmakta, kalite ise hizmet sunucularına yapılan ödemelerle ilişkilendirilmektedir. Artan tüketici hareketi, kurumsal baskılar ve yeni düzenlemeler nedeniyle kalite yönetimi, yöneticiler ve bütün sağlık çalışanları için stratejik öneme sahip duruma gelmiştir" (Kaya, 2013: iv).

Sağlık kurumlarında sunulan hizmetin kalitesi, bakımın teknik ve sanatsal yönü ile belirlenir. Bakımın teknik yönü, verilen hizmetin hastanın sağlık durumunda arzulanır değişiklik yaratması, yani hizmetin çağdaş tıp biliminin gereklerine uyması olarak tanımlanabilir. Bakımın sanatsal yönü ise, hizmetin verilisinde hasta istek ve beklentilerine dikkat edilmesi ile ilgilidir.

"Sağlık hizmetlerinde, sunulan kaliteli bir hizmet ekonomik ve hissi yararlar sağlayacağı gibi, hizmetteki bir hata ya da ihmal insan hayatına mal olabilmektedir. Bunun için hata maliyeti çok ağır olan sağlık hizmetleri kalite düzeyinin yüksek tutulması zorunludur" (Karabulut ve Yapraklı, 1999: 119).

Hastaları memnun etmek isteyen yöneticiler, hizmet planlaması ve tasarımında hitap edeceği nüfusun kendi hizmetleriyle ilgili istek ve beklentilerini bilmelidirler. Hasta istek ve beklentilerini karşılamayan bir sağlık hizmeti, ne kadar bilimsel esaslara dayalı olarak verirse verilsin toplum tarafından benimseneceğini söylemek zor olacaktır. Verilen sağlık bakım hizmetlerinin hastaları ne derecede mutlu ettiği ve hastanın hastaneden hangi duygularla ayrıldığıнын bilinmesi geleceğe yönelik planlamalar açısından oldukça önemlidir.

Bu araştırma; Darıca Farabi Devlet Hastanesi'nde yatan hastaların, sağlık hizmetlerine ilişkin algıladıkları kalite ile beklentilerinin ne düzeyde karşılandığının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

## 2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE SERVQUAL HİZMET KALİTESİ MODELİ

### 2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Kalite (Qualites), Latince "nasıl oluştuğu" anlamına gelen "qualis" kelimesinden gelmektedir. Esasta kalite sözcüğü hangi ürün ve hizmet için kullanılıyorsa, onun gerçekte ne olduğunu belli etmek hedefini taşımaktadır. Kalite, genel anlamda günlük hayattaki konuşmalarda bir ürün veya hizmetin diğerlerine göre üstünlüğünü ve iyiliğini, diğer bir ifadeyle kaliteye konu olan ürün ve hizmetin iyi niteliklerinin olduğunu belirtmektedir. Bu bakımdan kalite, bir ürün veya hizmet hakkında subjektif (kişisel) değerleri içermektedir (Özçakar, 2010: 107)

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışını şekillendiren bir lider olan Avedis Donabedian, yüksek kaliteli hizmeti "hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet" olarak tanımlamaktadır (Kaya, 2013: 4).

Sağlık hizmetlerinde kalite hedefine ulaşılmasının kalite yönetim anlayışı ile gerçekleşebileceği öngörülmektedir. Kalite yönetimi; örgütlerde liderlik, yönetim, insan, sistem ve ürün kalitesinin birlikte ve sürekli geliştirilmesini, kalite geliştirme, kalite planlama ve kalite kontrol uygulamalarının yapılmasını ve aynı zamanda kalite güvence sistem standartlarının oluşturulmasını hedefleyen yönetim anlayışı olarak tanımlanabilmektedir (Aktan,1999: 2). "Hizmet üretiminde karşılaşılan problemler azaldıkça, sunulan hizmetin türü önemli olmaksızın kalite ön plana çıkmaktadır. Böylece, sağlık, eğitim, güvenlik hizmetleri gibi fertlerin ve toplumun bugünü ve geleceğini yakından ilgilendiren birtakım hizmetlere verilen önem daha da artmaktadır" (Karabulut ve Yapraklı: 1999: 119).

Yalnız tıbbi faaliyetler acısında ele alınmış bir tanıma göre sağlık hizmetlerinde kalite; bir hastalık ya da durumun bir fonksiyonu olarak, bireyin sağlık durumunda ortaya çıkabilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir şekilde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir. Buna



göre sağlık hizmetlerinin kalitesi, doğru olan tıbbi faaliyetlerin en iyi sonucu verecek şekilde yerine getirilmesidir. ABD'deki Tıp Enstitüsünün kalite tanımı ise, birey ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin arzulanan sağlık çıktılarına ulaşma ihtimalini artırma ve günün profesyonel bilgi birikimi ile tutarlı olma derecesidir (Çatalca, 2003: 8-9).

Sağlık hizmetlerinde kalite, en basit tanımı ile "doğru, tam ve zamanında, en düşük maliyetle verilen sağlık hizmeti ile hastanın memnun ayrılmasını sağlamak" olarak tanımlanabilir (Pakdil, 2007: 38).

Roemer ve Montoya-Aguilar sağlık hizmetlerinde kaliteyi "kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesi" olarak tanımlamaktadır (Önsüz, 2008: 34). Daha kapsamlı bir tanımlamayla kaliteli sağlık hizmetleri; cerrahi girişim için bekleme süresinin kısaltılması, acil servislerde, gerçekten ihtiyaç duyulan acil sağlık hizmetlerinin verilmesi, yetersiz veya yanlış klinik uygulamaların minumuma indirilmesi günün gelişen bilimsel uygulamalarının hayata geçirilmesi, sağlık personeli ile hasta ve yakınlarının sağlıklı iletişim kurmaları ve genel olarak toplumdaki bireylerin sağlıklarının geliştirilmesi olarak ele alınabilir (Akalin, 2000: 254).

Kaliteli sağlık hizmetleri, dengeli, verimli, planlı, ulaşılabilir ve sıfır hata ile hizmet vermekle gerçekleşebilir. "Kaliteli hizmet, sürdürülebilir, hizmeti sunan ve alanların memnuniyetlerini artırmaya dayanan, hasta ve çalışan güvenliğini ön planda tutan bir yönetim anlayışının ürünüdür. Sağlıkta kalite, kişilerin hem ihtiyacı olan, hem de arzu ettikleri sağlık hizmetinin en düşük maliyetle verilmesidir" (İncesu ve Yorulmaz, 2013: 4). Donabedian'a göre sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetleri bilimi ve teknolojisi ile bu bilim ve teknolojinin uygulanmasının ürünü olarak düşünülebilir. Bu ürün etkenlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık ve hakkaniyeti içeren çeşitli özelliklerle nitelendirilebilir (Kaya, 2013: 5-6);

- "Etkenlik: Etkenlik (efficacy), en uygun koşullar altında kullanıldığında, sağlık hizmetleri bilim ve teknolojisinin sağlıkta iyileştirmeler meydana getirme yeteneğidir. "En uygun koşulları" belirlemek mümkün olmadığında bunun yerine "belirli koşullar altında" terimi kullanılabilir. Uygulamanın kalitesi değerlendirilirken etkenlik kontrol edilmez. Etkenlik araştırma,

deneyim ve profesyonel fikir birliğinin bir ürünü olarak bize önceden verilir. Alternatif hizmet stratejilerinin göreceli etkinliği, iyi kontrol edilmiş klinik araştırmalar ya da teknoloji değerlendirme yoluyla belirlenir. Klinik yönetimin bilinen en etkin stratejisi başarılabilecek olanın üst sınırını belirler; bu teknolojik sınırdır.

- Etkililik: Etkililik (effectiveness), sağlıkta şimdi ulaşılabilir olan iyileştirmelere gerçekte ulaşma derecesidir. Bu, gerçek performans ile idealde ya da belirli koşullar altında sağlık hizmetleri bilim ve teknolojisinin ulaşması beklenebilen performans arasında karşılaştırma yapmayı gerektirir.
- Verimlilik: Verimlilik (efficiency), sağlıkta ulaşılabilir iyileştirmeleri azaltmaksızın hizmet maliyetini azaltma yeteneğidir.
- Optimallik: Optimallik (optimality), sağlıktaki iyileştirmeleri, bu iyileştirmelerin maliyeti ile dengelemektir. Bu tanım, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ve faydaları arasında "en iyi" ya da "optimum" bir nokta bulunduğu anlamına gelir. Bu noktanın altında, faydalara göre düşük maliyetle daha fazla fayda elde edilebilir, üzerinde ise faydalara göre çok fazla maliyetle ilave faydalar elde edilir.
- Kabul Edilebilirlik: Kabul edilebilirlik (acceptability), hastaların ve ailelerinin isteklerine, arzularına ve beklentilerine uygunluk olarak tanımlanır. Kabul edilebilirliğin beş ögesi vardır: Erişilebilirlik, hasta-hizmet sunucusu ilişkisi, hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan yönleri, hastaların hizmetin etkileri, riskleri ve maliyeti ile ilgili tercihleri ve hastaların adil ve hakkaniyetli olarak düşündükleri şeyler.
- Yasallık: Yasallık (legitimacy), etik prensipler, değerler, normlar, yasalar ve düzenlemelerde ifade edilen sosyal tercihlere uygunluk olarak tanımlanır. Kısaca sosyal kabul edilebilirlik olarak görülebilir.
- Hakkaniyet: Hakkaniyet (equity), bir toplumun üyeleri arasında sağlık hizmetlerinin ve faydalarının dağıtımında, doğru ya da adil olanı belirleyen prensibe uygunluk olarak tanımlanır. Hakkaniyet, hizmeti bireyler için kabul edilebilir ve sosyal olarak yasal hale getiren şeyin bir kısmıdır. Hakkaniyet, kalitenin ayrı bir özelliği olacak kadar önemlidir".

## 2.2. SERVQUAL Hizmet Kalitesi Modeli

Alınan hizmetin kalitesinin belirlenmesi soyut bir süreçtir. Diğer bir ifade ile somut bir ürün hakkında müşterilerin görüşleri daha rahat ortaya konulabilirken, hizmetlerde daha zordur. Bu nedenle verilen hizmetlere ilişkin müşteri algılarını ölçmek için hizmet işletmeleri farklı yöntemler geliştirmektedirler. Ölçülemeyen şey, iyileştirilemez görüşünden yola çıkarak, sistemli bir çalışma ile hizmet kalitesi ölçülebilir. Müşterilerin hizmet sunumuna ilişkin algıları ile beklentileri arasındaki fark hizmet kalitesinin ölçüm indeksi olarak kabul görmektedir. Hizmet kalitesinin ölçümü üzerine literatürde farklı yöntemlerin olduğu görülmektedir. "Bunlardan bazıları yaygın uygulama alanları bulurken bazıları sadece sektörel uygulamalarda kullanılmıştır. Bu yöntemlerden en yaygını Parasuraman ve arkadaşları tarafından önerilen Servqual yöntemidir" (Kaya, 2013: 43).

Servqual hizmet kalitesi modelinde hizmet kalitesi algılamalarını etkileyen boşluklar ve bunlara neden olan faktörler şu şekildedir (Chowdhury, 2008: 134-135Akt: Yaşa, 2012:67-68):

- "Birinci Boşluk, müşterilerin beklentilerine karşı yönetimin algıları (Bilgi Boşluğu): Müşterilerin bir hizmetten beklentileri ile yönetimin müşteri beklentilerini algılaması arasında farklılıklar oluşabilmektedir.
- Boşluk, yönetim algılarına karşı hizmetin özellikleri (Standardizasyon Boşluğu): Bilgi boşluğu Yönetim bazı zamanlarda müşteri beklentilerini doğru algılamasına rağmen, onların ihtiyaçlarını karşılayacak olan hizmet standartlarını sağlayamayabilir.
- İkinci Boşluk, yeni hizmet tasarım ve standardına karşı hizmet sunumu (Sunum Boşluğu): Hizmet sunumu için belirlenen hizmet standartlarının tarifi ile gerçekte sunulan hizmetin kalitesi arasındaki farklılık olabilir.
- Üçüncü Boşluk, hizmet sunumuna karşı dış iletişim (İletişim Boşluğu): Gerçekte sunulan hizmet kalitesi ile firmanın dışarıyla iletişim yolları aracılığıyla broşür veya ilanlarda tarif ettiği hizmet kalitesi arasında farklılık olabilir.
- Dördüncü Boşluk, algılanan hizmete karşı beklenen hizmet (Hizmet Boşluğu): Bu boşluk, müşterilerin hizmetten beklentileriyle gerçekte aldıkları ve algıladıkları hizmetin kalitesi arasındaki farklılıktan ortaya çıkmaktadır".

Bilgi boşluğu, standardizasyon boşluğu, sunum boşluğu ve iletişim boşluğunun bir fonksiyonudur. Hizmet boşluğu, bu açıkların veya boşlukların azalması veya artmasıyla aynı yönde hareket eder.

### 2.2.1. SERVQUAL Hizmet Kalitesi Boyutları

Parasuraman, Zeithaml ve Berry'ye göre söz konusu beş hizmet kalitesi boyutu bir iskelet oluşturmakta ve gerektiğinde başka hizmet organizasyonlarında da uyarlanabilmektedir. Araştırmacılara göre; hizmet sektöründe yer alan kuruluşların kendine özgü özellikleri vardır. Ancak genel olarak tüm hizmet sağlayan organizasyonlarda geçerli olan aşağıdaki beş hizmet kalitesi boyutundan söz etmek mümkündür. Bu boyutlar aşağıda özet olarak yer almıştır (Nasır ve Nasır, 2008: .248-249);

- Fiziksel özellikler: Tesislerin fiziksel özellikleri, araç ve gereçler ve hizmet veren personelin fiziksel görünümü
- Güvenirlilik: Söz verilen hizmet performansının sürekli, doğru ve güvenilir bir şekilde sunulması.
- Heveslilik: Çalışanların hizmeti sunmak için istekli ve hazır olması. Müşteriye yardımcı olma istekliliği ve hizmetin vakitlice verilmesi
- Güvence/Söz: Çalışanların bilgisi, nezaketi ve müşterilerinin güvenini ve itimadını kazanma kabiliyeti
- Empati: Müşterilerini dikkate alma, önemseme ve bireysel ilgi gösterme

## 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma tarama modelinde gerçekleştirilmiştir. "Tarama modeli, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan bir araştırma yaklaşımıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları, herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilemez. Bilmek istenen şey vardır ve oradadır. Önemli olan, onu uygun bir biçimde "gözleyip" belirleyebilmektir" (Karasar, 2009: 77).

Araştırmanın evrenini; Darıca Farabi Devlet Hastanesi'nde 2013 yılı 1-7 Eylül tarihleri arasında yatan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme yoluna gidilmemiştir. Hastane 298 yatak kapasitelidir. Araştırmaya başlanıldığında

hastanede yatan 270 hasta bulunmaktadır. Hastaların tamamına ulaşılmaya çalışılmış, ancak gönüllülük esas alınmıştır. Bir hafta içerisinde hastaneye yeni yatan hastalarla birlikte araştırma 300 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Söz konusu anket 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastaların tanımlayıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, vb.) belirlemeye yönelik 6 soru yer almaktadır. İkinci bölümde ise Servqual hizmet kalitesi beklenti ölçeği 3. Bölümde de Servqual hizmet kalitesi algı ölçeği yer almaktadır. Ölçeğe ilişkin güvenilirlik analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 1’de görülmektedir. Ölçeğin boyutlarının güvenilirlik katsayıları yüksek olarak bulunmuştur.

**Tablo 1. Güvenirlik Katsayıları**

Maddeler	Boyutlar	$\alpha$
1-4	Somut Özellikler	0,854
5-9	Güvenirlik	0,679
10-13	Heveslilik	0,729
14-17	Güven	0,829
18-22	Empati	0,854

Katılımcılara sorulan sorular, anketin cevaplandırılmasını kolaylaştırmak, araştırmacının verileri daha hızlı değerlendirmesini sağlamak amacıyla kapalı uçludur. Araştırmada kullanılan Likert Ölçeği, kolaylığı nedeni ile tercih edilmiştir. Anketi yanıtlayan kişilere verilen önermelerle ilgili görüşlerini, çok olumludan çok olumsuzu kadar sıralanan seçeneklerden belirtmeleri istenmiştir. Buna göre; (5) çok yüksek, (4) yüksek, (3) kararsızım, (2) düşük, (1) çok düşük şeklinde bir ölçek kullanılmıştır. Ölçek sonuçları 5.00-1.00=4.00 puanlık bir genişliğe dağılmışlardır. Bu genişlik beşe bölünerek hastaların hizmet kalite beklentileri ve algıları belirlenmiştir. Buna göre; 1.00-1.79 puan aralığı, "çok düşük", 1.80-2.59 "düşük", 2.60-3.39 "orta", 3.40-4.19 "yüksek" ve 4.20-5.00 arası "çok yüksek" olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Hastaların hizmet kalite beklenti ve algı düzeyleri arasındaki farklılaşmayı incelemek için eşleşmiş t testi analizi kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı t-testi, ikiden fazla grup durumunda

parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Tek yönlü (Oneway) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey Post Hoc testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan hastalardan ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

### 4.1. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 2. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablolar	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	156	52,0
	Kadın	144	48,0
Yaş	20 Yaş ve Altı	30	10,0
	21 - 30 Yaş	79	26,3
	31 - 40 Yaş	57	19,0
	41 - 50 Yaş	45	15,0
	51 Yaş ve üzeri	89	29,7
Öğrenim Durumu	Okur-yazar	27	9,0
	İlkokul	64	21,3
	Ortaokul	62	20,7
	Lise	83	27,7
	Ön Lisans	34	11,3
	Lisans	20	6,7
	Yüksek Lisans/ doktora	10	3,3
Aylık Ortalama Gelir Durumu	0-1000 TL	136	45,3
	1001-2000 TL	89	29,7
	2001-3000 TL	53	17,7
	3001 TL ve üzeri	22	7,3
Şuan Bulunduğu Hastanedeki Yatış Sayısı	1 Kez	144	48,0
	2 Kez	109	36,3
	3 Kez	26	8,7
	4 Kez ve üzeri	21	7,0
Hastanede Yatışta Bulunduğu Gün Sayısı	1-3 Gün	153	51,0
	4-7 Gün	80	26,7
	8-11 Gün	37	12,3
	12 Gün ve üzeri	30	10,0

Araştırmaya katılan hastaların 156'sı (%52,0) erkek, 144'ü (%48,0) kadın, 30'u (%10,0) 20 yaş ve altı, 79'u (%26,3) 21 - 30 yaş, 57'si (%19,0) 31 - 40 yaş, 45'i (%15,0) 41 - 50 yaş ve 89'u (%29,7) 51 yaş ve üzerindedir. Öğrenim durumu değişkeni açısından 27'si (%9,0) okur-yazar, 64'ü (%21,3) ilkokul, 62'si (%20,7) ortaokul, 83'ü (%27,7) lise, 34'ü (%11,3) ön lisans, 20'si (%6,7) lisans, 10'u (%3,3) yüksek lisans/doktora öğrenim durumunda olup, 136'sı (%45,3) 0-1000 TL, 89'u (%29,7) 1001-2000 TL, 53'ü (%17,7) 2001-3000 TL, 22'si (%7,3) 3001 TL ve üzeri aylık gelir düzeyindedir. Hastaların 144'ü (%48,0) 1 kez, 109'u (%36,3) 2 kez, 26'sı (%8,7) 3 kez, 21'i (%7,0) 4 kez ve üzeri aynı hastanede hasta olarak yatmakta olup, hastalar bulunduğu hastanede şuanki yatışta bulunduğu gün sayısı değişkenine göre 153'ü (%51,0) 1-3 gün, 80'i (%26,7) 4-7 gün, 37'si (%12,3) 8-11 gün, 30'u (%10,0) 12 gün ve üzeri olarak dağılmaktadır.

#### 4.2. Hastaların Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalite Düzeyleri Arasındaki Farklılık İçin Yapılan Eşleşmiş T-Testi Sonuçları

Fiziksel özellikler beklentisi ile fiziksel özellikler algısı, güvenilirlik beklentisi ile güvenilirlik algısı, heveslilik beklentisi ile heveslilik algısı, güven beklentisi ile güven algısı, empati beklentisi ile empati algısı, beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesi arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

**Tablo 4.2.** Hastaların Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalite Düzeyleri Arasındaki Farklılık İçin Yapılan Eşleşmiş T-Testi Sonuçları

Ölçümler	Beklenti		Algı		N	Z	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			
Fiziksel Özellikler Beklentisi - Fiziksel Özellikler Algısı	3,857	0,813	3,760	0,813	300	1,510	0,132
Güvenilirlik Beklentisi - Güvenilirlik Algısı	3,948	0,948	3,739	0,950	300	2,426	0,016
Heveslilik Beklentisi - Heveslilik Algısı	3,845	0,905	3,678	0,979	300	1,955	0,052
Güven Beklentisi - Güven Algısı	3,906	0,867	3,758	0,949	300	1,867	0,063
Empati Beklentisi - Empati Algısı	3,754	0,969	3,750	0,974	300	0,047	0,962
Beklenen Hizmet Kalitesi - Algılanan Hizmet Kalitesi	3,861	0,812	3,738	0,836	300	1,701	0,090

Güvenilirlik beklentisi ile güvenilirlik algısı ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan eşleştirilmiş grup t-testi sonucunda, aritmetik ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=2,426$ ;  $p=0,016<0,05$ ). Güvenilirlik beklentisi ortalaması ( $x=3,948$ ) güvenilirlik algısı ortalamasından ( $x=3,739$ ) yüksektir. Fiziksel özellikler beklentisi ile fiziksel özellikler algısı, heveslilik beklentisi ile heveslilik algısı, güven beklentisi ile güven algısı, empati beklentisi ile empati algısı, beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesi ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan eşleştirilmiş grup t-testi sonucunda, aritmetik ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

#### 4.3. Hastaların Algılanan Hizmet Kalite Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Araştırmada hastaların hizmet kalite algılarının, cinsiyetlerine, öğrenim durumlarına, gelir durumlarına ve hastanede şuan ki yatışta bulunduğu gün sayılarına göre istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir.

**Tablo 4.** Hastaların Algılanan Hizmet Kalite Düzeylerinin Yaşa Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Fiziksel Özellikler Algısı	20 Yaş ve Altı	30	4,033	0,911	2,083	0,083	
	21 - 30 Yaş	79	3,646	0,861			
	31 - 40 Yaş	57	3,921	0,703			
	41 - 50 Yaş	45	3,650	0,671			
	51 Yaş ve üzeri	89	3,722	0,845			
Güvenilirlik Algısı	20 Yaş ve Altı	30	4,073	0,771	2,301	0,059	
	21 - 30 Yaş	79	3,732	1,015			
	31 - 40 Yaş	57	3,888	0,832			
	41 - 50 Yaş	45	3,738	0,862			
	51 Yaş ve üzeri	89	3,539	1,027			
Heveslilik Algısı	20 Yaş ve Altı	30	4,100	0,706	4,486	0,002	1 > 5 2 > 5 3 > 5
	21 - 30 Yaş	79	3,788	0,986			
	31 - 40 Yaş	57	3,807	0,832			
	41 - 50 Yaş	45	3,672	0,842			
	51 Yaş ve üzeri	89	3,357	1,117			



Güven Algısı	20 Yaş ve Altı	30	4,033	0,776	1,681	0,154	
	21 - 30 Yaş	79	3,775	1,059			
	31 - 40 Yaş	57	3,864	0,892			
	41 - 50 Yaş	45	3,778	0,731			
	51 Yaş ve üzeri	89	3,573	1,014			
Empati Algısı	20 Yaş ve Altı	30	4,087	0,721	2,835	0,025	1 > 5
	21 - 30 Yaş	79	3,787	1,039			
	31 - 40 Yaş	57	3,905	0,912			
	41 - 50 Yaş	45	3,760	0,729			
	51 Yaş ve üzeri	89	3,499	1,087			
Algılanan Hizmet Kalitesi	20 Yaş ve Altı	30	4,067	0,683	2,942	0,021	1 > 5
	21 - 30 Yaş	79	3,747	0,868			
	31 - 40 Yaş	57	3,879	0,734			
	41 - 50 Yaş	45	3,722	0,637			
	51 Yaş ve üzeri	89	3,536	0,956			

Araştırmaya katılan hastaların hastane hizmet kalite algısını belirleyen boyutlardan; fiziksel özellikler, güvenilirlik ve güven algısı boyutlarında anlamlı farklılıkların olmadığı, heveslilik, empati ve genel algıladıkları hizmet kalitelerinde farklılıkların olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Buna göre; 51 ve daha büyük yaşta olan hastaların heveslilik algısı puanları, 31-40 yaş ve daha küçük yaşta olan hastaların algılarından düşük bulunmuştur. 20 ve daha küçük yaşta olan hastaların empati ve genel algılanan hizmet kalitesi puanları 51 ve daha büyük yaşta olan hastaların algılanan hizmet kalitesi puanlarından yüksek bulunmuştur.

**Tablo 5.** Hastaların Algılanan Hizmet Kalite Düzeylerinin Şuanki Bulunduğu Hastanedeki Yatış Sayısı Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Fiziksel Özellikler Algısı	1 Kez	144	3,887	0,810	2,346	0,073	
	2 Kez	109	3,640	0,834			
	3 Kez	26	3,692	0,756			
	4 Kez ve üzeri	21	3,595	0,700			
Güvenilirlik Algısı	1 Kez	144	3,896	0,913	3,930	0,009	1 > 4
	2 Kez	109	3,560	0,893			
	3 Kez	26	3,908	0,869			
	4 Kez ve üzeri	21	3,391	1,327			

Heveslilik Algısı	1 Kez	144	3,826	0,936	2,409	0,067
	2 Kez	109	3,502	0,980		
	3 Kez	26	3,683	0,841		
	4 Kez ve üzeri	21	3,560	1,284		
Güven Algısı	1 Kez	144	3,835	0,938	0,619	0,603
	2 Kez	109	3,677	0,917		
	3 Kez	26	3,702	0,721		
	4 Kez ve üzeri	21	3,726	1,376		
Empati Algısı	1 Kez	144	3,836	0,947	1,002	0,392
	2 Kez	109	3,624	0,946		
	3 Kez	26	3,792	0,821		
	4 Kez ve üzeri	21	3,762	1,399		
Algılanan Hizmet Kalitesi	1 Kez	144	3,857	0,816	2,184	0,090
	2 Kez	109	3,600	0,795		
	3 Kez	26	3,764	0,717		
	4 Kez ve üzeri	21	3,604	1,182		

Araştırmaya katılan hastaların hizmet kalite algılarını belirleyen boyutlardan sadece güvenilirlik algıları ortalamalarının şuan ki bulunduğu hastanedeki yatış sayısı değişkenine göre farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Buna göre; şuan ki bulunduğu hastanedeki yatış sayısı 1 kez olan hastaların güvenilirlik algıları, şuan ki bulunduğu hastanedeki yatış sayısı 4 kez olan hastaların güvenilirlik algısından yüksektir.

#### 4.4. Hastaların Beklenen Hizmet Kalite Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Araştırmaya katılan hastaların gelir durumlarına ve hastanede şuan ki hastanede yatış sayılarına göre hizmet kalite beklentilerinde istatistiksel olarak farklılık olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 6.** Hastaların Beklenen Hizmet Kalite Düzeylerinin Cinsiyete Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Fiziksel Özellikler Beklentisi	Erkek	156	4,005	0,727	3,342	0,001
	Kadın	144	3,696	0,871		
Güvenilirlik Beklentisi	Erkek	156	4,140	0,738	3,726	0,000
	Kadın	144	3,740	1,097		

Heveslilik Beklentisi	Erkek	156	4,091	0,699	5,112	0,000
	Kadın	144	3,578	1,022		
Güven Beklentisi	Erkek	156	4,043	0,720	2,894	0,005
	Kadın	144	3,757	0,983		
Empati Beklentisi	Erkek	156	3,982	0,816	4,367	0,000
	Kadın	144	3,507	1,061		
Beklenen Hizmet Kalitesi	Erkek	156	4,053	0,658	4,393	0,000
	Kadın	144	3,653	0,909		

Araştırmaya katılan hastaların hizmet kalitesi beklenti puanları tüm boyutlarda hastaların cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir ( $p < 0,05$ ). Erkek hastaların hizmet kalitesi beklentileri tüm boyutlarda, kadın hastaların beklentilerinden yüksek bulunmuştur.

**Tablo 7.** Hastaların Beklenen Hizmet Kalite Düzeylerinin Yaşa Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Fiziksel Özellikler Beklentisi	20 Yaş ve Altı	30	4,000	0,698	4,303	0,002	5 > 2
	21 - 30 Yaş	79	3,554	0,803			
	31 - 40 Yaş	57	3,904	0,977			
	41 - 50 Yaş	45	3,878	0,663			
	51 Yaş ve üzeri	89	4,037	0,749			
Güvenilirlik Beklentisi	20 Yaş ve Altı	30	4,093	0,768	3,822	0,005	5 > 2
	21 - 30 Yaş	79	3,625	1,042			
	31 - 40 Yaş	57	3,951	1,013			
	41 - 50 Yaş	45	3,978	0,723			
	51 Yaş ve üzeri	89	4,169	0,910			
Heveslilik Beklentisi	20 Yaş ve Altı	30	4,017	0,626	9,389	0,000	1 > 2 4 > 2 5 > 2 5 > 3
	21 - 30 Yaş	79	3,411	1,007			
	31 - 40 Yaş	57	3,759	1,116			
	41 - 50 Yaş	45	3,894	0,658			
	51 Yaş ve üzeri	89	4,202	0,655			
Güven Beklentisi	20 Yaş ve Altı	30	3,967	0,845	3,956	0,004	5 > 2
	21 - 30 Yaş	79	3,680	0,846			
	31 - 40 Yaş	57	3,890	1,105			
	41 - 50 Yaş	45	3,756	0,706			
	51 Yaş ve üzeri	89	4,171	0,725			

Empati Beklentisi	20 Yaş ve Altı	30	3,987	0,726	6,769	0,000	1 > 2 5 > 2 5 > 3
	21 - 30 Yaş	79	3,375	0,948			
	31 - 40 Yaş	57	3,632	1,122			
	41 - 50 Yaş	45	3,764	0,783			
	51 Yaş ve üzeri	89	4,085	0,920			
Beklenen Hizmet Kalitesi	20 Yaş ve Altı	30	4,015	0,686	6,593	0,000	1 > 2 5 > 2
	21 - 30 Yaş	79	3,527	0,803			
	31 - 40 Yaş	57	3,824	0,990			
	41 - 50 Yaş	45	3,856	0,646			
	51 Yaş ve üzeri	89	4,132	0,706			

Araştırmaya katılan hastaların yaşlarına göre hizmet kalitesi beklenti puanlarında yaşlarına göre tüm boyutlarda anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Buna göre; 51 ve daha büyük yaşta olan hastaların hizmet kalite beklentilerinin diğer yaşlardaki hastalardan daha yüksektir.

**Tablo 8.** Hastaların Beklenen Hizmet Kalite Düzeylerinin Öğrenim Durumu Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Fiziksel Özellikler Beklentisi	Okur-yazar	27	3,843	1,277	2,988	0,008	3 > 6
	İlkokul	64	3,883	0,774			
	Ortaokul	62	4,117	0,691			
	Lise	83	3,855	0,596			
	Ön Lisans	34	3,765	0,828			
	Lisans	20	3,338	0,994			
	Yüksek Lisans/doktora	10	3,475	0,837			
Güvenilirlik Beklentisi	Okur-yazar	27	3,474	1,541	5,824	0,000	3 > 1 4 > 1 3 > 5 4 > 5 2 > 6 3 > 6 4 > 6
	İlkokul	64	4,022	0,904			
	Ortaokul	62	4,200	0,750			
	Lise	83	4,186	0,647			
	Ön Lisans	34	3,577	0,891			
	Lisans	20	3,290	1,102			
	Yüksek Lisans/doktora	10	3,800	0,984			
Heveslilik Beklentisi	Okur-yazar	27	3,722	1,298	5,641	0,000	2 > 6 3 > 6 4 > 6
	İlkokul	64	3,930	0,876			
	Ortaokul	62	4,057	0,674			
	Lise	83	4,030	0,598			
	Ön Lisans	34	3,522	0,922			
	Lisans	20	2,988	1,368			
	Yüksek Lisans/doktora	10	3,600	0,860			

Güven Beklentisi	Okur-yazar	27	3,926	1,244	2,347	0,031	4 > 6
	İlkokul	64	3,969	0,801			
	Ortaokul	62	3,976	0,666			
	Lise	83	4,036	0,755			
	Ön Lisans	34	3,699	0,802			
	Lisans	20	3,325	1,181			
	Yüksek Lisans/doktora	10	3,800	1,154			
Empati Beklentisi	Okur-yazar	27	3,667	1,451	2,921	0,009	3 > 5
	İlkokul	64	3,778	0,976			
	Ortaokul	62	3,965	0,834			
	Lise	83	3,916	0,688			
	Ön Lisans	34	3,353	0,954			
	Lisans	20	3,270	1,259			
	Yüksek Lisans/doktora	10	3,520	1,003			
Beklenen Hizmet Kalitesi	Okur-yazar	27	3,712	1,298	4,330	0,000	2 > 6 3 > 6 4 > 6
	İlkokul	64	3,915	0,765			
	Ortaokul	62	4,065	0,650			
	Lise	83	4,009	0,552			
	Ön Lisans	34	3,572	0,813			
	Lisans	20	3,246	1,088			
	Yüksek Lisans/doktora	10	3,641	0,775			

Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumlarına göre hizmet kalitesi beklenti puanlarında yaşlarına göre tüm boyutlarda anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Genel olarak ortaokul mezunlarının beklentilerinin diğer öğrenim durumunda olan hastalardan daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

**Tablo 9.** Hastaların Beklenen Hizmet Kalite Düzeylerinin Bulunduğu Hastanede Şuanki Yatışta Bulunduğu Gün Sayısı Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Fiziksel Özellikler Beklentisi	1-3 Gün	153	3,928	0,664	4,130	0,007	1 > 2 3 > 2
	4-7 Gün	80	3,628	0,939			
	8-11 Gün	37	4,128	0,893			
	12 Gün ve üzeri	30	3,767	0,912			
Güvenilirlik Beklentisi	1-3 Gün	153	4,084	0,807	3,319	0,020	1 > 2
	4-7 Gün	80	3,678	1,076			
	8-11 Gün	37	3,935	1,112			
	12 Gün ve üzeri	30	3,993	0,925			

Heveslilik Beklentisi	1-3 Gün	153	3,881	0,832	2,145	0,095
	4-7 Gün	80	3,659	1,043		
	8-11 Gün	37	3,878	0,982		
	12 Gün ve üzeri	30	4,117	0,688		
Güven Beklentisi	1-3 Gün	153	3,961	0,773	1,354	0,257
	4-7 Gün	80	3,747	1,034		
	8-11 Gün	37	3,912	0,936		
	12 Gün ve üzeri	30	4,042	0,713		
Empati Beklentisi	1-3 Gün	153	3,833	0,823	2,382	0,070
	4-7 Gün	80	3,550	1,109		
	8-11 Gün	37	3,660	1,212		
	12 Gün ve üzeri	30	4,013	0,858		
Beklenen Hizmet Kalitesi	1-3 Gün	153	3,939	0,675	2,595	0,053
	4-7 Gün	80	3,649	0,966		
	8-11 Gün	37	3,893	0,978		
	12 Gün ve üzeri	30	3,988	0,716		

Araştırmaya katılan hastaların hizmet kalite beklentilerini belirleyen boyutlardan fiziksel özellikler ve güvenilirlik beklentilerinde istatistiksel açıdan farklılıkların olduğu ( $p<0.05$ )., diğer boyutlar olan heveslilik, güven, empati ve genel hizmet kalite beklentilerinde hastanede şuanki yatışta bulunduğu gün sayısına göre farklılıkların olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Buna göre; Bulunduğu hastanede şuanki yatışta bulunduğu gün sayısı 1-3 gün ve 8-11 gün olan hastaların fiziksel özellikler beklentileri hastanede şuan yatışta bulunduğu gün sayısı 4-7 gün olan hastalardan yüksektir. Bulunduğu hastanede şuan yatışta bulunduğu gün sayısı 1-3 gün olan hastaların güvenilirlik beklentileri de bulunduğu hastanede şu an yatışta bulunduğu gün sayısı 4-7 gün olan hastalardan yüksektir.

## 5. SONUÇ

Darıca Farabi Devlet Hastanesi'nde yatan hastaların, sağlık hizmetlerine ilişkin algıladıkları kalite ile beklentilerinin ne düzeyde karşılandığının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan ulaşılan sonuçlar aşağıda tartışılarak sunulmuştur:

Araştırmaya katılan hastaların hizmet kalite beklenti ve algıları, fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati boyutları olmak üzere beş

boyutta incelenmiştir. Hizmet kalite beklenti ve algıları arasında istatistiksel açıdan tek farklılık güvenilirlik boyutunda ortaya çıkmıştır. Buradan hastanenin fiziksel özellikler, heveslilik, güven ve empati boyutlarında hastaların hizmet kalite beklentilerini karşıladığı, güvenilirlikte ise hastaların beklentilerinin altında olduğu sonucuna varılmıştır. "Sağlık sisteminde önemli yer işgal eden hastanelerin karmaşık bir sistemi vardır. Bu karmaşık sistemin en önemli unsuru ise insandır ve konu insan sağlığı olduğunda ise hizmetin kalitesi ön plana çıkmaktadır. Ülkemizde son yıllarda sağlık hizmetlerinde önem kazanan kalite çalışmalarında amaç hastaneye başvuranların ve hastane çalışanlarının beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanmasıdır" (Kırkbıyık ve Doğan, 2000). Bu bağlamda yapılan araştırmada hastaların beklentilerinin yüksek oranda karşılandığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine, öğrenim durumu, aylık ortalama gelir durumu ve hastanede yattığı gün sayısına göre algıladıkları hizmet kalite düzeyinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile kadın ve erkek, farklı öğrenim durumunda ve farklı ortalama aylık gelir düzeyine sahip ve hastalığından dolayı hastanede yattığı gün sayısı farklı olan hastaların, hastaneden algıladıkları hizmet kalite düzeyleri benzerlik göstermektedir. Araştırmaya katılanların yaşlarına göre hizmet kalitesi boyutlarından heveslilik, empati ve genel hizmet kalite algılarında farklılaşmalar olduğu, şu anki bulunduğu hastanedeki yatış sayısına göre güvenilirlik algılarında farklılaşmaların olduğu belirlenmiştir. Buna göre 20 yaş ve altındaki hastaların heveslilik, empati ve genel hizmet kalite algıları, daha büyük yaşlardaki hastalardan daha olumlu, ilk kez yatan hastaların güvenilirlik algıları da 2 kez yatan hastalardan daha olumludur. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine, yaşlarına ve öğrenim durumlarına göre hizmet kalite beklentilerinde farklılaşmalar olduğu belirlenmiştir. Hizmet kalitesini belirleyen tüm boyutlarda erkek hastaların beklentilerinin, kadın hastalardan, 20 yaş ve altındaki hastalarla 51 yaş ve üzerindeki hastaların hizmet kalite beklentileri, diğer yaşlardaki hastalardan, ortaöğretim mezunu hastaların diğer öğrenim durumundaki hastalardan hizmet kalite beklentilerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların şuan hastanede yatışta bulunduğu gün sayısına göre hizmet kalitesini belirleyen faktörlerden fiziksel özellikler ve güvenilirlik beklentilerinde farklılaşmalar olduğu belirlenmiştir. Buna göre hastanede kaldığı 8-11 gün olanların fiziksel

özellikler beklentisi, 1-3 gün yatanlarında güvenilirlik beklentileri, diğer yatış günlerinde bulunanlardan yüksektir.

Literatürde ise bu konuda farklı sonuçlara rastlamak mümkündür. Kulkul ve Işıkhan'ın (2006) araştırmalarında Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hizmet kalitesi puanlarının karşılaştırılması sonucunda; erkek hastaların kadın hastalara göre sunulan hizmeti daha kaliteli algıladığı, yaşlı hastaların genç hastalara göre sunulan hizmeti daha kaliteli algıladığı, hizmet kalitesinin tüm boyutları açısından öğrenim düzeyi düştükçe sunulan hizmetin daha kaliteli algılandığı saptanmıştır. Ercan ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları araştırmada ise; eğitim ve gelir düzeyinin artmasıyla hastaların tatmin düzeylerinin azaldığı, yaşın artışıyla memnuniyetin arttığı saptanmıştır. Devabakan'ın (2005) iki ayrı hastanede yaptığı araştırmasında hastanenin birinde farklı yaş gruplarında bulunan hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında önemli bir fark kaydedilmezken, diğer hastanede hastanenin fiziksel özellikleri açısından yaşlı hastaların genç hastalara göre sunulan hizmetleri daha kaliteli algıladıkları sonuçlarına ulaşılmıştır. Yine aynı araştırmada her iki hastanede tedavi gören hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarında önemli bir fark tespit edilmemiştir. Buradan araştırmadan çıkan bulgular ve ilgili literatür doğrultusunda hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarında demografik özellikler açısından bir genelleme yapılamayacağı, her araştırmaya göre farklı sonuçlar çıkabileceği söylenebilir. Bulguları inceleyecek olursak, yüksek hizmet kalitesi ile karşılaşan hastalar elde ettikleri hizmetten memnun olacak yani müşteri tatmini bu sayede sağlanacaktır. Yine hastaların yüksek hizmet değeri ile karşılaşmaları da tatmin olmaları üzerinde olumlu bir etki yaratacaktır. Kısacası, hastaların gelecekteki davranışları üzerinde başta algıladıkları hizmet kalitesi olmak üzere hizmet değerini etkileyen kayıp ve hizmet değeri önemli etkilere sahip olacaktır. Sonuç olarak tüm bu değişkenler, hastaların gelecekteki davranışları üzerinde etkili olup, yüksek hizmet kalitesi ve hizmet değeri hastaları pozitif davranmaya sevk edecektir. Yani, hastalar gelecekte herhangi bir hastalık durumunda yine aynı hastaneyi tercih edecek, ziyaret ettikleri hastaneyi arkadaşlarına tavsiye edecek ve kendilerini o hastanenin sadık birer müşterisi olarak adlandıracaklardır (Serbest, 2006).



## KAYNAKÇA

- Akalın H. Erdal (2000). "Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme", Ankem Dergisi, Cilt:14, No.3, sayfa: 254- 257.
- Aktan, Coşkun Can (1999). "Yeni Yönetim Tekniklerinin Kamu Yönetiminde Uygulanması", Türk İdare Dergisi, 1999, No: 425, sayfa: 1-13.
- Çatalca Huriye, (2003). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Beta Basımevi, İstanbul.
- Devebakan, Nevzat (2005). Sağlık İşletmelerde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü. Dokuz Eylül Üniversitesi Yay, İzmir.
- Ercan, İlker. Ediz, Bülent.- Kan İsmet (2004), "Hastaların Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin İncelenmesi", İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt:11, No.3, sayfa: 161-167.
- İncesu, Emrullah. Yorulmaz, Mehmet (2013). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı ve Toplam Kalite Yönetimi, <http://www.seydisehirdh.gov.tr/kalite/m12.pdf> Erişim: 20 Aralık 2013.
- Karabulut, Kerem, Yapraklı, Şükrü (2001). "Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi -Erzurum'da Bir Uygulama", İktisadi ve idari Bilimler Dergisi, No: 1-2, sayfa 117- 130.
- Karasar Niyazi (2009). Bilimsel Araştırma Yöntemi, Nobel Yayınları, Ankara.
- Kaya, Sıdika (2013). "Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi" (İçinde) Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı, Sıdika Kaya (Ed.),Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, sayfa:2-29.
- Kırbıyık, Sema. Doğan Malik. Kışioğlu,;A. Nesimi. Öztürk, Mustafa (2000), "SDÜ Hastanesi Polikliniklerine Başvuranların Hastane Hizmetlerinden Memnuniyet Durumları", SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt: 7, No.4, sayfa: 32-36.
- Kulkul, Özer Demet. Işıkhhan, Vedat (2006). "Tüberküloz Hastalarının Hastane Hizmetlerinin Kalitesine İlişkin Beklenti ve Algılarının Değerlendirilmesi: Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği", Toplum ve Sosyal Hizmet, Cilt:17, No.1, sayfa: 91-113.
- Nasır, Süphan ve Nasır, Aslıhan (2008). Hizmet Pazarlaması ve Hizmet Kalitesi, Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
- Önsüz, Muhammed Fatih. Topuzoğlu Ahmet. Cöbek Utku Can. Ertürk Sercan.- Yılmaz Fatma. Birol Selim (2008). "İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi", Marmara Medical Journal, Cilt: 21, No.1, 33-49.

- Özçakar, Necdet (2010). "Bir Kamu Kuruluşundaki Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Değerlendirilmesi", İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, Cilt: 39, No:1, sayfa: 106-124.
- Pakdil, Fatma (2007). "Hastanelerde Sürekli Performans İyileştirme Sürecinin Kalite Maliyetlerine Odaklanması ve Bir Ölçüm Modeli Önerisi", Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: XXVI, No.1, sayfa: 35-54.
- Rahman, Süheyla. Erdem, Ramazan. Devebakan, Nevzat (2007), "Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Elazığ'daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma", Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2007, Cilt:9, No.:3, sayfa: 37- 55.
- Serbest Ganimet, Nilay. (2006). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmininin Ölçülerek Davranışlar Üzerindeki Etkisinin Bulunmasına Yönelik Model Çalışması, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Yaşa, Eda (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

## YAYIN İLKELERİ

1. Sağlık Bakanlığı "Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi" ulusal hakemli bir dergi olup, altı ayda bir yayımlanmaktadır.
2. Derginin yayın dili Türkçedir. Yabancı dillerdeki çalışmaların yayımlanması, Yayın Kurulu'nun kararına bağlıdır. Yayımlanan makalelerin fikri ve ilmi, çevirilerin ise hukuki sorumluluğu yazarlarına / çevirmenlerine aittir.
3. Dergimiz sağlık politikaları, sağlık sistemleri, sağlık hizmetleri değerlendirmesi, sağlık sektöründe performansa dayalı ödeme uygulamaları, sağlık hizmeti uygulamalarında kalite geliştirme, hasta ve çalışan güvenliği, sağlık ekonomisi ve sağlık sosyolojisi ve sağlıkla ilgili olmak üzere sosyal bilimlerin kapsamına giren konuları içeren makalelerin yayımlanmasına açıktır.
4. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'ne gönderilen yazılar, Yayın Kurulu tarafından öncelik sırasına konur ve çalışmalar derginin yayın ilkeleri ve yazım kurallarına uygunluğu bakımından değerlendirilir. Bu yayın ilkelerine ve yazım kurallarına uygun biçimde hazırlanmayan makaleler değerlendirilmeye alınmaz ve hakeme gönderilmez.
5. Ön değerlendirmeden geçen çalışmalar incelenmek üzere konu ile ilgili en az iki hakeme veya konusuna göre üç hakeme gönderilir. Hakemlere yazar adı gönderilmez ve hakemlerin isimleri gizli tutulur. İki hakemden olumlu rapor alan yazılar yayıma kabul edilir. Hakem raporlarından biri olumlu diğeri olumsuz ise, çalışma üçüncü bir hakeme gönderilir. Hakemlerin raporları birbiri ile çelişirse çalışma editör tarafından değerlendirilir. Editör, esasa yönelik olmayan hatalar, dergi bütünlüğü bakımından gerekli konular vb. durumlarda düzeltmeler yapabilir ve bunlar hakkında yazara bilgi verir.
6. Gelen raporlar saklanır. Eğer hakemler tarafından düzeltme isteniyorsa çalışmalar gerekli düzeltmelerin yapılması için yazarlar (a) geri gönderilir. Yazarlara raporlar doğrultusunda geliştirilmek veya düzeltilmek üzere gönderilen yazılar, gerekli düzenlemeler yapılarak editörün verdiği süre içinde tekrar dergiye ulaştırılmalıdır. Bu süre içinde düzeltilmeyen yazı (lar)ın değerlendirme süreci sona erer. Yazarlar hakemlerin eleştirisi, öneri ve düzeltme taleplerini dikkate alırlar; katılmadıkları hususlar varsa, gerekçeleriyle birlikte itiraz etme hakkına sahiptirler. Olumlu bulunduğu halde yazı çokluğu nedeniyle 1 yıl stokta bekleyen yazılar, güncelliği yitirmeleri nedeniyle olumsuz sayılırlar.
7. Gönderilecek çalışmaların daha önce hiçbir yerde yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir. Değerlendirmeler sonucu yazının yayına kabul edilmesi halinde, tüm yayın hakları Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'ne geçer. Gönderilen yazılar yayımlansın - yayımlanmasın hiçbir nedenle geri verilmez. Yayımlanmayacak yazılar, sahibine iade edilir.
8. Belirtilen ilkelere uygun olarak hazırlanmış yazılar e-posta yoluyla; [spkdersisi@saglik.gov.tr](mailto:spkdersisi@saglik.gov.tr) adresine gönderilmelidir.
9. Bir yazarın derginin aynı sayısında ilk isim olarak bir, iki ve diğer isim sırasında bir olmak üzere en fazla iki eseri yayımlanabilir.
10. Dergiye gönderilen makaleler için telif ücreti ödenmez.

### YAZIM KURALLARI

1. Yazılar, açık ve anlaşılır bir dil ile yazılacak, yabancı terimler yerine yerleşmiş Türkçe karşılıklar kullanılacak, anlatımda kişileştirilmiş ifadelerden kaçınılacak, bilimsel, akademik makale kriterlerine uyulacaktır. (Anı, şiir vb. tarzda yazılar olmayacaktır.)

2. Yazılar Microsoft Word versiyonunda hazırlanmalı, font büyüklüğü 12 punto, Times New Roman olmalıdır.

a) Başlık: 12 punto ve bold

b) YazarAdları: 10 punto ve bold

c) Özet: 10 punto

d) Üst Boşluk: 3,5 cm

e) Sol Boşluk: 3 cm

f) Sağ Boşluk: 2,5 cm

g) Alt Boşluk: 2,5 cm Sayfa kenar boşlukları en az 2 cm olmalıdır.

Dergide yayınlanacak makalelerde APA Stili aranacak olup (ayrıntılı bilgi için; <http://www.apastyle.org>) Şekil şartlarını taşımayan yazılar hakemlere gönderilmeden iade edilir. Yazılar A4 formatında 30 sayfayı aşmamalıdır.

#### **Apa Stili:**

#### **Kitaplar:**

Yazar, A. A. (1994). Çalışmanın adı. Yer: Yayımcı.

#### **Sürelî Yayınlar:**

Yazar, A. A., Yazar, B. B., & Yazar, C. C. (1994). Makalenin adı. Sürelî Yayının adı, xx, xxx-xxx.

#### **Online Doküman:**

Yazar, A. A. (2000). Çalışmanın başlığı. . . . . internet adresinden xx, xx, xxxx tarihinde edinilmiştir.

3. Yazının ilk sayfasında yazının başlığı, yazarların adları ve kurumları, özet ve anahtar kelimeler (en az 3, en çok 7) bulunmalıdır. Yazı başlığı 10 kelimeyi geçmeyecek şekilde kısa ve öz olmalıdır. Yazı başlığı, özet ve anahtar kelimeler, hem Türkçe hem de İngilizce olarak verilmelidir. İletişimin sağlanacağı adres dipnot ile belirtilmelidir. İlk sayfada ayrıca varsa, dipnot olarak çalışmayı destekleyen kuruluşlar, vb. de belirtilmelidir.

4. Özet, derleme ve araştırma makaleleri için 250; teknik notlar için 200 ve editöre mektup için 100 kelimeyi aşmamalıdır. Özette denklem, atıf, standart dışı kısaltmalar, vb. yer almamalıdır.

5. Yazı "giriş" bölümüyle ikinci sayfadan başlamalı ve uygun bölümlere ayrılmalıdır. Bölüm başlıkları büyük harflerle ("GİRİŞ" şeklinde ) yazılmalıdır. Tüm başlıklar bold olmalıdır. Başlıklarda üstten bir satır boş bırakılmalıdır. Gerekli durumlarda bölümler alt bölümlere ayrılabilir. Son bölüm, Sonuç (lar)/Tartışma bölümü olmalı ve bu bölümü takiben Kaynakça ile varsa Teşekkür ve Ekler yer almalıdır.
6. Kısaltmalar ilgili bilim alanında olmalı ve metin içinde ilk geçtiği yerde tanımlanmalıdır. Gerekli durumlarda kısaltmalar "giriş" bölümünde veya bu bölümü izleyen ayrı bir bölüm içinde verilebilir.
7. Tüm çizimler, haritalar, grafikler, fotoğraflar, vb. şekil olarak değerlendirilmelidir. Şekiller, ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Bunlara metin içinde "Şekil 1. " şeklinde atıfta bulunulmalıdır. Her bir şekil için uygun bir başlık kullanılmalı ve başlık şeklin üst/altına numarasıyla birlikte yazılmalıdır.
8. Tablolar ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Tablolara metin içinde numaralarıyla "Tablo 1." şeklinde atıfta bulunulmalıdır. Her bir tablo için uygun bir başlık kullanılmalı ve bu başlık tablonun üzerine numarasıyla birlikte yazılmalıdır. Tablo, resim, grafik ve şekillerin yazım şartları dergi içeriğindeki gibi başlık, kaynakça ve özellikle tablo içeriği 9 punto olmalıdır.
9. Metin içindeki göndermeler (dipnot), ad ve tarih yöntemiyle verilmelidir.
10. Kaynakça ve notlar/açıklamaların yazımında bilimsel makale yazım kuralları esas alınmalıdır.
11. Makaleler spkdergisi@saglik. gov. tradresine elektronik ortamda gönderilmelidir. E-posta ekinde yazarların özgeçmişleri ve detaylı iletişim bilgilerini içeren sunum yazısı ile birlikte gönderilmelidir.

### İLETİŞİM

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Performans Yönetimi ve Kalite Gelistirme Daire Başkanlığı

Performans ve Kalite Eğitimleri Sube Müdürlüğü

Mahmut Esat Bozkurt Cad. Umut Sok. No: 19 Z04 Kolej-Ankara

**Tel:** (0312) 458 50 02

**E-posta:** spkdergisi@saglik. gov. tr