

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Hakemli Bilimsel Dergi

DERGİSİ

**SAYI: 10
2015**

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 Kolej / 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



TC Sağlık Bakanlığı

Basım - 2017

Tasarım - Baskı

Pozitif Matbaa, Ankara

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

www.pozitifmatbaa.com - e-posta: 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 Neziğ 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 İŞKİT	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Atilla ARAL	Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Ayşegül ÇOPUR ÇİÇEK	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 ÜNALAN	Erciyes Üniversitesi
Prof. Dr. Dilaver TENĞİLİMOĞLU	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
Doç. Dr. İsmayıl YILMAZ	Türkiye Kamu Hastaneleri Başkanlığı
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	Sakarya 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
Prof. 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. Yurdağul ERDEM	Kırıkkale Üniversitesi
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Yıldız AYANOĞLU	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Yurdağul ERDEM	Kırıkkale Üniversitesi
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

1
12

RABİA TAŞDEMİR - A. FERDANE OĞUZÖNCÜL BENGÜ DURMUŞ

Hastaneleri Fiziki Yapısının Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Etkisi
The Effect of Hospitals' Physical Structure on the Satisfaction Levels of In-Patients

13
36

CEMİLE BAŞ KAYHAN - DİLEK ÖZMEN

Hizmeti Sunan ve Alan Taraflar Açısından Sağlık Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi
Evaluation of Health Care Quality in the Way of Care Givers and Recievers

37
50

Aylin GÜLTEKİN KARADAĞ - Ebru VAR - Rahşan GÖKÇE DUDU UÇAR DEDE - ŞULE GÖKYILDIZ

Normal Doğum Yapan Kadınların Doğum Süreci Memnuniyetinin Değerlendirilmesi
Analysis of Satisfaction Levels During Pregnancy Period of Women Who Delivered Vaginally

51
64

AYŞE AKSOY - MERAL KELLEÇİ

SERAP YAĞMUR

Sağlık Bakım Kalitesinin Geliştirilmesi Açısından Önemli Bir Sorun: Hemşirelerin Psikososyal Bakımla İlgili Görüşleri, Bilgi Düzeyleri ve Bakımın Önündeki Engeller
An Important Problem Regarding the Improvement of the Quality of Health Care: Nurses' Views on and Knowledge of Psychosocial Care, and Barrier to Healthcare

65
78

SERPİL KAYALI - EMİNE ELVAN ÇİFTLİK - MERAL KURT DURMUŞ YASEMİN MELEK TAN - ÖZGÜL AKÇA - ÖZGÜR YİĞİT

Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Tutumları ve Kaygı Düzeyleri
Intensive Care Nurses' Behaviours Regarding Death and Their Anxiety Levels

79
102

NURULLAH UÇGUN - BİNNUR ATASEVEN

ÜMİT ŞAHİN

Sağlık Kurumlarında Örgüt Kültürü ve Liderlik İle Etkin Takım Çalışması Arasındaki İlişkinin Tespitine Yönelik Çalışma
A Work on Determining of The Relationship Between Organizational Culture, Leadership and Efficient Team Work in Health Institutions

103
132

AHMET ATASOY - AYŞEGÜL ÇOPUR ÇİÇEK - SONGÜL YORGUN EMRULLAH İNCESU - MURAT YILMAZ- BURCU ELİTEZ - UĞUR IŞIK YASEMİN MARANGOZ- EBRU DUMAN - KEVSER ÖZALP MURAT YAVUZ LADİKLİ - SEVİNÇ ÇAPA - ARZU ÖZKAN - MELTEM KAYA - TAYFUN AYDOĞAN - ÇİĞDEM GÜNAY

Hemşirelerde El Hijyeni Uygulamalarının Çalışan Memnuniyetine Etkisi: Çok Merkezli Çalışma (*)

Impact of Hand Hygiene Practices on Employee Satisfaction in Nurses: Multicenter Study

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 10. sayısına hoş geldiniz.

Kalkınmanın ve gelişmişliğin en önemli araç ve göstergelerinden birisi toplumun sağlık düzeyidir. Küreselleşmenin oluşturduğu etkiler, toplumu ve toplumsal yapıları köktünden 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 10. 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; "Hemşirelerde El Hijyeni Uygulamalarının Çalışan Memnuniyetine Etkisi: Çok Merkezli Çalışma, Hastanelerin Fiziki Yapısının Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Etkisi, Hizmeti Sunan ve Alan Taraflar Açısından Sağlık Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi, Normal Doğum Yapan Kadınların Doğum Süreci Memnuniyetinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bakım Kalitesinin Geliştirilmesi Açısından Önemli Bir Sorun: Hemşirelerin Psikososyal Bakımla İlgili Görüşleri, Bilgi Düzeyleri ve Bakımın Önündeki Engeller, Sağlık Kurumlarında Örgüt Kültürü ve Liderlik İle Etkin Takım Çalışması Arasındaki İlişkinin Tespitine Yönelik Çalışma, Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Tutumları ve Kaygı Düzeyleri" 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

Hastaneleri Fiziki Yapısının Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Etkisi

Gönderim Tarihi: 13. 05. 2016

Kabul Tarihi : 14. 07. 2017

Rabia Taşdemir¹

A. Ferdane Oğuzöncül²

Bengü Durmuş¹

ÖZ

Memnuniyet ölçümü, sağlık kurumlarında sürekli kalite geliştirmenin ve hizmeti alanların algısını belirleyebilmenin temel araçlarından biridir. Günümüzde, hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde önem kazanmıştır. Hasta merkezli sağlık hizmeti sunumu için hasta memnuniyeti sağlık kurumlarının en önemli faaliyetlerinin başında gelmektedir.

Bu çalışmada amacımız hastanelerin fiziksel özelliklerinin yatarak tedavi gören hastaların memnuniyetine etkisini belirlemektir.

Çalışmada veri toplama yöntemi olarak "Sağlıkta Performans ve Kalite yönergesi" ekinde yer alan "Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi" ne göre belirlenen yatan hasta memnuniyet anketi uygulanmıştır. Bu çalışma, Bigadiç'te Mayıs 2015 yılında açılan yeni hastanemiz ile 1976 yılından bu yana hizmet veren eski hastanemiz de 01. 10. 2014- 01. 11. 2015 tarihleri arasında yatan hastalardan örneklem seçilmiş ve anket doldurmayı kabul eden toplam 218 hastaya "Halkla İlişkiler" birimi tarafından uygulanmıştır.

Değerlendirme, hasta memnuniyet boyutu; fiziki ortam ve şartlar, doktor ve diğer sağlık personelinin tutum ve davranışları ve hastane ile ilgili genel soruları içeren üç başlıkta

1 Bigadiç Devlet Hastanesi

2 Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, e-posta: foguzoncul@firat. edu. tr

incelenmiştir. Fiziki ortam ve şartlar ile ilgili memnuniyet oranı eski hastanemizde %64. 30 iken yeni hastanemizde %97. 82, doktor ve diğer sağlık personelinin tutum ve davranışları memnuniyet oranı eski hastanemizde %94. 26 iken yeni hastanemizde %97. 54, hastane güvenilirliği ve temizliği memnuniyet oranı eski hastanemizde %86. 65 iken yeni hastanemizde % 98. 36 olarak ölçülmüştür.

Sonuç olarak fiziki ortam ve şartlar hasta memnuniyetinde etkili etkin bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Memnuniyet, Sağlık Hizmeti, Yatan Hasta

The Effect of Hospitals' Physical Structure on The Satisfaction Levels of In-Patients

ABSTRACT

Satisfaction measurement, is one of basic items to determine the perception of people who get medical services and to improve quality in medical institutions.

Nowadays, patient satisfaction plays a key role in quality evaluation of healthcare services and is a sine-quo non for patient oriented health care services.

The aim of this study was to determine the effect of physical characteristics of hospital on in-patient satisfaction.

In-patient satisfaction questionnaire which was prepared according to "Practical Guide to Satisfaction Surveys" annexed to the "Instructions of Performance and Quality in Health" was used as data collection technique.

The population of this study which was done by Bigadic State Hospital the Department of Public Relations consisted of 100 in-patients who were hospitalized between the dates of 01. 10. 2014 – 01. 11. 2015 in Bigadic State Hospital's old building (served from 1976 to 2015) and new building (opened in May 2015) and agreed to join the survey.

In the evaluation, patient satisfaction was examined in terms of three aspects: physical environment and conditions; attitudes and behaviors of doctors/other healthcare personnel; and safety and cleanliness of the hospital.

The rate of patients' satisfaction with physical environment and conditions was 64,3% in the old building whereas 97,82% in the new building; with attitudes and behaviors of doctors and other healthcare personnel was 94,26% in the old building whereas 97,54% in the new building. As of safety and cleanliness of the hospital, the satisfaction rate was 86,65% in the old building of the hospital whereas 98,36% in the new one.

As a result, the study explored that the physical environment and conditions have an important effect not only on the in-patient satisfaction but also on the rate of overall satisfaction.

Keywords: Satisfaction, Health Care, Inpatient

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde hasta odaklı anlayışın ön plana çıkmasıyla birlikte hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetini değerlendirme çalışmaları önem kazanmıştır (Huang J, vd. 2004;67; 403- 10).

Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hemşirelik alanında değerlendirilmiştir (Merkouris A, vd. 1999; 7 (2): 91-100). Son yıllarda ise özellikle Amerika ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde hasta memnuniyeti sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü olarak önemli bir yere sahiptir (Larsson WB, vd. 1991; 7 (3): 133-139).

Hasta memnuniyeti "hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı sağlık hizmeti veya tıbbi bakımla ilgili beklenti, deneyim ve değer yargılarını ihtiva eden ve daha çok hastaların algılamalarına dayanan" bir kavramdır (Kersnik J, vd. 2000; 12: 143- 7). Bu nedenle algılanan hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik hasta perspektifi şeklinde nitelendirilmeye başlanmıştır (Cheng S, vd. 2003; 5: 345- 55).

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, hastanın beklediği hizmet düzeyi ile algıladığı hizmet düzeyi arasındaki fark olarak algılanır. Hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren esas otoritenin hasta olduğunu ve bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt olarak bildirilmiştir (Aslan, 2005: 5625, Kılıç, 2009: 239).

Hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması ile hasta memnuniyeti artmaktadır. Hasta memnuniyeti verilen sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve hizmet kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Mpinga ve Chastonay).

Hasta memnuniyetini etkileyen üç temel faktör bulunmaktadır. Bu faktörler hastaya, sağlık personeline, fiziksel ve çevresel özelliklere bağlıdır. Hastanın yaşı, eğitimi, mesleği, geliri ve cinsiyeti gibi sosyo- demografik özellikleri hastaların sağlık hizmetlerinden duyacağı memnuniyet derecesinde rol oynamaktadır. Kişiden kişiye farklılık gösteren bu kriterler, sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet derecesi ile yakından ilgilidir (Draper M, vd. 2001; 13: 463- 8, Andaleeb S, vd. 2007; 22: 263- 73).

Sağlıkta kalite, teknik ve fonksiyonel olarak iki başlıkta incelenmektedir. Teknik boyut, hemşire ve doktor hizmetini kapsarken, fonksiyonel boyut ise yemek servisi, gürültü, oda sıcaklığı ve konforu, temizlik ve hastanenin park alanı gibi fiziksel özelliklerini kapsamaktadır. Yapılan araştırmalar fonksiyonel kalitenin hastaların kalite algısını etkileyen birincil değişken olduğunu göstermektedir (İGB, 2004: 17).

Fiziksel ortam, tüketicinin hizmet satın alımı öncesinde aradığı ipuçlarını vermesi açısından önemli bir kaynaktır (Esatoğlu, 1997: 62). Fiziksel ve çevresel koşullar; aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, otopark, bekleme odaları, dış görünüm ve benzeri özellikleri içermektedir (Kavuncubaşı, 2000; 301).

Hastane hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinin ön koşulu fiziki mekânların iyileştirilmesi, sağlık bakım hizmetlerinin de planlı bir şekilde takip edilmesini gerektirmektedir. Hasta memnuniyet araştırmaları, sağlık kurumlarında hizmet kalitesinin değerlendirilmesine ve iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Bu amaçla çalışmamız fiziki özellikleri bakımından farklı olan eski ve yeni hastanemizde yatarak tedavi gören hastalarımızın memnuniyet düzeylerini belirlemek için yapılmıştır.

2. YÖNTEM

2. 1 Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, Bigadiç Devlet Hastanesi kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların hastanenin fiziksel özellikleri bakımından memnuniyetlerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

2. 2. Evren ve Örneklem

Kesitsel türdeki bu araştırmanın evrenini 1 Ekim 2014 ve 1 Ekim 2015 tarihleri arasında Bigadiç Devlet Hastanesi kliniklerinde yatarak tedavi gören 1323 hasta oluşturdu. Araştırma için Hastane Başhekimliği'nden izin alındı. Çalışmanın amacı anlatıldıktan sonra, katılmayı kabul eden kişiler çalışmaya dahil edildi. Epi Info programında (beklenen sıklık %50 seçilmiştir), %95 güven aralığı, %5 hata payı ile örneklem hesaplandı ve sonuç 298 bulundu.

1 Ekim 2014 ile 1 Mayıs 2015 tarihleri arasında 34 yataklı eski hastane binasındaki kliniklerde (105) ve 1 Mayıs 2015 ile 1 Ekim 2015 tarihleri arasında yeni 75 yataklı hastane binasındaki kliniklerde yatarak tedavi gören (113) hastalarımızdan 218 kişi taburcu olacakları gün anket doldurmayı kabul etmişlerdir. Cevaplama oranı %73 (218 kişi) oldu. Yeni binaya taşınması ile birlikte binanın kullanım alanı (hastalara hizmet veren kapalı alan) % 205, yatak kapasitesi % 120,5 artarken, sağlık personeli ve diğer hizmetlerde çalışanların sayısında bir artış olmamıştır.

2. 3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama gereci olarak katılımcılara Sağlık Bakanlığı "Yatan Hasta Memnuniyet Anketi" kullanılmış ve yüz yüze görüşmeler sırasında uygulandı. Katılımcılara 24 soru yöneltilmiş olup memnuniyet düzeyi evet, hayır ve biraz gibi cevaplarla üç seçenekli Likert ölçeği ile değerlendirildi. Anket, katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini içeren bölüm, otelcilik hizmetleri ile ilgili bölüm, çalışanlar ile ilgili bölüm ve hastane hakkındaki düşünceler ile ilgili bölüm olmak üzere dört ana başlıkta içermekteydi. Elde edilen veriler istatistik programında analiz edilip, bulgular yüzde dağılımlar şeklinde sunulmuştur.

3. BULGULAR

Araştırmada, eski ve yeni hastanede toplam 218 hastanın anketleri değerlendirmeye alınmıştır. Eski hastanede $n=105$ (51+ 54), yeni hastanede $n=113$ (66+47). Araştırmaya katılanların demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Araştırmaya katılanların % 53, 5' ini kadınlar oluşturmuştur. Her iki hastanede de araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması %48, 2, bunların %31, 04' ü 60 ve üzeri yaş gurubunda ve %82, 1'i evlidir. Öğrenim durumuna göre ilköğretim mezunu %42, 63 iken üniversite ve üzeri okul mezunları %16, 1'dir. Anket uygulanan kişilerin %87,3'ü SGK'lı iken %15,4'ünün herhangi bir sosyal güvencesi yoktu.

Tablo 1. Araştırma Gurubunun Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

YILLAR		Eski Hastane (n=105)		Yeni Hastane (n=113)	
Değişkenler		Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	51	48,57	66	58,41
	Erkek	54	51,43	47	41,59
Medeni Durum	Evli	76	72,38	93	82,3
	Bekar	29	27,62	20	17,7
Yaş	0-19 yaş	5	4,77	9	7,96
	20-39 yaş	35	33,33	32	28,32
	40-59 yaş	22	20,95	36	31,86
	60 ve üzeri yaş	43	40,95	36	31,86
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	14	13,34	14	12,39
	Okur yazar	11	10,48	13	11,50
	İlkokul/Ortaokul	44	41,90	49	43,36
	Lise ve dengi	19	18,09	19	16,81
	Üniversite ve üz.	17	16,19	18	15,93
Sosyal Güvence	SGK çalışanı	29	27,7	21	18,6
	Yeşil Kart	7	6,7	1	0,9
	SGK emekli	42	40	11	9,7
	Sosyal güvencesi yok	22	21	11	9,7
	Özel sağlık sigortası	4	3,9	1	0,9
	Diğer (yurt dışı sigorta)	-	-	4	3,5

Araştırmaya katılanlardan tedavi ve bakım hizmetleri ile ilgili değerlendirme sonuçları Tablo 2’de verilmiştir. Araştırmaya katılanlardan tedavi ve bakım hizmetlerinde çalışan personel ile ilgili sorularda "Evet" diyenlerin eski hastanedeki oranı % 91,5 yeni hastanede % 97,1 idi. Doktor ve diğer sağlık personelinin tutum ve davranışları memnuniyet oranı % 94,3 olarak ölçülmüştür. "Temizlik personeli bana karşı kibar ve saygılıydı" sorusu eski ve yeni hastane arasında (%5,2)’ lik bir farkla en fazla artış gösteren alan olmuştur.

Tablo 2: Tedavi Hizmetlerine Yönelik Soruların Değerlendirilmesi

7. Doktorlar hastalığım konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı.												
8. Doktorlar bana karşı kibar ve saygılıydı.												
9. Hemşireler bana karşı kibar ve saygılıydı.												
10. Hemşireler yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme, kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi verdiler.												
11. Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.												
12. Temizlik personeli bana karşı kibar ve saygılıydı.												
	ESKİ HASTANE						YENİ HASTANE					
	Evet		Biraz		Hayır		Evet		Biraz		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
S. 7	97	92,9	8	6,2	1	0,9	112	99,1	1	0,9	-	-
S. 8	99	94,3	6	5,7	-	-	106	93,8	7	6,2	-	-
S. 9	101	96,2	4	3,8	-	-	112	99,1	1	0,9	-	-
S. 10	93	88,6	9	8,6	3	2,8	106	93,8	7	6,2	-	-
S. 11	98	93,3	7	6,7	-	-	111	98,2	2	1,8	-	-
S. 12	88	83,8	16	15,3	1	0,9	111	98,2	2	1,8	-	-

Otelcilik hizmetlerini kapsayan fiziki ortam ve koşullarla ilgili memnuniyet oranı tablo 3'de gösterilmiştir. Eski hastanede fiziki şartlar ve koşullarla ilgili memnuniyet oranı % 67 iken, yeni hastanede bu oran %31,5 artışla % 98,5 oranına çıkmıştır. En düşük oran "Odadaki eşyalar çalışır durumdaydı (televizyon, hemşire çağrı zili lamba, yatak v. b)" sorusuna "Evet" diyenler % 26,7 iken, en yüksek oran "yattığım oda temizdi" sorusuna "Evet" diyenler % 82,9 oluşturmaktaydı.

Tablo 3: Fiziki Koşullara Yönelik Soruların Dağılımı

1. Yattığım oda temizdi.												
2. Oda sıcaklığı uygundu.												
3. Yattığım oda ve çevresi gürültülü değildi.												
4. Odadaki eşyalar çalışır durumdaydı (televizyon,hemşire çağrı zili,lamba, yatak vb.)												
5. Yemekler geldiğinde sıcaktı.												
6. Yemekler lezzetliydi.												
13. Bu hastane güvenlidir.												
	ESKİ HASTANE						YENİ HASTANE					
	Evet		Biraz		Hayır		Evet		Biraz		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
S. 1	87	82,9	18	17,1	-		110	97,3	2	1,8	1	0,9
S. 2	65	61,9	37	35,2	3	2,9	113	100				
S. 3	50	47,6	32	30,5	23	21,9	111	98,2	1	0,9	1	0,9
S. 4	28	26,7	46	43,8	31	29,5	113	100				
S. 5	71	67,6	30	28,6	4	3,8	110	97,3	3	2,7		
S. 6	72	68,6	30	28,6	3	2,9	110	97,3	3	2,7		
S. 13	96	91,5	8	7,6	1	0,9	112	99,1	1	0,9		

Araştırmada hastane hakkındaki görüşleri içeren genel memnuniyet düzeyine yönelik soruların değerlendirilmesi tablo 4'de gösterilmiştir. Genel memnuniyet düzeyine yönelik sorularda oran; eski hastanede % 67,1 iken yeni hastanede bu oran % 100'e çıkmaktadır. Tablo 1'de verilen sosyo- demografik özelliklerle hastane hizmetlerinin değerlendirilmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 4: Genel Memnuniyete Yönelik Soruların Dağılımı

15. Hastane genel olarak temizdi.												
16. Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi.												
	ESKİ HASTANE						YENİ HASTANE					
	Evet		Biraz		Hayır		Evet		Biraz		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
S. 15	97	92,4	8	7,6	-		113	100	-	-	-	-
S. 16	44	41,8	55	52,4	7	6,7	113	100	-	-	-	-

4. SONUÇ TARTIŞMA

Çalışmamızda katılımcıların genel olarak hastanemizden memnuniyeti yüksek olarak bulunmuştur. Bunu etkileyen faktörlerin başında otelcilik hizmetlerini kapsayan fiziki koşullar gelmektedir. Erez ve arkadaşlarının hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri öncelik sırasına göre belirlemek için yapmış oldukları çoklu model yaklaşımli çalışmada önceliği tedavi ve bakım hizmetleri ile fiziki koşulların iyileştirilmesi almaktadır. Bizim çalışmamızın sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Sarp ve Türkeli, Yılmaz'ın çalışmalarında hastaların eğitim düzeyi ve yaş arttıkça hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetsizliklerin arttığı bildirilmiştir. Tezcan ve arkadaşları bir üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmada cinsiyet, eğitim, gelir ve medeni durumun memnuniyet düzeyini etkilemediğini bildirmişlerdir. Bu çalışmamızda ise cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyleri ile memnuniyet oranları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Günümüzde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde, hastaların bakış açısı ve beklentilerinin önemli etmenlerden biri olduğuna işaret edilmektedir. Sosyo- kültürel yaşamdaki gelişmeler hastaların bilinç düzeyinin artmasına, hasta hakları kavramının önem kazanması ile birlikte kişilerin sunulan hizmete ilişkin beklentilerinin yükselmesine neden olmaktadır. Hasta memnuniyeti ile ilgili olarak yapılan birçok çalışma da hastanenin fiziksel ve çevresel özelliklerinin hastaların tedavi ve bakım hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini artırdığından söz edilmektedir. Uygulanan anketler neticesinde fiziki özellikler değerlendirildiğinde eski ve yeni binalarda hizmet alanlar arasında memnuniyet oran farkları ortalama % 34,6'dır.

Sonuç olarak Bigadiç Devlet Hastanesi eski ve yeni binalarında yapılan çalışma sağlık kurumlarının fiziki yapısının hasta memnuniyeti üzerinde birebir etkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca hasta memnuniyeti sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel bir kriter olduğundan, sağlık kurumlarının fiziki özelliklerinde yapılacak olan iyileştirmeler hastaların memnuniyet düzeylerinin artmasını sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Andaleeb, S., Siddiqui, N., Khandakar, S. (2007). "Patient Satisfaction with Health Services in Bangladesh". *Health Policy and Planning* 22: 263- 73.
- Cheng, S., Yang, M., Chiang, T. (2003). "Patient Satisfaction with and Recommendation of a Hospital: Effects of Interpersonal and Technical Aspects of a Hospital Care". *International Journal for Quality in Health Care* 5: 345- 55.
- Draper, M., Choen, P., Buchan, H. (2001). Seeking Consumer Views: "What Use Are Results of Hospital Patient Satisfaction Surveys?" *International Journal for Quality in Health Care* 13: 463- 8.
- Kılınç, Cengiz. (2009). "Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri" *TAF Preventive Medicine Bullentin*, 8 (3):239- 244.
- Kersnik, J. (200). "Patient Satisfaction with Hospital Care:Effects of demographic and Institutional Characteristic" *International Journal for Quality in Health Care* 12:143- 7.
- Larsson, WB., Larsson, G., Starin, B. (1991). "Patients Views On Quality Of Care: A Comparison Of Men and Women". *Journal Of Nursing Management* 1991; 7 (3): 133- 139.
- Merkouris, A., Infantopoulos, J., Lanara, V., Lemonidou, C. (1999). "Developing An Instrument To Measure Patient Satisfaction with nursing Care In Greece" *Journal of Nursing Management* 7 (2): 91 -100.
- Mpinga, E., Chastonay, P. (2011). "Satisfaction of Patients: A right to health indicator?", *Health Policy*, 100 (2-3): 144-50.
- Tezcan, D., Yücel, MH., Ünal, UB., Edirne, T., (2014) "Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda Hasta Memnuniyeti", *Pamukkale Tıp Dergisi*, 7 (1): 57-62
- Türkel, B., Acuner, A., Önder, Ö., Üzgül, A. (2004) "Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'inde Yatan Hastaların Memnuniyeti", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*; 57 (4): 205-214.
- Yılmaz, M. (2001). " Sağlık Bakım Kalitesinin ir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti". *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (1): 57-62.
- Aslan, Ş., Özata, M. (2005). "Poliklinik Hastalarının Memnuniyetini Belirlemeye Yönelik Ampirik Bir Çalışma", 2. Sağlık ve Hastane Yönetimi Ulusal Kongreler Bildirileri, 28-30 Eylül, Ankara.

- Ağır, D., Seydaoğlu, G. (2011). "Adana İli Kamu Hastanelerinde Yatan Hastalarda Memnuniyet Düzeyi ve Memnuniyeti Etkileyen Faktörler", III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildirileri, 24-26 Kasım Ankara.
- Erez, R., Özyurt, Ö., Kayabaşı, A. (2011). "Yatan Hasta Memnuniyetini Belirleyen Faktörlerin Multivariante Yaklaşımla Değerlendirilmesi". III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildirileri, 24-26 Kasım Ankara.
- Esatoğlu, AE. (1997). "Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi" Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- İGB. T. C. Başbakanlık (2004). Poliklinik Hizmetlerinde Etkinlik, Ankara, s:17

Hizmeti Sunan ve Alan Taraflar Açısından Sağlık Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi

Gönderim Tarihi: 13. 05. 2016

Kabul Tarihi : 28. 09. 2016

Cemile Baş Kayhan¹

Doç. Dr. Dilek Özmen²

ÖZ

Bu araştırmada, bir Devlet Hastanesinde hizmet sunan ve alan taraflar açısından sağlık hizmet kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini hastanede 15 Haziran-15 Eylül 2014 tarihleri arasında hizmet sunan 232 hemşire, ebe ve yatarak tedavi gören 248 hizmet alan oluşturmuştur. Araştırmanın verilerinin toplanmasında "Hizmet Sunanların Tanıtıcı Bilgi Formu", "Hizmet Alanların Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Hizmet Kalitesi SERVQUAL Ölçeği" kullanılmıştır.

Hizmet sunanların ağırlıklı SERVQUAL puanı $-0,55 \pm 0,59$ olup, en yüksek düzeyde algıladıkları hizmet kalitesi "empati" alt boyutu iken, en düşük düzeyde algıladıkları hizmet kalitesi "güvenilirlik" alt boyutudur. Hizmet sunarlarda 31 yaş ve altında olanların "empati" alt boyutu; ebe olarak çalışanların "fiziksel özellikler", "güvenilirlik", "heveslilik" alt boyutu, diğer birimlerde çalışanların "empati" alt boyutu puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksektir ($p < 0,05$). Hizmet alanların ise ağırlıklı SERVQUAL ölçeği puanı $-0,86 \pm 2,43$ olup, en yüksek düzeyde algıladıkları hizmet kalitesi "fiziksel özellikler" alt boyutu iken, en düşük düzeyde algıladıkları hizmet kalitesi "güvenilirlik" alt boyutudur. Hizmet alanlardan erkeklerin "güvenilirlik", "güven", "empati" alt boyutu; 39 yaş ve üzerindeki "güvenilirlik", "heveslilik", "güven", "empati" alt boyutu, ilkökul ve altı eğitim durumuna sahip olanların "fiziksel özellikler", "heveslilik", "güven", "empati" alt boyutu puan ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

1 Turgutlu Devlet Hastanesi, cemilebeyaz@hotmail.com

2 Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği AD.

Araştırma sonucunda hizmet sunanların ve alanların algıladıkları hizmet kalitesi düzeyinin, beledikleri hizmet kalitesi düzeyinden düşük olduğu görölmüştür. Hastane yöneticilerine hizmet sunan ve alanların beklentilerini düzenli aralıklarla değerlendirmeleri ve sonuçlar doğrultusunda hizmet kalitesini artırmaya yönelik çözüm arayışları içinde olmaları önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hizmet Alanlar, Hizmet Sunanlar, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, SERVQUAL Ölçeği

Evaluation of Health Care Quality in The Way of Care Givers and Recievers

ABSTRACT

In our study; quality of health care in a state hospital was evaluated by both the care-givers and the care-recievers. The research is illustrative and cross-sectional. The research was performed in the Turgutlu Government Hopsital with the care givers (nurses; midwies) and hospitalized patiens. The parameters were collected with Care-givers Introductory Information Forms', 'Care-recievers Introductory Forms' and 'Quality of Care SERVQUAL Scales' form. Nominal SERVQUAL points for the care-givers are $-0,55\pm 0,59$, the highest perception for quality of care was empathy and the least was reliability. Subdimension of empathy for the care-givers aged under 31, physical characteristics, reliability, eagerness subdimensions for the midwives and for the other care-givers empathy was found to be statistically significantly high ($p<0,05$). The care-recievers nominal SERVQUAL Scales Score was $-0.86\pm 2,43$, the highest perception in quality of care was found to be physical characteristics, the least was found to be reliability. The male patients reliability, trust, empathy subdimensions, aged 39 and over reliability, eagerness, trust, empathy subdimensions, primary school and less educated patients physical characteristics, eagerness, trust, empathy subdimensions were found to be statistically significantly high ($p<0,05$).

As a conclusion of the research it is seen that service quality that perceived by care-givers and recievers is low than they expected. It is suggested to hospital directors that to evaluate the expectations of the care-givers and recievers and try to raise service quality through the results.

Keywords: Care-Givers, Care-Recievers, Quality of Health Care, SERVQUAL Scale

1. GİRİŞ

Teknolojide meydana gelen hızlı gelişmeler, toplumun yaşam seviyesindeki artış ve toplumsal yaşamın yaygınlaşması hizmet sektörünü ön plana çıkarmaktadır (Şen, 2010:3). Hizmet pazarlamasında başarıyı elde etmek için hizmeti kullananlara hizmetin kaliteli sunulması ve verilen hizmetten memnuniyetlerinin en üst düzeye çıkartılması önemlidir (Kuzu, 2010:30). Hizmet kalitesi, verilen hizmetin tüketici beklentilerini ne düzeyde tatmin ettiğinin göstergesidir (Zengin ve Erdal 2000:43). Hizmet kalitesi aynı zamanda şu anki ve bundan sonraki müşterilerin kazanılmasını sağlar. Araştırmalara bakıldığında sunulan hizmetten memnun kalmayan kişiler, memnuniyetsizliklerini üçten fazla kişiye aktarmaktadır ve bu durumda müşteri kaybına neden olmaktadır (Özatkan 2008:40). Teknoloji çağında bu bilginin çok daha hızlı yayıldığı düşünüldüğünde müşterinin memnun edilmesi çok daha önemli hale gelmektedir. Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından müşterilerin hizmet beklentileri ve hizmeti algılayışlarına dayanan bir model geliştirilmiştir. Bu modelde müşterinin beklentisi ve algılanan hizmetin kalitesinin eşit olması ile algılanan kalitenin tatmin edici olacağı belirtilirken, müşterinin beklentisinin hizmeti algısından daha fazla olması durumunda ise algılanan kalitenin tatmin edici olmayacağı belirtilmektedir. Müşterilerin algıladığı kalitenin ideal olabilmesi için, beklenen hizmetin algılanan hizmetten daha küçük olması gerekmektedir (Parasuraman, Zeithaml, Berry 1985:48-49).

Sağlık hizmetleri; hastalıkların önlenmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik yürütülen çalışmaların yanında, hastalıkların tanı, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak için sunulan hizmetlerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010:34; Rootman vd. 2011:8-39; Somunoğlu 2012:8). Çok boyutlu ve kapsamlı hizmetler arasında yer alan sağlık hizmetlerinin düzeyi ülkelerin gelişmişlik düzeyini belirlemede en iyi ölçütlerden biridir (Kılçar, 2013:13). Sağlık hizmetlerinde kalite, uluslararası standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetleriyle birlikte hizmet süreçlerinin tamamında hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması anlamına gelir (Tengilimioğlu ve ark., 2012:316). Sağlık hizmetlerinde her geçen gün daha kaliteli hizmet almak isteyen, hizmet alırken

sorgulayan, bilgilendirilmek isteyen, ne istediğini bilen bilinçli bir tüketici grubu bulunmaktadır. Dolayısıyla bu grubun kurumlar arası seçim yapabilme özgürlüğü ortamın daha rekabetçi olmasına neden olmaktadır (Şen, 2010:3).

Müşteriler, sektörlerdeki rekabeti ve kaliteyi belirlemektedir (Yardan, 2014:105; Bakır, 2006:14). Kavram olarak müşteri, iç müşteri ve dış müşteri olarak ikiye ayrılmaktadır. Sağlık kurumlarında iç müşteriler sağlık profesyonelleri, teknik personel ve destek personel gibi çalışan grup ve kişilerdir (Bakır, 2006:15). Dış müşteriler ise sağlık kuruluşunun hizmetlerinden doğrudan ya da dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumlardır. Sağlık kurumlarında hastalar birincil müşterilerdir ve dış müşteri grubunun büyük bir çoğunluğunu oluştururlar (Devebakan, 2006:122). Sağlık hizmeti sunulan kuruluşlarda müşterilerin başarıyı değerlendirme göstergeleri ve öncelik verdikleri konular farklıdır ve müşteri gruplarının (iç, dış) kalite beklentilerinin ne olduğunun bilinmesi önem taşımaktadır. Sağlık hizmeti sunulan işletmelerde iç müşteri olan çalışanların beklentilerinin de dış müşterilerin beklentileri kadar önemsenmesi ve karşılanması gerekmektedir. Çalışanların beklentilerinin tatmini hizmet alanların da beklentilerinin tatmin edilme olasılığını arttırmaktadır (Şimşek, 2005:16).

Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesini değerlendirmek için yapılan çalışmaların birçoğu dış müşteriler ile yapılmış çalışmalardır. Bu çalışmada diğer araştırmalardan farklı olarak SERVQUAL Ölçeği ile hem dış hem de iç müşterilerin aynı kurum için hizmet kalite algılarının değerlendirilmiş olması araştırmayı diğer araştırmalardan farklı kılmaktadır.

2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmada Turgutlu Devlet Hastanesi'nde sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin sağlık hizmetini sunan ve alan taraflarca değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada şu sorulara yanıt aranmıştır.

1. Hizmet sunanların hizmet kalite algısı nasıldır?
2. Hizmet alanların hizmet kalite algısı nasıldır?

3. Hizmet sunanların hizmet kalitesi ile sosyo-demografik özellikleri arasında ilişki var mıdır?
4. Hizmet alanların hizmet kalitesi ile sosyo-demografik özellikleri arasında ilişki var mıdır?
5. Hizmet sunanların hizmet kalitesi ile çalışma özellikleri arasında ilişki var mıdır?
6. Hizmet alanların hizmet kalitesi ile yattığı birim, hizmet alma durumu arasında ilişki var mıdır?

Araştırmanın evrenini, Turgutlu Devlet Hastanesi'nde çalışan 203 hemşire ve 63 ebe olmak üzere toplam 266 sağlık çalışanı ile verilerin toplandığı tarihte Turgutlu Devlet Hastanesi'nde 2 gün ve üzerinde yatarak tedavi gören 700 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın hizmet sunanlar bölümündeki örneklemini 179 hemşire ve 53 ebe (hizmet sunan) olmak üzere 232 kişi, hizmet alanların örneklemine ise yatarak tedavi gören 248 hasta oluşturmuştur. Araştırmaya hizmet sunanlarda katılım oranı %87. 2 iken, hizmet alanlarda ulaşılması gereken örneklemin tümüne ulaşılan kadar veri toplamaya devam edildiği için katılım oranı %100'dür.

Araştırmada veri toplama aracı olarak hizmet sunanlara yönelik olarak "Hizmet Sunanların Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Hizmet Kalitesi SERVQUAL Ölçeği" kullanılırken; hizmet alanlara yönelik "Hizmet Alanların Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Hizmet Kalitesi SERVQUAL Ölçeği" kullanılmıştır.

2. 1. Hizmet Verenler İçin Kullanılan Veri Toplama Araçları

Hizmet Sunanların Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulan form yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, görevi, kurumda çalıştığı süre, kurumda çalıştığı birim vb. özelliklerin yanı sıra, hastalandıkları zaman çalıştıkları hastaneyi tercih edip etmeyecekleri ve başkalarına tavsiye edip etmeyecekleri gibi durumları içeren 12 sorudan oluşmaktadır.

Hizmet Kalitesi SERVQUAL Ölçeği: Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından 1983-1990 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Fiziksel Özellikler, Güvenilirlik, Güven, Empati, Heveslilik (isteklilik) olmak üzere beş alt

boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Kuzu tarafından 2010 yılında yapılmıştır (Kuzu 2010:106). Hastaların ve çalışanların hastanede sunulan hizmetlerle ilgili beklenti ve algılarını değerlendirmek için kullanılan ölçek 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm; beş boyut ve toplam 22 ifadeden oluşmaktadır. Bu bölümdeki ifadeler ile kişilerin bekledikleri hizmet kalitesinin saptanması amaçlanmaktadır. İkinci bölüm de beş boyut ve toplam 22 ifadeden oluşmaktadır. Bu bölümde beklenen değil, algılanan hizmet kalitesinin saptanması amaçlanmaktadır. Üçüncü bölüm ise toplam beş ifadeden oluşmaktadır ve bu bölümde katılımcılardan, hizmet kalitesi boyutlarına ilişkin beş ifadeyi önem derecelerine göre 100 puan üzerinden pay etmeleri istenmektedir.

Beklenen ve algılanan hizmet kalitesini ölçmek için hazırlanmış ölçekteki 22 ifadenin 1-4. ifadeleri fiziksel özellikler alt boyutunu, 5-9. ifadeleri güvenilirlik alt boyutunu, 10-13. ifadeler heveslilik alt boyutunu, 14-17. ifadeler güven alt boyutunu, 18-22. ifadeler ise empati alt boyutunu değerlendirmektedir. SERVQUAL Ölçeği'nin algılar ve beklentiler maddeleri 5'li Likert tipi derecelendirmeye sahiptir.

Her bir boyutun SERVQUAL skoru, boyutu oluşturan ifadelerin algı-beklenti farklarının toplanıp söz konusu boyut içinde yer alan ifade sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Böylece her bir hizmet kalitesi boyutuna yönelik SERVQUAL skoru belirlenmektedir. Bu durumda hizmet kalitesi sonucu basit olarak beklenen değer algılanan değerden çıkarılmasıyla elde edildiği için her ifade için sonuç -4 ile +4 arasında değişmektedir.

Algılanan hizmet kalitesinin tatmin edici olması için, sunulan hizmetin müşterilerin beklentilerini karşılaması ya da aşması, ulaşılmak istenen durumdur. Beklentilerin altında gerçekleşmesi ise düşük hizmet kalitesi olarak değerlendirilir. Diğer taraftan hastanelerin algılanan hizmet kalitesini değerlendirmede hesaplanan negatif ve pozitif puanların derecesi de önem taşımaktadır. Örneğin; SERVQUAL puanının +4'e yaklaşması beklentilerin yüksek düzeyde karşılandığı anlamına gelirken, puanın -4'e yaklaşması durumunda ise beklentilerinin hiç karşılanmadığı anlamına gelmektedir.

SERVQUAL Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlama çalışması Kuzu tarafından yapılmıştır ve Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur (Kuzu 2010:110). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı hizmet sunanlar için 0,92, hizmet alanlar için 0,90 olarak bulunmuştur.

2. 2. Hizmet Alanlar İçin Kullanılan Veri Toplama Araçları

Hizmet Alanların Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulan form yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, meslek, yattığı birim, son bir yıl içinde hizmet alma durumu vb. özelliklerin yanı sıra hizmet alanların hastalanmaları durumunda tekrar bu hastaneyi tercih edip etmeyecekleri ve başkalarına tavsiye edip etmeyecekleri gibi durumları içeren 13 sorudan oluşmaktadır.

Hizmet Kalitesi SERVQUAL Ölçeği: Araştırmada hizmet sunanlar ve alanlar için kullanılan Hizmet Kalitesi SERVQUAL Ölçeği aynı olduğu için bu bölümde Ölçek ile ilgili açıklama yapılmamıştır.

Araştırma öncesinde Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan Etik Kurul onayı ve Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden ve Turgutlu Devlet Hastanesi Yöneticiliğinden yazılı izinler alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hizmet sunan ve alanlara araştırmanın amacı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu kullanılarak açıklanmış ve izinleri alındıktan sonra veri toplama aşamasına geçilmiştir.

Araştırma analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15. 0 istatistik analiz programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, bağımsız değişkenlere göre SERVQUAL Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi, ileri analiz olarak Posthoc tukeys HSD analizi, Kruskal Whallis Testi kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Araştırmanın bulguları hizmet sunanların ve hizmet alanların bulguları şeklinde iki başlık altında sunulmuştur.

Hizmet Sunanlar;

Araştırmada hizmet sunanların yaş ortalaması $35\pm 0,88$ (Min: 18, Maks: 46) bulunurken, %51,7'sinin 32-38 yaş aralığında, %64,7'sinin lisans mezunu, %71,6'sının gelirinin giderine eşit olduğu, %65,9'unun en uzun süre şehirde yaşadığı, %69,8'inin 7 yıl ve üzeri kurumda çalıştığı belirlenmiştir. Hizmet sunanların %54,7'si rahatsızlanmaları durumunda çalıştığı hastaneyi tercih edeceğini bildirirken, %59,5'i de hizmet sundukları hastaneyi başkalarına tavsiye edeceğini bildirmiştir.

Tablo 1. Hizmet Sunan ve Alanların SEVQUAL Ölçeği Puan Ortalamaları

SEVQUAL Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları	Hizmet Sunanlar		Hizmet Alanlar	
	Ortalama \pm SS (Min. -Maks.)		Ortalama \pm SS (Min. -Maks.)	
Fiziksel Özellikler	-2,19 \pm 2,97	(-12,00 - 6,00)	-0,16 \pm 2,41	(-7,00 - 7,00)
Güvenilirlik	-3,49 \pm 5,16	(-16,00 - 35,00)	-1,31 \pm 4,13	(-17,00 - 40,00)
Heveslilik	-3,14 \pm 2,92	(-13,00 - 5,00)	-1,06 \pm 2,44	(-11,00 - 7,00)
Güven	-2,61 \pm 2,98	(-14,00 - 5,00)	-0,96 \pm 3,51	(-41,00 - 5,00)
Empati	-0,70 \pm 3,87	(-10,00 - 12,00)	-0,81 \pm 4,63	(-20,00 - 48,00)
Ağırlıklı	-0,55 \pm 0,59	(-2,36 - 1,59)	-0,86 \pm 2,43	(-11,80 - 9,00)

Hizmet sunanların ağırlıklı SERVQUAL puanı $-0,55\pm 0,59$ olarak saptanırken, Ölçeğin alt boyut puan ortalamaları tek tek değerlendirildiğinde; hizmet sunanların en yüksek düzeyde algıladıkları hizmet kalitesi empati alt boyutu ($-0,70\pm 3,87$) iken, en düşük düzeyde algıladıkları hizmet kalitesi güvenilirlik ($-3,49\pm 5,16$) alt boyutu olarak bulunmuştur. Bu bulgular ile araştırmada hizmet sunanların hizmet kalite beklentilerinin tüm boyutlarda karşılanmadığı gözlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Hizmet Sunanların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SERVQUAL Ölçeği Ağırlıklı ve Alt Boyut Ortalamalarının İncelenmesi

	n	SQ1 (Fiziksel Özellikler)	SQ2 (Güvenilirlik)	SQ3 (Heveslilik)	SQ4 (Güven)	SQ5 (Empati)	SQA (Ağırlıklı)
Yaş							
31 Yaş ve altı	77	-2,55±2,63	-3,71±5,77	-3,49±2,72	-2,90±2,19	0,01±3,90	-0,57±0,54
31 Yaş üzeri	155	-2,00±3,11	-3,37±4,83	-2,96±3,00	-2,45±3,29	-1,05±3,81	-0,53±0,62
Test /anlamlılık*		t=-1,33 p=0,18	t=0,47 p=0,63	t=-1,3 p=0,19	t=-1,08 p=0,27	t=1,98 p=0,04	t=-0,44 p=0,65
Cinsiyet							
Kadın	192	-2,15±2,89	-3,52±5,40	-3,17±2,93	-2,59±2,93	-0,59±3,75	-0,54±0,54
Erkek	40	2,35±3,36	-3,32±3,82	-2,95±2,89	-2,65±3,21	-1,17±4,42	-0,56±0,68
Test /anlamlılık*		t=0,37 p=0,70	t=-0,21 p=0,82	t=-0,44 p=0,65	t=0,09 p=0,92	t=0,85 p=0,39	t=0,17 p=0,86
Medeni durum							
Evlü	163	-1,76±2,85	-3,31±4,66	-3,14±2,89	-2,47±2,91	-0,91±3,78	-0,52±0,60
Bekar	69	-3,18±3,02	-3,89±6,18	-3,11±2,99	-2,92±3,13	-0,18±4,05	-0,60±0,57
Test /anlamlılık*		t=3,40 p=0,01	t=0,79 p=0,43	t=-0,07 p=0,94	t=1,06 p=0,28	t=-1,30 p=0,19	t=0,90 p=0,36
Eğitim durumu							
Lise ve Önlisans	71	-2,18±2,89	-3,45±3,64	-2,94±2,91	-2,40±3,07	-0,87±3,94	-0,53±0,580
Lisans ve Yüksek lisans	161	-2,19±3,01	-3,50±5,70	-3,22±2,92	-2,69±2,93	-0,62±3,84	-0,55±0,60
Test /anlamlılık*		t=0,02 p=0,98	t=0,07 p=0,94	t=0,67 p=0,50	t=0,67 p=0,50	t=-0,45 p=0,64	t=0,20 p=0,84
Meslek							
Hemşire	178	-2,39 ±2,84	-3,79 ±4,58	-3,35 ±2,82	-2,71 ±2,87	-0,80 ±3,85	-0,59 ±0,57
Ebe	53	-1,45 ±3,49	-2,22 ±6,47	-2,22 ±2,78	-2,09 ±3,11	-0,18 ±3,81	-0,37 ±0,59
Test /anlamlılık*		t=-2,03 p=0,04	t=-1,97 p=0,04	t=-2,55 p=0,01	t=-1,35 p=0,17	t=-1,03 p=0,30	t=-2,45 p=0,01
Gelir Durumu Algısı							
Gelir Giderden Az	41	-2,70±3,24	-3,63±7,53	-2,85±2,60	-2,04±2,53	-0,21±3,73	-0,52±0,66
Gelir Giderden Denk	166	-2,09±2,98	-3,68±3,56	-3,26±2,99	-2,74±3,02	-0,75±3,88	-0,57±0,56
Gelir Giderden Fazla	25	-1,96±2,38	-1,96±8,44	-2,76±2,96	-2,60±3,35	-1,08±4,10	-0,47±0,67
Test /anlamlılık**		X ² =1,91 p=0,38	X ² =2,20 p=0,33	X ² =1,30 p=0,52	X ² =0,86 p=0,64	X ² =0,63 p=0,72	X ² =0,37 p=0,83
Yaşadığı Yer							
Köy kasaba	79	-2,12±2,98	-3,16±5,41	-3,12±3,13	-2,50±3,13	-0,37±3,65	-0,51±0,59
İl	153	-2,22±2,97	-3,65±5,03	-3,14±2,81	-2,66±2,90	-0,86±3,97	-0,57±0,59
Test /anlamlılık*		t=0,23 p=0,81	t=0,68 p=0,49	t=0,04 p=0,96	t=0,37 p=0,71	t=0,90 p=0,36	t=0,68 p=0,49

*Independent-Samples T-Test

**Kruskal-Wallis Testi

Tablo 2’de hizmet sunanların sosyo-demografik özellikleri ile SERVQUAL Ölçeği ağırlıklı ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Yaş ile SERVQUAL Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde; "31 yaş ve altı" hizmet sunanların empati alt boyutu puan ortalamaları "31 yaş üzeri" hizmet sunanlardan daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Medeni durumlarına göre SERVQUAL Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde ise; evli çalışanların fiziksel özellikler alt boyutu puan ortalamalarının evli olmayan çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Hizmet sunanların meslekleri ile SERVQUAL Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; ebelerin fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik alt boyut puan ortalamaları ve ağırlıklı puan ortalamaları hemşirelerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Hizmet sunanların cinsiyetleri, eğitim durumları, gelir durumu algıları ve en uzun yaşadıkları yer ile SERVQUAL Ölçeği ağırlıklı ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$) (Tablo 2).

Tablo 3. Hizmet Sunanların Çalışma Özelliklerine Göre SERVQUAL Ölçeği Ağırlıklı ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi

	n	SQ1 (Fiziksel Özellikler)	SQ2 (Güvenilirlik)	SQ3 (Heveslilik)	SQ4 (Güven)	SQ5 (Empati)	SQA (Ağırlıklı)
Çalışan Birim							
Dahili Birimler	87	-2,14±2,88	-3,86±3,66	-3,28±2,82	-3,04±2,77	-1,43±3,79	-0,62±0,54
Cerrahi Birimler	60	-2,13±2,96	-3,25±6,07	-2,91±3,24	-2,48±2,82	-0,68±3,70	-0,52±0,62
Diğer Birimler*	85	-2,27±3,09	-3,27±5,77	-3,14±2,79	-2,24±3,24	0,04±3,96	-0,49±0,62
Test /anlamlılık/ Posthoc***		F=0,05 p=0,95	F=0,36 p=0,69	F=0,28 p=0,75	F=1,62 p=0,19	F=3,22 p=0,04 (a=b>c)	F=1,15 p=0,31
Çalışma Süresi							
1 yıldan az	14	-3,14±3,30	-4,42±3,91	-3,85±3,10	-2,14±2,44	-0,21±5,22	-0,62±0,68
1-3 yıl	14	-2,42±2,24	-4,35±1,86	-3,35±1,94	-2,85±1,74	-0,21±3,53	-0,60±0,34
4-5 yıl	24	-2,45±2,20	-3,00±8,96	-3,00±3,03	-3,33±2,11	-0,66±3,57	-0,50±0,55
6-7 yıl	18	-2,33±2,74	-3,05±3,90	-4,05±2,33	-2,94±2,99	-0,77±4,65	-0,59±0,61
7 yıl ve üzeri	162	-2,03±3,12	-3,45±4,83	-2,97±3,01	-2,48±3,20	-0,97±3,71	-0,54±0,61
Test /anlamlılık**		X2=3,10 p=0,54	X2=2,73 p=0,60	X2=4,07 p=0,39	X2=5,77 p=0,21	X2=4,33 p=0,36	X2=0,81 p=0,93

* Poliklinik, Diyaliz, Sterilizasyon, FTR Ünitesi, Eğitim, Enfeksiyon Kontrol

**Kruskal-Wallis Testi

*** One Way Anova Testi

SERVQUAL Ölçeği alt boyutları ile hizmet sunanların çalıştığı birim arasında yapılan istatistiksel analiz sonucunda; yalnızca empati alt boyutu ile çalışılan birim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan analiz sonucunda farkın diğer birimlerden (Poliklinik, Diyaliz, Sterilizasyon, FTR Ünitesi, Eğitim, Enfeksiyon Kontrol) kaynaklandığı saptanmıştır.

Hizmet sunanların kurumda çalıştıkları süre ile SERVQUAL Ölçeği ağırlıklı ve alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 4. Hizmet Sunanların ve Alanların Hizmet Kalitesi Değerlendirme Kriterleri

Kalite Kriterleri	Hizmet Sunanlar		Hizmet Alanlar	
	Ortalama+SS (Min. -Maks.)		Ortalama+SS (Min. -Maks.)	
Fiziksel Özellikler	23,38±10,00	(5,0 - 60,0)	20,24±5,75	(5,0 - 50,0)
Güvenilirlik	20,33±7,81	(2,0 - 50,0)	20,73±6,08	(2,0 - 50,0)
Heveslilik	19,78±6,57	(5,0 - 50,0)	18,50±6,77	(5,0 - 70,0)
Güven	19,52±6,80	(5,0 - 50,0)	21,37±6,13	(5,0 - 50,0)
Empati	16,89±6,63	(5,0 - 60,0)	18,87±5,76	(2,0 - 50,0)

Tablo 4’de hizmet sunanların ve hizmet alanların hizmet kalitesini değerlendirme kriterleri sıralaması görülmektedir. Hizmet sunanlar tarafından en yüksek puan fiziksel özelliklere verilirken, en düşük puan empatiye verilmiştir; hizmet alanlarda ise en yüksek puan güvene verilirken, en düşük puan çalışanların hevesliliğine verilmiştir. (Tablo 4).

Hizmet Alanlar;

Araştırma kapsamına alınan hizmet alanların yaş ortalaması $36\pm0,88$ ’dir. Katılımcıların %62,9’unun kadın, %50’sinin 46 yaş ve üzeri, %56,9’unun ilkökul ve altı eğitim düzeyinde, %62,9’unun gelirinin giderine eşit olduğu ve %43,1’inin en uzun süre kasabada yaşadığı belirlenmiştir. Hizmet alanların %51,2’sinin son bir yıl içerisinde bu yatışı dışında kurumdan hizmet aldığı ve %47,2’sinin dahili birimlerde yattığı belirlenmiştir. Hizmet alanların %37,9’u hastaneyi daha temiz, bakımlı modern hastane olması nedeniyle tercih ettiğini bildirmiştir. Ayrıca hizmet alanların %56’sı rahatsızlanmaları durumunda bu hastaneyi tekrar tercih edeceğini ve %54,8’i hizmet aldıkları bu hastaneyi başkalarına tavsiye edeceğini bildirmiştir.

Araştırmada hizmet alanların hizmet kalite beklentilerinin tüm boyutlarda karşılanmadığı görülmüştür. Hizmet alanların ağırlıklı SERVQUAL puanları $(-0,86\pm2,43)$ saptanırken, SERVQUAL Ölçeği alt boyut puan ortalamalarında en yüksek düzeyde algıladıkları hizmet kalitesi fiziksel özellikler alt boyutu $(-0,16\pm2,41)$ iken, en düşük düzeyde algıladıkları hizmet kalitesi güvenilirlik $(-1,31\pm4,13)$ alt boyutu olmuştur (Tablo 1).

Tablo 5. Hizmet Alanların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SERVQUAL Ölçeği Ağırlıklı ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	SO1 (Fiziksel Özellikler)	SO2 (Güvenilirlik)	SO3 (Heveslilik)	SO4 (Güven)	SO5 (Empati)	SQA (Ağırlıklı)
Yaş							
39 Yaş ve altı	124	-0,36±2,27	-2,04±3,53	-1,55±2,49	-1,43±2,35	-1,60±3,54	-1,40±2,39
39 Yaş üzeri	124	-0,03±2,55	-0,58±4,56	-0,57±2,31	-0,50±4,34	-0,02±5,42	-0,33±2,35
Test /anlamlılık*		f=-1,28 p=0,19	t=-2,79 p=0,006	f=-3,22 p=0,001	t=-2,10 p=0,03	t=-2,71 p=0,007	f=-3,54 p=0,0
Cinsiyet							
Kadın	156	-0,38±2,41	-1,80±4,70	-1,27±2,61	-1,37±4,09	-1,39±3,87	-1,24±2,49
Erkek	92	0,20±2,39	-0,47±2,75	-0,70±2,10	-0,27±2,04	0,16±5,59	-0,21±2,18
Test /anlamlılık*		f=-1,86 p=0,06	t=-2,46 p=0,01	f=-1,77 p=0,07	t=-2,41 p=0,01	t=-2,57 p=0,01	f=-3,28 p=0,001
Medeni durum							
Evli	196	-0,29±2,38	-1,21±4,34	-0,98±2,45	-1,02±3,76	-0,79±4,97	-0,86±2,47
Bekar	52	0,30±2,49	-1,69±3,26	-1,34±2,40	-0,75±2,40	-0,90±3,08	-0,87±2,26
Test /anlamlılık*		f=-1,59 p=0,11	t=0,74 p=0,46	f=0,93 p=0,35	t=-0,50 p=0,61	t=0,15 p=0,87	f=0,03 p=0,96
Eğitim durumu							
İlkokul ve altı	141	0,21±2,40	-0,95±2,97	-0,48±2,35	-0,20±2,15	-0,00±5,01	-0,28±2,27
Ortaokul	42	-0,73±2,36	-1,47±7,50	-2,09±2,73	-2,45±6,78	-2,16±5,24	-1,78±3,03
Lise ve üzeri	65	-0,63±2,34	-2,00±3,15	-1,64±2,10	-1,66±2,20	-1,69±2,66	-1,52±1,96
Test /anlamlılık Posthoc*		F=4,28 p=0,01 (a>b=c)	F=1,47 p=0,23	F=10,14 p=0,0 (a>b=c)	F=8,83 p=0,0 (a>b=c)	F=5,25 p=0,0 (a>b=c)	F=10,10 p=0,0 (a>b=c)
Gelir Durumu							
Gelir Giderden Az	75	0,16±2,59	-1,13±3,30	-0,62±2,57	-0,49±2,65	-1,08±3,75	-0,63±2,53
Gelir Gidere Denk	156	-0,33±2,34	-1,53±4,53	-1,35±2,37	-1,28±3,97	-0,75±5,17	-1,05±2,40
Gelir Giderden Fazla	17	-0,05±2,19	-0,11±3,55	-0,29±2,22	-0,17±1,74	-0,17±2,65	-0,16±2,11
Test /anlamlılık**		X2=1,82 p=0,40	X2=5,3 p=0,07	X2=4,41 p=0,11	X2=5,18 p=0,07	X2=0,68 p=0,71	X2=2,03 p=0,36
Yaşadığı Yer							
Köy	73	0,16±2,48	-1,46±3,81	-0,87±2,81	-0,72±2,53	-0,39±7,24	-0,66±2,98
Kasaba	107	-0,31±2,45	-1,29±5,06	-1,15±2,54	-1,28±4,72	-1,04±3,39	-1,02±2,41
Şehir	68	-0,27±2,27	-1,17±2,64	-1,11±1,79	-0,72±1,78	-0,89±2,11	-0,83±1,70
Test /anlamlılık*		f=0,96 p=0,38	f=0,08 p=0,91	f=0,30 p=0,73	f=0,78 p=0,45	f=0,43 p=0,64	f=0,48 p=0,61

*Independent-Samples T-Test

* One Way Anova Testi

**Kruskal-Wallis Testi

Tablo 5’de hizmet alanların sosyo-demografik özellikleri ile SERVQUAL Ölçeği ağırlıklı ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Cinsiyet ile SERVQUAL Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; güvenilirlik, güven, empati alt boyut algısı ve ağırlıklı SERVQUAL puan ortalaması erkek hastalarda kadın hastalardan daha yüksek bulunurken, aralarındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Yaş ile SERVQUAL Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde; 39 yaş üzeri hastaların güvenilirlik, heveslilik, güven, empati algısı ve ağırlıklı SERVQUAL puan ortalamaları 39 yaş ve altı hastalardan daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Eğitim durumu ile SERVQUAL Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; fiziksel özellikler, heveslilik, güven, empati algısı alt boyutunda ve ağırlıklı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Yapılan analiz sonucunda farkın ilköğretim ve altı eğitim durumundan kaynaklandığı görülmüştür.

Hizmet alanların medeni durum, gelir durumu algıları ve en uzun yaşadıkları yer ile SERVQUAL Ölçeği ağırlıklı ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Hizmet Alanların Yattığı Birime ve Hizmet Alma Durumuna Göre SERVQUAL Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	SO1 (Fiziksel Özellikler)	SO2 (Güvenilirlik)	SO3 (Heveslilik)	SO4 (Güven)	SO5 (Empati)	SQA (Ağırlıklı)
Yattığı Birim							
Dahili Birimler	117	0,11±2,70	-0,55±4,80	-0,52±2,35	-0,52±4,40	-0,14±2,79	-0,32±2,11
Cerrahi Birimler	81	0,08±1,82	-1,34±2,47	-1,13±2,10	-0,86±1,86	-0,44±6,22	-0,74±2,04
Doğumhane ve Diğer Birimler	50	-1,24±2,28	-3,04±4,15	-2,20±2,80	-2,18±2,95	-2,98±4,54	-2,32±3,06
Test /anlamlılık/ Posthoc**		F=6,46 p=0,002 (c<a=b)	F=6,59 p=0,002 (c<a=b)	F=8,71 p=0,0 (c<a=b)	F=4,04 p=0,019 (c<a=b)	F=7,27 p=0,001 (c<a=b)	F=13,22 p=0,0 (c<a=b)
Bir Yıl İçinde Hastaneden Hizmet Alma Durumu							
Evett	127	-0,28±2,66	-1,15±5,12	-1,09±2,67	-1,17±4,39	-0,68±5,63	-0,87±2,68
Hayır	121	-0,04±2,12	-1,47±2,76	-1,03±2,20	-0,75±2,26	-0,95±3,30	-0,85±2,14
Test /anlamlılık*		t=-0,78 p=0,43	t=0,61 p=0,54	t=-0,19 p=0,84	t=-0,94 p=0,34	t=0,45 p=0,65	t=-0,08 p=0,92

* Independent-Samples T-Test

**One Way Anova Testi

Tablo 6’de hizmet alanların yattıkları birim ile SERVQUAL Ölçeği ağırlıklı ve alt boyut puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel analiz sonucunda; tüm boyutların puan ortalamaları ile yatılan birim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). İleri analiz sonucunda farkın doğumhane ve diğer birimlerden kaynaklandığı görülmüştür.

Son bir yıl içinde hizmet alma durumuna göre SERVQUAL Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde; son bir yıl içinde hizmet alanlar ile hizmet almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 6).

Tablo 4’da hizmet alanların hizmet kalitesini değerlendirirken önem verdikleri kriterlerin sıralaması görülmektedir. Hizmet alanlar tarafından hizmet kalitesini değerlendirmede en yüksek puan güvene verilirken, en düşük puan çalışanların hevesliliğine verilmiştir (Tablo 4).

4. TARTIŞMA

Araştırmanın tartışma bölümü de bulgular gibi hizmet sunanlar ve hizmet alanlar olmak üzere iki başlık altında verilecektir.

Hizmet Sunanlar;

SEVQUAL Ölçeği ile hizmet sunanlara yönelik yapılan çalışmaların azlığı tartışmanın bu boyutunun sınırlı kalmasına neden olmuştur.

Araştırmada hizmet sunanların SERVQUAL Ölçeği puan ortalamaları beklentilerinin karşılanmadığını göstermektedir. Bu sonuçlar Gürsoy’un (2013), Yordan ve Arslan’ın (2014) ve Şen’in (2010) yaptığı çalışmaların sonuçları ile benzerdir.

Hizmet sunanların beklentilerinin en fazla ve en az karşılandığı boyutlar diğer çalışmaların sonuçlarından farklıdır. Şen’in (2010) araştırmasındaki en fazla karşılanan hizmet boyutu bu araştırma sonucu ile benzer iken, Yordan ve Arslan’ın (2014) ve Gürsoy’un çalışmalarının sonuçları farklılık göstermektedir. Araştırmanın bu sonuçları üzerinde hastanenin yeni bir hastane olmasının, düzenli yapılan eğitim çalışmalarının, yöneticilerin olumlu tutum ve davranışlarının etki yarattığı düşünülürken, çalışan personel sayısının

az olmasının güvenilirlik algısını olumsuz yönde etkilemiş olabileceği varsayılmaktadır.

Araştırmada hizmet sunanların empati alt boyut puan ortalamaları yaşı daha genç olan grupta daha yüksek bulunmuştur. Yaşla birlikte çalışma yaşamında daha kıdemli olma söz konusudur. Kıdemli çalışanların yıllar içinde kendilerini duygusal açıdan koruma çabaları nedeniyle daha az empatik yaklaşım sergiledikleri bilgisi ile (Aydın 1996; 133) bu sonuç beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin bazı alt boyutları ile yaş grupları arasında anlamlı ilişki varlığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Şen 2010; Gürsoy 2013).

Hizmet sunanlardan evli olanların fiziksel özellikler alt boyut puan ortalamaları evli olmayanlardan daha yüksektir. Bu sonuç evli olanların fiziksel özellik beklentilerinin, bekar olanlara göre daha fazla olması ile ilişki olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Gürsoy (2013) çalışmasında heveslilik alt boyutu puan ortalamasının evlilerde daha yüksek olduğunu, Yardan ve Arslan (2014) ise medeni durum ile SERVQUAL Ölçeğinin hiçbir alt boyutu arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını bildirmiştir.

Hizmet sunanların hizmet kalite algısı mesleklerine göre değerlendirildiğinde fiziksel özellikler, güvenilirlik alt boyutu ve heveslilik alt boyutunda hemşire olarak çalışanların beklentilerinin, ebeler göre daha az karşılandığı görülmüştür. Bu sonuçların kurumda çalışan ebelerde birim değişikliklerinin daha az yapıyor olması ve ebelerin hemşirelere göre daha sınırlı bir alanda çalışmalarına bağlı uzmanlaşmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Hizmet sunanların hizmet kalitesi boyutlarının öncelik sıralamasında ilk sırayı fiziksel özellikler, ikinci sırayı güvenilirlik ve üçüncü sırayı heveslilik, dördüncü sırayı güven, beşinci sırayı ise duyarlılık boyutu almıştır. Gürsoy'un (2013) çalışmasında da personelin fiziksel özellikler boyutuna en yüksek puanı verdiği belirtilmiştir. İşyerinin fiziksel özellikleri bireylerin sağlıkları üzerinde etkilidir ve onların daha verimli çalışabilmeleri için önemlidir. Bu nedenle bireylerin işyerlerinde verimli, sağlıklı ve güvenli çalışmalarını sağlayacak fiziksel koşulların öncelikli oluşturulması gerektiği düşünülmektedir (Hayta 2007:22)

Hizmet Alanlar;

Araştırmada hizmet alanların SERVQUAL Ölçeği puan ortalamaları da beklentilerinin karşılanmadığını göstermektedir. Lim ve Tang'ın (2000), Kılçar'ın (2013), Sevimli'nin (2006), Aghamolae ve ark. (2014), Nekoei-Moghadam'ın (2011), Mohammad'ın (2007), Kuzu'nun (2010), Özatkan'ın (2008), Çelebi'nin (2015) yapmış oldukları çalışmaların sonuçları da bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Hizmet alanların SERVQUAL Ölçeği'ne göre beklentilerinin en fazla karşılandığı boyut, fiziksel özellikler boyutu, en az beklentilerin karşılandığı boyut güvenilirlik boyutudur. Gürsoy'un (2013), Kılçar'ın (2013), Nekoei-Moghadam'ın (2011), Koraşlı'nın (2008) araştırmalarında beklentilerin karşılandığı ve karşılanmadığı boyutlar bu araştırma sonuçlarından farklıdır. Araştırmada fiziksel özellikler boyutundaki beklentilerin yüksek düzeyde karşılanmasında hastanenin yeni yapılmış olmasının etkili olduğu düşünülürken, güvenilirlik boyutunun karşılanamamasında ise hastanenin çalışan personel konusundaki sayısal yetersizliğinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada erkek hastaların güvenilirlik, güven, empati alt boyut algısı ve ağırlıklı SERVQUAL puan ortalamaları kadın hastalardan daha yüksektir. Kadınların genel özellikleri itibari ile erkeklerden daha seçici özelliklere sahip olmasının bu sonuçların elde edilmesinde etkili olduğu varsayılmaktadır. Literatürde hizmet alanların cinsiyetlerine göre SERVQUAL Ölçeği puanlarının değerlendirildiği araştırmalarda (Özatkan 2008, Şen 2010, Mohammad 2007; Devebakan ve Aksaraylı 2003; Koraşlı 2008; Harput 2014) alt boyutlar düzeyinde bu araştırmanın sonuçlarından farklı sonuçlara rastlanmıştır.

Araştırmada yaş ile SERVQUAL Ölçeği alt boyutlarından güvenilirlik, heveslilik, güven, empati algısı ve ağırlıklı puan ortalamaları açısından fark saptanmıştır. Hizmet alanların 39 yaş üzerinde olanlarının puanları, 39 yaş ve altında olanlara göre daha yüksektir. Bu sonuç üzerinde genç bireylerin araştırmacı olma özelliklerinin etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. Sevimli (2006); Şen (2010) ve Karagöz (2010) tarafından yapılan çalışmalarda farklı alt boyutlarda yaş ile ilgili farklı sonuçlar bulunurken, Çıraklı ve ark.

(2014) yapmış olduğu çalışmada yaş gruplarına göre algılanan hizmet kalitesi arasında her hangi bir fark saptanmamıştır.

Hizmet alanların eğitim durumu ile SERVQUAL Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde, ilkokul ve altı eğitime sahip olanların fiziksel özellikler, heveslilik, güven, empati algısı alt boyutu ve ağırlıklı puan ortalamalarının ortaokul, lise ve üzeri eğitime sahip hastalardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Özatkan'ın (2008) çalışmasında eğitim ile alt boyutlar arasındaki ilişki bu araştırma ile benzer iken, Mohammad (2007) yaptığı çalışmada, eğitim ile güvenilirlik, heveslilik ve empati arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kılçar'ın (2013) ve Kuzu'nun (2010) çalışmalarında ise eğitim durumu ile hizmet kalitesi algısı arasında farklılık saptanmamıştır. Benzer araştırma sonuçları ile eğitim seviyesi arttıkça öğrenmeye bağlı istek ve ihtiyaçlar artmakta, hastalar sunulan hizmetin kalitesini daha iyi değerlendirmekte dolayısıyla kurumdan beklentiler de artmaktadır şeklinde bir değerlendirme yapmak mümkün olabilir.

Çalışmaya katılan hizmet alanların SERVQUAL Ölçeği puan ortalamaları ile medeni durum, gelir durumu, yaşanan yer arasında anlamlı bir fark yoktur. Sevimli (2006) tarafından yapılan çalışmada cinsiyet, yaş ve eğitim durumu; Mohammad (2007) tarafından yapılan çalışmada cinsiyet, Koraşlı (2008) tarafından yapılan çalışmasında yaş, cinsiyet, gelir durumu değişkenlerine göre SERVQUAL Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Demir'in (2008) çalışmasında ise gelir düzeyi ile hizmet kalite algısının ters yönlü ilişkisinden söz edilmektedir. Özatkan'ın (2008) çalışmasında da güvenilirlik ve heveslilik boyutlarına verilen önemin aylık gelir durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Hizmet alanların yattığı birime göre SERVQUAL Ölçeği puan ortalamalarında, cerrahi ve dahili birimlerin tüm alt boyutlar algısını ve ağırlıklı puan ortalamasını doğumhane ve diğer birimlere göre yüksek değerlendirdikleri ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Karagöz (2010) araştırmasında dahili birimlerde yatan hastaların fiziksel özellikler puan ortalamalarının, cerrahi birimlerden daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Erdem (2007) çalışmasında tedavi görülen servise göre SERVQUAL Ölçeği puanlarında herhangi bir fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan hizmet alanların SERVQUAL alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; son bir yıl içinde hizmet alanlar ile hizmet almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır. Karagöz'ün (2010) çalışmasının sonuçlarında bu çalışma ile benzer olduğu saptanmıştır. Taş (2012) çalışmasında kalite boyutlarından ulaşılabilirlik hizmetleri boyutu ile hastaların ilk geliş durumları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Hizmet alanlardan hizmet kalitesi boyutlarını öncelik sıralamasına koymaları istendiğinde; ilk sırayı güven, ikinci sırayı güvenilirlik, üçüncü sırayı fiziksel özellikler, dördüncü sırayı duyarlılık, son sırayı ise heveslilik boyutunun aldığı görülmüştür. Yapılan diğer çalışmalarda da hizmet alanların öncelik sıralaması güvenilirlik ve güven alt boyutları üzerinde yoğunlaşmıştır (Sevimli 2006; Özaktan 2008; Kuzu 2010; Bakır 2006; Hastaoğlu 2007; Mohammad 2007; Lim ve Tang 2000). Tüm bu çalışmalar ışığında hizmet alanların öncelikli olarak hizmet aldığı kurumun güvenilir olmasını ve çalışanlarında kendisine güven vermesini beklediği söylenebilir.

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda araştırma sorularına alınan yanıtlar aşağıdadır.

1. Hizmet sunanların ve alanların hizmet kalite algısı beklentilerini karşılamamaktadır.
2. Hizmet sunanların ve alanların hizmet kalitesi ile sosyo-demografik özellikleri arasında fark bulunmaktadır.
3. Hizmet sunanların hizmet kalitesi ile çalışma özellikleri arasında fark bulunmaktadır.
4. Hizmet alanların hizmet kalitesi ile yattığı birim, kurumdan daha önce hizmet alma durumu arasında fark bulunmaktadır.
5. Hizmet sunanların hizmet kalitesinde öncelik sırası fiziksel özellikler iken, hizmet alanların hizmet kalitesinde öncelik sırası güvendir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Hastane yöneticilerine hizmet sunan ve alanların beklentilerini düzenli aralıklarla değerlendirmeleri ve sonuçlar doğrultusunda hizmet kalitesini artırmaya yönelik çözüm arayışları içinde olmaları önerilir.

KAYNAKÇA

- Aghamolae at all., (2014). "Service quality assessment of a referral hospital inSouthern Iran with SERVQUAL technique: patients' perspective". BMC Health Services Research.
- Aydın, A., (1996). "Empatik Becerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi". Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Bakır, Y., (2006). "Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama Faaliyetleri, Müşteri Memnuniyeti". Mustafa Kemal Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hatay.
- Çelebi, M., (2015). "Sağlıkta Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti (Marmaris Devlet Hastanesi Örneği)". Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Çıraklı, Ü. Gözülü, M. Gözülü, K., (2014). "Sağlık Kurumlarında Algılanan Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Yozgat'ta Yer Alan İki Hastanenin Yatan Hastaları Üzerinde Bir Çalışma". Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 7: 61-82.
- Demir, S. (2008). "Hastane Hizmet Kalitesi Algılarında Farklılaşmaya Yol Açan Sebeplerin İncelenmesi". Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gebze.
- Devedbakan, N. Aksaraylı M., (2003). "Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması". Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5 (1): 38-54.
- Devedbakan, N., (2006). "Sağlık İşletmelerinde Algılanan Kalite". Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8 (1): 120-149.
- Erdem, Ş., (2007). "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama". Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
- Gürsoy, A., (2013). "Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Bir Kamu Hastanesi Uygulaması". İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Harput, S., (2014). "Yeditepe Üniversitesi Hastanesinde Yatan Hastalarda Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği İle Değerlendirilmesi". Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Hastaoğlu S., (2007). "Dahili Bilimler Bölümünde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Doyum ve Memnuniyeti". Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Hayta, A. B., (2007). "Çalışma Ortamı Koşullarının İşletme Verimliliği Üzerine Etkisi". Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 1:21-41.
- Karagöz, Y. N., (2010). "Sağlık Sektöründe Kalite Yönetimi Kapsamına Hizmet Kalitesinin Ölçümüne Yönelik Analitik Bir Değerlendirme". Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Üretim Yönetimi ve Pazarlama Programı, Yüksek Lisans Tezi, Manisa.
- Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S., (2010). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitapevi, s: 10-128, Ankara.
- Kılçar A. H., (2013). "Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Uygulamalarının Hastalar Tarafından Algılanması ve Bir Örnek". Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Manisa.
- Koraşlı, D., (2008). "Ağız Diş Sağlığı Merkezinde Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi". Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Kuzu A., (2010). "Yaşlı Bakım Kurumlarında Hizmet Kalitesi Kavramı ve Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli: SERVQUAL Uygulaması". Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Sakarya.
- Lim P. Ç, Tang, Nelson K. H., (2000). "A Study of Patients Expectations and Satisfaction in Singapore Hospitals. International Journal of Health Care Quality Assurance, 13 (7): 209-299.
- Mohammad, G. T., (2007). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, SERVQUAL Analiz İle Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesi'nde Uygulama". Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Nekoei-Moghanam M., (2011). "Hospital services quality assesment: hospitals of Kerman University of Medical Sciences, as a tangible example of a developing country". Int J Healthc Qual Assur.
- Özatkan, Y., (2008). "Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği". Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

- Parasuraman A., Zeithaml Valerie A., Berry Leonard L. L., (1985). A Conceptual Model Of Service Quality and Its Implications For Future Research. Journal Of Marketing, 49: 41-50.
- Rootman, I. Goodstadt, M. Potvin, L. & Springett, J., (2011). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesine Yönelik Çerçeve. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler: İlkeler ve Bakış Açıları, Sağlık Bakanlığı Yayın, s: 8-46, Ankara.
- Sevimli, S., (2006). "Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama". Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Somunoğlu, S., (2012). Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi. Sağlık Kurumları Yönetimi, T. C. Anadolu Üniversitesi Yayını, s: 2-24, Eskişehir.
- Şen, A., (2010). "Hastane işletmelerinde ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Uygulamalarının ve İç Müşteri Algılarının SERVQUAL Ölçeği Kullanılarak Değerlendirilmesi". Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Şimşek, T. B., (2005). "İşletmelerde İç Müşteri Memnuniyetinin Hizmet Kalitesine Etkisi: Bursa'da Özel Bir Eğitim Kurumunda Uygulanması". Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya.
- Taş, D. (2012). "Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçümüne İlişkin Bir Araştırma". Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 4: 79-102.
- Tengilimioğlu, D., Işık, O., ve Akbolat, M., (2012). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Yardan, E. Y., Arslan, B., (2014). "Sağlık Çalışanlarının Sağlık Hizmet Kalitesi Değerlendirmeleri". V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler, Ankara, 103-117.
- Zengin, E., Erdal, A., (2000). Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. Journal of Qafqaz Üniversitesi Dergisi, 3 (1): 43-56.

Normal Doğum Yapan Kadınların Doğum Süreci Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

Gönderim Tarihi: 27. 05. 2016

Kabul Tarihi : 21. 06. 2017

Aylin Gültekin Karadağ¹

Ebru Var²

Rahşan Gökçe³

Dr. Dudu Uçar Dede⁴

Doç. Dr. Şule Gökyıldız⁵

ÖZ

Bu çalışma, normal doğum yapan kadınların doğum sürecinden memnuniyetlerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırma Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğum Servisi'nde gerçekleştirilmiştir. Normal doğum yapan 191 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmada veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan "Kişisel Tanıtım Formu" ve Güngör (2009) tarafından geliştirilen "Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği" ile toplanmış ve SPSS 16 programı ile analiz edilmiştir. Katılımcıların kendi ve eşlerinin eğitim düzeylerinin, ekonomik durumlarının, eşin yaşının ve eşin çalışma durumunun kadınların memnuniyet düzeylerini etkilediği görülmüştür. Doğum eylemi sırasında yapılan girişimlere yönelik; lavman uygulanması durumunda memnuniyet oranlarının düştüğü, epizyotomi açıldığı durumda ise memnuniyetin arttığı saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda katılımcıların memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Yükselen sezaryen oranlarını düşürmek için ebeler

1 Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi/Adana, aylinkaradag@hotmail.com, 05052657980

2 Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi/Adana, ebruvar01@myynet.com, 05056280531

3 Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi/Adana, rahsangokce@gmail.com, 05057516963

4 Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi/Adana, dudu.ucar@myynet.com 05354518033

5 Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi /Adana sulegokyildiz@yahoo.com 05305101278

önemli görevler düşmektedir. Normal doğum sırasında kadının-çiftin desteklenmesi ve gereksiz müdahalelerden kaçınılması doğumda anne memnuniyetinin yükselmesine olumlu katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Normal doğum, memnuniyet, kalite, ebe

Analysis of Satisfaction Levels During Pregnancy Period of Women Who Delivered Vaginally

ABSTRACT

This study aims at identifying satisfaction levels during pregnancy period of women who delivered vaginally. The descriptive and cross-sectional study was conducted at Delivery Service in Adana Maternity and Children Hospital. The sample consisted of 191 women who delivered vaginally. The data was collected with "Personal Information Form" developed by the researcher and "Scale for Evaluation of Mothers' Satisfaction in Vaginal Delivery" developed by Güngör (2009). The data was analysed via SPSS 16 program. It was found that education level of the participants and their partners, economic status, age and work status of partners had correlations with the satisfaction levels of women. Regarding the interventions during labour; it was indicated that use of enema lowered the satisfaction levels, while episiotomy resulted in higher satisfaction levels. It was found that participants had low levels of satisfaction. Midwives have an important role in reducing the high rates of cesarean sections. Supporting woman-couple during vaginal delivery and ignoring unnecessary interventions would contribute to increasing satisfaction levels of mothers for pregnancy.

Keywords: Normal labor, satisfaction, quality, midwife

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde kalite; bir cerrahi girişim için bekleme süresinin kısaltılması, acil serviste gerçek acil bakımın verilmesi klinik uygulamalarda farklılıkların en aza indirilmesi, yeterli olmayan veya yanlış klinik uygulamaların elimine edilmesi, günün bilimsel doğrularının uygulanması ve günün teknolojilerinden faydalanılması, hekim hasta, iş gören hasta ilişkilerinin belirli düzeyde olması veya toplumun sağlığının iyileştirilmesi olarak kabul edilir (Tukel vd. 2004:206).

Günümüzde sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde en önemli ve en sık kullanılan ölçütlerden biri hizmet alan bireylerin memnuniyetidir. Sağlık çalışanları, yöneticiler ve politikacılar bakımın kalitesini değerlendirmek, sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu konusunda kararlar almak, malpraktis suçlamalarını önlemek ve rekabeti sağlayacak ilerlemeleri sürdürebilmek için hizmet alan sağlıklı/hasta bireylerin memnuniyeti ile ilgili verilerden yararlanmaktadırlar. Spesifik sağlık hizmeti veren hastanelerde hizmet alıcıların, yani hastaların beklentilerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunucularının daha kaliteli hizmet sunmaları gerekmektedir. Kaliteden kasıt sadece teçhizat veya fiziki koşullar olmayıp; hasta/sağlıklı olarak gelen hizmet alıcıların bu imkanlara ek olarak psikolojik desteğe ihtiyaçları olduğu ve çalışandan yeterli desteği görmeyi bekledikleri bilinmelidir.

Kadınların yaşamında çok önemli bir deneyim olarak görülen çocuğunun doğumu ve kadının bu dönemdeki memnuniyeti, kadının kendi sağlığı, bebeğinin sağlığı ve olumlu aile ilişkileri açısından da son derece önemlidir. Olumsuz bir doğum deneyimi kadında postpartum depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, istenmeyen gebeliklerde kürtaj, sonraki doğumlarda sezeryen isteği, cinsel disfonksiyon, anne bebekbağlanmasında yetersizlik, emzirmesorunları, bebeği ihmal gibi durumların neden olabilmektedir (Güngör İlkay, 2009). Bu nedenle sağlık çalışanları kadının doğum ile ilgili görüşlerini ve olası riskleri değerlendirmeli ve bireylerin memnuniyet düzeylerinin artmasına ve sağlığın gelişmesine katkı sağlamalıdır.

2. AMAÇ

Bu çalışma, normal doğum yapan kadınların doğum sürecinden memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi yapılmıştır.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer- Zaman

Araştırma, Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğum Servisi'nde 10-25 Kasım 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür. Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi 400 yataklı olup; birbirine yaklaşık 3 kilometre uzaklık mesafesinde olan Çocuk Hastalıkları Hizmet Binası ve Kadın Doğum ve Yenidoğan Hizmet Binası olarak iki ayrı hizmet binasında hizmet vermektedir. Araştırma, belirtilen tarihlerde Kadın Doğum Hizmet Binası'nda yer alan normal doğum yapan hastaların kabul edildiği 45 yataklı Doğum Servisi'nde yapılmıştır.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğum Servisi'nde yatan hastalar oluşturmuştur. Örnekleme, belirtilen tarihler arasında doğum servisinde yatan, normal doğum yapan ve araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden sağlıklı kadınlar alınmıştır. Araştırma mesai saatleri içerisinde Doğum Servisi'nde yatmakta olan hastaların tamamına gönüllülük esasına dayanarak uygulanması planlanmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında toplam normal doğum yapan kadın sayısının 231'dir. Ancak hastanenin konumu gereği yurt dışından gelen hasta potansiyelinin yüksek olması dil probleminin gündeme gelerek iletişim sorunlarının yaşanmasına sebep olmuştur. Bu durumun neticesi kadınların % 17 sinin yabancı uyruklu olması nedeni ile örneklem 191 kişiden oluşmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından geliştirilen "Kişisel Bilgi Formu" ve Güngör (2009) tarafından geliştirilen "Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği" kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen form; demografik özelliklere ilişkin toplam 9 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği

Doğum süreci boyunca hastaların hizmet aldıkları hastaneden memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla Güngör (2009) tarafından geliştirilen ölçek 43 madde ve 10 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek alt boyutları; Sağlık Ekibini Algılayışı, Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı, Rahatlatma, Kararlara Katılım ve Bilgilendirme, Bebekle Tanışma, Postpartum Bakım, Hastane Odası, Hastane Olanakları, Mahremiyete Saygı ve Beklentilerin Karşılansmasıdır. Maddeler ifadelerle katılıp katılmama durumuna göre (1-Katılmıyorum, 2-Kısmen Katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum ve 5-Kesinlikle Katılıyorum) 5'li likert tipi şeklindedir. Gebelerin aldığı puanın artması memnuniyet düzeyinin de arttığını göstermektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 43, en yüksek puan 215'tir. Alt boyutlarda Cronbach Alfa katsayısının ,67 ile ,89 arasında değiştiği ve toplam ölçeğin iç tutarlılığın çok yüksek olduğu (cronbach alfa= ,91) belirlenmiştir. Her bir madde çıkarıldığında elde edilen iç tutarlılık katsayısında önemli bir değişim olmadığı ($\alpha = ,90- ,91$ arasında) bulunmuştur (Güngör İlkay, 2009).

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Formlar normal doğum yapan kadınlara doğum sonu dönemde doğum servisine geçtiklerinde ve kendilerini iyi hissettikleri zaman diliminde uygulanmıştır. Formların uygulama süresi ortalama 10-15 dk sürmüştür.

3.6. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülebilmesi için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS 16 programı kullanılmıştır.

Analizler frekans, sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, One Way Anova ve Student t testi ile değerlendirilmiştir. Varyans analizi sonucu gruplar arasındaki fark önemli bulunduğundan hangi grup ya da grupların farklı olduğunu incelemeye Tukey's HSD analizi kullanılmıştır (Özdamar, 2003).

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 26. 25±6. 30 (min 17, max 48), eşlerinin yaş ortalaması 29. 94 ±6. 80 (min 17 max 55) ve evlilik süreleri ortalama 19. 66±4. 23 yıl (min 1 max 41) idi. Katılımcıların % 46. 2'sinin ilköğretim mezunu olduğu, % 88'inin ev hanımı olduğu, % 53. 4'ünün gelir durumunu orta düzeyde olarak ifade ettiği, % 93. 7'sinin sosyal güvencesinin olduğu, eşlerinin %50. 3'ünün ilköğretim mezunu olduğu ve eşlerin % 74. 9'unun çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Kadınlar doğum eyleminde uygulanan girişimler açısından değerlendirildiğinde; % 58. 6' sına lavman, % 42. 9'una amniyotomi, % 36. 6'sına induksiyon, % 75. 4'üne epizyotomi, % 58. 1'ine fundal basınç yapıldığı ve % 17. 3' üne vakum uygulandığı saptanmıştır.

Tablo 2'de katılımcıların normal doğumda anne memnuniyeti ölçeğine (NDAMÖ) ilişkin bulgular yer almaktadır. Katılımcıların NDAMÖ toplam puanının 146. 60 ± 26. 91 olduğu görülmüştür. Araştırmadan elde edilen NDAMÖ puan ortalaması ölçek kestirim puanı olan 150. 5' ten küçük olup annelerin memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre NDAMÖ toplam puan ve alt boyutları karşılaştırıldığında; yaşları, çalışma durumları ve sosyal güvence varlığı ile NDAMÖ toplam puan ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0. 05$). Katılımcılar eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında; eğitim düzeyi ve NDAMÖ toplam, sağlık ekibini algılayışı, mahremiyete saygı ve beklentilerin karşılanması alt boyutları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0. 05$). Farklılığın nereden kaynaklandığını belirlemek amacı ile ileri analiz yapıldığında; okuryazar olmayanlarla okuryazar olanlar ve ilköğretim mezunu olanlar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0. 05$), ilköğretim mezunu olanların memnuniyet düzeyleri daha yüksektir. Katılımcıların ekonomik durumlarına göre karşılaştırıldıklarında, ekonomik durum ve NDAMÖ toplam, sağlık ekibini algılayışı, doğum eyleminde hemşirelik bakımı, kararlara katılım ve bilgilendirme, mahremiyete saygı ve beklentilerin karşılanması alt boyutları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0. 05$). Eşlerin yaşlarına göre NDAMÖ toplam puan ve alt boyutları karşılaştırıldığında; eşlerin yaşları ile yalnızca kararlara katılım ve bilgilendirme alt boyutu arasında anlamlı fark olduğu

görülmüştür ($p < 0.05$). İleri analiz yapıldığında farkın 26-30 yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. Bu yaş grubundaki eşlerin kararlara katılım ve bilgilendirme alt boyutu puanı daha yüksek bulunmuştur. Eşin eğitim düzeyine göre ölçek toplam ve sağlık ekibini algılayışı, mahremiyete saygı, kararlara katılım ve bilgilendirme alt boyutu arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Eşlerin eğitim düzeyi arttıkça bu boyutlardaki memnuniyet ortalamaları artmıştır. Eşin çalışma durumuna göre doğumdaki anne memnuniyeti karşılaştırıldığında; ölçek toplam puanı, sağlık ekibini algılayışı, mahremiyete saygı, beklentilerin karşılanması ve bebekle tanışma alt boyutlarında eşin çalışma durumuna göre anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Eşleri çalışan kadınların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Katılımcıların NDAMÖ toplam ve alt boyut puanları doğum eyleminde uygulanan lavman, amniyotomi, indüksiyon, fundal basınç, epizyotomi ve vakum gibi girişimlere göre karşılaştırıldığında; fundal basınç ve vakum uygulaması ile memnuniyet düzeyleri arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Lavman yapılmaya göre ölçek toplam, postpartum bakım, mahremiyete saygı, beklentilerin karşılanması, bebekle tanışma alt boyutları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Lavman yapılmayan katılımcıların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Amniyotomi yapılmasına göre ölçeğin sağlık ekibini algılayışı, mahremiyete saygı alt boyutları arasında anlamlı fark olduğu ($p < 0.05$) ve bilmiyorum diyenlere göre doktor açtı diyenlerin memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. İndüksiyon uygulanmasına göre ölçeğin sadece hastane odası alt boyutu puan ortalamasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. İndüksiyon uygulanıp uygulanmadığını bilmeyenlerin alt boyut puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Epizyotomi uygulanma durumuna göre katılımcıların memnuniyet düzeyleri değerlendirildiğinde ölçeğin sağlık ekibini algılayışı, mahremiyete saygı alt boyutları arasında anlamlı fark olduğu ($p < 0.05$) ve epizyotomi uygulanan katılımcıların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	n	%
Yaş		
20 yaş ve ↓	38	19.9
21-25 yaş	67	35.1
26-30 yaş	46	24.1
31-35 yaş	24	12.6
36 ve ↑	16	8.3
Eğitim		
Okur-yazar değil	46	24.1
Okur-yazar	36	18.8
İlköğretim	88	46.1
Lise ve ↑	21	11
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	23	12.0
Çalışmıyor	168	88.0
Ekonomik Durum		
Muhtaç durumda	13	6.8
Ancak geçinebiliyor	63	33.0
Orta	102	53.4
İyi	13	6.8
Sosyal Güvence		
Var	179	93.7
Yok	12	6.7
Eşin Yaşı		
20 yaş ve ↓	12	6.3
21-25 yaş	44	23
26-30 yaş	59	31
31-35 yaş	42	21.9
36 ve ↑	34	17.8
Eşin Eğitimi		
Okur-yazar değil	25	13.1
Oku-yazar	34	17.8
İlköğretim	96	50.3
Lise ve ↑	36	18.9
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	95	97.4
Çalışmıyor	5	2.6

Tablo 2. Katılımcıların Normal Doğumda Anne Memnuniyeti Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Değişkenler	Ort ± SD	Min	Max
Sağlık Ekibini Algılayışı	13.86 ± 4.53	4	20
Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı	7.09 ± 2.31	2	10
Rahatlatma	11.20 ± 3.96	4	20
Kararlara Katılım ve Bilgilendirme	28.27 ± 7.40	8	40
Bebekle Tanışma	9.54 ± 4.07	3	15
Postpartum Bakım	19.98 ± 5.61	6	37
Hastane Odası	13.95 ± 5.73	4	70
Hastane Olanakları	10.10 ± 2.96	3	15
Mahremiyete Saygı	15.68 ± 3.44	7	20
Beklentilerin Karşlanması	16.93 ± 3.88	6	25
Toplam	146.60 ± 26.91	68	239

Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Değişkenler	Sağlık Eklibini Algılayışı	Doğum Eyleminde Hemsirelik Bakımı	Rahatlatma	Karılarla Katılım ve Bilgilendirme	Bebekle Tanışma	Postpartum Bakım	Hastane Odası	Hastane Olanakları	Mahremiyete Saygı	Beklentilerin Karşlanması	Toplam
	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD
Yaş											
20 yaş ve ↓	14, 97±4,25	7,29±2,24	11,76±3,80	28,68±8,26	9,63±4,39	19,82±6,01	13,79±4,23	10,18±3,02	16,05±3,89	17,68±3,47	149,87±26,73
21-25 yaş	14, 06±4,76	7,19±2,36	11,24±3,87	28,54±7,74	9,31±4,17	20,18±6,05	14,01±4,15	10,51±3,29	15,40±3,60	17,12±4,50	147,57±29,33
26-30 yaş	12, 85±4,70	6,76±2,18	11,07±3,88	27,30±6,70	9,52±3,93	19,93±5,38	13,41±3,60	9,72±2,38	16,04±2,90	16,28±3,36	142,89±22,42
31-35 yaş	13, 63±4,02	7,25±2,11	10,67±4,69	28,25±5,76	9,33±3,51	19,92±4,52	12,50±4,35	9,33±2,86	15,00±2,74	16,42±3,52	142,29±21,31
36 ve ↑	13, 69±4,31	6,94±2,99	10,94±4,12	28,94±8,51	10,63±4,38	19,75±5,53	17,75±14,42	10,50±3,05	15,88±2,75	16,94±3,90	151,94±35,86
	p=0,311	p=0,823	p=0,859	p=0,894	p=0,843	p=0,997	p>0,05	p=0,059	p=0,416	p=0,672	p=0,513
Eğitim											
Okur-yazar değil	14,20±4,14	7,43±2,29	10,74±3,68	28,43±7,85	9,41±4,21	20,83±5,66	14,28±3,92	10,52±2,93	16,20±3,56	17,91±3,84	149,96±28,49
Okur-yazar	11,08±4,27	7,14±1,58	10,78±3,65	26,42±6,40	8,08±3,24	19,03±4,31	12,22±3,38	9,42±2,29	13,19±2,87	15,72±2,48	133,08±17,97
İlköğretim	14,76±4,53	6,89±2,52	11,30±4,31	28,96±7,55	9,86±4,16	19,83±6,10	14,36±7,34	10,33±3,10	16,41±3,15	17,13±4,08	149,86±27,06
Lise ve ↑	14,14±4,21	7,14±2,49	12,57±3,45	28,10±7,34	10,95±4,16	20,38±5,41	14,43±4,03	9,33±3,30	15,71±3,53	16,00±4,53	148,76±29,93
	p=0,000	p=0,633	p=0,311	p=0,380	p=0,051	p=0,526	p=0,259	p=0,181	p=0,000	p=0,047	p=0,010
Çalışma Durumu											
Çalışmıyor	14,07±4,51	7,15±2,28	11,10±3,94	28,38±7,46	9,73±4,13	20,13±5,54	14,04±5,92	10,12±3,01	15,77±3,47	16,89±3,81	147,37±26,46
Çalışıyor	12,39±4,52	6,70±2,53	11,96±4,16	27,48±7,05	8,13±3,33	18,91±6,14	13,30±4,06	10,00±2,69	14,96±3,25	17,17±4,38	141,00±30,01
	p=0,818	p=0,264	p=0,878	p=0,660	p=0,007	p=0,648	p=0,827	p=0,280	p=0,506	p=0,772	p=0,652
Ekonomik Durum											
Muhtaç durumda	11,08±4,31	5,46±2,75	11,08±3,92	24,15±9,56	8,54±3,99	17,15±6,30	12,69±5,26	9,23±3,41	14,77±3,03	16,54±3,84	130,69±31,10
Ancak geçinebiliyor	13,17±4,65	7,11±2,05	11,27±3,69	26,89±7,47	9,43±3,81	19,21±4,93	12,75±3,83	9,51±2,90	15,22±3,71	16,14±3,83	140,70±24,05
Orta	14,29±4,40	7,14±2,37	11,21±4,17	29,28±6,92	9,52±4,08	20,61±5,68	14,62±6,80	10,41±2,92	15,71±3,31	17,07±3,80	149,85±26,95
İyi	16,62±3,42	8,31±1,79	11,00±4,06	31,08±6,27	11,23±5,18	21,62±6,65	15,77±3,08	11,46±2,60	18,54±2,10	20,00±3,46	165,62±21,43
	p=0,006	p=0,016	p=0,996	p=0,018	p=0,383	p=0,075	p=0,106	p=0,057	p=0,011	p=0,011	p=0,001
Sosyal Güvençe											
Var	13,91±4,53	7,09±2,30	11,17±4,00	28,36±7,41	9,56±4,06	20,15±5,61	13,94±5,89	10,21±2,93	15,68±3,48	17,0±3,861	147,07±27,22
Yok	13,17±4,80	7,17±2,51	11,75±3,49	26,83±7,53	9,25±4,39	17,42±5,19	14,08±2,39	8,58±3,14	15,58±2,90	15,75±4,15	139,58±21,51
	p=0,558	p=0,931	p=0,173	p=0,957	p=0,528	p=0,966	p=0,224	p=0,924	p=0,266	p=0,946	p=0,434
Eşin Yaşı											
20 yaş ve ↓	14,25±4,99	7,25±2,45	11,75±2,66	28,83±8,17	8,17±4,80	19,33±6,52	14,92±4,35	10,92±3,20	15,75±3,88	18,42±3,05	149,58±34,10
21-25 yaş	13,93±4,38	7,02±2,28	11,09±3,87	27,75±8,04	9,95±4,07	19,20±5,74	13,4±3,633	10,07±2,92	15,48±3,65	16,11±4,09	143,05±24,73
26-30 yaş	14,69±4,26	7,22±2,34	11,17±3,72	30,46±6,41	9,51±4,17	20,93±4,86	14,17±4,23	10,37±3,46	15,93±3,46	15,27±3,93	152,07±25,22
31-35 yaş	12,71±4,98	7,00±2,06	11,29±4,64	26,38±6,90	9,19±3,80	19,79±6,51	12,81±4,01	9,86±2,55	15,62±3,34	16,55±3,64	141,19±24,10
36 ve ↑	13,62±4,39	7,03±2,63	11,12±4,16	28,56±7,82	9,97±4,05	19,79±5,25	15,29±10,46	9,71±3,08	15,53±3,28	16,74±3,89	147,35±32,15
	p=0,302	p=0,985	p=0,990	p=0,041	p=0,647	p=0,599	p=0,366	p=0,686	p=0,969	p=0,198	p=0,281
Eşin Eğitimi											
Okur-yazar değil	12,60±4,41	6,72±2,49	10,40±2,93	27,12±8,39	9,48±3,85	20,84±4,56	13,56±4,24	9,88±2,71	14,80±3,41	16,36±4,13	141,76±25,99
Okur-yazar	10,88±4,35	6,71±1,89	10,00±3,19	25,38±6,32	8,50±3,62	18,71±4,75	12,00±3,43	9,21±2,50	13,71±2,85	16,15±2,48	131,24±20,65
İlköğretim	14,94±4,00	7,39±2,13	11,67±4,35	29,39±7,04	9,66±4,00	19,45±5,61	14,52±6,89	10,27±3,11	16,39±3,37	17,56±4,18	151,22±25,84
Lise ve ↑	14,69±4,83	6,94±2,89	11,67±3,99	28,81±8,02	10,25±4,73	22,00±6,55	14,53±4,56	10,67±3,04	16,25±3,45	16,36±3,81	152,17±30,29
	p=0,000	p=0,351	p=0,113	p=0,042	p=0,337	p=0,048	p=0,146	p=0,183	p=0,000	p=0,154	p=0,001
Eşin Çalışma Durumu											
Çalışıyor	11,71±4,17	6,94±1,90	10,58±3,61	27,06±5,56	8,23±3,30	19,13±4,20	14,27±8,93	10,04±2,53	13,50±3,12	16,17±3,34	137,63±24,93
Çalışmıyor	14,59±4,43	7,15±2,43	11,41±4,07	28,67±7,90	9,98±4,22	20,27±6,00	13,84±4,17	10,13±3,10	16,41±3,24	17,18±4,02	149,62±26,96
	p=0,03	p=0,220	p=0,135	p=0,010	p=0,001	p=0,005	p=0,427	p=0,092	p=0,002	p=0,003	p=0,005

5. TARTIŞMA

Hayatın vazgeçilmezi olan sağlık hizmetinin kalite belirleyicisi, hizmet alıcıların yani hastaların memnuniyet ve beklentileridir. Araştırmamızda, katılımcıların normal doğumda memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Bozkurt'un (2013) ve Apay ve ark.'nın (2011) normal doğumda ve sezaryen doğumda anne memnuniyetinin belirlenmesi amacı ile yaptığı çalışmalarda normal doğum yapanların memnuniyet düzeyleri sırası ile $114,70 \pm 12,21$ $136,85 \pm 14,14$ olarak belirlenmiştir. Çalışmamızla benzerlik göstermekle birlikte normal doğumda memnuniyet oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda, katılımcıların eğitim düzeyinin memnuniyet düzeyini olumlu etkilediği, ölçeğin sağlık ekibini algılayış, mahremiyete saygı ve beklentilerin karşılanması alt boyutları açısından anlamlı fark olduğu görülmüştür. Okur-yazar olmayan kişilerin sağlık profesyonellerinin paternalist yaklaşımını kabul etmeleri nedeni ile olduğu düşünülebilir. Anket uyguladığımız hastaların demografik bilgilerinden yola çıkarak elde ettiğimiz sonuçlarda benzer konulu araştırmalarda ise; Ankara Üniversitesi'nde yapılan hasta memnuniyeti değerlendirmesinde eğitim düzeyi arttıkça memnuniyetsizliklerin de arttığı (Sarp ve Tükel, 1999), Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan başka bir çalışmada ise eğitim düzeyinin memnuniyeti etkilemediği (Önsüz ve ark. 2008) sonuçlarına varılmıştır. Bulgulardan da anlaşılacağı üzere, anket uygulanan hastalarda eğitim ve bilinç düzeyi arttıkça memnuniyet artmaktadır. Hastayı bilgilendirmenin hasta memnuniyeti üzerinde olumlu etkisi olduğu çeşitli araştırmalarda (Önsüz ve ark. 2008) gösterilmiştir ve memnuniyet düzeyinin yüksek olmasının hastalarda tedavinin başarısını daha da yükselteceği düşünülmektedir.

Bozkurt'un (2013) yapmış olduğu yüksek lisans tez çalışmasında, lohusaların ekonomik durumu ile sağlık ekibini algılayış, doğum eyleminde hemşirelik bakımı ve postpartum bakımdan memnuniyeti arasında anlamlı fark bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımız Bozkurt'un çalışması ile benzerdir.

Literatürde çoğu kadının anne ve bebek sağlığı için ciddi bir sorun oluşmadığı sürece doğumu hızlandırmak veya kolaylaştırmak amacıyla

yapılan indüksiyon (oksitosin uygulaması), amniyotomi, vakum, sezaryen vb. tıbbi girişimlerin yapılmasını istemediği ifade edilmektedir. Çalışmamızda hastalara doğum eylemi sırasında amniyotomi, epizyotomi, lavman vb. çeşitli girişimler yapıldığı görülmekte olup yapılan girişimlere bağlı olarak hastaların memnuniyet düzeyleri azalmaktadır. Yapılan çalışmalarda da hastalara doğum eylemi sırasında yapılan müdahalelerin artmasına bağlı olarak memnuniyet düzeylerinin azaldığı görülmektedir (Ashalatha ve ark. 2005, Bozkurt Ş. 2013).

6. SONUÇ

Araştırma sonucunda, katılımcıların kendi ve eşlerinin eğitim düzeylerinin, ekonomik durumlarının, eşin yaşının ve eşin çalışma durumunun kadınların memnuniyet düzeylerini etkilediği görülmüştür. Doğum eylemi sırasında yapılan girişimlere yönelik; lavman uygulanması durumunda memnuniyet oranlarının düştüğü, epizyotomi açıldığı durumda ise memnuniyetin arttığı saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda katılımcıların memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Yükselen sezaryen oranlarını düşürmek için ebelere önemli görevler düşmektedir. Normal doğum sırasında kadının çiftin desteklenmesi ve gereksiz müdahalelerden kaçınılması doğumda anne memnuniyetinin yükselmesine olumlu katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Akdur, Recep. (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması Ankara.
- Apay, Serap Ejder- Kanbur, Ayla- Aksakallı, Merve- Pasinlioğlu, Türkan, (2011). Doğum Şekline Göre Lohusaların Doğumda Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması. I. Uluslararası & II. Ulusal Ebelik Kongresi, 13-16 Ekim 2011, Sayfa 113. Safranbolu.
- Ashalatha, Shetty- Burt, Rhona- Rice Pat- Templeton, Allan, (2005). Women’s perceptions, expectation and satisfaction with induced labour- A questionnaire-based study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 123, sayfa 56-61.
- Bozkurt, Şadiye. (2013). Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Erdem, Ramazan- Rahman, Süheyla- Avcı, Levent- Demirel, Bülent- Köseoglu, Seda- Fırat, Gülhan- Kesici, Tuğba- Kırmızıgül, Şule- Üzel, Seda- Kubat, Cemile (2008). Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 31, sayfa 95-110.
- Ezeanochie, Michael- Olaqbuji, Biodun- Ande, Adedapo. (2013). Women's concerns and satisfaction with induced labour at term in a Nigerian population. Niger Postgrad Med. 20, sayfa 1-4.
- Gülmez, Mustafa. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama, C. Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 6, Sayı 2.
- Güngör, İlkay. (2009). Doğumda Anne Memnuniyetinin Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Ün. Sağlık Bilimleri Fakültesi
- Kaya, Ayla. (2011). Sezaryen Doğum Sonu Serviste Yatan Annelerin Aldıkları Hemşirelik Bakımı İle İlgili Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Önsüz, Muhammet Fatih- Topuzoğlu,- Ahmet- Cöbek, Utku Can- Ertürk, Sercan- Yılmaz, Fatma- Birol Selim. (2006). İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi. Marmara Medical Journal, 21 (1), sayfa 33-49.
- Özdamar, Kazım. (2003). SPSS ile Bioistatistik, Kaan Yayıncılık, Eskişehir.
- Papatya, Gulcan- Papatya, Nurhan- Hamşioğlu, A. Buğra. (2012). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti, İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, cilt 2, sayı 1 sayfa 87-108.
- Pınar, Gül- Doğan, Nevin- Algier, Lale- Kaya, Necibe- Çakmak, Filiz. (2009). Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen Faktörler, Dicle Tıp Dergisi. Cilt 36, No 3, sayfa 184-190.
- Sağlık Bakanlığı. (2006). Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Araştırması, Ankara.
- Özer, Ali- Çakıl, Enver. (2007). Sağlık, Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, Tıp Araştırmaları Dergisi, Sayfa 140-143.
- Taşkın, Lale. (2011). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 10. Baskı. Ankara.
- Tükel, Burhan- Acuner, Ahmet Münir - Önder, Ömer Rıfki - Üzgül, Arzu, (2004) "Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti", Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 57 (4), sayfa 215-214. 147-151
- Uzun, Ertan- Güney, Mehmet- Oral, Baha- Özsoy, Mesut- Mungan, Tamer. (2006). Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi: Verilen Hizmetlerle İlgili Hasta Memnuniyeti ve Etki Eden Faktörler. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 3 (3), sayfa 167-171

- Yaşar, Eda. (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı.
- Yerebakan, Metin. (2000). Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2000-26.
- Zaim, Halil- Tarım, Mehveş. (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması, Sosyal Siyasal Konferansları, sayı 59, sayfa 1-24.

Sağlık Bakım Kalitesinin Geliştirilmesi Açısından Önemli Bir Sorun: Hemşirelerin Psikososyal Bakımla İlgili Görüşleri, Bilgi Düzeyleri ve Bakımın Önündeki Engeller

Gönderim Tarihi: 11. 04. 2016

Kabul Tarihi : 09. 06. 2017

Ayşe Aksoy ¹

Meral Kelleci ²

Serap Yağmur ³

ÖZ

Bu araştırma, genel kliniklerde çalışan hemşirelerin psikososyal bakımla ilgili görüşleri, bilgi düzeyleri ve bakımın önündeki engelleri belirlemek amacıyla, Sivas Numune Hastanesi'nde çalışan 245 hemşire üzerinde yapıldı. Araştırmanın verileri "Tanıtıcı Bilgi Formu", Psikososyal Bakımla İlgili Görüş ve Engeller Formu" ve Psikososyal Bakım Bilgi Formu" ile toplandı. İstatistiksel analizlerde yüzdelik dağılım, Varyans analizi ve student t-test kullanıldı. Çalışmada hemşirelerin %40,8'inin psikososyal bakımın hemşirelerin öncelikli bir rolü olduğunu düşündüğü, %27,8'inin psikososyal açıdan hastasını değerlendirdiği, %23,3'ünün ise yaptığı değerlendirmeleri yeterli bulduğu ve % 64,1'inin psikososyal bakımla ilgili eğitime ihtiyaç duyduğu belirlendi. Hemşirelerin psikososyal bakımla ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde %62,4'ünün düşük, %34,3'ünün orta ve yalnızca %3,3'ünün yüksek düzeyde olduğu saptandı. Eğitim düzeyi lisans ve yüksek lisans olan hemşirelerin psikososyal bakım bilgi puan ortalamasının diğer eğitim düzeylerinden anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). Hemşirelerin çoğunluğu hemşire sayısının az olmasını ve iş yoğunluğunu psikososyal bakımın önünde engel olarak görürken yarıdan fazlası bilgi yetersizliğini engel olarak ifade etti. Çalışmanın sonucunda hemşirelerin psikososyal bakımla ilgili

1 Uzm. Hem., Sivas Numune Hastanesi, a. aksoy. tc@gmail. com

2 Doç. Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, meralkelleci@yahoo. com

3 Hemşire, Sivas Numune Hastanesi, sivasnumunekalite@gmail. com

bilgi düzeylerinin artırılması ve sağlık sistemi içerisine düzenlemelerin yapılmasının psikososyal bakımın ve sağlık bakım kalitesinin artırılmasında yararlı olacağı sylenbilir.

Anahtar Kelimeler: Psikososyal Bakım, Yatan Hasta, Hemşirelik, Sağlık Bakım Kalitesi

An Important Problem Regarding The Improvement of The Quality of Health Care: Nurses' Views on and Knowledge of Psychosocial Care, and Barrier to Healthcare

ABSTARCT

This study was conducted with 245 nurses working in the clinics of Sivas Numune Hospital in order to determine their views on and knowledge of psychosocial care, and obstacles to healthcare. The study data was collected via the personal information form, Opinions and Barrier Related to Psychosocial Care Form and Psychosocial Care Information Form". To perform the statistical analysis, percentage distribution, ANOVA and Student's T test were used. In this present study, it was determined that of the participating nurses, 40. 8% considered that nurses had a primary role in the provision of psychosocial care, 27. 8% evaluated their patients psychosocially, 23. 3% considered the assessments they made adequate, and 64. 1% needed training on psychosocial care. The analysis of the nurses' knowledge levels related to psychosocial care revealed that 62. 4% had a low level, 34. 3% had a moderate level and only 3. 3% had a high level of knowledge. The mean psychosocial care knowledge scores of the nurses with a bachelor's or master's degree were found to be significantly higher than were those of the nurses with other levels of education ($p < 0. 05$). While the majority of the nurses considered the heavy workload and lack of nurses as an obstacle to psychosocial care, more than half of them considered the lack of knowledge as an obstacle. As a result of the study, it can be conceivable that increasing the knowledge level of nurses' interest in psychosocial care will be beneficial in increasing psychosocial care and health care quality.

Keywords: Psychosocial Care, Patient, Nursing, Health Care Quality

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hemşirelik, sağlığın geliştirilmesi, korunması, hastalıkların önlenmesi için hastalığa değil hastaya odaklanan, insanı fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutları ile bir bütün olarak ele alan sağlık sisteminin önemli yapı taşını oluşturan bir disiplindir. Bu kapsamda psikososyal bakım, hemşirelerin vazgeçilmez fonksiyonlarından biridir. Psikososyal bakım; psikolojik, sosyal ve spiritüel bakımın kültürel açıdan hassas bir biçimde sunulmasıdır. Psikososyal bakım, hastalığın duygusal alanlarıyla, sağlık bakımını ve sağlığı etkileyen yaşam krizleriyle ya da ruhsal sorunlarla baş etme gücünü yitiren bireylere yardım etmek için girişimleri vurgular (Legg,2011:61). Diğer bir ifadeyle psikososyal bakım, hastalığın duygusal boyutuyla baş etmede zorlanan, sağlığı ve sağlık bakımını etkileyen yaşam krizleri olan bireylere yardımcı ifade eder. Aynı zamanda psikososyal bakım kendi kendine yardım için kişiye yardım etme yaklaşımıdır (Kocaman, 2005: 52; Kocaman, 2006: 99; Öz, 1999: 56).

Psikososyal bakımda hemşirenin kronik hastalıklarda hasta ve ailenin yaşam tarzı değişikliklerine uyumlarına yardım etme, yararlı olmayan uyumları önleme, tedaviye uyumu artırma, hasta davranışlarının altında yatan gerçek anlamları bulma, hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırma ve hastalığı yönetme becerilerini kazandırma rolleri bulunmaktadır (Karadakovan ve Eti Aslan 2010; Yıldırım ve Gürkan 2010: 87). Ayrıca hemşirenin, bilgi ve becerisini kullanarak hasta ve ailesini eğitme, danışmanlık yapma ve tedavi edici iletişim tekniklerini kullanarak hastaların psikolojik durum ve iyilik halini periyodik olarak sorgulama, değerlendirme ve müdahale etme yetkinlikleri de mevcuttur (Fortinash ve Holoday, 1996: 678; Young ve Unachukwu 2012: 7). Hemşire çözümlenmesi güç olan klinik problemlerin analizi, ağrı, yas, anksiyete, kriz, intihar, şiddet gibi konularda Konsültasyon-Liyazon hemşiresi ve tedavi ekibinin diğer üyeleriyle işbirliği içinde çalışmalıdır. Hemşirelik bakımının kalitesi kurumun hizmet kalitesini doğrudan etkileyen önemli bir faktördür. Ancak klinik gözlemler ve deneyimlerin hemşirelerin psikososyal sorunları olan hasta ile karşılaşma ve bu hastalara yaklaşım konusunda sorunların olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada hemşireler hastaların psikososyal gereksinimleri tanılamada kendilerini kısmen yeterli gördüklerini belirtmiştir (Pehlivan, 2013: 36). Yine

yapılan bazı çalışmalarda da hemşirelerin özellikle psikososyal semptomları ve psikososyal gereksinimleri yeterince tanılamadıkları ve müdahale edemedikleri bulunmuştur (Nakaguchivd, 2013: 369, Alaca, 2008: 102; Yakimo vd., 2004: 215 Lampic ve Sjöden, 2000: 9). Diğer taraftan psikososyal sorunları olan hastalarla çalışma ve müdahale konusunda yetersiz kalındığını hissetme hemşirelerin tükenmesine ve motivasyonlarının azalmasına neden olan faktörler arasında yer alabilir (Robinson, 1995: 76). Oysa psikososyal bakım verilen kurumlarda bakım maliyetinin düştüğü, hasta memnuniyetinin arttığı ve çalışanların daha doyumlu olduğu ile ilgili bilgiler mevcuttur (Gorman ve Sultan, 2014: 3; Ramiraz ve Allan, 1997: 1681). Bu nedenle sağlık bakım kalitesinin artırılması için hemşirelerin psikososyal bakım konusunda güçlendirilmeye, psikososyal bakımın önündeki engellerin belirlenerek çözümlenmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada da hemşirelerin psikososyal bakımla ilgili görüşlerinin, bilgi düzeylerinin ve bakımın önündeki engellerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmadan elde edilen bulguların, kurumda hasta bakım kalitesinin artırılması için yapılacak planlamalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

2. YÖNTEM

Araştırma Sivas Numune Hastanesi'nde çalışan hemşirelerle 1-15 Kasım 2015 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın evrenine araştırmanın yapıldığı tarihlerde hastanede aktif çalışan izinli ve raporlu olmayan tüm hemşireler dahil edildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden, veri toplama araçlarını tam dolduran 245 hemşire çalışmanın örneklemini oluşturdu. Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Psikososyal Bakımla ilgili Görüş ve Engeller Formu" ve "Psikososyal Bakım Bilgi Formu" ile toplandı. İstatistiksel analizlerde yüzdeler dağılımı, Varyans analizi ve student t test kullanıldı.

Araştırmaya başlamadan önce hastane etik kurulundan gerekli izinler alındı, çalışmaya katılımda gönüllülük esas alındı.

2. 1 Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyo-demografik ve mesleki bilgileri içeren 7 sorudan oluşmaktadır.

2. 2 Psikososyal Bakımla İlgili Görüş ve Engeller Formu

Araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucu elde edilen bilgiler dahilinde oluşturulmuştur. Psikososyal bakımla ilgili görüş ve engelleri belirten 6 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır.

2. 3 Psikososyal Bakım Bilgi Formu

Psikososyal bakımla ilgili bilgi düzeylerini belirlemek için literatür taraması sonucu araştırmacılar tarafından oluşturulmuş 5 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. Her sorunun sadece 1 doğru cevabı vardır. Her "doğru" cevap "1", "yanlış" cevap "0" puan olarak hesaplanmış ve formdan alınan en yüksek puan "5" en düşük puan "0" olarak belirlenmiştir. Cevaplar değerlendirilirken "0-2" puan alanların bilgi düzeyi düşük, "3-4" puan alanların bilgi düzeyi orta, "5" puan alanların bilgi düzeyi yüksek olarak kategorize edilmiştir.

3. BULGULAR

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı özellikler	n (%)
Yaş	
19-28 yaş	101 (41,2)
29-38 yaş	94 (38,4)
39 yaş ve üzeri	50 (20,4)
Yaş ort: 31. 92 ± 8. 05	
Cinsiyet	
Kadın	216 (88,2)
Erkek	29 (11,8)
Medeni Durum	
Evli	184 (75,1)
Bekar	61 (24,9)
Eğitim Durumu	
Sağlık Meslek Lisesi	32 (13,1)
Önlisans	69 (28,2)
Lisans	127 (51,8)
Yüksek Lisans	17 (6,9)
Çalıştığı Bölüm	
Dahili Klinikler	110 (44,9)
Cerrahi Klinikler	54 (22,0)
Yoğun Bakım	25 (10,2)
Diğer*	56 (22,9)

Çalışma Süresi	
1-5 yıl	101 (41,2)
6-10 yıl	44 (18,0)
11 yıl ve üzeri	100 (40,8)
Çalıştığı birimden memnun olma düzeyi	
Memnun olmayanlar	38 (15,5)
Kısmen memnun olanlar	113 (46,1)
Memnun olanlar	94 (38,4)
Toplam	245 (100)

*Hemodiyaliz, acil servis, kan alma, ekg, ameliyathane, tansiyon ölçme

Tablo 1’de görüldüğü gibi hemşirelerin çoğunluğu 19-28 yaş grubunda olup, evli ve lisans mezunudur. Hemşirelerin çalışma durumları incelendiğinde çoğunlukdahili kliniklerde çalışmakta ve çalışma süreleri 1-5 yıldır. Hemşirelerin çoğunlukla çalıştığı klinikten kısmen memnun veya memnun olmadığını belirtmiştir.

Tablo 2. Hemşirelerin Psikososyal Bakımla İlgili Görüşleri ve Bilgi Düzeyleri

Hemşirelerin görüşleri	n (%)
Psikososyal bakımın hemşirelerin öncelikli rolü olduğunu düşünme	
Düşünmeyen	29 (11,8)
Kararsız olan	116 (47,3)
Düşünen	100 (40,8)
Hastasını psikososyal açıdan değerlendirebildiğini düşünme	
Düşünmeyen	30 (12,2)
Kararsız olan	147 (60,0)
Düşünen	68 (27,8)
Hastanın psikososyal sorunlarını tanılamada kendisini yeterli bulma	
Yeterli bulmayan	52 (21,2)
Kısmen yeterli bulan	136 (55,5)
Yeterli bulan	57 (23,3)
Çalıştığı klinikte psikososyal bakım verildiğini düşünme	
Hayır	30 (12,2)
Kısmen	147 (60,0)
Evet	68 (27,8)
Psikososyal bakımla ilgili eğitim gereksinimi olduğunu ifade etme	
Evet	157 (64,1)
Hayır	88 (35,9)
Psikososyal bakımla ilgili bilgi düzeyi ve puan ortalaması	
Düşük	153 (62,4)
Orta	84 (34,3)
Yüksek	8 (3,3)
Bilgi Puan Ort: 2,14 ± 1,18	
Toplam	245 (100)

Hemşirelerin psikososyal bakımla ilgili görüşleri ve bilgi düzeyleri Tablo 2’de verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi hemşirelerin %40,8’i psikososyal bakımın hemşirelerin öncelikli bir rolü olduğunu düşünmekte ve yalnızca %27,8’i psikososyal açıdan hastasını değerlendirdiğini, %23,3’ü ise yaptığı değerlendirmeleri yeterli bulduğunu ifade etmektedir. Hemşirelerin yarıdan fazlası çalıştığı klinikte psikososyal bakımın kısmen verildiğini belirtmiş ve % 64,1’i bu konuda eğitime ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir. Hemşirelerin psikososyal bakımla ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde çoğunluğun puanının düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Hemşirelerin psikososyal bakım bilgi puan ortalaması ise $2,14 \pm 1,18$ olup orta düzeyin altındadır.

Tablo 3. Hemşirelerin Psikososyal Bakımın Sunulmasının Önündeki Engellere Yönelik İfadeleri

Engeller	n* (%)
Psikososyal bakımla ilgi bilgi yetersizliği olduğunu düşünme	147 (60,0)
Psikososyal bakım yapılması gerektiğine inanmama	54 (22,0)
İş yoğunluğu nedeniyle psikososyal bakıma zaman ayıramama	197 (80,4)
Psikososyal bakımın psikiyatri hemşiresinin işi olduğunu düşünme	51 (20,8)
Hemşire sayısının az olması	205 (83,7)
Sağlık sisteminde psikososyal bakımın yapılmasının beklenmemesi	66 (26,9)

*her katılımcı birden fazla seçenek işaretleyebilmiştir.

Tablo 3’de hemşirelerin psikososyal bakımın sunulmasının önündeki engellere yönelik ifadeleri yer almaktadır. Hemşireler çoğunlukla "hemşire sayısının az olması", "iş yoğunluğu nedeniyle psikososyal bakıma zaman ayıramama" ve "bilgi yetersizliği" nedenlerinin psikososyal bakıma engel olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Psikososyal Bakımla İlgili Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	Bilgi Puanları Ort ± SD	Test /p
Yaş		
19-28 yaş	2,05 ± 1,31	F= 1,213 p=0,272
29-38 yaş	2,18 ± 1,10	
39 yaş ve üzeri	2,26 ± 1,16	
Cinsiyet		
Kadın	2,16 ± 1,19	t=-0,563 p=0,573
Erkek	2,03 ± 1,20	
Medeni durum		
Evli	2,10 ± 1,18	t= -1,078 p=0,281
Bekar	2,27 ± 1,19	
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	1,81±1,25	F= 4,16 p= 0,017
Önlisans	1,92± 1,11	
Lisans ve yüksek lisans	2,32± 1,18	
Çalışma süresi		
1-5 yıl	2,04 ± 1,18	F=0,809 p= 0,447
6-10 yıl	2,31±1,32	
11 yıl ve üzeri	2,17± 1,13	
Çalıştığı birimden memnun olma düzeyi		
Memnun olmayanlar	2,00 ± 1,27	F= 0,940 p= 0,392
Kısmen memnun olanlar	2,25 ± 1,18	
Memnun olmayanlar	2,07 ± 1,16	

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklere göre bilgi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi ve çalıştığı birimden memnun olma durumu açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p > 0,05$). Eğitim açısından ise lisans ve yüksek lisans mezunlarının bilgi puan ortalaması ortalama düzeyin altında olmasına rağmen diğer eğitim gruplarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,05$).

4. TARTIŞMA

Araştırmanın sonucunda hemşirelerin %40,8'i psikososyal bakımın hemşirelerin öncelikli bir rolü olduğunu düşündüğünü bildirmesine rağmen yalnızca %27,8'i psikososyal açıdan hastasını değerlendirdiğini, %76,7'si

ise yaptığı değerlendirmeleri yeterli bulmadığını ifade etmektedir. Çalışmada hemşirelerin yarıdan fazlası çalıştığı klinikte psikososyal bakımın kısmen verildiğini belirtmiş ve bu konuda eğitime ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir.

Araştırmamıza benzer olan fakat son sınıf hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların çoğunluğu psikososyal bakımın hemşirelerin öncelikli rolü olduğunu düşündüğünü belirtmiş ve az bir kısmı hastasını psikososyal açıdan değerlendirebildiğini ifade etmiştir (Aksoy vd. 2016). Pehlivan'ın çalışmasında ise araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu (%98,7; n: 155) hastaların psikososyal açıdan değerlendirilmesi gerektiğini düşündüğünü, yaklaşık yarısı hastaları psikososyal açıdan değerlendirebildiğini ve psikososyal gereksinimleri tanılamada hemşirelerin yarıdan fazlası kendilerini kısmen yeterli veya yeterli gördüğünü belirtmiştir (Pehlivan, 2013: 36). Bu çalışma sonuçlarının çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin psikososyal bakımla ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde çoğunluğunun puanının düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Hemşirelerin psikososyal bakım bilgi puan ortalaması ise $2,14 \pm 1,18$ olup orta düzeyin altındadır.

Öğrenci hemşirelerle yapılan çalışmada katılımcıların çoğunluğunun psikososyal bakımla ilgili bilgi düzeylerinin düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Aksoy vd. 2016). Alaca'nın çalışmasında ise hemşirelere ve hastalara psikososyal sorunlarla ilgili sorulan soruda hemşirelerin %84,8'i "evet yardımcı olabiliyoruz" diye yanıtlamış fakat hastaların yalnızca %31'i hemşirelerin yardımcı olduğunu belirten ifadeler kullanmıştır. (Alaca, 2008: 87).

Menyhert ve arkadaşları yaptığı çalışmada psikososyal bakıma ihtiyaç duyan kişilerden daha az kişiye bu bakımın sağlandığı ve psikososyal bakımın yetersiz olduğu sonucunu bulmuştur (Menyhertvd, 2014, 1485). Nakaguchi ve arkadaşlarının onkoloji hemşirelerinin kemoterapi alan hastaların destekleyici bakım ihtiyaçlarını tanıması konusunda yaptıkları çalışmada hemşirelerin özellikle psikososyal semptomları ve psikososyal gereksinimleri yeterince tanılayamadıkları bulunmuştur (Nakaguchivd, 2013: 369). Tip 1 diyabetli çocuklar, aileleri ve bakım veren hemşire ve çocuk doktorlarıyla yaptığı çalışmasında çocuklar ve aileleri %10 psikososyal sorunları olduğunu

bildirmişken profesyonellere göre psikososyal sorun yok olarak bildirilmiştir. (Boogerdd, 2015). Yine başka bir çalışmada hemşireler bakımın psikososyal sorunlara müdahale etmek konusunda hemşirelerin orta düzeyde beceriye sahip oldukları bulunmuştur (Frostvd, 1997, 350) Bu çalışma bulgularının çalışmamızda bulunan sonuçları desteklediği hemşirelerin psikososyal bakım konusunda eksiklerinin olduğu söylenebilir.

Hemşireler çoğunlukla "hemşire sayısının az olması", "iş yoğunluğu nedeniyle psikososyal bakıma zaman ayıramama" ve "bilgi yetersizliği" nedenlerinin psikososyal bakıma engel olduğunu belirtmiştir.

Öğrenci hemşirelerle yapılan çalışmada ise psikososyal bakım önündeki engeller psikososyal bakımla ilgili bilgi yetersizliği, hasta sayısının fazla olması belirlenmiştir (Aksoy vd. 2016). Pehlivan'ın çalışmasında ise hastaları psikososyal açıdan değerlendirmesini etkileyen faktörler iş yoğunluğu nedeniyle hastanın psikolojik ihtiyaçlarına vakit ayıramama, çalışan hemşire sayısının az olması, hasta sayısının fazla olması belirtilmiştir (Pehlivan, 2013: 37).

Yurt dışında yapılan bir çalışmada psikososyal bakıma engel durumlar zaman yetersizliği, psikososyal bakım konusunda hemşirelerin becerilerini arttırmak için kullanılabilir süreli eğitimin ve eğitici rol modellerin olmaması olarak bulunmuştur (Frost vd. 1997, 350). Benzer başka bir çalışmada ise hemşireler, zamanın, hasta mahremiyeti yetersizliğinin, hemşirelerin duygusal enerjisinin yetersizliğinin, klinik yönergelerle ilgili karışıklıkların, tarama araçlarıyla ilgili deneyim eksikliğinin, hassas konularda nasıl yaklaşılacağına bilinmemesi ve ekip üyeleri arasındaki kötü iletişimin psikososyal bakıma engel olduğunu belirtmiştir (Chen ve Raingruber, 2014, E1).

Eğitim açısından ise lisans ve yüksek lisans mezunlarının bilgi puan ortalaması ortalama düzeyin altında olmasına rağmen diğer eğitim gruplarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu durum eğitim içeriğinde konuyla ilgili verilen bilgi seviyesinin farkından kaynaklanıyor olabilir.

5. SONUÇ

Hemşirelerin psikososyal bakımla ilgili görüşleri, bilgi düzeyleri ve bakımın önündeki engelleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada hemşirelerin

psikososyal bakımın hemşirelerin öncelikli bir rolü olduğunun farkında olmalarına rağmen bu konuda hastaları yeteri kadar değerlendirip uygulamada bulunacak yeterli bilgiye sahip olmadıkları söylenebilir. Hasta bakım kalitesinin artırılmasında önemli bir parametre olan psikososyal bakımla ilgili hemşirelerin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesine yönelik düzenlemelerin yapılması önerilir.

KAYNAKÇA

- Aksoy, A., Kılıç, N. &Yeşildağ B. (2016). Öğrenci Hemşirelerin Psikososyal Bakımla İlgili Görüş ve Bilgi Düzeyleri. IV. Uluslararası VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı, Syf:165.
- Alaca, Ç. (2008). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğine Duyulan Gereksinmenin İncelenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Mersin. Sayfa: 96-105.
- Boogerd, E. A., Damhuis, A. M., Van Alfen-van der Velden, J. A., Steeghs, M. C., Noordam, C., Verhaak, C. M., Vermaes, I. P. (2015). Assessment of psychosocial problems in children with type 1 diabetes and their families: the added value of using standardised questionnaires in addition to clinical estimations of nurses and paediatricians. J ClinNurs. Aug;24 (15-16):2143-51. doi: 10. 1111/jocn. 12789.
- Chen,C. H., Raingruber, B. (2014). EducationalNeeds of InpatientOncologyNurses in ProvidingPsychosocialCare, ClinicalJournal of OncologyNursing, Volume 18, Issue 1, E1-E5. DOI : 10. 1188 / 14. CJON. E1-E5.
- Fortinash, K., Holoday-Worret, P. (1996). Psychiatricmentalhealthnursing. USA: Mosby-YearBook. pp:678- 9.
- Frost, M. H., Brueggen, C., Mangan, M. (1997). Intervening with the psychosocial needs of patients and families: perceived importance and skill level. CancerNurs. 1997 Oct;20 (5):350-8.
- Gorman, L. M., Sultan, D. F. (2014). Genel Hasta Bakımı İçin Psikososyal Hemşireliğe Giriş. Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin. (Çeviri: Öz, F. -Demiralp, M.) 3. Basım. Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara. Sayfa:3.
- Karadakovan, A. ve Eti A. F. (2010). Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Tıp Kitabevi. Adana
- Kocaman, N. (2005). Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyonliyezon psikiyatrisi hemşireliği. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. Cilt:9. No:1. sayfa: 49-53.

- Kocaman, Nazmiye (2006). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Genel Hastanede Psikososyal Bakım. Türkiye Klinikleri J IntMedSci. Cilt:2 No:47. Sayfa:97-107.
- Lampic, C. andSjöden, P. (2000). Patient and staff perceptions of cancer patients' PsychologicalConcernsandNeeds. ActaOncologica. 39-1. pp:9-22.
- Legg, M. J. (2011). What Is Psychosocial Care And How Can Nurses Better Provide it to Adult Oncology Patients. Australian Journal Of Advanced Nursing Volume 28 Number 3. pp:61-65.
- Menyhért, M., Csikós, A., Radványi, I., Busa, C. (2014). The importance of psychosocial care. OrvHetil. 155-37. 1485-92. doi: 10. 1556/OH. 2014. 29990.
- Nakaguchi, T., Toru O., Uchida, M., Ito, Y., Komatsu, H., Wada, M. andAkechi T. (2013). Oncology nurses' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients under going chemotherapy. JapaneseJournal of ClinicalOncology. Vol:43. No:4. pp:369-376.
- Öz, F. (1999). Cerrahi Girişim sürecinde yaşanan Psikiyatrik ve psikososyal sorunlar. KonsültasyonLiyezon Psikiyatrisi 1998-1999. Sayfa:56-58
- Pehlivan, T. (2013). Onkoloji Hemşirelerinin Hastaların Psikososyal Gereksinimlerini Tanılama Becerileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı/Psikiyatri Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. Sayfa: 29-62.
- Ramirez, A., House, A. (1997). ABC of mental health Common mental health problems in hospital. British MedicalJournal. Vol:314. pp:1679-81.
- Robinson, L. (1995). Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin rolü. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi 1994-1995. Sedat Özkan, (Düzenleyen). Prizer ilaçları A. Ş. Sayfa:73-80.
- Yakimo, R., Kurlowicz, L., Murray, R. (2004). Evaluation of outcomes in psychiatric consultation-liaison nursing practice. Archives of PsychiatricNursing. 18. 215-227.
- Yıldırım, S., Gürkan, A. (2010). Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. Cilt:26 No:1. Sayfa:87-97.
- Young, E. E., Unachukwu, C. N. (2012). Psychosocialaspects of diabetesmellitus. African Journal of Diabetes Medicine. Vol:20, No:1 pp:5-7.

Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölüme İlişkin Tutumları ve Kaygı Düzeyleri

Gönderim Tarihi: 11. 04. 2016

Kabul Tarihi : 15. 07. 2017

Serpil Kayalı¹

Emine Elvan Çiftlik²

Meral Kurt Durmuş³

Yasemin Melek Tan⁴

Özgül Akça⁵

Özgür Yiğit⁶

ÖZ

Sağlık hizmeti sunumunda hizmet veren tüm sağlık çalışanlarının işini bedensel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yapmaları sunulan hizmetin kalitesini de olumlu etkileyecektir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında maruz kalabilecekleri risklerin belirlenmesi önem arz etmektedir.

Hizmet sunulan birimin hemşireler üzerinde etkisinin olup olmadığının tespiti amacı ile planlanan bu çalışmada yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin kaygı ve depresyon durumları ile başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı bir çalışma olan bir araştırmanın örneklemini bir Sağlık Bakanlığı İstanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde en az 6 ay süre çalışma şartı olan hemşireler

1 İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, serpilkayali@gmail. com

2 İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, eeciftlik@hotmail. com

3 İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, kurtmeral@gmail. com

4 İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ymelektan@gmail. com

5 İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ozgulakca@gmail. com

6 İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, dryigit@hotmail. com

oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan kişi sayısı 41 olup araştırmada kullanılan veriler "Anket Formu", "Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği" ve "Templer'in Ölüm Kaygı Ölçeği" aracılığı ile toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde yüzdelik, ortalama, standart sapma, Ki Kare Testi ve t-Testi kullanılmıştır.

Araştırmada erkeklerin kadınlara göre ölüm kaygı oranları yüksek iken, evlilerin bekarlara göre ölüm kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu, ancak her iki grupta da ölümün depresif duygu duruma neden olmadığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ölüm, Kaygı, Sağlık alışanı, Hemşire

Intensive Care Nurses' Behaviours Regarding Death and Their Anxiety Levels

ABSTRACT

Being fully healthy in physical, mental and social manner ensures healthcare staff to completely accomplish their mission. In this case, to determine what risk factors can healthcare staff face is important. In the program which searches for an answer whether the healthcare unit has an impact on the staff or not. It's also aimed to determine the manners and anxiety levels of nurses about death, to make new regulations about the situation.

The sample for this definitive application is nurses which are at least 6 months obligatorily working in İstanbul Education & Research Hospital's intensive care unit. The program was applied on 41 people and the data was gathered via 'Survey sheet', 'Gauge of Depression about Death' and 'Templer's Gauge of Anxiety about death'. Standard deviation, percentages, averages, Chi-squared test & t-Test were the methods that were used to analyse the datas statistically.

As result of this research these datas were gathered; 'anxiety of death' is more in married ones than in the singles, more in men as compared with women. In conclusion it was revealed that there was no depression about the subject of death in any groups.

Keywords: Death, Anxiety, Healthcare Staff, Nurse

1. GİRİŞ

Ölüm konusunun ruh sağlığı içinde değerlendirilmeye başlanmasının ardından psikoloji, ölümcül hastaya danışmanlık, ölüm kaygısı, ölüm korkusu, yas danışmanlığı gibi konular çerçevesinde ölüm olgusuna yoğunlaşmıştır (Öztürk, 2010).

Ölüm kaygısı, kişinin doğumundan itibaren var olan, hayat boyu devam eden, karakter yapısının gelişiminde önemli rol oynayan, insanın korkularının temelinde yatan, kendisini ve dünyayı kaybedebileceği, bir hiç olacağı farkındalığı ile gelişen bir duygudur. Ölüm veya ölümlle ilgili endişenin ve korkunun hayatın erken dönemlerinde şekillendiği tanımlanmaktadır (Karaca, 2000). Yapılan çalışmalarda duygulardan kolay etkilenen, çevreye ve kendine az güvenen, topluma uyum konusunda zorlanan bireylerde gerginlik ve ölüm kaygısının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Neufeldt DE, Holmes CB., 1979).

Kişilikle ölüm kaygısının değerlendirildiği çalışmada nörotik, saldırgan ve duygusal bireylerde ölüm kaygısının daha yüksek olduğu (Frazier PH, Foss-Goodman D., 1988-1989), fobiler ve diğer korku bozuklukları olan kişilerde de ölüm kaygısı daha yüksek bulunmuştur (Kastenbaum R., 2007).

Ölüm kaygısı gelişiminde kaza veya hastalık gibi bir durumun varlığının da önemli olduğu bilinmektedir (Karakuş ve Öztürk, 2012). Sağlık çalışanlarında olduğu gibi bazı meslek gruplarında ölüm veya ölüm anı ile daha sık karşılaşmaktadır. Hastanelerde özellikle acil servis, yoğun bakım üniteleri ve bazı dini kurumların çalışanları ölümlle diğer kişilere göre ölümlle daha sık yüzleşirler.

Geçmişte hastanelerden günümüzde olduğu kadar yararlanılmaması nedeniyle ölümler daha çok aile ortamında olmaktadır. Günümüzde ise hem hastaneye ulaşımın kolaylaşması hem de artık ciddi hastalıklarda hastaların hastanelere kaldırılmaları hastanede ölmeleri ile sonuçlanmaktadır. Bu durum kendi ev ortamından ayrılan hastayı fiziksel bakım yönünden olduğu kadar psikolojik destek yönünden de sağlık çalışanlarına bağımlı kalmakta, bu bağımlılık ölümcül hastalığı olanlarda daha da artmaktadır (Çakırcalı E., 2000).

Hastane ortamında yaşanan ölümle nerede karşılaşılmış olursa olsun hemşireler ölüm sürecine en yakın tanıklığı yapan sağlık profesyonellerindendir (Kumaş, G. 2005). Yoğun bakım gibi ölüm ile iç içe çalışırken hemşirelerin bu konudaki görüşleri, davranışları ve algıları nasıldır, sorularının cevabının araştırılması, ortaya çıkan sorunların kaynaklarının saptanmasına yardımcı olarak uygun çözüm yollarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Yapılan araştırmalar da hemşirelerin ölüm gerçeğine uyum sağlamada yetersizlik yaşadıklarını göstermektedir (Gürkan, A. ve Ark., 2011, Akın, B. 1996, Emanuel, E. ve Ark. 2000, İnci, F., Öz, F. 2009, Kara, N. 2002., Karahisar, F. 2006, Rooda, L. A. ve Ark. 1999). Olumlu bir ölüm algısı geliştirememiş ve bu kavramın yaşamın bir parçası olduğunu kabullenememiş bir hemşire ölümle karşılaştığında olumsuz duygu ve davranışlar sergilemekte bu da bakıma olumsuz olarak yansımaktadır (Kumaş, G. 2005). Aynı biçimde ölümden uzaklaşma, kaçma, yok sayma şeklinde savunma mekanizmaları geliştiren hemşireler ölümcül hastayla çalışmaktan kaçınır ve bu hastalara bakım vermeyi istemez (Gürkan, A. ve Ark., 2011). Eğitimleri boyunca "yaşatma" ilkesini benimsemiş hemşireler eğer ölüme karşı bir olumlu tutum geliştiremez yada kabullenemez ise bakım verdikleri hastanın ölümünü başarısızlık/yetersizlik olarak algılayıp hemşirenin tükenmişlik sendromu yaşamasına yol açabilir (Tepehan, S. 2006).

Ölüm kaygısı, kişinin ölüm kavramı ile karşılaşmasının ardından vardır ve hayat boyu devam eder. Ölümle ilişkin sorgulama; hayatın anlamlandırılmasında son derece önemli olup ölüm düşüncesi bazı kişiler için stres kaynağı iken, bazıları içinse stresten kurtulma yoludur. Aynı bazıları için yok oluş anlamı taşıırken, bazı kişiler içinse ölümsüz bir yaşamın başlangıcı olduğu gibi (Karakuş ve Öztürk, 2012).

Sonuç olarak, hemşireler iş yükünün yanı sıra çalıştıkları ortamın kendine özel koşullarına bağlı olarak endişe, stres ve kaygı gibi duygularla birde ölüm olayının getirdiği depresif duyguları yoğun şekilde yaşadıkları bir gerçektir. Bir taraftan hastanın tüm bakım ve tıbbi tedavisini yürüten, diğer taraftan da aile fertlerin desteklenmesinde temel yapı taşı olan hemşirenin yaşadıkları bu duyguları tanıması ve bunlarla başa çıkabilmesi, hem kendi biyopsikososyal yaşamını hem de hastaya verdiği sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkileyecektir. Bu nedenle hemşirelerin ölüm konusundaki düşünce ve

tutumlarının araştırılması bu doğrultuda bilgi ve bakım becerisi konusunda eksikliklerin ve yanlışlıkların giderilmesi önemlidir (Işık ve Ark., 2009).

2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Kaliteli sağlık hizmeti sunumunun en önemli bileşenlerinden biri olan sağlık çalışanlarının çalıştıkları birimlerde en verimli şekilde hizmet vermeleri, sağlık çalışanlarının bedensel olduğu kadar sosyal ve psikolojik yönden de iyilik hali içinde olmaları da önemlidir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında maruz kalabilecekleri her türlü riskin belirlenmesi ve bunlara karşı önlem alınması önem arz etmektedir.

Bu çalışmada oldukça yoğun çalışma şartları altında hizmet sunulan ve ölüm olayı ile karşılaşma olasılığı hastanenin diğer birimlerine nazaran daha fazla olan Sağlık Bakanlığı İstanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı ile ölüme dair tutumlarının araştırılması ve risklerin bertarafı için yeniden düzenleme ve iyileştirmelerin planlanması amaçlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmanın örneklemini Sağlık Bakanlığı İstanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde en az 6 ay çalışan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve anket formlarını eksiksiz dolduran hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada evrenin tamamına (N=45) ulaşılması hedeflenmiş olup bir örneklem seçimine gidilmemiştir. Bu aynı zamanda çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. 2 kişi çalışmanın yapıldığı dönemde raporlu olması, 2 kişide araştırmaya katılmak istemediğini belirtmiş, çalışma sorulara eksiksiz yanıt veren 41 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada kullanılan veriler "Demografik Bilgi Formu", "Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği" ve "Templer'in Ölüm Kaygı Ölçeği" uygulanarak toplanmıştır.

Çalışmada kullanılan verilerin istatistiksel analizinde yüzdellik, ortalama, standart sapma, Kruskal-Wallis varyans analizi, Mann-Whitney U-testi, T-Testi, ve korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Çalışmada hemşirelerin demografik verilerini elde etmek ve çalışma koşulları, işyerinde karşılaştıkları güçlükler ile kronik hastalık ve ölüm hakkındaki bilgi durumları ile yoğun bakımlarda çalışma koşulları, boş zamanlarındaki hobilerini belirlemeye yönelik 29 sorudan oluşan demografik bilgi formu kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerden biri Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeğidir. Ölçek, 1970 yılında Templer tarafından geliştirilmiş olup, bireyin kendi ölümü ve ölüm riski ile ilgili korku ve kaygılarını ölçen, 15 maddeden oluşan, doğruyanlış şeklinde cevaplanan bir ölçektir. Toplam skor 0-15 arasında olabilir ve alınan yüksek puan ölüm kaygısının arttığının göstergesidir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Templer'den (1970) sonra da devam etmiştir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde 1989 yılında Şenol tarafından yapılmıştır. ÖKÖ için test-tekrar test tekniğiyle hesapladığı güvenilirlik katsayısının $r = .86$ ($p < .001$) olduğunu rapor etmiştir. Araştırmada elde edilen verilerden, araştırma kapsamına giren yaşlıların ölümüne ilişkin kaygı ve korkularının orta düzeyde olduğu, ölümle ilgili kaygının yaş gruplarına göre farklılıklar gösterdiği görülmüştür. Şenol (1989) bu çalışmasında, 60-64 yaş grubunun en yüksek düzeyde ölüm kaygısı gösterdiği, 70 yaş ve yukarısının ise daha düşük bir ölüm kaygısına sahip oldukları tespit edilmiştir. En son 2008 yılında Akça tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin kararlık anlamında test tekrar test güvenilirliği $.79$ v Kurder-Richardson formülü ile hesaplanan güvenilirliği $.75$ bulunmuştur. Bu bulgu Akça tarafından Templer'in (1970), orijinal çalışmasındakine yakın bir sonuç ($.83$) ve ($.76$) olarak nitelendirilmiştir.

Çalışmada kullanılan iki adet ölçekten diğeri ise Templer ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilen ve ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1998 yılında Yıldız ve Yaparel tarafından yapılan ve güvenilirlik katsayısı (Cronbach alfa) 0.74 olarak tespit edilmiş olan "Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeği"dir. Ölçek ölümüne ilişkin yaşanan depresyon, üzüntü, yalnızlık, dehşet, keder gibi duygu durumların ölçülmesini amaçlayan bir öz bildirim ölçeğidir.

Bu ölçekte ölüme dair yaşanan duygu durumlarının ölçülmesi amacı ile 17 soru kullanılmış ve her bir maddenin "doğru" ya da "yanlış" olarak kodlanması sağlanmıştır. Uygulama sonrasında en fazla "17" puan en az "0" puan alınabilmekte olup, 0-8 arası depresif duygu durumu olmadığı, 8-17 arası ise depresif duygu durumu olduğunun göstergesi olarak kabul edilmiştir (Acehan, Eker, 2013:27-35). Çalışma için İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere, araştırma hakkında "Araştırma Bilgilendirilmiş Onam Formu" okutulup ve imzalatılarak izinleri alınmıştır.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmaya katılanların % 85,ü kadın ve % 14,6'sı erkek, % 61'i bekar % 36,6'sı ise evli, % 68,3ü lisans mezunu ve % 36,6'sının yoğun bakım ünitesinde bir yıldan az çalışmakta olduğu, %61'inin sigara kullanmadığı tespit edilmiştir.

Cinsiyete göre ölüm kaygı ölçeği değerlendirildiğinde erkeklerin kadınlara göre ölüm kaygı ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlemlendi. Ölüm Kaygı Ölçeği erkeklerde $59,50 \pm 20,33$ kadınlarda $52,97 \pm 16,74$ 'dür. Ancak cinsiyetler arasında Ölüm kaygı düzeyleri ve ölüm depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. $P > 0,05$. Ölüm kaygısı açısından cinsiyet değişkeni aynı yaş değişkeninde olduğu gibi bazı çalışmalarda kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuşken bazılarında ise anlamlı bulunmamıştır (Karakuş, Öztürk, 2012; 21 (1):42-79).

Yaş ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. $P > 0,05$

Tablo 1. Ölüm Kaygı Ölçeği ve Ölüm Depresyon Ölçeği Puanlarının Meslek Seçim Nedenlerine Göre Dağılımı

	Meslek Seçim Nedenleri Dağılımı	N	%	P
TOP ÖKÖ PUANI	İsteyerek Seçtim	19	23,53	0,509
	Aile Seçimi	8	21,63	
	Tesadüf	12	17,50	
	Diğer	2	15,50	

TOP ÖDÖ PUANI	İsteyerek Seçtim	19	18,08	0,158
	Aile Seçimi	8	18,19	
	Tesadüf	12	27,54	
	Diğer	2	20,75	
	Total	41		

% 46,3'ünün mesleği kendisinin, % 19,5'inin ailesinin ve % 29,3'ünün ise tesadüfen seçtiğini görülmüştür. Ancak buna rağmen %22'si işten ayrılmayı düşünmezken % 51,2'si ayrılmayı, % 26,8'i ise bazen ayrılmayı düşündüğünü belirtmiştir.

Çalışmaya katılan çalışanlardan evlilerin ölüm kaygı düzeyi bekarlara nazaran anlamlı bir yüksek bulunmuştur. P değeri=0,04. Ölüm Depresyon Ölçeği =0,07 bulunmuş olup evli ve bekarlarda depresif duygu duruma neden olmadığı anlaşılmıştır. Çocuk sahibi olmayan çalışanların ölüm kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde çocuğu olanların Ölüm Kaygı Ölçeği puan ortalaması 51,71±28,069 iken çocuğu olmayanların 54,38±14,612 olarak bulunmuştur. (P<0,05).

Literatürdeki araştırmaların bazılarında (Özen D., 2008, Yıldız M., 1998) medeni durum ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel bir ilişki gösterilmemişken; çalışmaların çoğunda (Erdoğan M. Y, Özkan M., 2007, Turgay M., 2003) evli olanların ölüm kaygıları daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da evli ve çocuk sahibi olanların ölüm kaygı düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 2. Ölüm Kaygı Ölçeği ve Ölüm Depresyon Ölçeği Puanları

	Alınabilecek Alt-Üst Puan	Çalışmadaki Alt-Üst Puan	Mean±SS
Ölüm Kaygısı Ölçeği	0,00-100,00	13,00-95-,00	79,00±17,398
Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği	0,00-17,00	2,00-16,00	8,95±3,999

Ölüm Kaygı Ölçeği'nde alınan puan 79,00±17,398, Ölüm Depresyon Ölçeği 8,95±3,999 idi. Ölüm kaygı puanı yüksek olmasına rağmen Ölüm Depresyon Ölçeği puanının düşük olması yoğun bakım çalışanlarının ölüm olayı ile karşılaşmalarının duygu durumlarında depresif bozukluk yaratmadığı şeklinde yorumlanmıştır.

Gelir durumu ile ölçekler değerlendirildiğinde gelir düzeyi arttıkça Ölüm Kaygı Ölçek puanının azaldığı tespit edilmekle birlikte gelir düzeyi ile Ölüm Depresyon Ölçek puanı arasında anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür.

Araştırmaya katılanların % 23 oranında meslek seçiminde kendi isteklerinin etkili olduğu görülmüştür. Ölüm Depresyon Ölçeğine bakıldığında anlamlı ilişki bulunmuştur. $P < 0,005$.

Yapılan bir çalışmada hemşirelerin ölüm düşünme sıklığının ölüme ilişkin kaygı düzeylerini etkilemediği, ancak ölümü ara sıra düşünmeleri ile ölüm kaygı puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tatar U., 1998).

Çalışmaya katılanların % 49'u işten ayrılmayı düşünmesi yoğun bakım ünitelerinde çalışma koşullarının tekrar değerlendirilmesi açısından önemli bir bulgudur. Bu durum çalışanların ölüm kaygı düzeyleri ile ölüm depresyon duygu durumunu etkilemediği tespitler arasındadır.

Yoğun Bakım Ünitesi çalışanların ölüm kaygı düzeyleri ile yönetimin mesleki gelişim desteği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. $P > 0,05$

Ölüm olayının sık yaşandığı kliniklerle sık yaşanmadığı kliniklerde çalışan hemşirelerin ölüm kaygıları ile genel kaygılarının değerlendirildiği bir çalışmada hemşirelerin çalıştığı kliniğin genel kaygı düzeyi açısından etkili olmadığı bulunmuştur. Bir diğer çalışmada ise ölüm olayının sık yaşandığı klinikler ile sık yaşanmadığı kliniklerde çalışan hemşirelerin ölüm kaygıları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (Eke, 2003:45). Sağlık çalışanı olmayan bir grup (polis, pilot, itfaiyeci, muhasebeci, sınıf öğretmeni ve psikolog) ile yapılan bir diğer çalışmada ise farklı meslek gruplarındaki kişiler arasında ölüm riski yüksek olan meslek çalışanlarda ölüm kaygısı daha düşük olarak bulunmuştur (Karakuş, Öztürk, 2012; 21 (1):42-79).

Çalışmaya katılanların % 63'ü hem gece hem gündüz çalıştıklarını ifade etmiş olup, gece ve gündüz çalışılıyor olması ile çalışanların ölüm kaygı düzeyleri ve ölüm depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. $P > 0,05$

Yoğun Bakım ünitesinde çalışanların hizmetiçi eğitimlere katılım durumlarının ölüm kaygı ve ölüm depresyon düzeyi üzerine etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Hemşirelerin hizmetiçi eğitim planlarında bulunan konuların

gözden geçirilerek sağlık çalışanlarının çalıştıkları birim riskleri göz önünde bulundurulmak sureti ile eğitim programı hazırlanmasının uygun olacağı şeklinde yorumlanmıştır.

Yoğun Bakım ünitelerinde çalışanların mesleki bilgilerini uygulama düzeyleri ile ölüm kaygı ve depresif duygu durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Ankette "Eğer seçme şansınız olsaydı yine aynı birimde çalışmayı ister miydiniz?" sorusuna çalışanlar % 61 oranında seçme şansları olsa çalışmak istemediklerini ifade etmişlerdir. Ancak % 19,5 oranında aynı yerde çalışmaktan mutluluk duyacaklarını ifade etmişlerdir

Anket sorularından "İş ortamında en çok karşılaştığınız güçlük nedir?" sorusuna verilen cevaplarda yoğun bakım ünitelerinde çalışanların % 51,2'si hizmetli personel sayısının az olmasını, % 26,8 hemşire/ebe sayısının az olmasını olumsuzluk olarak belirtmişlerdir. Çalışan personel sayısı incelendiğinde hemşire sayısının zaman zaman sayıda eksiklikler olmasına rağmen ilgili mevzuat doğrultusunda yeterli sayıda olduğu ancak yoğun bakım ünitelerinde çalışan hizmetli personel sayısının az olduğu dikkati çekmiştir.

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin stresle başa çıkma yöntemleri ile ilgili yapılan değerlendirmede sıklıkla müzik dinlemek, kitap okumak ve film izlemek şeklinde olduğu tespiti yapılmış olup, bu tür davranışların çalışanların ölüm kaygı düzeylerinin azalmasında etkili olmadığı şeklinde yorumlanmıştır. Stres kaynakları ile ilgili hemşireler ve diğer sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda iş yükünün, iletişim sorunlarının, personel yetersizliğinin, yoğun bakım hastası ile çalışma zorluklarının etkili olduğu görülmüştür (Bryart ve ark., 2000; Boey, 1998; Fernington, 1995; Riding, Wheeler, 1995; Yamashita, 1995).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yoğun Bakım ünitelerinde çalışan sağlık çalışanlarının hastanenin diğer birimlerinde çalışanlara nazaran daha fazla ölüm olayı ile karşılaştığı hastanemizde yapılan bu çalışma sonucunda ölüm ile sık karşılaşan bu

birimimizdeki çalışanlarımızın maruz kaldığı risklerden birine dikkat çekilmiştir.

Yoğun Bakım ünitelerinde hizmet veren sağlık çalışanlarının kendilerini psikolojik olarak iyi hissetmelerini sağlamak üzere sağlık personeli kadar yardımcı personel sayısının da önemli olduğu anlaşılan çalışmada özellikli birimlerin insan kaynağı planlamasında bu bilgi gözönünde bulundurulmalıdır.

Sağlık çalışanları arasında ölüm olayına yaklaşımın kendi kişisel yaşamlarına etkisinin olabileceği, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygıları ve ölüm depresyon düzeylerinin azaltılmasında stresle başa çıkma ve depresif duydu durumu olumlu yönde geliştirebilme eğitimlerinin hizmet içi eğitim planlarına eklenmesinin olumlu olacağı görüşü sağlık bakım hizmetleri müdür ile paylaşılmıştır.

Yine yoğun bakım üniteleri hastane acil servisleri gibi ölüm olaylarının sık yaşandığı birimlerde çalışan sağlık çalışanlarının iş kaynaklı stresleri ile depresif duygu durumlarını azaltmak için çalışma koşulları gözden geçirilmesi ve iyileştirilmesi, ekip ruhunun canlanması konusunda motivasyon çalışmalarının yapılması, iş ortamında kullanılan malzeme ve teçhizatın ve kullanılabilir durumda olması ödüllendirme çalışmaları yapılması, çalışanların hizmetin sunumunda karşılaştıkları sorunlar ve çözüm önerilerinin alınacağı paylaşım toplantılarının yapılmasının olumlu olacağı önerilmektedir (Tel ve Ark., 2003:22).

KAYNAKÇA

- Neufeldt, DE., Holmes CB. (1979). "Relationship Between Personality Traits And Fear Of Death", Psychol Rep, 45:907-910.
- Karaca, F. (2000). "Ölüm Psikolojisi", Beyan Yayınları, İstanbul.
- Kastenbaum ,R. (2007). Death Anxiety, Arizona State University, Tempe AZ, USA
- Emanuel, E. J., Fairclough, D. L., Emanuel, L. L. (2000). "Attitudes And Desires Related To Euthanasia And Physician-Assisted Suicide Among Terminally Ill Patients And Their Caregivers", JAMA The Journal of The American Medical Association, 284 (19). 2460-2468.
- Karakuş, Gonca ve Öztürk, Zehra. (2012). "Ölüm ve Ölüm Kaygısı", Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 21 (1):42-79.

- Karakuş, G. (2012). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana Arşiv Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal); 21 (1):42-79.
- Gürkan, A., Gümüş, B. A., Dodak, H. (2011). "Öğrenci Hemşirelerin Terminal Dönem Hasta Sorunları Hakkındaki Görüşleri: Hemşirelik Girişimleri, Hasta Hakları ve Etik Sorunlar Kapsamında Bir İnceleme", Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4 (1). 2-12.
- F, Ü, Top., A, Saraç., G, Yaşar. (2010). "Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Depresyon Düzeyi, Ölüm Kaygısı ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Belirlenmesi", Klinik Psikiyatri Dergisi, 13;14-22.
- İnci, F., Öz, F. (2009). "Ölüm Eğitiminin Hemşirelerin Ölüm Kaygısı, Ölüm İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutumlarına Etkisi", Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10, 253-260.
- Işık, E., Fadiloğlu, Ç., Demir, Y. (2009). "Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Hemşire Populasyonunda Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması", Hemşirelik Araştırma Dergisi,
- Kara, N. (2002). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm İlişkin Duygu ve Düşüncelerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Rooda, L. A., Clements, R., Jordan, M. L. (1999). "Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients, Oncology Nursing Forum", 26 (10). 1683-1687.
- Frazier PH, Foss-Goodman D. (1988-1989). "Death Anxiety And Personality: Are They Truly Related", Omega, 19:265-274.
- Tepehan, S. (2006). "Yoğun Bakım ve Servislerde Çalışan Sağlık Personelinin Ötenaziye Yaklaşımı", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Tatar, U. (1998). "Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karsısındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Akın, B. (1996). "Selçuk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ölümcül Hastaya Yaklaşımlarının İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Öztürk, Zehra Kalaoğlu. (2010). "Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı", Uzmanlık Tezi, Adana.
- Tepehan, S. (2006). "Yoğun Bakım ve Servislerde Çalışan Sağlık Personelinin Ötenaziye Yaklaşımı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Karahisar, F. (2006). "Ölümcül Hasta, Hemşire ve Hekimlerin Ölüm ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

- Kumaş, G. (2005). "Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ötenazi Hakkındaki Düşünceleri, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Eke, S. (2003). "Farklı Mesleklerde Çalışanların Ölüm Kaygılarının Karşılaştırılması", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Özen D., 2008, "Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi, "Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi", Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Turgay, M. (2003). "Ölüm Korkusu ve Kişilik Yapısı Arasındaki İlişki", Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Yıldız, M. (1998) "Dini Hayat ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma", Yayımlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Templer, DI. (1970). "The Construction And Validation Of A Death Anxiety Scale", J Gen Psychol, 82:165-177.
- Tel, Havva., Karadağ, Mevlüde., Tel, Hatice., Aydın, Şule. (2003). "Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları İle Başetme Durumlarının Belirlenmesi", Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, No:2, Sayfa 22.
- Yamashita, M. (1995). "Job Satisfaction in Japanese Nurses", Journal of Advenced Nursing, 22: 158-164.
- Bryant, C., Fairbrother, G., Fenton, P. (2000). "The Relative Influence of Personal and Workplace Descriptors on Stress", British Journal of Nursing, 9 (13): 876-880.
- Boey, K. W. (1998). "Coping and Family Relationships in Stress Resistance: a Study of Job Satisfaction of Nurses in Singapore", Int J. Nurs. Stud, 35: 353-361.
- Fernington F. (1995). "Stress and Nursing", British Journal of Nursing, 4 (10): 574- 578.
- Riding, R. J., Wheeler, H. H. (1995). "Occupational Stress and Cognitive Style in Nurses:1", British Journal of Nursing, 4 (2):103-106.
- Erdoğan, M., Y, Özkan, M. (2007). "Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları İle Ruhsal Belirtiler ve Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler", İnönü Üniversitesi Tıp Fak Dergisi; 14:171-179.

Sağlık Kurumlarında Örgüt Kültürü ve Liderlik İle Etkin Takım Çalışması Arasındaki İlişkinin Tespitine Yönelik Çalışma

Gönderim Tarihi: 29.03.2017

Kabul Tarihi : 21.04.2017

Nurullah Uçgun¹

Binnur Ataseven²

Ümit Şahin³

ÖZ

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşam kalitesi artıkça sağlık kurumlarının da önemi ön plana çıkmıştır. Artan rekabet ortamının şartları düşünüldüğünde diğer işletmeler gibi sağlık kurumlarının da kendisini rakiplerinden üstün tutacak ve piyasa koşullarında ayakta kalmasını sağlayacak güçlü liderlere ihtiyacı vardır. Başka bir ifadeyle, hastanelerde faaliyetler, büyük ölçüde profesyonelleşmiş çalışan gruplarının ortak ve uyumlu çalışmalarıyla gerçekleştirilmektedir. Bir hastanenin başarılı olabilmesi, mevcut insan kaynaklarını amaçlar yönünde, istekli biçimde harekete geçirmesiyle mümkün olabilir. Zira amaç, yapı, üretim biçimi ve mülkiyeti ne olursa olsun; tüm örgütler, ne kadar gelişmiş teknolojiye sahip olursa olsunlar, bu teknolojiyi kullanan insan kaynaklarını etkileyerek istekli biçimde harekete geçirmedikçe amaçlarını gerçekleştiremezler. İnsan kaynakları, tüm örgütlerin temel ve belirleyici girdisidir. Emek yoğun hizmet organizasyonu olan sağlık kurumlarında bireysel olarak üretilen çok az sayıda hizmetin varlığı söz konusudur. Sağlık hizmetinin doğası gereği hizmetler aşırı uzmanlaşmış farklı meslek elemanlarının bir araya gelişi ile birlikte sunulabilmekte ve bu nedenle de eğitim ve meslek statüsü hizmet kalitesinin garantiye alınmasında en önemli faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu paralelde çalışmanın amacı örgütsel davranış araştırmalarında ihmal edilmiş bulunan sağlık sektöründeki organizasyonlarda etkin takım çalışması sağlanmasında farklı örgüt kültürü tipleri ile

1 Eskişehir Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, nuckun@yahoo. com

2 Eskişehir Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, binnurataseven@hotmail. com

3 Eskişehir Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, usahin1965@yahoo. com

farklı liderlik tarzlarının etkilerini ortaya koymaktır. Bu maksatla hastaneden elde edilen 278 anket SPSS 17 programıyla analiz edilmiştir. Analiz sonuçları liderlik tarzları ve örgüt kültürünün bazı boyutlarının etkin takım çalışması üzerindeki pozitif etkilerini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Liderlik, Örgüt Kültürü, Takım Çalışması

A Work on Determining of The Relationship Between Organizational Culture, Leadership and Efficient Team Work in Health Institutions

ABSTRACT

In developed and developing countries, as human life quality grows, the importance of health institutions looms large. When conditions of improving competition are considered, as other organizations, the health institutions also need strong leaders who get the better of main rivals and take the responsibility for surviving in rough market. In other words, operations in hospitals is a result of the mutual and harmonious work of professionalized groups. For an hospital, being successful is possible when current human resources are runned in the direction of goals with ambition. Because whatever the goal, the structure, the production style and the property of organization are, all of organizations, no matter how much technology they have, if they don't activate their human resources to make reluctantly their business, they won't reach the goals. So, human resources are the main and determining input of organisations. As a Labor-intense service organisation, an health organisation, has a lot of services which are produced individually. Due to health service nature, an health institution serve with articulation of a lot of very highly professionalized and different occupation member, so the education and status of occupation emerge as the best important factor in ensuring quality of the service. In this context, the aim of this study is to reveal different organizational cultures styles and different organizational leadership types in organization of health sector which have been neglected in organizational behaviour researches. For these reasons, 278 questionnaires, which have been acquired in an hospital, are analyzed with SPSS 17 packet programme. The analysis results reveal that leadership type and organisational culture has some facet which has affected efficient team work positively.

Keywords: Leadership , Organizational Culture, Team Work

1. GİRİŞ

Günümüzde artan rekabet tüm organizasyonların temel amacı olan "yaşamını sürekli kıılma" amacına ulaşabilmelerini için sürekli kendilerini yenilemelerini gerekli kılmaktadır. Bu yönü ile organizasyonların yenilik veya yenilenme gereksinimi yönetiminde yeni arayışları ve beraberinde yeni araştırmaları da gündeme getirmektedir. Tüm organizasyonlarda en önemli birinci gereklilik yönetim ve yönetici kavramlarıdır. Bu yönü ile organizasyonların sürekli yenilenme gereksinimi beraberinde yönetici kavramının yerini liderlik veya lider yönetici kavramına bırakmasına neden olmaktadır. Ayrıca organizasyonların sürekli yenilenme sürecine adapte olabilmeleri de bu adaptasyonu kolaylaştırıcı bir kültüre gereksinimi doğurmaktadır. Liderlik ve örgüt kültürü kavramlarının kesişim noktalarından birisi de çalışanların yönetiminde günümüzün en önemli aracı olan etkin takım çalışması kavramına ortak katkılarıdır.

Liderlik, örgüt kültürü ve etkin takım çalışması konuları literatürde uzun süredir yoğun ilgi duyulan konular arasında yer almaktadır. Liderlik, örgüt kültürü ve etkin takım çalışmasına ilişkin birçok araştırma yapılmış olup, bu araştırmaların büyük çoğunluğunda bu üç değişken birlikte değil, birbirlerinden bağımsız konular olarak ele alınmıştır.

Bu çalışmanın amacı Eskişehir İlinde TKHK Eskişehir İli genel Sekreterliği'ne bağlı sağlık kurumlarında görev yağan çalışanların "Liderlik, Örgüt Kültürü ve Etkin Takım Çalışmasına" ilişkin algılarının tespit edilmesi ve bu algıların bu üç boyutta birbiri ile ilişkilerinin ortaya konulmasıdır. Bu amaçla öncelikli olarak aşağıda bu üç kavram genel hatları ile ele alınarak açıklanmaya çalışılmıştır.

1. 1. Liderlik: Kavramsal Yaklaşım

Liderlik (önderlik), temel beşeri, toplumsal ve evrensel olgulardan biridir. İnsanların grup, örgüt, topluluk olarak birlikte yaşadıkları ve faaliyet gösterdikleri tüm zamanlarda ve yerlerde, liderlik söz konusudur. Ayrıca, liderliğin (bazen abartılı da olsa) önemli olduğu konusunda adeta bir fikir birliği vardır. Ekonomik, siyasi, askeri. . . Başarılar ve başarısızlıklar, büyük

ölçüde liderliğe atfedilmiştir. Bu yüzden, çokça konuşulan, yazılan, araştırılan ve farklı şekillerde tanımlanan bir olgudur. Nitekim 1949'a kadarki liderlikle ilgili literatürü inceleyen V. J. Bentz, 130 farklı liderlik tanımı çıkarmıştır (Bass, 1965: 87).

Liderlik sözcüğü Latin "lira" kelimesinden gelir. Lira, saban izi anlamına gelmektedir. Bu mecazi ifadeye göre liderlik, kendi kendini örgütleme ya da öğrenmenin meydana gelebileceği şartların yaratılmasıdır (Hurst, 2000: 175).

Liderlik kavramının farklı yazarlar ve araştırmacılarca, farklı bilim dallarında, değişik açılardan yapılan farklı tanımlarının bir kısmına aşağıda yer verilmiştir. Ancak üstünde uzlaşmış tek bir liderlik tanımının bulunmadığı bir gerçektir.

Liderlik insanları belirlenmiş hedefler yönünde çaba göstermeye ikna etme yeteneğidir (Davis, 1988: 141).

Liderlik, bir grup insanı belirli amaçlar etrafında toplayabilme ve bu amaçları gerçekleştirmek için onları harekete geçirme bilgi ve yeteneklerinin toplamıdır (Eren, 2003: 525).

Liderlik, belirli şartlar altında, belirli kişisel ve grup amaçlarını gerçekleştirmek üzere, bir kimsenin başkalarının faaliyetlerini etkilemesi ve yönlendirmesi süreci olarak tanımlanabilir (Koçel, 2003: 583).

Liderlik genellikle bir süreç bir de özellik açısından tanımlanmaktadır. Süreç açısından liderlik; örgüt üyelerinin faaliyetlerini örgüt amaçları doğrultusunda yönlendirerek, düzenleyen kişidir. Özellik olarak liderlik ise, grup üyelerini başarılı bir biçimde etkileyebilecek karakteristik özelliklere sahip olmasıdır (Özkalp ve Kirel, 2004: 148).

Bu açıklamalardan yola çıkarak şu önemli noktalar ifade edilebilir: Liderlik; bir grubun varlığında anlamlıdır; ortak amaçların varlığında anlamlıdır; etkilemedir ve bir süreçtir (Koçel, 2001: 466; Ertürk, 2000: 151; Acuner ve Yılmaz, 2000: 2).

Günümüz örgütleri başarılı olmak için, yöneticiden çok lidere ihtiyaç duymaktadır. Çünkü değişimi ve dönüşümü sıradan bir yönetici gerçekleştiremez. Yönetici ile lider arasında önemli farklar bulunmaktadır.

Yönetici başkaları adına çalışan, önceden belirlenen amaçlara ulaşmak için çaba harcayan, işleri planlayan, uygulatan ve sonuçları denetleyen kişidir. Lider ise, bağlı bulunduğu grubun amaçlarını belirleyen ve bu amaçlar doğrultusunda grup üyelerini etkileyen ve davranışa yönelten kişidir (Sabuncuoğlu ve Tüz, 1998: 173–174).

Kısaca liderlik, bir vizyon oluşturma ve ilham verme sürecidir. Oysa yöneticilik, yaşanan güne ilişkin sorunların çözülmesiyle ilgili bir işlemdir (Baltaş, 2003: 109)

Hastanelerde yaşanan çeşitli sorunları ortadan kaldırmak ve sürekli olarak hastanenin gelişmesi için etkili, yaratıcı, vizyoner, isteklendirici, bilgili, ilkeli liderlerin varlığı önemlidir. Bunu gerçekleştirebilmek için, hastane yöneticilerinin etkili bir biçimde liderlik yapabilmelerine katkı sağlayabilecek niteliklerin belirlenmesi gereklidir (Karahana, 2008: 147).

1. 2. Örgüt Kültürü Kavramsal Yaklaşım

Örgütleri başarılı kılan faktörlerden birisi belki de en önemlisi örgütte var olan kendine özgü bir kimlik, işleyiş biçimi ve değerler, kısaca örgüt kültürüdür. Örgüt kültürü, örgütsel bütünlüğü kurmak, korumak ve geliştirmek, bununla birlikte, hızla değişen iç ve dış çevre şartlarına uyumu sağlayabilecek bir takım ortak değerler olarak düşünülebilir (Özdevecioğlu,1994:121).

SCHEİN örgüt kültürünü," belli bir grubun üyelerinin gerek çevreye uyumu, gerekse iç bütünlüşmesi sırasında öğrendiği, geçerliliği kanıtlanacak düzeyde olumlu sonuç veren, bu nedenle yeni üyelere programları algılamının, düşünmenin ve hissetmenin doğru yolu olarak öğretilen bir takım varsayımlar" olarak ele almıştır (Schein,2002:7).

Örgüt kültürüne ait tanımların ortak noktası kültürün yol haritası gibi olmasıdır. Harita üzerinde hedefler belirlenmiş, amaçlar tanımlanmış hedefe ulaşmak için stratejiler oluşturulmuştur. Aynı zamanda örgüt kültürü neyin nasıl yapılacağını gösteren, örgüte uyum sağlamayı kolaylaştıran önemli bir kılavuz görevi de görmektedir. Örgüt kültürü aynı zamanda örgütün çevrede tanınmasını, değerlerini, toplumsal standartlarını, çevredeki diğer örgüt ve bireylerle ilişki biçimlerini ve düzeylerini de yansıtır. Bu açıdan kültür, örgütü

topluma bağlayan, onun toplum içinde yerini, önemini ve başarısını belirleyen en önemli araçlardan biridir (Eren, 2004: 136).

Farklı tanımların birleştiği noktalar öyle sıralanabilir: (Berberoğlu ve Baraz, 1999: 65-66).

- Örgüt kültürü, örgüt üyelerinin paylaştığı değerlerdir.
- Örgüt kültürü, örgütteki iş yapma ve yürütme biçimidir.
- Örgüt kültürü örgütlere kişilik kazandırarak bir örgütü diğerinden ayırır.
- Örgüt kültürü baskın ve paylaşılan değerlerden oluşan, çalışanlara sembolik anlamlara yansıyan, örgüt içinde anlatılan hikâyeler, inançlar ve sloganlardan oluşan bir yapıdır.
- Örgüt kültürü örgütsel başarıya doğrudan etkiler.
- Üst yönetim ve liderlerin örgüt kültürü üzerinde önemli etkileri vardır

1980'lerden itibaren örgüt kültürüne olan ilginin ve kavram hakkındaki araştırmalarında ciddi ölçüde bir artış söz konusudur. Bu süreci hızlandıran nedenler;

1. Japon firmalarının ekonomik başarısı ve Japonların 1970'lerin sonlarına doğru ekonomik bir süper güç haline gelmeleri,
2. Amerikan firmalarının pazar paylarını kaybetmeyle yüzüze kalmaları, Avrupa ve Amerika'da artan işaslar,
3. Örgütsel araştırmalarda nitel değişkenlerin ölçülmesinde esnek bir özellik göstermeyen pozitivist eğilime karşı doğan tepki neticesinde örgütsel yaşamın rasyonel olmayan kültürel ve sembolik yönünün ağırlık kazanması ve araştırmalarda nitel ölçümlere ağırlık verilmesi eğiliminin önem kazanmasıdır (Dönmez ve Korkmaz,2001:171)

Ouchi (1981), Deal ve Kennedy (1982), Peters ve Waterman (1982) yaptıkları araştırmalarda, kusursuz şirketlerin başarısında rol oynayan etkenler arasında güçlü kültürlerinin olduğunu ve güçlü kültürün işletme başarısı, işgörenin motivasyonu, işgören devir hızı, rekabet üstünlüğü ve benzeri birçok konuda işletmeye avantajlar sağladığını belirtmektedirler (Tütüncü ve Akgündüz, 2012:61).

Örgüt kültürü ve liderlik ile ilgili pek çok çalışma yapılmış, bu çalışmalarda örgüt kültürü ve örgütte yer alan işletme yöneticilerinin liderlik özellikleri arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Bu araştırmalarda örgütlerin gelecekte devamlılıklarını sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmede örgüt kültürünün ve liderlerin rolünün ne kadar önemli olduğu bir kez daha vurgulanmıştır (Baysal ve Paksoy,1999: 11).

1. 3. Takım Çalışması Kavramsal Yaklaşım

Günümüzde bir işletmenin önüne çıkan fırsatları kullanma becerisi, genellikle işletme içindeki yetenekli insanların bir araya getirilmesi ve etkili bir şekilde yönetilmeleri ile doğru orantılıdır (Sarıhan,1998:276).

Sağlık ekibi farklı görüşlere sahip fakat ortak değerleri ve hastanın iyilik hali gibi özel bir hedefi paylaşan ve farklı disiplinlerden gelen bir profesyonel grubu olarak tanımlanmaktadır (Eldar, 2004:157).

Günümüz işletmeleri, sadece karizmatik yöneticilerin veya zeki işletmecilerin çabalarına değil, tüm çalışanların yaratıcılığına ve yeteneklerine ihtiyaç duymaktadırlar. Rekabet avantajı, temel iş süreçlerinin sürekli ve artarak geliştirilmesinden kaynaklanır. Bu nedenle işletmeler her türden işte, her düzeyde çalışandan yararlanma gereksinimi duyarlar. Bu anlamda geleceğin işletmeleri tüm çalışanların esnekliğini ve yaratıcılığını kullanma becerisine bağlı olarak ya büyüyecekler ya da yok olacaklardır (Çetin,2008:74).

2. KAPSAM VE YÖNTEM

2. 1. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Araştırmamızda kullandığımız ölçekler literatürde genel kabul görmüş kaynaklar arasından araştırma yapılarak alanlarına uygun olarak daha önceki çalışmalarda kullanılmış ve geçerlik ve güvenilirlikleri onaylanmış anketler arasından seçilmiştir.

Algılanan liderlik tarzlarının ölçümlemesine yönelik de çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Liderlik literatürünün kapsamlı bir şekilde araştırılması durumunda liderlik davranışları, tarzları ve özelliklerine ilişkin birçok ölçeğin geliştirilmiş olduğu fark edilecektir. Buna rağmen, House (1971) ve House ve

Dessler (1974) tarafından geliştirilmiş olan algılanan liderlik türleri ölçeği, bu alanda iyi tanınmış yazarlar ve araştırmacılar tarafından en güvenilir ve geçerli ölçeklerden birisi olarak kabul edilmiştir. Ogbonna ve Harris (2000) de bu ölçeğin literatürde en yaygın olarak kullanılan ve en çok beğenilen ölçek olduğunu belirterek kendi araştırmalarında da kullanmışlardır. Bu nedenle sözü edilen ölçek literatürde bu ölçüde kabul gördüğünden dolayı, bu araştırmada da "katılımcı", "destekleyici" ve "yönlendirici" olarak ana başlık altında liderlik tarzlarını ölçmek için kullanılması uygun görülmüştür.

Örgüt kültürü alanında çalışan değişik araştırmacılar, örgüt kültürü değişkeninin ölçümlemesine yönelik bir birinden farklı bir dizi örgüt kültürü ölçeği geliştirmişlerdir. Deshpande ve arkadaşları geliştirdikleri ölçek, değişkeni en etkin şekilde ölçümediği, uygulamasının kolaylığı ve yanıtlayanların anlayacağı kolaylıktaki önermeleri içerdiği için bu araştırmada da kullanılması planlanmıştır. Kültür tiplerini "yenilikçi", "rekabetçi" ve "toplumcu" kültür isimlerini kullanmışlar ve bu araştırma için de aynı isimlerin kullanılması faydalı görülmüştür (Bakan, 2009: 148).

Literatürde etkili takımların ortak özelliklerini tespit üzere bir takım çalışmalar gerçekleştirilmiş ve bu çalışmalarda takım performans ve etkinliğini ölçmek için bazı kriterler öne sürülmüştür. Özellikle takım etkinliğini ölçmek için ölçek geliştirme çalışması yapan Baterman ve arkadaşlarının çalışması, bu araştırmanın yürütülmesine temel bir ölçek geliştirmişlerdir. Bu faktörler; takım sinerjisi, performans amaçları, yetenekler, kaynak kullanımı, kaliteye odaklanma, yeniliğe odaklanma ve etkili liderliktir. Ayrıca lidere güven ve takım içi ve dışı iletişim etkili takım çalışmasını ölçmekte kullanılabilen diğer iki faktördür (Zehir ve Özşahin, 2008: 268–269). Araştırmamızda Liderlik tarzlarının ölçümünde farklı bir ölçek kullanıldığı için bu çalışmamızda bu ölçekte yer alan liderlik ile ilgili iki boyut kapsam dışı tutularak sözü edilen takım etkinliği ölçeğinin diğer 7 ana başlık altında yer alan boyutları kullanılmıştır.

2. 2. Örneklem ve Veri Toplama Yöntemi:

Liderlik tarzları ile örgüt kültürü türleri ve Takım etkinliği arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma, Eskişehir ili sınırlarında TKHK Eskişehir İli Genel Sekreterliği'ne bağlı sağlık kurumlarında yapılmıştır.

Veri toplama aracı olarak 8 adedi demografik bilgilerden ve diğerleri 2. 1. maddesinde tanımlanan ölçeklerde yer alan "Liderlik" tarzı, "Örgüt Kültürü" türü ve Etkin Takım Çalışması" ile ilgili boyutlarını tespit etmeye dönük 52 sorudan oluşan, toplam 60 soruluk anket kullanılmıştır.

Tablo1. Araştırmanın Boyut, Alt Boyutları ve Önerme Sayıları

Boyut	Alt Boyut	Önerme Sayısı
Liderlik Tarzı Boyutu	Katılımcı Liderlik	5
	Destekleyici Liderlik	4
	Yönlendirici Liderlik	4
Örgüt Kültürü Boyutu	Yenilikçi Kültür	5
	Rekabetçi Kültür	3
	Toplumcu Kültür	4
Takım Etkinliği Boyutu	Takım Sinerjisi	5
	Yeniliğe Odaklanma	4
	Kaliteye Odaklanma	4
	İletişim	4
	Kaynak Kullanımı	4
	Performans Hedefleri	4
	Yetenekler	2
Toplam Önerme Sayısı		52

Sözü edilen sağlık kurumlarında çalışanlara dağıtılan 650 anketten 278'i geri dönerek araştırma kapsamına alınmıştır. Anket 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde anketi yanıtlayanların demografik özellikleri, ikinci bölümde İşletmedeki yöneticilerin liderlik tarzlarını ortaya koymayı amaçlayan 3 liderlik tarzı ile ilgili önermeler üçüncü bölümde işletmenin örgüt kültürünün üç türünü ortaya koyacağı varsayılan önermeler ve son olarak dördüncü bölümde de takım etkinliğinin 7 boyutunu ortaya koymayı amaçlayan önermeler yer almaktadır. Gerek örgüt kültürü gerekse liderlik türlerinin ölçümünde daha önceki çalışmaların çoğunluğunda kullanılan 5'li likert ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS paket programında analiz edilmiştir.

3. BULGULAR VE SONUÇ

3. 1. Bulgular

3. 1. 1. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi

Anketi cevaplayan çalışanların demografik özellikleri ve çeşitli liderlik ve örgüt kültürü türlerine ve etkin takım çalışmasına ilişkin önermelere verdikleri yanıtların frekans analizi sonuçları aşağıda tablolar halinde verilmektedir.

3. 1. 2. Demografik Özellikler

Ankete katılan çalışanların demografik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların % 73,8'ini erkeklerin oluşturduğu görülmektedir (Tablo 2). Anketi cevaplayanların % 74,8'i evli, kalan % 24,8'i ise bekârdır. Eğitim durumlarına bakıldığında, çalışanların % 17,6'si ortaöğretim, % 26,6'sı on lisans, %33,8'i lisans ve % 20,1'sinin ise lisansüstü eğitim aldıkları görülmektedir. Katılımcıların % 47,9'luk çoğunluğu 38 yaşın altındadır. Ankete yanıt veren çalışanların %81,7'si 5 yıl ve daha fazla toplam çalışma hayatına sahiptir. Yine katılımcıların % 39,9'u mevcut çalıştıkları bölümdeki toplam çalışma süreleri 5 yıldan daha fazla süreye sahiptirler.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Medeni Durum	Sayı	Yüzde
Kadın	204	73,4%	Evli	208	74,8%
Erkek	74	26,6%	Bekâr	69	24,8%
Yaş Durumu	Sayı	Yüzde	Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde
18- 22	11	4,0%	İlköğretim	5	1,8%
23- 27	34	12,2%	Ortaöğretim	49	17,6%
28- 32	44	15,8%	Ön lisans	74	26,6%
32- 37	72	25,9%	Lisans	94	33,8%
38- 42	60	21,6%	Lisansüstü	56	20,1%
43 ve Üzeri,	57	20,5%	Şuan Çalıştığımız Bölümde Toplan çalışma Süreniz?		
Meslekte Toplam Süreniz?	Sayı	Yüzde		Sayı	Yüzde
2 Yıl Altı	18	6,5%	2 Yıl Altı	89	32,0%
2- 4	33	11,9%	2- 4	78	28,1%
5- 7	28	10,1%	5- 7	32	11,5%
8- 10	42	15,1%	8- 10	35	12,6%
11 Ve/Veya Daha Fazla Yıl	157	56,5%	11 ve Veya Daha Fazla Yıl	44	15,8%

Not: Bu ve bundan sonraki tablolarda bazı sorulara katılımcılardan bazıları cevap vermediklerinden, soruyu cevaplayanların toplamı, anketi cevaplayanların n toplam sayısı olan 278’den düşük çıkmaktadır.

3. 1. 3. Liderlik Tarzları Boyutu İle İlgili Bulgular

Bu araştırma kapsamında Liderleri tarzları olarak, "Katılımcı", "Destekleyici" ve "Yönlendirici" liderlik tarzları ele alınmış ve ölçümlenerek analiz edilmiştir. Ankete katılanlara organizasyonlarda yöneticilerin liderlik tarzlarını ortaya koymayı amaçlayan (çalıştıkları organizasyonda yöneticilerin geneline ilişkin) çeşitli önermeler sunulmuş ve bu önermeler için alınan cevaplar Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3. Liderlik Tarzları Boyutu İle İlgili Bulgular

Katılımcı Liderlik Boyutu Önermeleri	1		2		3		4		5		4+5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Karar vermeden önce astlarının görüşlerini dikkate alırlar.	36	13	42	15,1	49	17,6	107	38,5	44	15,8	151	54,3
Harekete geçmeden önce astlarına danışırlar.	37	13,3	45	16,2	52	18,7	105	37,8	39	14	144	51,8
Bir problemle karşılaştıklarında astlarına danışırlar.	31	11,2	40	14,4	51	18,3	118	42,4	38	13,7	156	56,1
Bir konuda karar vereceği zaman astlarına önerilerini sorarlar.	25	9	40	14,4	54	19,4	111	40	48	17,2	159	57,2
Yapılacak işlerle ilgili astlarının önerilerini dinlerler.	27	9,70	37	13,3	63	22,7	94	33,8	57	20,5	151	54,3
Destekleyici Liderlik Boyutu Önermeleri	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Çalışanların işlerini daha seyerek yapabilmeleri için onlara yardım ederler.	36	13	38	13,7	62	22,3	88	31,66	54	19,42	142	51,08
Grup üyelerinin kişisel refahlarını arttırmak için faaliyette bulunurlar.	34	12,2	52	18,7	51	18,35	96	34,53	45	16,19	141	50,72
İşleri daha sevecen hale getirmek için küçük düzeyde de olsa bir şeyler yaparlar.	36	13	49	17,6	54	19,42	85	30,58	54	19,42	139	50,00
Tüm grup üyelerine eşit muamele ederler.	30	10,8	39	14	54	19,42	103	37,05	51	18,35	154	55,40

Yönlendirici Liderlik Boyutu Önermeleri	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Görevlerin nasıl yapılacağını açıklarlar.	19	6,84	33	11,9	54	19,42	113	40,65	59	21,22	172	61,87
Hangi işlerin yapılacağına ve bunların nasıl yapılacağına karar verirler.	13	4,68	26	9,35	43	15,47	135	48,56	61	21,94	196	70,5
Önceden belirlenen performans standartlarına ulaşılmasını sağlarlar.	15	5,4	28	10,1	55	19,78	114	41,01	66	23,74	180	64,75
Yapılacak işleri programlarlar.	11	3,96	28	10,07	58	20,86	126	45,32	55	19,79	181	65,11

Not: Ankette, 1= Hiç Katılmıyorum 2= Çok Az Katılıyorum 3=Kararsızım 4=Katılıyorum 5= Kesinlikle katılıyorum' ifade etmektedir.

Katılımcı Liderlik: Bu liderlik tarzını liderliği ölçmeye yönelik olarak 5 önerme anket içerisinde kullanılmıştır. Anketi cevaplayan katılımcıların bu beş önermeye verdikleri "Katılıyorum ve Tamamen Katılıyorum" cevaplarının %'si en düşük % 51,8 ve en yüksek % 57,2'dir. Özellikle 5 önermeden "Karar vermeden önce astlarının görüşlerini dikkate alırlar. " Önermesine verilen "Tamamen katılmıyorum ve Katılmıyorum" cevaplarının toplam yüzdeler dilimi % 29,5 ile en yüksek olumsuz orana sahiptir. Bu 5 önermeye çalışanların nerdeyse 42,8 oranında olumsuz ("Tamamen katılmıyorum, Katılmıyorum ve Kararsızım cevaplarının yüzdeler toplamı") cevap verdikleri düşünüldüğünde araştırma yapılan sağlık kurumlarında yöneticilerin karar verirken astlarının da görüşlerini aldıkları katılımcı liderlik tarzının tercih edildiği fikrinin çalışanlarca kısmen benimsendiği söylenebilir.

Destekleyici Liderlik: Bu liderlik tarzını liderliği ölçmeye yönelik olarak 4 önerme anket içerisinde kullanılmıştır. Anketi cevaplayan katılımcıların bu 4 önermeye verdikleri "Katılıyorum ve Tamamen Katılıyorum" cevapların %'si en düşük % 50 ve en yüksek 55,40'dir. Özellikle 4 önermeden 'Grup üyelerinin kişisel refahlarını arttırmak için faaliyette bulunurlar. " Önermesine verilen "Tamamen katılmıyorum ve Katılmıyorum" cevaplarının toplam yüzdeler dilimi % 30,9 ile en yüksek olumsuz orana sahiptir. Bu 4 önermeye çalışanların nerdeyse 46,60 oranında olumsuz ("Tamamen katılmıyorum, Katılmıyorum ve Kararsızım cevaplarının yüzdeler toplamı") cevap verdikleri düşünüldüğünde araştırma yapılan sağlık kurumlarında "Destekleyici Liderlik" tarzının tercih edildiği fikrinin çalışanlarca kısmen benimsendiği söylenebilir.

Yönlendirici Liderlik: Bu liderlik tarzını ölçmeye yönelik olarak 4 önerme anket içerisinde kullanılmıştır. Anketi cevaplayan katılımcıların bu 4 önermeye verdikleri "Katılıyorum ve Tamamen Katılıyorum" cevapların %'si en düşük % 61,87 ve en yüksek 70,50'dir.

Bu 4 önermeye çalışanların 29,50 % oranında olumsuz ("Tamamen katılmıyorum, Katılmıyorum ve Kararsızım cevaplarının yüzdelik toplamı") cevap verdikleri düşünüldüğünde araştırma yapılan sağlık kurumlarında genel olarak en yüksek oranda "Yönlendirici liderlik" tarzının tercih edildiği fikrinin çalışanlarca büyük oranda benimsendiği söylenebilir.

Özetle; ankete katılanlara, çalıştıkları organizasyondaki yöneticilerin genelinde liderlik tarzlarını ortaya koymayı amaçlayan Tablo 3'de yer alan çeşitli önermeler sunulmuş ve bu önermelere verilen yanıtların aritmetik ortalamaları Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Liderlik Tarzları Boyutu İle İlgili Önermelerin Aritmetik ortalamaları

Değişkenler	Soru Sayısı	Aritmetik Ortalama
Katılımcı Liderlik	5	3,34
Destekleyici Liderlik	4	3,29
Yönlendirici Liderlik	4	3,67

Tablo 4 ve 5'deki veriler dikkate alındığında, ankete katılan çalışanların; "Yönlendirici", "Destekleyici" ve "Katılımcı" liderlik türlerine ilişkin önermelere yüzdelik ağırlık olarak genelde olumlu yanıtlar verdikleri görülmektedir. Ancak bu çalışmanın yapıldığı sağlık kurumlarında çalışanlara göre başat liderlik tarzı algısı aritmetik ortalaması da en yüksek ortalamaya sahip olan (3,67) "Yönlendirici liderlik" tarzına uygun olduğu görülmektedir. Katılımcı Liderlik tarzına yönelik önermelere verilen olumsuz cevap oranı en yüksek orana sahip olup (aynı zamanda e3,34 ile en düşük aritmetik ortalamaya sahiptir.); araştırmanın yapıldığı sağlık kurumlarında çalışanların yöneticilerini "Katılımcı Liderlik" yönünden daha düşük değerlendirdikleri düşünülmektedir.

Araştırmanın yapıldığı sağlık kurumları genel olarak oldukça fazla sayıda ilk, orta ve üst kademe yöneticilerine sahip oldukları düşünüldüğünde, bu oldukça fazla sayıdaki yöneticilerin ağırlıklı olarak bir liderlik tarzı sergileyebilmelerinin de oldukça zor olduğunu düşündürmektedir.

3. 1. 4. Örgütsel Kültür Tarzları Boyutu ile ilgili Bulgular

Bu araştırma kapsamında örgütsel kültür tarzları olarak, "Yenilikçi", "Rekabetçi" ve "Toplumcu" tarzları ele alınmış ve ölçümlenerek analiz edilmiştir. Ankete katılanlara organizasyonlarda örgütsel kültür tarzlarını ortaya koymayı amaçlayan (çalıştıkları organizasyonda geneline ilişkin) çeşitli önermeler sunulmuş ve bu önermeler için alınan cevaplar Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5. Örgütsel Kültür Tarzları Boyutu ile ilgili Bulgular

Boyut ve önermeler	1		2		3		4		5		4+5	
Yenilikçi Kültür												
Bu işletme, yeni koşullar elde etmeye, yeni görüşleri değerlendirmeye, yeni rekabet koşullarına uyum sağlamaya büyümeye önem verir.	16	5,76	27	9,7	57	20,5	127	45,7	51	18,4	178	64,0
Bu işletme oldukça dinamik ve güçlüdür.	16	5,76	34	12,2	54	19,4	125	45	49	17,6	174	62,6
Bu işletmede çalışanlar risk almaya hazırdırlar.	28	10,1	39	14,0	63	22,7	110	39,6	38	13,67	148	53,2
Bu işletmeyi bir arada tutan değerler yenilikçi olmak ve gelişmeye açık olmaktadır.	22	7,9	41	14,8	54	19,4	120	43,2	41	14,8	161	57,9
Bu işletmede girişimci, yenilikçi olan ve risk almaya hazır bulunan yöneticiler en iyi yöneticiler olarak kabul edilir.	18	6,5	29	10,4	60	21,6	122	43,9	49	17,6	171	61,5
Rekabetçi Kültür												
Bu işletmede rekabet avantajı sağlamak adına amaçlara ulaşabilmek için görevi sadakatle yerine getirmek işletmenin önemli değerleri arasında sayılır.	25	9	17	6,1	43	15,5	150	54	43	15,5	193	69,4
Bu işletmede üretken olan ve yoğun çalışmayı seven yöneticiler en iyi yöneticiler olarak kabul edilir.	21	7,6	21	7,6	66	23,7	128	46,1	42	15,1	170	61,2
Bu işletmede insanların kişisel özellikleriyle ilgilenmek yerine işletmeye rekabet avantajı kazandıracak işlerin başlatılması ve tamamlanmasına önem verilir.	25	9	23	8,3	73	26,3	116	41,7	41	14,8	157	56,5
Toplumcu Kültür												
Bu işletmede geleneklere uygun davranışlarda bulunmak ve sadakatle örgüte bağlanmak işletmeyi bir arada tutan önemli değerlerdir.	20	7,2	23	8,3	67	24,1	123	44,2	45	16,2	168	60,4

Bu işletme geniş bir aile gibidir.	26	9,4	35	12,6	55	19,8	117	42,1	45	16,2	162	58,3
Bu işletmede insan kaynaklarına önem verilir. Kişiler arası sosyal diyalogun artması ve moral seviyesinin yükseltilmesi önemlidir.	27	9,7	31	11,2	59	21,2	119	42,8	42	15,1	161	57,9
Bu işletmede Başkanları'na fikirler vererek yardımda bulunan, bilgili ve anne/baba yaklaşımıyla astlarına davranan yöneticiler en iyi yöneticiler olarak kabul edilir.	23	8,3	28	10,0	54	19,4	130	46,8	43	15,5	173	62,2

Not: Ankette, 1= Hiç Katılmıyorum 2= Çok Az Katılıyorum 3=Kararsızım 4=Katılıyorum 5= Kesinlikle katılıyorum' ifade etmektedir.

Yenilikçi Kültür: Bu kültür tarzını ölçmeye yönelik olarak 5 önerme anket içerisinde kullanılmıştır. Anketi cevaplayan katılımcıların bu beş önermeye verdikleri "Katılıyorum ve Tamamen Katılıyorum" cevapların %'si en düşük % 53,24 ve en yüksek 64,03 oranında olumlu cevap vermişlerdir. Özellikle 5 önermeden 'Bu işletmede çalışanlar risk almaya hazırdırlar. " önermesine verilen "Tamamen katılmıyorum ve Katılmıyorum" cevaplarının toplam yüzdeler dilimi % 25 ile en yüksek olumsuz orana sahiptir. Bu 5 önermeye çalışanların nerdeyse 35,07 oranında olumsuz ("Tamamen katılmıyorum, Katılmıyorum ve Kararsızım cevaplarının" yüzdeler toplamı") cevap verdikleri düşünüldüğünde araştırma yapılan sağlık kurumlarında çalışanların örgüt Kültürlerini kısmen "Yenilikçi Kültür" olarak algıladıklarını söylenebilir.

Rekabetçi Kültür: Bu kültür tarzını ölçmeye yönelik olarak 3 önerme anket içerisinde kullanılmıştır. Anketi cevaplayan katılımcıların bu 3 önermeye verdikleri "Katılıyorum ve Tamamen Katılıyorum" cevapların %'si en düşük % 56,48 ve en yüksek % 69,43 oranında olumlu cevap vermişlerdir. Bu 3 önermeye çalışanların diğer boyutlara göre en düşük oran olan %31,57 oranında olumsuz ("Tamamen katılmıyorum, Katılmıyorum ve Kararsızım cevaplarının yüzdeler toplamı") cevap verdikleri düşünüldüğünde araştırma yapılan sağlık kurumlarında çalışanların örgüt kültürlerini diğer örgüt kültürlerine göre daha yüksek oranda " Rekabetçi Kültür" olarak algıladıklarını söylenebilir.

Toplumcu Kültür: Bu kültür tarzını ölçmeye yönelik olarak 4 önerme anket içerisinde kullanılmıştır. Anketi cevaplayan katılımcıların bu 4 önermeye verdikleri "Katılıyorum ve Tamamen Katılıyorum" cevapların en düşük %'si 57,92 ve en yüksek %'si ise

62,23 oranında olumlu cevap vermişlerdir. Özellikle 4 önermeden 'Bu işletme geniş bir aile gibidir. ' Önermesine verilen "Tamamen katılmıyorum ve Katılmıyorum" cevaplarının toplam yüzdeleri % 21,94 ile en yüksek olumsuz orana sahiptir. Bu 4 önermeye çalışanların nerdeyse 37,77 oranında olumsuz ("Tamamen katılmıyorum, Katılmıyorum ve Kararsızım" cevaplarının toplamı) cevap verdikleri düşünüldüğünde araştırma yapılan sağlık kurumlarında çalışanların örgüt kültürlerini kısmen "Yenilikçi Kültür" olarak algıladıklarını söylenebilir.

Özetle; ankete katılanlara, çalıştıkları organizasyondaki "Örgüt Kültürü" tarzlarını ortaya koymayı amaçlayan Tablo 5'de yer alan çeşitli önermeler sunulmuş ve bu önermelere verilen yanıtların aritmetik ortalamaları ise Tablo 6'de gösterilmiştir.

Tablo 6. Örgütsel Kültür Boyutu İle İlgili Önermelerin Aritmetik ortalamaları

Değişkenler	Soru Sayısı	Aritmetik Ortalama
Yenilikçi Kültür	5	3,375
Rekabetçi Kültür	3	3,531
Toplumcu Kültür	4	3,477

Tablo 5 ve 6'daki veriler dikkate alındığında, ankete katılan çalışanların, araştırmanın yapıldığı sağlık kurumunda 3 kültür türüne yönelik olumlu ve olumsuz cevapların birbirine yakın olduğu düşünüldüğünde ayrılmış yani bariz şekilde farklılaşmış bir örgüt kültürünün varlığının olmadığı düşünülmektedir. Olumsuz yanıtlar yönünden sıralama yapmamız gerekir ise; araştırma yapılan kurumlarda çalışanların örgütsel kültür özelliklerini sırası ile "Rekabetçi, (aritmetik ortalama 3,53) Toplumsal (aritmetik ortalama 3,48) ve Yenilikçi (aritmetik ortalama 3,38" kültür olarak algıladıkları görülmektedir.

3. 1. 5. Etkin Takım Çalışması Boyutu İle İlgili Bulgular

Bu araştırma kapsamında Etkin takım çalışması varlığı ile ilgili olarak, "Takım Sinerjisi, Performans Amaçları, Yetenekler, Kaynak Kullanımı, Kaliteye Odaklanma, Yeniliğe Odaklanma ve İletişim " boyutları ele alınmış ve ölçümlenerek analiz edilmiştir. Ankete katılanlara organizasyonlarda Etkin Takım Çalışması" varlığını ortaya koymayı amaçlayan (çalıştıkları organizasyonda geneline ilişkin) çeşitli önermeler sunulmuş ve bu önermeler için alınan cevaplar Tablo 5'de sunulmuştur.

Tablo 7. Etkin Takım Çalışması Boyutu İle İlgili Bulgular

Takım Sinerjisi	1		2		3		4		5		4+5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bireyler kendilerini takım üyesi gibi hissederler.	27	9,7	28	10,1	60	21,6	121	43,5	41	14,7	162	58,3
Her zaman anlamadığım, yanlış anladığım veya yanlış gittiğini düşündüğüm bir şey olursa soru sorarım.	13	4,7	14	5,0	50	18,0	144	51,8	57	20,5	201	72,3
Takım içinde herkes kabiliyetinin en iyisini gösterir.	21	7,6	23	8,3	63	22,7	135	48,6	36	12,9	171	61,5
Takımda moral yüksektir.	26	9,4	31	11,2	66	23,7	118	42,4	37	13,3	155	55,8
Bireyler takım üyesi olmaktan gurur duyarlar.	26	9,4	32	11,5	78	28,1	105	37,8	36	12,9	141	50,7
Yeniliğe Odaklanma												
Takım içinde gelişme ödüllendirilir.	39	14,0	35	12,6	64	23,0	97	34,	43	15,5	140	50,4
Hizmet ve görev ile ilgili problemler hemen tanımlanır.	20	7,2	27	9,7	63	22,7	120	43,2	48	17,3	168	60,4
Takım üyeleri yeni görev ve metotlar için heveslidir.	17	6,1	40	14,4	73	26,3	106	38,1	42	15,1	148	53,2
Takım yeni gelişmeler içinde yer alır.	17	6,1	26	9,4	64	23,0	137	49,3	34	12,2	171	61,5
Kaliteye Odaklanma												
Standartlar düzgün esaslarla denetlenir.	16	5,8	20	7,2	50	18,0	143	51,4	49	17,6	192	69,1
Standartların denetimi yönündeki geri bildirimler takımlara düzgün esaslar verir.	14	5,0	18	6,	57	20,5	143	51,	46	16,5	189	68,0
Denetim sonuçlarının ölçülebilir standartları vardır.	15	5,4	16	5,8	53	19,1	147	52,9	47	16,9	194	69,8
Takım içinde pratik çalışma standartları açıkça tanımlanır.	20	7,2	25	9,0	57	20,5	135	48,6	41	14,7	176	63,3
İletişim												
Takımımızdaki üyeler proje boyunca en az ayda bir kez proje toplantılarında alınan kararları inceledi.	25	9,0	32	11,5	61	21,9	114	41,0	45	16,2	159	57,2
Takımımızın yaptığı toplantılarda yapılması planlanan kararlar düzenli olarak kaydedilir.	22	7,9	25	9,0	55	19,8	131	47,1	45	16,2	176	63,3
Takımımızda rekabet avantajını sağlayan faaliyetler hakkında devamlı bir bilgi akışı vardır.	22	7,9	20	7,2	64	23,0	133	47,8	39	14,0	172	61,9
Takımımızda yeni bir fikir ortaya atıldığı zaman takım üyeleri onu denemeye genellikle isteklidir.	23	8,3	20	7,2	61	21,9	132	47,5	42	15,1	174	62,6
Kaynak Kullanımı												
Takımımızda eğitim ihtiyacı doğunca giderilir.	20	7,2	17	6,1	44	15,8	145	52,2	52	18,7	197	70,9
Gereken kaynaklar mevcuttur.	18	6,5	26	9,4	50	18,0	137	49,3	46	16,5	183	65,8
Ekipman ve binamızın maksimum kapasitede kullanıldığından eminiz.	19	6,8	25	9,0	59	21,2	125	45,0	50	18,0	175	62,9
Atıklar (atıl kapasite/kaynak) minimumda tutulur.	19	6,8	22	7,9	54	19,4	138	49,6	45	16,2	183	65,8
Performans Hedefleri												
Kaynak izlenebilirliği ve kontrolü için sistemler yerindedir.	13	4,7	21	7,6	61	21,9	145	52,2	38	13,7	183	65,8
Takım faaliyetleri için belli finansal hedefler vardır.	19	6,8	17	6,1	63	22,7	137	49,3	42	15,1	179	64,4
Takımımız finansal ve işletme faaliyetleri amaçlarına uyar.	22	7,9	18	6,5	67	24,1	132	47,5	39	14,0	171	61,5
Çalışma seviyeleri için hedefler vardır.	16	5,8	17	6,1	69	24,8	131	47,1	45	16,2	176	63,3
Yetenekler												
Eğitim ihtiyaçları için uygun bir tanımlama sistemi vardır.	16	5,8	17	6,1	65	23,4	135	48,6	45	16,2	180	64,7
Eğitim ve gelişme ihtiyaçları sistematik olarak tanımlanır.	19	6,8	16	5,8	55	19,8	139	50,0	49	17,6	188	67,6

Not: Ankette, 1= Hiç Katılmıyorum 2= Çok Az Katılıyorum 3=Kararsızım 4=Katılıyorum 5= Kesinlikle katılıyorum' ifade etmektedir.

Takım Sinerjisi: Takım Sinerjisi boyutu ölçmeye yönelik olarak 5 önerme anket içerisinde kullanılmıştır. Anketi cevaplayan katılımcıların bu beş önermeye verdikleri "Katılıyorum ve Tamamen Katılıyorum" cevapların %'si en düşük % 50,7 ve en yüksek 72,03 oranında olumlu cevap vermişlerdir. Özellikle 5 önermeden 'Bireyler takım üyesi olmaktan gurur duyarlar. " ve " Takımda moral yüksektir. " önermelerine verilen "Tamamen katılmıyorum ve Katılmıyorum" cevaplarının toplam yüzdelik dilimi sırası ile % 20,9 ile 20,5 ile en yüksek olumsuz cevap oranlarına sahiptirler. "Bireyler takım üyesi olmaktan gurur duyarlar. " önermesine verilen "Katılıyorum ve Tamamen Katılıyorum" cevaplarının yüzdesi olan % 50,7 diğer önermelerin içerisinde en düşük değere sahiptir.

Bu bağlamda araştırma yapılan sağlık kurumlarının gerek örgüt kültürlerinin gerekse de liderlik tarzlarının istendik boyutta "Takım Sinerjisi" yaratamadıkları söylenebilir.

Yeniliğe Odaklanma: Yeniliğe Odaklanma boyutunun ölçmeye yönelik olarak 4 önerme anket içerisinde kullanılmıştır. Anketi cevaplayan katılımcıların bu beş önermeye verdikleri "Katılıyorum ve Tamamen Katılıyorum" cevapların %'si en düşük % 50,4 ve en yüksek 61,5 oranında olumlu cevap vermişlerdir. Özellikle dört önermeden 'Takım içinde gelişme ödüllendirilir. " önermesine verilen "Tamamen katılmıyorum ve Katılmıyorum" cevaplarının toplam yüzdelik dilimi 26,6 ile en yüksek olumsuz orana sahiptir. Bu bağlamda araştırma yapılan sağlık kurumlarının gerek örgüt kültürlerinin gerekse de liderlik tarzlarının istendik boyutta takım "Yeniliğe Odaklanma" yaratamadıkları söylenebilir.

Kaliteye Odaklanma: Kaliteye Odaklanma boyutunun ölçmeye yönelik olarak 4 önerme anket içerisinde kullanılmıştır. Anketi cevaplayan katılımcıların bu dört önermeye verdikleri "Katılıyorum ve Tamamen Katılıyorum" cevapların %'si en düşük % 63,3 ve en yüksek 69,1 oranında olumlu cevap vermişlerdir. Bu oranlar diğer boyutlar ile kıyaslandığında en yüksek olumlu yüzdelik dilimlere sahiptir. Özet olarak araştırma yapılan sağlık kurumlarının gerek örgüt kültürlerinin gerekse de liderlik tarzlarının diğer boyutlara göre daha yüksek oranda 'Kaliteye Odaklanma" yarattıkları söylenebilir.

İletişim: İletişim boyutunun ölçmeye yönelik olarak 4 önerme anket içerisinde kullanılmıştır. Anketi cevaplayan katılımcıların bu dört önermeye verdikleri "Katılıyorum ve Tamamen Katılıyorum" cevapların %'si en düşük % 57,2 ve en yüksek % 63,3 oranında olumlu cevap vermişlerdir. Özellikle 4 önermeden "Takımımızdaki üyeler proje boyunca en az ayda bir kez proje toplantılarında alınan kararları inceledi. " önermesine verilen "Tamamen katılmıyorum ve Katılmıyorum" cevaplarının toplam yüzdelerik dilimi % 20,5 ile en yüksek olumsuz orana sahiptir. Bu bağlamda araştırma yapılan sağlık kurumlarının gerek örgüt kültürlerinin gerekse de liderlik tarzlarının istendik boyutta takım 'İletişim' kanalları yaratamadıkları söylenebilir.

Kaynak Kullanımı: Kaynak Kullanımı İletişim boyutunun ölçmeye yönelik olarak 4 önerme anket içerisinde kullanılmıştır. Anketi cevaplayan katılımcıların bu dört önermeye verdikleri "Katılıyorum ve Tamamen Katılıyorum" cevapların %'si en düşük % 62,9 ve en yüksek % 70,9 oranında olumlu cevap vermişlerdir. Bu oranlar diğer boyutlar ile kıyaslandığında Kaliteye odaklanma boyutu ile birlikte en yüksek olumlu yüzdelerik dilimlere sahiptir.

Performans Hedefleri: Performans Hedefleri boyutunun ölçmeye yönelik olarak 4 önerme anket içerisinde kullanılmıştır. Anketi cevaplayan katılımcıların bu dört önermeye verdikleri "Katılıyorum ve Tamamen Katılıyorum" cevapların %'si en düşük % 61,5 ve en yüksek % 65,8 oranında olumlu cevap vermişlerdir. Bu sonuçlar incelenen tüm boyutlar içerisinde "Yetenekler " boyutu ile birlikte kendi önermelerine verilen en dengeli dağılımı içermektedir.

Yetenekler: Yetenekler boyutunun ölçmeye yönelik olarak 2 önerme anket içerisinde kullanılmıştır. Anketi cevaplayan katılımcıların bu iki önermeye verdikleri "Katılıyorum ve Tamamen Katılıyorum" cevapların %'si en düşük % 64,7 ve en yüksek % 67,6 oranında olumlu cevap vermişlerdir. Bu sonuç incelenen tüm boyutlar içerisinde " Performans Hedefleri " boyutu ile birlikte kendi önermelerine verilen en dengeli dağılımı içermektedir.

Aşağıda yer alan tabloda etkin takım çalışması ile ilgili boyutlar ve bu boyutlara ait önermelerin aritmetik ortalamalarına yer verilmiştir.

Tablo 8. Etkin Takım Çalışması Boyutu İle İlgili Önermelerin Aritmetik Ortalamaları

Boyut	Önerme Sayısı	Aritmetik Ortalama
Takım Sinerjisi	5	3,49
Yeniliğe Odaklanma	4	3,43
Kaliteye Odaklanma	4	3,65
İletişim	4	3,51
Kaynak Kullanımı	4	3,62
Performans Hedefleri	4	3,59
Yetenekler	2	3,65

Yukarıda yer alan tablo incelendiğinde "Etkin Takım çalışması" boyutunu içeren 7 boyut içerisinde en yüksek aritmetik ortalamaya sahip boyut olarak, eşit ortalamaya sahip "Kaliteye Odaklanma" ve "Yetenekler" boyutları olduğu görülmektedir. Ayrıca en düşük ortalamaya sahip boyut ise "Takım Sinerjisi" boyutu olduğu görülmektedir.

3. 2. Sonuç

Yönetim literatürü incelendiğinde genel olarak ele alınan kavramların nerede ise tamamı için geçerli olmak üzere, tanımını üzerinde geniş uzlaşma sağlanan kavram sayısının nerede ise yok denecek kadar az olduğu görülmektedir. Bu tespit araştırmamızda ele alınan üç kavram olan "Liderlik", "Örgüt Kültürü" ve "Takım" kavramları içinde geçerlidir. Bu üç kavram birlikte ele alındığında, birbirleri arasındaki ilişkinin öncelikli olarak doğru kurgulanması gerekmektedir. Bu kurgulamanın temel kritik noktası ise organizasyonlarda hangisinin öncelikli olarak var olduğu sorusudur. Herhangi bir organizasyon açısından bakıldığında bu soruya verilecek doğru cevap, organizasyonun ilk kuruluş aşaması dışında kalan dönemler için "Örgüt Kültürü" kavramı olacaktır. Çünkü bir örgüt ilk kurulduğu andan itibaren kurucuları ve örgüte her yeni giren çalışanlarından etkilenecek bir kültür yaratır ve bir süre sonra bu örgüte giren her çalışan bu kültürü algılayarak faaliyetlerini planlar ve kendisine aykırı gelen kültürel değerleri ise değiştirmeye çalışırlar. Bu bağlamda tüm organizasyonlar açısından ele alınacak yönetsel kavramların öncelikli olarak "Örgüt Kültürünü" merkeze alınarak analiz edilmesinin gerekli olduğu düşünülebilir. Bu yönü ile "Liderlik", "Örgüt Kültürü" ve

"Takım" kavramları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacı ile yapılandırılan çalışmamıza, araştırmamızda elde edilen ve yukarıda açıklanan sonuçlar bağlamında "Örgüt Kültürünü" merkeze alarak yaklaştığımızda, aşağıdaki tespitleri yapmak mümkündür.

Araştırmamızda örgütsel kültür tarzları olarak, "Yenilikçi", "Rekabetçi" ve "Toplumcu" tarzları ele alınmış ve ölçümlenerek analiz edilmiştir. Araştırma yapılan kurumlarda çalışanlar 3 kültür türüne yönelik olumlu ve olumsuz cevapların birbirine yakın olduğu düşünüldüğünde ayrılmış yani bariz şekilde farklılaşmış bir örgüt kültürünün varlığının olmadığı düşünülmektedir. Olumsuz yanıtlar yönünden sıralama yapmamız gerekir ise; araştırma yapılan kurumlarda çalışanların örgütsel kültür özelliklerini sırası ile "Rekabetçi", Yenilikçi ve Toplumsal" kültür olarak algıladıkları görülmektedir. Dolayısıyla bu boyutta bir kültür türünün bariz olarak ön plana çıkmaması araştırmamızda ele alınan "Liderlik" ve "Takım" boyutlarında da bariz bir ayrışmanın ön plana çıkmamasına neden olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma yapılan sağlık kurumlarında ankete katılan çalışanların; yönlendirici, destekleyici ve katılımcı liderlik türlerine ilişkin önermelere yüzdelik ağırlık olarak genelde olumlu yanıtlar verdikleri görülmektedir. Ancak bu çalışmanın yapıldığı sağlık kurumlarında çalışanlara göre başat liderlik tarzı algısının "Yönlendirici liderlik" tarzı (bu boyuta ait 4 önermenin aritmetik ortalaması 3,66'dır) olduğu görülmektedir. "Katılımcı Liderlik" tarzına yönelik önermelere verilen olumsuz cevap oranı en yüksek orana sahip olup; araştırmanın yapıldığı sağlık kurumlarında çalışanların yöneticilerini katılımcılık yönünden düşük değerlendirdikleri düşünülmektedir

Sonuç olarak, araştırmanın yapıldığı sağlık kurumlarında "Yenilikçi", "Rekabetçi" ve "Toplumcu Kültür" türlerinin her üçünün de özelliklerine sahip bir kültürel yapının varlığı ve ayrıca "Katılımcı", "Destekleyici" ve "Yönlendirici" liderlik tarzlarına ilişkin olumlu yargıların varlığı söz konusudur. Ayrıca karma bir örgüt kültürü ve yine karma liderlik tarzlarının var olduğu sağlık kurumlarında aynı zamanda "Etkin Takım çalışması" yönünden de olumlu bir algının varlığı söz konusudur.

KAYNAKÇA

- Bernard, M. Bass. (1965). Leadership, Psychology and Organizational Behavior, Jointly published by Harper & Row and John Weatherhill, New York.
- Hurst, David K. (2000). Kriz ve Yenilenme, (Çev. : Ela Güldemir). Alfa Yayınları, İstanbul.
- Davis, Keith. (1988). İşletmede İnsan Davranışı: Örgütsel Davranış, (Çev. : Kemal Tosun vd.). 3. Baskı, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yayınları, İstanbul.
- Eren, Erol. (2003). Yönetim ve Organizasyon, 6. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul.
- Koçel, Tamer. (2003). İşletme Yöneticiliği, 9. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul.
- Özkalp, Enver ve Kırel, Çiğdem. (2004). Örgütsel Davranış, 2. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Koçel, Tamer. (2001). İşletme Yöneticiliği, 8. Baskı, Beta Basım, İstanbul.
- Ertürk, Mümin. (2000). İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Acuner, Taner ve Yılmaz, Gökhan. (2000). Günümüzün Etkin Liderlik Anlayışı: Değişimci Liderlik, Yönetim ve Ekonomi, No. 6, Sayfa:1-12.
- Sabuncuoğlu, Zeyyat ve Tüz Melek. (1998). Örgütsel Psikoloji, 3. Baskı, Alfa Yayınları, Bursa.
- Baltaş, Acar. (2003). Ekip Çalışması ve Liderlik, 5. Baskı, Remzi Kitabevi Yayınları, İstanbul.
- Karahan Atilla (2008). Hastanelerde Liderlik ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt X, No. 1, Sayfa 145-162
- Özdevecioğlu, Mahmut. (1994). Organizasyon Kültürü", (haz: Mustafa Özel). Stratejik Yönetim ve Liderlik, İz Yayınları, İstanbul.
- Bakan, İsmail-Büyükbeşe Tuba-Bedestenci, H. Çetin. (2004). Örgüt sırlarının çözümünde örgüt kültürü, Alfa Akademi Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
- Schein, Edgar H. (2002). Örgütsel Kültür, (Çev. Atilla Akbaba). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 4, No. 3, sayfa:1-32
- Eren, Erol, Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. (2004:136). Beta Basım Yayım Dağıtım A. Ş., İstanbul.
- Berberoğlu, Güneş ve Baraz Barış. (1999). Tusaş Motor Sanayi A. Ş. de Örgüt Kültürü Araştırması, Anadolu Üniversitesi İİBF Dergisi, Eskişehir, Cilt XV, No. 1-2, Sayfa:65-84.
- Burcu Dönmez ve Murat Korkmaz. (2011). Örgüt Kültürü - Örgütsel İklim ve Etkileşimleri, Uluslararası Hakemli Akademik Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 1, No. 2, Sayfa:169-186.

- Özkan, Tütüncü., Yılmaz, Akgündüz. (2012). Seyahat Acentelerinde Örgüt Kültürü ve Liderlik Arasındaki İlişki: Kuşadası Bölgesinde Bir Araştırma, *Anatolia Turizm Araştırmaları Dergisi*, Cilt 23 No. 1, Sayfa:59-72.
- Baysal, Can. A. ve Paksoy, Mahmut. (1999). Mesleğe ve Örgüte Bağlılığın Çok Yönlü İncelenmesinde Meyer-Allen Modeli, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, Cilt 28, No. 1, Sayfa:7-15.
- Sarıhan, H. İnceler. (1998). Rekabette başarının yolu, *Teknoloji Yönetimi*, Desnet Yayınları, İstanbul.
- Eldar, Reuben. (2005). Teamwork and the Quality of Care, *Croat Med J*, Vol. 46 No. 1, February pp:157-160.
- Hall, Pippa, ve Weaver Lynda. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road, *Medical Education*; Vol:35, No 9, September, pp:867 - 875.
- ÇETİN, Canan. (2008). Yöneticilerin Liderlik Stilleri, Değişim Yönetimi ve Ekip Çalışması Arasındaki İlişkilerin Çok Yönlü Olarak Değerlendirilmesi, İTO Yayınları, İstanbul.
- BAKAN İsmail. (2009). Liderlik Tarzları İle Örgüt Kültürü Türleri Arasındaki İlişkiler: Bir Alan Çalışması, *Tisk Akademi*, Cilt 4, No. 7, Sayfa:139-172.
- Zehir, Cemal ve Özşahin, Mehtap. (2008). Takım Yönetimi ve Takım Etkinliğini Belirleyen Faktörler: Savunma Sanayinde Ar-Ge Yapan Takımlar Üzerinde Bir Saha Araştırması, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, Cilt 9, No. 2, Sayfa:266-279.

Hemşirelerde El Hijyeni Uygulamalarının Çalışan Memnuniyetine Etkisi: Çok Merkezli Çalışma (*)

Gönderim Tarihi: 03. 04. 2016

Kabul Tarihi : 12. 04. 2016

Ahmet Atasoy¹ - Ayşegül Çopur Çicek²
Songül Yorgun³ Emrullah İncesu⁴
Murat Yılmaz⁵ - Burcu Elitez⁶
Uğur Işık⁷ - Yasemin Marangoz⁸
Ebru Duman⁹ - Kevser Özalp¹⁰
Murat Yavuz Ladikli¹¹ - Sevinç Çapa¹²
Arzu Özkan¹³ - Meltem Kaya¹⁴
Tayfun Aydoğan¹⁵ - Çiğdem Günay¹⁶

ÖZ

Amaç: Hemşirelerin el hijyeni uygulamalarında memnuniyet düzeyinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma Ocak 2015 – Eylül 2015 tarihleri arasında 16 hastanede çalışan 2284 hemşire üzerinde yapılmıştır. Demografik özellikler (3 soru) ve memnuniyet

- 1 Özel Alanya Koleji, Sağlık Eğitimsi, aatasoy52@hotmail. com
- 2 Doç. Dr. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, acopurcicek@gmail. com
- 3 AİBÜ İzzet Baysal Eğitim Araştırma Hastanesi, syorgun58@hotmail. com
- 4 Konya Seydişehir Devlet Hastanesi
- 5 Konya Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- 6 Eskişehir KHB Genel Sekreterliği
- 7 Eskişehir KHB Genel Sekreterliği
- 8 Ordu Eğitim Araştırma Hastanesi
- 9 TKHK Verimlilik ve Kalite Yönetim Daire Başkanlığı
- 10 Turhal Devlet Hastanesi
- 11 Turhal Devlet Hastanesi
- 12 Bolu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- 13 Bolu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- 14 Bahçelievler Devlet Hastanesi
- 15 Çubuk Devlet Hastanesi
- 16 Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

faktörlerini (35 soru) içeren toplam 38 sorudan oluşan anket formu veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

Verilerin analizinde SPSS 11. 5 programı kullanılmıştır. Analizde; sayı ve yüzde dağılımları, anova analizleri uygulanmıştır

Bulgular: Tüm hemşirelerin % 44,2 'si lisans düzeyinde eğitim almış olup, % 44'ü A2 grubu hastanelerde % 21,4'ü dahili kliniklerde, % 20,8'i cerrahi kliniklerde çalışmaktadır.

Hemşireler en fazla alkol bazlı el antiseptiğinin renginden (7. 40±2,90), el hijyeni eğitimin sıklığından (7,73±2,48), gözlemcinin yaklaşımından (7,11±2,79), gönderilen mesaj sayısından (7,24±2,74) ünite sorumlusunun yaklaşımından (7,98±2,47), 3 aylık dönemler halinde el antiseptik tüketiminin izlenmesinden memnundurlar.

Anahtar Kelimeler: El hijyeni uygulaması, Uyum, Hemşire

Impact of Hand Hygiene Practices on Employee Satisfaction in Nurses: Multicenter Study

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to evaluate the satisfaction level on hand hygiene practices in nurses.

Methods: The study was conducted between January - September 2015 on 2284 nurses working in 16 hospitals. A questionnaire revealing the personal characteristics and satisfaction in hand hygiene practices were used in the study.

The data obtained was analysed using SPSS 11. 5 statistical software package. The mean and Standard deviation values and ANOVA test were used for statistical analysis.

Results: A total of 44% of the nurses are working in the hospitals in group A2, 21. 4% are working in internal medicine, and 20. 8 in surgery clinics. A total of 44. 2% of them had education at under graduate level.

The nurses are satisfied mostly for the color of alcohol-based hand antiseptic (7. 40±2. 90), frequency of hand hygiene education (7. 73±2. 48), approach of the observer (7. 11±2. 79), the number of the messages sent (7. 24±2. 74), approach of the unit supervisor (7. 98±2. 47), and the monitoring of antiseptic consumption in 3-months intervals.

Keywords: Hand hygiene practice, satisfaction, nurse

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar (SHİE) hasta güvenliğiyle ilgili önemli sorunlardan birisidir. Hastanede uzamış yatışa, hastalarda uzun süre normal yaşamdan uzak kalmaya, mikroorganizmalarda antimikrobiyal dirençte artışa, artmış maliyete ve ölüme sebep olmaktadır (İnan, 2011: 22).

(SHİE'nin) % 20- 40'ında kaynağın veya bulaş yolunun eller olduğu gösterilmiştir (Gencer, 2008: 71). SHİE'nin en az yarısı el hijyeni uygulamasıyla engellenebilir (Çaylan, 2007: 55, CDC, 2002: 6, WHO, 2007: 45).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık kuruluşlarında el hijyeni düzenlemelerini iyileştirmek için "Çok Modelli El Hijyeni Geliştirme Stratejisi" nin uygulanmasını önermektedir. Çok modelli strateji, tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında uzun vadeli el hijyeni düzenlemelerinin gerçekleştirmek için en güvenilir yöntemdir (WHO, 2007: 12).

Çok modelli el hijyeni geliştirme programının beş ana bileşeni vardır; sistem değişikliği, eğitim, gözlem ve geri bildirim, iş yeri hatırlatıcıları, kurumsal güvenlik iklimi (Stor, 2008: 11, Boyce J 2011, WHO, 2006: 11, Downs, 2009: 56).

Çok Modelli El Hijyeni Geliştirme Stratejisi'ne göre hastayla temasın olduğu yerlerde, sağlık personeli tarafından kolayca ve mümkün olduğunca yakın yerde ulaşılabilen el hijyeni ürünleri (alkol bazlı el ovma ürünleri vs.) bulunmalıdır. El hijyeni ürünlerine, tedavi veya bakım yapılan mekânı terk etmeden ulaşılabilmelidir (WHO, 2007: 17, WHO, 2010: 2).

El hijyenini desteklemek için bir eğitim programı düzenlemek ve sağlık çalışanının eğitimi enfeksiyon kontrol ekibinin görevlerinin doğal bir parçasıdır. Eğitim, başarı için önemli ve ciddi bir konudur. El hijyeni uygulamalarının gelişimindeki köşe taşlarından birini temsil eder (WHO, 2006: 77).

Sağlık çalışanlarının günlük çalışmaları esnasında doğrudan gözlemlenmesi, el hijyeni uygulamalarını araştırmak için izlenebilecek en doğru yoldur. Bu sayede sağlık çalışanlarının davranışlarını tespit etme ve sürmekte olan zayıflıkları değerlendirme fırsatı elde edilmiş olur. Gözlemlerden elde edilen

sonuçlar el hijyenin teşviki ile eğitimine yönelik en uygun müdahalelerin belirlenmesine de yardımcı olur.

El hijyeni iyileştirilmesi zamanla sınırlı bir süreç değildir. El hijyeninin, bir kere uygulanmaya başladıktan sonra, teşvik edilmesinden ve izlenmesinden asla vazgeçilmemelidir. Uygulama, değerlendirme ve geribildirim faaliyetlerinin periyodik olarak yenilenmesi, tekrar edilmesi ve sürdürülebilirliğinin sağlanması kalite iyileştirmelerinin bir parçasıdır.

Sağlık Bakanlığı, çok modelli el hijyeni geliştirme stratejisine uygun olarak standartlar geliştirmiştir. Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları (SKS 4. Versiyon) enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi başlığı altında el hijyeni standartları "Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır. El antiseptik solüsyonu iç istemleri her bölüm için düzenli olarak üç ayda bir takip edilmeli, bölümlerde el antiseptik solüsyonlarının yeterli kullanılmadığı tespit edildiğinde iyileştirme faaliyetleri yapılmalıdır. Beş Endikasyon Kuralı Gözlem Formu ile çalışanlar üzerinde haberli gözlem yapılmalı ve gözlemler her üç ayda bir yapılmalıdır. Yılda en az bir kez çalışanlara eğitim verilmelidir" şeklinde açıklanmakta idi. (SKS, 2011: 43).

Yeni yayınlanan SKS 5. Versiyon'da el hijyeni yine çekirdek standart olarak belirlenmiştir. "Sağlık çalışanlarının el hijyenini etkin uygulamasına yönelik teşvik edici çalışmalar yapılmalıdır. Teşvik edici uygulamalar kapsamında; bilgi sistemleri üzerinden uyarıcı mesajlar gönderilmesi, başarılı çalışanların ödüllendirilmesi, konuya ilişkin özel etkinliklerin düzenlenmesi, çalışanların el hijyeni malzemeleri ve konu ile ilgili yaşadıkları sorunlar hakkında görüş ve önerilerinin alınması gibi çalışmalar gerçekleştirilebilir" standardı eklenmiştir (SKS, 2015: 183).

Sağlık işletmelerinde, uygun bir hizmet ortamının sağlanması ve çalışanların faydalandıkları hizmete ilişkin değerlendirme ve memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi önemli kurum performans göstergesi olarak kabul edilmektedir (Akgün, 2002: 20). İşletmelerin başarısı büyük oranda, insan unsurunun çok yönlü ve karmaşık yapısının iyi anlaşılmasına ve bu yapıya uygun çalışma ortamının oluşturulmasına bağlıdır (Karakaya ve Ay, 2007: 55).

Sağlık kuruluşlarının en büyük kaynakları işgücünü oluşturan çalışanlarıdır. Çalışan memnuniyetinin kurumsal olarak değerlendirilmesi ve kurumsal hedeflerin gerçekleştirilmesi birbiriyle direkt ilişkilidir. Sağlık kurumlarında başarı, personel yönetimi ve memnuniyeti ile ilgilidir (Yorulmaz, 2001: 4).

Çalışan memnuniyeti, yapılan işin çeşitli yönlerine karşı beslenen tutumların toplamıdır (Kostak, 2015: 2). Memnuniyete ilişkin bilginin, kalite değerlendirilmesinde olduğu kadar, sağlık bakım sistemlerinin şekillenmesinde çok değerli olduğu kaydedilmektedir. Son yıllarda gerek kamusal gerek özel sağlık kuruluşlarında çalışan memnuniyeti konusuna giderek daha çok ilgi duyulmakta ve ölçüm çalışmaları yaygınlaşmaktadır (Bülbül, 2008: 9).

Çalışanların sağlıklı bir iş ortamını istemeleri en doğal haklarıdır. Bilgi ve eğitim düzeyi arttıkça çalışanların beklentileri artacak ve yönetim bu istekleri karşılama zorlanacaktır. Yönetime düşen başlıca görev, çalışanların bir adım önünde istekleri ve gerekli değişimleri, çalışanların taleplerinden önce görmek ve düzeltmek olacaktır (Kostak, 2015: 2).

Değişen el hijyeni davranışlarının yanı sıra, bilinçli bir şekilde olumlu davranışları sürdürmek için gerekli düzenlemelerin yapılması başarılı bir davranış değişikliği programının ayrılmaz parçasıdır (Trunnel, 2005: 84). Bu nedenle el hijyeni uygulamalarına yönelik memnuniyetinin değerlendirilmesi kaçınılmaz hale gelmektedir.

Bu araştırmada, hemşirelerin el hijyeni uygulamalarına yönelik memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları ile uygulamadaki eksiklikler ve yanlış uygulamalar tespit edilerek, düzeltici faaliyetlerin planlanmasına zemin oluşturacak, el hijyeni uygulamalarına katkı sağlanacaktır.

2. YÖNTEM

2. 1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, hemşirelerin el hijyeni uygulamalarına yönelik memnuniyet düzeyinin değerlendirilmesi amacı ile planlanmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

2. 2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ocak 2015 – Eylül 2015 tarihleri arasında 3 adet A1 Dal grubu dal hastanesi (Ankara Onkoloji Hastanesi, Bolu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bolu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi), 3 adet A1 grubu hastane (Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ordu Eğitim Araştırma Hastanesi, Rize Eğitim Araştırma Hastanesi), 4 adet A2 grubu hastane (Eskişehir Devlet Hastanesi, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Konya Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Turhal Devlet Hastanesi), 4 adet B grubu hastane (Rize Devlet Hastanesi, İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi, Ankara Çubuk İlçe Hastanesi, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi), 2 adet C grubu hastane (Afyon Sandıklı Devlet Hastanesi, Bursa İznik Devlet Hastanesi) olmak üzere 16 hastanede çalışan 2284 hemşire ile yapılmıştır.

Tablo 1. Çalışma Yapılan Hastaneler ve hemşire sayısı

Hastane Grubu	Hastane Sayısı	Hemşire Sayısı	%
A1 Dal	3	220	9,6
A1	3	597	26,1
A2	4	1006	44,0
B	4	355	15,5
C	2	106	4,6
Toplam	16	2284	99,8

2. 3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulundan yazılı izin (25. 07. 2015 tarih 2015/112) alınmıştır. Araştırma, hastanelerin yöneticilerinden araştırmanın uygulanması için izin alındıktan sonra çalışmaya katılmak isteyen, anketi yanıtlamayı kabul eden ve sözlü onam veren hemşirelerle yürütülmüştür.

2. 4. Veri Toplama Araçları

Hemşirelere demografik özellikler (3 soru) ve memnuniyet faktörlerini (35 soru) içeren toplam 38 sorudan oluşan anket formu veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Birinci kısımda bulunan sorular kişilerin; eğitim durumu, hastanede çalıştığı ünite ve hizmet süresini belirlemek, ikinci grup sorular

ise; çalışanların el hijyeni uygulamalarındaki memnuniyet düzeylerini değerlendirmek amacıyla sorulmuştur. El hijyeni uygulamalarında memnuniyeti değerlendirmek amacıyla hazırlanan sorular literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur.

Çalışılan ünite de kullanılan alkol bazlı el antiseptiğinin özellikleri (renk, koku, yapısı, akışkanlığı, kuruma hızı), sabunun özellikleri (renk, koku, yapısı, akışkanlığı, kullanım kolaylığı), el hijyeni eğitim programı bileşenleri (konunun çekiciliği, eğitim sıklığı, kullanılan eğitim materyali, eğitim zamanı, eğitiminin değerlendirilmesi), el hijyeni gözlemleri (gözlemlerin yapılma sıklığı, yapılaş şekli, gözlemcinin yaklaşımı, gözlemin yapılma zamanı, gözlem sonuçlarının açıklanması), el hijyeni kültürü (yöneticilerin uygulamalara karşı ilgisi, ünite sorumlusunun yaklaşımı, rol modellerin bulunması, arkadaş desteği, ödüllendirme, ayıplanma), hastane bilgi sistemi üzerinden gönderilen mesajlar (mesaj içeriği, gönderilme zamanı, şekli, sıklığı, sayısı), alkol bazlı el antiseptik tüketiminin izlenmesindeki (3 aylık dönemler halinde tüketiminin izlenmesi, aylık tüketimin çalışanlara bildirilmesi, antiseptik tüketimini engelleyen durumların araştırılması, az tüketim olması halinde nedenlerinin araştırılması, alkol bazlı el antiseptiğinin zamanında temin edilmesi) memnuniyeti belirleyen ifadeler olumsuzdan (nahış, hiç iyi değil) olumluya doğru (hoş, çok iyi) 1' den başlayan ve 10' la biten sayı skalası üzerinde yapılmıştır.

Tablo 2. Memnuniyet alt boyutlar ve güvenilirliği

Memnuniyet Alt boyutu	Soru sayısı	Cronbach Alfa Katsayısı
Alkol Bazlı El Antiseptiği	5	0,90
Sıvı Sabun	4	0,91
El Hijyeni Eğitim Programı	5	0,93
El Hijyeni Gözlemleri	5	0,94
El Hijyende Kurumsal Kültürü	6	0,95
El Hijyen Mesajları	5	0,95
El Antiseptik Tüketiminin İzlenmesi	5	0,83
Toplam	35	0,95

Araştırmada değişkenlerin güvenilirliğinin saptanmasında Cronbach Alfa Katsayısı kullanılmıştır. Araştırmada %95.00 olarak çıkan alfa katsayısı kabul edilebilir değere sahiptir.

2. 1. Veri Toplama

Çalışanın, kendisini baskı altında hissetmemesi ve özgür iradesiyle anket sorularını yanıtlayabilmesi için, anket formu kendilerine verilmiş ve nasıl cevaplayacakları bilgisi verildikten sonra soru formunu kendileri doldurup Kalite Yönetim Birimine teslim etmişlerdir. Böylelikle, sorulan sorulara objektif yanıtların verilebilmesi sağlanmaya çalışılmıştır

2. 2. Verilerin analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde sırasıyla; frekans, ortalama, standart sapma, güvenilirlik, "t testi" ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır.

Araştırmanın demografik özellikleri ile ilgili verileri, araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluştururken, el hijyeni memnuniyet faktörleri ile ilgili veriler araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır. Bu değişkenler arasında farklılık olup olmadığını ölçebilmek için parametrik testlerden "t testi" (independent samples t test) ve "tek yönlü varyans analizi" (One Way ANOVA) kullanılmıştır.

3. BULGULAR

3. 1. Demografik Özellikler

Hemşirelerin 1006 (% 44)'sı A2 grubu hastanelerde, 597 (% 26,1)'si A1 grubu hastanelerde, 355 (% 15,5)'i B grubu hastanelerde çalışmaktadır. Hemşirelerin 345 (% 15,1)'i lise, 784 (%34,3)'ü ön lisans, 1009 (%44,2)'u lisans, 146 (% 6,4)'sı yüksek lisans düzeyinde eğitim almışlardır. Çalıştıkları bölümlere bakıldığında % 21,4'ü dâhiliye kliniklerinde, % 20,8'i cerrahi kliniklerinde, % 11,9'u yoğun bakım ünitelerinde çalışmaktadırlar. Hemşirelerin 527 (%

23,1)' sinin hizmet yılının 0-5 yıl, 527 (% 23,1)'sinin 6-10 yıl, 453 (% 19,8)' ünün 20 yıl üstü olduğu belirlenmiştir.

3. 2. Alkol Bazlı El Antiseptiğinden Memnuniyet Düzeyi

Hemşireler en fazla alkol bazlı el antiseptiğinin renginden (7. 40±2,90) ve akışkanlığından (6,98±2,91) memnundurlar. En fazla memnuniyetsizlik ise kokusundandır (6,33±3,16).

Tablo 3. Alkol bazlı el antiseptiğinden memnuniyet düzeyi

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Rengi	2284	1,00	10,00	7,40	2,90
Kokusu	2284	1,00	10,00	6,33	3,16
Akışkanlığı	2284	1,00	10,00	6,98	2,91
Kuruma Hızı	2284	1,00	10,00	6,82	2,82
Toplam alkol bazlı el antiseptiğinden memnuniyet puanı	2284	5,00	50,00	33,58	12,71

Alkol bazlı el antiseptiğinden memnuniyet düzeyi hastane grupları ve demografik değişkenlere göre karşılaştırılmıştır. Hastane grubu değişkeni (F= 27,759 p= 0,00), eğitim değişkeni (F= 3,807 p= 0,010), çalışılan ünite değişkeni (F= 3,936 p= 0,000), hizmet yılı değişkeni (F= 6,991 p= 0,000) memnuniyette farklılığa neden olduğu bulunmuştur.

A1 dal hastanelerinde (37,87±11,65), ön lisans düzeyinde eğitim almış (34,76 ±12,34), ameliyathanede çalışan (34,86 ±12,01), 16-20 yıl hizmeti olan (34,91±12,78) diğerlerine göre fazla memnun oldukları anlaşılmıştır.

Alkol bazlı el antiseptiğinden memnuniyetsizlik ise A1 grubu hastanelerinde (29,41±12,00), lise düzeyinde eğitim almış (32,51 ±13,67) acil serviste çalışan (29,97 ±13,21) 0-5 yıl hizmeti olan (31,13±11,82) hemşirelerdedir.

3. 3. Sıvı Sabundan Memnuniyet Düzeyi

Hemşireler en fazla sıvı sabunun kullanım kolaylığından (6,58±3,28) ve renginden (6,39±3,34) memnundurlar. En fazla memnuniyetsizlik ise sıvı sabunun akışkanlığıdır (5,26±3,45).

Tablo 4. Sıvı sabundan memnuniyet düzeyi

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Rengi	2284	1,00	10,00	6,39	3,34
Kokusu	2284	1,00	10,00	5,83	3,32
Akışkanlığı	2284	1,00	10,00	5,26	3,45
Kullanım kolaylığı	2284	1,00	10,00	6,58	3,28
Toplam sıvı sabundan memnuniyet puanı	2284	4,00	40,00	24,09	12,03

Sıvı sabundan memnuniyet düzeyi hastane grupları ve demografik değişkenlere göre karşılaştırılmıştır. Eğitim değişkeni ($F= .309$ $p= 0,819$), hizmet süresi ($F= ,466$ $p= 0,760$) memnuniyette farklılığa neden olmazken, çalışılan ünite değişkeni ($F= 9,039$ $p= 0,000$), hastane grupları ($F= 13,623$ $p= 0,00$) memnuniyette farklılığa neden olduğu bulunmuştur.

A1 dal hastanelerinde ($26,68 \pm 13,19$), ameliyathanede çalışanlarda ($28,10 \pm 10,64$) hemşireler sıvı sabundan diğerlerine göre fazla memnun oldukları anlaşılmıştır. Sıvı sabundan memnuniyetsizlik ise A1 grubu hastanelerinde ($21,56 \pm 11,72$), acil serviste çalışan ($20,33 \pm 112,39$) hemşirelerdedir.

3. 4. El Hijyeni Eğitimlerinden Memnuniyet Düzeyi

Hemşireler en fazla eğitimin sıklığından ($7,73 \pm 2,48$) ve eğitimin değerlendirilmesinden ($7,52 \pm 2,56$) memnundurlar. En fazla memnuniyetsizlik ise eğitim zamanıdır ($7,35 \pm 2,67$).

Tablo 5. El hijyeni eğitimlerinden memnuniyet düzeyi

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Konunun çekiciliği	2284	1,00	10,00	7,49	2,61
Eğitim sıklığı	2284	1,00	10,00	7,73	2,48
Kullanılan eğitim aracı	2284	1,00	10,00	7,50	2,58
Eğitim zamanı	2284	1,00	10,00	7,35	2,67
Eğitimin değerlendirilmesi	2284	1,00	10,00	7,52	2,56
Toplam el hijyeni eğitimlerinden memnuniyet puanı	2284	5,00	50,00	37,62	11,90

El hijyeni eğitim programından memnuniyet düzeyi hastane grupları ve demografik değişkenlere göre karşılaştırılmıştır. Hastane grubu değişkeni ($F= 8,093$ $p= 0,00$), eğitim değişkeni ($F= 7,845$ $p= 0,000$), çalışılan ünite değişkeni ($F= 9,445$ $p= 0,000$), hizmet yılı değişkeni ($F= 24,344$ $p= 0,000$) memnuniyette farklılığa neden olduğu bulunmuştur.

A1 dal hastanelerinde çalışan ($40,49 \pm 12,23$) ön lisans düzeyinde eğitim almış ($39,01 \pm 11,09$), dahili kliniklerde çalışan ($38,97 \pm 11,08$), 20 yıl üstü hizmeti olan ($40,43 \pm 10,99$) hemşirelerin diğerlerine göre fazla memnun oldukları anlaşılmıştır.

El hijyeni eğitim programından memnuniyetsizlik ise A1 grubu hastanelerinde çalışan ($35,72 \pm 11,21$) lise düzeyinde eğitim almış ($35,44 \pm 13,35$) acil serviste çalışan ($32,64 \pm 13,00$) 0-5 yıl hizmeti olan ($33,99 \pm 11,52$) hemşirelerdedir.

3. 1. El Hijyeni Gözlemlerinden Memnuniyet Düzeyi

Hemşireler en fazla gözlemcinin yaklaşımından ($7,11 \pm 2,79$) ve gözlemlerin yapılma sıklığından ($7,05 \pm 2,79$) memnundurlar. En fazla memnuniyetsizlik ise gözlem sonuçlarının açıklanmasındandır ($6,81 \pm 3,00$).

Tablo 6. El hijyeni gözlemlerinden memnuniyet düzeyi

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Gözlemlerin yapılma sıklığı	2284	1,00	10,00	7,05	2,79
Gözlemlerin yapılış şekli	2284	1,00	10,00	6,93	2,84
Gözlemcinin yaklaşımı	2284	1,00	10,00	7,11	2,79
Gözlemlerin yapılma zamanı	2284	1,00	10,00	7,00	2,79
Gözlem sonuçlarının açıklanması	2284	1,00	10,00	6,81	3,00
Toplam el hijyeni gözlemlerinden memnuniyet puanı	2284	5,00	50,00	34,91	13,47

El hijyeni gözlemlerinden memnuniyet düzeyi hastane grupları ve demografik değişkenlere göre karşılaştırılmıştır. Hastane grubu değişkeni ($F= 13,275$ $p= 0,00$), eğitim değişkeni ($F= 3,6499$ $p= 0,012$), çalışılan ünite değişkeni ($F= 7,708$ $p= 0,000$), hizmet yılı değişkeni ($F= 5,783$ $p= 0,000$) memnuniyette farklılığa neden olduğu bulunmuştur.

C grubu hastanelerinde çalışan ($39,56 \pm 12,08$), yüksek lisans düzeyinde eğitim almış ($36,14 \pm 13,60$), dahili kliniklerde çalışan ($36,62 \pm 12,5$), 20 yıl üstü hizmeti olan ($36,26 \pm 12,88$) hemşireler diğerlerine göre fazla memnun oldukları anlaşılmıştır.

El hijyeni gözleminden memnuniyetsizlik B grubu hastanelerinde çalışan ($32,89 \pm 12,68$) lise düzeyinde eğitim almışlarda ($34,02 \pm 14,05$), laboratuvarında çalışan ($30,65 \pm 14,16$) 0-5 yıl hizmeti olan ($32,53 \pm 13,76$) hemşirelerdedir.

3. 6. Hastane Bilgi Sisteminden Gönderilen Mesajlardan Memnuniyet Düzeyi

En fazla memnuniyetsizlik el antiseptiğin kokusu, el hijyeni eğitiminin yapılış zamanı, gözlem sonuçlarının açıklanma şekli, mesajların gönderilme şeklindedir .

Hemşireler en fazla gönderilen mesaj sayısından ($7,24 \pm 2,74$) ve mesajların gönderilme sıklığından ($7,19 \pm 2,70$) memnundurlar. En fazla memnuniyetsizlik ise mesajların gönderilme şeklindedir ($6,98 \pm 2,85$).

Tablo 7. Hastane bilgi sisteminden gönderilen mesajlardan memnuniyet düzeyi

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Mesajların içeriği	2284	1,00	10,00	7,00	2,84
Mesajların gönderilme zamanı	2284	1,00	10,00	6,99	2,83
Mesajların gönderilme şekli	2284	1,00	10,00	6,98	2,85
Mesajların gönderilme sıklığı	2284	1,00	10,00	7,19	2,70
Gönderilen mesajların sayısı	2284	1,00	10,00	7,24	2,74
Toplam hastane bilgi sisteminden gönderilen mesajlardan memnuniyet Puanı	2284	5,00	50,00	35,42	12,99

Hastane bilgi sistemi üzerinden gönderilen mesajlardan memnuniyet düzeyi hastane grupları ve demografik değişkenlere göre karşılaştırılmıştır. Hastane grubu değişkeni ($F= 27,417$ $p= 0,00$), eğitim değişkeni ($F= 4,120$ $p= 0,006$), çalışılan ünite değişkeni ($F= 7,478$ $p= 0,000$), hizmet yılı değişkeni ($F= 11,955$ $p= 0,000$) memnuniyette farklılığa neden olduğu bulunmuştur.

A1 dal grubu hastanelerinde çalışan (38,45±12,59) önlisans düzeyinde eğitim almış (36,68 ±12,00), dahili kliniklerde çalışan (37,33±12,38), 11-15 yıl hizmeti olanlarda (37,35±12,94), hemşireler diğerlerine göre fazla memnun oldukları anlaşılmıştır.

Hastane bilgi sisteminden gönderilen mesajlardan memnuniyetsizlik A1 grubu hastanelerinde çalışan (31,19±12,58), lisans düzeyinde eğitim almışlarda (34,64±13,24), acil serviste çalışan (30,65±14,16), 0-5 yıl hizmeti olan (32,73±13,54) hemşirelerdedir.

3. 6. Hastanede El Hijyen Güvenlik Kültüründen Memnuniyet Düzeyi

Hemşireler en fazla birim ve ünite sorumlusunun yaklaşımından (7,98±2,47) ve arkadaş desteğinden (7,50±2,60) memnundurlar. En fazla memnuniyetsizlik ise ödüllendirme ve takdir edilmemdir (5,13±3,44).

Hastanede El Hijyen Güvenlik Kültüründen Memnuniyet düzeyi hastane grupları ve demografik değişkenler açısından da karşılaştırılmıştır. Hastane grubu değişkeni (F= 13,511 p= 0,00), eğitim değişkeni (F= 8,068 p= 0,000), çalışılan ünite değişkeni (F= 8,408 p= 0,000), hizmet yılı değişkeni (F= 11,208 p= 0,000) memnuniyette farklılığa neden olduğu bulunmuştur.

Tablo 8. Hastanede el hijyen güvenlik kültüründen memnuniyet düzeyi

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Yöneticilerin ilgisi	2284	1,00	10,00	7,14	2,82
Ünite sorumlusunun yaklaşımı	2284	1,00	10,00	7,98	2,47
Rol modellerinin bulunması	2284	1,00	10,00	6,84	2,89
Arkadaş desteği	2284	1,00	10,00	7,50	2,60
Ödüllendirme ve takdir edilme	2284	1,00	10,00	5,13	3,44
Ayıplanma ve cezalandırma	2284	1,00	10,00	6,73	3,10
Toplam hastanede el hijyen güvenlik kültüründen memnuniyet puanı	2284	6,00	60,00	41,35	13,69

A1 dal grubu hastanelerinde çalışan (46,28±14,15) yüksek lisans düzeyinde eğitim almış (43,19 ±14,77), dahili kliniklerde çalışan (42,68 ±12,67), 20 yıl

üstü hizmeti olan ($44,02 \pm 12,98$), hemşireler diğerlerine göre fazla memnun oldukları anlaşılmıştır.

Hastanede el hijyen güvenlik kültüründen memnuniyetsizlik A1 grubu hastanelerinde çalışan ($39,28 \pm 12,76$), lise düzeyinde eğitim almış ($40,46 \pm 14,63$), acil serviste çalışan ($36,58 \pm 15,68$), 0-5 yıl hizmeti olan ($38,32 \pm 13,73$) hemşireler arasındadır.

3. 6. Alkol Bazlı El Antiseptik Tüketiminin İzlenmesindeki Memnuniyet Düzeyi

Hemşireler en fazla 3 aylık dönemler halinde el antiseptik tüketiminin izlenmesinden ($7,80 \pm 2,39$) ve el antiseptiğin zamanında temin edilmesinden ($7,70 \pm 2,61$) memnundurlar. En fazla memnuniyetsizlik ise antiseptik tüketimi engelleyen durumların araştırılmasındadır ($5,67 \pm 3,26$).

Tablo 9. Alkol bazlı el antiseptik tüketiminin izlenmesindeki memnuniyet düzeyi

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
3 aylık dönemler halinde tüketiminin izlenmesi	2284	1,00	10,00	7,80	2,39
Aylık tüketimin çalışanlara bildirilmesi	2284	1,00	10,00	6,22	3,26
Antiseptik tüketimini engelleyen durumlarının araştırılması	2284	1,00	10,00	5,67	3,26
Az tüketim olması halinde nedenlerinin araştırılması	2284	1,00	10,00	6,11	3,23
Alkol bazlı el antiseptiğinin zamanında temin edilmesi	2284	1,00	10,00	7,70	2,61
Toplam alkol bazlı el antiseptik tüketiminin izlenmesindeki memnuniyet puanı	2284	5,00	50,00	33,50	11,50

Alkol bazlı el antiseptik tüketiminin izlenmesindeki memnuniyet düzeyleri hastane grupları ve demografik değişkenler açısından da karşılaştırılmıştır. Hastane grubu değişkeni ($F= 15,295$ $p= 0,000$), eğitim değişkeni ($F= 3,440$

$p=0,016$), çalışılan ünite değişkeni ($F=6,026$ $p=0,000$), hizmet yılı değişkeni ($F=6,026$ $p=0,000$) memnuniyette farklılığa neden olduğu bulunmuştur.

A1 dal grubu hastanelerinde çalışan ($35,90\pm10,82$) ön lisans düzeyinde eğitim almış ($34,43\pm11,19$), dahili kliniklerde çalışan ($34,66\pm10,48$), 20 yıl üstü hizmeti olan ($34,81\pm11,20$) hemşireler diğerlerine göre fazla memnun oldukları anlaşılmıştır.

Alkol bazlı el antiseptik tüketiminin izlenmesindeki memnuniyetsizlik ise C grubu hastanelerinde çalışan ($36,81\pm15,06$), lise düzeyinde eğitim almış ($32,73\pm12,20$) acil serviste çalışan ($29,60\pm13,15$), 0-5 yıl hizmeti olan ($31,42\pm12,36$) hemşireler arasındadır.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin el hijyeni uygulamalarına yönelik memnuniyetsizlikleri el antiseptiğin kokusu, el hijyeni eğitiminin yapılış zamanı, gözlem sonuçlarının açıklanma şekli, mesajların gönderilme şekli, ödüllendirme ve takdir edilme konularındadır.

Bu çalışmanın bulguları ışığında aşağıdaki önerilerde bulunabiliriz;

- Alkol bazlı el antiseptiğinin satın alınmasında alkol kokusu az olan formları tercih edilmeli,
- El hijyeni eğitimlerinin yapılış zamanının belirlenmesinde çalışanların görüşleri alınmalı,
- Gözlem sonuçlarının açıklanmasında çalışanın durumu dikkate alınarak yapılmalı,
- Hastane bilgi istemi üzerinden gönderilen mesajlarda görselliklere yer verilmeli,
- Çalışanlar arasında el hijyeni uyumunda başarılı olanlar ödüllendirilmeli,
- Alkol bazlı el antiseptiğinin tüketimini engelleyen durumların araştırılması ve yönelik düzeltici ve önleyici çalışmaların yapılması gerekir.

KAYNAKÇA

- Akgün, S., Öztürk A. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 2002;6:18-28.
- Boyce, J. (2011). "Improving Hand Hygiene An international collaboration"
- <http://www.premierinc.com/advisorlive/Presentations/advisorlivehandhygiene050510.pdf> (Erişim tarihi ;01. 08. 2011
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2002). "Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA" Hand Hygiene Task Force. MMWR 2002;51 (No. RR- 16).
- Çaylan, R. (2007). "El Hijyeni", Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 2007;11:54-9.
- Downs, L . (2009). "A call to action for hand hygiene compliance" MANAGING INFECTION CONTROL, October 2009
- Gencer, S. (2008). "Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrolunun olmazsa olmazı el yıkama" Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi No 60, Ocak 2008 Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, sayfa: 71-78 İstanbul.
- İnan, D. " El hijyeni ve Önemi" ANKEM Derg 2011;25 (Ek 2):22-24.
- Karakaya, A. (2007). "Çalışanların Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma", C. Ü. Sosyal Bilimler Dergisi Mayıs Cilt : 31 No:1 55-67.
- Kostak, Fevzi. "çalışan memnuniyeti" <http://www.etikadanismanlik.com/fky12.htm> Erişim Tarihi 10. 10. 2015.
- Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2015). "SKS-Hastane (Versiyon-5; Revizyon-00)" Baskı Pozitif Matbaa, Ankara.
- Storr J, (2008)"A new way to address an old problem: The WHO multimodal hand hygiene improvement strategy" Building Quality in Health Care Vol. 2 No. 1 2008
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. (2011). "Hastane Hizmet Kalite Standartları" Ankara
- Trunnel , E P. (2005). "Using Behavior Change Theories to Enhance Hand Hygiene Behavior" Education for Health, Vol. 18, No. 1, March 2005, 80-84.
- WHO. (2006). "Sağlık Hizmetlerinde El Hijyeni Konulu DSÖ Kılavuzu (Gelişmiş Taslak) www.performans.saglik.gov.tr/. . . /saglik_hizmetlerinde_el_hijyeni_konulu_dso_kilavuzu.pdf.
(Erişim Tarihi 01. 08. 2008)

- WHO. (2007). " DSÖ çok modellenli El hijyeni Geliştirme Stratejisi için uygulama klavuzu" www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hastaguvenlik/uygulama_klavuzu.pdf.
(Erişim Tarihi 24. 12. 2008)
- WHO. (2010). Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010, http://www.who.int/gpsc/country_work/hhsa_framework.pdf
(Erişim Tarihi :01 Ağustos 2010)
- Yorulmaz, M. (2001). "Kalite Güvenliği ve Hemşirelik", Hemşirelik Forumu Dergisi. 2001;4-5.

YAYIN İLKELERİ

1. Sağlık Bakanlığı "Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi" ulusal hakemli bir dergi olup, altı ayda bir yayımlanmaktadır.
2. Derginin yayın dili Türkçe'dir. 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, önerisi 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 spkdergisi@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

Saglık Bakanligi Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Performans Yönetimi ve Kalite Gelistirme Daire Baskanligi

Performans ve Kalite Egitimleri Sube Müdürlüğü

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

Tel: (0312) 458 50 02

E-posta: spkdergisi@saglik. gov. tr