



Cilt/Volume :6 Sayı/Issue :2 Yıl/Year :2020 (AĞUSTOS) ISSN-2149-6161

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND
STRATEGIES RESEARCH

İÇİNDEKİLER

İNDEKSLER VE AĞUSTOS SAYISI HAKEM LİSTESİ

PSİKOLOJİK SERMAYE VE ÖRGÜT KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ: ÖZEL, KAMU VE VAKIF HASTANESİNDE BİR KARŞILAŞTIRMA (Merve AKBAŞ- Prof. Dr. Nilay GEMLİK) (Araştırma makalesi 155-173)

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ OTONOMİ KİŞİLİK ÖZELLİĞİ, SANAL KAYTARMA VE İŞ PERFORMANSININ TANIMLAYICI ÖZELLİKLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (Aşlı EKİN- Dr. Öğr. Ü. Yıldırım Beyazıt GÜLHAN) (Araştırma makalesi 174-198)

ÖZ BENLİĞİN MARKA SADAKATI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN DERMOKOZMETİK ÜRÜN PAZARI İÇİN İNCELENMESİ (Prof. Dr. Sezer KORKMAZ, Arş. Gör. Ece DOĞUÇ) (Araştırma makalesi 199-216)

SAĞLIK TURİZMİ SWOT ANALİZİ: ADANA İLİ ÖRNEĞİ (Dr. Öğr. Ü. Mehmet YORULMAZ, Öğr. Gör. Sait SÖYLER) (Araştırma makalesi 217-230)

OFTALMOLOJİDE, PREMATÜRE RETİNOPATİSİ OLAN BEBEKLERDE DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMETİ YAKLAŞIMI (Dr. Öğr. Ü. Fatma SEYFİOĞLU) (Derleme makale 231-240)

SAĞLIK KURUMLARINDA İLETİŞİM YETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA (Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ, Dr. Öğr. Ü. Rukiye NUMANOĞLU TEKİN) (Araştırma makalesi 241-250)

SAĞLIK SİSTEMLERİNE GÜVENSİZLİK: BİR GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI (Arş. Gör. Müjdat YEŞİLDAL Arş. Gör. Mehmet Akif ERİŞEN, Arş. Gör. Dr. Ramazan KIRAC) (Araştırma makalesi 251-259)

YAŞLI BİREYLERİN EKONOMİK VE SOSYAL SORUNLARINA İLİŞKİN POLİTİKALAR BELİRLEME (Arş. Gör. Gamze ARIKAN) (Derleme makale 260-274)

MAKİNE ÖĞRENMESİ TEKNİKLERİYLE HASTALIK SINIFLANDIRMASI: RANDOM FOREST, K-NEAREST NEIGHBOUR VE ADABOOST ALGORİTMALARI UYGULAMASI (Ülkü VERANYURT, Ahmet Fatih DEVECİ, Dr. Öğr. Ü. M. Fevzi Esen, Ozan VERANYURT) (Araştırma makalesi 275-286)

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RİSK YÖNETİMİ ALGISI: HASTANELERDE BİR UYGULAMA- (Doç. Dr. Aygül YANIK, Nilgün KURUL) (Araştırma makalesi 287-302)

TÜRKİYE VE İNGİLTERE SAĞLIK SİSTEMLERİ: BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KARŞILAŞTIRMASI (Öğr. Gör. Eren Akman, Prof. Dr. Mehveş TARIM) (Derleme makale 303-316)

SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİNE BAŞVURAN HASTALARIN TERCİH SEBEPLERİNİN ARAŞTIRILMASI: KARAMAN ÖRNEĞİ (Berat Ünüvar, Dr. Füsün Acar) (Araştırma Makalesi 317-327)

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK ve İŞ DOYUMU İLİŞKİSİ: BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ (Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK, Gülşen ÇELİK, Ezgi ÖRS) (Araştırma makalesi 328-349)

SAĞLIK BAKANLIĞI ÖRGÜTSEL YAPISINDA YAŞANAN DEĞİŞİMLER: 181, 663 VE 694 SAYILI KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMELER EKSENİNDE YAŞANAN BU DEĞİŞİMLERİN İRDELENMESİ (Arş. Gör. İzzet AYDEMİR) (Derleme makale 350-365)

HASTANELERDE İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ UYGULAMALARI VE ÖRGÜTSEL POLİTİKA ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİLER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA (Prof. Dr. Güler SAĞLAM ARI, İlkay ÖZENCİ) (Araştırma makalesi 366-385)

BİREYLERİN E-SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ (Dr. Öğr. Ü. Dilek USLU, Arş. Gör. G. Gülcan ŞEREMET) (Araştırma makalesi 386-394)



Cilt/Volume :6 Sayı/Issue :2 Yıl/Year :2020 (AĞUSTOS) ISSN-2149-6161

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND
STRATEGIES RESEARCH

İNDEKSLER



HAKEMLER

Doç.Dr.GÜLÇİN SAĞDIÇOĞLU CELEP
Doç.Dr.EDİBE ASUMAN ATILLA
Prof. Dr.ZEKÂİ ÖZTÜRK
Doç.Dr.AYKUT EKİYOR
Doç.Dr.ALPER GÜZEL
Dr. Öğr. Ü.DİLEK USLU
Dr. Öğr. Ü.FATMA MANSUR
Prof. Dr.HAŞİM ÖZÜDOĞRU
Dr. Öğr. Ü.DİLEK GÜLEÇ
Doç. Dr.YASİN UZUNTARLA
Prof. Dr.HAYDAR SUR
Dr.ABDULLAH ALPER ERTEM
Dr. Öğr. Ü.HÜSEYİN ERİŞ
Doç. Dr.VAHİTYİĞİT
Prof. Dr.BELGİN AYDINTAN
Dr. Öğr. Ü.ARZU YİĞİT
Prof. Dr.SEHAN ÇİL KOÇYİĞİT
Dr. Öğr. Ü.EMRAH BILGIÇ
Dr. Öğr. Ü.YELİZ MERCAN
Doç. Dr.AYHAN ULUDAĞ
Doç. Dr.AYGÜL YANIK
Dr. Öğr. Ü.SELİN YILMAZ
Dr. Öğr. Ü.ERSİN AYHAN
Dr.CEMRE EDA YAR
Dr. Öğr. Ü.GÜLAY EKİNCİ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
GATA
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
İSKENDERUN TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

**PSİKOLOJİK SERMAYE VE ÖRGÜT KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ: ÖZEL,
KAMU VE VAKIF HASTANESİ KARŞILAŞTIRMASI¹**

**THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOLOGICAL CAPITAL AND
ORGANIZATIONAL CULTURE: PRIVATE, PUBLIC AND FOUNDATION
HOSPITAL COMPARISON**

Merve AKBAŞ

Uzman Arş. Gör., Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
makbas@bezmialem.edu.tr, orcid.org/0000-0001-8341-7271

Nilay GEMLİK

Prof. Dr. , Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
ngemlik@marmara.edu.tr, orcid.org/0000-0001-5319-4070

Makale Gönderim-Kabul tarihi (04.05.2020-07.08.2020)

Özet

Bu araştırma, hastanelerin rekabet avantajı elde etmesi ve sürdürmesinde önemli bir kaynak olan psikolojik sermaye ve örgüt kültürü arasındaki ilişkiyi saptamak ve özel, kamu ve vakıf hastanesi karşılaştırmasını incelemek amacı ile yapılmıştır. Araştırma kesitsel ve betimleyici bir çalışma olarak tasarlanmıştır. İstanbul Anadolu yakasında faaliyet gösteren özel, kamu ve vakıf hastanesinde görev yapan 257 hastane çalışanı (sağlık çalışanları, idari çalışanlar ve diğer çalışanlar) ile gerçekleştirilmiştir. Veriler ölçek yöntemi ile toplanmış ve üç bölümden oluşan veri toplama araçları kullanılmıştır. Birinci bölümde, demografik özelliklerin yer aldığı “Kişisel Bilgiler Formu”, ikinci bölümde “Psikolojik Sermaye Ölçeği”, üçüncü bölümde ise “Örgüt Kültürü Ölçeği” kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 15 istatistik paket programında analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda, psikolojik sermaye ile örgüt kültürü arasında pozitif yönde, zayıf (0,185) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hastane mülkiyeti değişkeni ile örgüt kültürü toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$).

Anahtar Sözcükler: psikolojik sermaye, örgüt kültürü, özel hastane, devlet hastanesi, vakıf hastanesi

Abstract

This research was carried out to determine the relationship between psychological capital and organizational culture, which is an important resource for hospitals to gain and maintain competitive advantage, and to examine private, public and foundation hospital comparisons. The research was designed as a cross-sectional and descriptive study. It was realized with 257 hospital employees (health workers, administrative workers and other

¹Bu çalışma Merve Akbaş'ın Yüksek Lisans tezinden üretilmiştir.

employees) working in private, public and foundation hospitals operating in the Anatolian side of Istanbul. The data were collected by the scale method and data collection tools consisting of three parts were used. In the first section, "Personal Information Form" with demographic features was used, in the second section, "Psychological Capital Scale" and in the third section, "Organizational Culture Scale" was used. The data obtained were analyzed in SPSS 15 statistics package program. As a result of the research, a positive, weak (0.185).

Key Words: psychological capital, organizational culture, private hospital, public hospital, foundation hospital

1. GİRİŞ

Örgütsel şartların giderek karmaşık hale geldiği günümüz koşullarında rekabet avantajı elde etmek için gerekli olan unsurların başında, örgütlerin sahip olduğu kaynakları verimli bir şekilde kullanabilmeleri gelmektedir. Çalışanlardaki gücün ortaya çıkarılması, geliştirilmesi ve yönetilmesinin örgüt içerisinde birçok olumlu sonucu da beraberinde getirebileceği düşünülmektedir (Yıldırım, 2014).

Psikolojik sermaye kavramı pozitif psikoloji akımından doğmuştur. Pozitif psikoloji, Martin Seligman tarafından 2000'li yıllarda ortaya çıkmıştır. Psikoloji bilimi bireylerin eksik ya da normal olmayan davranışlarına odaklanırken, pozitif psikoloji bireylerin olumlu yönlerine odaklanmıştır. 2004 yılında Fred Luthans ve arkadaşları kavramın ölçülebilir, geliştirilebilir ve yönetilebilir özellikleri olduğunu savunarak akademik hayata taşımışlardır. Psikolojik sermaye kavramı, bir örgütte çalışanların gerekli çabayı ne derece göstereceği ve zorluklar karşısında ne kadar direneceği ile ilgilenmektedir. Bireylerin kişisel özelliklerinden yola çıkarak, onların güçlendirilmesi örgüt içerisinde var olan kültürü de şekillendirecektir. Örgüt kültürünü oluşturan vizyon ve misyonun paylaşılması, çalışanların kararlara katılması, yaratıcı davranabilmesi gibi boyutlar ile birlikte, psikolojik sermaye kavramına önem veren kurumlar sayesinde örgütün sürdürülebilirliği sağlanacaktır. Sağlık hizmetlerinin ertelenemez ve acil yapısından dolayı, çalışanların zorluklar ve kriz durumları karşısında çözüm üretebilmesi, direnç gösterebilmesi ve içindeki güce inanması noktasında psikolojik sermaye kavramı ve örgüt kültürünün önemli bir yer tuttuğu düşünülmektedir.

Bill Gates'in "En değerli varlıklarımız her gece bu kapıdan çıkıp gidiyor" sözü bireylerin geliştirilebilir taraflarının rekabet avantajı sağlama konusunda ne derece önemli olduğunu vurgulamaktadır (Aybas, 2014). Psychological Abstracts veri tabanında depresyonla ilgili 70,856 makale yer alırken, sadece 851 çalışmanın "Mutluluk" üzerine yapıldığı belirlenmiştir (Faller, 2001). Negatif ve pozitif kavramlar arasındaki bu sayısal farklılık pozitif psikoloji alanında yetersiz kalındığını göstermiştir.

Psikolojik sermaye ve örgüt kültürü arasındaki ilişkinin özel, kamu ve vakıf hastaneleri arasında karşılaştırma yapılarak incelendiği bu çalışmada, Türkiye'de sağlık alanında özel, kamu ve vakıf hastanesi karşılaştırmasını yapan yayınlar arasında ilk olması literatüre önemli katkı sağlayacağı ve gelecekte sağlık alanında yapılacak olan araştırmalara destek olacağı düşünülmektedir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Psikolojik Sermaye Kavramı

Psikolojik sermaye Luthans tarafından; "Bireyin pozitif psikolojik gelişme hali" şeklinde tanımlanmış ve kavramın "Ben kimim?" sorusunun cevabını aradığını ifade etmiştir (Luthans vd., 2007). Psikolojik sermaye, bireyin değiştirilmesi zor kişilik özellikleri ve statik özelliklerinden farklı olarak, bireyin geliştirilebilir yönlerine odaklanmaktadır (Erkuş & Fındıklı, 2013). Kişinin çaba ve azmi ile ortaya çıkan başarısı yönündeki pozitif durum olarak adlandırılan psikolojik sermaye; öz-yeterlik, iyimserlik, umut ve psikolojik dayanıklılık boyutlarından oluşan bir kavramdır (Luthans vd., 2007; Luthans&Youssef, 2004).

Psikolojik sermaye kavramı, örgütsel davranışın bir çıktısı olarak 2004 yılında literatüre girmiş ve Fred Luthans ve arkadaşları tarafından tanıtılmıştır (Luthans & Youseff, 2004; Luthans vd., 2007). Psikolojik sermaye kavramı önce ekonomi ve işletme alanında yer almaya başlamış sonra diğer örgütlere yayılarak genişlemiştir. Bu alanlardan biri de eğitim örgütleri olmuştur (Keser ve Kocabaş, 2014). Böylece psikolojik sermaye kendisine yeni bir araştırma alanı bulmuştur (Cheung, Tang ve Tang, 2011).

2.2. Psikolojik Sermaye Kavramının Boyutları

Psikolojik sermaye; umut, iyimserlik, öz-yeterlik ve psikolojik dayanıklılık olmak üzere 4 boyuttan oluşmaktadır (Nelson & Cooper, 2007).

2.2.1. Umut

Teorik açıdan umut kavramı ile ilgili araştırmaların kökeni 13. yüzyıla kadar dayanmaktadır (Averill vd. , 1990). Umut ile ilgili tanımlar incelendiğinde; Korner, umudu gelecekte olması arzu edilen ama gerçekleşme durumu kesin olmayan sonuçlarla ilgili düşünce biçimi olarak ifade etmiştir. Averill, bireyin istediği sonuçları elde etmesinde motive edici bir rol oynayan, bireylerin karşılaştıkları sıkıntılarla mücadele edebilmesini sağlayan bir duygu şekli olarak tanımlamıştır (Luthans ve Jensen, 2006).

2.2.2. İyimserlik

İyimserlik boyutunun temeli, “Beklenti-değer teorisine” dayanmaktadır. Bu teoride belirlenen amaçlar, değerleri açısından farklılaşır. Bireylerin kendilerine göre daha önemli olan amaçların sürdürülmesi konusunda iyimserliğin, daha fazla motive edici olduğu varsayımına dayanmaktadır (Çetin vd., 2013).

İyimserlik boyutu ile ilgili tanımlar incelendiğinde; Webster, iyimserlik kavramını olayları olumlu tarafından ele alarak değerlendirme eğilimi olarak ifade etmektedir (Belcher, 2009). İyimserlik, şimdi ve gelecekteki hedeflere doğru azmeden (Malone, 2010) anlamındadır. Schneider (2001), bireylerin kişisel olarak istedikleri durumlara odaklanmasını, bu durumu arzu ve umutlarla desteklemesini gerçek iyimserlik olarak adlandırmaktadır.

2.2.3. Öz-yeterlik

Öz-yeterlik boyutu, Albert Bandura'nın“Sosyal Bilişsel Teorisi'ne” (Sosyal Öğrenme Teorisi) dayanmaktadır (Luthans vd., 2010). Bu teoride sosyallikten kastedilen bireylerin toplum içinde öğrendiği bilgiler, “Bilişsel” ifadesinden kastedilen motive olma, tutum ve davranış süreçleri ile işlenmesi anlamına gelmektedir (Stajkovic & Luthans, 1998a).

Öz-yeterlik, bireyin gerekli eylemlerde bulunabilmesi ve harekete geçmesi için ihtiyaç duyduğu güven anlamına gelmektedir (Bandura, 1982; Harms & Luthans, 2012; Henry, 2004; Luthans & Youssef, 2004). Maddux tarafından, “Bireyin işi başarabilmek için o yönde yeteneklerini kullanırken etkili olabileceğine dair inancı” şeklinde tanımlanmıştır (Çınar, 2011).

2.2.4. Psikolojik Dayanıklılık

Dayanıklılık kavramı, İngilizce de “Resilience” olarak ifade edilmekte aynı zamanda “Hardiness” kelimesi ile benzerlik göstermektedir. Aynı zamanda dayanıklı kişilik özelliği anlamına gelmektedir. Kobasa'nın (1979) ileri sürdüğü kavram, stres ile sağlık arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik olarak ortaya çıkmıştır (Güler, 2009).

Dayanıklılık, tüm zorluklar ve sıkıntılar karşısında direncini korumak (Met, 2010) anlamına gelmektedir. Diğer bir ifade ile bireyin zorluklar karşısındaki gücü, esnek yapısı, uyum sağlayabilmesi ve psikolojik baskılara olan tutumunu içermektedir (Keleş, 2011).

2.3. Örgüt Kültürü

Kültürün örgüt ile birleşerek yönetim literatürü içinde yer bulmasında, 1980’li yıllarda ses getiren iki çalışma rol oynamıştır. Deal ve Kennedy’nin “Örgüt Kültürü” (Corporate Culture) (1982) adlı kitabı ile Peters ve Waterman’ın “Mükemmeli Arayış” (In Search of Excellence) adlı kitabı bu kavramın ortaya çıkması ve kullanılmasında temel oluşturan çalışmalardır. Yine aynı dönemde Ouchi’nin “Teori: Z” (Theory Z) ile Pascale ve Athos’un “Japon Yönetim Tarzı” (The Art of Japanese Management) adlı eserleri örgüt kültürünü ele alan önemli çalışmalar olarak belirtilmektedir (Timuroğlu & İşcan, 2007).

Kavram, tüm çalışanları aynı değer, inanç ve çalışma anlayışı etrafında yakınlaştırmaktadır. Böylece çalışanlar arasında bütünlük sağlamak ve o örgütün performans ve örgütsel etkinliğini arttırarak görevlerin başarı ile sonuçlanmasına yardımcı olmaktadır. Ayrıca belirlenen hedefe ulaşmada direnç gösteren engellerin yok edilmesi konusunda da önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (Vural, 2012).

“Örgüt kültürünün ne olduğunu tanımlayamam, ancak gördüğüm zaman ne olduğunu anlarım” şeklinde ifade eden Robbins (1986) örgüt kültürünü, “Örgüt üyeleri tarafından paylaşılan ve örgütü diğer örgütlerden farklı kılan özellikler bütünü” şeklinde tanımlamaktadır. Örgüt kültürü ile ilgili tek bir tanım yapmak mümkün değildir. Örgüt kültürünün oluşumuna ilişkin ilk tanımlamalarda kültürel değerlerin ve sosyalleşme sürecinin öne çıktığı görülmüştür. Günümüzde ise örgüt kültürü kavramına daha geniş açıdan bakılmaktadır (Türk, 2007).

Bir örgütte insanla ilgili olan her şey örgüt kültürüdür. Gelenekler, değerler, normlar, roller, davranış biçimleri, çalışma prensiplerinin tamamı örgüt kültürünü oluşturmaktadır. Böylece bu unsurlar örgüt için bir kimlik de yaratmaktadır. Örgütün her çalışanın uyum göstermesi gereken bu kimlik, örgüt kültürü anlamına gelmektedir (Berberoğlu, 2003). Örgüt kültürü öğrenme sürecinden sonra kazanılır, grup tarafından paylaşılır ve yazılı değildir. Sürekli tekrar edilen davranışlardan oluşmaktadır (Gül & Aykanat, 2012).

2.3.1. Örgüt Kültürünün Boyutları

Örgüt kültürünün boyutları açıklanırken, Robbins’in yedi boyuttan oluşan örgüt kültürü boyutlarına yer verilmiştir.

2.3.1.1. Bireysel Özerklik

Örgüt kültürünün bireysel özerklik boyutu, yöneticilerin çalışanlarına ne derece bağımsızlık, serbestlik tanınması ve çalışanların işlerini yaparken yöneticilerine ne ölçüde bağlı olduğu ile ilgili bir boyuttur (Çelik, 2007; Erdem, 2009). Diğer bir ifade ile örgütte yer alan çalışanların bağımsızlık seviyeleri, sorumlulukları ve tecrübeleri bu boyut içerisinde yer almaktadır (Arslan, 2012).

2.3.1.2. Örgütsel Yapı

Örgütsel yapı, görev, yetki ve kaynak dağılımına bağlı olarak örgütün niteliklerini ortaya koymaktadır (Demir & Okan, 2009). Örgütsel yapı boyutu, çalışanların uzmanlaşma ve iş bölümü durumu ile örgüt içi hiyerarşiyi ifade etmektedir (Çelik, 2007).

Örgüt yapısı, hiyerarşi, yetki ve çalışanların sorumluluklarının sınırları ile ilgilidir. Örgüt işlerinin yürütülmesinde kolaylık sağlamak ve örgütlenmenin iyi düzenlenmiş olması yenilikleri yakından izleme fırsatını sağlamaktadır (Tortop vd. , 2007). Örgütsel yapı boyutu, örgütün verimliliği ve çalışanların başarısı açısından bir rehber konumundadır. Yapı, yetki ve sorumluluk gibi kavramların ne olduğunu göstermede katkı sağladığı için yöneticiye de koordinasyon konusunda yardımcı olur (Can, 2005).

2.3.1.3. Örgütsel Destek

Örgütsel destek, iş dünyasında meydana gelen sorunlar ve rekabet duygusunun yarattığı durumlar ile birlikte önem kazanan konular arasındadır. Örgütün, çalışanlarının isteklerine önem vermesi ve ihtiyaçlarını sağlamaya çalışması; çalışanların kendilerini değerli, yetenekli ve gerekli hissettirmesi konusunda fayda sağlamıştır. Böylece örgütsel destek konusunun irdelenmesine yardımcı olmuştur (Eğriboyun, 2013).

2.3.1.4. Örgütsel Kimlik

Örgütsel kimlik, çalışanların kendilerini örgütle ve çalışma arkadaşları ile bütünleştirebilme ve örgüt kimliğini benimseme düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Tamimi, 2005). Diğer bir anlatım ile, örgüt içerisinde yer alan çalışanların iş arkadaşları ile kendilerini özdeşleştirme dereceleri ile ilgilidir. Bu durumda çalışanlar çalıştıkları örgüte kendilerini yakın hissediyorlarsa her yerde kurumdan olumlu bahsedeceklerdir (Ertekin, 2008). Bazı yazarlara göre örgütsel kimliği ifade eden sorular bulunmaktadır. Örgütsel kimlik, “Örgüt nedir”, “Ne ile uğraşır” ve “Nereye gitmektedir” sorularına cevap arama çabası içindedir. Bu soruların cevapları örgütsel kimliğin tanımlanmasında kilit bir rol oynamaktadır (Hepkon, 2003).

2.3.1.5. Örgütsel Adalet

Örgütsel adalet kavramı Adams’ın (1965) “Eşitlik Teorisi” ne dayanmaktadır (Özdevecioğlu, 2003a; Dilek, 2005; Altıntaş, 2006; Ceylan ve Dinç, 2008; Titrek, 2009). Bu teori, çalışanların ortamda hissettikleri eşitlik veya eşitsizlik algısı ile ilgilidir. Örgütsel adalet; örgütte meydana gelen ödül ve cezaların nasıl yönetileceğine dair kurallar ve sosyal normlar olarak ifade edilmektedir (Aydın & Karaman-Kepenekçi, 2008).

2.3.1.6. Çatışmada Hoşgörü

Felsefe Terimleri Sözlüğü’ ne göre hoşgörü, başkalarının kendi fikirlerinden farklı olan ya da kendi fikirleri ile çelişen düşünce ve kanılarından rahatsız olmama, yok saymama olarak ifade edilmektedir (<http://www.tdk.gov.tr>, Erişim tarihi: 15.01.2020). Çatışma belli seviyede kalırsa örgüt açısından fayda da sağlamaktadır. Ancak çatışma belli bir seviyenin üstüne çıktığında istenmeyen durumların ortaya çıkmasına sebep olabilir. Bu durum çalışanlar arasında iletişimi zayıflatarak koordinasyonu güçleştirmektedir. Çalışanların şikâyetle bulunması ve yönetimin bu işlerle meşgul edilmesi örgütün verimliliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu konuda hoşgörü gösteren örgütlerde çalışanlar fikirlerini rahatça ifade edebilmektedirler. Dolayısıyla orijinal ve iyi fikirler ortaya çıkmakta bu durumda örgütün gelişmesini sağlamaktadır (Çelik, 2007).

2.3.1.7. Risk Üstlenmeyi Teşvik

Her yenilik veya yeni fikir risk olarak değerlendirilebilir ve çalışanların risk alma eğilimlerini etkileyebilmektedir. Daha önce yapılmamış bir işin sonuçları tam bilinmediğinden risk teşkil eder. Bu riske örgüt tarafından hoşgörü ile yaklaşırsa, çalışanlar yeni şeyleri deneme konusunda cesaretli olacaktır. Aksi durumda ise, olumsuz bir sonuç elde edildiğinde, çalışanlardan biri sorumlu tutulur ve ceza yöntemi kullanılırsa, çalışanlar sadece görevlerini yerine getirirler. Dolayısıyla risk alma konusunda çekimser bir tavır sergilerler (Erdem, 2009).

2.4. Psikolojik Sermaye ve Örgüt Kültürü İle İlgili Yapılmış Çalışmalar

Psikolojik sermaye kavramının boyutları ile ilgili yapılmış çalışmalarda umut kavramı önemli bir yer tutmaktadır (Luthans, 2002). Peterson ve Luthans (2003) tarafından yapılan araştırmalarda umut boyutunun, çalışanların performansı, iş tatmini, örgütsel bağlılık düzeylerini arttırdığını ve işten ayrılma niyeti ile de aralarında negatif yönlü bir ilişki olduğunu kanıtlamaktadır.

Örgüt kültürü çalışmalarında önemli bir yeri olan güven boyutu, bireyin örgüte karşı bakış açısını olumlu şekilde etkilemekte ve değişimlere neden olmaktadır (Demirel, 2008; Koç ve Yazıcıoğlu, 2011). Bu açıdan psikolojik sermayenin en temel yapı taşı oluşturulmaktadır. Güven ve örgütsel güven kavramlarının tanımlarında; psikolojik sermaye boyutlarının özelliklerinin yer aldığı görülmektedir. Literatürde bu iki kavramın araştırıldığı pek çok çalışma bulunmaktadır (Zamahani vd., 2011; Smith vd., 2009; Walumbwa vd., 2011).

Örgütsel güveni arttırmak için önerilen iletişim, kararlara katılım, yetkilendirme gibi yöntemler psikolojik sermayenin geliştirilmesi için de tavsiye edilen stratejilerdir (Yılmaz ve Atalay, 2009; Tekingündüz, 2012; Luthans vd., 2007). Bu bağlamda, örgütsel güveni ve psikolojik sermayeyi geliştirmek için önerilen stratejilerin örgüt kültürünün diğer boyutlarını da kapsadığı görülmektedir.

Walumbwa vd. (2011) tarafından psikolojik sermaye ve güven ilişkisinin araştırıldığı çalışmada, yöneticilerin psikolojik sermaye ve güven düzeyinin, çalışanların performansı üzerinde pozitif yönde ilişkisi olduğu tespit edilmiştir.

Çetin ve Basım (2011) tarafından yapılan “Psikolojik dayanıklılığın iş tatmini ve örgütsel bağlılık tutumlarındaki rolü” başlıklı çalışmada şu sonuçlara ulaşılmıştır: Psikolojik dayanıklılık düzeyinin artması örgütten ayrılma niyetini azaltmaktadır. Ayrıca çalışmada örgütsel değişkenlerle ilgili sonuçlara ulaşılmış; artan verimlilik, yüksek performans, örgüte bağlılık gibi olumlu iş davranışlarını pozitif yönde etkilediği belirlenirken; devamsızlık, işe yabancılaşma, işten ayrılma gibi olumsuz iş davranışlarını ters yönde etkilediği sonucuna varılmıştır.

Erkuş ve Fındıklı (2013) tarafından “Psikolojik sermayenin iş tatmini, iş performansı ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisine yönelik bir araştırma” adlı çalışma farklı sektörlerden 572 çalışanın katılımı ile yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda, psikolojik sermaye ile iş tatmini ve iş performansı arasında pozitif, psikolojik sermayenin işten ayrılma niyeti ile negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Lin (2013), Taiwan’da uluslararası bir otelde çalışanlar ile yapmış olduğu çalışmada, örgütsel destek ile psikolojik sermaye boyutları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu doğrultuda iyimserlik ve dayanıklılığın olumlu yönde etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır.

Uslu (2014)’ nun, Kuzey Amerika, Avrupa ve Türkiye’de farklı kültürlerde yaşayan çalışanların katılımı ile yaptıkları çalışmada, örgütsel desteğin psikolojik sermayeyi olumlu yönde arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca algılanan örgütsel destek en yoğun Amerika’da en az Türkiye’de hissedilmektedir. Türkiye’de çalışanların örgütsel desteklerinin psikolojik sermayeyi diğerlerine göre daha az olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır.

Yıldırım’ın (2014) “Örgütsel güven ile psikolojik sermaye arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma” başlıklı çalışması eğitim sektöründe bir kamu kurumunda çalışan 103 personelin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Analizler sonucunda, örgütsel güven ve psikolojik sermaye arasında pozitif bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Psikolojik sermaye ile ilgili yapılan araştırmalar detaylı incelendiğinde; iş tatmini, iş performansı ve iş doyumuna etkisi, örgütsel davranış, liderlik türleri ile ilişkisi ve ölçek uyarlama çalışmaları konusunda çalışıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca psikolojik sermaye ve performans ilişkisini konu alan araştırmaların çoğunlukla Luthans önderliğindeki bir grup bilim adamı tarafından çalışıldığı bilinmektedir (Tösten, 2015).

Priyanga ve Lovy (2015) tarafından, Hindistan’da bilişim sektöründe yapılan çalışmada, örgütsel destek ve psikolojik sermaye boyutlarının ilişkisi incelenmiş; öz-yeterlilik, umut ve dayanıklılık bileşenlerini olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır.

Ulutürk (2016) tarafından İstanbul ilinde bankalar üzerinde yapılan çalışmada, örgüt kültürü ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişki incelenmiş ve iki kavram arasında pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Cömert ve Yürür (2017) 'ün "Pozitif psikolojik sermayenin bir belirleyicisi olarak algılanan örgütsel desteğin rolü" başlıklı çalışması, 131 acil servis çalışanın katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışanların algıladıkları örgütsel desteğin psikolojik sermaye boyutlarından umut, iyimserlik ve öz-yeterlilik ile pozitif yönde bir ilişkisi olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmalardan yola çıkarak örgüt kültürünün boyutları içerisinde yer alan güvenin; başta umut olmak üzere iyimserlik, dayanıklılık ve öz yeterlilik boyutları ile ilişkili olduğu ve literatürde bu konu ile ilgili pek çok araştırma yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmada, özel, kamu ve vakıf hastanelerinde örgüt kültürü ve psikolojik sermaye kavramlarının farklılık göstermesinin yönetici, çalışan ve hizmet alanlar açısından son derece önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4. YÖNTEM

Araştırmanın modeli ve yöntemine ilişkin bilgiler bu bölümde detaylı açıklanacaktır.

4.1. Araştırmanın Konusu ve Amacı

Sağlık hizmetleri, bireylerin yaşamları boyunca ihtiyaç duyacağı zorunlu bir hizmet sektörüdür. Hizmet sektörü içerisinde yer alan hastanelerde ekonomik, toplumsal ve eğitsel özellikler bakımından birbirinden farklı bireyler beraber çalışmaktadır. Hastanelerde iş bölümü ve uzmanlaşmanın yüksek olması, bir bölümün işlevlerini yerine getirmesini diğer bölüme bağlı kılmaktadır (Velioglu, 1991). Bu anlamda özellikle yöneticilerin, bu örgütü oluşturan bireylerin davranışlarını, kültürlerini bilmesi örgütün başarısı açısından önemlidir. Psikolojik sermayenin bireyde "Ben kimim?" sorusuna cevap aradığı bilinmektedir (Luthans vd. , 2007). Psikolojik sermayenin eksikliği hem bireyleri hem örgütü etkilemektedir.

Araştırmada, psikolojik sermaye ile örgüt kültürü arasındaki ilişkiyi saptamak, özel, vakıf ve kamu hastanesi karşılaştırmasını yapmak amaçlanmıştır.

4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

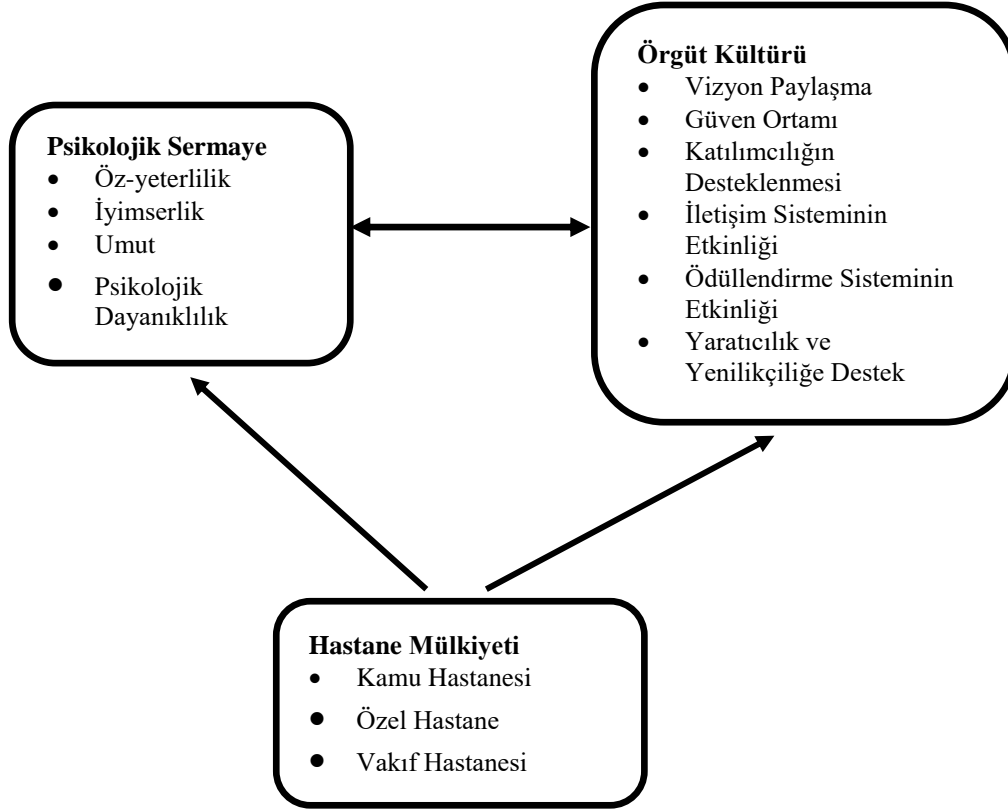
Araştırma İstanbul ilinde uygulanmıştır. İstanbul 'da Anadolu yakasında bulunan özel, kamu ve vakıf hastanelerinde çalışan sağlık meslek grupları, idari görevliler ve diğer çalışanlar olarak üç gruba ayrılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bu hastanelerde tüm çalışanlar (meslek farkı gözetmeksizin) yer almıştır.

Söz konusu hastanelere ait liste İl Sağlık Müdürlüğü'nün resmi internet sayfasından alınmıştır (www.istanbul saglik.gov.tr). Araştırmada, kolayda örneklem yoluyla seçilen 3 hastane belirlenmiştir. Bu hastanelerin seçiminde rol oynayan kriterler; coğrafi olarak aynı bölgede yer almaları, araştırmacının maddi imkânlar ve araştırmanın yapılması konusunda destek olacağı düşünülen hastaneler olmasıdır (Üreten ve Gemlik, 2016). Uygulanan ölçeklerdeki toplam soru sayısı 43 olup; araştırmada herhangi bir örneklem büyüklüğü hesabı yapılmamış, ancak ölçekte bulunan madde sayısının en az 5 katına ulaşılması planlanmıştır (Çokluk vd., 2010). Araştırmada kamu, özel ve vakıf hastanesinde toplam çalışan sayısı 550'dir. 300 adet ölçek dağıtılmış olup, 257 tanesi kullanılmıştır. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden Etik kurul izni alınmıştır.

4.3. Araştırmanın Türü

Bu araştırma kesitsel ve betimleyici bir araştırma olarak tasarlanmıştır.

4.4. Araştırmanın Modeli



Şekil 1:Araştırmanın Modeli

4.5. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Psikolojik sermaye ile örgüt kültürü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₂: Psikolojik sermaye özel, kamu ve vakıf hastanelerinde farklılık göstermektedir.

H₃: Örgüt kültürü özel, kamu ve vakıf hastanelerinde farklılık göstermektedir.

4.6. Veri Toplama Araçları

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden Etik kurul (EK-1) izni alınmış olup, veriler Ocak 2017 – Mayıs 2017 arasında toplanmıştır. Veri toplama yöntemi olarak üç bölümden oluşan veri toplama aracı kullanılmıştır.

Demografik Bilgi Formu: Doğum tarihi, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, mülkiyetine göre hastane ve çalışılan birime ilişkin sorular sorulmuştur.

Psikolojik Sermaye Ölçeği: Luthans ve diğ. Tarafından geliştirilen (2007) Çetin ve Basım (2012) tarafından uyarlanması yapılan ölçek kullanılmıştır. Ölçek toplam 24 madde ve iyimserlik, umut, psikolojik dayanıklılık ve öz-yeterlilik olmak üzere 4 boyuttan oluşmaktadır. 6'lı likert tipi bir ölçektir. Cronbach Alfa değerleri ölçeğin güvenilirliğine yönelik yeterli kanıtlar sunmaktadır (Luthans vd., 2007).

Örgüt Kültürü Ölçeği: Örgüt Kültürünün incelenmesi amacıyla Haris ve Moran (1993) tarafından geliştirilen ve Türkçeye tercümesi ve adaptasyonu yapılan “Örgüt Kültürü Ölçeği’nden” (Özenli, 2006) yararlanılmıştır. Örgüt Kültürü ölçeği 6 faktör ve 20 sorudan oluşmaktadır. 5’li likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki madde ve alt boyutlar toplam varyansın % 62’sini açıklamaktadır. Cronbach Alpha değerinin 0,78 olduğu belirlenmiştir.

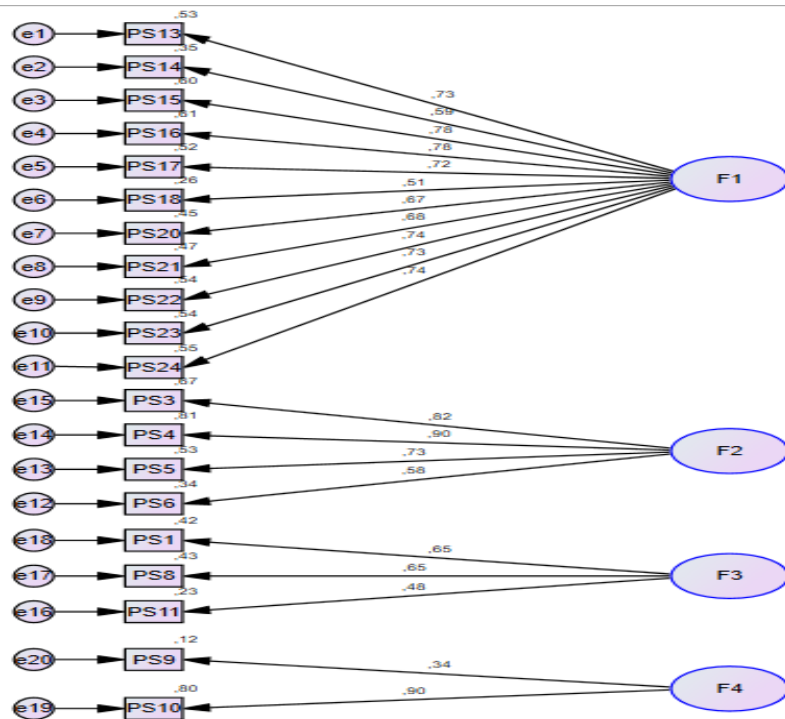
4.7. Araştırma Ölçeklerinin Güvenilirliği ve Geçerlilik Çalışmaları

Ölçekler sağlık alanında uygulandığından dolayı geçerlilik ve güvenilirlik analizleri bu çalışma kapsamında yeniden yapılmıştır.

Psikolojik sermaye ölçeğine ilişkin açımlayıcı faktör analizi, araştırma kapsamında ölçekten çıkarılan sorular olmasından dolayı 5 adımda tamamlanmıştır. Buna istinaden 4 soru ölçekten çıkarılmış ve orijinal ölçekte yer alan öz-yeterlik, umut, iyimserlik, dayanıklılık olmak üzere 4 alt boyut oluşmuştur. Toplam açıklanan varyans oranı % 60,132’dir. Hastane çalışanları örnekleminde gerçekleştirilen bu çalışmada oluşan alt boyutlar orijinal ölçekteki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasından bir miktar farklılaşmaktadır. Bu çalışma kapsamında ölçekten 20 numaralı soru çıkarılmıştır. Örgüt kültürü ölçeğine ilişkin açımlayıcı faktör analizi sonucunda 5 farklı alt boyut oluşmuş ve bu alt boyutlarda toplanan önermeler bazı farklılıklar göstermiştir. Dolayısı ile bu faktörler çalışma kapsamında yeniden düzenlenmiştir. Toplam açıklanan varyans oranı % 64,689’dur.

4.7.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi

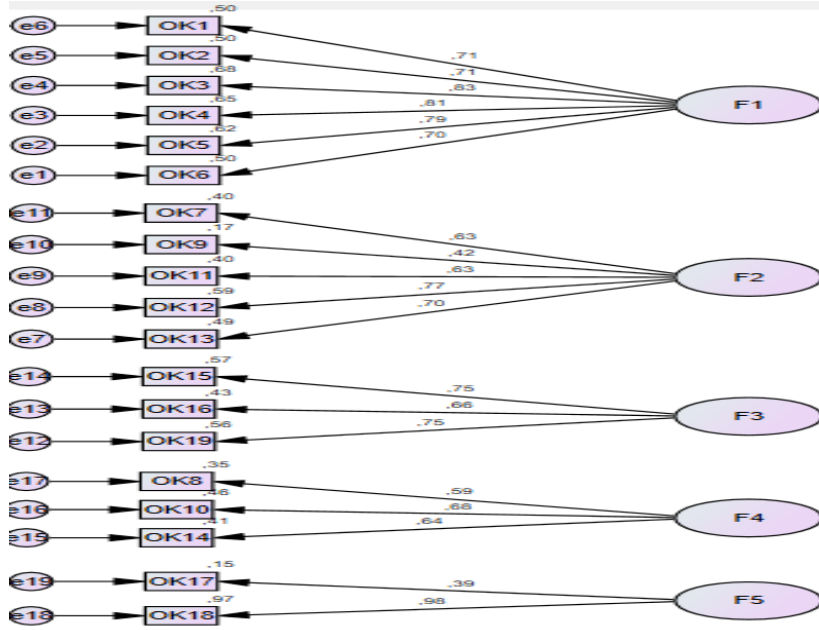
Veri seti “Örgütsel Kültür” ve “Psikolojik Sermaye” ölçekleri aracılığı ile toplanmıştır. Örgütsel Kültür ölçeğinde 19 madde ve 5 alt boyutun, Psikolojik Sermaye ölçeğinde ise 20 madde ve 4 alt boyutun olması planlanmaktadır. Toplam katılımcı sayısı 257’dir. Her iki ölçek için açımlayıcı faktör analizi (AFA) doğrultusunda son hali verilen yapının doğrulanıp doğrulanmadığı birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile incelenmiştir. Ayrıca, ölçeğin güvenilirliğini belirlemek amacıyla Cronbach Alpha iç tutarlılık anlamında güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Psikolojik Sermaye Ölçeği dört alt boyutuna ait 20 maddelik yapısının doğrulanıp doğrulanmadığını değerlendirmek amacıyla DFA uygulanmıştır. Path diagramı Şekil 2’de yer almaktadır.



Şekil 2: Psikolojik Sermaye Ölçeğine İlişkin Path Diyagramı

Uyum indeksleri $X^2/sd=1,725$, RMSEA=0,053, CFI=0,98, IFI=0,949, GFI=0,900, NNFI=0,97 ve NFI=0,95 olarak bulunmuştur.

Örgüt Kültürü Ölçeği beş alt boyutuna ait 19 maddelik yapısının doğrulanıp doğrulanmadığını değerlendirmek amacıyla DFA uygulanmıştır. Path diagramı Şekil 3'de yer almaktadır.



Şekil 3: Örgüt Kültürü Ölçeğine Ait Path Diagramı

Uyum indeksleri $X^2/sd=2,182$, RMSEA=0,068, CFI=0,925, IFI=0,927, GFI=0,901, NNFI=0,95 ve NFI=0,93 olarak bulunmuştur.

4.8. Verilerin Analiz Yöntemi

Bu araştırmada, SPSS 15 paket programı ile veriler analiz edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma olan uygunlukları araştırılırken, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk's testlerinden faydalanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılıma uyum göstermedikleri durumlarda parametrik olmayan (nonparametric) Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis-H Testlerinden yararlanılmıştır.

Kruskal Wallis-H Testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlenmiştir.

Değişkenler arasındaki ilişkiler incelenirken Pearson Korelasyon Katsayısından yararlanılmıştır.

5. BULGULAR

Araştırma kapsamında öncelikle katılımcıların demografik ve kişisel bilgilerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Hastane Çalışanlarının Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans ve Yüzde Tablosu

Değişkenler		Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	145	56,4
	Erkek	112	43,6
	Toplam	257	100,0
Yaş	20-39	158	63,2
	40-54	78	31,2
	55-79	14	5,6
Mülkiyetine Göre Hastaneler	Üniversite hastanesi	106	41,2
	Devlet hastanesi	57	22,2
	Özel hastane	94	36,6
	Toplam	257	100,0
Çalışma Süresi	1yılın altı	78	31,3
	1-5 yıl arası	134	53,8
	6-10 yıl	33	13,3
	11 yıl ve üzeri	4	1,6
	Toplam	249	100,0
Eğitim Düzeyi	Lise	41	16,0
	Önlisans	72	28,0
	Lisans	63	24,5
	Lisansüstü	51	19,8
	Doktora	30	11,7
	Toplam	257	100,0
Meslek Grubu	Tıbbi Personel	115	46,4
	İdari Personel	80	32,3
	Diğer	53	21,4
	Toplam	248	100,0
İşinizden Memnun musunuz?	Evet	166	64,6
	Kısmen	80	31,1
	Hayır	11	4,3
	Toplam	257	100,0

Araştırmaya katılanların %56,4'ü kadındır, %43,6'sı erkektir. Katılımcıların %63, 2'si 20-39 yaşları arasında, %31, 2'si 40-54 yaşları arasında, %5,6'sı 55-79 yaşları arasındadır. Katılımcıların %41, 2'si üniversite hastanesinde, %22, 2'si devlet hastanesinde, % 36,6'sı özel sektörde çalışmaktadır. Katılımcıların %16,0'sı lise, %28'i önlisans, %24, 5'i lisans, %19,8'i lisansüstü, %11,7'si doktora mezunudur. Katılımcıların %46,4'ü tıbbi personel, %32,3'ü idari personel, %21,4'ü diğer personelden oluşmaktadır. Katılımcıların % 64,6'sı işinden memnun olduğunu, % 31,1'i kısmen memnun olduğunu, % 4,3'ü memnun olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 2: Örgüt Kültürü ve Psikolojik Sermaye Arasındaki İlişki

		Psikolojik Sermaye Toplam
Örgüt Kültürü Toplam	r	,185**
	p	,003

(**P<0,01)

Örgüt kültürü ölçeği ile psikolojik sermaye ölçeği arasında pozitif yönlü, zayıf (r=0,185) ve istatistiksel olarak **anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05)**.

Tablo 3: Hastane Mülkiyeti Değişkenine Göre Örgüt Kültürü ve Psikolojik Sermayenin Karşılaştırılması

Araştırma Değişkenleri	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	H	p	Fark	
Örgüt Kültürü Toplam	Üniversite hastanesi	106	66,42	10,65	136,79	48,55	0,001*	1-2 2-3
	Devlet hastanesi	57	56,46	9,80	70,55			
	Özel hastane	94	68,40	11,46	155,66			
Vizyon ve Güven	Üniversite hastanesi	106	24,04	4,52	143,84	38,464	0,001*	1-2 2-3
	Devlet hastanesi	57	19,12	5,45	75,28			
	Özel hastane	94	24,02	4,98	144,84			
İletişim Sistemi	Üniversite hastanesi	106	18,42	3,66	131,27	20,261	0,001*	1-2 2-3
	Devlet hastanesi	57	16,40	4,23	92,75			
	Özel hastane	94	19,15	3,62	148,41			
Ödüllendirme	Üniversite hastanesi	106	9,99	3,16	142,74	27,063	0,001*	1-2 2-3
	Devlet hastanesi	57	7,58	2,67	84,09			
	Özel hastane	94	9,83	2,74	140,74			
Kararlara Katılımcılık	Üniversite hastanesi	106	8,61	3,00	119,0	27,973	0,001*	1-3 2-3
	Devlet hastanesi	57	7,89	2,58	97,66			
	Özel hastane	94	10,22	2,66	159,28			
Yaratıcılık ve Yenilikçiliğe Destek	Üniversite hastanesi	106	5,36	2,07	131,45	1,155	0,56	
	Devlet hastanesi	57	5,46	1,88	134,75			
	Özel hastane	94	5,18	2,12	130,67			
Psikolojik Sermaye Toplam	Üniversite hastanesi	106	90,35	13,73	130,67	2,758	0,25	
	Devlet hastanesi	57	86,68	16,81	115,15			
	Özel hastane	94	91,54	12,90	135,52			
Öz-yeterlik	Üniversite hastanesi	106	51,82	8,99	136,03	2,707	0,26	
	Devlet Hastanesi	57	48,53	12,44	115,96			
	Özel Hastane	94	51,16	8,49	128,97			

Umut	Üniversite Hastanesi	106	19,35	3,86	128,07	0,154	0,93	
	Devlet Hastanesi	57	19,00	4,69	126,92			
	Özel hastane	94	19,60	3,61	131,31			
İyimserlik	Üniversite Hastanesi	106	10,50	3,82	116,16	19,751	0,001*	1-3
	Devlet Hastanesi	57	10,09	4,11	108,69			2-3
	Özel Hastane	94	12,47	3,44	155,79			
Psikolojik Dayanıklılık	Üniversite hastanesi	106	8,68	2,14	129,88	3,416	0,18	
	Devlet Hastanesi	57	9,07	2,05	142,54			
	Özel Hastane	94	8,32	2,41	119,80			

(1: Üniversite Hastanesi, 2: Devlet Hastanesi, 3: Özel hastane olarak kodlandırılmıştır.)(* $p<0,05$)

Hastanenin mülkiyet durumuna göre, katılımcıların “Örgüt Kültürü” puanları arasında istatistiksel olarak **anlamli bir farklılık bulunmaktadır** ($p<0,01$). Devlet hastanelerinde görev yapan katılımcılara ait ortalama “Örgüt Kültürü” puanı (56,46) üniversite veya özel hastanelerde görev yapan katılımcılara ait ortalama “Örgüt Kültürü ” puanlarından (66,42 – 68,60) anlamlı derecede düşüktür.

Hastanenin mülkiyet duruma göre, katılımcıların Örgüt Kültürü “Vizyon ve güven (1.Altboyut)” puanları arasında istatistiksel olarak **anlamli bir farklılık bulunmaktadır** ($p<0,05$). Devlet hastanelerinde görev yapan katılımcılara ait ortalama “ Vizyon ve güven alt boyutu” puanı (19,12) üniversite veya özel hastanelerde görev yapan katılımcılara ait ortalama “Vizyon ve güven alt boyutu” puanlarından (24,04 – 24,02) anlamlı derecede düşüktür.

Hastanenin mülkiyet durumuna göre, katılımcıların Örgüt Kültürü “İletişim (2.Altboyut)” puanları arasında istatistiksel olarak **anlamli bir farklılık bulunmaktadır** ($p<0,05$). Devlet hastanelerinde görev yapan katılımcılara ait ortalama “İletişim alt boyut” puanı (16,40) üniversite veya özel hastanelerde görev yapan katılımcılara ait ortalama “İletişim alt boyut” puanlarından (18,42 – 19,15) anlamlı derecede düşüktür.

Hastanenin mülkiyet durumuna göre, katılımcıların Örgüt Kültürü “Ödüllendirme (3.Altboyut)” puanları arasında istatistiksel olarak **anlamli bir farklılık bulunmaktadır** ($p<0,01$). Devlet hastanelerinde görev yapan katılımcılara ait ortalama “Ödüllendirme alt boyut” puanı (7,58) üniversite veya özel hastanelerde görev yapan katılımcılara ait ortalama “Ödüllendirme alt boyut” puanlarından (9,99 – 9,83) anlamlı derecede düşüktür.

Hastanenin mülkiyet durumuna göre, katılımcıların Örgüt Kültürü “Katılımcılığın desteklenmesi (4.Altboyut)” puanları arasında istatistiksel olarak **anlamli bir farklılık bulunmaktadır** ($p<0,05$). Özel hastanelerinde görev yapan katılımcılara ait ortalama Örgüt Kültürü “Katılımcılığın desteklenmesi alt boyut” puanı (10,22) üniversite veya devlet hastanelerinde görev yapan katılımcılara ait ortalama “Katılımcılığın desteklenmesi alt boyut” puanlarından (8,61 – 7,89) anlamlı derecede yüksektir.

Hastanenin mülkiyet durumuna göre, katılımcıların Psikolojik Sermaye “İyimserlik” (3.Altboyut) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Özel hastanelerinde görev yapan katılımcılara ait ortalama “İyimserlik alt boyut” puanı (12,47) üniversite veya devlet hastanelerinde görev yapan katılımcılara ait ortalama “İyimserlik alt boyut” puanlarından (10,50 – 10,09) anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 4: Hipotez Test Sonuçları

Temel Hipotez	Sonuç
H₁: Psikolojik sermaye ile örgüt kültürü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	Desteklendi
H₂: Psikolojik sermaye özel, kamu ve vakıf hastanelerinde farklılık göstermektedir.	Desteklenmedi
H₃: Örgüt kültürü özel, kamu ve vakıf hastanelerinde farklılık göstermektedir.	Desteklendi

6. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma, sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastanelerde psikolojik sermaye ile örgüt kültürü arasındaki ilişkiyi saptamak; özel, vakıf ve kamu hastanesi karşılaştırmasını yapmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Psikolojik sermaye kavramı ile ilgili yapılan çalışmalar, sosyal hayatta, politik alanda ve iş yaşamında pozitif ve istenilir sonuçlar ile bağlantılı olarak çok sayıda ülkede başarılı şekilde yürütülmüştür (Fineman, 2006).

Araştırmanın ilk hipotezi olan psikolojik sermaye ile örgüt kültürü ilişkisinin tespitine yönelik sonuç incelendiğinde; psikolojik sermaye düzeyi arttıkça örgüt kültürü algısının da arttığı belirlenmiştir. Elde edilen bulgu, diğer araştırmalar ile paralellik göstermekte ve desteklemektedir. Shahnawaz ve Jafri (2009) örgüt kültürünü geliştirmek için çalışmalar yapılmasının psikolojik sermaye düzeyini de olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir. Destekleyici örgüt kültürüne odaklanan bazı çalışmalar, psikolojik sermayenin oluşturulmasında ve geliştirilmesinde örgüt kültürünün kilit bir rol oynadığını göstermektedir (Luthans vd., 2007a). Benzer çalışmalar incelendiğinde;

Çetin, Hazır ve Basım (2013) tarafından “Destekleyici Örgüt Kültürü İle Örgütsel Psikolojik Sermaye Etkileşimi: Kontrol Odağının Aracılık Rolü” başlıklı 211 çalışan ile gerçekleştirilen çalışmada destekleyici örgüt kültürünün psikolojik sermayeye doğrudan katkıda bulunduğu tespit edilmiştir. Örgüt kültürü çalışanların inisiyatif almasını sağlayan, iletişime dayalı, bilgi paylaşımının olduğu örgütsel bir ortamı ifade etmektedir. Böyle bir ortamın oluşturulması çalışanların örgüte pozitif duygular beslemesini sağlamaktadır. Çalışanların örgüte güven duymasını da sağlayan örgütsel ortam kavramı, çalışanların zorluklar karşısında dayanıklı olmasına, geleceğe umutla ve iyimser bakmasına imkan tanımaktadır.

Yetgin (2016) tarafından 262 çalışanın katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, psikolojik sermayenin geliştirilmesi performansı artırırken; örgüt kültürünün varlığı çalışanların risk almasını ve bilginin paylaşılmasına katkıda bulunmaktadır sonucu ile araştırma sonucunu destekler niteliktedir.

Psikolojik sermaye boyutları içerisinde yer alan öz-yeterliliğin bireylerin düşünce yapılarını, kısmen çalışanların işlerine ait kararları ve eylemlerini, gayretlerini belirleyen bir güce sahip olduğu dile getirilmektedir (Bandura, 1986). Bu kapsamda yapılan çalışmalarda; Oettingen (1995), kültürün öz yeterliliği belirleyici bir rol oynadığını tespit etmiştir.

Avey ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada, psikolojik sermayesi yüksek olan bireylerin pozitif duygularının daha baskın olduğu ve bu duyguların çalışanların tutum ve davranışları üzerinde olumlu bir etki yarattığı tespit edilmiştir.

Çalışanlardan psikolojik sermaye düzeyi yüksek olanların, yeni durumlara kolaylıkla alışabildiği belirlenmiştir. Yüksek düzeyde psikolojik sermaye düzeyine sahip işletmelerin, kriz gibi durumları daha kolay atlatabildiği belirlenmiştir (Toor ve Ofori, 2010).

Araştırmanın diğer hipotezi olan örgüt kültürünün hastane mülkiyeti değişkenine göre farklılık göstermesine dair sonuçlar incelendiğinde; kamu hastanelerinde çalışanların örgüt kültürünün, vakıf ve özel hastanelere göre düşük olması beklenen bir sonuçtur. Rekabet ortamının daha fazla olduğu özel ve vakıf hastanelerinde çalışanlar daha dinamik olmaya, kendini geliştirmeye çalışmaktadırlar. Bu anlamda örgütsel amaçları gerçekleştirmek için iletişime daha çok önem vermekte, örgütte var olan kültürü benimsemeye çalışmaktadırlar. Özel ve vakıf hastanelerinde yönetim perspektifinden incelediğinde ise; çeşitli organizasyonlarla örgütsel desteğin sağlanması, çalışanlara bireysel özerklik tanınması gibi örgüt kültürünü oluşturan unsurlar ile çalışanların örgütsel bir kimlik kazanmasına olanak sağlanmaktadır.

Yönetim açısından incelendiğinde; sağlık kurumlarının stresli ve diğer sektörlere göre hatalar konusunda daha hassas bir yapıda olması bakımından psikolojik sermaye boyut düzeyleri daha güçlü olan bireylerin tercih edilmesinin kuruma avantaj sağlayacağı düşünülmektedir. Daha yapıcı olan, kişisel eğitimi önemseyen, geri bildirimlerde bulunan, çalışanına güvenen ve destekleyen insan kaynağı yaklaşımı ile hastane yönetimi çok daha iyi bir konuma getirilebilir. İnsan kaynaklarının bu kriterlerin farkında olması ve sağlayabilmesi için psikolojik sermayenin kurumlar için ne derece önemli olduğu bilincinde olması bu bağlamda çok önemli bir yere sahiptir. Ayrıca psikolojik sermaye düzeyi ve örgüt kültürü yüksek olan çalışanlar çeşitli yollarla ödüllendirilmelidir. Psikolojik sermaye düzeyi yüksek olanların bir başka deyişle pozitif duyguları güçlü olduğu için; örgüt ortamında bilişsel süreçlerde daha üst seviyede çalışabilecekleri düşünülmektedir. Psikolojik sermayesi düşük olanların kendilerini yeterli görmemelerinden dolayı yaptıkları işe yabancılaşmaları da ortaya çıkabilecek muhtemel bir sonuçtur.

Araştırmanın en önemli kısıtı, aynı bölgede yaşayan ve birbirlerine yakın kültürel özellikler gösteren çalışanlar üzerinde uygulanmasıdır. İstanbul'da 3 hastanede yapılmıştır. Benzeri çalışmalar diğer hastanelerde de yapılabilir. Kamu hastanesinden katılım sağlayanların sayısının (n=57) özel ve vakıf hastanesi katılımcılarına göre düşük olmasının, mevcut durumlarında bir değişiklik yaratmayacağı yönündeki algılarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yöneticilerin psikolojik sermaye ve örgüt kültürü konusundaki düşünceleri alınarak bu doğrultuda çalışmalar yapılabilir. Gelişmiş ülkelerde psikolojik sermaye düzeyi ve örgüt kültürü açısından ülkemizdeki durumla ilgili karşılaştırmalara yönelik çalışmalar yapılabilir. Bu çalışmanın farklı sektörlerde ve bölgelerde yapılması durumunda farklı sonuçlar alma ihtimalinin olduğu unutulmamalıdır.

Sonuç olarak; sağlık hizmetlerinin daha başarılı ve kaliteli bir şekilde yürütülebilmesi için çalışanların psikolojik sermaye düzeylerini ve örgüt kültürünü geliştirmelerinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple sağlık kurumlarına, yöneticilerine ve hastane çalışanlarına yönelik verilen önerilerin iyileştirme sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Akçay, V.H. (2012). Pozitif Psikolojik Sermayenin İş Tatmini İle İlişkisi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 123-140.

Altıntaş, F.Ç. (2006). Hizmet Çalışanları Olarak Hemşirelerin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Boyutlarını Belirlemeye Yönelik Bir Analiz. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 4(2), 81-90.

Arslan, H. Kuru, M. ve Satici, A. (2005). İlköğretim ve Ortaöğretim Okullarındaki Örgüt Kültürünün Karşılaştırılması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 44, 449-472.

- Averill, J.R., Catlin, G. ve Chon, K.K. (1990). *Rules of Hope*, Springer-Verlag, New York.
- Avey, J.B, Luthans F., Jensen S.M. (2009). Psychological Capital: A Positive Resource For Combating Employee Stress and Turnover. *Human Resource Management*, 48(5), 677-693.
- Aybas, M. (2014). *İnsan Kaynakları Uygulamalarının Çalışanların İşe Adanmışlığı Üzerindeki Etkisi ve Pozitif Psikolojik Sermayenin Aracı Rolü, Konuya İlişkin Bir Araştırma. (Doktora tezi)*. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aydın, İ. ve Karaman, Y. (2008). Principals' Opinions Of Organizational Justice In Elementary Schools In Turkey. *Journal Of Educational Administration*, 46(4), 497-513.
- Bandura, A. (1982). *Self-Efficacy Mechanism in Human Agency*, *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Berberoğlu, G. (2003). *Yönetim ve Organizasyon*. Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Can, H. (2005). *Organizasyon ve Yönetim*. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Ceylan, A. ve Dinç A. (2008). Kaçak Elektrik Kullanılmasına Karşı Elektrik İdaresi Çalışanı Tutumunun Örgütsel Adalet ve Örgütsel Bağlılık ile İlişkisi ve İllere Göre Farklılıklar. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(2), 125-139.
- Cheung, F., Tang, C.S. ve Tang, S. (2011). Psychological Capital as a Moderator Between Emotional Labor, Burnout, and Job Satisfaction Among School Teachers in China. *International Journal of Stress Management*, 18 (4), 348-371.
- Cömert Y. ve Yürür S. (2017). Pozitif Psikolojik Sermayenin Bir Belirleyicisi Olarak Algılanan Örgütsel Desteğin Rolü, *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 5(3), 17-34.
- Çelik, M. (2007). *Örgüt Kültürü ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Bir Uygulama (Doktora Tezi)*. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Çetin, F. Ve Basım, H.N. (2012). Örgütsel Psikolojik Sermaye: Bir Ölçek Uyarlama Çalışması. *Amme İdaresi Dergisi*. 45(1), 121-136.
- Çetin F. ve Basım H.N. (2011). Psikolojik Dayanıklılığın İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık Tutumlarındaki Rolü, *"İş, Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 13(3), 79-94.
- Çetin, F., Şeşen, H. ve Basım H.N. (2013). Örgütsel Psikolojik Sermayenin Tükenmişlik Sürecine Etkileri: Kamu Sektöründe Bir Araştırma. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(3), 95-108.
- Çınar, E. (2011). *Pozitif Psikolojik Sermayenin Örgütsel Bağlılıkla İlişkisi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yüksek Lisans Tezi), İzmir.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik (SPSS ve LISREL Uygulamaları)*, Pegem Yayınları, Ankara.
- Demir, H., Okan, T. (2009). Teknoloji, Örgüt Yapısı ve Performans Arasındaki İlişkiler Üzerine Bir Araştırma. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 10 (1), 57-72.
- Demirel Y. (2008). Örgütsel Güvenin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Tekstil Sektörü Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 15, 179-194.

- Dilek, H. (2005). *Liderlik Tarzlarının ve Adalet Algısının; Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerine Etkilerine Yönelik Bir Araştırma*. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü, (Doktora Tezi), İstanbul.
- Eğriboyun, D. (2013). *Ortaöğretim Okullarında Görev Yapan Yönetici ve Öğretmenlerin Örgütsel Güven, Örgütsel Destek ve Örgütsel Bağlılıkları Arasındaki İlişki (Bolu ili örneği)*. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Bolu.
- Erdem, O. (2009). *Örgütsel Vatandaşlık Davranışlarının Örgüt Kültürüyle İlişkisi ve Türk Telekomünikasyon A.Ş. Üzerinde Bir Araştırma*. T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Erkuş A. Ve Fındıklı M.A. (2013). Psikolojik Sermayenin İş Tatmini, İş Performansı ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisine Yönelik Bir Araştırma. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 42(2), 302-318.
- Faller, G. (2001). Positive Psychology: A Paradigm Shift. *Journal of Pastoral Counseling*. 36, 7- 20.
- Güler, B.K. (2009). Pozitif Psikolojik Sermaye: Tanımı, Bileşenleri ve Yönetimi (Editörler: A. Keser, G. Yılmaz, S. Yürür). *Çalışma Yaşamında Davranış Güncel Yaklaşımlar İçinde*, Umuttepe Yayınları, 119-146.
- Gül, H. ve Aykanat Z. (2012). Karizmatik Liderlik ve Örgüt Kültürü İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 16 (1), 17-36.
- Haris, P.R., Moran R.H. (1993). *Managing Cultural Differences*, Houston: Gulf Publishing.
- Harms, P.D. ve Luthans, F. (2012) Measuring Implicit Psychological Constructs in Organizational Behavior: An Example Using Psychological Capital, *Journal of Organizational Behavior*, 33(4), 589-594.
- Henry, J. (2004). Positive and Creative Organization. Linley, P. A. and Joseph, S. (Eds.), *Positive Psychology in Practice*. New Jersey, 269-286.
- Hepkon, Z. (2003). Kurumsal Kimlik İnşasını Belirleyen Faktörler: Bir Literatür Taraması. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Dergisi*, 4, 175-211.
- Jones, G.R. (2004). *Organizational Theory, Design and Change: Text and Cases*. USA, Pearson Hall.
- Keleş, H.N. (2011). Pozitif Psikolojik Sermaye Tanımı, Bileşenleri ve Örgüt Yönetimine Etkileri. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*. 3(2), 343-350.
- Keser, S. Ve Kocabaş İ. (2014). İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Otantik Liderlik ve Psikolojik Sermaye Özelliklerinin Karşılaştırılması, 20(1), 1-22.
- Koç, H. ve Yazıcıoğlu, İ. (2011). Yöneticiye Duyulan Güven ile İş Tatmini Arasındaki İlişki: Kamu ve Özel Sektör Karşılaştırması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 12 (1), 46-57.
- Lin, T. (2013). The Relationships Among Perceived Organizational Support Psychological Capital and Employees Job Burnout in International Tourist Hotels. *Life Science Journal*, 10(3), 2014-2112.
- Luthans, F. ve Youssef C.M. (2004). Human, Social and Now Positive Psychological Capital Management. *Organizational Dynamics*, 33, 143-160.
- Luthans, F., Avolio, B.J. ve Avey, J.B., Norman S.M. (2007). Positive Psychological Capital: Measurement and Relationship with Performance and Satisfaction. *Personnel Psychology*, 60, 541-572.

- Luthans, F., Avey J.B., Avolio, B.J. ve Peterson, S.J. (2010). The Development and Resulting Performance Impact of Positive Psychological Capital. *Human Resource Development Quarterly*.21(1), 41-67.
- Malone, LD. (2010). Individual Differences and Stress Reactions as Predictors of Performance in Pilot trainees (Master thesis). Available from ProQuest Dissertations and Theses data base.
- Met, Ö. (2010). Pozitif Psikolojinin Örgütsel Davranışın Gelişmesi Üzerinde Etkileri ve Psikolojik Sermaye Kavramı. 18. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı. Adana. 889-895.
- Nelson, D.L. ve Cooper, C.L. (2007). Positive Organizational Behavior: An Inclusive View. D. L. Nelson and C. L. Cooper (Ed.), Positive Organizational Behavior. London, SAGE, 3-8.
- Oettingen G. (1995). Cross-Cultural Perspectives On Self-Efficacy. In A. Bandura (Ed.), *Self-Efficacy In Changing Societies* New York, NY, US: Cambridge University Press, 149-176.
- Özdevecioğlu, M. (2003). Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ile Üniversite Öğrencilerinin Bazı Demografik Özellikleri ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişkilerin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20.
- Peterson S, Luthans F. The Positive Impact and Development of Hopeful Leaders, 2003; 6(1), 26-31.
- Priyanga, S. ve Lovy, S. (2015). Effect Of Perceived Organizational Support On Psychological Capital - A Study Of It Industries In Indian Framework, *EJBO - Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies*, 20 (2), 19-26.
- Robbins, S.P. (1986). *Organizational Behavior: Concepts, Controversies, Applications*, Englewood Cliffs N.J.:Prentice-Hall International.
- Schneider, S.L. (2001). In Search of Realistic Optimism: Meaning, Knowledge and Warm Fuzziness. *American Psychologist*, 56(3), 250-263.
- Shahnawaz, M.G. ve Jafri, H. (2009). Psychological Capital As Predictors of Organizational Commitment and Organizational Citizenship Behavior. *Journal Of the Indian Academy of Applied Psychology*, 35, 78-84.
- Stajkovic, A.D., Luthans, F. (1998a). Social Cognitive Theory and Self-Efficacy: Going Beyond Traditional Motivational and Behavioral Approaches. *Organizational Dynamics*, 26 (4), 62-74.
- Tamimi, Y. (2005). Örgüt Kültürünün Metaforlarla Analizi (Tekstil Sektöründe Faaliyet Gösteren Bir İşletme Örneği), Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- Tekingündüz, S. (2012). Örgütsel Bağlılık Üzerinde Örgütsel Güven ve İş Tatmininin Etkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması. (Yayımlanmamış Doktora Tezi) *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara.
- Timuroğlu, K. ve İşcan, Ö.F. (2007). Örgüt Kültürünün İş Tatmini Üzerindeki Etkisi ve Bir Uygulama. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 21(1), 119-135.
- Titrek, O. (2009). Okul Türlerine Göre Okullardaki Örgütsel Adalet Düzeyi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 6(2), 551-573.
- Tösten, R. Öğretmenlerin Pozitif Psikolojik Sermayelerine İlişkin Algılarının İncelenmesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Gaziantep Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2015, Gaziantep.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- Toor, S.R.,Ofori G. (2010). Positive Psychological Capital as a Source of Sustainable Competitive Advantage for Organizations. *Journal of Construction Engineering and Management*. 136 (3), 341-352.
- Tortop, N., İsbir, E.G., Aykaç, B., Yayman, H., Özer, M.A. *Yönetim Bilimi*. Yargı Yayınevi, Ankara, 2017.
- Türk, M.S. (2007). *Örgüt Kültürü ve İş Tatmini*. Gazi Kitapevi, Ankara.
- Ulutürk, Ş. (2016).*Örgüt Kültürü ve Örgütsel Bağlılık İlişkisi: Banka Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma*. Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul.
- Uslu, T. (2014). Açık ve İlişki Odaklı Liderliğin Psikolojik Sermaye Aracılığıyla Bireysel Performans ve Kurum Yenilikçiliği Algısına Etkilerinin İncelenmesi: Gebze Örneği. 22. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, Konya.
- Üreten Kaşka, Z. ve Gemlik N., (2016). Sağlık Meslek Gruplarının Örgütsel Sinizm Düzeylerini Ölçmeye Yönelik Bir Araştırma: Kamu Hastanesi ile Özel Hastane Karşılaştırması", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(4), 481-502.
- Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul, Alaş Ofset.
- Vural, Z.B.A. (2012). *Kurum Kültürü ve Örgütsel İletişim*. İletişim Yayınları, İstanbul.
- Walumbwa, F.O, Luthans, F.Avey F.M. ve Oke, A. (2011). Authentically Leading Groups: The Mediating Role of Collective Psychological Capital and Trust. *Journal of Organizational Behavior*,32 (1), 4-24.
- Yetgin, M.A. (2016). Örgütsel Psikolojik Sermaye ve Destekleyici Örgüt Kültürünün Otantik Liderlikte Rolü: Görgül Bir Araştırma. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 51(2), 128-156.
- Yıldırım, B.H. (2014). *Örgütsel Güven ile Psikolojik Sermaye Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma*. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya.
- Yılmaz, A.Atalayı C.G. (2009). A Theoretical Analyze on The Concept of Trust in Organisational Life. *European Journal of Social Sciences*,8(2), 341-352.
- Zamahani, M. Ghorbani, V. ve Rezaei, F. (2011). Impact of Authentic Leadership And Psychological Capital on Followers' Trust And Performance. *AustralianJournal Of Basic and Applied Sciences*, 5(12), 658-667.

Usaysad Derg; 2020; 6(2): 174-198 (Araştırma makalesi)

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ OTONOMİ KİŞİLİK ÖZELLİĞİ, SANAL
KAYTARMA VE İŞ PERFORMANSININ TANIMLAYICI ÖZELLİKLER
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ¹**

**HEALTH PROFESSIONALS AUTONOMY PERSONALITY TRAIT, VIRTUAL
SLACKING AND BUSINESS PERFORMANCES EVALUATION IN TERMS OF
DESCRIPTIVE PROPERTIES**

Aslı EKİN

İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü Doktora Mezunu

asliekin1@gmail.com, orcid.org/0000-0003-3380-2133

Dr. Öğr. Üyesi Yıldırım Beyazıt GÜLHAN

İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

yildirim.gulhan@okan.edu.tr, orcid.org/0000-0002-9681-0248

Makale Gönderim-Kabul tarihi (22.04.2020-26.08.2020)

Özet

Günümüzde, iş verimliliği, sürekliliği, etkinliği ve kaliteli bir hizmetin sunulabilmesi için çalışanların, otonomi kişilik özelliklerinin, sanal kaytarmanın ve iş performansının düzeyleri önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının, otonomi kişilik özelliği, sanal kaytarma ve iş performansı düzeylerini saptamak ve bazı sosyo-demografik değişkenlere göre bu düzeyin farklılıklarını analiz ederek ortaya çıkarmaktır. Bu amaçla, araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde yer alan iki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları (doktor, hemşire ve teknisyen-tekniker) oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında 740 kişiye anket uygulanmıştır. Çalışanların %37'sinin doktor, %50,1'inin hemşire-ebe, %12,9'nun tekniker-teknisyenlerden oluştuğu saptanmıştır. Veriler SPSS 23,0 paket programıyla analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerle çalışanların otonomi kişilik özelliği, iş performansı ve sanal kaytarma düzeyleri belirlenmiştir. Araştırmada veriler normal dağılım gösterdiği için Tek Yönlü ANOVA (varyans analizi) ve bağımsız örneklerde t testinden yararlanılarak analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda, önemli sanal kaytarma, önemsiz sanal kaytarma ve sanal kaytarma genel orta düzeyde belirlenmiştir. Oysa diğerkamlik, görev performansı ve iş performansı genel yüksek düzeyde; sorumluluk ve bağlamsal performans puanları çok yüksek düzeyde bulunmuştur. Ayrıca çalışanların

¹ Bu çalışma, Aslı EKİN tarafından Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Dr.Öğretim Üyesi Yıldırım Beyazıt GÜLHAN danışmanlığında yürütülen "Otonomi Kişilik Özelliğinin İş Performansına Etkisinde Sanal Kaytarmanın Aracı Rolü: Hastanelerde Bir Uygulama" başlıklı doktora tezinden hazırlanmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

otonomi kişilik özelliği, iş performansı ve sanal kaytarma düzeylerinin bazı sosyo-demografik özelliklere göre farklılaştığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Otonomi kişilik, Sanal kaytarma, İş performansı, Sağlık

Abstract

Nowadays, the levels of autonomy personality traits, virtual slacking and job performance of employees are important for business efficiency, continuity, effectiveness, and quality of service. The aim of this study is to determine autonomy personality traits, job performance and virtual slacking (cyberslacking) levels of healthcare workers, to analyze these variables by some socio-demographic characteristics. To this effect, the universe of the research is defined to be the healthcare personnel (doctors, nurses and technicians/operators) in two Training and Research Hospitals in Istanbul. In the scope of the study, in total, 740 subjects answered the questionnaires. In the study, 37% of the participants were doctors, 50.1% were nurses or midwives, and 12.9% were technicians/operators. The data analysis was performed with SPSS 23.0 package program. With descriptive statistics, autonomy personality traits, job performance, and virtual slacking levels of the participants were determined. Because data show normal distribution, one-sided ANOVA (variation analysis) and independent samples t-test were applied. Significant, insignificant, and overall virtual slacking were found to be at medium levels. On the other hand, the analysis has further shown that altruism, task, and job performance were at high levels while responsibility and contextual performance were very high. In addition, it was determined that the autonomy personality traits, job performance and virtual slacking levels of the employees differed according to some socio-demographic characteristics.

Keywords: Autonomy personality, Virtual slacking (cyberslacking), Job performance, Healthcare

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla sağlık kurumları ve sağlık profesyonelleri tarafından sunulan hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015). Sağlık kurumlarının başında hastaneler gelmektedir. Hastanelerde temel sağlık hizmetleri doktorlar, hemşireler ve sağlık teknisyenleri tarafından sağlanmaktadır. Doktorlar, hastaların bakım ve tedavisinde lider rol oynamaktadır. Hemşireler, özellikle hasta bakım hizmetlerinin vazgeçilmez çalışanları olarak hemşirelik hizmetlerini yerine getirmektedirler. Sağlık teknisyenleri ise radyoloji, laboratuvar ve anestezi başta olmak üzere destek hizmetleri gerçekleştirmektedirler. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin sağlanmasında önemli rol oynayan sağlık çalışanlarından bu üç grup, araştırmaya dahil edilerek otonomi kişilik özelliği (OKÖ), iş performansı (İP) arasındaki ilişkide sanal kaytarma (SK)'nın etkisi olup olmadığını değerlendirmek, hem insan kaynağı hem de örgütsel gelişme açısından önemlidir. Ayrıca bu araştırma kalite, hasta güvenliği ve mesleki sorumluluklar açısından da katkı sağlayacaktır. Günümüzde hastanelerde işlemler bilgisayar ortamında gerçekleştirilmektedir. Bu durum iş yükünü azaltmakta, işlemlere hız kazandırmakta ve doğru yapılmasına yardımcı olmaktadır. Ancak sanal olanaklar bazen çalışanlar tarafından bilinçsiz kullanılmakta ya da suistimaller ortaya çıkmaktadır. Amaç dışı kullanımlar da örgütün zararına olan durumlar ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle de bireylerin SK algısının belirlenmesi ve elde edilen bulgulara yönelik önlemler alınması yararlı olacaktır.

GENEL BİLGİLER

Otonomi, bireyin, özgürce düşünerek yaşamış olduğu olaylarla ilgili karar verebilmesi, verdiği bu kararını harekete geçirmesi ve sonuçta da bağımsız hareket edebilmesidir (Dikmetaş Yardan ve Dikmetaş, 2013). Bu kişilik özelliği yüksek olan bireyler, kendi faaliyetlerini yönetmekten, gerçekleştirmek istedikleri davranışları yönlendirmekten, belirlemiş olduğu hedeflere ulaşmaktan, çevrelerine karşı duyarlı olarak olup bitenleri sürekli izlemekten ve başarılı olmaktan mutlu olurlar. (Bieling, Beck & Brown, 2000; Çam ve Engin, 2006; Sato & Gonzales, 2009). Otonomik kişilik özelliklerinin kabul gören boyutları; kişisel olarak başarılı olmak, özgür olmak ve yalnız kalmaktan

175

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(EKİN, A / GÜLHAN, Y.B.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

hoşlanmak olarak açıklanabilir (Öktem, Turgut ve Tokmak, 2013). Sağlıkla ilgili alanlarda, karşılaşılan olaylar ve durumlar karşısında eleştirel düşünebilen, gerekli koşullarda ortaya çıkan sorunları çözebilme becerisi gelişmiş, otonomisini kullanan, yardımsever çalışanlar gereklidir. (Kelleci ve Gölbaşı, 2004).

Organizasyonlar için performansın önemli konuları içerisinde küreselleşme ve rekabetin birlikte artıyor olmasıdır. Bir örgütün hedefleri doğrultusunda amaçlarına ulaşması, operasyonel ve finansal başarılarını gerçekleştirilmesi için yüksek performans davranışı gösteriyor olabilmesi gerekmektedir. Bu sebepten organizasyonların performans düzeyleri, organizasyonların hedeflediği örgütsel amaçlara ulaştırılacak olan çalışanlarının bireysel performansları ile doğru orantılıdır (Tutar ve Altınöz, 2010; Büte, 2011). Performans tanımı, örgüt psikolojisi alanında, birey performansını daha iyi bir aşamaya getirmek için yararlanılan işe alma, çalışanların alanlarıyla ilgili eğitim, motivasyon ve amaçlara destek olması için kullanılabilir olmasıdır (Karakas, 2010; Motowidlo & Kell, 2013; Kumar & Kesari, 2017). Görev performansı, Organ & Paine tarafından (1999) işin gerçekleştirilmesi sürecinde, bir öge olarak düşünülür. Dolayısıyla bu aşamada bilgi ve enerji ürüne dönüşür (Australia, Hosie & Nankervis, 2016). Görev performansı, işveren ve çalışan arasındaki sözleşmede belirlenmiş olan şartların yerine getirilmesini kapsamaktadır (Yiğit, 2017). Bir başka açıklamayla görev performansı, iş tanımının bir parçası olarak belirlenen temel iş sorumluluklarını içeren kısacası iş ile ilgili davranışlardan oluşur (Conway, 1999). Bağlamsal performans ise, temel görev faaliyetleri ile ilgili olmayan fakat bireylerin sosyal bağ ve ilişkilerini güçlendirmeye yönelik çaba göstermelerini sağlayan, motivasyonlarını arttıran davranışlar olarak da düşünülebilir (Ünlü ve Yürür, 2011). Dolayısıyla bağlamsal performansın iradeye dayalı davranışlardan oluştuğu söylenebilir (Van Scotter, 2000).

Sanal kaytarma (SK), bilgisayar ve internet'in kişisel konularla ilgili ya da çalışanın, görevi dışındaki amaçlar doğrultusunda kullanılmasıdır (Örücü ve Yıldız, 2014). SK'yı bilgisayar, internet, telefon ile gerçekleştirebilmek mümkündür. Çünkü cep telefonlarında da internet erişimi söz konusudur (Ünal ve Tekdemir, 2015). Lim (2002)'e göre de; SK faaliyetleri çalışma süreçleri içerisinde zamanın verimsiz kullanılmasına, çalışanların işyerindeki temel ve gerçek görevlerini tam anlamıyla tanımlayamamasına ve işlerini zamanında gerçekleştirmelerine zarar vermektedir. Blanchard & Henle (2008) ise, SK davranışını önemli ve önemsiz SK olarak iki faktörle açıklamışlardır. "Önemli SK; sohbet odalarına katılma, yetişkin odaklı siteleri ziyaret etme, bahis/kumar/şans oyunları sitelerini ziyaret etme, internette sürekli oyun oynama, müzik indirme, blog sitelerini takip etme, uygun olmayan sitelere girme, internet ortamında mesajlaşma gibi faaliyetleri içerirken, önemsiz SK faaliyetleri arasında ise; haber veya spor sitelerine bakma ve takip etme, çalışanın göreviyle ilgisi olmayan yani kişisel olarak e-posta gönderme ya da alma, finansal sitelere bakma, alışveriş sitelerinden alışveriş yapma gibi faaliyetleri içermektedir". Bu bağlamda önemsiz SK davranışları genel hatlarıyla yapılması önemsiz görülen, zaman olarak kısa süreli ve doğal bir durum olarak karşılanan davranışları içermektedir. Önemli SK davranışları ise önemsiz SK davranışlarına göre zaman anlamında düşünürsek uzun süreli ve amacına bağlı olarak da çalışılan kuruma zarar verebilir. (Özdem ve Demir, 2015; Köyüstü 2018).

YÖNTEM

1. Araştırmanın Amacı, Katkısı ve Modeli

Araştırma, sağlık çalışanlarının (doktor, hemşire ve sağlık teknisyeni) OKÖ (Otonomi Kişilik Özelliği), İP (İş Performansı) ve SK (Sanal Kaytarma) düzeylerini belirlemek, bu değişkenleri sosyo-demografik özellikler açısından incelemek amacıyla yapılmıştır. Ölçeklerin Güvenirliği, verilen

cevaplara göre ölçeklerin faktörleri ve güvenilirliğini belirleyen alfa katsayıları (α =Cronbach's Alfa) yeniden hesaplanmıştır. "Cronbach's Alpha değerinin 0,70 ve üzerinde olduğu durumlarda ölçeğin güvenilir olduğu belirtilmekle beraber, soru sayısı çok fazla olmadığında bu sınır 0,60 ve üzeri kabul edilebilmektedir"(Sipahi, Yurtkoru ve Çinko, 2008). Çalışmada ölçeklerin Cronbach's alpha değerleri incelendiğinde; OKÖ ölçeği faktörlerinden kişisel başarı 0,797, Özgürlük 0,746, Yalnızlıktan hoşlanma 0,659, otonomi ölçeği genel 0,887 bulunmuştur. SK ölçeği faktörlerinden önemli SK 0,757, Önemsiz SK 0,715, SK ölçeği genel 0,823 belirlenmiştir. Ayrıca İP ölçeği faktörlerinden diğerkamlik 0,763, sorumluluk 0,674, bağlamsal performans 0,753, görev performansı 0,872, İP ölçeği genel 0,857 tespit edilmiştir ve ölçeklerin oldukça güvenilir olduğu belirlenmiştir. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için çarpıklık (Skewness) ve basıklık (Kurtosis) değerlerinden yararlanılmıştır. Değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri ile histogram ve plot grafikler incelendiğinde verilerin normal veya normale yakın dağıldığı belirlenmiş olup, bu değişkenler %95 güvenle normal dağılmaktadır. Ayrıca merkezi (santral) limit teoremine göre örneklem sayısı 740 yeterli düzeyde olduğu için dağılımın normal olduğu kabul edilerek analizler yapılmıştır. (Hayran, 2012; Harwiki, 2013). Araştırmada veriler normal dağılım gösterdiği için Tek Yönlü ANOVA (varyans analizi) ve bağımsız örneklerde t testinden yararlanılarak analiz edilmiştir. Analizler sonucunda ikiden fazla gruplar arasında fark çıktığında tüm gruplar ikili olarak karşılaştırılarak farklılığın hangi gruplar arasında olduğu belirlenmiştir. Yani PostHoc testlerden grupların homojen olması durumunda Tukey HSD, homojen olmaması durumunda Tamhane testleri uygulanarak fark çıkan gruplar tespit edilerek değerlendirilmiştir. Ayrıca farklılığın hangi yönde olduğu tanımlayıcı istatistik tablosundan ve "Means Plot" grafiğinden yararlanılarak incelenmiş ve yorumlanmıştır(Kalaycı, 2010).

2. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde yer alan iki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları (doktor, hemşire ve teknisyen-tekniker) oluşturmaktadır. Araştırmada toplamda 980 doktor, 1007 hemşire ve 251 sağlık teknisyeni görev yaptığı belirlenmiştir. Toplam sağlık çalışanı sayısı 2238 araştırma evrenini oluşturmaktadır. Örneklem sayısı %95 güvenle %5 yanılma olasılığı ile hesaplanarak 328 olarak bulundu. Örneklem sayısı daha güçlü bulgular elde edebilmek için 740 olarak belirlenmiştir. Araştırma verileri, anket formu ile toplanmıştır. Araştırmada veriler, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 23.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Dört ayrı bölümden oluşan anket formunun birinci bölümünde sosyo-demografik bilgi formu, araştırmacılar tarafından mevcut anketlerden yararlanılarak hazırlanan bu form 15 soru içermektedir. İkinci bölümünde, otonomi kişilik özelliği ölçeği, üçüncü bölümünde, iş performansı ölçeği dördüncü ve son bölümünde ise, sanal kaytarma ölçeğinden oluşmuştur. Tüm ölçeklerde 5'li likert tipi ölçek kullanılmıştır. Araştırma da sosyotropi-otonomi ölçeğinin 30 ifadeyi içeren otonomi kişilik özelliği bölümü kullanılmıştır. Bu ölçek; kişisel başarı, özgürlük ve yalnızlıktan hoşlanma olmak üç faktörden oluşmaktadır. Ölçek Beck, Epstein, Harrison & Emery tarafından 1983 yılında geliştirilmiş ve daha sonra 1993 yılında Şahin, Ulusoy ve Şahin tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Güvenirlilik ve geçerliliği test edilmiş olup, buna göre; güvenilirlik iç tutarlık ile Cronbach Alfa katsayısı 0,81 bulunmuştur (Şahin, Ulusoy ve Şahin, 1993). Sanal kaytarma ölçeği, Örucü ve Yıldız tarafından geliştirilmiş olup, 14 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte 1'den 8'e kadar olan sorular önemli SK davranışlarını ve 9'dan 14'e kadar olan sorular önemsiz SK davranışlarını değerlendirmektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,88 bulunmuştur (Örucü ve Yıldız, 2014). İş Performansı Ölçeği, Goodman ve Svyantek tarafından geliştirilmiş olup, çalışanların performansını ölçmek üzere 25 ifadeyi kapsayan bir ölçektir (Goodman ve Svyantek, 1998). Ölçek; bağlamsal performans 16 ifade ve

görev performansı 9 ifade olmak üzere iki faktörden oluşmaktadır. Bu ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,89 bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe çevirisi Şahin tarafından 2016 yılında yapılmıştır (Şahin, 2016).

3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma 18 yaşından büyük sağlık çalışanlarına uygulanmış olup, araştırma için önce Okan Üniversitesi Etik Kurulundan 17.01.2018 tarih ve 90.toplantı sayısı ile etik kurul onayı alınmıştır. Daha sonra anket formunu uygulamak için 14.03.2018 tarihli ve sayılı 16867222/604.01.01 yazıyı İl Sağlık Müdürlüğünden, 27.02.2018 tarih ve sayılı 23898784-771sayılı yazıyı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GEAH)'nden 07.03.2018 tarih ve 62977267-772.99 sayılı yazıyı da Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (HNEAH)'nden, araştırmanın yapılacağı kurumların yönetimlerinden, yazılı izinler elde edilmiştir. Ayrıca, ölçek ve anketlerin kullanılması için sahiplerinden izin alınmıştır. İzinlerin alınmasını takiben araştırma hastanelerinde anket uygulamalarına başlanarak 16.11.2018 tarihinde tamamlanmıştır. Çalışanlara araştırmanın amacı anlatılarak, sözel onayları alınmış olup gönüllü olarak araştırmaya katılmaları sağlanmıştır. Sonuç olarak, makale içerisinde kullanılan fikir ve sanat eserleri için telif hakları düzenlemesine uyulmuştur.

BULGULAR

1. Çalışanların Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışanların yaş ortalamasının 30,9 ve standart sapması 8,6 olup, minimum 18 ve maksimum 63 olarak belirlenmiştir. Çalışanların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'te verilmiştir.

Tablo 1: Sosyo-Demografik Özellikler

Değişkenler	Gruplar	n	%
Unvan	Doktor	274	37,0
	Hemşire-Ebe	371	50,1
	Tekniker -Teknisyen	95	12,9
	Toplam	740	100,0
Yaş	25 ve altı	220	29,7
	26-30 yaş	257	34,7
	31-35 yaş	77	10,4
	36-40 yaş	69	9,3
	41 yaş ve üstü	117	15,9
Toplam	740	100,0	
Cinsiyet	Erkek	203	27,4
	Kadın	537	72,6
	Toplam	740	100,0
Medeni Durum	Evli	328	44,3
	Bekar	412	55,7
	Toplam	740	100,0
Çocuğu Olma Durumu	Var	228	30,8
	Yok	512	69,2
	Toplam	740	100,0
Eğitim	Lise ve dengi okul	54	7,3
	Ön lisans	87	11,8
	Lisans	283	38,2

	Yüksek Lisans ve ustü	316	42,7
	Toplam	740	100,0
Çalıştığı Kurum	Haydarpaşa Numune Eğ.ve Araş. Hastanesi	369	49,9
	Göztepe Eğ.ve Araş. Hastanesi	371	50,1
	Toplam	740	100,0
Çalıştığı Birim	Dahili klinik veya poliklinik	247	33,4
	Cerrahi klinik veya poliklinik	214	28,9
	Ameliyathane-Yoğun Bakım	104	14,1
	Acil servis	34	4,6
	Laboratuvar-Radyoloji-Kan Merkezi	112	15,1
	İdare	15	2,0
	Diğer	14	1,9
	Toplam	740	100,0
İdari Görev Durumu	Evet, idari görevi var	57	7,7
	Hayır, idari görevi yok	683	92,3
	Toplam	740	100,0
İş (Meslek) Deneyimi	1 yıldan az	95	12,8
	1-5 yıl	349	47,2
	6-10 yıl	94	12,7
	11-15 yıl	70	9,5
	16-20 yıl	49	6,6
	21 yıl ve üstü	83	11,2
	Toplam	740	100,0
Kurumda Çalışma Süresi	1 yıldan az	215	29,1
	1-5 yıl	306	41,4
	6-10 yıl	115	15,5
	11-15 yıl	40	5,4
	16-20 yıl	30	4
	21 yıl ve üstü	34	4,6
	Toplam	740	100,0
Çalışma Şekli	Sürekli gündüz mesai	188	25,4
	Vardiya usulü	45	6,1
	Gündüz mesai ve nöbet	500	67,6
	Diğer	7	0,9
	Toplam	740	100,0
Kurum İnterneti	Çok iyi	16	2,2
	İyi	112	15,1
	Orta	272	36,8
	Kötü	194	26,2
	Çok kötü	146	19,7
	Toplam	740	100,0
Mesaide İnternet Kullanım Süresi	İnternet kullanmıyorum	9	1,2
	1 saatten az	435	58,8
	1-3 saat arası	220	29,7
	3-5 saat arası	44	6
	5 saatten fazla	32	4,3
Toplam	740	100,0	

Hafta Sonu Çalışma Durumu	Evet, çalışıyor	503	68,0
	Hayır, çalışmıyor	237	32,0
	Toplam	740	100,0

Tabloda tanımlayıcı nitelikte (n) sağlık çalışanı sayısını ve (%) yüzdelik oranı göstermektedir.

Unvan üçlü gruplamaya göre, çalışanların %37'si (n=274) doktor, %50,1'i (n=371) hemşire-ebe, %12,9'u (n=95) tekniker-teknisyenlerden oluşmaktadır. Çalışanların %34,7'si (n=257) 26-30 yaş olarak belirlenmiştir. Çalışanların %72,6'sı (n=537) kadındır. Sağlık kurumlarında çalışanların mesleki özelliklerinden dolayı (hemşirelik gibi) çoğunun kadın olması nedeniyle kadınların oranı daha yüksektir. Çalışanların %55,7'si (n=412) bekar iken %69,2'si (n=512) çocuğu olmadığını ifade etmişlerdir. Çalışanların %42,7'sinin (n=316) yüksek lisans ve üstü mezunu olması eğitim seviyelerinin giderek yükseldiğini işaret etmektedir. Çalışanların %49,9'u (n=369) Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, %50,1'i (n=371) Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmaktadır. Dolayısıyla örneklemin her iki hastaneyi temsil gücü yüksektir. Çalışanların %33,4'ü (n=247) dahili klinik veya poliklinik biriminde görev yapmaktadır, %92,3'ü (n=683) ise idari görevi olmadığını ifade etmiştir. İş deneyimine göre, çalışanların %47,2'si (n=349) 1-5 yıl iş deneyimine sahiptir. Dolayısıyla bu sonuç, iş acemiliklerinin neden olduğu hata ve olayların azalmasında etkili olacaktır. Kurumda çalışma süresine göre, çalışanların %41,4'ü (n=306) 1-5 yıl kurum deneyimi sahibidirler. Hastaneye alışma ve uyum süreci problemlerini yaşamadıkları söylenebilir. Çalışanların %67,6'sı (n=500) gündüz mesai ve nöbet grubunda yer almaktadır. Kurum internetini çalışanların 36,8'i (n=272) orta olarak değerlendirmektedir. Çalışanların yaklaşık %82'si, hastane internetini orta, kötü ve çok kötü olarak değerlendirmektedir. Pek çok işlemin internet bağlantılı gerçekleştirildiği dikkate alındığında bu önemli bir sorun olarak görülebilir. %58,8'i (n=435) mesaide 1 saatten az internet kullandığını belirtmişlerdir. Mesai içerisinde internet kullanım süresi normal dağılmış görünüyor. Ancak internetin iş amaçlı ya da iş dışı amaçlı kullanımı önemlidir. Bu açıdan iş dışı amaçlı kullanımlar olup olmadığını belirlenerek önlemler alınması gerekmektedir. Çalışanların %68,0'ı (n=503) hafta sonu çalıştığını ifade etmişlerdir. Sağlık hizmetlerinin süreklilik özelliğinden dolayı çalışanlar 24 saat aralıksız hizmet vermektedirler. Bu açıdan önemli olan hafta sonu çalışma planının ve karşılığının (izin, ücret vb) uygun bir şekilde belirlenerek hizmet etkinliği sağlanmasıdır (Tablo 1).

2. Çalışanların Otonomi Kişilik Özelliği, Sanal Kaytarma ve İş Performansı Düzeyleri

Değişkenlerin ortalama puan düzeylerine ilişkin dağılım Tablo 2'da verilmiştir. Otonomi kişilik özelliği (OKÖ), Sanal Kaytarma(SK) ve İş Performansı (İP) olarak kısaltılmıştır.

Tablo 2: Çalışanların Ölçekler ve Alt Faktörlere İlişkin Ortalama Puan Dağılımı (n=740)

	Soru Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Minimum Değer	Maksimum değer	Ölçek Puanı	Ortalama	Minimum Değer	Maksimum Değer	Ölçek Puanı
Kişisel Başarı	12	32,4	7,1	5,0	48,0	0-48	2,7	1,7	3,2	0-4
Özgürlük	12	31,2	6,9	7,0	48,0	0-48	2,6	1,5	3,2	0-4
Yalnızlıktan Hoşlanma	6	15,1	4,5	2,0	24,0	0-24	2,5	2,1	2,9	0-4
OKÖ Ölçek Genel	30	78,7	16,3	16,0	120,0	0-120	2,6	1,5	3,2	0-4

Önemli SK	8	14,2	5,5	0,0	32,0	0-32	1,8	0,7	2,6	0-4
Önemsiz SK	6	13,0	4,5	0,0	24,0	0-24	2,2	1,1	2,8	0-4
SK Ölçek Genel	14	27,3	8,8	3,0	56,0	0-56	2,0	0,7	2,8	0-4
Diğerkamlik	7	20,2	4,1	4,0	28,0	0-28	2,9	2,4	3,2	0-4
Sorumluluk	8	25,1	4,0	13,0	32,0	0-32	3,1	2,3	3,7	0-4
Bağlamsal Performans	14	45,3	6,4	21,0	56,0	0-75	3,0	2,3	3,7	0-4
Görev Performansı	9	27,1	5,3	2,0	36,0	0-45	3,0	2,5	3,3	0-4
İP Ölçek Genel	24	72,4	10,2	27,0	96,0	0-120	3,0	2,3	3,7	0-4

Ortalama ve standart sapma açısından çalışanların OKÖ, SK ve İP puanları incelendiğinde (Tablo 2); çalışanların otonomi kişilik özellikleri faktörlerinin hepsi (kişisel başarı (32,4±7,1), özgürlük (15,1±4,5) ve yalnızlıktan hoşlanma(15,1±4,5)) ile OKÖ ölçek genel puanları (78,7±16,3) yüksek düzeyde olup, oldukça iyi tanımlıyor şeklindedir. Çalışanların önemsiz SK (13,0±4,5), önemli SK (14,2±5,5) ve SK ölçek genel (27,3±8,8) puanları orta düzeyde olup, bazen bu kayırtma davranışlarını göstermektedirler. İP faktörlerinden diğerkamlik (20,2±4,1), görev performansı (27,1±5,3) ve İP ölçek genel (72,4±10,6) puanları yüksek düzeyde olup, genellikle başarılıdırlar. Ancak çalışanların İP faktörlerinden sorumluluk (25,1±4,0) ve bağlamsal performans (45,3±6,4) puanları çok yüksek düzeyde olup, her zaman başarılı olarak belirtilmiştir.

3. Sosyo-Demografik Özellikler ve Çalışanların Otonomi Kişilik Özelliği

Çalışanların sosyo-demografik özelliklerine göre OKÖ otonomi kişilik özelliği puanları Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3: Sosyo-Demografik Özellikler ve Çalışanların OKÖ Puan Dağılımı

	Faktörler			
	Kişisel Başarı	Özgürlük	Yalnızlıktan Hoşlanma	OKÖ Genel
Unvan	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
1) Doktor	32,9±7,1	32,1±6,8	15,6±4,7	80,6±16,4
2) Hemşire -ebe	32,1±7,0	30,8±6,9	14,9±4,1	77,8±15,8
3) Tekniker-teknisyen	31,6±7,7	30,3±7,4	14,6±4,9	76,4±17,4
F	1,562	3,535	2,707	3,237
p	0,210	0,030	0,067	0,040
PostHoc		1>2 (p=0,025), 1>3 (p=0,029).		1>2 (p=0,036), 1>3 (p=0,033).
Yaş Grubu				
1) 25 ve altı	32,4±7,2	31,7±6,7	15,3±4,2	79,5±15,7
2) 26-30 yaş	32,1±7,5	30,9±7,0	15,0±4,6	78,0±16,9
3) 31-35 yaş	32,8±6,1	31,3±6,4	15,2±4,3	79,3±14,0
4) 36-40 yaş	32,1±6,3	31,3±6,6	15,2±4,5	78,6±15,3
5) 41 yaş ve üstü	32,5±7,4	30,9±7,9	14,8±4,8	78,2±18,1
F	0,194	0,474	0,323	0,276

p	0,942	0,755	0,863	0,893
Cinsiyet				
1) Erkek	33,1±6,8	32,2±6,8	15,9±4,4	81,2±15,4
2) Kadın	32,1±7,1	30,9±7,0	14,8±4,5	77,7±16,5
t	1,690	2,261	0,738	2,566
p	0,091	0,024	0,002	0,010
Medeni Durum				
1) Evli	32,1±7,1	30,7±7,5	14,5±4,5	77,3±17,0
2) Bekar	32,6±7,2	31,6±6,5	15,6±4,4	79,8±15,7
t	-1,704	-2,560	-3,253	-2,728
p	0,089	0,011	0,001	0,007
Çocuk				
1) Var	31,7±7,1	30,2±7,6	14,3±4,6	76,2±17,2
2) Yok	32,7±7,1	31,7±6,6	15,5±4,4	79,8±15,8
*MWU z	-0,854	-1,843	-3,531	-2,122
p	0,393	0,066	0,000	0,034
Eğitim				
1) Lise ve dengi okul	32,7±7,6	31,2±7,8	14,1±4,9	78,1±18,3
2) Önlisans	32,1±7,4	30,7±6,9	14,7±4,9	77,5±16,8
3) Lisans	32,0±7,1	30,7±6,9	15,0±4,0	77,7±15,8
4) Yüksek Lisans ve ustü	32,7±7,1	31,8±6,8	15,5±4,6	79,9±16,3
F	0,469	1,442	1,947	1,134
p	0,704	0,229	0,121	0,334
Çalıştığı Kurum				
1) HNEAH	32,1±7,5	31,0±7,1	15,0±4,4	78,1±17,0
2) GEAH	32,6±6,8	31,4±6,8	15,2±4,5	79,2±15,6
t	-0,866	-0,903	-0,418	-0,879
p	0,387	0,367	0,676	0,380
Çalıştığı Birim				
1) Dahili klinik veya poliklinik	32,1±7,5	31,1±7,1	15,2±4,6	78,3±16,7
2) Cerrahi klinik veya poliklinik	33,0±6,9	31,8±6,8	15,1±4,2	79,9±16,0
3) Ameliyathane -yoğun Bakım	32,5±6,4	30,9±6,4	15,1±4,3	78,5±14,8
4) Acil servis	31,4±7,3	32,4±7,3	16,2±4,2	80,0±16,8
5) Laboratuvar -radyoloji	31,7±7,6	30,2±7,4	14,6±5,0	76,5±17,5
6) İdare	35,3±6,6	32,7±7,0	15,3±3,5	83,3±15,6
7) Diğer (Kan merkezi, eczane, poliklinik danışma gibi)	31,3±6,8	31,4±5,4	14,2±3,9	76,9±14,1
F	1,061	0,968	0,765	0,822
p	0,385	0,446	0,598	0,553
İdari Görev				
1) Var	31,9±7,7	30,2±7,0	15,0±4,5	77,1±17,2
2) Yok	32,4±7,1	31,3±6,9	15,1±4,5	78,8±16,2
t	-0,471	-1,194	-0,148	-0,755
p	0,638	0,233	0,883	0,451

İş Deneyimi				
1) 1 yıldan az	32,2±6,3	32,6±6,5	15,7±3,7	80,5±14,1
2) 1-5 yıl	32,4±7,5	30,9±6,7	15,0±4,6	78,3±16,5
3) 6-10 yıl	32,2±7,9	31,7±7,8	15,4±4,4	79,2±18,1
4) 11-15 yıl	32,2±6,5	30,9±6,8	14,6±4,3	77,7±15,6
5) 16-20 yıl	31,7±5,9	30,0±7,3	15,2±4,4	76,9±15,4
6) 21 yıl ve üstü	33,3±6,9	31,5±7,2	14,8±4,8	79,6±17,1
F	0,401	1,388	0,618	0,516
p	0,848	0,226	0,686	0,764
Kurum Deneyimi				
1) 1 yıldan az	32,5±6,8	31,6±6,2	15,2±4,3	79,3±14,6
2) 1-5 yıl	32,2±7,3	31,3±7,0	15,3±4,5	78,8±16,7
3) 6-10 yıl	32,2±7,5	30,7±7,3	14,5±4,6	77,3±17,3
4) 11-15 yıl	32,2±7,6	29,9±7,9	15,4±5,0	77,5±19,2
5) 16-20 yıl	31,9±6,9	30,2±7,0	15,1±4,5	77,2±16,1
6) 21 yıl ve üstü	33,7±6,4	31,9±7,9	14,6±4,5	80,3±17,5
F	0,348	0,783	0,649	0,392
p	0,884	0,562	0,663	0,855
Çalışma Şekli				
1) Sürekli gündüz mesai	32,1±7,2	30,4±6,8	14,7±4,2	77,2±15,9
2) Vardiya usulü	29,5±6,4	29,2±5,8	14,8±3,5	73,4±13,3
3) Gündüz mesai ve nöbet	32,6±7,1	31,7±7,0	15,2±4,6	79,5±16,6
4) Diğer (Sürekli nöbet ya da bir ay gündüz bir ay nöbet)	39,7±6,6	34,0±6,7	18,3±4,0	92,0±15,0
F	5,317	3,149	1,944	4,117
p	0,001	0,025	0,121	0,007
PostHoc	1>2 (p=0,028), 1<4 (p=0,005), 2<3 (p=0,005), 2<4 (p<0,001).	1<3 (p=0,040), 2<3 (p=0,022).		1<4 (p=0,018), 2<3 (p=0,016), 2<4 (p=0,005), 3<4 (p=0,043).
Kurum İnterneti				
1) Çok iyi	32,2±7,5	32,0±5,6	15,0±4,0	79,2±14,2
2) İyi	31,9±6,7	30,6±7,0	14,4±4,7	76,8±16,4
3) Orta	32,1±7,5	31,1±7,4	15,5±4,5	78,7±17,3
4) Kötü	32,4±6,9	31,4±6,6	14,8±4,4	78,5±15,6
5) Çok kötü	33,2±7,1	31,7±6,7	15,5±4,3	80,3±15,5
F	0,704	0,522	1,832	0,765
p	0,590	0,720	0,121	0,548
Mesaide İnternet Kullanım Süresi				
1) İnternet kullanmıyorum	29,3±9,7	31,1±5,2	15,7±4,6	76,1±17,5
2) 1 saatten az	32,8±7,1	31,4±7,0	15,0±4,4	79,2±16,2
3) 1-3 saat arası	31,8±7,4	31,1±7,0	15,1±4,5	78,0±16,8
4) 3-5 saat arası	32,9±6,2	31,1±6,7	15,8±4,4	79,8±14,9
5) 5-7 saat arası	31,1±6,3	30,2±7,4	14,7±4,6	76,0±16,0

*KWH X2	1,468	0,246	0,408	0,529
p	0,210	0,912	0,803	0,715
Hafta Sonu Çalışma				
1) Evet	32,5±7,0	31,6±6,9	15,2±4,5	79,2±16,2
2) Hayır	32,1±7,4	30,5±7,0	15,0±4,4	77,6±16,5
t	0,671	1,948	0,565	1,277
p	0,502	0,052	0,572	0,202

* Tabloda yer alan mesaide internet kullanım süresi ile çocuk bölümlerinde nonparametrik yöntem kullanılmıştır.

En az bir unvan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren faktörlerden, özgürlük ($p=0,030<0,05$) doktorlarda, hemşire-ebeler ($p=0,025$) ve tekniker-teknisyenlerden ($p=0,029$) daha yüksek; Genel OKÖ ($p=0,040<0,05$) doktorlarda hemşire-ebeler ($p=0,036$) ve tekniker-teknisyenlerden ($p=0,033$) daha yüksektir. Cinsiyet açısından özgürlük ($p=0,024$), yalnızlıktan hoşlanma ($p=0,002$) ve genel OKÖ ($p=0,010$) puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$, erkeklerin data yüksek). Medeni duruma göre çalışanların özgürlük ($p=0,011$), yalnızlıktan hoşlanma ($p=0,001$) ve genel OKÖ ($p=0,007$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$, evlilerin bekarlardan daha düşük). Çocuk sahibi olma durumuna göre yalnızlıktan hoşlanma ($p=0,000$) ve ölçek genel ($p=0,034$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$, çocuk sahibi olanların daha düşük). Çalışanların çalışma şekline göre sürekli gündüz mesai usulü çalışanların kişisel başarı puanları vardiya usulü ($p=0,028$) çalışanlardan daha yüksek ve diğer grubu (Sürekli nöbet ya da bir ay gündüz bir ay nöbet) ($p=0,005$) çalışanlardan daha düşüktür. Vardiya usulü çalışanların kişisel başarı puanları gündüz mesai ve nöbet usulü ($p=0,005$) çalışanlar ile diğer grubu ($p<0,001$) çalışanlardan daha düşüktür. Ayrıca, sürekli gündüz mesai usulü çalışanların özgürlük puanları gündüz mesai ve nöbet şeklinde çalışanlardan daha düşüktür ($p=0,040$). Ancak gruplar arasında özgürlük puanı açısından vardiya usulü çalışanlar en düşük puana sahiptir. Çalışanların çalışma şekline göre yapılan karşılaştırmalarda sürekli gündüz mesai usulü çalışanların genel OKÖ genel puanları diğer grubu çalışanlardan daha düşüktür ($p=0,018$). Yine vardiya usulü çalışanların OKÖ genel puanları gündüz mesai ve nöbet usulü ($p=0,016$) çalışanlardan ve diğer ($p=0,005$) grubu çalışanlardan daha düşüktür. Gündüz mesai ve nöbet usulü çalışanların OKÖ genel puanları diğer grubu çalışanlardan daha düşüktür ($p=0,043$) (Tablo 3).

4. Sosyo- Demografik Özellikler ve Çalışanların Sanal Kayıt Davranışları

Çalışanların sosyo- demografik özellikleri göz önüne alınarak SK puanları Tablo 4'te ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 4. Çalışanların Sosyo- Demografik Özellikleri ve SK Puanları Dağılımı

Unvan	Faktörler		
	Önemli SK	Önemsiz SK	SK Genel
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
1) Doktor	13,0±5,2	13,1±4,1	26,1±8,2
2) Hemşire -ebe	15,2±5,5	13,1±4,5	28,3±9,0
3) Tekniker-teknisyen	14,1±5,8	12,5±5,2	26,6±9,6
F	12,797	0,768	4,938
p	0,000	0,464	0,007
PostHoc	1<2 ($p<0,001$)		1<2 ($p=0,002$)

Yaş Grubu			
1) 25 ve altı	15,9±5,4	12,7±4,7	28,6±9,1
2) 26-30 yaş	15,3±5,1	14,0±4,0	29,2±7,9
3) 31-35 yaş	12,9±4,7	13,4±4,5	26,3±7,9
4) 36-40 yaş	12,3±5,3	12,5±4,7	24,8±9,0
5) 41 yaş ve üstü	10,9±5,5	11,6±4,3	22,5±8,7
F	23,802	6,685	15,804
p	0,000	0,000	0,000
PostHoc	1>3 (p<0,001), 1>4 (p<0,001), 1>5 (p<0,001), 2>3 (p<0,001), 2>4 (p<0,001), 2>5 (p<0,001), 3>5 (p=0,008).	1<2 (p=0,002), 1>5 (p=0,029), 2>4 (p=0,012), 2>5 (p<0,001), 3>5 (p=0,005).	1>3 (p=0,042), 1>4 (p=0,001), 1>5 (p<0,001), 2>3 (p=0,008), 2>4 (p<0,001), 2>5 (p<0,001), 3>5 (p=0,002).
Cinsiyet			
1) Erkek	14,3±6,0	13,5±4,4	27,8±9,4
2) Kadın	14,2±5,3	12,8±4,5	27,0±8,6
t	0,196	0,738	1,110
p	0,845	0,050	0,267
Medeni Durum			
1) Evli	12,7±5,4	12,8±4,3	25,5±8,7
2) Bekar	15,5±5,3	13,2±4,6	28,7±8,7
t	-6,969	-1,402	-5,022
p	0,000	0,161	0,000
Çocuk			
1) Var	12,0±5,5	12,4±4,4	24,4±8,9
2) Yok	15,2±5,3	13,3±4,4	28,5±8,5
t	-7,649	-2,651	-6,095
p	0,000	0,000	0,000
Eğitim			
1) Lise ve dengi okul	15,7±5,8	13,0±5,0	28,7±9,1
2) Önlisans	13,6±5,5	11,7±4,7	25,3±9,3
3) Lisans	15,5±5,5	13,2±4,5	28,7±8,9
4) Yüksek Lisans ve üstü	13,1±5,2	13,2±4,2	26,3±8,4
F	11,279	2,989	5,657
p	0,000	0,030	0,001
PostHoc	1>2 (p=0,029), 1>4 (p=0,001), 2<3 (p=0,006), 3>4 (p<0,001).	2<3 (p=0,005), 2<4 (p=0,005)	1>2 (p=0,026), 2<3 (p=0,002), 3>4 (p=0,001)
Çalıştığı Birim			
1) Dahili klinik veya poliklinik	14,3±5,3	12,9±4,6	27,2±8,7
2) Cerrahi klinik veya poliklinik	13,7±5,4	13,0±4,2	26,6±8,5
3) Ameliyathane -yoğun Bakım	16,1±5,7	13,9±4,2	30,0±8,8
4) Acil servis	15,1±5,9	12,6±5,5	27,7±10,0
5) Laboratuvar -Radyoloji	12,8±5,4	12,6±4,4	25,3±8,7
6) İdare	15,1±7,2	13,0±5,7	28,1±12,4

7) Diğer (Kan merkezi, eczane, poliklinik danışma gibi)	16,4±4,5	13,9±3,1	30,3±6,5
F	4,404	1,034	3,111
p	0,000	0,402	0,005
PostHoc	1<3 (p=0,005), 1>5 (p=0,012), 2<3 (p<0,001), 3>5 (p<0,001), 4>5 (p=0,028).		1<3 (p=0,006), 2<3 (p=0,001), 3>5 (p<0,001), 5<7 (p<0,001).
İdari Görev			
1) Var	13,1±5,6	13,5±4,2	26,7±8,7
2) Yok	14,3±5,5	13,0±4,5	27,3±8,8
t	-1,565	0,949	-0,501
p	0,118	0,343	0,616
İş Deneyimi			
1) 1 yıldan az	15,7±5,3	12,5±4,8	28,2±9,0
2) 1-5 yıl	15,4±5,0	13,5±4,2	28,9±8,0
3) 6-10 yıl	15,0±5,6	14,1±4,5	29,0±8,9
4) 11-15 yıl	11,1±4,5	11,9±4,5	23,0±8,0
5) 16-20 yıl	11,4±6,4	12,0±4,6	23,3±10,1
6) 21 yıl ve üstü	11,4±5,4	11,6±4,4	23,0±8,7
F	17,789	5,465	13,424
p	0,000	0,000	0,000
PostHoc	1>4 (p<0,001), 1>5 (p<0,001), 1>6 (p<0,001), 2>4 (p<0,001), 2>5 (p<0,001), 2>6 (p<0,001), 3>4 (p<0,001), 3>5 (p=0,002), 3>6 (p<0,001).	1<2(p=0,043), 1<3 (p=0,015), 2>4 (p=0,005), 2>5 (p=0,020), 2>6 (p<0,001), 3>4 (p=0,002), 3>5 (p=0,007), 3>6 (p<0,001).	1>4 (p<0,001), 1>5 (p=0,001), 1>6 (p<0,001), 2>4 (p<0,001), 2>5 (p<0,001), 2>6 (p<0,001), 3>4 (p<0,001), 3>5 (p<0,001), 3<6 (p<0,001).
Kurum Deneyimi			
1) 1 yıldan az	15,6±5,1	13,4±4,4	28,9±8,3
2) 1-5 yıl	14,8±5,5	13,3±4,2	28,1±8,4
3) 6-10 yıl	12,5±5,5	12,6±4,7	25,1±9,1
4) 11-15 yıl	11,4±4,7	11,7±4,7	23,2±8,6
5) 16-20 yıl	12,4±6,4	11,5±5,2	23,9±10,3
6) 21 yıl ve üstü	11,6±5,6	11,8±4,6	23,4±9,5
F	10,225	2,686	7,745
p	0,000	0,020	0,000
PostHoc	1>3 (p<0,001), 1>4 (p<0,001), 1>5 (p=0,003), 1>6 (p<0,001), 2>3 (p<0,001), 2>4 (p=0,003), 2>5 (p=0,021), 2>6 (p=0,001),	1>4 (p=0,029), 1>5 (p=0,029), 2>4 (p=0,032), 2>5 (p=0,031).	1>3 (p<0,001), 1>4 (p<0,001), 1>5 (p=0,003), 1>6 (p=0,001), 2>3 (p=0,001), 2>4 (p=0,001), 2>5 (p=0,011), 2>6 (p=0,002).

Çalışma Şekli

1) Sürekli gündüz mesai	13,4±5,8	12,7±4,7	26,1±9,0
2) Vardiya usulü	16,8±5,8	13,7±4,4	30,6±8,9
3) Gündüz mesai ve nöbet	14,3±5,4	13,1±4,4	27,4±8,7
4) Diğer (Sürekli nöbet ya da bir ay gündüz bir ay nöbet gibi)	15,4±4,6	11,0±5,4	26,4±7,7
F	4,965	1,136	3,202
p	0,002	0,334	0,023
PostHoc	1<2 (p<0,001), 2>3 (p=0,003).		1<2 (p=0,002), 2>3 (p=0,019).

Kurum İnterneti

1) Çok iyi	11,5±4,4	13,4±5,5	24,9±7,8
2) İyi	12,7±6,2	12,0±4,6	24,8±9,4
3) Orta	13,8±5,3	13,0±4,3	26,7±8,3
4) Kötü	14,7±5,2	13,0±4,4	27,7±8,5
5) Çok kötü	15,9±5,6	13,8±4,5	29,7±9,2
F	7,574	2,553	5,895
p	0,000	0,038	0,000
PostHoc	1<4 (p=0,023), 1<5 (p=0,002), 2<4 (p=0,002), 2<5 (p<0,001), 3<5 (p<0,001), 4<5 (p=0,043).	2<5 (p=0,002)	1<5 (p=0,034), 2<3 (p=0,045), 2<4 (p=0,005), 2<5 (p<0,001), 3<5 (p=0,001), 4<5 (p=0,034).

Mesaide İnternet Kullanım Süresi

1) İnternet kullanmıyorum	14,9±6,7	11,8±3,9	26,7±10,0
2) 1 saatten az	13,8±5,5	12,7±4,5	26,4±8,8
3) 1-3 saat arası	15,5±5,3	13,6±4,3	29,1±8,4
4) 3-5 saat arası	14,2±5,5	13,7±4,6	27,9±9,4
5) 5-7 saat arası	11,8±5,7	13,1±4,6	25,0±8,8
F	5,435	2,155	4,136
p	0,000	0,073	0,003
PostHoc	2<3 (p<0,001), 3>5 (p<0,001).		2<3 (p<0,001), 3>5 (p=0,012).

Hafta Sonu Çalışma

1) Evet	14,3±5,4	13,1±4,4	27,5±8,8
2) Hayır	14,1±5,8	12,8±4,5	26,8±8,9
t	0,612	1,056	0,916
p	0,540	0,291	0,360

Unvan üçlü olarak gruplandığında, doktorların önemli SK puanları hemşire-ebelerden daha düşüktür (p<0,001). Yine çalışanların unvanına göre doktorlar ile hemşire-ebeler arasında genel SK açısından anlamlı farklılık vardır (p=0,007). Doktorların genel SK puanları hemşire-ebelerden daha düşüktür (p=0,002). Çalışanların yaş grubuna göre, 25 ve altı yaş grubunun 31-35 yaş grubu (p<0,001), 36-40 yaş grubu (p<0,001) ile 41 ve üstü yaş grubundan (p<0,001) önemli SK açısından puanları daha

yüksektir. Yine 26-30 yaş grubu çalışanların önemli SK puanları 31-35 yaş grubu ($p<0,001$), 36-40 yaş grubu ($p<0,001$) ile 41 ve üstü yaş grubundan ($p<0,001$) daha yüksektir. 31-35 yaş grubu çalışanların önemli SK puanları 41 ve üstü yaş grubundan daha yüksektir ($p=0,008$). İkili karşılaştırmalarda; 26-30 yaş grubu çalışanların önemsiz SK puanları 36-40 yaş grubu ($p=0,012$) ile 41 ve üstü yaş grubundan ($p<0,001$) daha yüksektir. 31-35 yaş grubu çalışanların önemsiz SK puanları 41 ve üstü yaş grubundan daha yüksektir ($p=0,005$). Genel SK davranışları ikili karşılaştırmasında; 25 ve altı yaş grubunun 31-35 yaş grubu ($p=0,042$), 36-40 yaş grubu ($p=0,001$) ile 41 ve üstü yaş grubundan ($p<0,001$) genel SK açısından puanları daha yüksektir. 26-30 yaş grubu çalışanların genel SK puanları 31-35 yaş grubu ($p=0,008$), 36-40 yaş grubu ($p<0,001$) ile 41 ve üstü yaş grubundan ($p<0,001$) daha yüksektir. Ayrıca 31-35 yaş grubu çalışanların genel SK puanları 41 ve üstü yaş grubundan daha yüksektir ($P=0,002$). Medeni duruma göre evli çalışanların, önemli ve genel SK davranışları puanları bekarlardan daha düşüktür. Çocuk sahibi olan çalışanların önemli, önemsiz ve genel SK puanları çocuk sahibi olmayan çalışanlardan daha düşüktür. Lise ve dengi okul mezunu çalışanların önemli SK puanları önlisans ($p=0,029$) ile yüksek lisans ve üstü mezunlardan ($p=0,001$) daha yüksektir. Önlisans mezunlarının önemli SK puanları lisans mezunlarından daha düşüktür ($p=0,006$). Lisans mezunlarının önemli SK puanları yüksek lisans ve üstü mezunlardan daha yüksektir ($p<0,001$). Önlisans mezunlarının önemsiz SK puanları lisans mezunları ($p=0,005$) ile yüksek lisans ve üstü mezunlardan ($p=0,005$) daha düşüktür. Gruplar arasında en düşük puan önlisans mezunu grubundadır. Lise ve dengi okul mezunu çalışanların genel SK puanları önlisans mezunlarından daha yüksektir ($p=0,026$). Önlisans mezunlarının genel SK puanları lisans mezunlarından daha düşüktür ($p=0,002$). Lisans mezunlarının genel SK puanları yüksek lisans ve üstü mezunlardan daha yüksektir ($p=0,001$). Çalışanların çalıştığı birimine göre önemli SK davranışlarının en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği söylenebilir ($p=0,000<0,05$). İkili karşılaştırmalarda; Dahili klinik veya poliklinik grubunun önemli SK puanları ameliyathane-yoğun bakım grubundan ($p=0,005$) daha düşük fakat laboratuvar-radyoloji grubundan ($p=0,012$) daha yüksektir. Öte yandan çalışanların çalıştığı birime göre genel SK davranışları en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,005<0,05$; örneğin, dahili klinik veya poliklinik grubunun genel SK puanları ameliyathane-yoğun bakım grubundan daha düşüktür ($p=0,006$). Gruplar arasında en yüksek puana ameliyathane-yoğun bakım grubu en düşük puana ise laboratuvar-radyoloji grubu sahiptir. Çalışanların iş deneyimi gruplarına göre, önemli SK davranışları en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000<0,05$); örneğin, 1 yıldan az iş deneyimli grubun önemli SK puanları 11-15 yıl ($p<0,001$), 16-20 yıl ($p<0,001$) ile 21 ve üstü yıl ($p<0,001$) iş deneyimli gruptan daha yüksektir. Yine iş deneyimine göre, çalışanların önemsiz SK davranışları en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000<0,05$); ; örneğin, 1 yıldan az deneyimli grubun önemsiz SK puanları 1-5 yıl ($p=0,043$) ile 6-10 yıl ($p=0,015$) deneyimli gruptan daha düşüktür. Diğer taraftan iş deneyimi gruplarına göre, çalışanların genel SK davranışlarının en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği söylenebilir ($p=0,000<0,05$); örneğin, 1 yıldan az iş deneyimli grubun genel SK puanları 11-15 yıl ($p<0,001$), 16-20 yıl ($p=0,001$) ile 21 ve üstü yıl ($p<0,001$) iş deneyimli gruptan daha yüksektir. Çalışanların kurumda çalıştığı süreye göre, önemli SK davranışlarının en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000<0,05$). Yine çalışanların kurumda çalışma süresine göre önemsiz SK davranışlarının en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği söylenebilir ($p=0,020<0,05$). Kurumda 1 yıldan az çalışan grubunun önemsiz SK puanları 11-15 yıl ($p=0,029$) ile 16-20 yıl ($p=0,029$) çalışan grubundan daha yüksektir. Kurumda 1-5 yıl çalışan grubunun önemsiz SK puanları 11-15 yıl ($p=0,032$) ile 16-20 yıl ($p=0,031$) çalışan grubundan daha yüksektir. Ayrıca çalışanların kurumda çalışma süresine göre genel SK davranışları en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000<0,05$). İkili karşılaştırmalarda; kurumda 1 yıldan az çalışan

grubunun genel SK puanları 6-10 yıl ($p<0,001$), 11-15 yıl ($p<0,001$), 16-20 yıl ($p=0,003$) ile 21 ve üstü yıl ($p=0,001$) çalışan grubundan daha yüksektir. Sürekli gündüz mesai usulü çalışan grubunun önemli SK puanları vardiya usulü çalışan grubundan daha düşüktür ($p<0,001$). Kısaca; önemli SK puanı en yüksek grup vardiya usulü çalışan grubudur. Aynı şekilde, genel SK açısından gruplar arasında en yüksek puana sahip olan grup ise vardiya usulü çalışanlar grubudur.

Kurum internetinin durumuna göre, çalışanların önemli SK davranışlarının en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği söylenebilir ($p=0,000<0,05$). Kurum internetini çok iyi olarak değerlendiren grubun önemli SK puanları kurum internetini kötü ($p=0,023$) ve çok kötü ($p=0,002$) olarak değerlendiren gruptan daha düşüktür. Yine kurum internetinin durumuna göre önemsiz SK davranışlarının en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği söylenebilir ($p=0,038<0,05$). Kurum internetini iyi olarak değerlendiren grubun önemsiz SK puanları kurum internetini çok kötü olarak değerlendiren gruptan daha düşüktür ($p=0,002$). Ayrıca kurum internetinin durumuna göre genel SK davranışları en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000<0,05$). Kurum internetini çok iyi olarak değerlendiren grubun genel SK puanları kurum internetini çok kötü olarak değerlendiren gruptan daha düşüktür ($p=0,034$). MESAİDE internet kullanım süresine göre önemli SK davranışlarının en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği söylenebilir ($p=0,000<0,05$). MESAİDE 1 saatten az internet kullanan grubun önemli SK puanları MESAİDE 1-3 saat internet kullanan gruptan daha düşüktür ($p<0,001$). Ayrıca, MESAİDE 1-3 saat internet kullanan grubun önemli SK puanları MESAİDE 5-7 saat internet kullanan gruptan daha yüksektir ($p<0,001$). Benzer ilişki MESAİDE internet kullanım süresine göre genel SK davranışlarında da gözükmemektedir ($p=0,003<0,05$) (Tablo 4).

5. Sosyo- Demografik Özellikler ve Çalışanların İş Performansı

Çalışanların sosyo- demografik özellikleri dikkate alınarak İP puanları Tablo 5'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 5: Sosyo- Demografik Özellikler ve Çalışanların İP

	Unvan				
	Diğerkamalık	Sorumluluk	Bağlamsal Performans	Görev Performansı	İş Performansı Genel
Unvan	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
1) Doktor	19,9±3,9	25,0±3,7	44,9±5,6	26,9±5,5	71,8±9,4
2) Hemşire - ebe	20,7±4,0	25,5±4,1	46,2±6,6	27,2±5,0	73,4±10,3
3) Tekniker- teknisyen	19,2±4,4	24,1±4,0	43,3±7,2	26,8±5,5	70,2±11,2
F	6,812	4,497	8,792	0,438	4,702
p	0,001	0,011	0,000	0,645	0,009
PostHoc	1<2 ($p=0,013$), 2>3 ($p=0,001$)	2>3 ($p=0,004$)	1<2 ($p=0,012$) 1>3 ($p=0,033$) 2>3 ($p<0,001$)		1<2 ($p=0,045$) 2>3 ($p=0,005$)
Yaş Grubu					
1) 25 ve altı	20,5±4,1	25,4±4,3	45,9±7,0	26,7±5,1	72,5±10,5
2) 26-30 yaş	20,1±3,9	24,4±3,9	44,5±6,2	26,5±5,4	71,0±10,0
3) 31-35 yaş	20,1±3,9	25,4±3,6	45,5±5,5	28,1±5,0	73,6±9,4

4) 36-40 yaş	19,7±4,4	25,2±3,5	44,9±5,8	28,1±4,8	73,0±9,2
5) 41 yaş ve üstü	20,4±4,2	25,9±3,7	46,4±6,3	27,5±5,5	73,9±10,5
F	0,696	3,451	2,255	2,785	2,195
p	0,596	0,008	0,062	0,026	0,068
PostHoc		1>2 (p=0,011) 2<5 (p=0,001)		1<3 (p=0,037), 1<4 (p=0,047), 2<3 (p=0,016), 2<4 (p=0,022).	
Cinsiyet					
1) Erkek	20,1±4,2	24,7±3,8	44,8±6,0	27,3±5,6	72,0±10,1
2) Kadın	20,3±4,0	25,3±4,0	45,6±6,5	27,0±5,1	72,5±10,2
t	-0,451	-1,880	-1,451	0,653	-0,574
p	0,652	0,061	0,147	0,514	0,566
Medeni Durum					
1) Evli	20,3±3,7	25,4±3,6	45,7±5,6	27,7±5,1	73,4±9,3
2) Bekar	20,2±4,3	24,9±4,2	45,1±7,0	26,5±5,3	71,6±10,7
t	0,404	1,907	1,448	3,127	2,548
p	0,686	0,057	0,148	0,002	0,011
Çocuk					
1) Var	20,1±3,8	25,6±3,7	45,7±5,8	27,8±5,2	73,5±9,7
2)Yok	20,3±4,2	24,9±4,1	45,2±6,6	26,7±5,3	71,9±10,3
t	-0,392	2,286	1,110	2,453	1,970
p	0,695	0,023	0,267	0,014	0,049
Eğitim					
1) Lise ve dengi okul	20,3±4,1	26,2±3,7	46,5±6,7	27,0±4,6	73,5±10,0
2) Önlisans	20,0±3,8	24,9±3,9	44,8±6,3	27,1±5,3	71,9±10,0
3) Lisans	20,3±4,3	25,0±4,2	45,3±7,0	26,9±5,2	72,2±10,8
4)Yüksek Lisans ve üstü	20,2±3,9	25,1±3,8	45,4±5,8	27,1±5,4	72,5±9,6
F	0,163	1,579	0,813	0,071	0,320
p	0,921	0,193	0,487	0,975	0,881
Çalıştığı Kurum					
1) HNEAH	20,1±4,2	25,1±4,2	45,2±6,8	27,0±5,4	72,2±10,8
2) GEAH	20,4±3,9	25,1±3,8	45,5±6,0	27,1±5,1	72,6±9,5
t	-1,175	-0,007	-0,749	-0,111	-0,529
p	0,240	0,994	0,454	0,912	0,597
Çalıştığı Birim					
1) Dahili klinik veya poliklinik	20,0±3,9	25,0±4,3	45,0±6,5	26,6±5,5	71,6±10,4
2) Cerrahi	20,6±4,2	25,8±3,5	46,4±6,0	27,8±5,1	74,2±9,7

3) klinik veya poliklinik				26,5±5,1	71,7±10,1
Ameliyathane -yoğun Bakım	20,3±4,1	24,9±4,0	45,3±6,6		
4) Acil servis	20,3±4,6	24,3±4,5	44,6±7,7	27,2±5,5	71,7±12,1
5) Laboratuvar - Radyoloji	19,7±4,1	24,4±3,6	44,0±6,2	26,8±5,1	70,9±9,8
6) İdare	21,6±3,1	25,3±3,4	46,9±5,6	28,9±5,1	75,9±10,9
7) Diğer (Kan merkezi, eczane, poliklinik danışma gibi)	21,3±4,0	24,8±4,4	46,1±6,7	27,4±3,2	73,5±7,7
F	1,122	2,220	2,115	1,658	2,243
p	0,348	0,039	0,050	0,129	0,037
PostHoc		1<2 (p=0,025), 2>3 (p=0,034), 2>4 (p=0,001)			1<2 (p=0,007), 2>3 (p=0,039), 2>5 (p=0,005)
İdari Görev					
1) Var	22,0±3,3	25,1±3,9	47,1±5,8	28,3±5,2	75,4±10,0
2) Yok	20,1±4,1	25,1±4,0	45,2±6,4	26,9±5,3	72,1±10,1
t	3,382	0,026	2,153	1,874	2,329
p	0,001	0,979	0,032	0,061	0,020
İş Deneyimi					
1) 1 yıldan az	21,0±4,4	25,2±4,5	46,1±7,5	26,1±5,3	72,3±11,1
2) 1-5 yıl	20,2±4,0	24,9±4,0	45,1±6,6	26,7±5,3	71,8±10,5
3) 6-10 yıl	19,7±3,4	24,2±4,0	44,0±5,8	27,2±5,1	71,2±9,4
4) 11-15 yıl	19,7±4,7	25,5±3,4	45,2±5,7	28,3±5,3	73,5±9,4
5) 16-20 yıl	20,0±3,9	25,5±3,3	45,5±5,8	27,5±4,9	73,0±9,7
6) 21 yıl ve üstü	20,7±3,8	26,2±3,6	46,9±5,5	28,2±5,0	75,0±8,6
F	1,489	2,485	2,245	2,552	1,821
p	0,191	0,030	0,048	0,027	0,106
PostHoc		2<6 (p=0,011), 3<4 (p=0,042), 3<6 (p=0,001)	1>3 (p=0,019) 2<6 (p=0,025) 3<6 (p=0,002)	1<4 (p=0,009), 1<6 (p=0,010), 2<4 (p=0,019), 2<6 (p=0,020).	
Kurum Deneyimi					
1) 1 yıldan az	20,8±4,2	25,3±4,3	46,1±6,6	26,4±5,5	72,5±10,5
2) 1-5 yıl	19,9±4,1	24,8±4,0	44,7±6,4	26,9±5,0	71,6±10,0

3) 6-10 yıl	19,4±4,0	25,1±3,9	44,5±6,4	27,2±5,6	71,7±10,6
4) 11-15 yıl	21,1±4,3	25,8±3,3	46,9±5,6	28,8±4,5	75,7±8,8
5) 16-20 yıl	20,9±3,6	25,7±3,4	46,6±5,6	28,3±5,3	74,9±9,9
6) 21 yıl ve üstü	20,7±3,5	25,6±3,6	46,3±5,7	28,8±4,9	75,1±8,5
F	2,730	1,044	2,541	2,696	2,213
p	0,019	0,390	0,027	0,020	0,051
PostHoc	1>2 (p=0,016), 1>3 (p=0,003), 3<4 (p=0,025).		1>2 (p=0,014), 1>3 (p=0,027), 2<4 (p=0,040), 3<4 (p=0,038),	1<4 (p=0,007), 1<6 (p=0,015), 2<4 (p=0,029), 2<6 (p=0,049),	
Çalışma Şekli					
1) Sürekli gündüz mesai	20,7±4,1	25,3±3,8	46,0±6,3	28,0±5,5	74,0±10,3
2) Vardiya usulü	20,0±4,1	23,4±4,3	43,4±7,5	26,2±5,1	69,7±11,3
3) Gündüz mesai ve nöbet	20,1±4,0	25,2±4,0	45,3±6,3	26,7±5,1	74,1±9,9
4) Diğer (Sürekli nöbet ya da bir ay gündüz bir ay nöbet gibi)	19,0±5,1	25,4±3,6	44,4±6,8	29,3±5,4	75,6±10,7
F	1,382	2,888	2,128	3,384	2,958
p	0,247	0,035	0,095	0,018	0,032
PostHoc		1>2 (p=0,005), 2<3 (p=0,005).		1>2 (=0,046), 1>3 (p=0,0005)	1>2 (p=0,010), 1>3 (p=0,022)
Kurum İnterneti					
1) Çok iyi	21,8±3,4	25,6±4,0	47,4±6,3	28,8±5,5	76,2±10,8
2) İyi	19,4±4,1	25,0±3,8	44,4±6,0	26,9±5,3	71,3±9,9
3) Orta	20,0±4,1	24,8±3,8	44,8±6,4	26,9±5,5	71,7±10,7
4) Kötü	20,6±3,8	25,4±3,8	46,0±5,8	27,1±4,7	73,1±8,5
5) Çok kötü	20,7±4,4	25,3±4,4	46,0±7,2	27,2±5,4	73,1±11,0
F	2,881	0,815	2,281	0,587	1,649
p	0,022	0,516	0,059	0,672	0,160
PostHoc	1>2 (p=0,023), 2<4 (p=0,011), 2<5 (p=0,009)				
Mesaide İnternet Kullanım Süresi					

1) İnternet kullanmıyorum	19,7±4,8	24,6±4,1	44,2±8,2	27,0±7,5	71,2±14,3
2) 1 saatten az	20,2±4,2	25,6±3,8	45,7±6,4	27,4±5,2	73,1±10,1
3) 1-3 saat arası	20,1±3,9	24,3±4,2	44,4±6,6	26,4±5,4	70,8±10,7
4) 3-5 saat arası	20,9±3,8	24,3±3,5	45,2±5,4	27,4±4,2	72,6±8,0
5) 5-7 saat arası	20,8±3,7	25,8±3,4	46,7±5,1	26,6±5,3	73,3±7,7
F	0,568	4,391	1,993	1,540	2,089
p	0,686	0,002	0,094	0,189	0,081

PostHoc
2>3
(p<0,001),
3<5
(p=0,043).

Hafta Sonu

Çalışma

1) Evet	20,2±4,1	25,0±4,2	45,2±6,4	26,9±5,2	72,1±10,0
2) Hayır	20,4±4,0	25,3±4,3	45,7±6,5	27,4±5,5	73,1±10,5
t	-0,795	-0,876	-1,048	-1,290	-1,329
p	0,427	0,381	0,295	0,197	0,184

Unvan üçlü gruplamaya göre, hemşire-ebelerin diğerkamalık faktörü puanı doktorlardan (p=0,013) ve tekniker-teknisyenlerden (p=0,001) daha yüksektir. Hemşire-ebelerin sorumluluk puanları tekniker-teknisyenlerden daha yüksektir (p=0,004). Hemşire-ebelerin bağlamsal performans puanları hem doktorlardan (p=0,012) hem tekniker-teknisyenlerden (p<0,001) daha yüksektir. Çalışanların genel İP puanları en az bir unvan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,009<0,05). Çalışanların yaşına göre, sorumluluk faktörü puanları en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,008<0,05). Ancak çalışanların yaşına göre, 25 ve altı yaş grubunun görev performansı puanları 31-35 yaş grubu (p=0,037) ve 36-40 yaş grubundan (p=0,047) daha düşüktür. 26-30 yaş grubunun görev performansı puanları 31-35 yaş grubu (p=0,016) ve 36-40 yaş grubu (p=0,022) grubundan daha düşüktür. Medeni duruma göre, çalışanların görev performansı (p=0,002) ve genel İP (p=0,011) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p<0,05). Evli çalışanların sorumluluk, görev performansı ve genel İP puanları bekarlardan daha yüksektir. Çocuğu olan çalışanların sorumluluk, görev performansı ve genel İP puanları çocuğu olmayanlardan daha yüksektir. Çalışanların, çalıştığı birime göre, sorumluluk faktörü puanları en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,039<0,05); örneğin, dahili klinik veya poliklinikte çalışan grubun sorumluluk puanları cerrahi klinik veya poliklinikte çalışan grubundan daha düşüktür (p=0,025). Öte yandan çalışanların birimine göre genel İP puanları en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,037<0,05). İdari görevi olup olmamasına göre, çalışanların İP faktörlerinden diğerkamalık (p=0,001<0,05) ve bağlamsal performansı (p=0,032<0,05) faktörleri ile genel İP (p=0,020<0,05) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. İdari görevi olan çalışanların diğerkamalık ve bağlamsal performans faktörleri ile genel İP puanları idari görevi olmayanlardan daha yüksektir. İş deneyimine göre, 1-5 yıl iş deneyimi olan grubun sorumluluk puanları 21 ve üstü yıl iş deneyimi olan gruptan daha düşüktür (p=0,011). 6-10 yıl iş deneyimi olan grubun ise, sorumluluk puanları 11-15 yıl (p=0,042) ile 21 ve üstü yıl (p=0,001) iş deneyimi olan gruptan daha düşüktür. Çalışanların iş deneyimi gruplarına göre, 1-5 yıl iş deneyimli grubun sorumluluk puanları, 21 ve üstü yıl iş deneyimli gruptan daha düşüktür (p=0,011). 6-10 yıl iş deneyimi olan grubun sorumluluk puanları 11-15 yıl deneyimli grup (p=0,042) ve 21 ve üstü yıl (p=0,001) iş deneyimi olan gruptan daha düşüktür.

Bağlamsal performans puanları en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,048<0,05$); örneğin, 1 yıldan az deneyimli grubun bağlamsal performans puanları 6-10 yıl deneyimli gruptan daha yüksektir ($p=0,019$). Çalışanların görev performansı puanları en az bir iş deneyimi grubu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,027<0,05$). 1 yıldan az deneyimi olan grubun görev performansı puanları 11-15 yıl ($p=0,009$) deneyimli grup ve 21 ve üstü yıl ($p=0,010$) iş deneyimi olan gruptan daha düşüktür. Ayrıca, 1-5 yıl iş deneyimi olan grubun görev performansı puanları 11-15 yıl ($p=0,019$) deneyimli grup ve 21 ve üstü yıl ($p=0,020$) iş deneyimi olan gruptan daha düşüktür. Çalışanların kurumda çalışma süresine göre, diğerkamlik puanları en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,019<0,05$); kurumunda 1 yıldan az çalışan grubun diğerkamlik puanları kurumunda 1-5 yıl ($p=0,016$) ile 6-10 yıl ($p=0,003$) çalışan gruptan daha yüksektir. Öte yandan çalışanların kurumda çalışma süresine göre bağlamsal performansı puanları en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,027<0,05$); örneğin, 1 yıldan az deneyimli olan grubun bağlamsal performans puanları 1-5 yıl ($p=0,014$) ile 6-10 yıl ($p=0,027$) deneyimli gruptan daha yüksektir. Ayrıca çalışanların görev performansı puanları en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,020<0,05$). Çalışanların, çalışma şekline göre sorumluluk puanları en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,035<0,05$). Kurumunda sürekli gündüz mesai şeklinde çalışan grubun sorumluluk puanları vardiya usulü çalışan gruptan daha yüksektir ($p=0,005$). Oysa kurumda vardiya usulü çalışan grubun sorumluluk puanları gündüz mesai ve nöbet şeklinde çalışan grubun puanlarından daha düşüktür ($p=0,005$). Çalışanların çalışma şekline göre, görev performansı puanları en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,018<0,05$). Kurumunda sürekli gündüz mesai şeklinde çalışan grubun görev performansı puanları vardiya şeklinde ($p=0,046$) çalışan grup ile gündüz mesai ve nöbet şeklinde ($p=0,0005$) çalışan gruptan daha yüksektir. Ayrıca bu çalışma şekli gruplarına göre, genel İP puanları en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,032<0,05$). Kurumunda sürekli gündüz mesai şeklinde çalışan grubun genel İP puanları vardiya şeklinde ($p=0,010$) çalışan grup ile gündüz mesai ve nöbet şeklinde ($p=0,022$) çalışan gruptan daha yüksektir. Kurum internetini çok iyi olarak değerlendiren grubun diğerkamlik puanları iyi olarak değerlendiren gruptan daha yüksektir ($p=0,023$). Kurum internetini iyi olarak değerlendiren grubun diğerkamlik puanları kötü ($p=0,011$) ve çok kötü ($p=0,009$) olarak değerlendiren gruptan daha düşüktür. Mesaide internet kullanıma göre, sorumluluk puanları en az bir grup açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,002<0,05$; mesaide 1 saatten az internet kullanan grubun sorumluluk puanları mesaide 1-3 saat internet kullanan gruptan daha yüksektir ($p<0,001$). Ayrıca, mesaide 1-3 saat internet kullanan grubun sorumluluk puanları mesaide 5-7 saat internet kullanan gruptan daha düşüktür ($p=0,043$) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Çalışmamızda, çalışanların kişisel başarı, özgürlük ve yalnızlıktan hoşlanmayı kapsayan OKÖ faktörleri ve OKÖ ölçek genel puanları yüksek düzeydedir. Oysa çalışanların önemsiz SK, önemli SK ve SK ölçek genel puanları orta düzeydedir. Yani çalışanlar bazen SK davranışları göstermektedirler. Diğer taraftan çalışanların İP faktörlerinden diğerkamlik, görev performansı ve İP ölçek genel puanlarının yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Ayrıca, kendilerini genellikle başarılı olarak değerlendirmektedirler. Ancak çalışanların İP faktörlerinden sorumluluk ve bağlamsal performans puanlarının çok yüksek düzeyde olduğu, dolayısıyla bu faktörler açısından kendilerini her zaman başarılı olarak gördükleri söylenebilir.

Bazı makale ve tez çalışmalarına göre, Doğan, Bucak ve Songur'un (2017) yaptıkları çalışmada, Araştırma hastanelerinde görev yapan yöneticiler üzerinde uygulama yapılmış olup, özgürlük, yalnızlıktan hoşlanma ve otonomi genel açısından evli yöneticilerin puanı, bekarlardan daha yüksektir.

Eğitim açısından ise lisans mezunu yöneticilerin özgürlük, yalnızlıktan hoşlanma ve otonomi genel puanı, ön lisans mezunlarından daha yüksektir. Başol'un, (2014) çalışmasında ise, medeni durumun otonomiye etkilemediği belirlenmiştir. Bu durum farklı sonuçların da elde edildiğini göstermektedir. Çalışmada, tıpta uzmanlık mezunu yöneticilerinin, otonomi kişilik özellikleri puanı ön lisans mezunlarından daha yüksektir. Dikmen ve diğ., (2016)'nin çalışmasında, lisansüstü eğitim düzeyinde olan hemşirelerin OKÖ puanlarının, diğer eğitim gruplarındaki hemşirelerden yüksek olduğu saptanmıştır. Kangallı'nın (2005) çalışmasında ise, OKÖ ile eğitim, yaş, deneyim arasında fark bulunmazken, birim açısından fark bulunmuştur. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin, otonomi kişilik özelliklerinin diğer kliniklerden yüksek olduğu saptanmıştır. Akçay ve diğ., (2015)'de üniversite hastanesinde ve devlet hastanesinde yaptıkları 182 pediatri hemşiresinin dahil edildiği çalışmada, hemşirelerin OKÖ orta düzeyde (69,0±19,0) bulunmuştur. Ayrıca eğitimin otonomi kişilik özelliğini geliştirmede etkili olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin alt faktörlerinden kişisel başarı (28,9±7,7), özgürlük (26,9±8,5) ve yalnızlıktan hoşlanma (13,1±4,3) orta düzeydedir. Kalkan ve diğ.,(2002) çalışmasında, erkeklerin OKÖ kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Özkalp ve diğ., (2012), siber sorumluluk seviyesinin kadınlar için erkeklerden daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Örcü ve Yıldız'ın (2014) çalışmasında ise, siber sorumluluğun cinsiyete göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Ayrıca bekar çalışanların daha fazla SK davranışı gösterdiği belirlenmiştir. Fathonah & Hartijasti (2014)'e göre iş dışı internet kullanımının örgütsel adaletsizlik algısını artırdığı, iş verimliliğini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Ayrıca sağlık kuruluşlarında iş dışı internet kullanımının yüksek olduğu, bu durumun da adaletsizlik, stres, iş tatminsizliği, verimlilik sorunları gibi tetikleyici etkenlerle mücadele etmeyi gerektirdiği belirtilmiştir. Özdem ve Demir (2015), yöneticilerin iş ortamlarında kullandığı SK türlerini ve faaliyetlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, yöneticilerin önemsiz SK puanlarının, önemli SK puanlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Kaplan ve Çetinkaya'nın (2014) çalışmasında ise, lise mezunu çalışanlar sırasıyla daha yüksek eğitilmiş olan önlisans, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre daha az SK davranışı gösterdiği belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe SK davranışı da artmaktadır. Akca ve Yurtçu (2009)'nun çalışmasında, iki devlet hastanesinde görev yapan 219 doktor vardır. Çalışma ortamı algısının bireylerin görev ve bağlamsal performansı üzerinde etkili olup olmadığına bakılmıştır. Olumlu çalışma ortamı algısı yüksek çalışanların, görev ve bağlamsal performanslarının da yüksek olması beklenmektedir. Kumar Pradhan & Kesari Jena (2017)'nin 361 çalışan ile yaptığı bu çalışmada, demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, mevcut organizasyonda yılların deneyimi, yönetim kademeleri) ve çalışan performansı arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak çalışmamızda, test edilen OKÖ ve alt faktörleri açısından unvan grupları, cinsiyet, medeni durum, çocuğu olması ile çalışma şekline göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çalışanların, OKÖ ile İP puanlarının yüksek ve SK puanlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiş olup çalışanların OKÖ, SK davranışları ve iş performanslarının bazı sosyo-demografik özelliklere göre de farklılaştığı tespit edilmiştir. OKÖ genel ile unvan üçlü grup, yaş, medeni durum, çocuk olması ve çalışma şekli arasında, kişisel başarı ile sadece çalışma şekli sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı fark vardır. Özgürlük ile unvan üçlü grup, cinsiyet, medeni durum ve çalışma şekli arasında, yalnızlıktan hoşlanma ile cinsiyet, medeni durum, çocuk olması ve çalışma şekli arasında da anlamlı fark bulunmaktadır. SK genel ve önemli SK'da cinsiyet, idari görev olması, hafta sonu çalışma ile aralarında anlamlı fark yok iken diğer sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı fark vardır. Önemsiz SK ile unvan üçlü grup, yaş, çocuğu olma durumu, eğitim, iş deneyimi, kurumda çalışma süresi ve kurum interneti arasında anlamlı fark bulunmaktadır. İP, unvan üçlü grup, medeni durum,



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

çocuk olması, çalıştığı birim, idari görev, iş deneyimi ve çalışma şekli arasında anlamlı fark vardır. Diğerkamlik ile unvan üçlü grup, idari görev, kurum deneyimi ve kurum internetinin durumu arasında, sorumluluk ile unvan üçlü grup, yaş, çocuk olması, çalıştığı birim, iş deneyimi, çalışma şekli ve internet kullanım süresi arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Ayrıca, bağlamsal performans ile unvan üçlü grup, idari görev, iş deneyimi ve kurum deneyimi arasında, görev performansı ile unvan üçlü grup, medeni durum, çocuk olması, iş deneyimi, kurum deneyimi ve çalışma şekli arasında da anlamlı fark vardır.

Çalışanlara, teknolojik olanaklar sağlanırken sanal ortamda iş dışı harcanan zamanı azaltmaya yönelik önlemler alınmalıdır. Çalışmamızda, kurum interneti çok iyi ve iyi diyenler, çok kötü diyenlere göre sanal kaytarmayı az yapmışlardır. Dolayısıyla, hastaneler internet hızını iyileştirirlerse SK'da daha kısa zamanda gerçekleşebilir. Çünkü internet kötü ya da çok kötü diyenler % 45,9 iyi ya da çok iyi diyenler sadece % 17,3 ve orta diyenler % 36,8'dir. Bu durumda ankete katılan birçok kişi internet kalitesinden şikayetçidir. Çalışanların SK davranışları sosyo-demografik özellikler dikkate alınarak düzenlenmeli ve çalışma ortamında, SK'nın engellenmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Ayrıca, interneti kullanmak için bazı çalışanlara şifre verilerek erişim sağlanabileceği gibi iş özelliğine göre de kullanım süreleri sınırlandırılabilir. OKÖ, hizmet içi eğitim programları ile geliştirilmeli ve güçlendirilmelidir. OKÖ, SK ve İP'na yönelik çalışanlara, teorik ve pratik eğitim programları düzenlemeli ve katılımları sağlanarak mesleki gelişimleri desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

Akca, M. ve Yurtçu, B.G. (2009). Çalışma Ortamı Özelliklerinin Hekimlerin Görev ve Bağlamsal Performansına Etkisi, *International Journal of Academic Value Studies (Javstudies)*, 94(1), 122-141.

Akçay Didişen, N., Özalp Gerçekler, G., Bahire Bolışık, Z., Başbakkal, D.Z. ve Gürkan, A. (2015). Pediatri hemşirelerinin sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi, *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 5(1), 14-21.

Australia, P., Hosie, P. & Nankervis, A. (2016). A multidimensional measure of managers contextual and task performance. *Personnel Review*, 42(2), 419-447.

Başol, E. (2014). "Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Otonomi Kişilik Özellikleri ve Problem Çözme Becerilerinin Belirlenmesi"

Blanchard, A. & Henle, C. (2008). Correlates of Different Forms of Cyberloafing: The Role of Norms and External Locus of Control. *Computers in Human Behavior*, 24(3), 1067-1084.

Bieling, P.J., Beck, A.T. & Brown, G.K. (2000). The sociotropy-autonomy scale: Structure and implications. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 763-780.

Büte, M.(2011). Etik İklim, Örgütsel Güven ve Bireysel Performans Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 25(1), 171-192.

Conway, J.M. (1999). Distinguishing contextual performance from task performance for managerial jobs. *Journal of Applied Psychology*, 84(3), 3-13.

Çam, O. ve Engin, E. (2006). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerde farkındalık eğitiminin bireysel performans standartlarına etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 7(2), 82-91.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Dikmen, Y., Kara Yılmaz, D. ve Yıldırım Usta, Y. (2016). Hemşirelerin Otonomi Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 8(8), 72-87.

Dikmetaş Yardan, E. ve Dikmetaş, H. (2013).Hastane çalışanlarının sosyotropi-otonomi kişilik özellikleri ile psikolojik sözleşme algılamaları. Gaziantep University Journal of Social Sciences, 12(8), 134-145.

Doğan, F., Bucak, İ.H. ve Songur, L. (2017). Hastane Yöneticilerinin Otonomi Kişilik Özelliği ve Çatışma Yönetim Tarzlarının Değerlendirilmesi. 7. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, (ss- 73-84).

Fathonah, N. & Hartijasti, Y. (2014). The Influence of Perceived Organizational Injustice towards Workplace Personal Web Usage and Work Productivity in Indonesia, The SE Asian Journal of Management, 8(2), 151-166.

Goodman, S.A. & Svyantek, D.J.(1998). Person- Organization Fit and Contextual Performance: Do Shared Values Matter. Journal of Vocational Behavior, 55(2), 254-275.

Harwika, W. (2013). The Influence of Servant Leadership on Organization Culture, Organizational Commitment, Organizational Citizenship Behavior and Employees Performance (Study of Outstanding Cooperatives in East Java Province, Indonesia). Journal of Economics and Behavioral Studies, 5(12),876-885.

Hayran, O. (2012). Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve İstatistik Yöntemler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

Lim, V.K.G. (2002). The It Way Of Loafing On The Job: Cyherloafing, Neutralizing And Organizational Justice. Journal of Organizational Behavior. Journal of Organizational Behavior, 23, 675-694.

Kalaycı, Ş. (2010). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Ankara: Asil Yayın

Kalkan, M., Tutkun, E. ve Kışhalı, F. (2002). Sporcuların Sosyotropi ve Otonomi Düzeylerinde Cinsiyetin Rolü, Beden Eğitimi ve Spor Dergisi, 4(3), 5-7.

Kangallı, P. (2005). "Sivas ili hastanelerinde çalışan hemşirelerin otonomi düzeyleri ve otonomiye etkileyen mesleki ve kuramsal faktörlerin incelenmesi"

Kaplan, M. ve Çetinkaya, A.Ş. (2014). Sanal Kayıt ve Demografik Özellikler Açısından Farklılıklar: Otel İşletmelerinde Bir Araştırma, Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi, 25(1), 26-34.

Karakas, F. (2010). Spirituality and performance in organizations: A literature review. Journal of Business Ethics, 94(1), 89-106.

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S.(2015). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitapevi

Kelleci, M. ve Gölbaşı, Z. (2004). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin problem çözme becerilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2), 1-8.

Köyüstü, S. (2018). Sanal Kayıt Konusunda Yapılmış Tezlerin İçerik Analizi Yöntemiyle İncelenmesi (2010-2017). International Journal of Academic Value Studies, 4(20), 666-679.

Kumar Pradhan, R. & Kesari Jena, J. (2017). Employee Performance at Workplace: Conceptual Model and Empirical Validation. Sage journals, 5(1), 69-85.

Motowidlo, S.J. & Kell, H.J. (2013). Handbook of psychology, Editorial staff of Wiley J.(Ed.) Industrial and organizational psychology (ss.82-103). New Jersey.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Organ, D.W. & Paine, J. (1999). A new kind of performance for industrial and organizational psychology: recent contributions to the study of organizational citizenship behavior. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 14, 337-368.

Öktem, Ş., Turgut, H. ve Tokmak, İ. (2013). Sosyotropik- Otonomik Kişilik Özelliklerinin Çalışanların Motivasyonuna Etkisi: Ankara'da Bulunan Konaklama İşletmelerinde Yapılan Bir Araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 79-92.

Örücü, E. ve Yıldız, H. (2014). İşyerinde Kişisel İnternet ve Teknoloji Kullanımı: Sanal Kaytarma. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 14(1), 99-114.

Özdem, G. ve Demir, A. (2015). Okul Yöneticilerinde Sanal Kaytarma Davranışı. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(3), 1029-1042.

Özkalp, E., Aydın, U. ve Tekeli, S. (2012). Sapkın Örgütsel Davranışlar ve Çalışma Yaşamında Yeni Bir Olgu: Sanal Kaytarma (Cyberloafing) ve İş İlişkilerine Etkileri, *Çimento İşveren Dergisi*, 26(2), 18- 33.

Sato, T. & Gonzales, A.M. (2009). Interpersonal Patterns in Close Relationships: The Role of Sociotropy–Autonomy. *British Journal of Psychology*, 100(2), 327–345.

Sipahi, B., Yurtkoru, E.S. ve Çinko, M. (2008). *Sosyal Bilimlerde SPSS'le Veri Analizi*. İstanbul: Beta Basım

Şahin, H.N., Ulusoy, M. ve Şahin, N. (1993). Exploring the sociotropy-autonomy dimensions in a sample of Turkish psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 49(6), 751-763.

Şahin, S. (2016).''İş Yaşam Dengesinin İş Performansına Etkisinde Çalışmaya Tutkunluğun Aracı Rolü: Hastanelerde Bir Uygulama''

Tutar, H. ve Altınöz, M. (2010). Örgütsel İklimin İşgören Performansı Üzerine Etkisi: Ostim İmalat İşletmeleri Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi*, 65(2), 195-218.

Ünal, Ö.F. ve Tekdemir, S.(2015). Sanal Kaytarma: Bir Kamu Kurumunda Ampirik Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 95-118.

Ünlü, O. ve Yürür, S. (2011). Duygusal Emek, Duygusal Tükenme ve Görev/Bağlamsal Performans İlişkisi: Yalova'da Hizmet Sektörü Çalışanları ile Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 37, 184-207.

Van Scotter, J.R. (2000). Relationships of task performance and contextual performance with turnover, job satisfaction, and affective commitment. *Human Resource Management Review*, 10 (1), 79-95.

Yiğit, Ş. (2017).''Örgüt İkliminin İş Performansı Üzerindeki Etkisinde Psikolojik Sermayenin Ara Değişken Rolü''

ÖZ BENLİĞİN MARKA SADAKATI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN DERMOKOZMETİK ÜRÜN PAZARI İÇİN İNCELENMESİ¹

INVESTIGATION OF THE EFFECT OF THE SELF IMAGE CONGRUENCE ON BRAND LOYALTY FOR THE DERMOCOSMETIC PRODUCT MARKET

Prof. Dr. Sezer KORKMAZ

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü,
orcid.org/0000-0001-9393-5136, sezer.korkmaz@hbv.edu.tr

Arş. Gör. Ece DOĞUÇ

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü
orcid.org/0000-0002-9112-6404, ece.doguc@hbv.edu.tr

Makale Gönderim- Kabul Tarihi (19.05.2020-01.07.2020)

Özet

Tüketici davranışı literatüründe özellikle markalar için önemli birer kavram olan öz benlik uyumu ve marka sadakati bu çalışmanın ana konusu olarak seçilmiştir. Bu doğrultuda çalışmanın amacı, öz benlik uyumunun marka sadakati üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkilerini gösteren bir modeli test etmek olarak belirlenmiştir. Model, öz benlik uyumunun doğrudan, ürün ilgilenimi ve marka ilişki kalitesiyle dolaylı olarak marka sadakatini olumlu yönde etkilediğini ortaya koymaktadır. Araştırmanın örneklemini 303 dermokozmetik kullanıcı oluşturmuştur. Dermokozmetik market büyüyen ve gelişen bir pazardır ve kullanıcıları her yaşta ve segmentten olduğu için araştırma konusu seçilmiştir. Veriler araştırma modelini desteklemektedir. Öz benlik uyumu marka sadakatini doğrudan olumlu etkilemektedir. Ayrıca marka ilişki kalitesi ve ürün ilgilenimi tam aracılık yaparak öz benlik uyumunun marka sadakati üzerindeki etkisini olumlu etkilemektedir. Tüm bu sonuçlar ışığında tüketicilerin kendi kişiliklerine uygun olarak marka/ürün tercih ettikleri dolayısıyla marka yöneticilerinin tüketici-marka ilişkisine çok daha fazla önem vermelerinin gerekliliği ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: öz benlik uyumu, marka sadakati, ürün ilgilenimi, marka ilişki kalitesi

¹Bu çalışma 1-4 Mayıs 2019 tarihinde Kuşadası'nda düzenlenen 24. PPAD Pazarlama Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Abstract

In the literature on consumer behavior, self-image congruence and brand loyalty, which are important concepts for brands, have been chosen as the main subject of this study. The aim of this study is to test a model showing the direct and indirect effects of self-image congruence on brand loyalty. The model posits that self-image congruence positively affects brand loyalty directly and indirectly through product involvement, and brand relationship quality. The research sample of 303 dermocosmetic consumers was included in the study with questionnaires. The dermocosmetic market is a growing and developing market and since its users are from every age and segment, the research topic has been chosen. The data supports the research model. Self image congruence directly and positive affects brand loyalty. In addition, brand relationship quality and product involvement are fully mediated and have a positive impact on the self image congruence on brand loyalty. In the light of all these results, it is revealed that consumers prefer brand / product in accordance with their personalities and therefore brand managers should pay more attention to consumer-brand relationship.

Key Words: self image congruence, brand loyalty, product involvement, brand relationship quality

GİRİŞ

Benlik kavramı teorisine göre, benlik imajı, bireyin kendi yeteneklerine, özelliklerine, sınırlamalarına, görünümüne ve kişiliğine ilişkin algılarıdır. Tüketiciler sıklıkla kendi imajlarına uygun olan ve/veya kendilerini geliştireceğine inandıkları ürünleri satın alırlar. Tüketiciler, bir ürünün kendi imajını oluşturmak ve geliştirmek için kullanılacak sembolik anlamlarına ve imajlarına dayanarak satın alma kararları verirler (Graff, 1997: 50). Markaları özgün benliklerini ifade etmek için kullanan tüketiciler bunun tam aksine kendi kimliklerine uygun olmayan markalardan da özellikle kaçınmaktadır. Benlik kavramı dürüst ve içten bir kavram olup kişinin gerçek benliğine ilişkin öznel duyguları ve duygusal deneyimleri açıklamaktadır (Moulard vd. 2015: 174). Levy (1959) akademik yazında ilk defa, marka – tüketici arasındaki benlik uyumundan bahsetmiş ve tüketicinin kendi kişiliği/benliği ile markanın sahip olduğu kişilik arasındaki uyum arttıkça daha fazla marka sadakati sağlanabileceğini ifade etmiştir. Blackston (1993), tüketicinin, markanın tüketicilere yönelik tutumunu algıladığını fark etmenin marka imajı çalışmasına dahil edilmesi gerektiğini savunarak, markalar ve tüketiciler arasında karşılıklı bir ilişki kurmuştur. Bu nedenle marka, tüketici-tüketici ilişkisine dayanarak, tüketicinin aktif bir ortağı olur. Aaker (1996), tüketicilerin markalarla etkileşime girdiğinde, insanların arkadaşlarıyla yapabilecekleri gibi markalarla aktif bir ilişki geliştirebileceklerini de savunmaktadır. Öz benlik uyumu teorisi, tüketicilerinin satın alma kararını vermelerinde ve satın alma motivasyonun da önemli bir role sahip olduğunu çalışmalarla kanıtlamıştır. Aynı zamanda öz benlik uyumunun marka ile tüketici arasında uyumu arttıkça tüketicinin ikna olmasını kolaylaştırdığı ve duyguları ile karar vermeleri yoluyla motive ettiğini göstermekte ve bu durum öz benlik uyumu tüketicilerin markaya yönelik olumlu davranışlarını artırabilmektedir (Rezza, 2018: 14).

Tüketici marka ilişkisinin uzun süreli devam ettirilmesinin oldukça zor olduğu ve rekabetin oldukça çetin geçtiği pazarlarda marka sadakati kavramı markalar için oldukça önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Marka sadakati, markanın en başından beri sahip olduğu özelliklerinden kaynaklanan, markanın kullanımı sonucu elden edilen tatminle pekiştirilen, mal ve hizmete karşı kişinin bağlılık duygularını artıran zihinsel bir süreçtir. Tüketicilerin, bir markanın ürünlerini tekrar tekrar satın alması ve ürünleri veya markayı arkadaşlarına tavsiye etmesi ile ortaya çıkan marka sadakati tüketiciler ve markalar arasındaki uzun vadeli ilişkiyi yansıtmaktadır (Zhang vd. 2016: 14-15). Bu uzun vadeli ve yürütülmesi zor ilişkiyi etkileyen iki değişkenden biri olan ürün ilgilenimi

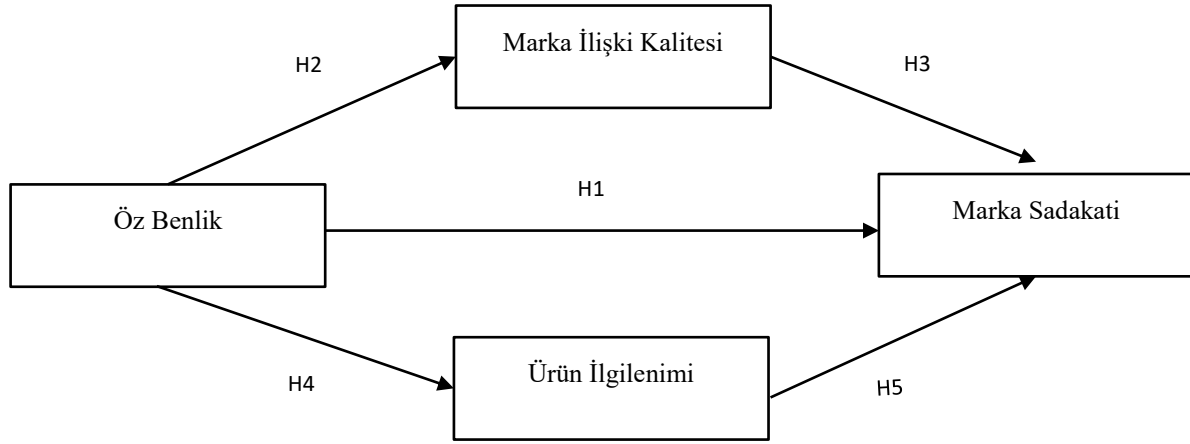
tüketicinin belirli bir ürün türünü satın alma konusundaki ilgisi ve belirli bir markayı satın almak için ne kadar kararlı olduğunu gösterdiğini açıklarken (Zaichkowsky, 1985: 342), marka ilişkisi kalitesi, tüketici - marka ilişkisinin gücünün ve derinliğinin tüketici temelli bir göstergesi olarak tanımlanmış ve bu iki kavram araştırmacıların yıllar içinde artan bir şekilde ilgisini çekmiştir (Hudson vd. 2015:71).

Söz konusu çalışmanın amacı; öz benlik uyumunun marka sadakati üzerindeki doğrudan ve dolaylı (aracı değişken olarak marka ilişki kalitesi ve ürün ilgilenimi) etkileri arasındaki ilişkinin dermokozmetik ürün pazarı çerçevesinde incelenmesi ve bu değişkenlerin katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesidir.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE, MODEL VE HİPOTEZLER

Tüketici davranışlarını tahmin edebilecek teorilerin az olması araştırmacıların dikkatini çekmiş ve satın almanın sembolik değeri ile öz benlik kavramı ilişkilendirilerek benlik imajı uyumu teorisinin gelişmesini sağlamışlardır. Rosenberg (1984) benlik kavramını bireyin kendisiyle ilgili kavradığı duygu ve düşüncelerinin bir bütünü olarak tanımlamakta ve benlik kavramının doğru anlaşılmasının markaların tüketici davranışlarını açıklamak için kullanabilecekleri önemli bir avantaj olarak görmektedir. Öz benlik; bireyin dışardan diğer bireyler tarafından yapılan tanımlamaları yerine, tüketicinin kendisini tanımlamasıdır. İnsan davranışlarının önemli bir belirleyicisi olan ve sosyal psikolojinin temel araştırma olan benlik kavramı, insan davranışlarının önemli bir açıklayıcısıdır. Dünya genelinde yaşanan ve ülkemizde 13 Mart 2020 tarihi itibarıyla resmileştirilen Covid 19 Pandemi sürecinde de ekonomik krizlerle tüketici özbenliği ve marka ilişkisi konusunda analizler yapılmıştır. Özellikle ekonomik kriz dönemlerinde, zorunlu olmayan harcamaların kısılması, yenilenmesi gereken buzdolabı için bir süre beklenilmesi, tamir gerektiren musluğun en ucuz seçenikle tamir edilmesi vb. seçeneklere başvuran tüketicilerin, iş kişisel bakım ürünleri satın almaya geldiğinde hiçbir kısıtlama yapmadıkları ve dahi harcamalarını yükselttikleri gözlemlenmiş ve artan kozmetik satın almalarını açıklamak için ruj etkisi kavramı ilk defa Estee Lauder'in başkanı tarafından the New York Times'e verilen bir söyleşide kullanılmıştır (Barış,2020: 22). Ardından bu kavram hem psikoloji, hem ekonomi, hem de pazarlama literatürüne girmiştir. Euromonitor International raporuna göre kötü giden dönemlerde bireyler kendilerini iyi hissetme ihtiyacında olur" ve iyi hissettirme işini de dermokozmetik ürünleri ziyadesiyle yapar" şeklinde bir ifade mevcuttur (Barış, 2020: 22). Dolayısıyla ruj etkisi, ekonomik koşulların getirdiği finansal zorluklara rağmen tüketicilerin görünüşlerini iyileştirecek ürünlere para harcama isteğini ifade etmektedir. Bu durum tüketicilerin kriz dönemlerinde bile öz benlikleri ile uyumlu markaları tercih ederek kendilerini iyi hissetmeye çalıştıklarını göstermektedir.

Öz benlik imajı teorisinin temel önermesi, tüketicilerin öz benlikleri ile daha uyumlu olarak düşündükleri markaları tercih ettikleri yönündedir ve tüketicilerin öz benlikleri ile markalar arasındaki uyumu anlatmaktadır (Armutlu ve Üner, 2009:4) ve bu uyum yapılan birçok araştırma ile açıklanmıştır. Öz benlik uyumu ile ilgili birçok araştırma bulunmaktadır (Sirgy vd. 2000, Sirgy ve Su, 2000). Öz benlik uyumu kavramı marka sadakati (Park ve Lee,2005), marka seçimi (Jamal ve Goode, 2001), tüketici tatmini (Ibrahim ve Najjar, 2008: 221) ve mağaza sadakati (Das, 2014: 136) gibi birçok kavram ile ilişkilendirilmiştir. Farklı ürün pazarlarında, değişik sektörlerde ve ülkelerde yapılan çalışmalar ile öz benlik uyumunun yukarıda sayılan tüm kavramlar ile doğrudan ya da dolaylı olarak aralarında ilişki olduğu ve öz benlik uyumuna pozitif olarak katkı sağladıkları ortaya konmuştur. Araştırmanın kavramsal modeli Şekil 1'de gösterilmektedir. Modelde göre öz benlik uyumunun marka sadakatine doğrudan ve ürün ilgilenimi ve marka ilişki aracılığıyla ile de dolaylı olarak olumlu yönde etkilediği ayrıca öz benlik uyumunun ve marka sadakati ile marka ilişki kalitesi ve ürün ilgilenimi arasında doğrudan olumlu etkileri olduğu varsayılmıştır. Modelde bulunan bu kavramlar ve test edilen hipotezler aşağıda açıklanmaktadır.



Şekil 1. Araştırmanın Kavramsal Modeli

Öz Benlik Uyumun Marka Sadakati Üzerindeki Etkisi

Günümüzde tüketiciler, satın aldıkları ürün ya da markadan memnun olmayı beklemekte ancak bu memnuniyet tüketici ile marka arasında uzun süreli ilişki kurması için yeterli bulunmamaktadır. Tüketici sadakati sağlamak için memnuniyetin ötesinde duygusal bir bağ kurmak gerekmektedir (Unal vd. 2013: 76, Arnold vd. 2005: 1133). Birçok araştırma, tüketicilerin kimliklerini ifade etmek için bir araç olarak hareket eden malları satın aldığını ortaya çıkarmıştır (Aaker, 1996: 35). Tüketiciler, marka-kullanıcı imajını (bazen “sembolik nitelikler” olarak adlandırılırlar) kendi kişilikleri ile (gerçek benlik, ideal benlik, sosyal benlik, vb.) eşleştirerek markalara atıfta bulunurlar. Bu eşleştirme sürecini Sirgy (1985) öz benliğin ürün-marka imajıyla uyumunun etkisi olarak açıklamış ve tüketicinin marka ve kendi imajı arasındaki etkileşimi olarak ortaya çıktığını vurgulamıştır. Diğer bir deyişle tüketicinin bir marka ile özdeşleşmesi tüketicinin kendisi ile doğrudan ilgili olan sürecin bir sonucudur. Dolayısıyla öz benlik uyumu tüketicilerin marka ile ne ölçüde kendilerini özdeşleştiklerini ifade etmektedir. Tüketiciler kendi kişiliklerine uygun olan markaları tercih eder. Kişiliği ile uyumsuz olduğunu düşündüğü markaları kullanmak durumunda kalması ise kişinin kendine olan inancını tehdit eder ve kişide psikolojik rahatsızlığa dahi neden olabilir (Sirgy, 2018: 198-99). Walters ve diğerleri, (1989) için sadakat, “tüketicinin aynı ürünü (markayı) satın alma ya da bu ürüne ihtiyaç duyduğunda aynı mağazayı sık sık kullanma eğilimi” dir. Bu tanımdan, sadakatin rutin bir satın alma davranışı olduğu ortaya çıkmaktadır ve marka ve tüketici arasında tekrarlayan bir ilişkinin olumlu bir sonucu olarak algılanmaktadır (Achouri ve Bouslama, 2010: 9).

Marka sadakati üzerine yapılan çok sayıda çalışma son yıllarda tüketicinin markaya olan sadakatini davranışsal ve tutum sadakati olarak ikiye ayırmaktadır. Davranışsal sadakat, tekrar satın alma sıklığını ifade eder. Tutum sadakati ise bir tüketicinin satın alma eyleminde, satın alma niyetleri ve gerçek tekrar satın alma davranışını hesaba katmadan markayı tavsiye etmesi gibi markaya olan psikolojik bağlılığı ifade eder (Nam vd. 2011: 1015). Satın alma öncesi ve sonrasında bu kadar etkili olan öz benlik uyumu marka sadakati ve satın alma motivasyonunda önemli bir rol oynamaktadır (Kressman vd. 2006: 956). Araştırmalar, marka kullanıcı imajına (ve marka kişiliğine) olan öz uyumunun, çeşitli ürünlerle ilişkili olarak marka tutumu ve marka sadakatinin güçlü bir göstergesi olduğunu göstermiştir (örn. Sirgy ve Samli, 1985, Sirgy ve diğerleri, 1991, Ericksen ve Sirgy, 1992, Sirgy, vd.,2008, Bosnjak vd., 2011, Liu vd., 2012 ve Krishen ve Sirgy, 2016). Bütün çalışmalar doğrultusunda çalışmamızdaki H1 hipotezimiz aşağıdaki şekilde oluşturulmuştur.

H1: Öz benlik uyumunun marka sadakati üzerinde olumlu etkisi vardır.

Öz Benlik Uyumun Marka İlişki Kalitesi ve Marka Sadakati Üzerindeki Etkisi

Marka ilişki kalitesi üzerine yapılan araştırmalar kavramın çeşitli tüketici davranış yapılarını öngörmeye faydalı olabileceğini göstermiştir (Aaker, 1996: 22, Fournier, 1994: 150, Fournier, 1998: 368, Thorbjörnson vd. 2002: 30, Aaker vd., 2004: 13). Araştırmacılar tüketicilerin markalarla kurdukları yakın ilişkilere odaklanmış ve markalar ile kurdukları ilişkilerin gücünü marka ilişki kalitesi olarak adlandırmıştır (Fournier, 1998: 344). Fournier (1994) tarafından ilk defa sistematik olarak akademik yazına kazandırılan kavram altı farklı boyutu bir araya getirdiğini belirtmiştir. Bu boyutlar (Fournier, 1994: 12); (1) Sıcaklık ve sevgiden takıntılı bağımlılığa kadar değişen zengin ve duygusal bir sevgiyi anlatan aşk ve tutku, (2) bir markayla bağlantı ve markanın tüketici kişiliğinin farklı yönlerini ele alma becerisi olan kendi kendine bağlantı; (3) Tüketici ile marka arasındaki karşılıklı bağımlılık; (4) tüketiciye, ilişkiyi sürdürme isteğini içeren, marka ile sorumluluk duygusu ve duygusal bağ hissetme konusundaki teminatı (5) tüketicinin marka ve performansı hakkında sahip olduğu geniş ve önemli miktarda bilgiyi ifade eden samimiyeti; ve (6) markanın güvenilirliği ve ilişki kurallarına uygunluğu ile gelecekteki davranışlarına inanma ile ilgili ortak kalitesi olarak ortaya konmuştur. Çalışmada bu boyutlardan aşk ve tutku, bağlılık, ortak kalitesi ve samimiyet boyutları tek boyut altında ifadeler ile ölçülerek dahil edilmiştir.

Markalar müşterileri elde ederek, muhafaza ederek ve sayılarını artırarak başarılı olmaktadır. Bununla birlikte, yeni müşterileri bulmak ve eski müşterileri elde tutmak oldukça zordur. Başka bir deyişle, markalar mevcut müşterilerin yaşam boyu değerini geliştirmeye yatırım yapmak ve marka sadakatine gereken önemi vermek zorundadır. Bununla birlikte, bazı yazarlar ilişki metaforunun uygunluğunu sorgular. O'Malley ve Tynan (2001) şu soruyu gündeme getirmektedir: 'Tüketici ile markanın ilişkisi hangi koşullarda var olmaktadır?' Tüm tüketiciler ve tüm markalar arasında yakın ilişkilerin olması muhtemel değildir, çünkü yakın ilişkiler özeldir ve bu nedenle oldukça nadirdir. Ayrıca bazı markalar, markanın tüketiciye verdiği önem veya tüketicinin ve markanın kişilikleri nedeniyle, diğerlerinden daha iyi bir ilişki için daha uygundur. Tüketici-marka ilişkileri kavramı, pazarlama maliyetleri, erişim kolaylığı, yeni müşteriler edinme, müşteriyi elde tutma, marka değeri ve daha fazla kar gibi avantajlardan dolayı önemli bir araştırma konusudur (Smit vd. 2007: 627-628). İlişkilerde marka ile tüketicinin benzerliği ve ilişkinin pozitifliği; tüketicinin kendini onaylaması gibi öz benliği olumlu geliştirmeye yardımcı olmasıyla marka ile tüketici arasındaki ilişkinin kalitesini artırmakta (Aron ve Aron, 1996: 326) ve marka sadakatini artırmaktadır. Literatürdeki bu çalışmalardan yola çıkılarak H2 ve H3 hipotezimiz aşağıdaki şekilde oluşturulmuştur:

H2: Öz benlik uyumunun marka ilişki kalitesi üzerinde olumlu etkisi vardır.

H3: Marka ilişki kalitesinin marka sadakati üzerinde olumlu etkisi vardır.

Literatürde yapılan çalışmalar ayrıca marka ilişki kalitesinin öz benlik uyumu ile marka sadakati arasında aracılık etkisinin olduğunu göstermiştir. Huang vd. (2014) ve Francisco-Maffezzoli (2014) tarafından yapılan çalışmalar öz benlik uyumunun marka sadakati üzerinde doğrudan olumlu etkilerinin yanı sıra marka ilişki kalitesi aracılığıyla olumlu etkilerinin olduğunu kanıtlamışlardır. Bu örneklerden yola çıkarak H4 hipotezimiz aşağıdaki şekilde oluşturulmuştur:

H4: Marka ilişki kalitesi, öz benlik uyumu ile marka sadakati arasındaki ilişkiye aracılık eder.

Öz Benlik Uyumun Ürün İlgilenimi (Katılımı) ve Marka Sadakati Üzerindeki Etkisi

Ürün ilgilenimi, öğrenme teorisine dayanır. Bireylerin ürünleri nasıl öğrendikleri ve ürünlere dahil oldukları süreç, araştırmacılar ve pazarlama uygulayıcıları için büyük önem taşımaktadır (Lesschaeve

ve Bruwer, 2010: 387). Ürün ilgilenimi tüketici kategorisinde düşünceler, duygular ve ürün kategorisine davranışsal tepki ile ilgili süregelen bir süreci içerir. Kavram tüketicinin mevcut dış değişkenleri (durum, ürün, iletişim) ve geçmiş iç değişkenleri (ego; merkezi değerler) tarafından yönlendirilir ve sürece bağlı olarak bir motivasyon, uyarılma veya ilgi alanıdır (Rothschild, 1984: 216). Ürünün ilgilenimi durumsal etkilerden bağımsızdır. Richins ve Bloch (1986), ürün ilgilenimi yüksek olan tüketicilerin, ürünleri ilginç bulacağını ve bu durumun hemen bir satın alma uyarısı olmadan tüketicilerin düşüncelerini meşgul edeceğini belirtmektedir. Ürün kategorisine bu ilgi, tüketicinin, ürün sınıfının önemli değerleri ve hedefleri karşıladığına dair algısından kaynaklanmaktadır (Quester ve Lin, 2003: 25). Tüketicilerin ürüne karşı ilgisi arttıkça o ürüne/markaya olan bağlılıklarının artacağı varsayılmaktadır.

Pazarlama araştırmacıları ve tüketici bilimcileri tarafından, tüketicinin ürün seçimi ve satın alma üzerindeki katılımının ılımlı rolünü daha iyi değerlendirmek ve tüketici tutumlarına etkisini anlamak için artan bir ilgi vardır. Katılım, tüketicinin karar alma sürecinde önemli bir rol oynayabilen bireysel bir özelliktir (Lesschaeve ve Bruwer, 2010: 388). Odak noktası, tüketicinin ürünlere ve satın alma durumlarına katılımına dönmeden çok önce, bir tüketicinin katılım düzeyinin, söz konusu ürünün sahip olduğu “kişisel alaka düzeyine” (Zaichkowsky, 1985: 342) bağlı olduğu fikrine varılmıştır. Ürünler farklı insanlar için farklı anlamlar ifade eder, ancak ürün kişisel olarak tüketicilerle ilgiliyse, ürün hakkında ve ürünle ilgili bilgi (bilgi) toplamaya daha fazla dahil olma olasılığı daha yüksektir. Ürün ilgilenimi kavramı, tüketim sürecinin unsurlarını açıklamak için gittikçe daha fazla kullanılmaktadır ve yüksek ve düşük ilgilenime sahip tüketiciler olduğu kadar ürün veya hizmetlerin yüksek ve düşük katılımlı alımları da yaygın olarak kabul edilmiştir. Bu nedenle, düşük ilgilenimli alımlar çok önemli olmamakla birlikte, yüksek ilgilenimli alımlar tüketici için çok önemlidir (Schiffman ve Kanuk, 2006). Düşük katılımlı ürünler genellikle sık satın alınır, yaygın olarak dağıtılır, düşük fiyatlı dayanıklı olmayan ürünlerdir. Öte yandan, tüm yüksek katılımlı ürünler teknolojik olarak karmaşık, yüksek fiyatlı, dayanıklı tüketim ürünleri değildir. Ancak yapılan çalışmalar öz benlik uyumunun tüketicilerin ürün /marka ile bilgileri işlemede önemli bir rolü olduğunu ve tüketicilerin ürün kategorisine olan ilgilerinin artacağını göstermektedir (Mangleburg vd. 1986, Belanche vd., 2017).

Hizmet ve mağaza sadakati genellikle aynı veya benzer bir şekilde tanımlanır. Bu nedenle, bir markaya (mağazaya veya hizmete) veya bağlı bir müşteriye sadık bir tüketici, markaya veya firmaya duygusal bir bağlılığa sahiptir. Müşteri, markayı dostluğa benzer bir şekilde sever. Tüketicilerin daha yüksek bir katılım (ilgilenim) gösterdiği; örneğin bir hastane, hastalarına kişiselleştirilmiş ve insancıl hizmet sunar ve hastalara ve aileye merhamet ve saygı ile davranırsa hastaları için verdiği hizmetler ölçmenin ve raporlamanın ötesine geçer. Bu tür çabalar, kararlı ve sadık bir müşteri tabanı oluşturmaya yönelik memnuniyetin ötesine geçmektedir (Mothersbaugh ve Hawkins, 2016: 638). Araştırma modelimizde yer alan söz bu değişkenlerle ilgili olarak aşağıda görüleceği üzere H5 ve H6 hipotezlerimiz yer almaktadır.

H5: Öz benlik uyumunun ürün ilgilenimi üzerinde olumlu etkisi vardır.

H6: Ürün ilgilenimin marka sadakati üzerinde olumlu etkisi vardır.

Çalışmamızda ayrıca ürün ilgileniminin öz benlik uyumu ile marka sadakati arasındaki ilişkinin aracılık etkisine bakılmıştır. Örneğin Suh ve Youjae (2006) yaptıkları çalışmada kozmetik ve beyaz eşya tüketicileri arasında müşteri memnuniyeti-sadakat ilişkisini belirlemede ürün katılımının aracılık rolünü belirlemeye yönelik bir model test etmişler ve sonuç olarak ürün katılımının düzeyinin oranına göre marka sadakati-müşteri memnuniyeti arasındaki ilişkiye olumlu olarak aracılık ettiğini bulmuşlardır. Son olarak H7 hipotezimiz aşağıda verilmiştir:

H7: Ürün ilgilenimi, öz benlik uyumu ile marka sadakati arasındaki ilişkiye aracılık eder.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Çalışma da ayrıca katılımcıların demografik özelliklerine göre söz konusu boyutların (öz benlik, marka sadakati, ürün ilgilenimi, marka ilişki kalitesi) farklılığın olup olmadığı araştırılmıştır.

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, yöntemi, evren ve örneklem, veri toplama araçları ve veri toplama yöntemi hakkında bilgilere yer verilmiştir.

Dermokozmetik Ürün Pazarı ve Araştırmanın Amacı

Tüketim kültürünün zorlaması olarak günümüzde insan bedeni bir proje olarak tartışılmakta ve materyalizm, hazcılık, estetik ve aidiyet ihtiyacı gibi kavramlara odaklanıldığı görülmektedir. Kozmetik ürünlerin temel çıkışı bedensel memnuniyeti sağlamak olduğunda dış görünüş olarak beden benlik kavramını ifade eden temel unsur olduğu düşünülmektedir (Balkıs ve Çakır, 2013:98). Dış görünüşlerinden memnun olan bireylerin daha olumlu ve iyi hissettikleri belirtilmiştir. Tüm bu nedenlerin yanı sıra küresel ekonomilerdeki büyüme, değişen yaşam koşulları, değişen iklim koşullarından dolayı cilt ve güneş bakım ürünlerinin artan talepleri kozmetik pazarının büyümesini teşvik etmektedir. Doğal, bitkisel ve organik güzellik ürünlerine yönelik artan talep, üreticilerin tüketici tercihlerine göre yeni ürünler geliştirmeleri ve geliştirmeleri için potansiyel fırsatlar yaratmaktadır. En karlı sektör olarak belirlenen cilt bakım endüstrisi (Sencan vd., 2008: 21) daha olgun olan tüketici tabanının yanı sıra son yıllarda genç tüketicilerden de talep kayması gerçekleşmiş tüketiciler cilt sorunları için artık daha genç yaşlarda cilt bakım ürünleri kullanmaya başlamışlardır.

Kozmetik Yönetmeliği'ne (2005) göre kozmetik ürün "İnsan vücudunun dış kısımlarına; epiderma, tırnaklar, kıllar, saçlar, dudaklar ve dişler ile ağız mukozasına uygulanmak üzere hazırlanmış, tek veya temel amacı bu kısımları temizlemek, koku vermek, görünümünü değiştirmek, bunları korumak, iyi bir durumda tutmak veya vücut kokularını düzeltmek olan bütün madde veya karışımları" ifade etmektedir. Türk Dil Kurumu (2018) Dermokozmetik ürünleri ise, farmasötik ve dermatolojik özelliklerinden dolayı derinin bakımı, korunması ve temizlenmesi amacıyla kullanılan kozmetik ürün olarak tanımlamaktadır. Gelişmiş ya da gelişmekte olan tüm ülkelerde büyüyen ve gelişmekte olan bu pazar hakkında kısaca açıklamalar yapılmıştır. Kozmetik endüstrisi sağlık, estetik ve güzellik için kozmetik ve ilaç karışımının gelişmekte olan faydaları ile en hızlı büyüyen sektörlerden biridir (Tambo ve Alshamrani, 2016: 1).

Dünya kozmetik pazarının 2017 yılında yaklaşık 390 milyar Euro büyüklüğünde olduğu tahmin edilmekte (TOBB, 2018) ve bu sektörün 2022'de yaklaşık 430 milyar dolara yükseleceği tahmin edilmektedir (Allied Market Research, 2019). Sektörde en büyük pay 77,6 milyar Euro ile Avrupa Birliğindedir. Ülkemizin ise son yıllarda global kozmetik sektöründeki payı yaklaşık olarak %1.5 civarında iken %0.7'lere kadar gerilemiştir (TOBB, 2018). En fazla gelişme ve büyüme göstermekte olan Asya Pasifik kitle güzellik piyasasının ise 2016-2021 yılları arasında yaklaşık 14,9 milyar ABD doları satışla büyüyeceği öngörülmektedir (Statista, 2019). Kozmetik ihracatımız 2014 yılında 991 milyon dolar ile 2015 yılında 843 milyon dolara 2016 yılında 800,2 milyon dolara gerilemiştir. 2017 yılında ise biraz toparlanarak 837,8 milyon dolara yükselmiştir. Devamlı gerileyen kozmetik ihracatımız 2017 yılında bir önceki yıla oranla %4,7 artmıştır. Kozmetik ithalatımız ise 2017 yılında 794,8 milyon dolar olmuş ve bir önceki yıla göre %10,0 oranında arttığı görülmüştür (TÜİK, 2017). Dermokozmetik sanayi, 2000'li yılların başından beri yükselen satışlar sergileyen, 2011'de 9,7 milyar dolara ulaşan ve 2016 yılına kadar tahmini 11,7 milyar dolarlık satış tahmin edilen geniş, tüketici odaklı bir pazardır. Dermokozmetikler, cilt üzerinde yaşlanma karşıtı, cilt sıkılaştırma, parlaklık ve daha fazla özelliği sağlayabileceklerini iddia ederek piyasaya sürülmektedir. Bu iddialar kaçınılmaz olarak tüketicilerde bu ürünlere sahip olmak için heyecan ve istek uyandırmaktadır (Milam ve Rieder, 2016:452).

Ülkemizde TOBB (2018) verilerine göre 1611 kurulu tesiste 68860 kişi istihdam edilmektedir. İnsan kaynağı açısından bilfiil üretim tesisinde çalışan sayısı olup bunların dışında doğrudan üretimde çalışmamakla beraber depolama, nakliye, dağıtım, perakende ve reklamcılık sektörlerinde yaratılan istihdamı da düşünürsek Türkiye ekonomisine yapılan katkının önemi ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de kozmetik sektörü, hızlı bir gelişim göstermektedir. Kozmetik sektöründe faaliyet gösteren çok uluslu firmaların çoğu Türkiye’de üretim ve pazarlama faaliyetleri yürütmektedir. Sektördeki birçok yabancı yatırımcı, lisans anlaşmaları ve ortak girişimler aracılığı ile üretim yapmaktadır (PAGEV, 2017: 5).

Dermokozmetik ürün pazarı gelişime açık, ürünlerin kullanıcısı açısından büyüme potansiyeli yüksek bir sektördür. Buna karşın literatürde özellikle dermokozmetik ürün ve sektörünün doğrudan kişi sağlığı ile ilgili olması nedeniyle daha çok kimyacı ve eczacıların ilgi alanına girmiştir. Sektörle ilgili literatürde işletme alanını içeren çalışmalar çok fazla yer almamaktadır. Bu nedenden dolayı da çalışmamızın amacı dermokozmetik ürün pazarında marka sadakati ve öz benlik uyumunu arasındaki ilişkinin ve öz benlik uyumunun marka sadakatini doğrudan ve dolaylı olarak (ürün ilgilenimi ve marka ilişki kalitesi aracılığıyla) etkilerinin saptanmasıdır.

Evren, Örneklem ve Veri Toplama Araçları

Araştırmaya konu olan değişkenlerden öz benlik uyumunu ölçmek için Aaker (1997), marka ilişki kalitesini ölçmek için Fournier (1994), ürün ilgilenimini ölçmek için Zaichkowsky, (1985) ve son olarak marka sadakatini ölçmek için Bloemer ve Kasper (1995) tarafından geliştirilen ölçekler kullanılmıştır. Araştırma yapılmadan önce Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Etik Kurul tarafından Etik Kurul İzni (06.05.2020 tarih ve E.13513 sayılı) alınmıştır. Anket uygulaması tüm örnekleme uygulanmadan önce ön teste tabi tutulmuş ve gerekli düzenlemelerden sonra anket çalışması sosyal ağlar üzerinden elektronik olarak ve aynı zamanda yüz yüze uygulanmıştır. Ölçeğimizde dört farklı değişken vardır. Söz konusu boyutlar 7’li likert tipi ölçek kullanılarak ölçülmüştür. Araştırmanın evreni Ankara/Çankaya ilçe merkezinde ikamet etmekte olan dermokozmetik ürün kullanıcılarıdır (Çankaya nüfusu: 920.890 kişi). Evrenin Çankaya ilçesi olarak seçilmesinin nedeni ilçede ikamet edenlerin gelir ve eğitim düzeyinin yüksek olmasıdır. Örneklem sayısı olarak ölçekte yer alan 33 sorunun en az 5 katına (Hair vd. 2005:113) ulaşmak hedeflenmiştir (33X5=165). Dolayısıyla minimum ulaşmamız gereken örneklem sayısı 165 olarak belirlenmiş, çalışmamız 303 kişi ile tamamlanmıştır.

Araştırmanın Yöntemi

Verilerin analiz edilmesinde, frekanslar, ortalama ve standart sapma değerleri, açıklayıcı faktör analizi ve güvenilirlik analizinden faydalanılmıştır. Boyutların skorlarının normal dağılım gösterip göstermediklerini belirlemek amacıyla çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılmıştır. Öz benlik uyumu için çarpıklık değeri (-,1.316) ve basıklık değeri (1,454); ürün ilgilenimi için çarpıklık değeri (0,163) ve basıklık değeri (-,861); marka sadakati için çarpıklık değeri (-,473) ve basıklık değeri (-,547) ve marka ilişki kalitesi için çarpıklık değeri (-,433) ve basıklık değeri (-,824) olarak bulunmuştur ve bu değerler $-2 \leq X \leq +2$ arasında olduğundan dağılımın normal dağılım gösterdiğinden (Şencan, 2002: 459) parametrik testler uygulanmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik değişkenlere göre öz benlik, marka sadakati, ürün ilgilenimi ve marka ilişki kalitesi için anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında bağımsız örneklem T testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ANOVA testi yapılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya konu olan dört değişkenin (marka sadakati, öz benlik uyumu, ürün ilgilenimi ve ürün ilişki kalitesi) ilgili ifadeleri açıklayıcı faktör analizi ile test edilmiş ve her değişkenin tek boyutlu bir yapı ile ifade edilebileceği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. İfadelere Ait Açıklayıcı Faktör Analizi

İfadeler	Ortalama	Standart sapma	Faktör Yüğü	KMO Küresellik Testi	Barlett
Öz Benlik					
ÖB9	6,08	1,530	.879	941	
ÖB11	5,40	1,551	.877	3658.037	
ÖB10	5,56	1,525	.873	(,000)	
ÖB15	5,50	1,601	.847		
ÖB2	6,02	1,532	.836		
ÖB8	5,32	1,527	.831		
ÖB5	4,92	1,660	.828		
ÖB14	5,03	1,667	.816		
ÖB3	5,95	1,589	.813		
ÖB12	4,70	1,716	.811		
ÖB1	5,85	1,603	.810		
ÖB13	4,66	1,751	.799		
ÖB4	5,38	1,577	.771		
ÖB6	5,03	1,583	.742		
ÖB7	4,28	1,867	.377*		
Marka İlişki Kalitesi					
MİKA3	4,70	1,841	.892	.923	
MİKA2	4,66	1,814	.884	3079.298	
MİKA1	4,48	1,887	.877	(,000)	
MİKA4	4,90	1,748	.875		
MİKA6	4,19	1,956	.875		
MİKA9	4,22	2,070	.861		
MİKA8	4,27	1,950	.853		
MİKA7	4,04	2,028	.840		
MİKA5	5,20	1,731	.821		
Ürün İlgilenimi					
Üİ2	3,96	1,762	.941	.806	
Üİ4	3,64	1,839	.930	1064.243	
Üİ1	4,17	1,794	.928	(,000)	
Üİ3	2,60	1,678	.773		
Marka Sadakati					
MS4	4,72	1,817	.892	.853	
MS2	4,62	1,901	.889	931.563	
MS5	4,73	1,906	.866	(,000)	
MS1	3,99	1,923	.801		
MS3	4,08	2,041	.751		

*ÖB7 ifadesi faktör yükü 0,40'ın altında olduğu için bu ifadenin çıkarılmasına karar verilmiş ve öz benlik 14 ifade ile ölçülmüştür.

Her bir değişken için güvenilirlik düzeyini gösteren Cronbach's Alpha katsayıları hesaplanmış elde edilen değerlerin kabul edilebilir sınırlarda olduğu tespit edilmiş ve ölçüklerin güvenilir olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 2. Değişkenlere Ait Cronbach's Alpha Katsayıları

	Cronbach's Alpha katsayısı	İfade sayısı (n)
Öz benlik	0,941	14
Marka sadakati	0,853	5
Ürün ilgilenimi	0,806	4
Marka ilişki kalitesi	0,923	9

Araştırma sonucu elde edilen bulguları değerlendirmek için araştırmaya katılan 303 kişinin demografik verileri Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3. Katılımcılara Ait Demografik Değişkenler

Özellikler		Örneklem	
		N	(%)
Cinsiyet	Kadın	234	77,2
	Erkek	69	22,8
Yaş	18-22 yaş	121	39,9
	23-27 yaş	66	21,8
	28-33 yaş	44	14,5
	34 yaş ve üzeri	72	23,8
Eğitim Durumu	Ortaöğretim	15	5
	Ön Lisans-Lisans	198	65,3
	Lisansüstü	90	29,7
Gelir	1500 lira ve altı	150	49,5
	1501- 3000 lira	67	22,1
	3001- 4500 lira	33	10,9
	4501- 6000 lira	26	8,6
	6001 lira ve üzeri	27	8,9
Dermokozmetiğe ayrılan aylık bütçe	1-100 lira	187	61,7
	101- 200 lira	51	16,8
	201- 300 lira	32	10,6
	301 lira ve üzeri	33	10,9
Etiket inceleme	Ürünün etiketini inceleyenler	242	79,9
	Ürünün etiketini incelemeyenler	61	20,1
Satın alma öncesi araştırma yapanlar	Her zaman	231	76,2
	Bazı zamanlar	62	20,5
	Hiçbir zaman	10	3,3
Danışılan kişi/yer (birden fazla cevaplama yapılmıştır)	İnternet siteleri/bloglar	189	62,4
	Arkadaşlar	96	31,7
	Uzman (eczacı, doktor)	89	29,4
	Sosyal medya	71	23,4
	Kozmetik mağazaları	169	55,8
Satın alınan yer (birden fazla cevaplama yapılmıştır)	Eczane	132	43,6
	İnternet siteleri	43	14,2
	Toplam	303	100

Çalışmaya katılanların demografik özelliklerine bakıldığında da %77,2'sinin kadın, %61,7'sinin 27 yaş ve altında genç bir katılımcı grubudur. Eğitim olarak %95'inin lisans ve lisansüstü mezunu olduğu ve eğitim düzeyi yüksek katılımcılara uygulandığı belirlenmiştir. Geliri 1500 liranın altında olanlar ise %49,5 ile çoğunluğu oluşturmaktadır. Katılımcıların dermokozmetik ürünler için ayırdıkları aylık bütçe ise 100 lira ve altı (%61,7) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların çoğu ürünleri satın almadan önce her zaman araştırma yaptığı (%76,2) belirlenirken dermokozmetik ürünler için en çok danışılan mecra internet (%62,4) olmuştur. Dermokozmetik ürünleri tüketiciler kozmetik mağazalardan (%55,8) ve eczaneden (%43,6) temin etmektedir.

Araştırma sonucunda yapılan testlerde anlamlı farklılık gösteren boyutlar ve farklılığın nedenleri aşağıda tablo 4 ve tablo 5'de özet olarak gösterilmiş ve açıklanmıştır.

Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyet ile Etiket/İçerik İnceleme İlişkisi

Katılımcıların Cinsiyete Göre Farklılıkları						
Boyutlar	Cinsiyet	n	\bar{X}	s.s.	t	P
Marka Sadakati	Kadın	234	4.6051	1.48768	3,607	.000
	Erkek	69	3.8261	1.84993		
Ürün İlgilenimi	Kadın	234	3.8312	1.55611	4,989	.000
	Erkek	69	2.7899	1.40745		
Marka İlişki Kalitesi	Kadın	234	4.6425	1.63665	2,450	.015
	Erkek	69	4.0982	1.57002		
Katılımcıların Etiket ve İçerik İncelemelerine Göre Farklılıkları						
Boyutlar	İnceleme	n	\bar{X}	s.s.	t	P
Ürün İlgilenimi	İnceleyenler	251	3.6793	1.59679	2,070	.039
	İncelemeyenler	52	3.1827	1.45952		

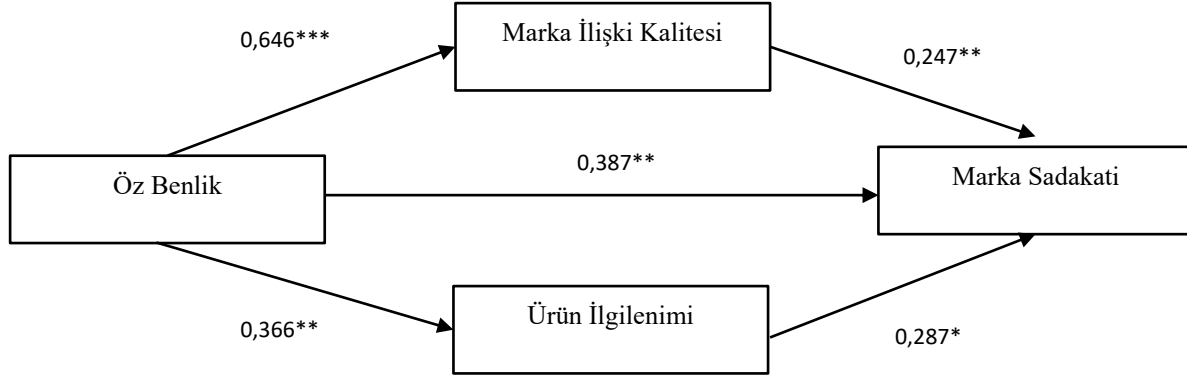
Yapılan analizler sonucunda kadınların erkeklerden daha fazla dermokozmetik ürünlere karşı marka sadakati duyduğunu, ürün ilgilenimi düzeylerinin ve marka ilişki kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca ürün etiket ve içeriklerini inceleyen katılımcıların incelemeyenlere göre ürün ilgilenimi boyutunda ortalamalarının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 5. Katılımcıların Yaş ve Dermokozmetiğe Ayırdıkları Bütçeye Göre İlişkisi

Katılımcıların Yaşa Göre Farklılıkları							
Boyutlar	Yaş	n	\bar{X}	s.s.	F	p	Farklılık
Öz Benlik	18-22 yaş	121	5.6836	.8704	4.024	.008	18-22 yaş ile 34 yaş ve üzeri arasında anlamlı bir farklılık vardır.
	23-27 yaş	66	5.2500	1.205			
	28-33 yaş	44	5.1705	1.619			
	34 yaş ve üzeri	72	5.1399	1.483			
Katılımcıların Dermokozmetiğe Ayırdıkları Bütçeye Göre Farklılıkları							
Boyutlar	Bütçe	n	\bar{X}	s.s.	F	p	Farklılık
Marka Sadakati	1-100 lira	187	4.2086	1.619	9.557	.000	100 lira ve altı ile 101-200 lira 100 lira ve altı ile 201-300 lira 101-200 lira ve 301 lira üstü 201-300 lira ve 301 lira ve üstü
	101- 200 lira	51	5.2745	1.139			
	201- 300 lira	32	4.9937	1.279			
	301 lira ve üzeri	33	3.8121	1.843			
Marka İlişki Kalitesi	1-100 lira	187	4.3316	1.564	9.834	.000	100 lira ve altı ile 101-200 lira 100 lira ve altı ile 201 ve 300 lira 101-200 lira ve 301 lira ve üstü 201-300 lira ve 301 lira ve üstü
	101- 200 lira	51	5.2375	1.438			
	201- 300 lira	32	5.2847	1.449			
	301 lira ve üzeri	33	3.7239	1.865			
Ürün İlgilenimi	1-100 lira	187	3.3235	1.478	13.096	.000	100 lira ve altı ile 101-200 lira 100 lira ve altı ile 201 ve 300 lira 101-200 lira ve 301 lira ve üstü 201-300 lira ve 301 lira ve üstü
	101- 200 lira	51	4.4069	1.552			
	201- 300 lira	32	4.5234	1.257			
	301 lira ve üzeri	33	2.9697	1.699			
Katılımcıların Dermokozmetik Ürün Almadan Önce Yaptıkları Araştırmaya Göre Farklılıklar							
Boyutlar	Araştırma	n	\bar{X}	s.s.	F	p	Farklılık
Ürün İlgilenimi	Her zaman	231	3.8149	1.57221	10,857	.000	Her zaman araştırma yapanlar ile bazı zamanlar ve hiçbir zaman yapmayanlar arasında
	Bazı zamanlar	62	2.9758	1.35706			
	Hiçbir zaman	10	2.3250	1.65852			
Marka Sadakati	Her zaman	231	4.6485	1.53727	10,056	.000	Her zaman araştırma yapanlar ile bazı zamanlar ve hiçbir zaman yapmayanlar arasında
	Bazı zamanlar	62	3.3400	1.69194			
	Hiçbir zaman	10	3.7806	1.63154			

Yapılan analizler sonucunda yaş gruplarında 18-22 yaş aralığındaki katılımcıların öz benliklerini tanımlamaları ile 34 yaş ve üzeri katılımcıların öz benliklerini tanımlamaları arasında farklılık olduğu görülmüştür. Dermokozmetiğe ayrılan bütçe konusunda ise katılımcılar nerdeyse tüm bütçe gruplarında farklılık göstermiştir. Satın alma öncesi araştırma yapanların ise ürün ilgilenimi ve marka sadakati boyutlarında ortalamalarının bazı zamanlar yapanlar ve hiçbir zaman yapmayanlardan yüksek olduğu bulunmuştur.

Araştırma sonucunda elde edilen modelin sonuçları Şekil 2’de gösterilmiş ve gerekli açıklamalar aşağıdaki paragraflarda yapılmıştır.



Şekil 2. Araştırmanın Modeli

Yukarıda sonuçları (Şekil 2) gösterilen modelimizin açıklamaları aşağıda verilmiştir. Çalışma hipotezlerini test etmek için Hayes (2013) tarafından geliştirilen PROCESS makrosu kullanılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda öz benliğin marka sadakatine olumlu etkisi ($b= 0,3837$, $SE= 0,0707$ $p=0,000$) olduğu bulunmuştur. Tüketicinin marka ile benlik uyumu arttıkça marka sadakati de aynı derecede olumlu artmaktadır. Sonuç olarak “H1: Öz benlik uyumunun marka sadakati üzerinde olumlu etkisi vardır.” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Öz benliğin (bağımsız değişken-IV), marka ilişki kalitesi (aracı değişken-MV1) ($b = 0,6457$, $SE= 0,0655$, $p=0,000$) üzerinde olumlu etkisinin olduğu bulunmuştur. Tüketicinin benliği marka ile olan ilişki kalitesini etkilemekte bu benlik uyumu pozitif ise ilişki de pozitif olarak gelişmektedir. Böylece “H2: Öz benliğin marka ilişki kalitesi üzerinde olumlu etkisi vardır.” hipotezimiz kabul edilmiştir. Aynı zamanda marka ilişki kalitesinin ($b= 0,2470$, $SE= 0,0609$, $p=0,001$) marka sadakati üzerinde olumlu etkilerinin olduğu bulunmuştur ve “H3: Marka ilişki kalitesinin marka sadakati üzerinde olumlu etkisi vardır.” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Yapılan analizler sonucunda öz benliğin (bağımsız değişken-IV) ürün ilgilenimi (aracı değişken MV2) ($b= 0,3664$, $SE= 0,0698$, $p=0,000$) üzerinde olumlu etkilerinin olduğu bulunmuş ve “H5: Öz benlik uyumunun ürün ilgilenimi üzerinde olumlu etkisi vardır.” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Marka sadakati (Bağımlı değişken-DV) üzerinde ürün ilgileniminin ($b= 0,2866$, $SE= 0,0571$, $p=0,001$) olumlu etkilerinin olduğu bulunmuş olup “H6: Ürün ilgileniminin marka sadakati üzerinde olumlu etkisi vardır.” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Aracı değişkenin, regresyon analizine dâhil edilmesi halinde, bağımsız değişkenle bağımlı değişken arasındaki ilişkinin gücünün azalması durumu kısmi aracılık, bu ilişkinin anlamsız hale gelmesi ise tam aracılık olarak tanımlanmaktadır (Koç vd., 2014:6). Öz benlik (IV) ile marka sadakati (DV) arasındaki regresyon analizine ürün ilgilenimi (MV2) ve marka ilişki kalitesi (MV1) dahil edildiğinde öz benlik uyumunun katsayısının azaldığı ve ilişkinin anlamsız hale geldiği tespit edilmiştir ($b=0,1192$, $p=0,1090$). Bu durum marka ilişki kalitesi ve ürün ilgileniminin tam aracılık etkisine işaret etmektedir. Bu sonuçlara göre “H4: Marka ilişki kalitesi, öz benlik uyumu ile marka sadakati arasındaki ilişkiye aracılık eder.” ve “H7: Ürün ilgilenimi, öz benlik uyumu ile marka sadakati arasındaki ilişkiye aracılık eder.” hipotezlerimiz kabul edilmiş ve tüm sonuçlar Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6: Katsayıları, Standart Hatalar ve Varsayılan Öz Benlik Uyumu Etkisi İçin Çoklu Paralel Model Özet Bilgileri

Öncül	Sonuç								
	Marka İlişki Kalitesi			Ürün İlgilenimi			Marka Sadakati		
	b	SE	P	b	SE	p	b	SE	p
Öz Benlik	0,646	0,066	0,000	0,367	0,070	0,000	0,120	0,074	0,110
Marka İlişki Kalitesi	-	-	-	-	-	-	0,247	0,060	0,001
Ürün İlgilenimi	-	-	-	-	-	-	0,287	0,057	0,001
Sabit değer	1,041	0,362	0,043	1,621	0,0386	0,000	1,640	0,366	0,000
	R ² =0,2441, p=0,000			R ² =0,0838, P=0,000			R ² =0,2537, p=0,000		
	F(1,301)= 97,189			F(1,301)= 27,547			F(1,299)= 33,876		

SONUÇ VE ÖNERİLER

Özellikle tüketici davranışları ve sembolik tüketim literatüründe önemli bir yer tutan öz benlik uyumu imajı teorisi kapsamında ele alınan bu çalışmanın ana amacı öz benlik uyumunun marka sadakatine olan etkilerini belirlemek ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklere göre farklılık olup olmadığını belirlemektir.

Çalışma sonucunda katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık cinsiyet, yaş grupları, dermokozmetiğe ayırdıkları bütçe, satın alma öncesi araştırma yapıp yapmadığı ve etiket/içerik incelemelerine göre olduğu bulunmuştur. Kadınların dermokozmetiğe karşı marka sadakati, ürün ilgilenimi ve marka ilişki kalitesi boyutlarında erkeklere göre ortalamalarının yüksek kalarak farklılaştığı görülmüştür. Dermokozmetik kullanıcılarının çoğunun kadınlar olduğu göz önüne alındığında bu sonuç normal karşılanmıştır. Yaş gruplarına bakıldığında ise sadece öz benlik boyutunda 18-22 yaş arasındaki katılımcıların ifadelerine katılımlarının 34 yaş ve üzeri katılımcılara oranla daha yüksek olmasından dolayı anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Dermokozmetik ürünlerin etiket/içeriklerini inceleyen katılımcıların ürün ilgilenimi ortalamaları incelemeyen katılımcılara göre yüksektir. Katılımcıların ürünleri kullanımı ve ilgilerinin yüksekliliği etiket/içerik bakarak gösterdikleri düşünülebilir. Dermokozmetiğe ayrılan bütçeye bakıldığında ise ürün ilgilenimi, marka ilişki kalitesi ve marka sadakati boyutlarında neredeyse tüm bütçe grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bütçesinde daha fazla yer ayıran katılımcıların boyutlara katılım oranlarının daha az bütçe ayıran katılımcılara göre düşük kaldığı da çıkan sonuçlardan biridir. Dermokozmetik ürün almadan önce araştırma yapanlar ise yapmayanlara göre marka sadakati ve ürün ilgilenimi boyutlarında. Araştırma yapanların ortalamaları daha yüksek olduğu için anlamlı farklılık bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda tüketicinin öz benlik özellikleri ile marka sadakati arasında doğrudan bir ilişkinin olduğu belirlenmiş ve literatürde yapılan birçok çalışma ile aynı doğrultuda sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin Yusuf ve Ariffin (2016) tarafından yapılan bankacılık sektörünü içeren çalışmada öz benlik uyumunun marka sadakati üzerindeki etkisi araştırılmış ve olumlu bir etkisinin olduğu bulunmuştur. Kang vd. (2013) tarafından yapılan kahve tüketicilerini içeren bir diğer çalışmada öz benlik uyumu ile marka sadakati arasındaki ilişkiyi kapsayan bir model önerilmiş ve sonuç olarak hem öz benlik uyumunun hem de fonksiyonel uyumun marka sadakati üzerinde olumlu etkisi olduğu ortaya konulmuştur. Akademik yazında lüks marka tüketicileri (Liu vd. 2012), spor salonu üyeleri (Abel vd. 2013) ve cep telefonu kullanıcıları (Tektaş ve Uğur, 2018) gibi çok çeşitli sektörde yer alan tüketiciler ile çalışmalar yapılmış ve her bir çalışmada öz benlik uyumunun marka sadakatine olumlu etkilerinin olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Ayrıca çalışmamızda marka ilişki kalitesinin öz benlik uyumu ile marka sadakatine olumlu etkisinin olduğu bulunmuştur. Thorbjørnsen vd. (2002) tarafından yapılan çalışmada kendi internet siteleri üzerinden uçak bileti satan bir firmanın müşterileri ile yine internet üzerinden ilişki kuran restoranın müşterilerinin, öz benlik uyumunun, marka ile ilişkisinin marka kalitesini artırdığı ve marka sadakatine olumlu etkisinin olduğu bulunmuştur. Aaker vd. (2014) tarafından yapılan çalışma da ise online bir film şirketinin kullanıcılarını kapsayan bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda markaların heyecan verici olmasının, tüketici marka ilişkisi için yararlı bilgi sağladığı, karşılıklı bağımlılık düzeylerini ve dolayısıyla marka ilişki kalitesini artırdığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda da tüketicilerin dermokozmetik markasına aşk, tutku, samimiyet, bağımlılık ve kaliteli ortaklık ilişkileri düzeyinde anlamlar yüklemeleri durumunda marka sadakatlerinin yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışmada elde edilen bir diğer sonuç ürün ilgileniminin öz benlik ve marka sadakati üzerindeki etkisinin yüksekliğidir. Sheeraz vd. (2018) yaptıkları çalışmada 15 ünlü marka seçerek bu ürün grubuna hedonik (hazcı) olarak ilgi duyan katılımcılar ile ürün ilgilenimlerinin marka sadakati üzerindeki etkisini araştırmışlar ve Fu vd. (2017) gibi ürün ilgileniminin; ürün türüne bağlı olarak öz benlik uyumu ve marka sadakati ilişkisini anlamak için hayati bir mekanizma olduğu sonucuna varmışlardır. Araştırmamızdaki hipotezimize paralel olarak Sheeraz vd. (2018) yine aynı çalışmada tüketicilerin ideal benliklerine karşılık gelen markalarla marka sadakati oluşturma eğiliminde olduklarını ortaya koymuştur. Bir marka tüketicinin ideal benliğine ne kadar yakın olursa, bir kişi ürünle o kadar çok ilgilenir ve markaya daha fazla bağlılık hissetmektedir. Yapılan çalışmalar ürün ilgileniminin, tüketicinin benlik kavramı ile ürünün benlik kavramı konseptine olan ilgisi ve algısına dayandığını ve marka sadakatini olumlu olarak desteklediğini bulmuşlardır. (Ferreira ve Coelho, 2015; Srivastava ve Sharma, 2011). Çalışmamız da ise katılımcıların dermokozmetik ürünlere duydukları ilgi ve yoğun kullanımları, ürünlerle ilişki düzeylerini etkilemekte ve kendilerini adeta bir dermokozmetik uzmanı olarak yorumlayarak markaya olan bağlılıklarını artırmaktadır. Marka ilişki kalitesi ve ürün ilgileniminin marka sadakati üzerinde olumlu etkileri vardır. Dolayısıyla marka yöneticilerinin sadık tüketiciler elde etmeleri ve marka sürekliliğini sağlamaları için tüketicilerini iyi tanımlayarak ilişki kalitesini ve ürün ilgilenimi sürekli revize etmeleri gerekmektedir. Marka yöneticilerinin, hedef tüketicinin öz benliklerini tanımlamaları ve tüketicilerinin öz benliklerine uyması için etkin bir marka kişiliği oluşturmaları önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumda marka yöneticileri, marka ilişkisi kalitesi ve ürün ilgilenimini, marka sadakatinin önemli bir belirleyicisi olarak görmeli ve marka stratejilerini buna göre oluşturmalıdır.

Söz konusu çalışmanın en önemli kısıtı örnekleminin küçük olmasıdır. Ayrıca araştırma sadece dermokozmetik tüketicilerine yapılmış, tek bir sektör seçilmiştir. Araştırma konusu birden fazla ürün grubu üzerinde yapılarak geliştirilebilir. Bir diğer kısıtımız ise katılımcıların eğitim seviyesinin yüksek (%95 lisans ve lisansüstü mezunu) olmasıdır. Örneklem sayısının artırılarak, marka sadakati ve öz benlik uyumu arasındaki ilişkinin algılanması ile ilgili yeni değişkenler (tutum, endişe, suçluluk ve kaygı düzeyi, algılanan risk) eklenerek çalışmanın tekrarlanması sonuçların etkin genellenebilirliğini artıracaktır.

KAYNAKÇA

Aaker D. A. (1996). Building Strong Brands. New York, NY: Free Press

Aaker J.L. Dimensions of brand personality. J Mark Res 1997;34(3):347–56.

Aaker D. A. (1996). Building Strong Brands. New York, NY: Free Press

Aaker J.L, Fournier S.S & Brasel, A. (2004) When Good Brands Do Bad. *J Consum Res.* 1-16.

Abel, J. I., Buff, C. L., & O'Neill, J. C. (2013). Actual Self-Concept Versus Ideal Self-Concept: An Examination Of Image Congruence and Consumers In The Health Club Industry. *Sport, Business and Management: An International Journal*, 3(1), 78-96.

Achouri, M. A., and Bouslama, N. (2010). The Effect of the Congruence between Brand Personality and Self-Image on Consumers' Satisfaction and Loyalty: A Conceptual Framework. *IBIMA Business Review*. 1-16

Armutlu, C., ve Üner, M.M.(2009). Benlik İmajı Uyumu, Tüketici Tatmini ve Marka Sadakati İlişkisi Üzerine Görgül Bir Araştırma. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergi*,11(3),1-26.

Arnold, M. J., Reynolds, K. E., Ponder, N., & Lueg, J. E. (2005). Customer Delight in A Retail Context: Investigating Delightful and Terrible Shopping Experiences. *Journal of Business Research*, 58(8), 1132-1145.

Aron, A. and Aron E.N. (1996) .Self And Self-Expansion in Relationships. Fletcher GJO, Fitness J, (editors). Knowledge Structures in Close Relationships: A Social Psychological Approach. Mahwah, NJ: Erlbaum, 325-44.

Barış, G., (2018)., Ekonomik Krizler ve Ruj etkisi, *Brandmap*, Kasım, 21.-25.

Belanche, D., Flavián, C., & Pérez-Rueda, A. (2017). Understanding interactive online advertising: Congruence and product involvement in highly and lowly arousing, skippable video ads. *Journal of Interactive Marketing*, 37, 75-88.

Blackston, M. (1993). Beyond Brand Personality: Building Brand Relationships. In D. Aaker, and A. Biel (Eds.), Brand Equity And Advertising: Advertising's Role in Building Strong Brands (pp. 113e124). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Bosnjak, M., Sirgy, M. J., Hellriegel, S., & Maurer, O. (2011). Postvisit Destination Loyalty Judgments. *Journal of Travel Research*, 50, 496-508.

Cosmetic Industry, Statistics and facts (2019) 25.01.2020 tarihinde <https://www.statista.com/topics/3137/cosmetics-industry/> adresinden alınmıştır.

Cosmetic Market Size, Share, İndustry Trends And Analysis. (2019) 25.01.2020 tarihinde <https://www.alliedmarketresearch.com/cosmetics-market> adresinden alınmıştır.

Das, G. (2014). Impacts Of Retail Brand Personality And Self-Congruity On Store Loyalty: The Moderating Role Of Gender. *Journal of Retailing and Consumer services*, 21(2), 130-138.

Ericksen, M. K., and Sirgy, M. J. (1992). Employed Females' Clothing Preference, Self-image Congruence, And Career Anchorage. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 408-422.

Ferreira, A. G., and Coelho, F. J. (2015). Product involvement, price perceptions, and brand loyalty. *Journal of Product & Brand Management*. 24 (4), 349-364

Fournier, S.M. (1994). A Consumer-Brand Relationship Framework for Strategic Brand Management. Published dissertation. Ann Arbor (MI): UMI

Fournier, S.M. (1998). Consumers And Their Brands: Developing Relationship Theory in Marketing. *J Consum Res*, 24(3):343-73.

- Francisco-Maffezzoli, E. C., Semprebon, E., & Prado, P. H. M. (2014). Construing loyalty through brand experience: The mediating role of brand relationship quality. *Journal of Brand Management*, 21(5), 446-458.
- Fu, X., Kang, J., and Tasci, A. (2017). Self-congruity and flow as antecedents of attitude and loyalty towards a theme park brand. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 34(9), 1261-1273.
- Graeff, T. R. (1997). Consumption Situations And The Effects Of Brand image On Consumers' Brand Evaluations. *Psychology & Marketing*, 14(1), 49-70.
- Hair, J.F.Jr, Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E. & Tatham, R.L. (2005). *Multivariate Data Analysis* (6th Edition). Pearson, Prentice Hall, New Jersey
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction To Mediation, Moderation, And Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach.*, New York: Guilford Publications.
- Huang, C. C., Fang, S. C., Huang, S. M., Chang, S. C., & Fang, S. R. (2014). The impact of relational bonds on brand loyalty: the mediating effect of brand relationship quality. *Managing Service Quality*. 24(2), 184-204.
- Hudson, S., Roth, M. S., Madden, T. J., & Hudson, R. (2015). The Effects Of Social Media On Emotions, Brand Relationship Quality, And Word Of Mouth: An Empirical Study Of Music Festival Attendees. *Tourism Management*, 47, 68-76.
- Ibrahim, H., and Najjar, F. (2008). Assessing The Effects Of Self-Congruity, Attitudes And Customer Satisfaction On Customer Behavioural Intentions in Retail Environment. *Marketing Intelligence & Planning*, 26(2), 207-227.
- Jamal, A., and Goode, M. M. (2001). Consumers And Brands: A Study Of The Impact Of Self-image Congruence On Brand Preference And Satisfaction. *Marketing Intelligence & Planning*, 19(7), 482-492.
- Kang, J., Tang, L., and Lee, J. Y. (2015). Self-congruity and functional congruity in brand loyalty. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 39(1), 105-131.
- Kressmann, F., Sirgy, M. J., Herrmann, A., Huber, F., Huber, S., & Lee, D. J. (2006). Direct And Indirect Effects Of Self-image Congruence On Brand Loyalty. *Journal of Business research*, 59(9), 955-964.
- Krystallis, A., and Chrysochou, P. (2014). The effects of service brand dimensions on brand loyalty. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 21(2), 139-147.
- Koç, F., Kaya, N., Özbek, V., ve Akkılıç, M. E. (2014). Algılanan Fiyat İle Tüketici Güveni Arasında Algılanan Hizmet Kalitesinin Aracı Etkisi: Bankacılık Ve Gsm Sektörlerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Araştırma. *Pazarlama Ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 13: 1-26.
- Lesschaeve, I., and Bruwer, J. (2010). The importance of consumer involvement and implications for new product development. In *Consumer-driven innovation in food and personal care products* (pp. 386-423). Woodhead Publishing.
- Levy, S. (1959). Symbols For Sale. *Harvard Business Review*, 37, 117-124.
- Liu, F., Li, J., Mizerski, D., & Soh, H. (2012). Self-Congruity, Brand Attitude, And Brand Loyalty: A Study On Luxury Brands. *European Journal of Marketing*, 46, 922-937.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- Mangleburg, T. F., Sirgy, M. J., Grewal, D., Axsom, D., Hatzios, M., Claiborne, C. B., & Bogle, T. (1998). The Moderating Effect Of Prior Experience in Consumers' Use Of User-Image Based Versus Utilitarian Cues in Brand Attitude. *Journal of Business and Psychology*, 13(1), 101-113.
- Milam, E. C., and Rieder, E. A. (2016). An Approach to Cosmeceuticals. *Journal of drugs in dermatology: JDD*, 15(4), 452-456.
- Mothersbaugh, D. L. And Hawkins, D. I. (2015). *Consumer Behavior: Building Marketing Strategy*. (Thirteenth Edition) New York: Mcgraw-Hill Higher Education.
- Moulard, J. G., Garrity, C. P., & Rice, D. H. (2015). What Makes A Human Brand Authentic? Identifying The Antecedents Of Celebrity Authenticity. *Psychology & Marketing*, 32(2), 173-186.
- Nam, J., Ekinci, Y., and Whyatt, G. (2011). Brand equity, brand loyalty and consumer satisfaction. *Annals of tourism Research*, 38(3), 1009-1030.
- O'Malley, L., and Tynan, C. (2001). Reframing Relationship Marketing For Consumer Markets. *Interactive Marketing*, 2(3), 240-246.
- Park, S. Y., and Lee, E. M. (2005). Congruence Between Brand Personality And Self-image, And The Mediating Roles Of Satisfaction And Consumer-Brand Relationship On Brand Loyalty. *ACR Asia-Pacific Advances*. 6, 39-45.
- PAGEV (2017) *Türkiye Plastik Kozmetik Ambalaj Sektör İzleme Raporu*,
- Quester, P., and Lin Lim, A. (2003). Product Involvement/Brand Loyalty: Is There A Link?. *Journal of Product and Brand Management*, 12(1), 22-38
- Richins, M. L., and Bloch, P. H. (1986). After The New Wears Off: The Temporal Context Of Product Involvement. *Journal of Consumer research*, 13(2), 280-285.
- Rezza, A. M. (2018). The Role of Consumer's Self-Congruence in the Formation of Brand Attitude. *Jurnal Sekretaris dan Administrasi Bisnis*, 2(1), 11-18
- Rosenberg, M. (1989). Self-Concept Research: A Historical Overview. *Social forces*, 68(1), 34-44.
- Rothschild, M. L. (1984). Perspectives On Involvement: Current Problems And Future Directions. *ACR North American Advances*.216-217
- Schiffman, L. G. and Kanuk, L. L. (2006) *Consumer Behavior*, New Jersey, Prentice Hall International.
- Şencan, H.(2002), Bilimsel Yazım, İstanbul Üniversitesi, İşletme Fak.Yayınları no:283.
- Sencan, N., Duman, G., ve Koparan, M. (2008). Community pharmacists and cosmetics: Current state in Turkey. *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 37(4), 269-284.
- Sheeraz, M., Masood, M., & Hameed, I. (2018). Self-Congruence Facets and Emotional Brand Attachment: The Role of Product Involvement and Product Type. *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences*, 12(2), 598-616.
- Sirgy, M. J. (1985). Using Self-Congruity And Ideal Congruity To Predict Purchase Motivation. *Journal of business Research*, 13(3), 195-206.
- Sirgy MJ, Samli C.A.(1985). A Path Analytic Model Of Store Loyalty Involving Selfconcept, Store Image, Socio-Economic Status, and Geographic Loyalty. *J Acad Mark Sci*, 13(2):265-91.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- Sirgy, M. J., Johar, J. S., Samli, A. C., & Claiborne, C. B. (1991). Self-Congruity Versus Functional Congruity: Predictors Of Consumer Behavior. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 19: 363–375.
- Sirgy, M.J., Grewal, D., & Mangleburg, T. (2000). Retail Environment, Self-Congruity, And Retail Patronage: An Integrative Model And A Research Agenda. *Journal of Business research*, 49(2), 127-138.
- Sirgy, M. J., and Su, C. (2000). Destination Image, Self-Congruity, And Travel Behavior: Toward An Integrative Model. *Journal of Travel Research*, 38(4), 340-352.
- Sirgy, M. J., Lee, D.-J., Johar, J. S., & Tidwell, J. (2008). Effect Of Self-Congruity With Sponsorship On Brand Loyalty. *Journal of Business Research*, 61, 1091–1097.
- Sirgy, M. J. (2015). The Self-Concept In Relation To Product Preference And Purchase İntention. In *Marketing Horizons: A 1980's Perspective* (pp. 350-354). Springer, Cham.
- Sirgy, M. J. (2018). Self-Congruity Theory in Consumer Behavior: A little history. *Journal of Global Scholars of Marketing Science*, 28(2), 197-207.
- Srivastava, K., and Sharma, N. K. (2011). Exploring the multidimensional role of involvement and perceived risk in brand extension. *International Journal of Commerce and Management*. 21(4), 410-427.
- Smit, E., Bronner, F., & Tolboom, M. (2007). Brand Relationship Quality And Its Value For Personal Contact. *Journal of business research*, 60(6), 627-633.
- Suh, J. C., and Youjae, Y. (2006). When Brand Attitudes Affect The Customer Satisfaction-Loyalty Relation: The Moderating Role Of Product İnvolveıment. *Journal of Consumer Psychology*, 16(2), 145-155.
- Tambo, E., Almeer, H., & Alshamrani, Y. (2016). Health and Beauty Cosmeceuticals Industry and Market Expansion in Saudi Arabia. *Pharmaceut Reg Affairs*, 5(172), 1-5.
- T.C. Resmi Gazete. *Sağlık Bakanlığı Kozmetik Yönetmeliği*. 23.05.2005. Sayı: 25823
- Thorbjørnsen, H., Supphellen, M., Nysveen, H., & Egil, P. (2002). Building Brand Relationships Online: A Comparison Of Two Interactive Applications. *Journal of interactive marketing*, 16(3), 17-34.
- Tektaş, Ö. Ö., ve Uğur, B. (2018). Benlik Uyumu ve Fonksiyonel Uyumun Tüketici-Marka Bağı Üzerindeki Etkisi: Cep Telefonu Kullanıcıları Üzerine Bir Çalışma. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 22, 249-272
- TOBB. (2018). *Türkiye Kozmetik ve Temizlik Ürünleri Sanayi Raporu*
- Unal, S., and Aydın, H. (2013). An Investigation On The Evaluation Of The Factors Affecting Brand Love. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 92, 76-85.
- Yasin, B. (2009). The role of gender on Turkish consumers' decision-making styles. *ACR Asia-Pacific Advances*.
- Yusof, J. M., and Ariffin, S. (2016). The influence of self-congruity, functional image, and emotional attachment on loyalty. *Procedia Economics and Finance*, 37, 350-357.
- Zaichkowsky, J. L. (1985). Measuring The Involvement Construct. *Journal of Consumer Research*, 12: 341–352.
- Zhang, K. Z., Benyoucef, M., & Zhao, S. J. (2016). Building Brand Loyalty in Social Commerce: The Case Of Brand Microblogs. *Electronic Commerce Research and Applications*, 15, 14-25.

SAĞLIK TURİZMİ SWOT ANALİZİ: ADANA İLİ ÖRNEĞİ HEALTH TOURISM SWOT ANALYSIS: CASE OF ADANA

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet YORULMAZ

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, mtyorulmaz@hotmail.com,
orcid.org/0000-0001-6670-165X

Öğr. Gör. Sait SÖYLER

Tarsus Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Sağlık Kurumları İşletmeciliği,
saitsoyler@tarsus.edu.tr, orcid.org/0000-0002-7915-0073

Makale Gönderim- Kabul Tarihi (12.04.2020-25.08.2020)

Özet

Sağlık turizmi son yüzyılda üzerinde önemle durulan ve gittikçe gelişen bir alandır. Sağlık turizmi bir kişinin sağlık hizmeti almak için başka bir ülkeye gitmesi ve burada en az yirmi dört saat geçirmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı Türkiye’de sağlık turizmi konusunda, sağlık turizminde ilk on il içerisinde yer alan Adana ilinin SWOT analizi ile değerlendirilmesidir. Öncelikle Adana’nın sağlık göstergeleri ve sağlık alt yapısı incelenmiş, ardından SWOT analizi aşamasına geçilmiştir. Adana ilinin sağlık turizminde güçlü yönlerinin zayıf yönlerinden, fırsatlarının ise tehditlerinden daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Kapsamlı sağlık hizmetlerini yüksek teknoloji ile sunan sağlık tesisleriyle güçlü bir noktada bulunan Adana, genel turizm ile sağlık turizminin entegrasyonu noktasında zayıf kalmaktadır. Bununla beraber Adana ili ve çevresinde yirmi milyondan fazla bir popülasyona hitap etmesi, inanç turizmi imkânları ile önemli fırsatlar barındırmaktadır. Öte yandan tanıtım eksikliği, güçlü iller ile rekabet edilmesi, Suriye’deki problemler ve sınır kapılarının kapalı olması gibi unsurlar da tehditler arasındadır. Analiz sonuçlarına göre Adana ilinin sağlık turizmi noktasındaki konumunu ileriye taşıyabilmesi için bir takım önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Turizmi, SWOT Analizi, Adana

Abstract

Health tourism is a field that has been emphasized and developing in the last century. Health tourism is defined as a person traveling to another country to receive health services and spending at least twenty-four hours there. The aim of this study is to analyze Adana, which is among the top ten provinces in health tourism in Turkey with SWOT analysis. Firstly, Adana's health indicators and health infrastructure were examined, then SWOT analysis was conducted. It is determined that the strengths of Adana in health tourism are more than weaknesses and opportunities are more than threats. Adana, which is at a strong point with its health facilities offering

217

comprehensive health services with high technology, remains weak in the integration of general tourism and health tourism. Adana has important opportunities such as offering health services for more than twenty million and faith tourism options. On the other hand, factors such as lack of marketing, competing with strong provinces, problems in Syria and closed border gates are among the threats. According to the results of the analysis, a number of suggestions were made in order for Adana to move its position in the field of health tourism forward.

Keywords: Health, Health Tourism, SWOT Analysis, Adana

GİRİŞ

İnsanlık tarih boyunca daha sağlıklı olmanın yollarını aramış, çeşitli hastalıklara yönelik tedavi yöntemleri geliştirmiş, bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmiştir. Bir yandan hastalıkların tedavisi aranırken diğer taraftan daha uzun ömürlü olmanın formülleri araştırılmıştır. Bu anlamda hem resmi tıp eğitimi ve uygulamalarını hem de alternatif tıp ve diğer uygulamaları kullanarak sağlıklı olma ve uzun yaşama arayışı içerisinde olmuşlardır. Sağlık bireysel anlamda bakıldığında insanların mutlu ve huzurlu hissetmesi, yaşam kalitelerinin yüksek olması ve uzun ömürlü olmak gibi faydalar sağlarken, toplumsal açıdan irdelendiğinde çok farklı boyutlara sahip olan bir olgudur. Toplumun sağlık düzeyinin yükselmesi ile beraber sağlıklı bir insan gücü oluşturulması mümkün olmakta, böylece üretimin artırılması, refah yaratılması, iktisadi büyümenin sağlanması gibi ülkeler açısından önem arz eden konularda da gelişmeler görülmektedir (Arslan ve diğ., 2016; Uyanık ve Yüksel, 2017).

Önceleri sağlık hizmetlerinde geleneksel teşhis ve tedavi yöntemleri kullanılmaktayken, sanayi devrimi ve sonrasında yaşanan hızlı teknolojik gelişmeler ve bilimsel araştırmalar sayesinde bugün artık yüksek teknolojinin kullanıldığı, bilimsel yöntemlere dayalı modern sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Bugün, yalnızca hastalıkların tedavisi yönündeki talep, çeşitli hastalıklarda alternatif yöntemlerin uygulanması, yüksek kalitede hizmet sunum süreci, estetik ve rekonstrüktif cerrahi uygulamaları, organ transplantasyonu ve sağlıklı yaşama (wellness) kadar uzanan geniş bir talebe dönüşmüştür. Özellikle yaşlanan nüfus ve artan estetik cerrahi uygulamaları sağlık hizmetleri talebini farklılaştırmıştır (Salsberg ve Grover, 2006; Liu ve Miller, 2008). Öte yandan, sağlık hizmetlerinde yaşanan bu gelişmelere paralel olarak sağlık hizmeti kullanıcılarının bilgiye erişimi, ulaşım ve iletişim imkânları da son derece artmış durumdadır. Küreselleşme olgusunun günümüzde ulaştığı noktada tüketiciler çeşitli mal ve hizmetlere artık sınır ötesi/uluslararası düzeyde erişim sağlayabilmektedirler. Her ne kadar dünya üzerinde temel ihtiyaçları karşılanamayan, temel hijyen ve sağlık hizmetlerine dahi ulaşımı olmayan topluluklar bulunsa da, dünyanın çok büyük bir kısmının uluslararası mal ve hizmetlere erişim sağlayabildiği bilinmektedir. Sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojiler, sektördeki iyi yetişmiş insan gücü ve sunum yöntemleri gelişme gösterirken sağlık hizmetlerinin kullanıcılarının ihtiyaç ve beklentileri de farklılaşmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda değişen talep ve müşteri/hasta beklentileri ulusal sınırları aşmıştır.

Uluslararası sağlık hizmetleri talebinin gelişmesi sağlık turizmi kavramının ortaya çıkmasını sağlamıştır. Geçtiğimiz yüzyılda genellikle az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerdeki ekonomik düzeyi yüksek bireyler çoğunlukla kendi ülkelerinde bulunmayan veya daha kaliteli sağlık hizmetlerine erişebilmek için gelişmiş ülkelere sağlık hizmeti alma yoluna gitmekteyken, yirmi birinci yüzyılda artık gelişmiş ülkelerde yaşayan bireyler daha ucuz ve kaliteli sağlık hizmeti alabilmek için gelişmekte olan ülkelere gitmeye başlamışlardır (Kaya ve diğ., 2013: 5).

Sağlık turizmi her geçen gün küreselleşmenin etkilerinin daha yoğun olarak hissedildiği bir ortamda yükselen bir trend olarak dikkat çekmektedir. Basitçe bireylerin sağlıklarını geliştirmek veya sağlıklı olma hallerini sürdürmek için diğer ülkelere seyahat etmesi olarak tanımlanabilmektedir. Bu anlamda

hem sağlık hizmetleri almakta hem de tatil yaparak ziyaret ettikleri ülkelerin cazibe merkezlerini gezmektedirler. Esasen bireyler daha düşük maliyetler, yüksek kaliteli sağlık hizmetleri veya kendi ülkelerinde bulunmayan bir takım uygulamalar (Ayurveda, Yoga terapileri vb.) için başka ülkelere gitmektedirler. Sağlık turizmi içerisinde hem batı tarzı medikal turizmi hem de sağlıklı yaşam (wellness) turizmini barındırmaktadır ve günümüzde katma değeri yüksek bir ihraç sektörü olması nedeniyle birçok ülke sağlık turizmine odaklanmış durumdadır (Barca ve diğ., 2013: 65; Prasad ve Shimizu, 2018: 16).

Genel olarak sağlık turizmi, içerisinde doğal iyileştirici faktör ve terapiler ile beraber tıbbi tedavilerin yer aldığı, sağlık düzeyinin iyileştirilmesi veya korunmasını ve yaşam kalitesinin artırılmasını içeren, sağlık hizmetlerinin profesyonel ve kontrollü olarak kullanıldığı, turizmin spesifik bir branşı olarak ifade edilmektedir (Prasad ve Shimizu, 2018: 14). Sağlık turizmi kavramı ile ilgili olarak literatürde çok sayıda tanım yer almaktadır. Her bir tanım sağlık turizmi kavramına farklı perspektiflerden yaklaşırsa da, bu tanımların ortak özelliği seyahatin amacı ve süresi gibi bir takım unsurlar içermesidir. Dolayısıyla sağlık turizmi sağlığın korunması, geliştirilmesi ve tedavi edici sağlık hizmetlerine erişim sağlanması amacıyla bulunulan yerden başka bir yer gidilmesi ve gidilen yerde en az yirmi dört saat kalınması şeklinde tanımlanabilir (Kaya ve diğ., 2013: 5). Bu bağlamda sağlık turizminin aynı ülke içerisinde sağlık hizmeti almak için yapılan seyahatleri de kapsadığı ifade edilmektedir. Zira bireyler aynı ülke içerisinde de olsa başka bir şehre sağlık hizmeti almak amacıyla gitmekte, burada konaklama, ulaşım, tedavi masrafları gibi harcamalar yapmak zorunda kalmaktadır. Dolayısıyla sağlık turizmi kavramının ulusal sağlık turizmi ve uluslararası sağlık turizmi olarak iki ana çerçeveyi kapsadığı görülmektedir (Eriş, 2019: 1279). Bu noktada bu çalışmada sağlık turizmi kapsamında uluslararası sağlık turizmi değerlendirilmektedir. Uluslararası sağlık turizmi kapsamında seyahat eden bireyler ise uluslararası hasta olarak tanımlanabilmektedir. Her ne kadar aynı kavram sınır ötesi hasta veya turist sağlığı kapsamında hizmet alan hasta olarak ifade edilse de, sağlık turizmi kapsamında hizmet alan bireyler aşağıdaki kategorilerde değerlendirme kapsamına alınmaktadır (Kaya ve diğ., 2013: 11);

- Medikal turizm
- Turistin sağlığı
- İkili anlaşmalar kapsamında hizmet alanlar
- SGK ile yapılan anlaşmalar kapsamında hizmet alanlar.

Bu noktada turist sağlığı kapsamına giren konular esas amacı sağlık hizmeti almak olmayan bireylerin başka bir ülkede turizm kapsamında seyahatte iken sağlık hizmeti almak durumunda kalmasını içermekteyken diğer durumlarda bireylerin başka bir ülkeye gidişlerindeki temel amaçları sağlık hizmeti almak olmaktadır.

Günümüzde sağlık turizmine yönelik dikkat çekici bir talep artışı olduğu görülmektedir. Bununla beraber dünya turizm sektöründe yaşanan gelişmeler göz önünde bulundurulduğunda sağlık turizmine olan talep artışının süreceği tahmin edilmektedir (Prasad ve Shimizu, 2018: 14). Günümüzde sağlık turizmine yönelik olarak, gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerindeki krizden, sağlık hizmetlerindeki oldukça yüksek fiyatlardan, uzun bekleme sürelerinden ve yaşanan nüfustan kaynaklanan dikkat çekici bir talep artışı yaşanmaktadır. Sağlık turizmi talebinde yaşanan artışların ve sektörde yaşanan büyümenin çeşitli sebepleri vardır. Son yıllarda özellikle zengin ülkelerdeki yüksek sağlık giderleri, uzun bekleme süreleri, uçakla seyahatin ucuzlaması, sağlık hizmeti alırken aynı zamanda tatil yapma isteği ve avantajlı döviz kurları ile ikinci dünya savaşı sonrası neslin (baby-boomer) artık yaşlanmaya başlaması öncelikli sebepler arasında yer almaktadır (Connell, 2006: 1094; Buzcu ve Birdir, 2019: 311-312; Acar ve Turan, 2016: 19). Öte yandan gelişmiş ülkelerdeki yoğun ve stresli iş yaşamı bu

ülkelerdeki hastaları alternatif sağlık merkezleri arayışına yöneltmiştir (Prasad ve Shimizu, 2018: 14). Sağlık sektöründe yaşanan büyümenin bir takım kolaylaştırıcı faktörleri mevcuttur. Bunların başında internet kullanımının artış göstermesi ve esasında sağlık alanında uzman olmayan ancak uluslararası hastalar ile hastaneler arasında aracılık rolü üstlenen yeni şirketlerin ortaya çıkması gelmektedir. Öte yandan büyümenin diğer sebeplerinden biri de bazı ülkelerin sağlık sistemlerinde yaşanan gelişmeler ve bu sağlık sistemlerine yeni teknolojilerin adapte edilmesidir. Ayrıca kozmetik/estetik cerrahiye, özellikle rinoplasti, yağ aldırma, göz cerrahisi ile meme büyütme veya küçültme ve daha basit olarak dövme sildirme gibi uygulamalara olan talebin artış göstermesi de sağlık turizmine olan talebin artmasına sebep olmuştur (Connell, 2006: 1094; Barca ve diğ., 2013: 67).

Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan ve sağlık turizmi kapsamında hizmet alma niyetinde olan bireyler genellikle kaliteli sağlık kurumları ve sağlık çalışanlarının olduğu, fiyat avantajıyla ön plana çıkan ülkelere yönelmektedirler. Bu anlamda en çok sağlık turisti gönderen ülkelerin bu kişileri dışarı gönderme sebepleri temel olarak sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve personel azlığı, yüksek ücretler ve bekleme süreleri ve bakım maliyetlerinin yüksek olması olarak öne çıkmaktadır (Barca ve diğ., 2013: 68-70).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de turizm konusunda ağırlıklı oran klasik tatil turizmine aittir. Ülkemize gelen yabancıların yarısı kadarı dinlenme, gezme ve görme maksadı ile gelen kişilerden oluşmaktadır. Bu durum ise turizmin belirli bir pazar alanına aşırı bağımlılık yaratmakta ve dış etkenlerden etkilenme konusunda kırılganlıklara sebep olmaktadır (İçöz, 2009: 2258). Örneğin Rusya ile yaşanan siyasi gerilim klasik tatil turizminde büyük bir orana sahip Rus turistlerin ülkemizi tercih etmemesine sebep olmuş ve bu alanda büyük zarara uğranılmıştır. Dolayısıyla ülkemiz açısından turizmin farklı alanlarına yönelmek ve bu alanları geliştirmek büyük bir önem arz etmektedir. Burada dikkat çekici diğer bir nokta da kitle turizmi ile gelen turistlerin ortalama harcama düzeylerinin düşük olmasıdır. Öte yandan sağlık turizmi gibi özelleştirilmiş bir takım alanlarda, gelen yabancıların yaptıkları ortalama harcama düzeyi klasik turizm için gelenlerden çok daha yüksek olmaktadır (İçöz, 2009: 2258).

Sağlık turizmine olan talebi artıran nedenler ve kolaylaştırıcı faktörler göz önünde bulundurulduğunda, Türkiye'nin sağlık turizmi açısından büyük bir potansiyele sahip olduğu görülmektedir. İyi yetişmiş sağlık personelleri, uluslararası akreditasyona sahip yüksek donanımlı sağlık kurumları, sağlık hizmetlerinin hem kaliteli hem de çoğu ülkeye göre daha ucuz olması gibi sebepler ülkemiz açısından sağlık turizmini ön plana taşımaktadır. Bu nedenle artık Türkiye açısından deniz, kum, güneş üçlüsüne ek olarak sağlık turizmi sektörü de büyük gelir yaratan sektörlerin içerisinde yer almaktadır. Bununla beraber ülkemizin coğrafi olarak üç kıtaya yakınlığı ve ulaşım imkânlarının gelişmiş olması, tedavi seçeneklerinin yanı sıra hem yaz hem de kış tatili için çok sayıda seçeneğe sahip olması gibi özellikleri dikkat çekmektedir (Buzcu ve Birdir, 2019: 312; Uysal Şahin ve Şahin, 2018: 288; Barca ve diğ., 2013: 71).

Türkiye sahip olduğu özellikleri nedeniyle sağlık turizmi açısından hızlı bir gelişme göstermektedir. Sağlık turizminden elde edilen gelir ve ülkemizi tercih eden turistlerin yıldan yıla artış göstermesi bu duruma kanıt niteliğindedir. Özellikle özel sektörde gerçekleştirilen çabalar sayesinde bu rakamların artması beklenmektedir (Buzcu ve Birdir, 2019: 312). Öte yandan yapılan büyük miktarda yatırıma ve sahip olunan yüksek potansiyele rağmen etkin bir pazarlama sisteminin oluşturulamaması, özel ve kamu sektörü arasında koordinasyonun zayıf olması, dil problemleri gibi nedenlerden dolayı mevcut talep potansiyelin altında kalmaktadır (Buzcu ve Birdir, 2019: 312; İçöz, 2009: 2271). Dolayısıyla ülkemiz açısından büyük bir önem arz eden ve büyük bir gelir kaynağı yaratabilecek olan sağlık

turizmi ile ilgili çabaların sürdürülmesi ve olumsuzlukların giderilerek potansiyelin tamamının kullanılması yönünde çalışmaların sağlanması gerektiği yadsınamaz bir gerçektir.

Sağlık turizmi ile ilgili çalışmalar gerçekleştirilmeden önce bir mevcut durum analizi ile beraber çevre analizinin de gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Böylece mevcut durumda sağlık turizmi açısından sahip olunan özellikler, yaşanan problemler ile muhtemel fırsat ve tehditlerin değerlendirilmesi mümkün olmaktadır. Bu noktada güçlü ve zayıf yönler ile fırsatlar ve tehditlerin değerlendirildiği ve esasen bir iç ve dış çevre analizi olan GZFT (SWOT) analizi yöntemi yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı sağlık turizmi konusunda ilk 10 destinasyon il içerisinde yer alan Adana'nın (Kaya ve diğ., 2013: 23) sağlık turizmi açısından SWOT analizi ile incelenmesidir. Araştırma kapsamında herkese açık ikincil veriler kullanıldığı için etik kurul onayı gerekmemektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın problem cümlesi “Adana ilinin sağlık turizmi açısından güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditleri nelerdir?” cümlesidir. Buradan hareketle öncelikle Adana iline ilişkin genel bilgilere yer verilmiş, ardından Adana ili sağlık alt yapısı ve bir takım göstergeler irdelenmiştir. Adana'nın sağlık alt yapısının ve bazı sağlık göstergelerinin irdelenmesinde ikincil verilerden faydalanılmıştır.

Araştırmada hem literatürde yer alan hem de ikincil verilerden yola çıkılarak ortaya çıkarılan güçlü ve zayıf yönler ile fırsat ve tehditler değerlendirilmiştir. Eriş (2019) tarafından da ifade edildiği üzere, ülkemizin sağlık turizmi alanında sahip olduğu pozisyonu kuvvetlendirmesi ve daha güçlü bir konuma gelebilmesi için her ilin sağlık turizmindeki güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditlerinin bilinmesinin önem arz ettiği görüşmekte, bu amaçla hem iller bazında hem de ülke geneli için sağlık turizmi alanına yönelik SWOT analizlerinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Eriş, 2019). Bu araştırmada Adana ili sağlık turizmi açısından ele alınmış ve SWOT analizi ile değerlendirilmiştir.

Literatürde yer alan Adana ili özelinde gerçekleştirilen diğer bir çalışmada sağlık turizm potansiyeli değerlendirilmiş olup bu çalışmada ilin güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditlerine odaklanılmamıştır (Dökme ve diğ., 2017). Bu bağlamda bu çalışma kapsamı ve yöntemi açısından özgün bir araştırma olma özelliği göstermektedir. Eriş (2019), Şanlıurfa ili özelinde gerçekleştirdiği çalışmada benzer şekilde yöntem olarak SWOT analizini kullanmıştır. Bir başka çalışmada ise Erzincan ilinin SWOT analizi ile değerlendirildiği görülmektedir (Bozça ve diğ., 2017). Bu araştırmada da yöntem olarak SWOT analizi kullanılmıştır. SWOT analizinin gerçekleştirilebilmesi için literatür taraması yoluyla elde edilen bilgiler ile ikincil veriler bir arada kullanılmış, buradan hareketle Adana ilinin sağlık turizmi açısından güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditleri ortaya konulmuştur.

SWOT analizi karmaşık stratejik durumlarda karar verme sürecini desteklemek amacıyla bilgilerin düzenli ve açık bir şekilde ortaya konması şeklinde gerçekleştirilen bir analizdir. Bu yöntemde stratejik durumlar içerisinde güçlü ve zayıf yönler ile fırsat ve tehditlerin değerlendirilmesi; güçlü yönlerin artırılması, zayıf yönlerin ortadan kaldırılmaya çalışılması, tehditlerin önlenmesi ve fırsatların güçlü yönlerle dönüştürülmesi amaçlanmaktadır (Dyson, 2004).

SWOT analizi bir stratejik duruma ilişkin güçlü ve zayıf yönlerin belirlenmesi ve fırsat ve tehditlerin tanımlanmasında kullanılan stratejik bir yaklaşımdır. Bu bağlamda iç ve dış çevre analizlerini içermektedir. SWOT analizi iki temel fayda sağlamaktadır. Öncelikle SWOT güçlü ve zayıf yönleri içeren bir “mevcut durum” analizidir. Burada stratejik duruma ilişkin mevcut durum ortaya konulur. Bununla beraber gelecekte durumun nasıl olabileceğinin irdelendiği bir “gelecek durum” analizi

olarak da ön plana çıkmaktadır. Öte yandan bu yöntemin faktörlerin kantitatif hale getirilerek karar verme sürecinde kullanılmasında yaşanan zorluklar gibi kısıtlılıkları da mevcuttur (Büyüközkan ve diğ., 2020). Bu çalışmada sağlık turizmi açısından ilk on il içerisinde yer alan ve rekabetçi gücünün bulunduğu düşünülen Adana ilinin sağlık turizmi açısından hem mevcut durum hem de gelecek analizinin, iç ve dış faktörleri bir arada toplayarak değerlendirilmesinin olanaklı kılınması açısından SWOT analizi tercih edilmiştir.

ADANA İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Adana konum itibarı ile Türkiye'nin güneyinde, Akdeniz Bölgesi içerisinde yer alan bir ildir. Doğusunda Osmaniye, Kahramanmaraş, Gaziantep; batısında Mersin, Kuzeybatısında Niğde ve Güneydoğusunda Hatay illeri yer almaktadır. Adana'nın güney sınırı ise Akdeniz'dir. Kent merkezi 5, il geneli 15 ilçeden oluşmaktadır ve Türkiye'nin en büyük beşinci ilidir (Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, 2019). 2018 yılı verileri incelendiğinde Adana'nın toplam nüfusu 2 milyon 220 bin 125 kişidir. Bunların 1 milyon 106 bin 811'i erkek, 1 milyon 113 bin 314'ü kadındır. 0-14 yaş arası nüfusu 561 bin 238, 15-65 yaş arası nüfusu 1 milyon 484 bin'dir. 65 yaş üzeri ise 174 bin 887'dir. Dolayısıyla toplam bağımlı nüfus oranı %49,6'dır. Bağımlı nüfusun büyük bir kısmını (%37,82) genç bağımlı nüfus oluşturmaktadır (TUİK veri tabanı, 2019).

Adana sanayisi 1950'li yıllarda tarıma dayalı tekstil ve bitkisel yağ sektörleri olmak üzere tarıma dayalı sanayinin iki ana konusunda gelişmiştir. 1970lerden itibaren ise KOBİ sayısının artmasıyla beraber sektörlerin de çeşitlendiği görülmektedir. Dışa açık büyüme politikalarının benimsendiği 1980lerde ise bir duraklama dönemine girilmiş ve ardından ikinci sanayi hamlesi olarak ifade edilen 1996 yılı sonrasında organize sanayi bölgesi altyapısı tamamlanmıştır. Böylece hemen tüm sektörlerde üretime geçildiği görülmektedir. Adana ilinin yatırım ikliminin müsaitliği, tarıma dayalı sanayi ve gıda sektörü ile ilgili diğer yatırımlar için hammadde kaynaklarına yakınlığı ilin ekonomisi açısından önem arz etmektedir. Öte yandan hem yatırım hem ihracat için uygun altyapıya sahip olunması da dikkat çekmektedir. Adana ülke ekonomisine katkı açısından değerlendirildiğinde altıncı sırada yer almakta, ayrıca 2003 yılı verilerine göre sosyo-ekonomik gelişmişlik açısından ilk onda yer almaktadır (Adaso, 2010: 9).

Adana ili tarıma oldukça elverişli topraklara sahiptir. Bölgede çok sayıda tarım ürünü üretilmektedir. Öte yandan maden açısından da zengin olan Adana ili'nde krom, demir, manganez, kurşun ve çinko yatakları bulunmaktadır (Adaso, 2014: 6).

İmalat sanayi açısından gıda ürünleri ve içecek imalatı %21 ile en yüksek paya sahiptir. Gıda ve içecek imalatının ardından %9 ile tekstil ürünleri, %8 ile makine ve teçhizat imalatı, metal ürünleri imalatı ve kimyasal madde ve ürünlerin imalatı gelmektedir (Adaso, 2014: 6).

Adana'da 1924 yılında kurulan, hem Adana'nın hem de bütün Çukurova'nın tarihi eserlerinin sergilendiği bir müze yer almaktadır. Kuruluş tarihi itibarı ile Türkiye'nin ilk on müzesinden biri olma özelliği göstermektedir. Toplamda 17 bin 071 adet arkeolojik eser ve 26 bin 547 adet sikke bulunmakta, aynı zamanda eski dönemlere ait heykel, lahit, küp, mancınık güllerleri, yazıt ve sunaklar yer almaktadır (Adana Valiliği, 2019). Öte yandan Adana Yumurtalık ve Karataş sahillerinin sahip olduğu doğal güzellikler, Toros Dağları'nda yer alan yaylalar, şifalı sular, bitki ve hayvan çeşitliliği ile ön plana çıkmakta, şehre büyük bir turizm potansiyeli kazandırmaktadır. Antik kent ve kiliselerin yer

aldığı şehir inanç turizmi açısından da dikkat çekmektedir (Gürson ve Sönmez, 2015:18'den akt. Dökme ve diğ., 2017: 310).

Bölgenin en büyük şehirlerinden ve iş merkezlerinden biri olması, gelişmiş bir üniversiteye ve gelenekselleşmiş sosyal etkinliklere sahip olması nedeniyle de kongre turizminde iddialı bir konumdadır (Gürson ve Sönmez, 2015:18'den akt. Dökme ve diğ., 2017: 310). Ceyhan'da Hieropolis-Kastabala antik kenti ve Artemis Perasia Tapınağı, Saimbeyli'deki Kale Kilise, Tufanbeyli'de Şar ören yerindeki Antik Kilise ve kent kalıntıları, Aladağ'daki Akören Kiliseleri inanç turizmi açısından şehir için önemli bir potansiyel oluşturmaktadır (Gürson ve Sönmez, 2015:18'den akt. Dökme ve diğ., 2017: 310).

Adana ili ulaşım açısından da geniş olanaklara sahiptir. İlde hem otoyollar hem de demir yolları yer alırken, sivil ulaşımına 1937 yılında açılan ve 1956 yılından itibaren de uluslararası seferlere açık olan bir de havaalanı mevcuttur (DHMİ, 2019).

ADANA SAĞLIK ALTYAPISI VE SAĞLIK TURİZMİ GÖSTERGELERİ

Türkiye'nin en büyük ve sağlık alanında da önde gelen şehirlerinden biri olan Adana'nın bazı sağlık göstergeleri tablo 1'de, sağlık alt yapısına ilişkin bazı verileri ise tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 1: Türkiye Geneli ve Adana İline Ait Bazı Sağlık Göstergeleri

	Yatak sayısı (10 bin kişiye)	Yoğun Bakım Yatak Sayısı (10 bin)	Aile hekimliği birimine düşen nüfus	112 İstasyonu başına düşen nüfus	Ambulans başına düşen nüfus	Hekime başvuru oranı	Diş hekimine başvuru oranı	Yatak doluluk oranı	Ortalama kalış günü	Yatak devir hızı	Yatak devir aralığı	Kaba ölüm hızı
Adana	32,5	5,9	3.198	41.046	25.773	10,1	0,50	71,2	4,3	60,4	1,7	17,7
Türkiye	27,9	4,5	3.207	30.867	16.418	8,9	0,61	68,1	4,1	60,7	1,9	19,5

Kaynak: Bora Başara ve diğ., (2018)

Tablo 2: Adana Sağlık Altyapısı

	Hastane sayısı	Toplam hastane yatağı	Nitelikli yatak sayısı	Yoğun bakım yatak sayısı	Aile hekimliği birimi	112 İstasyonu	112 Ambulans sayısı
Adana	31	7.201	3.426	1.312	693	54	86

Kaynak: Bora Başara ve diğ., (2018)

2017 yılı verilerine göre Adana'da 31 hastane yer almaktadır. Toplam hastane yatağı sayısı 7 bin 201 ve 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı ise 32,5'tir. Nitelikli yatak sayısı 3 bin 426, yoğun bakım yatak sayısı ise 1.312'dir. 10 bin kişiye 5,9 yoğun bakım yatağı düşmektedir. 693 aile hekimliği birimi mevcuttur ve aile hekimliği birimi başına düşen nüfus 3 bin 198'dir. 54 adet 112 İstasyonu mevcuttur ve her bir 112 İstasyonuna 41 bin 046 kişi düşmektedir. 112 ambulans sayısı 86'dır ve ambulans başına 25 bin 773 kişi düşmektedir. Hekime başvurular incelendiğinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak hekime başvuru oranı 10,1'dir. Diş hekimine başvuru oranı ise 0,50'dir. Yatak doluluk oranı %71,2, ortalama kalış günü 4,3, yatak devir hızı 60,4, yatak devir aralığı 1,7 ve kaba ölüm hızı 17,7'dir. Türkiye genelinde ise 10 bin kişiye düşen yatak sayısı 27,9, nitelikli yatak oranı 67,2, 10 bin kişiye düşen yoğun bakım yatağı sayısı ise 4,5'tir. Aile hekimliği birimine düşen nüfus 3 bin 207, 112 istasyonu başına düşen nüfus 30 bin 867 ve 112 ambulans başına düşen nüfus 16 bin 418'dir. Kişi başı hekime başvuru 8,9, diş hekimin başvuru ise 0,61'dir. Yatak doluluk oranı 68,1, ortalama kalış günü 4,1, yatak devir hızı 60,7, yatak devir aralığı 1,9, kaba ölüm hızı 19,5'tir (Bora Başara ve diğ., 2018). Görüldüğü gibi Adana ili birçok sağlık göstergesi açısından Türkiye ortalamasına göre daha iyi bir durumdayken, bazı sağlık göstergeleri açısından ortalamanın gerisinde kalmaktadır.

Son dönemde hizmete açılan çok sayıda şehir hastanesi bulunmaktadır. Bu hastanelerden biri olan Adana Şehir Hastanesi ise 1.550 yatak kapasitesi ile aktif olarak hizmet vermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018a: 19). Kamu hastanelerindeki özellikli sağlık hizmetleri incelendiğinde Adana Şehir Hastanesi'nde erişkin KVC merkezi, yanık merkezi, replantasyon uygulamaları, genetik hastalıkları merkezi, böbrek nakli merkezi, göz bankası, onkoloji tanı ve tedavi merkezi, LINAC cihazı, Gamma Kamera cihazı, PET-CT cihazı, hiperbarik oksijen tedavisi merkezi, robotik cerrahi ve robotik yürüme merkezi, prematüre retinopatisi tanı ve tedavi merkezi, çocuk izleme merkezi bulunduğu görülmektedir. Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi perinatal merkez hastanelerden biridir. Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM merkez hastanelerindedir. Seyhan, Karaisalı ve Kozan Devlet Hastaneleri palyatif bakım veren 34 yatağa sahiptir (Sağlık Bakanlığı, 2018b). Adana Kozan Devlet Hastanesi ise 2018 yılında anne dostu hastane unvanı almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2018c: 86). 41 ilde açılan 58 Ayakta Tedavi Merkezinden biri Adana'da yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018c: 89-90). Öte yandan hizmete hazır olan 17 adet ambulans helikopterden biri Adana ilinde konuşlanmış vaziyettedir (Sağlık Bakanlığı, 2018c: 130).

Adana Şehir Hastanesi'nin yanı sıra Çukurova Üniversitesi Balcalı Yerleşkesi'nde yer alan Tıp Fakültesi Hastanesi yüksek yatak sayısı ve poliklinik kapasitesiyle hem ülkemizin hem de Ortadoğu'nun en büyük sağlık işletmelerinden biri olma özelliği göstermekle beraber; içinde bulunduğu bölge, hinterlandı ve Güney ve Doğu Anadolu bölgesinden yaklaşık yirmi milyonluk bir nüfusa potansiyel olarak hizmet sunabilecek bir sağlık kurumudur (ASTD, 2013)

Türkiye genelinde sağlık hizmeti alan uluslararası hasta sayısı 2008 yılında 74 bin 093 iken, 2012 yılında bu rakam 261 bin 999'a yükselmiştir. Bu yükselişte kamu hastanelerine başvuruda yaşanan artışın payı olsa da özel hastanelere başvuru sayısının yaklaşık iki kat artmış olması dikkat çekicidir (Kaya ve diğ., 2013: 15). Bu durum özel sağlık kuruluşlarının kamu sağlık kuruluşlarına göre sağlık turizmi alanındaki potansiyeli daha iyi kullandığını göstermektedir. 2012 yılında uluslararası hastaların Türkiye'de toplam 899 hastaneden hizmet aldığı belirtilmektedir. Bu hastanelerin 499 tanesi özel, 308 tanesi devlet hastanesi iken, 66 tanesi eğitim ve araştırma hastanesi, 21 tanesi devlet üniversitesi hastanesi 5 tanesi ise vakıf üniversitesi hastanesi olarak ön plana çıkmaktadır (Kaya ve diğ., 2013: 16). Özel hastanelerin ağırlığı bu rakamlarda da net bir şekilde görülebilmektedir. Ülkemizde 2012 yılında sağlık hizmetleri alan uluslararası hastaların büyük bir çoğunluğu medikal

turizm kapsamında hizmet almış, bunu turistin sağlığı kapsamında hizmet alanlar izlemiştir (Kaya ve diğ., 2013: 16).

Uluslararası hastaların sağlık hizmetleri aldıkları ilk 10 il sıralamasında ilk sırayı Antalya tutmaktadır (Kaya ve diğ., 2013: 22). Genel turizm kapasitesi göz önünde bulundurulduğunda Antalya ilinin ilk sırada olması beklenen bir durumdur. Adana ili ise 2011 yılında 7. Sırada iken 2012 yılında 9.sırada yer almaktadır. İlk onda yer alan iller incelendiğine bu illerde sağlık hizmetleri alt yapısının güçlü olduğu, özel sektörün de nitelik ve nicelik açısından öne çıktığı ifade edilebilir. Adana ili bunlara ek olarak Ortadoğu ülkelerine coğrafi olarak yakın olmasından dolayı ön plana çıkmaktadır (Kaya ve diğ., 2013: 23). Adana ili hem göz hastalıkları alanında hem de ortopedi ve travmatoloji alanında tercih edilen iller arasında 6.sırada yer almaktadır (Kaya ve diğ., 2013: 26-27).

Ülkemizde sağlık hizmeti alan uluslararası hastaların en çok başvurdukları branşlar incelendiğinde ilk üç sırada göz hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji ve iç hastalıkları branşlarının yer aldığı görülmektedir (Kaya ve diğ., 2013: 26).

BULGULAR

Güçlü Yönler

- 1.550 yatak kapasiteli Adana Şehir Hastanesi hem teşhis-tedavi hem de eğitim-araştırma boyutlarında aktif olarak faaliyet göstermektedir.
- Adana Şehir Hastanesi'nde birçok özellikli sağlık hizmeti verilmektedir.
- Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi aktif olarak faaliyettedir.
- Adana Şehir Hastanesi ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi hem bölgenin hem de Ortadoğu'nun en büyük ve kapsamlı hizmet sunan sağlık tesisleri arasında yer almaktadır.
- Hastanelerin teknolojik alt yapısı, gelişmiş ülkeler ile rekabet edebilecek düzeydedir.
- Adana ili toplam yatak sayısı ve yoğun bakım yatak sayısı açısından Türkiye ortalamasının üzerinde yer almaktadır.
- Adana'da hem kamu hem de vakıf tıp fakültesi hastaneleri mevcuttur. Bu hastanelerde iyi yetişmiş sağlık iş gücü görev yapmakta, aynı zamanda nitelikli sağlık çalışanları yetiştirilmektedir.
- Adana ili göz hastalıkları ve ortopedi ve travmatoloji alanında en çok uluslararası hasta başvurusu alan altıncı ildir.
- Adana genel turizm açısından da önemli bir destinasyondur. Çeşitli etkinlikler ve festivallere ev sahipliği yapmaktadır.
- Türkiye'de JCI akreditasyonuna sahip 7 ilden biridir.
- Türkiye açısından genel bir avantaj olan gelişmiş ülkelere göre daha ucuz sağlık hizmeti sunulması Adana ili açısından da önemli bir avantajdır.
- Çok sayıda sigorta şirketi aktif olarak faaliyet göstermektedir.
- Tanınmış güçlü grup hastaneler Adana ilinde de faaliyet göstermektedir.

Zayıf Yönler

- 112 istasyonu ve ambulans başına düşen nüfus Türkiye ortalamasının üzerindedir. Bu alan özellikle turistin sağlığı konusunda bir takım olumsuzlukları beraberinde getirebilir.
- Adana ili, genel turizm potansiyelinin yüksek olmasına rağmen özellikle yaz turizmi kapsamında birçok ilden geride kalmaktadır.

Fırsatlar

- Adana ili bulunduğu bölge ve çevresi değerlendirildiğinde 20 milyonluk bir nüfusa hitap etmektedir.
- Coğrafi konum olarak hem ulusal hem de uluslararası sağlık turizmi açısından uygun bir ildir. Özellikle Ortadoğu bölgesine yakınlığı önemli bir fırsattır.
- Göz hastalıkları ve ortopedi ve travmatoloji alanında en çok başvuru alan altıncı il olması güçlü bir yan olarak görünmekte, bu iki alanın Türkiye geneli sağlık turizmi alanında en çok rağbet gören branşlar olması ise Adana açısından önemli bir fırsat olarak değerlendirilmektedir.
- Adana ve çevresi hem tarihi yapısı hem de kültürel özellikleri nedeniyle ön plana çıkmaktadır. Özellikle inanç turizmi açısından hem ilin kendisi önem arz etmekte, hem de inanç turizmi anlamında önde gelen yerlerden olan Tarsus ve Antakya'ya çok yakın bir konumdadır.
- Niğde, Osmaniye ve Nevşehir kaplıcaları ile dünyanın birçok ülkesinden turist alan Kapadokya bölgesine yakın konumdadır.
- Uluslararası seferlere açık olan bir havaalanı bulunmaktadır. Dünyanın birçok ülkesi ile vizesiz seyahat olanağının olması ve inşaatı devam eden Çukurova Bölgesel Havalimanı ile daha yüksek bir potansiyele hitap etmesi beklenmektedir.
- Türkiye geneli açısından sağlık turizminin önemini anlaşılmaması ve bu yönde politikaların geliştirilmesi ilk on destinasyon arasında yer alan Adana açısından önemli bir fırsattır.
- Uluslararası hastaların sahip olduğu kur değişim oranlarındaki avantajları nedeniyle Türkiye'yi daha çok tercih etmeleri ilk on destinasyonda yer alan Adana ili açısından da daha yüksek bir talep yaratabilecektir.
- Dünya genelinde artan yaşlı nüfusunun yaratması beklenen medikal turizm ve yaşlı turizmi talep artışları Adana ili açısından da bir talep artışına sebep olabilecektir.
- Aracı firmalar özellikle Arap coğrafyası ile yoğun olarak çalışmaktadır ve Adana ili bu coğrafyalara yakın bir konumdadır.

Tehditler

- Sağlık turizmi alanında Antalya, İstanbul, Ankara gibi illerle rekabet edilmektedir ve bu illerde güçlü sağlık kurumları yer almaktadır.
- Adana ili özelinde yurt içi ve yurt dışında tanıtım faaliyetleri yetersiz kalmaktadır.
- Suriye'de yaşanan problemlerden dolayı birçok sınır kapısı kapalı durumdadır.
- Ortadoğu'daki huzursuzluklardan korunmak maksadıyla Türkiye'ye gelen bireylerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Bu durum hem sağlık altyapısının daha yüksek oranda kullanılmasına hem de kaynakların bu alana aktarılmasına sebep olabilmektedir.
- Adana'ya yakın konumda olan Gaziantep ve Mersin illerinde tıp fakültesi hastaneleri bulunmaktadır. Aynı zamanda bu iki ilde çok sayıda özel hastane faaliyet göstermekte ve yüksek yatak kapasitesine sahip Mersin Şehir Hastanesi aktif olarak faaliyet göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünyanın gelişen teknoloji ile beraber “küresel köy” şeklini almaya başladığını ifade eden McLuhan (1962)'dan günümüze kadar geçen yarım asırdan fazla zamanda o dönemde ön görülemeyen teknolojiler dahi ortaya konmuş ve birçoğu günlük hayatta kullanılmaya başlanmıştır. Bu teknolojik gelişmeler birçok alana sirayet etmiş, bilgiye erişim ve seyahat imkânları ise son derece gelişkin bir noktaya gelmiştir. Ayrıca birçok sektörde de devrim niteliğinde gelişmeler yaşanmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Sağlık hizmeti alma amaçlı seyahatler, bir hastalık/tıbbi durum ile ilgili uluslararası konsültasyonlar, alternatif tedavi yöntemlerine erişim gibi uygulamalarla geçmişte de yoğun olarak karşılaşılmaktayken, günümüzün gelişkin teknolojisi, seyahat imkânları ve bu imkânların maliyetinin düşmesi gibi nedenlerle beraber geçmişteki şifa bulma/bilgi alma amaçlı iletişim ve ulaşım faaliyetleri günümüzde had safhaya ulaşmış durumdadır. Bireyler sağlık hizmetlerine erişim açısından kendi ülkeleri içerisinde bir yerden başka bir yere gidebildikleri gibi, uluslararası seyahatler de artış göstermiştir.

Sağlık hizmetlerine erişim açısından gerçekleştirilen seyahatler başlarda az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerdeki zengin kesimlerin kendi ülkelerinde olmayan veya gelişmiş ülkelerde daha kaliteli olarak sunulabilen hizmetler için bu ülkelere gitmesi şeklindeyken, günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin yüksek maliyeti gibi nedenlerle gelişmiş ülkelere gitmekte olan ülkelere doğru gerçekleştirilmektedir.

Türkiye sağlık turizmi kapsamında hizmet alan uluslararası hastaların tercih ettiği ülkeler arasında başı çeken ülkelere biridir. Özellikle son yıllarda ülkemizde sağlık hizmeti alan uluslararası hasta sayısı önemli oranda artmıştır. Ülkemizde sağlık hizmeti alan uluslararası hastalar öncelikle medikal turizm için ülkemize gelenler ve başka amaçlarla ülkemizde buldukları sırada sağlık hizmeti alan turistler olarak ön plana çıkmaktadır. Bu kapsamdaki hizmetlerin yoğunlukla özel hastanelerden alındığı görülmektedir. Ülkemiz ayrıca ikili anlaşmalar ve SGK ile anlaşması olan ülkelere de uluslararası hasta kabul etmektedir.

Türkiye'nin sağlık turizmi alanında önde gelen ülkelere biri olduğu görülmekle beraber potansiyelini tam olarak gerçekleştirmediği ifade edilmektedir. Türkiye sahip olduğu tarihi ve turistik bölgeleri, kültürü, hem yaz hem de kış turizmine olanak veren coğrafi özellikleri, sahip olduğu nitelikli sağlık kurumları ve sağlık çalışanları ve diğer sağlık altyapısı özellikleri ile daha yüksek bir potansiyele sahiptir.

Adana ili Türkiye içerisinde sağlık turizmi amacıyla tercih edilen ilk on il arasında yer almaktadır. Adana sağlık göstergeleri ve sağlık alt yapısına ilişkin bazı göstergeler incelendiğinde, bu göstergeler açısından birçok alanda Türkiye ortalamasının üzerinde yer aldığı görülmektedir. Adana'da yer alan sağlık kurumları incelendiğinde, 1.550 yatak kapasiteli Şehir Hastanesi'nin aktif olarak faaliyet gösterdiği, bunula beraber bir devlet ve bir vakıf üniversitesi tıp fakültesi ile çok sayıda özel hastanenin faaliyette bulunduğu görülmektedir. Özel sağlık kurumlarından JCI akreditasyonuna sahip sağlık kurumlarının varlığı dikkat çekmektedir. Türkiye genelinde hastane programı (hospital program) JCI akreditasyonu almış hastane sayısı JCI web sitesi incelendiğinde 28 olarak görülmektedir. 7 hastane JCI akreditasyonundan gönüllü olarak çekilmiş, 2 hastanenin akreditasyon süresinin dolduğu ve 2 hastane hakkında bilgi yer almadığı görülmüştür. 4 hastanenin ise hastane programının değil sadece bir biriminin akredite olduğu tespit edilmiştir (JCI, 2019).

Adana ili içerisinde Acıbadem ve Medline hastaneleri 2010 yılından beri JCI akreditasyonuna sahipken Çukurova Üniversitesi Klinik Laboratuvarı 2006 yılından beri akreditedir. Dolayısıyla Türkiye genelinde hastane programı akredite olan 28 hastaneden 2 tanesi Adana ilinde yer almakta ve Adana JCI akreditasyonu olan hastanelere sahip 7 ilden biri olarak ön plana çıkmaktadır.

Adana ilinin sağlık turizmi potansiyelinin incelendiği bir çalışmada Adana ilinde sağlık alt yapısının gelişkin olduğu ve uluslararası akreditasyona sahip olan sağlık kurumlarının varlığına dikkat çekilmiş, ancak ilin tanıtım faaliyetlerinin yetersiz olduğu, dolayısıyla potansiyelini tam olarak kullanamadığı ifade edilmiştir (Dökme ve diğ., 2017: 316).

Bu çalışmada Adana ili sağlık turizmi açısından SWOT analizi ile incelenmiştir. Yapılan analiz neticesinde Adana'nın sağlık turizmi açısından güçlü yönleri ile fırsatlarının zayıf yönleri ve tehditlere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla Adana açısından güçlü yönlerin korunması, zayıf yönlerin iyileştirilmesi, fırsatlardan mümkün olan en üst düzeyde faydalanılması ve olası tehditlerin bertaraf edilmesi önem arz etmektedir.

Adana'nın SWOT analizi neticesinde, ilin sağlık turizminde daha iyi bir konuma gelmesi ve sürdürülebilir bir rekabet üstünlüğü sağlayabilmesi için bir takım öneriler getirilmiştir. Öneriler aşağıdaki gibidir;

- Adana'nın tarihi ve turistik değerleri ile coğrafi yapısı ve kültürel özelliklerinin getirdiği genel turizm potansiyeli artırılmalı ve sağlık turizmi ile entegrasyonu sağlanmalıdır.
- Adana'ya çok yakın konumda olan termal turizm olanaklarının sağlık turizmi ile bütünleştirilmesi sağlanmalıdır.
- Turistin sağlığı kapsamında daha iyi bir hizmet verilebilmesi için Türkiye ortalamasının altında kalan 112 istasyonu ve ambulans sayısının artırılması önerilir.
- JCI akreditasyonuna sahip hastanelerin bu akreditasyonu sürdürmeleri, akreditasyona sahip olmayan hastanelerin ise JCI tarafından akredite edilme noktasında teşvik edilmesi sağlanmalıdır. Aynı zamanda bakanlıkça gerçekleştirilen standardizasyon uygulamalarına uyum gösterilmesi gerekmektedir.
- Hastane yatak sayısının ve özellikle nitelikli yatakların sayısının artırılması önerilir.
- Yeni gelişen sağlık turizmi alanlarında görev alacak olan mevcut personele yönelik eğitim programlarının uygulanması önerilir.
- Sağlık turizmi alanında görev alacak personelin yabancı dil becerilerinin gelişkin olması gerekmektedir. Ayrıca bu personellerin yoğun olarak hasta gönderen ülkelerin kültürel özelliklerini bilmesi avantaj sağlayacaktır.
- Sağlık personeli yetiştiren kurumların eğitim kalitesinin yükseltilmesi, gelecekte de kaliteli sağlık hizmetleri sunulmasını olanaklı kılacak, Adana'nın kaliteli sağlık hizmetleri sunumunda tercih edilen iller arasındaki yerini sağlamlaştıracaktır.
- Anlaşılmalı kurum sayısının artırılması, bu kurumlar kapsamında sigortalı bireylerin sağlık hizmetleri almak için Adana'yı tercih etmesini sağlayabilecektir.
- Uluslararası hastalar ile hastaneler arasında iletişim sağlayan aracı kurumların Adana ilinde de yoğunluklu olarak faaliyet gösterebilmesi için karşılıklı protokoller yapılmalıdır.
- Adana'da sunulan sağlık hizmetleri içerisinde yer alan çok sayıda özellikli sağlık hizmetinin ve bu hizmetlerin Adana'da verilebildiğinin hem ulusal hem de uluslararası çapta tanıtım faaliyetleri kapsamına alınması önerilir.
- Hem ülkemizde hem de dünya genelinde yaşlı nüfusun hızla artması söz konusudur. Bu nedenle yaşlı turizmüne önem verilmeli, kronik ve dejeneratif hastalıklar konusunda küresel çapta rekabet edilebilir hale gelmelidir.
- Göz hastalıkları ile ortopedi ve travmatoloji alanında kurum başına düşen uluslararası hasta anlamında sürdürülebilir liderlik hedeflenmeli, ilk onda yer bulunamayan alanlara odaklanılarak en azından ilk onda yer alınması sağlanmalıdır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

KAYNAKÇA

Acar, N. ve Turan, A. (2016). Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi Farkındalığı Üzerine Bir Araştırma: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanları Örneği. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 17(1), 17-36.

Adana Valiliği. (2019). Şehrimiz. 20.11.2019 tarihinde <http://www.adana.gov.tr/sehrimiz> adresinden alınmıştır.

Adaso. (2010). Adana Sanayi Odası Stratejik Planı (2014-2017), Doküman No: KY/PL/04.

Adaso. (2014). Adana Sanayi Odası Stratejik Planı (2010-2012).

Arslan, İ., Eren, M.V. ve Kaynak, S. (2016). Sağlık ile Kalkınma Arasındaki İlişkinin Asimetrik Nedensellik Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 31(2), 287-310.

ASTD. (2013). Adana Destinasyonu Irak Sağlık Turizmi Pazar Araştırması Raporu, Adana Sağlık Turizmi Derneği.

Barca, M., Akdeve, E. ve Balay, İ. G. (2013). Türkiye Sağlık Turizm Sektörünün Analizi ve Strateji Önerileri, İşletme Araştırmaları Dergisi, 5(3), 64-92.

Bora Başara, B., Soyutun Çağlar, İ., Aygün, A., Özdemir, T.A. ve diğ.(2018). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2018.

Bozça, R., Kırış, F.Ç. ve Kırış R. (2017). Sağlık Turizmi SWOT Analizi: Erzincan. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3), 157-163.

Buzcu, Z. ve Birdir, K. (2019). Türkiye'de Medikal Turizm İncelemesi: Özel Hastanelerde Bir Çalışma. Gaziantep University Journal of Social Sciences, 18(1), 311-327.

Büyüközkan, G., Mukul, E., Kongar, E. (2020). Health tourism strategy selection via SWOT analysis and integrated hesitant fuzzy linguistic AHP-MABAC approach. Socio-Economic Planning Sciences (in press), 100929.

Connell, J. (2006). Medical Tourism: Sea, Sun, Sand and... Surgery. Tourism Management, 27(6), 1093-1100.

Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, (2019). İlimizi tanıyalım. 14.11.2019 tarihinde <https://adana.csb.gov.tr/ilimizi-taniyalim-i-1222> adresinden alınmıştır.

Dökme, S., Parlayan, M.A. ve Yağar, F. (2017). Adana İlinin Medikal Turizm Potansiyelinin Değerlendirilmesi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 5(42), 298-320.

Dyson, R.G. (2004). Strategic development and SWOT analysis at the University of 724 Warwick. European Journal of Operational Research, 152(3), 631-640.

Eriş, H. (2019). Şanlıurfa Sağlık Turizmi SWOT Analizi. Electronic Journal of Social Sciences, 18(71), 1278-1298.

İçöz, O. (2009). Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm Ve Türkiye'nin Olanakları. Journal of Yasar University, 4(14), 2257-2279.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Kaya, S., Yıldırım, H.H., Karsavuran, S. ve Özer, Ö (2013). Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara.

Liu, T. S. ve Miller, T. A. (2008). Economic Analysis of the Future Growth of Cosmetic Surgery Procedures, Plastic and Reconstructive Surgery, 121 (6), 404e-412e.

McLuhan, M. (1962). The Gutenberg Galaxy. Canada: University of Toronto Press.

Prasad, K. B. ve Shimizu, T. (2018). Potential of Health Tourism Development in Nepal: Literature Review and Future View. Journal on Tourism & Sustainability, 2(2), 14-29.

Sağlık Bakanlığı (2018a). Sağlık Göstergeleri, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı, https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/inc/saglik_gostergeleri.pdf, Erişim Tarihi, 01.12.2019.

Sağlık Bakanlığı (2018b). Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu 2017, Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2018c). Sağlık Bakanlığı 2018 Yılı Faaliyet Raporu, 16.11.2019 tarihinde <https://sgb.saglik.gov.tr/dokumanlar/faaliyet-raporlari> adresinden alınmıştır.

Salsberg, E. ve Grover, A. (2006). Physician Workforce Shortages: Implications and Issues for Academic Health Centers and Policymakers. Academic Medicine, 81(9), 782-787.

TÜİK veri tabanı. (2019). Bölgesel İstatistikler, (20.11.2019) <https://biruni.tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/degiskenlerUzerindenSorgula.do>.

Uyanık, Y. ve Yüksel, A. (2017). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyümeye Etkisi: Bir Meta-Sentez Çalışması. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 5(12), 42-51.

Uysal Şahin, Ö. ve Şahin, M. (2018). Türkiye’de Sağlık Turizminin Potansiyeli ve Geleceği: SWOT Analizi. Journal of Awareness, 3(5), 287-300.

DHMİ. (2019). Adana havalimanı. 03.11.2019 tarihinde <https://adana.dhmi.gov.tr/Sayfalar/icerik-detay.aspx?oid=1491> adresinden alınmıştır.

JCI. (2019). Search for JCI-Accredited Organizations. 05.12.2019 tarihinde <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/> adresinden alınmıştır.

OFTALMOLOJİDE, PREMATÜRE RETİNOPATİSİ OLAN BEBEKLERDE DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMETİ YAKLAŞIMI

VALUE-BASED HEALTH CARE APPROACH AT BABIES WITH RETINOPATHY OF PREMATURITY IN OPHTHALMOLOGY

Dr. Öğr. Üyesi E. Fatma SEYFİOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Kliniği, İstanbul
nurhanseyfioglu@hotmail.com, orcid.org/0000-0002-5410-1558

Makale Gönderim- Kabul Tarihi (17.03.2020-10.07.2020)

Özet

Değer temelli sağlık hizmeti verilen hizmetin kalitesini nicelikten ziyade değerleri yansıtan çıktıları ölçüp geliştirerek iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Hastalar açısından önemli olan, az maliyetle elde edilen sonuçları anlamak, ölçmek, optimize etmek, sağlık sisteminde yeni paradigma olacaktır. Sağlık hizmeti sağlayanlar bu paradigma ile hizmetlere ulaşma, yüksek kalite, düşük maliyet, hasta odaklı tedavi, tedavi etkinliğinde ve hasta memnuniyet düzeyinde artışı sağlayarak tanımlanan “değer”i maksimize etmiş olacaktır. Göz hastalıkları servisinde prematüre retina dekolmanı (PR) olan yenidoğan bebekler veya göz ünitesine gelen diğer hastalar değere odaklanmayı hak etmektedir. Hastalara yapılan gereksiz test ve tedavileri azaltmak, değeri maksimize etmek için bir başlangıç noktası olacaktır. Ülkemizde PR tanısı olan yenidoğan bebeklerin sayısı artmakta, bebeklerde körlük-kalıcı görme kaybı ortaya çıkmaktadır. Bunları önlemek amacıyla etkili birtakım önlemler alınmalıdır. Bu çalışma, gelecekte PR sıklığının ve retinopati morbiditesinin azaltılmasına yönelik bir çalışma olup bu ciddi sorunların, yeni bir yaklaşım olan “Değer Temelli Sağlık Hizmeti Yaklaşımı” ile çözüme kavuşabileceği anlayışıyla yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Değer Temelli Sağlık Hizmeti, Oftalmolojide Değer, ROP

Abstract

Value-based care aims measuring outputs reflecting values rather than quantity and tries improving the quality of the healthcare service. New paradigm will be understanding, measuring and optimizing outcomes for the entire process for a given disease obtained with the lowest cost possible. Therefore, the providers will be able to maximize “value” defined by ensuring access to the services, high quality, low costs, patient-oriented care and ensuring the increase in the efficiency of care and patient satisfaction levels. Either newborns with Retinopathy of Prematurity (ROP) or others at ophthalmic units, everyone deserves value-oriented care. Decreasing the number of unnecessary tests and treatments will be a starting point for maximizing value. Number of newborns

diagnosed with ROP is increasing and this is causing blindness and permanent visual disabilities. This work is focusing on decreasing frequent ROP and retinopathy morbidity cases in the future and it is carried out with an understanding that these serious problems can be tackled with a new approach: "Value Based Healthcare".

Key Words: Value-based healthcare, value in Ophthalmology, ROP

GİRİŞ

Sağlık hizmetinin sahip olduğu nitelikler, onların ayırt edici özelliklerine önemli ölçüde katkı sağlamakta ve aynı zamanda hastaya verilen değeri etkilemektedir. Söz konusu bilgi ve beceriler ile herhangi bir sağlık hizmeti alanında hüküm sürmekte olan norm ve kuralların mutlak gözleminde yola çıkarak tıbbi hizmet sunucular, hastaların sorunlarını çözmek üzere tasarlanmış olanaklar sunmaktadır. Hasta sorunlarını çözmek için bu olanaklar hayati öneme sahip olmakla beraber, bunların uygulanabilmesi ve hasta tarafından erişilebilir olması çoğunlukla maliyetleriyle doğru orantılıdır (Matysiewicz, 2016:56).

Sağlık harcamaları sürdürülemez seviyelere doğru yükselmeye devam ederken değer temelli sağlık hizmetine duyulan ihtiyaç gittikçe artmaktadır. Artan hasta güvenliği ve sonuçlara duyulan gereksinim ve beklentinin yanı sıra günümüz teknolojisi değer temelli sağlık hizmeti (DTSH) için temel oluşturmaktadır (Ammatuna&Gaul, 2018:58).

Türkiye’de 2018 yılı bebek ölümlerinin %65.3’ünün yenidoğan döneminde olduğu bildirilmektedir. Bu ölümlerin %12.7’si ilk gün ve %31.5’i ilk haftada gerçekleşmiştir (TÜİK, 2018). Bu dönemde ölüm oranı (mortalite) ve hastalık oranı (morbidite) riski fazla olan bebek yüksek riskli yenidoğan olarak tanımlanmaktadır. En sık morbidite nedenlerinde ilk sırayı erken doğum ve bununla ilişkili komplikasyonlar alır (Harrison & Goldenberg, 2016). Buna karşın hızla gelişen teknoloji ve artan bilgi birikimiyle bu ölümlerin %75’den fazlası yoğun bakım koşullarında önlenmektedir (Yiğit ve Ügücü, 2019:201).

Prematüre doğumlar yenidoğan ölümlerinin başlıca sebeplerinden biridir. Yaşayan bebeklerde ise kısa ve uzun dönem etkileri olan prematüre retinoplasti (PR) gibi ciddi morbiditeler görülebilmektedir (Dorum ve diğ., 2019:191). Hastalığın sıklık ve ciddiyeti gebelik yaşı ve doğum ağırlığının azalmasıyla artmaktadır (Sancak ve diğ., 2019:63). PR; tarama ve tedavi programları ile önlenbilir ve tedavi edilebilir çocukluk çağı körlük nedenlerinin başında gelmektedir (Eriş ve diğ., 2018:204).

Ülkemizde prematüre retinopatisi olan bebeklerin sayısı artmakta, bununla birlikte bebeklerde körlük ve kalıcı görme kaybı ortaya çıkmaktadır. Bu ciddi sorunların değer temelli sağlık hizmeti yaklaşımıyla çözüme kavuşacağı düşünülmektedir.

1. Değer Temelli Sağlık Hizmeti ve Değer Kavramı

En basit manada sağlık hizmetlerinde değer aşağıdaki denklemle tanımlanabilir (Porter, 2010:2477): Sağlık hizmetlerinde değer = sonuçlar (hasta iyileşme çıktıları) / maliyet

Sağlık hizmetlerinde değer, girdilere değil sonuçlara bağlı olduğundan, değer, verilen hizmetin niceliğinden ziyade elde edilen çıktılar ölçülerek hesaplanmaktadır. Değer hastane odaklı ve hizmeti verenlere göre değil hasta odaklı olarak tanımlanmaktadır (Egdom et al., 2019:1164). Bu denklemde DTSH kavramı her bir unsuru tarafından ayrı ayrı tanımlanabilir. Bu unsurlardaki optimizasyonlar değeri maksimum seviyeye getirecek olan inovasyon ve iyileştirmelere imkân tanıyacak ve böylece hastanın kendisi, sağlık hizmeti verenler ve maliyeti karşılayanlar bundan faydalanacaktır. Dolayısıyla nihai olarak bütün sağlık sistemi en uygun hale gelecektir (Roben et al., 2018:312).

DTSH çerçevesinde bu denklemdeki pay, “sonuçlar”, hastalar için en önemlisi olan ve tedavinin sonunda elde edilen sonuçtur. Hasta tedavisinin sonucunu kapsayan tek bir sonuç yoktur. Sonuçlar, kısa ya da uzun vadeli hastaliksız sağ kalma, fonksiyonel durum, yaşam kalitesi ve hasta deneyimini içerebilir. Bu karmaşıklığa bir başka boyut ekleyerek bu sonuçların her birinin hastalar açısından göreceli önemi (şahsi tercihleri, inançları ve kültürlerine bağlı olarak) farklılık göstermekte olup tedavi değerinin algısını etkilemektedir (Roben et al., 2018:312).

Bu denklemin paydası, “maliyet” verilen her bir sağlık hizmetine harcanan parayı ifade etmektedir. Her ne kadar ilk bakışta bunun hesaplanması çok kolay gözükse de, gerçekte elimizde bulunan araçlarla hesaplamak oldukça zor olmaktadır. Çünkü DTSH belli bir hastalığa sahip olan bir hastanın bütün tedavi sürecinde kullanılan kaynakların toplam maliyetini içermektedir. Bu maliyet ideal olarak, hekim ve personel zamanı, ekipman, muayene alanı ve daha fazlasını içeren karmaşık maliyet muhasebesi yöntemlerine dayanarak gerçek bakım maliyetinin hesaplanmasını içerir. Bu çerçevede, tedavinin “gerçek” maliyetine odaklanılmakta, keyfi ücretlendirmelere, harcamayı yapanlara ve ödeme şekillerine odaklanılmamaktadır (Roben et al., 2018:312).

Bu denklem kullanılarak maliyet en uygun noktaya getirilirken değer maksimize edilmiştir. Dolayısıyla daha düşük maliyetlerle aynı sonuçlar sunularak, maliyetleri düşürerek ve sonuçları daha büyük oranda iyileştirerek veya en iyi ihtimalle sonuçları iyileştirip maliyetleri düşürerek değer artırılabilir. Bununla birlikte bazı uzmanlar maliyeti azaltmanın en önemli yolunun süreci geliştirmek olduğunu belirtmişlerdir (Porter, 2009:110).

Değer yaratmanın özünde belirli bir hastalığı ya da birbirine bağlı bir grup hastalığı (tüberküloz, meme kanseri, diyabet) önlemek, teşhis etmek ve bunlar için bakım sağlamak yer alır. Ayrıca değer, sağlık hizmetinin tüm alanlarını bütünleştirme, geliştirme ve anlama için alt yapı oluşturur (Seyfioğlu, 2019:803).

Sağlık hizmetlerinde değer iyileştirilmesi, hastalara ve ailelere çözüm sunan hasta merkezli bir sistem gerektirir. Hastalara ve ailelere verilen değer, bakım ihtiyacını ortadan kaldırarak ya da daha fazla akut bakım ihtiyacını ya da uzun süreli sakatlık miktarını azaltacak şekilde, erken evre bakımdan geçerek artmaktadır. Değer geliştiren çözümler, sadece tedaviye değil, aynı zamanda sağlık hedefine odaklanır (Seyfioğlu, 2019:803). Hastaların bakış açısına göre ise, belirli bir sağlık hizmeti, ölümü ve sakatlığı önliyorsa değer yaratır (Kim et al.,2013:1062).

2. Oftalmoloji’de Prematüre Retinopatisi Olan Bebeklerde Değer Temelli Sağlık Hizmeti

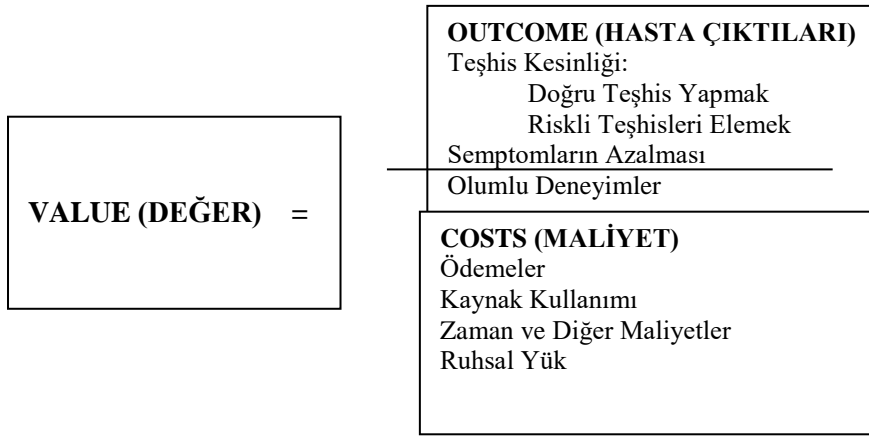
1942 yılında hastalığı ilk olarak Terry, erken doğan bebeklerin retina damarlarının anormal çoğalmasıyla gelişen retinal vasküler bir hastalık olarak tanımlanmıştır (Eriş ve diğ., 2018:204). 1951-1956 yılları arasında yapılan çalışmada hastalığın nedenin yenidoğanlara uygulanan kontrolsüz oksijen kullanımı olduğu bildirilmiştir (Dolgun, 2017:139).

Yenidoğan yoğun bakım koşullarının iyileştirilmesi ile daha düşük doğum ağırlıklı bebeklerin yaşaması sağlanmakta, ancak bu durum prematüre retinopatisinin daha çok sayıda bebekte görülmesi ile sonuçlanmaktadır (Gül ve Bülbül, 2018:172). Prematüre retinopatisi (Retinopathy of prematurity; ROP), büyük oranda engellenebilir olmasına rağmen gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde çocukluk çağının en önemli körlük nedenlerinden biridir (Koçak ve Arıtürk, 2014:1-17). Gelişmiş ülkelerde çocukluk çağı körlüklerinin %6 ile %18’nin ROP’a bağlı olduğu tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) vizyon 2020 programında ROP hastalığını bir halk sağlığı sorunu olarak öncelikli engellenebilir hastalıklar içine almıştır (Gül ve Bülbül, 2018:172). Yapılan birçok çalışma en çok

bilinen risk faktörlerinin düşük doğum ağırlığı (Eriş ve diğ., 2018:204) ve küçük doğum haftası olduğunu göstermektedir. Özellikle 1000 gr altı ve 28 haftadan erken doğumlarda retinopati sıklığının belirgin olarak arttığı bilinmektedir. Bunun yanı sıra birçok risk faktörü (genetik, ırk, hipokarbi-hiperkarbi, çoğul gebelik, sepsis, hiperglisemi, intraventriküler kanama, preeklamsi, steroid kullanımı, sürfaktan kullanımı, bronkopulmoner displazi vs.)(Wirth et al.,2019:1059) olmakla birlikte yoğun bakımda alınan oksijen tedavisi diğer önemli faktördür (Koçak ve Arıtürk, 2014:1-17). Yapılan bir çalışmada 25-32 gün oksijen tedavisi alan bebeklerde ROP hikayesi olmamakla birlikte, 23-83 gün oksijen tedavisi alan bebeklerde şiddetli ROP görüldüğü ortaya çıkmıştır (Wirth et al.,2019:1059).

Değer temelli sağlık hizmeti belli bir hastalığa sahip olan bir hastanın bütün tedavi sürecine odaklanmaktadır. Göz kliniği hastalarına odaklanmayla birlikte değer denkleminin bileşenleri kullanılarak optimizasyon değeri kavramsallaştırılabilir (Şekil1) (Roben et al., 2018:313).

Şekil 1: Değer Denkleminin Bileşenleri



Kaynak: Roben et al., 2018:313.

2.1. Sonuçlar (Hasta Çıktıları)

Genel olarak, prematüre doğan bir bebek ve ailesi için en önemli sonuçlar, sağ kalma, körlüğün ve kalıcı görme kaybının olmaması, cerrahi komplikasyonlar, nörogelişimsel sonuçlar ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini içerebilir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YDYBÜ)'nde tedavinin bu sonuçların birçoğunu nasıl etkilediğini belirlemek zor olabilir.

Prematüre retinopatisine bağlı görme kaybının önüne geçilmesinin en iyi yolu iyi bir tarama programı oluşturmaktır. Halen ülkemizde prenatal ve perinatal risk faktörleri tam olarak belirlenememekte, bebeklerin bir kısmı uygun olmayan şartlarda ve yerlerde dünyaya gelmektedir. Ayrıca ülkemizde göz ve çocuk hekimlerinin PR ve risk faktörleri konusunda iletişimleri tam kurulamamıştır. Tarama açısından ülkemizde klinikler arası belirlenmiş bir görüş birliği oluşturulmamıştır. Genel olarak kabul edilen 1500 gr ve altı 32 haftanın altında doğan tüm prematüre bebekler ile risk faktörü taşıyan, yoğun bakımda yatarak tedavi görmüş, oksijen kullanım hikayesi olan 35 hafta altında doğan tüm prematüre bebeklerin PR açısından taranmasıdır (Koçak ve Arıtürk, 2014:6). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde elde edilecek ilgili sonuçlar şunlardır (Roben et al., 2018:313-314):

- *Teşhis Kesinliği.*

Doğru teşhisi koymak ve riskli teşhisi elemek. Bu durum “yanlış negatifleri” en aza indirirken “doğru pozitifleri” tanımlamayı ve maksimize etmeyi, yani mevcut bir hastalığı tanımlamayı ve önemli teşhisleri kaçırmamayı içerir.

- *Düzeltilebilecekleri düzeltmek.* Teşhisi erken safhada koyarak vitreoretinal cerrahi gerekliliğini azaltılması sağlanır.
- *Semptomları rahatlatma.* YDYBÜ'ne yatırılan hastaların semptomlarında bir azalma olması sağlanır.
- *Hasta ve aile tecrübesi.* Sonuçlar hasta ve aile perspektifinden ele alındığında “hasta ve aile tecrübesi” tedavinin güvenilirliği, çalışanların bilgisine dair verilen güvence, hizmet verenlere duyulan güven, hizmet verenlerin hastalara duyduğu empati ve sağlık kurumundan memnuniyet olmak üzere birçok unsurdan meydana gelmektedir (Morgan et al., 2012:359).

2.2. Maliyet

Yenidoğan yoğun bakım prematüre bebeklerin göz taramaları ile alakalı gerçek toplam maliyeti hesaplamak zordur. YDYBÜ beklenen tedavi sürecinin bir parçası olmadığından, yoğun bakım maliyetini, belli bir hastalık için verilen tedavi sürecine yerleştirmek zordur. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde dikkate alınması gereken maliyetler arasında şunlar bulunmaktadır:

- *Testlerin ve tedavilerin maliyeti.* İdeal şartlarda hastalar aldıkları tedavinin, hizmet sağlayıcılar ise sundukları tedavinin gerçek maliyetlerini bilmelidir. Zamana dayalı faaliyet temelli maliyetlendirme (ZDFTM), tedavi aşamalarından her birinin maliyetini hesaplamak için kullanılan bir yöntemdir (French et al., 2016:173). ZDFTM sistemi, diğer sistemlere oranla daha kolay, ucuz, hızlı kurulan ve geliştirilen aynı zamanda daha basit ve esnek bir sistemdir (Küçüktüfekçi ve Güner, 2014:216). ZDFTM göz tedavisinin tüm aşamalarının maliyetini belirlemede kullanılabilir. Buna göz ünitesinde tıbbi ve cerrahi danışmanların kullanıldığı kaynakları göz önünde bulundurmada da dâhildir. Ayrıca hasta için kesinti ve ek ödeme şeklinde maliyet paylaşımının ek bir maliyet olduğu ve sigorta kapsamına bağlı olarak büyük ölçüde değiştiği göz önüne alınmalıdır.
- *Zaman (hasta ve ailesi perspektifinden).* Sağlık hizmeti kalitesinin belirlenmesinde ve algılanmasında, hastaların veya ailelerin bekleme süreleri, çalışanların nezaketi ve tutarlılığı, hizmete ulaşılabilirlik, sunulan hizmetin bir kerede ve doğru olarak yapılması, beklenmedik bir durumda çalışanların gerekli çözümleri bulması ve yanıt vermesi ile hizmetin zamanında ve eksiksiz olarak yerine getirilmesi gibi unsurlar önemli rol oynamaktadır (Kıdak ve diğ., 2015:487). Aileler bir tedavinin ne kadar sürdüğüne oldukça önem verdiği için yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan, prematüre retinopatisi olan, göz hekiminin ilgilendiği bebeklerin ailelerinde aciliyet duygusu hâkimdir; bir hekimin normal zamanlarda birkaç gün içinde yapacağı testler, tıbbi işlemler daha kısa sürede yapılıyor olmasına rağmen, bu süre aileler için oldukça uzun algılanabilir.
- *Dolaylı masraflar.* Bunlara acil bakımda harcanan zaman, akaryakıt ve park için harcanan para, ilaçların maliyetleri ve yan etkileri, YDYBÜ'nde yapılan teşhisler sonrasında verilen randevular için harcanan zaman ve para, bebeğin muayene sırasındaki travması ve bunun yanı sıra ailelerin duygusal yükü maddi olmayan maliyeti dâhildir.

3. Göz Hastalıkları Ünitesinde Sağlık Hizmetinin Değerini Belirlemedeki İncelikler

DTSH'de sonuçlar hekim ve sağlık kurumundan ziyade hasta ve ailesinin perspektifinden hesaplanır. Buna göre hasta veya ailesine en önemli gelen sonuçların ne olduğuna göre algılanan sağlık hizmeti değeri değişebilir. Her ne kadar sonuçlar rutin tedaviye ihtiyaç duyan kronik hastalıklara sahip olan hastalarda değişkenlik gösterse de, yenidoğan yoğun bakımda yatan prematüre bebeklerde daha değişken olabilir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde aynı belirtilerin görüldüğü, aynı teşhisle yatan, aynı testlerin uygulandığı ve aynı ilaçların verildiği birçok bebeğin ailesinin her birinin sağlık hizmetinin değerini algılayış biçimi farklılık gösterebilir. Bir hastaneyi tercih eden hastalar ve yakınları, sunulan hizmetten bireysel olarak beklentileri ve edindikleri çevresel bilgiler ile belirli hizmeti görmeyi umarak gelir. Hasta ve yakınlarının bu beklentileri ne derece iyi karşılanabilirse memnuniyet düzeyi o kadar artacaktır. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti verilen hizmetin hasta veya ailesinin beklentilerini karşılaması ya da hastaların verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır

(Yavan Temizkan, 2018:148). Bu süreçte sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde hastanın başvurusundan, muayene teşhis, tedavi ve bakım sonuçlarının alınmasına kadar gerçekleştirilen tüm faaliyetler önemli rol oynamaktadır. Sağlık hizmetinin kalitesini belirleyen unsurlar; hizmetin sunulduğu ortam, görünüm, hizmetin zamanlaması, hizmeti sunanların konularında uzman olması, hizmetin süreklilik arz etmesi, güvenilir, doğru ve esnek olmasıdır (Kıdak ve diğ., 2015:487). Kalitenin hasta çıktılarının bir bileşeni olduğu düşünülürse, sağlık hizmetinde değer artışı ile kalite arasında bir doğru orantı söz konusudur. Kaliteyi belirleyici bazı özellikler sıralanırsa (Korkmaz ve Çuhadar, 2017:75):

- *Etkinlik*: Sağlık durumunun yükseltilmesi için verilen çaba,
- *Etkililik*: Hastalık durumunun iyileştirilebilme derecesi,
- *Verimlilik*: Hastalık durumunu ortadan kaldırırken düzelmeleri bozmaksızın, maliyetlerin azaltılması,
- *Optimallik*: Maliyetler ile iyileşme arasındaki dengenin korunması,
- *Kabul edilebilirlik*: Hizmet gören hastalar ile sağlık profesyonelleri arasında iletişim ve hastaların isteklerine uygunluk,
- *Meşruluk*: Toplumsal tercihlere uygunluk,
- *Eşitlik*: Sağlık hizmetinin sunumunda ve kullanılmasında adil olunmasıdır.

Prematüre retinopati tedavisi bağlamında değer temelli bir yaklaşımın farklı cerrahi stratejiler için gerekli olan anlayışı ortaya koyması ve tedavi etkinliğini artırması (sonuçları iyileştirip masrafları sabit tutarak veya düşürerek) beklenmektedir (Egdom et al., 2019:1163). Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki zorluk, DTSH'ni maksimize ederken sonuçların ve maliyetin her bir hastada değişkenlik gösterebileceğini kabul etmektir.

4. Göz Hastalıkları Ünitesinde Değeri Maksimize Etme ve Maliyeti Azaltma

Riskli yenidoğana yönelik Dünya'da ve ülkemizde 1950'lerde başlayan süreç ve gelişmeler birbirine paralellik göstermektedir. Yenidoğan fizyolojisi, davranışları ve gereksinimlerine yönelik bilgi birikimi her geçen gün artmaktadır. Bununla birlikte yenidoğan yoğun bakım tasarımı, kullanılan teknoloji ve kanıta dayalı hemşirelik bakımının içeriği değişmektedir (Soylu ve Uygun, 2018:2). Yenidoğan fizyolojisine dayalı bilgi birikiminin artması ve teknolojinin ilerlemesinin yanı sıra ROP hastalarında değeri arttırmak ve maliyeti azaltmak için birtakım uygulamalar yapılmalı ve programlar belirlenmelidir.

4.1. Tedavi Gerektiren Hastalarda Daha Az Komplikasyon Olması, Düşük Maliyetli Tedavinin Zamanlamasının İyi Yapılması ve Yüksek Maliyetli Tedavilerin Azaltılması

Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki hekimler, prematüre doğan bebekleri PR açısından değerlendirilmek üzere hızlı bir şekilde alanında uzman göz hekimine müracaat etmelidir. Çünkü ciddi PR tedavi edilmediği sürece retina dekolmanı ile sonuçlanabilir (Sancak ve diğ., 2019:63). Gebelik yaşı 32 hafta ve altında, ağırlığı 1500 gram ve altında olan bebek veya risk faktörü taşıyan, yoğun bakımda tedavi gören, oksijen kullanım hikâyesi olan prematüre bebekler PR açısından göz hekimleri tarafından değerlendirilmeye alınmalıdır. Prematüre bebeklerin ne zaman ve ne sıklıkla muayene edilmesi gerektiği halen tartışma konusu olmakla birlikte, ilk tarama doğumdan 4 hafta sonra yapılmalıdır. PR taraması, tedaviye ihtiyacı olan veya takip gerektiren bebeklerin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Takip muayeneleri oftalmolog'un retinadaki muayene bulgularına bağlı olarak belirlenir. Prematüre retinopatisinde eşik evre beklenmeden yapılan tedavi ile olumsuz sonuçlar azalmaktadır. Özellikle yüksek riskli eşik öncesi evrede uygulanan lazer fotokoagülasyon ile retinopatide komplikasyonsuz gerileme sağlanmaktadır (Koçak ve Arıtürk, 2014:24-25-75).

4.2. Yetişmiş İnsan Gücünün Efektif Kullanılması, Artan İş Gücü ve Zaman Kaybının Azaltılması

Prematüre retinopatisine bağlı görme kaybının önüne geçebilmenin en iyi yolu, iyi bir tarama programı oluşturmaktır. Aynı zamanda erken ve uygun tedavi hastalığın ilerleyişinin durdurulmasında çok önemlidir(Sancak ve diğ., 2019:63).Günümüzde tarama için kullanılan tüm kılavuzlar uluslararası epidemiyoloji çalışmalarının sonuçlarına göre düzenlenmiştir. Düşük doğum ağırlığına ve haftasına sahip tüm bebekler kendi ülke kılavuzlarına göre düzenli aralıklarla muayene edilmektedir. Tüm bu muayeneler PR ile ilgilenen sınırlı sayıdaki göz hekimine ek iş yükü, sağlık sistemi sağlayıcılarına mali yük getirmektedir. Bunun yanında her bir muayene, birçok sistemik hastalıkla boğuşan, hayata zor tutunmuş prematürelere için ek bir travma ve stres kaynağı olmaktadır. Göze yapılan manipülasyonlar, uygulanan topikal damlalar ve kapak spekulumunun her biri okülokardiyak refleks aktivasyonu, sistemik tansiyon ve oksijen saturasyon değişiklikleri, solunum arrestine kadar ilerleyebilen solunum ritm bozukluklarına neden olmaktadır (Koçak ve Arıtürk, 2014:65). Tüm bu sorunlar göz önüne alındığında, son zamanlarda ileri evre PR geliştirecek bebekleri erken tespit etmek, gereksiz muayeneleri azaltmak, artan iş gücü ve zaman kaybını engellemek amacı ile ilgili çalışmalar devam etmektedir. Bu bağlamda Hellström ve ark. WINROP adı verdikleri algoritma ile doğum sonrası erken haftalarda ileride gelişebilecek ağır retinopati riskini tahmin etmeyi amaçlamışlardır. Wu ve ark. (2010) aynı algoritmayı kullandıkları bir çalışmada tedavi gerektiren retinopati vakalarının hepsini ortalama 9 hafta öncesinden tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Sonuç olarak WINROP algoritması bebeklerde stres yaratan ve ilgilenen hekimin iş yükünü azaltacak gereksiz muayenelerin önüne geçmek amacı ile tasarlanmış bir veritabanı sistemidir (Koçak ve Arıtürk, 2014:65).

Günümüzde tarama ve dokümantasyon amacı ile dijital görüntüleme sistemleri (RET-CAM) kullanılmaya başlanmıştır. RetCam bebekte minimal stres oluşturarak retina periferinin geniş açılı görüntülenebilmesini sağlamaktadır. Hekim gerektirmeksizin eğitilmiş hemşire veya teknisyen ile görüntü kaydedilip değerlendirileceği merkeze gönderilme avantajına sahiptir. RetCam görüntülemenin tedavi edilebilir PR'de tarama açısından fayda sağladığı, muayene sayılarını azalttığı bildirilmiştir (Wu et al., 2010:445). Sonuç olarak, ülkemizde bebek körlüklerini engellemek amacı ile etkili bir tarama programı oluşturulması şarttır. Risk altındaki bebekleri daha iyi belirleyebilmek için daha fazla hastanın alındığı çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır. Zaman içinde WINROP sisteminde yapılacak iyileştirme ve modifikasyonlar, muayene sayılarında azalma ve iş gücünün verimli kullanılmasını sağlayabilir(Koçak ve Arıtürk, 2014:65).

4.3. SCAMP (Standart Klinik Değerlendirme ve Yönetim Planları)

Gereksiz kaynak kullanımını azaltmak, kaliteyi arttırmak için başka bir araç Standart Klinik Değerlendirme ve Yönetim Planları (SCAMP)'dır. İlk SCAMP 2009 yılında Boston Çocuk Hastanesi'nde kardiyovasküler program, doktor ve hemşirelik liderleri tarafından diğer pediatrik kardiyologların desteği ile tasarlanmış ve uygulanmıştır (Rathod et al., 2010:344). SCAMP, geliştirilen esnek yol haritalarıyla yüksek değerli tedaviyi teşvik etmeye çalışmaktadır. Her SCAMP, belirli bir duruma sahip çeşitli hasta popülasyonu için, örneğin göğüs ağrısı veya yüksek kolesterol için standart bir bakım yolu belirler. Tıbbi tedaviye ilişkin öneriler, karar verme konusunda rehberlik sağlayacak şekilde karar ağaçları olarak yapılandırılmıştır. Bir SCAMP geliştirme, uygulama ve değiştirme süreci, mevcut tıbbi yönetim standartlarına dayalı olarak klinik karar verme ve sağlık bakım sunumunu hızla optimize etmeye yardımcı olur (Farias et al., 2013:912).Standart Klinik Değerlendirme ve Yönetim Planları başlangıçta uzman fikir birliği ile oluşturulur, ancak zaman içinde tedavideki bilgiye dayalı sapmaları yakalar ve algoritmanın kendi kullanımından elde edilen sürekli toplanan verilere dayanarak hızla revize edilir(Roben et al., 2018:315).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

SCAMP'ların en önemli üç hedefi; uygulama varyasyonunu azaltmak, kaynak kullanımını optimize etmek ve hasta bakımını iyileştirmektir (Farias et al., 2013:913).

4.4. Practing Wisely Yaklaşımı

İlk olarak Oliver Wyman ve sonra John Hopkins'deki yazar ve cerrah Dr. Marty Makary tarafından geliştirilen Practicing Wisely, sağlık hizmeti sunanları yüksek değerli sağlık hizmetlerine yönlendirmeye çalışan bir yaklaşımdır. Bu program, hekimin ulusal bir rehberle bağlı kalmasını ve meslektaşlarının büyük bir grubunun performansı ile kendisinin bu bağlılığını karşılaştırmasını sağlar. Bu yaklaşım ile birlikte hekimler benzer vakalar için klinik kararlar verir. Amaç, özellikle belirli bir durum için meslektaşlarından çok daha fazla test veya prosedür uygulayan hekimlerin neden olduğu aşırı kullanımı azaltmak ve yüksek değerli sağlık hizmeti sunmaktır (Roben et al., 2018:315).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetinde tam ve tedavi süreçlerinde her geçen gün yeni teknolojiler ortaya çıkmaktadır. Öte yandan Türkiye'de PR tanısı olan yenidoğanların sayısı artmakta olup körlük ve kalıcı görme kaybına sebebiyet vermektedir. Bebeklerdeki ciddi hasarı önlemek için sağlık hizmeti yaklaşımında değişikliğe gidilmelidir. Çözümlerden biri değer temelli sağlık hizmeti sunmakla olmaktadır. Sadece hastaların ihtiyaçlarını karşılamak değer yaratmak için yeterli değildir. Değer, sunulan hizmeti geliştirerek değil, bütün zincir boyunca bakımı bütünleştirerek sağlanır. Değer temelli sağlık hizmeti, hastalara maksimum toplam değer sağlamak amacıyla sağlık sistemi bileşenlerini tasarlar, düzenler, işletir, entegre eder ve yönetilmesini hedefler. DTSH ile maliyetlerin azalması, hasta memnuniyet düzeyinin artması, kısıtlı sayıdaki personelin zamanını daha etkin bir şekilde kullanması ve verimlilik artışı hedeflenir, aynı zamanda klinik sonuçların gelişmesi beklenir.

Sonuç olarak, ülkemizde körlükleri ve kalıcı görme kayıplarını önlemek amacıyla etkili bir takım önlemler alınmalıdır. Düşük doğum ağırlığına ve haftasına sahip tüm bebekler düzenli aralıklarla muayene edilmelidir. Tüm bu muayeneler PR'lı hastalarla ilgilenen göz hekimlerine iş yükü, prematüre bebekler içinse ek bir travma ve stres kaynağı oluşturmakta ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına mali yük getirmektedir. Tüm bu sorunlar göz önüne alındığında ileri evre PR geliştirecek bebeklerin erken teşhis edilmesi, gereksiz muayenelerin engellenmesi, PR farkındalığının artırılması (özellikle YDYB ünitesindeki hekimlerin), oluşturulan tarama programlarının (WINROP gibi) uygulanması, tele tıp uygulamalarının devreye girmesi önem arz etmektedir. Zaman içinde sistemde yapılacak iyileştirme ve modifikasyonlar ile muayene sayılarında azalma ve iş gücünün verimli kullanılması sağlanabilir. Bunlar değer temelli sağlık hizmeti yaklaşımı döngüsünün bir parçasıdır. Bu bağlamda PR'ye neden risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu risk faktörlerinin en aza indirilmesi gelecekte PR sıklığının azaltılmasını sağlayabilir. Bununla birlikte PR tarama programları, ailelerin bilinçlendirilmeleri, YDYB ünitesinde yatan bebeklerin takibini yapan hekim ve oftalmologların birlikte çalışması sonucu etkin tedavinin zamanlamasının iyi yapılmasıyla görme kayıpları önenebilir.

KAYNAKÇA

Ammatuna, G. and Gaul, P. (2018). Relearning for Value-Based Care. Talent Management , 56-60.

Dolgun, G., (2017). Prematüre Retinopatisi ve Hemşirelik Yaklaşımları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 33(1):138-147.

Dorum, B. A., Köksal, N., Özkan, H. ve Çakır, S. Ç. (2019;17(2)). İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü-1 ve Prematüre Morbiditeleri: Bronkopulmoner Displazi, Prematüre Retinoplastisi, İntraventricüler Kanama ve Nekrotizan Enterokolit. Güncel Pediatri, JCP , 189-199.

Egdom, L., Lagendijk, M. and Hazelzet, J. (2019). Implementation of Value Based Breast Cancer Care. European Journal of Surgical Oncology , 1163-1170

Eriş, E., Perente, İ., Seymen, Z., Vural, A., Erdoğan, G., Onur, U., Yiğit, U., Öğreden, T., Sucu, M.E. ve Gümüş, G. (2018). 2015-2016 Yılları arasında Premature Retinopatisi Sıklığının ve Ana Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Bakırköy Tıp Dergisi, 14:204-8.

Farias, M., Jenkins, K., Lock, J. and Rathod, R. (2013). Standardized Clinical Assessment and Management Plans (SCAMPs) Provide a Better Alternative to Clinical Practice Guidelines. Health Affairs , 911-920.

French, K. E., Guzman, A. B., Rubio, A. C. and Frenzel, J. C. (2016). Value Based Care and Bundled Payments: Anesthesia Care Costs for Outpatient Oncology Surgery Using Time-Driven Activity-Based Costing. Healthcare 4 , 173-180.

Gül, F., Bülbül, A. (2018). Prematüre Bebeklerde Retinopati Gelişimine Etki eden Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. JAREM, 8(3), 171-6.

Harrison, M. S. and Goldenberg, R. L. (2016). Global Burden of Prematurity. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine, 21,2 , 74-79.

Kıdak, L. B., Nişancı, Z. N. ve Burmaoğlu, S. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü: Kamu Hastanesi Örneği. Yönetim ve Ekonomi 22(2), Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. , 483-500.

Kim, J. Y., Farmer, P. and Porter, M. E. (2013). Redefining Global Health-Care Delivery. Lancet 382 , 1060-1069.

Koçak, N. ve Arıtürk, N. (2014). "Prematüre Retinopatisi İnsidans ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi". Samsun, Türkiye: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, 1-94.

Korkmaz, S. ve Çuhadar, U. (2017). Sağlık Hizmeti Kalitesi ve Sağlık Kurumunu Tekrar Tercih Etme Niyeti arasındaki İlişki: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırmaları Dergisi 3(1) , 72-87.

Küçüktüfekçi, M. ve Güner, M. F. (2014). Zamana Dayalı Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Sistemi ve Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Sistemi . Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , 211-226.

Matysiewicz, J. (2016). Systemic Products and Value Creation Process in Healthcare Networks. Journal of Economics and Management , 55-63.

Morgan, S. R., Smith, M. A. and Pitts, S. R. (2012). Measuring Value for Low-Acuity Care Across Settings. The American Journal of Managed Care 18(9) , 356-363.

- Porter, M. E. (2009). A Strategy for Health Care Reform-Toward a Value-Based System. The New England Journal of Medicine , 109-112.
- Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? The New England Journal of Medicine 363:26 , 2477-2481.
- Rathod, R. H., Farias, M.and Friedman, K. G. (2010). A Novel Approach to Gathering and Acting on Relevant Clinical Information:SCAMPs. Congenital Heart Disease , 343-353.
- Roben, E., Johnson, J.and Verghese, G. R. (2018). Value-Based Health Care in the Pediatric Emergency Department. Elsevier, vol19 (4) 312-316
- Sancak, S., Topçuoğlu, S., Çelik, G.ve Günay, M. (2019). Prematüre Retinopatisi Sıklığı ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni , 63-68.
- Seyfioğlu, E. F. (2019). Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Modeli. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 799-822.
- Soylu, H.ve Uygun, S. S. (2018). Dünya'da ve Türkiye'de Neonatoloji'nin Gelişimi ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Organizasyonu. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 9(1) , 1-8.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2018). Ölüm İstatistikleri. 3/11/2019 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri> adresinden alınmıştır.
- Wirth M., Naud A., Caputo G.and Hascoet J.M. (2019). Algorithm for Predicting Threshold Retinopathy of Prematurity is İnsufficient and Fundus Examinations are Still Needed Before 31 Weeks. Acta Paediatrica, 1049-1059
- Wu, C., Vanderveen, D.and Löfqvist, C. (2010). Longitudinal Postnatal Weight Measurements for the Prediction of Retinopathy of Prematurity. Arch Ophthalmol;128 , 443-447.
- Yavan Temizkan, Ö. (2018). Hizmet Kalitesi Algı ve Beklentilerinin Analizi: Bir Devlet Hastanesi Örneği. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi CEEİK , 147-158.
- Yiğit, R.ve Ügücü, G. (2019). Yüksek Riskli Yenidoğan ve Bakımının Tarihsel Gelişimi:Dünya ve Türkiye. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi , 200-211.

SAĞLIK KURUMLARINDA İLETİŞİM YETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

A RESEARCH ON THE EVALUATION OF COMMUNICATION COMPETENCIES IN HEALTH INSTITUTIONS

Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ

Yozgat Bozok Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,
fatih.santas@bozok.edu.tr, orcid.org/0000-0002-0595-4183

Dr. Öğr. Üyesi Rukiye NUMANOĞLU TEKİN

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,
numanoglu@baskent.edu.tr, orcid.org/0000-0001-9637-1866

Makale Gönderim- Kabul Tarihi (17.04.2020-12.07.2020)

Özet

Bu araştırmanın amacı, sağlık yönetimi bölümünde öğrenim gören öğrencilerin hekim görüşmeleri sırasındaki sağlık iletişimi yetkinliğinin değerlendirilmesidir. Araştırmanın evrenini Bir Vakıf Üniversitesi'nin Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencileri oluşturmaktadır (N=71). Çalışmada, sağlık yönetimi bölümünde öğrenim gören tüm öğrencilere ulaşılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Araştırmada katılımcıların iletişim yetkinliklerinin çeşitli demografik değişkenlere göre farklılaştığı belirlenmiştir. Çalışma sonucunda gerek toplum gerekse hekimler için doğru iletişimin önemine yönelik eğitimler verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: İletişim, Sağlık Kurumları, Öğrenci

Abstract

The aim of this study is to evaluate the health communication competence of the students of the Healthcare Management Department during the physician interviews. The universe of the study is composed of the Health Management Department of a Vakif University (N = 71). In the study, all students studying in the health management department were reached. The questionnaire was used as a data collection tool in the study. In the study, it was determined that the communication competencies of the participants differ according to various demographic variables. As a result of the study, it can be suggested to provide training for the importance of correct communication for the community and physicians.

Key Words: Communication, Health Institutions, Student

GİRİŞ

Dünya genelinde özellikle son 10 yıllık süreçte sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hasta güvenliği konuları oldukça önem kazanmış ve hasta odaklı sağlık bakım hizmeti kaliteli sağlık hizmeti sunumunun temel bileşeni olarak belirlenmiştir. Hasta odaklı sağlık bakım hizmeti hastanın değerlerine, tercihlerine ve ihtiyaçlarına yönelik olarak hasta, hasta yakını ve sağlık hizmeti sunucusu arasında işbirliğine dayanan bir bakım hizmeti olarak tanımlanmaktadır ve hasta ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki etkili iletişim, hasta odaklı sağlık bakım hizmetinin temel gerekliliğidir (Institute of Medicine, 2001; Institute of Medicine, 2010; Boykins, 2014).

Sağlık iletişimi; hastanın tıbbi geçmiş bilgilerinin ve semptomlarına ilişkin bilgilerin alındığı, hastalığın tanısı ve prognozu ile ilişkili bilgilerin değerlendirildiği, uygulanacak tedavi hakkında ve/veya yapılacak tıbbi müdahale ile ilişkili hastanın bilgilendirilmiş onamının alındığı, hastaya tedavi sürecine katılımı ile ilişkili bilgi verildiği ve danışmanlık yapıldığı bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Yapılan bu tanım hasta ile sağlık hizmeti sunucuları arasında etkili iletişim sağlanmasında en önemli rolün hekime düştüğünü ortaya koymaktadır. Hasta ve hekim arasında genellikle asimetrik bir ilişki söz konusudur: Hekim bir sağlık problemi ve bu problemin çözüm yolları hakkında detaylı bilgiye sahipken, hasta bu sağlık problemini yaşayan ve yardıma ihtiyacı olan kişi konumundadır. Hekim sağlık hizmeti sunucusu konumundayken, hasta bu hizmet için bir maliyete katlanmaya gönüllü “alıcı” konumundadır. Hekim belirli bir alanda uzmanlaşmış profesyonel birey iken hasta bu alanla ilişkili sınırlı bilgiye sahip olan veya hiçbir bilgisi bulunmayan kişi konumundadır. Tüm bu nedenlerden kaynaklı olarak hekim-hasta arasında hekimin uzmanlık gücünü kullandığı ve hastanın pasif alıcı konumunda olduğu “yukarıdan aşağı” bir ilişki durumu söz konusu olmaktadır ve bu ilişki tarzı genellikle hastanın olumsuz bir sağlık hizmeti deneyimi yaşamasına ve bunun sonucunda düşük hizmet kalitesi algısına yol açmaktadır (Duffy, 2004; Franceschi, 2018).

Sağlık hizmetlerinde kalite Donabedian tarafından teknik kalite ve tedavi sanatının birleşimi olarak tanımlanmış ve tedavi sanatının içerisinde en önemli unsurun kişilerarası ilişkiler olduğu ortaya konulmuştur. Sağlık hizmetine başvuran hastalar hekimleri ile yüz yüze iletişim kurarak, sağlık durumlarının nasıl olduğunu, var olan hastalık durumunda sağlık durumlarının bu hastalıktan nasıl etkileneceğini, sağlık durumlarını değiştirmek ve/veya yönetmek için neler yapabileceklerini öğrenmek istemektedirler. Hastalar sağlık durumları ile ilişkili bu bilgilerin tümüne doğru ve anlaşılabilir bir dilde ulaşmak arzusundadırlar ve bu arzularının gerçekleşmesiyle etkili ve verimli kişilerarası ilişkiler ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kişilerarası ilişkilerin iyiliği, özellikle hekim-hasta arasında kurulan kişilerarası ilişkilerin temeli; etkin dinleme, davranış, beden dili kontrolü, açık olma, güven verme ve iletişimin doğru bir şekilde gerçekleştiğini onaylayan geribildirim öğelerine dayanmaktadır ve yapılan çalışmalar kişilerarası ilişkilerin iyiliğinin teknik kaliteyi önemli ölçüde etkilediğini ortaya koymaktadır. Özellikle diyabet, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı gibi kronik hastalıkların yönetiminde hekim-hasta arasında etkili iletişimin var olması durumunun hastalık prognozunu önemli ölçüde etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Miller, 1991; McBride vd, 1994; Donabedian, 1988; Lansky, 1998; Institute of Medicine, 2001; Beck, Daughtridge & Sloane, 2002).

Hekim-hasta arasında etkili iletişimin kurulabilmesi için öncelikle hekimlerin ve hastaların iletişim konusundaki yetkinliklerinin belirlenmesi gerekmektedir. Sağlık iletişiminde yetkinlik, iletişimsel davranışların analiz edilmesini gerektirmektedir. Buna göre; hekimlerin ve hastaların iletişim sürecinde amaçlarını açık ve etkili bir şekilde ortaya koyan iletişimsel hareketler göstermeleri ve birbirlerinin amaçlarını anlamalarını sağlayan iletişimsel davranışlar sergilemeleri sağlık iletişiminde yetkinlik olarak tanımlanmaktadır. Hekim-hasta arasında kurulan iletişimde yetkinlik değerlendirmeleri her iki tarafın iletişimde neyi başarmak istedikleri, verilen mesajları nasıl

algıladıkları ve gösterilen davranışlara hangi anlamları yüklediklerine bağlı olarak değişmektedir (Cegala, 1996; Cegala, 1998; Tezel Kahrıman, 2016).

Literatür incelendiğinde hekim-hasta iletişimi üzerine yapılan çok sayıda çalışma bulunduğu göze çarpmaktadır, ancak bu çalışmaların çok azında hekim-hasta iletişiminde yetkinlik konusu üzerine durulmuştur. Bunun temel nedeni iletişimsel davranışlara dayanan sağlık iletişimi konusundaki yetkinliğin ölçülmesinin hekim-hasta arasında muayene odasında gerçekleşen sürecin incelenmesini gerektirmesidir. Ancak hasta mahremiyeti ve etik konular nedeniyle muayene sürecinin incelenmesi genellikle mümkün olmamaktadır (Cegala, 1996; Cegala, 1998; Newman vd, 2004; Tengland, 2008; Farin vd, 2014; Tezel Kahrıman, 2016). Bu çalışma alanyazında belirlenen boşluğa katkı sağlamak üzere sağlık yönetimi bölümünde öğrenim gören öğrencilerin hekim görüşmeleri sırasındaki sağlık iletişimi yetkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın amacı, sağlık yönetimi bölümünde öğrenim gören öğrencilerin hekim görüşmeleri sırasındaki sağlık iletişimi yetkinliğinin değerlendirilmesidir. Sağlık hizmetinden istenen başarının elde edilmesinde en önemli koşullardan birisi hasta ile hekim arasında oluşturulan iletişimdir. Hasta iletişim yetkinliği özellikle hastaların güçlenmesi ve hastalıklarını kendi kendine yönetmeleri açısından oldukça önemlidir. Semptomlarını, tedavi sürecini ve kronik hastalığını yönetebilen hastalar aynı zamanda hekim-hasta iletişiminde de aktif rol oynayabilmektedirler. Ayrıca, hasta iletişim yetkinliklerinin hekimlerin iletişim becerileri üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır. Bu çalışmada katılımcıların en son aldıkları sağlık hizmetinde iletişim yetkinlikleri değerlendirilerek ilgili alanyazına katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Bir Vakıf Üniversitesi'nin Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencileri oluşturmaktadır (N=71). Çalışmada, ilgili üniversitenin sağlık yönetimi bölümünde öğrenim gören tüm öğrencilerine ulaşılmıştır. Araştırma, 05.11.2018-09.11.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket, toplam 41 sorunun yer aldığı iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm katılımcıların özelliklerinin belirlenmesine yönelik olup, 5 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümde Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği bulunmaktadır. Ölçek Tezel Kahrıman (2016) tarafından geliştirilmiş, geçerliği ve güvenilirliği yapılmış 36 sorudan oluşmaktadır. Ölçek likert tipi olup, 1 (kesinlikle katılmıyorum) ve 7 (kesinlikle katılıyorum) arasında puanlar almaktadır.

Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerliğinin analiz edilmesinde faktör analizinden ve güvenilirliklerinin analizinde ise Cronbach Alpha katsayısından yararlanılmıştır. Veriler; tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, iki bağımsız grupta t testi, ikiden fazla bağımsız grup için tek yönlü varyans analizi, varyans analizinde gruplar arasındaki farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için Tukey testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Geçerlik ve Güvenirlik Analizi

Araştırma ölçeklerinin geçerliğinin sınanması amacıyla araştırma verisine faktör analizi uygulanmıştır. Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği için yapılan analiz sonucunda, faktör analizine uygunluğun ve örneklem yeterliliğinin belirlenmesinde kullanılan KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) değeri 0,908 olarak bulunmuştur. Literatürde KMO değerinin 0,60'ın üzerinde olması yeterli bulunduğundan (Alpar, 2013) elde edilen bu değer kabul edilebilirdir. Korelasyon matrisinin birim matrise eşit olup olmadığını incelemesinde kullanılan (Alpar, 2013: 292) Bartlett Küresellik Testi sonucunda Ki-kare istatistiği 3983,443 olarak tespit edilmiş olup, bu değer istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 3983,443$ df:630, $p < 0,001$).

Tablo 1'de verilen döndürülmüş faktör yükleri ve özdeğerler, 36 ifadenin 6 faktör altında toplandığını ve açıklanan toplam varyansın %87,394 olduğunu göstermektedir. Faktörler, Tezel Kahriman (2016) tarafından isimlendirildiği gibi İlk üç faktör özyetkinlik ve diğer üç faktör diğer yetkinlik şeklinde adlandırılmıştır.

Tablo 1. Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeğinin Faktör Analizi Sonuçları

Değişkenler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6
1. Sağlık sorunumla ilgili öyküyü doktora iyi bir şekilde anlattım.	0,884					
2. Sağlık sorunumun belirtilerini doktora iyi bir şekilde tanımladım.	0,918					
3. Hangi ilaçları aldığımı doktora iyi bir şekilde açıkladım.	0,876					
4. Doktorun sorularına eksiksiz cevap verdim.	0,889					
5. Doktorun sorularına dürüstçe cevap verdim.	0,892					
6. Doktora anlamadığım bir şey olduğunda söyledim.		0,731				
7. Doktora tekrarlamasını istediğim bir şey olduğunda söyledim.		0,741				
8. Doktordan anlamadığım terimleri açıklamasını rica ettim.	0,628					
9. Doktora tüm sorularımı sordum.			0,655			
10. Bana sorulan sorulara cevap verdim.	0,865					
11. İhtiyacım olan tüm bilgileri aldım.			0,645			
12. Güvene dayalı bir ilişkiye katkıda buldum.			0,715			
13. Açık ve dürüsttüm.	0,833					
14. Doktor sağlık sorunumun ne olduğunu beni memnun edecek şekilde açıkladı.				0,846		
15. Doktor sağlık sorunumun nedenini beni memnun edecek şekilde açıkladı.				0,875		
16. Doktor iyileşmem için neler yapabileceğimi beni memnun edecek şekilde açıkladı.				0,879		
17. Tedavi seçiminin avantajları ve dezavantajlarını beni memnun edecek şekilde açıkladı.					0,827	
18. Doktor ihtiyaç duyulan tahlillerin amaçlarını beni memnun edecek şekilde açıkladı.					0,823	
19. Doktor reçete edilen ilaçların sağlık sorunuma nasıl çözüm olacağını beni memnun edecek şekilde açıkladı.					0,846	

20. Doktor reçete edilen ilaçları nasıl kullanacağını beni memnun edecek şekilde açıkladı.					0,896	
21. Doktor ilaçların olası yan etkilerini beni memnun edecek şekilde açıkladı.					0,830	
22. Doktor sağlık sorunumun uzun vadede sonuçlarını beni memnun edecek şekilde açıkladı.					0,864	
23. Doktor benim için önemli bilgileri tekrar etti.					0,789	
24. Doktor açıkladıklarını anladığımdan emin oldu.						0,802
25. Doktor yönlendirmelerini anladığımdan emin oldu.						0,838
26. Doktor benim söylediklerimi anlayıp anlamadığını kontrol etti.						0,820
27. Doktor soru sormam için beni cesaretlendirdi.						0,653
28. Doktor bana sağlık sorunumla ilgili sorular sordu.				0,838		
29. Doktorun soruları açık ve anlaşılırdı.				0,731		
30. Doktor anlayabileceğim dili kullandı.				0,809		
31. Doktor sıcakkanlı ve arkadaşçaydı.						0,910
32. Doktor güvene dayalı bir ilişkiye katkıda bulundu.						0,864
33. Doktor beni önemseydiğini gösterdi.						0,906
34. Doktor beni rahat ve konforlu hissettirdi.						0,917
35. Doktor bana merhamet gösterdi.						0,854
36. Doktor açık ve dürüstü.						0,898
Özdeğerler	17,618	9,421	1,925	1,058	0,739	0,702
%	48,938	26,170	5,346	2,939	2,052	1,949
Birikimli %	48,938	75,108	80,458	83,393	85,445	87,394

Ölçeklerin güvenilirliğini belirlemek için hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı Tablo 2’de verilmektedir. Tablo 2’de görüldüğü gibi çalışmada kullanılan ölçeklerin Cronbach Alpha değerleri ölçeğin geneli için 0,984 olarak ve boyutları için 0,900’ün üzerinde bulunmuştur.

Tablo 2. Veri Toplama Aracının Güvenirliği

Boyutlar	Madde Sayısı	Cronbach Alpha Katsayısı
Özyetkinlik	13	0,968
Faktör 1	8	0,961
Faktör 2	2	0,775
Faktör 3	3	0,915
Diğer yetkinlik	23	0,988
Faktör 1	6	0,971
Faktör 2	7	0,968
Faktör 3	10	0,974
Tüm Ölçek	36	0,984

BULGULAR

Araştırma kapsamında yer alan katılımcıların tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı Tablo 3'te verilmektedir. Buna göre katılımcıların %62,0'sinin 21 yaş ve altında, %73,2'sinin kadın, %29,6'sının birinci sınıfta olduğu görülmektedir. Katılımcıların %52,1'i en son başvuru yaptığı kurumun özel hastane olduğunu ve %63,4'ü en son 2 ay ve daha uzun süre önce sağlık kurumuna başvuru yaptığını ifade etmiştir.

Tablo 3. Katılımcılara İlişkin Özellikler

Değişkenler	Sayı	%
Yaş (yıl)		
≤21	44	62,0
≥22	27	38,0
Cinsiyet		
Kadın	52	73,2
Erkek	19	26,8
Öğrenim Görülen Sınıf		
1	21	29,6
2	20	28,2
3	15	21,1
4	15	21,1
En son başvurulanan sağlık kurumu		
Kamu hastanesi	24	33,8
Özel hastane	37	52,1
Aile hekimi	10	14,1
Sağlık kurumuna en son başvuru zamanı		
1 ay ve daha az süre önce	26	36,6
2 ay ve daha uzun süre önce	45	63,4
Toplam	71	100,0

Tablo 4'te araştırmanın değişkenlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler yer almaktadır. Katılımcıların özyetkinlik boyutlarına verdikleri cevapların puan ortalamalarına bakıldığında, en yüksek puanın faktör bir (5,73) ve en düşük puanın ise faktör 3 (5,37) boyutuna verildiği görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin diğer yetkinlik boyutlarının ortalaması 4,79 ile 5,11 arasında değişim göstermiştir. Katılımcıların algıları 7'li Likert Ölçeği ile değerlendirildiğinden bu çalışmaya katılan öğrencilerin algılarının orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Tablo 4. Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	Min.	Max.	Ort	S.S.
Özyetkinlik Faktör 1	1,00	7,00	5,73	1,45
Özyetkinlik Faktör 2	1,00	7,00	5,55	1,51
Özyetkinlik Faktör 3	1,00	7,00	5,37	1,67
Diğer yetkinlik Faktör 1	1,00	7,00	5,11	1,73
Diğer yetkinlik Faktör 2	1,00	7,00	4,95	1,72
Diğer yetkinlik Faktör 3	1,00	7,00	4,79	1,80

Tablo 5'te özyetkinlik boyutlarına ilişkin gerçekleştirilen analiz sonuçları verilmektedir. Katılımcıların birinci faktöre göre puanlarının yaş ($t=-2,223$; $p<0,05$), cinsiyet ($t=2,555$; $p<0,05$), en son başvurulanan sağlık kurumu ($F=2,179$; $p<0,05$) ve sağlık kurumuna en son başvuru zamanına ($t=2,273$; $p<0,05$) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir. Faktör 2 sınıf ve sağlık kurumuna en son başvuru zamanı; Faktör 3 ise yaş ve cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermiştir.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Çalışanların Çeşitli Değişkenlere Göre Özyetkinlik Boyutlarına İlişkin Analiz Sonuçları

Değişkenler	Özyetkinlik Faktör 1		Özyetkinlik Faktör 2		Özyetkinlik Faktör 3	
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.
Yaş (yıl)						
≤21	5,44	1,67	5,31	1,73	5,07	1,94
≥22	6,21	0,82	5,94	0,99	5,86	0,95
	t=-2,223; p=0,029		t=-1,711; p=0,092		t=-2,180; p=0,045	
Cinsiyet						
Kadın	5,89	1,19	5,68	1,36	5,59	1,49
Erkek	5,29	1,98	5,21	1,88	4,77	2,02
	t=2,555; p=0,032		t=1,163; p=0,249		t=2,463; p=0,037	
Öğrenim Görülen Sınıf						
1	5,88	0,97	5,95	1,23	5,41	1,54
2	5,11	2,05	4,62	1,93	4,86	2,16
3	5,99	1,33	5,90	1,27	5,64	1,65
4	6,10	0,98	5,90	0,96	5,73	1,00
	F=1,794; p=0,157		F=3,940; p=0,012 1-2; p=0,021		F=0,970; p=0,412	
En son başvurulan sağlık kurumu						
Kamu hastanesi	5,92	1,32	5,93	1,24	5,38	1,63
Özel hastane	5,78	1,33	5,51	1,45	5,46	1,57
Aile hekimi	5,10	2,06	4,80	2,12	5,00	2,23
	F=2,179; p=0,0314 1-3; p=0,038 2-3; p=0,043		F=2,075; p=0,133		F=0,301; p=0,741	
Sağlık kurumuna en son başvuru zamanı						
1 ay ve daha az süre önce	6,02	0,75	5,90	1,17	5,66	1,40
2 ay ve daha uzun süre önce	5,56	1,72	5,35	1,66	5,20	1,81
	t=2,273; p=0,028		t=2,479; p=0,038		t=1,112; p=0,270	

Tablo 6’da diğer yetkinlik boyutlarına ilişkin analiz sonuçları verilmektedir. Tablo incelendiğinde Faktör 1 cinsiyet ve sağlık kurumuna en son başvuru zamanı; Faktör 2 cinsiyet; Faktör 3 ise yaş ve cinsiyete göre anlamlı farklılıklar göstermiştir.

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Çalışanların Çeşitli Değişkenlere Göre Diğer Yetkinlik Boyutlarına İlişkin Analiz Sonuçları

Değişkenler	Diğer Yetkinlik Faktör 1		Diğer Yetkinlik Faktör 2		Diğer Yetkinlik Faktör 3	
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.
Yaş (yıl)						
≤21	4,98	1,84	4,77	1,79	4,59	1,85
≥22	5,32	1,55	5,26	1,57	5,12	1,69
	t=-0,805; p=0,423		t=-1,171; p=0,246		t=-2,202; p=0,034	
Cinsiyet						
Kadın	5,42	1,46	5,20	1,49	5,12	1,55
Erkek	4,26	2,13	4,27	2,12	3,88	2,14
	t=2,603; p=0,011		t=2,062; p=0,043		t=2,677; p=0,009	
Öğrenim Görülen Sınıf						
1	5,12	1,64	4,86	1,62	4,64	1,78
2	4,64	2,03	4,56	2,15	4,55	2,10
3	5,71	1,55	5,39	1,39	5,25	1,63
4	5,13	1,56	5,19	1,52	4,86	1,64
	F=1,093; p=0,358		F=0,768; p=0,516		F=0,488; p=0,692	
En son başvurulan sağlık kurumu						
Kamu hastanesi	4,93	1,82	4,82	1,87	4,54	1,97
Özel hastane	5,34	1,67	5,21	1,61	5,10	1,66
Aile hekimi	4,68	1,77	4,34	1,70	4,25	1,84
	F=0,761; p=0,471		F=1,114; p=0,334		F=1,246; p=0,294	
Sağlık kurumuna en son başvuru zamanı						
1 ay ve daha az süre önce	5,39	1,53	5,18	1,68	5,01	1,70
2 ay ve daha uzun süre önce	4,95	1,83	4,8	1,74	4,66	1,87
	t=2,044; p=0,030		t=0,843; p=0,402		t=0,768; p=0,445	

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma, sağlık yönetimi bölümünde öğrenim gören öğrencilerin hekim görüşmeleri sırasındaki sağlık iletişimi yetkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın amacı doğrultusunda bir vakıf üniversitesinin sağlık yönetiminde öğrenim gören öğrencilerin tamamına ulaşılmış ve veri toplama aracı olan anket yardımıyla araştırma gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada kullanılan veri toplama aracının (anketin) geçerliğinin test edilmesi için açıklayıcı faktör analizinden yararlanılmıştır. Analiz sonucunda ölçeğin Tezel Kahrıman (2016) tarafından belirlendiği gibi 6 boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Altı boyuttan oluşan ölçeğin üç boyutu hasta diğer üç boyutu ise doktorun iletişim yetkinliği ile ilgilidir.

Çalışma sonucunda katılımcıların özyetkinlik ve diğer yetkinlik boyutlarının ortalamasının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu durum iletişimde istenilen düzeyde olunmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Araştırma sonucunda katılımcıların özyetkinlik (hastanın kendi yetkinliği) boyutlarına ilişkin puanları yaş, cinsiyet, öğrenim görülen sınıf, en son başvuru sağlık kurumu ve sağlık kurumuna başvuru zamanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermiştir. Buna göre yaşı 22'nin üzerinde olanlarda, kadınlarda, birinci sınıfta öğrenim görenlerde, kamu hastanesinden hizmet alanlarda ve 1 ay ve daha az süre önce sağlık kurumuna başvuranlarda özyetkinlik ortalamaları daha yüksektir. Tezel Kahriman (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada özyetkinlik puanlarının erkeklerde ve 45-54 yaş grubundakilerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaş ilerledikçe özyetkinlik puanının artış göstermesi kişilerin hayat tecrübelerinin artışı ile yakın zamanda sağlık kurumuna başvuranlarda daha yüksek çıkması ise hekim-hasta görüşmesine dair bilgilerin daha net hatırlanması ile açıklanabilir.

Öğrencilerin diğer yetkinlik (doktor yetkinliği) boyutlarına ilişkin skorlarının yaş, cinsiyet ve sağlık kurumuna başvuru zamanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermiştir. Buna göre yaşı 22'nin üzerinde olanlarda, kadınlarda ve 1 ay ve daha az süre önce sağlık kurumuna başvuranlarda diğer yetkinlik ortalamaları daha yüksektir. Tezel Kahriman (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada diğer yetkinlik puanlarının erkeklerde ve 45-54 yaş grubundakilerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çelik (2008) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hastaların en zor iletişim kurdukları ve kendilerine verilen bilgidan tatmin olmasalar bile soru sormaktan çekindikleri grup %45 ile hekimler olarak bulunmuştur. Atilla, Oksay ve Erdem (2012) tarafından yapılan çalışmada 10 hekimden 2'si iletişim sorunu yaşadığını ve eğitim düzeyi arttıkça iletişim sorununun azaldığını belirtmiştir.

Sağlık hizmetlerinden diğer bir ifadeyle iletişim sanatı (Atıcı, 2007) şeklinde de ifade edilen hekimlik uygulamalarından istenilen yararın elde edilmesinde hasta ve hekim arasındaki iletişim önem arz etmektedir. Bu nedenle gerek toplumun geneli için gerekse hekimler ve sağlık hizmeti sunucuları için doğru iletişimin önemine ve iletişim tekniklerine yönelik eğitimler verilebilir. Ayrıca doğrudan bu çalışmanın konusu olmamakla birlikte Türkiye Sağlık Sistemi'nin önemli sorunlarından birisi olan sağlıkta şiddetin azaltılmasında da hastaların ve sağlık hizmeti sunucularının iletişim becerileri etkili olacaktır.

KAYNAKÇA

- Alpar, R. (2013). Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler. Ankara: Detay Yayıncılık, 4. Baskı.
- Atıcı, E. (2007). Hasta-hekim ilişkisi kavramı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 33(1), 45-50.
- Atilla, G., Oksay, A. & Erdem, R. (2012). Hekim-hasta iletişimi üzerine nitel bir ön çalışma. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 43: 23-37.
- Beck, RS., Daughtridge, R. & Sloane, PD (2002). Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. J Am Board Fam Pract, 15, 25-38.
- Boykins, AD. (2014). Core communication competencies in patient-centered care. The ABNF Journal, 40-45.
- Cegala, DJ. (1996). Components of patients and doctors perceptions of communication competence during a primary care medical interview. Health Communication, 8(1), 1-27.

- Cegala, DJ. (1998). The development and partial assessment of the medical communication competence scale. *Health Communication*, 10(3), 261-288.
- Çelik, F. (2008). Sağlık kurumlarında iletişim; hasta ile sağlık personeli iletişimi üzerine bir araştırma (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Halkla İlişkiler Bilim Dalı, Konya.
- Donabedian, A (1988) The quality of care how can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-48.
- Duffy, FD., Gordon, GH., Whelan, G., Cole-Kelly, K., Frankel, R., Buffone, N., Lofton, S., Wallace, M., Goode, L. & Langdon, L. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Acad Med*, 79, 495-07.
- Farin, E., Schmidt, E. & Gramm, L. (2014). Patient communication competence: Development of a German questionnaire and correlates of competent patient behavior. *Patient Education and Counseling*, 94, 342-350.
- Franceschi, D. (2018). Physician-patient communication: An integrated multimodal approach for teaching medical English. *System*, 77: 91-102.
- Institute of Medicine, (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine, (2010). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Lansky, D. (1998). Measuring what matters to the public. *Health Aff*, 17(4), 40-41.
- McBride, CA., Shugars, DA., DiMatteo, MR., Lepper, HS., O'Neil, EH. & Damush, TM. (1994). The physician's role: Views of the public and the profession on seven aspects of patient care. *Arch Fam Med*, 3, 948-53.
- Miller, WR., Hedrick, KE. & Orlofsky, DR. (1991). The helpful responses questionnaire: A procedure for measuring therapeutic empathy. *J Clin Psychol*, 47, 444-8.
- Newman, S., Steed, L. & Mulligan, K. (2008). Self-management interventions for chronic illness. *Lancet* 364, 1523-37.
- Tengland PA. (2008). Empowerment: a conceptual discussion. *Health Care Anal*, 16,77-96.
- Tezel Kahriman, A. (2016). Sağlık iletişimde yetkinlik ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması (Yayınlanmamış uzmanlık tezi) .Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

SAĞLIK SİSTEMLERİNE GÜVENSİZLİK: BİR GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

HEALTH CARE SYSTEM DISTRUST: A STUDY OF VALIDITY AND RELIABILITY

Arş. Gör. Müjdat YEŞİLDAL

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
mujdatyesildal@gmail.com, orcid.org/0000-0003-1286-903X

Arş. Gör. Mehmet Akif ERİŞEN

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
m.erisen1992@gmail.com, orcid.org/0000-0003-2490-391X

Arş. Gör. Dr. Ramazan KIRAÇ

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
ramazan46k@gmail.com, orcid.org/0000-0002-8032-1116

Makale Gönderim- Kabul tarihi (20.05.2020-20.08.2020)

Özet

Bu araştırmanın amacı, Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeğinin (SSGÖ) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmaktır. Çalışma Konya'da; 2019 yılında hastanelere en az bir defa başvuru yapan bireylere uygulanmıştır. Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmış olup 272 kişi dahil edilmiştir. Anket tekniği kullanılarak toplanan veriler iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm demografik bilgilerden, ikinci bölüm ise uyarlanan ölçek maddelerinden oluşmaktadır. Veriler SPSS ve AMOS programları kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçeğin önce yapı geçerliliği daha sonra da kapsam geçerliliği yapılmıştır. Yapı geçerliliği sonucu ölçeğe ait uyum iyiliği indeksleri şu şekildedir; Ki-Kare (x^2) /Serbestlik Derecesi (df)= 1,323; Ortalama Hata Karekök Değeri (RMSEA)= 0,035; Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)= 0,973; Uyum İyiliği İndeksi (GFI)= 0,968; Uyarlanmış Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)= 0.946; Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi (NFI)= 0,90; Kök Artık kareler Ortalaması (RMR)= 0,057. Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,789 çıkmıştır. Bulgular SSGÖ'nün Türk kültüründe sağlık sistemlerine güvensizliği değerlendirmek için yeterli düzeyde geçerlik ve güvenilirliğe sahip olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sistemleri, Güvensizlik, Hastalar

Abstract

The purpose of this study is to make the Turkish Validity and Reliability of the Health Care System Distrust Scale(HSDC). The study was applied to individuals who applied to hospitals at least once in 2019 in Konya. In the research, easy sampling method was used and 272 people were included. The data collected using the survey

251

technique consists of two parts. The first part consists of demographic information and the second part consists of adapted scale items. The data were analyzed using SPSS and AMOS programs. The validity of the scale was made first, and then the content was valid. As a result of the construct validity, the goodness of fit indexes of the scale are as follows; Chi-Square (χ^2) / Degree of Freedom (df) = 1.323; The Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.035; Comparative Fit Index (CFI) = 0.973; Goodness of Fit Index (GFI) = 0,968; Adapted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.946; Normed Fit Index (NFI) = 0.90; Root Residual Squares Residual (RMR) = 0.057. As a result of the reliability analysis, the Cronbach-Alpha value of the scale was 0,789. Findings showed that HSDC has sufficient validity and reliability to evaluate distrust in health systems in Turkish culture.

Keywords: Health Care Systems, Distrust, Patients

GİRİŞ

Günümüz dünyasında teknolojinin de hızla ilerlemesi ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan teknoloji, yapılar ve tedavi yöntemleri de oldukça gelişmiştir. Elbette bu gelişmeler hizmet kalitesinde ve dolayısıyla hasta memnuniyetinde önemli artışlar sağlamanın yanında çok büyük maliyetleri de yanında getirmektedir. Özellikle Türkiye açısından incelendiğinde son dönemlerde kurulan hem iç hem dış dizayn anlamında oldukça gösterişli olan devasa yapılar ve kullanılan son teknoloji ürünler de bu maliyetlerin artışına sebep olmuştur. Buna ek olarak genel anlamda sosyal devlet anlayışını benimseyen ülkelerde sağlık hizmetleri vatandaşlara ücretsiz veya düşük miktarlarda ücret karşılığında sunulmaktadır. Dolayısı ile sağlık hizmeti sunucuları yüksek maliyetlere sebep olan bir hizmeti düşük fiyatlara sunmak durumunda kalmaktadır. Bu durum ise zaman zaman, hizmet sunucularının kâr edebilmek amacıyla hizmet kalitesinden ödün verme ihtimalini akıllara getirmekte ve bu da müşteriler tarafında sağlık sistemlerine karşı bir güven kaybına veya güvensizliğe sebebiyet verebilmektedir.

Gilson'un (2003) belirttiği gibi, sağlık sistemleri için güven önemlidir, çünkü sağlık üretimi için gerekli olan sistem boyunca iş birliğini destekler. Diğer bir ifade ile sağlık açısından, sağlık sistemlerinin toplum yararına çalışması için bireysel sağlık profesyonelleri, sağlık kurumları ve mesleki bilgi formları gibi unsurların tamamının güvenilirliği esastır (Meyer ve diğerleri, 2008). Buradan hareketle bu unsurların tamamını kapsayan sağlık sistemlerine güven veya güvensizliğin ölçülmesi, sağlık çalışanları, sağlık programı uygulayıcıları ve araştırmacılar tarafından, insanların daha iyi sağlık sonuçlarına sahip güvenilir bir sağlık sistemi oluşturmaya yönelik güvenlerini daha iyi izlemek ve değerlendirmek için kullanılabilir (Ozawa ve Spirad, 2013). Yine Thom ve diğerleri de (2004) güvenin/güvensizliğin ölçülmesinin önemine şu ifadelerle dikkat çekmiştir: “Güveni ölçmezsek, onu görmezden gelebilir, dolayısı ile geliştiremeyiz ve nihayetinde kaybedebiliriz”. Bu bağlamda araştırmada, ülkemizde de sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyinin ölçülebilmesi için Rose ve diğerleri (2004) tarafından geliştirilen sağlık sistemlerine güvensizlik ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin yapılarak, ulusal literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Kavramsal Çerçeve

Rowe ve Calnan (2006) güven ihtiyacını temelde iki boyut ile açıklamaktadır. Bu boyutlar sağlık sistemine kişilerarası düzeyde ve kurumsal düzeyde güven ihtiyacı olarak sınıflandırılabilir. Kişilerarası güven ihtiyacı, hastalığın vermiş olduğu çaresizlik, tıbbi bilginin uzmanlık doğasından kaynaklanan bilgi asimetrisi ve hastanın hizmet aldığı hizmet sunucunun yeterliliği ve niyetlerine ilişkin belirsizlik ve risk unsuru ile ilgilidir. Güven, kurumsal düzeyde de önemlidir, çünkü belirli hastanelere, sigorta şirketlerine ve sağlık sistemlerine olan güven, hizmetlerin hasta desteğini ve kullanımını ve dolayısıyla bunların ekonomik ve politik uygulanabilirliğini etkileyebilecek bir

unsurdur. Özetle sağlık sistemlerinin karmaşık olması, hizmeti sunan ile alan arasında bilgi asimetrisi bulunması ve çeşitli riskleri bulunduğu dikkate alınırsa hastaların bu unsurları aşarak karar vermeleri ve karmaşıklığa rağmen seçim yapmaları için öncelikle sisteme güven duymaları gerekmektedir. Bu bakış açısı ile ele alındığında güvenin fonksiyonu, risklerin ve karmaşıklığın meydana getirdiği gerginliği azaltmaktır (Ertong, 2011).

Güven kavramı, erişim, sağlıkla ilgili davranışların anlaşılması, hasta memnuniyeti, bakımın sürekliliği ve kalitesinden hastaların kendi tedavi süreçlerine katılımına kadar çeşitli sağlık hizmetlerinin hedefleriyle ilişkili bir kavram olarak dikkat çekmektedir (Ozawa ve Spirad, 2013). Mayer ve diğerleri (1995), güven kavramını bir tarafın diğer tarafı izleme veya kontrol etme yeteneğine bakılmaksızın, diğerinin güvenen kişi için önemli olan belirli bir eylemi gerçekleştireceği beklentisine dayanarak başka bir tarafın eylemlerine karşı savunmasız olma istekliliği olarak tanımlamaktadır. Diğer taraftan güven kavramı kadar güvensizlik kavramı da önemlidir. Bazı tanımlarda güvensizlik, güvenin yokluğu olarak kavramsallaştırılırken, diğerleri güvensizliği hizmet sunucularının hastaların çıkarlarına en uygun şekilde hareket edeceğine dair olumsuz inançlara neden olması olarak tanımlamaktadır (Hall ve diğerleri, 2001).

Sağlık hizmetini alanlar ile sunanlar arasında önemli derecede bilgi asimetrisi bulunmasına rağmen, hastalar, sağlık bakım profesyonellerine, zarardan ziyade refahlarının yararına hareket edecekleri beklentisiyle güven duymaktadırlar (Carter, 2009). Bu nedenle güven, sağlık hizmeti sunucuları ve hastalar arasındaki profesyonel ilişkinin önemli bir özelliğidir ve güvenilir olmak, sağlık hizmeti sağlayıcısının ahlaki bir yükümlülüğüdür (Dinç ve diğerleri, 2013). Güvenilir bir sağlık sistemine sahip olmak ise, daha geniş toplumsal değer ve sosyal düzenin geliştirilmesine katkıda bulunabilir (Gilson, 2003). Ayrıca sağlık sistemleri; hastalara yeterli düzeyde seçim imkanının tanınması, karma bir tedarik ekonomisinin yönetilmesi, ve kıt kaynaklarla sınırsız ihtiyaçları karşılama gibi zorluklara giderek daha çok yaklaştıkça ve ortak oldukça; hem kişilerarası hem de kurumsal güven tüm sağlık sistemleri için önemini korumaya devam edecektir (Rowe ve Calnan, 2006).

YÖNTEM

Araştırmada nicel araştırma yöntemleri kullanılarak, tanımlayıcı özelliğe sahip bulgulara yer verilmiştir. Basit bir anlatımla nicel araştırma yöntemleri belirli bir konu hakkında nicel verilerin toplanarak bunların analiz edilmesini kapsamaktadır. Bir araştırmanın tanımlayıcı nitelik taşıması ise sonuçların sebeplerini açıklamak için herhangi bir karşılaştırma çabası olmadan, yapılan araştırmanın bulgu ve sonuçlarının bir durumu tanımlamasını ifade etmektedir (Büyüköztürk, Kılıç Çakma, Akgün, Karadeniz, ve Demirel, 2013).

Geçerlilik ve güvenilirlik araştırmalarında örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde madde sayısının 10 katı yeterli görülmektedir (Alpar,2016). Bu bağlamda ölçekte 10 madde bulunduğu dikkate alınırsa en az 100 kişilik bir örneklem araştırma için yeterli sayılabilecektir. Araştırma kapsamında ise kolayda örnekleme yöntemi kullanılmış ve 290 kişiye ulaşılmıştır. Veri kontrolü sonrasında 18 anket kapsam dışı bırakılarak araştırmaya 272 kişi dâhil edilmiştir.

Verilerin toplanması Eylül – Ekim 2019 tarihleri arasında çevrimiçi ortamda gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verilerinin toplanmasında kişisel bilgi formu (cinsiyeti, geliri, kronik hastalık durumu, sağlık durumu ve hastaneye başvuru sayısı) ve “Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği” kullanılmıştır. Söz konusu ölçek 10 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 5’li likert tipinde hazırlanmış ve katılımcılardan “1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle katılıyorum” aralığında en uygun seçeneği işaretlemeleri istenmiştir.

Ölçekten alınan puanlar 5'e yaklaştıkça sağlık sistemlerine güvensizliğin arttığını, 1'e doğru indikçe azaldığını göstermektedir.

Verilerin analizinde, doğrulayıcı faktör analizi için AMOS; diğer analizler için SPSS programları kullanılmıştır. Geçerlilik analizinde Kendall W analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi; güvenilirlik analizi için Cronbach Alpha katsayısı kullanılmıştır. Cronbach Alpha katsayısının referans değerleri incelendiğinde; 0,00 – 0,40 aralığındaki değer anketin güvenilir olmadığını, 0,40 – 0,60 aralığındaki değer anketin düşük güvenilirliğe sahip olduğunu, 0,60 – 0,80 aralığındaki değer anketin oldukça iyi güvenilirliğe sahip olduğunu ve 0,80 – 1,00 aralığındaki değer ise anketin yüksek derecede iyi bir güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Diğer bir ifade ile Cronbach Alpha değeri 1'e yaklaştıkça ölçeğin güvenilirliğinin arttığı söylenebilecektir (Özdamar, 1999).

İngilizce olarak geliştirilen Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması için yazarlardan elektronik posta yoluyla izin alınmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında bilgilendirilmiş gönüllü olur formu çevrimiçi sistemde sunulmuş ve formu onaylayan katılımcıların verileri araştırmaya dâhil edilmiştir. Ayrıca araştırma verilerinin 2019 yılı eylül ve ekim ayları içerisinde toplanmış olması ve 2020 yılı öncesinde etik kurul alma zorunluluğu bulunmaması sebebiyle araştırmanın planlanması aşamasında etik kurula başvurulmamıştır.

BULGULAR

Tablo 1. Temel Demografik Bulgular

Değişkenler (n=272)		n	%
Cinsiyet	Kadın	150	55,1
	Erkek	122	44,9
	Kötü	32	11,8
Gelir Durumu Algınız	Orta	193	71,0
	İyi	47	17,3
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	53	19,5
	Hayır	219	80,5
Genel Sağlık Durumu	Ort±Ss. 7,53±1,59	min.: max. 2:10	
Hastanelere Başvuru Sayısı	Ort±Ss. 4,98±3,41	min.; max. 1:17	

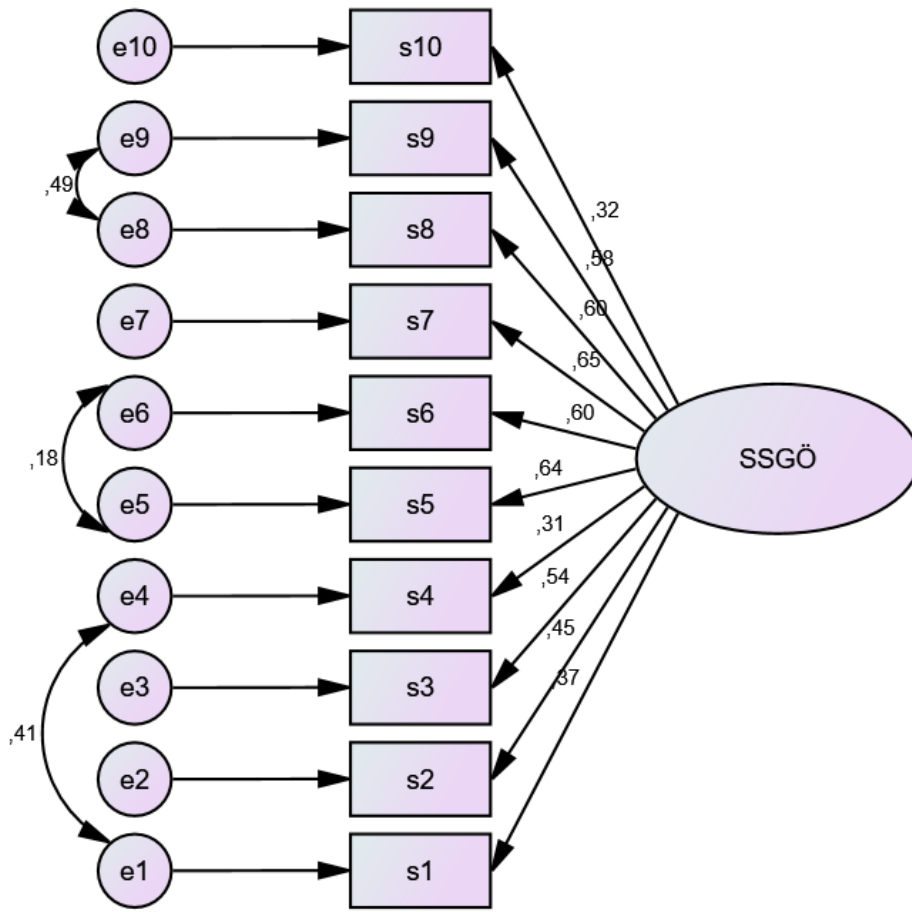
Katılımcılara ait temel demografik bulgular Tablo 1'de verilmiştir. Buna göre araştırmaya dahil olan katılımcıların %44,9'u erkek %55,1'i kadın olup, %11,8'i gelir durumunun kötü olduğunu, %71,0'i gelirinin orta düzey olduğunu ve %17,3'ü ise gelirinin iyi olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %80,5'inin herhangi bir kronik rahatsızlığının olmadığı tespit edilmiştir. Genel sağlık durumu 7,33±1,59 olarak puanlanırken; hastanelere başvuru sayısı 4,98±3,41 olarak gerçekleşmiştir.

Araştırmada ölçeğin geçerliliği ile ilgili olarak ilk aşamada dil ve kapsam geçerliliği, ikinci aşamada ise yapısal geçerlilik analizi yapılmıştır.

Bir ölçekte yer alan maddelerin, uygulama neticesinde ölçülmek istenen durumu ne ölçüde temsil ettiğini veya ölçebildiğini belirlemek amacıyla ölçek uyarılmasının ilk aşaması olan dil ve kapsam geçerliliği yapılmalıdır (Nazlı ve Oğuz, 2018). Bu bağlamda uzman veya konuyla ilgili alana hâkim kişilerce ölçek maddelerinin temsil gücüne ilişkin olarak yargılar belirtilir. Bu yargılar temel alınarak ölçeğe ait içerik veya kapsam geçerliliği ile ilgili bir sonuca ulaşılır (Kurtuluş, 2004). Araştırma kapsamında da söz konusu ölçek çeviri konusunda uzman kişilerce Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkçe çeviri, konuyla ilgili alanında uzman kişilere gönderilmiş ve kontrol ettirilmiştir. Uzman kişilerden maddelerin doğruluğu ile ilgili birden dörde kadar puan verilmesi istenmiş ve elde edilen puanlar

Kendall's testine tabi tutulmuştur. Analiz sonuçlarına göre uzmanların verdikleri puanlar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (KW:17,23, $p>0,005$).

Bir ölçeğin uyarlanması ikinci aşama olan yapısal geçerlilik analizinde faktör analizi kullanılmaktadır (Işık, 2011). Faktör analizi ise keşfedici ve doğrulayıcı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Loehlin, 2004). Bu araştırmada tek alt boyutta toplanan 10 maddeden oluşan "Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği"nin yapı geçerliliğini test etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kullanılmıştır. Analiz sonucunda uyum iyiliğini iyileştirmek için; 1 - 4, 5 - 6 ve 8 - 9 maddeleri arasında kovaryans yapılarak tekrardan DFA yapılmıştır. Ölçeğe ait model (path grafiği) Şekil 1'de ve uyum iyiliği indeksleri Tablo 2'de verilmiştir.



Şekil 1. Sağlık Sistemleri Güvensizlik Ölçeğini Oluşturan İfadelere İlişkin Path Grafiği

Tablo 2. DFA’da Kullanılan Uyum İyiliği Değerleri

İndeks	Normal Değer	Kabul Edilebilir Değer	Model Değerleri
χ^2/sd	<2	<5	42,334 / 32 =1,323
GFI	>0.95	>0.90	0,968
AGFI	>0.95	>0.90	0.946
CFI	>0.95	>0.90	0,973
RMSEA	<0.05	<0.08	0,035
RMR	<0.05	<0.08	0.057
NFI	>0.95	>0.90	0.90

Tablo 2’de ölçeğin uyum iyiliği indeks değerlerine ve normal ve kabul edilebilir uyum iyiliği indeks değerlerine yer verilmiştir. Buna göre ölçeğe ait Ki-Kare (χ^2) /Serbestlik Derecesi (df)= 1,323; Uyum İyiliği İndeksi (GFI)= 0,968; Uyarlanmış Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)= 0.946; Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)= 0,973; Ortalama Hata Karekök Değeri (RMSEA)= 0,035; Kök Artık kareler Ortalaması (RMR)= 0,057; Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi (NFI)= 0,90 olarak tespit edilmiştir. Bu uyum iyiliği indeks değerlerinin iyi uyum ve kabul edilebilir uyum gösterdiği söylenebilecektir (Hooper, Coughlan ve Mullen, 2008; Munro, 2005; Şimşek, 2007; Wang ve Wang, 2019).

Tablo 3. Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği Madde Korelasyon Analizi

İfade	Düzeltilmiş Toplam Soru Korelasyonu	Soru Silindiğinde Cronbach Alpha	Cronbach Alpha
1. Bilgi verilmeden üzerimde tıbbi deneylerin yapıldığını düşünüyorum.	0,393	0,777	
2. Tıbbi kayıtlarımın gizli tutulduğunu düşünüyorum. *	0,405	0,776	
3. Sağlık sisteminden kaynaklı hatalardan her gün birçok insan ölmektedir.	0,448	0,771	
4. Kanımı aldıklarında bana bildirmedikleri testleri yaptıklarını düşünüyorum.	0,327	0,784	
5. Tedavi sürecimde bir hata yapılıyorsa, sağlık sistemi bunu benden gizlemeye çalışırdı.	0,569	0,754	
6. İnsanların benim onayım olmadan tıbbi kayıtlarıma erişebileceğini düşünüyorum.	0,560	0,756	0,789
7. Sağlık sistemi sağlığım için gerekli olanı yapmaktan çok maliyeti düşük tutmakla ilgilenmektedir.	0,545	0,758	
8. Sağlık kurumlarından yüksek kalitede tedavi hizmeti aldığımı düşünüyorum. *	0,537	0,760	
9. Sağlık sistemi, hastalığımı tedavi ederken benim tıbbi ihtiyaçlarımı diğer tüm hususların üzerinde tutar. *	0,528	0,762	
10. Bazı ilaçların içinde benden gizlenen şeyler vardır.	0,386	0,786	

*Ölçekte yer alan 2.,8. ve 9. Sorular ters kodlanmıştır.

Tablo 3’te SSGÖ’YE ait madde korelasyonu değerlerine ve Cronbach Alpha değerlerine yer verilmiştir. Buna göre ölçeğin genel toplam güvenilirliği 0,789 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin oldukça iyi düzeyde güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği'ni oluşturan İfadelerin Anlamlılık Düzeyleri

İfadeler	S.E.	C.R.	p
Soru 1	0,338	4,447	0,015
Soru 2	0,327	4,846	0,002
Soru 3	0,330	4,676	0,002
Soru 4	0,283	5,090	0,002
Soru 5	0,443	4,972	0,001
Soru 6	0,414	5,136	<0,001
Soru 7	0,414	4,786	0,002
Soru 8	0,363	5,010	0,013
Soru 9	0,336	4,959	0,002
Soru 10	0,313	3,746	0,003

Tablo 4'te görüldüğü üzere yapılan analiz sonucunda SSGÖ'yü oluşturan 10 ifadenin faktör yükleri anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

SONUÇ

Bireyler bazı dönemlerde çeşitli bireysel veya çevresel faktörler neticesinde bedensel, ruhsal ve sosyal anlamdaki iyilik hallerini diğer bir ifade ile sağlıklarını kaybedebilirler. Dolayısı ile bu dönemde kendilerini çaresiz, savunmasız hissedebilirler ve bu durumdan kurtulabilmek için kendilerini eski sağlığına kavuşturacak sistem ve kişilere güvenmek zorunda kalabilirler. Bu bağlamda devletlerin uyguladıkları politikalar ve sistemler bireylerin sağlığı açısından önem arz etmektedir. Sağlık sistemlerine güvensizliğin psikometrik olarak sağlam bir ölçüsünün geliştirilmesi, sağlık bakımıyla ilgili güvensizliğin nedenlerini, yaygınlığını ve sonuçlarını daha iyi anlamak isteyen gelecekteki çalışmaları kolaylaştıracaktır. Bu bağlamda araştırmada sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyini ölçen ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan bir ölçeği Türkçe'ye uyarlamak amaçlanmıştır.

Rose ve diğerleri (2004) tarafından geliştirilen ve 10 ifadenin yer aldığı "Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeğinin" yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizleri neticesinde de 10 ifade ve tek boyuttan oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması kapsamında yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeğinin uyum iyiliği indeks değerlerinin iyi uyum ve kabul edilebilir uyum gösterdiği tespit edilmiştir.

Sonuç olarak bu araştırma kapsamında yapılan analizler ile Rose ve diğerleri (2004) tarafından geliştirilen Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeğinin Türk kültüründe de geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ortaya konulmuştur. Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan bu ölçeğin tıbbi bakım kalitesini, memnuniyetini ve doktor-hasta iletişimini araştıranlar da dâhil olmak üzere diğer birçok alandaki çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu araştırmada elde edilen bulgular çerçevesinde kişilerin sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyleri tek başına araştırılabileceği gibi kişilerin sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyleri ile hasta memnuniyeti, sağlık iletişimi sorunları, tıbbi bakım kalitesi algısı gibi konular arasındaki ilişkilerin araştırıldığı çalışmaların da önemli olduğu düşünülmektedir. Dolayısı ile gelecekte bu alanda yapılacak olan araştırmalarda bu değişkenler arasındaki ilişkilerin araştırılması önerilebilecektir.

KAYNAKÇA

Alpar, R. (2016). Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik. Ankara: Detay Yayıncılık.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakma, E., Akgün, Ö., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2013). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Pegem Akademi.
- Carter, M. A. (2009). Trust, power, and vulnerability: A discourse on helping in nursing. *Nursing Clinics of North America*, 44, 393–405.
- Dinç, L., Korkmaz, F. ve Karabulut, E. (2013). A Validity and Reliability Study of the Multidimensional Trust in Health-Care Systems Scale in a Turkish Patient Population. *Social Indicators Research*, 113, 107-120.
- Ertong, G. (2011). Sağlık Sisteminde Hekim Hasta İlişkisi ve Güven Unsuru. Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine*, 56, 1453–1468.
- Hall, M.A., Dugan, E., Zheng, B. & Mishra, A.K. (2001). Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It Can It Be Measured, and Does It Matter? *The Milbank Quarterly*, 79(4), 613-639.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic journal of business research methods*, 6(1), 53-60.
- Işık, O. (2011). *Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisi: Tüketici Değerlendirmesi*. (Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi .
- Kurtuluş, K. (2004). Pazarlama Araştırmaları, . In: Literatür Yayıncılık 7. Baskı, İstanbul.
- Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20, 709–734.
- Meyer, S., Ward, P., Coveney, J. & Rogers, W. (2008). Trust in the health system: An analysis and extension of the social theories of Giddens and Luhmann. *Health Sociology Review*, 17(2), 177-186.
- Munro, B. H. (2005). *Statistical methods for health care research* (Vol. 1): lippincott williams & wilkins.
- Nazlı, K. ve Oğuz, I. (2018). Hasta güçlendirme ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *İşletme Bilimi Dergisi*, 6(1), 27-42.
- Ozawa, S., & Sripad, P. (2013). How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine*, 91, 10-14.
- Rose, A., Peters, N., Shea, J. A., & Armstrong, K. (2004). Development and testing of the health care system distrust scale. *J Gen Intern Med*, 19(1), 57-63. doi:10.1111/j.1525-1497.2004.21146.x
- Rowe, R., & Calnan, M. (2006). Trust relations in health care—the new agenda. *The European Journal of Public Health*, 16(1), 4-6.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- Şimşek, Ö. F. (2007). *Yapısal eşitlik modellemesine giriş:(temel ilkeler ve LISREL uygulamaları)*: Ekinoks.
- Thom, D. H., Hall, M. A., & Pawlson, L. G. (2004). Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health Affairs*, 23(4), 124–132.
- Wang, J., & Wang, X. (2019). *Structural equation modeling: Applications using Mplus*: John Wiley & Sons.

YAŞLI BİREYLERİN EKONOMİK VE SOSYAL SORUNLARINA İLİŞKİN POLİTİKALAR BELİRLEME

SETTING POLICIES REGARDING THE ECONOMIC AND SOCIAL PROBLEMS OF ELDERLY INDIVIDUALS

Arş. Gör. Gamze ARIKAN

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
gamze.arikan@hbv.edu.tr, orcid.org/0000-0003-2911-2412

Makale Gönderim- Kabul Tarihi (15.04.2020-12.06.2020)

Özet

Tüm dünya ülkeleri açısından demografik, sosyo-ekonomik ve politik eğilimler yaşlı bakımının önemini giderek artırmışlardır. Yaşlı bireylerin sosyal sorunları yaşlanma ile oldukça ilgilidir ve gelecekteki bağımlı yaşlı sayısını azaltmak önem arz etmektedir. Sosyo-ekonomik durumdaki değişiklik ve çeşitli sağlık sorunları, bireyin yaşlılıkta yaşam biçimini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, ülkemizdeki yaşlıların demografik trendlerini, sağlık ve sosyal sorunlarını incelemektir. Yaşlanma konusuna ilişkin demografik trendler, hem mevcut durumların hem de gelecekteki trendlerin doğrudan hepimizi ilgilendirdiğini vurgulamaktadır. Demografik geçişin gelişme hızı dünya ülkeleri ve bölgeleri arasında değişmektedir, fakat gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğunda bağımlı birey sayısının artması ile mücadele edilmektedir. Bu, özellikle nüfusun önemli ölçüde daha hızlı artacağı az gelişmiş ülkelerde çok önemlidir. Yaşlıların sosyal politika gelişimi, toplumun yaşlanmaya adapte olması ve yaşlı nüfusun topluma uyum sağlaması için eleştirel bir şekilde incelenmelidir. Bu doğrultuda en büyük zorluk, yeniden dağıtım politikalarına duyulan ihtiyaçtır. Gelişmekte olan ülkeler, kıt kaynaklarına, yaşlılara yönelik sosyal programlar için yeni öncelikler eklemelidir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlılık, sosyal politika, sosyal sorun

Abstract

Demographic, socio-economic and political trends for all countries of the world have gradually increased the importance of elderly care. The social problems of elderly individuals are very relevant to aging and it is important to reduce the number of future dependent elderly. Changes in socio-economic status and various health problems negatively affect the life style of the individual in old age. The aim of this study is to examine the demographic trends, health and social problems of the elderly in our country. The demographic trends regarding the aging issue emphasize that both the current situation and the future trends directly concern us all. The rate of development of demographic transition varies between countries and regions of the world, but in most developed and developing countries, the number of dependent individuals will be tackled. This is

260

particularly important in under developed countries, where the population will grow significantly faster. The social policy development of the elderly should be critically examined in order for the society to adapt to aging and to adapt the elderly population to society. The biggest challenge in this direction is the need for redistribution policies. Developing countries should add new priorities for scarce resources and social programs for the elderly.

KeyWords: Aging, social policy, social problem

GİRİŞ

Yaşlı bireylerin giderek toplam nüfus içindeki sayı ve oranlarının artması, yaşlanma ile ilgili sorunların ve bununla birlikte yaşlılıkta yaşam kalitesinin yükseltilmesi, başarılı, aktif ve sağlıklı yaşlanma gibi kavramlara dikkat çekilmiştir. Aksoy (2015), yaşlanmanın tanımını şu şekilde ifade etmektedir: “Dünya’da 21.yüzyılda öncelikli demografik olgulardan biri olan yaşlanma; vücudun molekül, hücre, doku, organlarında zamanla ortaya çıkan ve geri dönüşü olmayan yapısal ve işlevsel değişikliklerin tümüdür.” Yaşlanma ile beraber fizyolojik olarak organ ve dokularda gerilemeler, vücut fonksiyonlarında yetersizlikler ortaya çıkmaktadır. Kardiyovasküler, solunum, , endokrin, üriner, gastrointestinal, hematopoetik, kas-iskelet, sinir sisteminde ve deride değişiklikler, işitme ve görme duyularında azalma olur. Bu azalmaların sonucunda bireyler hareket, işitme, görme, algılama gibi birçok işlevlerini yerine getirmede zorlanırlar. Bu doğrultuda yaşlanma süreci ile birlikte bedensel ve sosyal açıdan ortaya çıkan bu değişiklikler ve sorunlar psikolojik sorunları da beraberinde getirir (Softa, 205). Principi ve arkadaşları (2018) çalışmalarında, Avrupa nüfusunun yaşlanmasıyla gelecekte çeşitli toplumsal zorlukların doğacağını ifade etmişlerdir. Yaşlı nüfus, çoklu tıbbi problemlere yatkın hassas bir grup olarak kabul edilmektedir (Peralta ve diğerleri, 2018). Tabi ki nüfus düzeyinde demografik geçişler, genel olarak yaşlanma ile ilgili araştırmalara olan ilginin artmasına neden olmuştur. Nüfusun yaşlanması birçok ülkenin sosyal güvenlik sistemlerini düzeltmesine yol açmaktadır. Makro düzeydeki bu geçişler, farklı refah devletlerinin bu tür reformlara nasıl yaklaştığını ve bunların yaşam kalitesini nasıl etkilediğini, sonuçlarının potansiyel politika sonuçları gibi soruları ele alan karşılaştırmalı çalışmalara yol göstermektedir (Deeg, Wahl ve Litwin, 2018).

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

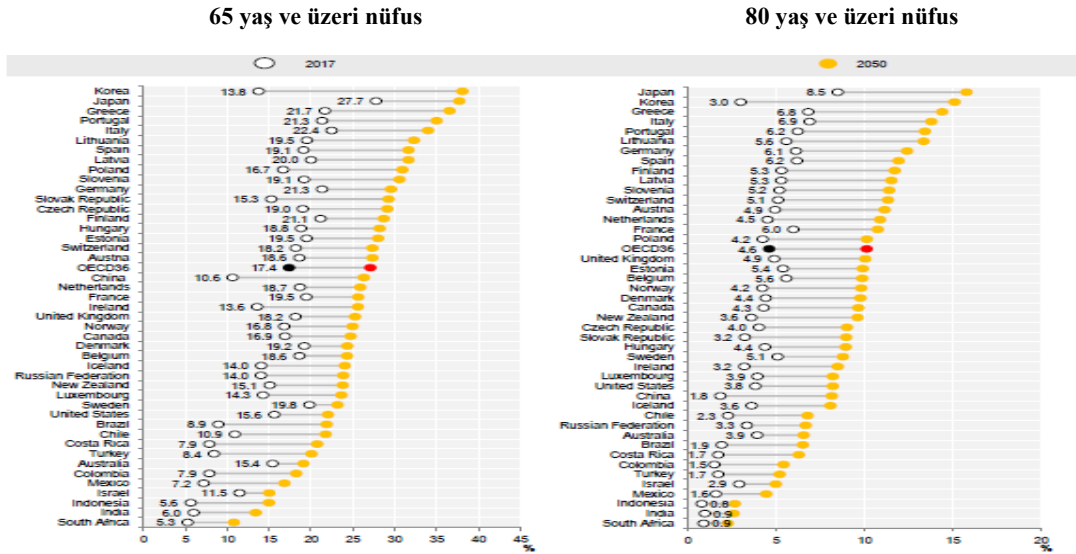
Yaşlılık

Yaşlılık, insan hayatının kaçınılmaz sürecinin son evresi ve geri dönülemez durağıdır. Yaşlılık, kişiden kişiye farklılık gösteren bir kavramdır. Her bireyin farklı bir biyolojik geçmişi, farklı iş deneyimleri ve farklı bir duygusal yaşamı olduğu önemli bir husustur. Ayrıca yaşlılık, toplumlar arasında da farklılaşabilmektedir; yaşlanmada toplum ve kültürün yeri önemli bir rol oynamaktadır (Taşçı, 2010).

The Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) ülkelerinde ortalama olarak 65 yaş ve üzeri nüfusun payı 1960 yılında % 9'dan, 2015'te % 17'ye, 2017'de ise %17,4' yükselmiştir ve artmaya da devam etmektedir, 2050 yılında ise % 28'e ulaşması beklenmektedir. OECD ülkelerinin üçte ikisinden fazlasında, nüfusun 2050 yılına kadar 65 yaş ve üzerinde olacağı tahmin edilmektedir. Bu oranın Japonya, İtalya, Portekiz, Yunanistan ve Kore'de özellikle yüksek olması beklenirken, nüfusun yaklaşık % 40'ının 2050 yılına kadar 65 yaşın üzerinde olması öngörülmektedir. Bu bağlamda nüfusun yaşlanması da hızla gerçekleşecektir. Böylelikle 65 yaş ve üzerindeki nüfusun OECD ortalamasının hemen altında bir seviyeye ulaşması için 2015 ve 2050 yılları arasında neredeyse üç katına çıkması beklenmektedir. Kore'deki nüfus artışının daha da hızlı olması ve 80 yaş ve üzeri

nüfusun payının zaman içerisinde % 3'ten % 14'e çıkacağı tahmin edilmektedir (OECD, 2017a; OECD, 2019a). 65 yaş ve üzerindeki nüfus artışı OECD ülkelerinde dikkat çekerken, artış özellikle 80 yaş ve üstü, en yaşlı kişiler arasında hızlı olmuştur. Bu arada 2017 ve 2050 yılları arasında, 80 yaş ve üstü nüfusun payı OECD ülkelerinde ortalama % 4,6'dan % 10,1'e kadar iki katından daha fazla olacağı beklenmektedir (OECD, 2019a). Aşağıdaki şekil 1'de 65 ve 80 yaş üzeri bireylerin 2017 ve 2050 yıllarındaki nüfusun payı gösterilmiştir.

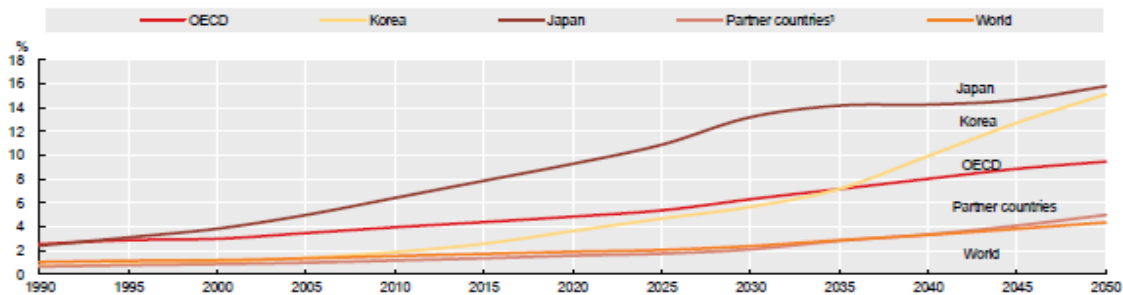
Şekil 1. 65 ve 80 yaş üzeri bireylerin, 2017 ve 2050 yıllarında nüfus içerisindeki payı



Kaynak: OECD Health Statistics 2019a, OECD Historical Population Data and Projections Database, 2019b.

Nüfusun yaşlanması, dünyanın birçok ülkesini etkileyen bir olgudur, ancak sürecin hızı ülkeler arasında değişiklik göstermektedir. Nüfusun yaşlanma hızı özellikle Japonya'da son otuz yılda hızla artmıştır. Japonya'da 80 yaş ve üzeri nüfusun payı 1990'da %2'den 2015'te %8'e çıkmış ve 2050 yılına kadar %15'e çıkması beklenmektedir. Kore'deki nüfus dağılımı ise nispeten genç nüfus olarak kalmakta, ancak önümüzdeki yıllarda hızla yaşlanması beklenmektedir, bu yüzden 2050 yılına kadar nüfusun % 80'den fazlası Japonya'daki nüfus dağılımıyla aynı olması beklenmektedir. Hızlanmayı beklemekle birlikte, nüfusun yaşlanma hızı OECD üyesi olmayan ülkelerde daha yavaş gerçekleşmektedir (OECD, 2017b; OECD, 2019b). Aşağıda şekil 2'de gösterilmiştir.

Şekil 2. 80 yaş ve üzeri bireylerin, nüfus payındaki eğilimleri, 1990-2050 yılları

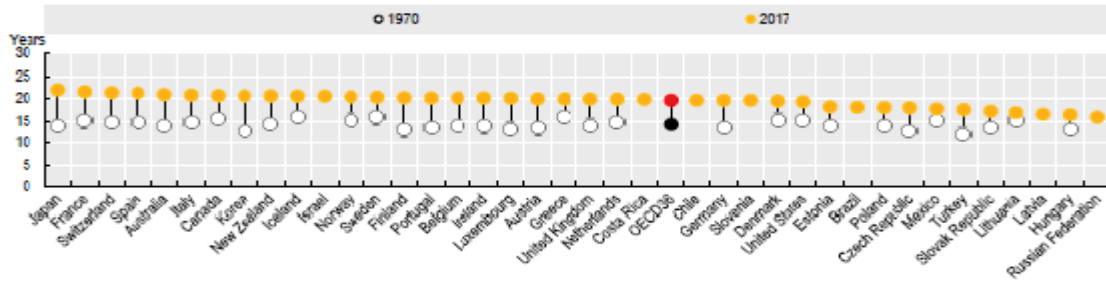


1. Ortak ülkeler Brezilya, Çin, Kolombiya, Kosta Rika, Hindistan, Endonezya, Litvanya, Rusya Federasyonu ve Güney Afrika'dır.

Kaynak: OECD Historical Population Data and Projections Database, 2019b.

Tüm OECD ülkeleri, son yıllarda hem erkekler hem de kadınlar için 65 yaşında yaşam beklentisinde büyük kazanımlar elde etmiştir. OECD ülkelerinde ortalama olarak, 65 yaşındaki bireylerin yaşam beklentisi 1970-2017 yılları arasında 5,5 yıl artmıştır (OECD, 2019b). Bu kazanımları 65 yaş nüfusunun, yaşam beklentisinden açıklanan faktörleri şu şekilde ifade etmişlerdir; sağlık hizmetlerine daha fazla erişim, daha sağlıklı yaşam tarzları ve iyileştirilmiş yaşam koşulları ile birlikte tıbbi bakımdaki gelişmelerdir (OECD, 2017b). Avustralya, Finlandiya, Kore ve Japonya bu dönemde yedi yıldan fazla kazanç elde etmiştir; 1970 ile 2017 yılları arasında 65 yaşın altında olan Litvanya, ortalama yaşam süresinde bir artış yaşamıştır (OECD, 2019b). Aşağıda şekil 3'te gösterilmiştir.

Şekil 3. 65 yaş nüfusta beklenen yaşam süresi dağılımı, 1970 ve 2017 yılları

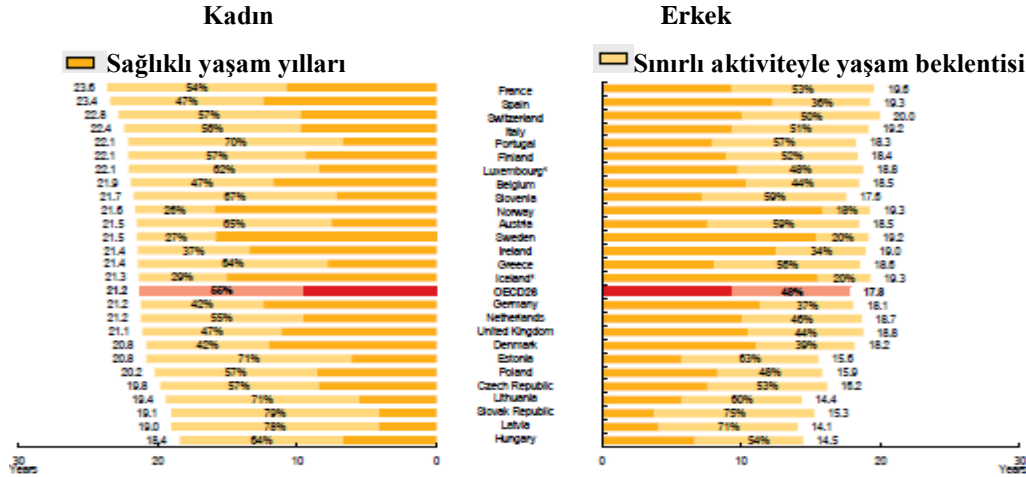


Kaynak: OECD Health Statistics 2019a.

OECD ülkelerinde ortalama olarak 65 yaş grubundaki bireyler 19,7 yıl daha yaşam beklentisi içerisinde dirler. 65 yaşındaki bireylerin yaşam beklentisinde kadın ve erkekler kıyaslandığında, kadınların erkeklere göre 2,5 yıl daha fazla yaşam süresine sahip olduğu görülmektedir. Bu cinsiyet farklılığı, kadınlara yönelik ortalama yaşam süresinin erkeklere göre 2,9 yıl daha uzun olduğu ve 1970 yılından bu yana çok fazla değişiklik olmadığını göstermektedir. 65 yaşındaki bireylerin yaşam beklentisi, Japonya'da kadınlar (24,4 yıl) ve İsviçre'de erkekler (20 yıl) için en yüksek seviyededir. OECD ülkeleri arasında, 2017'de 65 yaşındaki bireylerin yaşam beklentisi, Macaristan'da kadınlar (18,4 yıl) ve Letonya'da erkekler (14,1 yıl) için en düşük seviyededir (OECD, 2019a).

65 yaşında sağlıklı yaşam yıllarının sayısı OECD ülkelerinde önemli ölçüde değişiklik göstermektedir. Avrupa'da, Avrupa Birliği Gelir ve Yaşam Koşulları İstatistikleri (EU-SILC) araştırmasında engellilik hakkında genel bir soruya dayanarak, "sağlıklı yaşam yılları" olarak bilinen sakatlıksız yaşam beklentisinin bir göstergesi düzenli olarak hesaplanmaktadır. Ankete katılan OECD ülkelerinde ortalama olarak 65 yaşındaki bireylerin sağlıklı yaşam yıllarının sayısı kadınlar için 9,6 ve erkekler için 9,4'tür. Bu oranlar, erkekler ve kadınlar arasında 65 yaşlarındaki genel yaşam beklentisinden belirgin şekilde daha az bir fark olduğunu göstermektedir. Sağlıklı yaşam yıllarında önemli bir cinsiyet farklılığının bulunmaması, kadınların erkeklere göre yaşadığı fazla yaşam yıllarının birçoğunun bir çeşit aktivite sınırlaması ile yaşadığı anlamına gelmektedir (OECD, 2017b; OECD, 2019b).

Şekil 4. Yaşam beklentisi ve 65 yaşındaki bireylerin sağlıklı yaşam yıllarının cinsiyete göre dağılımı, 2017 yılı



Kaynak: OECD Health Statistics, 2019a.

Yaşam beklentisi ve sağlıklı yaşam yılları, eğitim durumuna göre değişmektedir. Hem erkekler hem de kadınlar için eğitim düzeyi yüksek insanlar daha uzun yaşamakta ve daha sağlıklı yaşam sürmektedirler (OECD, 2017a).

Ülkemizdeki istatistikî veriler incelenecek olursa; yaşlı nüfus 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişi iken 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi olmuştur. Bu sayı 2019 yılında ise 7 milyon 550 bin 727 kişiye ulaşmıştır. Yine Türkiye’de yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2017 yılında % 8,5 iken 2018 yılında bu oran % 8,8, 2019 yılında ise %9,1 olmuştur. 2080 yılında toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus oranının %25,6 olması beklenmektedir. (Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK, 2018; Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2019).

Yaşlı nüfusun 2018 yılında % 44,1’ini erkek nüfus, % 55,9’unu kadın nüfus oluşturmaktadır.

Yaşlı nüfus yaş grubuna bakıldığında, “2014 yılında yaşlı nüfusun % 60,9’u 65-74 yaş grubunda, %31,4’ü 75-84 yaş grubunda ve %7,7’si 85 ve daha yukarı yaş grubunda iken, 2018 yılında % 62,2’si 65-74 yaş grubunda, %28,6’sı 75-84 yaş grubunda ve % 9,2’si 85 yaş ve daha üzeri yaş grubunda yer aldığı görülmektedir” (TÜİK, 2018).

TÜİK (2018) verilerine göre “Hayat Tabloları, 2015-2017 sonuçlarına göre, doğuştan beklenen yaşam süresi Türkiye geneli için 78 yıl, erkekler için 75,3 yıl ve kadınlar için 80,8 yıldır. Genel olarak kadınlar erkeklerden daha uzun süre yaşamakta olup, doğuştan beklenen yaşam süresi farkı 5,5 yıl olmuştur.” Ülkemizde 65 yaşına ulaşan bir bireyin kalan yaşam süresi ortalama 17,7 yıldır. Erkekler için bu sürenin 16 yıl, kadınlar için 19,2 yıl olduğu saptanmıştır. Başka bir ifadeyle “65 yaşına ulaşan kadınların erkeklerden ortalama 3,2 yıl daha fazla yaşayacağı öngörülmektedir. Beklenen yaşam süresi 75 yaşında 10,7 yıl iken 85 yaşında 5,9 yıl olmuştur” (TÜİK, 2018). “Hane halkı işgücü araştırması sonuçlarına göre, 2017 yılında 15-64 yaş grubundaki bireylerin işgücüne katılma oranı

%52,8 iken yaşlı nüfusun işgücüne katılma oranı %12,2 olarak tespit edilmiştir. Yaşlı erkek nüfusta bu oran %20,6 iken yaşlı kadın nüfusta %5,6 olmuştur. Yaşlı nüfustaki işsizlik oranının ise %2,2 olduğu belirtilmektedir. Çalışma çağındaki yüz kişiye düşen yaşlı sayısını ifade eden yaşlı bağımlılık oranı, 2014 yılında %11,8 iken bu oran 2018 yılında %12,9'a yükselmiştir” (TÜİK, 2018).

Yaşlıların Sosyal Sorunları

Yaşlı bireylerin içinde buldukları en önemli sorunlar arasında yalnızlık, yoksulluk ve bakım ihtiyacı yer almaktadır. Yaşlılık ile beraber gelen fizyolojik, biyolojik, psikolojik problemler aynı zamanda yaşlı bireylerin yoksullaşmalarına da neden olmaktadır. Bunun sebebi olarak yaşlı bireyin maddi olanaklara sahip olsa bile bu olanakları kullanabilecek fiziksel yeteneğe sahip olamamalarıdır. Çünkü yaşlı bireylerin bakım sigortası olarak düşündükleri çocukları kendi ailelerini kurdukları için ebeveynleriyle aralarına mesafe girmektedirler. Bireylerin üretkenlik sürecinde çocukları adına maddi ve manevi olarak fazlaca çabalamaları nedeniyle durgunluk döneminde üretimden çekilmenin vermiş olduğu bir eksiklikle bireyler, “işe yaramama, kendine ve başkasına yetememe duygusu” na kapılabilirler. Bu faktörler sosyal bir sorun olarak yaşlılığı ele almanın sebebini açıklamaktadır (Türkan ve Sezer, 2017). Yaşlı insanlar arasındaki yalnızlık, günümüzde çok çeşitli ülkelerde sıkça tartışılan bir konudur. Agren (2017)’a göre yalnızlık, bir kişinin arzulan ve gerçek sosyal ilişkileri arasındaki bir uyumsuzluk sonucu ortaya çıkan olumsuz bir öznel duygudur. Bir birey, sosyal bir ilişkinin bir yönüyle tatminsiz olabilir, ancak başka bir yönüyle de memnun olabilir. Yalnızlığın önemli bir yönü, kişinin kişisel ilişkilerinin öznel bir duygusal deneyimi olmasıdır. Kişinin samimi ve sosyal ihtiyaçları yeterince karşılanmazsa, yalnızlık olarak adlandırılan bir dizi duygu oluşmaktadır. Yaşlı yetişkinler yaşlandıkça, özellikle 80 yaş ve üstü bireyler yalnızlık riskiyle karşı karşıya kalmaktadırlar (Tomas vd., 2017). Aynı zamanda yaşlı yetişkinlerin sağlık hizmeti ihtiyaçlarını ele almak toplumsal bir önceliktir. Nüfus, giderek artan bir oranda kronik hastalık ve multimorbidite ile birlikte yaşlanmaktadır. Yaşlı yetişkinlerin % 90'ının kronik hastalık ya da sakatlıkla yaşadığı ve yüksek sağlık ve sosyal bakım gereksinimlerinin ortaya çıktığı tahmin edilmektedir (Brown ve Menec, 2018). Yaşlı insanların giderek daha uzun ömürlerinin yaşanmaya değer olduğuna emin olmak için yaşlanma sırasında yaşamın olumlu yanlarını korumak için dikkat edilmesi gerekmektedir (Rantanen vd., 2019).

Yaşlılar için Politikalar Belirleme

Ülkemizde yaşlılık dönemi, ekonomik krizler, enflasyon gibi sebeplerden dolayı zor olan hayat şartlarını daha da ağırlaştırmaktadır. Yaşlı aylıklarına, memur maaş katsayısı ile artış uygulandığı halde yaşam kalitesini iyileştirmede yetersiz kalmaktadır. Bu doğrultuda yaşlı bireylerin hayat standartlarını iyileştirme bağlamında politikalar belirlenmiştir (Kahrıman, 2014). Aşağıdaki eylemler, daha yaşlı bireyleri işe alma ve elde tutmada işletmeleri destekleyebilir (OECD, 2018a) :

- İşletmelerde tüm çalışanları kapsayacak şekilde yaş ayrımcılığı karşıtı ayrımcılık yasasını genişletmek,
- Ayrımcılıkla mücadele mevzuatını, çalışanlar için daha kolay uygulanabilir kılmak,
- Engelli İstihdam Girişimi'ne devam etmek ve genişletmek,
- Daha uzun ve daha iyi çalışma hayatını teşvik etmek için iş durumunu desteklemek ve
- İşletmelerin yaşlı bireyleri istihdam etme kararlarıyla ilgili araştırmaları teşvik etmektir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization, WHO) de yaşlanma ve sağlık konusunda 2016-2020 yılları için strateji ve eylem planı bulunmaktadır. Neden küresel bir plana ihtiyaç

duyulduğunu da şu şekilde açıklamaktadır. Çoğu insan 60'lı ve daha ileri yaşlarında yaşamayı isteyebilir. 2050 yılına kadar, 5 kişiden 1'inin 60 yaş ve üzeri olması tahmin edilmektedir. Daha uzun bir hayat, büyük fırsatlar getirmektedir. Oysa bireyler ve toplum olarak daha geniş çapta, bu ekstra yıllardan faydalanabilmemiz, büyük bir kilit faktöre bağlıdır o da sağlıktır. Bunun kanıtı yaşlı insanların önceki nesillere göre sağlık sorunları yaşamış olmaları ve yaşamları boyunca dezavantaj yaşamış olanların sağlıksızlık riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Strateji uygulamak, tüm yaşlı insanların değer verdikleri şeyleri yapmaya devam etmelerine yardımcı olacaktır. Stratejinin vizyonu, herkesin uzun ve sağlıklı bir yaşam sürdürebileceği bir dünyanın olmasıdır. Önümüzdeki beş yıl içinde, hedefler arasında işlevsel yetenekleri en üst düzeye çıkarmak ve 2020-2030 yıllarında Sağlıklı Yaşlanma sürecini sağlamak ve ortaklıklar kurmak için var olan kanıtların uygulanması yer almaktadır. Strateji ve eylem planının, beş stratejik hedefe odaklanarak sağlanması düşünülmektedir. Strateji'nin uygulanması aşağıdaki ilkeler ile desteklenmelidir:

- İnsan hakları,
- Eşitlik,
- Ayrımcılık yapmama (özellikle yaş temelinde),
- Cinsiyet eşitliği ve
- Nesiller arası dayanışma.

Sağlıklı Yaşlanma herkes için geçerlidir. Refahı sağlayan işlevsel yeteneğin geliştirilmesi ve sürdürülmesi süreci şeklinde tanımlanmaktadır. Fonksiyonel yetenek, kişinin içsel kapasitesiyle (tüm bireylerin fiziksel ve zihinsel kapasitelerinin birleşimi) ilgili çevresel faktörler ve ikisi arasındaki etkileşim ile belirlenir. Çevresel faktörler; ulaşım, barınma, sosyal koruma, sokaklar ve parklar, sosyal tesisler, sağlık ve uzun vadeli bakım ile ilgili politikaları, sistemleri ve hizmetleri içerir. Siyaset; ürünler ve teknolojiler; arkadaşlar, aile ve bakım hizmeti verenler ile ilişkiler; kültürel ve sosyal tutum ve değerlerdir. İnsanlar yaşlandıkça, sağlık ihtiyaçları daha kronik ve karmaşık hale gelmektedir. Sağlık sistemlerinin, yaşlı insanların ihtiyaç ve haklarına odaklanan entegre hizmetlere ekonomik erişim sağlayacak şekilde tasarlanması için bir dönüşüm gerekmektedir. Bakım hizmeti bağlamında bu, yaşlıların bakımının yanı sıra bakımın sağlık ve sosyal sektörler arasında organize edilmesine, finanse edilmesine ve dağıtılmasına yönelik klinik odakta temel değişikliklerin yapılmasını gerektirmektedir. Dünya çapında, bakım ve destek gerektiren yaşlı kişilerin sayısı artmaktadır. Her ülkenin bütünsel bir uzun vadeli bakım sistemine sahip olması gerekmektedir. Her sistem yaşlı insanların onurla yaşamalarına ve temel insan haklarından ve temel özgürlüklerinden yararlanabilmelerine olanak sağlamak için mümkün olan en iyi fonksiyonel kabiliyet düzeyini korumasına yardımcı olmalıdır (World Health Organization, 2016).

Yaşlı insanlar, fiziksel ve zihinsel kapasitedeki düşümlere bakılmaksızın refah ve saygıya olan isteklerini sürdürürler. Uzun süreli bakım sistemleri, temel haklarına ve özgürlüklerine aynı zamanda insan onuruna uygun olarak başkalarının bakımını ve desteğini almak için, kapasitede önemli düşüşler yaşayan yaşlılara olanak sağlamaktadır. Bu hizmetler aynı zamanda akut sağlık hizmetlerinin uygunsuz kullanımının azaltılmasına yardımcı olabilir, ailelerin katastrofik bakım harcamalarından ve genellikle temel bakıcılardan oluşan kadınlardan daha geniş sosyal rollere sahip olmalarına yardımcı olmaktadır. İhtiyaç ve karşılanmamış ihtiyaçlara ilişkin küresel veriler mevcut olmasa da, ulusal düzeydeki veriler birçok düşük ve orta gelirli ülkelerde bu hizmetlerin sağlanmasında ve bunlara erişimde büyük boşluklar ortaya koymaktadır. Sürdürülebilir ve hakkaniyetli uzun vadeli bakım sistemleri, kültürel ve ekonomik duruma bağlı olarak farklı biçimlerde olabilir (WHO, 2016). Bu bilgiler doğrultusunda sosyal içerme politikaları gündeme gelmektedir. Sosyal içerme politikaları toplumun bilinçlendirilmesi ve eğitilmesiyle paralel olarak gelişim gösteren dışlanmayı önleyici planlar bütünüdür. "Sosyal içerme kavramı, yoksulluğu marjinalleştirmeyi ve diğer yoksunluk biçimlerini azaltmakla ilgilidir." İçerme politikaları ile fırsat eşitliği, farkındalık, aktif rol politikaları

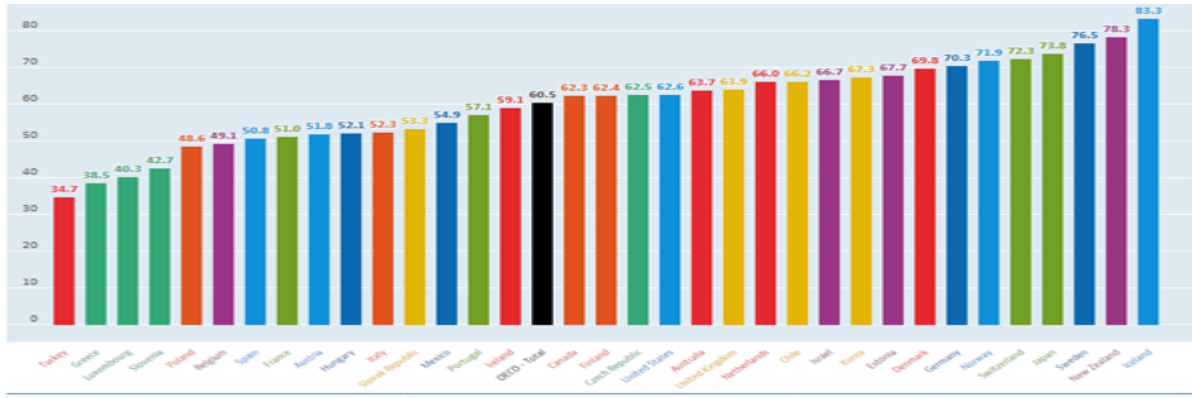
oluşturularak, negatif ayrımcılıklara maruz kalan yaşlıları çembere dâhil etmek önemli bir hedefdir. Kahrıman (2014), sosyal içerme politikalarıyla; “Değişen toplumsal koşullar sebebiyle sosyal güvenlik sistemi kapsamına alınan yaşlıların maddi risklere karşı korunmaları gerektiği, yaşlılara aylık gelir, sağlık yardımları ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık yardımı yapılması sağlandığını ifade etmiştir. Ülkemizde içerme politikaları, yaşlılıkta dışlanma, yoksulluk, yalnızlık, ayrımcılık, şiddet, ihmal, istismar gibi sosyal risklere karşı geniş bir yelpazede destek sağlayarak, sosyal koruma ve hizmetlere erişebilirlik, yaşam boyu eğitim uygulamalarıyla asgari yaşam standartları oluşturulması ve yaşama dâhil olma çabaları öngörülmektedir.

Türkiye’deki yaşlılara yönelik içerme politikalarıyla ilgili (Kahrıman, 2014);

- Yaşlılara fırsat eşitliği sağlanması,
- Pozitif ayrımcılıklarla güçlendirilmesi,
- İstihdam olanakları yaratılması,
- Ekonomik refah sağlanması,
- Aktif hayata katılımların sağlanması,
- Sosyal güvenlik, koruma ve bakım hizmetlerinin yeniden organize edilmesi,
- Nesiller arası uyum stratejileri geliştirilmesi,
- Sağlıklı yaşlanma ve geriatri bilimi çalışmalarına hız verilmesi,
- Yaşlı eğitimine önem verilmesi,
- Kısa ve uzun dönemli politikalarla sosyal ve psikolojik yönlerden yaşlı yaşam kalitesini arttıracak alternatif uygulamalar planlanmaktadır.

Bu politikalar doğrultusunda yaşlı bireylerin istihdamına bakıldığında; belirli yaş grupları için istihdam oranı 55-64 yaş arasında çalışanların oranı Türkiye’de 34,7; OECD ortalaması ise 60,8’dir (OECD, 2018b). Aşağıdaki şekil 5’te gösterilmektedir.

Şekil 5. 55 ve 64 yaş arasındaki çalışanların istihdam oranı



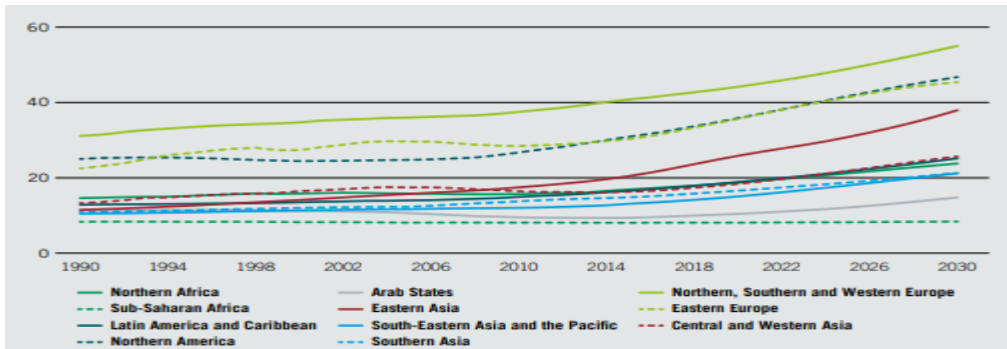
Yaşlı bağımlılık oranı, yaşlı nüfus ile çalışma yaşı (15-64 yaş) arasındaki oran olarak tanımlanmaktadır. Yaşlı nüfus verilerinin karşılaştırılabilirliği, hem ülke içerisinde hem de ülkeler arası genelinde, kırsal ve kentsel toplulukların coğrafyalarının ve bölgelerinin nasıl tanımlandığından farklı olarak etkilenmektedir. Bu demografik eğilimler, emeklilik, eğitim, sağlık ve daha genel olarak ekonomik büyüme ve refah için hükümet ve özel harcamalar için birtakım etkilere sahiptir (OECD, 2018c).

Vatandaşlarına güvenlik sağlayan bir toplum, onları sadece savaş ve hastalıktan değil, aynı zamanda iş hayatında yaşamaya dair güvensizliklerden de korumaktadır. Sosyal güvenlik sistemleri işsizlik, hastalık ve yaralanma, yaşlılık ve emeklilik, malullük, hamilelik ve çocuk bakımı gibi aile

sorumlulukları ve aile geçimini sağlayan kimsenin kaybı gibi durumlarda temel gelir sağlamaktadır. Bu gibi faydalar sadece bireysel işçiler ve onların aileleri için değil, bir bütün olarak topluluklar için de önemlidir. Sağlık hizmeti, gelir güvenliği ve sosyal hizmetler sunarak, sosyal güvenlik üretkenliğini artırır ve bireyin onuruna ve tam gerçekleşmesine katkıda bulunur (International Labour Organization ILO, 2018a). Kullandıkça öde (Pay-as-you-go PAYG) sistemleri, Avrupa'da yaşlılık sosyal güvenlik programlarına hâkimdir. Fransız, Alman ve İtalyan işçiler neredeyse sadece bir PAYG sistemi tarafından finanse edilen emekli maaşlarına güvenirken, Hollanda ve Büyük Britanya, gelecekteki emekli maaşı ödemelerinin önemli bir kısmını finanse etmede istisna konumundadırlar. Hollanda'da tanımlanmış fayda planları hâkimdir. Sık sık vurgulandığı gibi (OECD, 1988), nüfus yaşlanma süreci tüm emeklilik sistemlerini en üst noktaya taşımaktadır, ancak özellikle tanımlanmış fayda planları ve en önemlisi, ödediğiniz paralı emeklilik sistemleridir. Aynı zamanda, Avrupa yaşlılık işgücüne katılım oranları, Japonya ve ABD ile kıyaslandığında önemli ölçüde azalmıştır (Börsch-Supan, 2000). ILO 1989 raporuna göre yaşlılık ödeneği, ulusal yasalar veya yönetmelikler veya ulusal pratisyenler tarafından zor veya sağlıksız olarak kabul edilen mesleklerde çalışan ya da öngörülen bir dereceye kadar iş için uygun olmadığı kabul edilen yaşlı işçilerin, normal olarak, bir yaşlılık ödeneği için çalışanların normal yaşına ulaştıkları tarihten önce belirlenen bir süre boyunca, önceden belirlenen bir yeterlilik dönemine bağlı olarak verilebilecek erken emeklilik yardımı için uygun bulunabildiği ifade edilmiştir.

Dünya nüfusunun 2030 yılına kadar %13'lük bir büyüme göstermesi ve önümüzdeki 20 yılda %14'lük bir artışla 2050 yılına kadar 9,7 milyarı geçmesi beklenmektedir. Bu beklenen genişleme etkileyici görünmekle birlikte, geçtiğimiz yıllarda gözlemlenen nüfus artış hızına göre daha azdır. Örneğin, küresel nüfusun 1980 ile 2017 yılları arasında yüzde 65'in üzerinde (ya da 3,1 milyar) arttığı tahmin edilirken, 2050 yılına kadar yüzde 35 (ya da 2,2 milyar) artması beklenmektedir. Dünya nüfus artışındaki beklenen yavaşlamanın en yakın sonucu, 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranının gelecek yıllarda önemli ölçüde artacağıdır. Küresel olarak, 65 yaş ve üstü nüfusun 2030 yılında toplam nüfusun yüzde 11,7'sini ve 2050 yılında yüzde 15,8'ini oluşturacağı düşünülmektedir. Sonuç olarak, yaşlı nüfusun ekonomik bağımlılık oranı - yani toplam işgücünün yüzdesi olarak 65 ve üzeri yaştaki bireyleri sayısının - dünyanın birçok yerinde artması beklenmektedir (şekil 6). Bu yaklaşmakta olan zorluk, özellikle Kuzey Amerika, Avrupa ve Doğu Asya bölgeleri için önemlidir.

Şekil 6. Yaşlı ekonomik bağımlılık oranı, 1990–2030 yılları



Not: Yaşlılık ekonomik bağımlılık oranı, yaşlı nüfus (65 yaş ve üzeri) ve işgücündeki insanlar arasındaki orandır.

Kaynak: ILOSTAT, ILO Labour Force Estimates and Projections, 2017; UN World Population Prospects, 2017 Revision.

Örneğin, 2030 yılına kadar, Kuzey, Güney ve Batı Avrupa bölgesinde 65 ve üzeri yaştaki insanların sayısı, işgücünün yüzde 55'ine eşdeğer olacağı beklenmektedir. Yaşlı nüfusun ekonomik bağımlılık oranlarının yüksek olması sadece yüksek gelirli bölgelerde değil, aynı zamanda yaşlı nüfusun hızlı artış yaşanması beklenirken işgücünün önemli ölçüde düşmesinin beklendiği Çin ve Rusya Federasyonu gibi gelişmekte olan pazarlarda da ortaya çıkmaktadır. Bununla beraber, Afrika ve Güney Asya gibi bazı bölgeler hala işgücüne giren çok büyük genç nüfusa sahiptir. Birçok ülke, eski nesillerin sahip olduğu tecrübe ve becerilerden faydalanmaya devam ederken, daha yaşlı bir yaşta çalışmayı, yaşlanan nüfusun zorluklarını hafifletmek için teşvikler geliştirmektedir. Ancak, yaşlıların büyük bir çoğunluğu için özellikle gelişmekte olan ülkelerde, emeklilik yaşından sonra çalışmaya devam etmenin bir seçenek olmadığı akılda tutulmalıdır. Bu demografik değişiklikleri öngören politika kollarının yokluğunda nüfusun hızla yaşlanması hem ekonomiye hem de sosyal koşul olumsuzluklarına yol açabilir. Aslında, nüfusun yaşlanması, geçmiş yıllarda durgunluğun üstesinden gelmek için önemli bir faktör olarak görülmüştür. Yaşlanan nüfusun ekonomiyi etkileyebileceği üç temel yol vardır (ILO, 2018b):

- İşgücü büyümesinde yavaşlama,
- Tasarruf ve tüketim kalıplarını değiştirmek ve
- Kamu sosyal harcamalarına yönelik baskılar.

Yaşlanan nüfusun, ekonomiyi etkileyen faktörler doğrultusunda gümüş ekonomiye değinmekte faydalı olacaktır.

Gümüş Ekonomi

İnsan nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Yaşlanma toplum için büyük bir zorluktur, ancak aynı zamanda iş ve ekonomi için de önemli bir fırsat olabilmektedir. Ekonominin yaşlanma bölümünde daha iyi bir konum için rekabet, dünya çapında başlamıştır. Avrupa Birliği de, "Gümüş ekonomisi" temel alınarak özel teknoloji hizmetleri bakımından yaşlanan nüfusla ilgili stratejiler geliştirmeye odaklanmıştır. Bu hizmetler genellikle sağlığı izleme, robotik destek, elektrikli hareketlilik, sağlık turizmi, yeşil bakım ve web tabanlı evde bakım çözümleri dâhil olmak üzere spor aktiviteleri ile refahı desteklemeyi amaçlamaktadır (Zsarnoczky, 2016).

Gümüş ekonomisi farklı olmakla birlikte birbirleriyle bağlantılı pek çok konuyu içermektedir. Yaşlanan nüfusun ekonomik faaliyetler yoluyla içerilmesi ve yaşam kalitesinin sağlanması için, yaşlıların ihtiyaçlarını karşılayacak nitelikte yenilikçi politikaların, mal ve hizmetlerin geliştirilmesi, daha fazla büyüme ve istihdamın sağlanması gerekmektedir (Akt., Demirbilek ve Öktem Özgür, 2017; Eatock, 2015). Yaşlanma ekonomisi özellikle son derece duygusal önyargılarla yüklüdür. Bu önyargıların çoğu, sağlık ve üretkenlik ile yaşlanan bir toplumun sosyal, politik ve ekonomik yeteneği hakkındaki yanlış algılarla bağlantılıdır (OECD, 2014).

21. yüzyılın yaşlanan nüfuslarının zorluklarını karşılamak ve yaşlanmanın sağlığını, ekonomik ve sosyal etkilerini hafifletmek için ülkelerin yenilik yapması gerekmektedir. Nüfuslarının değişen ihtiyaç ve yeteneklerine uyum sağlayabilen ülkeler, daha iyi ekonomik sonuçların ve daha hızlı büyümenin olduğunu görmektedirler. Gümüş ekonomisini elde etmek, büyüme için bir alternatiftir. Kritik kamu politikası değişimlerinin yanı sıra derin bir kültürel değişim gerektirir. Üretimde, yaşlı insanların çalışarak yarattığı ekonomi önemli bir çıktıdır. Tüketimde ise yaşlı insanların ihtiyaç duyduğu, güvendiği ve kullandığı mal ve hizmetlere olan talebi belirleyebilmek önemlidir (OECD, 2015). Avrupa Komisyonuna göre ekonomik iyileşme, büyüme ve yeni işler başlıca öncelikleridir. Zamanımızın sosyal, ekonomik ve politik dönüşümlerinden biri olan demografik yaşlanma, büyük



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

zorluklar ve fırsatlar sunan alanlardandır. Yeni ve büyüyen 'Gümüş Ekonomi' ile birlikte, bağımsızlığı teşvik eden yüksek teknoloji ürünü bakım sistemlerinin birleştirilmesinde, zorlukların yanı sıra büyüme ve iş fırsatları için yeni fırsatlar bulunabilir. 2060 yılına kadar üç Avrupalıdan birinin 65'in üzerinde olacağı ve 90 milyon nüfusun 148 milyona çıkacağı ve 80 yaşındaki bireylerin sayısının 23 milyondan 62 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. Bu durum, emeklilik fonlarının sürdürülebilirliği, bakım maliyetleri ve nihai olarak kamu maliyesi etrafında gerilimler yaratmaktadır. Ancak, bir toplum olarak bu duruma yenilikçi bir düşünce ile yaklaşırsa, bu senaryonun bu kadar sorunlu olmasına gerek kalmayacağı da söz konusudur. Aksine, Avrupa için büyük bir fırsattır. Daha yaşlı insanlar, daha sonraki yaşamın ihtiyaçlarına duyarlı mallar ve hizmetler talep ederek, "Gümüş Ekonomisi" içinde aktif tüketiciler ve katkıda bulunanlar olarak çevrelerini şekillendirerek ve yaşam tarzlarını seçerek vatandaş olarak güçlendirilebilir ve değerli olabilir. Bu doğrultuda entegre teknolojilerin büyük ölçüde desteklediği akıllı sağlık ve bakım sistemleri bağlamında, daha önceki yaşlarda olduğu gibi daha sonraki yaşlarda yaşamaya bağımsızlık kazandırabilir. Bunu yaparken yeni işler, pazarlar ve iş modelleri yaratılmakta; şimdiki ve gelecekteki yaşam kalitesi iyileşmekte ve herkes daha etkili, modern ve birleştirilmiş sağlık sistemlerinden yararlanmaktadır (European Commission, 2014). Demirbilek ve Öktem Özgür (2017) çalışmalarında, yaşlı bireylerin, fiziksel, zihinsel ve kronik hastalıklar kapasitelerindeki düşüşle birlikte, sağlıklı olsalar dahi, yaşlarından dolayı işgücü piyasasında ayrımcılığa maruz kalabileceğini ifade etmişlerdir. Bu yüzden, gerek kendi fiziksel veya ruhsal sorunlarının, gerekse de işgücü piyasasında karşılaştıkları ayrımcı tutumların etkisiyle, sosyal dışlanma ile karşılaşmaktadırlar. Diğer taraftan artan maliyetlerden dolayı yaşlanan nüfusa sahip ülkelerin, ekonomik krizlere yatkın olacağı ve bu ülkelerde işgücünün yaşlanması ile çalışma çağındaki nüfusun da azalacağı düşünülmektedir. Bu yüzden, pek çok ülke emeklilik sigortası ve sağlık yardım planlarını tekrar düzenlemeye başlamış ya da özelleştirme yoluyla bu tür programlarda daha fazla etkinlik arayışına girerek, söz konusu desteklerden yararlanma koşullarını zorlaştırmıştır. Oysa yaşlı bireylere fizyolojik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde adil gelir ve sosyal güvenlik hakkı sunulmalıdır (Demirbilek ve Öktem Özgür, 2017).

SONUÇ

Nüfusun giderek yaşlanması hâlihazırda pek çok toplumsal soruna neden olmakta; ayrıca bu sorunlar yaşlanma sorununun emek arzını sınırlayıcı etkisi nedeniyle daha da yıkıcı olmaktadır. Nüfusun yaşlanması toplumsal pek çok soruna neden olmakla beraber, makro-ekonomik dinamiklerin sürdürülebilmesi için gerekli emek arzı sınırlayıcı etkisi nedeniyle, sorunların daha da belirgin hale gelmesine sebep olmaktadır. Daha üretken ve verimli olduğu kabul edilen genç işgücünün azalması bir yandan ekonomik verimliliğin düşmesine neden olurken, diğer yandan toplam emek arzını azaltan bir etkiye sahiptir (Günaydın, 2018). Daha genç işgücünün daha az iş akışı ve daha büyük yaşam beklentileri, işgücü piyasalarındaki yaş yapısını değiştirecektir. Daha genç işgücünün oranı azalacakken, yaşlı işgücünün oranı artacaktır. Ayrıca, yaşlı bağımlılık oranı dramatik bir şekilde artmaktadır. İşgücü piyasasında yaşlanma, eğitim ve iş organizasyonu değişiklikleri açısından spesifik tepkilere ihtiyaç duyarken, bağımlılık oranlarındaki artış emeklilik sistemlerini finanse etme sorununa işaret etmektedir. Bu doğrultuda gerekli politikalara ihtiyaç duyulmaktadır. Önerilen politikalar arasında çalışanların tam emeklilik haklarını kaybetmeden belirli bir yaş sınırının üzerinde yarı zamanlı çalışmasına izin veren, özenle tasarlanmış aşamalı emeklilik sistemleri bulunmaktadır. Bazı sistemler örneğin Almanya'da, yarı zamanlı bir iş için ücretlerin şirketler tarafından doldurulduğunu öngörmektedir (Auer ve Fortuny, 2000). Özellikle yaşlı işçiler için daha uygun bir çalışma olanağı sunan ve bu suretle emek piyasasından ayrılma sürelerini uzatan kısmi süreli çalışmanın teşvik edilmesi gerekmektedir. Fakat bu noktada dikkat edilmesi gereken husus, kısmi süreli çalışmanın esas çalışma şekli olarak yaygınlaşmasının engellenmesidir. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 175 sayılı Kısmi Süreli Çalışma sözleşmesinde de belirtildiği üzere kısmi süreli çalışma isteğe bağlı bir çalışma

270

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(ARIKAN, G.)

biçimi olmalıdır. Bireyler sırf yaşları nedeniyle sosyal ve ekonomik haklarında kayba neden olan kısmi süreli çalışmaya zorlanmamalıdır (Günaydın, 2018). Sosyal güvenlik konusundaki tartışmalar, sistemlerin mevcut ve gelecekteki demografik ve ekonomik dinamiklere tepkisine odaklanmıştır. Özellikle, yaşlanma sürecinin bu sistemlerin ekonomik veya finansal sürdürülebilirliği üzerindeki etkisine dikkat çekilmiştir (Galasso ve Profeta, 2002). Daha uzun bir yaşam süresi için daha uzun bir çalışma ömrü veya daha fazla tasarruf şeklinde olabilir. Bu uygulamalar da sosyal güvenlik düzenlemelerine bağlıdır (Bloom vd.,2007). Cutright (1965) çalışmasında birçok ülkede sosyal güvenlik önlemlerinin uygulamaya konması, hükümetin ideal demokratik örgütsel formdan bir dereceye kadar bir ölçüde de olsa etkilenmeyen ekonomik ve sosyal düzende değişimlere bir yanıt olduğu sonucuna varmaktadır. Yaşlanma ve sağlık konusunda harekete geçmek sürdürülebilir kalkınmayı da teşvik etmek anlamına gelmektedir. WHO (2015: 18) raporuna göre, yaşlıların ihtiyaçları ile daha uyumlu sağlık ve uzun vadeli bakım için yeni sistemlerin geliştirilmesi teşvik edilmeli ve faaliyetlerin koordine edilmesi ve dengelenebilmesi için tüm sektörlerin ortak hedeflere odaklanması sağlanmalıdır.

Çalışmak isteyen yaşlılar için sahip oldukları niteliklere göre istihdam imkânları sunulmalı ve yaşlılar için istedikleri ve yapabilecekleri sürece iş yaşamında kalmaları desteklenmelidir. Çalışma isteği ve gücüne sahip yaşlılara yönelik iş bulma kuruluşlarının oluşturulması, yaşlıların kendi işini kurma çabaları ve küçük girişimlerinin desteklenmesi, işe alımlarının özendirilmesi, işe alım süreçlerindeki ayrımcı tutumların önlenmesi, yaşlanan çalışanlara yardım programları hazırlanarak çalışma kapasitelerinin sürdürülmesi, emekliliğe geçişi kolaylaştıracak kademeli programların hazırlanması gibi uygulamalar gerçekleştirilerek yaşam kalitesi sağlanmalıdır (Demirbilek ve Öktem Özgür, 2017). Aynı zamanda demografik ve epidemiyolojik değişiklikler, dünya nüfusunun sağlık ihtiyaçlarında çarpıcı değişikliklere neden olmaktadır. Bu doğrultuda yaşlanma ile ilgili kronik hastalıkların yönetimi ve uzun süreli bakım ihtiyacında da hızlı bir artış yaşanmaktadır. Bu nedenle, genel olarak yaşlılara bakım için etkili politikalar ve özellikle de uzun vadeli bakım politikaları, modern toplumun karşılaştığı en önemli zorluklardan birisidir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki eğilimler, uzun süreli bakım ihtiyacının da giderek artacağını göstermektedir. Bu yüzden yaşlanmayla ilgili yaşlanma ve sağlığı anlama şeklimizde büyük bir değişimi teşvik etmek ve dönüştürücü yaklaşımların gelişimine imkân verilmesi gerekmektedir. Toplumsal değişim devam ettiği ve öngörülemez durumlar söz konusu olduğu için yaşlı bireylerin yaşamları, sorunlu ortamlarda gelişebilme yeteneklerini güçlendirmeye çalışılmalıdır.

KAYNAKÇA

Aksoy, A. D. (2015). Bireylerin aktif yaşlanmaya ilişkin görüşleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 8(2).

Agren, A. (2017). What are we talking about? Constructions of loneliness among older people in the swedish news-press. Journal of Aging Studies, 41, 18-27.

Auer, P. & Fortuny, M. (2000). Ageing of the labour force in OECD countries: economic and social consequences. Geneva: International Labour Office.

Bloom, D. E., Canning, D., Mansfield, R. K., & Moore, M. (2007). Demographic change, social security systems, and savings. Journal of Monetary Economics, 54(1): 92-114.

Börsch-Supan, A. (2000). Incentive effects of social security on labour force participation: evidence in Germany and across Europe. *Journal of Public Economics*, 78(1-2): 25-49.

Brown, C. L., & Menec, V. (2018). Health, social, and functional characteristics of older adults with continuing care needs: implications for integrated care. *Journal of Aging and Health*, 1-21.

Cutright, P. (1965). Political structure, economic development, and national social security programs. *American Journal of Sociology*, 70(5): 537-550.

Deeg, D. J., Wahl, H. W. & Litwin, H. (2018). Ageing and transitions: looking back and looking forward.

Demirbilek, T., ve Özgür, A. Ö. (2017). Gümüş ekonomi ve aktif yaşlanma bağlamında yaşlı istihdamı. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(1).

European Commission (2014). European innovation partnership on active and healthy ageing: the rise of the silver economy: ageing, economic growth jobs go together very well. Retrieved May 12, 2020, from https://ec.europa.eu/eip/ageing/news/rise-silver-economy-ageing-economic-growth-and-jobs-go-together-very-well_en.

Galasso, V., & Profeta, P. (2002). The political economy of social security: a survey. *European Journal of Political Economy*, 18(1): 1-29.

Günaydın, D. (2018). Türkiye'nin demografik dönüşümü çerçevesinde işgücünün yaşlanma sorunu. *Yaşlı Sorunları Araştırmaları Dergisi*, 11(1): 1-13.

ILO (2018a). International Labour Standards on Social Security. Retrieved May 12, 2020, from <http://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/social-security/lang--en/index.htm>. Adapted from R. Silva, M. Humblet: Standards for the XXIst century: Social Security (Geneva, ILO, 2002).

ILO (2018b). World employment social Outlook trends 2018. International Labour Office – Geneva.

ILO (1989). Social security protection in old-age. International Labour Conference, 76st Session, Geneva.

Kahrıman, A. (2014). Türkiye'de sosyal koruma kapsamında yaşlılık ve yaşlılıkla ilgili uygulanan politikalar, Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale, 172-174.

OECD (2014). Expert consultation on the silver economy: Facts, challenges and opportunities. Directorate for Science, Technology and Industry Committee on Digital Economy Policy, the Harris Manchester College Oxford, United Kingdom.

OECD (2015). Active ageing in the digital economy, Oxford, United Kingdom.

OECD (2017a). Health Statistics 2017.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

OECD (2017b). Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

OECD (2018a). Ageing and employment policies: United States.

OECD (2018b). Employment rate by age group (indicator). Retrieved May 12, 2020, from <https://data.oecd.org/emp/employment-rate-by-age-group.htm>.

OECD (2018c). Elderly population (indicator). Retrieved May 16, 2020, from <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>.

OECD (2019a). Health Statistics 2019.

OECD (2019b). Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

Peralta, M., Martins, J., Guedes, D. P., Sarmiento, H., & Marques, A. (2018). Socio-demographic correlates of physical activity among European older people. *European journal of ageing*, 15(1): 5-13.

Principi, A., Galenkamp, H., Papa, R., Socci, M., Suanet, B., Schmidt, et. al. (2016). Do predictors of volunteering in older age differ by health status?. *European Journal of Ageing*, 13(2): 91-102.

Rantanen, T., Portegijs, E., Kokko, K., Rantakokko, M., Törmäkangas, T., & Saajanaho, M. (2019). Developing an assessment method of active aging: university of jyvaskyla active aging scale. *Journal of aging and health*, 31(6), 1002-1024.

Softa, H. (2015). Evde ve huzurevinde kalan yaşlıların fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 8(2).

Taşçı, F. (2010). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya örnekleri. *Çalışma ve Toplum*, 1, 175-202.

Tomás, J. M., Pinazo-Hernandis, S., Donio-Bellegarde, M. & Hontangas, P. M. (2017). Validity of the de Jong-Gierveld Loneliness Scale in Spanish older population: Competitive structural models and item response theory. *European Journal of Ageing*, 14(4): 429-437.

Türkiye İstatistik Kurumu (2018). İstatistiklerle Yaşlılar. 12.05.2020 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=istgosterge> adresinden alınmıştır.

Türkiye İstatistik Kurumu (2019). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 12.05.2020 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> adresinden alınmıştır.

Türkan, M. ve Sezer, S. (2017). Yaşlı yoksulluğunun yarattığı sosyal ve psikolojik sorunlar: Muğla örneği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(4): 35-57.

United Nations. Department of Economic and Social Affairs Population Division World. (2017). *Population Prospects the 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*. UN.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization, 18.

World Health Organization (WHO). (2016). Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020): A Framework for Coordinated Global Action by the World Health Organization, Member States, and Partners Across the Sustainable Development Goals.

Zsarnoczky, M. (2016). Innovation challenges of the silver economy. Management (16487974), 28(1).

**MAKİNE ÖĞRENMESİ TEKNİKLERİYLE HASTALIK SINIFLANDIRMASI:
RANDOM FOREST, K-NEAREST NEIGHBOUR VE ADABOOST
ALGORİTMALARI UYGULAMASI**

**DISEASE CLASSIFICATION BY MACHINE LEARNING TECHNIQUES: RANDOM
FOREST, K-NEAREST NEIGHBOR AND ADABOOST ALGORITHMS
APPLICATIONS**

1. Doktora Öğrencisi, **Ülkü VERANYURT**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, orcid.org/0000-0003-4838-3373, ulkuveranyurt@gmail.com

2. Yüksek Lisans Öğrencisi, **Ahmet Fatih DEVECİ**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, orcid.org/0000-0002-3044-8397, ahmetfatihdeveci@gmail.com

3. Dr. Öğr. Üyesi, **M. Fevzi Esen**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, orcid.org/0000-0002-3044-8397, fevziesen@gmail.com

4. Yüksek Lisans Öğrencisi, **Ozan VERANYURT**

Bahçeşehir Üniversitesi, orcid.org/0000-0003-3652-2356, ozan.veranyurt@bahcesehir.edu.tr

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (22.05.2020-12.08.2020)

Özet

Amaç: Bu çalışmada, sağlık yönetiminde etkinliği sağlamak üzere, hastalıkların doğru olarak teşhisinde makine öğrenmesi tekniklerinin başarısının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Veri Seti ve Yöntem: Çalışmada, Vanderbilt Üniversitesi tarafından çeşitli hastalıkların risk faktörlerinin yaygınlığını anlamak için gerçekleştirilen ve kamuya açık, 390 hastaya ait 15 değişkenden oluşan veri seti kullanılmıştır. Modelin eğitilmesi ve testi amacıyla, veri setinin %70'i eğitim, %30'u test kümelerine bölünmüştür. Random Forest (RF), K-Nearest Neighbour (KNN) ve AdaBoost algoritmaları kullanılarak sınıflandırma performansları karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışma sonucunda, RF ve KNN algoritmaları sınıflandırma başarısının %92,30 ve AdaBoost algoritması ile gerçekleştirilen sınıflandırma başarısının ise %90,59 olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Yapay zekâ ve makine öğrenmesi yöntemlerinin sağlık yönetimi ve hizmetleri alanındaki kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. Çalışmamızda, hastalıkların doğru olarak teşhisi amacıyla kullanılan algoritmalarla %90'ın üzerinde doğru sınıflandırma başarısı elde edilmiştir. Bu durum, teşhis ve tedavi süreçlerinde insan kaynaklı

hataları azaltmak ve medikal karar süreçlerine destek amacıyla, makine öğrenmesi tekniklerine başvurulabileceğini göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Hastalık sınıflandırma, sağlıkta makine öğrenmesi, diyabet hastalığı

Abstract

Objective: The aim of this study is to compare the correct classification rates of different machine learning algorithms in the detection of diseases in order to ensure the effectiveness in accurate diagnosis and health management.

Data Set and Method: In our study, we utilized from a research conducted by Vanderbilt University. The aim of the research was to understand the prevalence of risk factors for various diseases. An open access data set of 15 variables of 390 patients belong to that research was used in this study. For the purpose of training and testing of the model, 70% of the data set is divided into training and 30% into test sets. Classification performances were compared using Random Forest (RF), K-Nearest Neighbor (KNN) and AdaBoost algorithms.

Results: As a result of the study, it was observed that the classification success of the RF and KNN algorithms was 92.30% and the classification success of the AdaBoost algorithm was 90.59%.

Conclusion: Artificial intelligence and machine learning methods are used more frequently in the field of health management and services. In our study, the test success was achieved over 90% by using different algorithms. Machine learning techniques can be applied in issues such as reducing human errors in diagnosis and treatment processes and providing support in medical decision making processes.

Keywords: Disease classification, machine learning in health, diabetes disease

GİRİŞ

Sağlık sektöründe tanı ve teşhisin sadece insan gücüyle yönetilmesi mümkün değildir (ADA, American Diabetes Association 2014). Hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunun yanı sıra, hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık düzeylerinin geliştirilmesini de içeren sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesi için sağlık yönetimi önem kazanmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki değişimin temel sebepleri ise, kronik hastalıkların yaygınlığının artması, hastaların beklentilerinin değişmesi ve giderek artan yaşlı nüfusun evde bakım hizmetleri gibi yeni ihtiyaçların doğması olarak sıralanmaktadır (Hayran, 2012). Bunlara bağlı olarak, yeni teknolojilerin sağlık hizmetleri ve yönetiminde kullanılmaya başlanması da kaçınılmaz görünmektedir.

Sağlık hizmetlerinde süreçler anestezi, görüntüleme, tarama gibi alanlardaki teknolojik gelişmelere bağlı olarak gelişmektedir. Teknolojide inovasyon sağlık hizmetlerini bir dönüşüme sokarken insan faktörü de bu süreçteki gelişmeye açık noktalardan biridir (Thimbleby, 2013). Sağlık yöneticileri, maliyetlerin azalması, verimliliğin artması, bilgi eksikliğinden kaynaklanan personel hatalarını azaltmak veya ortadan kaldırmak ve zamanında ve doğru şekilde hastalık tanımlama yapabilmek için yapay zekâ teknolojileri kullanmaktadır. Yapay zeka teknolojileri insan faktörünün olduğu tüm sağlık hizmetleri ve sağlık yönetimi süreçlerine entegre edilmektedir.

Yapay zekâ teknolojilerinden biri olan makine öğrenmesi teknikleri tıbbi tahminlerde yaygın olarak kullanılmaktadır (Islam vd. 2019; Kononenko, 2001). Makine öğrenmesi teknikleri ile hızlı ve güvenilir şekilde hastalık tahminlemesi yapılabilmektedir. Makine öğrenmesine ait birçok algoritma mevcut olup, problemin kaynağına ve veri sayısına göre hangi algoritmanın kullanılacağına karar

verilmektedir. Farklı algoritmalar, kullanılan veriye göre özgüllük (specificity) ve duyarlılık (sensitivity) değerleri üretebilmektedir (Chubak, Pocobelli ve Weiss, 2012). Kullanılan veriye göre bu değerler göz önünde bulundurularak farklı algoritmalar arasından en iyi uyum sağlayan seçilmektedir. Bu şekilde en iyi algoritma tercih edilerek sonuç iyileştirilmekte olup, zaman maliyeti azaltılmaktadır (Chubak, Pocobelli ve Weiss, 2012).

Çalışmaya konu olan sınıflandırma işlemi için, ölümcül birçok hastalığın oluşumunda önemli rol oynayan ve görülme sıklığı giderek artan ciddi hastalıklardan biri olan diyabet seçilmiştir. Organ kayıplarıyla birlikte, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen diyabet, insülini yeterli üretilmediği ya da üretilen insülinin kullanımında meydana gelen bozukluk sonucu kandaki glikoz miktarının artmasıyla ortaya çıkan kronik bir hastalıktır (Glauber ve Karnielli, 2013; ADA, 2010). Amerikan Diyabet Derneği'ne (ADA, 2017) göre, diyabetin tahmini yıllık maliyeti, doğrudan tıbbi maliyetlerde her yıl %5 artışla 245 milyar doları aşmaktadır. Dünya çapında gün geçtikçe artan diyabet prevalansının yanı sıra, her yıl diyabet teşhisi konan hastalar arasında yaklaşık 1,6 milyon ölüm meydana gelmektedir (WHO, 2010). Bununla birlikte, Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF, 2013) tahminlerine göre 2040 yılında dünyada 10 yetişkinden 1'inin diyabet hastası olacağı öngörülmekte olup, diyabet ile ilişkili hastalıkların sağlık harcamalarının 802 milyar ABD dolarını aşacağı belirtilmektedir. Diyabet ve ona bağlı oluşabilen hastalıkların tanı ve tedavi maliyetler yanında, bireyin iş kapasitesinin azalması, ortalama ömrünün azalması ve hasta yakınlarının uğraşlarından dolayı maliyetler de bulunmaktadır (Satman vd. 2013). Bu durum, sağlıkta önleyici faaliyetlerin önemini göstermekte olup, hastalıkların önceden teşhis edilmesinin ne kadar önemli bir maliyet avantajı yaratacağına işaret etmektedir. Maliyetlerin öngörülebilmesi, sağlık yönetimi ve hizmetlerinin sunulmasında avantaj sağlayan bir araç olarak değerlendirildiğinde, hastalıkların doğru olarak teşhis edilmesinde dinamik süreçlerin ve sayısal tekniklerin kullanılması önem kazanmaktadır (Soyiri ve Reidpath, 2013).

Bu çalışmada, diyabet hastalığının erken teşhis edilebilmesi amacıyla, söz konusu hastalığa ilişkin literatürde gösterilen önemli değişkenler seçilerek RF, KNN ve AdaBoost algoritmaları ile hastalığın doğru sınıflandırmasının yapılması amaçlanmıştır. Çalışmada, her bir algoritmanın doğru sınıflandırma performansları karşılaştırılarak en yüksek doğru sınıflandırmanın elde edildiği algoritmalar belirlenmiştir.

LİTERATÜR

Sağlık alanında yapay zekâ ve makine öğrenmesi uygulamalarının kullanımı, tıbbi tanı ve hastalık takip, maliyet tahminleme, görüntüleme analizi, kaynak planlama ve acil durum yönetimi, yapılandırılmamış (unstructured) verinin işlenmesi gibi birçok alt faaliyet alanında gerçekleştirilmektedir (Alonso vd. 2018; Narula vd. 2017; Esteva vd. 2017). Yüksek boyuttaki hasta verilerinin işlevsel hale getirilmesinde de kullanılan yapay zekâ modelleri, veri güvenirliliğinin ve kalitesinin artırılmasında etkin bir rol oynamaktadır (Cichosz, Johansen ve Hejlesen, 2015; Tran vd. 2019). Ancak, yapay zekânın sağlık alanında kullanımına ilişkin; klinik verilerin doğruluğu, verilerin yönetilmesi, verilerin korunmasıyla ilgili yasal ve etik süreçler, sağlık alanında yapay zekâ kullanımını sınırlandırmaktadır (Char, Shah ve Magnus, 2018). Veri gizliliği ve korunması birçok uygulamada bir sorun teşkil ederken, konuya ilişkin etik süreçler her ülkede farklılık göstermektedir (Celebi ve Inal, 2019).

Diyabet hastalığının tespiti konusunda yapay zekâ uygulamalarıyla gerçekleştirilen farklı çalışmalar mevcuttur. Mujumdar ve Vaidehi (2019) makine öğrenmesiyle diyabet hastalığının tespitinde doğruluk oranını arttırmak için sağlık yönetim sistemindeki büyük veri kaynakları kullanmıştır.

Çalışmada, mevcut hasta veri kümesi bu büyük veri kaynağından alınan yeni parametreler ile zenginleştirilmiş, bu sayede hastalık tanısının konmasında makine öğrenmesinin doğruluk oranı arttırılmıştır. Yapılan farklı bir çalışmada ise, Hindistan örneklemindeki hastalara ilişkin bir veri kümesi kullanılarak gözetimli (supervised) makine öğrenmesi algoritmaları ile hastalık tespiti üzerinde çalışılmıştır (Kaur ve Kumari, 2018). Sağlık yönetimi süreçlerinde diyabet hastalığının yönetilmesi ile ilgili yapılan bir başka çalışmada ise, genel bir inceleme yapılmış olup, hastalığın tahminlenmesi ve sonrasında oluşan komplikasyonlar, hastaların genetik geçmişleri, tedavi ve yönetim süreçleri ile ilgili yapılmış olan çalışmalar incelenmiştir. Çalışmada ayrıca, makine öğrenimine dayalı çalışmaların neredeyse %85'inin sınıflandırma ve tahmin için denetimli öğrenme algoritmaları kullandığı vurgulanmaktadır. Buna göre, en çok tercih edilen algoritma Destek Vektör Makinesi (Support Vector Machine) olmuştur.

Makine öğrenmesi teknikleri sağlık bilimleri alanında en yaygın olarak tahminleme, tanı, hastalık sonrası komplikasyonların belirlenmesinde kullanılmakta olup, zamandan ve iş yükünden tasarruf yapılarak hastalara daha kaliteli sağlık hizmeti verilmesi amaçlanmaktadır (Kavakiotis vd. 2017). Woldaregay ve arkadaşları (2019), diyabetli hastalar için, sağlık yönetimi süreçlerinde hastanın konforunu sağlama ve tedavi süreçlerini iyileştirmeye yönelik hasta yaklaşımı ve yapay zekâ tabanlı hasta takip sistemi önermiştir.

Makine öğrenmesi teknikleri çözümlerine ilişkin sağlık yönetimi süreçlerine bir başka örnek ise, sağlık sigortası sağlayıcıların ön onay süreçlerine makine öğrenme entegre edilerek iyileştirmesi ve hızlandırılmasıdır (Araújo vd. 2016). Sağlık sigortası sağlayıcılarının ön onay süreçlerinde yanlış girilen form, kapsam dışı tedavi veya hizmet gibi taleplerin ön incelemede hızlı ve doğru değerlendirilebilmesi amacıyla, makine öğrenmesi teknikleriyle otomatizasyonu mümkün kılınmaktadır. Sağlık hizmetlerinde makine öğrenmesinin yarattığı fırsatlarla ilgili bir başka çalışmada ise, hastane verileri kullanılarak hastaları risk gruplarına göre sınıflandıran bir model önerilmiş, bu şekilde hasta takibi ve ilgili aksiyonlar konusunda bir iyileşme sağlanmıştır (Parikh, Kakad ve Batesi 2016). Bir diğer çalışmada ise, gereken tedavi ve adımları belirlemek için yüksek maliyetli ve riskli hastaları belirleyen bir yapay zekâ modeli önerilmiştir (Bates vd. 2014). Mercado ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir çalışmada diyabet tanısı ve sınıflandırılması için Hoefding Tree algoritmasını kullanmıştır. Sağlık yönetiminin bir parçası olan hastane yönetimi ile ilgili farklı bir bakış açısı Rodriguez ve arkadaşları (2019) tarafından sunulmuştur. Söz konusu çalışmada, diyabet ve benzeri kronik hastalık sebebiyle yatış yapan hastaların maliyetleri üzerinden bir makine öğrenmesi modeli oluşturulmuş olup, model ile hastalık maliyetlerinin tahminlenmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmada kullanılacak olan, RF, KNN ve Adaboost algoritmalarının etkinliğine ilişkin literatürde farklı alanlarda çalışmalar bulunmaktadır. Söz konusu çalışmalarda, algoritmaların sınıflandırma performansları karşılaştırılmamış olup, her bir algoritmanın güçlü ve zayıf yönleri farklı çalışmalarda tartışılmıştır. Vishwanath ve arkadaşları (2020), farelerde beyin zedelenmesi sınıflandırmasını EEG (electroencephalogram) verileri kullanarak, RF, KNN ve Evrimsel Sinir Ağı (CNN) algoritmaları ile gerçekleştirmiş olup söz konusu çalışmada en yüksek doğru sınıflandırma skoru CNN ile elde edilmiştir. Kalra ve arkadaşları (2020), CT ve MRI kullanılan protokollerin kalite ve etkinliğini doğal dil işleme (NLP) tabanlı bir makine öğrenmesi sınıflandırıcı ile arttırmayı denemiştir. Buna göre, KNN ve RF makine öğrenmesi sınıflandırıcıları kullanılmış olup, algoritmaların birbirlerine karşı herhangi bir üstünlüğü tespit edilememiştir. Wang ve arkadaşları (2020), akciğer kanserinin alt tiplerini belirlemede KNN algoritmasını kullanmıştır. Çalışmada, solunum fonksiyon testi sonuçları kullanılarak hastalardaki akciğer kanseri tipleri sınıflandırılmış olup, KNN algoritmasının yüksek oranda doğru sınıflandırma başarısı gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Liu ve arkadaşları (2020) ise aort

diseksiyonu (AD) taraması için farklı makine öğrenmesi algoritmaları ile bir metod geliştirmeye çalışmıştır. Söz konusu çalışmada AdaBoost, SmoteBagging, EasyEnsemble ve CalibratedAdaMEC algoritmaları kullanılmıştır. Çalışma sonucunda algoritmaların etkinliği tespit edilmiş olup, söz konusu algoritmalarla gerçekleştirilen sınıflandırmada yanlış teşhis oranlarının %25'in altında olduğu belirlenmiştir.

VERİ SETİ VE METOD

Bu çalışmada, Vanderbilt Üniversitesi Biyoistatistik Departmanı tarafından açık erişim olarak sağlanan diyabet hastası 390 kişiye ait 15 değişkenden oluşan veri seti kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan veri kamuya açık olup, 1993-1994 yılları arasında toplanmıştır. Bu nedenle bir etik kurul izni gerektirmemektedir. Veri seti, Random Forest, K-Nearest Neighbour ve AdaBoost algoritmaları kullanılarak sınıflandırılmıştır.

Makine öğrenmesi, iterasyonlar ve veri üzerindeki ortak desenleri herhangi bir varsayım olmadan öğrenmeye çalışmaktadır. Makine öğrenmesi çeşitleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Bu çalışmada gözetimli olarak RF ve AdaBoost, gözetimsiz olarak ise KNN makine öğrenmesi tekniği seçilerek, probleme ilişkin doğru sınıflandırmada uygun algoritmanın bulunması amaçlanmıştır.

RF algoritması, karar ağaçlarının birleşiminden oluşan bir algoritma olup, kullanılan karar ağaçları arasında doğruluğu ve bağımsızlığı en yüksek ağaçlar tercih edilmektedir. Ağaçların her birisi veri setindeki özelliklere göre dallanmaktadır. Dallanma bu özelliklerde karar noktalarına bağlıdır (Breiman, 2001). Karar ağacı kullanan modellerdeki en büyük problem, verinin az olması durumunda aşırı oranda uyumun (over fitting) oluşmasıdır (Liao, Ju ve Zou, 2016). Random Forest sınıflandırıcısı, veri kümesinin çeşitli alt örneklerine bir dizi Karar Ağacı Sınıflandırmasına (Decision Tree Classifier) uyan ve tahmin doğruluğunu iyileştirmek ve aşırı uyumu kontrol etmek için ortalamayı kullanan bir meta tahmincidir. Alt örnek boyutu her zaman orijinal giriş örneklem boyutuyla aynıdır.

KNN algoritması ise gözetimsiz bir algoritma olup, veri içerisindeki noktaların kendisine en yakın noktalar ile karşılaştırılarak veri kümeleri oluşturulması hedeflenmektedir. Komşu sayısı parametresiyle, karşılaştırmanın veriye en yakın kaç komşu ile yapılacağı belirlenmektedir (Jiang ve Zhou, 2016). Algoritmayı bilgisayar ortamında çalıştırabilmek için tüm veri setine ihtiyaç duyulmakta olup, tüm veri setinin ana bellekte öğrenme süreci boyunca tutulması gerekmektedir. Veriler arasındaki mesafeyi ölçmek için Öklit, Manhattan gibi mesafe ölçütleri kullanılmaktadır (Cover ve Hart, 1967). KNN 'de amaç, yeni noktaya en yakın önceden belirlenmiş sayıda eğitim örneği bulmak ve etiketi bunlardan tahmin etmektir. Örnek sayısı kullanıcı tanımlı bir sabit (k-en yakın komşu öğrenimi) olabilir veya noktaların yerel yoğunluğuna (yarıçap temelli komşu öğrenimi) bağlı olarak değişebilir. Basitliğine rağmen, en yakın komşular el yazısı rakamlar ve uydu görüntüsü sahneleri de dâhil olmak üzere çok sayıda sınıflandırma ve regresyon probleminde başarılı olarak kullanılmaktadır. Parametrik olmayan bir yöntem olduğundan dolayı, karar sınırının çok düzensiz olduğu sınıflandırma durumlarında genellikle başarılı olmaktadır.

Tablo 1. Makine Öğrenmesi Türleri

Metod	Tanım
Gözetimli	Yaygın olarak kullanılan öğrenme biçimidir. Veri sırasıyla eğitim ve test kümelerine ayrılır. Yapılacak işleme göre veri önceden işaretlenmelidir. Regresyon, tahminleme, sınıflandırma gibi işlemlerde kullanılır. Yapay sinir ağları, Random Forest gibi algoritmalar örnek gösterilebilir.
Gözetimsiz	Bu öğrenme biçiminde modele eğitim için herhangi bir sınıf ya da sayısal bilgi verilmez. Model veri içindeki ortak noktalar üzerinden sonuç üretmeye çalışır. K-Nearest Neighbour (KNN), hierarchical clustering örnek verilebilir.
Yarı gözetimli	Veri içinde işaretlenmiş sonuç bilgisi olan ya da olmayan bölümlere ayrılır. Tam olarak sınıflandırılmamış bir veri kullanılır. Ses algılama buna örnek verilebilir.
Pekiştirmeli	Davranışsal psikolojideki ödül prensibine dayanır. Karar verme mekanizması alınan sonuca göre en yüksek ödülü veren seçeneği öğrenir. Günümüzde robotik, yapay zekâda kişiselleştirme, medikal görüntü işleme gibi alanlarda kullanılmaktadır.

Kaynak: (Shameer vd. 2017)

Adaboost algoritması, Freund ve Schapire (1997) tarafından önerilmiş olup, çeşitli zayıf algoritmaların bir araya getirilerek karma ve daha güçlü bir eğitim modeli sunan bir makine öğrenmesinin gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır. İçerisinde kendisinden daha önce geliştirilmiş olan farklı makine öğrenmesi algoritmalarını birleştirerek ya da karşılaştırarak öğrenme konusunda en iyi sonucun elde edilmesi hedeflenmektedir (Freud ve Schapire, 1997).

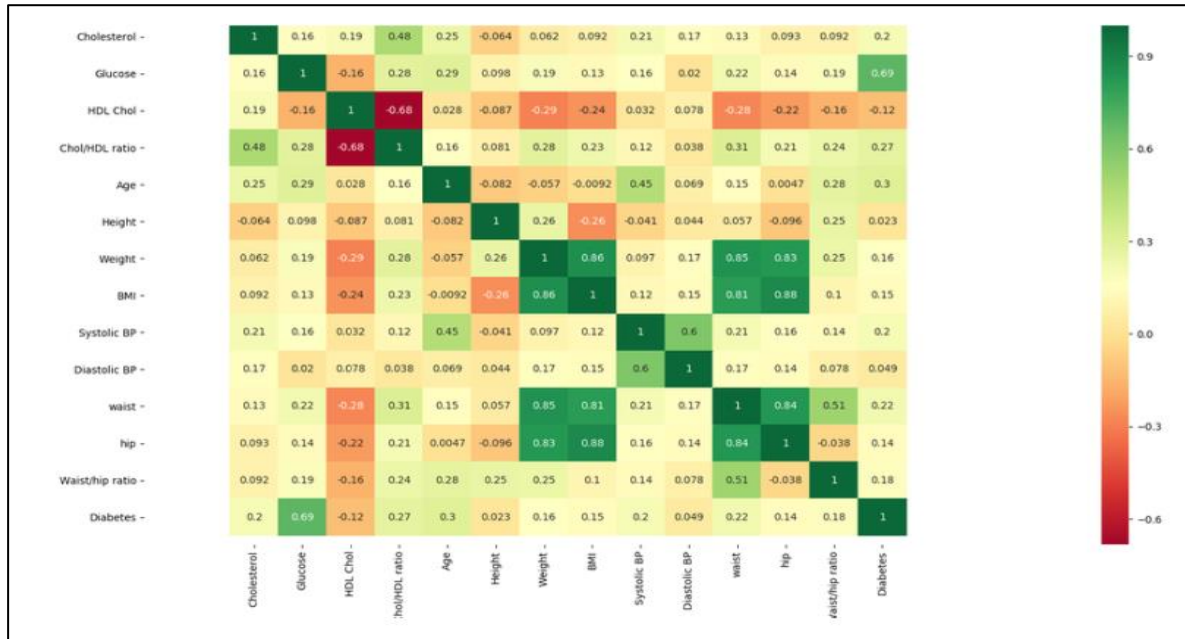
Bu çalışmada kullanılan veriler obezite, diyabet ve kardiyovasküler risk faktörlerinin yaygınlığının tespitine ilişkin farklı hastalık gruplarında bulunan kişilerden elde edilmiştir. Veri kümesinde, yukarıda belirtilen hastalıklarla ilişkili 15 farklı değişken bulunmaktadır. Veri setinin %70'i eğitim, %30'u ise test verisi olarak ayrılmıştır. Veri setine kişilerin yaş, boy, ağırlık, vücut kitle endeksi (BMI), sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, bel, bel/kalça oranı, kalça, kolesterol, HDL kolesterol, kolesterol/HDL oranı ve glikoz verileri dâhil edilmiştir (Tablo 2). ADA'ya göre yaş, cinsiyet, boy uzunluğu, kilo, Vücut Kitle İndeksi (BMI), sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, bel, kalça, bel/kalça oranı, kolesterol, HDL kolesterol ve kolesterol/HDL kolesterol oranı gibi parametreler diyabet hastalarında; kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörleridir (ADA, 2019). Ayrıca obeziteyi gösteren yaş, cinsiyet, boy, ağırlık, BMI, bel, kalça, bel/kalça oranı gibi değişkenler diyabet hastalığı için önemli belirteçlerdir (ADA, 2019).

Veri setine ilişkin temel istatistikî ölçütler Tablo 2'de gösterilmiştir. Örneklemin yaş aralığı 19-92 yıl gibi geniş bir grubu kapsamakta olup, yaş ortalaması 46,77 olarak bulunmuştur. Çalışmada değerlendirilen hastaların %41.53'ü erkek (n=162), %58.46'sı kadındır (n=228). Ayrıca, hastaların %15.38'inin (n=60) diyabet tanısı bulunmaktadır.

Tablo 2: Temel İstatistiksel Ölçütler

Değişken	Min-Max	Ortalama ± Std. Sapma
Yaş	19-92	46,77 ± 16,43
Boy	132-193 cm	167,50 ± 9,93
Ağırlık	45-147 kg	80,46 ± 18,32
Vücut Kitle Endeksi (BMI)	15,2 – 55,8 lbs/in ²	28,77 ± 6,60
Sistolik Kan Basıncı	90-250 mmHg	137,13 ± 22,85
Diastolik kan basıncı	48-124 mmHg	83,28 ± 13,49
Bel	66-142 cm	96,16 ± 14,63
Bel/Kalça oranı	0,68-1,14	0,88 ± 0,07
Kalça	76-162 cm	109 ± 14,37
Kolesterol	78-443 mg/dl	207,23 ± 44,66
HDL Kolesterol	12-120 mg/dl	50,26 ± 17,27
Kolesterol/HDL oranı	1,5-19,3	4,52 ± 1,73
Glukoz	48-385 mg/dl	107,33 ± 53,79

Değişkenler arasındaki korelasyon Şekil 1’de gösterilmiştir. Renk skalasına göre yeşile yakın olan sütunlar arasında korelasyon ilişkisi yüksek iken, kırmızıya doğru olan renklerde ise korelasyon ilişkisi giderek düşmektedir.

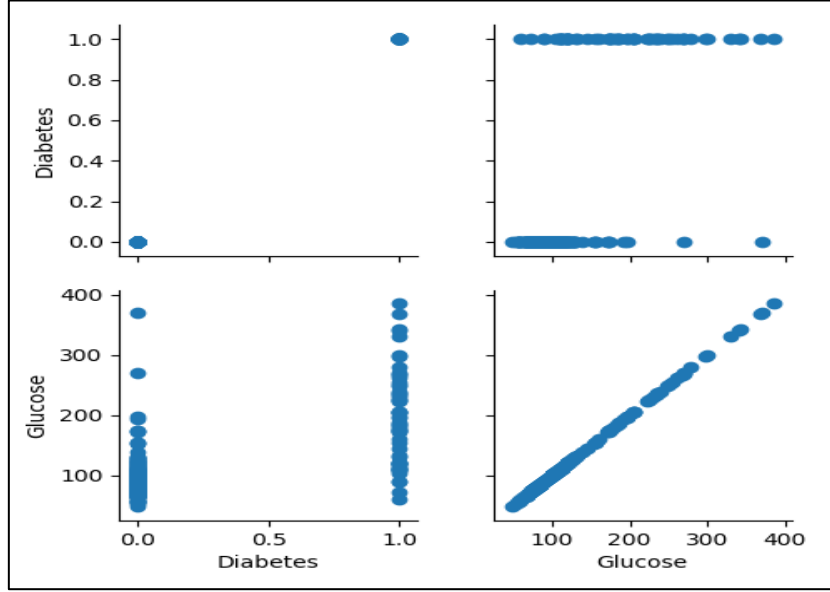


Şekil 1. Korelasyon Matrisi

Veri setinde hastanın diyabet durumu yani bağımlı değişken ile diğer sütunlar arasında en yüksek korelasyona glikoz değişkeninin sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca, bağımlı değişken (diyabet

hastası / diyabet hastası değil) ile diğer değişkenler arasında 0,5'in üzerinde bir korelasyon tespit edilememiştir. Bu durum, hiç bir değişkenin tahminlemede bağımsız olarak kullanılamayacağını göstermektedir.

Hastaların glikoz değerleri ve diyabet hastalığına sahip olma durumu arasındaki ilişki ise Şekil 2'de gösterilmiştir. Buna göre, veri tam bir bölümlenme göstermekte olup, her iki değişken arasında korelasyon bulunmaktadır.

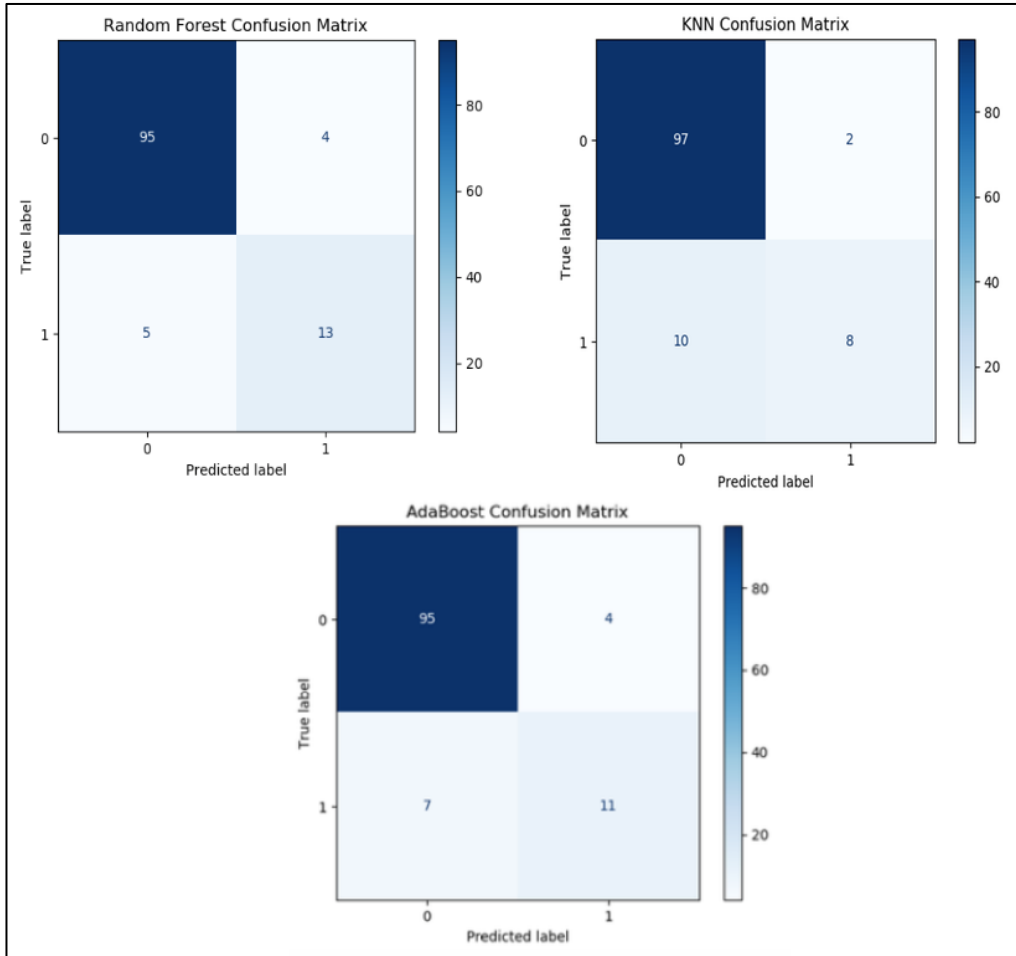


Şekil 2. Glikoz değeri – Diyabet hastalığı ilişkisi

RF, KNN ve AdaBoost algoritmaları kullanılarak veri kümesi eğitim ve test kümelerine bölünerek her bir algoritma için öğrenme gerçekleştirilmiştir. Her bir algoritma için kümelendirme ve doğrulama işlemi 10 defa tekrarlanmış olup, ortalama değerler göz önünde bulundurulmuştur. Söz konusu işlemler veri üzerinde ölçeklendirme yapılmaksızın uygulanmıştır.

BULGULAR

Normalizasyon yapılmadan gerçekleştirilen sınıflandırmaya göre, RF ve KNN algoritmalarıyla yapılan doğru sınıflandırma oranının %92,30 olduğu ve birbirine benzer sonuçlar ürettiği, AdaBoost algoritması ile yapılan doğru sınıflandırma başarısının ise %90,59 olduğu gözlemlenmiştir. Algoritmaların ölçeklendirilmemiş veri üzerinde tek seferlik çalışmaları değerlendirildiğinde, RF algoritmasının Şekil 3'de gösterildiği gibi 117 test verisinden 108'ini doğru olarak tahminlediği görülmektedir. Söz konusu test için hiperparametre olarak ağaç sayısı, n=100 olarak belirlenmiş olup, daha düşük değerlerde veri doğruluğunda azalma gözlemlenmiştir. Aynı şekilde, KNN algoritması sonuçlarına göre 117 test verisinde 105 kişi için doğru tahminleme yapılmıştır. KNN algoritması için 15 komşu sayısına kadar model eğitilip 3 komşu sayısında en yüksek doğruluk elde edilmiştir. AdaBoost algoritması sonucunda ise, 117 test verisinde 106 kişi için doğru tahminleme yapılmış olup, algoritma için maksimum tahminci sayısı 10 olarak seçilmiştir. Öğrenme sıklığı 0,1 olarak belirlenmiş olup, en yüksek doğruluğa ulaşıldığında model eğitimi durdurulmuştur.



Şekil 3. Confusion Matrisleri

Çalışma sonucunda, diyabetin doğru sınıflandırmasında RF ve KNN algoritmaları %92,30'lik başarı sağlamıştır. Yanlış teşhis oranı açısından en düşük hata oranı yine RF ve KNN algoritmaları ile sağlanmıştır.

TARTIŞMA

Çalışmamızda hastalık sınıflandırma başarısı KNN ve Random Forest algoritmaları ile daha yüksek bulunmuş olup, söz konusu algoritmalarla yüksek doğrulukla sınıflandırma yapılabildiği anlaşılmaktadır. Çalışma sonuçlarının, Maniruzzaman ve arkadaşları (2018) ve Chen ve Pan (2018) tarafından yapılan hastalık tahminlenmesine yönelik çalışmalar ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Yapay zekâ otomotiv, pazarlama, hizmet vb. birçok sektörde kullanılmakla birlikte sağlık sektöründeki önemi ve kullanımı her geçen gün artmaktadır. Yapay zekâ teknolojileri kullanılarak sağlık hizmetleri ve yönetiminde erken tanı, tedavi ve operasyonel süreçlerin planlanmasına ilişkin birçok konuda uygulama alanı bulunmaktadır. Özellikle ömür boyu tedavi gerektiren ve maliyeti yüksek, kronik hastalıkların erken teşhisinde makine öğrenmesi algoritmalarının kullanım alanının

genişletilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite ve maliyet açısından optimizasyonu mümkün kılacaktır. Bu doğrultuda, makine öğrenmesi tekniklerinin mobil yada web üzerinden uzman bir sistemle entegre bir şekilde geliştirilmesi; hastalıkların erken safhada tespit edilerek, söz konusu hastalıkların sebep olduğu sekonder hastalıkların (körlük, organ amputasyonu, böbrek hastalığı vb.) oluşmadan engellenmesi sağlanabilir. Bu yolla, hem bireylerin hayat kalitesi artırılırken, hem de hastalığın sağlık yönetimi açısından maliyet ve iş yükünün azaltılması mümkün olabilir. Oluşturulan model ve kullanılan analizlerin güvenilirliği açısından, çoklu validasyon veya farklı veri kümeleri kullanılarak ve veri hacmi, boyutu artırılarak hastalıkların teşhis ve tedavi hızını da içerisine alan sağlık yönetimi süreci optimizasyonu çalışmalarına öncelik verilebilir.

KAYNAKÇA

- ADA. (2010). Diagnosis and classification of es mellitus. *es Care*, 33(1): 62-69.
- ADA. (2014). Standards of medical care in. *es Care*, 37(1): 14-80.
- ADA (2017). Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2017. ADA. doi: <https://doi.org/10.2337/dci18-0007>.
- ADA. (2019). Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 42 (1):103-123 | <https://doi.org/10.2337/dc19S010> (02.04.2020).
- Alonso, DH., Wernick, MN., Yang, Y., Germano, G., Berman, DS., Slmoka, P. (2018). Prediction of cardiac death after adenosine myocardial perfusion SPECT based on machine learning. *J Nucl Cardiol*. <https://doi.org/10.1007/s12350-017-0924-x> (02.02.2020).
- Araújo F.H.D. et al. (2016). Using machine learning to support healthcare professionals in making pre authorization decisions. *International Journal of Medical Informatics*, 94:1-7.
- Bates, DW., Saria, S., Ohno-Machado, L., Shah, A., Escobar, G., (2014). Big data in healthcare: using analytics to identify and manage high-risk and high-cost patients. *Health Aff*, 33: 1123-1131.
- Breiman, L. (2001). Random forest. *Mach. Learn*, 45: 5-32. doi: 10.1023/A:1010933404324.
- Char, DS., Shah, NH., Magnus, D. (2018). Implementing Machine Learning in Health Care Addressing Ethical Challenges. *N. Engl. J. Med.*, 378: 981-983.
- Chen, P. and Pan, C. (2018). Diabetes classification model based on boosting algorithms. *BMC*, 19:109 <https://doi.org/10.1186/s12859-018-2090-9> (14.03.2020).
- Celebi, V., Inal, A. (2019). Problem of Ethics in the Context of Artificial Intelligence. *The Journal of International Social Research*, 12, 66.
- Chubak, J., Pocobelli, G., Weiss, NS. (2012). Trade-offs between accuracy measures for electronic healthcare data algorithms. *J Clin Epidemiol*, 65(3):343-349.e2.
- Cichosz, SL., Johansen, MD., Hejlesen, O. (2015). Toward big data analytics: review of predictive models in management of es and its complications. *J es Sci Technol*, 10(1):27-34.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Cover, T. and Hart, P. (1967). Nearest neighbor pattern classification,"Information Theory, IEEE Transactions, 13: 21-27.

Esteva, A., Kupre, B., Novoa, RA., et al. (2017). Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks. Nature; 542:115–8

Freund, Y and Schapire, RE. (1997). A decision-theoretic generalization of on-line learning and an application to boosting. Journal of Computer and System Sciences, 55(1):119–139.

Glauber, H., Karnieli, E. (2013) Preventing type 2 es mellitus: a call for personalized intervention. Perm J, 17(3): 74-9

Hayran, O. (2012). Sağlık Yönetimi Yazıları. Sage Yayıncılık: Ankara.

IDF. Atlas. (2013). 6th edition, <http://www.idf.org/esatlas> (14.03.2020).

Islam, T., Raihan, M., Farzana, F. et al. (2019.) An Empirical Study on es Mellitus Prediction for Typical and Non-Typical Cases using Machine Learning Approaches. 10th ICCCNT 2019. Kanpur, India.

Jiang, Y and Zhou, ZH. (2004). Editing training data for kNN classifiers with neural network ensemble. Lect. Notes Comput. Sci. 3173: 356–361. doi: 10.1007/978-3-540-28647-9_60.

Kalra, A., Chakraborty, A., Fine, B., Reicher, J. (2020). Machine Learning for Automation of Radiology Protocols for Quality and Efficiency Improvement. J Am Coll Radiol. doi: 10.1016/j.jacr.2020.03.012.

Kaur, H., Kumari, V. (2018). Predictive modelling and analytics for diabetes using a machine learning approach. Applied Computing and Informatics <https://doi.org/10.1016/j.aci.2018.12.004> (05.03.2020).

Kavakiotis, I. et al. (2017). Machine Learning and Data Mining Methods in Diabetes Research. Computational and Structural Biotechnology, 15: 104–116.

Kononenko, I. (2001). Machine learning for medical diagnosis: history, state of the art and perspective. Artificial Intelligence in Medicine, vol. 23, no. 1, pp. 89-109

Liao, Z., Ju, Y., and Zou, Q. (2016). Prediction of G protein-coupled receptors with SVM-Prot features and random forest. Scientifica, 8309253. doi: 10.1155/2016/8309253.

Liu, L., Zhang, C., Zhang, G. et al. (2020). A study of aortic dissection screening method based on multiple machine learning models. J Thorac Dis, 12(3):605-614. doi: 10.21037/jtd.2019.12.119.

Maniruzzaman, M., Rahman, MJ., Al-Mehedi Hasan, M. et al. (2018). Accurate es Risk Stratification Using Machine Learning: Role of Missing Value and Outliers. J Med Syst, 10;42(5):92. doi: 10.1007/s10916-018-0940-7.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- Mercaldo, F., Nardone, V., Santone, A. (2017). Diabetes Mellitus Affected Patients Classification and Diagnosis through Machine Learning Techniques. *Procedia Computer Science*, 112: 2519-228.
- Mujumdar, A., Vaidehi, V. (2019). Diabetes Prediction Using Machine Learning Algorithms. *Procedia Computer Science*, 165: 292–299.
- Narula, S., Shameer, K., Salem Omar, AM., Dudley, JT., Sengupta, PP. (2017) Reply: Deep learning with unsupervised feature in echocardiographic imaging. *J Am Coll Cardiol*;69:2101–2.
- Parikh, R.B., Kakad, M., Bates, DW. (2016). Integrating predictive analytics into high-value care: the dawn of precision delivery. *JAMA*, 315: 651-652.
- Rodriguez, G. et al. (2019). Predicting Healthcare Costs of Diabetes Using Machine Learning Models. Elsevier Inc., doi: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.09.903> (05.04.2020).
- Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinssccag N, Karsidag, K. & TURDEP-II Study Group. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of es and prees in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*, 28(2):169-180.
- Shameer K, Johnson KW, Glicksberg BS, Dudley JT, Sengupta PP. (2017). Machine learning in cardiovascular medicine: Are we there yet? <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-311198> (05.04.2020).
- Soyiri, NI., Reidpath, DD. (2013). An overview of health forecasting. *Environ Health Prev Med* 18:1–9. DOI 10.1007/s12199-012-0294-6.
- Thimbleby H. (2013). Technology and the future of healthcare. *Journal of Public Health Research*; 2:e28.
- Tran, BX., Latkin, CA., Giang, VT., et al. (2019). The Current Research Landscape of the Application of Artificial Intelligence in Managing Cerebrovascular and Heart Diseases: A Bibliometric and Content Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16:2699.
- Vishwanath, M., Jafarlou, S., Shin, I. et al. (2020). Investigation of Machine Learning Approaches for Traumatic Brain Injury Classification via EEG Assessment in Mice. *Sensors (Basel)*, 20(7). doi: 10.3390/s20072027.
- Wang, C., Long, Y., Li, W. et al. (2020). Exploratory study on classification of lung cancer subtypes through a combined K-nearest neighbor classifier in breathomics. *Sci Rep*, 3;10(1):5880. doi: 10.1038/s41598-020-62803-4.
- WHO. (2020). Diabetes. <https://www.who.int/health-topics/diabetes> (14.03.2020).
- Woldaregaya, AZ. et al. (2019). Data-driven modeling and prediction of blood glucose dynamics: Machine learning applications in type 1 diabetes *Artificial Intelligence in Medicine*, 98: 109–134.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RİSK YÖNETİMİ ALGISI: HASTANELERDE BİR UYGULAMA
RISK MANAGEMENT PERCEPTION OF HEALTH WORKERS: AN APPLICATION IN HOSPITAL

Doç. Dr. Aygül YANIK

Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.
aygul.yanik@medeniyet.edu.tr, orcid.org/0000-0001-6736-0391

Hemşire Nilgün KURUL

Tekirdağ Muratlı Devlet Hastanesi, Tekirdağ/Türkiye, nilgun_kurul@hotmail.com,
orcid.org/0000-0002-8041-3467

Makale Gönderim- Kabul Tarihi (12.11.2019-06.08.2020)

Özet

Bu araştırma, sağlık çalışanlarının hastanelerde karşılaştığı risklerin, risklere karşı alınan önlemlerin, çalışanların eğitim gereksinimleri ile hastane yönetiminden beklentilerinin belirlenmesi ve tanımlayıcı özellikler açısından değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma, Tekirdağ ilinde bulunan iki devlet hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilmiştir. Veriler anket formu ile toplanmış ve SPSS 23.0 for Windows paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışanların çalışma ortamlarında en fazla stres ve enfeksiyonların sağlıklarını olumsuz etkilediği, hastalıklara, mesleki ve ruhsal travmalara maruz kaldıkları saptanmıştır. Elektrik düzeneklerinde yazılı uyarı ve prizlerde kapak olmadığı belirlenmiştir. Çalışanların mesleki risk algılarında hizmet içi eğitim almalarına göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ayrıca çalışanların çalışma ortamlarında risklere karşı kendilerini güvende hissetmeleri ile eğitim düzeyi, mesleki deneyim ve ayakta geçirilen çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Sonuç olarak, çalışanların hastanelerde stres, enfeksiyonlar, mesleki ve ruhsal travmalara maruz kaldıkları belirlenmiştir. Çalışma ortamlarında hastane kaynaklı önlenebilir risklerin olduğu saptanmıştır. Çalışanların risk algısı, bazı tanımlayıcı özelliklere göre değişmektedir.

Anahtar kelimeler: Risk, Risk Yönetimi, Sağlık Çalışanları, Hastane

Abstract

This study was conducted to determine the risks faced in hospital, precautions, training requirements, expectations from hospital management of health workers and to evaluate them in terms of descriptive characteristics. The study was carried out on health workers working at two state hospitals in Tekirdag. The data were collected by questionnaire and analyzed by using SPSS 23.00 for Windows. It was determined they were negatively affected the most stress and infections in the working environment of the workers and exposed to illnesses, occupational and mental traumas. It was determined there was not covers in the sockets and written warnings in electrical installations. There was a significant difference between occupational risk perceptions of

workers and in-service trainings. Further, there was a significant difference between workers' feeling of being safe against risks in their work environment and their level of education, occupational experience and working time passed standing ($p<0.05$). As a result, it was found workers were exposed to stress, infections, occupational and mental trauma in hospitals. It is determined there are preventable risks originating from hospital in work environments. Risk perception of workers change according to some descriptive characteristics.

Keywords: Risk, Risk Management, Health Workers, Hospital

GİRİŞ

Sağlık çalışanları çalıştıkları ortamlarda değişik risklere maruz kalmakta ve sağlıkları olumsuz yönde etkilenmektedir. Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerini sunmaları sırasında maruz kaldıkları risklerin (kimyasal, biyolojik, fiziksel ve psiko-sosyal riskler) ele alınması ve yönetimi öne çıkan önemli konulardan biridir. Sağlık kurumlarında sağlık çalışanları iş ortamı ya da işe bağlı kazalar, meslek hastalıkları ve değişik sağlık sorunları ile karşılaşmaktadırlar. Öte yandan sağlık hizmetlerinin doğasında risk faktörü olduğu unutulmamalıdır. Sağlık kurumlarında risklerin önlenmesi, kalite ve risk yönetimi programlarının etkin uygulanmasını gerektirir. Sağlık hizmetlerinde, Hipokrat'ın "önce zarar verme" ilkesinden hareketle hem hizmetlerden yararlananların hem de hizmetleri sunanların zarar görmemesinin sağlanması gerekir (Aksay, Orhan ve Kurutkan, 2012). Risk konusu, sağlık çalışanlarının yanı sıra halk sağlığı açısından da önemlidir. Bu nedenle, sağlık yöneticilerinin çalışma ortamlarında sağlık çalışanları ve diğer bireylerin (hasta, hasta yakını vd.) sağlıklarının geliştirilmesi ve risklerin önlenmesi konularında hassas olmaları gerekir. Ayrıca, yöneticiler risklerden kaçınılabileceğini, risklerin kontrol altına alınabileceğini, transfer edilebileceğini, azaltılabileceğini ve sigorta edilebileceğini de unutulmamalıdır (Emhan, 2009).

Bu araştırmada, sağlık çalışanlarının (ebe, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknisyenleri) çalışma ortamında (hastanelerde) karşılaştığı risk etmenleri, alınan önlemler, eğitim gereksinimleri, yönetimden beklentileri ile hastane kaynaklı risk algılarının belirlenmesi ve bazı risk algılarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Risk ve Risk Yönetimi

Risklerin tanımlanması, değerlendirilmesi ve yönetim süreci kurumların stratejik gelişiminin bir parçasıdır. Risk yönetimi tepe yöneticilerce tasarlanmalı ve planlanmalıdır. Risk genellikle negatif sonuçları barındırır. Bu nedenle olayların sıklığı, sonuçları ve olası bileşenleri önemlidir. Çünkü belirsiz bir olayın sıklığı ve sonuçları bilinemez. Belirsizliklerden korunmak için eylemlerden ziyade önlemlere odaklanılmalıdır (Dionne, 2013). Risk, tehlikelere dayanan bir olayın, oluşma olasılığı ile zarar verme derecesinin bileşkesidir (Anonim, 2012). Risk, gelecekte oluşacak olası fırsatlar ve tehditler şeklinde tanımlanır. Genellikle risk kavramından tehdit anlaşılmalıdır. Ancak risk kavramı tehlikelerin yanı sıra fırsatları da içermektedir (Derici, Tüysüz ve Sarı, 2007). Tehlike ise, çalışma ortamında var olan veya dış kaynaklı olarak hasta, çalışan, kurum ve çevreye zarar verme potansiyelidir. Dolayısıyla tehlikeleri tanımlayarak riskleri öngörmek için eldeki bilgilerin sistematik kullanımı olarak tanımlanan risk analizleri önemli olmaktadır (Anonim, 2012).

Her kurumda olduğu gibi sağlık kuruluşlarında da çalışanlar risklerle karşı karşıyadır ve bu risklerin yönetilmesi gerekmektedir. Sağlık kurumlarında oluşan riskler geçmişten günümüze çalışanları, hastaları ve ziyaretçileri tehdit etmektedir. Bu kapsamda, risk yönetimi 1970'li yıllardan itibaren hastane yönetimi alanına girmiştir (Aksay ve Orhan, 2013). Risk yönetimi, riskleri tanımlamayı, analiz etmeyi, değerlendirmeyi ve önlem almayı kapsayan süreçler olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasına yönelik risk yönetiminin temel amacı; hastane ortamındaki tehlikeleri

belirleyerek risk analizini yapmak ve riskleri değerlendirerek oluşmadan önlemektir (Sezgin İnce, 2008; Gökmen ve Gülenç, 2010; Anonim, 2012). Risk yönetimi; “hasta ve çalışanlara güvenli hastane ortamı yaratmak, istenmeyen olayların oluşmasını engellemek, riskleri görünür ve ölçülebilir hale getirebilmek ve süreçleri iyileştirmek için gerekli ve önemlidir” (Anonim, 2012). Risk yönetimi, olayların olma ihtimalinin önceden planlamasını, olayın olduğu ana kadar olan süreci ve buna yönelik faaliyetleri kapsar. Dolayısıyla yüksek maliyet gerektirir. Risk yönetiminin genel doğası, oluşan riskleri önleme ve arzu edilmeyen olayların etkilerini azaltmaya yöneliktir. Risk yönetimi, üst yönetimden başlayan ve kurumdaki tüm birimleri içine alan bir ekip yaklaşımını gerektirmektedir (Sezgin İnce, 2008). Ayrıca risk yönetimi, kurumda beklenmeyen ortaya çıkabilecek kayıpların en düşük maliyetle kontrol altına alınmasını sağlar (Emhan, 2009). Risk yönetimi faaliyetleri, risk yönetiminin planlanması, risklerin belirlenmesi, risklerin meydana gelme olasılığı ve sonuç açısından etkilerinin saptanması, önem derecelerinin belirlenerek sayısal hale getirilmesi, en kritik olan risklerin saptanması, risklerin temel nedenlerinin tespiti, risklerin ortadan kaldırılması ya da en aza indirgenmesi için önlemler alınması, risk yönetimi etkinliğinin izlenmesi ve sistemin sürekli iyileştirilmesi olarak sıralanabilir (Anonim, 2012).

Risk Yönetimi, kalite yönetimi ile de yakından ilişkilidir. Genellikle, risk yönetiminin birincil ilgisi kurumun mal varlığını korumak iken kalite yönetiminin birincil ilgisi hastalar için optimum düzeyde kaliteli bakım sağlamaktır. Her ne kadar risk yönetimi öncelikle varlıklar üzerine ve kalite yönetimi hastalar üzerine odaklansa da, her ikisi de reaktif değil proaktif olmalıdır. Çok doğru bir inanç vardır ki “Kötü şeyler tamamen kendi başına olur; iyi şeyler sadece uygun planlamayla olur”. Çoğu risk yöneticisi, kalitenin riskle ters orantılı olduğuna inanır. Kalite yüksekse risk düşüktür, kalite düşükse risk yüksektir. Ancak, kalite yönetimi ve risk yönetimi önemli ölçüde örtüşür ve ikisi arasında operasyonel bağlantılar olduğu bilinir. Kalite yönetimi, hasta çıktılarını iyileştirmek için kötü uygulamalara odaklanır. Benzer olarak risk yönetimi de olumsuz (advers) çıktılara odaklanır (Bunting vd., 1998).

Risk yönetiminin pek çok katkısı vardır. Bunlardan bazıları (Derici, Tüysüz ve Sarı, 2007):

- a) Sürpriz bir şekilde oluşacak olayları ve kayıpları en aza indirir,
- b) Hızlı ve etkin karar vermeye yardımcı olur,
- c) Zaman açısından tasarruf sağlar,
- d) Kaynakların boşa harcanmasını ya da israfını önler,
- e) Risklerin kabul edilebilir düzeylerde tutulmasını sağlar,
- f) Bireylerin, değişim ve yeniliklere karşı açık olmasını teşvik eder.

Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldığı Riskler

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı hastane ortamından kaynaklanan risk ve tehlikeler; biyolojik (enfeksiyonlu hasta ya da hayvan, kesici delici alet yaralanmaları ile bulaş gibi), fiziksel (aydınlatma, gürültü, iklimlendirme, tesisat yetersizlikleri gibi), ergonomik (yanlış postürde iş yapma ya da oturma, ayakta uzun süre kalma, uygunsuz hasta kaldırma ve hasta transferi esnasında oluşabilecek riskler gibi), beslenme (gıda zehirlenmesi gibi), kimyasal (dezenfektanlar, anestezi ürünleri, ilaçlar, kemoterapötik ajanlar gibi) ve psikolojik (şiddet ve stres gibi) olarak gruplandırılmaktadır. Bu risklerin hepsi farklı açılardan sağlık çalışanlarının sağlığını etkilemektedir (Taşçıoğlu, 2007; Parlar, 2008; Meydanlıoğlu, 2013).

Öte yandan hastanelerdeki riskler iki kategoride belirtilebilir: Klinik ve klinik olmayan riskler. “Tıbbi riskler grubu, klinik risk grubunu oluştururken, hastanelerin bir işletme olarak karşılaştıkları riskler de klinik olmayan riskleri oluşturur” (Güleç ve Gökmen, 2009).

Yukarıda belirtilen açıklamalar dikkate alındığında sağlık çalışanlarının maruz kaldığı riskler hayati önem taşımaktadır.

YÖNTEM

Tasarım

Araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir. Bu araştırma: Katılımcıların çalışma ortamında karşılaştığı riskler nelerdir? Katılımcıların çalışma ortamında karşılaştığı risklere karşı ne gibi önlemler alınmaktadır? Tanımlayıcı özellikler katılımcıların risk algısı düzeyini etkiler mi? Sorularından hareketle tasarlanmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırma, Türkiye'nin Tekirdağ ilinde bulunan ikinci basamak sağlık hizmeti verilen iki devlet hastanesinde hizmet sunan 531 sağlık çalışanından oluşan evren üzerinde gerçekleştirilmiştir. Örneklem, örneklem hesaplama programından yararlanılarak hesaplanmış ve en az 223 bulunmuştur. Dolayısıyla tesadüfi örnekleme yöntemiyle seçilen 240 sağlık çalışanı örnekleme dahil edilmiş ve anket uygulanmıştır. Ancak, 4 anket tam olarak doldurulmadığından değerlendirmeye alınmamış ve eksiksiz yanıtlanan 236 anket bilgisayar ortamına aktarılarak analize dahil edilmiştir.

Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanması için "Hastanede Risk Yönetimi" ile ilgili anket formu kullanılmıştır. Anket formu, Taşçıoğlu'nun (2007) çalışmasından yararlanılarak uyarlanmıştır. Anket formu, çalışanlara araştırmacılar tarafından yüz yüze uygulanmıştır. Uygulama sırasında çalışanlara, araştırmanın amacı açıklanarak anketi doldurmak isteyip istemedikleri sorulmuş ve isteyenlere anket formu verilerek doldurmaları istenmiştir.

Verilerin Analizi

Verilerin analizi, SPSS 23.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel testlerin yanısıra test varsayımlarını karşılayan değişkenlere Ki-Kare testi uygulanmıştır. Anket formunda yer alan kişisel bilgiler, risk etmenleri, maruz kalınan hastalıklar, aşılama durumları, son 6 ayda karşılaşılan travmalar, risklere karşı alınan ve alınması istenen önlemler gibi örneklemin niteliğini açıklamak amacı ile sıklığı sayı ve yüzdelere analiz edilmiştir. Değişkenler arasında farklılık olup olmadığını ortaya koymak için Ki-Kare bağımsızlık testi uygulanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için hastanelerin bağlı olduğu yönetimlerden kurumsal izinler alınmıştır. Anket uygulaması 01 Ocak- 20 Mart 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Ayrıca araştırma kapsamında 18 yaşından küçük çalışan olmadığı gibi, araştırma klinik bir çalışma değildir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Sağlık çalışanları, hastanede yoğun bir şekilde çalıştıkları ve anket doldurmak zaman aldığı için anketi uygulamak beklenenden daha uzun zaman almıştır. Bulgular, çalışanların iradelerine dayanmaktadır ve hazırlanan anket formu ile sınırlıdır. Örneklem küçük olduğu ve sadece iki adet ikinci basamak hastanede görev yapan doktorlar dışındaki çalışanları kapsadığı için kısmen genellenemez. Diğer bir sınırlılık ise, doktorların araştırmaya dahil edilmemesidir.

BULGULAR

Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Katılımcıların %47,9'u 31-40 yaş grubunda, % 36,4 'ü lisans mezunu, %73,3'ü evli, %71,6'sı kadın, %50,4'ü 10 yıldan fazla mesleki deneyimli, %49,2'si 5 yıldan fazla kurum deneyimli ve %86'sı haftada 40-49 saat çalışmaktadır. Öte yandan gün içinde katılımcıların %44,5'i 1-5 saat, % 22,5'i 6-10 saat, %33,1'i de 10 saat ve üzerinde ayakta kalmaktadır. Ayrıca katılımcıların %77,5'i çalıştıkları birimle ilgili hizmet içi eğitim, %74,2'si çalışma ortamı risk ve tehlikeleri ile ilgili hizmet içi eğitim almıştır. (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (n=236)

Tanımlayıcı özellikler	n	%
Yaş		
18-30	70	29,7
31-40	113	47,9
41 yaş ve üstü	53	22,5
Medeni Durum		
Evli	173	73,3
Bekar	63	26,7
Cinsiyet		
Erkek	67	28,4
Kadın	169	71,6
Eğitim		
İlköğretim veya ortaokul	15	6,4
Lise ve dengi okul	39	16,5
Ön lisans	72	30,5
Lisans	86	36,4
Yüksek lisans	24	10,2
Mesleki deneyim (yıl)		
1 yıldan az	15	6,4
1-5	42	17,8
6-10	60	25,4
11-15	31	13,1
16-20	47	19,9
21 ve üstü	41	17,4
Kurum deneyimi (yıl)		
1 yıldan az	33	14
1-5	87	36,9
6-10	58	24,6
11-15	19	8,1
16-20	22	9,3
21 ve üstü	17	7,2
Haftalık çalışma saati		
40-49	203	86
50-59	16	6,8
60-69	17	7,2
Çalışma süresi içinde ayakta geçirilen zaman		
1-5 saat	105	44,5
6-10 saat	53	22,5
11 ve üstü saat	78	33,1
Çalışılan birim kapsamında hizmet içi		

eğitim		
Eğitim alanlar	183	77,5
Eğitim almayanlar	53	22,5
Çalışma ortamı tehlike ve riskleri kapsamında hizmet içi eğitim		
Eğitim alanlar	175	74,2
Eğitim almayanlar	61	25,8

Risk Etmenleri ve Alınan Önlemler

Kümülatif olarak katılımcıların %75,4'ü stres, %55,9'u enfeksiyon, %43,2'si havasız ortam, %33,1'i gürültü ve %34,7'si kimyasal madde gibi etmenlerin çalışma ortamlarında sağlıklarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcıların %39,8'i çalışma ortamında maruz kaldıkları hastalığın bulunduğunu ve bunları sırasıyla %24,2'si varis, %21,6'sı kronik bel ağrısı, %9,3'ü psikolojik hastalıklar, %6,8'i egzama ve %4,2'si hepatit b olarak ifade etmişlerdir. Bu bağlamda katılımcıların büyük çoğunluğu aşılansız olmasına karşın, %17,4'ü hepatit b, tüberküloz ve tetanos gibi hastalıklara karşı aşılansızdır. Öte yandan katılımcıların %27,5'i son 6 ay içinde mesleki travmayla karşılaşmış ve bunların büyük çoğunluğu (%19,9) kesici delici cisim yaralanmalarına maruz kalmıştır (Tablo 2).

Katılımcıların %71,6'sı son 6 ay içinde ruhsal travma ile karşılaşmıştır. Travma kapsamında %39,8'i hasta yakını tarafından sözel şiddet ve saldırıya uğradığını, %16,9'u diğer sağlık personeli tarafından sözel şiddet ve saldırıya maruz kaldığını, %7,6'sı meslektaş çatışması yaşadığını ve %7,2'si diğer nedenlerle travmaya maruz kaldığını ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Çalışma ortamlarındaki risklere karşı güven duygularına bakıldığında katılımcıların yarıya yakını güvende hissederken yarısından fazlası (%51,3) kendini güvende hissetmemektedirler. Öte yandan katılımcıların çalışma ortamlarında karşılaştıkları risklerden korunmak amacıyla aldıkları önlemler incelendiğinde, kümülatif olarak eldiven kullanımı %79,7; maske %63,1; aşılansız %57,2; koruyucu önlük %46,2 ve dezenfeksiyon %60,2 olarak ifade edilmiştir. Bu önlemlerin yetersiz olduğunu düşünenler ise %49,6 oranındadır. Ayrıca risklere karşı almış oldukları önlemleri katılımcıların %25,7'si yetersiz ve oldukça yetersiz olarak değerlendirmiştir (Tablo 2).

Katılımcıların %8,1'i kurum tarafından çalışma ortamlarında karşılaştıkları risklere karşı önlem alınmadığını belirtmişlerdir. Ancak kurumun önlem aldığını düşünenlerin de %70,3'ü eldiven ve maske dağıtıldığını, %64'ü atık kutularının olduğunu, %55,1'i çalışma ortamının sürekli temizliğinin sağlandığını, %7,2'si riskli işlere karşı rotasyonlu çalışma programları düzenlendiğini, %23,7'si rotasyona karşı koruyucu önlük bulunduğunu, %50,8'i eğitim programları düzenlendiğini ve %4,7'si kemoterapi için ayrı oda tahsis edildiğini ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Katılımcılar risklere karşı kurumlarınca alınmasını istedikleri önlemleri ise sırasıyla; stressiz çalışma ortamının sağlanmasını %64,4; personel sayısının yeterli düzeye getirilmesi %56,8; çalışma saatlerinin düzenlenmesi %50; temizlik hizmetleri ve korunma için yeterli malzeme sağlanması %45,3; temiz çalışma ortamı %44,1; enfeksiyondan korunma konusunda eğitim %33,5 ve aşılansız yapılması %33,1 oranında belirtmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 2: Risk Etmenleri ve Alınan Önlemler

Değişkenler	Risk etmenleri	n	%
*Çalışma ortamında sağlığı olumsuz etkileyen etmenler	Enfeksiyonlar	132	55,9
	Stres	178	75,4
	Aşırı, uzun çalışma	97	41,1
	Gürültü	78	33,1
	Havasız ortam	102	43,2

	Kimyasal maddeler	82	34,7
	Diğer	33	14
Çalışma ortamında maruz kalınan hastalık	Var	94	39,8
	Yok	142	60,2
*Çalışma ortamında maruz kalınan hastalıklar	Hepatit b	10	4,2
	Tüberküloz	2	0,8
	Kızamık	0	0
	Egzama	16	6,8
	Varis	57	24,2
	Kronik bel ağrısı	51	21,6
	Psikolojik hastalıklar	22	9,3
	Diğer	12	5,1
Tüberküloz, grip, hepatit-b ve tetanoz gibi hastalıklara karşı aşılama	Evet	195	82,6
	Hayır	41	17,4
*Çalışanların aşılama durumu	Hepatit B	169	71,6
	Tüberküloz	35	14,8
	Tetanoz	121	51,3
	Diğer	27	11,4
Çalışanların son 6 ay içinde mesleksel travmayla karşılaşması durumu	Evet	65	%27,5
	Hayır	171	%72,5
Son 6 ay içinde karşılaşılan mesleksel travmalar	Kesici, delici alet yaralanmaları	47	19,9
	Kimyasal madde bulaşması ile yaralanma	4	1,7
	Zemin kaynaklı kayma, düşme ve yaralanma	7	3
	Kimyasallar vb nedeniyle iş ortamında oluşan yanıklar	1	0,4
	Diğer	6	2,5
	Hayır karşılaşmadım	171	72,5
Çalışanların son 6 ay içinde ruhsal travma ile karşılaşma durumu	Evet	169	%71,6
	Hayır	67	%28,4
Son 6 ay içinde karşılaşılan ruhsal travmalar	Hasta yakınından sözel şiddet ve saldırı	94	39,8
	Diğer hastane çalışanları tarafından sözel şiddet ve saldırı	40	16,9
	Meslektaşlar arası çatışma	18	7,6
	Diğer	17	7,2
	Travmayla karşılaşmadım.	67	28,4
Bakım uygulamalarında en sık kullanılan kimyasal maddeler	Boş bırakılmış	20	8,5
	Antiseptikler	139	58,9
	Dezenfektanlar	61	25,8
	Kemoterapötik ajanlar	1	,4
	Anestezik maddeler	9	3,8
	Diğer	6	2,5
Mesleğin yapılan işler bakımından ne kadar riskli olduğu	Risk yok	9	3,8
	Düşük düzeyde risk	25	10,6
	Orta düzeyde risk	80	33,9
	Yüksek düzeyde risk	122	51,7
Çalışma ortamında risklere karşı kendini güvende hissetme	Evet	115	48,7
	Hayır	121	51,3
Çalışma ortamında karşılaşılan risklere karşı alınan önlemler	Eldiven	188	79,7
	Maske	149	63,1
	Koruyucu önlük	109	46,2
	Aşılama	142	60,1
	Dezenfeksiyon	19	8,1

	Diğer	118	50,0
Çalışma ortamlarında karşılaşılan risklere karşı alınan önlemlerin yeterliliği	Yeterli	118	50
	Yetersiz	117	49,6
Çalışma ortamlarında risklere karşı alınan önlemlerin uygulanma durumu	Oldukça yeterli	29	12,3
	Yeterli	151	64
	Yetersiz	47	19,9
	Oldukça yetersiz	9	3,8
*Çalışma ortamlarında risklere karşı kurumlarca alınan önlemler	Önlem alınmıyor	20	8,5
	Eldiven maske dağıtılıyor	166	70,3
	Çalışma ortamının sürekli temizliği sağlanıyor	130	55,1
	Hepatit test ve aşısı yapılıyor	115	48,7
	Riskli işlere karşı rotasyonlu çalışma programları düzenleniyor	17	7,2
	Radyasyona karşı koruyucu önlük	56	23,7
	Eğitim programları düzenleniyor	120	50,8
	Atık kutuları var	151	64
	Kemoterapi için ayrı oda	11	4,7
	Diğer	9	3,8
	*Çalışma ortamlarında risklere karşı kurumlarca alınması istenen önlemler	Temizlik ve korunma için bol malzeme sağlanması	107
Temiz çalışma ortamının sağlanması		104	44,1
Enfeksiyon korunma konusunda eğitim		78	33,1
Hastane ortamı tehlike ve riskleri konusunda eğitim		79	33,5
Tüm hastane çalışanlarına ilgili aşılardan yapılması		78	33,1
Hastanede strese giren bir ortam sağlanması		152	64,4
Çalışma saatlerinin düzenlenmesi		118	50
Personel sayısının yeterli düzeye getirilmesi		134	56,8
Diğer		18	7,6

*Tanımlayıcı özelliklerde birden fazla şık işaretlendiğini göstermektedir.

Hastane Kaynaklı Risklerin Değerlendirilmesi

Hastanelerdeki fiziksel tehlike ve riskler olarak belirtilen; elektrik düzeneği, zemin, havalandırma, aydınlanma, sıcaklık, gürültü ve yangın başlıkları altında toplanan araştırma bulguları Tablo 3'te gösterilmiş ve aşağıda açıklanmıştır.

Katılımcıların %52,5'i elektrik düzeneği konusunda yazılı uyarı olmadığını, %56,8'i elektrik düzeneğinin kullanımı hakkında yazılı standart olmadığını, %24,2'si kullanılan elektrikli araç gereçlerin sağlam olmadığını ve %86'sı prizlerde kapak olmadığını belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların %24,8'i zeminin kuru olmadığını, %51,3'ü kayma ve düşmeye neden olabilen kaygan zemin olduğunu, %13,6'sı zeminin dezenfekte edilmediğini ve %20,3'ü yürümeyi engelleyecek araç gerecin olduğunu ifade etmiştir. Diğer taraftan katılımcıların %49,2'si çalışma ortamının havalanmasının yeterince sağlanmadığını, %56,8'i havalanmanın ortamdaki kokuları ortadan kaldırmadığını, %52,1'i ortamın temiz kokmadığını ve %34,7'si havalandırmanın doğal kaynaklardan sağlanmadığını belirtmiştir. Yine katılımcıların %17'si çalışma ortamının çalışmaya engel olacak derecede soğuk olduğunu, %10,6'sı çalışma ortamının çalışmaya engel olacak kadar sıcak olduğunu ve %44,9'u çalışma ortamında ısı ölçer olmadığını ifade etmiştir. Ayrıca katılımcıların %22,5'i görsel zorlanmaya

sebepl olmayan aydınlanmanın sağlanmadığını, %9,7'si aydınlanmanın yeterli olmadığını ve %5,6'sı lambaların çalışmadığını belirtmiştir.

Çalışma ortamında katılımcıların %28,8'i işlerini yapmalarını engelleyecek ve sağlıklarına olumsuz etki edecek düzeyde gürültü olduğunu, %62,7'si gürültüye neden olan alanların izole edilmediğini, %32,6'sı televizyonun kısık ses ile izlenmediğini ifade etmiştir.

Yangın açısından ise katılımcıların; %37,3'ü çalışma ortamlarında yangın alarm sistemi olmadığını, %23,3'ü yangın söndürücülerin bulunduğu yerin güvenli olmadığını, %32,6'sı yangın söndürücülerin aylık olarak kontrol edilmediğini, %41,5'i yangın durumu için eğitilmiş yangın ekibi olmadığını, %34,7'si yangın işaretleri bulunmadığını, %31,8'i yangın çıkış kapılarının dışa açılmadığını ve %39'u yangın çıkış kapılarının kilitli olduğunu belirtmiştir.

Tablo 3: Hastane Kaynaklı Risklerin Dağılımı

Hastanede çalışma ortamı kaynaklı riskler	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Elektrik düzenegi				
Elektrik düzeneginde yazılı uyarılar olması	112	47,5	124	52,5
Elektrik düzeneginin kullanımı ile ilgili yazılı standartlar	102	43,2	134	56,8
Kullanılan elektrikli araç gereçlerinin sağlamlığı	179	75,8	57	24,2
Prizlerde kapak olması	33	14	203	86
Zemin				
Zemin kuruluşu	201	85,2	35	14,8
Kaygan olmayan zemin olması	115	48,7	121	51,3
Zeminin dezenfekte edilmesi	203	86	32	13,6
Yürümeyi engelleyen araç- gereç olması	48	20,3	188	79,7
Havalandırma				
Çalışma ortamı havalandırmasının yeterince sağlanması	120	50,8	116	49,2
Havalandırmanın ortamdaki kokuları gidermesi	102	43,2	134	56,8
Ortamın temiz kokması	113	47,9	123	52,1
Havalandırmanın doğal kaynaklardan sağlanması	154	65,3	82	34,7
Sıcaklık				
Çalışma ortamının çalışmayı engelleyici derecede soğuk olması	42	17,8	194	82,2
Çalışma ortamının çalışmayı engelleyici derecede sıcak olması	25	10,6	211	89,4
Çalışma ortamında ısı ölçer olması	130	55,1	106	44,9
Aydınlanma				
Görsel olarak zorlanılmayan bir aydınlanma sağlanması	183	77,5	53	22,5
Aydınlanmanın yeterliliği	213	90,3	23	9,7
Lambaların çalışıyor olması	222	94,1	14	5,9
Gürültü				
Çalışmayı engelleyecek ve sağlığı olumsuz etkileyecek düzeyde gürültü	68	28,8	168	71,2
Gürültüye neden olan alanların izole edilmesi	88	37,3	148	62,7
Televizyonun kısık sesle izlenmesi	159	67,4	77	32,6
Yangın				
Yangın alarm sistemi olması	148	62,7	88	37,3
Yangın söndürme cihazları olması	207	87,7	29	12,3

Yangın söndürücüleri yerinin güvenli olması	198	83,9	38	16,1
Yangın söndürme cihazlarında kullanma talimatı olması	181	76,7	55	23,3
Yangın söndürücülerin aylık olarak kontrol edilmesi	159	67,4	77	32,6
Yangınlar için eğitilmiş yangın ekibi olması	138	58,5	98	41,5
Yangın çıkış kapısı ya da merdiveni olması	162	68,6	74	31,4
Yangın işaretleri olması	154	65,3	82	34,7
Yangın çıkış kapılarının dışa açılması	161	68,2	75	31,8
Yangın çıkış kapılarının kilitli olması	92	39	144	61

Tanımlayıcı Özelliklere Göre Çalışanların Risk Algıları

Katılımcıların mesleki risk algıları, genel hizmet içi eğitimin yanı sıra ($\chi^2=11,627$, $p=0,009<0,05$), risk ve tehlikeler hakkındaki hizmet içi eğitime göre ($\chi^2=27,127$, $p=0,000<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Genel hizmet içi eğitim alan katılımcıların %7,1 ($n=13$)'i düşük, %35($n=64$)'i orta, %54,6($n=100$)'sı yüksek düzeyde risk olduğunu belirtirken, sadece %3,3($n=6$)'ü risk olmadığını belirtmişlerdir. Bu eğitimi almayanların ise %22,6($n=12$)'sı düşük, %30,2($n=16$)'si orta, %41,5($n=22$)'i yüksek düzeyde risk olduğunu ifade etmişken, %5,7($n=3$)'si risk olmadığını ifade etmişlerdir. Risk ve tehlikeler hakkında hizmet içi eğitim alan katılımcıların %5,1($n=9$)'i düşük, %36($n=63$)'sı orta, %56,6($n=99$)'sı yüksek düzeyde risk olduğunu belirtmişken, sadece %2,3($n=4$)'ü risk olmadığını belirtmişlerdir. Risk ve tehlikeler hakkında hizmet içi eğitim almayanların ise %26,2($n=17$)'si düşük, %27,9($n=17$)'u orta, %37,7($n=23$)'si yüksek düzeyde risk olduğunu ifade etmişken, %8,2($n=5$)'i risk olmadığını ifade etmişlerdir. Eğitim alanlara göre, eğitim almayanların algıladığı düşük risk ve risk olmadığını belirten oranların yüksek olması, bilgi yetersizliğine bağlı olabilir.

Katılımcıların çalışma ortamlarındaki risklere karşı kendini güvende hissetmeleri, eğitim düzeyi ($\chi^2=10,369$, $p=0,065 <0,05$), kurum deneyimi ($\chi^2=4,945$, $p=0,423>0,05$), haftalık çalışma saati ($\chi^2=2,556$, $p=0,635>0,05$), hizmet içi eğitim alma ($\chi^2=0,325$, $p=0,569>0,05$) ile risk ve tehlikeler hakkında hizmet içi eğitim alma durumuna göre ($\chi^2=0,007$, $p=0,935>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yine katılımcıların aşılama durumu ile çalışma ortamlarındaki risklere karşı kendilerini güvende hissetmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=0,000$ $p=0,994>0,05$). Ancak katılımcıların çalışma ortamlarındaki risklere karşı kendilerini güvende hissetmeleri ile mesleki deneyim ($\chi^2=11,725$, $p=0,039 <0,05$) ve ayakta geçirilen süre ($\chi^2=7,903$, $p=0,019 <0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir. Risklere karşı mesleki deneyimi 1 yıldan az olan katılımcıların %80'i, 1-5 yıl arası çalışan katılımcıların %59,5'u, 6-10 yıl arası çalışan katılımcıların %50'si, 11-15 yıl arası çalışan katılımcıların %35,5'i, 16-20 yıl arası çalışan katılımcıların %40,4'ü ile 21 ve üstü yıl çalışan katılımcıların %43,9'u çalışma ortamlarındaki risklere karşı kendilerini güven içinde hissettikleri tespit edilmiştir. Belirtilen oranların oldukça düşük olduğu görülmektedir. Öte yandan risklere karşı günde 1-5 saat ayakta kalan katılımcıların %58,1'i, günde 6-10 saat ayakta kalan katılımcıların %47,2'si, günde 10 saat üstü ayakta kalan katılımcıların %37,2'si kendilerini çalışma ortamlarındaki risklere karşı güvende hissettikleri saptanmıştır. Mesleki deneyim ve iş ortamında ayakta geçirilen sürenin risklere karşı güven algısı açısından önemli olduğu söylenebilir (Tablo 4).

Katılımcıların çalışma ortamında aldığı önlem olarak eldiven kullanımı ile çalışma ortamındaki risklere karşı kendilerini güvende hissetmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=7,760$, $p=0,005<0,05$). Eldiven kullanan katılımcıların %44,1'i çalışma ortamında kendini risklere karşı güvende hissetmektedir. Oysa maske kullanımı ($\chi^2=0,142$, $p=0,707>0,05$), koruyucu önlük ($\chi^2=0,305$ $p=0,581>0,05$), aşılama ($\chi^2=1,231$ $p=0,267>0,05$) ve dezenfektan kullanımı ($\chi^2=0,231$

p=0,631>0,05) ile katılımcıların çalışma ortamındaki risklere karşı güvende hissetmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak katılımcıların yaklaşık yarısı tarafından maske, koruyucu önlük, aşılama, dezenfektan risklere karşı önlem olarak kullanılmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların Çalışma Ortamında Kendilerini Güvende Hissetme Algısı ve Tanımlayıcı Özellikler

Demografik Özellikler		Çalışma ortamında risklere karşı kendini güvende hissetme					
		Evet		Hayır		χ^2	p
		n	%	n	%		
Eğitim	İlköğretim veya ortaokul	6	40,0	9	60,0	10,369	0,065
	Lise ve dengi okul	27	69,2	12	30,8		
	Ön lisans	31	43,1	41	56,9		
	Lisans	43	50,0	43	50,0		
	Yüksek lisans	8	33,3	16	66,6		
Mesleki deneyim (yıl)	1 yıldan az	12	80,0	3	20,0	11,725	0,039*
	1-5	25	59,5	17	40,5		
	6-10	30	50,0	30	50,0		
	11-15	11	35,5	20	64,5		
	16-20	19	40,4	28	59,6		
	21 ve üstü	18	43,9	23	56,1		
Kurum deneyimi (yıl)	1 yıldan az	20	60,6	13	39,4	4,945	0,423
	1-5	46	52,9	41	47,1		
	6-10	25	43,1	33	56,9		
	11-15	9	47,4	10	52,6		
	16-20	8	36,4	14	63,6		
	21 ve üstü	7	41,2	10	58,8		
Haftalık çalışma saati	30-39	4	33,3	8	66,7	2,556	0,635
	40-49	94	49,2	97	50,8		
	50-59	9	56,3	7	43,8		
	60-69	8	47,05	9	52,94		
Çalışma süresi içinde ayakta geçirilen zaman	1-5 saat	61	58,1	44	41,9	7,903	0,019*
	6-10 saat	25	47,2	28	52,8		
	11 ve üstü saat	29	37,2	49	62,8		
Çalışılan birim kapsamında hizmet içi eğitim	Eğitim alanlar	91	49,7	92	50,3	0,325	0,569
	Eğitim almayanlar	24	45,3	29	54,7		
Çalışma ortamı tehlike ve riskleri kapsamında hizmet içi eğitim	Eğitim alanlar	85	48,6	90	51,4	0,007	0,935
	Eğitim almayanlar	30	49,2	31	50,8		
Eldiven kullanımı	Kullanan	83	44,1	105	55,9	7,760	0,005*
	Kullanmayan	32	66,7	16	33,3		
Maske kullanımı	Kullanan	74	49,7	75	50,3	0,142	0,707
	Kullanmayan	41	47,1	46	52,9		
Koruyucu önlük kullanımı	Kullanan	51	46,8	58	53,2	0,305	0,581
	Kullanmayan	64	50,4	63	49,6		
Aşı yaptırma	Aşı olan	70	51,9	65	48,1	1,231	0,267
	Aşı olmayan	45	44,6	56	55,4		
Dezenfeksiyon	Kullanan	71	50,0	71	50,0	0,231	0,631

kullanımı	Kullanmayan	44	46,8	50	53,2		
Aşılama Durumu	Evet	95	48,7	100	51,3	0,000	0,994
	Hayır	20	48,8	21	51,2		

Katılımcıların hepatit b, tüberküloz, varis, kronik bel ağrısı ve psikolojik hastalıklar gibi bir hastalığa maruz kalmaları ile kurum deneyimi ($\chi^2=8,909$ $p=0,113>0,05$) ve çalışma süresi içinde ayakta geçirilen zaman ($\chi^2=3,540$ $p=0,170>0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, katılımcıların eğitim düzeyi ($\chi^2=23,738$, $p=0,000<0,05$), mesleki deneyimi ($\chi^2=12,421$, $p=0,029<0,05$), hizmet içi eğitim alması ($\chi^2=5,133$, $p=0,023<0,05$) ve tehlikelere karşı hizmet içi eğitim alması ($\chi^2=4,911$, $p=0,027<0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların Çalışma Ortamında Maruz Kalınan Hastalık Algısı ve Tanımlayıcı Özellikler

Demografik özellikler		Çalışma ortamında maruz kalınan hastalık olması					
		Evet		Hayır		χ^2	p
		n	%	n	%		
Eğitim	İlköğretim veya ortaokul	1	6,7	14	93,3	23,738	0,000*
	Lise ve dengi okul	6	15,4	33	84,6		
	Ön lisans	36	50,0	36	50,0		
	Lisans	39	45,3	47	54,7		
	Yüksek lisans	12	50,0	12	50,0		
Mesleki deneyim (yıl)	1 yıldan az	1	6,7	14	93,3	12,421	0,029*
	1-5	13	31,0	29	69,0		
	6-10	23	38,3	37	61,7		
	11-15	14	45,2	17	54,8		
	16-20	21	44,7	26	55,3		
	21 ve üstü	22	53,7	19	46,3		
Kurum deneyimi (yıl)	1 yıldan az	10	30,3	23	69,7	8,909	0,113
	1-5	31	35,6	56	64,4		
	6-10	24	41,4	34	58,6		
	11-15	6	31,6	13	68,4		
	16-20	14	63,6	8	36,4		
	21 ve üstü	9	52,9	8	47,1		
Çalışma süresi içinde ayakta geçirilen zaman	1-5 saat	38	36,2	67	63,8	3,540	0,170
	6-10 saat	27	50,9	26	49,1		
	11 ve üstü saat	29	37,2	49	62,8		
Çalışılan birim kapsamında hizmet içi eğitim	Eğitim alanlar	80	43,7	103	56,3	5,133	0,023*
	Eğitim almayanlar	14	26,4	39	73,6		
Çalışma ortamı tehlike ve riskleri kapsamında hizmet içi eğitim	Eğitim alanlar	77	44,0	98	56,0	4,911	0,027*
	Eğitim almayanlar	17	27,9	44	72,1		

TARTIŞMA

Sağlık yöneticileri, gelecekte ortaya çıkabilecek riskleri öngörebilmeli ve gerekli önlemleri zamanında alabilmelidirler. Literatürde Heinrich yasası olarak ifade edilen ve kurumsal risk yönetiminde yararlanılabilen kaza nedenleri piramidine göre, her büyük kaza için 29 küçük kaza ve 300'e yakın başarısızlık bulunur. Bu yasa; küçük olarak nitelenen kazalar veya başarısızlıkların gerçekte büyük bir



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

kaza ya da riskli durumun habercisi olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, risklerin değerlendirilmesi zamanında doğru olarak yapılmalı (Emhan, 2009) ve önleyici tedbirler alınmalıdır.

Katılımcıların çalışma ortamlarında sağlıklarını olumsuz etkileyen etmenler arasında stres, enfeksiyon, kimyasal maddeler, havasız ortam ve gürültü başta gelmektedir. Örneğin, Milet ve Yanık (2017) tarafından yapılan araştırmada, sağlık çalışanlarının büyük oranda şiddet ile karşılaşma endişesi hissettiği belirlenmiştir. Öte yandan katılımcılar çalışma ortamında varis, kronik bel ağrısı, psikolojik hastalıklar, egzama ve hepatit b gibi hastalıklara maruz kalmışlardır. Katılımcıların büyük çoğunluğu hastalıklara karşı aşılı olmakla birlikte, aşılı olmayanlar da vardır. Bunların dikkatle izlenmesi gerekmektedir. Yine son 6 ay içinde karşılaştıkları mesleki travmaların başında kesici delici cisim yaralanmaları ve değişik şiddet türlerine bağlı ruhsal travmalar gelmektedir. Yazar ve arkadaşları (2016) ise, sağlık çalışanlarının çoğunluğunun delici kesici aletler ile yaralanma tecrübesi olduğu ve büyük oranda hepatit b'ye karşı aşılandığı bulunmuştur. Ayrıca Erkan ve Zencir'in (2016) araştırmasında hemşirelerin ve teknisyenlerin büyük çoğunluğu mesleklerini riskli olarak değerlendirmişlerdir. En fazla risk invazif girişimler, enfeksiyonlar, hasta ve yakınlarının şiddeti olarak sıralanmıştır. Çalışma ortamında maruz kalınan risklerin; uzun süre ayakta kalma, enfeksiyonlar, dezenfektanlar, ağır kaldırma, radyasyon, iğne batması, yaralanma şeklinde olduğunu ve önlem alınması gerektiği belirtmiştir. Rogers ve arkadaşları (2004) ise, hemşirelerin %40'ının günlük 12 saatten fazla ya da haftada 40 saatten fazla çalıştığını ve fazla çalışmanın hata yapma riskini önemli ölçüde arttırdığını, hatta çalışanların kendi sağlıklarını da olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir. Taşcıoğlu (2007), Türkiye'de sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada da, çalışma saatlerinin ve ayakta geçirilen sürenin fazla olduğu saptamıştır. Oysa 4857 sayılı İş Kanunu'nda, Türkiye sağlık kurumlarında çalışanların haftalık çalışma süresi 45 saat olarak belirlenmiştir (İş Kanunu). Diğer araştırmaların aksine Mollaoğlu ve arkadaşları (2010), çalışma ortamının (fiziksel kaynaklar, mesleki ilişkiler, korkular, iş doyumu ve kurumsal kalite) hemşireler tarafından olumlu değerlendirildiğini saptamışlardır.

Katılımcıların çalışma ortamlarında karşılaşılan risklere karşı aldıkları önlemlerin başında eldiven, maske, koruyucu önlük ve dezenfeksiyon kullanımı ile aşılama yer almaktadır. Katılımcıların %23,7'si kendi aldıkları önlemleri yetersiz olarak değerlendirmektedir. Bu oran önemlidir. Hala çalışanlar arasında risklere karşı koruyucu önlemleri ihmal edenlerin olduğu görülmektedir. Kurum tarafından alınan önlemlerin başında eldiven ve maske dağıtılması ile çalışma ortamının sürekli temizliği gelmektedir. Ancak katılımcılar kurumlarından bunların yanı sıra stressiz çalışma ortamının sağlanmasını beklemektedirler.

Hastanelerde elektrik düzeneklerinde eksikler (yazılı uyarı ve prizlerde kapak olmaması gibi), çalışmayı engelleyecek ve sağlığı olumsuz etkileyecek kadar gürültü olduğu belirtilmiştir. Yine çoğunlukla zeminin kaygan, doğal havalandırma ve aydınlanmanın yetersiz olduğu, ısı ölçer bulunmadığı saptanmıştır. Bunlar kolaylıkla önlenemeyen riskler olup, ivedilikle bu risklerin çözülmesi gerekmektedir. Bunlar kolaylıkla önlenemeyen riskler olup, ivedilikle bu risklerin çözülmesi gerekmektedir. Blegen ve arkadaşları, hata raporlamanın gerekli olduğunu belirtmiş fakat raporlara idari müdahale, kişisel korkular, birim kalite yönetimi sorunları nedeniyle yeterince raporlama yapılmadığını tespit etmişlerdir. Örneğin hasta düşmelerinin çalışma grubunda sadece %77'si raporlanmıştır (Blegen ve ark., 2004). Yazar ve arkadaşları (2016) ise, yaralanmaların sadece %6'sının raporlandığını belirlemişlerdir. Raporlamanın oldukça düşük olduğu görülmektedir. Oysa tehlike ve risklere ilişkin raporlamanın yapılması ve raporlardan ders çıkartılarak eğitim amaçlı kullanılması oldukça yararlı olacaktır.

Risk yönetiminin öne çıkan işlevleri hastanenin tamamını içeren bir koordinasyon, kayıp önleme faaliyeti ve düzeltici eylemlerdir. Risk yönetimi, kalite yönetiminin bir parçasıdır. Türkiye'de sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerde risk yönetimi kriterleri, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite

299

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(YANIK, A. / KURUL, N)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Standartları (SKS) kriterleri içinde de yer almaktadır. SKS, sağlık yöneticileri ve çalışanları için önemli bir rehberdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Katılımcıların çalışma ortamlarında stres, enfeksiyon, kimyasal maddeler, varis, kronik bel ağrısı, egzama, hepatit b, kesici delici cisim yaralanmaları ve şiddete bağlı ruhsal travmalar gibi çeşitli risk etmenlerine maruz kaldıkları belirlenmiştir. Risklere karşı önlemler alındığı fakat yetersizlikler olduğu saptanmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu, bulaşıcı hastalıklara karşı aşılı olmakla birlikte aşılı olmayanlar da vardır. Bunların dikkatle izlenmesi ve aşılamanın gereğince yaptırılması gerekmektedir. Yine katılımcıların son 6 ay içinde karşılaştıkları mesleki travmaların başında kesici delici cisim yaralanmaları ve değişik şiddet türlerine bağlı ruhsal travmalar gelmektedir. Bunlar için önlemler artırılmalıdır.

Hastane kaynaklı riskler açısından büyük oranda elektrik düzeneklerinde yazılı uyarı ve prizlerde kapak yoktur. Ayrıca zeminin kaygan olması, havalandırma yetersizliği, birimlerde ısı ölçer olmaması, aydınlanma yetersizliği, gürültü, yangın ekibinin olmaması ve yangından korunma düzeneklerinde eksikler olması, değerlendirilmesi gereken önemli risk etmenleridir. Öte yandan katılımcıların büyük çoğunluğunun çalışma ortamlarındaki tehlike ve risklere karşı hizmet içi eğitim aldığı fakat hala eğitim almayanların da bulunduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların risk algıları bazı tanımlayıcı özelliklere göre değişmektedir.

Araştırma bulguları ve sonuçları doğrultusunda; çalışanlara stressiz rahatlatıcı çalışma ortamının sağlanması, çalışan sayısının optimum düzeye çıkarılması, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, eldiven, maske, koruyucu önlük ve dezenfektanların hastanelerde yeteri kadar hazır bulundurulması ve gerektiğinde kullanımının sağlanarak denetlenmesi gereklidir. Ayrıca hastane kaynaklı risklere karşı elektrik düzeneğinin korunaklı olması, zemin, havalandırma ve sıcaklığın uygun ölçütlerde tutulması, yangına karşı koruyucu önlemlerin eksiksiz alınması ve gürültünün engellenmesi sağlanmalıdır. Tüm çalışanlara çalışma ortamı tehlike ve riskleri, enfeksiyonlar konusunda periyodik hizmet içi eğitimler verilmelidir. Ayrıca okul dönemlerinde de ders programlarına risk yönetimi dersi konularak öğrencilere risk ve tehlikeler ile önlemler konusunda teorik ve uygulamalı eğitimler sunulmalıdır. Çalışanların aşılama süreçleri sağlanmalıdır. Hastanelerde risk yönetim birimi kurulmalı, bir risk yönetimi programı oluşturulmalı ve uygulanmalıdır. Bu birim içinde yangın ekibi de oluşturularak yangından korunma plan ve programı geliştirilmelidir. Risk yönetimi, koşullar çerçevesinde sürekli yenilenmeyi ve değişikliği gerektiren oldukça dinamik bir süreçtir.

Araştırmanın yönetici sağlık çalışanlarında farkındalık yaratması ve sağlık kurumlarında oluşabilecek risklere karşı politika ve stratejiler geliştirmelerine katkı sağlaması beklenmektedir.

KAYNAKÇA

Aksay, K., Orhan, F. ve Kurutkan, M.N. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Bir Risk Yönetimi Tekniği Olarak FMEA (Failure Mode and Effect Analysis-Hata Türleri ve Etkileri Analizi: Laboratuvar Sürecine Yönelik Bir Uygulama. Sağlıkta Kalite Performans Dergisi, 4: 121-42.

Aksay, K. ve Orhan, F. (2013). Hastanelerde İnovasyon Sürecinin Risk Yönetimi Bağlamında Değerlendirilmesi: Bir Model Önerisi. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2(3): 10-23.

Anonim (2012). Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, SKS Işığında Sağlıkta Kalite, Sağlık Kurumlarında Risk Yönetimi



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

bölümü. (Editorler: Tosun, N., Demirtaş, İ., Şencan, İ., Güler, H., Öztürk, A. ve Tarhan, D.) 1. Baskı, Pozitif matbaa, Ankara, 1: 95-107.

Blegen, M.A., Vaughn, T., Pepper, G., Vojir, C., Stratton, K., Boyd, M. ve Armstrong, G. (2004). Patient And Staff Safety: Voluntary Reporting. *Am J Med Qual*, 19(2): 67-74.

Bunting, R.F., Benton, J. ve Morgan, W.D. (1998). Practical Risk Management Principles for Physicians. *Journal of Healthcare Risk Management, J Healthc Risk Manag.* 18(4): 29-53.

Derici, O., Tüysüz, Z. ve Sarı, A. (2007). Kurumsal Risk Yönetimi Ve Sayıştay Uygulaması. *Sayıştay Dergisi*, 65: 151-72

Dionne, G. (2013). Risk Management: History, Definition, and Critique. *Risk Management and Insurance Review*, 16(2): 147-66.

Erkan, S. ve Zencir, M. (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Teknisyenlerin Mesleki Risk Algısının Belirlenmesi. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi*, 57-66.

Emhan, A. (2009). Risk Yönetim Süreci Ve Risk Yönetimde Kullanılan Teknikler. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(3): 209-20.

Gökmen, H ve Gülenç, S. (2010). Tıbbi Malpraktis Riskinin Yönetiminde Bir Araç Olarak Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1: 9-17

İş Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4857.pdf>, Erişim: 05.05.2019

Meydanlıoğlu, A. (2013). Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3): 192-99.

Milet, M. ve Yanık, A. (2017). Hastanelerde İş Tatmini ve Sağlık Çalışanlarına Karşı Şiddet Davranışları Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi (ASOS JOURNAL)*, 5(48): 15-26.

Mollaoğlu, M., Kars Fertelli, T. ve Özkan Tuncay, F. (2010). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(15): 17-30.

Parlar, S. (2008). Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6): 547-54.

Rogers, A.E., Hwang, W.T., Scott, L.D., Alken, L.H. ve Dinges, D.F. (2004). The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety. *Health Affairs*, 23(4): 202-12.

Sezgin İnce, B. (2008). Hastanelerde Risk Yönetimi ve Hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 24(3): 73-81.

Taşçıoğlu, İ. (2007). Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanelerinde İş ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Bu Riskleri Hemşirelerin Algılama Düzeylerinin



Saptanması. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Yazar, S., Yücetaş, U., Özkan, M. ve Zulcan, S. (2016). Sağlık Çalışanlarının Delici Kesici Aletler İle Gerçekleşen Yaralanma Deneyimleri ve Yaralanmaya Yönelik Alınacak Tedbirler. İstanbul Med J, 17: 5-8.



TÜRKİYE VE İNGİLTERE SAĞLIK SİSTEMLERİ: BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KARŞILAŞTIRMASI

TURKEY AND ENGLAND HEALTH SYSTEMS: COMPARISON OF PRIMARY HEALTH CARE

Öğr. Gör. Eren AKMAN

Kastamonu Üniversitesi Tosya MYO Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Bölümü,
erenakman@kastamonu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-6895-851X

Prof. Dr. Mehveş TARIM

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, mtarim@marmara.edu.tr,
orcid.org/0000-0002-3726-9439

Makale Gönderim- Kabul Tarihi (11.06.2020-15.08.2020)

Özet

Ülkelerin mevcut sağlık sistemlerinin ilk ayağını birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapısı ve işleyişi ülkelere göre farklılık gösterse de kişiye ve topluma yönelik sağlık hizmeti sunan genel birimlerdir. Bütüncül bir sağlık hizmeti sunan bu birimler, sağlık sisteminin büyük bir bölümünü ifade etmektedir. Türkiye’de ve İngiltere’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini aile hekimliği ve genel pratisyen uygulamaları oluşturmaktadır. İsimleri farklı olsa da her iki ülkedeki uygulama görev ve sorumluluk gereği benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada, ağırlıklı olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde temel rol oynayan aile hekimliği ve genel pratisyen uygulamaları olmak üzere, Türkiye ve İngiltere sağlık sistemleri karşılaştırılarak benzerlik ve farklılıklar ortaya koyulmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimliği, GP, Türkiye, İngiltere

Abstract

Primary health care services are the first step of the countries' health systems. Although the structure and functioning of primary health care services vary according to the country, they are the general units that provide health care for the individual and the community. These units, which provide a holistic health service, represent

a large part of the health system. Family practice and general practitioner are constitute the basis of primary health care services in Turkey and England. Although their names are different, the implementation in both countries is similar in terms of their duties and responsibilities. In this study, it focuses mainly on family practice and general practitioner, which plays a fundamental role in primary health care. Turkey and the England comparing the similarities and differences between health systems were tried to be specified.

Key Words: Primary Care, Family Practice, GP, Turkey, England

GİRİŞ

Sağlık hizmeti alan çoğu insan için birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlığın en büyük bölümünü oluşturmaktadır. Sağlık sistemine ilk giriş noktasıdır ve bütçe harcamalarında önemli bir yere sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, acil müdahale gerektirmeyen genel muayene alanlarıdır. Hem kişisel hem de toplumsal sağlık hizmeti sunulan temel birimlerdir (Newell, 2016).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini ise 10-12 Eylül 1978 tarihinde Kazakistan'ın Alma-Ata şehrinde gerçekleşen Alma-Ata Konferansı oluşturmaktadır. 70 ülkeden çeşitli Bakanların katıldığı konferansın ana teması “2000 yılında herkese sağlık” idi. Bu kapsamda, sağlık hizmetlerinin ülke içinde bütünlüğünü ele alan ve temel sağlık hizmetlerini sistem içindeki ana parça olarak ifade eden bildirge yayımlanmıştır. Bildirgeye göre temel sağlık hizmetleri, bilimsel olarak sağlam bir temele ve toplumdaki birey ve ailelerin katılımıyla evrensel bir ulaşılabilirliğe sahip olmalı denilmiştir. Sunulan sağlık hizmetindeki eşitsizlik ile sosyal, ekonomik ve politik olarak mücadele edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Akdağ, 2008).

Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki evrensellik, bütüncül bir sağlık hizmeti anlayışını beraberinde getirmektedir. Koruyucu sağlık, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile ihtiyacı olan herkese dokunabilme potansiyeline sahiptir. Barındırdığı geniş kapsamlı hizmet potansiyeli ile de hastaları daha ilk aşamada elimine etmektedir. Böylelikle daha ciddi durumda olan gerçek ihtiyaç sahiplerini seçerek bir üst sağlık kuruluşuna göndermektedir. Dolayısıyla herkes verimli ve etkili bir şekilde ihtiyacı olan sağlık hizmetine erişim sağlamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu misyonundan dolayı, güçlü bir birinci basamak hizmet sunumu olan ülkelerin; toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi bir şekilde yanıt verebileceği, sağlıkta eşitlikçi bir hizmet sağlayacağı ve sağlık harcamalarını etkin bir şekilde organize edeceği öngörülmektedir (Akman, 2014).

Bu çalışmanın amacı, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde örnek gösterilen köklü ve gelişmiş bir sağlık sistemine sahip olan İngiltere ile sağlık alanında kilometre taşı sayılan reformlarını yakın tarihlerde gerçekleştiren ve hâlâ gelişimini sürdüren Türkiye sağlık sistemi arasındaki benzerlik ve farklılıkları ortaya koymaktır. Çoğunlukla birinci basamak sağlık hizmetlerinin yükünü taşıyan aile hekimliği ve genel pratisyen (GP) uygulamaları üzerinde durulmuştur. Bu birimlerin yapısı, özellikleri, finansmanı ve sevk sistemi açıklanmıştır.

Türkiye Sağlık Sisteminin Genel Yapısı

Türkiye sağlık sistemi ağırlıklı olarak, Almanya sağlık sistemi ile özdeşleşmiş olan refah yönelimli sağlık sistemine (Bismarck modeli) dayanmaktadır. Refah yönelimli sağlık sistemi devletin sağlık hizmetlerini sosyal bir refah projesi olarak kabul etmesi ve kamu yararına bu hizmeti sağlamayı üstlenmesi şeklinde ifade edilmektedir (Korucu ve diğ., 2016). Ancak çoğu ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de kamunun yanında özel sektörün de hizmet sağlayıcı olarak bulunduğu karma bir sağlık sistemi hakimdir (Atabey ve Meriç, 2016).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı 31 Mayıs 2008 tarihli 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile yürütülmektedir. Bu kanun ile birlikte primlere dayalı finansman ve tüm nüfusu kapsamayı amaçlayan Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamaya girmiştir. Genel Sağlık Sigortasına katılım tüm Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için zorunludur. Bu sigorta ile birlikte çalışanlar, yeşil kartlılar ve işsizler de dahil olmak üzere tüm halk, sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı elde etmiştir (Gülay, 2017). Genel Sağlık Sigortasının finansmanı temelde işçi ve işverenden alınan primler ile sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanına ek olarak; vergiler, devlet katkısı, cepten harcamalar ve isteğe bağlı sağlık sigorta primleri de katkı sağlamaktadır (Ay ve Özyüksel, 2016). Türkiye’de yapılan sağlık harcamalarına baktığımızda gayri safi yurt içi hasıla (GSYH) içindeki payı %4,2’dir ve bunun %3,3’ü devlet tarafından finanse edilmektedir. Devletin sağlık harcamalarındaki payı ise %78’dir. Sağlık harcamalarındaki cepten ödemelerin payı ise %17,4 olarak belirlenmiştir (data.oecd.org, Erişim Tarihi: 02.06.2020).

Türkiye’deki sağlık hizmet sunumunda üç aşamalı bir sistem bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, çevreye ve topluma yönelik temel koruyucu sağlık hizmetleri ve aile sağlık merkezleri tarafından sunulan ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerini içermektedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri, hastaneler tarafından ayaktan ve yatarak tedavi hizmetlerinin verildiği bir üst basamak sağlık hizmet kurumlarıdır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise özel dal hastaneleri, eğitim hastaneleri ve üniversite hastanelerinin bulunduğu geniş kapsamlı sağlık hizmeti sağlayıcılarını kapsamaktadır (Sargutan, 2006).

Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de Refik Saydam öncülüğünde dikey bir örgütlenme benimsenmiştir ve bu sağlık organizasyonu 20. yüzyıl ortalarına kadar devam etmiştir. Bu dönemde trahom, lepra, sıtma, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklara karşı mücadele çalışmaları yapılmıştır. Ardından, Nusret Fişek ile birlikte 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi adlı yasa gündeme gelmiş ve bu yasanın 1963 yılında uygulanmasıyla, “Sağlık Ocağı” uygulaması Türkiye’nin birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesinin temelini oluşturmuştur (Tırpan, 2010). Asli hizmet sunucu olarak ebe ve pratisyen hekimler görevlendirilmiştir. Sunulacak hizmet tümelci bir bakış açısıyla tasarlanmıştır. Yani koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bir arada verilmesi kararlaştırılmıştır. Bu hizmetlerin ise bir kamu kurumunda ücretsiz olarak verilmesi uygun görülmüştür (Öcek ve Soyer, 2007). Belirtilen yasadaki önemli özelliklerden biri sağlık hizmetlerinin basamaklandırılmış olarak tasarlanmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri “ilk başvuru yeri” olarak belirlenmiştir. Birinci basamak hekimi literatürde de “gatekeeper” olarak bilinen kapı tutucu roledir. Kapı tutucular, hastanın sağlığıyla ilk olarak ilgilenen ve gerektiğinde bir üst kuruma sevk eden hekimlerdir. Ancak Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasası ile getirilen zorunlu sevk uygulaması tam olarak gerçekleştirilememiş ve çok geçmeden kaldırılmıştır (Öcek ve Çiçeklioğlu, 2013).

1978 Alma-Ata ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetleri daha kapsamlı bir hal almıştır. Ortaya çıkan “Sağlık Reformu” tartışmaları birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan eşitsizlikleri azaltmak adına aile hekimliği temelli anlayış önem kazanmıştır. Eylül 2005 yılında Düzce’de gerçekleşen ilk pilot aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır. Uygulama sonrası 2010 yılı aralık ayı itibariyle tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir (Başer ve diğ., 2015).

Bir ve daha çok Aile Hekimliği Birimi (AHB)’nden oluşan ve uygulamalarının yapıldığı merkezlere aile sağlık merkezleri (ASM) denilmektedir. Aile sağlığı merkezleri kişiye yönelik koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sağlayan en temel birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimdir. Buralarda hiçbir şekilde yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapılmaksızın sürekli ve kapsamlı olarak

sağlık hizmeti sunulur. Ayrıca, gerektiğinde gezici sağlık hizmeti de sunan aile sağlık merkezleri tam gün esasına göre faaliyet göstermektedir (Tunç, 2015).

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan diğer birim ise toplum sağlığı merkezleridir (TSM). Aile sağlığı merkezlerinin bireye yönelik faaliyetlerinin aksine topluma yönelik hizmet sunan birimdir. Bulduğu bölgedeki toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı hedeflemektedir. Toplum sağlığına yönelik risk analizleri yaparak mevcut sorunları belirlemekte ve bu sorunlara yönelik planlamalar geliştirmektedir (Tunç, 2015). Aile hekimliği birimlerini izlemekte, denetlemekte ve koordinasyonunu sağlamaktadır. Ayrıca toplum sağlık merkezleri; çevre sağlığı hizmetleri, bulaşıcı ve kronik hastalıkları izleme ve müdahale hizmetleri, adli tıp hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, işçi ve iş güvenliği hizmetleri, sağlık eğitimi hizmetleri, özel sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılması gibi hizmetler sağlamakla görevli birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimdir (Saraçlı, 2010). 15.08.2017 tarihli, 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı organizasyon şemasının değişmesi sonucu, bölgenin nüfusu ve büyüklüğüne göre TSM'lerin görevlerini buldukları ilçedeki İlçe Sağlık Müdürlükleri yürütmektedir. Ancak TSM'lerin faaliyetlerine devam ettiği yerler de bulunmaktadır.

Türkiye’de Aile Hekimliği

Aile hekimliği; kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalığı ayırmadan kayıtlı birey ve ailelere kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti ve ilk basamak tedavi hizmetlerini ekip anlayışı içinde sunabilen, gerektiğinde diğer dal uzmanları ile konsülte edebilen, sağlık hizmetlerinin bütününe kapsayan disiplindir (Mengüllüoğlu, 2015). Aile hekimliği sistemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Böylelikle daha sıkı ve iyi bir doktor hasta ilişkisinin sağlanması, aile hekimliğinin temel amaçlarından biridir. Bölgedeki nüfusuna göre ekip halinde çok yönlü hizmet sunumu yapılmaktadır. Aile hekimleri valilikler ile gerçekleştirdiği sözleşmeler ile göreve başlamaktadır. Aile hekimliği sisteminde hekime yardımcı sağlık personeli de bulunmaktadır. “Aile Sağlığı Elemanı” olarak geçen bu personeller ebe, hemşire ve sağlık memurlarıdır. Bu sağlık elemanları da sözleşmeli olarak göreve başlamaktadır. Hekim, bu sağlık elemanlarının işvereni pozisyonundadır (Kasapoğlu, 2016).

Tüm bireyler ikamet ettikleri bölgeye yakın olan bir aile hekimine kayıtlıdır. Başka hiçbir aile hekimine kayıt yaptıramamakta ve muayene olamamaktadır. Ancak bireyler, buldukları bölgedeki aile hekiminin müsaitlik durumuna göre istediği hekimi seçme ve değiştirme hakkına sahiptir. Bu sayede her aile hekiminin kendisine kayıtlı olan hastaları tanıması ve takibini yapması amaçlanmaktadır. Bu olanakla birlikte her aile hekimi hastasını aile, çevre ve iş ilişkileri çerçevesinde değerlendirmektedir. Dolayısıyla bireyin yaşam koşullarını detaylı bir şekilde analiz etmekte ve bireye en uygun koruyucu sağlık uygulamalarını ve sağlık eğitimlerini gerçekleştirebilmektedir. Ayrıca aile hekimliği sisteminin ana ilkeleri arasında sevk zincirinin uygulanması yatmaktadır. Bireye yönelik yapacağı koruyucu sağlık hizmeti, tanı ve tedaviler ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeki yığılmaların önüne geçmesi hedeflenmektedir (hsgm.saglik.gov.tr, Erişim Tarihi: 05.01.2019). Her aile hekimine kayıtlı ortalama 3500 kişi bulunmaktadır. Aile hekimine kayıtlı hasta sayısı iki aydan uzun bir süre 1000 kişinin altında kalır ise, aile hekimine uyarı yapılmaksızın sözleşmesi feshedilerek yerine başka bir aile hekiminin ataması gerçekleştirilebilir (Özcan ve Erdal, 2017).

Sağlık personelinin hizmet birimlerine göre dağılımını gösteren Tablo 1’de aile hekimliği birimlerinde görev yapan sağlık personeli ve sayıları gösterilmiştir.

Tablo 1. Sağlık Personelinin Hizmet Birimlerine Göre Dağılımı

	Hastaneler	Aile Hekimliği Birimi	Diğer Kurumlar	Toplam
Uzman Hekim	40.541	1.814	992	43.347
Pratisyen Hekim	10.719	22.268	6.455	39.442
Asistan Hekim	8.770	0	0	8.770
Toplam Hekim	60.030	24.082	7.447	91.559
Toplam Diş Hekimi	4.642	0	6.172	10.814
Eczacı	2.747	0	317	3.064
Hemşire	113.641	7.448	5.802	126.891
Ebe	27.028	13.299	12.168	52.495
Diğer Sağlık Personeli	73.226	1.874	46.106	121.206
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	193.787	17.614	24.754	236.155
Toplam Personel	475.101	64.317	102.766	642.184

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2018 Yıllığı, (2019)

Yukarıdaki tabloda belirtildiği üzere ülkemizde aile hekimliği biriminde çalışan toplam 64.317 personel bulunmaktadır. Aile hekimliği biriminde çalışan personel sayısı, toplam (642.184) sağlık iş gücünün %10'unu oluşturmaktadır. Aile hekimliği birimlerinde 24.082 kişi ile en fazla hekimler yer almaktadır. Bu hekimlerin ise en büyük bölümünü %92'lik oranla pratisyen hekimler oluşturmaktadır. Aile hekimlerinin (24.082) toplam hekimler (91.559) içerisindeki payı ise %26'dır. Aile hekimliği biriminde hekimlerden sonra en fazla personel sırası ile ebeler (13.299 kişi) ve hemşirelere (7.448 kişi) aittir. Aile hekimliğinde çalışan ebe ve hemşirelerin toplam meslektaşları içerisindeki payı ise sırasıyla %25 ve %6'dır. Dolayısıyla aile hekimlerine yardımcı olan ana meslek grubunun hem sayısal hem de oransal olarak ebeler olduğu görülmektedir.

Aile hekimliğinin belli başlı görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bunlar şu şekilde ifade edilebilir (hsgm.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 05.01.2019);

- Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri sağlamak
- Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek
- Kendisine kayıtlı kişilerin değerlendirmesini yapmak adına ev ziyaretleri gerçekleştirmek ya da iletişime geçmek
- Kişilerin kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan, erişkin, yaşlı sağlığı gibi taramalarını gerçekleştirmek
- Periyodik olarak sağlık muayenelerinde bulunmak
- Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak
- Kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirmek
- Özürlü, yaşlı ve yatalak kişilere gezici sağlık hizmeti sunmak
- Gerekli görülen durumlarda hastaları bir üst kuruma sevk etmek

Türkiye Aile Hekimliklerinin Finansmanı

Türkiye'deki aile hekimliği hizmeti tüm vatandaşları kapsayacak şekilde sunulmakta ve hastalar Genel Sağlık Sigortası kapsamında bu hizmetten faydalanabilmektedirler. Aile hekimliklerine ise kayıtlı olan kişi sayısına göre ödeme yapılmaktadır. Bu ödemeler yapılırken, bireyin sahip olduğu yaş grubu ve

özelliklerine farklı derecede katsayı uygulaması gerçekleştirilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2010)

Aile hekimliklerinde uygulanan kişi başı ödeme sistemi bazı aile hekimleri tarafından eleştiri konusu olmaktadır. Bu eleştiri ise sırf kayıtlı hasta sayısı çok olan ancak hastaları aile sağlık merkezlerine gelmeyen aile hekimlerinin, iş yükü fazla olan hekimlere göre daha fazla ücret almasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca negatif performans kesintilerinden kaynaklanan yapılmayan işlerin yapılmış gibi gösterilmesinin büyük bir sorun ifade ettiği gerçeği de bulunmaktadır (Ulutaş ve diğ., 2015).

Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Sevk Zinciri

Sevk zincirinin ilk ayağını aile hekimliği sistemi oluşturmaktadır. Etkin bir sevk zincirinin işlemesi ise hastanın güvenini kazanan aile hekimliğine bağlıdır. Bu güveni oluşturmada aile hekimliğinin sunduğu hizmet kritik önem taşımaktadır. Dolayısıyla işleyen bir sevk zinciri için hasta memnuniyetini kazanmış bir aile hekimliği birinci şartı oluşturmaktadır. Hastanelerin poliklinikleri aslında birinci basamak sağlık hizmetinde sorunu giderilebilecek hastalarla doludur. Bu yığılmalar hem gereksiz harcamalar ortaya çıkarmakta hem de hastanelerde sunulan hizmet kalitesini düşürmektedir. Ayrıca bilinen en büyük yanlışlardan biri sevk zincirinin tek yönlü olarak algılanmasıdır. Aslında sevk zinciri, gerekli görülen hastaların ikinci ve üçüncü basamağa sevk edilmesiyle birlikte, gerekli tanı ve tedavilerin yapılması sonucu durumun izlenmesi ve bakımın devamı için alt seviyedeki birimlere tekrar geri gönderilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2003). Ancak belirtilen sevk sistemi Türkiye’de uygulanmamaktadır. Uygulanmamasının en büyük sebebi ise sevk zincirinin zorunlu olmayışıdır. Dolayısıyla, zincire dahil olmak istemeyen hasta dilediği gibi doğrudan ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvuru yapabilmektedir (Özcan ve Erdal, 2017).

Sevk zincirinin olmayışının sağlık kurumlarına müracaatı nasıl etkilediği, aşağıdaki Tablo 2’ye ilişkin verilerde yer almaktadır.

Tablo 2. Kuruma Göre Hekime Müracaat Sayıları

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Sağlık Ocağı	69.103.517	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği	-	214.120.750	208.538.951	205.549.931	228.098.527	258.436.607
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	1.643.937	1.495.558	1.374.153	1.391.817	1.332.580
ÇEKÜS Birimi*	2.980.481	660.056	548.433	525.011	646.856	366.095
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler*	-	2.234.348	3.457.520	8.080.631	4.496.425	4.821.348
Özel Poliklinikler	731.132	546.514	523.694	461.013	501.993	539.593
Birinci Basamak Toplamı	74.827.588	219.205.605	214.564.156	215.990.739	235.135.618	265.496.223
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	28.208.781	26.953.360	22.069.610	18.912.829	19.055.722
Hastaneler	124.313.659	396.577.644	418.581.931	447.648.830	464.876.362	497.963.259
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	292.100.331	306.825.524	340.080.539	353.703.814	380.623.055
Üniversite	8.823.361	32.143.930	34.539.363	36.420.413	38.963.933	42.665.139
Özel	5.697.170	72.333.383	77.217.044	71.147.878	72.208.615	74.675.065
2. ve 3. Basamak Toplamı	134.138.461	424.786.425	445.535.291	469.718.440	483.789.191	517.018.981
Genel Toplam	208.966.049	643.992.030	660.099.447	685.709.179	718.924.809	782.515.204

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2018 Yıllığı, (2019)

Yukarıdaki tabloda hastanelere yapılan müracaat sayısının birinci basamak sağlık kurumlarına yapılan müracaatın hemen hemen iki katı olduğu görülmektedir. Sevk zincirinin olmayışı bireyleri doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirmektedir. Bu durum ise, sağlığın düzensiz işlenmesine ve sağlık sistemine ağır bir yük bindirmesine yol açmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına aşırı yüklenme; verimsizliğin oluşmasına, direkt ve dolaylı maliyet artışlarına, kaynakların düzgün dağıtılamamasına, asıl ihtiyaç sahiplerinin hizmetten yeterince faydalanamamasına ve sağlık personellerinin iş yükünün artmasına kadar uzanan birçok olumsuz duruma sebebiyet vermektedir.

Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmeti ve Yaşlı Bakım

Dünya Sağlık Örgütü’nün (1998) yayımladığı raporda yaşlılığın başlangıcı olarak 65 yaşını baz almaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın 1996 yılında yapmış olduğu yaşlılık ile ilgili tahminlerine göre ise Türkiye nüfusunun 2010 yılında %6,7, 2020 yılında %8,5 ve 2030 yılında %12,5 olacağı tahmin edilmektedir (Aksüllü ve Doğan, 2004). Bu verilerle de paralel şekilde gün geçtikçe birinci basamak sağlık hizmetlerinde olan yaşlı hasta başvurularının arttığı belirtilmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaşlı bakım tarafını oluşturan en önemli unsur evde bakım hizmetleridir. Evde bakım, yaşlı hastaların bakımı ve rehabilitasyonunu sağlamak, sosyal aktivitelerini kısıtlayan durumlara çözümler getirmek için yaşadıkları yerde sunulan sağlık hizmetidir. Ülkemizde evde sağlık hizmetleri, Bakanlık ve bağlı kuruluşları bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler veya dal hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve aile hekimliği birimleri vasıtası ile sunulmaktadır (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı, 2015). Ancak evde bakım hizmetleri ülkemizde tam yerleşmiş bir hizmet değildir. Dolayısıyla nüfusun yaşlanma tehdidine karşılık gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Burada en önemli görev aile hekimlerine düşmektedir. Çünkü hastaları ilk karşılama ve izleme görevi onların sorumluluğundadır. Hastayı bütüncül olarak ele alan aile hekimlerinin yaşlı sağlığına yönelik bilgi birikimlerini de arttırmaları, bu bilgiler ışığında hastaları tedavi etmeleri ya da gerekli sağlık kurumlarına yönlendirmeleri gerekmektedir (Tırpan, 2010). Dolayısıyla aile hekimlerinin yaşlılara yönelik çalışmaları atlamamaları önem arz etmektedir.

İngiltere Sağlık Sisteminin Genel Yapısı

İngiltere sağlık sistemi, Beveridge temelli sağlık modeline dayanmaktadır. Bu model ismini, 2. Dünya Savaşı sonrasında devletin sağlık ve eğitim hizmetlerini karşılaması gerektiği görüşünü ortaya koyan Beveridge’den almaktadır. Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı, sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’na ait olan Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Services, NHS) kapsamında sunulmaktadır. Bununla birlikte özel sektör kuruluşları da sağlık hizmet sunumuna katılım göstermektedir (Dinç, 2009). Dolayısıyla çoğu ülkede olduğu gibi İngiltere’de de karma bir sağlık sistemi bulunmaktadır.

İngiltere’de kamu temelli ve toplumun tamamını kapsayan bir sağlık sistemi bulunmaktadır. Çalışanlar, emekliler, işsizler kısacası herkesin sağlık ihtiyacı devlet tarafından sağlanmaktadır. NHS, tüm vatandaşlara yönelik, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmakla görevlidir. İngiltere’de ikamet eden her vatandaş bazı istisnai durumlar dışında hiçbir ücret ödemedi NHS’nin sunmuş olduğu sağlık ve bakım hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir (Gülay, 2017). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise çoğunlukla halktan toplanan genel vergilerden sağlanmaktadır. Bu finansmana ek olarak az da olsa cepten yapılan ödemeler ve kullanıcı katkıları da destek vermektedir. Cepten ödemeler genellikle özel sağlık kuruluşları ve reçetesiz ilaç alımında, kullanıcı katkıları ise bazı reçeteli ilaçlar ve diş sağlığı hizmetleri için yapılan ödemelerde uygulanmaktadır (Öztürk ve Karakaş, 2015). İngiltere’de yapılan sağlık harcamalarına baktığımızda GSYH içindeki payı %9,8’dir ve bunun %7,5’si devlet tarafından finanse edilmektedir. Devletin sağlık harcamalarındaki payı ise

%77,1'dir. Sağlık harcamalarındaki cepten ödemelerin payı ise %16 olarak belirlenmiştir (data.oecd.org, Erişim Tarihi: 02.06.2020).

İngiltere'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İngiltere'de birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları acil olmayan durumlarda görev alan, fiziksel ve psikolojik sağlık hizmeti sunan ilk temas noktalarıdır. Hastane ortamı dışında ve hizmet kullanıcılarına yakın bir şekilde yerleşen sağlık hizmet sağlayıcılarıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelde iki görevi bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, sağlık sorunu hakkında danışmanlık sağlayarak öneride bulunmaktır. İkincisi ise sürekli erişime açık olarak tedavi süreçlerindeki ilk karşılaşmayı üstlenmektir (Boyle, 2011). İngiltere birinci basamak sağlık hizmetleri büyük oranda GP'ler üzerine kuruludur. GP'ler birinci basamak sağlık hizmetlerinde iyi işleyen bir kapı tutucu rol oynamaktadır.

GP'lere ek olarak sağlık ziyaretçileri, alan hemşireleri ve ebeler de toplum sağlığı hizmeti sunan diğer temel hizmet sağlayıcılarıdır (www.gov.uk, Erişim Tarihi: 09.01.2019).

Sağlık ziyaretçileri (health visitors): 5 yaş altı çocuklar ve yaşlılar gibi risk arz eden grupların sağlık takibinden sorumludur.

Alan hemşireleri (district nurses): Çoğunlukla yaşlılar olmak üzere evde bakım ihtiyacı olanlara sağlık hizmeti sunan hemşirelerdir.

Ebeler (midwives): Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası dönemlerde anne ve bebek sağlığından sorumlu sağlık hizmet sunucularıdır.

İngiltere'de Genel Pratisyenler (GP)

Birinci basamak sağlık hizmetleri GP'ler üzerine kuruludur. GP'ler tek başlarına çalışabildikleri gibi grup halinde de çalışabilmektedir. Genellikle grup halinde çalışan bu ekipte pratisyen hekim, hemşire, sekreter ve idari mali işler sorumlusu bulunmaktadır. Bireyler Ulusal Sağlık Sigortasından ücretsiz bir şekilde faydalanabilmek için öncelikli olarak bağlı buldukları GP'lere başvuru yapmak zorundadır. İngiltere'de birinci basamak sağlık hizmetleri oturmuş bir yapıya sahiptir. Hemen hemen herkesin bağlı bulunduğu bir GP bulunmaktadır. Nüfusun yaklaşık %99'unun kayıtlı olduğu bir GP vardır. Geri kalan %1'lik dilim ise sağlık harcamalarını özel yolla karşılamayı tercih eden üst gelirli sınıfla oluşturmaktadır (Öztürk ve Karakaş, 2015).

GP'ler kendi özel muayenesi olan serbest çalışan hekimlerdir ve bir GP'ye kayıtlı maksimum hasta sayısı 3500 kişi ile sınırlıdır. Bireyler bulunduğu bölgeye yakın konumdaki bir GP ile yıllık anlaşma yaparak kayıt olmaktadır. Farklı bölgedeki bir GP ile anlaşma yapamamaktadır. Bireyler istisnai durumlar haricinde genellikle GP'lerinden memnun kaldıkları için değiştirmemekte ve sözleşmelerini uzatmaktadır. Bu sebeple GP'ler bir bakıma "aile hekimi" olarak da adlandırılmaktadır (Oral, 2003).

Hastaların GP seçme hakkı olduğu gibi GP'lerin de hasta seçme hakkı vardır. Dolayısıyla her başvuranların GP listesine alınma zorunluluğu bulunmamaktadır. GP'ler, bölge sağlık yönetimi tarafından web sitesinde yayınlanmakta ve böylelikle müsaitlik ve doluluk oranları halka beyan edilmektedir. GP grupları istedikleri zaman listesinde bulunan hastayı çıkarma hakkına sahiptir. Ancak bu çok istisnai bir durumdur. Böyle bir olayın gerçekleşmesi için şiddet gibi ağır bir olayın yaşanması gerekmektedir (Taylor ve diğ., 2016).

Uzun yıllar boyunca varlığını sürdüren NHS bünyesinde birçok sağlık personeli bulunmaktadır. İngiltere sağlık iş gücü dağılımı aşağıdaki Tablo 3’de belirtilmiştir.

Tablo 3. İngiltere Sağlık İş Gücü Dağılımı

Personel Grubu	Personel Sayısı
GP’ler	33.921
GP destek Elemanı	75.476
Hastane ve Toplum Sağlığı Doktoru	106.131
Hemşire ve Ebeler	307.49
Ambulans Elemanı	19.772
Tedavi Edici Personel	132.673
Klinik Destek Elemanı	313.115
NHS Alt yapı Elemanı	163.845
Diğer	48
Toplam	844.981

Kaynak: (www.nuffieldtrust.org.uk Erişim Tarihi: 09.01.2019)

Yukarıdaki tabloda NHS bünyesinde çalışan toplam iş gücü belirtilmiştir. NHS bünyesinde toplam 844.981 sağlık personeli çalışmaktadır. Bu personelin 109.397’si GP birimlerinde görev almaktadır. GP birimlerinde çalışan personel sayısı toplam iş gücünün %12’sini oluşturmaktadır. NHS bünyesinde toplam 140.052 hekim bulunmaktadır. Bu hekimlerin 33.921’i GP olarak görev yapmaktadır. GP’lerin toplam hekimler içerisindeki payı ise %24’tür.

GP’lerin Finansmanı

Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamında serbest bir şekilde çalışan GP’ler Sağlık Bakanlığı ile gerçekleştirdiği sözleşme sonucu gelirlerini elde etmektedir. Bu sözleşme kapsamında GP’lere kişi başı ödeme sistemi uygulanmaktadır. Bu ödeme sisteminde GP’lere kayıtlı olan kişilerin sosyo-demografik yapısı ve hizmet sunulan bölgenin gelişmişlik düzeyi de dikkate alınmaktadır (Dinç, 2009).

GP’lerin hizmet sunumu gerçekleştirdiği binanın temini bölge sağlık yönetimi tarafından sağlanmaktadır. Eğer, hizmet sunulan bina GP’ye ait bir mülk ise bu durumda bölge sağlık yönetimi, GP’lere bina kirasını ödemektedir. Bununla birlikte kullanılacak bilgisayarlar ve personelin eğitim giderleri de bölge sağlık yönetimi tarafından karşılanmaktadır. Ancak tıbbi araç ve gereçlerin giderleri GP’ler tarafından ödenmektedir (Dinç, 2009).

İngiltere Sağlık Hizmetlerinde Sevk Zinciri

İngiltere sağlık sisteminde oturmuş bir sevk sistemi hakimdir. Sağlık hizmetleri basamaklandırılmış şekilde tasarlanmıştır. Bu basamağın ilk ayağını ise GP’ler oluşturmaktadır. GP’lerden aldıkları sağlık hizmetinden NHS kapsamında ücretsiz olarak faydalanabilmektedir. GP’ler kapı tutucu rol üstlenmekte ve hastalarla ilk temas noktasıdır. Hastalar, ihtiyaç halinde GP’lere başvuru yapmakta, eğer GP gerekli görürse hastayı bir üst sağlık kuruluşuna sevk etmektedir (www.rcgp.org.uk, Erişim Tarihi: 08.01.2019). Hastalar için gerekli ileri tanı ve tetkiklerde götürü hizmet almak isteyen GP’ler, “health commissioning” adı verilen anlaşmayı bölgedeki hastaneler ile imzalamakta, bu şekilde en nitelikli ve en uygun fiyatlı olan hastane ve ilgili doktor seçilmekte, ilgili hastalar bu merkeze yönlendirilmektedir.

GP'ler, hastaları bir üst sağlık kuruluşuna sevk ettiğinde sorumluluğu bitmemektedir. Üst kurumdaki uzman hekim hastanın tedavisini gerçekleştirdiğinde, hastanın tedavi süreci hakkında GP'ye bir rapor göndermektedir. Bu rapora göre, GP'nin hasta takibini devam ettirmesi gerekmektedir (Bankur, 2017). Hastaların sevk zincirine riayet etmeden GP'lere başvurmak yerine doğrudan ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuru yaptığı durumlarda ise NHS hizmet giderlerini karşılamamakta, muayene ve tedavi ücretlerini hasta kendisi ödemek zorunda kalmaktadır (Dolton, 2016).

İngiltere'de Birinci Basamak Sağlık Hizmeti ve Yaşlı Bakım

Dünya genelinde yaşam ömrünün uzamasıyla birlikte yaşlı bakım hizmetleri önem kazanmaya başlamıştır. Genellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlanmanın getirdiği sonuç olarak sağlık hizmetlerine olan talep artışı hem hastalar hem de hizmet sunucular için problemler doğurmaktadır (Taşçı, 2010). Bu durum İngiltere sağlık sistemi için de bir baskı unsuru olarak kendini göstermektedir.

Artan uzun yaşam süresi beraberinde toplum sağlığı, acil bakım hizmetleri ve sosyal bakım hizmetleri gibi ihtiyaçları da getirmektedir. Yapılan çalışmalarda İngiltere sağlık sistemindeki yaşlıların, tüm GP randevularının %50'sini, ayakta tedavi randevularının %64'ünü ve yatarak tedavi randevularının ise %70'ini oluşturduğu tespit edilmiştir. İngiltere'deki toplam sağlık bakım harcamalarının ise yaklaşık %70'inin yaşlı olan kişilerin tedavi ve bakım giderleri oluşturmaktadır (www.phc.ox.ac.uk, Erişim Tarihi: 08.01.2019). Dolayısıyla İngiltere birinci basamak sağlık hizmetlerinin çoğunlukla yaşlılar tarafından kullanılması ve bu hizmetlerin geniş harcamalar doğurması sağlık hizmetlerinin giderek evrilmesine ve sağlık politikalarında değişikliklere yol açmasına neden olmaktadır.

SONUÇ

Temelleri ikinci dünya savaşına dayanan İngiltere sağlık sistemi evrimini hızlı bir şekilde tamamlamış, çoğu ülke tarafından takdir edilen ve örnek alınan bir sistemdir. Türkiye sağlık sistemi ise köklü reformlarını yakın tarihlerde gerçekleştiren ve gelişimini hâlâ sürdüren bir yapıya sahiptir. Bunun en iyi kanıtlarından biri, genel sağlık sigortasının "31 Mayıs 2008 tarihli 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" ile yürürlüğe girmesidir (Gülay, 2017). Ancak her ne kadar 2008 yılında yürürlüğe girse de zorunlu olarak herkesin genel sağlık sigortası kapsamına alınması 01.01.2012 yılında gerçekleşmiştir (www.sgk.gov.tr, Erişim Tarihi: 02.06.2020). Bu çalışmada, ağırlıklı olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde temel rol oynayan aile hekimliği ve GP'ler olmak üzere, Türkiye ve İngiltere sağlık sistemleri karşılaştırılarak benzerlik ve farklılıklar ortaya koyulmaya çalışılmıştır.

Türkiye ve İngiltere sağlık sistemlerini genel olarak ele aldığımızda, her iki ülkenin de ana amacı tüm bireyleri kapsayan bir sağlık sistemine erişmektir. Her iki ülkede de sağlık hizmeti çoğunlukla kamu tarafından sağlanmaktadır. Sağlık harcamaları genel olarak Türkiye'de primlerle finanse edilirken, İngiltere'de vergilerle finanse edilmektedir. Ana finansmanın yanında her iki ülkede de cepten yapılan ödemeler ve kullanıcı katkıları bulunmaktadır. Cepten ödemeler genellikle özel sağlık kuruluşları ve reçetesiz ilaç alımında, kullanıcı katkıları ise bazı reçeteli ilaçlar ve dış sağlığı hizmetleri için yapılan ödemelerde uygulanmaktadır (Öztürk ve Karakaş, 2015).

Genel itibariyle her iki ülkede de kamunun yanında özel sektörün de hizmet sağlayıcı olarak bulunduğu karma bir sağlık sistemi hakimdir (Atabey ve Meriç, 2016). Hizmetin finansmanında kamunun payı bir hayli yüksektir. Her iki ülkenin de sağlık harcamalarındaki devletin payına baktığımızda Türkiye'nin %78 ve İngiltere'nin %77,1'lik harcamalarıyla birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. Aynı şekilde iki ülkede de sağlık hizmetine yapılan cepten ödemelerin Türkiye'de



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

%17,4 ve İngiltere’de %16’lık payla birbirine yakın düzeyde olduğu anlaşılmaktadır (data.oecd.org, Erişim Tarihi: 02.06.2020).

Ülkelerin benimsedikleri kapsayıcılık anlayışından dolayı, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi de kolay olacak bir şekilde tasarlamışlardır. Her iki ülkede de birinci basamak sağlık hizmetleri aynı görev ve sorumluluğa sahiptir. Hiçbir şekilde hasta ayrımı yapılmadan koruyucu sağlık, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunulmaktadır. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri üzerine kurulu iken, İngiltere’de GP’ler üzerine kuruludur.

Aile hekimlerini ve GP’leri iş gücü olarak değerlendirdiğimizde birbirine yakın sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de aile hekimliği biriminde çalışan sağlık personelleri (64.317), ülkedeki tüm sağlık iş gücünün (642.184) %10’unu oluşturmaktadır. Hekim bazında değerlendirdiğimizde ise aile hekimleri (24.082), toplam hekimlerin (91.559) içerisinde %26’lık bir paya sahiptir (Tablo 1). İngiltere’de GP birimlerinde çalışan sağlık personeli (109.397), ülkedeki tüm sağlık iş gücünün (844.981) %12’sini oluşturmaktadır. Hekim bazında değerlendirdiğimizde ise GP’ler (33.921), toplam hekimlerin (140.052) içerisinde %24’lük bir paya sahiptir (Tablo 3). Dolayısıyla oransal olarak aile hekimliği ve GP birimlerinin iş gücü açısından birbirine yakın sonuçlara sahip olduğu görülmektedir. Ancak sayısal olarak İngiltere sağlık iş gücünün Türkiye’ye göre fazlalığı ve nüfus olarak Türkiye’ye kıyasla daha az oluşu, kişi başına düşen sağlık çalışanı/hekim sayısını arttırmakta ve böylelikle daha yüksek refaha neden olmaktadır.

Aile hekimliği ve GP’lerin işleyişi, görev ve sorumlulukları büyük oranda benzerlik göstermektedir. Her ikisi de sözleşmeli personeldir. Bölge sağlık idareleri ile yaptıkları anlaşmalar neticesinde görev alırlar ve bu anlaşmada belirtildiği üzere kayıtlı kişi sayısına göre gelir elde ederler. Sözleşmede belirtilen bir husus da kayıtlı kişilerin sahip olduğu özelliklerdir. Çünkü bu durum, ödemelerdeki katsayıyı değiştirebilmektedir. Her iki uygulamada da yardımcı personel eşliğinde ve ekip halinde hizmet sunulmaktadır. Vatandaşın ikamet ettiği bölgeye göre kayıtlı hasta profili oluşturularak sağlık hizmeti verilir (Kasapoğlu, 2016; Taylor ve diğ., 2016). İki uygulamada da bireyler ikamet ettikleri bölgeye yakın bir aile hekimi ya da GP’yi seçme ve değiştirme hakkına sahiptir. Her ikisinde de hastaları bütüncül bir şekilde ele alarak tanıma, takip etme ve kişiye yönelik hizmet sunma anlayışı bulunmaktadır. Ancak, kapı tutucu olarak tasarlanan bu birimler, uygulama açısından farklılık göstermektedir. İngiltere bu uygulamanın en güzel örneklerindedir. Çünkü oturmuş bir sevk sistemi hakimdir. Hastaların doğrudan üst sağlık kurumlarına başvurması engellenmiş, sevk zincirine dahil olmayanlar ise ulusal sağlık sistemi dışında tutulmuştur (Dolton, 2016). Ancak Türkiye’de böyle bir yaptırım söz konusu değildir. Hastalar istediği basamaktaki sağlık kuruluşuna hiçbir yaptırım olmadan başvurabilmektedir (Özcan ve Erdal, 2017). Dolayısıyla işleyen bir sevk zinciri bulunmamakta bu durum ise iki ülke arasındaki en belirgin farkı oluşturmaktadır.

İngiltere gelişmiş ve yaşlı nüfusa sahip bir ülkedir. Dolayısıyla sağlık hizmeti talep edenlerin içerisinde yaşlı kesimin payı büyüktür. Bu kesim kronik rahatsızlıklara sahip olma, yataklı tedavi ihtiyacı ve engellilik durumu barındırdığı için riskli grup olarak adlandırılmaktadır. Bu faktörler yüksek morbidite ve mortalitelere yol açmakla birlikte sağlık sistemine büyük katastrofik yükler sebebiyet vermektedir (Levine ve diğ., 2019). Dolayısıyla yaşlı kesimin sürekli takip altında tutulması gerekmektedir. İngiltere’nin sahip olduğu zorunlu sevk zinciri bu duruma büyük katkı sağlamaktadır. Çünkü GP’ler bireylerin sağlık geçmişlerine bütüncül bir şekilde hakim olarak sağlıklarını kontrol altında tutmakta ve gerektiğinde erken tanı ve tedavide bulunabilmektedir. Türkiye ise gelişmekte olan bir ülkedir ve nüfusu yaşlanma eğilimindedir. Ancak Türkiye’de zorunlu sevk zinciri olmadığı için bireyler kopuk bir vaziyette farklı zamanlarda farklı kurumlardan sağlık hizmeti almaktadır (Özcan ve Erdal, 2017). Bu durum ise, bireylerin sağlık geçmişlerinin bütüncül olarak kayıt altında tutulmasına

ve değerlendirilmesine engel oluşturmaktadır. Türkiye açısından bu engellerin kaldırılması için işleyen bir sevk zincirinin kurulması şarttır. Buna ek olarak, sağlık kayıtların bütüncül olarak değerlendirilmesi için birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ve özel-kamu sağlık kurumları arasındaki sağlık bilgi sistemleri entegrasyonunun sağlanması önerilmektedir.

Sonuç olarak, kilometre taşı sayılan sağlık reformlarını yakın tarihlerde gerçekleştiren Türkiye ile genellikle diğer ülkeler tarafından örnek gösterilen ve köklü bir geçmişe sahip olan İngiltere birinci basamak sağlık hizmetlerinin işleyişi ve özelliği itibarıyla çoğunlukla benzer olduğu görülmüştür. Ancak farklılıkların olduğu durumlar da söz konusudur. Bu farklılıklar ise Türkiye sağlık sisteminin gelişimini devam ettiriyor olması, özellikle de aile hekimliği uygulamasının İngiltere'ye göre çok yeni bir yapıya sahip olmasından kaynaklanabilir. Dolayısıyla ülkelerin sağlık sistemlerinin geçmişi, sahip oldukları ekonomik, politik ve diğer özellikleri göz önünde bulundurulduğunda bu farklılıkların kabul edilebilir düzeyde olduğu sonucuna varılmaktadır. Bahsedilen mevcut farklılıkların politika yapımcılar tarafından dikkate alındığı takdirde Türkiye sağlık sisteminin daha ileri seviyelere ulaşacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Akdağ, R. (2008). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri, Ankara. TC Sağlık Bakanlığı.
- Akman, M. (2014). Türkiye'de birinci basamağın gücü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 18, 70-78.
- Atabey, S.E. ve Meriç, M. (2016). Sağlık harcamaları ve evrensel kapsama açısından Türk ve Alman sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı incelenmesi. Sosyoekonomi, 24, 113-131.
- Ay, S. ve Özyüksel, S. (2016). Alman sağlık sigortası sistemi çerçevesinde, Türkiye'de bireylerin gelir durumuna uygun bir sağlık sigortası modeli önerisi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Dış Ticaret Enstitüsü.
- Aksüllü, N. ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 5, 76-84.
- Bankur, M. (2017). Aile hekimliğinde zorunlu sevk zincirinin uygulanmamasının sağlık harcamalarına etkisi: üst solunum yolu enfeksiyonları üzerine bir uygulama. Sosyal Güvence Dergisi,
- Başer, D.A., Kahveci, R., Koç, E.M., Kasım, İ., Şencan, İ. ve Özkara, A. (2015). Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. Ankara Med J, 15, 26-31.
- Boyle, S. (2011). United Kingdom (England) health system review. Health Systems in Transition, 13, 1-486.
- Dinç, G. (2009). Birleşik Krallık Sistemi. Celal Bayar Üniversitesi Matbaası.
- Dolton, P. (2016). Can increased primary care access reduce demand for emergency care? Evidence from England's 7-day GP opening. Journal of Health Economics, 49, 193-208
- Gülay, A. (2017). Türkiye'de sağlık sisteminin finansmanı ve İngiltere ile karşılaştırılması. Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi,



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- Korucu, K.S., Oksay, A. ve Gök, G.A. (2016). Azerbaycan-Türkiye sağlık sistemlerinin karşılaştırılması üzerine bir inceleme. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 19, 131-174.
- Levine, S., Malone, E., Lekichvili, A. and Briss, P. (2019). Health care industry insights: why the use of preventive services is still low. Preventing Chronic Disease,
- Mengüllüoğlu, N., (2015). Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesinin aile hekimliği uzmanlık tezlerine etkisi, (Tıpta Uzmanlık Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,
- Newell, F. (2016). Framework for patient and public participation in primary care commissioning. NHS England.
- Öztürk, Z. ve Karakaş, E.T. (2015). Avrupa birliği’ne üye ülkelerde sağlık sistemleri yönetim ve organizasyon yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere örnekleri. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi,
- Oral, İ. (2003). ABD ve İngiltere kamu sağlık sigortası programları üzerine karşılaştırmalı bir değerlendirme. Sosyal Bilimler Dergisi,
- Özcan, C. (2017). Erdal R. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan süreçler. Smyrna Tıp Dergisi,
- Öcek, Z. ve Soyer, A. (2007). Birinci basamak sağlık hizmetleri birikimimiz: 2000-2004 Türkiye fotoğrafı. Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Öcek Z. ve Çiçeklioğlu M. (2013). Aile hekimliği birinci basamak sağlık ortamını nasıl dönüştürdü? Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Taylor, K., Lobb, P. and Siegel, S. (2016). Primary Care: Today and tomorrow. Deloitte.
- Saraçlı, T.S. (2010). Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeli değerlendirmesi: İzmir ili pilot uygulaması. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sargutan, E. (2006). Birleşik Krallık Sistemi. Ülkelerin Karşılaştırılmalı Sağlık Sistemleri.
- TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2018 Yıllığı. Ankara, 2019
- T.C. Resmi Gazete. Olağanüstü Hal Kanunu 694 Sayılı KHK. 15.08.2017. Sayı: 2935, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
- T.C. Resmi Gazete, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. 27.02.2015. Sayı: 29280. Başbakanlık Basımevi, Ankara.
- TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2010). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi.
- TC Sağlık Bakanlığı (2003). Sağlıkta Dönüşüm.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Taşçı, F. (2010). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri. Çalışma ve Toplum,

Tunç, B. (2015). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kurum düzeyinde kişiye yönelik hizmet kapsayıcılığını değerlendirme ölçeği. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Tırpan, K. (2010). Birinci basamak ve geriatri ilişkisi. Akademik Geriatri,

Ulutaş, Y., Akbaba, Ö., Bozçalı, F., Ünal, F. ve Taşçı, E. (2015). Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolu Birinci Aile Hekimleri Buluşması Raporu. Türk Tabipler Birliği Yayınları,

<https://www.gov.uk/government/publications/guide-to-the-healthcare-system-in-england> (Erişim Tarihi: 09.01.2019)

<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (Erişim Tarihi: 02.06.2020)

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/gss_tescil_sureci/gss_hangi_tarihten (Erişim Tarihi: 02.06.2020)

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi> (Erişim Tarihi: 05.01.2019)

<https://www.nuffieldtrust.org.uk> (Erişim Tarihi: 09.01.2019)

<https://www.phc.ox.ac.uk> (Erişim Tarihi: 08.01.2019)

<https://www.rcgp.org.uk> (Erişim Tarihi: 08.01.2019)

SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİNE BAŞVURAN HASTALARIN TERCİH SEBEPLERİNİN ARAŞTIRILMASI: KARAMAN ÖRNEĞİ

INVESTIGATION OF PREFERENCE REASONS OF PATIENTS APPLYING TO HEALTH LIFE CENTER: THE CASE OF KARAMAN

¹ Berat ÜNÜVAR

Kayseri Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Doktora Öğrencisi beratunuvar@hotmail.com
orcid.org/0000-0003-2908-0254

² Dr. Füsün Acar

Kayseri Üniversitesi, Uygulamalı Bilimler Fakültesi, acarf@kayseri.edu.tr
orcid.org/0000-0002-4841-8508

Makale Gönderim-Kabul tarihi (02.05.2020-12.07.2020)

Özet

Birinci basamak sağlık hizmetleri etkin kullanılması ikinci basamak sağlık hizmetlerinde yoğunluğu azaltır. Sağlıklı Hayat Merkezlerini birinci basamak sağlık hizmeti olarak 2014 yılında kurulmuştur. Sağlık Bakanlığının en genç kurumlarından birisi olan Sağlıklı Hayat Merkezine tercih edilme sebepleri ile ilgili alandaki çalışma eksikliğini kapatmaya yönelik ilk çalışma olan bu çalışmanın amacı Karaman ilinde bulunan Sağlıklı Hayat Merkezinden hizmet alan bireylerin tercih sebeplerinin araştırmaktır. Nicel araştırma yöntemleri kullanılan bu çalışma bir alan araştırmasıdır ve 273 birey ile tamamlanmıştır. Frekans, yüzde ve korelasyon analizlerine bakılmıştır. Çalışmanın sonucunda Sağlıklı Hayat Merkezine başvuran hastaların tercihlerini etkileyen en önemli kriterlerin sırasıyla; ücret kriteri, bilgilendirme ve iyi bir iletişim, sıra bekleme süresi ve bürokrasinin az olması, yakın ve kolay ulaşılabilir olması, modern cihazların bulunması ve binanın temizliği yüksek derecede önemli tercih sebebi olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: sağlıklı hayat merkezi, tercih sebepleri, sağlık tesisi tercihi, birinci basamak sağlık hizmetleri.

Abstract

Effective use of primary health care services reduces the intensity in secondary health care services. Healthy Life Centers was established in 2014 as a primary health care service. The purpose of this study, which is the first study to close the lack of work in the field regarding the reasons for being preferred to the Healthy Life Center, which is one of the youngest institutions of the Ministry of Health, is to investigate the reasons for the preference of individuals who receive service from the Healthy Life Center in Karaman. This study using quantitative research methods is a field research and was completed with 273 individuals. Frequency, percentage and correlation analyzes were examined. As a result of the study, the most important criteria that affect the preferences of the patients applying to the Healthy Life Center are; wage criteria, information and good communication, queue waiting time and low bureaucracy, close and easily accessible, modern equipment and cleanliness of the building were found to be highly important reasons for choice.

Key Words: healthy life center, reasons for preference, health facility preference, primary health care services.

1. GİRİŞ

Birinci basamak sağlık hizmetleri; hastaların tedavi için yataklı tedavi kurumuna (hastaneye) yatışının gerek görülmediği, tedavinin evde veya ayakta uygulanarak hastanın daha hızlı iyileşmesi ve korunması hizmetleridir. Hastaların ilk etapta başvuru yaptığı yerdir. Burada doktorun uygun gördüğü hastalar bir sonraki basamağa sevk edilebilmektedir (Başol, 2015:129-137). Bu kapsama aile hekimlikleri, dispanserler, verem savaş, toplum sağlığı merkezleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri ve sağlıklı hayat merkezi girmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen birçok yapı vardır. Bunlardan ilki maliyetlerdir. Hükümetler sağlık maliyetlerini düşürmek için çaba gösteriyorlar (Barzi, 2009:17). İş yükünün ağır olması, uzun mesai saatleri sağlık personelinin performansına ve verimliliğine olumsuz yönde etki eder (Saygılı ve Çelik, 2011:39-45). Sağlıkta hem maliyetleri düşürmek hem de 2. Ve 3. Basamakta oluşabilecek yoğunluğun önüne geçebilmek için 1. Basamak sağlık hizmetlerinin hem koruyucu hem de tedavi edici kısmı çok önemlidir. Hastalık ortaya çıkmadan koruyucu hizmetlerle önlemek ve 1. Basamakta tedavi olabilecek hastaların tedavisi 1. Basamakta yapmak, 2. Ve 3. Basamak hizmetlerde hem ağır iş yükü oluşmasını önler, hem de maliyetleri azaltır. Sağlık bakanlığı 2014 yılında sağlıkta dönüşüm programının 2. Aşamasında ele aldığı ve zamanla adları değişmekle beraber Sağlıklı Hayat Merkezlerinde farklı branşlarda sağlık personellerini burada istihdam ederek hizmet sunumunda bir yenilik kazandırmıştır. Bireylerin yaşantılarında sağlık tesislerine hem kolay ulaşılabilir hem de ekonomik olması insanların sağlığı için olumlu katkıları olacaktır. Bireyleri sağlıklı olan toplumlar sağlıklıdır.

Sağlık ve sağlığı koruma, geliştirme denildiğinde insanların aklına ilk gelen doktor, hemşire ve hastaneler gelmiştir. Daha sonraları ise insanlar sağlığın yaşama şekilleriyle doğru orantılı olduğunu fark etmeye başlamışlardır (Güler ve Akın, 2006:1132-1135). Bu kapsamda Sağlıklı Hayat Merkezi sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla kurulan çok amaçlı yapıdır. SHM¹ toplum sağlığı merkezine bağlı ek hizmet birimi olarak faaliyet gösterir (Sağlıklı Hayat Merkezi, 2020). Planlama olarak her 50000 nüfusa bir SHM açılarak aile hekimliklerindeki hizmetleri desteklemek amacıyla hekim ve yardımcı sağlık personelinin oluşan bir merkez açmaktır (Sağlık Bakanlığı, 2016). Bu yıl itibariyle ülke çapında toplam SHM sayısı 100 adettir. Bu merkezlerin açılmasındaki maksadı Bakanlık “hastalığa değil, sağlığa yatırım yapmak” düsturuyula duyurmuştur.

Sağlıklı hayat merkezi hem koruma (aşı, tarama, eğitimler vb), hem tedavi (sigara bırakma, obezitenin tıbbi beslenme tedavisi, fizyoterapi vb.) hem de rehabilitasyon (obezitede, sigara bırakmada, psikolojik yardıma muhtaç çocuk ve aileler gibi) sağlık hizmetleri sınıfının bütün hizmet grubuna hitap etmektedir. Verilen hizmetlerin ücretsiz olması halk tarafından tercih edilmesi amaçlanmıştır.

SHM hasta veya sağlam olmayı ayırt etmeksizin hedefi tüm toplumdur. Bu merkezlerde kanser erken taraması yapılmaktadır. Kadın sağlığı ile ilgili testler, gebe sınıfı gibi etkinlikler bulunmaktadır. Diyetisyenlerin öncülüğünde sağlıklı beslenme alışkanlıkları topluma kazandırılır. Psikolog desteğiyle obezite için psikoloji yardım edilir. Fizyoterapist desteğiyle de fiziksel aktiviteyi özendirme ve fiziksel aktivitenin yaşamda yer alması için gerekli hizmetler verilir. Sigara bırakma polikliniği (danışmanlık hizmeti) Alo 171 sigara bırakma hattıyla entegre biçimde direk danışmanlık, destek ve takip hizmetleri, hekimin yanı sıra hemşire, psikolog, diyetisyeni de içinde bulunduran ekip tarafından hizmet sunulmaktadır. Psikolog tarafından alkol ve zararlı madde bağımlılarına destek sağlanır. Sağlık Hayat Merkezine Görevlendirilen fizyoterapistler tarafından toplumun fiziksel aktivitenin artırılması ve daha sürdürülebilir bir yaşam şekline dönüşmesini sağlanmasını amaçlamaktadır (Sağlıklı Hayat

¹ SHM: Sağlıklı Hayat Merkezi

Merkezi, 2020).SHM sosyal devlet anlayışına vurgu yapan bir yapıdır. Verilen hizmetlerin ücretsizdir. Bu merkezlerde aşağıda Çizelge 1’de belirtilen hizmetler verilmektedir.

SHM’de verilen hizmetleri Sağlık Bakanlığı şu şekilde sıralamıştır; beslenme danışmanlığı, kadın ve üreme sağlığı danışmanlığı, kronik hastalıkların ve fiziksel aktivite danışmanlığı, ruh sağlığı danışmanlığı, koruyucu ağız ve diş sağlığı danışmanlığı, tütün ve madde bağımlılığı danışmanlığı, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi (KETEM) danışmanlığı, enfeksiyon kontrol hizmetleri, çocuk ve ergen sağlığı danışmanlığı, tıbbi hizmetler, idari hizmetler olarak belirtilmiştir (Sağlıklı Hayat Merkezi, 2020).

1.1. Alan Yazın İncelemesi

Bireyler sağlık tesislerini tercih ederken birçok farklı etmeni göz önünde bulundurur. Bunların bazıları bireyin kendi yapısından, bazıları algısından, bazıları da imkânları tarafından belirlenen etmenlerdir. Kişilerin yapısı cinsiyet, yaş gibi etmenlerdir. Sağlık algısı ve sağlık tesisi tercihinde etkili olan diğer etmenler ise; daha önceki tecrübeler, kültür, eğitim düzeyi, hijyen kurallarına dikkat etmek, karşılıklı iletişim, sağlık personelinin tanınırlığı yada kurumun tanınırlığı, kişilerin maddi imkanları, ulaşım araçlarına sahipliği, sağlık tesislerinin yakınlığı, uzaklığı yada ulaşılabilirliği vb. oluşmaktadır.

Hastaların sağlık tesisi tercihleriyle ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda birçok farklı sonuç ortaya çıkmıştır. Aile, arkadaşları, akraba ve komşularla, sağlık personelleriyle iyi bir iletişim halinde ise olumlu sağlık davranış düzeyi kazanmasını etkilediği bildirilmektedir. Ayrıca insanları kilo, boy ve beden (vücut) kitle indekslerinin sağlık davranışlarını etkilediği de bildirilmiştir (Bozhüyük, 2010:89-90). Yaş, medeni durum, cinsiyet, gelirin insanların sağlıklı yaşama biçimi davranışları geliştirmesinde etkili olduğu bildirilmiştir (Pasinlioğlu ve Gözüm, 1998:60-68).

Sağlık personelinin sağlıklı binalarda çalışma ortamının bulunması motivasyon ve verimliliğine katkı sağlar (Tengilimoğlu vd., 2017:2). Sağlık hizmetlerinin sunuşu veya hastalar tarafından algılanışı birçok etmen tarafından etkilenmektedir. Kişinin genetik ve biyolojik özellikleri, fizyolojik yapısı, cinsiyeti, yaşı, yaşam biçimi, mesleği, sos yo ekonomik durumu, kültürel seviyesi, fiziki çevre, ekonomik durumu, bağışıklık metabolizması, sağlık/hastalık geçmişi, sağlık eğitimi seviyesi, sağlık beklentisi, sağlığa verdiği değer, sağlığına verdiği değer, sağlık güvencesinin var olup olmadığı kişisel unsurlar olarak önümüze çıkar (Sargutan, 2005:402-408).

Sağlık tesisinin yakınlığı talebi artıran önemli bir tercih sebebidir (Muriithi, 2013:151-164). Yaşın ilerlemesi sağlık tesisine olan talebi artırır. (Kamra vd., 2016:76-83). Eğitim seviyesindeki artış sağlık tesisine olan talebi artırır (Thuan vd., 2008:1-9). (Kamra vd., 2016:76-83). Kamra ve diğerlerine (2016:76-83) göre cinsiyetin talebi arttırdığını belirtmiştir (Kamra ve ark. 2016). Brown ve Theoharides (2009:47-60) cinsiyetin talebi etkilemediğini belirtmiştir. Gelirin talebi artıran önemli bir tercih sebebidir (Thuan vd., 2008:1-9), (Kamra vd., 2016:76-83). Sağlık personelinin tanınırlığı tercih sebebidir (Zerenler ve Öğüt, 2007:514). Etraftan yapılan tavsiye önemli bir tercih sebebidir (Zerenler ve Öğüt, 2007:514), (Kamra vd., 2016:76-83), (Ayhan, 2006:80). Tesis hijyeni ve temizliği sağlık tesisini önemli bir tercih sebebidir (Işık vd., 2013:511-515), (Şantaş vd., 2016:17-33). Kurumun iyi ve başarılı bir imajının olması, tanınırlığının yüksek olması tercih sebebidir (Kamra vd., 2016:76-83). (Ayhan, 2006:80) Çalıştığı kurumla anlaşmalı olması veya bireylerin sosyal güvencesinin olması sağlık tesisi seçiminde önemli bir etkendir (Zerenler ve Öğüt, 2007:514), (Ayhan, 2006:80). Sağlık hizmeti fiyatının ya da maliyetinin az olması o tesisin seçiminde önemli bir etkendir. Aynı zamanda talebi artırır. (Muriithi, 2013:151-164). (Pentescu vd., 2013:388-390), (Balushi ve Khan, 2017:67-78), (Moayeri vd., 2018:62-72). Bina şartları ve alt yapının iyi olması sağlık tesislerinin tercih sebeplerindedir (Kamra vd., 2016:76-83). Deneyimler ve kişinin kendisi veya bir yakınının kişisel deneyimleri önemli bir tercih sebebidir. Her türlü hizmet ve branşın bulunması sağlık tesisine olan talebi artırır (Kamra vd., 2016:76-83). Tıbbi ve teknik donanım talebi artırır. (Tengilimoğlu, 2001:85-98), (Şantaş vd., 2016:17-33). Sağlık personelinin tutum ve davranışları o tesisin seçiminde önemli

bir etkindir (Şantaş vd., 2016:17-33). Randevu ve bekleme süresinin kısa olması sağlık tesisi seçiminde etkilidir (Muriithi, 2013:151-164).

1.2. Çalışmanın Hipotezleri

H1: Sağlık tesisi yakın olmak ile bireylerin tercihleri pozitif ilişkilidir.

H2: Her türlü hizmet ve uzman bulunması ile bireylerin tercihleri pozitif ilişkilidir.

H3: Etraftan veya herhangi bir sağlık personelinden tavsiye edilmesi ile bireylerin tercihleri pozitif ilişkilidir.

H4: Sağlık personeli veya kurumun tanınırlığı ile bireylerin tercihleri pozitif ilişkilidir.

H5: Bireyler hastalıkları veya tedavileri veya sağlıklarını korumak için yeterli bilgilendirme ve sağlık personeliyle etkili bir iletişim içinde bulunması bireylerin tercihleriyle pozitif ilişkilidir.

H6: Sağlık tesisinin temizlik ve fiziki koşullarının iyi olması ile bireylerin tercihleri pozitif ilişkilidir.

H7: Sağlık hizmeti ücretlerinin azalması yada ücretsiz olması ile bireylerin tercihleri pozitif ilişkilidir.

H8: Sağlık tesisinde sıra almada kolaylık, bekleme süresinin kısa olması gibi bürokrasinin kısa ve az olması ile bireylerin tercihleri pozitif ilişkilidir.

H9: Sağlık kurumlarında modern cihazların ve yeni teknolojinin olması ile bireylerin tercihleri pozitif ilişkilidir.

1.3. Araştırmanın Amacı

Sağlık hizmetlerinin sunumu ülkenin kalkınma göstergelerinden birisidir. Nüfusun artmasıyla sağlık harcamalarındaki artışı ve hastanelerde yoğunluğu beraberinde getirmiştir. Sağlık hizmetlerinde iyi yapılan bir yapılandırma talebi belirleyecektir. Sağlık hizmetlerinin etkinliği için talebin analizi çok önemlidir. Sağlık Bakanlığının en genç kurumlarından birisi olan Sağlıklı Hayat Merkezine yönelik bilinirlik ve tercih edilme sebeplerine yönelik alandaki çalışma eksikliğini kapatmaya yönelik olan bu çalışmanın amacı Karaman ilinde bulunan Sağlıklı Hayat Merkezinden hizmet alan bireylerin tercih sebeplerinin araştırmaktır.

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Yöntemi

Nicel araştırma tekniği kullanılan bu araştırma, alan araştırması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada anket yöntemiyle veri toplanmıştır. Etik kurul raporları ve aydınlatılmış ona belgeleri alınmıştır. Anket formunu iki kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımdaki sorular, bireylerin demografik özelliklerin yanında hangi biriminden hizmet almaya geldiği ve kaç defa bu hizmeti aldığı ile ilgilidir. İkinci kısımda bireylerin tercih kriterleri, 5'li likert ölçeği (1 kesinlikle katılmıyorum, 5 kesinlikle katılıyorum) kullanılarak önem sıralarını belirtmeleri istenmiştir. Bu kriterlere yönelik sorular, Aytekin A.'nın (2016:139) çalışmasında hastanelere yönelik tercih sebepleri belirlediği kriterlerin, Sağlıklı Hayat Merkezine yönelik uyarlanması ve eklemelerle elde edilmiştir. Bu bağlamda bireylere ulaşım kriteri, her türlü hizmet ve uzman bulunması kriteri, tavsiye kriteri, tanınırlık kriteri, bilgilendirme ve iletişim kriteri, temizlik ve fiziki koşullar kriteri, ücret kriteri, bürokrasi kriteri, modern cihazlar ve teknoloji kriteri ve memnuniyeti belirten tekrar tercih etme kriteri olarak uygulanmıştır.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Evreni Karaman İlindeki Sağlıklı Hayat Merkezine 15/03/2020 ile 15/04/2020 tarihleri arasında başvuran bütün hastalardır. Covid-19 virüsü salgını Dünya Sağlık Örgütü tarafından Pandemi ilan edilmesi, salgının ülkemizde de görülmesi ve salgına karşı önlemler sebebiyle ancak 280 bireye

ulaşılabilmiştir. Eksik ya da hatalı doldurma nedeniyle 7 anket geçersiz sayılmış ve kalan 273 anketle çalışma tamamlanmıştır. Çalışmanın evreni SHM'den şubat ayı içerisinde hizmet alan 790 kişidir. Barlet ve diğerlerine göre %95 üzerinde güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür ($\alpha < 0,05$). (Barlet vd., 2001; aktaran Özdemir, 2016:122).

2.3. İstatistiksel Analiz

SPSS 20 kullanılarak elde edilen verilerin analizleri yapılmıştır.

Tabachnick ve Fidell (2019)'a göre Skewness ve Kurtosis analizleri uygulanmış, modern cihazlar ve teknoloji, temizlik ve fiziki koşullar, tanınırlık, tavsiye, her türlü hizmet ve uzman bulunması kriterleri normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Belirlenen bütün tercih kriterleri Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normallik testi sonucunda anlamlı çıkmamıştır ($p < 0,05$).

Demografik değişkenlere frekans ve yüzde analizi uygulanmıştır. Belirlenen tercih kriterlerinin aritmetik ortalamalarına bakılmıştır. Belirlenen kriterler, gelir ve yaş değişkenlerine yönelik korelasyon analizi yapılmıştır.

3. BULGULAR

Cronbach's Alpha 0,786'dır. 0,7 değerinin üzerinde olduğu arzu edilen güvenilirlik seviyesindedir.

Tablo 1. Demografik ve Tanımlayıcı Özellikler Frekans ve Yüzdeleri

		Frekans	Yüzde
Cinsiyet Dağılımı	Kadın	224	82,1
	Erkek	49	17,9
Yaş (Yıl) Dağılımı	18 ile 25 yaş arası	32	11,7
	26 ile 35 yaş arası	44	16,1
	36 ile 45 yaş arası	69	25,3
	46 ile 55 yaş arası	72	26,4
	56 ile 65 yaş arası	49	17,9
	65 yaş üzeri	7	2,6
Eğitim Durumu	Okuryazar veya İlkokul	109	39,9
	Ortaokul	22	8,1
	Lise	53	19,4
	Ön lisans	35	12,8
	Lisans	45	16,5
	Lisansüstü	9	3,3
Meslek Dağılımı	Ev Hanımı	159	58,2
	Öğretmen ve Akademisyen	26	9,5
	Esnaf ve Sanayici	9	3,3
	İşçi, Güvenlikçi veya Temizlikçi	10	3,7
	Memur	18	6,6
	Sağlık personeli	19	7,0
	Emekli	14	5,1
	Öğrenci	18	6,6
Aylık Hane Gelir	2324 TL'den az	55	20,1
	2324 TL (Asgari Ücret)	52	19,0
	2324 TL İle 3500 TL Arası	64	23,4
	3500 TL İle 5000 TL Arası	29	10,6
	5000 TL Üzeri	73	26,7
Hangi Birimden Hizmet Aldığına Yönelik Dağılım	Ketem Birimi	108	39,6
	Ria Hizmeti	5	1,8
	Sigara Bırakma Hizmeti	17	6,2
	Beslenme Danışmanlığı	98	35,9

	Psikolojik Danışmanlık Hizmetleri	9	3,3
	Çocuk Gelişimi Danışma Hizmeti	7	2,6
	Fizyoterapi Hizmetleri	25	9,2
	Diğer Hizmetler	4	1,5
SHM'den Kaç Kere Hizmet Aldığına Yönelik Dağılım	Hiç Hizmet Almadım	80	29,3
	Bir Kere Hizmet Aldım	128	46,9
	İki veya iki 'den Fazla Hizmet Aldım	65	23,8

Tablo 1 'de görüldüğü üzere SHM'ye başvuranların %58'i kadınlardan oluşmaktadır. En fazla başvuran yaş aralığı 46-55 yaş aralığı yüzdesi 26,4, 36-45 yaş aralığı %25,3, 56-65 yaş aralığı %17,9, 26-35 yaş aralığı 16,1, 18-25 yaş aralığı % 11,7, 65 yaş üstü ise % 2,6'dır. Eğitim durumu yüzdeleri; okuryazar veya ilköğretim mezunu %39,9, lise mezunu % 19,4, lisans mezunu %16,5, ön lisans mezunu % 12,8, ortaokul mezunu % 8,1, lisansüstü mezunu %3,3 tür. Mesleki durumları yüzdeleri ise %58,2 ile ev hanımı, %9,5 ile öğretmen veya akademisyen, %7 ile sağlık personeli, %6,6'lık oranlarıyla memur ve öğrenci, %5,1 ile emekli, %3,7 ile işçi veya güvenlikçi veya temizlikçi, %3,3 ile esnaf ve sanayici gelmektedir. Aylık hane geliri düzeyleri 5000 TL üzeri olan %26,7, 2324 TL ile 3500 TL arası kazancı olanların yüzdesi % 23,4, asgari ücretten az miktarda geliri olanların yüzdesi % 20,1, asgari ücret olanların yüzdesi %19 ve 3500 TL ile 5000 TL arası geliri olanların yüzdesi 10,6'dır. Anketimize katılan bireyleri %39,6'sı ketem birimine, %35,9'u beslenme danışmanlığına, %9'u fizyoterapi hizmetlerine, %6,2 sigara bırakma hizmetlerine, %3,3'ü psikolojik danışmanlık hizmetlerine, %2,6 çocuk gelişimi danışma hizmeti, %1,8 ria hizmeti ve %1,5 diğer birimlerden hizmet almak için geldiğini bildirmiştir. SHM'den daha önce bir kere hizmet aldığı belirtilenlerin oranı %46,9, daha önce hiç hizmet almadığını belirtenlerin oranı (ilk defa hizmet almak için gelenlerin oranı) %29,3, iki veya daha fazla hizmet alanların oranı ise %23,8 dir.

Tablo 2. Kriterlerin Ortalama ve Standart Sapmaları

	Ortalama	Standart Sapma
Ulaşım Kriteri	4,34	1,14
Her Türlü Hizmet ve Uzman Bulunması Kriteri	3,66	1,21
Tavsiye Kriteri	4,03	1,17
Tanınilıklık Kriteri	3,64	1,23
Bilgilendirme ve İletişim Kriteri	4,69	0,67
Temizlik ve Fiziki Koşullar Kriteri	3,77	1,33
Ücret Kriteri	4,72	0,70
Bürokrasi Kriteri	4,44	0,99
Modern Cihazlar ve Yüksek Teknoloji Kriteri	4,19	1,04
Tekrar Tercih Etme Kriteri	4,71	0,67

Tablo 2'e göre hastaların SHM'yi tercih etme kriterleri puan ortalamaları; ücret (4,72±0,70), tekrar tercih etme (4,71±0,67), bilgilendirme ve iletişim (4,69±0,67), bürokrasi (4,44±0,99), ulaşım (4,34±1,14), modern cihazlar ve teknoloji (4,19±1,04), tavsiye (4,03±1,17), temizlik ve fiziki koşullar (3,77±1,33), her türlü hizmet ve uzman bulunması (3,66±1,21), tanınilıklık (3,64±1,23), ortalama puana sahiptir.Tablo 2'e göre oluşturulan bütün kriterlerin (5'li likert ölçeğinde) 3'ün üzerinde bir ortalamaya sahip olduğu için, hastaların SHM'yi tercih etmelerinde bir sebep olduğu belirlenmiştir. Tablo 2'e göre oluşturulan bütün hipotezler H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9 kabul edilmiştir. Tercih sebebi olarak 4 ve üzeri ortalama puana sahip olanların tercihte kuvvetli etkiye sahip olduğunu düşünülmektedir. Buna istinaden ücretlerin azalması ya da ücretsiz olması en önemli sebepken, hastalığı hakkında yeterli şekilde bilgilendirilmesi ve karşılıklı iletişimin iyi olması, sıra alma ve bekleme süresinin kısa olması, yakınlık, modern cihazların bulunması ve binanın temizliği yüksek derecede önemli tercih sebebi olarak bulunmuştur. Tekrar tercih etmeyi ise önemli bir memnuniyet belirtir.

Tablo 3. Korelasyon Analizi

Ölçek	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. Memnuniyet Kriteri (tekrar tercih etme)	1											
2. Modern Cihazlar ve Teknoloji Kriteri	,566**	1										
3. Bürokrasi Kriteri	,453**	,272**	1									
4. Ücret Kriteri	,389**	,265**	,363**	1								
5. Tanınırlık Kriteri	,274**	,268**	-,042	,293**	1							
6. Tavsiye Kriteri	,322**	,267**	,326**	,283**	,108	1						
7. Her türlü hizmet ve Uzman Bulunması Kriteri	,352**	,272**	,359**	,317**	,293**	,333**	1					
8. Temizlik ve Fiziki Koşullar Kriteri	,293**	,294**	,268**	,105	,280**	,264**	,225**	1				
9. Ulaşım Kriteri	,389**	,265**	,349**	,230**	,293**	,283**	,317**	,437**	1			
10. Bilgilendirme ve İletişim Kriteri	,628**	,344**	,415**	,460**	,199**	,239**	,168**	,280**	,349**	1		
11. Gelir	-,057	,032	-,055*	-,089	,101	,012	-,036	-,066	-,089	-,134*	1	
12. Yaş	,039	-,078	,058	,084	-,158**	-,023	,065	-,021	,084	,192*	-,329**	1

** $p < .001$, ($r = .628$, $p < .001$).

* $p < .005$, ($r = -.134$, $p < .005$).

Tablo 3'e göre memnuniyet (tekrar tercih etme) kriteri ile moderne cihazlar ve teknoloji arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki vardır ($r=.566, p<.01$). Memnuniyet (tekrar tercih etme) kriteri ile bürokrasi kriteri arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki vardır ($r=.453, p<.01$). Memnuniyet (tekrar tercih etme) kriteri ile ücret kriteri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=.389, p<.01$). Memnuniyet (tekrar tercih etme) kriteri ile tanınırlık kriteri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=.274, p<.01$). Memnuniyet (tekrar tercih etme) kriteri ile tavsiye kriteri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=.322, p<.01$). Memnuniyet (tekrar tercih etme) kriteri ile her türlü hizmet ve uzman bulunması kriteri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=.352, p<.01$). Memnuniyet (tekrar tercih etme) kriteri ile temizlik ve fiziki koşullar kriteri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=.293, p<.01$). Memnuniyet (tekrar tercih etme) kriteri ile ulaşım kriteri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=.389, p<.01$). Memnuniyet (tekrar tercih etme) kriteri ile gelir veya yaş arasında herhangi bir korelasyon bulunmamıştır. Gelir ile bürokrasi kriteri arasında negatif yönlü önemsenmeyecek derecede düşük bir ilişki vardır ($r=-.055, p<.05$). Gelir ile ulaşım kriteri arasında negatif yönlü önemsenmeyecek derecede düşük bir ilişki vardır ($r=-.134, p<.05$). Yaş ile tanınırlık kriteri arasında negatif yönlü önemsenmeyecek derecede düşük bir ilişki vardır ($r=-.158, p<.05$). Yaş ile ulaşım kriteri arasında pozitif yönlü önemsenmeyecek derecede düşük bir ilişki vardır ($r=-.192, p<.05$).

4. SONUÇ VE TARTIŞMA

Tablo 1 'de görüldüğü üzere SHM'ye başvuruların %82,1'i kadınlardan oluşmaktadır. SHM'nin hasta potansiyelini kadınlar çok daha yüksek oranla oluşturmaktadır. Yaş aralığı 36-55 yaş aralığını beraber düşündüğümüzde ise hasta potansiyelinin %51,7'sini karşılamaktadır. Bu yaş aralığı SHM'nin hasta potansiyelinin çoğunluğunu oluşturduğu tespit edilmiştir. SHM hasta potansiyelinin büyük kısmını ilkökul mezunu veya ilkökul terk okuma yazma bilen bireylerden oluşmaktadır. Hastaların büyük bölümü %75,5'i Kanser tarama ve beslenme danışmanlığı tarafından üstlenilmektedir. Diğer birimlerin başvuruları ise birim bazında %10'un altında kalmıştır. Sigara bırakma danışmanlığı hizmetlerinin hasta sayısı bakanlığın gönderdiği o aylık ilaçlara göre değişmektedir. Bu birimin işleyişi doğrudan bakanlığın gönderdiği sigara bırakma ilacı sayısına orantılı olarak artmakta veya azalmaktadır. Fizyoterapi hizmetleri genelde zayıflama amaçlı hareket listesiyle kısıtlı kaldıkları düşünülmektedir, bu yüzden başvuran hasta sayısı kısıtlı kalmaktadır. SHM'de diş hekimleri bulunmakla beraber koruyucu ağız ve diş sağlığı danışmanlığı hizmeti verilmemektedir. SHM'den daha önce bir kere hizmet aldığını belirtenlerin oranı %46,9, daha önce hiç hizmet almadığını belirtenlerin oranı (ilk defa hizmet almak için gelenlerin oranı) %29,3, iki veya daha fazla hizmet alanların oranı ise %23,8 dir. SHM'nin ücretsiz olduğu düşünüldüğünde aylık hane geliri düşük olan bireylerin daha çok tercih etmesi beklenirken, en fazla tercih çalışmaya katılanların %26,7'sini oluşturan 5000 tl ve üzeri hane geliri olan ailelerde olduğu görülmüştür.

Tablo 2'ye göre oluşturulan bütün hipotezler H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9 kabul edilmiştir. Çalışmanın sonucunda tercih sebeplerinin en yüksek bulunan ücretlerin azalması ya da ücretsiz olması en önemli sebepken, hastalığı hakkında yeterli şekilde bilgilendirilmesi ve karşılıklı iletişimin iyi olması, sıra alma ve bekleme süresinin kısa olması, yakınlık, modern cihazların bulunması ve binanın temizliği yüksek derecede önemli tercih sebebi olarak bulunmuştur.

İnsanlar memnun olduğu ürün ve hizmetlere ulaşmak için imkânları el verirse tekrar talep ederler, Tablo 3'e göre memnuniyetle bütün tercih kriterleri arasında korelasyon görülmüştür. Tekrar tercih etmeyi insanların alınan hizmetten memnun kaldıkları düşünülerek, tercih kriterleri ile bulunulan korelasyon bu çalışmanın hipotezlerini de desteklemektedir. Ayrıca memnuniyet (tekrar tercih etme) kriteri ile gelir veya yaş arasında herhangi bir korelasyon bulunmamıştır. Tablo 3'e göre gelir ile bürokrasi kriteri, ulaşım kriteri negatif yönlü düşük düzeyde bir ilişki vardır. İnsanları geliri arttıkça bürokrasi ve ulaşım kaygısının daha az olduğu görülmektedir. Tablo 3'e göre yaş ile tanınırlık

arasında negatif yönlü düşük düzeyde bir ilişki varken, yaş ile ulaşım arasında pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki vardır. İnsanlar yaşlandıkça fiziksel aktivitelerinin yaştan kaynaklı zorlaşıyor olması kolay ulaşımı tercih sebeplerine eklemektedir. Gençlerde tanınırlık kriteri daha önemliyken yaşlandıkça azalmaktadır.

De Cruppé ve Geraedts (2017)' nin Almanya'da yaptığı kesitsel çalışmanın sonucunda da, bu çalışma ile uyumlu sonuçlar ortaya çıkmıştır. De Cruppé ve Geraedts hastane tercihinde etkili olan etmenleri, bir sağlık kuruluşuyla ilgili kişisel deneyim, akrabaların veya çevrenin tavsiyeleri, sağlık kuruluşunun itibarı ve evden uzaklığı olarak belirtmiştir. Prang ve diğerleri (2018:1-9)'a göre, yaptıkları çalışmada, bu çalışmayla uyumlu sonuçlar bulmuşlardır. Sağlık kuruluşu seçiminde evle olan uzaklığı, sağlık kuruluşunun itibarı, bekleme süresi, sağlık sigortasının o kuruluşta geçerli olması, çevrenin tavsiyesi olarak belirtmiştir. Bunlara ek olarak bu çalışmada yer almayan sağlık kuruluşunun “web sayfasının olması” farklı bir kriter olarak görülebilir. Boscarino ve Steiber (1982:15-24)'e göre, en etkili tercih kriteri olarak bulunan ulaşımın kolaylığı ve eve olan yakınlık olarak belirtmiştir. Hosgor ve Gündüz Hoşgör (2019:437-456)'daki yaptıkları sistematik derlemede önem sırasına göre tercih kriterini şu şekilde belirtmiştir. Bunlar sağlık kuruluşunun eve olan yakınlığı, çevrenin tavsiyesi, ücret ve alternatifsizlik olarak belirtmiştir. Hosgor ve Gündüz Hoşgör (2019:437-456)'deki çalışmasında belirtilen farklı bir kriter, “alternatifsizlik” ise Shm birimlerinden KETEM (kanser erken teşhis tarama birimi)'ne başvuran hastalar için de geçerli olabileceği ve tercihi etkileyebileceği düşünülebilir. Kırıkkale'de yapılan bir çalışmada sağlık tesisine olan uzaklıkla arttıkça hastanın tekrar tercih etme olasılığının azaldığı belirtilmiştir (Erdoğan ve Yörebulut 2018:13-20). Aladağ ve diğerleri (2017)'deki çalışmasında, bu çalışmaya zıt bir sonuç ortaya koymuşlardır. Aladağ ve diğerleri (2017)'de “insan sağlığı” devreye girdiği anda bireylerin sağlık tesisi seçiminde ücretlendirmenin önemli olmadığını belirtmiştir.

İnsanlar sağlık kuruluşu seçerken doğru karar vermesi, sağlık üreticileri devlet ve özel sektör için hem rekabet hem de hizmetin yayılması ve yoğunluğunun dengelenmesi açısından önem arz etmektedir. Sağlık tesisleri bu amaçla kuruluş yerini hedef kitesinde bulunan hastaların ulaşımının kolay olacağı şekilde seçilmelidir. Bu şekilde yapılan tercih rekabette de bir avantaj getirecektir. Aksi durumda maliyetimiz artarken, yararlanan kişi sayısı düşük kalacaktır, bu da birim maliyetinin yüksek olması ve kurumların sürekliliği önünde tehdit oluşturur.

4.1. Çalışmanın Üstün, Zayıf Yönleri ve Öneriler

Bu çalışma Karaman ilini ve sadece bir SHM'yi kapsamına aldığı ve araştırma tarihine Covid-19 pandemisi sürecine denk gelmesi daha fazla bireye ulaşmaya engel teşkil etmiştir. SHM'den hizmet alan 273 bireyin fikirlerini yansıtmaktadır. Sağlıklı Hayat Merkezinin tercih sebeplerinin araştırılmasını yapan ilk çalışma olarak önemlidir. Daha sonra yapılacak olan çalışmalara SHM'lerdeki bütün birimlerin aktif olduğu daha fazla İl'de ve daha fazla sayıda SHM'de bu tip bir çalışmanın tekrarlanması önerilebilir.

5. KAYNAKLAR

- Aladağ, Z. Avcı, S. Çelik, B. Alkan, A. (2017). Özel Hastane Seçim Kriterlerinin Analitik Hiyerarşi Prosesi ile Değerlendirilmesi ve Kocaeli İli Uygulaması. Published in 5th International Symposium on Innovative Technologies in Engineering and Science, 29-30.
- Ayhan, B. (2006). Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Olan Halkla İlişkiler Faaliyetleri. 2. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu, 80.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- Aytekin, A. (2016). Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Kriterler ve Hastanelerin Multimoora ile Sıralanması: Eskişehir Örneği. İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi, 4(4), 139
- Balushi, S.M.A. ve Khan F. R. (2017). Factors Influencing the Preference of Private Hospitals to Public Hospitals in Oman. International Journal of Management, Innovation and Entrepreneurial Research, 3(2), 67-78.
- Barzi, A. (2009). Quality In Healthcare Organization: Its Meanening And Mesurement. University of Texas, School of Public Health, Doctor of Philosophy Thesis, 17 .
- Başol, E. (2015). Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri. BJSS Balkan Journal of Social Sciences, 4,(8), 129-137.
- Boscarino, J. ve Steiber, S. R. (1982). Hospital Shopping and Consumer Choice. Journal of Health Care Marketing, 2(2), 15-24.
- Bozhüyük, A. (2010). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 89-90
- Brown, P. H. ve Theoharides, C. (2009). Health Seeking Behavior and Hospital Choice in China's New Cooperative Medical System. Health Economics, 18(2), 47-64.
- De Cruppé, W. ve Geraedts, M. (2017). Hospital Choice in Germany From The patient's Perspective: A Cross-sectional Study. BMC Health Services Research, 17,720.
- Erdoğan, F. Yörebulut, S. (2018). Yatan Hastalar İçin Prohibit Regresyon Analizi ile Hastanenin Tekrar Tercih Edilebilirliğinin İncelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, Cilt: 9, Sayı: 22, 13-20.
- Güler, Ç. ve Akın, L. (2006). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1132-1135.
- Hoşgör, H. ve Gündüz Hoşgör, D. (2019). Hastaların Hastane Seçimini Etkileyen Faktörler: Sistemik Derleme (1996-2017). Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(2), 437-456.
- Işık, O. F. (2013). Tüketicilerin Hastane Seçiminde Etki Eden Faktörlere İlişkin Algılamaları. 7. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı, Konya, 511-515.
- Kamra, V.S. (2016). Factors affecting hospital choice decisions: An exploratory study of healthcare consumers in Northern India. Asia Pacific Journal of Health Management, 11(1).
- Moayeri, A.M. (2018). Factors Affecting Patients' Preference in Choosing a Hospital Based on Marketing Mix (7p) in Iran. Journal of Ilam University of Medical Scences, 26(1), 62-72.
- Muriithi, M. K. (2013). The determinants of health-seeking behavior in a Nairobi Slum. Kenya, European Scientific Journal, 9(8), 151-164.

- Özdemir, A. (aktaran) (2016). Kesikli ve Sürekli Verilerde Anakitle Sayısına Göre Örneklem Büyüklükleri, Yönetim Biliminde İleri Araştırma Yöntemleri ve Uygulamalar. İstanbul, Beta Yayıncılık, 4. Baskı, 122.
- Prang, K. H. Canaway, R. Bismark, M. Dunt, D. Miller, J.A. ve Kelaher, M. (2018). Public Performance Reporting and Hospital Choice: A Cross-Sectional Study of Patients Undergoing Cancer Surgery in the Australian Private Healthcare Sector. *BMJ Open*, 8(4), 1-9.
- Pasinlioğlu, T. ve Gözüm, S. (1998). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşire Yüksek Okulu Dergisi*, 60-68.
- Pentescu, A., Cetina, L. ve Dumitrescu, L. (2013). The Positioning of the Private Healthcare Providers in Romania-an Important Strategic Approach. *Indian Journal of Applied Research*, 3(9), 388-390.
- Sağlık Bakanlığı, (2016). Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Ankara. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
- Sağlıklı Hayat Merkezi, (2020). Sağlık Bakanlığı. 05.05.2020 tarihinde <https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html> adresinden alınmıştır.
- Sargutan, E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 402-408.
- Saygılı, M. ve Çelik, Y. (2011). Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin, Algıları ve İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Dergisi*, 14(1), 39-45.
- Şantaş, F.K. (2016). Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(1), 17-33.
- Tabachnick, B.G. ve Fidel L.S. (2019). *Using Multivariate Statistics (Seventh Edition)*. Boston: Pearson.
- Tengilimoğlu, D. (2001). Hastane Seçimine Etkili Olan Faktörler: Bir Alan Uygulaması. *Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 3(1), 85-98.
- Tengilimoğlu, D. Zekioğlu, A. ve Topçu, H. (2017). Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Çalışma Ortamına İlişkin Algılarının İncelenmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2
- Thuan, N.T. (2008). Choice of Healthcare Provider Following Reform in Vietnam. *BMC Health Services Research*, 8(162), 1-9.
- Zerenler, M. ve Ögüt A. (2007). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı 18, 514.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK ve İŞ DOYUMU İLİŞKİSİ: BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ

THE RELATIONSHIP BETWEEN JOB BURNOUT and SATISFACTION IN HEALTHCARE EMPLOYEES: A CASE OF A PUBLIC HOSPITAL

Prof.Dr.Zekai ÖZTÜRK

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü
zekai.ozturk@hbv.edu.tr , orcid.org/0000-0003-2569-7249

Gülşen ÇELİK

Gazi Üniversitesi, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Yüksek Lisans
gulsencelik.g@gmail.com, orcid.org/0000-0001-8377-8851

Ezgi ÖRS

Gazi Üniversitesi, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi
ezgiors380@gmail.com, orcid.org/0000-0002-6824-9705

Makale gönderim-kabul tarihi (02.05.2020-12.07.2020)

Özet

Tükenmişliğin en önemli nedenleri arasında yoğunluk ve stres yer almaktadır. Sağlık sektörü emek yoğun bir sektör olduğu için sağlık çalışanları da çok fazla iş yükü ve stres altında çalışmaktadır. Tükenmişlik ise çalışanların motivasyonunu azaltarak iş doyum düzeyini etkilemektedir. Bu doğrultuda çalışmanın amacı, bir kamu hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumunu ilişkisinin incelenmesi ve demografik değişkenlerin bu kavramlar üzerindeki etkisinin tespit edilmesidir. Çalışmaya 275 kişi katılım göstermiştir. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analiz edilmesinde bir bağımlı değişkenle bir veya birden fazla bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla Regresyon Analizi yapılmıştır. Bunun yanı sıra ikili değişkenler için Bağımsız Örneklem T- Testi ve ikiden fazla değişkenler için ise Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi testi kullanılmıştır. Oluşturulan hipotezler sonucunda, sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve iş doyumunu arasında negatif yönde bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Tükenmişlik ve “cinsiyet”, “yaş”, “eğitim” ve “çocuk sayısı” arasında anlamlı bir ilişki tespit edilirken; “medeni durum”, “meslek”, “çalışılan birim”, “mesleki deneyim” ve “çalışma şekli” arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Ayrıca iş doyumunu ve “yaş”, “eğitim” ve “çalışılan birim” arasında anlamlı bir ilişki tespit edilirken; “cinsiyet”, “medeni durum”, “çocuk sayısı”, “meslek”, “mesleki deneyim” ve “çalışma şekli” arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Anahtar Sözcükler: Tükenmişlik, İş Doyumu, Kamu Hastanesi, Sağlık Çalışanları

Abstract

Workload and stress are the most important reasons among job burnout. Because healthcare sector is labour intensive, healthcare employees work under the workload and stress so much. Job burnout affects the employees' job satisfaction by decreasing their motivation. In this direction, the purpose of this study is to analyze the relationship between job burnout and satisfaction and determine the effects of demographic variances on these notions over healthcare professionals working at a public hospital. 275 people participated in the study. Regression Analysis was conducted to test the relationship between one dependent variable and one or more independent variables in analyzing the data obtained as a result of the research. In addition, Independent Sample T-Test for binary variables and One-Way Variance (ANOVA) analysis test for more than two variables were used. As a result of the hypotheses created within the scope of the research, it has been revealed that there is a positive relationship between the effects of burnout of health personnel on job satisfaction. While there is a significant relationship between "gender", "age", "education" and "number of children" of burnout; No significant relationship could be determined between "marital status", "profession", "unit worked", "professional experience" and "ways of working". In addition, while determining a significant relationship between job satisfaction, "age", "education" and "unit studied"; There was no significant relationship between "gender", "marital status", "number of children", "profession", "professional experience" and "ways of working".

Key Words: Job Bornout, Job Satisfaction, Public Hospital, Healthcare Employees

GİRİŞ

Tükenmişlik; yoğunluk ve stresten kaynaklanan başarısızlık, işe duyarsızlaşma gibi sonuçlar doğuran, çalışanların bir birey olarak kendilerini aşırı yıpranmış hissettikleri durumdur (Adriaenssens, vd., 2015).

Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri arttıkça verdikleri hizmet kalitesi de düşmektedir (Van, vd., 2013). Bu nedenle sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin ölçülmesi bu durumun önüne geçerek sağlık hizmet kalitesinin artırılması için oldukça önemlidir (Al Sabei, vd., 2019). İş doyumu, iş hakkındaki olumlu ve olumsuz duygu ve tutumlarla ilgili olup, işle ilgili pek çok faktöre bağlıdır. Motivasyonun ve işle ilgili beklentilerin yüksek olması da işe yönelik tutumları etkilemektedir. Bazı çalışanlar için iş doyumu kararlı ve durağan olup işin özelliklerinden bağımsızdır. Statü, ücret, çalışma koşulları ve hedeflerdeki değişiklikler ise çalışanların iş doyumlarını etkilemektedir (Schultz ve Schultz, 1998).Tükenmişlik, bireyleri olumsuz etkilemenin yanı sıra iş doyumu gibi çalışan motivasyonunu yükselten faktörleri de olumsuz etkileyerek kurumlara zarar vermektedir (Maslach, vd., 2001: 419).

Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, tükenmişlik tanımı, tükenmişliği etkileyen faktörler, literatürde bulunan tükenmişlikle ilgili çalışmalar, tükenmişliğin belirtileri ve sonuçları ele alınmıştır. İkinci bölümde iş doyumu kavramsal olarak ele alınmış, iş doyumunu etkileyen bireysel ve örgütsel faktörler üzerinde durulmuştur. Üçüncü bölümde de hipotezler, araştırmanın önemi, kullanılan yöntem ve kapsamı, evren ve örnekleme belirtilerek analiz sonuçları çizelgelerle birlikte açıklanmakta ve sonuçlara ilişkin yorumlar yer almaktadır.

1. TÜKENMİŞLİK: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Tükenmişlik: çalışanların yoğun iş stresi altında düşük motivasyon faktörleriyle çalışması sonucunda meydana gelen hem kişisel hem de örgütsel anlamda olumsuz sonuçlar doğuran yıpranma ve bitkinlik durumudur (Asad ve Khan, 2003).

Tükenmişlik kavramının tek bir tanımı olmamakla birlikte Maslach ve ark.(2001) tarafından duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissinde azalma olarak üç boyutta ele alınmaktadır. Bu

boyutlardan duygusal tükenme; tükenmişliğin stresten kaynaklanan yönünü ifade etmektedir. Duygusal tükenme çalışanlarda psikolojik yorgunluk, yapılan işten soğuma gibi etkiler oluşturur (Maslach, vd., 2001). Duyarızlaşma; iş arkadaşlarına ve hizmet sunulan kişilere karşı olumsuz tutumlar sergileme, empati kuramama olarak ifade edilmektedir (Adekola,2010: 886). Kişisel başarı hissinde azalma ise çalışanın motivasyonunu kaybetmesi sonucu sundukları hizmet kalitesinin ve verimliliklerinin azalmasıdır.

Tükenmişliğin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutunu yaşayan kişilerin performansı düşmekte ve görev ve sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanmaktadırlar. Buna bağlı olarak da kişilerin özgüveni azalmaktadır (Uğurlu ve Usta, 2016). Günümüzde kişiler zamanlarının büyük bir kısmını iş ortamında geçirdiklerinden iş, hayatın önemli bir yönüdür. Bu yüzden çalışanların tükenmişlik belirtileri ve bunun neden olduğu sonuçlar üzerine odaklanmak oldukça önemlidir (McCormick ve Barnett, 2011)

1.1. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler

Literatür incelendiğinde tükenmişliğin hem bireysel hem de örgütsel faktörlerden kaynaklandığı görülmektedir (Delobelle, vd., 2011).

1.1.1. Bireysel Faktörler

Tükenmişliğe etki eden bireysel faktörler arasında yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, çalışma deneyimi, çocuk sayısı gibi demografik veriler ve motivasyon, iletişim, gelir durumu gibi diğer çeşitli etmenler yer almaktadır (Kılıç ve Aytemiz Seymen, 2011).

Araştırmalar gençlerde tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Genç çalışanlarda görülen yüksek tükenmişlik düzeyi, bu kişilerin mesleki deneyimi az olduğundan mesleki stresle başa çıkabilmek için yeterli zamanlarının olmamasından kaynaklanmaktadır (Bilge, 2006).

Alarcon ve ark. (2009)'ın yaptığı çalışmada cinsiyet ile tükenmişlik arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. İlgili çalışmaya göre kadınlar erkeklere göre daha fazla psikolojik tükenme yaşamaktadırlar. Bunun nedeni ise kadınların iş hayatındaki stress faktörlerine daha duygusal tepki vermesidir. Bazı çalışmalar evli çalışanların tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu gösterse de (Al-Turki, 2010) evli çalışanların eşlerinden aldıkları destek sayesinde bekarlara göre daha az tükenmişlik düzeyinde olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (Maslach, 2003).

Maslach ve Jackson 'ın (1981) çalışmasına göre; eğitim seviyesi arttıkça duygusal tükenme artarken duyarsızlaşma azalmaktadır. Aynı zamanda kişisel başarı hissi de eğitim seviyesiyle birlikte artmaktadır. Yapılan çalışmalar bazı kişisel özelliklerin, tükenmişliğin yaşanmasında etkisi olduğu gibi tükenmişlik sendromunun gelişmesine karşı koruma sağladığını da ortaya koymaktadır (Fornes, vd., 2012). Bu nedenle çalışanların tükenmişliği değerlendirilirken kişisel faktörler, örgütsel faktörlerle birlikte ele alınmalıdır.

1.1.2. Örgütsel Faktörler

Yapılan çalışmalara göre; örgütsel faktörler çalışanların tükenmişliği üzerine kişisel faktörlerden daha fazla etki etmektedir. Aşırı iş yükü ve buna bağlı olarak yaşanan stres, çalışanların kişisel faktörlerine de bağlı olarak her çalışan için ayrı tükenmişlik seviyesine yol açmaktadır (Shimizutani., vd.: 2008). Diğer bir deyişle aynı örgüt içerisinde aynı koşullara sahip olan bazı çalışanlar kişisel özelliklerinden dolayı tükenmişliğe daha yatkındırlar (Maslach, vd.: 2001). Shimomitsu ve ark. (2003)'a göre sağlık çalışanları ve hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim bozukluğu, hasta yakınlarının saldırgan tavırları çalışanların tükenmişlik düzeyini arttırmaktadır. Tükenmişlik düzeyi, daha az stresli sağlık

hizmet birimlerinde çalışanlarda, riskli ve yoğun birimlerde çalışanlara göre daha düşüktür (Ayala ve Carnero, 2013). Ayrıca yeterli olmayan dinlenme süreleri, kısa zamanda çok iş yapılması gerekliliği ve yapılan işlerin hayati öneme sahip olması sağlık çalışanlarında tükenmişliğe neden olmaktadır (Naruse, vd., 2012). Başka bir deyişle uzun çalışma saatleri ve yüksek stres seviyesi çalışanların tükenmişlik düzeyinin artmasında etkili faktörlerdir (Tucker, vd.: 2012).

Çalışma koşullarından memnun olan sağlık çalışanlarında ise tükenmişlik düzeyi daha azdır ve verdikleri hizmet kalitesi daha yüksektir (Al Hamdan, vd., 2017). Örgütsel adaletin sağlanmaması sonucu kurum politikasının tüm çalışanlar için eşit bir şekilde uygulanmaması, liyakata önem verilmeyip ücretlendirmede adil davranılmaması gibi etmenler de çalışanları yaptıkları işten soğutup işe karşı olumsuz duygular hissetmelerine yol açmaktadır (Maslach, vd., 2001).

1.2. Tükenmişlik Belirtileri

Bazı fiziksel psikolojik ve davranışsal faktörler kişilerin tükenmişlik yaşadığını göstermektedir. Aslan ve Etyemez (2015)'e göre yorgunluk, uykusuzluk, baş ağrısı, kilo kaybı gibi faktörler tükenmişliğin fiziksel belirtileri iken olumsuz düşünceler, sabırsızlık, kaygı gibi faktörler de psikolojik belirtileri oluşturmaktadır. Madde alma eğilimi, içe kapanma, ağlama, öfkelenme gibi faktörler ise tükenmişliğin davranışsal belirtilerindedir.

Tükenmişlikte ortaya çıkan psikolojik faktörler fiziksel faktörler kadar erken fark edilmediği için çalışanlarda tahammülsüzlük, başarısızlık korkusu, çalışma arkadaşlarından uzaklaşma gibi çeşitli belirtiler zamanla ortaya çıkmaktadır (Keser, 2009: 465). Davranışsal belirtilerin ortaya çıkması ise tükenmişlik düzeyinin önemli ölçüde arttığını göstermektedir. Bu belirtiler işleri ağırdan alma, iletişim kuramama, odaklanma problemi, hata yapma gibi etkiler göstermektedir (Potter, 1995: 2). Tükenmişlikle birlikte, çalışanlarda çabuk yorulma, hızlı hareket edememe gibi durumların görülmesi ve ani duygusal değişimler çalışma koşullarındaki olumsuzluklarla da birleşince çalışanlar örgütten uzaklaşmaktadır (Pines, 2002: 115).

1.3. Tükenmişliğin Sonuçları

Başlangıçta çalışanlar için önemli ve anlamlı gelen işler tükenmişlik sonucunda hoş olmayan, anlamsız hale gelerek verimliliği düşürmektedir (Maslach, vd., 2001). Tükenmişlik kişilerde geçici problemlere yol açmakla birlikte tedavi edilmezse kalıcı problemlere de neden olmaktadır. Bu nedenle tükenmişliğin fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtileri kalıcı hale geldiğinde tükenmişliğin sonuçlarını oluşturma denilebilir (Ardıç ve Polatçı, 2009).

Özellikle sağlık kurumları gibi, hizmet alanlarla doğrudan temas halinde çalışanlar, işleri doğrudan duygusal katılım gerektirdiğinden diğer sektörlere göre daha fazla tükenmişlik riski altındadırlar. Sağlık çalışanlarının bildirdikleri meslek hastalığı vakalarının bir kısmı tükenmişliğin sonuçları olarak ortaya çıkmaktadır (Sundin, vd., 2006). Tükenmişliğin hem bireysel hem örgütsel açıdan önemli sonuçları vardır. Özellikle tükenmişliğin bir stress faktörü olarak düşünüldüğünde kişilerin sağlığını olumsuz etkilemesi kaçınılmazdır. Bunun sonucu olarak da çalışan performansı düşmekte ve bu doğrultuda örgütler de zarara uğramaktadır (Maslach, vd., 2001).

Tükenmişlik çalışanların psikolojisini önemli ölçüde etkilemektedir. Bunun sonucu olarak kişilerde, kaygı, depresyon, özgüven eksikliği gibi sorunlar baş göstermektedir (Maslach, vd., 2001). Sağlık çalışanları tükenmişlik yaşadıklarında, hizmet sundukları hasta ve yakınlarına karşı sakinliklerini kaybedip kişilere bir nesne gibi davranmaktadırlar. Bunun sonucunda da verilen bakım ve hizmetin kalitesi düşmekte ve hasta memnuniyeti azalmaktadır (Uzlu, vd., 2017). Aynı zamanda tükenmişlik, sağlık çalışanlarında oluşturduğu fiziksel ve psikolojik sorunların yanı sıra artan iş kazaları neticesinde işe devamsızlık gibi davranışsal sonuçlara da yol açmaktadır (Gil-Monte, 2008).

Tükenmişlik yaşayan çalışanların performansı düştüğünden görevlerini aksatarak çalışma arkadaşlarının iş yükünü arttırmaktadır. Bu durum diğer çalışanların da tükenmişlik düzeyini arttırmaktadır (Burke ve Greenglass, 2001). Ayrıca tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanlarında işe ilgi azalıp dikkat dağınıklığı yaşanacağından yapılacak işlemler hasta güvenliğini de olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle sağlık kurumları, çalışanların tükenmişlik faktörlerini göz önüne alarak gerekli tedbirleri almalıdır (Teng, vd., 2010).

Örgütlerin, çalışanlarda tükenmişlik gerçekleşikten sonra onları tedavi etmeye çalışmaktansa, tükenmişliği önlemeye yönelik çalışmalar yapamaması hem birey hem de örgüt açısından daha etkili olacaktır.

2. İŞ DOYUMU: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

İş, insan yaşamının merkezinde yer alan unsurlardan bir tanesidir (Polatçı, vd., 2018). Ayrıca örgütsel ortamda belirli bir zaman diliminde gerçekleşen, beraberinde kimi ilişkileri getiren ve ücret karşılığı girilen mal ve hizmet üretme çabasıdır. Duygusal tepki biçimine ise ‘doyum’ denir. Çalışanlar çalışma hayatları boyunca, iş ortamına, yaptığı işe ve çalıştığı kuruma dair birçok deneyim kazanmaktadır. Çalışanlar iş hayatları boyunca birçok şey görüp yaşar, kazanır ve kaybeder bunun yanı sıra pek çok mutluluk ve üzüntülere şahit olmaktadır. Çalışanlar bütün bu kazanılan bilgi ve hissedilen duygularla birlikte yaptıkları işe ya da çalıştıkları kuruma karşı bir tutum oluştururlar. Bu tutumlar neticesinde ortaya çıkan iş doyumunu kavramı çalışanların fiziksel ve zihinsel bakımdan iyi durumda olmasını ifade eder (Aşık, 2010:33-34).

İş doyumunun açıklanan bir çok tanımı mevcuttur. Locke ve Henne iş doyumunu: “Bir kişinin iş yerindeki işe ilişkin deneyimleri ve işe atfettiği değerlerinin yarattığı duygusal hoşnutluk durumudur” şeklinde tanımlamaktadır (Oshagbemi, 2003: 1210). Benzer şekilde Luthans (2007), çalışanların duygusal hisleri ile iş doyumunu arasında yakın bir ilişkili olduğunu belirtmektedir. Algılanan durum genellikle çalışanların bir iş deneyimi aracılığı ile kişisel gelişim açısından kazanacaklarını düşünüp düşünmediklerinin bir sonucudur. İş doyumunu Hoboubi ve arkadaşlarına (2017) göre ise, çalışanların işleri ile ilgili hissettiği duygusal durumdur. İşin çeşitli yönlerine ilişkin tutumlarının veya işle ilgili genel bir duygunun bir arada olması olarak da düşünülebilir. Biason’a (2020) göre de iş doyumunu, çalışanların işlerine karşı sergilediği pozitif ve negatif hislerin ve tutumların bir birleşimini temsil eder. Bunun yanında iş doyumunu, beklentilerin ne ölçüde olduğunu ve bu beklentilerin gerçek ödüllere ne kadar eşleştiğini temsil etmektedir.

İş doyumunu, idarenin bir kurum içerisinde bulunan genel çalışan gelişimini ölçmek için kullanabileceği önemli bir göstergedir. Memnun olan birçok çalışanın yüksek derecede özgüvene sahip olma eğiliminde olduğu ve bunun da performanslarını arttırdığı görülmektedir. İş doyumunu, çalışanların kişiliklerini geliştirme arzuları ve iş yetileri ile ilişkilidir ve bu kapsamda sonucun çalışanların beklentilerini ne kadar iyi karşıladığı ve hatta ne ölçüde beklentilerinin ötesine geçtiği ile belirlenir. Örneğin, kurumdaki çalışanlar, diğer çalışanlardan daha fazla çalıştıkları halde daha az ödüllendirildiklerini düşündüklerinde büyük olasılıkla işlerine, yöneticilerine ve çalışma arkadaşlarına karşı olumsuz bir tavır sergileyeceklerdir. Diğer yandan çok iyi bir davranış gördüklerini duyumsuyorlarsa kişilerin etkili bir yapıya sahip oldukları bir işin en önemli niteliklerine karşı olumlu tutumları olması olasıdır (Nadinlooyi, vd., 2013- Choi, vd., 2016). İş doyumunu, çalışanın yaptığı işi, çevresini ve çalışma ortamını birlikte ele alması sonucunda oluşan duygusal bir değerlendirmedir. İnsanın yaşama gerekliliği için ihtiyacı olan şeyleri üretme ve elde etme yolu iş ve çalışmadan geçer. Günümüz koşullarında ekonomik ihtiyaçlar için çalışmak ve bir iş sahibi olmak vazgeçilmezdir (Hassoy ve Özurmaz, 2019).

2.1. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler

Literatür incelendiğinde iş doyumunu etkileyen faktörlerin iki başlıkta ele alındığı görülmektedir.

2.1.1. Bireysel Faktörler

Yaş, iş doyumunu etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Yapılan bir araştırmadan yaş gruplarına göre iş doyum düzeyleri incelenmiştir. Araştırma sonucuna göre 20-25 yaş grubundaki çalışanlar, başlangıçtaki beklenti ve ihtiyaçlarının çalıştıkları kurumda karşılanmadığını gördüklerinde doyumсуzлuk yaşamaktadırlar. Buna gerçeklerle karşılaşma (reality shock) dönemi denilmektedir. 30'lu yaşların ilk dönemlerinde itibaren kendini işe göre ayarlayan ve işine uygun davranışları öğrenip sergileyen çalışanlarda ise iş doyumı gittikçe artmaktadır. Bu döneme sosyalleşme ve gelişim dönemi adı verilmektedir. Bu dönem aynı zamanda kariyer gelişiminin tamamlandığı dönemdir. İş doyumunun en yüksek seviyeye geldiği dönem 40'lı yaşların başıdır. Bu yaş grubunun sonuna doğru "kariyer ortası krizi" (midcareer crisis) adı verilen dönem başlamakta ve çalışanın iş doyum seviyesi biraz daha düşmektedir. Emeklilik düşüncesinin başladığı dönem ise 50'li yaş grubunun başıdır. Bu dönemde çalışan kendi durumunu kabullenmekte ve iş ile ilgili beklentileri alt düzeye inmektedir. İş doyumunun bu dönemde yükseldiği bilinmektedir. Emeklilikten önceki son dönemde ise iş doyumı giderek azalmaktadır (Çimen ve Şahin, 2000). Cinsiyet, iş doyumunu etkileyen bir diğer önemli faktördür. Centres ve Bugental (1966) cinsiyet ve iş doyumı arasındaki ilişkiye dair bir araştırma yapmışlardır. Bu araştırmaya göre, kadınların iş doyumunun erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada kadınların iş ile ilgili bazı etkenlere erkeklere göre daha fazla önem verdikleri ile belirtilmektedir. Aynı zamanda erkek çalışanların iş yerinde kendilerini kadın çalışanlardan daha fazla ifade etmeleri ve kendilerini gerçekleştirmek için daha fazla fırsat buluyor olmaları, işe verdikleri değer artmasını ve böylece iş doyumunun da artmasını sağlamaktadır (Eğinli, 2009).

İş doyumunu ile doğrudan bağlantılı olan diğer bir faktör de eğitim düzeyidir. Yapılan bazı araştırmalarda eğitim düzeyi yüksek olan çalışanların iş doyumlarının, eğitim seviyesi düşük olan çalışanlardan nispeten daha iyi olduğu gözlemlenmiştir (Sevim ve İşcan). Kişiler kendi birikim ve becerilerine elverişli olan yerlerde çalışmayı tercih etmektedir. Yani kendi istediği birimde çalışan kişilerin iş doyumlarının yüksekliği bu nedenlerden kaynaklanabilir (Hassoy ve Özvuramaz, 2019: 31). İş ve iş dışı yaşam alanı üzerinde etkili olan statü faktörü, çalışanın kurum hiyerarşisi içindeki yerini, mesleğinin sağladığı saygınlığı ifade etmede çok önemli bir unsurdur. Yapılan araştırmalarda iş doyumunu mevcut statü arasında güçlü bir ilişkinin olduğu gözlemlenmektedir. Yöneticiler arasında yapılan araştırmaların sonucu, üst yönetim basamağında bulunan çalışanların iş doyumunun diğer yönetim basamağında bulunan çalışanlara göre daha fazla olduğu gözlemlenmektedir (Özaydın ve Özdemir, 2014: 255).

İş doyumunu etkileyen bir diğer faktör ise çalışanların kişilik yapılarının işe uygunluğudur. Kişi zamanla iş ile ilgili belli başlı beceriler kazanabilir ve yetkinlikler geliştirebilir. Fakat kendini geliştirmek için hiçbir çaba sarf etmeyen, duygusal açıdan olgunluğu yeterli olmayan kişiler her ne kadar zeki ve eğitim seviyeleri yüksek de olsa çalıştıkları kuruma faydadan çok zarar getirirler (Baltaş, 2000: 172).

2.1.2. Örgütsel Faktörler

Çalışanlar, zihinsel ve fiziksel olarak tüm yeterliliklerini kullanmalarını sağlayan çalışma koşullarını tercih ederler. Çalışanların ekonomik açıdan düşündüklerinde kendilerini ödüllendiren kurumlarda çalışmak istedikleri görülmektedir. Bir kişinin aldığı para miktarı değil de çalışan algısına dayanan iş-ücret uyumu iş memnuniyetini sağlamaktadır. Çalışanlar tarafından daha çok tercih edilen çalışma ortamları ise yangın ve kaza gibi algılanan tehlike oluşturmayan destekleyici ortamlardır. Temiz tesislerin bulunduğu, yeterli ve uygun çalışma ekipmanlarının bulunduğu çalışma ortamları yüksek iş doyumunu ile sonuçlanır (Chimanikire., vd. 2007: 168).

İş alışkanlığı olmayan, aile bağları zayıf olan ve bireysel hayat standartları altında yaşayan kişilerin iş doyumlarının düşük olduğu ifade edilmektedir. Yetişme şekline kaynaklı olarak fazla sorumluluk almak istemeyen, daha iyi bir yaşam düzeyi elde etmek veya yükselmek için gereken çabayı göstermeyen çalışanların iş doyumunu yaşamak için kurumlarından özel beklentileri de yoktur. İş ile ilgili özel bir beklentisi olmayan çalışanın da iş ile duygusal bağı azalacak ve sonuç olarak iş doyumunu duygusu da düşecektir (Cingöz, 2019: 84).

İş doyumunda karmaşık ve çok boyutlu bir özellik taşıyan unsur da çalışanın elde ettiği ücrettir. Ücret, kişinin hem temel ihtiyaçlarını karşılar hem de kişinin üst düzey ihtiyaçlarını karşılamada önemli bir araçtır. Çalışanlar hak ettikleri ücreti alıp almadıklarını, çeşitli ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığını ve bu ücretin süreklilik taşıyıp taşımadığına dair değerlendirmelerde bulunurlar. Muhakkak çok para çalışanlar için her zaman iyidir. Genelde çalışanlar aldıkları ücreti kendileri ile aynı işleri yapan diğer çalışanların aldığı ücret ile karşılaştırarak bir değerlendirme yapmaktadır (Özkalp, 2019: 75).

Çalışanların iş doyumsuzluğu yaşamalarının unsurlarından biri de iş yerinde işgücü devrinin fazla olmasıdır. Bunun nedeni, çalışanların buldukları iş yerinde beklentilerinin karşılanmaması sonucu farklı iş arayışı içinde olmaları, aidiyet duygularının azalması ve dolayısı ile mevcut iş yerinde bulunmaktan hoşnut olmamalarıdır. Çalışanların işgücü devir oranları ve iş doyumları arasındaki ilişki incelendiğinde, kurumdaki işgücü devir oranlarının düşük olduğu yerde iş doyumunun yüksek, işe gelmeme ve işten ayrılma oranlarının fazla olduğu kurumlardaki çalışanların da iş doyumunun düşük olduğu gözlemlenmiştir (Poon, 2004:325).

İş doyumunu ile çalışanın işteki pozisyonu arasında herhangi bir ilişkinin olup olmadığı incelendiğinde, kişinin işteki görevlerinin ve kurumdaki iletişim biçiminin iş doyumunu etkilediği görülmektedir. Aynı zamanda iş doyumunun çalışan kişinin mevcut iş yerinde geçirdiği zamanın üzerinde de etkili olduğu belirtilmektedir. İşyerinde geçirdikleri süre sonucunda karşılığında aldıkları ödüller ile çalışanların iş doyumunu hissettiklerini ve sadece bununla kalmayıp gönüllülük esasını itibarıyla uzun süre çalışmaya istekli çalışanların da iş doyumlarının yüksek olduğu gözlenmektedir (Oshagbemi, 2003: 1227).

Sağlık hizmet sunumundaki yetersizlikler ve çalışanların düzensiz dağılımı da çalışanlarda hayal kırıklığı ve gerginlik gibi olumsuz duyguların ortaya çıkmasına sebebiyet vermektedir. Çalışanlarda işe bağlı gerginlik ve tükenme anksiyete, depresyon, çaresizlik gibi olumsuz duyguları tetiklerken baş ağrısı, uykusuzluk, kaslarda gerginlik gibi fizyolojik etkileri de ortaya çıkarmaktadır. Bunun yanı sıra iş ile ilgili gerginlikler çalışanın iş verimini ve üretimini düşürürken, iş doyumunu azaltır. İşe gecikme, özür uydurarak işe gelmeme ya da işi tamamen bırakma ile deneyimli personelin elde tutulmaması gibi kurumsal sonuçlar da doğabilmektedir (Birgili., vd. 2010: 28).

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumunu ilişkisini tespit etmektir. Böylece elde edilen sonuçlar ile ilgili konularda yapılacak olan çalışmalara yönelik öneriler sunulması amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda tükenmişliğin iş doyumunu ne ölçüde etkilediği ortaya konacaktır ve demografik verilerin iş doyumunu ve tükenmişliği nasıl etkilediği açıklanacaktır. Bu bağlamda, bir kamu hastanesinde görev yapan 750 sağlık çalışanın tükenmişlik durumu ve bunun iş doyumuna etkisi ölçülecektir. Yukarıda ifade edilenler doğrultusunda araştırmaya yönelik aşağıdaki hipotezler test edilmiştir.

Ana Hipotez

H1: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve iş doyumunu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Alt Hipotezler

H2: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H3: Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H4: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve yaş arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H5: Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve yaş arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H6: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve medeni durum arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H7: Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve medeni durum arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H8: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve eğitim seviyesi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H9: Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve eğitim seviyesi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H10: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve meslek arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H11: Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve meslek arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H12: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve çalışılan birim arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H13: Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve çalışılan birim arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H14: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve mesleki deneyim süresi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H15: Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve mesleki deneyim süresi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H16: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve çalışma şekli arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H17: Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve çalışma şekli arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H18: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve çocuk sayısı arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H19: Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve çocuk sayısı arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir kamu hastanesi oluşturmaktadır. Araştırma kapsamındaki hastanede toplam 750 sağlık çalışanı vardır. Anketlerin uygulanmasında basit tesadüfi örneklem yöntemi uygulanmış ve gönüllülük esasına göre anketlerin tamamlanması istenmiştir. 3 hafta süreyle yapılan uygulama sonucunda 275 kişiye anket uygulanmış ve 9 ankette eksik bilgiler yer aldığından değerlendirmede 266 anket istatistiksel analize tabi tutulmuştur.

Veri Toplama Aracı

Araştırma verilerinin elde edilmesinde yüzyüze görüşme tekniği ile anket yöntemine başvurulmuştur. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde 11 sorudan oluşan "Demografik Bilgi Formu", ikinci bölümde 22 ifadeden oluşan "Maslach Tükenmişlik Ölçeği", üçüncü bölümde ise 36 ifadeden oluşan "JSS- İş Doyum Ölçeği" kullanılmıştır. Uygulama sonucunda elde edilen verilerin çözümlenmesinde SPSS 17 paket programından (Statistical Package for the Social Science) yararlanılmıştır.

Araştırma Etiği

Araştırma kapsamında 19.06.2020 tarih ve 06 sayılı Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi etik komisyon kararı ile onaylanan anket katılımcılara uygulanmıştır. Katılımcılara çalışmanın amacı ve kapsamı açıklanarak çalışmaya gönüllü olarak katılmaları sağlanmıştır.

BULGULAR

Araştırma ölçeğine ilişkin Cronbach's Alpha değerleri Tablo 1'de gösterildiği gibidir.

Tablo 1: Cronbach Alpha Tekniğine İlişkin Çözümleme Sonuçları

Boyutlar	Cronbach's Alpha Katsayısı
Duygusal Tükenme	0,856
Duyarsızlaşma	0,725
Kişisel Başarı	0,759
MTÖ	0,784
JSS	0,845

Tablo 1'de görüldüğü üzere duygusal tükenme boyutunun 0,856'lık düzeyde yüksek derecede güvenilir, duyarsızlaşma boyutunun 0,725'lik düzeyde oldukça güvenilir ve kişisel başarı boyutunun 0,759'luk düzeyde oldukça güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Bu kapsam tükenmişlik ölçeği toplamda 0,784'lük düzeyde oldukça güvenilir ve iş doyumunu ölçeği 0,845'lik düzeyde yüksek derecede güvenilir bulunmuştur.

Tablo 2: Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri

CİNSİYET	N	%	MEDENİ DURUM	N	%
Kadın	141	53,0	Evli	93	34,9
Erkek	122	47,0	Bekar	173	65,1
Toplam	266	100,0	Toplam	266	100,0

YAŞ	N	%	EĞİTİM SEVİYESİ	N	%
18-25 yaş arası	79	29,7	Lise	46	19,4
26-30 yaş arası	100	37,6	Önlisans	94	35,3
31-35 yaş arası	59	22,2	Lisans	96	36,1
36-40 yaş arası	15	5,6	Yüksek Lisans	19	7,1
41 yaş ve üzeri	13	4,9	Doktora	11	4,1
Toplam	266	100,0	Toplam	266	100,0

DENEYİM	N	%	ÇOCUK SAYISI	N	%
5 yıldan az	192	72,2	Yok	180	67,7
6-10 yıl	45	16,9	1 çocuk	38	14,3
11-20 yıl	26	9,8	2 çocuk	28	10,5
21 yıl ve üzeri	3	1,1	3-4 çocuk	18	6,8
			5 ve üzeri çocuk	2	0,8
Toplam	266	100,0	Toplam	266	100,0

BİRİM	N	%	ÇALIŞMA ŞEKLİ	N	%
Poliklinik	117	44,0	Sadece gündüz	116	43,6
Servis	71	26,7	Gece ve gündüz	150	56,4
Laboratuvar	78	29,3			
Toplam	266	100,0	Toplam	266	100,0

Tablo 2'ye göre katılımcıların çoğunluğu (%53) kadın, bekar (%65,1), 26-30 yaş aralığında (% 37,6), lisans mezunu (%36,1), hemşire (%56,8), 5 yıldan daha az deneyime sahip (% 72,2), gece ve gündüz vardiyalı çalışan kişiler oldukları (%56,4) ve çocuk sahibi olmadıkları (%67,7) tespit edilmiştir.

Tablo 3: Ölçeklere İlişkin Ortalama Değerler

Değişkenler	Beta	t	Sig.	R	R ²	F	Sig.F
Sabit	2,388	16,275	,000				
Tükenmişlik	-,221	4,584	,000				
Kabul			,272	,074		21,012	,000 ^a
Regresyon Modeli $Y = ,2,388 - ,221(Tükenmişlik)$							
Ölçekler (Genel Ortalamaları)			\bar{x}			SS.	
Duygusal Tükenme			2,79			1,298	
Duyarsızlaşma			2,57			1,258	
Kişisel Başarısızlık			3,44			1,266	
Tükenmişlik			2,93			1,274	
İş Doymu			3,05			1,363	

Uygulanan anketteki ifadelerde en yüksek düzeyli katılımın kişisel başarısızlık boyutunda yer alan ifadelerle sağlandığı ($\bar{x}=3,44$), bu boyutu sırası ile iş doymu ölçeği ($\bar{x} =3,05$), duygusal tükenme boyutu ($\bar{x}=2,79$) ve duyarsızlaşma boyutunun ($\bar{x}=2,57$) izlediği tespit edilmiştir.

H1: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve iş doymu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 4: Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyi ve İş Doymu Arasındaki İlişkinin Regresyon Analizi Sonuçları

Tabloda regresyon analizi sonucu ve hipotezin değerlendirmelerine ilişkin sonuçlar verilmiştir. İlk olarak regresyon analizi kurulan modelin istatistiksel olarak geçerlilikleri ve anlamlılıkları test edilmiştir. Modellerin geçerliliklerini ve anlamlılıklarını test eden ANOVA analizi sonuçlarına bakıldığında, F değeri 21,012 ve $p= 0,000$ olduğu görülmektedir. ANOVA analizi sonucunda modelin geçerliliğini ölçen F değeri modelde $\pm 1,96$ 'dan büyük olduğu ve modelin anlamlılığını ölçen Sig.F değerinin aynı modellerde 0,05 ten küçük olduğu için anlamlı ve geçerli bir model kurulduğu görülmektedir. R değeri ,272 ve R² değeri ,074 olarak hesaplanmıştır. Bu doğrultuda H1 hipotezi kabul edilmiştir.

H2: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 5: Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyinin Cinsiyetle İlişkinin T Testi Analizi

Cinsiyet	N	\bar{x}	SS	F	p	Sonuç
Erkek	108	2,87	0,60	0,568	0,04	Kabul
Kadın	158	3,05	0,62			

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin, cinsiyet değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda cinsiyet değişkenine göre farklılık tespit edilmiştir ($p=.04 < .05$). Buna göre kadın sağlık

çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ($\bar{x}=3,05$), erkek sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinden ($\bar{x}=2,87$) daha yüksektir. Bu doğrultuda H2 hipotezi kabul edilmiştir.

H3: Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 6: Katılımcıların İş Doyumunun Cinsiyetle İlişkisinin T Testi Analizi

Cinsiyet	N	\bar{x}	SS	F	p	Sonuç
Erkek	108	3,080	,47	0,792	0,78	Ret
Kadın	158	3,020	,51			

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş doyumunun, cinsiyet değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda cinsiyet değişkenine göre farklılık tespit edilmemiştir ($p=.78>.05$). Bu doğrultuda H3 hipotezi reddedilmiştir.

H4: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve yaş arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 7: Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyinin Yaşla İlişkisinin Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Testi Sonuçları

Yaş	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock	Sonuç
18-25 yaş	79	3,27	0,73		0,03	3<1	Kabul
26-30 yaş	100	3,12	0,71			4<1	
31-35 yaş	59	2,18	0,55			5<1	
36-40 yaş	15	2,83	0,70			3<2	
41 yaş ve üzeri	13	2,82	0,50				

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin yaş değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=.03<.05$). Analiz sonuçlarına göre 18-25 yaş grubu ($\bar{x}=3,27$) sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi diğer yaş grubundaki sağlık çalışanlarına göre, ve 26-30 yaş grubundaki ($\bar{x}=3,12$) çalışanların tükenmişlik düzeyi ise 31-35 yaş grubundaki çalışanlara göre daha yüksektir. Bu doğrultuda H4 hipotezi kabul edilmiştir.

H5: Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve yaşı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 7: Katılımcıların İş Doyumunun Yaşla İlişkisinin Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Testi Sonuçları

Yaş	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock	Sonuç
18-25 yaş	79	2,98	0,53		0,04	1<4	Kabul
26-30 yaş	100	3,03	0,48			1<5	
31-35 yaş	59	3,10	0,52				
36-40 yaş	15	3,21	0,36				
41 yaş ve üzeri	13	3,12		0,45			

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş doyumunun yaş değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi

kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş doyumunun yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=.04<.05$) 36-40 yaş grubu ($\bar{x}=3,21$) ve 41 yaş ve üzerindeki ($\bar{x}=3,12$) sağlık çalışanlarının iş doyumlarının 18-25 yaş grubundaki sağlık çalışanlarına göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda H5 hipotezi kabul edilmiştir.

H6 Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve medeni durum arasında anlamlı bir farklılık vardır

Tablo 8: Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyi ve Medeni Durum İlişkisinin T Testi Analizi

Medeni Durum	N	\bar{x}	SS	F	p	Sonuç
Evli	93	2,87	0,60	0,568	0,45	Ret
Bekar	173	3,05	0,62			

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin, medeni durum değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p=.45 >.05$). Bu doğrultuda H6 hipotezi reddedilmiştir.

H7: Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve medeni durum arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 9: Katılımcıların İş Doyumu ve Medeni Durum İlişkisinin T Testi Analizi

Medeni Durum	N	\bar{x}	SS	F	p	Sonuç
Evli	93	3,08	3,08	0,79	0,77	Ret
Bekar	173	3,02	3,02			

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş doyumunun, medeni durum değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p=.77 >.05$). Bu doğrultuda H7 hipotezi reddedilmiştir.

H8: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve eğitim seviyesi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 10: Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyi ve Eğitim Seviyesi İlişkisinin Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Eğitim	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock	Sonuç
				2,40	0,03	3>1	
Lise	46	2,86	0,52			3>2	
Önlisans	94	2,88	0,57			4>1	
Lisans	96	3,06	0,62			4>2	Kabul
Yüksek Lisans	19	3,08	0,54			5>1	
Doktora	11	3,36	1,00			5>2	

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin eğitim seviyesi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tükenmişlik

düzeyinin eğitim seviyesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=.03<.05$).

Buna göre tükenmişlik düzeyinin lisans ($\bar{x}=3,06$), yüksek lisans($\bar{x}=3,08$) ve doktora ($\bar{x}=3,36$) eğitimi alan kişilerde diğer eğitim seviyesinde çalışanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda H8 hipotezi kabul edilmiştir.

H9: Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve eğitim seviyesi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 11: Katılımcıların İş Doyumu ve Eğitim Seviyesi İlişkisinin Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Eğitim	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock	Sonuç
Lise	46	3,13	0,64				
Önlisans	94	3,07	0,48	2,81	0,01	3<1	
Lisans	96	3,00	0,43			3<2	Kabul
Yüksek Lisans	19	3,02	0,23			4<1	
Doktora	11	3,06	0,69				

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş doyumunun eğitim seviyesi değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş doyumunun eğitim seviyesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=.01<.05$). Elde edilen sonuçlara göre; lisans eğitim seviyesine sahip çalışanların iş doyumunun ($\bar{x}=3,00$), lise ve Önlisans eğitim seviyesine sahip çalışanların iş doyumundan düşük olduğu, aynı şekilde yüksek lisans eğitim seviyesine sahip çalışanların ($\bar{x}=3,02$) iş doyumunun da lise eğitim seviyesindeki çalışanların iş doyumundan düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda H9 hipotezi kabul edilmiştir.

H10: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve meslek arasında anlamlı bir farklılık vardır

Tablo 12: Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyi ve Mesleği Arasındaki İlişkinin Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Meslek	N	\bar{x}	SS	F	p	Sonuç
Doktor	58	2,96	0,68			
Hemşire	151	2,97	0,60	0,18	0,09	Ret
Tekniker	45	3,03	0,54			
Laborant	12	2,92	0,75			

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin meslek değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans(ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p=.09 > .05$). Bu doğrultuda H10 hipotezi reddedilmiştir.

H11: Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve meslek arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 13: Katılımcıların İş Doyumu ve Mesleği Arasındaki İlişkinin Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Meslek	N	\bar{x}	SS	F	p	Sonuç
Doktor	58	3,03	0,58			
Hemşire	151	3,04	0,46	0,02	0,09	Ret
Tekniker	45	3,05	0,50			
Laborant	12	3,04	0,61			

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş doyumunun meslek değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans(ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş doyumunun meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p=0.09 > .05$). Bu doğrultuda H11 hipotezi reddedilmiştir.

H12: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve çalışılan birim arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 14: Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyi ve Çalışılan Birimle İlişkinin Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Birim	N	\bar{x}	SS	F	p	Sonuç
Poliklinik	117	2,89	0,52			
Servis	71	3,00	0,60	2,375	0,07	Ret
Laboratuvar	78	3,13	0,72			

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin çalışılan değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans(ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin çalışılan birime göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p=0.07 > .05$). Bu doğrultuda H12 hipotezi reddedilmiştir.

H13: Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve çalışan birim arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 15: Katılımcıların İş Doyumu ve Çalışılan Birimle İlişkinin Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Birim	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
Poliklinik	117	3,05	0,43			
Servis	71	2,92	0,40	2,37	0,03	1<3
Laboratuvar	78	3,18	0,69			2<3
				Kabul		

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş doyumunun çalışılan birim değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans(ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş doyumunun çalışılan birime göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0.03<.05$). Elde edilen sonuçlara göre laboratuvar çalışanlarının iş doyum düzeyinin ($\bar{x}=3,18$) poliklinik ve servis çalışanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda H13 hipotezi kabul edilmiştir

H14: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve mesleki deneyim yılı arasında anlamlı bir farklılık vardır

Tablo 16: Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyi ve Mesleki Deneyim Yılı İlişkisinin Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Mesleki Deneyim	N	\bar{x}	SS	F	p	Sonuç	
5 yıldan az	149	2,92	0,58				
6-10 yıl		81	3,08	0,69	1,148	0,33	Ret
11-20 yıl	31	2,98	0,54				
21 yıl ve üzeri	5	3,01	0,57				

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin mesleki deneyim değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans(ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin mesleki deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p=.33 > .05$). Bu doğrultuda H14 hipotezi reddedilmiştir.

H15: Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve mesleki deneyim yılı arasında anlamlı bir ilişki vardır

Tablo 17: Katılımcıların iş doyumunu ve mesleki deneyim yılı ilişkisinin tek yönlü varyans (ANOVA) analizi sonuçları

Meslek Deneyim	N	\bar{x}	SS	F	p	Sonuç
5 yıldan az	149	2,98	0,53			
6-10 yıl		81	3,11	1,75	0,15	Ret
11-20 yıl	31	3,11	0,49			
21 yıl ve üzeri	5	3,26	0,19			

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş doyumunun mesleki deneyim değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş doyumunun mesleki deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p=.15 > .05$). Bu doğrultuda H15 hipotezi reddedilmiştir.

H16: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve çalışma şekli arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 3.19. Katılımcıların tükenmişlik düzeyi ve çalışma şekli ilişkisinin t testi sonuçları

Çalışma Şekli	N	\bar{x}	SS	F	p	Sonuç
Sadece Gündüz	116	2,84	0,56	2,86	0,09	Ret
Gece ve Gündüz	150	3,08	0,64			

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin, çalışma şekli değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda çalışma şekli değişkenine göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p=.09 > .05$). Bu doğrultuda H16 hipotezi reddedilmiştir.

H17: Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve çalışma şekli arasında anlamlı bir farklılık vardır

Çizelge 3.20. Katılımcıların İş Doymu ve Çalışma Şekli İlişkisinin T Testi Sonuçları

Çalışma Şekli	N	\bar{x}	SS	F	p	Sonuç
Sadece Gündüz	116	3,05	0,44	0,16	0,92	Ret
Gece ve Gündüz	150	3,04				
						0,54

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş doyumunun, çalışma şekli değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda çalışma şekli değişkenine göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p=.92 > .05$). Bu doğrultuda H17 hipotezi reddedilmiştir.

H18: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve çocuk sayısı arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 21: Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyi ve Çocuk Sayısı İlişkisinin Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Çocuk Sayısı	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock	Sonuç
Yok	180	3,05	0,62	2,48	0,04	3<1	
1 Çocuk	38	2,94	0,59			4<1	
2 Çocuk	28	2,73	0,54			5<1	Kabul
3-4 Çocuk	18	2,73	0,64			3<2	
5 ve Üzeri Çocuk	2	2,86	0,06			4<2	
						5<2	

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin çocuk sayısı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin çocuk sayısı değişkenine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=.04<.05$). Elde edilen sonuçlara göre çocuğu olmayan ($\bar{x}=3,05$) ve 1 çocuğu olan ($\bar{x}=2,94$) kişilerin tükenmişlik düzeyinin daha fazla sayıda çocuğu olan çalışanlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda H18 hipotezi kabul edilmiştir.

H19: Sağlık çalışanlarının iş doymu ve çocuk sayısı arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 22: Katılımcıların İş Doymu ve Çocuk Sayısı İlişkisinin Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Çocuk Sayısı	N	\bar{x}	SS	F	p	Sonuç
Yok	180	3,02	0,52			
1 Çocuk	38	3,16	0,28	0,715	0,58	Ret
2 Çocuk	28	2,99	0,49			
3-4 Çocuk	18	3,05	0,61			
5 ve Üzeri Çocuk	2	3,19	0,03			

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş doyumunun çocuk sayısı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans(ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş doyumunun çocuk sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p=.58 > .05$). Bu doğrultuda H19 hipotezi reddedilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumunu ilişkisinin saptanması amacı ile gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda bir kamu hastanesi çalışanlarına anket uygulanmıştır.

Buna göre elde edilen sonuçlar şu şekildedir

Araştırma kapsamında oluşturulan hipotezlerin 0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel açıdan farklılığının olup olmadığı tespit edilmiştir. Bu kapsamda bir bağımlı değişkenle birden fazla bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla Regresyon Analizi yapılmıştır. İkili değişkenler için bağımsız örneklem T testi, ikiden fazla değişkenler için ise Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi yapılmıştır.

Yapılan çözümlenmeler sonucunda sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve iş doyumunu arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur ($p=.00<.05$). Başka bir deyişle; sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi arttıkça iş doyumunu azalmaktadır. Bu nedenle çalışanların tükenmişlik düzeyini arttıran faktörler tespit edilmeli ve tükenmişliği azaltacak tedbirler alınmalıdır. Yapılan çalışmalar sonucunda çalışanların tükenmişlik düzeyi azaldıkça iş doyum düzeyi artacaktır.

“Cinsiyet” değişkenine göre sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin farklılık oluşturduğu ortaya çıkmıştır ($p=.04 <.05$). Buna göre kadın sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ($\bar{x}=3,05$), erkek sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinden ($\bar{x}=2,87$) daha yüksektir. Bu doğrultuda, kadın sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin erkek sağlık çalışanlarından daha fazla olmasının nedenleri araştırılmalı ve elde edilen veriler sonucunda kadın çalışanların tükenmişliğini azaltacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır. Ayrıca araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının iş doyumunun, cinsiyet değişkeni açısından farklılık oluşturmadığı ortaya çıkmıştır ($p=.788 > .05$).

“Yaş” değişkenine göre, sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin farklılık oluşturduğu ortaya çıkmıştır ($p=.03<.05$). Analiz sonuçlarına göre 18-25 yaş grubu ($\bar{x}=3,27$) sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi diğer yaş grubundaki sağlık çalışanlarına göre, 26-30 yaş grubundaki ($\bar{x}=3,12$) çalışanların tükenmişlik düzeyinin ise 31-35 yaş grubundaki çalışanlara göre daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Ayrıca sağlık çalışanlarının iş doyumunun da yaş değişkenine göre farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ($p=.04<.05$). 36-40 yaş grubu ($\bar{x}=3,21$) ve 41 yaş ve üzerindeki ($\bar{x}=3,12$) sağlık çalışanlarının iş doyumlarının 18-25 yaş grubundaki sağlık çalışanlarına göre daha fazla olduğu görülmektedir. Genç yaş grubu sağlık çalışanlarının kuruma bağlılıklarını artırarak tükenmişlik düzeyini azaltmak ve iş doyumunu artırmak için gerekli eğitim ve oryantasyon programları düzenlenmelidir. Aynı zamanda bu yaş grubundaki çalışanların iş yükü de kademeli olarak artırılarak işlerine ve çalışma ortamına uyum sağlamaları kolaylaştırılmalıdır.

Medeni durum değişkenine göre sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin farklılık oluşturmadığı ortaya çıkmıştır ($p=.45 > .05$). Aynı şekilde sağlık çalışanlarının iş doyumunun da medeni duruma göre farklılaşmadığı ortaya çıkmıştır ($p=.778>.05$).

Çalışılan birim değişkenine göre, sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin farklılık oluşturmadığı ortaya çıkmıştır ($p=.07 > .05$). Ayrıca sağlık çalışanlarının iş doyumunun ise çalışılan birim değişkenine göre farklılık oluşturduğu ortaya çıkmıştır ($p=.03<.05$). Elde edilen sonuçlara göre laboratuvar çalışanlarının iş doyum düzeyinin ($\bar{x}=3,18$) poliklinik ve servis çalışanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Poliklinik ve servis çalışanları hasta ve yakınları ile çok fazla iletişim halindedir. Bu nedenle ilgili birimlerde çalışanların iş doyumlarının düşük olma nedenlerinin

çalışma koşullarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Dolayısıyla ilgili çalışanların iş doyumlarını artırmak için çalışma koşullarını iyileştirilmesine dair düzenlemeler yapılmalıdır.

Eğitim seviyesi değişkenine göre sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ($p=.03<.05$). Buna göre tükenmişlik düzeyinin lisans ($\bar{x}=3,06$), yüksek lisans($\bar{x}=3,08$) ve doktora ($\bar{x}=3,36$) eğitimi alan kişilerde diğer eğitim seviyesinde çalışanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde sağlık çalışanlarının iş doyumunun da eğitim seviyesine göre farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ($p=.03<.05$). Elde edilen sonuçlara göre eğitim seviyesinin artması ile birlikte sağlık çalışanlarının iş doyumunun azaldığı tespit edilmiştir. Eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin kariyer, terfi ve beklentileri de yüksektir. Bu nedenle ilgili çalışanların tükenmişlik düzeyini azaltmak ve iş doyumlarını artırmak için ihtiyaçları tespit edilmeli, beklentilerini karşılamak için gerekli ortam sağlanarak motivasyonları yükseltilmelidir.

Meslek, mesleki deneyim ve çalışma şekli değişkenlerine göre sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin ve iş doyumunun farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p >.05$).

Çocuk sayısı değişkenine göre ise sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin farklılık oluşturduğu ortaya çıkmıştır ($p=.04<.05$). Analiz sonuçlarına göre çocuğu olmayan ($\bar{x}=3,05$) ve 1 çocuğu olan ($\bar{x}=2,94$) kişilerin tükenmişlik düzeyinin daha fazla sayıda çocuğu olan çalışanlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının iş doyumunun çocuk sayısı değişkenine göre farklılık oluşturmadığı ortaya çıkmıştır ($p=.58>.05$). Çocuk sayısı fazla olan çalışanların kendilerinden çok çocuklarının beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamak için çalışmaları, motivasyonlarını artırarak tükenmişlik yaşamalarının önüne geçebilmektedir.

Çalışanların tükenmişliği etkileyen bireysel faktörlerin farkına varmasını sağlamak için gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Aynı zamanda stresle baş etme yöntemlerinin öğretilmesi de çalışanların mutlu olmasını sağlayarak iş doyumunu artıran önemli bir etkidir. Çalışanların tükenmişliğini ve iş doyumunu etkileyen bireysel faktörler ortadan kaldırılırken aynı zamanda kurumların örgütsel faktörleri de ortadan kaldırmak için gerekli önlemleri alması gerekmektedir.

Genel olarak sağlık çalışanlarının tükenmişliğini azaltmak ve iş doyumunu artırmak için çalışma koşullarını iyileştirmek, gerekli eğitimleri planlamak, hasta ve yakınları ile karşılaşılabilecek problemlerin önüne geçmek ve çalışanların ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak alınabilecek önlemlerdendir (Sürgevil, 2006). Bu önlemlerin alınması ile çalışanların tükenmişlik düzeyinin azalması, mutluluğu ve aynı doğrultuda iş doyumunu artacağından belirtilen çalışmalar hem sağlık çalışanları hem de hastaneler açısından oldukça önemlidir.

KAYNAKÇA

Adekola, B. (2010). Gender Differences In The Experience Of Work Burnout Among University Staff. **African Journal Of Business Management**, 4(6), 886-889.

Adriaenssens, J., De Gucht, V., and Maes, S. (2015). Determinants and Prevalence of Burnout In Emergency Nurses: A Systematic Review Of 25 Years Of Research. **International Journal of Nursing Studies**, 52(2), 649–661.

Al Hamdan, Z., Manojlovich, M., and Tanima, B. (2017). Jordanian Nursing Work Environments, Intent to Stay, And Job Satisfaction. **Journal Of Nursing Scholarship**, 49, 103–110.

- Al Sabei, S., Leodora, J., Ross, A.M., Karkada, S., Albashayren, A., Al Masroori, F., & Al Hashmi, N. (2019). Nursing Work Environment, Turnover Intention, Job Burnout, And Quality Of Care: The Moderating Role Of Job Satisfaction Doi:10.1111/Jnu.12528
- Al Turki, H.A. (2010). Saudi Arabian Nurses Are They Prone To Burnout Syndrome? **Saudi Med. Journal**, 31 (3), 313–316.
- Alarcon, G., Eschleman, K.J., and Bowling, N.A. (2009). Relationships Between Personality Variables and Burnout A Meta-Analysis. *Work Stress*.23 (3), 244–263.
- Ardıç, K., ve Polatçı, S. (2009). Tükenmişlik Sendromu ve Madalyonun Öbür Yüzü: İşle Bütünleşme. **Erciyes Üniversitesi İİBF Dergisi**, (32), Ss. 21-46.
- Asad, N., ve Khan, S. (2003). Relationship Between Job-Stress And Burnout: Organizational Support And Creativity As Predictor Variables. **Pakistan Journal of Psychological Research**, 18, 139- 149.
- Aslan, Z., ve Etyemez, S. (2015). İşgörenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkisi: Hatay'daki Otel İşletmelerinde Bir Uygulama. **Journal of Business Reaserch Turk**, 7(3), 482-507.
- Ayala, E., and Carnero, A.M.(2013). Determinants of Burnout in Acute and Critical Care Military Nursing Personnel: *A Cross-Sectional Study From Peru*, 8 (1).
- Biason, R.S. (2020). The Effect of Job Satisfaction on Employee Retention, **İnternational Journal of Economics, Commerce and Management**, 8(3), sy.407.
- Bilge, F. (2006). Examining The Burnout Of Academics In Relation To Job Satisfaction And Other Factors. **Society for Personality Research**. 34 (9), 1151–1160.
- Bilgili, F., Salış, F. ve Özdemir, S. (2010). Sağlık Çalışanlarının İş Doyumunu Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi, **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, 13(2): 28.
- Burke, R.J., and Greenglass, ER. (2001). Hospital Restructuring, Work-Family Conflict and Psychological Burnout Among Nursing Staff. *Psychol. Health*. In Press. Web: https://www.researchgate.net/publication/229159091_Hospital_restructuring_work-family_conflict_and_burnout_among_nursing_staff adresinden 15.03.2020'de alınmıştır.
- Cingöz, A. (2019). Örgütsel Davranış Tutumlar, İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık, Atatürk Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi, Erzurum : 76-96.
- Chimanikire, P., Mutandwa, E., Gadzirayi, C.T., Muzondo, N., and Mutandwa, B. (2007). Factors Affecting Job Satisfaction Among Academic Professionals in Tertiary İnstitutions in Zimbabwe, **African. Journal of Business Management**, 1(6), 166-175: 168.
- Choi, S.L., Goh, C.F., Adam, M.B.H., and Tan, O.K. (2016). Transformational Leadership, Empowerment, and Job Satisfaction: The Mediating Role of Employee Empowerment, **Human Resources for Health**. 14(73).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- Çimen, M. ve Şahin, İ. (2000). Bir Kurumda Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyinin Belirlenmesi, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 5(4): 55.
- Delobelle, P., Rawlinson, J. L., Ntuli, S., Malatsi, I., Decock, R., and Depoorter, A. M. (2011). Job Satisfaction and Turnover Intent of Primary Healthcare Nurses In Rural South Africa: A Questionnaire Survey. **Journal of Advanced Nursing**. 67, 371–383. Doi. Org/10.1111/J.1365- 2648.2010.05496.X
- Eğinli, A.T. (2009). Çalışanlarda İş Doyumu: Kamu ve Özel Sektör Çalışanlarının İş Doyumuna Yönelik Bir Araştırma, **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, 23(3):35-47.
- Ergin, C. (1992). **Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması**. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 143-154.
- Fornes-Vives, J., Garcı'A-Banda, G., Frı'As-Navarro, D., Hermoso-Rodrı'Guez, E., and Santos-Abaunza, P. (2012). Stress and Neuroticism In Spanish Nursing Students: A Two-Wave Longitudinal Study. **Res. Nurs. Health**. 35 (6), 589–597.
- Gil-Monte, P.R. (2008). Magnitude of Relationship Between Burnout And Absenteeism: A Preliminary Study. **Psychological Reports**. 102, 465–468.
- Hassoy, D. ve Özvurmaz, S. (2019). Bir Devlet Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler, **Hemşirelik Bilim Dergisi**, 2(3), 27-32: 28.
- Hoboubi, N., Choobineh, A., Ghanavati, F.K., Keshavarzi, S. and Hosseini, A. A. (2017). The İmpcat of Job Satisfaction on Workforce Productivity in an Iranian Petrochemical Industry, Safety and Health at Work, 67-71.
- Keser, A. (2009). **"Tükenmişlik Sendomu."** Keser, A., Yılmaz, G., Yürür, S. (Dü) İçinde, Çalışma Yaşamında Davranış. Kocaeli Üniversitesi. Umuttepe Yayınları, Kocaeli: 463-478.
- Kılıç, T., ve Aytemiz Seymen, O. (2011). Sağlık Sektöründe,Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörlerin Analizi ve Bir Araştırma. **Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi**. 16:47-67.
- Luthans F. (2007). *Organizational Behavior An Evidence-Based Approach*, Twelfth Edition, New York.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., and Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. **Annual Review of Psychology**, 52, 397Y422.
- Mccormick, J., and Barnett, K. (2011). Teachers' Attributions for Stress and Their Relationships With Burnout. **International Journal of Educational Management**, 25(3), 278-293.
- Nadinloyi, K.B., Sadeh, H. and Hajloo, N. (2013). Relationship Between Job Satisfaction and Employees Mental Health, **Procedia-Social and Behaviorel Science**, 84, 293-297.
- Nakıp, M. (2004). **"Pazarlama Araştırmalarına Giriş: SPSS Destekli"**. Seçkin Yayıncılık: Ankara

- Naruse, T., Taguchi, A., Kuwahara, Y., Nagata, S., Watai, I., and Murashima, S. (2012). Relationship Between Perceived Time Pressure During Visits And Burnout Among Home Visiting Nurses In Japan. **Jpn. J. Nurs. Sci.** 9 (2), 185–194.
- Oshagbemi, T. (2003). Personal Correlates of Job Satisfaction: Empirical Evidence From UK universities, **International Journal of Social Economics**, 30(12), 1210-1232.
- Özaydın, M.M ve Özdemir, Ö. (2014). Çalışanların Bireysel Özelliklerinin İş tatmini Üzerindeki Etkileri: Bir Kamu Bankası Örneği, **İşletme Araştırmaları Dergisi**, 6(1): 251-281.
- Özkalp, E. (2019). Örgütsel Davranış, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını, Eskişehir : 75
- Pines, A. (2002). Psychoanalytic-Existential Approach To Burnout: Demonstrated In The Cases Of A Nurse, A Teacher, And A Manager. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, 39(1) 103-113.
- Polatçı S., Karaca, M., ve Bayram, A. (2018). The Effects Of Leader Member Exchange Onburnout And Job Satisfaction: A Researchon Teachers, "İş, Güç" **Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, 20(3), 87-103.
- Poon, J. M. L. (2004). Effects of performance appraisal politics on job satisfaction and turnover intention. *Personnel Review*, 33(3), 322–334. doi:10.1108/00483480410528850
- Potter, B.(1995). Preventing Job Burnout Transforming Work Pres-sures into Productivity, Thomson C risp Learning, California.
- Schultz, D.P. and Schultz, S.E. (1998). Psychology and Industry Today: An Introduction to Industrial and Organizational Psychology. New York: Macmillan Publishing Company.
- Sevimli, F. ve İşcan, Ö.F. (2005). Bireysel ve İş Ortamına Ait Etkenler Açısından İş Doyumu, *Ege Akademik Bakış Dergisi*, (5) 1: 55-64.
- Shimizutani, M., Odagiri, Y., Ohya, Y., Shimomitsu, T., Kristensen, T.S., and Maruta, T. (2008). Relationship of Nurse Burnout With Personality Characteristics And Coping Behaviors. **Ind. Health** 46, 326–335.
- Shimomitsu, T., Ohya, Y., and Odagiri, Y. (2003). Burnout and Associated Job Stress Among Japanese Hospital Nurses. **Journal of Psychosomatic Research**. 55(2):150.
- Sundin, L., Hochwa"lder, J., Bildt, C., and Lisspers, J. (2006). The Relationship Between Different Work-Related Sources Of Social Support and Burnout Among Registered And Assistant Nurses In Sweden: A Questionnaire Survey. **International Journal of Nursing Studies**. 44 (5), 758–769.
- Sürgevil, O. (2006). "Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu. Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri", Ankara: Nobel Yayınları.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- Teng, C.I., Shyu, Y.I., and Chiou, W.K. (2010). Interactive Effects of Nurse-Experienced Time Pressure And Burnout on Patient Safety: A Cross-Sectional Survey. **International Journal of Nursing Studies** 47:1442–1450.
- Tucker, S.J., Weymiller, A.J., Cutshall, S.M., Rhudy, L.M., and Lohse, C.M. (2012). Stress Ratings and Health Promotion Practices Among Rns. A Case For Action. **International Journal of Nursing Studies**. 42 (5), 282–292.
- Uğurlu, A.T., and Usta, H.G. (2016). Demografik Özellikler ve Tutumun Tükenmişlik Üzerine Yordayıcılık Etkisi. **Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**.16(1). 305-318
- Uzlu, Z.K., Yayla, A.C., Gümüş, K., and Khaghanyrad, E. (2017). Comparison of Nurses in Two Different Cultures: Who Experiences More Burnout. **Journal of Perianesthesia Nursing**. 32(3). 238-244.
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M., Van Heusden, D., and Clarke, S. P. (2013). The Relationship Between Nurse Practice Environment, Nurse Work Characteristics, Burnout And Job Outcome And Quality Of Nursing Care: A Crosssectional Survey. **International Journal Of Nursing Studies**., 50, 1667–1677.
- Yelboğa, A. (2009). Validity and Reliability of the Turkish Version of the Job Satisfaction Survey (JSS). **World Applied Sciences Journal**. 6(8), 1066-1072.

**SAĞLIK BAKANLIĞI ÖRGÜTSEL YAPISINDA YAŞANAN DEĞİŞİMLER:
181, 663 VE 694 SAYILI KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMELER EKSENİNDE
YAŞANAN BU DEĞİŞİMLERİN İRDELENMESİ**

**THE CHANGES IN THE ORGANIZATIONAL STRUCTURE OF THE
MINISTRY OF HEALTH: EXPERIENCED MADE US EXAMİNE IN THE AXIS 181,
663 AND 694 OF THE STATUTORY DECREE NO.**

Arş. Gör. İzzet AYDEMİR

Bingöl Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü
izzetaydemir1982@gmail.com , orcid.org/0000-0003-4222-2659

Makale Gönderim- Kabul Tarihi (27.05.2020-20.07.2020)

Özet

Küreselleşme ve küreselleşmenin getirdiği özerkleşme ve piyasa güdümlü hizmet anlayışı örgütsel yapı ve hizmet sunumu üzerinde etkili olmuştur. Özellikle 1980'li yıllarından sonra Türkiye'de Sağlık Bakanlığı merkezi ve taşra örgüt yapısı, hizmet sunumu ve istihdam modelleri gibi uygulamalarda bir arayış içinde olmuştur. Bu arayış çabaları genellikle Kanun Hükmünde Kararname ile uygulama alanı bulmuştur. Ancak KHK ile yapılan düzenlemeler normal kanunlar gibi bir süreç izlemekte ve Bakanların alacağı kararla bir anlık ihtiyaçtan dolayı uygulamaya konmaktadır. Bu bakımdan yapılan uygulamalar derinlemesine düşünülmeden hayata geçirilerek birtakım olumsuzluklara neden olabilmektedir. Buradan hareketle çalışmada, Sağlık Bakanlığı'nın görev ve örgütsel yapılanmasının merkezi ve yerel düzeyde 181, 663 ve 694 sayılı kararnameler ışığında yaşanan değişim ve dönüşümler, önemli görülen bazı maddeler ışığında irdelemesi amaçlanmıştır. Çalışmada kararnamelerin uygulanmasıyla meydana gelen sorun ve kazanımlar, olası eleştiriler ve süreçte yaşanan değişimler ile gelinen son noktaya ışık tutularak otoritelere öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Değişim, kararname, küreselleşme, örgütsel yapı, Sağlık Bakanlığı

Abstract

Globalization and the autonomy brought by it, and market-driven service concept have had an impact on organizational structure and service delivery. Particularly, after 1980s, in Turkey, it has been in search of applications such as the central and provincial organizational structure of the Ministry of Health, and service delivery and employment models in public services. However, these such efforts found application areas with the Statutory Decree. However, these such efforts found application areas with the Statutory Decree. However, the regulations made with the Decree Law do not follow a process like normal laws and are put into practice due to a momentary need with the decision of the Ministers. In this regard, applications can be implemented without thinking deeply and cause some problems. Therewith, in this study, the changes and transformations occurring at central and local level of the task and organizational structure in the Ministry of Health has been examined in the light of the decrees (181, 663, and 694 No. decrees). Consequently, the study has shed light over the problems and gains brought about by the application of the decrees, possible criticisms, the changes experienced in the process, and the last point reached in this regard.

Key Words: Change, decree, globalization, organizational structure, Ministry of Health

GİRİŞ

Dünyada yaşanan sosyo-politik ve sosyo-ekonomik değişimler özellikle 1980’li yıllarda küresel, ulusal ve bölgesel anlamda reform gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Her alanda olduğu gibi sağlık sistemleri ve sağlık yönetimi özelinde de reform ve değişme ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Yurt içinde ve yurt dışın meydana gelen bu değişimler ve reformlar sağlık alanında etkisini belirgin biçimde hissettirmiştir. Kaynakların verimli kullanılmadığı düşüncesi, kaynak yetersizliği, sağlık hizmetleri sunumunda kısmi gelir elde etme eğilimleri, hizmetlerin daha etkin ve ihtiyaca göre kullanımı gibi olgular merkezkaç bir Sağlık Bakanlığı örgütlenmesini doğurmuştur. Bu örgütlenme biçimi bir bakıma Bakanlığın görev tanımını ve etkililik alanını yeniden şekillendirmiştir.

Özellikle 1980’li yıllarda içsel ve dışsal güç unsurları tarafından dayatılan yapısal uyum ve istikrar politikalar, gelişmekte olan ülkelerin sağlık harcamaları ve buna ilişkin politika yapılanmasını gerekli kılmıştır. Sağlık sektörü projelerine doğrudan kredi sağlayan Dünya Bankası piyasa yönelimli sağlık politikalarının oluşmasında birincil rol oynamıştır (Tatar, 1997: 80). Piyasa güdümlü ve özzerkleşme anlayışıyla sağlık politikalarını biçimlendiren Türkiye, bu doğrultuda yeni bir sürece girmiştir. Devletin sağlık hizmetleri sunumundaki öncelikli rolü hizmetin düzenlenmesi ve planlanmasına doğru evrilmiştir. Özel sektörün sağlık hizmetlerindeki rolü artmış (Yıldırım, 2013: 10), kamu sağlık hizmetleri özel sektör pratikleriyle yeniden ele alınmıştır.

Dünyada, kamu yönetiminde egemen olan geleneksel anlayış özellikle 1980’lerin sonu ile 1990’ların başında yerini yeni kamu yönetimi anlayışına bırakmaya başlamıştır. Müdahaleci, düzenleyici ve dağıtıcı misyonları üstlenen Geleneksel Kamu Yönetimi (GKY) devlet anlayışının 1970 ve 1980’lerde etkinliğinin kaybetmesi sonucu Yeni Kamu Yönetimi (YKY) anlayışı doğmuştur (Lamba, 2014). Özellikle bürokratik ve verimsizlik varsayımlarıyla desteklenen GKY; daha etkin, sonuç odaklı ve kaynak kullanımında disiplini önceleyen özel işletmecilik pratiklerini içeren YKY anlayışını hızlandırmıştır (Hughes, 2014: 27,32,39). YKY anlayışı, özel sektörün piyasada daha aktif hale gelmesi, küreselleşme çabaları ve insanların bilinçlenmesi sonucu, yaşanan algısal değişimleri daha fazla uygulanmasını sağlamıştır. YKY yaklaşımında özünde kamu hizmetlerinin işletmecilik mantığıyla yerine getirilmesi, piyasa temelli kamu yönetimi ve girişimci yönetim mantığı yatmaktadır (Christensen ve Legreid, 2002: 19).

Tüm bu değişimlerin Türkiye’de de yaşanması kaçınılmaz olmuştur. Özellikle sağlık alanında 1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda yapılan revizyonlar, bu değişim ve dönüşümü Yeni Kamu Yönetimi (YKY) anlayışını destekler niteliktedir. Kanun, sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sağlık kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları arasında koordinasyon ve işbirliğine dayalı olarak yerine getirilir şartını koyarak devletin öncelikli rolü olan sağlık hizmetleri sunumunda yeni paydaşlara sorumluluk yüklemiştir. Aynı yıl Dünya Bankası’nın yayımladığı “Health Financing in Developing Countries: An Agenda for Reform” (Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Finansmanı: Reform Gündemi) adlı raporda sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların üstesinden gelebilmek için özellikle gelişmekte olan ülkelerin birtakım yöntemleri benimsemeleri gerekliliği üzerinde durarak devlet mekanizmasının sağlık hizmetleri sunumuna yönelik rolünü yeniden tanımlamıştır. Bu yöntemler; (1) kullanıcı katkılarının hayata geçirilmesi, (2) özel sektör sağlık hizmet sunumunu teşvik etmek ve (3) kamu sağlık hizmetlerinin yerleştirilmesi yaklaşımlarıdır (Dünya Bankası, 1987: 4). Diğer taraftan her beş yılda bir yayımlanan kalkınma planlarından 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı, “Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporunda” sağlık sisteminin yapılanmasında devlet ve özel sektör arasındaki görev paylaşımının belli esaslara bağlanmasını vurgulayarak Bakanlığın bu bağlamda planlayan, denetleyen ve koordine eden bir misyonu üstlenmesini, bu doğrultuda tedavi edici hizmetlerin özel sağlık tesislerince yerine

getirilmesini ve kamu hastanelerinin özzerleştirilmesi önerilerini gündeme getirmiştir (Devlet Planlama Teşkilatı, 2001).

Dünyada 1980’li yıllarda hız kazanan bu değişim ve dönüşüm çalışmaları Türkiye’de sağlık alanında köklü olarak ancak 2000’li yılların başında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında gerçek anlamda işlerlik kazanmıştır. Aslında hastanelerin özzerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi ve hizmetin piyasa benzeri regülatörlerle uygulanması fikri, 2000’li yıllarından sonra Sağlık Bakanlığı uygulamalarından çok 1990’lı yılları hükümetlerinin programında yer alan bir değişim ve dönüşüm düşüncesidir (Akdağ, 2012). Bu açıdan bakıldığında Türkiye’de sağlık politikalarında yaşanan bu değişim ve dönüşüm serüveni 20. yüzyılın son çeyreğinde ve 21. yüzyılın ilk çeyreğinde varlık alanı bulan sağlık politikası etki mekanizmalarının ortak bir fikri inşasının yansımalarını olası kılmaktadır. SDP’nin temel hedef ve ilkeleri ile uygulamalarının sağlık kurumları örgütsel yapısı ve hizmet sunumu üzerinde etkili olmuştur. Değişimle özzerkleşme ve piyasa güdümlü bir hizmet anlayışı tetiklenerek parçalı, güvencesiz ve farklı yapıda istihdam uygulamalarını doğurmuştur. Özel sektörde büyüme, hizmetlerin satın alınmasında taşeronlaşma, performansla dayalı ödeme biçimi ve farklı yerel modeller yoluyla hizmetlerin yerelleşmesine neden olmuştur (Çakıroğlu Ve Seren, 2016).

Bilindiği üzere KHK’lar yürütme organınca çıkarılır. Türkiye’de 1982 Anayasası’nın 87. maddesi ile “Bakanlar Kuruluna belli konularda kanun hükmünde kararname çıkarma yetkisi vermek” TBMM’nin görev ve yetkileri arasında sayılmıştır. Bu bakımdan Kanun teklifi meclise sunulmaz, tüm tarafların görüşü alınmaksızın uygulamaya geçirilir. Yani çok sesliliğin değil tek sesliliğin ürünü olarak varlık göstermektedir. Çok sesliliği ifade eden ekip çalışması anlayışı her zaman için daha az hata olasılığını doğurur. Tarihsel arka planına bakıldığında Sağlık Bakanlığı örgütlenme biçiminin daha çok KHK’lar ile yapılarak parlamentonun etkisi azaltmaya çalışılmıştır. Bu nedenledir ki belli dönemlerde örgütsel revizyonun gerekliliği kaçınılmaz olmuştur. Bunu en son 2011 yılında çıkarılan 663 ve 2017 de çıkarılan 694 sayılı KHK’larda net olarak görebilmekteyiz. Bu durum Bakanlığın gerçekten örgütlenme noktasında kurumsallaşma sorununu yaşadığı görüşünü desteklemektedir. Bu noktada kurumsallaşmaya gidilecek yol toplumun görüş ve önerilerini yansıtan meclisteki tüm partilerin katılımlarını önceleyen geniş bir mutabakatla kanun kapsamında Bakanlığın örgütsel yapılanmasının belirlenmesi dikkate değerdir. Aksi takdirde seçilmiş hükümetlerin keyfi ya da konjonktürel olarak ele alınacak olan sağlık düzenlemeleri, öngörülemez olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığı’nın örgütlenmesi kanunlardan çok KHK’lar ile zemin bulmuştur. Bakanlığın örgütlenmesinde ve görev tanımında yaşanan değişimleri daha iyi yorumlanması ve anlaşılması için 181, 663 ve 694 sayılı KHK’ların bazı maddelerini karşılaştırmada yarar vardır. Söz konusu KHK’lar Sağlık Bakanlığı’nın yapı ve işlevini belirlemeye yönelik temel çerçeve sunmuşlardır. Bu çerçeve çalışmanın temel dayanağını oluşturmaktadır.

Çalışmada, Sağlık Bakanlığı’nın görev ve örgütsel yapılanmasının merkezi ve yerel düzeyde 181, 663 ve 694 sayılı KHK’lar ışığında yaşanan değişim ve dönüşümler, kararnamelerin önemli görülen bazı maddeleri üzerinden irdelenmiştir. Çalışma, sağlık politikasında karar verme mekanizmalarının niyetlerini, kararnamelerin uygulanmasıyla meydana gelen sorun ve kazanımları, olası eleştiriler ile süreçte yaşanan değişimlere ve sağlık politikasına ilişkin düşünsel arka planının geldiği noktaya ışık tutması bakımından önem taşımaktadır. Bu çalışmayla, sağlık alanında yapılan düzenlemelerde KHK’ların neden uygulanmış olabileceği, düzenlemelerin KHK’lar ile yapılmasının olası sorunları, daha uzun soluklu yasaların gerekliliği ve dönüşüm sonrası KHK’ların özzerleştirme ve piyasalaşmaya olan etkisi irdelenmiştir.

1. SAĞLIK BAKANLIĞI MERKEZ VE TAŞRA ÖRGÜTLENMESİNDE YAŞANAN DEĞİŞİMLER: DÜNDEN BU GÜNE NE DEĞİŞTİ

Türkiye sağlık sisteminin çeşitli kanun ve diğer mevzuatlarla sürekli değiştiği bir gerçektir. Fakat en önemli değişimler KHK'lar ile yapılmıştır. Özellikle 663 sayılı KHK ile yapılan değişimler, daha önce Bakanlığın örgütlenme yapısı ve hizmet sunum şeklini ortaya koyan 181 sayılı KHK'dan farklı bir bakış açısı ortaya koyarak hizmet sunum süreçlerinde yerleşme ile uyumlu bir örgütlenme modelini ortaya koymuştur. Ancak 2016 yılından sonra yaşanan yapısal ve siyasal sorunlardan sonra birçok alanda köklü değişikliklere gidilerek 663 sayılı KHK üzerinden birçok düzenlemelere gidilmiş ve 694 sayılı KHK ile Bakanlık, hizmet sunum ve örgütlenme yapısı bakımından 181 sayılı KHK ile örtüşen regülasyonlara gitmiştir. KHK'lar ile yapılan düzenlemelerle Bakanlığın örgütlenme, hizmet sunumu, performans, istihdam rejimi gibi birçok alanda değişimler amaçlanmıştır. Bu değişimler aşağıda ayrıntılı tartışılmıştır.

1.1. Yönetim ve Örgütlenmeyle İlgili Değişimler

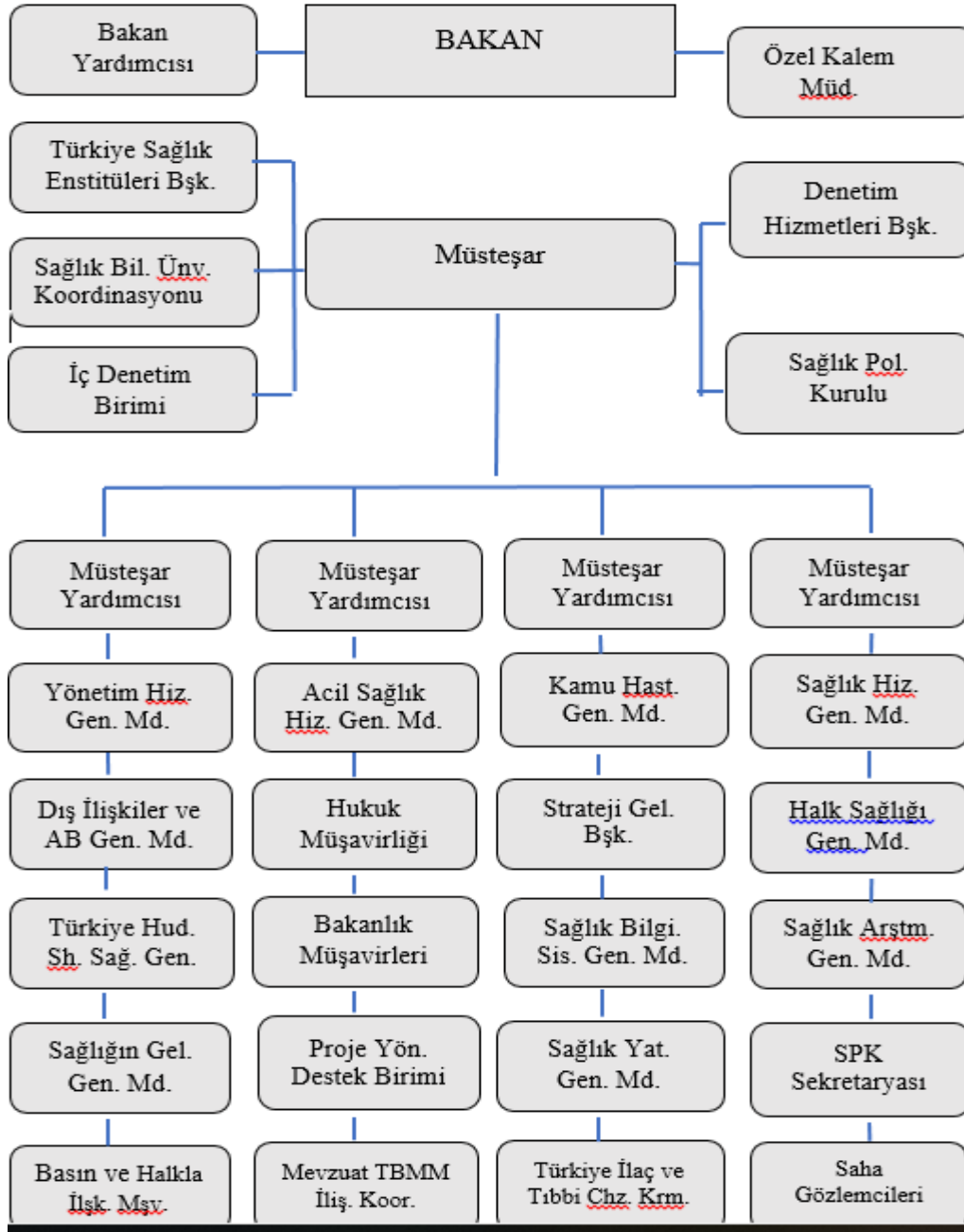
Örgütsel yapı kişiler, birimler ve fonksiyonlar arası işleyişi göstermesi bakımından önem taşımaktadır. Örgütlenme biçiminin hiyerarşik, yatay ya da matris yapıda olması karar almayı ve örgütsel performansı önemli ölçüde etkilemektedir. Bu bakımdan örgütsel yapının amaçların başarılmasında araçsal bir rol üstlendiğini belirtmek yerinde olacaktır. Yıldırım'ın (2014) da belirttiği gibi örgüt içinde yetki, statü, hiyerarşik ilişkiler ve görev kalıpları ile işlemlerin tasarımı gibi değişkenler sistemin sürdürülebilirliği noktasında önem taşımaktadır. Kaluzny vd. (1982) örgütsel yapının örgüt içinde karşılıklı ilişkilerin eşgüdümlemesinde, örgütsel etkinlik ve kaynak kullanımında verimliliğin sağlanması ve değişen çevreye uyum becerilerinin geliştirilmesinde önemli olduğunu vurgulamışlar. Dolayısıyla herhangi bir alana ilişkin örgüt mekanizmasının oluşum süreci, bağlantıları, değişim arz eden kritik noktalar tüm hizmet süreçlerinde değişimleri meydana getirecektir.

Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenmesine yönelik düzenlemeler 1920'li yıllara kadar gitmekle beraber ilk kapsamlı düzenleme 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu ile yapılmıştır. 3017 sayılı Kanunu'nda, Bakanlığın dikey, hiyerarşik ve basit bir örgütlenme yapısına sahip olduğu görülmektedir. Daha sonra 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı KHK, 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı KHK ve en son 2017 yılında çıkarılan 694 sayılı ve devamındaki KHK'lar ile örgütlenme yapısı geniş ölçekte pratik bulmuştur. 694 sayılı KHK sadece Sağlık Bakanlığı özelinde değil diğer Bakanlıklar ve birimlerine yönelik çıkarılan genel bir kararnamedir. Fakat Sağlık Bakanlığı örgütsel yapılanması üzerinde önemli değişiklikler yaratmıştır.

181 sayılı KHK'nın amaç bölümünde toplumun "sağlıklı olma" halinin geliştirilip sürdürülmesi, ülkenin sağlık koşullarını düzeltmek, sağlık risk faktörleri ile mücadele etmek, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini sağlamak gibi uygulamalar Sağlık Bakanlığı'nın temel görevleri olarak kabul edilmiştir. 663 sayılı KHK'nın amaç bölümünde ise Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının örgütlenme, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektir şeklinde değiştirilerek sağlığın tanımı ve sağlık hizmetleriyle ilgili yapılması gerekenlerden ziyade, Bakanlık merkezi ve bağlı kuruluşlarının örgütsel yapısının içeriğinden bahsedilmektedir. 181 sayılı KHK döneminde (1983-2011) Bakanlık'ta sağlık hizmeti sunan birimler, genel müdürlük ve daire başkanlığı şeklinde ve çok parçalı bir yapıda "ana hizmet birimleri" altında örgütlenmiştir. Hizmetlerin sunumunda herhangi bir ayrıma gidilmemiştir (Lamba vd., 2014: 64). Bu dönemde Bakanlık örgütlenme yapısının merkezi örgütlenme, taşra örgütlenmesi ve bağlı kuruluşlardan meydana gelmesi, Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenme biçiminin hizmet sunumu noktasında merkeziyetçi ve bürokratik bir karakter kazandığını (Aktel vd., 2013: 35) göstermektedir.

181 sayılı KHK'nın yapısal anatomik fonksiyonları olan bağlı kuruluşlar, hizmet birimleri ve yardımcı hizmet birimlerinden oluşan örgütlenme yapısı, 663 sayılı KHK ile bağlı kuruluşlar, Sağlık Politikaları Kurulu ve hizmet birimleri şekline dönüştürülerek hizmet sunma, politika belirleme, denetleme, kontrol, izleme ve planlamaya yönelik hizmetler arasında bir ayrıma gidilmiştir. Daha önce Sağlık Bakanlığı ana hizmet birimleri ve taşradaki müdürlükler tarafından yerine getirilen hizmet üretme ve sunumu işlevi, yeni yapılanmayla bağlı kuruluşlar aracılığı ile yerine getirilmektedir (Sevinç ve Özer, 2016: 1709). Ancak bağlı kuruluşlarda yer alan birimler de sonraki KHK'lar ile kaldırılmıştır. Örneğin 181 sayılı KHK'da tanımlanan bağlı kuruluşlar Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ve Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlıklarından oluşmuştur. Bu kararnamede yer alan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Genel Müdürlüğü, Sıtma Savaşı Daire Başkanlığı, Verem Savaş Daire Başkanlığı, Kanseri Savaş Daire Başkanlığı 663 sayılı KHK ile yeni örgüt şemasında yer almaktan çıkarılmıştır. Benzer şekilde yeni örgüt modeline bağlı kuruluşların yanı sıra Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Strateji Geliştirme Başkanlığı ve Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü gibi ana hizmet birimleri de eklenmiştir.

663 sayılı KHK ile birlikte Bakanlığın merkezi örgütlenmesinde yer alan bağlı kuruluşların sayısı artırılmıştır. Bakanlığa bağlı özel bütçeli ve kamu tüzel kişiliğine haiz Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ile kendilerine özel bütçe tahsis edilmemiş ve kamu tüzel kişiliğinden yoksun Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun (TKHK) oluşturulması öngörülmüştür. Bu yeni yapılanmayla ilgili meydana gelen tüzel kişilik sorunu yetki ve sorumluluklar bakımından sorunsal bir zemine neden olmuştur. Aktel vd. (2013) bu durumun idare hukuku açısından Bakanlık ile tüzel kişiliği olan bağlı kuruluşları arasında hiyerarşik bir örgütlenme modelini; tüzel kişiliğe haiz olan bağlı kuruluşlarla da vesayet ilişkisini doğurduğunu belirtmişlerdir. 663 sayılı KHK ile bağlı kuruluşlar sağlık hizmetlerinin sunulmasına yönelik kurumlar şeklinde yapılanmıştır. Hizmet birimleri ise eski yapıda yer alan hastalık odaklı daire başkanlıkları yerine sağlıkta standart belirleme, izleme, değerlendirme, denetim ve planlamaya yönelik daha işlevsel birimlere dönüştürülmüşlerdir (Lamba vd., 2014: 67). 694 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı, gerek merkezi gerekse de taşra bakımından örgütlenme değişikliğine gitmiştir. Merkezi örgütlenme bakımından 181 sayılı KHK'ya benzer bir model ile sağlıkta "tek çatı" dönemine geçilmiştir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştiren TKHK ile koruyucu ve temel sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştiren THSK başkanlık düzeyinden genel müdürlük seviyesine indirilerek Sağlık Bakanlığı merkezi örgütsel yapısında Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü birimleri haline getirildi (694 sayılı KHK, m. 184). Her iki müdürlük kendi görev alanlarıyla ilgili Bakanlığın plan ve politikalarına uygun hizmetleri yerine getirir konumuna getirildiler. 663 sayılı KHK ile Bakanlığın bağlı kuruluşları arasında yer alan Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü 694 sayılı KHK ile merkez ve taşra örgütlenmesinden oluşmuş, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ise Bakanlığın merkez örgütlenmesi içinde yer almıştır (Şekil 1). Ayrıca 694 sayılı KHK ile merkezi örgütlenme teşkilatına ilk defa, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile İlişkilerin Koordinasyon Birimi eklenmiştir (694 sayılı KHK madde 194).

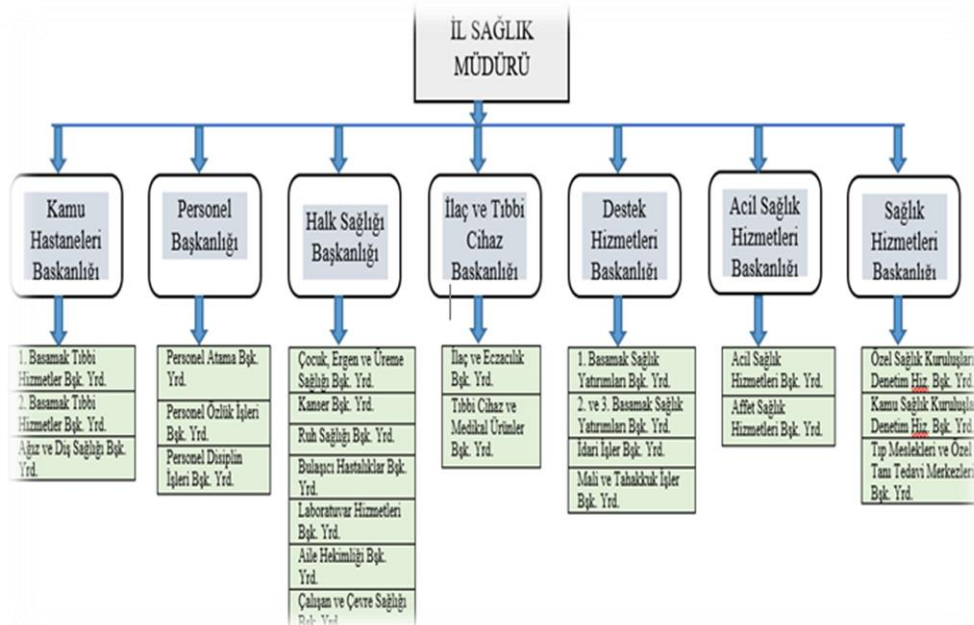


Şekil 1: 694 Sayılı KHK Sonrası Sağlık Bakanlığı Örgütsel Yapısı
Kaynak: [https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html]

181 sayılı KHK'da Sağlık Bakanlığı'nın taşra örgütlenmesinin esası İl Sağlık Müdürlükleri ve İlçe Sağlık Grup Başkanlığından oluşan bir yapı biçimindeydi (Aktel vd., 2013: 37). İl Sağlık Müdürlüğü Vali'nin hiyerarşik sorumluluğu altında olup yasal düzenlemelerle Bakanlıkça verilmiş olan görev ve sorumlulukları, hizmet bölgelerinde yerine getirmekle sorumlu tutulmuştur. 181 sayılı KHK kapsamında ildeki sağlık kuruluşları İl Sağlık Müdürlüğü hiyerarşinde yapılanmıştır. İl Sağlık Müdürlükleri illerde verilen sağlık hizmetlerinin denetimlerinden sorumlu tutulmuştur (Sevinç ve Özer, 2016: 1709). Sağlık Bakanlığı'nın il örgütlenmesine bağlı olarak ilçelerde Kaymakamlığın

hiyerarşisi altında İlçe Sağlık Grup Başkanlıkları oluşturulmuştur (Aktel vd., 2013: 38-39). 181 sayılı KHK kapsamında Sağlık Bakanlığı taşra örgütlenmesi, bu yapısı gereği birtakım sorun alanlarını teşkil etmiştir. Hizmeti üretim ve sunum birimlerinin aynı olduğu merkezîyetçi yapı gerek Bakanlık gerekse de İl Sağlık Müdürlüğü düzeyinde önemli bir iş yüküne neden olmuştur. İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı arasındaki iletişimin Valiler aracılığıyla yürütülmesi merkez ile taşra örgütlenmesi iletişim sürecini güçleştirmekteydi. Merkezîyetçi yapısı nedeniyle Sağlık Müdürlükleri aktif ve hızlı bir karar alma sürecini oluşturamamıştır. İl Sağlık Müdürlüğü denetimi altında örgütlenen birimlerin sayıca fazlalığı ve çeşitliliği, koordinasyon ve yönetim açısından sorunların yaşanmasına neden olmuştur (Balcı, 2005: 87).

İl Sağlık Müdürlüğü, 663 sayılı karamamenin öngördüğü yeni yapılanmayla Bakanlığın bağlı kuruluşları ile il örgütlenmesinin koordinasyonunu yapmakla ve bu birimlerin uyumlu çalışmalarını gözetlemekle görevlendirilmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü hem 181 sayılı HKH hem de 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın taşra örgütlenmesi olarak görülmektedir. İl Sağlık Müdürlükleri 663 sayılı KHK öncesi geniş faaliyet yapılanmasına sahipken yeni yapılanmayla faaliyet alanı ve örgütlenme alanı daraltılmıştır. İl Sağlık Müdürlüğü'nün yeni yapısı Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne devredilenlerin dışında kalan birimlerle faaliyet alanı bulmuştur (Aktel vd., 2013: 48). Mevcut taşra yapısının küçültülmesi, taşradaki sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve başkent örgütlenmesinde il durumunun rapor edilmesi gibi yeni görev alanları belirlenmiştir (Aktel vd., 2013: 55). Ayrıca İl Sağlık Müdürlüğü taşrada acil sağlık hizmetlerinin sürdürülmesinde tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sevk ve idaresinden de sorumlu tutulmuştur (663 sayılı KHK, m. 25). 694 sayılı KHK ile illerde sağlık alanında en yetkili kişi İl Sağlık Müdürleri olmuştur (694 sayılı KHK, m 187). Ayrıca il ve ilçelerde sağlık müdürünün tabip olması zorunlu tutulmuştur. 694 sayılı KHK ile İl Sağlık Müdürlüğü örgütlenmesinde gerek görülmesi halinde "halk sağlığı, kamu hastaneleri, ilaç ve tıbbi cihaz, sağlık ve acil sağlık hizmetleri ile personel ve destek hizmetlerini yürütmek üzere başkanlıklar kurulabilecek" hükmü getirilerek sağlık müdürlüklerine geniş yetkiler verilmiştir (Şekil 2).



Şekil 2: Sağlık Bakanlığı Taşta Örgüt Yapısı (İl Sağlık Müdürlüğü Yapısı)

Kaynak: [<http://www.ataaof.club/saglik-bakanligi-yeni-teskilat-yasasi-birlesmedetaylari-belli-olmaya-basladi/>]

663 sayılı KHK ile Bakanlığın merkez örgütlenmesinin yeniden yapılanmasına paralel olarak taşra örgütlenmesi de Kamu Hastane Birlikleri, Halk Sağlığı Müdürlükleri, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ile İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri şeklinde yeni bir yapılanmaya gidilmiştir. Kararnamenin ilk halinde, Kamu Hastaneleri Birliği (KHB) Genel Sekreterliği, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve İl Sağlık Müdürlüğü arasında hiyerarşik bir bağlantı oluşturamamıştır (Md. 25-35). Bakanlığın taşra örgütlenmesinde üçlü yapının var olması hizmetlerin aksaması, görev ve yetki karmaşasının yaşanması vb. gibi sorunları ortaya çıkmıştır. Daha sonra 2013 yılında çıkarılan Bakanlık ve Bağlı Kuruluşların Taşra Teşkilatının İşleyişi başlıklı Genelge, il protokolünde İl Sağlık Müdürlüğünün, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Genel Sekreterden daha ön sırada yer aldığı ifade edilerek taşra örgütlenmesi birimleri arasında hiyerarşik açıdan doğabilecek sorunları çözmeye yönelik adımlar atılmıştır. Böylece taşrada personel görevlendirilmesi, kaynak planlaması, denetim gibi konularda olası problem alanlarına yönelik çözümler üretilmiştir. 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın taşra örgütlenmesi örgüt yapısı, hizmet sunumu ve personel rejimi bakımından bir önceki yapıya kıyasla farklılıklar taşımaktadır (Aktel vd., 2013: 57). 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nda yaşanan bu yeniden yapılanma Bakanlığın, Sağlıkta Dönüşüm Programı temel hedeflerinden olan “planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı” bileşeni doğrultusunda sağlık hizmetlerini düzenleyici ve denetleyici bir işleve getirilmiştir. Yani sıra, KHB'lerin kurulması, “genel müdür yardımcılığı, şube müdürlüğü, şeflik gibi yönetsel kademelerin kaldırılarak” dikey hiyerarşik örgütlenmeden yatay örgütlenmeye geçilmiştir (Küçük, 2017: 316).

SDP'nin temel ilkelerinden olan ‘idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerinin öngörülmesi Sağlık Bakanlığı'nın taşra örgütlenmesinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini etkililik ve verimlilik kriterleri kapsamında sunmayı amaçlayan KHB'leri, Bakanlığın bağlı kuruluşu olan TKHK alt yapısında örgütlenmeye itmiştir. Birliklerin örgütlenme modeli genel sekreterlik ve hastane yöneticilerinden oluşmuştur. Birliklerin özel ve tüzel kişiliklerinin olmaması genel bütçeden pay alan bir yapı haline getirmiştir (663 sayılı KHK, m.30). KHB örgütlenme yapısı genel sekreterlik ve hastane yöneticilerinden oluşsa da en önemli rol genel sekreterliklere biçilmiştir. Genel sekreterlik birliğin öncelikli karar organı olarak tanımlanmıştır. Genel sekreterlik yapısında tıbbi, idari ve mali hizmetler başkanlıklarının kurulması öngörülmüştür (663 sayılı KHK, m. 30). Birlik içerisinde “başhekimlik, idari ve mali işler müdürlüğü, sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü ve otelcilik hizmetleri müdürlükleri” hastane yöneticisi altında örgütlenmiştir. Hastanelerin yönetimi hastane yöneticilerince hastanede tüm hizmetlerin verimli ve yasal mevzuata uygun şekilde yürütülmesinde genel sekretere karşı sorumlu tutulmuştur (663 sayılı KHK, m.31). Böylece birliklerin yönetimi genel sekreter tarafından, birliğe bağlı hastanelerin de hastane yöneticisi tarafından yönetileceği belirtilmiştir. Hastane yöneticilerin hastane başhekimlerin de üstünde bir yerde yetkilendirildiği görülmüştür (663 sayılı KHK, m.32). Genel olarak hastane yönetiminden sorumlu olan hastane yöneticileri başhekim yardımcılılarıyla başhekimin, müdür yardımcılılarıyla müdürün teklifi üzerine sözleşme yetkisi verilmişti. Kamu hastanelerinin profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmesi ve başhekimlik müessesesinin hastane yöneticisi altında yapılması kamu hastanelerinin profesyonel işletme dinamikleriyle yönetileceğini göstermekle beraber yıllardır süregelen hekim efsanesinin de kırılma noktasına girebileceğini göstermesi bakımından dikkat çekicidir. Fakat hastane yöneticilerinin çoğunun yine de hekim kökenli olması süreci değiştirmede başarılı olmadığını göstermektedir. 694 sayılı KHK ile hastanelerdeki hastane yöneticisi kavramı terk edilerek geçmişte olduğu gibi, hastanelerin başhekim tarafından yönetilmesi yeniden benimsendi (Pala, 2017: 7). Bu açıdan bakıldığında 694 sayılı KHK kapsamında yapılan değişiklikle 663 ile getirilen sistemin özüne dokunulduğu rahatlıkla söylenebilir. Hastane yönetimi profesyonel yöneticilerden alınmış başhekimlere verilmiştir. Sağlık kurum ve kuruluşlarının yönetiminde yetki Sağlık Bakanlığınca devralınmıştır.

663 sayılı KHK ile kurulan THSK, taşrada Halk Sağlığı Müdürlükleri yoluyla “halkın sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek, bulaşıcı ve kronik hastalıkla risk grubundaki bireyler yönelik izleme, sürveyans, inceleme ve araştırmalar yapmak, toplumun yaşam kalitesinin yükseltecek alışkanlıklar kazandırmak” gibi görevleri yüklenmiştir. Kurumun görev ve sorumluluk alanıyla ilgili olarak hizmet standardizasyonunu sağlamak, meslek personelinin yetişmesi için ilgili kurumların işbirliğiyle ve eğitim programları hazırlamak, eğitim ve yayın faaliyetinde bulunmak diğer görevleri olarak belirlenmiştir. Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası, kamu veya özel kurum ve kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak kuruma yüklenen diğer sorumluluklardır. Personelin atanması ve özlük hakları gibi işlemlerini yürütmek, kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idarî ve malî hizmetleri yürütmek diğer görevler arasında sıralanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2016 Faaliyet Raporu, 2016: 19-20). Dolayısıyla THSK bünyesinde yapılandırılmış Halk Sağlığı Müdürlükleri ağırlıklı olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi görevi üstlenmiştir. Fakat Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aile Sağlığı Merkezlerinin bu müdürlüklerin hiyerarşisi altında örgütlenmesi (Şekil 3) birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinin yerine getirilmesinden Halk Sağlığı Müdürlükleri sorumlu tutulmuştur (Aktel vd., 2013: 54).



Şekil 3: Sağlık Bakanlığı'nın 663 Sayılı KHK Sonrası Şekillenen Taşra Örgütlenme Yapısı

663 sayılı KHK, sağlık hizmetlerinin il düzeyinde sunumunda İl Sağlık Müdürlüğü'nün, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Genel Sekreter arasında oluşabilecek hiyerarşik sorunları çözememiştir ki 694 sayılı KHK hizmetlerin sunumunda yaşanmış ve yaşanma olasılığı olan bu rol belirsizliğine noktayı koymuştur. 694 sayılı KHK ile yeniden eski sisteme (181 sayılı KHK'daki örgütlenme modeli) dönmüştür. Dahası Sağlık Bakanlığı illerdeki üçlü yönetim yapısını değiştirerek İl Sağlık Müdürlüklerini yeniden ilin sağlık yöneticisi olarak belirlenmiştir (Elitez, 2017: 6). Aslında tek çatıya dönüş KHB'lerin sürdürülebilir olmayışının göstergesi olabilir. Nitekim Sayıştayca yapılan periyodik bir araştırma sisteminin idari ve malî sürdürülemezliğini destekler niteliktedir. Sayıştay tarafından yayımlanan “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2016 Yılı Performans Denetim Raporunda” sağlık kurumlarının kısa vadeli nakit akışı durumlarının ve ödenmesi gereken borçlarını ödeme gücünün yetersiz olduğu, performans hedefleri için belirlenen faaliyetlerin, performans programı ile bütçe arasında bağ kuracak nitelikte olmadığı saptanmıştır. Türkiye Kamu Hastanelerine bağlı sağlık tesislerinin Sosyal Güvenlik Kurumu'na ve Gelir İradesi Başkanlığı'na borçları olduğunu ve bu borçların takip edilmediği, yaptıkları işlemler sonucunda kuruma bağlı hastanelerin zarar ettikleri

(Sayıştay Denetim Raporu, 2017) ortaya konulmuştur. 694 sayılı kararname ile TKHK ve THSK kurumunun görevlerine son verilerek bunların hiyerarşik yapılanmalarında yer alan il müdürlükleri kaldırılmış görevleri İl Sağlık Müdürlüklerine devredilmiştir. Sonuç olarak hizmetlerin sunumu bağlamında 1983 tarihli 181 sayılı KHK, Bakanlığa sağlık hizmetleri ile ilgili her türlü hizmeti yerine getirme ve gerekli örgütlenme görevi vermişken, 663 sayılı KHK’da sağlık sisteminin yönetilmesi, planlanması, düzenlenmesi ve koordinasyonu ile ilgili görevler ön plana çıkarılmıştır. Neticede Sağlık Bakanlığı, hizmet sunan yapıdan, politika belirleyen ve koordinasyon sağlayan bir yapıya dönüştürülmüştür (Lamba vd., 2014: 66). Kısacası 663 ile teknik düzenlemeleri yapmak, standartları belirlemek Sağlık Bakanlığı’nın asli görevleri olmuştur. Dolayısıyla kamu hastanelerine finansal ve yönetsel özerklik tanınarak kendi gelirlerini oluşturma ve harcamalarını yapma serbestisi tanınarak kurumların denetlenmesi işlevi Bakanlıkça yerine getirilmesi öngörülmüştür. Bu konuda özel hastanelerin artırılması, cepten ödemelerin yaygınlaştırılması, kamu sigortacılık anlayışında vergilerin yanı sıra prim sisteminin getirilmesi hizmetlerin piyasa ekseninde şekillendiği izlemine kuvvetlendirmiştir. Bu bakımdan bu yeni düzenleme (694 sayılı KHK) ile sağlık hizmetlerinin sunum ve yönetiminin tekrar Sağlık Bakanlığınca yerine getirileceğini göstermektedir.

663 sayılı KHK ile Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel hedeflerinden olan “sistemi destekleyen eğitim ve bilim kurumları” ile uyumlu eğitim ve bilim kurulları oluşturulmuştur. 181 sayılı KHK’da Sağlık Bakanlığı’nın sürekli kurulu Yüksek Sağlık Şurası’dır. Bakanlıkça verilecek önemli sağlık konuları hakkında görüş bildirmek ve sağlık meslek mensuplarının görevlerini ifadan dolayı adli konularda görüş vermek üzere kurulmuştur (181 sayılı KHK, m.31). 663 sayılı KHK’da ise Yüksek Sağlık Şurası’nın görev tanımında değişiklik yapılmıştır. Buna göre Şura; “sağlık meslek mensuplarının mesleklerini icra ederken ortaya çıkan adli konularda mahkemelere görüş vermek ve idarî soruşturmacılar ve uzlaşma komisyonları için bilirkişi listesi belirlemek üzere kurulmuştur. Şûraya bağlı olarak danışma kurulları ve sağlık mesleklerinin icrasından doğan adli konularda dosyaları inceleyip şûraya sunmak üzere ihtisas komisyonları oluşturulabilmesi” de bir diğer değişikliktir. 663 sayılı KHK ile şuraya ek olarak farklı eğitim ve bilim kurulları oluşturulmuştur. Oluşturulan bu bilimsel kurullarından biri Tıpta Uzmanlık Kurulu’dur. Kurul, tıpta ve dış hekimliğinde uzmanlık eğitimi yapacak eğitim kurumlarına eğitim yetkisinin verilmesi ve gerektiğinde bu eğitimin kaldırılmasına yönelik teklifleri karara bağlamak, yabancı ülkelerde uzmanlık eğitimine ilişkin alanların bilimsel değerlendirilmesini yapacak fakülteleri ve eğitim hastanelerini belirlemek, tıpta uzmanlık eğitimi ve uzman sağlık insan gücü ile ilgili görüş vermekle yetkilendirilmiştir. Bir diğer kurul olan Sağlık Meslekleri Kurulu, sağlık meslekleri kapsamında müfredatları belirlemek, mesleki alan ve dallarının belirlenmesi konularında mesleki düzenleme ve planlamalarda bulunmak, mesleki yeterlilik değerlendirmesi yapmak, müeyyide uygulamak ve etik ilkeleri belirlemek adına kurulmuştur. Diğer bir kurul olan Sağlık Politikaları Kurulu doğrudan Bakanlığa bağlı olup planlama, politika geliştirme ve kural belirleme gibi Bakanlığın asli görevlerinin devredileceği bir yapı olmuştur (663 sayılı KHK, m 6, 21, 22, 23). 663 sayılı KHK’den önceki dönemde sağlık politikalarının belirlenmesine yönelik bir birim bulunmadığı ve uzmanlaşmaya dayalı bir örgütlenme yapısının oluşturulmadığı görülmektedir (Lamba vd., 2014: 64). Nitekim Sağlık Politikaları Kurul ile bu ihtiyaç giderilmiş oldu. 694 sayılı KHK ile bu kurullar hakkında herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir.

1.2. Personel Rejimi ve Performansla İlgili Değişimler

Personel istihdamı kararnameler dikkate alındığında, 181 sayılı KHK’da sağlık personelinin genelde kadrolu personel olduğu ve istisnai durumlarda ücretleri ‘döner sermayeden karşılanmak’ kaydıyla 657 sayılı Devlet Memurlar Kanunu’nun (DMK) 36. maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sözleşmeli statüde çalıştırılabildi (181 Sayılı KHK, Ek md. 3). 663 ile

birlikte sistemin geleneksel memurlardan ziyade “sağlık uzmanlığına” dayalı bir şekilde inşa edilmesi, taşra örgütlenmesinde sözleşmeli yöneticiliğe geçiş gibi teknik düzenlemelerin yapıldığı görülmektedir. Ancak bu teknik gerekçelere yaslanan reformların arkasında ‘devletin işletmecilik temelinde, sağlıkta sermaye birikimini destekleyecek’ şekilde bir örgütlenmeye yöneldiği (Küçük, 2017: 316) ifade edilmektedir. 694 sayılı KHK ile kamu hastanelerin özzerleştirilmesi yaklaşımı ve yönetsel ve mali özerkliğe sahip teorileri askıya alınmış oldu. Fakat 663 sayılı KHK’nın getirmiş olduğu kamu hastanelerinin tıbbi, mali, kalite, hasta ve çalışan güvenliği ile eğitim kriterleri bakımından gruplandırma uygulaması, hastane grup performanslarına göre başhekimin ve sağlık müdürlerinin görevlerinin sona erdirilebileceği ve yönetici kadrolarının sözleşmeli olarak görevlendirilmesi gibi konularda değişikliğe gidilmemiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının yaşadığı can güvenesi ve iş güvenesi, gelir güvenesi ve mesleki bağımsızlık gibi temel sorunlar konusunda bir çözüme gidilmemiştir (Pala, 2017: 7). Diğer taraftan kamu-özel mantığına dayalı şehir hastanelerinin yapımı devam etmektedir. Finansal yükün kullanıcılarla paylaşmayı esas alan katılım ve katkı payları da devam etmektedir.

663 sayılı KHK’nın personel rejiminde sözleşmeli personel uygulamasının sağlık sektöründe yaygınlaşmasının önünü açmıştır. Birliklerde sözleşmeli statüde istihdam edilen personelin iş sözleşmeleri gereğince “performans ölçütleri” olarak belirlenmesi ve bunun da KHK’nın 32. maddesinin beşinci fıkrasında yer aldığı gibi “başarı” ölçütüne bağlanması kamu hastanelerinin kar güdüsüyle hareket eden birer ekonomik işletme niteliği kazandıracığı (Sayan ve Küçük, 2012: 188) gibi temel eleştiri noktalarını da getirmiştir. Birlikler bünyesinde sözleşmeli personelin istihdamı kamu kaynaklarının kullanımında verimlik, hizmet sunumunda etkinlik ve iş başarımında “personel ve süreç odaklı denetimden sonuç odaklı denetime” geçildiği (Lamba vd., 2014: 66) görülmüş olsa da sözleşmeli statüsünde çalıştırılan personelin mesleki olarak güvencesiz durumuna düşürülebileceğini ve işten çıkarılmaların üst yönetimin keyfi uygulamalarına bırakılabileceğini ihtimalini kuvvetlendirmektedir. 663 sayılı KHK ile değişen Sağlık Bakanlığı örgütlenme yapısı merkez ve taşra teşkilatı için yüzlerce yönetici kadrosu oluşturulmuştur. Yöneticilerin liyakat sorunu tartışma konusu olmuştur (Elitez, 2017: 6). 663 sayılı KHK ile hastanelerde yönetici atamaları gerçekleştirilerek her bir fonksiyona yönelik profesyonel yöneticilerin (Lamba vd., 2014) atanması sağlanmakta, performans kriterleri oluşturularak daha sağlıklı bir performans değerlemesi yapılabilmekte ve hesap verebilirlik ile yönetsel etkililik daha kolay ölçülebilmektedir. 663 her ne kadar taşrada üç başlı yönetim modeline bir çözüm olarak sunulsa da, kamu personeli yönetimindeki yanlışlıklardan vaz geçilmediği görülmektedir. Taşra yöneticileri 657 sayılı DMK tarafından maaşla değil sözleşmeli ücret alacaklardır. (İstanbul Tabip Odası Hukuk Bürosu, 2012). 694 sayılı kararname ile İl müdür yardımcısı kadrolarına “başkanlık” kadrosunun ihdas edilmesi ilgili personele daha yüksek maaş vermenin önünü açmıştır. Bakanlığın il müdürlüğü yapılanmasında il müdürlerine bağlı başkanların mevcut sayıları dışında ihtiyaca göre (694 sayılı KHK, m. 187) artırılabilir olması da kişiye göre kadro ihdası gibi suiistimale yol açacağı ayrıca tartışılmaktadır. Daha önceki üçlü yapılanmada bürokratik kademelerin yol açtığı problemler, sistemin işleyişini güçleştirmiştir. Ancak Bakanlığın yeni yapılanmasında tercih ettiği dikey örgütlenme biçiminin hem bürokratik kademeleri artıracığı hem de sözleşme ücretine dayalı bir yapı oluşturması, kamu personel sisteminin daha da bozulması anlamına gelmektedir. Bu durum sağlıkta dönüşümün kabul ettiği güler yüzlü sağlık hizmetleri sunumu ve yüksek motivasyonla çalışan sağlık işgücünü olumsuz etkileyeceği varsayımlarını kuvvetlendirmektedir.

663 sayılı KHK’nın 44. maddesi Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının örgütlenmesinde Sağlık Uzmanları ve Uzman Yardımcıları ile Sağlık Denetçileri ve Denetçi yardımcıları istihdam edilir hükmü getirilmiştir. Bu kararnamede ayrıca Bakanlığın ülkenin sağlık alanında bölgesel çekim merkezi haline getirilmesi, yabancı sermaye ve yüksek tıbbî teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla Sağlık Serbest Bölgeleri’nin kurulması ve yönetilmesini sağlar (663 Sayılı KHK, m. 49) hükmüne yer

vermiştir. KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın yurt dışında da sağlık hizmeti sunabilmesi düzenlenmiştir. 694 sayılı KHK ile bu uygulamalar üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Aksine kararnamenin 190. ve devamındaki maddelerde bu yapının korunmasını destekleyici ve geliştirici önlemleri aldığı görülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinin örgütlenme yapısını ve görev tanımını zorlayan gelişmeler sağlık hizmetlerinin farklı alanlarında işlerlik kazanmasına yol açmıştır. Hizmet üretim sürecinin yeniden örgütlenmesi, sağlık işgücünün istihdam biçimi (Koplay, 2013) kurumsal yönetim modeli, yeni birim ve kurullar ile bağlı kuruluşların kurulması ve performans sistemi gibi uygulamalar hizmetin farklılaşan alanlarını ortaya çıkarmıştır. Kamuda yeniden yapılanma gerekliliği, sağlık hizmetinin daha etkin, hızlı ve verimli yürütülebilmesi gibi nedenler, Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenmesinde ve görev tanımında değişimlerin güncellenmesi gerekliliğini yaratmıştır. 1990'lı yıllarda neo-liberal anlayışın küresel düzeyde güçlenmesi ve rekabet dinamiklerinin sınır tanımaması gibi yenedünya düzeni, yaşanan değişimi sağlık alanında da hissettirmiştir. 2000'li yıllarda SDP ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılanması hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenme yapısında meydana gelen değişimler geleneksel bürokratik hiyerarşik yapıdan yerel düzeyde hizmet sunum anlayışına doğru giden bir merkezkaç sürecine evrilmiştir. Var olan kaynakların verimlilik esasına göre yönetilmesi, hastanelerin özel sektör işletmeciliği mantığıyla faaliyetlere endekslenmesi ve politika belirleme, planlama ve düzenleme yetkilerinin kurumlar arası el değiştirmesi gerekliliği (Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2010-2014: 20) sağlık sisteminin örgütlenme yapısında değişimi gerekli kılmıştır. Bu değişim isteğinin 663 sayılı KHK'yı doğurduğunu söylemek yerinde olacaktır. Fakat bu kararnamenin getirmiş olduğu değişikliklerin ana merkezinde yatan *sağlık hizmetlerinin devlet erki tarafından sunulmasından* vaz geçilerek piyasa dinamikleri ile işletilmesi uygulaması fazla sürdürülememiştir. Bu bakımdan 694 sayılı KHK ile hizmetin tekrar merkezi olarak örgütlenmesi modeline geçilmiştir. Performans uygulaması, sözleşmeli istihdam vb. uygulamaların da sağlık hizmetlerinin/sistemlerinin kendine has özelliklerinden dolayı sürdürülebilir olmadığı yakın bir tarihte daha güvenceli ve kamu eliyle yürütülebileceğinin sinyallerini vermektedir. 694 sayılı kararnameyle sağlıkta tek çatıya dönüşün gerekçesi artan bürokrasi, kadrolaşma ve koordinasyon karmaşası gibi olumsuz durumlar (Elitez, 2017: 6) ile hizmet sunumunda verimliliği artırmak, performansı geliştirmek ve hızlı karar vermek gibi uygulamalar gösterilmiştir. Fakat her ne olursa olsun, nasıl bir amaç güdülecekse güdülsün sağlık hizmetlerinin yapısı gereği kamusal mal olduğu ve kamu tarafından sunulması sosyal bir devlet pratiği anlayışına olan inancı kuvvetlendirecektir.

181 sayılı KHK ile sağlık hizmeti sunumu ve politika belirleme ayrımı yapılmamışken 663 sayılı KHK ile bu fonksiyonlar net olarak oraya konulmuştur. Yönetici pozisyonunda olanlar tepeden inme emirleri yerine getiriyorken 663 sayılı KHK ile faaliyet sonuçlarından sorumlu bir misyon yüklenmesine gidilmiştir. İstihdam şekli olarak 181 sayılı KHK'da kadrolu ve sabit ücret yapısı görülürken 663 sayılı KHK ile birlikte istidam şekli sözleşmeli ve performansa dayalı olarak değişiklik göstermiştir. Önceki KHK'da amaç ve hedefler girdi ve süreç odaklı iken yeni KHK'da amaç ve hedefler sonuç odaklı olarak değişiklik göstermiştir. Örgütlenme bakımından da önemli yapısal değişikliklere gidilmiştir. 181 sayılı KHK'da merkeziyetçi, hiyerarşiye dayalı bir hat yapısı görülürken 663 sayılı KHK'da bu yapının değişiklik gösterdiği özerk, yatay ve uzmanlığa dayalı bir geçiş yaşanmıştır (Lamba vd., 2014: 78). Olağanüstü koşullarda hayata geçirilen 694 sayılı KHK, Sağlık Bakanlığı merkezi örgütlenme yapısında hizmet sunumu ve örgütlenmesi tekrar hiyerarşik bir karakter kazanmıştır. Bu kapsamda Bakanlığın bağlı kuruluşları olan TKHK ve THSK statüleri değiştirilerek başkanlık düzeyinden müdürlük seviyesine indirgenmiş ve görev alanları daraltılmıştır. KHB'lere ve genel sekreterlik yapılanmalarına son verilmiştir. Bakanlık taşra örgütlenmesinde il

Sağlık Müdürlükleri tekrar 181 sayılı kararnamede oldukları gibi taşrada sağlık hizmetlerini alanında en yetkili konuma getirilmiştir. İhtiyaç durumunda İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde hizmetlerin yürütülmesi konusunda destek hizmetleri, personel istihdamı, acil hizmetler ile ilaç ve tıbbi cihaz gibi çeşitli hizmet alanlarında başkanlıkların kurulması konusunda yetkilendirilmiştir. Kararnameyle Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin başhekim tarafından yönetileceği, sözleşmeli istihdamın ve performans sisteminin devam edeceği kararlaştırılmıştır. Son olarak hastane büyüklükleri dikkate alınarak ihtiyaç üzerine müdürlüklerin sayısı artırılabilceği kararnamede yer alan diğer hükümlerdendir. Her ne kadar dönüşüm sonrası sağlık alanında önemli değişimler ve atılımlar sağlanmış olsa da Bakanlığın görev, sorumluluk ve yetki bakımından örgütlenme yapısında belirsizliklerin olduğu görülmektedir. Nitekim bu durum Acar (2018) tarafından Bakanlığın üst yöneticileri tarafından yapılan bir nitel çalışmada da ortaya konulmuştur.

KHK'lar ekseninde Sağlık Bakanlığında yaşanan değişimlerin ele alındığı bu çalışmada hizmet sunumu, örgütlenme gibi fonksiyonlarda özel sektör pratiklerinin ve serbest piyasa yaklaşımının amaçlanması doğrultusunda 181 sayılı KHK terk edilerek 663 sayılı KHK uygulama alanı bulmuştur. Ancak sağlığın kamu müdahalesini gerektirmesi gibi özellikli yapısı 663 sayılı KHK'nın her yönüyle sürdürülmesini imkansız kılmış ve hizmetin sunumunun ve örgütlenmesinin merkezileşmesini sağlayacak 694 sayılı KHK hayata geçirilmiştir. Çalışmanın KHK'lar ekseninde yaşanan değişimleri ele alması, diğer araştırmalardan farklı ayırıcı yanını oluşturmaktadır. Çalışma, gelecekte araştırmacıların uygulamalı ve ampirik araştırmalara yer vererek Bakanlığın örgütlenme ve hizmet sunum yapısının sürdürülebilirliği ile yasal mevzuatta nasıl bir metodoloji izlemeleri gerekliliğini ortaya koymaları bakımından önem taşımaktadır.

Çeşitli yıllarda Sağlık Bakanlığı görev tanımı ve örgütsel yapısıyla ilgili KHK'lar ile yapılan düzenlemeler ve uygulamalar ışığında bazı önerilerin geliştirilmesi gerek görülmüştür. Bu öneriler şöyle özetlenmiştir.

- Sağlık politikası ve örgütlenme yapısıyla ilgili düzenlemeler KHK ile değil *kanun* ile gerçekleştirilmelidir. Böylelikle sadece hükümet edenlerin değil çok sesliliği esas alan düzenlemelerin hayata geçirilmesi sağlanacaktır. Bu doğrultuda sağlık alanıyla ilgili risk ve kazanımlar genişçe bir kitleye mal edilerek daha radikal ve köklü çözümlerin üretimine katkıda bulunulacaktır.
- Sağlıkla ilgili düzenlemeler bir gece ansızın değil, geniş bir zaman aralığına yayılarak bu düzenlenmelerin olgunlaşmaları sağlanmalıdır. Düzenlemelerin oluş süreci ve hayata geçirilmesi noktasında çok sektörlü sağlık sorumluluğu anlayışı geliştirilmelidir.
- Personel istihdamında ne tür bir modelin tercih edileceği karar vericilerin öngörülleri doğrultusunda hayata geçirilebilir. Fakat personel istihdamında kesinlikle yeterlilik, liyakat, uzmanlaşma, eşitlik, güvence, adalet ve yetkinlik bazlı bir model dikkate alınmalıdır.
- Özellikle İl Sağlık Müdürlüklerinde personel istihdamının müdürlükçe yapılması ve gerek görülmesi üzerine hastane büyüklükleri dikkate alınarak birden fazla müdürlüklerin açılması keyfi uygulamalara neden olabilir. Bu ve benzeri uygulamalar çalışma barışını bozacak ve güler yüzlü, etkili bir hizmetin sunulmasının önünü tıkayacaktır. Buna ilişkin düzenlemeler gözden geçirilip etkin ve şeffaf denetim mekanizmaları hayata geçirilmelidir.
- Sağlığın temel bir insani hak ve devletin de temel sosyal sorumluluğu olduğu gerçeğinden hareketle sağlık hizmetleri, evrensel kapsayıcılık ilkeleri doğrultusunda bireyleri finansal riske karşı koruyan ve hizmetlere erişimdeki tüm engelleri kaldıracak şekilde yüksek düzeyde kamu eliyle yürütülmelidir.

KAYNAKLAR



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Acar, O.K. (2018). Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı; Isparta İli Üzerinden Nitel Bir Analiz, *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(3): 703-722.

Akdağ, Recep (2011) Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011, Ankara.

Aktel, Mehmet, Yakup Altan, Uysal Kerman, Erdal Eke (2013), Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı’nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 33-62.

Balcı, Asım (2005), Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim (Ankara: Atlas Yayın Dağıtım).

Christensen, Tom, Per Legreid (2002), “A Transformative Perspective on Administrative Reforms”, Christensen, Tom and Legreid Per (Ed.), *New Public Management* (England: Ahsgate), 13-39.

Çakıroğlu, O.Ç., Seren, A.K.H. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkiler, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(3): 37-43.

Devlet Planlama Teşkilatı (2001), Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara.

Dünya Bankası (1987), Health Financing in Developing Countries: An Agenda for Reform, World Bank, Washington DC.

Elitez, Güzide (2017) “Sağlıkta Dönüşüm ve Kararnameler/Eskiye Dönüş”, Hekimce Bakış, Bursa Tabip Odası Yayınları 2017, www.bto. org.tr, (11.01.2018).

Hughes, Owen E. (2014), “Kamu İşletmeciliği ve Yönetimi”, Kalkan, Buğra, Akın Şeyma, Akın Bahadır (Çev.), (Ankara: Bing Bang Yayınları).

İstanbul Tabip Odası Hukuk Bürosu (2012), “663 Sayılı KHK ve Sağlık Bakanlığının “Yeni” Teşkilat Yapısı”, <https://www.istabip.org.tr/dosyalar/hukuk/teskilatyapisi.pdf>, (04.12.2017).

Koplay, Ali (2013), “663 Sağlık Bakanlığı Kanun Hükmünde Kararnamenin Getirdiği Yenilikler”, <http://www.habergunebakis.com/>, (11.01.2018).

Küçük, Aziz (2017), “Kapitalist Devlette Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesindeki Dönüşüm: Türkiye Üzerine Bir Analiz”, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yönetim Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara.

Lamba, Mustafa, Yakup Altan, Mehmet Aktel, Uysal Kerman (2014), “Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme”, *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1),53-78.

Lamba, Mustafa (2014), “Yeni Kamu Yönetimi Perspektifinden Türkiye’de Kamu Yönetimi Reformları: Genel Gerekçeler Üzerinden Bir İnceleme”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19(3), 135-152.

Pala, Kayıhan (2017), “694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında KHK İle Ne Değişti?”, Hekimce Bakış, Bursa Tabip Odası Yayınları 2017, www.bto. org.tr, (11.01.2018).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2010-2014 <http://pydb.saglik.gov.tr/documents/stratejikplan.pdf>, (03.12.2017).

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu (2016), 2016 Faaliyet Raporu, http://yeni.thsk.gov.tr/depo/thsk/strateji-db/birimler/stratejik-yoneti-planlama/idari-faaliyet-raporu/2016_faaliyet_raporu-13.03.2017.pdf, (03.12.2017).

Sağlık Bakanlığı Bakanlık ve Bağlı Kuruluşlarının Taşra Teşkilatlarının İşleyişi Hakkında Genelge, <http://www.sb.gov.tr/TR,10547/bakanlik-ve-bagli-kuruluslarinin-tasra-teskilatlarinin-isleyisi-hakkinda-genelge.html>, (03.12.2017).

Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html>, (10.12.2017).

Sayan, İpek Özkal., Küçük Aziz (2012), “Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 67(1), 171-203.

Sayıştay Başkanlığı (2017). Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2016 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, Ankara.

Sevinç, İsmail, Kubilay Özer (2016), “Yeni kamu yönetimi bağlamında sağlık bakanlığı yeniden yapılandırma çalışmaları”, International Journal of Social Sciences and Education Research, 2(4), 1697-171.

Kaluzny, A.D., Warner, D.M., Warren, D.G., Zelman W.N. (1982), Management Of Health Services, (New Jersey: Prentice Hall Inc).

Kamu Hastane Birlikleri Modelinin İflası ve Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısında Değişiklikler, <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/10/kamu-hastane-birlikleri-modelinin-iflasi-ve-saglik-bakanligi-teskilat-yapisinda-degisiklikler/>, (10.12.2017).

Tatar, Fahrettin (1997) “Özelleştirme ve Sağlık Hizmetleri: Teori Ve Uygulama”, Amme İdaresi Dergisi, 30(2), 73-89.

Yıldırım, Hasan Hüseyin (2013), Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, Ankara.

Yıldırım, Selami (2014), Yönetim teorileri, (Ankara: Siyasal Kitapevi).

3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanun <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf>, (13.01.2018).

181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, <http://tuk.saglik.gov.tr/pdfdosyalar/mevzuat/181khk.html>, (11.01.2018).

663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>, (11.01.2018).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, http://static.karar.com/custom_ads/pdf/694say%C4%B1%C4%B1khk.pdf, (11.01.2018).
<https://www.istabip.org.tr/dosyalar/hukuk/teskilatyapisi.pdf>, (11.01.2018).

<http://www.ataaof.club/saglik-bakanligi-yeni-teskilat-yasasi-birlesme-detaylari-belli-olmaya-basladi/>
(11.12.2017).

HASTANELERDE İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ UYGULAMALARI VE ÖRGÜTSEL POLİTİKA ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİLER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

A RESEARCH ON HUMAN RESOURCE MANAGEMENT PRACTICE AND PERCEPTION OF ORGANIZATIONAL POLITICS IN HOSPITALS

Prof. Dr. Güler SAĞLAM ARI

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,
Uluslararası Ticaret Bölümü, guler.ari@ahbv.edu.tr, orcid.org/0000-0002-4411-6609

İlkyaz ÖZENCİ

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Bilim Uzmanı,
TRT İnsan Kaynakları Çalışan Deneyimi Müdürlüğü, ilkyaz.ozenci@trt.net.tr, orcid.org/0000-0002-4985-6809

Makale Gönderim-Kabul tarihi (10.07.2020-01.08.2020)

Özet

Örgütlerde politik davranışlar ve örgütsel politika algısı örgütler ve bireyler üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bu olumsuzluklar örgütsel politika algısını tahmin eden değişkenlerin belirlenmesi ile azaltılabilir. Bu çalışmada özel hastanelerde insan kaynakları yönetimi uygulamaları ile örgütsel politika algısı arasındaki ilişkiler araştırılmıştır¹. Araştırma Ankara Çankaya bölgesinde faaliyet gösteren 4 özel hastanede yardımcı sağlık personeli ve idari personel statüsünde çalışan 250 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. İnsan kaynakları yönetimi uygulamaları olarak iş analizi, iş tanımı ve iş gerekleri, personel seçme ve yerleştirme, performans değerlendirme, eğitim ve geliştirme, ödüllendirme uygulamaları belirlenmiştir. Çalışanların bu uygulamalar ile örgütsel politikaya dair değerlendirmeleri ölçülmüştür. Araştırmada toplanan veriler, bir istatistik paket programı kullanılarak frekans dağılımı, faktör analizi, korelasyon ve hiyerarşik regresyon analiz ile değerlendirilmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda demografik değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde insan kaynakları yönetimi uygulamaları olarak iş analizi, iş tanımı ve iş gerekleri süreçleri ile personel seçim ve performans değerlendirme süreçlerinde adaletin örgütsel politika algısını tahmin ettiği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnsan kaynakları yönetimi uygulamaları, örgütsel politika algısı, hastaneler.

Abstract

Political behaviors and perception of organizational politics in organizations reduce information sharing and cause

¹ Bu çalışmanın bir kısmı 1-3 Şubat 2018 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Davutlar Kampusu, Kuşadası-Türkiye’de gerçekleştirilen XV.European Conference on Social and Behavioral Sciences isimli bilimsel toplantıda sunulmuştur.

negative effects on organizations and individuals. These negativities can be reduced by determining the variables that predict perception of organizational politics. In this study, we researched the relationship between human resource management practices and perceptions of organizational politics in private hospitals. The study was conducted on 250 private health and administrative personnel in four private hospitals in Çankaya district of Ankara. Human resource management practices include job analysis, selection and placement, performance evaluation, compensation, training and development practices. The data collected in the study were evaluated with the help of statistical software, frequency analysis, factor analysis, correlation and hierarchical regression analysis. When the effect of demographic variables were controlled, it was determined that job analysis, job description, job specification and justice in personnel selection and performance evaluation processes as human resource management practices predicted perception of organizational politics.

Keywords : Human resource management practice, perception of organizational politics, hospitals.

GİRİŞ

1980'lerde başlayan personel yönetiminden insan kaynakları yönetimi anlayışına geçiş ve stratejik insan kaynakları yönetimi ile birlikte, insan kaynakları yönetimi uygulamalarının işletmeler ve çalışanlar üzerindeki etkileri araştırılmaya başlamıştır. Günümüzde insan kaynakları yönetimi; işletmelerin stratejik planlarına dâhil olarak yeni iş alanlarının ve yeni tekniklerin gerektirdiği nitelikte ve yetenekteki bireylerin işletmeye çekilmesi ve işe alınması, yeteneklerinin geliştirilmesi, çalışma ortamında haklarının sağlanması, performanslarının değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin sonuçlarına göre adaletli bir biçimde gelişimine yön verilmesi amaçlarına hizmet etmektedir.

İnsan kaynakları yönetimi uygulamalarının temel hareket noktası insanların, örgütlerin asli ve temel unsuru olduğu gerçeğidir. Araştırmalar İKY uygulamalarının örgüt performansını artırdığını ortaya koymaktadır (Delaney ve Huselid,1996; Boselie, Paauwe ve Richardson, 2003; Birdi ve diğ.2008). İKY uygulamalarının örgüt performansının yanı sıra üretkenliğin artması ve işten ayrılma niyetinin azalması gibi olumlu etkileri de bulunmaktadır (Huselid, 1995).

Örgütsel davranış perspektifi açısından bakıldığında insan kaynakları yönetimi uygulamaları, çalışanların gelişimi ile birlikte tutum ve davranışlarını da etkilemektedir. Bu uygulamalar, çalışanların beceri ve yetkinliği, motivasyonu gibi sonuçlarıyla hem örgütler hem de bireyler üzerinde etkilidir (Delaney ve Huselid,1996; Birdi ve diğ.2008). İKY uygulamaları, bireylerin örgüt çevresine dair anlamlandırma ve yorumlarını belirlemede örgüt iklimi ve kültürünü şekillendirmektedir. Örneğin bir örgüt yeni bir finansal özendirme planı uyguladığında ya da karar sürecinde çalışanların dâhil olabileceği bir değişiklik gerçekleştirdiğinde örgüt iklimi de değişecektir. Bu iklim sadece ödüllere yönelmeyi değil aynı zamanda ödüllere ilişkin uygulamalarla eşitlik algısını diğer bir deyişle sosyo-duygusal boyutu etkileyecektir (Kopelman ve diğ.1990:291-293). İngiltere'de 52 hastanede yapılan bir çalışmada, diğer değişkenler kontrol edilerek incelendiğinde tamamlayıcı İKY uygulamalarının hasta ölüm oranlarını azalttığı yönünde çarpıcı bir bulguya ulaşılmıştır (West,2006). İKY uygulamalarının olumlu yanları kadar uygulamalardaki olası sorun ve yetersizliklerin olumsuz etkilerinin neler olabileceği bir araştırma sorusu olarak akla gelmektedir.

Karşılıklı mübadeleye dayanan iş ilişkilerinde çalışanların örgütsel politikaya dair algıları ise performansı olumsuz etkilemektedir. Politik davranışlar bilgi paylaşımını azaltmakta, bireyler arasında iletişim engelleri oluşturmada, etkinlik ve etkililiği düşürmektedir. Çalışanlar için daha stresli bir çalışma ortamı yaratmakta, iş tatmininde düşüşe ve işten ayrılma niyetine sebebiyet vermektedir (Kacmar, Bozeman, Carlson ve Anthony.1999; Poon,2002). Mayes ve Allen (1977) örgütsel politikayı; "örgüt tarafından onaylanmayan sonuçları elde etmek veya örgüt tarafından onaylanan sonuçları örgütçe onaylanmayan araçlarla elde etmek

amacıyla etkileme sürecinin yönetilmesi” şeklinde tanımlamaktadırlar. Sağlık sektörünün de içinde yer aldığı farklı sektörlerde yapılan araştırmalar, örgütsel politika algısının çalışanlarda işten ayrılma niyetini artırdığını ortaya koymaktadır (Şendoğdu, Kocabacak ve Güven, 2013; Abubakar, Chauan ve Kura, 2014).

Örgütsel politika algısının azaltılması çalışanlarda örgütsel politika algısını etkileyen ve tahmin eden değişkenlerin belirlenmesi ile mümkün olacaktır. Ferris ve King 1991’de yazdıkları öncü makalelerinde, örgütsel politika ile insan kaynakları yönetimi süreçlerine ilişkin kavramsal bağlantıları tartışmaya açmışlar ancak pratikte çalışma yaşamında ve farklı sektörlerde ne ölçüde etkiye sahip olduğuna dair ampirik bir çalışma yapmamışlardır. Örgütsel politika algısının öncüllerini araştıran çalışmalarda, çalışanların rol ve sorumluluklarının net olmaması ve ödül sistemleri, örgütsel politika algısını etkileyen en önemli değişkenler olarak ortaya çıkmıştır (Parker, Dipboyei ve Jackson,1995). Bu bulgular insan kaynakları yönetimi uygulamalarının örgütsel politika algısı üzerinde bir etkiye sahip olduğunu ve uygulamalardaki eksikliklerin örgütsel politika algısını da etkileyeceğini düşündürmektedir.

24 saat kesintisiz hizmet veren hastaneler bireylerin sağlıklarını istenen düzeyde tutmayı amaçlamaktadır. Bu kuruluşlar tedavi ve tıbbi bakım yanında doktor ve yardımcı sağlık personelinin yetiştiği, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı hizmeti de veren örgütlerdir (Gemlik ve diğ.2016). Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan hayatı ile ilişkili olması, farklı mesleklerden insanların ekipler halinde uyum içinde çalışma zorunluluğu, ekipler ve bireyler arasındaki karmaşık ilişkilerin etkili bir şekilde yönetilmesinin gerekliliği, sağlık hizmetlerinde etkili insan kaynakları yönetimine olan ihtiyacı da artırmaktadır (Kıdak ve diğ.2016). Bu amaçla sağlık kuruluşlarında insan kaynakları yönetimi uygulamalarındaki etkisizlik ve yetersizliklerin çalışanlarda nasıl bir etkiye sahip olduğu da araştırmaya değer bir konudur.

Bu çalışmada hastanelerde insan kaynakları yönetimi uygulamalarının örgütsel politika ile ilişkisi araştırılacaktır. Araştırmada öncelikle örgütsel politika algısına ilişkin teorik açıklamalara yer verilmiş sonrasında araştırmının bağımsız değişkeni olarak insan kaynakları yönetimi uygulamaları açıklanmıştır. Daha sonra araştırmının yöntemine dair bilgiler sunulurken elde edilen bulgular tartışılmıştır. Araştırma örgütsel politika algısı ve insan kaynakları yönetimi uygulamaları arasındaki ilişkileri ortaya koyması açısından alan yazına katkı sağlayacaktır. Bunun yanı sıra çalışma, hastanelerde insan kaynakları uygulamalarının etkililiği ve hastane yönetimlerinin geliştirecekleri önlemlere veri teşkil etmesi açısından önem taşımaktadır.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Örgütsel Politika Algısı

Örgütsel yaşamda politika ve her düzeyde çalışanın sergilediği politik davranışlar örgütlerin gerçeğidir. Politik davranışların hangi şartlar altında ortaya çıktığı ve bu politik davranışların çalışanlarca nasıl algılandığı örgütsel politika alanında yapılan araştırmaların konusunu oluşturmaktadır (Mintzberg,1985; Arı, 2011:501). Tushman (1977:207) politikayı tanımlarken, örgütün amaçlarının belirlenmesinde gücün ve yetkinin kullanılması sürecine atıfta bulunmaktadır. Mayes ve Allen (1977:675) örgütsel politikayı “örgüt tarafından onaylanmayan sonuçları elde etmek veya örgüt tarafından onaylanan sonuçları örgütçe onaylanmayan araçlarla elde etmek için etkileme sürecinin yönetilmesi” şeklinde tanımlamaktadır. Örgütsel politika bir yaklaşıma göre nötr bir şekilde güç veya etki kullanımı ile bağlantılı belirli davranış şekillerinin oluşumu olarak tanımlanırken, diğeri bir yaklaşımda bir aktörün öznel davranışlarını diğeri örgüt çalışanları pahasına devreye sokma niyeti olarak yorumlanmaktadır. Burada kendine hizmet ederek örgütsel etkililiğe aykırı davranışta bulunmak belirleyicidir (Gandz ve Murray,1980:237).

Örgütsel politika kavramında ayırt edici unsurlar olarak; resmi olmayan veya resmi araçlar, meşru olmayan araçlar, örgüte karşı olma, güç kazanma, çatışma ve güdüler ele alınmaktadır. Kavramların ilk üçü birincil araçlar, diğer dördü ise ikincil araçlar olarak nitelendirilmektedir. Birincil araçlar vasıtası ile örgütsel politika gerçekleştirilmektedir. İkincil araçlar ile politik davranışlar ve uygulamaların içeriğine vurgu yapılmaktadır. Burada kendi isteklerini yerine getirirken örgüte karşı olma, politik davranışlarla güç elde etme, elde edilmek istenen sonuçların başkaları tarafından da isteniyor olması halinde çatışmaların ortaya çıkması ve gizli güdülerle gerçek niyetlerin ortaya konulmaması söz konusu olmaktadır (Drory ve Romm, 1988:166).

Birçok yazar tarafından örgütsel politika tanımı, olumsuz ya da yıkıcı iş sonuçlarına neden olabilecek işyeri faaliyetleri olarak tanımlanmaktadır (Vigoda, 2000:329). Örgütsel politika, örgütün verimliliği ve etkililiği için potansiyel bir tehdit olarak görülmekte, karar verme sürecinde alınacak kararların olumsuz yönde etkilenebileceği belirtilmektedir (Bıyık ve diğ.2016).

Belli örgütsel süreçler çalışanların kendilerini diğerlerinden daha politik görmelerine sebep olabilmektedir. Bu süreçler, yönetsel takdir yetkisinin yüksek olduğu ve iş başında başarı veya başarısızlığa, üstlerle ilişkilere ve birimler arası yatay ilişkilere önem verildiği çalışma ortamlarında daha fazla ortaya çıkmaktadır (Gandz ve Murray,1980).

Örgütlerde politik davranışlar genel olarak çalışanların, örgütün menfaatlerini göz ardı ederek, kendilerine bireysel çıkar sağlamaya yönelik davranışları olarak tanımlanmaktadır (Kacmar ve Baron, 1999:1). Örgütsel politika algısı ise “politik davranışları teşvik eden örgütsel uygulamalar ile politik davranışlar gösteren amir ve meslektaşlar tarafından temsil edilen çalışma çevresinin subjektif bir biçimde yorumlanması”dır (Harrell-Cook vd., 1999: 1095’den aktaran Mohan Bursalı ve Yağcı,2011). Bireylerin çalıştıkları iş çevresini politik olarak algılaması ise temelde algısal bir süreç olduğu için subjektiftir. Buna göre örgütsel politika deneyimi bireysel bir deneyimdir (Ferris ve Kacmar,1992). Örgütlerde politik davranışların ölçülmesi ve gözlenmesinin de güç ve sıkıntılı bir durum olması nedeniyle bireylerin bu tür davranış ve eylemlere ilişkin algılamaları önemli bir ipucudur. Öte yandan politik süreçler daha çok örgütün alt kademelerinde oluşmakta (Mayes ve Allen, 1977), politik davranışlardan etkilenenler de daha az güce ve yetkiye sahip bireyler olmaktadır (Arı,2011).

Konuyla ilgili yapılan araştırmalarda; çalışanların örgütsel politika algılarının, iş tutumları üzerinde anlamlı etkileri olduğu sonucuna ulaşılmış örgütsel politikanın düşük olduğu durumlarda bireylerin iş tutumlarının, organizasyonda kalma niyetlerinin ve başarılarının arttığı gözlemlenmiştir (Blau,1987; Bretz ve Judge,1994; Ferris ve Kacmar,1992; Harris vd., 2005). Çalışanların işlerine ve işyerlerine karşı daha olumlu tutum sergiledikleri, yabancılaşma, hayal kırıklığı, güvensizlik veya olumsuz tutumlar hissetmedikleri ve örgüte duydukları bağlılığın azalmadığı ortaya konulmuştur (Vigoda, 2000: 333). Örgütsel politika algısının yüksek olması durumunda ise çalışanların stres düzeyi artmaktadır (Cropanzano ve diğ.1997).

Gandz ve Murray’ın (1980:240) örgütsel politika algısı konusunda görüşmelere dayalı olarak gerçekleştirdikleri araştırmada, çalıştıkları örgütleri politik olarak nitelendiren alt kademe çalışanların iş tatminsizliği yaşadıkları, gelecekte başarılı olacaklarına dair kötümser oldukları, kendilerini politik eylemlerin birer “kurbanı” gibi gördükleri ifade edilmektedir. Örgütsel politika algısı örgütsel sessizliği de artırmakta ve açıklamaktadır (Arı,2011). Bu sonuçları nedeniyle örgütsel politika algısını azaltabilecek örgütsel ve bireysel durumların ortaya koyulması önem taşımaktadır. Bu unsurlar arasında örgüt, iş ve insan ilişkilerini düzenleyen insan kaynakları yönetimi uygulamalarının bir etkisi olabilecektir.

İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları

Bir örgütün en önemli itici gücü insandır. Diğer üretim ve örgüt içi faktörlerden farklı olarak, seçim yapan, karar alan ve bu kararları uygulayan insanlar örgütlerin her kademesinde tüm faaliyetlerde söz sahibidir. İnsan kaynakları yönetimi en genel çerçevesi ile örgütlerde insanların nasıl istihdam edileceği, yönetileceği ve geliştirileceği ile ilgilidir. İnsan kaynağı kelimesi ile insanın para, teknoloji, malzemeler gibi kaynaklarla aynı kategoriye indirildiği yönünde eleştirilerle “insan yönetimi” terimi önerilse de hala yaygın bir şekilde insan kaynakları yönetimi terimi kullanılmaktadır (Armstrong ve Taylor,2020:3).

İnsan kaynakları yönetiminin amaçları; örgüt amaçlarını gerçekleştirebilmek için işletme stratejisi ile bütünleşmiş bir biçimde insan kaynakları yönetimi stratejisi geliştirmek ve uygulamak (Stratejik İKY), yüksek performans kültürüne katkıda bulunmak, örgütün ihtiyaç duyduğu yetenek ve beceriye sahip personeli sağlamak, yönetim ve çalışanlar arasında olumlu istihdam ilişkilerini sürdürmek, çalışanların örgütlerinden tatmin duymalarını sağlayacak uygulamaları gerçekleştirmek, bir paydaş olarak çalışanın refahını artırmak, örgüt ve çevresi arasındaki değer uyumunu sağlayarak paydaşlarına ve çalışanlarına yönelik etik uygulamalarla örgütün sosyal meşruiyetini gerçekleştirmektir. Tüm bu amaçların örgütler için yüksek performans ve çalışanlar açısından da refah çerçevesinde özetlenebileceği görülmektedir (Armstrong ve Taylor,2020:7). Barutçugil, 'e göre de (2004:37) İKY'nin iki temel amacı vardır. Bunlardan ilki, bireyin ihtiyaçlarına cevap vermek, gelişimine ve işinden tatmin duymasına katkıda bulunmaktadır. İkinci amacı ise örgütün hedefleri ve stratejileri doğrultusunda, en verimli şekilde insan kaynaklarını değerlendirmektir.

İnsan kaynakları yönetimi uygulamaları, insan kaynakları yönetiminin amaçlarına ulaşmada, İK politikaları ve programlarını uygulamada gerçekleştirdiği eylemlerdir (Armstrong ve Taylor,2020:11). Bir örgütün insan kaynakları yönetimi uygulamaları iş analizi ile toplanan bilgilerle işin tanımlanması, iş gereklerinin belirlenmesi ve işin tasarımı ile başlar (Sabuncuoğlu, 2000:71). İş analizi, işlerin doğru ve etkin bir şekilde değerlendirilmesi amacı ile örgütteki işlerin niteliği, niceliği ve gerekleri kapsamında incelenmesi olarak açıklanmaktadır. İş analizi sonucu elde edilen bilgiler, insan kaynakları işlevleri için esas teşkil etmektedir (Bingöl,2014:77).

İşletmeye en uygun elemanların araştırılması ve seçilmesi, işletmenin varlığı ve geleceği için çok önemli bir insan kaynakları yönetimi faaliyetidir (Palmer ve Winters, 1993: 69). Bu süreç, insan kaynakları yönetiminin diğer fonksiyonel alanlarının etkililiğini de belirler ve onlardan etkilenir. İnsan kaynağını bulma ve seçme sürecinde, iş için uygun çalışan bulmanın güç olmasının sebebi, seçim metodunun yetersizliği değil, insanları tanımının ve özelliklerini tespit edebilmenin zorluğudur (Muradova,2009:77). İşgörenlere verilen eğitimler ve geliştirme faaliyetleri, onların örgüt içinde diğer pozisyonlara hazırlanmalarına, kişisel yetenek ve becerilerini arttırmalarına yardımcı olmakta (Ferratt vd.,2005:238), işletmenin rekabet üstünlüğü sağlamasına zemin hazırlamaktadır (Noe, vd.,1997:156). Deneyimli işgörenler aldıkları eğitimler sayesinde bilgi ve tecrübeleriyle örgütün hedeflerine ulaşmasında daha etkili rol oynamakta, bu da personel devir hızını azaltmakta, örgütteki etkinliği ve verimliliği arttırmaktadır (Boselie,Paul,Wiele..2002:166). Bu aynı zamanda kendini geliştiren bireyin işinden duyduğu tatminin artması, devamında yaşam doyumunu sağlaması açısından önemlidir (Heller ve diğ.2002;Schmidt,2010).

Çalışanın kişisel ve örgütsel gelişimine destek verilmesinin ardından hayata geçen işlere bağlı olarak gerçekleştirilen performans değerlendirmesi iki önemli amaç ile yapılmaktadır. İlki iş performansı hakkında bilgi almaktır. Bu bilgi yönetsel kararlar için gereklidir (Yatkin, 2008:7). Eğitim, ücret artışları, ikramiyeler ve terfilere ilişkin alınacak kararlarda performans değerlemesi sonucunda elde edilen bilgiler dikkate alınır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Performans değerlendirme iş tanımlarında belirtilen standartlara çalışanların ne ölçüde uyduğunu göstermektedir (Eraslan ve Algün, 2005:96). Performans değerlendirme sonunda çalışanların katkı, beceri ve yetkinliklerine uygun olarak ödüllendirilmeleri gerekmektedir. Bir işletmede çalışanların verilen görev ve sorumlulukları yerine getirmelerinin karşılığı olarak hak ettikleri ödemeyi almaları hem onların iş tatmin ve motivasyon seviyelerine hem de işletmenin performansına etki etmesi açısından önemli bir insan kaynakları fonksiyonudur (Barutçugil, 2004: 444).

Başarıyla gerçekleştirilen insan kaynakları yönetimi uygulamaları, örgütler üzerinde rekabet avantajı sağlamakta örgütsel performansı artırmaktadır (Delery ve Doty,1996; Guest,1997; Boselie,vd.;200; Boselie, 2003:1407). İKY uygulamalarında yapılan yanlışlar, algılanan yetersizlikler ve uygulamaların süreç içerisinde etkileri çalışan davranışlarına yansımakta ve örgütsel bağlılığı, motivasyonu, aidiyet duygusunu zedeleyerek personel devir hızını yükseltmekte işten ayrılma niyetini de artırmaktadır (Kitapçı ve Kaygısız,2014:158; Tüzün,2013).

Alan yazında İKY Uygulamalarının bağımlı, bağımsız ve düzenleyici etkisi ile araştırıldığı bazı çalışmalar yer almaktadır (Birdi ve diğ.,2008; Işık ve Çiçek,2019; Peçen ve Kaya,2013; Akın ve Erdost Çolak,2012; Tüzün,2013). Araştırmalarda ele alınan İKY uygulamaları, İKY'nin eğitim, performans değerlendirme gibi geleneksel teknik unsurları ile birlikte personeli güçlendirme, takım çalışması gibi uygulamaları da içermektedir (Birdi ve diğ.,2008; Işık ve Çiçek, 2019). Bu çalışmada iş analizi, personel seçme ve yerleştirme, eğitim ve geliştirme, performans değerlendirme ile ödüllendirme uygulamaları esas alınmıştır.

Değişkenler arası ilişkiler ve Araştırma Hipotezleri

Alan yazında örgütsel politika algısının öncüllerine ilişkin yapılan çalışmalarda bireysel, örgütsel ve iş/iş çevresi ile ilgili değişkenler arasında ilişkilendirmeler yapılmıştır (Atınç ve diğ.,2010). Konuya ilişkin ilk çalışmalardan birisini gerçekleştiren Ferris ve Kacmar (1992) örgütsel politika algısının işte otonomi, geribildirim, beceri çeşitliliği, teşvik ve promosyon imkanları ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu araştırmacılar örgütlerde merkezileşme, biçimselleşme, hiyerarşi ve denetim alanının da örgütsel politika algısında belirleyici olduğunu tespit etmişlerdir. Parker, Dipboye ve Jackson (1995) da Ferris ve Kacmar'ın sonuçlarını destekler nitelikte iş ve iş ile ilgili özelliklerin örgütsel politika algısını etkilediğini belirlemiştir. Parker ve arkadaşları (1995) bireylerin çalıştıkları kuruluşta kariyer gelişim imkânlarının bulunduğu, iyi performansın teşvik ve takdir göreceğine, iş grupları arasında işbirliği olduğuna inanılması halinde bireylerin politik algılarının düşük olduğunu ortaya koymuşlardır.

Gandz ve Murray (1980) Kanada'da gerçekleştirdikleri araştırmada, anket yardımı ile topladıkları verilerle, politize olmaya yatkın olduğu düşünülen örgütsel süreçlerin bölümler arası koordinasyon, teşvik ve transferler ile yetkinin dağılımı olduğunu belirlemişlerdir. Buna karşın daha az politize durumların ise disiplin cezaları, işe alım ve personel politikaları olduğu ifade edilmekte, bunun nedeni olarak da bu süreçlerdeki mevcut standartların etkili olduğu düşünülmektedir. Aynı araştırmada katılımcılara kendilerinin ya da yakınlarındaki insanların başından geçen ve politik eylemlere örnek teşkil edebilecek durumları anlatmaları istendiğinde; teşvik ve transferler, performans değerlendirme ve kararlara müdahil olma konusunda birimler arası rekabet durumlarının en çok söz edilen politik eylem ve durumlar olduğu gözlenmiştir.

Yapılan bir çalışmada örgütsel politika algısının iş performansına etkisinde algılanan eğitim ve gelişim fırsatlarının düzenleyici etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Albloush ve diğ.2019). İnsan kaynakları yönetimi uygulamalarından ücret, ödül ve performans değerlendirme süreçlerinin örgütsel adalet algısını artırdığı ortaya koyulmuştur (Swarts ve diğ.,2019). Prosedür adaletine ilişkin pozitif algılamalar da örgütsel

371

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(SAĞLAM ARI, G. / ÖZENCİ, İ.)

politika algısını azaltıcı yönde bir etkiye sahiptir (Atınç ve diğ.,2010). Hatırlanacağı gibi prosedür adaleti örgütlerde bireylerin terfi ve ödüller gibi kazanımlarına ilişkin süreçlerde adil olunmasını ifade etmektedir. Örgütlerde kayırmacılığın liyakattan önemli olması, performans değerlendirmede ve kariyer ilerlemelerinde standart ve bu standartta işleyen prosedürlerin olmaması, personel seçimlerinde ve kariyer ilerlemelerinde itaatin öne çıkması gibi davranışlar çalışanlar açısından politik davranışlardır. Çalışanlar bu tür ortamlarda dış kaynakları kendi amacı doğrultusunda seferber edebileceği gibi yöneticiye dalkavukluk yaparak, belirsizlik yaratarak, emir komuta zincirini kırarak, koalisyon kurarak, bilgi kirliliği yaratarak, örgüt içinde yöneticilerle güçlü ilişkiler kurarak politik davranışlara kendi çıkarları doğrultusunda yenilerini ekleyeceklerdir (Demirel ve Seçkin,2009). Buraya kadar söz konusu tüm süreçlerde İKY uygulamaları belirleyici bir role sahiptir.

İnsan kaynakları yönetiminin iş çevresini düzenlemedeki etkisi düşünüldüğünde İKY uygulamalarının bireylerin politik algılamalarına etki etmesi beklenen bir durum olabilecektir. Bireylerin amaç, değer, çıkar ve güdülerinin sürekli karşı karşıya geldiği iş çevresi İKY uygulamaları ile sistemli ve düzenli hale gelir. Bu bağlantı ile araştırmada aşağıdaki hipotez kurgulanmıştır:

H1: Çalışanların, İKY uygulamaları içerisinde yer alan; iş analizi, iş tanımı ve iş gerekleri süreçlerinin, personel seçme ve yerleştirme süreçlerinin, eğitim ve geliştirme süreçlerinin, performans değerlendirme süreçlerinin ve ödüllendirme süreçlerinin etkililiğine ilişkin algılamalarından en az birisi örgütsel politika algısını tahmin eder.

YÖNTEM

Çalışma, nicel yöntemle gerçekleştirilmiş ilişkisel bir araştırmadır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni, Ankara Çankaya bölgesinde faaliyet gösteren 17 özel hastanede oluşmaktadır. Araştırmada küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Ankara Tabip Odası'ndan edinilen verilere göre araştırmanın yapıldığı tarih itibarıyla² Ankara'da 27 özel hastane bulunmaktadır. Ankara'daki özel hastanelerin yaklaşık üçte ikisi bu bölgede yer almaktadır. Ankara'da kamu ve özel hastanelerde çalışan yardımcı sağlık personeli sayısı toplam 30.000 kişidir (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri; TOBB 2017). Bu sayı Çankaya bölgesinde düşecektir. Örneklem hatası 0,10 kabul edilerek bu sayı üzerinden örneklem tablosu yardımı ile 96 sayısı tespit edilmiş, 4 hastanenin yeterli olacağına karar verilmiştir. Basit tesadüfi örnekleme ile görüşmeler neticesinde araştırmaya izin veren 4 özel hastane araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Bu hastanelerde hastane yönetimleri ve İKY bölümleri aracılığı ile elden dağıtılan anketleri yapmayı kabul eden yardımcı sağlık personeli ve idari personel pozisyonunda çalışan 250 personelden veri toplanmıştır. Uygulamalara ilişkin algılamalarının farklı olacağı düşüncesi ile hekimler bu gruba dâhil edilmeyerek araştırma dışı bırakılmıştır. Devlet hastanelerinde insan kaynakları yönetimi uygulamaları farklılık gösterdiği için bu hastaneler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veriler anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik cinsiyet, yaş, eğitim durumu, toplam hizmet süresi, hastanedeki toplam çalışma süresi ve görev alınan pozisyonu belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. İkinci bölümde insan kaynakları yönetimi uygulamalarının etkililiğini ölçmek için Tüzün

² Araştırma 2018 yılında gerçekleştirilmiş, 2017 yılı verileri kullanılmıştır.

(2013)'ün Tsaur ve Lin (2014) ile Edgar ve Geare'nin (2005) çalışmalarından uyarladığı ölçek kullanılmıştır. Anket formunda iş analizi ve beraberinde iş tanım ve iş gerekleri, personel seçme ve yerleştirme, eğitim ve geliştirme, performans değerlendirme ve ücretlendirme uygulamalarına ilişkin ifadeler yer almaktadır. Çalışmada bir değişken ücretlendirme olarak nitelendirilse de sorularda yer alan ifadeler ödüllendirme çerçevesindedir, bu nedenle bu çalışmada ödüllendirme ifadesi tercih edilmiştir. Ölçekte iş analizi sonuçlarının kullanıldığı ve işe ilişkin bir değişken olarak iş gerekleri ile ilgili bir madde de bulunmaktadır. Bu ölçek 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar altında; performans değerlendirme 4, personel seçme ve yerleştirme 5, eğitim ve geliştirme 5, ödüllendirme 2, iş analizi iş tanımı ve iş gerekleri uygulamaları 4 madde ile ölçülmüştür.

Anket formunun üçüncü bölümünde ise hastane çalışanlarının örgütsel politika algısı; Kacmar ve Carlston (1997) tarafından geliştirilen, Mohan Bursalı'nın (2008) Türkçe'ye uyarladığı ve geçerlilik güvenilirlik analizini gerçekleştirdiği "Örgütsel Politika Algısı Ölçeği-POPS: Perceptions of Organizational Politics Scale" Arı'nın (2011) çalışmasında kullanıldığı şekli ile kullanılmıştır. Arı'nın (2011) çalışmasında bir ifadenin katılımcıların seçimini güçleştirecek şekilde iki seçeneği barındırması nedeni ile bir madde iki ayrı ifade olarak verilmiştir. Bu nedenle Türkçe uyarlamasında 31 soru ile ölçülen bu ölçek 32 sorudan oluşmaktadır.

Her iki ölçek de 5'li Likert tipi bir değerlendirme ile 1 (kesinlikle katılmıyorum) ve 5 (tamamıyla katılıyorum) arasında değişen sıklıkta ölçülmektedir. İnsan kaynakları yönetimi uygulamalarının etkililiğine ilişkin ölçekte, puan arttıkça etkililik düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır. Ölçekte ters kodlu soru yer almamaktadır. Örgütsel politika algısına ilişkin ölçekte puan yükseldikçe örgütsel politika algısı artmaktadır. Sorulardan 2,4,16,18,25,27,32. sorular ters kodlanmıştır.

Ölçeklere İlişkin Geçerlik ve Güvenirlik Analizi Sonuçları

Her iki ölçeğe ilişkin yapı geçerliğinin tespiti amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Öncelikle çalışmanın bağımlı değişkeni olan örgütsel politika algısına ilişkin faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Kaiser Meyer Olkin (KMO) değeri 0,860 olup Bartlett küresellik testi anlamlıdır ($\chi^2(496) = 3317,96, p < 0,01$). Buna göre örneklemin faktör analizi için yeterli olduğu belirlenmiştir. Ölçümler için temel bileşenler analizi ve varimax rotasyonu kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir. Ölçek öncelikle ilk analizde 8 boyutta toplanmış bu boyutlar varyansın %62,5'ini açıklamıştır. Bazı maddelerin faktör yüklerinin aynı faktörlerde toplanması nedeni ile elenen soruların çıkarılması sonucunda tekrarlanan faktör analizleri sonrası ölçek 7 faktör altında toplanmıştır. Yapılan son analiz ile açıklanan varyans %67,25'e yükselmiştir. Kacmar ve Carlston'ın (1997) çalışmalarında yer alan ölçek genel politik davranışlar, ücret ve promosyon politikaları ile yükselmek için gerekeni yapmak şeklinde üç boyuta ayrılmaktadır. Genel politik davranışlar kuralların ve politikaların hâkim olmadığı durumlarda kişilerin kendi çıkarlarına hizmet edecek biçimde davranmasını ifade etmektedir. Ücret ve promosyon politikaları örgütlerde politik davranışların nasıl ödüllendirildiği ile ilgilidir. Yükselmek için gerekeni yapmak ise temelde çatışmadan kaçınmayı ifade eder. Bireyler çatışmadan kaçınmak için diğer insanların etkisine ses çıkarmaz, bu yaklaşımları ile tehdit kabul edilmezler ve bu da politik çevrelerde bu kişilerin çıkarlarına hizmet eden bir davranışa dönüşür. Mohan Bursalı'nın (2008) çalışmasında yer alan 31 soruluk ölçek ise beş boyutta toplanmaktadır. Bu çalışmadaki boyutlar; çıkarıcılık, yükselmek için gerekeni yapmak, örgüt politikaları ve uygulamaları, üstün ve çalışma arkadaşlarının davranışları, terfi ve maaş uygulamaları olarak isimlendirilmiştir. Çalışmamızda ortaya çıkan faktörler literatüre dayanarak; genel politik davranışlar (Faktör 1), çıkarıcılık (Faktör 2), amir ve çalışma arkadaşlarının davranışları (Faktör 3), terfi ve maaş politikaları (Faktör 4), işbirliği ve yardım (Faktör 5), politik davranışların ödüllendirilmesi (Faktör 6) yükselmek için gerekeni yapmak (Faktör 7) şeklinde isimlendirilmiştir. Faktör dağılımları Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Örgütsel Politika Algısı Faktör Dağılımları

	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6	Faktör 7
Soru 7	0,801						
Soru 8	0,737						
Soru 11	0,719						
Soru 10	0,648						
Soru 5	0,625						
Soru 12	0,617						
Soru 1	0,617						
Soru 22		0,806					
Soru 23		0,798					
Soru 21		0,769					
Soru 20		0,579					
Soru 31			0,792				
Soru 30			0,766				
Soru 29			0,728				
Soru 32				0,784			
Soru 25				0,780			
Soru 26				-0,692			
Soru 28					-0,866		
Soru 16						0,814	
Soru 18						0,736	
Soru 17							0,825
Soru 13							0,648

26. ve 28. Sorular faktör analizinde eksi faktör değeri aldığı için ters kodlanmıştır. Ölçek güvenirliği için Cronbach Alpha katsayıları hesaplanmıştır. Buna göre güvenirlik değerleri genel politik davranışlar 0,85, çıkarıcılık 0,84, amir ve çalışma arkadaşlarının davranışları 0,77, terfi ve maaş politikaları 0,66, işbirliği ve yardım 0,72 olarak belirlenmiş ancak politik davranışların ödüllendirilmesi ve yükselmek için gerekeni yapmak boyutlarının güvenirlik değerlerinin 0,60'ın altında kalmıştır. Cronbach Alpha örneklem ve ifade sayısı ile artmakta bu nedenle ölçeğin genelinde ise faktörler düzeyinde sonuçlarda hassasiyet söz konusu olmaktadır (Yaşlıoğlu,2017). Ölçek geneline ilişkin güvenirlik değeri 0,88'dir.

İKY uygulamalarının etkililiğini ilişkin ölçek için yapılan faktör analizinde KMO değeri 0,896, Bartlett küresellik testi anlamlıdır ($\chi^2 (190) = 3179,42, p < 0,01$). Açıklanan varyans %72,74 olarak belirlenmiş, ölçek 5 faktör altında toplanmıştır. Bazı maddelerin faktör yüklerinin aynı faktörlerde toplanması nedeni ile çıkarılan ifadelerden sonra tekrarlanan analizler sonrasında varyans %75,12 olmuş, sorular 5 faktör altında toplanmıştır (Tablo 2). Bu dağılıma göre, iş analizi, iş tanımı ve iş gerekleri uygulamaları (Faktör 1), personel seçim ve performans değerlendirme süreçlerinde adalet (Faktör 2), eğitim ve geliştirme (Faktör 3), personel seçme ve yerleştirme (Faktör 4), ödüllendirme (Faktör 5) şeklinde isimlendirilmiştir.

Tablo 2. İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamalarının Etkililiği Faktör Dağılımları

	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5
Soru 18	0,873				
Soru 20	0,847				
Soru 19	0,815				
Soru 17	0,661				
Soru 4		0,824			
Soru 5		0,812			
Soru 6		0,748			
Soru 2		0,523			
Soru 12			0,753		
Soru 11			0,745		
Soru 10			0,632		
Soru 3			0,615		
Soru 7				0,702	
Soru 8				0,682	
Soru 9				0,676	
Soru 15					0,904
Soru 16					0,893

Ölçeklerin güvenilirliği için Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Faktör analizleri sonrasında belirlenen faktörlerle hesaplanan Cronbach Alpha güvenirlik değerleri iş analizi, iş tanım ve iş gerekleri uygulamaları için 0,90, personel seçim ve performans değerlendirme süreçlerinde adalet için 0,81, eğitim ve geliştirme için 0,81, personel seçme ve yerleştirme için 0,80, ödüllendirme için 0,87 olarak belirlenmiş, ölçek boyutlarının güvenilir olduğu görülmüştür.

Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırma verileri SPSS paket programı yardımıyla analiz edilmiş frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, faktör analizi, korelasyon ve hiyerarşik regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Bulguları

Araştırmada öncelikle örnekleme yer alan katılımcıların demografik özellikleri ortaya koyularak tanımlayıcı istatistikler tespit edilmiş, daha sonra araştırma hipotezi test edilmiştir.

Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanelerde katılımcılara ilişkin demografik sorulara ait sıklık (n) ve yüzde (%) değerleri Tablo 3'de yer almaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		Sıklık (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	149	59,6
	Erkek	101	40,4
Yaşınız	20-30	117	46,8
	31-40	93	37,2
	41-50	38	15,2
	60 ve üstü	2	0,8
Eğitim	İlköğretim	5	2,0
	Lise	94	37,6
	Ön Lisans	32	12,8
	Lisans	107	42,8
Kuruluşta Toplam Çalışma Süresi	Lisansüstü	12	4,8
	0-5	120	48,0
	6-10	38	15,2
	11-15	45	18,0
	16-20	27	10,8
	21-25	18	7,2
Toplam Hizmet Yılı	25 ve üzeri	2	0,8
	0-5	105	42,0
	6-10	30	12,0
	11-15	50	20,0
	16-20	32	12,8
	21-25	25	10,0
Hastanedeki Pozisyon	25 ve üzeri	8	3,2
	Yardımcı Sağlık Personeli	151	60,4
	İdari Personel	99	39,6
	Toplam	250	100,0

Araştırmaya katılan hastane personelinin insan kaynakları yönetimi uygulamalarının etkililiği ve örgütsel politika algılamalarına ilişkin ortalama, standart sapma ve korelasyonlara ilişkin değerler Tablo 4’de yer almaktadır.

Tablo 4. Katılımcıların İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamalarının Etkililiği ve Örgütsel Politika Algılamalarına İlişkin Ortalama, Standart Sapma ve Korelasyon Değerleri

Değişken	Ort.	S.s.	1	2	3	4	5	6
Örgütsel politika algısı	2,87	0,50	1,00					
İş Analizi, iş tanım ve iş gerekleri	3,70	0,87	-0,34*	1,00				
Personel seçim ve performans değerlendirme süreçlerinde adil uygulamalar	2,45	0,88	-0,42*	0,48*	1,00			
Eğitim ve geliştirme	3,22	0,74	-0,25*	0,63*	0,46*	1,00		
Personel seçme ve yerleştirme	3,51	0,80	-0,26*	0,58*	0,50*	0,58*	1,00	
Ödüllendirme	2,45	1,10	-0,21*	0,28*	0,41*	0,23*	0,33*	1,00

*p<0.01

Tablo 4’de yer alan korelasyonlar doğrultusunda örgütsel politika algısının insan kaynakları yönetimi uygulamalarının etkililiğine ilişkin tüm boyutlar ile istatistiksel olarak ilişki içerisinde olduğu görülmektedir. Hastane çalışanlarının iş analizi ve beraberinde iş tanım ve iş gereklerinin etkililiğine dair

algılamaları ($r=-0.34, p<0.01$), personel seçim ve performans değerlendirme süreçlerinde adalet ($r= -0.42, p<0.21$) ile örgütsel politika algısı arasında orta düzeyde negatif yönde bir ilişki belirlenmiştir. Diğer insan kaynakları yönetimi uygulamaları içerisinde yer alan eğitim ve geliştirme uygulamaları ($r= -0.25, p<0.05$), personel seçme ve yerleştirme ($r= -0.26, p<0.01$) ve ödüllendirme ($r=-0.21, p<0.01$) ile örgütsel politika algısı arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Tüm ilişkilerin negatif yönde olması insan kaynakları uygulamalarının etkililiği arttıkça örgütsel politika algısının azaldığını ortaya koymaktadır.

Çalışanların İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamalarının Etkililiği ve Örgütsel Politika Algılarına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

Araştırma değişkenlerinden, aralarında korelasyon bulunan değişkenler için demografik değişkenlerin etkisini kontrol edilerek hiyerarşik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir (Tablo 5). Analizde ilk modelde demografik değişkenlerden cinsiyet, eğitim ve pozisyon değişkenleri modele dâhil edilmiştir. Alan yazında bu değişkenlerin örgütsel politikayı tahmin ettiğine dair bulgular yer almaktadır (Bıyık ve diğ.,2016). Analiz sonucunda söz konusu değişkenlerin etkisine dair anlamlı bir regresyon modeli elde edilmemiştir ($F(3,246)=1,226, p=0,283, R^2= 0,015$). Kontrol edilen değişkenler sonrasında ikinci aşamada İKY uygulamaları modele dâhil edilmiş ve model anlamlı bulunmuştur ($F(8,241)=7,921, p=0,000, R^2= 0,208$). Katılımcıların iş analizi, iş tanımları ve iş gerekleri uygulamalarının etkililiğine dair algıları ile personel seçim ve performans değerlendirme süreçlerinde adil uygulamalar olduğuna dair değerlendirmeleri örgütsel politika algısını tahmin etmektedir. Cinsiyet, eğitim ve pozisyon kontrol edildikten sonra bu uygulamalara dair olumlu algılama ve değerlendirmelerin örgütsel politika algısını etkileyerek azalttığı görülmektedir. Analiz sonucunda $\Delta R^2=0,193$ olarak belirlenmiş, iş analizi, iş tanımları ve iş gerekleri uygulamalarının etkililiği ($\beta=0,215, p<0.05$) ve personel seçim ve performans değerlendirme süreçlerinde adil uygulamalara dair algıların ($\beta=0,333, p<0.01$) örgütsel politika algısını tahmin ettiği gözlenmiştir. Bu sonuçlara göre, katılımcıların çalıştıkları hastanelerde iş analizi, iş tanımları ve iş gerekleri uygulamalarındaki etkisizlik ve personel seçim ve performans değerlendirme süreçlerindeki adil bulunmayan uygulamalar, bir birim arttığında örgütsel politika algısı sırası ile 0.251 ve 0,333 birim artacaktır.

Tablo 5. Örgütsel Politika Algısı ve İKY Uygulamalarına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

	Model 1	Model 2
Sabit	2,73	3,57
Cinsiyet	0,113	0,090
Eğitim	-0,022	0,017
Pozisyon	0,002	0,017
İş Analizi, iş tanım ve iş gerekleri		-0,215**
Personel seçim ve performans değerlendirme süreçlerinde adil uygulamalar		-0,333*
Eğitim ve geliştirme		0,036
Personel seçme ve yerleştirme		0,036
Ödüllendirme		-0,029
F	1,226	7,921
df	3	8
R ²	0,015	0,208
ΔR^2		0,193

* $p<0.01$, ** $p<0.05$

Modele ilişkin regresyon denklemi de aşağıdaki gibi oluşturulabilir:

Örgütsel politika algısı= 3,57- 0,215. İş anlz., iş tnm. ve iş gerk. uygulamalarının etkililiğın– 0,333. Pers. seçim ve perf. Değ. süreçlerinde adil uygulamalar Araştırma sonunda H1 hipotezi desteklenmiştir.

Sonuç ve Tartışma

Gün geçtikçe daha belirsiz ve karmaşık bir çevrede sürekli değişme çabaları ile varlığını devam ettirmeye çalışan örgütler açısından politik davranışlar yaygındır. Bu belirsiz ve karmaşık çevrede, sınırlı kaynaklarla faaliyet göstermeye çalışmak da eklenince, bireyler açısından gücü kullanmak ve etkileme araçlarından yararlanmak oldukça sık karşılaşılan bir durum haline gelmektedir. Örgütteki her bir bireyin kendi istek ve beklentileri doğrultusunda daha fazla kaynağa sahip olmak istemesi; bütçelerin, görev ve sorumlulukların, ücret ve terfilerin paylaşılması konusunda bireyleri karşı karşıya getirmekte ve bu da kaçınılmaz bir güç mücadelesi yaratmaktadır. Hastaneler gibi etkinlikleri yaşamsal önemde olan kuruluşlarda, bu olgunun nedenlerini ortaya koymak önleyici mekanizmaları belirlemek açısından önemlidir.

Örgütsel politika algısı konusunda yapılan çalışmaların sonuçları, bireyleri olumsuz yönde etkilediğine dair bulgular içermektedir. Yapılan meta analiz çalışmaları bireylerin örgütsel politika algısının iş stresi, iş tatmini, örgütsel bağlılık, iş performansı, devamsızlık ve işgücü devrini etkilediğini ortaya koymaktadır (Miller ve diğ.,2008). Örgütsel politika algısının öncüllerini belirlemeye dönük meta analiz çalışmaları bu etkileri bireysel, örgütsel ve iş ile ilişkili etkiler olarak sınıflandırmaktadır (Atınç ve diğ.,2010). Örgütsel politika algısı örgütsel kararlardaki belirsizlik, beklentiler, prosedürler, rollerdeki müphemlikler, kıt kaynaklar için rekabet nedenleriyle artmaktadır (Miller ve diğ.,2008). İşe ilişkin ve örgütsel unsurlar bu çerçevede ele alındığında İKY uygulamaları ile ilişkilidir.

Bu çalışmada hastane işletmelerinde örgütsel politikayı tahmin eden değişkenler olarak İKY uygulamalarının etkililiğine dair algılar incelenmiştir. Araştırma bulguları; iş analizi, iş tanımı ve iş gereklerinin etkililiğine dair algılar ile personel seçim ve performans değerlendirme süreçlerinde adil uygulamalara dair algılamaların, örgütsel politika algısını açıkladığını ve tahmin ettiğini ortaya koymuştur. İş analizi, iş tanım ve gerekleri İKY'nin temel ve teknik işlevleri arasında yer almakta İK planlamasından başlamak üzere diğer İKY fonksiyonları için girdi niteliği taşımaktadır. Her ne kadar İKY yazınında iş analizinin çalışan tutum ve davranışları üzerindeki etkisi çok tartışılmamış olsa da, diğer tüm İKY işlevlerine temel girdiyi sağlayan işlev olma rolü dolayısıyla çalışanın işle ilgili tutum ve davranışlarını etkileyecek en önemli İKY uygulaması olarak tanımlanabilir. Bu temel etkinliğin uygun şekilde gerçekleştirilmesi ve bunun çalışanlara yansımaları örgütsel politika algısını azaltıcı bir rol oynamaktadır.

Araştırma sonucunda örgütsel politika algısını tahmin eden bir diğer değişken olarak ortaya çıkan personel seçim ve performans değerlendirme süreçlerinde adaletle dair algılamalar süreçlerin teknik boyutu ile birlikte davranışsal boyutunu da ifade etmektedir. Orijinal ölçekte performans değerlemesi ve personel seçme süreçlerinde yer alan ifadeler bu çalışmada farklı ve yeni bir boyutta toplanmış, ifadeler ve alan yazın değerlendirilerek bu şekilde isimlendirilmiştir. Bu sonuç öncelikle İKY uygulamalarının davranışsal sonuçlarını yani örgütsel davranış ile ilişkili kısmını yansıtmaktadır. Çalışanlar personel seçim ve performans değerlendirme süreçlerindeki uygulamaların adil olmasını beklemekte, adil olmayan uygulamalar örgütsel politika algısını artırmaktadır. Örgütsel politikanın öncüllerine dair çalışmalarda, prosedürel adalet veya kaynak dağılımına dair prosedürlerde algılanan adaletin, bireylerdeki kontrol duygusunu artırarak örgütsel politika algısını negatif yönde değiştirdiği ortaya koyulmaktadır (Atınç ve diğ.,2010). Bu çalışma sonuçları da benzer bir noktaya varmaktadır.

Hastanelerde ambulans hizmetlerinde İKY problemlerine ilişkin bir çalışmanın sonuçlarına göre en

öncelikli sorunlar; görev tanımları ve iş yükü dağılımı, hizmet içi eğitim, performans değerlendirme, motivasyon ve kariyer olanakları olarak belirlenmiştir (Kıdak ve diğ.2016). Hastaneler gibi iş yoğunluğunun yüksek olduğu kuruluşlarda İKY etkililiği örgütsel politika algısını etkileyerek de örgütsel sonuçlara yansıtacaktır.

Ferris ve King (1991) çalışmalarında örgütsel politikayı artırabilecek bir faktör olarak İKY kararlarını ve bu kararlar içerisinde personel seçimi, performans değerlendirme ile teşvik ve ödülleri vurgulamışlardır. Söz konusu çalışmada İKY sistemleri ve kararlarında politik dinamiklerin, karar bağlamındaki belirsizlikler yoluyla sunulan etki fırsatları ile teşvik edildiği öne sürülmekte, İKY uygulamalarının geliştirilmesi önerilmektedir. Bu çalışmada da hastane işletmeleri özelinde bu bağlantıları destekler nitelikte sonuçlara ulaşılmıştır. Ferris ve Knight'ın (1991) belirttiği gibi politik davranışlar işletmelerde her zaman olacaktır. Bundan sonrasında işletmelerin yapması gereken, politik davranışları ve algıyı şekillendiren etkisiz uygulamaları sistemden ayıklaması ve etkili İKY uygulamalarının yeniden değerlendirilerek uygulamaya konulmasıdır.

Unutulmaması gereken önemli bir nokta yöneticilerin işletmede uygulanan ve etkili olduğu düşünülen İKY uygulamaları ile çalışanların söz konusu uygulamalara ilişkin algılamalarının birbiriyle örtüşmeyebileceği gerçeğidir (Boselie vd., 2001). Örgütlerde iş analizi faaliyetlerinden başlamak üzere personel seçme ve yerleştirme ile performans değerlendirme süreçlerinin adil olmadığı düşüncesi çalışanların örgütsel politika algısını şekillendirmektedir. İşletmeler için etkili İKY uygulamaları, çalışanlara, bu kuruluşun politik davranışların yerleşebileceği bir yapı olmadığı mesajını verecek ve belirsizliği, müphemliği, dağınıklığı ortadan kaldıracak önemli bir güçtür. Bu tür mekanizmaların varlığı ve etkililiği, yalnızca çalışanları değil seçim ve değerlendirmeyi yapacak etik ve ilkeli yöneticileri de rahatlatacaktır.

Bu çalışmanın sonuçları İKY uygulamaları açısından şeffaflığın önemini ortaya çıkarmaktadır. Uygulamaların etkili işlemesi kadar süreçlere dair şeffaflık da çalışanlar açısından pozitif sonuçlar oluşturacaktır. Bunu sağlayacak olan mekanizma da İKY politikalarının şeffaf bir biçimde belirlenmesi, deklare edilmesi ve en önemlisi samimiyetidir. Unutulmamalıdır ki web sayfalarında ifade edilen politikalar her bir uygulamanın temelidir ve gerçekleşen sonuçları ile çalışanlarca tecrübe edilmektedir. Çalışmanın devamında İKY'nin şeffaflığı da tartışmaya açılarak araştırılmaları konu olmalıdır.

İKY uygulamalarının değerlendiren çalışmalar büyük ölçüde yönetici görüşleri ve örgütsel düzeyde yapılan çalışmalardır. Bu uygulamaların etkililiğini belirleyecek olan çalışanlar olup sonuçları çalışanların algı ve davranışlarına yansımaktadır (Tüzün,2013). Bu çalışma bu etkiyi belirlemek açısından alana katkı sağlamaktadır.

Çalışma örneklem açısından sınırlılık taşımaktadır. Ankara'nın belli bir bölgesindeki hastanelerin ele alınması nedeni ile çalışmanın genellenebilirliği söz konusu bölge ile sınırlıdır. Çalışma 2018 yılında toplanan verilerle gerçekleştirilmiş, veri toplama ve izin güçlükleri bölgelerin sınırlanmasına neden olmuştur. Bundan sonraki çalışmalarda farklı örneklemeler ile araştırma gerçekleştirilebilir. Hastanelerde gelecekte doktorlarla yapılacak bir çalışmanın bulguları, bu araştırmanın sonuçlarını tamamlayacaktır. İKY profesyonelleri de süreci farklı şekilde ele alabileceği için aynı araştırma sorusunun, İKY profesyonelleri ile yapılacak görüşmelerle gerçekleştirilecek bir çalışma ile araştırılması ilginç bulgular ortaya koyacaktır.

KAYNAKÇA

Abubakar, R.A., Chauan,A., Kura,K.M. (2014).“Relationship Between Perceived Organizational Politics, Organizational Trust, Human Resource Management Practices and Turn Over İntention Among Nigerian Nurses”, *International Journalof Business and Development Studies*”.6 (1),53-82.

Adams,G.L.,Readway,D.C. (2008). “The Role of Dispositions in Politics Perception Formation: The Predictive Capacity of Negative and Positive Affectivity, Equity Sensitivity, and Self-efficacy”, *Journal of Managerial Issues*. 20(4), 545-563.

Albloush, A., Ahmad, A., Yusoff, Y.M., Nik, H.N.M. (2019) “The Impact of Organizational Politics on Job Performance: Mediating Role of Perceived Training Opportunities”, *International Journal of Business and Society*, 20(2), 657-674.

Akın,Ö., Erdost Çolak,H. (2012). “İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamalarıyla Örgütsel Performans Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma”, *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2 (2), 85-114.

Arı,G. S.(2011). “Politik Arenada Sessiz Kalanlar: Örgütsel Politika ve Örgütsel Sessizlik Arasındaki İlişkide Birey Örgüt Uyumunun Düzenleyici Etkisi Üzerine Bir Araştırma”. 19.Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi. 501-505.

Armstrong,M., Taylor,S. (2020). *Armstrong’s Handbook of Human Resource Management Practise*, 15th Edition, Kogan Page Publisher, London.

Atınç,G., Darrat,M.,Fuller,B.,Parker,B.W. (2010). “Perception of Organizational Politics: A Meta-Analysis of Theoretical Antecedents”, *Journal of Managerial Issues*, 22(4),494-513.

Barutçugil, İ. (2004). *Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi*. 2.B., İstanbul:Kariyer Yayıncılık.

Bingöl,D. (2014). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. 9.B., İstanbul: Beta Yayınları.

Bırdı,K.,Clegg,C., Patterson,M., Robinson,A., Stride,C.B.,Wall,T.D.,Wood,S.J. (2008).“The Impact of Human Resource and Operational Management Practices on Company Productivity: A Longitudional Study”, *Personnel Psychology*, 61,467-501.

Bıyık,Y., Erdem,P., Aydoğan,E. (2016). “Çalışanların Kararlara Katılımı ve Örgütsel Politika Algısı İlişkisi”, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 8(1),100-116.

Blau, G. L. (1987). “Using A Person-Environment Fit Model to Predict Job Involvement and Organizational Commitment”. *Journal of Vocational Behavior*. 30(3),240–257.

Bretz, R.D., Judge, T.A. (1994). “Person-Organization Fit and the Theory of Work Adjustment: Implications for Satisfaction, Tenure, and Career Success”. *Journal of Vocational Behavior*, 44(1), 32–54.

Boselie ,P., Wiele, T.V.D.(2002). “Employee Perceptions of HRM and TQM, and the Effects on Satisfaction and Intention to Leave”. *Managing Service Quality* .12 (3), 165-172.

Boselie , P.,Paauwe, J.,Richardson,R.(2003). “Human Resource Management, Institutionalization and Organizational Performance: A Comparison of Hospitals, Hotels and Local Government ”. *Int.J. of Human Resource Management*.14(8),1407 –1429.

Bıyık,Y., Erden,P., Erdoğan,E. (2016). “Çalışanların Kararlara Katılımı ve Örgütsel Politika Algısı İlişkisi”, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 8(1),100-116.

Cropanzano, R., Howes, J. C., Grandey, A. A. ve Toth, P., (1997). “The relationship of organizational politics and support to work behaviors, attitudes and stres”, *Journal of Organizational Behavior*, 18(2), 159-180.

Delaney,J.T., Huselid,M.A. (1996). “The Impact of Human Resource Management Practices on Perceptions of Organizational Performance”, *Academy of Management Journal*, 39(4),949-969.

Delery, J. E., Doty, D. H. (1996). Modes of theorizing in strategic human resource management: Tests of universalistic, contingency, and configurational performance predictions. *Academy of Management Journal*, 39(4), 802–835.

Demirel,Y., Seçkin,Z. (2009). “Örgüt içi Politik Davranışların Tespiti Üzerine Kırgızistan’da Sağlık Sektöründe Bir Araştırma”, *OAKA*, 4(7), 143-161.

Drory, A., Romm, T. (1988) .“ Politics in Organization and Its Perception Within the Organization”, *Organization Studies* . 9(2),165-179.

Edgar, F. ve Geare, A. (2005), “HRM practice and employee attitudes: Different measures - different results”, *Personnel Review*, 34, 534–549.

Eraslan, E., Algün, O. (2005).“İdeal Performans Değerlendirme Formu Tasarımında Analitik Hiyerarşi Yöntemi Yaklaşımı”. *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 20(1),95- 106.

Erol,E. (2015). “Perceptions of Organizational Politics Scale (POPS) Questionnaire into Turkish: A Validity and Reliability Study” . *International Journal of Assessment Tools in Education*, 2(1),58-78.

Ferrat, T.W., Agarwall, R., Brown, C.V., Moore,J.E. (2005).“IT Human Resource Management Configurations and IT Turnover: Theoretical Synthesis and Empirical Analysis”, *Information Systems Research*,16 (3), 237-255.

Ferris,G.R., Kacmar,K.M. (1992). “Perception of Organizational Politics”, *Journal of Management*, 18(1),93-116.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Ferris,G.R., King, T.R. (1991). “Politics in human resources decisions: A walk on the dark side”, *Organizational Dynamics*, 20 (2), Autumn, 59-71

Gandz, J., Murray,V.V. (1980) .“The Experience of Workplace Politics”. *Academy of Management Journal*, 23(2), 237-251.

Gemlik,H.N., Soylu,Ö., Bektaş,G.,Daniç,S. (2016). “Hastanelerde Çalışan Personelin İnsan Kaynakları Yönetimi Algısı Üzerine Nitel Bir Araştırma”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3(4), 145-154.

Guest,D.E. (1997). “Human resource management and performance: a review and research agenda”, *The International Journal of Human Resource Management*, 8(3), 263-276.

Harrell-Cook, G., Ferris, G.R., Dulebohn, J.H. (1999). “Political Behaviors as Moderators of the Perceptions

of Organizational PoliticsWork Outcomes Relationships”, *Journal of Organizational Behavior*, 20(7), 1093–1105.

Harris, J. K., James, M.,Boonthanom, R. (2005).“Perception of Organizational Politics and Cooperation as Moderators of The Relationship Between Job Strains and Intent to Turnover”, *Journal of Managerial Issues*. 17(1),26-42.

Heller, D., Judge, T. A., Watson, D. (2002). “The confounding role of personality and trait affectivity in the relationship between job and life satisfaction”, *Journal Organizational Behaviour*, 23, 815–835.

Huselıd,M.A. (1995) .“The Impact Of Human Resource Management Practices On Turnover, Productivity, and Corporate Financial Performance”, *Academy of Management Journal*, 38(3), 635-672.

Işık,M., Çiçek,B. (2019) “İş Memnuniyeti ve Kariyer Tatmini İlişkisinde İK Uygulamaları ve Çalışma Koşullarının Düzenleyici Rolü”, *27.Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı*, 830-845,18-20 Nisan, Antalya.

Kacmar,K.M., Bozeman,D.P., Carlson,D.S, Anthony,W.P. (1999) .“An Examination of The Perceptions of Organizational Politics Model:Replication and Extension”, *Human Relations*, 52, 383-416.

Kacmar, K. M., Baron, R. A. (1999). “Organizational Politics: TheState of The Field, Links to Related Processes, and an Agenda for Future Research”. G. R. FERRIS (der.).*Research in Personnel and Human Resources Management içinde*, Greenwich, CT: JAI Press, 1-39.

Kacmar,K.M., Carlson,D.W. (1997) “Further Validation of the Perceptions of Politics Scale (POPS): A Multiple Sample Investigation”, *Journal of Management*,23(5),627-658.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Kıdak,L.B., Arslan,E.T., Demir,H. (2016). “Acil Sağlık Hizmetlerinden İnsan Kaynakları Yönetimi Problemlerinin Belirlenmesi ve Analitik Hiyerarşi Prosesi ile Önceliklendirilmesi: Ambulans Servisi Örneği”, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 7(16),1-15.

Kitapçı, H. Kaygısız, Ö. C. (2014) . “ İKY Uygulamalarına Yönelik Algının Örgütsel Bağlılığa Etkisinde İş Tatmininin Ara Değişken Olarak İncelenmesi”, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17(31),157- 192.

Kopelman ,R.E., Brief, A.P., ve Guzzo, R.A. (1990). “The Role of Climate and Culture in Productivity”. SCHNEIDER B. (Ed.). Organizational Climate and Culture. San Francisco içinde, CA: Jossey-Bass.

Mayes, B.T. , Allen, R.W. (1977) .“Toward a Definition of Organizational Politics”, Academy of Management Review, 2(4),672-678.

Miller,B.K., Rutherford,M.A., Kolodinsky,R:W: (2008). “Perceptions of Organizational Politics: A Meta-analysis of Outcomes”, Journal of Business and Psychology, 22, 209-222.

Mintzberg,H. (1985). “The Organization as Political Arena”, Journal of Management Studies, 22(2),133-154.

Mohan Bursalı,Y. , Yağcı,Z. (2011). “Çalışanların Örgütsel Politika Algıları ile Politik Davranışları Arasındaki İlişkiler”, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9, 23-41.

Muradova,T. (2009). “İnsan Kaynakları Yönetiminde Eğitim ve Geliştirmenin Önemi”, Journal of Azerbaijani Studies, 12(2),75-84.

Noe, R.A., Wilk, S. L. , Mullen , E. J. , Wanek, J. E. (1997). “Employee Development: Issues in Construct Definition and Investigation of Antecedents”, Improving Training Effectiveness in Work Organizations, 153-156.

Palmer, M., Winters, K.T. (1993). İnsan Kaynakları. İstanbul: Rota Yayınları, Kişisel Gelişim ve Yönetim Dizisi.

Parker, C.P., Dıpyoye,R.L., Jackson,S.L. (1995) .“Perceptions of Organizational Politics: An Investigation of Antecedents and Consequences”, Journal of Management, 21(5), 891-912.

Peçen,Ü., Kaya,N. (2013). “Amerika Birleşik Devletleri Firmalarında İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları, Organizasyonel İklim ve Organizasyonel Yenilikçilik Düzeyi”, Doğu Üniversitesi Dergisi, 14(1), 95-111.

Poon,J.M.L. (2002) . “Situational Antecedents and Outcomes of Organizational Politics Perceptions”. Journal of Managerial Psychology. 18(2),138-155.

Sabuncuoğlu, Z.(2000). İnsan Kaynakları Yönetimi. 1.B.Bursa:Ezgi Kitabevi Yayınları



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Schmidt,S.W. (2010). “The Relationship between Job Training and Job Satisfaction: A Review of Literature”, International Journal of Adult Vocational Education and Technology, 1(2), 20-29.

Swarts,I., Leeuw,Z.M., Mukonza,C. (2019). “The Impact of Human Resource Management Practices on Perceived Organisational Justice”, Business Management and Strategy, 10(1),219-238.

Şendoğdu, A.A., Kocabacak,A., Güven,Ş. (2013). “The Relationship Between Human Resource Management Practice and Organizational Commitment: A Field Study”. Procedia Social And Behavioral Sciences, 9. International Strategic Management Conference. 99, 818-827.

Şimsek,Ş., Aydoğan,E. (2000). “Kriz Ortamlarında Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi Stratejisi”. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 14(1),115-127.

T.C.Sağlık Bakanlığı İstatistikleri (2018). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

TOBB (2017). Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bakış, Araştırma Raporu, TOBB Sağlık Kurumları Meclisi, Ankara.

Tsaur, S.H.ve Lin, Y.C. (2004), “Promoting service quality in tourist hotels: the role of HRM practices and service behaviour”, Tourism Management, 25, 471-481.

Tushman, M. L. (1977). “A Political Approach to Organizations: A Review and Rationale”, Academy of Management Review, 2(2),206-216.

Tüzün,İ.K. (2013). “İKY Uygulamalarının Etkililiğinin Çalışan Algılamaları Bağlamında Araştırılması: İK Birimi Saygınlığının Rolü”. Yönetim ve Ekonomi, 20(1),171-185.

Vıgoda-Gadot,E,(2000). “Organizational Politics, Job Attitudes, and Work Outcomes: Exploration and Implications for the Public Sector”. Journal of Vocational Behavior, 57,326-347.

West,M.A., Guthrie,J.P., Dawson;J.F., Borrill,J.S., Carter,M. (2006). “Reducing Patient Mortality in Hospitals: The Role of Human Resource Management”, Journal of Organizational Behavior, 27, 983–1002.

Yaşlıoğlu, M.M. (2017) “Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulamalı Faktör Analizlerinin Kullanılması”, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 46,74-85.

Yatkin, A.(2008), “Örgütsel Çatışmanın ve Performans Değerlemenin İşgören Performansına Etkileri”, Fırat Üniversitesi İletişim Fakültesi, Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları.

BİREYLERİN E-SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ¹ DETERMINING THE E-HEALTH LITERACY LEVEL OF INDIVIDUALS

Dr. Öğretim Üyesi Dilek USLU

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi, dilek.uslu@hbv.edu.tr, orcid.org/0000-0001-9430-2453

Arş. Gör. G. Gülcan ŞEREMET

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi, gulcansisman09@gmail.com, orcid.org/0000-0002-5790-2780

Makale Makale Gönderim- Kabul Tarihi (17.07.2020-10.08.2020)

Özet

Bu araştırma bireylerin elektronik ortamlarda yer alan sağlıkla ilgili bilgilere erişme, bunları anlama ve yorumlama yeterliliklerine yönelik elektronik sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı tipte olan çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, 2018 Kasım ayında kartopu örnekleme yöntemiyle çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 396 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, sağlık alanında bilgi taraması yapan bireylerin elektronik sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek için Norman ve Skinner (2006) tarafından geliştirilen Tamer Gencer (2017) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan e-sağlık okuryazarlık ölçeği kullanılmıştır. Toplanan veriler SPSS 20.00 programı ile analiz edilmiştir. Veriler normal dağılım göstermediğinden non-parametrik testler uygulanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %61'i sağlıkları hakkında karar verirken interneti yararlı bulmakta, %56'sı ise internette sağlık kaynaklarına erişebilmenin önemli olduğunu belirtmektedir. Araştırmada bireylerin e-sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 3,55 olarak belirlenmiştir. Cinsiyet ile e-sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş olup kadınların erkeklere göre e-sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, sağlık okuryazarlığı, e-sağlık, e-sağlık okuryazarlığı.

¹ 3-5 Nisan 2019 tarihinde "Uluslararası Eğitimde ve Sosyal Bilimlerde Yenilikler Sanal Sempozyumunda" sözel bildiri olarak sunulmuştur.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Abstract

This research was carried out to determine the literacy levels of individuals in terms of their ability to access, understand and interpret health related information in electronic environment. The sample selection was not conducted in this descriptive study, and in November 2018, 396 people who accepted voluntarily to participate in the study with the snowball sampling method were included in the study. In order to determine the literacy level of the individuals who search the information in the field of health, the e-health literacy scale was used which was adapted to Turkish by Tamer Gencer (2017) developed by Norman and Skinner (2006). Data were analyzed with SPSS 20.00 program. Since the data were not distributed normally, non-parametric tests were applied. 61% of the individuals who participated in the study found the internet useful in making a decision about their health and 56% stated that it was important to have access to health resources on the internet. The mean score of e-health literacy of the individuals was determined as 3,55. A statistically significant difference was found between gender and e-health literacy level and women were found to have higher levels of e-health literacy than men.

Key Words: Health, health literacy, e-health, e-health literacy.

GİRİŞ

Günden güne ilerleyen teknoloji ile birlikte yaşam tarzları da farklılaşmaktadır. Bu farklılaşma dijital teknolojilerin hayata girmesi ile birlikte hayatımızın tüm alanlarına etki etmektedir. Bu alanlardan biri hatta belki de en önemlisi sağlığa ilişkin bilgilerin internet kaynaklı dijital mecralardan elde edilmesidir. Bu kapsamda dijital dünyanın yeri sağlık sektöründe büyük öneme sahiptir. Sağlık ile ilişkili bilgilerin, teknoloji tabanlı dijital ortamlar aracılığı ile elde edilmesi e-sağlık okuryazarlık kavramının gündeme getirmiş ve bu durum e-sağlık okuryazarlığın önemini arttırmıştır. E-sağlık okuryazarlığının başındaki “e” ile elektronik ortamda yapılan sağlık okuryazarlığı kastedilmektedir.

E-sağlık okuryazarlığı Norman ve Skinner’e (2006a: 1) göre sağlık ile ilişkili bilgileri elektronik ortamlarda aramak, bu bilgilere ulaşma, bilgileri anlama ve değerlendirmeye birlikte bu süreç sonunda elde edilen sağlık ile ilişkili bilgileri, belirli bir sağlık sorununun çözümü için kullanabilmektir. Bir başka tanıma göre e-sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıkları ile ilişkili doğru kararlar verebilmek amacı ile dijital ortamlardaki bilgileri anlayabilme ve bu doğrultuda verilen tavsiyeleri etkin bir şekilde kullanabilme ve sistemden yarar sağlayabilme yeteneğidir (Peerson ve Sounders, 2009: 287).

Diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de yoğun bir şekilde dijital araçlardan özellikle sağlık alanında bilgi edinme davranışı oldukça yaygındır. Sağlık ile ilişkili bilgileri dijital iletişim teknolojileri kullanılarak elde edebilmek e- sağlık okuryazarlığının gerekli kılınmaktadır.

Günden güne dijital okuryazarlığın artması ile birlikte kişilerin sağlık ile ilişkili davranışları kontrol etme ve yönlendirme faaliyetleri hızla artmaktadır (Smith ve Magnani, 2019: 3). E-sağlık okuryazarlığına ilişkin alinyazında sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmış olup sağlık alanı oldukça ciddi bir alan olduğundan bireylerin sağlık okuryazarlık seviyelerinin belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırma bireylerin elektronik ortamlarda yer alan sağlıkla ilgili bilgilere erişme, bunları anlama ve yorumlama yeterliliklerine yönelik e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaç doğrultusunda oluşturulan araştırma sorusu:

“Bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyleri demografik özelliklere göre farklılık göstermekte midir?”

Araştırma sorusuna yönelik olarak geliştirilen hipotezler ise aşağıda yer almaktadır:

1. Bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
2. Bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyleri yaşa göre farklılık göstermektedir.
3. Bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyleri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.
4. Bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyleri özel sağlık sigortasına sahip olma durumuna göre farklılık göstermektedir.
5. Bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyleri kronik bir rahatsızlığa sahip olma durumuna göre farklılık göstermektedir.

E-Sağlık Okuryazarlığı

Günümüzün modern toplumlarında kişilerin kendi sağlıklarını aktif şekilde yönetebilmeleri ve sağlıkları hakkında gerekli kararları kendilerinin alabilmeleri gereklidir. Bireylerin kendi sağlıklarına ilişkin kararların doğruluğu onların sosyal ve aynı zaman da kültürel geçmişlerine uygun, ihtiyaçlarını karşılayabilen ve bu doğrultuda erişebilir sağlık bilgisi edinebilmelerini gerekli kılmaktadır. Aslında sağlık alanında çalışan uzman bireyler tıbbi bilgi kaynağı da olsa günümüzün gelişen teknolojileri sayesinde internet kaynakları toplumun sağlık konusunda başvuru alanlarından biri haline dönüşmüştür. Bundan dolayıdır ki kişilerin sağlık ile ilişkili sorunlarındaki bilgiyi anlama ve buna ilişkin uygulama becerileri sağlık ile ilgili davranışlarında önemli bir yer aldığı düşünülmektedir (Ishikawa ve Kiuchi, 2010: 2).

Sağlık ile ilgili faaliyetler elektronik ortamda dijital dünyanın sunmuş olduğu olanaklar ile günden güne gelişim göstermektedir (Erdoğan, 2019: 6). İnternet ortamı bireylere hastalık ve sağlık hakkında bilgi vermekte, yeni sosyal destek ağlarının ortaya çıkmasına neden olmakta, hekim ve hasta arasındaki ilişkinin boyutunu ve şeklini değiştirmekte, doktor otoritesinde çeşitli değişikliklerin yaşanmasına ve bilginin küresel çapta yayılmasını sağlamaktadır (Eryiğit, 2015: 35). Buna paralel olarak dijital ortamda doğruluğu şüphe uyandıran bilgiler ve hızla çoğalan içerikler gitgide çoğalmaktadır. Bu doğrultuda sağlık konusu; kişilerin yaşam ile ilgili faaliyetlerinin ruhsal, fiziksel ve sosyal durumları içeren bir alan olduğu için nitelikli bilgileri ayırt edebilme yeteneğini gerekli kılmaktadır. (Erdoğan, 2019: 6).

Sağlık okuryazarlığını, Zarcadoolas, Pleasant ve Greer (2005: 196-197) kişilerin sağlığına yönelik risklerini azaltmak ve hayat kalitesini artırmak amacı ile sağlığa ilişkin bilgiyi arayıp bulabilme, anlayarak değerlendirebilme ve bu bilgileri kullanabilmeyi sağlayabilen beceri toplamı olarak tanımlamaktadır.

E-sağlık okuryazarlığına geçmeden önce e-sağlığa ilişkin bilgiler vermek burada önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2016: 2) e-sağlığı; sağlık hizmetlerinin ve sağlık kaynaklarının elektronik araçlar ile transferi şeklinde ifade etmektedir. Para, bilgi, ilaç gibi sağlık kaynaklarından yararlanabilmek için yeni bir olanak sağlayan e-sağlık, sağlık profesyonelleri, kurumlar ve halk



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

arasında işbirliği ve etkileşimin oluşmasını internet ağı ile gerçekleştirmektedir. E-sağlığa ilişkin uygulamalar hizmet finansmanı ve sunumunda yenilikçi süreçlerin uygulanmasına imkân vermektedir (Ökem, 2011: 94). Bu yenilikçi süreçlerin uygulanmasıyla birlikte sağlık alanındaki tüm paydaşlara, sağlık hizmetlerine kolay ve çabuk ulaşma, verimli, nitelikli ve etkili hizmet sunma fırsatı sağlamaktadır.

E-sağlık okuryazarlığı gibi dijital ortamlar aracılığı ile elde edilen bilgiler sayesinde hem sağlık maliyetlerinde hem de sağlık kurum ve kuruluşlarında bekleme sürelerinde azalma imkânı sağlanmış hem de her kişiye özgü sağlık hizmeti sunumuna imkân tanınmıştır. Ayrıca e-sağlık okuryazarlığı ile ilgili sağlık ile ilgili gerekli bilgilerin zamanında akışı sağlanarak mesafe engellerinin de ortadan kalkabilmesine olanak sağlanmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı zamanla yavaş yavaş kazanılan bir bilgi birikimidir. Bu doğrultuda sağlık okuryazarlığının iletişim ve bilgi teknolojilerinin kullanımı ile birlikte e-sağlık okuryazarlığı meydana gelmektedir. E-sağlık okuryazarlığı sağlığa ilişkin tüm bilgilerin çevrim içi ve dijital ortamlardan elde edilmesine imkân tanımaktadır. Bu sayede sağlığın iyileştirilmesinin ve geliştirilmesinin önü açılmaktadır.

E-sağlık okuryazarlığının altı farklı bileşeninden bahseden Norman ve Skinner (2006b) bu bileşenleri; sağlık okuryazarlığı, geleneksel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, bilgi okuryazarlığı, medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığı olarak sınıflandırmaktadır. Bu boyutlar kaliteli sağlık bilgilerini çevrim içi bulma ve değerlendirme yeteneğine katkıda bulunmaktadır. Ayrıca bunlardan bir tanesinin eksik olması kişilerin kaliteli e-sağlık kaynaklarına ulaşamaması ve e-sağlık okuryazarlığının yetersiz kalmasına sebep olabilmektedir (Chesser, Burke, Reyes ve Rohrberg, 2016: 2).

YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, 2018 Kasım ayında kartopu örnekleme yöntemi ile çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 396 kişi çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmada, Norman ve Skinner (2006) tarafından geliştirilen Tamer Gencer (2017) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan 'E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği' kullanılmıştır. Toplam 8 maddeden oluşan ölçek maddeleri, 1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum şeklinde 5'li likert olarak düzenlenmiştir. Ölçek ortalama puanı arttıkça; yani 5'e yaklaştıkça e-sağlık okuryazarlık düzeyi de artmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,90'dır.

Araştırmada, verilere ulaşmak için anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çeşitli demografik değişkenlerle ilgili ifadeler yer verilmiş olup, ikinci bölümde ise e-sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesine yönelik ifadeler yer almaktadır.

Araştırmanın verileri, SPSS 20.00 paket programında değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizinde yüzdeler ve ortalamalar alınmış, ölçek puanlarının sosyo-demografik verilerle karşılaştırılmasında normal dağılım göstermediğinden parametrik olmayan testler uygulanmıştır. Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen verilere yönelik yapılan analizler sonucu elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Demografik Özellikler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	277	69,9
	Erkek	119	30,1
Yaş	20 ve Altı	47	11,9
	21-30	180	45,5
	31-40	115	29,0
	41-50	44	11,1
	51 ve Üzeri	10	2,5
Eğitim	İlköğretim	10	2,5
	Ortaöğretim	10	2,5
	Lise	46	11,6
	Ön Lisans	27	6,8
	Lisans	224	56,6
	Yüksek Lisans	56	14,1
	Doktora	23	5,8
Özel Sağlık Sigortası	Evet	68	17,2
	Hayır	328	82,8
Kronik Rahatsızlık	Evet	56	14,1
	Hayır	340	85,9
Sağlığınız hakkında karar verirken internetin size yardımcı olmada ne kadar faydalı olduğunu düşünüyorsunuz?	Hiç Yararlı Değil	17	4,3
	Yararlı Değil	47	11,9
	Fikrim Yok	65	16,4
	Yararlı	240	60,6
	Çok Yararlı	27	6,8
İnternette sağlık kaynaklarına erişebilmek sizin için ne kadar önemli?	Hiç Önemli Değil	7	1,8
	Önemli Değil	29	7,3
	Fikrim Yok	36	9,1
	Önemli	223	56,3
	Çok Önemli	101	25,5
	Toplam	396	100,0

Tablo 1’de katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin frekans bilgileri yer almaktadır. Buna göre katılımcıların % 69,9’u kadın, % 45,5’i 21-30 yaş aralığında, %56,6’sı lisans mezunu, %82,8’inin özel sağlık sigortasının olmadığı, %85,9’unun ise kronik bir rahatsızlığının olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların “Sağlığınız hakkında karar verirken internetin size yardımcı olmada ne kadar faydalı olduğunu düşünüyorsunuz?” sorusuna %60,6’sı yararlı cevabını vermiştir. Katılımcıların çoğunluğunun sağlık ile ilişkili bir konuda karara varırken internet kaynaklarından yararlandığı görülmektedir.

Katılımcıların “İnternette sağlık kaynaklarına erişebilmek sizin için ne kadar önemli?” sorusuna ise % 56,3’ü önemli cevabını vermiştir. Bu doğrultuda internet kaynaklarında yer alan bilgilere ulaşılabilirlik katılımcıların çoğunluğu için önem arz etmektedir.

Tablo 2: E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeğine Ait İfadelere Yönelik Ortalamalar

E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeğine Ait İfadeler	Ort.
1. İnternette hangi sağlık kaynaklarının ulaşılabilir olduğunu biliyorum.	3,53
2. İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nerede bulacağımı biliyorum.	3,35
3. İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl bulacağımı biliyorum.	3,40
4. Sağlık hususunda sorularıma yanıt bulmak adına interneti nasıl kullanacağımı biliyorum.	3,64
5. İnternette bana yardımcı olması adına bulduğum sağlık bilgilerini nasıl kullanacağımı biliyorum.	3,57
6. İnternette bulduğum sağlık kaynaklarını değerlendirmek için ihtiyacım olan beceriye sahibim.	3,76
7. İnternetteki yüksek kalitedeki sağlık kaynaklarını düşük kalitedeki sağlık kaynaklarından ayırt edebilirim.	3,58
8. Sağlığa ilişkin kararlar verirken internetten bilgi kullanımında kendime güveniyorum.	3,58
Toplam	3,55

Tablo 3’e göre “İnternette bulduğum sağlık kaynaklarını değerlendirmek için ihtiyacım olan beceriye sahibim” ifadesinin 3,76’lık bir ortalama ile en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların toplam e-sağlık okuryazarlık düzeyinin ise orta düzeyde (3,55±0,74) olduğu görülmektedir.

Tablo 3: E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Cinsiyete Göre Mann-Whitney Testi Sonuçları

Cinsiyet	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	Z	p
Kadın	277	206,80	57283,50	14182,500	-2,207	0,027
Erkek	119	179,18	21322,50			

Tablo 3’e göre katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). İfadelere verilen yanıtlar doğrultusunda kadın katılımcıların e-sağlık okuryazarlık ortalamasının (Ort. 206,80) erkek katılımcılara (Ort. 179,18) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4: E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Yaşa Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

Yaş	n	Sıra Ort.	sd	Chi-Square	p
20 yaş ve altı	47	180,14	4	1,820	0,769
21-30	180	198,26			
31-40	115	203,13			
41-50	44	201,95			
51 yaş ve üzeri	10	220,60			

Test sonuçlarına göre katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 5: E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Eğitime Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Eğitim	n	Sıra Ort.	sd	Chi-Square	p
İlköğretim	10	145,60	6	8,223	0,222
Ortaöğretim	10	188,55			
Lise	46	216,10			
Önlisans	27	186,63			
Lisans	224	196,51			
Yüksek Lisans	56	189,01			
Doktora	23	247,07			

Tablo 5'e göre katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 6: E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Özel Sağlık Güvencesine Göre Mann-Whitney Testi Sonuçları

Özel Sağlık Güvencesi	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	Z	p
Var	68	208,31	14165,00	10485,000	-,778	0,436
Yok	328	196,47	64441,00			

Tablo 6'ya göre katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri özel sağlık güvencesinin sahipliğine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 7: E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyin Kronik Bir Rahatsızlığa Sahip Olma Durumuna Göre Mann-Whitney U-Testi Sonuçları

Kronik Bir Hastalık	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	Z	p
Var	56	212,46	11897,50	8738,500	-,987	0,324
Yok	340	196,20	66708,50			

Tablo 7'ye göre katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin kronik bir rahatsızlığa sahip olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hızlı teknolojik gelişmeler ile birlikte teknoloji tabanlı dijital mecralar günümüzde hayatımızda önemli bir yer tutmaktadır. Tıp alanındaki önemli gelişmeler ile birlikte sağlık okuryazarlığı kişilerin sağlık düzeylerinin gelişmesine katkı sağlamaktadır.

Bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin geliştirilmesi hem kendileri için yarar sağlayacak hem de elektronik kaynaklarda bulunan bilgileri doğru bir şekilde anlamlandırarak çevresinde bulunan diğer kişilere de pozitif dışsallık ile fayda sağlayabilecektir. E-sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin olumlu sağlık davranışı gösterebilmesi muhtemeldir. Aynı zamanda kişinin e-okuryazarlık düzeyinin yüksek olması oluşabilecek tıbbi hataları da azaltabilecektir. Bu çerçevede gerek ülkemizde



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

gerekse dünyada her eğitim basamağında e-sağlığa ilişkin alinyazına ve müfredatlara yeni eklemelerin yapılması gerekebilmektedir.

Bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin geliştirilebilmesi ancak sağlık okuryazarlık yeteneklerinin geliştirilebilmesi ile sağlanabilecektir. Bu doğrultuda yapılan bu çalışma ileride yapılacak birçok farklı çalışmaya veri teşkil etmesi açısından da önem arz etmektedir.

Bu araştırma bireylerin elektronik ortamlarda yer alan sağlıkla ilgili bilgilere erişme, bunları anlama ve yorumlama yeterliliklerine yönelik okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerine ait ortalamalarının orta düzeyde olduğu görülmekle birlikte daha da yükseltilebilmesi için çalışmalar yapılabilir. Düşük e-sağlık okuryazarlık ortalamasına sahip bireyler göz önünde bulundurularak elektronik ortamda sunulan sağlıkla ilgili bilgilerin içeriklerinin güvenilir olup olmadığına dikkat edilmesi ve doğru içeriğe sahip olmayan kaynakların kaldırılmasına yönelik çalışmaların yapılmasının faydalı olacağı söylenebilir.

KAYNAKÇA

Chesser, A., Burke, A., Reyes, J. & Rohrberg, T. (2016). Navigating the digital divide: A systematic review of eHealth literacy in underserved populations in the United States, *Informatics for Health and Social Care*, 41:1, 1-19, DOI: 10.3109/17538157.2014.948171.

Çizmeçi, E. ve Deniz, S. (2017). Çevrimiçi Ortamlarda Kronik Araştırmalar: Türkiye'deki Diyabet Hastaları ve Sağlıklı Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı, *Uluslararası Hakemli İletişim ve Edebiyat Araştırmaları Dergisi*, Sayı:15.

Erdoğan, G.M. (2019). E-Sağlık Okuryazarlığı: Dijital Mecralarda Sağlık Reklamları, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Eryiğit Günler, O. (2015). Bilgi Toplumunda İnternetin Önemi ve Sağlık Üzerindeki Etkileri, *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 17 (29), 33-40.

Ishikawa, H., & Kiuchi, T. (2010). Health Literacy and Health Communication. *Biopsychosoc Medicine*. 4:18.

Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M. & Kindig, D.A. (2004). Health Literacy: A Prescription To End Confusion, Erişim:[www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309091179], Erişim Tarihi:14.04.2020.

Norman, C. D. & Skinner H. A. (2006a). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4): 1-7.

Norman, C. D. & Skinner, H. A. (2006b). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2).

Ökem, G. (2011). Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne Üyelik Sürecinde Sağlıkta İnovasyon. TÜSİAD. Sis Matbaacılık.

Peerson A. & Saunders M. (2009). Health Literacy Revisited: What Do We Mean And Why Does It Matter? *Health Promot. Int.*, April 16.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Pew Internet Project, <http://www.pewinternet.org/2008/08/26/the-engaged-e-patient-population/>
Erişim Tarihi: 08.09.2018.

Rideout, V. (2001). Generation Rx.Com: How Young People Use the Internet for Health Information. A Kaiser Family Foundation Survey. California, USA.

Smith, B. & Magnani, J. (2019). New technologies, new disparities: The intersection of electronic health and digital health literacy. International Journal of Cardiology. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.05.066>

Social Touch Araştırma Raporu. (2013). <http://www.socialtouch.com.tr/-turkiyedeinternetin-saglik-amacli-kullanimi/>, Erişim Tarihi: 13.04.2020.

Tamer Gencer, Z. (2017). Norman ve Skinner'ın E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Kültürel Uyarlaması İçin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, Sayı: 52, 131-145.

World Health Organization. (2016). Report Trade Foreign Policy Diplomacy and Health. Geneva: World Health Organization Office.

Yüksel, O. ve Deniz S. (2020). Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. 2nd International Conference on Data Science and Applications (ICONDATA'19), October 3-6, 2019, Balıkesir.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A. & Greer, D. S. (2005). Understanding Health Literacy: An Expanded Model. Health Promotion International, 20 (2), 195-203.