



Cilt/Volume :6 Sayı/Issue :1 Yıl/Year :2020 (NİSAN) ISSN-2149-6161

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND
STRATEGIES RESEARCH



İÇİNDEKİLER

NİSAN SAYISI HAKEM LİSTESİ

HASTALARIN BELİRSİZLİK ALGISININ MEMNUNİYET VE SADAKATLE İLİŞKİSİ VE HİZMETİN ŞEKLİ VE HASTANE TÜRÜNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI (GAZİANTEP ÖRNEĞİ)
THE RELATION OF UNCERTAINTY PERCEPTION OF PATIENTS WITH SATISFACTION AND LOYALTY AND COMPARISON OF SERVICE TYPE AND HOSPITAL TYPE (Dr. Öğr.Üyesi İbrahim BOZKURT , Dr. Öğr.Üyesi Ahmet TAN) (Araştırma makalesi 1-14)

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI: ŞEHİR HASTANELERİ ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME
PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP IN THE HEALTH SECTOR: AN EVALUATION ON CITY HOSPITALS (Dr. Öğr. Üyesi Aysun YEŞİLTAŞ) (Derleme makale 15-28)

SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN STRATEJİK PLANLAMA TUTUMLARININ HASTANELERİN PAZAR ORYANTASYONUNA OLAN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
EVALUATION THE EFFECT ON STRATEGIC PLANNING ATTITUDE OF HEALTH MANAGERS ON HOSPITALS' MARKET ORIENTATION (Arş.Gör. Tutku EKİZ , Prof. Dr. Mehveş TARIM) (Araştırma makalesi 29-41)

SAĞLIK DIŞI SAĞLIK BELİRLEYİCİLERİ VE BUNA BAĞLI KRONİK HASTALIKLAR
NON-HEALTH HEALTH DETERMINANTS AND ITS RELATED CHRONIC DISEASES (Kalbiye MEMİŞ)(Derleme makale42-50)

KİŞİ - ÖRGÜT UYUMU VE ÖRGÜT KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ, BANKACILIK SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA
THE RELATIONSHIP BETWEEN PERSON - ORGANIZATIONAL ADAPTATION AND ORGANIZATIONAL CULTURE, AN APPLICATION IN THE BANKING SECTOR (Elif AYDOĞAN GÜLERYÜZ, Prof. Dr. Belgin AYDINTAN) (Araştırma makalesi 51-78)

SAĞLIK KURUMLARINDA ÖRGÜTSEL ADALET ALGISININ ÖRGÜTSEL BAĞLILIK ÜZERİNE ETKİSİ
THE EFFECT OF ORGANIZATIONAL JUSTICE PERCEPTION ON ORGANIZATIONAL COMMITMENT IN HEALTH INSTITUTIONS (Sermed DOĞAN, Özgür DEMİRTAŞ) (Araştırma makalesi 79-93)

ÖRGÜTSEL SİNİZM VE ÖRGÜTSEL SONUÇLARININ SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNE ETKİSİ: SİSTEMATİK BİR DERLEME
THE EFFECT OF ORGANIZATIONAL CYNICISM AND ITS ORGANIZATIONAL RESULTS ON HEALTH WORKERS: A SYSTEMATIC REVIEW (Merve AKBAŞ) (Derleme makale 94-107)

TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLARA DAYALI GERİ ÖDEME SİSTEMİ VE VAKA BAZLI BİR SİMÜLASYON
THE REIMBURSEMENT SYSTEM BASED ON THE DIAGNOSIS RELATED GROUPS AND A CASE-BASED SIMULATION (Faruk ÇAĞLAR, Prof. Dr. Seyhan ÇİL KOÇYİĞİT)(Araştırma makalesi 108-126)

EXPOSURE TO VIOLENCE OF NURSES IN TURKEY: A META-ANALYSIS RESEARCH (Assist Prof. Arzu YİĞİT) (Araştırma makalesi 127-138)

BİREYLERİN SAĞLIK ANKSİYETESİ DÜZEYLERİ İLE COVID-19 SALGINI KONTROL ALGISININ KARŞILAŞTIRILMASI
COMPARISON OF HEALTH ANXIETY LEVEL AND CONTROL PERCEPTION OF COVID-19 (Arş. Gör. Tutku EKİZ, Öğr. Gör. Ebrar İLİMAN, Elif DÖNMEZ) (Araştırma makalesi 139-154)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

USAYSAD 2020 NİSAN SAYISI HAKEMLERİ

AD VE SOYAD	ÜNVAN	KURUM
GÜLÇİN SAĞDIÇOĞLU CELEP	Doç.Dr.	GAZİ ÜNİVERSİTESİ
EDİBE ASUMAN ATILLA	Doç.Dr.	ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
ZEKAI ÖZTÜRK	Prof. Dr.	ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
AYKUT EKİYOR	Doç.Dr.	ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
ALPER GÜZEL	Doç.Dr.	GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DİLEK USLU	Dr. Öğr. Ü.	ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
FATMA MANSUR	Dr. Öğr. Ü.	ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
HAŞİM ÖZÜDOĞRU	Prof. Dr.	ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
KADİR ÖZER	Dr. Öğr. Ü.	ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
ALPTEKİN SÖKMEN	Prof. Dr.	ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
MEHMET BAŞ	Doç.Dr.	ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
TUĞBA DERYA BAŞKAN	Dr. Öğr. Ü.	KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
RUKİYE ÇELİK	Dr. Öğr. Ü.	SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
NURPERİHAN KARABULUT	Dr. Öğr. Ü.	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SONER GÖKTEN	Dr. Öğr. Ü.	BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TAŞKIN KILIÇ	Doç.Dr.	ORDU ÜNİVERSİTESİ
YILMAZ DAŞLI	Doç.Dr.	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Usaysad Derg, 2020; 6(1):1-14 (Araştırma makalesi)

HASTALARIN BELİRSİZLİK ALGISININ MEMNUNİYET VE SADAKATLE İLİŞKİSİ VE HİZMETİN ŞEKLİ VE HASTANE TÜRÜNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI (GAZİANTEP ÖRNEĞİ)

THE RELATION OF UNCERTAINTY PERCEPTION OF PATIENTS WITH SATISFACTION AND LOYALTY AND COMPARISON OF SERVICE TYPE AND HOSPITAL TYPE

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim BOZKURT

Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Sağlık Yönetimi Bölümü, ibrahim.bozkurt@kilis.edu.tr, orcid.org/0000-0002-5446-9862

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet TAN

Gaziantep Üniversitesi, İ.İ.B.F. İşletme Bölümü,
tan@gantep.edu.tr, orcid.org/0000-0001-9972-4372

Makale gönderim-kabul tarihi (20.07.2019-25.03.2020)

Özet

Bu çalışmada müşterilerin (hasta) hastalıkları ile ilgili belirsizlik algısının memnuniyet ve sadakat düzeyine etkisini incelemek ve memnuniyet ile sadakat arasındaki ilişkiyi tespit etmek amaçlanmaktadır. Ayrıca hastane türü ve hizmetin şekline göre belirsizlik algısı, memnuniyet ve sadakat ortalamalarının gruplar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını tespit etmek amaçlanmaktadır. Bu çalışmada, Gaziantep ilinde faaliyet gösteren kamu, özel, eğitim ve araştırma hastanesi ile üniversite hastanesinde sağlık hizmeti almakta olan 503 hastaya anket uygulanmıştır. Elde edilen veriler istatistik paket programı kullanılarak frekans dağılımı, bağımsız örneklem t-testi, anova (varyans), korelasyon ve regresyon analizi kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; belirsizlik algısının hasta memnuniyeti ve sadakati üzerinde negatif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Hastaların memnuniyeti ile sadakat arasında ise pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Sonuçlar, memnuniyet ve sadakate etkisi olan diğer faktörler yanında hastaların sağlık hizmeti kullanımı sırasında içinde buldukları psikolojik durumun da göz ardı edilmemesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Belirsizlik algısı, Memnuniyet, Sadakat, Sağlık psikolojisi, İstatistiksel analiz ve uygulamalar

Abstract

In this study, it is aimed to investigate the effect of uncertainty perception of customers (patients) on satisfaction and loyalty level and to determine the relationship between satisfaction and loyalty. In addition, it is aimed to determine whether there is a significant difference between the groups in terms of perception of uncertainty, satisfaction and loyalty according to the type of hospital and service type. In this study, a questionnaire was applied to 503 patients in the public, private, education and research hospitals and university hospitals in Gaziantep. The data were analyzed by using statistical package program, frequency distribution, independent sample t-test, anova (variance), correlation and regression analysis. According to the results of the analysis; it was found that the perception of uncertainty had negative and significant effect on patient satisfaction and loyalty. A positive correlation was found between satisfaction of patients and loyalty. The results show that the psychological status of the patients during the use of health care should not be ignored, as well as other factors affecting satisfaction and loyalty.

Keywords: Perception of uncertainty, Satisfaction, Loyalty, Health psychology, Statistical analysis and applications

GİRİŞ

Sağlık ve hastalık kavramları insanın yaşam süresi boyunca önemli bir yere sahiptir. Sağlığın herhangi bir nedenden dolayı kaybedilmesi sonucu oluşan hastalık; insanlar üzerinde bedensel olduğu kadar ruhsal yönden de bir takım etkiler oluşturabilmektedir. Bireylerin hastalıkları ile ilgili bilgiye sahip olmaması, olayları anlamlandırmakta güçlük yaşaması, kontrolü kaybetmesi veya hastalığının gelecekteki seyri ile ilgili bilinmezlik yaşaması psikolojik olarak bazı sıkıntılar doğurabilmektedir. Yüksek düzeyde belirsizlik algısı duygusal bozukluk, anksiyete ve depresyonla ilişkilendirilmektedir (McCormick, 2002). Bu doğrultuda hizmetin değerlendirilmesine olumlu ya da olumsuz yönde etki eden birçok faktörün yanında, hastanın içinde bulunduğu psikolojik durumun bir göstergesi olarak belirsizlik algısının da bir faktör olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Ayrıca hastanelerin farklı (mülkiyet, hasta sayısı, hizmet sunumu, iş yükü, hasta- personel iletişim yetenekleri vb.) özelliklere sahip olması ve hastanelerde farklı tedavi şekilleri, kalış süreleri ile hizmetin şekline dolayı oluşan karmaşıklık ve problemlerin hastaların belirsizlik algısı, memnuniyet ve sadakat düzeyinde bazı farklılıklar oluşturabilecektir.

Bu bağlamda çalışmada; belirsizlik algısının, memnuniyet ve sadakat düzeyine etkisi ile hastane türü ve hizmetin şekline göre tüm değişkenler için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığı incelenmektedir.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Belirsizlik Algısı

İnsanın yaşam süresi boyunca ne, ne zaman, nasıl, nerede gibi soru kelimeleri ile başlayan tüm aktiviteler az ya da çok içinde belirsizliği barındırmaktadır. Belirsizlik, aniden ve beklenmedik bir anda gelişen, farklı şekillerde günlük yaşantıyı kesintiye uğratma ve bireysel ve toplumsal olarak var olan işleyişi bozma potansiyeline sahip olay veya olaylar dizisini içeren bir durum olup, bireyin tutumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Ersanlı ve Uysal, 2015). Bir olay veya durumdan çok bireyin algısını ifade etmektedir. Herhangi bir durumda kontrolün sağlanamaması ya da yeterli derecede anlamlandırılmaması nedeniyle oluşan bilişsel bir durumdur (Crigger, 1996).

Belirsizlik kavramı yazında iktisat, psikoloji, sosyoloji, psikiyatri, tıp gibi birçok bilim dalında çalışmalara konu olmuştur. Sağlık hizmetlerinde talebin ne zaman, nerede, ne şekilde ve ne ölçüde gerçekleşeceğinin bilinmemesi (Weisbrod, 1991), teknolojideki gelişmeler ile beraber teşhis ve tedavi yöntemlerinin farklılaşması ve sayılarının artışı ve hastaların hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyleri veya bilgi eksiklikleri belirsizliğe yol açabilmektedir.

Hastalık deneyiminde belirsizliğin dört şekli vardır. Bunlar (Mishel, 1988);

- Hastalığın durumuna ilişkin belirsizlik,
- Tedavi ve bakım sistemine ilişkin karmaşıklık,
- Hastalığın teşhisi ve ciddiyeti hakkında bilgi eksikliği,
- Hastalığın seyri ve prognozunun tahmin edilemezliği şeklindedir.

Mishel (2006)'e göre belirsizlik zamanla azalır, ancak hastalık tekrarı veya alevlenmesi ile birlikte tekrar artabilir. Tanı konulmasını beklerken belirsizlik en yüksek veya en fazla sıkıntı verici durumdur. Bireylerin hastalıkları ile ilgili bilemediği olaylar, tahmin edememe, süregelen farklı durumları ve olayları anlamlandırmakta güçlük yaşama, bilgiye sahip olmama, tedavi ve hastalığın seyrinin belli olmaması veya kontrolün sağlanamaması ile ilgili yaşanan bilinmezlik veya belirsizlik psikolojik olarak bazı sıkıntılar doğurabilmektedir. Small ve Graydson (1993)'a göre belirsizlik stres, psiko-sosyal oryantasyon sorunları ve olumsuz duygu durumları ile doğrudan ilişkili iken; ümit, beklenti, gaye, başa çıkma becerisi ve hayat kalitesiyle de negatif ilişkisi bulunmaktadır.

Hafif ve orta düzeyde hastalıklar için kişinin kendisi ve başkalarının tecrübelerinden yararlanması güçlü bir şekilde olası ve yeterli iken, ciddi ve ağır hastalıklar için hastalıkla ilgili öngörülerin paylaşımı çok daha zor olduğundan belirsizlik artmaktadır. Bu durum ayakta ve yatarak tedavi gören hastalar arasında belirsizlik algısı açısından farklılıklar olabileceğine işaret etmektedir (Weisbrod, 1991). Uzun süre hastanede yatma, karmaşık veya deneye dayalı tedavi uygulamaları ile hastalığın daha ciddi veya karmaşık hal alması, belirsizliğin daha bariz yaşanmasına yol açmaktadır (Payment, 1993).

Arrow (1963) çalışmasında, sağlık sektöründe hizmet kalitesinin tam olarak bilinemeyeceğini ve tıbbi bilgilerin karmaşıklığının hasta ile hekim arasında bilgi dengesizliğine ve bilgi farkına yol açacağını, böylece talep eden açısından belirsizliğin artacağını belirtmektedir. Vera (2009) tarafından yapılan çalışmada, farklı türden kanser hastalarında belirsizlik algısı ve anksiyete arasındaki ilişki incelenmiş, belirsizlik ile anksiyete arasında pozitif ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Yıldız (2015)'ın yaptığı çalışmaya göre cerrahi girişimin hastalarda oluşturduğu stres nedeniyle korku, endişe, anksiyete ve depresyona sebep olduğu, ameliyata karar verildiği andan itibaren bilinmeyen korkusunun yaşanmaya başladığını belirtmektedir. Wood (2008) çalışmasında hem iç hem de dış çevre hakkındaki belirsizliğin hizmet alıcıları için belirsizlik yarattığını ve her iki ilişkinin de memnuniyeti ve sadakati doğrudan etkilediğini belirtmiştir. Kazer vd. (2011) yaptıkları çalışmada belirsizliği azaltan ve tehlike algılarını yöneten müdahalelerin tedavi sonucu hem yaşam kalitesini hem de memnuniyeti potansiyel olarak iyileştirebileceğini belirtmişlerdir. Kazer vd. (2013) prostat kanseri genç hastaların daha az belirsizlik yaşadıkları, eğitim düzeyi düşük hastaların daha fazla belirsizlik yaşamaya meyilli oldukları, artan belirsizlikle memnuniyetin düşüş eğilimi gösterdiğini belirtmişlerdir. Ma (2017) yaptığı çalışmada, e-ticarete artan teslimat süresinin memnuniyeti azalttığı, müşterilerde algılanan belirsizliği ve algılanan riski önemli ölçüde artırdığı ve bunun da satın alma niyetlerini olumsuz yönde etkilediğini tespit etmiştir. Bozkurt ve Tan (2019) yaptıkları çalışmada, iki kamu hastanesinde klinik ve polikliniklerde sağlık hizmeti almakta olan hastaların belirsizlik algısının memnuniyet ve sadakati negatif yönde etkilediği ve güven düzeyinin ise bu değişkenler arasında ılımlaştırıcı bir etkiye sahip olduğunu tespit etmiştir.

Memnuniyet ve Sadakat

Günümüzde yaşanan yoğun rekabet şartları altında ürün veya hizmet sağlayıcılarının rakipleri karşısında faaliyetlerine devam edebilmesi için müşterilerini memnun etmesi ve sadık bir müşteri kitlesine sahip olması büyük önem arz etmektedir.

Müşteri memnuniyeti bir olayın kişiye özel ve subjektif olarak değerlendirilmesi ve kişilerarası bir etkileşimdir (Lin, 2012). Müşterilerin bir ürün veya hizmeti satın alma olasılığı, oranı ve yoğunluğu (Kumar ve Shah, 2004) ve devamlı alışveriş yaptığı firmaları başkalarına tavsiye etmesi (Kim ve Yoon, 2004) ise sadakat olarak tanımlanmaktadır.

Müşterinin almış olduğu hizmetten sağlamış olduğu memnuniyet, hangi türden olursa olsun hizmeti sunan kurumlara; elde edilen olumlu deneyimleri başkalarıyla paylaşma ve bu doğrultuda kurum namına pozitif göndermeler ve geri bildirim sağlama (Söderland, 1998), sadakat oluşturma (Oliver, 1999), kurumsal performansta artış (Gronholdt vd., 2000) nitelikli ilişkiler geliştirme ve devam ettirme arzusunda artış sağlama gibi olumlu birçok avantaj sağlamaktadır (İzci ve Saydan, 2013).

Madran ve Canbolat (2006)'a göre müşteri sadakati ile müşteri tatmini arasında bir paralellik söz konusudur. Tek (2006)'e göre yüksek tatmin düzeyine sahip müşterilerde rasyonel ve duygusal bir bağlılık oluştuğu için, tatmin olmuş müşteriler büyük olasılıkla sadık müşteri olmaktadır. Ercan (2006)'a göre müşteri memnuniyeti, müşterinin elde tutulma yüzdesini ve tekrar satın alma ihtimalini arttırmaktadır. Bu nedenle, müşteri memnuniyeti sadık müşteriler oluşturmanın kaçınılmaz bir ögesi olarak görülmektedir. Cho ve Park (2001)'a göre müşteri tatmini ile müşteri sadakati arasında çok yakın ve güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Cengiz (2013) yılında yaptığı çalışmada müşteri memnuniyeti

ile müşteri sadakati arasında pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Chen ve Chang (2006) yaptıkları çalışmada müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Otani vd. (2009)'ne göre ise kısmen tatmin olmuş bir müşteri gereksinim durumunda yeniden aynı kurumu tercih etmesi çok yüksek bir olasılığa sahip değildir. Fakat "mükemmel" seviyede tatmin edilmiş bir müşteri sadık müşteridir ve uzun dönemde işletmenin yaşamını sürdürmesine destek olacaktır. Bayuk ve Küçük (2007)'e göre ise müşteri tatmini müşteri sadakati açısından gerekli fakat yeterli değildir.

Araştırmanın hipotezleri yukarıda yapılan kavramsal açıklamalar ve literatür taraması doğrultusunda ve tasarlanan araştırma modeline göre şu şekilde belirlenmiştir:

H₁: Belirsizlik algısının memnuniyet düzeyine negatif etkisi vardır.

H₂: Belirsizlik algısının sadakat düzeyine negatif etkisi vardır.

H₃: Memnuniyet ile sadakat düzeyi arasında pozitif ilişki vardır.

H₄: Belirsizlik algısı, memnuniyet ve sadakat ortalamaları açısından hizmetin şekline göre gruplar arasında anlamlı farklılıklar vardır.

H₅: Belirsizlik algısı, memnuniyet ve sadakat ortalamaları açısından hastane türüne göre gruplar arasında anlamlı farklılıklar vardır.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, farklı tür hastanelerde yatarak ve ayakta sağlık hizmeti almakta olan hastaların belirsizlik algısının, memnuniyet ve sadakat düzeyine etkisi ve aralarındaki ilişki incelenmektedir.

Araştırmanın Türü

Bu çalışma sağlık hizmeti almakta olan hastalara anket yoluyla uygulamalı ve belirsizlik algısı, memnuniyet ve sadakat değişkenleri arasındaki nedensellik ilişkisini inceleyen karşılaştırmalı bir araştırma özelliği taşımaktadır.

Evren ve Örneklem

Araştırma evreni, Gaziantep İlinde faaliyet gösteren (kamu, özel, üniversite ve eğitim ve araştırma hastanesi) toplam 4 hastanede yatarak ve ayakta (muayene) hizmet alan hastaları kapsamaktadır. Hastanelere uygulanacak anket sayıları, tabakalı örneklem yöntemi ile hastanelerin yıllık hasta sayılarının birbirine oranlanması yoluyla belirlenmiştir. Anketler kolayca örneklem yöntemi ile ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara uygulanmıştır. Anket formunu oluşturan soru veya ifadeler, yatarak ve ayakta sağlık hizmeti almakta olan toplam 503 hastaya yüz yüze görüşme yoluyla uygulanarak veriler elde edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada hastaların belirsizlik algısı düzeyinin ölçümü için Mishel (1981) tarafından geliştirilen belirsizlik (sorununun ne olduğunu bilmiyorum), karmaşa (tedavim benim anlamam için çok karmaşık), tutarsızlık (testlerimin sonuçları tutarsız) ve tahmin edilemezlik (hastalığının seyrini genellikle tahmin edebilirim) alt boyutları içeren 33 ifadeden oluşan ölçek baz alınmıştır. Ölçeğin belirsizlik alt ölçeği kullanılmış olup 7 adet ifadeden oluşmaktadır. Memnuniyet düzeyi ölçeği Casalo vd. (2008) tarafından yapılan çalışmadan yararlanılarak 4 ifadeden (bu hastaneden sağlık hizmeti aldığım için çok memnunum) ve sadakat düzeyi ölçeği ise Kim vd. (2004)'nin yaptığı çalışmadan yararlanılarak 2 ifadeden (sağlık kurumunu sunmuş olduğu hizmetler nedeniyle çevremdekilere tavsiye ederim) oluşmaktadır. Sosyo-demografik özelliklerin tespiti için 7 ifade kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan anket formu 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm belirsizlik düzeyi, ikinci bölüm ise genel memnuniyet ve sadakat durumunu değerlendirmek üzere 5'li likert tipinde

(1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum) hazırlanmıştır. Üçüncü bölüm ise katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan ifadelerden oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan ölçeği oluşturan 13 ifadenin Cronbach's Alpha değeri (,731) yeterli güvenilirlik göstergesi olarak kabul edilen ,70 değerinin üzerinde hesaplanmıştır.

BULGULAR

Bu çalışmada, elde edilen verilerin sınıflandırılması frekans ve yüzde dağılımı ile geliştirilen hipotezlerin sınanması ise bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü anova, korelasyon ve regresyon analizi kullanılarak yapılmıştır.

Frekans ve Yüzde Dağılımı

Tablo 1.'e göre katılımcıların çoğunluğu kadın (%70,4), 20-49 yaş aralığında (%58,4), evli (%69,6), ortaöğretim mezunu (%48,1), ev hanımı (%50,5), SGK'lı (%63,2) ve 1000-3000 T.L. (%61,6) arası gelire sahiptir.

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

		Frekans Dağılımı	%			Frekans Dağılımı	%
Cinsiyet	Kadın	354	70,4	Meslek	İşçi	34	6,8
	Erkek	149	29,6		Memur	22	4,4
Yaş	20 yaş altı	42	8,3	Öğrenci	54	10,7	
	20-29	127	25,2	Ev hanımı	254	50,5	
	30-39	71	14,1	Serbest	48	9,5	
	40-49	100	19,1	Emekli	17	3,4	
	50-59	70	13,9	Esnaf	18	3,6	
	59 yaş üstü	93	18,5	İşsiz	1	,2	
Medeni Hal	Evli	350	69,6	Öğretmen	2	,4	
	Bekar	125	24,9	Emniyet pers.	15	3,0	
	Diğer	28	5,6	Diğer	2	,4	
Eğitim Durumu	Okur-yazar	174	34,6	Sağlık Güvencesi	Sgk	318	63,2
	İlköğretim	136	27,0		Özel sağlık sigortası	24	4,8
	Lise	106	21,1		Yeşil kart	90	17,9
	Önlisans	25	5,0		Diğer	71	14,1
	Lisans	55	10,9	Aylık Gelir	1000 tl. altı	160	31,8
	Y.lisans	7	1,4		1000-2000	246	48,9
	Doktora	-	-		2001-3000	64	12,7
			3001-4000		24	4,8	
			4000 tl. üstü	9	1,8		

Tablo 2.'ye göre hastaların yarısından fazlası ayakta (poliklinik) sağlık hizmeti (%53,3) almakta iken çalışmaya en fazla katılım eğitim ve araştırma hastanesinde (%37,0) sağlık hizmeti almakta olan hastalar tarafından sağlanmıştır.

Tablo 2. Hizmetin Şekli ve Hastane Türüne Göre Katılımcıların Dağılımı

		Frekans Dağılımı	
			%
Hizmet Şekli	Yatarak	235	46,7
	Ayakta	268	53,3
Hastane Türü	Özel Hastane	68	13,5
	Devlet Hastanesi	130	25,8
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	186	37,0
	Tıp Fakültesi Hastanesi	119	23,7

Tablo 3.'e göre yatarak (servis) sağlık hizmeti almakta olan katılımcıların, almış oldukları sağlık hizmetinden hem daha fazla memnun (4,05) oldukları hem de kuruma sadakat (3,80) göstermeye niyetli oldukları anlaşılırken, belirsizlik algısı (2,51) düzeyinin ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3. Hizmetin Şekline Göre Değişkenlerin Ortalama Değerleri

		Belirsizlik	Memnuniyet	Sadakat
Yatarak	Ortalama	2,51	4,05	3,80
	Std. Sapma	,64	,81	1,01
Ayakta	Ortalama	2,80	3,42	3,22
	Std. Sapma	,56	1,13	1,21

Tablo 4.'e göre katılımcıların en fazla eğitim ve araştırma hastanesi ile devlet hastanesinde hastalıkları ile ilgili belirsizlik (2,73) yaşadığı ve sağlık hizmetinden en fazla memnun (4,01) olan ve sadakat (3,94) niyeti gösteren katılımcıların özel hastaneden hizmet aldığı tespit edilmiştir.

Tablo 4. Hastane Türüne Göre Değişkenlerin Ortalama Değerleri

Hastane Adı		Belirsizlik	Memnuniyet	Sadakat
Özel Hastane	Ortalama	2,72	4,01	3,94
	Std. Sapma	,69	1,22	1,28
Devlet Hastanesi	Ortalama	2,73	3,74	3,49
	Std. Sapma	,51	,81	,97
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Ortalama	2,73	3,45	3,25
	Std. Sapma	,48	1,02	1,12
Tıp Fakültesi Hastanesi	Ortalama	2,47	3,92	3,62
	Std. Sapma	,79	1,11	1,24

Hipotez Testleri

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle hangi analiz yöntemlerinin kullanılacağına dair verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla; Normal Q-Q grafiğine bakılmış ve değişkenlere ait Kolmogorov-Smirnov testi ve Çarpıklık ve Basıklık değerleri incelenmiştir. Tablo 5.'e göre tüm değişkenler için Kolmogorov-Smirnov testi sonucu ,05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Sonucun anlamlı çıkması normal dağılım olmadığını gösterirken, büyük örneklemelerde bu durum sıklıkla yaşanmaktadır (Analizler, 2019).

Tablo 5. Değişkenlerin Kolmogorov-Smirnov Testi

	İstatistik	Sig.
Belirsizlik	,052	,002
Memnuniyet	,195	,000
Sadakat	,123	,000

Tablo 6.'ya göre tüm değişkenler için çarpıklık ve basıklık değerlerinin % 5 güven düzeyinde ± 2.58 değer aralığında (Liu vd., 2005) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6. Değişkenlerin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Belirsizlik Algısı	Çarpıklık	-,098
	Basıklık	-,032
Memnuniyet	Çarpıklık	-,884
	Basıklık	,286
Sadakat	Çarpıklık	-,596
	Basıklık	-,348

Yapılan inceleme sonucunda değişkenlere ait Kolmogorov-Smirnov testi sonucunun uygun olmamasına rağmen, normal Q-Q grafiğinin ve çarpıklık ve basıklık değerlerine göre verilerin normal dağıldığı varsayılmıştır. Bu bağlamda hipotezlerin parametrik testler yardımı ile analiz edilmesi uygun görülmüştür.

Araştırma modelini oluşturan 13 ifadeye ait Cronbach's Alpha (.731) değerinin güvenilirlik sağladığı, dolayısıyla modeli oluşturan tüm ifadelerin birbiri ile yeterli derecede uyum gösterdiği tespit edilmiştir.

Bağımsız Örneklem T-testi ve Anova Analizi

Araştırma modelini oluşturan belirsizlik algısı, memnuniyet ve sadakat ölçeklerine ait ifadeler verilen cevapların ortalamalarının hizmetin şekli ve hastane türüne göre farklılık oluşturup oluşturmadığı incelenerek sonuçları tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 7.'de elde edilen verilerin bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre, memnuniyet ve sadakat düzeyi açısından varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmesine rağmen, üç değişken için de hizmetin şekline göre gruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre H_4 hipotezi desteklenmektedir.

Tablo 7. Hizmetin Şekline Göre Bağımsız Örneklem T-Testi

	Varyansların Eşitliği için Levene Testi		Ortalamaların Eşitliği için T-testi	
	F	Sig.	t	Sig.
Belirsizlik	2,396	,122	-5,320	,000
Memnuniyet	40,799	,000	7,086	,000
Sadakat	13,371	,000	5,771	,000

Tablo 8.'de görüldüğü gibi, tek yönlü varyans (F testi) analizi sonuçları belirsizlik algısı, memnuniyet ve sadakat düzeyi için hastane türüne göre grup ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlara göre H_5 hipotezi desteklenmektedir.

Tablo 8. Hastane Türüne Göre F Testi

		Kareler Toplamı	df	Ortalamanın Karesi	F	Sig.
Belirsizlik	Gruplar Arasında	6,183	3	2,061	5,595	,001
	Gruplar İçinde	183,817	499	,368		
Memnuniyet	Gruplar Arasında	24,255	3	8,085	7,646	,000
	Gruplar İçinde	527,657	499	1,057		
Sadakat	Gruplar Arasında	26,821	3	8,940	6,859	,000
	Gruplar İçinde	650,425	499	1,303		

Tablo 9.'a göre tüm değişkenler için yapılan varyansların homojenlik testi sonuçları varyansların homojen dağılmadığını ($\text{sig} < ,05$) göstermektedir. Bu durumda Games-Howell, Tamhane's T2, Tamhane's T3, Dunnet's C ve Dunnet's T3 gibi (Sparks, 1963) çoklu aralık testleri kullanılabilir.

Tablo 9. Hastane Türüne Göre Varyansların Homojenlik Testi

	Levene İstatistiği	df1	df2	Sig.
Belirsizlik	16,871	3	499	,000
Memnuniyet	4,417	3	499	,004
Sadakat	3,420	3	499	,017

Tüm değişkenler için hastane türüne göre hangi gruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğunu tespit etmek için Games-Howell testi yapılmıştır. Tablo 10.'a göre; tıp fakültesi hastanesinde sağlık hizmeti almakta olan hastaların belirsizlik algısı düzeyi devlet hastanesi ve eğitim ve araştırma hastanesindeki hastalara göre daha düşük olarak tespit edilmiştir. Eğitim ve araştırma hastanesindeki hastalar en düşük memnuniyet ve sadakat düzeyine sahipken, en yüksek düzey özel hastanede hizmet almakta olan hastalar için tespit edilmiştir.

Tablo 10. Hastane Türüne Göre Post-hoc Testleri

Bağımlı Değişken	(I) Hastane Türü	(J) Hastane Türü	Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.
Belirsizlik	Tıp Fakültesi Hastanesi	Devlet Hastanesi	-,2623	,085	,013
		Eğitim ve Araştırma Hastanesi	-,2621	,080	,008
Memnuniyet	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Özel Hastane	-,5640	,166	,005
		Devlet Hastanesi	-,2937	,103	,025
		Tıp Fakültesi Hastanesi	-,4700	,127	,002
Sadakat	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Özel Hastane	-,6958	,178	,001
		Tıp Fakültesi Hastanesi	-,3266	,140	,046

Korelasyon Analizi

Araştırma modelini oluşturan değişkenler (belirsizlik algısı-memnuniyet-sadakat) arasındaki ilişkinin tespiti için korelasyon analizi yapılarak, sonuçları tablo halinde sunulmuştur. Hastaların belirsizlik algısı ile memnuniyeti arasında düşük ve belirsizlik algısı ile sadakat düzeyi arasında çok düşük düzeyde negatif yönlü bir ilişki varken, memnuniyet ve sadakat düzeyi arasında ise yüksek düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Sonuçlara göre H_3 hipotezi desteklenmektedir.

Tablo 12. Değişkenlerin Korelasyon Tablosu

	N	Belirsizlik	Memnuniyet	Sadakat
Belirsizlik	503	1		
Memnuniyet	503	-,245**	1	
Sadakat	503	-,199**	,849**	1

** . Korelasyon ,01 Düzeyinde Anlamlı (2-Uçlu).

Regresyon Analizi

Çalışmanın bu bölümde belirsizlik algısının memnuniyet ve sadakat düzeyi üzerindeki etkisi incelenmektedir. Tablo 13.'e göre; belirsizlik algısı ile memnuniyet arasında zayıf bir ilişki olduğu ve memnuniyet düzeyindeki değişimin % 6'sının belirsizlik algısı tarafından açıklanmaktadır. Belirsizlik algısı ile sadakat arasında çok zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmişken sadakat düzeyindeki değişimin % 3.9'u belirsizlik algısı tarafından açıklanmaktadır. Ayrıca her iki durum için de incelenen Durbin-Watson analiz sonucu 1-3 arasında olduğundan (Şen, 2019) hata terimleri arasında otokorelasyon olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 13. Araştırma Modeli Özet Tablosu

Model	R	R Kare	Durbin-Watson
1 Belirsizlik - Memnuniyet	,245	,060	1,34
2 Belirsizlik - Sadakat	,199	,039	1,45

Tablo 14.'teki F testi sonuçlarına göre; belirsizlik algısı ile memnuniyet ve belirsizlik algısı ile sadakat arasındaki model bir bütün olarak anlamlı bulunmuştur. Dolayısıyla H_1 ve H_2 hipotezi desteklenmektedir.

Tablo 14. Araştırma Modeli F Tablosu

Model		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
1 Belirsizlik - Memnuniyet	Regresyon	33,034	1	33,034	31,896	,000
	Kalıntı	518,878	501	1,036		
2 Belirsizlik - Sadakat	Regresyon	26,742	1	26,742	20,596	,000
	Kalıntı	650,503	501	1,298		

Tablo 15.'e göre iki veya daha fazla bağımsız değişken arasında çoklu doğrusallık ilişkisinin (multicollinearity) olmadığı (tolerans değeri > 0.2 ve VIF değeri < 10 (Hair vd.,1995) ile tespit edilmiştir. Ayrıca bağımsız değişken belirsizlik algısındaki bir birimlik artışın, bağımlı değişken memnuniyet düzeyi üzerinde -,417 değerinde bir negatif etkiye, bağımlı değişken sadakat üzerinde ise -,375 değerinde bir negatif etkiye (azalma) sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 15. Araştırma Modeli Regresyon Tablosu

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.	Eşdoğrusallık (Collinearity) İstatistikleri	
	B	Std. Hata	Beta			Tolerance	VIF
1 Memnuniyet (Sabit)	4,831	,202		23,884	,000	1,00	1,00
	Belirsizlik	-,417	,074	-,245	-5,648		
2 Sadakat (Sabit)	4,499	,226		19,864	,000	1,00	1,00
	Belirsizlik	-,375	,083	-,199	-4,538		

TARTIŞMA

Ayakta (muayene) sağlık hizmeti almakta olan hastaların genellikle hizmet süreci; poliklinik muayenesi, gerektiğinde tetkik ve tahlillerin yapılması ve teşhis sonrası reçete yazılarak tedavinin evde sürdürülmesini kapsadığından dolayı yatarak hizmet alan hastalara göre daha kısa bir sürede sonuçlanmaktadır. Bu durumda sürenin kısa olması ve hekimlerin yoğun iş yükünden dolayı, hasta-hekim arasında yeterli iletişimin kurulamaması ve hastanın yeterli miktarda bilgi elde edememesine yol açabilmektedir. Bu nedenle hastanın zihnindeki soru işaretlerine cevap bulamayacağından daha fazla belirsizlik algısı yaşaması muhtemeldir. Bu doğrultuda belirsizlik algısının memnuniyet ve sadakat düzeyi üzerindeki olumsuz etkisi göz önüne alındığında ayakta hizmet alan hastalarda her iki değişken içinde sonucun daha düşük çıkması, diğer faktörlerin yanında, belirsizlik algısının bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Araştırma kapsamına alınan dört hastane mülkiyet, sınıf, kapasite, hasta sayısı vb. birçok farklı özelliklere sahiptir. Bu bağlamda hastane türüne göre 3 değişken için de anlamlı farklılıklar tespit

edilmesi; hizmet verilen hasta sayısı farklılığı, iletişim, bilgilendirme ve eğitim imkanlarının farklılığı, hastaların hastanede bekleme veya yatış sürelerinin farklılığı, hastalığın basitliği veya karmaşıklığı (Öz, 2001; Payment, 1993) gibi birçok faktörün etkisi altında olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Memnuniyet ve sadakat düzeyi ortalamalarının her ikisinin de özel hastanede yüksek çıkması sağlık hizmeti sunucularının iş yükünün az olması veya daha az hastaya hizmet veriliyor olması ve neticesinde hekim-hasta ilişkisi veya iletişim imkanlarının ve bilgilendirmenin hastalar tarafından daha olumlu veya beklentilerini karşılar düzeyde olarak değerlendirmelerinin bir sonucu olabilir.

Araştırmanın bulguları belirsizlik algısının memnuniyet ve sadakat düzeyi üzerinde negatif etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu sonuç yazında Johnson vd. (1988), Gordon (2000), Hart vd. (2008), Kazer vd. (2011), Wood (2008), Bozkurt ve Tan (2019), Ma (2016) ve Kazer vd. (2013)'nin çalışmaları ile tutarlılık göstermekte olup, belirsizlik algısının artışı memnuniyet ve sadakat düzeyinde bir düşüş meydana getirmektedir.

Son olarak memnuniyet ve sadakat düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulgular Cho ve Park (2001), Cengiz (2013), Ercan (2006), Madran ve Canbolat (2006), Chen ve Chang (2006), Bozkurt ve Tan (2019), Casalo vd. (2008), Şener ve Behdioğlu (2013), Marangoz ve Akyıldız (2007) ve Uyar (2019)'ın çalışmaları ile tutarlılık göstermektedir.

SONUÇ

Araştırma sonuçlarına göre; hastaların hastalıkları ile ilgili belirsizlik algısı alınan hizmetten memnuniyet ve hizmet veren kuruma sadakat düzeyini etkileyen bir faktör olduğu ve olumsuz bir etkiye sahip olduğu anlaşılmaktadır. Literatürde çoğunlukla memnuniyet ve sadakatin algılanan hizmet kalitesi (Yağcı ve Duman, 2006, Demirel vd., 2009), imaj (Marangoz ve Akyıldız, 2007), algılanan doktor imajı (Öcel, 2016), güven (Kim vd., 2008), kullanılabilirlik (Casalo vd., 2008), personel hasta etkileşimi, doktor hasta etkileşimi, bilgilendirme, fiziksel ve çevresel koşullar, güven ve bürokrasi (Büber ve Başer, 2012), hasta mahremiyeti, tıbbi bakım ve tedavinin süresi, yapılan uygulamalar hakkında bilgi verilmesi, servisin temizliği (Özcan vd., 2011) gibi çeşitli faktörlerle ilişkilendirildiği görülmekte olup, hastaların hizmetten yararlandıkları sıradaki psikolojik durumlarının bir göstergesi olarak belirsizlik algısının da göz önüne alınması gerektiği anlaşılmaktadır.

Mishel (1981) tarafından geliştirilen belirsizlik algısı ölçeğinin diğer alt boyutlarının da kullanılarak hizmetten memnuniyet ve sadakat davranışı üzerine etkilerinin sadece sağlık sektöründe değil, diğer hizmet sektörlerinde de incelemesi konunun farklı açılardan değerlendirilmesi ile literatüre daha fazla katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Hastalar hizmetin şekli ve hastane türüne göre belirsizlik algısını farklı düzeylerde yaşayabilmektedir. Araştırmada incelenen kavramların arasındaki ilişkileri bir arada inceleyen çalışmaların literatürde pek yer almamasından dolayı, araştırmanın oluşan bu boşluğu dolduruyor olması oldukça önemlidir.

Sağlık ve hastalık ile ilgili konuların çok teknik bilgiler içermesi ve hastaların bu konulara hakim olup, belirsizliği tam anlamıyla ortadan kaldırmaları pek mümkün görünmediğinden, hastanelerde hastaların memnuniyeti ve sadakatının artırılması ve sürekliliğinin sağlanması için hastaların zihninde oluşabilecek soru işaretlerinin veya belirsizlik algısının oluşturduğu psikolojik etkilerin ortadan kaldırılması için çözüm yolları aramak ve gerekli uygulamaları hayata geçirmek büyük önem arz etmektedir.

Araştırmanın, sadece Gaziantep ilinde ve 4 farklı hastanede, 18 yaş üstü, en az okur-yazar olan hastalara belirli bir tarih aralığında uygulanması tüm hasta profilini yansıtmamaktadır. Araştırmanın sadece il bazından ziyade tüm ülke çapındaki hastaneleri kapsayacak şekilde genişletilerek yapılması sonuçların genelleştirilmesi açısından önemli bir husustur.

KAYNAKÇA

- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5):941-973.
- Bayuk, N. ve Küçük F. (2007), Müşteri Tatmini ve Müşteri Sadakati İlişkisi“ Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 22 (1), ss. 285-292.
- Bozkurt, İ. & Tan, A. (2019). “Hastalarda Belirsizlik Algısı İle Hasta Memnuniyeti ve Sadakati Arasındaki İlişkiye Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisi Gaziantep Saha Araştırması”, *International Social Sciences Studies Journal*, 5(42): 4603-4615.
- Büber, R. ve Başer, H. (2012). Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 4(1), 265-274.
- Casaló, L. V., Flavián, C., & Guinalú, M. (2008). The role of satisfaction and website usability in developing customer loyalty and positive word-of-mouth in the e-banking services. *International Journal of Bank Marketing*, 26(6), 399-417.
- Cengiz, I. (2013). Müşteri Memnuniyetini Oluşturan Faktörlerin Müşteri Sadakatine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi İle İncelenmesi (Master's thesis, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Chen, C-C., Chang, S-C. (2006). ‘Research On Customer Satisfaction: Take the Loan Market of the Taiwanese Region as an Examble’, *Journal of American Academy of Business*, Cambridge, March, 9/1, , ss. 197-201.
- Cho, N., Park, S. (2001). ‘Development of Electronic Commerce User-Consumer Satisfaction Index (ECUSI) For Internet Shopping’, *Industrial Management&Data Systems*, 101/8, ss. 401-421.
- Crigger NJ (1996) Testing an uncertainty model for women with multiple sclerosis. *Adv Nurs Sci*, 18(3): 37-47.
- Demirel, Y., Yoldaş, M. A., ve Divanoğlu, A. (2009) Algılanan Hizmet Kalitesinin Tatmin Tavsiye Davranışı ve Tercih Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma *Akademik bakış*, 16, 1-14.
- Ercan, F. (2006). Otel İşletmelerinde Müşteri Sadakati Oluşturma: İstanbul’daki Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Uygulama. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Akçakoca.
- Ersanlı, K., & Uysal, E. (2015). Belirsizliğe Karşı Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(54).
- Gordon GH, Joos SK, Byrne J. (2000). Physician expressions of uncertainty during patient encounters. *Patient Educ Couns*, 40(1):59–65.
- Gronnholdt. L.; A. Martensen ve K. Kristensen (2000), The Relationship Between Customer Satisfaction and Loyalty: Crossindustry Differences. *Total Quality Management*, 11; 509-514.
- Hair, J.F. Jr., Anderson, R.E., Tatham, R.L., Black, W.C. (1995). *Multivariate data analysis with readings*. 4th ed. Prentice-Hall International Inc..
- Hart SL , Latini DM , Cowan JE , Carroll PR , (2008). Capsure Investigators . Fear of recurrence, treatment satisfaction, and quality of life after radical prostatectomy for prostate cancer *Support Care Cancer* ; 16 : 61 – 9
- <http://www.akinanaliz.com/on-analizler/> (18.09.2019)
- İzci F. ve Saydan R., (2013) “Algılanan Hizmet Kalitesi Kurumsal İmaj ve Sadakat İlişkisi (Van Bölge Hastanesi Uygulaması)”, *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 14, Sayı 1,
- Johnson, C. G., Levenkron, J. C., Suchman, A. L., & Manchester, R. (1988). Does physician uncertainty affect patient satisfaction?. *Journal of General Internal Medicine*, 3(2), 144-149.
- Kazer MW [Wallace] , Bailey DE , Sanda M *et al* (2011) . Internet uncertainty management intervention for older men undergoing active surveillance for prostate cancer . *Oncol Nurs Forum* ; 38 : 561 – 8

- Kazer, M. W., Bailey Jr, D. E., Chipman, J., Psutka, S. P., Hardy, J., Hembroff, L., ... & PROSTQA Consortium Study Group. (2013). Uncertainty and perception of danger among patients undergoing treatment for prostate cancer. *BJU international*, 111(3b), E84-E91.
- Kim, H. Su ve C. Han Yoon. (2004), "Determinants of Subscriber Churn and Customer Loyalty in the Korean Mobile Telephony Market", *Telecommunications Policy*, Cilt: 28, ss. 751-765.
- Kim, Moon-Koo M. C., Park ve D. H. Jeong. (2004), "The Effects of Customer Satisfaction and switching Barrier on Customer Loyalty in Korean Mobile Telecommunication Services", *Telecommunications Policy*, Cilt: 28, ss. 145-159.
- Kim, D. J., Ferrin, D. L., & Rao, H. R. (2008). A trust-based consumer decision-making model in electronic commerce: The role of trust, perceived risk, and their antecedents. *Decision support systems*, 44(2), 544-564.
- Kumar, V. ve Denish S. (2004), "Building and Sustaining Profitable Customer Loyalty for the 21. Century", *Journal of Retailing*, Cilt: 80, Sayı: 4, ss. 317-329.
- Lin, S. H. (2012). Effects of ethical sales behavior considered through transaction cost theory: To whom is the customer loyal. *The Journal of International Management Studies*, 7(1), 31-40.
- Liu, C., Marchewka, J.T., Lu, J. ve Yu, C.S. (2005). Beyond concern: a privacy- trust behavioral intention model of electronic commerce. *Information & Management*. 42, 289- 304. ss.
- Ma, S. (2017). Fast or free shipping options in online and Omni-channel retail? The mediating role of uncertainty on satisfaction and purchase intentions. *The International Journal of Logistics Management*, 28(4), 1099-1122.
- Madran, C. ve Canbolat, C., (2006), 'Müşteri İlişkileri Yönetimi İle Müşteri Sadakati Arasındaki İlişki', *11.Ulusal Pazarlama Kongresi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Deniz İşletmeciliği ve Yönetimi Yüksekokulu, İzmir, s. 145.
- Marangoz, M., & Akyıldız, M. (2007). Algılanan Şirket İmajı Ve Müşteri Tatmininin Müşteri Sadakatine Etkileri. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 5(1).
- McCormick, K. M. (2002). A concept analysis of uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 32 (2), 27-131.
- Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30, 258- 263.
- Mishel M.H. (1988) Uncertainty in illness. *Image*, 20:225-32.
- Mishel M.H. (2006) What do We Know about Uncertainly in Illness? https://www.jsnr.or.jp/meeting/docs/31_02.pdf 23.04.2019
- Oliver,R.L., (1999), "Whence Consumer Loyalty?", *Fundamental Issues and Directions for Marketing*, *Journal of Marketing*, Vol. 63; 33- 44.
- Öcel, Y. (2016) Algılanan Doktor İmajı İle Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi Yıl: 2016 Cilt: 7 Sayı: 14, 341-364
- Otani, K.L.E., Wayne,F., Faulkner, K.M., Burroghs, T.E. ve Dunagan, W.C., (2009). Patient Satisfaction: Focusing on Excellent", *Journal of Healthcare Management*, 54:2, March-April, 93-104.
- Öz, F. (2001). Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 61-68.
- Özcan, H., Özdemir, O., Esmâ, İ. ve Sözkese, N. (2015) Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(2), 149-155.
- Payment, D. R. (1993). The CaP uncertainty research project. *Unpublished master's thesis.* Albuquerque (NM): The University of New Mexico.
- Small S.P. ve Graydon J.E. (1993) Uncertainty in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Nurs Stud*, 30(3):293-246.
- Sparks, J.N. (1963). Expository notes on the problem of making multiple comparisons in a completely randomized design. *Journal of Experimental Education*, 31, 343-349

- Södurland, M. (1998), Customer Satisfaction and Its Consequences on Customer Behavior Revisited: The Impact of Different Levels of Satisfaction on Word-of-Mouth, Feedback to The Supplier and Loyalty, *International Journal of Service Industry Management*, 9(2), 169-188.
- Şen, S., *Regresyon* <https://sedatsen.files.wordpress.com/2016/11/8-sunum.pdf> 15.08.2019
- Şener, H. Y., & Behdioğlu, S. (2013). Müşteri Sadakati Oluşturmada Müşterinin Algıladığı Değer, Memnuniyet ve Rakip İşletmeye Geçme Maliyeti: Bir Spor Merkezinde İstatiksel Uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 30, 165-180.
- Tek, Ö. B. (2006). *Pazarlamada değer yaratmak: pazarlamada değer çağı Türkiye'de değer pazarlaması*. Hayat Yayıncılık.
- Uyar, A. (2019). Müşteri Memnuniyeti İle Müşteri Sadakati Arasındaki İlişkinin Yapısal Eşitlik Modeli İle İncelenmesi: Otomobil Kullanıcıları Üzerine Bir Uygulama. *Electronic Journal of Social Sciences*, 18(69).
- Vera, N. (2009)., "The relationship between uncertainty in illness and anxiety in patients with cancer" *Graduate Theses and Dissertations*.
- Weisbrod. A. (1991) "Competition in Health Care: A Cautionary View" Institute For Research on Poverty Discussion Paper, University of Wisconsin
- Wood, J. A. (2008). The effect of buyers' perceptions of environmental uncertainty on satisfaction and loyalty. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 16(4), 309-320.
- Yağcı, M. İ., & Duman, T. (2006). Hizmet kalitesi-müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre karşılaştırılması: devlet, özel ve üniversite hastaneleri uygulaması.
- Yıldız, T. (2015). Cerrahi Hasta Eğitiminde Kullanılan Güncel Yöntemler: Hastalık Merkezli Değil, Hasta Merkezli Eğitim. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 5(2).

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI: ŞEHİR HASTANELERİ ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME

PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP IN THE HEALTH SECTOR: AN EVALUATION ON CITY HOSPITALS

Dr. Öğr. Üyesi Aysun YEŞİLTAS

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ayesiltas@erbakan.edu.tr ,
orcid.org/0000-0002-2023-1485

Makale gönderim-kabul tarihi (10.03.2020-04.04.2020)

Özet

Kamu kurumlarında yaşanan gelir gider dengesizlikleri, kaliteyi artırma gibi nedenlerle pek çok ülkede kamu özel ortaklığı kullanılmaktadır. Türkiye’de de neoliberal politikaların etkisiyle sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu özel ortaklığı projeleri uygulanmaya başlamıştır. Kamu ve özel sektörden oluşan paydaşlar, bu ortaklıklara ait tesislerin inşası ve işletilmesi sürecinde birlikte çalışmaktadır. Şehir hastaneleri ya da sağlık kampüsleri olarak adlandırılan ve bir kısmı hizmete açılan bu tesislerin, kamu özel ortaklığı ile yapılmasına ilişkin eleştiriler tartışılmaya başlanmıştır. Bu doğrultuda çalışmada, şehir hastanelerinin kamu özel ortaklığı ile yapılmasına ilişkin eleştirilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Derleme olarak hazırlanan çalışmada şehir hastanelerine yönelik eleştiriler bir arada verilmeye çalışılmıştır. Kamu özel ortaklıkları ve şehir hastaneleri ile ilgili literatürle birlikte finansal, hukuki ve ekonomik eleştirilerin yanı sıra riskler ve eşitsizlikler açısından yapılan eleştiriler de incelenmiştir. Sonuç olarak, finansal kurumların bu ortaklıklara fon sağlamadaki isteksizlikleri, devletin maddi kayıp yaşayacağı düşüncesi, sözleşmelerin uzun süreli olması, bu projelerle yapılan tesislerde oluşan fiziki sıkıntılar, ulaşım sorunları ve bölgesel dağılımdaki eşitsizlikler, denetimle ilgili belirsizlikler kamu özel ortaklığına yöneltilecek eleştiriler olarak görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: şehir hastaneleri, kamu özel ortaklıkları, sağlık politikası, sağlık hizmeti, Türkiye

Abstract

Public private partnerships are used in many countries for reasons such as income and expense imbalances experienced in public institutions and increasing quality. Turkey also in the provision of health services under the influence of neoliberal policies began to be implemented public-private partnership projects. The public and private sector stakeholders work together in the construction and operation of the facilities of these partnerships. Criticisms about the construction of these facilities, which are called city hospitals or health campuses and some of which were put into service, with a public private partnership, have begun to be discussed. In this direction, the aim of this study is to evaluate the criticisms regarding the construction of city hospitals with a public private

15

partnership. In the study prepared as a review, criticisms about city hospitals were tried to be given together. Along with the literature on public private partnerships and city hospitals, financial, legal and economic criticism, as well as criticism in terms of risks and inequalities, were examined. As a result, the unwillingness of financial institutions to provide funding for these partnerships, the idea that the state will experience financial losses, long term contracts, physical difficulties in the facilities built with these projects, transportation problems and inequalities in the regional distribution, uncertainties about the audit are seen as criticisms directed to the public private partnership.

Key Words: city hospitals, public private partnerships, health policy, health service, Turkey

GİRİŞ

Küreselleşme ve kapitalizmin etkisiyle, özel sektör de sağlık hizmet sunucuları arasına girmiştir. Önceleri tam kamusal hizmet olarak kabul edilen sağlık hizmeti, artık toplumda yarı kamusal bir hizmet olarak algılanmaya başlamıştır (Çınar vd., 2017:216). Özellikle yoksul ülkeler, sağlık hizmetlerine ilişkin yetersiz altyapı ve ekipman, sık sık ilaç ve malzeme kıtlığı ve düşük bakım kalitesi gibi sorunlarla karşı karşıya gelmektedir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülke hükümetleri giderek artan bir şekilde, kamu politikası hedeflerine ulaşmak için özel finansman ve uzmanlıktan yararlanmak için kamu-özel sektör ortaklıklarını benimsemektedir (Sekhri et al., 2011:1498). Öncelikli olarak sağlık hizmeti sunumu, ulusal hükümetlerin sorumluluğunda olmasına rağmen, birçok gelişmekte olan ülkede finansal ve insan kaynaklarının yetersizliği, hükümetlerin ihtiyaç duyan herkese sağlık hizmeti sağlama çabalarını engellemektedir (Asante & Zwi, 2007:176).

Sağlığın öncelikli bir endişe kaynağı olduğu 2008 yılında Binyıl Kalkınma Hedefleri'nin açıklanmasıyla, tüm uluslar kendi bölgelerindeki sağlık sektörünün yenilenmesi ihtiyacını fark etmişler ve sektörün gelişmesini kolaylaştıracak önlemler almışlardır. Bununla birlikte, ulusların çoğunun kabul ettiği önemli kısıtlılıklardan biri, sağlık sektörü alanındaki kapasitelerin geliştirilmesi bağlamında belirli bir noktanın ötesine geçememeleridir. Bu durumda yine hükümetlerin özel sektör ile ortaklık kurma ihtiyacını ortaya çıkarmıştır (Thadani, 2014:308). Bu ortaklıkların sebepleri, kamu varlıklarını yenilemek, sürdürmek ve işletmek ve kamu bütçeleri üzerindeki kısıtlamaları artırmak, özel sektörün zekası aracılığıyla yenilik aramak ve daha iyi risk yönetimi hedeflemektir (Roehrich et al., 2014:110). Diğer bir ifadeyle verimliliği, kaliteyi, finansal desteği, hakkaniyeti, adil fiyatlandırmayı garanti altına almak için kamu-özel ortaklığı tercih edilebilmektedir (Ayhan ve Önder, 2018:110).

Kamu özel ortaklığı, “kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde kamu, özel sektör ve sivil toplum örgütlerini bir araya getiren; eşitlik ve birlikte yönetme ilkelerine dayanan; yeni kamu işletmeciliği anlayışını benimseyen; mal ve hizmet üretimindeki maliyet, risk ve fayda gibi sonuçların tüm aktörlerce paylaşıldığı” bir yöntemdir (Kerman vd., 2012:4). Avrupa Birliği'nin Yeşil Kitap'ta (Green Paper) yer alan kamu özel ortaklığı tanımlaması ise genel olarak “kamu ile özel sektör arasında, bir altyapının finansmanı, yapımı, yenilenmesi, yönetimi, bakımı ve hizmetlerin sunumunu sağlamayı amaçlayan ortaklık” şeklindedir (Green Paper, 2004:3). Kamu-özel ortaklığı, kamu görevlerinin yerine getirilmesi için yapılan bir anlaşmaya dayanarak kamu kuruluşları ile kamu dışı sektör kuruluşları arasındaki işbirliği biçimlerinden biridir (Baranowska-Zajac, 2018:242).

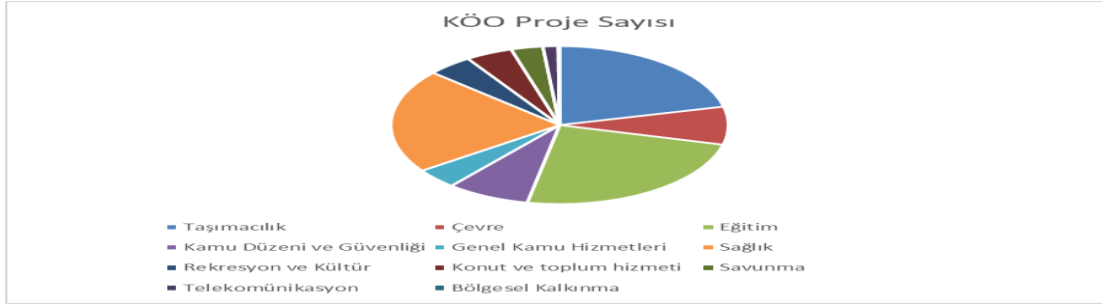
Birçok hükümet, vergi gibi geleneksel kamu finansmanı yoluyla büyük bir yatırım yapmayı göze alamayacağını düşündüğü ve altyapıya daha fazla yatırım yapılması gerektiğini kabul ettiği için kamu özel ortaklığına yönelmektedir (Roehrich et al., 2013:8). Öyle ki dünyadaki özellikle de Avrupa'daki hükümetler, kamu özel ortaklığı aracılığıyla, kamu sağlığı altyapısını ve hizmet sunumunu geliştirmek, finanse etmek ve sağlamak için özel sektör katılımını giderek daha fazla kullanmaktadır (Roehrich et

al., 2014:110). Kamu hizmetlerinin uygulanması teknolojik yeniliklerle kolaylaşırken, hizmetlerin farklılaşmasına bağlı olarak da zorlaşmaktadır. Söz konusu hizmetlerin devlet eliyle yapılmasındaki güçlükleri aşma amacıyla devlet, kamu hizmetlerini sağlamak için özel hukuk kişileriyle sözleşme imzalayıp söz konusu kişileri bu sürece ortak etmektedir (Boz, 2013:278). Dolayısıyla kamu özel ortaklığı ile özel sektörde atıl durumda olan sermayenin hastanelerde kullanılarak yatırıma dönüştürülmesine; etkin, verimli ve kaliteli sağlık hizmet sunumunun sağlanmasına; kamudaki finansman ve bütçe sorunlarına çözüm bulunmasına yarar sağlayacağı düşünülmektedir (Keskin, 2011:115).

Avrupa ülkeleri başta olmak üzere dünyanın birçok yerinde sürdürülebilir bir sağlık sistemi inşa etmek için başlatılan reform çalışmalarında hastane reform çalışmalarının önemli bir yer tuttuğu ve bu çerçevede mevcut hastane örgütlerine yeniden şekil verilmeye çalışıldığı görülmektedir (Top ve Şahin, 2004:86). Bu bağlamda kamu özel ortaklığı, sağlık alanında hızla yaygınlaşan hizmetlerin işletmecilik esasları temelinde örgütlendirildiği bir modeldir. Devletin sadece tıbbi hizmet (çekirdek hizmet) üretiminde yer aldığı bu modelde, sağlık tesislerinin yapımı, tıbbi destek ve tıbbi olmayan hizmetlerin sunumu ve ticari alanların işletilmesi özel sektöre (tek bir ortak girişime) blok halinde devredilmektedir (Karasu, 2011:217). Dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye’de de bir değişim süreci yaşanmaktadır. Kamu özel ortaklığı yöntemi, sağlık sektöründe bu değişim süreci ile birlikte kullanılmaya başlanan uygulamalardan birisidir (Kerman vd., 2012: 5). Son dönemde sağlık alanındaki bu uygulama şehir hastaneleri ya da sağlık kampüsleri olarak bilinmektedir. Şehir hastanelerinin kurulmasında amaç, kamu özel ortaklığından yararlanılarak, kamu hizmetlerinin finansmanında ve sunumunda etkinlik ve verimliliğin sağlanmasıdır (Organ ve Tekin, 2017:256).

Şehir Hastaneleri Literatürü

Kamu özel ortaklığı modelinin ilk uygulamaları, İngiltere’de 1660’larda yol inşaatlarının yapımına özel sektörün katılımıyla başlamıştır. Özellikle endüstri devrimi sonrası kanal ve demiryolu projeleri ile 1860’lara gelindiğinde kamu özel ortaklığı modelinin uygulanması oldukça artmış, ancak Avrupa’daki ekonomik kriz nedeniyle pek çok yatırımcı iflas etmiştir. Benzer bir durum Amerika ve Fransa’da da yaşanmıştır. Fransa’da 1782 yılında Perrier firmasına, su dağıtım imtiyazı verilmiş, fakat Fransız Devrimi ile bu proje gerçekleştirilememiştir. Yine 1859 yılında Mısır valisi Said Paşa tarafından desteklenen ve yapımı 1869 yılında tamamlanan Süveyş Kanalı da kamu özel ortaklığı projesi olup kamu sermayedar konumundadır (Levy akt. Çekirge, 2006:5). Kamu hizmetlerine özel sektörün katılımı, Amerika’da erken dönemlerden başlayarak kendine geniş uygulama alanı bulan “ortak girişim” (joint venture) uygulamalarıdır. İngiltere’de 1992 yılında John Major tarafından başlatılan “özel finans girişimi” (Private Finance Initiative-PFI) ve Blair dönemindeki “en iyi değer” (Best Value) projeleri ile kamu özel ortaklıkları yaygınlaştırılmıştır (Çelik, 2008:28). İngiltere 1990’lı yıllarda başlayan kamu özel ortaklığı ile 12 yılda yaklaşık 100 yeni hastane projesi hayata geçirmiştir (Hamilton et al., 2012:12). Avrupa Birliği Konseyi, 2004’te kamu özel ortaklığı ile ilgili Green Paper adlı bir rapor hazırlamıştır. Bu raporda Avrupa Birliği Konseyi sermaye yoğun projelerin kamu ve özel sektör arasında ortaklık oluşturularak yapılmasını destekler şekilde bir yaklaşım sergilemektedir (Green Paper, 2004). Avrupa Birliği ülkelerinde 2018 yılında uygulanan kamu özel ortaklığı projelerinin sektörel dağılımı incelendiğinde 1802 projenin 388’inin sağlık alanında olduğu görülmektedir (EPEC, 2018).



Şekil 1. AB kamu özel ortaklığı projelerinin sektörlere göre dağılımı (2018)

Kaynak: EPEC, 2018

İngiltere’de, 2003 yılından itibaren kamu özel ortaklığı paydaşlarından özel sektörün de klinik hizmetlere dahil edilmesiyle, dünya çapında bu yönde bir ilk adım oluşmuştur. Örneğin, kamu özel ortaklıkları Afrika’da sıtma aşularını, Valencia, İspanya’da temel sağlık hizmetlerini ve Almanya’da kanser tedavisine erişimi sağlamaktadır (Yusuflı Yılmaz ve Gültekin Karakaş, 2011:34). İtalya ise 1999 yılından itibaren kamu özel ortaklığı ile çok sayıda projeyi tamamlamıştır. 2011 yılında, sağlık hizmetlerinde kamu özel ortaklığı ile gerçekleştirdiği projelerle sermaye yatırımı sıralamasında Kanada ve İngiltere’den sonra üçüncü sırada yer almıştır (Hamilton et al., 2012:13). 2005-2013 yılları arasında, dünya genelinde 404 kamu özel ortaklığı sözleşmesi imzalanmış olup, bunların 277’si Avrupa ülkelerinde gerçekleştirilmiştir. Avrupa ülkelerinde imzalanan sözleşmelerin %60 gibi önemli bölümü Birleşik Krallık’ta imzalanmıştır. Bu ülkeyi sırasıyla Fransa (%8), İspanya (%7), İtalya (%6) ve Türkiye (%5) izlemektedir (Wachsmuth, 2013). Ayrıca Avrupa’da gerçekleştirilen toplam 152 projenin büyük kısmı sağlık ve eğitim tesisleri alanındadır. Bu projelerin yaklaşık 2/3’ü İngiltere’de gerçekleştirilmiştir. Portekiz ve İspanya’nın payları %10 civarındadır. Fransa ve Almanya’da da kamu özel ortaklığı Modeli altyapı yatırımları alanında etkin kullanılmaktadır ve kullanım yüzdelerinin artması planlanmaktadır (Çekirge, 2006:14). Bu doğrultuda İngiltere’nin kamu özel ortaklığı kullanımında ilk sırada yer aldığı ve dünyaya rol model olduğu ifade edilebilir.

Dünyadaki diğer ülkelerin kamu özel ortaklığı uygulamalarına bakıldığında; Pakistan’ın Sindh eyaletinde paydaşların sağlık hizmeti sunumunda kamu özel ortaklığını tercih etme nedenleri mevcut devlet hastanelerindeki yolsuzluklar, devlet hizmetlerindeki sorumluluk eksikliği, kötü denetimlerin personeller arasında verimsizliğe neden olması ve kamu özel ortaklığı düzenlemelerinin mevcut temel sağlık birimlerinde daha iyi hizmet sunumu sağlaması olarak sıralanmıştır. Ayrıca kamu özel ortaklığı uygulamalarının önündeki ana engelin sağlık personellerinin direnci olduğu ifade edilmiştir (Khan & Puthussery, 2019:5-6). Kanada, Hollanda ve Danimarka kamu özel ortaklığı modelini uygulayan ülkeler arasındadırlar. Ancak kamu özel ortaklığına ilişkin deneyim, kullanım ve ulusal hükümet desteği açısından ülkeler arasında farklılıklar görülmektedir. Bu bağlamda bu ülkelerin kamu özel ortaklığı yönetimlerine ilişkin karşılaştırmanın yapıldığı bir çalışmada genel olarak benzerlik görüldüğü ancak küçük farklılıkların da yer aldığı ortaya çıkmıştır. Kanada’daki profesyonellerin kamu özel ortaklığının performansa dayalı olarak yönetilmesi fikrini benimsediği, Hollandalı profesyonellerin özel sektör paydaşı ile yakın işbirliğine değer verdiği, Danimarkalı profesyonellerin ise özel sektör paydaşının yönetim özgürlüğüne daha fazla önem verdiği görülmektedir (Warsen et al., 2020:136).

Romanya’da yasal çerçevenin iyileştirilmesi ve ekonominin bazı alanlarındaki projelerin gerçekleştirilmesi yoluyla kamu özel ortaklığı kavramının tanıtılması ve hayata geçirilmesi yavaş yavaş yapılmıştır. 90’lı yıllardan itibaren kamu özel ortaklığı çeşitli alanlarda yatırımlar, özel yabancı

yatırımcılara imtiyazlar şeklinde ekonominin yeniden yapılandırılması eylemleri içinde kendini göstermiştir. Kamu özel ortaklığı ile ilgili ilk yasal girişimler 2002 yılında alınmıştır (Popa, 2019:287). Polonya’da 1990’larda kamu kuruluşları ile özel kuruluşlar arasındaki işbirliği girişimleri yapılmasına rağmen özel ortakla yürütülecek kamu görevleri ile ilgili ilk düzenleme 2005 yılında yapılmıştır. Ancak bu düzenleme ortaklığın gelişmesine yol açmak yerine, bu gelişmeyi durduran bir dizi çözüm içermektedir. Bu nedenle Polonya’da 2018 yılında kamu-özel ortaklığı tanımından başlayarak ortak seçimindeki kriterler, yükümlülükler gibi bazı önemli değişiklikleri içeren kanun düzenlenmiştir (Baranowska-Zajac, 2018:243).

Avrupa’ya göre daha sonraki dönemde başlayan kamu özel ortaklığı, Türkiye’de kamuda 80’li yıllarda özelleştirme politikalarıyla başlamış, 90’lı yıllarda ise kamu özel ortaklıkları ile yeni bir boyuta geçmiştir (Çelik, 2008:36). 2000’li yıllarda ise özellikle ulaşım, konut gibi alanlarda kullanılan kamu özel ortaklığı uygulamaları sağlık sektöründe de kullanılmaya başlamıştır. Kamu özel ortaklığı ile ilgili ilk hareket 1984 yılında 3096 sayılı Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun’u ile ülke gündemine girmiştir. Daha sonra 1994 yılında 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanun çıkarılmıştır. Bu kanunla kamu kurum ve kuruluşlarınca ifa edilen, ileri teknoloji veya yüksek maddi kaynak gerektiren bazı yatırım ve hizmetlerin, yap-işlet-devret modeli çerçevesinde yaptırılmasını amaçlanmıştır (Çal, 2018:39; Resmi Gazete, sayı:21959). Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı projelerinin uygulanabilmesi için ise 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu’na ek madde eklenmiştir. Bu maddede; yapılacak sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılacağı belirtilmiştir (Resmi Gazete, sayı:5396). Nitekim kamu özel ortaklığının sağlık sektöründe uygulanması için yapılan sonraki çalışmalar sonucu 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun yayınlanmıştır. Bu Kanun ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca yapılmasına ihtiyaç duyulan tesislerin ön proje, ön fizibilite raporu ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kamu özel ortaklığı modeli ile yapılmasına ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir (Resmi Gazete, sayı:6428). Yasal mevzuat doğrultusunda özel yatırımcıların sağlık sektöründe yatırım yapmaları teşvik edilmiştir. Bu minvalde, kamu özel ortaklığı modeliyle risk, devlet ve özel yatırımcı arasında paylaşılmakta ve hastalara doğrudan verilen hizmet devlet tarafından verilmektedir. Ekipman, malzeme tedariki vb. diğer işlemler özel yatırımcının sorumluluğunda yer almaktadır (Öge ve Baş, 2016:108).

Türkiye’de kamu özel ortaklığı alanında yap-işlet-devret, yap-kirala-devlet, yap-işlet ve işletme hakkı devri gibi modeller uygulamaktadır. Sağlık sektöründe yapılan şehir hastaneleri ve sağlık kampüslerinde yap-kirala-devret modeli kullanılmaktadır. Bu modelde özel sektör tesisi yapıp, fiziksel donanımını sağlamaktadır. Ayrıca, sözleşme boyunca özel sektörün görev alanına giren birimleri işletmekte ve sonunda tesisi kamuya devretmektedir. Kamu ise özel sektöre her yıl kira ödemesi yapmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2018:21). Kira süreleri hastaneler için uzun süreliğine (25 yıl) olmakta ve özel sektör “çekirdek hizmet” dışındaki hizmetleri de yürütmektedir (Pala, 2018:8).

Türkiye’de 1986-2017 yılları arasında 225 kamu özel ortaklığı projesinin uygulama sözleşmesi yapılmıştır. Bu sözleşmelerin %9.3’ü ise sağlık sektörü ile ilgili sözleşmelerdir (Kalkınma Bakanlığı, 2018:25). Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü’nün verilerine göre 20 şehir hastanesinin sözleşmesi imzalanmış olup, bu şehir hastanelerinden 10’u açılmıştır. 2020 yılında ise Konya Karatay, Gaziantep,



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Tekirdağ, Kütahya, Kocaeli, İzmir Bayraklı, İstanbul İkitelli şehir hastaneleri ile Şanlıurfa Sağlık Kampüsü'nün açılması planlanmaktadır (sygm.saglik.gov.tr).

Şehir Hastanelerine Yönelik Eleştiriler

Sağlık sektöründe, artan tıbbi maliyetler, kaliteyi iyileştirme çabaları, eşitsizlikler gibi birçok sorun bulunmaktadır. Kamu ve özel sektörün en iyi özellikleri bir araya getirilerek bu sorunların çözümüne çalışılmaktadır. Sağlık sistemlerinin performansının iyileştirilmesinde bu durumun giderek kritik bir rol oynadığı görülmektedir (Mitchell, 2001:26). Ancak kamu özel ortaklığının sağlık sektöründeki yansımaları olan şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerini iyileştirmesine, şehir hastanelerinin devamlılığının sağlanmasına yönelik bazı eleştiriler ortaya çıkmaktadır. Bu eleştiriler değerlendirildiğinde, ilk olarak finansal kurumların sağlık sektöründeki kamu özel ortaklığı projelerine fon sağlama konusunda isteksiz davranması belirtilebilir. Bunun nedeni kamu özel ortaklığı projelerine yönelik fizibilite çalışmalarında yapılan eksiklikler ya da yetersizliklerdir. Bu tür durumlarda finansal kurumlar, sözleşmelerin belirli hükümlerinin yeniden müzakere edilmesini ve yazılmasını talep edebilmektedir. Dolayısıyla finansal kapanış süresinin uzamakta ve sözleşmelerin içeriği şartnamelerden farklılaşmaktadır (Emek, 2017:81). Ayrıca İngiltere, ABD, İrlanda, İspanya ve Portekiz gibi ülkelerde de son yıllarda kullanılmış olan bu modelin finansal açıdan artıları ve eksileri çokça tartışılmaktadır (Cerrahoğlu, 2016:81). Bu bağlamda kamu özel ortaklığı projelerinin hazırlanmasında finansmanın yanı sıra kamu ve özel sektör alanlarında tecrübeye sahip uzmanlardan oluşan bir kurul görev almalıdır. Keskin'in (2011) ifade ettiği gibi net ve anlaşılır şekilde hazırlanan sözleşmeler, her konuyu kapsamalıdır. Bu konudaki suistimallerin önüne geçilebilmesi için ise denetimlerin artırılması gerekmektedir. Etkin yapılan sağlık sektöründeki denetimler neticesinde beklenen hizmet kalitesine ulaşılabileceği görüşü hakimdir.

Kamu özel ortaklığına ilişkin bir diğer eleştirinin ise ekonomik yönden olduğu ifade edilebilir. Özel ortak, kamu hizmetlerinin sunumuna yatırım yaparak, yeni yönetim ve organizasyonel çözümlere ve daha yüksek hizmet sunum standartlarına ulaşmak veya kamu hizmetlerinin sunum maliyetini azaltmayı amaçlayarak teknik ve teknolojik çözümlerin kullanılmasını sağlayan kaynaklar sağlar (Panasiuk, 2019:448). Ancak kamu özel ortaklığı taraflarından özel sektör işletmelerinin birincil amacı kar elde etmek iken kamu kurumları sunduğu hizmetler ile toplumsal faydayı amaçlamaktadır. Dolayısıyla farklı amaçlar güden kamunun ve özel sektörün ortak bir çatı altında kamusal faaliyetleri nasıl yürüteceği sorunlardan biridir (Güneş, 2009:60). Politik ve ekonomik ortamın yanı sıra, bu büyük projeler her zaman yolsuzlukla ilgili endişeleri artırmaktadır. Düzenleme sürecinin belirsizliği, şeffaflık eksikliği (bu projelerle ilgili veriler "ticari sır" olarak kabul edildiğinden) ve bağımsız denetimin yapılmaması siyasi endişeleri artırmaktadır (Öztürk, 2018:9). Ayrıca birçok imtiyaza sahip olan özel sektör işletmeleri, KDV, damga vergisi ve bütün harçlardan muaf tutulacaklardır. Kısacası devlet kira ödemenin yanı sıra vergi kaybı da yaşayacaktır. Üstelik bu özel sektör işletmelerinin finansman için yurt dışından aldıkları uluslararası kredilere de tam hazine garantisi verilmektedir (Kumral, 2018:21).

İskoçya, Galler ve İngiltere'de bulunan 9 kamu özel ortaklığı modeli hastanelerde çalışanların katılımıyla gerçekleştirilen çalışma sonucunda dört dikkat çekici soruna vurgu yapılmıştır. Bunlar; yatak sıkıntısı, finansal problemler, kötü tasarım ve kalite ile bakım seviyelerindeki azalmalardır. Ziyaret edilen hastane binalarının tümünde yapısal ve tasarım problemleri bulunmaktadır. Örneğin, camla çevrili binalarda uygun havalandırma veya iklimlendirme eksikliği mevcuttur (Lister, 2003). Türkiye'de hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan bir çalışmada ise katılımcılar şehir hastanesinin temizlik, hijyen, hastane binasının yeni, ferah ve rahat olması açısından memnuniyetlerini dile getirirken; şehir hastanesine ulaşım, hastane içi ulaşım, otopark ve asansör gibi fiziki koşullara yönelik

olumsuz görüşlerini bildirmişlerdir (Gökkaya vd., 2018:146). Şehir hastanelerinin geniş bir alanda kurulu olmaları nedeniyle hastane içi ulaşım sorunlarının olması beklenen bir durumdur ve bu soruna elektrikli araçlar ile çözüm bulunmaya çalışılmaktadır, ancak şehir hastanelerinin şehir merkezlerinden uzak bölgelere yapılmaları, sağlık hizmetine erişimi zorlaştırmaktadır. Özellikle gelir durumu düşük bireylerin şehir hastanelerine ulaşmaları ekstra külfete neden olmaktadır. Thadani'ye (2014) göre, kamu özel ortaklıkları ile ilgili tek endişe sağlık hizmetlerine erişim ve satın alma gücü paritesinde zenginler ve yoksullar arasındaki eşitsizliklerin olmasıdır. Özel sektörün kâr maksimizasyonu güdüsü, toplumun daha yoksul kesimlerinin bu tür hizmetlerden faydalanmasına engel olmamalıdır. Öztürk vd.'nin (2017) TÜİK'ten elde edilen Sağlık Araştırması veri setleri kapsamında Türkiye'de sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyetsizliği incelediği çalışmasında yataklı sağlık hizmetlerinin kullanımında 2008-2012 arasında hakkaniyetsizlik düzeyinde bir artış gözlemlenmiştir. Benzer bir düşünce ile Duyguluer (2016) bölge bilimi yönünden çok çeşitli soruların varlığı devam ederken, ülke bütünü dağılımında şehir hastaneleri için seçilmiş olan illerin, daha önceki dönemlerde sağlık hizmetlerinin götürüldüğü gelişmiş bölgelerde yer alması nedeniyle, gelişmemiş yöre illerinin niye dikkate alınmadığı sorusunun önceki yıllarda dile getirildiğini ifade etmiştir. Bu ifadeler doğrultusunda devletin birincil görevlerinden biri olan sağlık hizmeti sunumunda hakkaniyetin ve eşit düzeyde hizmete erişimin ön planda olduğu planlamalar yapılması önemlidir.

Dünya Bankası tarafından geliştirilen bir yaklaşım çerçevesinde Türkiye'nin 81 ili 29 bölgeye ayrılmıştır. Bu bölgelerde yapılması öngörülen şehir hastanelerinin %70 doluluk garantisinin gerçekleştirilmesi için, şehir hastanelerinin yapıldığı bölgelerde kamuya ait hastanelerin kapatılması gündemdedir. 81 ildeki sağlık hizmetlerinin 29 merkezde yoğunlaştığı bu yaklaşımla, tüm planlanan şehir hastaneleri hizmete girdiğinde; iller bu merkezlere bağlanacaktır. Bölgeler arası dengesizliği daha da artıracak bu girişimle sağlık hizmetleri merkezleştirilmektedir. Dolayısıyla şehir hastanelerinin kurulduğu yerler zaten büyük şehirler olduğu için, diğer küçük iller biraz daha kenarda kalmaktadır (Şengül, 2017:21). Diğer taraftan şehir hastaneleri için kamu tarafından %70 yatak doluluk oranı garantisi verilmesi nedeniyle, kamu kesimi adına kaynak israfının yaşanmasına neden olabilir. Bu yüzden bu kurumlarla koordineli semt polikliniklerinin kurulması ve Genel Sağlık Sigortası kapsamında özel hastaneler tarafından sunulan bazı sağlık hizmetlerinin kapsamının daraltılması etkili olabilir (Songur ve Top, 2018:182).

Kamu özel ortaklığı ile ilgili bir diğer eleştiri ise risklere yöneliktir. Songur'a göre (2018) kamu özel ortaklığı sözleşmelerinin karmaşıklığı ve uzun süreli olması projenin değişik aşamalarında başta pazar, gelir, tasarım, işletim konularında olmak üzere birçok riskle karşılaşılmasına neden olabilmektedir. Sözleşme tasarımında yapılan uygun olmayan risk dağılımı ve paylaşımı uzun vadede bu modelde sorunlara yol açabilmektedir. Sekhri ve diğerleri de (2011) kısa vadeli sözleşmelerden farklı olarak, entegre ortaklıkların uzun vadeli yatırımlar ve paylaşılan riskler içerdiğini; bu durumun başarılı sonuçlara karşılık bağlılık ile sonuçlandığını belirtmektedir. Öyle ki uzun süreli kamu özel ortaklığı sözleşmeleri, sözleşmeyi imzalayan hükümetlerden sonra gelen birçok hükümetin hem sağlık hem de kamu maliyesi alanındaki politika tercihlerini ipotek altına almakta, hatta tercih olanaklarını neredeyse tamamen ortadan kaldırmaktadır (Kumral, 2018:23). Kamu özel ortaklığında uygun risk dağılımının sağlanması gerekmektedir. Kamu özel ortaklığının özel sektör tarafı altyapı ile ilgili birçok riski üstlendiği için, gelirlerini de artırmak istemektedir. Ancak önemli olan her iki tarafın başarılı olduğu ve yönetebileceği riskleri üstlenmesidir. Türkiye'de şehir hastaneleri konusunda paydaşlar daha çok finansal risk ve işletme riski ile karşı karşıya kalılabileceğini düşünmektedir. Özellikle küresel piyasadaki siyasi istikrarsızlık ve buna bağlı olarak döviz kurumundaki dalgalanmalar finansal riski artırabilecek en temel faktörlerdendir. Şehir hastaneleri projelerinin çok yüksek yatak kapasiteli olması ve belirli alanlarda özel sektör ve kamu sektörünün birlikte hareket etme mecburiyetinin getirebileceği olası sorunlar işletme riskini artırabilir (Songur ve Top, 2018:181). Bu bağlamda şehir hastanelerinin

proje aşamasında fizibilite çalışmalarının bu alanda uzmanlığa sahip bir heyet tarafından hazırlanması; finansal risk ve işletme riskine yönelik senaryolar geliştirilip, çözümlerinin bulunması; belirli periyotlarla risklere yönelik izlem ve denetimlerin yapılması önerilebilir. Diğer bir ifadeyle Avrupa Sayıştay'ının (European Court of Auditors) (2018) hazırladığı raporda kamu özel ortaklığı projesindeki riskler, onları yönetmek için en uygun olan tarafa tahsis edilmelidir; burada amaç, risk taşıyan taraf için risk değişimi ve tazminat arasındaki optimum dengeyi sağlamaktır. Özel ortak, genellikle tasarım, inşaat, finansman, işletme ve bakım ile ilişkili risklerden sorumlu iken, kamu ortağı genellikle düzenleyici ve politik riskleri üstlenmelidir.

Kamu özel ortaklığına hukuki açıdan yapılan eleştiri ise kamu özel ortaklıklarına bir yandan ortak olan, diğer yandan ise bu tür ortaklıkları denetleme ve gözetleme ile yükümlü olan devletin bu yükümlülüklerini hakkıyla yerine getirmesindeki zorluktur. Bunların yanı sıra hizmet sürecinde devlete has bazı egemenlik yetkilerinin özel kişilere devrinin demokratik meşruluk açısından sorun teşkil etmesidir (Güneş, 2009:60). Sağlık hizmetlerinde yardımcı personel ile başlayan piyasadan temin uygulamalarının giderek tıbbi hizmetler alanında da yaygınlaştığı düşünüldüğünde, diğer birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de kamu özel ortaklığı modelinin yakın bir gelecekte tıbbi hizmeti de içereceği düşünülebilir (Karasu, 2011:228). Günümüzde şehir hastanelerinde patoloji, radyoloji gibi yardımcı sağlık hizmetleri özel ortak tarafından sunulmaktadır. Ancak henüz tamamı bile açılmamışken şehir hastanelerinde verilen tüm tıbbi hizmetlerin gelecekte özel ortak tarafından verilebileceği sadece bir tahmin olabilir.

Kamu özel ortaklıkları, özel sektörün yenilik, teknik bilgi ve beceri, yönetsel verimlilik ve girişimci ruhu ile kamu aktörlerinin sosyal sorumluluk, sosyal adalet, kamu hesap verebilirliği, yerel bilgi ulaşma, kaliteli sağlık altyapısı ve hizmetleri sunmak için uygun bir ortam yaratmak gibi güçlü yönlerini birleştirebilir (Roehrich et al., 2014:117). Ancak kamu özel ortaklıkları kavramsal olarak çekici olsa da, küresel sağlık eşitliği üzerindeki etkileri konusunda birçok kaygı ortaya çıkmıştır (Asante & Zwi, 2007:176). Nijerya'nın Enugu eyaletindeki 466 katılımcı (kamu ve özel sağlık çalışanları, toplum üyeleri) ile gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların %61.4'ü kamu özel ortaklığının sağlık hizmetlerini iyileştireceğini düşünmektedir. Katılımcıların kamu özel ortaklığıyla ilişkili olabileceğini düşündüğü en çok tekrarlayan sorunlar ise, iş kaybı ve sağlık hizmeti maliyetinin artmasıdır (Anyachie et al., 2014:63-65). Belirli bir yatak kapasitesinden dolayı hastanenin belirli bir sabit maliyeti oluşmaktadır. Bu maliyetin içine ısınma, aydınlanma, personel harcamaları, fiziki alt yapıya ilişkin giderler dahil edilebilir. Hastanede tedavi edilen hasta sayısı arttıkça kapasite kullanım oranı da buna bağlı olarak artacak, dolayısıyla tedavi edilen hasta birim maliyetini düşürecektir (Yiğit ve Ağırbaş, 2004:145). Bu noktada bazı hastanelerin kapatılmasıyla bireylerin şehir hastanelerine yönlendirilmesi sağlanmakta ve maliyet açısından bu hastaneler desteklenmektedir. Cerrahoğlu (2016) ise şehir hastanelerinin bireyler açısından cazip hale getirilmesi ve hastaların şehir hastanelerine yönlendirilmesi ile aile hekimliği uygulamasının başarısız kılınacağını ifade etmektedir.

Kamu özel ortaklıklarının sürdürülebilirliği için; güven oluşturma, açıkça tanımlanmış hedefler ve roller, zaman taahhüdü, özellikle risk ve fayda ile ilgili şeffaflık ve dürüst bilgi, sözleşme esnekliği, usule ilişkin düzenlemelerin ardında teknik yardım veya finansal teşvik, sorumluluk ve kararlarla ilgili yapısal değişikliklerin farkındalığı şeklinde yedi temel faktör tanımlanmıştır (Wong et al., 2014:261). Bir diğer çalışmada ise kamu özel ortaklığı için en uygun ilkenin ilk önce "şeffaflık", ikinci olarak "güven" ve üçüncü olarak "yeterlilikler" olduğu yönündedir (Lee, 2013:314). Nitekim Kanada'da kamu özel ortaklığının başladığı dönemlerde uygulanan bir kamu özel ortaklığının incelendiği çalışmada, şehir hastanesinin mülkiyetin hangi paydaşa olacağı, bir diğer hastanenin kapatılması gibi konularda toplumun yeterince bilgilendirilmediği görülmüştür. Çalışmada sağlık hizmetlerinin "özelleştirilmesi" hassasiyeti göz önüne alındığında, özellikle kamuoyu algılarının yönetilmesine

yönelik resmi bir iletişim ve katılım planının kritik sorunların zamanında yönetilmesine yardımcı olacağı ifade edilmiştir (Barrows et al., 2012:13). Bu bağlamda kamuoyunun bilgilendirilmesi, kamu özel ortaklığına ilişkin şeffaflık ve güven sağlamada etkili olacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetleri, toplumun tamamını ve geleceğini etkileyen hizmetlerin başında gelmektedir. Bu hizmetleri iyileştirmek ve geliştirmek amacıyla kamu özel ortaklığının yap-kirala-devret modeliyle şehir hastaneleri yapılamaya başlanmıştır. Gelişen teknolojik yenilikler, artan maliyetler, var olan kurumların yenilenmesi gibi nedenler kamunun bu işletim modeline yönelmesini sağlamıştır. Ancak sözleşme sürelerinin uzunluğu, finansal riskler, hukuki endişeler gibi birtakım nedenler politika aktörlerinin kamu özel ortaklığına yönelik eleştirel yaklaşımlarına sebep olmuştur. Finansal kurumların bu ortaklıklara fon sağlamadaki isteksizlikleri, devletin maddi kayıp yaşayacağı düşüncesi, sözleşmelerin uzun süreli olması, bu projelerle yapılan tesislerde oluşan fiziki sıkıntılar, ulaşım sorunları ve bölgesel dağılımdaki eşitsizlikler, denetimle ilgili belirsizlikler kamu özel ortaklığına yöneltilen eleştiriler olarak görülmektedir.

Kamu özel ortaklığının finansal yönü dünyada tartışılırken, Türkiye’de de finansal açıdan sorunlar görülmektedir. Paydaşlar ile finansal kurumlar arasında yaşanan sorunların çözümüne yönelik olarak öncelikle projelerin ve fizibilite raporlarının hazırlanması sürecinde finans konusunda uzman bireylerin danışmanlığına başvurulmalıdır. Sözleşme sürecinin uzamaması için gerekirse finansal kuruluşlara proje hazırlık aşamasında danışılmalıdır. Şehir hastanelerinin kamu özel ortaklığı projesi olarak yapılmasının, devletin maddi zarara uğramasına neden olacağı görüşü de endişe yaratmaktadır. Yolsuzluk ve bazı imtiyazlar başlıca maddi zarar sebepleri olarak ifade edilirken, devletin bu projeleri yakinen denetleyeceği, elde edeceği maddi ve manevi kazanç ya da kayıpların kamuoyu ile paylaşılacağı bilgisi de bu endişeleri azaltacaktır. Ayrıca yaşanabilecek maddi ve manevi kayıplara karşı da stratejik planlamalar yapılmalıdır.

Şehir hastanelerinin tasarımı aşamasında sağlık çalışanlarının fikirlerinin alınması, dünyadaki ve Türkiye’deki tasarımların kullanım koşullarının değerlendirilmesi, yeni planlanan şehir hastanelerinin daha fonksiyonel inşa edilmesini sağlayacaktır. Avrupa Sayıştay’ının kamu özel ortaklığı raporunda yer alan önerilerine benzer şekilde, paydaşların kendi uzmanlıkları ile ilgili alanlara yönelmeleri ve bu alanlara ilişkin riskleri üstlenmeleri risk dağılımının dengelenmesini sağlayacaktır. Bunun yanı sıra şehir hastanelerindeki tüm hizmetlerin sunumunda görev alan sağlık personellerinin piyasadan teminine yönelik söylemler, kamu personeli çalışanların endişe duymasına, aynı zamanda eleştirilere neden olmaktadır. Devletin, mevcut kamuda görevli sağlık çalışanlarının var olan haklarının korunacağına, sağlık personeli teminin standart prosedürle devam edeceğine ilişkin kamuoyunu bilgilendirmesi endişeleri azaltacaktır.

Sonuç olarak, kamu özel ortaklığında yer alan tüm paydaşların bu projeden beklentilerinin önceden tespit edilmesi, sürecin daha sağlıklı gelişmesine katkı sağlayacaktır. Dolayısıyla şehir hastanelerinin ilk sürecinden itibaren toplumda ve bu hastanelerde çalışacak sağlık çalışanlarında olmak üzere algı ve tutuma yönelik çalışmaların yapılması ve mevcut algıyla ilgili verilerin toplanarak değerlendirmelerin yapılması projenin başarısı için önem arz etmektedir (Öztürk ve Billerlioğlu, 2015:4). Ancak sağlık sektöründe geçmişi pek de eski olmayan kamu özel ortaklığının uzantısı şehir hastanelerine ilişkin değerlendirmelerin uzun süre devam edeceği öngörülmektedir. Yeniliklere ve değişime karşı ortaya çıkan direncin azaltılması için öncelikle toplumun kamu özel ortaklığı konusunda şeffaf biçimde bilgilendirilmesi etkili olacaktır. Doğru ve etkili iletişimin yanlış anlaşılmaları önlediği ve sorun çözümünde başarılı olduğu düşünüldüğünde, şehir hastaneleri ile ilgili bilgilerin paylaşılması olumsuz

eleştirilerin azaltılmasına yardımcı olabilir. Hizmete açılan şehir hastanelerinde çalışan sağlık personellerinin ulaşım ve fiziki yapıya yönelik değerlendirmeleri neticesinde iyileştirmeler yapılmalı ve yapılan yenilikler duyurulmalıdır. Bu duyurular şehir hastanelerinde görevli sağlık çalışanlarının yaptığı değerlendirmelerin dikkate alındığının göstergesi olacaktır. Bir tarafta kar amacı güden, diğer tarafta kar amacı gütmeyen iki paydaşın bir araya gelmesini sağlayan sözleşmelerin, kamuoyu ile paylaşılması da kamu özel ortaklığına olan güvenilirliği artıracaktır. Ayrıca şehir hastanelerinin izlem ve denetimlerinin özerk bir kuruluş tarafından yapılması, denetimlerin etkinliğinin hassasiyetle yapıldığı düşüncesini destekleyecektir. Olumlu ya da olumsuz yapılan eleştirilerin incelenmeye alınması ve anlamlı bulunan eleştirilerin çözümlenmeye çalışılmasıyla kamu özel ortaklığının daha doğru bir modele dönüşeceği kaçınılmazdır.

KAYNAKÇA

Anyaehe, U., Nwakoby, B., Chikwendu, C., et.al. (2014) Constraints, Challenges and Prospects of Public-Private Partnership in Health-Care Delivery in a Developing Economy, *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 4(1),61-66.

Asante, A.D. & Zwi, A.B. (2007) Public-Private Partnerships and Global Health Equity: Prospects and Challenges, *Indian Journal of Medical Ethics*, 4(4),179-180.

Aydemir, İ. (2018) Hastanelerde Finansal Performansın Değerlendirilmesi: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Hastane Hizmetleri Sektör Bilançolarında Bir Uygulama, *Usaysad Dergisi*, 2018; 4(2),133-149.

Ayhan, E. ve Önder, Ö. (2018) Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli, *Usaysad Dergisi*, 4(1),109-121.

Baranowska-Zajac, W. (2018) Would Amendments From 2018 in The Act On Public-Private Partnership Affect The Increase of The Scope Of Performance of Public Tasks In Public-Private Partnership Formula in Poland?, *Perspectives of Law and Public Administration*, 7(2),242-253.

Barrows, D., MacDonald, H. I. & Supapol, A. B., Dalton-Jez, O., & Harvey-Rioux, S. (2012) Public-Private Partnerships in Canadian Health Care: A Case Study of The Brampton Civic Hospital, *Oecd Journal On Budgeting*, 12(1),1-14.

Cerrahoğlu, A. (2016) Şehir Hastaneleri ve Birinci Basamak, *Jour Turk Fam Phy*, 07(3), 81-84. Doi: 10.15511/tjtfp.16.00381.

Çal, S. (2018) Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) ve Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması, *Şehir Hastaneleri*. İstanbul: İletişim Yayınları.

Çekirge, H. L. (2006) Dünyada ve Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları ve Örnek Bir Projede Modelin Finansal ve Genel Avantajlarının Değerlendirilmesi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Çelik, F. E. (2008) Hizmet Sunumuna Katılım ve Kamu-Özel Ortaklıkları, DOSYA-08: Yerel Yönetimlere Katılım, Bülten 64 (Aralık 2008), Mimarlar Odası Ankara Şubesi Yayını, 28-38.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Çınar, N.F., Türkoğlu, Ç., Tütünsatar, A. (2017) Kamu-Özel Ortaklığı/İşbirliği Modeli ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hizmet Memnuniyetinin Ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) İçin Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4(29),215-232.

Duyguluer, F., Özbay, H., Erten, D. (2016) Şehir Hastaneleri ile İlgili Aklımıza Takılan Sorular, Mimarlık Dergisi, 390,15-18.

Emek, U. (2017) Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Sözleşmeleri: Beklenti ve Gerçekleşme, Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi, 7(1),139-168.

EPEC (2018) EPEC Market Data, European Investment Bank, Erişim, 22.04.2019 <https://data.eib.org/epc> European Court of Auditors (2018) Special Report Public Private Partnerships in the EU: Widespread shortcomings and limited benefits,, Erişim Tarihi:29.12.2019. https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/SR18_09/SR_PPP_EN.pdf

Gökkaya, D., İzgüden, D., Erdem, R. (2018) Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 9(20),136-148.

Green Paper (2004) On Public-Private Partnerships And Community Law On Public Contracts And Concessions, COM (2004) 327 final, Brussels, 30.4.2004.

Güneş, A. M. (2009) Kamu Hizmetlerinin Yürütülmesinde Yeni Bir Yöntem Kamu Özel Ortaklığı, Güncel Hukuk Dergisi, 58-62.

Hamilton, G. Kachkynbaeva, M, Wachsmuth, I. & Masaki, E. (2012) A Preliminary Reflection On The Best Practice In Ppp In Healthcare Sector: A Review Of Different Ppp Case Studies And Experiences, https://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/images/ICoE/PPPHealthcareSector_DiscPaper.pdf Erişim Tarihi: 01.01.2020.

Kalkınma Bakanlığı (2018) Kamu Özel İşbirliği Raporu 2017, Yayın No:2983.

Karadeniz, E. ve Koşan, L. (2017) Hastane Hizmetleri Sektörünün Aktif ve Özsermaye Karlılık Performansının Analizi: Hastane Hizmetleri Sektör Bilançolarında Bir Araştırma, İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi, 5(1),37-47.

Karasu, K. (2011) Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66(3),217-262.

Kerman, U., Altan, Y. Aktel, M., Eke, E. (2012) Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 17(3),1-23.

Keskin, S. (2011) Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu Özel Ortaklığı Modeli (Aydın Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.

Khan, N. N & Puthussery, S. (2019) Stakeholder Perspectives on Public-Private Partnership in Health Service Delivery in Sindh Province of Pakistan: A Qualitative Study, Public Health,170:1-9.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Kumral, E. (2018) Şehir Hastaneleri: Yeni Bir Uluslararası Sömürü Yöntemi, İktisat ve Toplum Dergisi, 88,18-23.

Lee, H. S. (2013) A Study on the Public-Private Partnership to Global Health Issues in Korea, Osong Public Health Res Perspect, 4(6),308-315.

Levy, S. M. (1996) Built Operate Transfer: Paving the Way for Tomorrow's Infrastructure, John Wiley & Sons, New York.

Lister, J. (2003) The PFI Experience: Voices from the Frontline (London: Unison).

Mitchell M. (2001) An Overview of Public Private Partnerships in Health. Boston, MA: Harvard School of Public Health, 1-28.

Organ, A. ve Tekin, B (2017) Şehir Hastanesi Kuruluş Yeri Seçimi İçin Entropi ve Gri İlişkisel Analiz Yaklaşımı: Denizli İli Örneği, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4(3),256-278.

Öge, H. ve Baş, T. (2016) Public-Private Partnership Healthcare Projects in Turkey. The Journal of Business Science, 4(2),105-119.

Özsevgeç, T. (2016) Veri Toplama, (7. Bölüm) (Ed: Bütün M. ve Demir, S.B.) Nitel Araştırma Yöntemleri 3. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Öztürk, K. ve Billerlioğlu, H. (2015) Şehir Hastaneleri Yönetim ve İşletim Modeli. <http://tusside.tubitak.gov.tr/tr/yayinlarimiz/makaleler/SEHIR-HASTANELERI-YONETIM-VE-ISLETIM-MODELI>, Erişim Tarihi:03.01.2020.

Öztürk, S. (2018) An Evaluation of Public Private Partnerships (PPP) in Health: Turkish Experience <http://fs.hacettepe.edu.tr/husep/dosyalar/PPP.pdf>

Öztürk, S., Başar, D., Kortan Saraçoğlu, I. (2017) Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet: Türkiye Örneği, Ekonomik Yaklaşım, 28(105), 95-127.

Pala, K. (2018) Türkiye'de Sağlıkta Kamu- Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri, (Ed: Bora, T.). İstanbul: İletişim Yayınları.

Panasiuk, M. (2019) Public-Private Partnership as a Response to Public Procurement In Economic Sectors, Scientific Papers of Silesian University of Technology, Organization And Management Series No. 139,447-460.

Popa, F. (2019) Aspects on the Promotion of Public-Private Partnership, in Romania, after 1990, "Ovidius" University Annals, Economic Sciences Series, 19(1),280-289.

Resmi Gazete (1994) Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanun, Sayı:21959, <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/21959.pdf>.

Resmi Gazete (2005) 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050715-2.html>.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Resmi Gazete (2013) Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6428.pdf>

Roehrich, J.K., Barlow, J. & Wright, S. (2013) Delivering European Healthcare Infrastructure Through Public-Private Partnerships: The Theory and Practice of Contracting and Bundling, , T. K. Das (Ed.)Managing Public-Private Strategic Alliances, Chapter 1.

Roehrich, J.K, Lewis, M. A. & George, G. (2014) Are Publicprivate Partnerships A Healthy Option? A Systematic Literature Review, Social Science & Medicine, 113,110-119.

Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Sözleşmesi İmzalanan Şehir Hastaneleri erişim:21.04.2019. <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>

Songur, C. ve Top, M. (2018) Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Modeli: Paydaş Görüşlerine Dayalı Bir Alan Araştırması, Sosyal Güvenlik Dergisi (Journal of Social Security), 8(1),159-186.

Sungur, C. (2018) Sağlık Sektörü Kamu Özel İşbirliği Projelerinde Riskler ve Risk Yönetimi, KSÜSBD, 15(2),693-715.Sözleşmesi İmzalanan Şehir Hastaneleri, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>, erişim:31.12.2019.

Şengül, H.T. (2017) Bu Hastane Kenti Hasta Eder! Şehir Hastanelerine Planlama Perspektifinden Bakmak, Mimarlık Dergisi, 395:20-23.

Thadani, K.B. (2014) Public Private Partnership in the Health Sector: Boon or Bane, Procedia - Social and Behavioral Sciences 157,307-316.

Top, M. ve Şahin, B. (2004) Hastane Endüstrisinde Değişen Sınırlar: Avrupa Ülkelerinde Yaşanan Son Yirmi Yıllık Süreç, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(1), 85-106.

Van Manen, M. (2006) Writing Qualitatively, or the Demands of Writing, Qualitative Health Research, 16(5),713-722.

Wachsmuth, I. (2013) Healthcare Global & European PPPs Pipeline What we need to address? Data, Donor's Conference for the UNECE PPP ICoE, October 8, 2013.

Warsen, R., Greve, C., Klijn, E.H., Koppenjan, J.F.M. & Siemiatycki, M. (2020) How Do Professionals Perceive The Governance of Public-Private Partnerships? Evidence From Canada, The Netherlands And Denmark, Public Administration, 98,124-139.

Wong, E.L.Y., Yeoh, E. K., Chau, P.Y.K., Yam, C.H.K., Cheung, A.W.L. & Fung, H. (2014) How Shall We Examine And Learn About Public-Private Partnerships (Ppps) in The Health Sector? Realist Evaluation Of PPPs in Hong Kong, Social Science & Medicine,147,261-269.

Yıldırım, K. (2010) Raising the Quality in Qualitative Research, İlköğretim Online, 9(1),79-92.

Yiğit, V. ve Ağırbaş, İ. (2004) Hastane İşletmelerinde Kapasite Kullanım Oranının Maliyetlere Etkisi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama, Hacettepe 142 Sağlık İdaresi Dergisi, 7(2),141-162.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Yusufi Yılmaz, F. ve Gültekin Karakaş, D. (2011) Girişimci Cumhurbaşkanı, Girişimci Vali, Girişimci Rektör Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı'nın Yapısal/Konjonktürel ve Türkiye'ye Özgü Nedenleri, Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu 6-7 Mayıs 2011.

**SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN STRATEJİK PLANLAMA TUTUMLARININ
HASTANELERİN PAZAR ORYANTASYONUNA OLAN ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ¹**

**EVALUATION THE EFFECT ON STRATEGIC PLANNING ATTITUDE OF
HEALTH MANAGERS ON HOSPITALS' MARKET ORIENTATION**

Arş. Gör. Tutku EKİZ

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,
orcid.org/0000-0002-8498-630X, tutku.ekiz@marmara.edu.tr

Prof. Dr. Mehveş TARIM

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,
orcid.org/0000-0002-3726-9439, mtarim@marmara.edu.tr

Makale gönderim-kabul tarihi (18.03.2020-20.04.2020)

Özet

Hastanelerin rakiplerinden önde olabilmesi için gerekenler arasında güçlü ve zayıf yönlerini bilmesi, rakiplerini ve bulunduğu pazarı tanıması yer almaktadır. İşletme stratejilerinin nihai amacının pazar değerini maksimize etmek olduğu varsayımından hareketle işletme performansının, dolayısıyla pazar oryantasyonunun artırılması, stratejik yönetim alanında yürütülen çalışmaların kalbini oluşturmaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın amacı, sağlık yöneticilerinin stratejik planlama tutumlarını değerlendirerek; bunun hastanelerin pazar oryantasyonu ile olan ilişkisini ortaya koymaktır. Veriler, İstanbul'da Ocak-Mart 2018 tarihleri arasında, özel hastanede çalışan 147 alt, orta ve üst düzey idarî ve klinik yöneticiye dağıtılan soru formları aracılığıyla toplanmıştır. Verilerin analizi sonucu Pazar Oryantasyonu ile Stratejik Planlama Tutumu arasında orta şiddette pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Pazar Oryantasyonu değişkenindeki varyasyonun %16,2'sinin Stratejik Planlama Tutumu ile açıklandığı (p=0,000) saptanmıştır. Sonuç olarak, değişen çevre koşullarında yeni pazarlara girme ve rekabet avantajı elde etmede yöneticilerin stratejik planlama tutumları hastanelerin pazar oryantasyonu üzerinde etkilidir.

Anahtar Kelimeler: Stratejik Planlama Tutumu, Pazar Oryantasyonu, Sağlık Yöneticileri, Sağlık Yönetimi, Hastaneler.

Abstract

Hospitals, which know their strengths and weaknesses and their position in the market according to the competitors, can be the leaders in the competition. Given the assumption that the ultimate goal of business strategies is to maximize the market value, increasing the business performance and thus the market orientation constitutes the heart of the work carried out in the field of strategic management. The purpose of this study is to

¹ Bu çalışma 17-18 Kasım 2018 tarihinde İstanbul'da düzenlenen "Uluslararası Yönetim ve Sosyal Bilimler Sempozyumu'nda" özet bildiri olarak sunulmuştur.

evaluate the strategic planning attitudes of health managers; this is in relation to the market orientation of the hospitals. The research data was collected through questionnaires distributed between January and March 2018 in Istanbul, in which 147 first line, middle and senior administrative managers and clinical managers working in private hospitals. As a result of analysis of the data it was observed that a significant positive correlation between Market Orientation and Strategic Planning Attitude. In addition, 16.2% of the variation in the Market Orientation variable was detected by the Strategic Planning Attitude ($p=0.000$). As a result, strategic decisions and behaviors of managers determine the success of market orientation in relation to entering new markets and gaining competitive advantage under changing environmental conditions.

Key Words: Strategic Planning Attitude, Market Orientation, Health Managers, Healthcare Management, Hospitals.

GİRİŞ

Stratejik plan durum analizi ile başlayan, örgütün misyon ve amaçlarının belirlenmesi ile devam eden ve daha sonra amaçlara ulaşmak için gerekli stratejiler ile planların hayata geçirilmesini kapsayan bir süreçtir. Departman planları da (üretim, pazarlama, finans, insan kaynaklar) stratejik planlara uygun hazırlanır. Stratejik planlar örgütlere rekabet etme imkânı sağlamasına ek olarak güçsüz oldukları noktaları minumuma indirgemelerini sağlar (Arıbaş, 2013). Herhangi bir sektördeki tüm işletmeler aynı stratejiyi benimsemezler. İşletmeler, farklı kaynakları ve pazar bölümlerini hedefleyerek farklı rakiplere karşı rekabet ederler; dolayısıyla çevresel faktörlerden farklı etkilenirler. İşletmenin rakiplerinden farklılaşabilmesi ve bir adım önde olabilmesi için önce kendisini tanıması, güçlü ve zayıf yönlerini bilmesi, daha sonra içinde bulunduğu pazarı tanıması, tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarını bilmesi, son aşamada ise rakiplerini tanıması ve rakiplerinin güçlü ve zayıf yönlerini bilmesi gerekmektedir.

Pazarlama planlama süreci, pazar analizlerinin yapılması, hedef pazarların seçilerek ürün/hizmetlerin bu pazarda konumlandırılması, stratejilerin belirlenmesi, uygun pazarlama bileşiminin saptanması, organizasyonu, yürütülmesi ve kontrolünü kapsar. Stratejik pazarlama planı örgütlerin amaçları ve kapasitesi doğrultusunda değişen çevre koşulları ve pazar fırsatlarına uyum sağlanmasını mümkün kılar (Tengilimoğlu, 2014). İşletme stratejilerinin nihai amacının pazar değerini maksimize etmek olduğu varsayımından hareketle işletme performansının, dolayısıyla pazar oryantasyonunun artırılması, stratejik yönetim alanında yürütülen çalışmaların kalbini oluşturmaktadır (Güngör, 2010). Bu doğrultuda araştırmanın amacı, sağlık yöneticilerinin stratejik planlama tutumlarını değerlendirerek; bunun hastanelerin pazar oryantasyonu ile olan ilişkisini ortaya koymaktır.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Stratejik Planlama Tutumu

Stratejik planlama sistematik bir yaklaşımdır ve işletmenin mevcut durumu, misyonu, paydaşların beklentileri ve çevresel unsurlar doğrultusunda, stratejik amaç ve hedeflerle vizyona ulaşmak için bir dizi sürecin uygulanması gereklidir. (Karagöz, 2016). Stratejik planlama dış çevreyi göz önünde bulundurarak hazırlanan ve örgütün zaman içerisinde ki gelişimini ve büyümesini etkileyen konularla ilgili olan planlardır (Tengilimoğlu, Akbolat & Işık, 2015:47). Kurumun dış çevredeki fırsatlardan yararlanıp tehditleri en alt düzeye indirebilmesi, sürdürülebilirliğini ve başarıyı sağlayabilmesi ve yeteneklerini artırabilmesi stratejik düşünceyi benimsemesi ile sağlanabilmektedir. Stratejik düşünme her şeyden önce olgu veya sorunlara farklı bir düzeyde bakmayı gerektirir (Akbolat, 2009). Stratejik düşünme, tutarlı bir şekilde farklılık yaratabilme yeteneğidir. Tepkisel değil öngörücü bir yaklaşımdır (Çetin, 2012). Stratejik düşünce çevrenin farkında olmayı ve toplanıp analiz edilen

bilgiler doğrultusunda yaratıcı fikirler üretebilmek için açık olmayı gerektirmektedir. İşletmeler varlıklarını devam ettirebilmek için mutlaka stratejik seçimler yapmak ve bu seçimlerini mevcut pazar koşullarında uygulayarak başarılı olmak isteyeceklerdir. Bu sebeple stratejik planlama aslında örgütün ulaşabileceği pek çok alternatif arasından hangisinin uygulanacağına karar vermektir. Yönetici konumundaki kişiler stratejik düşünceyi analitik yöntem ve zihinsel esneklik ile birleştirerek örgütün rekabet avantajı kazanmasını sağlayabilirler. Ancak stratejik düşünce yalnızca üst yönetimin değil, her kademedeki yöneticinin sorumluluğundadır. Bu düşünce anlayışından hareketle kurum içerisinde en alt birimde çalışan kişilerin düşüncelerinin de değerli olması gerekmektedir (Çetin, 2012). Dolayısı ile hastaneler stratejik bir yaklaşım tarzı ile yönetilmek için çevreyi doğru bir şekilde anlamak, çevreden elde ettiği bilgileri kullanmak ve yaratıcı fikirleri ortaya çıkararak elde ettiği alternatifler arasından bir kararlar kümesi oluşturmak ve bu kümeden yararlanarak rakiplerine üstünlük sağlayacak bir strateji geliştirmek zorundadır (Akbolat, 2009).

Pazar Oryantasyonu

Pazarlama yönetimi, kurumsal amaçları gerçekleştirmek amacıyla hedef pazarın isteklerini ve ihtiyaçlarını anlama, sağlık hizmetlerini bu istek ve ihtiyaçlara göre uyarlama ve hastaların (tüketicilerin) daha fazla doyum sağlaması amacıyla; analiz etme, yürütme ve kontrol yöntemlerinin tamamını içeresine alan bir süreçtir (Tengilimoğlu, 2014:30). Pazar oryantasyonu kavramı pazarlama anlayışının ortaya çıkmasıyla gündeme gelmesine rağmen, neleri kapsadığı ve yapısı 1990'da Kohli ve Jaworski ile Narver ve Slater'in araştırmalarıyla ortaya konmuştur. Onlara göre, işletmenin yalnızca bir fonksiyonu olan pazarlamanın aksine, pazar oryantasyonu tüm örgütü ilgilendirmekte olup; pazar bilgisinin toplanması, yayılması ve ona cevap verme sürecinde tüm departmanların görevli olduğu ve tüm iş süreçlerinde müşteri değeri yaratma bilinciyle hareket edilmesini gerekli kılan bir olgudur (Ekber & Ahmadov, 2017). Kohli ve Jaworski (1990) ile Narver ve Slater'in (1990) araştırmalarıyla belirli bir yapıya oturan konu, farklı ülkelerde çok sayıda araştırma konusu olmuştur (Ekber ve Ahmadov, 2017). Pazarlama disiplininin ve stratejik yönetim çalışmalarının ana fikrini oluşturan pazar oryantasyonu ile ilgili yapılan çalışmaların genellikle bu kavramın öncüllerine ve performans üzerindeki etkisine odaklandığı görülmektedir (Hajipour ve Ghanavati, 2011; Jaworski ve Kohli, 1993; Kohli ve Jaworski, 1990; Narver ve Slater, 1990).

Sağlık Kurumlarında Stratejik Planlama Tutumu ve Pazar Oryantasyonu İlişkisi

Sağlık sektörünün değişen ve gelişen bir çevrede faaliyet göstermesi, stratejik planlamanın önemini arttırmakta ve gerek özel sektörün, gerekse kamu sektörünün hâkim olduğu bu pazarda yöneticilerin üzerinde durması gereken bir konu durumuna gelmektedir (Demir ve Uğurluoğlu, 2015). Günümüzde Türk hastanecilik sistemi, Porter'ın "*stratejiniz varsa, farklı şekilde rekabet etmeyi seçmişsiniz demektir. Bu da rakiplerinizden farklı faaliyetleriniz olduğu anlamına gelir.*" sözlerine uygun davranış kalıpları geliştirmek zorundadır. Toplumun kıt kaynaklarının önemli bir bölümünün tüketildiği hastanelerin işletme stratejisi düşük maliyetli sağlık hizmetini, yüksek kalitede, ulaşılabilir, esnek ve hızlı bir yapıda sunmak adına kaynakların tedarik edilmesi ve dağıtım politikası şeklinde tanımlanabilir. Kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması sorumluluğu olan hastaneler bu yeteneğe sahip olmaları durumunda rakipleri ile rekabet edebilecek konuma geleceklerdir (Akbolat, 2009). Diğer sektörlerdeki hatalar üretim kaybı veya maddi zararlar sonuclandırırken; sağlık kurumlarında hataların bedeli genellikle telefisi zor olan insan hayatı ve yaşam kalitesi ile ilgilidir. Etkili bir şekilde koordinasyonu gerekli olan poliklinik, otelcilik, ameliyathane, laboratuvar, görüntüleme gibi farklı niteliklerdeki hizmetin birlikte sunulması, buna ek olarak sağlık hizmetlerinin ikame edilemez ve ertelenemez oluşundan dolayı stratejik planlama büyük bir gerekliliktir (Demir ve Uğurluoğlu, 2015). Hastanenin özel sektöre veya kamu sektörüne ait olması araştırmaya dayalı üniversite ya da ihtisas hastanesi olması hususu hizmet sunma stratejilerinde önceliklerini değiştirirse dahi yönetimde etkinlik

sağlanması tüm hastaneler için ortak amaçtır. Hastane yönetimlerinin sağlık hizmetlerinin niteliğinin gerektirdiği mesleki ilkeleri göz ardı etmeksizin, ekonomik ilkeleri de göz önünde bulundurma zorunluluğu vardır. Özellikle özel hastanelerin piyasada yaşamlarını devam ettirmeleri kârlılıklarına bağlı olmaktadır. Bunun için de doğru zamanda ve yerde, istenilen kalite ve nitelikte sağlık hizmetini sunabilmesi gerekmektedir (Akbolat, 2009). Sağlık hizmetlerinin yapısı gereği, uygulanan pazarlama teknikleri diğer alanlardaki pazarlama uygulamalarından farklılık gösterecektir. Ancak pazarlamanın temel mantığı olan değişim ve uyumlaştırma sürecinin etkililiği çağdaş pazarlama anlayışının uygun stratejilerle uygulanmasına bağlıdır (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015:280).

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte (cross-sectional) ve tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul Anadolu Yakasında faaliyet gösteren özel hastanelerde görev yapan sağlık yöneticileri (üst, orta, alt) oluşturmaktadır. Araştırmadaki hastanelerin seçiminde, örnekleme yöntemi olarak tabakalı örnekleme kullanılmıştır. Bu örnekleme yönteminin kullanılmasının nedeni, hastanelerin niteliği, yatak sayısı, finansal yapısı, sahip olduğu insan kaynağı, çeşitli altyapı imkânları ve teknolojik yeterliliği gibi açılardan homojen olmamasıdır. Ayrıca incelenen değişkenler açısından tabakalar arasında farklılık olacağı varsayımlar arasındadır. Uygulamanın yapıldığı günlerde araştırmaya katılmayı kabul etmeyen yöneticiler dışındaki tüm yöneticiler araştırma kapsamına alınmıştır. 300 adet soru formu dağıtılmış; 160 form doldurulmuş olarak toplanmıştır. Araştırmada geri dönüş oranı %53'tür. Geri dönüş sağlanan 160 soru formunun 13'ü eksik veya hatalı doldurulduğu için analize dâhil edilmemiştir. İstatistiksel analizler, soru formunu eksiksiz dolduran 147 yöneticinin verisi üzerinden yapılmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırmanın veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Anket üç bölümden oluşmakta olup; birinci bölümde sosyo-demografik ve mesleki bilgi/değişkenler; ikinci bölümde Pazar Oryantasyonu Ölçeği; üçüncü bölümde ise Stratejik Planlama Tutum Ölçeği yer almaktadır. Stratejik Planlama Tutum Ölçeği 2008 yılında Baloğlu ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 35 maddeden oluşmakta olup 5'li likert tipinde derecelendirilmiştir. (Hiç Katılmıyorum 1, Katılmıyorum 2, Bazen Katılıyorum 3, Katılıyorum 4 ve Tamamen Katılıyorum 5). Baloğlu ve ark. (2008) tarafından yapılan faktör analizi sonucunda ölçek; Kurumu Geliştirme, Güvensizlik, Verimlilik, Etkililik ve Direnç olmak üzere beş alt boyutta toplanmıştır. Ölçekten alınan puan arttıkça tutumun olumlu olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin yalnız Güvensizlik ve Direnç boyutları yapı olarak olumsuz ifadelerden oluşan boyut özelliği göstermektedir. Bu boyuttan alınan yüksek puan tutumun olumsuz olduğu anlamına gelmektedir. Baloğlu ve ark. (2008) tarafından okul yöneticilerine uygulanan ölçekteki ifadeler gözden geçirilmiş ve sağlık yönetimi bölümünde görev yapan akademisyenlerin görüşüne başvurularak; eğitim sektörü, okul, öğretmenler gibi ifadeler sağlık sektörü, çalışanlar, hastane kavramları kullanılarak sağlık kuruluşunda uygulanmaya uygun hale getirilmiştir. Dinç (2013) tarafından yapılan çalışmadan alınan Pazar Odaklılık ölçeği ise Narver ve Slater (1990), Deng ve Dart (1994), Jaworski ve Kohli (1993), Wong ve Merrilees (2008) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 44 madde içeren ölçek; "Müşteri odaklılık", "Rakip odaklılık", "Departmanlar Arası koordinasyon", "Bilgi üretimi", "Bilgi yayma", "Cevap tasarımı", "Uygulamaya geçiş" ve "Marka odaklılık" olmak üzere sekiz boyutlu bir yapıdan oluşmaktadır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın özel hastanelerde ve yalnızca İstanbul ilinde yapıyor olması, araştırmanın tüm sağlık yöneticileri ve Türkiye için geçerli olduğunu ifade etmeyi mümkün kılmamaktadır. Bu sebeple araştırma sonuçlarının genelleme düzeyi özel hastane yöneticileri ve İstanbul ilidir.

Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırmada yer alan değişkenlerin alt boyutlarını tespit etmek ve değişken sayısını azaltmak amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizleri, temel bileşenler (principle component) yöntemi ve Varimax döndürme tekniği ile gerçekleştirilmiştir. Faktör yükleri 0.50'nin altında kalan maddeler, birden fazla faktörün altında birbirine yakın faktör yüklerine sahip maddeler veya bir faktör altında tek kalan maddeler analizlerden çıkarılmış ve tekrar yapılan analizler sonucunda, öz değerleri (eigenvalues) 1 ve üzerinde olan faktörler elde edilmiştir. Örneklem sayısının yeterliliği ve veri setinin faktör analizine uygunluğu, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerine ve Bartlett küresellik testlerine göre test edilmiştir. KMO değerlerinin 0.50'nin üzerinde olduğu ve Bartlett küresellik testi sonuçları da 0.05 önem derecesinde anlamlı olduğu saptandığından dolayı veri seti faktör analizine uygun bulunmuştur. Elde edilen faktörlerin güvenilirliklerini test etmek için ise Cronbach's Alpha katsayıları hesaplanmıştır. Analiz ve değerlendirmeler yapılmadan önce Histogram, One Sample Kolmogorow-Smirnow testi sonucu ($p > 0.05$) ile Skewness ve Kurtosis (Basıklık ve Çarpıklık) değerlerine bakılarak normal dağılıma uygunluğu sınanmış ve verilerin normal dağılım özelliğine sahip olduğu gözlemlenmiştir. Bu sebeple, sıklık dağılımları ve merkezi yaygınlık ölçütleri yanı sıra, ANOVA, Pearson Korelasyonu, Basit Doğrusal Regresyon analizleri kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırma örnekleme ilişkin demografik veriler aşağıdaki Tablo 1'de gösterildiği gibidir.

Tablo 1: Örnekleme İlişkin Tanımlayıcı İstatistik

Değişkenler	n	%	Değişkenler	n	%
Cinsiyet			Çalışılan Birim		
Kadın	94	63.9	Klinik	55	37.4
Erkek	53	36.1	İdari	92	62.6
Eğitim Durumu	n	%	Yönetim Kademeleri	n	%
Lise	30	20.4	Üst	24	16.3
Ön lisans	22	15.0	Orta	85	57.8
Lisans	61	41.5	Alt	38	25.9
Lisansüstü	34	23.1			
Hastanelerin Sınıfına Göre Yöneticilerin Dağılımı	n	%	Hastanelerin Yatak Sayısı	n	%
A	77	52.4	1-100 Arası	45	30.6
B	20	13.6	101-200 Arası	58	39.5
C	22	15.0	201-300 Arası	38	25.9
Üniversite Hastanesi	28	19.0	301-400 Arası	6	4.1

Araştırma grubunun %63.9'unun kadın olduğu saptanmıştır. Grubun yaş ortalaması 35.9 ± 8.5 olup; %41.5'i lisans mezunudur. Ayrıca, araştırma grubunu oluşturan yöneticilerin %52.4'ü A sınıfı hastanede görev yapmaktadır. Yöneticilerin %16.3'ü üst kademe yönetici (Başhekim, Başhekim Yardımcısı, Başhemşire); %57.8'i orta kademe yönetici (Başhemşire Yardımcısı, Birim Sorumlusu), %25.9'u alt kademe yönetici (Sorumlu Hemşire, Birim Sorumlusu Yardımcısı) olarak görev

yapmaktadır. Yöneticilerin %62.6'sı idari yöneticiyken; %37.4'ü klinik yönetici olarak çalışmaktadır (Tablo 1).

Tablo 2: Stratejik Planlama Tutum Ölçeğinin Faktör ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Cronbach's Alpha	Açıklanan Varyans (%)
1. Kurum Geliştirme	0.921	21.286
2. Güvensizlik ve Direnç	0.919	20.766
3. Verimlilik ve Etkililik	0.927	20.410
Toplam Açıklayıcılık		62.462

Stratejik Planlama Tutum ölçeğine ilişkin yapılan faktör analizi sonucunda üç boyuta ulaşılmış ve bu üç boyutun toplam açıklayıcılık oranı %62.462 olarak bulunmuştur. Ölçeğe ilişkin yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda, Cronbach's Alpha değerleri "Kurum Geliştirme" boyutu için 0.921, "Güvensizlik ve Direnç" boyutu için 0.919, "Etkililik ve Verimlilik" boyutu için 0.927 olarak saptanmıştır (Tablo 2). Ölçeğin genel Cronbach's Alpha değeri 0.854 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3: Yöneticilerin Stratejik Planlama Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Madde Puan Ortalamaları

Ölçek ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Madde Puan Ortalaması ± SS
Kurum Geliştirme Alt Boyutu	12	4.26 ± 0.55
Güvensizlik ve Direnç Alt Boyutu	8	1.81 ± 0.77
Verimlilik ve Etkililik Alt Boyutu	9	3.97 ± 0.70
Stratejik Planlama Tutum Ölçeği-Genel	29	3.50 ± 0.38

Yöneticilerin Stratejik Planlama Tutum Ölçeğinden aldıkları toplam madde puan ortalaması 3.50±0.38 olarak elde edilmiştir. Kurum Geliştirme alt boyutunun en yüksek madde puan ortalamasına (4.26±0.55), Güvensizlik ve Direnç alt boyutunun ise en düşük madde puan ortalamasına (1.81±0.77) sahip olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4: Pazar Oryantasyonu Ölçeğinin Faktör ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Cronbach's Alpha	Açıklanan Varyans (%)
1. Müşteri Odaklılık	0.855	11.749
2. Rakip Odaklılık	0.893	13.322
3. Departmanlar Arası Koordinasyon ve Bilginin Üretilip Yayılması	0.931	20.583
4. Cevap Tasarımı ve Uygulamaya Geçiş	0.815	7.962
5. Marka Odaklılık	0.924	9.718
Toplam Açıklayıcılık		62.333

Pazar Oryantasyonu ölçeğine ilişkin yapılan faktör analizi sonucunda beş boyuta ulaşılmış ve bu beş boyutun toplam açıklayıcılık oranı %62.333 olarak bulunmuştur Pazar Oryantasyonu ölçeğine ilişkin yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda, Cronbach's Alpha değerleri "Müşteri Odaklılık" boyutu için 0.855, "Rakip Odaklılık" boyutu için 0.893, "Departmanlar Arası Koordinasyon ve Bilginin Üretilip Yayılması" boyutu için 0.931, "Cevap Tasarımı ve Uygulamaya Geçiş" boyutu için

0.815, “Marka Odaklılık” boyutu için 0.924 olarak saptanmıştır (Tablo 4). Ölçeğin genel Cronbach’s Alpha değeri 0.937 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 5: Hastanelerin Pazar Oryantasyonu Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Madde Puan Ortalamaları

Ölçek ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Madde Puan Ortalaması ± SS
Müşteri Odaklılık Alt Boyutu	7	4.40 ± 0.51
Rakip Odaklılık Alt Boyutu	7	3.46 ± 0.78
Departmanlar Arası Koordinasyon ve Bilginin Üretilip Yayılması Alt Boyutu	13	3.73 ± 0.71
Cevap Tasarımı ve Uygulamaya Geçiş	4	3.70 ± 0.81
Marka Odaklılık	4	3.81 ± 0.82
Pazar Oryantasyonu Ölçeği-Genel	35	3.82 ± 0.52

Hastanelerin Pazar Oryantasyonu Ölçeği toplam madde puan ortalaması 3.82±0.52 olarak elde edilmiştir. Müşteri Odaklılık alt boyutunun en yüksek madde puan ortalamasına (4.40±0.51), Rakip Odaklılık alt boyutunun ise en düşük madde puan ortalamasına (3.46±0.78) sahip olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 6: Hastanelerin Pazar Oryantasyonunun Sınıfa Göre Karşılaştırılması

Bağımlı Değişkenler	Arasında Anlamlı Fark Bulunan Gruplar	Ortalama Farkı	Standart Hata	F
Cevap Tasarımı ve Uygulamaya Geçiş	B Sınıfı Hastane	0.67	0.23	2.903 *
	Üniversite Hastanesi			
Marka Odaklılık	A Sınıfı Hastane	0.63	0.20	*
	B Sınıfı Hastane			
	Üniversite Hastanesi	0.63	0.23	4.833 *
	B Sınıfı Hastane	0.63	0.23	*

*p<0.05

Hastanelerin sınıflarının Pazar Oryantasyonu üzerinde anlamlı bir farklılık yaratıp yaratmadığının testi amacıyla yapılan ANOVA testi bulgularına göre; hastanelerin sınıfının Pazar Oryantasyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yarattığı saptanmıştır. F testi sonuçlarına göre farkın kaynağının tespiti amacıyla Post-Hoc analizi uygulanmıştır. Post-Hoc analizinde Tukey testi kullanılmıştır. Buna göre; B sınıfı Hastanelerin Pazar Odaklılığın “Cevap Tasarımı ve Uygulamaya Geçiş” boyutu puan ortalamasının Üniversite Hastanelerine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Pazar Odaklılığın “Marka odaklılık” boyutu için ise A sınıfı hastanelerin B sınıfı hastanelere göre; Üniversite Hastanelerinin ise B sınıfı Hastanelere göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7: Hastanelerin Pazar Oryantasyonunun Yatak Sayısına Göre Karşılaştırılması

Bağımlı Değişkenler	Arasında Anlamli Fark Bulunan Gruplar	Ortalama Farkı	Standart Hata	F
Cevap Tasarımı ve Uygulamaya Geçiş	1-100 Arası 201-300 Arası	0.48	0.17	2.952 *
Marka Odaklılık	101-200 Arası 1-100 Arası	0.44	0.16	2.622 *

*p<0.05

Hastanelerin yatak sayısının Pazar Oryantasyonu üzerinde anlamlı bir farklılık yaratıp yaratmadığının testi amacıyla yapılan ANOVA testi bulgularına göre; hastanelerin yatak sayısının Pazar Oryantasyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yarattığı saptanmıştır. F testi sonuçlarına göre farkın kaynağının tespiti amacıyla Post-Hoc analizi uygulanmıştır. Post-Hoc analizinde Tukey testi kullanılmıştır. Buna göre; 1-100 arası yatak sayısına sahip olan hastanelerin Pazar Odaklılığın “Cevap Tasarımı ve Uygulamaya Geçiş” boyutu puan ortalamasının 201-300 arası yatak sayısına sahip olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Pazar Odaklılığın “Marka odaklılık” boyutu için ise 101-200 arası yatak sayısı olan hastanelerin 1-100 arası yatak sayısı olanlara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 8: Araştırma Değişkenleri Korelasyon Tablosu

Değişkenler	r	p
Pazar Oryantasyonu - Stratejik Planlama Tutumu	0.402	p<0.001
Pazar Oryantasyonu - Kurum Geliştirme	0.372	p<0.001
Pazar Oryantasyonu - Güvensizlik ve Direnç	-0.083	--
Pazar Oryantasyonu - Verimlilik ve Etkililik	0.394	p<0.001
Stratejik Planlama Tutumu - Müşteri Odaklılık	0.424	p<0.001
Stratejik Planlama Tutumu - Rakip Odaklılık	0.282	p<0.01
Stratejik Planlama Tutumu - Departmanlar Arası Koordinasyon ve Bilginin Üretilip Yayılması	0.388	p<0.001
Stratejik Planlama Tutumu - Cevap Tasarımı ve Uygulamaya Geçiş	0.080	--
Stratejik Planlama Tutumu - Marka Odaklılık	0.127	--

Stratejik Planlama Tutumu ile Pazar Oryantasyonu arasındaki korelasyon incelendiğinde; Pazar Oryantasyonu Ölçeği genel ortalaması ile Stratejik Planlama Tutum Ölçeği genel ortalaması arasında orta şiddette pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca Stratejik Planlama Tutum Ölçeği genel ortalaması ile Pazar Oryantasyonu ölçeğinin “Müşteri Odaklılık” alt boyutu arasında orta şiddette pozitif yönlü; anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ek olarak, Stratejik Planlama Tutum Ölçeği genel ortalaması ile “Rakip Odaklılık” ve “Departmanlar Arası Koordinasyon ve Bilginin

Üretilip Yayılması” alt boyutlarında ise zayıf şiddette pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 9: Stratejik Planlama Tutumunun Pazar Oryantasyonu Üzerine Etkisinin Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Bağımsız Değişken	B	β	t	p
Stratejik Planlama Tutumu	0.553	0.402	5.287	0.000

$R=0.402$; $R^2=0.162$; F değeri=27.957

Tablo 9’da görüleceği üzere p değeri (sig.) 0.000 olduğundan; yani model istatistiksel olarak anlamlı bulunduğundan Pazar Oryantasyonu değişkeninin Stratejik Planlama Tutumu değişkeni ile tahmin edilmesi istatistiksel olarak mümkündür. Kurulan regresyon modelinin açıklama gücü 0.162 olup; bu da Pazar Oryantasyonu değişkenindeki varyasyonun %16,2’sinin Stratejik Planlama Tutumu ile açıklandığını göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Stratejik yönetimin başlangıç noktasının stratejik bilinç olduğu (Ülgen& Mirze, 2013: 57) düşüncesinden hareketle bu bilince sahip olan bireylerin veya işletmelerin stratejik planların uygulanmasında olumlu sonuçlar alabilecekleri öngörülebilir. Araştırma bulgularına göre, yöneticilerin Stratejik Planlama Tutum Ölçeğinin “*Stratejik Planlama kurumun başarısını artırır.*”, “*Stratejik Planlama kurumun denetlenmesini kolaylaştır.*” gibi ifadeleri içeren Kurum Geliştirme boyutu puan ortalamasının yüksek olduğu (4.26 ± 0.55) saptanmıştır. Benzer şekilde, Kalkan ve Bozkurt (2013) tarafından KOBİ yöneticileri ile yapılan araştırmada “*Stratejinin uygulanması etkinliği sağlar*” ifadesine katılımın %91.7, “*Stratejik planlama finansal performansın iyileştirilmesinde etkilidir*” ifadesine katılımın %77.1 olduğu gözlemlenmiştir. Yine benzer olarak, ABD’nin lider yönetim danışmanlık şirketlerinden Bain&Company’nin, 12 yıldan bu yana yaptığı Yönetim Araçları Anketi sonuçları stratejik planlamanın yaygın olarak kullanılan bir yönetim aracı olduğunu ortaya koymaktadır. 2005 yılında beş kıtadan 960 büyük şirket üzerinde en fazla kullandıkları yönetim araçlarını ve tatmin düzeyini belirleme amacıyla yapılan anket sonuçları; stratejik planlamanın %79 kullanım sıklığı ve 5 puan üzerinden 4.14 tatmin düzeyi ile ilk sırada yer aldığını ortaya koymaktadır. Yıllara göre bu sıra değişiklik gösterse de 2017 yılında tekrar edilen araştırma sonuçlarına göre Stratejik planlama %48 ile halen ilk sırada yerini korumaktadır. (<https://www.bain.com/insights/management-tools-and-trends-2017/> adresinden sonuçlara ulaşılabilir.) Araştırma bulgularına göre yöneticilerin Stratejik Planlama Tutum Ölçeğinin “*Stratejik planlama günü kurtarmaya yönelik olarak yapılır.*” gibi ifadeleri içeren Güvensizlik ve Direnç boyutu puan ortalamasının düşük olduğu (1.81 ± 0.77) saptanmıştır. Buna karşılık Kalkan ve Bozkurt (2013) tarafından yapılan araştırmada, “*Stratejik planlama değişen çevre koşullarına cevap verebilme konusunda katılık ve esnekliğe sebebiyet verir.*” ifadesine katılımın %69.8 olduğu bulunmuştur. Ayrıca, Akbolat (2009) tarafından 165 kamu ve özel hastanede yapılan araştırmaya göre, hastanelerin %12.3’ü hiçbir strateji uygulamadığını belirtmiş ve bu hastaneler ile tepkici tipteki hastanelerin performans değerlendirmede diğer hastanelerden daha gerilerde kaldığı saptanmıştır.

Yapılan araştırmada hastanelerin Pazar Oryantasyonu ölçeği genel ortalaması 3.82 ± 0.52 olarak saptanmıştır. Masa’deh, Al-Henzab, Tarhini ve Obeidat (2018) tarafından Ürdün’de ilaç firmasında

görev yapan 252 yönetici ile yapılan araştırmada Pazar Oryantasyonu ortalaması 3.75 ± 0.98 olarak saptanmıştır. Hastanelerin Pazar Oryantasyonu alt boyut ortalamalarına bakıldığında Müşteri Odaklılık alt boyutunun en yüksek ortalamaya (4.40 ± 0.51), Rakip Odaklılık alt boyutunun ise en düşük ortalamaya (3.46 ± 0.78) sahip olduğu gözlemlenmiştir. Benzer şekilde, Dinç (2013) tarafından 323 hastane çalışanı ile yapılan çalışmada da Müşteri Odaklılık boyutunun diğer boyutlar arasında en yüksek madde puan ortalamasına (3.97 ± 0.70) sahip olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada en düşük ortalamaya sahip boyut ise Bilgi Üretimi ve Cevap Tasarımı (3.20 ± 0.78) olarak bulunmuştur. Glaveli ve Geormas (2018) tarafından Yunanistan'da Sosyal Kooperatif İşletmeleri üzerinde 90 Yönetim Kurulu Başkanı ile yapılan çalışmada 7'li likert değerlendirme üzerinden Müşteri Odaklılık boyut ortalaması 6.25 ± 1.33 ; Rakip Odaklılık boyut ortalaması 4.97 ± 1.61 olarak saptanmıştır. Uzkurt ve Torlak (2007) tarafından Lojistik sektöründe faaliyet gösteren İstanbul merkezli 162 firma yönetici ile yapılan araştırmada ise Müşteri Odaklılık boyut ortalaması 2.10 ± 0.79 olarak bulunurken; Rakip Odaklılık boyut ortalaması ise 2.15 ± 0.77 olarak elde edilmiştir.

Elde edilen bulgulara bakıldığında; hastanelerin Pazar Oryantasyonun yatak sayısı ve sınıf değişkenleri tarafından etkilendiği görülmüştür. Yatak sayısı 201-300 arası olan hastanelerin, yatak sayısı 1-100 arasında olan hastanelere göre pazardan gelen bilgiye cevap vererek uygulamaya geçme konusunda daha zayıf olduğu görülmüştür. Buna karşılık, yatak sayısı 101-200 arasında olan hastanelerin, yatak sayısı 1-100 arasında olan hastanelere göre marka odaklılık konusunda daha yüksek seviyede oldukları saptanmıştır. Literatüre bakıldığında; Liao (2018) tarafından Çin'de 247 üretim işletmesi üzerinde yapılan çalışmada Pazar Oryantasyonu'nun işletme büyüklüğü değişkeni ile bir ilişkisine saptanmamıştır. Benzer şekilde; Yayla, Yeniyurt, Uslay ve Çavuşgil (2018) tarafından Türkiye'de 156 firma üzerinde yapılan çalışmada da Pazar Oryantasyonu ile firmaların büyüklükleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Görüleceği üzere büyüklük faktörü sağlık sektöründe gerek avantaj, gerekse dezavantaj konumunda olabilmektedir. Büyüklük faktörünün dezavantaj olduğu pazardan elde edilen bilginin kullanımı konusunda etkinliğin sağlanması için işletmedeki tüm departmanların işbirliği içerisinde çaba harcaması gerekmektedir. Bu şekilde işletme, rakiplerinin taklit edemeyeceği eşsiz yetenekleri de bünyesinde barındırabilecektir (Bulut, Alpkan, & Yılmaz, 2009b). Ayrıca departmanlar arası oluşan yakın ilişkilerle birlikte birbirlerinin talep ve ihtiyaçlarına duyarlılık oluşarak, bürokrasi azalacak ve esneklik artacaktır (Narver & Slater, 1990). Yapılan analizler sonucunda, A sınıfı hastanelerin B sınıfı Hastanelere göre; Üniversite Hastanelerinin ise B sınıfı hastanelere göre Marka Odaklılık hususunda daha başarılı olduklarını söylemek mümkündür. Wong ve Merrilees (2008) tarafından yapılan araştırmanın sonuçlarına göre, marka odaklılığın, marka performansını etkileyerek; finansal performansın pozitif bir belirleyicisi olduğu saptanmıştır.

Sağlık yöneticilerinin çoğu, hasta memnuniyeti ve finansal başarının sırrının hizmetin düzenli ve verimli bir şekilde sunumu ve hizmete zamanında erişim olduğuna inanır. Uygulamada kusursuzluğa dayalı bu yönetim anlayışı üretim-ağırlıklı bir dönemden kalma olup; günümüzde bilgiye dayalı rekabetin arttığı küresel ekonomide yeterliliğini yitirmektedir (Hurley & Hult, 1998). Artık hasta memnuniyeti ve finansal başarı, yalnız süreçlerin verimliliğine ve örgüt üyelerinin yakın kontrolüne değil, süreçleri hasta ihtiyaçlarına ve rakiplerin hareketlerine göre sürekli olarak değerlendirmeye, iyileştirme yolları bulmaya ve yönetimde öğrenmeyi sürekli kılmaya dayanmaktadır. Bunun yolu da müşteri ve rakip odaklı olmaktan geçmektedir (Bayazıt & Koçaş, 2010). Literatür bilgisini destekler şekilde, yapılan araştırma sonuçları da sağlık yöneticilerinin Stratejik Planlama Tutumları ile Pazar Oryantasyonunun Müşteri Odaklılık ve Rakip Odaklılık boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkiyi ortaya koymaktadır. Eren, Aren ve Alpkan (2000) tarafından yapılan araştırmada, stratejik planların yapılmasında gerekli olan işletme dışı sözlü bilgi kaynaklarının neler olduğuna ilişkin olarak derlenen cevapların dağılımları incelendiğinde, işletmelerin en önemli işletme dışı sözlü bilgi kaynaklarının %21.7 ile müşteriler olduğu saptanmıştır.

Yapılan analizlere göre, Hastane Yöneticilerinin Stratejik Planlama Tutumlarının hastanelerin Pazar Oryantasyonunu etkilediği saptanmıştır. Mevcut literatürde bu iki değişkenin ilişkisini ortaya koyan çalışma bulunmamaktadır. Ancak, her iki değişkenin de işletmenin performansını ve pazar payını arttırdığı yönünde çalışmalar mevcuttur (Herman, Hady ve Arafah, 2018; Hwang ve Chung, 2018; Kasim, Ekinci, Altinay ve Hussain 2018; Masa'deh, Al-Henzab, Tarhini ve Obeidat, 2018; Sahi, Gupta ve Lonial, 2018; Suklev ve Debarliev, 2012; Wood, Bhuian ve Kiecker, 2000). İşletme stratejilerinin nihai amacının işletmenin pazar değerini maksimize edilmesi ve bu değer artışının sürekli kılınması olduğu varsayımı altında, işletmelerin günümüz pazar koşullarında performansının artırılması ve rekabet üstünlüğünün sağlanması amaçları stratejik yönetim alanında sürdürülen çalışmaların kalbini oluşturmaktadır (Bulut, Alpkan ve Yılmaz, 2009a). Bu amaçları başarabilmeleri tüketici istek ve ihtiyaçlarını karşılayabilmesine bağlıdır. İşletme, kaynak olarak pazar oryantasyonunu kullandığında hedeflediği pazar bölümündeki tüketici beklentilerine göre pazar stratejisini geliştirmeye başlar. İşletme içindeki örgütlenmeyi tüketici istek ve ihtiyaçlarına göre belirlemeyi temel alan pazar oryantasyonu, yönetimin gerekli desteği sağlamasını ve pazardan gelen bilgilere göre departmanlaşarak; bilgiye hızlı yanıt verebilmesini sağlayacaktır (Yumuşak, 2016). Ayrıca işletmelerin yeni pazarlara girme ve sürdürülebilir rekabet avantajı edinmede, yöneticilerin kararları ve davranışları, stratejilerin başarısını ve uygulama düzeylerini belirleyici olacaktır (Yılmaz, Alpkan ve Bulut, 2009).

KAYNAKÇA

Akbolat, M. (2009). "Türkiye Sağlık Sektöründe Rekabet Stratejileri: Hastaneler Üzerine Bir Araştırma"

Arıbaş, N.N. (2013). Kamuda Stratejik Planlamanın "Katılımcılık" Boyutu Akademik Yaklaşımlar Dergisi, 4(1), 80-100.

Bayazit, M. ve Koçaş, C. (2010) Örgütsel Kültür ve Pazar Odaklılık Performansı: "Kültür Tipi" ve "Güçlü Kültür" Önermelerinin Türkiye'de Testi Journal of Management Research, 10(1-2), 35-70.

Bulut, Ç., Alpkan, L. ve Yılmaz, C. (2009a). Stratejik Oryantasyonlar ve Firma Performansı İlişkisi: Literatür Gelişimi Üzerine Kavramsal Bir Çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 10(1), 1-34.

Bulut, Ç., Yılmaz, C. ve Alpkan, L. (2009b). Pazar Oryantasyonu Boyutlarının Firma Performansına Etkileri Ege Akademik Bakış Dergisi, 9(2), 514-538.

Çetin, H. (2012). "Eğitim Kurumlarında Stratejik Planlama Bilinç Düzeyi ve Stratejik Yönetimde Karşılaşılan Sorunlar: Denizli İlinde Bir Araştırma"

Demir, İ.B. ve Uğurluoğlu, Ö. (2015). Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim Araçları Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 18(2), 219-251.

Dinç, N. (2013). "Örgüt Kültürünün Hastanelerin Pazar Odaklılığı Üzerindeki Belirleyici Rolü: İstanbul'daki Hastanelerin Klinik ve İdari Personelleri Üzerine Bir Araştırma"

Ekber, Ş. ve Ahmadov, F. (2017). Pazar Odaklılık Yaklaşımları: Bir Literatür İncelemesi Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi, 1(1), 33-44.

Eren, E., Aren, S. ve Alpkan, L. (2000). İşletmelerde Stratejik Yönetim Faaliyetlerini Değerlendirme Araştırması Doğuş Üniversitesi Dergisi, 1(1), 96-123.

Glaveli, N. & Geormas, K. (2018). Doing well and doing good: exploring how strategic and market orientation impacts social enterprise performance. *International Journal of Entrepreneurial Behavior and Research*, 24(1), 147-170.

Güngör, Ş. (2010). “Yerel Yönetimlerde Stratejik Yönetim ve Konya Belediyeleri Uygulamaları”

Hajipour, B. & Ghanavati, M. (2011). The impact of market orientation and organizational culture on the performance: Case Study of SMEs. *Journal of Contemporary Management*, 15:83-95.

Herman, H., Hady, H. & Arafah, W. (2018). The influence of market orientation and product innovation on the competitive advantage and its implication toward small and medium enterprises performance. *International Journal of Science and Engineering Invention*, 4(8), 08-21.

Hurley, R.F. & Hult, G.T.M. (1998). Innovation, market orientation, and organizational learning: An integration and empirical examination. *The Journal of Marketing*, 62(3), 42-54.

Hwang, Y.I. & Chung, S. (2018). Market orientation, social responsibility, and performance in Korea's healthcare industry. *International Journal of Healthcare Management*, 11(4), 325-332.

Jaworski, B.J. & Kohli, A.K. (1993). Market orientation: Antecedents and consequence. *Journal of Marketing*, 57(3), 53-70.

Kalkan, A. ve Bozkurt, Ö.C. (2013). The choice and use of strategic planning tools and techniques in Turkish SMEs according to attitudes of executives. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 99, 1016-1025.

Karagöz, H. (2016). “Stratejik Planlamannın Örgütsel Performans Üzerine Etkisi: Bir Uygulama”

Kasim, A., Ekinci, Y., Altınay, L. ve Hussain, K. (2018). Impact of market orientation, organizational learning and market conditions on small and medium-size hospitality enterprises. *Journal of Hospitality Marketing and Management*, 27(7), 855-875.

Kohli, A.K. & Jaworski, B.J. (1990). Market orientation: The construct, research propositions, and managerial implications. *The Journal of Marketing*, 54(2), 1-18.

Liao, Z. (2018). Market orientation and FIRMS' environmental innovation: The moderating role of environmental attitude. *Business Strategy and the Environment*, 27(1), 117-127.

Masa'deh, R.E., Al-Henzab, J., Tarhini, A. & Obeidat, B.Y. (2018). The associations among market orientation, technology orientation, entrepreneurial orientation and organizational performance. *Benchmarking: An International Journal*, (just-accepted).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Narver, J.C. & Slater, S.F. (1990). The effect of a market orientation on business profitability. *The Journal of Marketing*, 54(4), 20-35.

Sahi, G.K., Gupta, M.C. & Lonial, S.C. (2018). Relating strategic market orientation and market performance: Role of customer value types. *Journal of Strategic Marketing*, 26(4), 318-338.

Suklev, B. & Debarliev, S. (2012). Strategic planning effectiveness comparative analysis of the macedonian context. *Economic and Business Review*, 14(1), 63-93.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M. ve Işık, O. (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık

Tengilimoğlu, D. (2014). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. Ankara: Siyasal Kitapevi

Uzkurt, C. ve Torlak, Ö. (2007). İşletmelerin Müşteri Değeri Yaratma Çabaları Üzerinde Öğrenme ve Pazar Odaklı Kültürün Etkileri Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 25(1), 239-257.

Ülgen, H. ve Mirze, K. (2013) İşletmelerde Stratejik Yönetim. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım.

Wong, H.Y. & Merrilees, B. (2007). Closing the marketing strategy to performance gap: the role of brand orientation. *Journal of Strategic Marketing*, 15(5), 387-402.

Wood, V.R., Bhuian, S. & Kiecker, P. (2000). Market orientation and organizational performance in not-for-profit hospitals. *Journal of Business Research*, 48(3), 213-226.

Yayla, S., Yeniuyurt, S., Uslay C. ve Çavuşgil, E. (2018). The role of market orientation, relational capital, and internationalization speed in foreign market exit and re-entry decisions under turbulent conditions. *International Business Review*, 27, 1105-1115.

Yılmaz, C., Alphan, L. ve Bulut, Ç. (2009). Firmaların Kültürel Oryantasyonlarının Çeşitli Performans Boyutlarına Etkileri: Türk İmalat ve Hizmet İşletmeleri Üzerinde Bir Saha Çalışması *Journal of Yasar University*, 4(16), 2469-2500.

Yumuşak, T. (2016). "Rekabetin Karşılaştırmalı Üstünlükler Teorisi ve Rekabet Araçları"



**SAĞLIK DIŞI SAĞLIK BELİRLEYİCİLERİ VE BUNA BAĞLI KRONİK
HASTALIKLAR**
**NON-HEALTH HEALTH DETERMINANTS AND ITS RELATED CHRONIC
DISEASES**

Kalbiye MEMİŞ

Sağlık Yönetimi Doktora Öğrencisi, İstanbul Okan Üniversitesi, kalbiye_34@hotmail.com,
orcid.org/0000-0003-3332-0206

Makale gönderim-kabul tarihi (12.02.2020-12.04.2020)

Özet

Sağlık göstergeleri, toplum sağlığı ve sağlık sisteminin performansını ortaya koymaya yönelik ölçütlerdir. Sağlık göstergeleri aracılığı ile ülkeler arasında karşılaştırma yapmak mümkün olmaktadır. Ayrıca karar vericiler de neyi düzeltmeleri gerektiği konusunda bilgi edinmektedir. Sağlık göstergelerinin bir kısmı sağlık ve ekonomik çevre ile ilgiliyken, bir kısmı fiziksel çevreyle, bir kısmı da bireyin karakteri, davranışları ve yaşam tarzı ile ilgilidir. Alkol ve tütün kullanımı ile obezite, toplum sağlığını en fazla tehdit eden önlenbilir problemlerin başında gelmektedir. Türkiye, bu göstergeler açısından OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında iyi durumda değildir. Alkol ve tütün kullanımı, karaciğer hasarına ve solunum yolu rahatsızlıklarına yol açarken, obezite ise vücut sistemlerinin neredeyse tamamını bozmaktadır. Bu çalışmada alkol ve tütün kullanımına bağlı rahatsızlıklar ve Türkiye'nin OECD ülkeleri içerisindeki durumu incelenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Alkol kullanımı, tütün kullanımı, vücut kitle indeksi, obezite, kronik hastalıklar

Abstract

Health indicators are criteria for determining the performance of the public health and health system. It is possible to make comparisons between countries through health indicators. In addition, decision-makers also learn about what they need to correct. While some of the health indicators are related to the health and economic environment, some are related to the physical environment and some are related to the individual's character, behavior and lifestyle. The use of alcohol and tobacco and obesity are among the most preventable problems threatening public health. Turkey compared with other OECD countries in terms of these indicators are not in good condition. Alcohol and tobacco use can lead to liver damage and respiratory disorders, while obesity disrupts almost all body systems. In this study, use of alcohol and tobacco-related diseases in OECD countries and Turkey's status was examined.

Keywords: Alcohol use, tobacco use, body mass index, obesity, chronic diseases

1. GİRİŞ

Sağlık göstergeleri, toplumun sağlığını ya da sağlık sisteminin performansını ortaya koymaya yönelik olarak geliştirilen bir ölçüdür. Sağlık göstergeleri, farklı coğrafi, organizasyonel ya da idari sınırlar arasında karşılaştırılabilir ve uygulanabilir bilgiler sağlamakta ve/veya zaman içerisindeki gelişimi izlemeyi sağlamaktadır. Ülke çapında sağlık sisteminin performansını yönetmek için ortak bir yaklaşım sağlayan sağlık sistemi, yerel otoritelerin toplum sağlığını izleyerek sistemin ne derece işler olduğunu göstermesi bakımından önem taşımaktadır (Canadian Institute, 2019).

Sağlık göstergeleri, ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile ilintili olup karar verici konumundaki yetkili merciler için bilimsel veriler sağlamakta ve böylece kararların bilimsel dayanağının olmasını sağlamaktadır. Bu göstergelere ilişkin verilerin bilimsel yöntemlerle toplanması sayesinde ülkeler arasında bir karşılaştırma yapmak da mümkün olmaktadır (Songur, 2016: 199).

Sağlık göstergeleri, ülkeler arasında karşılaştırma yapılmasını sağladığı gibi ülke içerisinde de sağlık politikalarının belirlenmesinde, kaynak tahsisinde, kaynakların planlanmasında kritik önem taşımaktadır (Uçan ve Atay, 2016: 216). Sağlık göstergelerinin takibi sonucunda devletler sağlık alanında hangi konuların iyileştirilmesi gerektiğini belirleyebilir ve planlamasını da buna uygun olarak yapabilir. Sağlık göstergeleri, ülkelerin sağlık sisteminin başarısını da göstermektedir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 105).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), “Küresel Referans Listesi: 100 Temel Sağlık Göstergesi” adlı çalışmada sağlık göstergelerini Sağlık Statüsü, Risk Faktörleri, Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Sağlık Sistemleri olmak üzere dört başlıkta ele almıştır. “Sağlık Statüsü, doğumda beklenen yaşam süresi ve anne-bebek ölüm oranını; “Risk Faktörleri” beslenme, çevresel ve davranışsal faktörleri, yaralanma ve şiddet olaylarını; “Sağlık Hizmetlerine Erişim” üreme, bağışıklık sistemi, HIV, sıtma, salgın hastalıklar ve zihinsel sağlık için (ve fakat bunlarla sınırlı olmamak kaydıyla) sağlık hizmetlerine erişebilmeyi; “Sağlık Sistemleri” ise doktor ve hastane sayısı, doktor başına hasta sayısı, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve kapasitesi gibi belirleyicilerini ifade etmektedir (WHO, 2018). Görüldüğü üzere bu göstergelerden bir kısmı sağlık ve ekonomik çevre ile ilgiliyken, bir kısmı fiziksel çevreyle, bir kısmı da bireyin karakteri, davranışları ve yaşam tarzı ile ilgilidir. Yani sağlık göstergeleri arasında sağlık dışı konulardaki göstergeler de bulunmaktadır.

2. Sağlık Dışı Sağlık Göstergeleri

Sağlık, yalnızca doğumda beklenen yaşam süresi, sağlık hizmetlerine erişim ya da sağlık sisteminin yüksek kalitesi ve işlerliği ile ilgili değildir. Doğumda beklenen yaşam süresi çok uzun da olsa, sağlık hizmetlerine erişim imkânı da olsa ya da sağlık sistemleri çok kaliteli de olsa bireyin sağlığını etkileyen birtakım faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler sağlık dışı sağlık göstergelerini oluşturmaktadır (Rivera, 2004: 98).

Sağlık dışı sağlık göstergeleri, genel olarak genetik faktörler, çevresel faktörler, sosyal ve toplumsal faktörler, sosyoekonomik faktörler ve sağlıksız davranışlardır (Australian Institute, 2020).

Sağlık dışı sağlık göstergelerinden ilki genetik faktörlerdir. Bireyin davranışlarından, sosyal, ekonomik ve fiziksel çevresinden bağımsız olarak genetik mirası nedeniyle sahip olduğu hastalıklardır. Örneğin Down Sendromu, bu sebeple görülebilen hastalıklardan biridir. Bir diğer sağlık dışı sağlık göstergesi, çevresel faktörlerdir. İnsan sağlığını etkileyebilecek su kalitesi ve suya erişim gibi konular sağlık dışı sağlık göstergelerinden çevresel faktörleri oluşturmaktadır. Sağlığın

belirleyicilerinden bir diğeri sosyal ve toplumsal faktörlerdir. Sosyal destek, yaşam stresi, barınma ve eğitim düzeyi gibi konular, sosyal ve toplumsal faktörleri oluşturmaktadır. Sosyoekonomik faktörler ise işsizlik ve/veya düşük gelir gibi insan sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olan faktörleri içermektedir. Bu çalışmanın da konusunu oluşturan son sağlık dışı sağlık göstergesi ise davranışlardır. Bireyin, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı gibi davranışları sağlığını etkileyebilmektedir (Australian Institute, 2020).

2.1. Alkol Kullanımı ve Alkol Kullanımına Bağlı Hastalıklar

Alkol kullanımı çağımızın en büyük toplumsal problemlerinden birini oluşturmaktadır (Demirbaş vd., 2016: 101-102). TÜİK verilerine göre 2016 yılı itibariyle tüm nüfusumuzun %12,2'si (Erkek %19,3, Kadın %5,3) alkol kullanmaktadır. Daha önce alkol kullandığını ancak artık kullanmadığını belirtenlerin oranı %11,9 (Erkek %19,1; Kadın %5,0), hiç alkol kullanmadığını belirtenlerin oranı ise %75,8'dir (Erkek %61,6 Kadın %89,8)

Tablo 1: Türkiye'de Alkol Kullanımı

	Yaş Grupları							
	TR	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Kullanan								
Erkek	19,3	13,1	24,1	25,2	19,2	19,7	11,5	5,5
Kadın	5,3	5,4	8,7	6,4	3,7	3,8	1	0,6
Toplam	12,2	9,3	16,5	15,9	11,5	11,6	5,9	2,5
Daha Önce Kullanan								
Erkek	19,1	5,9	16	21,4	23,8	28,7	30,4	25,8
Kadın	5	3,9	7	4,9	5,8	4,4	3,6	1,8
Toplam	11,9	4,9	11,5	13,2	14,8	16,4	16	11,3
Hiç Kullanmayan								
Erkek	61,6	81	59,9	53,4	57	51,6	58,1	68,8
Kadın	89,8	90,6	84,3	88,7	90,5	91,9	95,4	97,5
Toplam	75,8	85,8	72	71	73,6	72	78,2	86,2

Kişi başına tüketilen alkol miktarının litre cinsinden karşılaştırıldığı Tablo 2'de ise OECD ülkelerinde alkol kullanımı görülmektedir. Buna göre Türkiye'de kişi başına tüketilen alkol son beş yılda değişkenlik göstermemiş ve kişi başına 1,4 litre olarak gerçekleşmiştir. 2017 yılı itibariyle kişi başına en çok alkol tüketen ülke 12,3 litre ile Litvanya olurken, Türkiye, OECD ülkeleri arasında alkol kullanımı bakımından son sıradadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün raporunda da belirtildiği üzere alkol kullanım bozukluğu, tüm dünyada önlenabilir hastalıkların ve karaciğer hastalığına bağlı ölçümlerin başlıca nedenlerinden biridir ve dünya genelinde 3,3 milyon ölüm (tüm ölümlerin %6'sı) alkol kullanımına bağlıdır (Cengiz ve Bengi, 2019: 65). Alkol kullanımı, uzun süreli ve fazla miktarda alındığında şiddeti farklı olmakla birlikte karaciğer hasarına neden olmaktadır. Karaciğer hasarına giden süreç karaciğer yağlanması ile başlamaktadır. Alkole bağlı karaciğer yağlanması, sık rastlansa da normale dönme ihtimali çok yüksektir. Ancak karaciğer yağlanması başladıktan sonra alkol kullanımına devam edilmesi, alkolik

hepatit ve alkolik siroza kadar giden bir süreci başlatmaktadır (İdilman, 2003: 220). Yalnızca ABD’de alkole bağlı sağlık problemleri, diğer madde kullanımına bağlı ölümlerin üç katından daha fazladır. Alkol kullanımı, kadın ve erkekte farklı hasarlara neden olmaktadır. Kadın ve erkek bedeninde alkolün metabolize edilmesindeki farklılıklar, kadınların aynı oranda alkol kullandıklarında dahi erkeklere göre daha fazla bedensel hasara uğramasına neden olmaktadır (Gerçek vd., 2010: 8). Karaciğer yağlanması, alkolik siroz ve alkolik hepatit kadınlarda, erkeklere göre daha hızlı gelişmektedir (Altıntoprak vd., 2008: 202).

Tablo 2: OECD Ülkelerinde Alkol Kullanımı*

	2013	2014	2015	2016	2017		2013	2014	2015	2016	2017
Avustralya	9,8	9,5	9,7	9,4	N/A	Letonya	10,4	10,6	10,8	11,2	N/A
Avusturya	12,0	12,4	11,6	11,8	N/A	Litvanya	14,5	14,2	14,0	13,2	12,3
Belçika	10,3	10,6	10,4	N/A	N/A	Lüksemburg	11,7	11,8	11,9	11,3	N/A
Kanada	8,2	8,0	8,0	8,1	8,2	Meksika	3,9	4,0	4,4	4,4	N/A
Şili	7,2	7,9	7,9	7,9	N/A	Hollanda	8,7	8,4	8,3	8,2	8,3
Çekya	11,5	11,9	11,5	11,7	11,6	Yeni Zelanda	9,2	9,1	8,7	8,9	8,8
Danimarka	9,4	9,5	9,3	9,4	9,1	Norveç	6,2	6,1	6,0	6,0	6,0
Estonya	11,9	11,1	10,6	10,2	10,3	Polonya	10,8	10,5	10,5	10,5	10,6
Finlandiya	9,1	8,8	8,5	8,4	8,4	Portekiz	10,5	10,4	10,5	10,7	N/A
Fransa	11,6	12,0	11,9	11,7	11,7	Slovakya	9,9	10,1	10,2	9,9	9,7
Almanya	11,7	11,6	12,0	10,9	N/A	Slovenya	9,5	10,9	11,5	10,5	10,1
Yunanistan	7,5	7,0	6,6	6,5	N/A	İspanya	8,8	8,7	8,3	8,6	N/A
Macaristan	10,6	10,9	10,8	11,1	N/A	İsveç	7,3	7,2	7,2	7,2	7,1
İzlanda	6,8	7,0	7,7	7,5	7,7	İsviçre	9,8	9,5	9,5	9,3	9,2
İrlanda	10,6	10,8	10,7	11,2	11,0	Türkiye	1,4	1,5	1,4	1,3	1,4
İsrail	2,9	2,7	2,6	2,6	N/A	Birleşik Krallık	9,4	9,4	9,5	9,5	9,7
İtalya	7,4	7,6	7,1	7,6	N/A	ABD	8,8	8,8	8,9	8,9	N/A
Japonya	7,4	7,1	7,2	7,2	7,2	OECD	9,0	9,1	9,0	8,9	8,9
Kore	8,7	8,9	9,1	8,7	8,7						

*: 15+ Yaş; Kişi başına tüketilen alkol miktarı (litre)

N/A: Not Applicable (Uygulanamaz)

2.2. Tütün Kullanımı ve Tütün Kullanımına Bağlı Hastalıklar

Tütün kullanımı, küresel çapta en büyük hastalık ve ölüm risklerinden birini oluşturmaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en sık kullanılan tütün ürünü sigaradır (Aslan, 2012: 2). TÜİK verilerine göre 2016 yılı itibariyle ülkemizde yaklaşık her dört kişiden biri düzenli olarak sigara kullanmaktadır. Erkeklerde her on kişiden dördü, kadınlarda ise her otuz kişiden dördü düzenli olarak tütün içmektedir.

Tablo 3: Türkiye’de Tütün Kullanımı (%) Yaş Grupları

	TR	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Her gün kullanan								
Toplam	26,5	18,1	33,2	35,2	31,6	22,8	13,5	4,8
Erkek	40,1	28,2	49,6	50,6	45,3	35	24,2	10,7
Kadın	13,3	7,8	16,6	19,6	17,7	10,9	4,4	1,0
Ara Sıra Kullanan								
Toplam	4,1	3,3	5,6	5,4	4,1	2,4	1,6	2,3
Erkek	4	3,6	5,1	5	4,1	2,5	1,9	2,8
Kadın	4,1	3	6,1	5,9	4,1	2,3	1,3	2,0
Daha Önce Kullanan								
Toplam	12,9	2,7	8	12,4	16,7	24,1	26	22
Erkek	19,3	3,4	9,3	16,6	24,5	39,5	47,4	47,3
Kadın	6,7	2,1	6,6	8,2	8,7	9,0	7,7	5,4
Hiç Kullanmayan								
Toplam	56,5	75,9	53,3	47	47,7	50,7	58,9	70,9
Erkek	36,6	64,9	36	27,8	26,1	22,9	26,5	39,2
Kadın	75,9	87	70,7	66,3	69,5	77,8	86,6	91,6

OECD ülkeleri arasında 15 yaş üzerinde düzenli olarak tütün ürünlerini kullananlara ilişkin 2017 verisi bulunan ülkelere İspanya %22,1 ile başı çekmektedir. İspanya’yı %19,1 ile İsviçre, %18,8 ile Almanya takip etmektedir. Ancak 2016 verilerine göre Türkiye, en çok sigara kullanan ülke konumundadır.

Tablo 4: OECD Ülkelerinde Tütün Kullanımı*

	2014	2015	2016	2017		2014	2015	2016	2017
Avustralya	N/A	N/A	12,4	N/A	Letonya	24,1	N/A	N/A	N/A
Avusturya	24,3	N/A	N/A	N/A	Litvanya	20,3	N/A	N/A	N/A
Belçika	N/A	N/A	N/A	N/A	Lüksemburg	15,3	15,0	14,9	16,0
Kanada	14,0	13,1	12,5	12,0	Meksika	N/A	7,6	N/A	7,6
Şili	N/A	N/A	24,5	N/A	Hollanda	19,1	19,0	18,0	16,8
Çekya	22,3	18,2	19,6	18,4	Yeni Zelanda	15,7	15,0	14,2	13,8
Danimarka	N/A	N/A	N/A	16,9	Norveç	13,0	13,0	12,0	11,0
Estonya	22,1	N/A	21,3	N/A	Polonya	22,7	N/A	N/A	N/A
Finlandiya	15,4	17,4	15,0	13,0	Portekiz	16,8	N/A	N/A	N/A
Fransa	N/A	N/A	N/A	N/A	Slovakya	22,9	N/A	N/A	N/A
Almanya	N/A	N/A	N/A	18,8	Slovenya	18,9	N/A	N/A	N/A
Yunanistan	27,3	N/A	N/A	N/A	İspanya	23,0	N/A	N/A	22,1
Macaristan	25,8	N/A	N/A	N/A	İsveç	11,9	11,2	10,9	10,4
İzlanda	12,6	10,9	10,2	9,4	İsviçre	N/A	N/A	N/A	19,1
İrlanda	N/A	19,0	19,0	18,0	Türkiye	27,3	N/A	26,5	N/A
İsrail	17,1	N/A	19,6	16,9	Birleşik Krallık	19,0	17,8	16,1	17,2
İtalya	19,7	19,8	20,0	19,9	ABD	12,9	11,4	11,8	10,5
Japonya	19,6	18,2	18,3	17,7	OECD	19,4	15,2	17,0	15,4
Kore	20,0	17,3	18,4	17,5					

*: 15+ yaş, her gün kullanan
N/A: Not Applicable (Uygulanamaz)

Tütün ürünlerinin kullanımı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyadaki en büyük sağlık sorunu olarak ilan edilmiştir. Tütün ürünlerini kullanımının neden olduğu ölümler, trafik, terör, iş kazaları gibi ölümlerin toplamından 5 kat daha fazladır (Korkmaz vd., 2013: 35). Tütün ve özellikle sigara kullanımı, genellikle genç yaşlarda başlamakta ve alışkanlık halinde devam etmektedir. Sigara içenlerin çok büyük çoğunluğu sigaraya 18 yaşın altında başlamaktadır (Doğan ve Ulukol, 2010: 180). Sigara kullanımı, başta KOAH ve akciğer kanseri olmak üzere, bronşit, pnömoni ve astım gibi solunum ve göğüs hastalıklarına neden olmaktadır. Ayrıca bu hastalıklar, yüksek sağlık harcamalarına neden olmaktadır (Hacıevliyagil vd., 2006: 11; Karayel vd., 2009: 130).

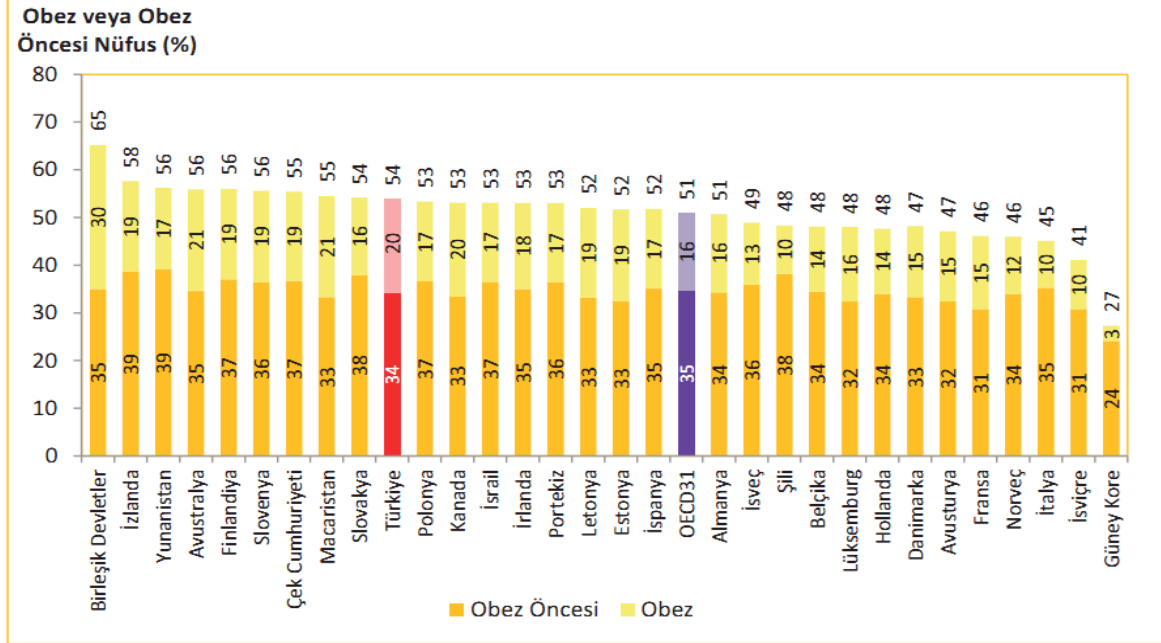
2.3. Vücut Kitle İndeksi ve Obeziteye Bağlı Hastalıklar

Obezite, modern dünyanın başlıca problemlerinden bir diğeri olup vücut sistemleri ve psikososyal durum üzerinde olumsuz etkiler yaratarak pek çok sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Aşırı yemeye bağlı olarak elde edilen enerjinin harcanmayışı, fiziksel aktivite eksikliği, yemek bozuklukları, damak zevkine uygun gıdalara karşı koyamama gibi nedenlerle dünya genelinde vücut kitle indeksi artış trendindedir (Altuntaş-Yılmaz vd., 2015: 34). Vücut kitle indeksi (Body Mass Index - BMI), bireyin kilogram cinsinden kilosunun, metre cinsinden boyunun karesine bölünmesi ile elde edilen ve bireyin sağlıklı kiloda olup olmadığını ortaya koyan bir parametredir. Birimi kg/m^2 cinsinden ifade edilmektedir (Eroğlu, 2018: 60). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre vücut kitle indeksinde sınır 25 kg/m^2 'dir. 25-30 kg/m^2 obez öncesini 30 kg/m^2 ve üzeri ise obeziteyi ifade etmektedir (WHO, 2020). Türkiye'de 2016 yılı itibarıyla 35 yaş üzeri nüfusta obez öncesi ve obez aralığında olanların toplamı %54'e ulaşmıştır. Yani 35 yaş üstündeki nüfusumuzun yarısından fazlası sağlıklı olmayan kiloya sahiptir.

Tablo 5: Türkiye'de 35 Yaş Üstü Bireylerin Vücut Kitle İndeksine Göre Dağılımı

		Düşük Kilolu	Normal Kilolu	Obez Öncesi	Obez
2012	Erkek	2,7	44,7	39,0	13,7
	Kadın	5,1	43,6	30,4	20,9
	Toplam	3,9	44,2	34,8	17,2
2014	Erkek	2,8	43,7	38,2	15,3
	Kadın	5,5	40,7	29,3	24,5
	Toplam	4,2	42,2	33,7	19,9
2016	Erkek	2,5	43,8	38,6	15,2
	Kadın	5,6	40,4	30,1	23,9
	Toplam	4,0	42,1	34,3	19,6

OECD ülkeleri ile karşılaştırma yapıldığında ise 35 yaş üzerindeki nüfusunun %65'i obez öncesi ve obez aralığında olan ABD başı çekmektedir. ABD'yi İzlanda (%58), Yunanistan, Avustralya ve Finlandiya (%56) takip etmektedir. Türkiye, obez öncesi ve obez nüfusunun oranı açısından sıralamada 10. Sıradadır (Sağlık Bakanlığı, 2018: 60).



Şekil 1: Obez veya Obez Öncesi Nüfusun Uluslararası Karşılaştırması

Obezite, kalbin yapısında ve fonksiyonları üzerinde çeşitli değişikliklere yol açmaktadır. Kalbin yapısında yarattığı değişiklikler nedeniyle başlı başına kardiyovasküler risk faktörü olan obezite, hipertansiyon ile birlikte kalbi ciddi ölçüde yormaktadır (Döner ve Özer, 2017: 482). Hipertansiyon yanı sıra obezite, TipII diyabete, kalp yetmezliğine, böbrek yetmezliğine, hiperlipidemiye, kısırlığa, kolon kanseri, prostat kanseri ve meme kanseri gibi potansiyel olarak yaşamı tehdit eden ciddi sağlık sorunlarına neden olabilir (Jiang vd., 2016; Hall vd., 2019; Roush, 2019; Javedi vd., 2018). Dünya genelinde obezite, diyabetin %44'ü, kalp hastalıklarının %23'ü, çeşitli kanser türlerinin %7 ila %41'inden sorumludur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre obeziteye bağlı hastalıkların görülme sıklığı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bir ivmeyle artış göstermektedir (Koleva, 2016: 102).

OECD'nin yayınladığı "The Heavy Burden of Obesity 2019" başlıklı raporda da obezitenin yarattığı sağlık sorunlarına değinilmiştir. Raporda obez bireylerin sağlık harcamalarının normal bireylerden 2,5 kat daha fazla olduğu, OECD ülkelerinde obezite kaynaklı hastalıklarla mücadeleye yönelik sağlık harcamalarının günümüzdeki tüm sağlık harcamalarının %8,4'ünü oluşturduğu ortaya konulmuş ve 2050'ye kadar Türkiye'de sağlık harcamalarının %12'sinin obeziteye bağlı hastalıklara ayrılacağı öngörülmüştür (OECD, 2019).

SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlığın dört temel göstergesi bulunmaktadır. Bu göstergeler, sağlık statüsü, risk faktörleri, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık sistemidir. Ülkeler arasında karşılaştırma yapmak bakımından bilimsel verilere dayalı olarak bir yorum yapmayı sağlayabilen bu göstergeler, karar vericilerin sağlık politikalarını şekillendirmelerini sağlamakta ve iyi giden veya düzeltilmesi gereken konuların belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Bu göstergeler içerisinde risk faktörleri arasında yer alan alkol ve tütün kullanımı ile vücut kitle indeksi ise diğer birçok göstergenin yanında sağlık dışı sağlık göstergeleri olarak anılmaktadır.

Sağlık dış sağlık göstergeleri bakımından Türkiye'nin durumu pek iç açıcı değildir. Türkiye'de alkol kullananların tüm nüfus içerisindeki oranı %12,2'ye ulaşmıştır. Erkeklerde bu oran %19,3 iken kadınlarda ise %5,3 olarak gerçekleşmiştir. Nüfusun %11,9'u ise daha önce hayatlarının bir döneminde sigara kullandığını belirtmiştir. Her gün sigara kullananlar ise nüfusun %26,5'ini oluşturmaktadır. Ara sıra kullananlar nüfusun %4,1'ini oluştururken, hayatının bir döneminde sigara kullandığını belirtenlerin payı ise %12,9'dur. Türkiye OECD ülkeleri arasında alkol kullanımı konusunda karşılaştırmalı olarak iyi durumda olsa da düzenli sigara kullanımı konusunda OECD ülkeleri arasında başı çekmektedir. Bu durum ülkemizde çok ciddi bir sigara kullanım problemi olduğunu göstermektedir. Bir diğer sağlık dışı sağlık göstergesi olan vücut kitle indeksi açısından değerlendirme yapıldığında ise 35 yaş üstü Türkiye nüfusunun %54'ünün obez öncesi ve obez durumunda olduğu bilinmektedir.

Alkol ve sigara kullanımı ile obezite, tüm dünyanın ortak dertlerindedir. Stres ve hareketsizliğe dayalı modern yaşam, alkol ve tütün ürünlerinin kullanımını artırmakta, gereksiz alınan enerjiler ise yakılamamaktadır. Bu nedenle de alkol ve tütün kullanımı ile obeziteye bağlı birçok kronik hastalık gelişmektedir. Alkol kullanımı karaciğer hasarına (yağlanma, sarılık, siroz), sigara ve tütün ürünlerinin kullanımı solunum ve göğüs hastalıklarına (KOAHA, akciğer kanseri, bronşit, pnömoni, astım), obezite ise vücut sistemlerinin neredeyse tamamının bozulmasına neden olmaktadır. Alkol ve sigaraya erişimin kolay olmaması için fiyatlarının yükseltilmesi, alkol ve tütün ürünleri kullanılacak yerlerde kısıtlamalara gidilmesi (dumansız hava sahası ve saat 22:00'dan sonra alkol satış yasağı) gibi uygulamalar, özellikle ilerleyen yıllarda sağlık harcamalarının kısılması sigara ve alkole bağlı ölümlerin azalması ve işgücü kaybının önlenmesi gibi faydalar sağlayacaktır. Bunun yanı sıra özellikle en yüksek risk grubu olan lise ve üniversite çağındaki gençlerde bu maddelerin kullanımının önlenmesine yönelik farkındalık yaratılabilmesi için okullarda ve üniversitelerde eğitici dersler ve konferanslar verilmelidir.

KAYNAKÇA

- Altıntoprak, E, Annette-Akgür, S, Yüncü, Z, Sertöz, ÖÖ, Çoşkunol, H (2008). "Kadınlarda Alkol Kullanımı ve Buna Bağlı Sorunlar" *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(2): 197-208.
- Altuntaş-Yılmaz, N, Erdeo, F, Tat, AM, Alp, H. (2015). "Vücut Kitle İndeksinin Ayak Taban Basınç Dağılımına Etkisi", *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2): 33-39.
- Aslan, D (2012). "Dünyada ve Türkiye'de Tütün Kullanımı: Riskler, Tehditler, Önleyici Yaklaşımlar", *Türkiye Klinikleri*, 5(2): 1-5.
- Australian Institute of Health and Welfare (2020). "Non-medical Determinants of Health". <https://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/392618> (Erişim Tarihi: 02.01.2020)
- Canadian Institute for Health Information. (2019). Health Indicators. <https://www.cihi.ca/en/health-indicators> (Erişim Tarihi: 02.01.2020)
- Cengiz, O, Bengi, G. (2019). "Alkolik Karaciğer Hastalıkları", *Güncel Gastroenteroloji*, 23(2): 65-71.
- Daştan, İ, Çetinkaya, V. (2015). "OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Demirbaş, H., İlhan, İ.Ö, Yıldırım, F, Doğan, Y.B. (2016). "Düzenli Alkol Kullanımı Olan Üniversite Öğrencileri Arasında Madde Kullanımı ile İlişkili Psikolojik Faktörler", *Eğitim ve Bilim*, 41(183): 101-109.
- Doğan, DG, Ulukol, B (2010). "Ergenlerin Sigara İçmesini Etkileyen Faktörler ve Sigara Karşıtlığı Eğitim Modelinin Etkinliği", *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(3): 179-185.
- Döner, P, Özer, C. (2017). "Hipertansiyon Tedavisinde Yaşam Tarzı Değişiklikleri: Egzersiz ve Obezite", *Türkiye Klinikleri*, 8(6): 482-485.

- Eroğlu, HA (2018). “Su Tüketimi ve Vücut Kitle İndeksi (VKİ): Kesitsel Bir Çalışma”. *3rd International Science Symposium*.
- Gerçek, Ç.G., Gümüş, G., Demir, S., Deniz, M., Sürücü, Z.P., Konuk, M., Mayda, A.S. (2010). “Düzce Üniversitesi Orman Fakültesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı Sıklığı ve Kullanmaya Başlama Nedenleri”, *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(3): 7-14.
- Hacıevliyagil, SS, Mutlu, LC, Gülbaş, G, Yetkin, Ö, Güven, H. (2006). “Göğüs Hastalıkları Servisine Yatan Hastaların Hastane Yatış Maliyetlerinin Karşılaştırılması”, *Klinik Sorunlar*, 7(1): 11-16.
- Hall, JE, Carmo, JM, Silva, AA, Wang, Z, Hall, ME. (2019). “Obesity, kidney dysfunction and hypertension: mechanistic links”. *Nature Reviews Nephrology*(15): 367-385.
- İdilman, R (2003). “Alkole Bağlı Kronik Karaciğer Hastalığında Tedavi Yaklaşımları”, *Türkiye Klinikleri*, 2(3).
- Jayedi, A, Rashidy-Pur, A, Khorsidi, M, Shab-Bidar, S. (2018). “Body mass index, abdominal adiposity, weight gain and risk of developing hypertension: a systematic review and dose-response meta-analysis of more than 2.3 million participants”. *Obesity Reviews : an Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 19(5).
- Jiang, SZ, Lu, W, Zong, XF, Ruan, HY, Liu, Y. (2016). “Obesity and hypertension (Review)”. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 12(4).
- Karayel, F, Pakiş, I, Akçay-Turan, A, Öz, B, Çelik, S. (2009). “Akciğerde Sigaraya Bağlı Patolojik Değişimler, MMP-9 ve TIMP-1 Ekspresyonlarının Değerlendirilmesi” *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 57(2): 129-135.
- Koleva, N. (2016). “Türkiye’de Obezite ve Kronik Hastalıkların Kadınlar Üzerinde Etkenleri ve Riskleri Araştırması”, *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1).
- Korkmaz, M, Ersoy, S, Özkahraman, Ş, Taşçı-Turan, E, Uslusoy, EÇ, Orak, S, Orhan, H. (2013). “Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Tütün Mamulleri-Alkol Kullanım Durumları ve Sigaraya Yaklaşımları”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(2): 34-42.
- OECD. (2019). The Heavy Burden of Obesity. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Heavy-burden-of-obesity-Policy-Brief-2019.pdf> -(Erişim Tarihi: 02.01.2020)
- Rivera, B. (2004). “Evidence on the Relationship Between Public Medical Resources and Health Indicators”, *Journal of Economic Studies*, 31(2): 98-111.
- Roush, GC (2019). “Obesity-Induced Hypertension: Heavy on the Accelerator”, *J Am Heart Assoc*, 8(8).
- Sağlık Bakanlığı. (2018). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0> -(Erişim Tarihi: 02.01.2020)
- Songur, C. (2016). “Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1): 197-224.
- Uçan, O, Atay, S. (2016). “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Büyüme Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme”, *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(3): 215-222.
- WHO (2018). “Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs)” <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259951/WHO-HIS-IER-GPM-2018.1-eng.pdf?sequence=1> -(Erişim Tarihi: 02.01.2020)
- WHO. (2020). Body mass index - BMI. [http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-\(Erişim Tarihi: 02.01.2020\)](http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-(Erişim Tarihi: 02.01.2020))

KİŞİ – ÖRGÜT UYUMU VE ÖRGÜT KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ, BANKACILIK SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA

THE RELATIONSHIP BETWEEN PERSON - ORGANIZATIONAL ADAPTATION AND ORGANIZATIONAL CULTURE, AN APPLICATION IN THE BANKING SECTOR

Elif AYDOĞAN GÜLERYÜZ

Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, Yüksek Lisans Öğrencisi,
aydoganelif90@hotmail.com, orcid.org/0000- 0002- 6141- 7956,

Prof. Dr. Belgin AYDINTAN

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İ.İ.B.F. İşletme Bölümü, belgin.aydintan@hbv.edu.tr,
orcid.org/0000- 0002- 9057- 4336

Makale gönderim-kabul tarihi (10.03.2020-15.04.2020)

Özet

Ankara’da yer alan 345 kamu bankası çalışanı üzerinden gerçekleştirilen çalışmanın amacı kişi örgüt uyumu ve örgüt kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu çalışmada Arslan vd. (2018) tarafından gerçekleştirilen “Kişi-Örgüt Uyumu Ölçeği” kullanılmıştır. Örgüt kültürünü belirlemek üzere ise Cameron ve Quinn (2006) tarafından geliştirilmiş olan geçerliliği kanıtlanmış ve alan yazında yaygın olarak kullanılan örgütsel kültür değerlendirme ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonucunda kişi-örgüt uyumu ile örgüt kültürü arasında pozitif yönlü ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kişi-örgüt uyumunun örgüt kültürü üzerindeki etkisinin incelendiği regresyon analizine göre bireylerin kişi-örgüt uyumları örgüt kültürünü %37 düzeyinde etkilemektedir. Başka bir ifade ile örgüt kültürü düzeylerinin %37’si kişi-örgüt uyumu tarafından açıklanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Kişi-Örgüt Uyumu, Kültür, Örgüt Kültürü, Bankacılık.

Abstract

The purpose of the study, which is conducted over 345 public bank employees, is to examine the relationship between organizational organization and organizational culture. In this research, Arslan et al. See the “Person-Organization Compliance Scale” by (2018). It is for the proven organizational culture assessment scale written by Cameron and Quinn (2006) and widely used in literature. It has been determined that there is a positive relationship between person-organization harmony and organizational culture. Examining the organizational

culture buttons of person-organization harmony according to regression analysis of individuals. In other words, 37% of organizational culture levels are explained by person-organization cohesion.

Key Words: Person-Organization Fit, Culture, Organizational Culture, Banking

1. GİRİŞ

Örgütler varlıklarını sürdürebilmek adına bir takım değer, inanç ve varsayımlara sahiptirler ve bu değer, inanç ve varsayımlar kurucular ya da girişimciler tarafından astlara aktarılmaktadır. Amaç bireysel değerlerle örgüt değerlerini uyumlu hale getirmektir. Örgüte katılan herkes örgütü seçmekte, örgüt tarafından seçilmekte ve sosyalizasyon süreçlerinden geçmektedir ve bu açıdan bireylerden örgüte adapte olmaları beklenmektedir. Kişisel değerler ve örgüt değerleri arasındaki uyumun zayıf olması durumunda ise bireyler örgütten uzaklaşmakta ya da uzaklaştırılmaktadırlar (Ulutaş, 2011: 24-29).

Kişi-örgüt uyumu, genel anlamda örgütlerin karakteristik özellikleri ile bireylerin özellikleri arasındaki uyumu ifade etmektedir. Kişi-örgüt uyumu kavramını bütünleştirici (supplementary) uyum ve tamamlayıcı (complementary) uyum olmak üzere iki boyutta açıklamak mümkündür. Bütünleştirici uyum örgüt karakteristikleri ile bireylerin özellikleri birbiriyle benzerlik gösterdiğinde ortaya çıkmaktadır. Tamamlayıcı uyum ise kişisel beceri ve yeteneklerin üstlenilen rol ve görevlere uygun olduğu; kişisel ihtiyaçların örgüt tarafından karşılandığı ve tatmin edildiği durumlarda ortaya çıktığında görülmektedir (Ulutaş, 2011: 37-38). Sağnak (2004) tarafından gerçekleştirilen kuramsal çalışmada örgütsel değerlerin birey ve örgüt arasındaki bütünleşmeyi sağlayan önemli bir araç olduğu; güçlü şekilde paylaşılan örgütsel değerlerin işgören motivasyonu, örgütsel bağlılık ve vatandaşlık ile sonuçlanabileceği; bireysel ve örgütsel değerler arasındaki uyumsuzluğun ise işten ayrılma niyeti ve işe devamsızlık gibi davranışlara neden olabileceği ileri sürülmüştür. Benzer şekilde Tepeci ve Bartlett (2002) tarafından çeşitli işletmelerde çalışan 182 kişi üzerinde gerçekleştirilen araştırmada bireysel ve örgütsel değerler arasında görülen uyumun iş tatmini ve işten ayrılma niyeti ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur.

İşgörenlerin bağlı bulunduğu örgütte değerler ve beklentiler yönünden uyumlu olması her zaman arzu edilen bir durumdur ve bu durum ancak birey ve örgüt değerleri benzerlik gösterdiğinde; her iki taraf birbirinin beklentilerini yerine getirdiğinde söz konusu olmaktadır. Kişi- örgüt uyumu örgütsel değerlerin ne ölçüde benimsendiği ve paylaşıldığı ile ilgilidir. Güçlü kültüre sahip örgütlerde görülen uyum, olumlu davranışların sergilenmesine zemin hazırlamakta ve örgütü daha verimli kılmaktadır.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2. Örgüt Kültürü

Örgüt kültürü, yirminci yüzyılın son çeyreğinden itibaren önemini giderek arttıran bir kavram olarak literatürdeki yerini almaktadır. Tom Peters and Robert Waterman'ın; "Öyküler, mitler, kahramanlar, sloganlar gibi sembolik anlamları içeren baskın ve iç tutarlılığa sahip paylaşılan değerler bütünü" tanımı ile örgüt kültürünün öğelerine işaret edilmiştir. (Peters ve Watermann, 1982: 103) İnsanları ve insan davranışlarını içerisinde barındıran örgütlerin de tıpkı insanlar gibi kendilerine özgü karakteristiği olup, her örgütün kendine has tarihi, misyonu, iş yapış şekilleri, vizyonu, davranış ve iletişim modelleri, hikâyesi, miti ve tüm bu faktörler bir araya gelerek bir örgütü diğerlerinden

ayrıştıran ortak bir örgüt kültürünü oluşturmuştur. (Akıncı Vural, 2003: 52-53) Bu ve bunun dışında literatürde önemli yer tutan örgüt kültürü tanımları Tablo 1’de özet olarak gösterilmiştir.

Tablo 1. Örgüt Kültürü Tanımları

Örgüt Kültürü Tanımı	Kaynak
“Bir örgütün üyeleri tarafından paylaşılan bir değer sistemi”	Spender 1983: 2
“Güçlü, geniş şekilde paylaşılan temel değerler”	O’Reilly 1983: 1
“İşler burada böyle yürür”	Deal ve Kennedy 1982: 4
“Kollektif olarak programlanmış düşünceler”	Hofstede 1980: 25
“Öyküler, mitler, kahramanlar, sloganlar gibi sembolik anlamları içeren baskın ve iç tutarlılığa sahip paylaşılan değerler bütünü”	Peters ve Watermann 1982: 103
“Bir grubun dışı uyum sağlama ve iç bütünleşme sorunlarının üstesinden gelmek için oluşturduğu ve geliştirdiği belirli düzendeki temel varsayım modelleri”	Schein 2004: 18

Kaynak: Griffin ve Moorhead 2014: 495

Örgüt kültürünün birbirinden farklı tanımlarının yapılmış olması konuya yönelik farklı yaklaşımların olmasıyla ilgili olup; rasyonalist, sembolik ve işlevselci yaklaşımların özellikleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Örgüt Kültürü Yaklaşımları

Yaklaşımlar	Örgütsel Paradigma	Örgüt Kültürü
Rasyonalizm	Örgüt, etkin başarının aracıdır.	Örgüt kültürü, örgüt amaçlarının başarılmasında bir araçtır.
İşlevselcilik	Örgüt, gerekli işlevleri yerine getirerek yaşamını sürdürmeye çalışan bir topluluktur.	Kültür, dış uyum ve iç bütünleşme ile ilgili işlevleri yerine getiren paylaşılmış değerlerin ve temel varsayımların bileşkesidir
Sembolizm	Örgüt, sembolik eylemlerin karmaşık bir bileşkesini ifade eden beşeri bir sistemdir.	Kültür, sosyal olarak yapılandırılmış semboller ve anlamlar örüntüsüdür.

Kaynak: Schultz, 1995: 14

Rasyonalist yaklaşımda örgüt kültürü bir hedefin gerçekleştirilmesinde araç olarak görülmüştür ve değer, tutum, inanç, davranış olarak tanımlanmıştır. İşlevselci yaklaşımda örgüt kültürüne belli birtakım işlevler yerine getirilerek varlıklarını sürdüren örgütlere sağladığı katkı açısından bakılmıştır. Sembolik yaklaşımda ise örgüt kültürü paylaşılan semboller sistemi olarak tanımlanarak somutlaştırılmıştır.

Tablo 1 ve Tablo 2’den yola çıkılarak; aynı kavrama farklı anlam yüklemeleri yapılmış ve bir fikir birliğine varılamamış gibi görünse de; tanımlar bazı anahtar kavramlar ve unsurlar üzerinde yoğunlaşmıştır. Bir örgütü diğerlerinden ayırması, tüm örgüt üyelerini ilgilendirmesi, değiştirilmesinin güç olması, örgüt-çevre ve örgüt içi ilişkilere ait bütünleşme sorunlarını çözmeye yönelik yani bütüncül olması özelliklerinin tüm tanımlarda ortak olduğu görülmüştür. Aşağıda örgüt kültürünün özelliklerine daha detaylı değinilmiştir. Bahsi geçen tanım ve yaklaşımlardaki ifadeler bu konuda yön gösterici olmuş ve örgüt kültürü, çalışanlarının tutum ve davranışlarına belli bir kalıp getiren, örgütsel bağlılığı ve bütüncül yapının korunmasına yardımcı olan bir kontrol mekanizması olarak ele alınmıştır. Her örgütün kültür yapısı, bazı iç ve çevresel faktörlerin etkisiyle şekillenmekte olup kendi özelliklerinin ortak ürünüdür, bir diğer deyişle; ayırıcı özellik taşımaktadır (Akın Acuner, 2010: 10-12). Bununla beraber birtakım ortak özellikler konuyu toparlayacak şekilde aşağıda belirtilmiştir (Eren, 2008: 138-139):

- Örgüt içindeki faaliyetleri, işleri, ilişkileri yürütme biçimidir. Böylece örgütlerin arasındaki farklılıkları belirler.
- Örgütün kuruluşunda belirlenmiş durumda olan yazılı bir kural değildir, örgütün yaşam sürecinde meydana çıkar ve sonradan öğrenilir, tüm örgüt çalışanlarını etkiler.
- Düzenli biçimde tekrarlanan davranış biçimleridir, değiştirilmesi zordur.
- Örgüt üyeleri arasında paylaşılan ortak inanç ve değerlerdir. Örgüt üyelerini birbirine bağlar.

Örgüt kültürünün öğeleri ile alakalı olarak yazın alanında birçok tanım yer almaktadır. Aynı zamanda değerler, semboller, normlar gibi birçok öğenin de örgüt kültürünün belirlenmesi konusunda önemli olarak yer almaktadır (Şahin, 2010: 24).

Schein (1985), yapmış olduğu araştırmalarda kültürünün çatısını meydana getiren üç bilinç düzeyinin öneminden bahsedilmiştir. Aşağıdaki şekilde kültürünün esas çerçevesine yer verilmiştir (Schein, 1985: 44).

Örgüt kültürü, çalışanların belirlenen standartları ve değerleri anlamaları konusunda yol göstericidir. Çalışanlar kendilerinden beklenen tutum ve davranışın ne olduğunu bilerek yol aldıkları için örgüt içi uyum sağlanmış olur. Örgüt kültürünün aynı zamanda iş süreçlerine de olumlu etkisi söz konusudur. İş süreçlerinde izlenecek yol ve yöntemlerin standart hale gelmesi, örgüt verimliliğine pozitif yönde etki eder (Eren, 2001: 115).

Örgütlerin sahip oldukları kültürün işlevselliği konusunda da farklı görüşler vardır. Örgüt kültürü işlevlerinden en belirgin olanları şu şekilde sıralanabilir (Yağmurlu 1997; Sabuncuoğlu ve Tüz 2003; Köse, Tetik ve Ercan 2001):

a. Örgüt kültürü, örgütte bireylerin davranışlarını düzenleyen bir kontrol mekanizması olarak kabul edilebilir. Sınır belirleyicidir. Çalışanlar kendilerinden beklenen tutum ve davranışların ne olduğunu bilirler. Bu da örgüt içi düzen ve uyumun sağlanması konusunda son derece önemli bir

işlevdir. Yazılı bir kural ya da yönetmelik olmadan çalışanlar arasında ortak tutum ve davranışlar oluşur.

b. Örgütteki sosyal düzen içinde denge sağlar. Çalışanların örgütle ve diğer çalışanlarla ilişkilerini düzenler. Ortak amaçlara ulaşmada isteklilik yaratır.

c. Örgüt üyelerine bireysel kimlikleri dışında bir kimlik kazandırır ve aidiyet hissi verir. Çalışanlar kendilerini örgütün bir parçası olarak görürler ve örgütün başarısını kendi başarıları olarak algılayarak ortak kimlik içine girerler.

d. Örgüt üyeleri arasında sosyalleşme aracıdır ve örgüt üyeleri ortak değerler etrafında toplanır. Bu da çalışanların örgüt içinde sosyalleşmelerini sağlar. Çalışanların örgüt içinde sosyalleşmeleri ve daha çok paylaşımda bulunmaları aidiyet ve dayanışma duygularını da beraberinde getirmektedir.

e. Örgüt üyelerini motive eden bir araçtır. Köklü ve sağlam bir kültüre sahip olan örgütler çalışanlara bulunmak isteyecekleri bir ortam yaratır bu da önemli bir motivasyon kaynağıdır.

f. Örgütlerin değişimlerinde belirleyici rol oynar. Örgütlerin değişim gerektiren durumlarda buna ne kadar direndikleri ya da rahatça uyum sağlayabildikleri kültür yapıları ile ilgilidir.

g. Örgütler tarafından devamlılık ve kurumsallaşma nedeni sayılabilir.

h. Örgüt üyelerinin, kişisel çıkarlarının yanı sıra daha büyük bir olguya bağlanmalarını sağlar.

3. Kişi Örgüt Uyumu

Bireyin iç çevresi ile dış çevresi arasında etkileşim içinde olup huzurunu bozmamasına uyum denir. İki tür uyumdan bahsedilebilir. İlki bireyin kendisiyle olan uyumdur. Bireyin dürtülerinin ve değerlerinin dengeli olduğunu gösteren bu uyum bireyin kendisine huzur kaynağıdır. Diğer uyum çeşidi ise bireyin çevresiyle olan uyumdur. Bireyin ihtiyaçları ile çevrenin değer ile düzgüsünün dengeli olduğunu gösteren bu uyum türü bireyin çevresinin kültürel, toplumsal, ekonomik değer ile düzgüleri ile olan uyumu ise bireyin dışsal huzur kaynağıdır. Bilişsel, duygusal ile devinimsel güç bireyin çalıştığı örgüte olan uyumunda önemli rol oynar (Başaran, 2004: 356). Kişi-örgüt uyumunun tanımlanmasında bu nedenle fayda görülmektedir. Alan yazınındaki kişi-örgüt uyumu tanımlamalarının birbirine benzediği fakat çok sayıda olduğu görülmüştür. Yapılan tanımlamalardan bir kaç şü şekildedir (Yıldız, 2015: 14);

Chatman (1989: 333), örgütün kültürel özellikleriyle kişilerin değer ve kişilik özelliklerinin bir uyumu şeklinde tanımlamıştır.

Cable (1995: 9-10), kişi-örgüt uyumu ile ilgili olan çalışmalara dayanarak bireyler ile örgütlerinin değerlerinin uygunluğunu kişi-örgüt uyumu olarak tanımlamıştır.

Kristof (1996: 22), birey ile örgütünün kendine ait özellikleri ve değer yargıları ile hedeflerinin uyumu ve bireyin karakter özelliklerinin örgüt kültürüne benzemesi şeklinde geniş bir tanımlama yapmıştır.

Yahyagil (2005: 138), kişi-örgüt uyumunu tanımlarken örgütsel davranış etrafında, iş görenlerin kişisel değer yargısıyla iş yerlerinin kültürünün fonksiyonu ile bağlantı olarak tanımlamıştır.

Bu tanımlara göre kişi-örgüt uyumunun örgütün değer kalıbıyla kişinin değer kalıbının uygunluğunun kapsandığı izlenmektedir. Birey-örgüt uyumu ile ilgili yapılan çeşitli tanımlar yapıldıysa da kişi ile örgüt arasında aslında üç çeşit durum varsa uyumun olma ihtimalinin olduğu söylenilebilir (Sezgin, 2006: 560). Bunlar;

- Birey-örgüt uyumunda kişi örgütün ya da örgüt kişinin gereksinimlerini ya da beklentilerini karşılamaktadır.
- Birey ile örgüt birbirine benzeyen başlıca özellikleri paylaşmaktadırlar.
- Bu durumda önceki iki tanım eş zamanda mümkündür. Yani kişi-örgüt uyumu örgüt ile kişi birbirlerinin gereksinimlerini, arzularını karşıladıkları zaman gerçekleşmektedir.

Bireyin örgütüne uyum sağlaması bireyin çalıştığı işte verimli olabilmesi için çok önemli olduğundan kişi-örgüt uyumuna tek çerçeveden bakmak yetersiz kalacaktır. Fakat yalnız kişinin uyumu, verim için önem teşkil etmez. Örgütün de kişiye uyumu verimlilik açısından önem teşkil etmektedir (Sekiguchi ve Huber, 2011: 33). Örgütün birey için atadığı vazifeyi çalışana uygun hale getirmek için yapılabilecekler şunlardır (Başaran, 2004: 187).

İş gören ve araç ilişkisi, Çalışanın iş göreceği makine ile teçhizatlar ergonomik ve sağlığı tehlikeye atmayan türden olmalı.

İş gören-ürün ilişkisi, Çalışanın meydana getirdiği mamül, çalışanın sağlığına zarar vermemeli.

Görev ortamı, Çalışanın zevk alarak çalışabilmesi için güvenli iş ortamı hazırlanmalı.

Yaratıcılığa olanak sağlama, Çalışanın üretkenliğini destekleyen örgütler, çalışana cazip gelmeli.

Toplumsal ilişkiler, Tek başına çalışan veya grupla çalışan fakat onlarla ilişki kuramayan çalışanların bu sorunu aşmaları için destek olmak görevi cazip hale getirmektedir.

Yönetime Katılmak, Çalışan ile alakalı karar alırken çalışanın da iştirak etmesi, görevin kendine uygun olmasına yardımcı olacaktır.

Örgütleriyle uyumlu olan, çalıştığı yerin değer yargılarını benimseyen iş görenlerin performansları da yükselir, işgören devir oranı düşer, işgörenler iş yerinde daha fazla kalıp verimlerini yükseltmeye çalışırlar (Tahiroğlu, 2003: 242).

Kişinin görevlendirildiği departmandaki uyumu ile kendisinde olan kabiliyetlerini gösterebilmesi birbirine bağlıdır. Bireyin kabiliyetleri ise üç aşama da incelenebilir. İlk incelenen aşama kişinin “ön uyumu” dur. Yani birey henüz belirlenen pozisyona görevlendirilmeden, bireyin kendi özellikleri ile yerine getireceği işin niteliklerinin uyumlu olması gerekir. Birey bu göreve atanırken uyum yoksa görevlendirmeden vazgeçmek veya kişinin vazgeçme kararı vermesini beklemek gereklidir. İkinci aşama, kişinin “uyum derecesi” dir (Tak, 2011: 27). Uyum derecesi statik bir değerlendirme ölçütü olup, önem kazanmaktadır. Kişinin görevlendirildiği departmanın niteliklerine, kişinin kendi uyum kapasitesinin hangi düzeyde yaklaşabileceğini belirlemektedir (Çiçek, 2018: 53). Üçüncüsü ise “uyum yeteneği” dir. Kişinin uyumu esnekse ya da esneklik yeterliyse, bu halde kişi uyum derecesini etkileyebilir. Bu noktada uyum derecesinin ana fonksiyonu (belirleyicisi) uyum yeteneğidir. Eğer

birey ilk başlarda uyum derecesini sağlayamazsa, zaman içerisinde uyum yeteneği yeterli olunca uyum sağlayamama sorununu aşmış olacaktır (Kaynak, 2000: 234).

Kişi örgüt uyumu çok sayıda faktörden etkilenmektedir. Fakat kişi örgüt uyumunu etkilediği daha belirgin olan faktörler şunlardır: Örgüt kültürü ile örgütsel iklim, kişilik, takım dayanışması, sosyal algılama.

Örgüt Kültürü ile Örgütsel İklim

Örgüt kültürü örgütteki bireylerin diğer bireylerden ayıran, örgütteki bütün bireylerin paylaşım yaptığı inanç, değer, davranışlar ile alakalıdır. Organizasyona yeni dâhil olan bireyler örgütün kültürünü, sosyal kümelerin faaliyetlerini ve etkileşmelerini gözlemler, deneyimler ve öğrenirler, uyum sağlamaya çalışırlar (Hampton-Farmer, 2007: 20). İklim tanımlamasını ilk önce Lewin yaptığı araştırmalarda analiz etmiştir. Örgütsel iklim kavramını ise a) verimi olmayan keyif alınmayan, b) aşırı yoğun, verimli, keyifli, c) anarşist, memnun olmayan, bağımsız şeklinde sınıflandırmıştır (West, 2011: 923).

Kişilik

Bireylerin tercihleri etkilenmeleri, seçimleri ve ayrılış tarzları birbirlerinden farklılık göstermektedir. Bireyler bir olaydan çok farklı şekillerde etkilenebilirler ya da buldukları örgütü çok çeşitli sebeple ve şekilde terk edebilirler. Bunların sebebi her bireyin kendine özgü kişilik özelliklerine sahip olmasıdır. İnsanlar işe başlarken kendi kişiliklerine uygun iş seçimi yaptığını düşünerek işe başlarlar. Daha sonra işe başladıklarında örgütleri, örgüt iklimi, kültürü ve başka çalışanlarla uyum sağlamaya çalışırlar. Bu esnada bireyler kendi kişilik özelliklerini sergilemektedirler. Eğer kendi kişilik özellikleri ile örgütün nitelikleri birbirine uyum sağlamaktaysa veya değer ve hedef uyumu varsa bireylerin performansı artabilir ve işe karşı davranışları olumlu etkilenebilecektir (Westerman ve Simmons, 2007: 289).

Takım İçi Dayanışma

Örgüt üyelerinin takımlarına olan bağlılık dereceleri ile takımlarında kalmak istemelerine bağlıdır. Kuvvetli bağ olan takım üyeleri, takımlarının hazırladıkları faaliyete katılmaya, düzenlenen toplantıya iştirak etmeye isteklidir. Ayrıca takımlarının ulaşacağı başarı takım elemanlarını mutlu edecektir. Eğer takım elemanları aynı hedefe yönelirse ve takımlarına karşı kişisel bir bağ duyarlarsa takım arasındaki iş birliği artacaktır. Takım diğer takımlar ile rekabet içindeyse üstün gelmeye çalıştıkları zaman takım içinde iş birliği yine artacaktır. İşbirliğinin artması üzerine yapılan araştırmalarda takımın morali açısından pozitif etkisinin olduğu ve verimliliği artırdığı ortaya konulmuştur (Eren, 2001: 481-482).

Sosyal Algılama

Kişinin kendi haricindeki kişileri algılama tarzına sosyal algılama denilmektedir. Hayatımızda ilk kez karşılaştığımız, çok az süreyle konuştuğumuz bireyler hakkında yaptığımız bazı gözlemlere dayanarak belli bir yargıda bulunabiliriz. Sosyal algılamanın oluşmasında kişilerin kişilik yapılarına göre farklılıklar oluşabilecektir:

- *Basmakalıp Yargı*; Belli bir sosyal birimce kanıksanmış ve genel algı halini almış ve birlikte düşünülen başka bir duruma değiştirilmeden aktarmadır.
- *Hale Etkisi (Halo Effect)*; Kümesel niteliklerden esinlenerek bireye ait yakıştırma yapmadan, bireysel özellikten yola çıkarak genel değerlendirme yapılmasıdır (Kaynak, 2000: 82-85).

İletişim

Örgütü meydana getiren departmanların birbiri ile iletişimde bulunmaları gerekmektedir. Eğer ilişimde bulunmazlarsa örgüt kararlı olmayan bir kişilik halini alacaktır. Böylece fonksiyonlar arasında sağlanamayan uyum örgütü zayıflatacak ve varlığını kaybetmeye başlayacaktır (Aşıkoğlu, 1986: 121).

2.1. Kişi-Örgüt Uyumunun Sonuçları

Kişi-örgüt uyumuna ilişkin teorik çalışmalarla, uyumun iş çıktıları üzerinde etkilerinin ortaya konulması dünyada ve ülkemizde bu konu üzerine olan ilgiyi artırmıştır. Araştırmaların büyük kısmı iş performansı, örgütsel bağlılık, örgütsel vatandaşlık, iş tatmini ve işten ayrılma niyeti gibi iş tutumları ile kişi-örgüt uyumu ilişkisine odaklanmaktadır. Kişi-örgüt uyumunun iş tutumları ve davranışlar üzerine olan etkileri sebebiyle uyumsuzluğun nedenlerinin ortaya konulması hem örgütsel davranış ve insan kaynakları yönetimi hem de çalışanların psikolojik sağlığı açısından önemli olmaktadır.

Kişi-örgüt uyumu konusunda dünyaya paralel olarak Türkiye’de de birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda uyum teorisinin farklı boyutları ele alınmıştır (Sağnak, 2004; Sezgin, 2006; Taşdan, 2010; Kılıç, 2010; Pekdemir, Koçoğlu ve Gürkan, 2013; Turunç ve Çelik, 2012; Polatçı ve Cindiloğlu, 2013).Yapılan çalışmaların bir bölümü, kişi-örgüt uyumunun alt boyutlarından değer uyumuna odaklanırken, (Sağnak, 2004; Sezgin, 2006; Taşdan, 2010) diğer bir bölümü ise; iş tatmini, güven, dağıtım adaleti, örgütsel vatandaşlık davranışı, duygusal bağlılık, açık konuşma davranışı, yönetici desteği, iş performansı (Kılıç, 2010; Pekdemir, Koçoğlu ve Gürkan, 2013; Turunç ve Çelik, 2012; Polatçı ve Cindiloğlu, 2013) gibi faktörlerin kişi-örgüt uyumu ile ilişkilerine odaklanmaktadır.

Sezgin (2006) tarafından öğretmenlerin bireysel değerleri ile çalıştıkları okulların örgütsel değerleri arasındaki uyumu ölçme amaçlı bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, çalışma için geliştirilen anket ölçek olarak kullanılmıştır. Araştırma sonuçları, öğretmenlerin kişi-örgüt değer uyumuna ilişkin algıları; mesleki kıdem, okula ilişkin algılanan tutum ve kendini okulun önemli ve değerli bir üyesi olarak hissetme durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılıklar taşıdığını göstermektedir. Ayrıca, iş doyumu yüksek, kendini okulun önemli ve değerli bir üyesi olarak hisseden ve çalıştığı okula bağlılık duyan öğretmenlerin bireysel ve örgütsel değerlerin uyumuna ilişkin algılarının, diğer öğretmenlere oranla daha olumlu olacağı savunulmaktadır.

Taşdan (2010) tarafından yapılan çalışma, Sezgin (2006) tarafından yapılan çalışma ile benzer özellikler taşımaktadır. Türkiye’nin farklı gelişmişlik düzeyine sahip bölgelerinden resmi ve özel okullarda görev yapan öğretmenlerin, bireysel değerleri ile çalıştıkları okulların örgütsel değerleri arasındaki uyum araştırmaya konu edinilmiştir. Araştırmanın bulguları, özel ilköğretim okullarında erkek öğretmenlerin değer uyum düzeyinin, kadın öğretmenlerin değer uyum düzeyinden daha yüksek olduğunu ve resmi ilköğretim okullarında sınıf öğretmenleri ile görev yaptıkları okul arasındaki değer uyum düzeyinin, branş öğretmenlerinin değer uyum düzeyinden daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Turunç ve Çelik (2012) kişi-örgüt uyumunun, dağıtım adaletinin aracılığında iş tatmini ve amire güven ilişkisine yönelik turizm sektöründe bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Araştırmada, kişi-örgüt uyumunu ölçmek için, Netemeyer, Boles, McKee ve McMurrian (1997) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Araştırmada kişi-örgüt uyumunun iş performansını doğrudan ve pozitif olarak etkilediği, ayrıca adalet algısının boyutları olarak prosedür, dağıtım ve etkileşim adaleti ile iş performansı arasındaki ilişkide kişi-örgüt uyumunun aracı rolünün bulunmadığı sonuçlarına ulaşılmaktadır.

Kılıç (2010) gıda üretimi yapan işletmelerde kişisel ve örgütsel değerler arasındaki uyumun, çalışanların iş davranışlarına olan etkilerini araştırdığı çalışması ile kişi-örgüt uyumunun, örgütsel bağlılığı ve iş performansını pozitif yönde etkilediğini savunmaktadır. Kişi-örgüt uyumunu ölçmede, Cable ve Judge (1996) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Çalışmada kişi-örgüt uyumunun, örgütsel bağlılık davranışı ve iş performansı davranışını doğrudan etkilediği görülmüştür. Ayrıca verilerin regresyon analizi ile değerlendirilmesine bağlı olarak kişisel ve örgütsel değerler arasındaki uyum derecesinin artmasına bağlı olarak çalışanların örgütsel bağlılık davranışının da artacağı ve iş performansının da yükseleceği ifade edilmektedir.

Pekdemir, Koçoğlu ve Gürkan (2013) tarafından yapılan çalışmada kişi-örgüt uyumunun, açıkça konuşma davranışı üzerindeki etkisinde algılanan yönetici desteğinin aracılık rolü irdelenmiştir. Kişi-örgüt uyumunu ölçmek için, Netemeyer vd. (1997) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Kişi-örgüt uyumunun açıkça konuşma davranışı ilişkisinde algılanan yönetici desteğinin aracılık rolünün olduğu, kişi-örgüt uyumunun, yönetici desteği algısının ve açıkça konuşma davranışının demografik özelliklere bağlı olarak farklılık gösterdiği ifade edilmiştir. Yöneticilerin çalışanlara nazaran daha yüksek kişi-örgüt uyumu düzeyine sahip olduğu ve bu durumun pozisyonlarına bağlı olarak sorumluluk duygusundan kaynaklandığı, ayrıca yöneticilerin pozisyonlarına bağlı olarak daha rahat fikirlerini ifade edebildikleri çalışmanın diğer bulgularındandır. Örgütler için kişi-örgüt uyumunun artırılmasının yeni fikirlerin ortaya çıkmasını ve ifade edilmesini kolaylaştıracağı bu sebeple örgüt ve yöneticilerin uyumu artıracak sosyalizasyon süreçlerini etkin bir şekilde kullanması gerektiği çalışmanın önerileri arasında yer almaktadır.

Polatçı ve Cindiloğlu (2013) kişi-örgüt uyumunun, duygusal bağlılığın aracılık etkisinde örgütsel vatandaşlık davranışı üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. Çalışmada kişi-örgüt uyumunun ölçülmesinde, Netemeyer vd. (1997) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Araştırmada, kişi-örgüt uyumu ile duygusal bağlılık, duygusal bağlılık ile örgütsel vatandaşlık davranışı arasında doğrudan ilişki olduğu ve kişi-örgüt uyumunun duygusal bağlılık ve örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişkide aracılık ettiği hipotezleri öne sürülmüştür. Araştırmanın bulguları kişi-örgüt uyumu, örgütsel vatandaşlık davranışı ve duygusal bağlılığın aralarında anlamlı bir ilişki olduğu ve kişi-örgüt uyumu ile örgütsel bağlılık ilişkisinde duygusal bağlılığın aracılık rolü oynadığını göstermiştir. Bu sebeple, çalışanların görev tanımlarının dışına çıkarak, fazladan başarı sağlamalarının ve fazladan çalışmaya gönüllü olmalarının örgütle olan bütünleşmede yeterli olmadığı görüşü savunularak, çalışan ve örgüt arasında duygusal bağ oluşumunun örgütsel vatandaşlık davranışı sergileme eğilimini artıracığı fikri ifade edilmiştir.

Benzerlik ve bütünleyici uyumun ölçümünde Piasentin ve Chapman (2007) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Araştırmanın bulgularına göre kişilerin benzerlik ve bütünleyici uyum algıları örgüte yönelik duygusal bağlılığı doğrudan artırmakta ve bu artış duygusal bağlılığı iş tatmini aracılığıyla da pozitif yönde etkilemektedir. Çalışmada bütünleyici uyumunun işten ayrılma niyeti üzerinde doğrudan bir etkisinin bulunmaması sebebiyle ikinci hipotez kısmen kabul edilerek, çalışanların yüksek düzey iş tatminine sahip olmasının işten ayrılma niyetlerini negatif olarak etkilediği ve işinden tatmin olan çalışanın işten ayrılma niyeti göstermediği veya çok az gösterdiği görüşü savunulmuştur.

Kişi Örgüt Uyumu- Örgüt Kültürü İlişkisi

Görünen ve görünmeyen öğelerden meydana gelen örgüt kültürü örgüt dili, hikaye ve mitler, törenler, lider ve kahramanlar, ritüeller, metaforlar, semboller, normlar, değerler, inançlar, varsayımlar ve örf-adetlerin bir bileşkesi formundadır. Bu bileşenler örgüt üyelerine rollerini tanıma, başka üyelerin

rollerini tanıtmaya, kimin nerede, nasıl hareket etmesi gerektiği konusunda yol gösterici olur. Söz konusu bileşenler içinde değerlerin önemi görece daha yüksektir. Hofstede (1980) değerlerin hem toplulukların hem de bireylerin özellikleri olduğunu ve değerlerin bir topluluğun kültürünü belirlediğini söylemektedir.

Rokeach'a göre değerler zihinsel, duygusal ve davranışsal olma özelliklerine sahiptir. Değerler, insanların davranışlarını yönlendirici bir özelliğe sahiptir (Turgut, 1998). Bu nedenle örgüt kültüründe etkisi görece yüksek olan değerler, kişilerin kurumlarına yönelik tutum ve davranışlarını etkileyebilecek niteliktedir. Literatür incelediğinde, kişi-örgüt uyumunun ortaya çıkmasında kişi ve örgüt bileşenleri (değer, amaç, kişilik, örgütsel iklim,, ihtiyaçlar, sağlanan vs.) arasındaki benzerliğe ya da farklılığa, diğer bir ifade ile benzerlik uyumu ya da tamamlayıcılık uyumu türüne göre bir uyum olgusu belirlenmiş ve ölçümlenmeye çalışılmıştır. Kişi-örgüt uyum araştırmalarında görece en çok çalışılan uyum türü değer uyumu olmuştur. Kültürü oluşturmada en etkili bileşenlerden biri olan değerlerin, kişi-örgüt uyumunun ortaya çıkmasında bu nedenle doğrudan bir etki göstermesi beklenebilecektir. Uyumun hem örgüt hem birey bileşeni olan değerler, kültürün içeriğindeki görece en yoğun bileşen olan değerler nedeniyle doğrudan örgüt kültüründen etkilenebilecektir.

Örgütsel düzeyde değer; bir değer oluşturmak için örgüt desteğinin farkında olan örgütsel üyelerin çoğunluğu tarafından belirlenen örgütsel bir üründür (Chatman, 1989). Örgütsel değerler, örgüt üyelerinin durum, eylem, obje ve bireyleri, olumlu ya da olumsuz şekilde yargılamada kullandıkları ölçütler olup bir kurumun genel amaçlarını ve standartlarını yansıtır (Şişman, 1994; Ulutaş, 2010). Paylaşılan değerler, kurumun kimliğini, ne yaptığını, neler yapabileceğini ve kurumun diğerlerinden farklılığını gösterir (Ülgen, Mirze, 2004). Örgütte kültür oluşumuna katkıda bulunan bazı belirleyici değerler: a) teknik değerler: Fiziksel olaylara, bilime ve mantığa dayanır. b) ekonomik değerler: Arz ve talep tarafından belirlenen pazar değerlerine dayanır. c) sosyal değerler: Grup ve örgüt psikolojisine dayanır. d) psikolojik değerler: Bireylerin kişisel ihtiyaçlarına dayanır. e) politik değerler: Ülkenin idare şekli ve başlıca devlet politikalarına dayanır. f) estetik değerler: Güzellikle ilgili algılamaya dayanır. g) ahlaki değerler: Çevreden alınan genel ahlak, örf, adet ve gelenekler ile aile eğitimine dayanır. h) dini değerler: Bireylerin bağlı oldukları din ve bununla ilgili inançlara dayanır (Öztürk, 2003). Kurum üyelerince söz konusu değerlere bağlı olarak ilişkilendirilecek örgüt kültürü, çalışanlarca buldukları kurumlara yönelik geliştirecekleri tutumları etkileyebilecektir. Örneğin

Peters ve Waterman (1982) kalite, hizmet, çalışanlara önem verme, inovasyon değerlerini önemseyen bir örgüt kültürünün kurum üyelerinin bağlılıklarını, tatmin ve performans düzeylerini arttırdığını saptamıştır. Sommer ve diğ. (1996) destekleyici, hataların hoş görüldüğü ve samimi bir iklimin ve kişilere tanımlanmış sorumlulukların hakim olduğu örgüt kültürünün çalışanların kuruma bağlılıklarını arttırdığını saptamıştır. Tepeci (2001: 92) yaptığı araştırmada çalışanlarca algılanan kültür boyutlarından dürüstlük ve insan yönelimli olmanın iş tatmini, kurumda kalma isteği ve kurumu başkalarına önermede isteklilik tutumunu arttırdığını saptamıştır.

Örgütsel değerler, kurumun yer aldığı sektör ve iş koluna, temel faaliyet alanına, kurum üyelerinin mesleklerine bağlı olarak ortaya çıkacak iş değerlerine, çalışanların deneyimledikleri tecrübeler ve kıdemlerine bağlı olarak oluşum göstermektedir. Jurgensen (1978), deneyimli çalışanların firma itibarı ve güvenliğe, diğerlerinin ise ücret, çalışma arkadaşları ile ilişkiler ve çalışma ortamına verdikleri

değerin daha yüksek düzeyde olduğunu belirlemiştir. Hizmet sektöründe çalışanların iş değerlerinin incelendiği bir çalışmaya göre çalışma hayatında 11 yıl ve daha fazla deneyimli olanlar, 1-5 yıl kıdemli olanlara oranla duygusal değerlere daha çok önem vermektedirler.

Çeşitli araştırmalarda bağımlı (Mutdoğan, 2011; Bektaş, 2016; Aygündüz, 2003, Argun, 2007), bağımsız (Tuna 2014, Ulutaş, 2010; Ünal, 2013; Durmuşçelebi, 2017), şartlı (Elden, 2016) ya da aracı değişken (Gür, 2014; Özgen, 2016) konumunda olabilen kişi-örgüt uyumunun, doğrudan örgüt kültürüne bağlı gelişimini inceleyen araştırma (Tepeci, 2011) sayısı son derece sınırlıdır. Örgüt kültürü, üyelerin kendilerini örgütün politikaları ve misyonu ile ilişkilendirecekleri ve kendileri bir parçası hissedecekleri kurum için bir kolektif kimlik oluşturur (Hosftede, 1998, Peters, Waterman, 1982, Tepeci, 2001, 14). Örgüt kültürü ile ortaya çıkacak bu kolektif kimliğe kurum üyelerinin uyumlu davranışları beklenen bireysel düzeyde bir tutumdur. Kolektif örgüt kimliği ile üyelerce geliştirilecek uyumlu bir tutum kişi-örgüt uyumudur. Örgüt kültürü bireylerin kolektif kimlikle kendilerini bir üyesi olarak gördüklerin kurumda, algıladıkları birey-örgüt uyumları bu bağlamda örgüt kültürü boyutlarından doğrudan etkilenebilecektir. Örgütün iç çevre bileşenlerinden bir olan örgüt kültürü, kurumun dış çevresi ile uyumu sağlamak adına örgütsel uygulamaları da şekillendirecek nitelikte olduğundan kurum genelinde arzu edilen/edilmeyen davranış ve tutumların sürdürülmesinde/engellenmesinde örgütsel düzeneklerin ve kurum içi uygulamaların çalışanlarca nasıl algılandığına bağlı olarak değerlendirilecektir. Tanımlanacak örgüt kültürü boyutlarına bağlı olarak söz konusu uygulamalardan hoşnut olan/olmayan personelin uyum/uyumsuzluğu bu örgüt kültürü boyutlarının değerlendirilmesine doğrudan bağlı olabilecektir.

Kültürün oluşturduğu bu informal yapı ve etkileşimde olduğu formal yapı kurum üyelerince tanımlanacak söz konusu kültür boyutları ile değerlendirebilecektir (O'Reilly, Chatman, 1996). Bu açıdan, kurumdaki resmi ya da informal uygulamalar örgüt kültürünün yansıyan/yansıtıcı işlevi ile bireylerce değerlendirilecek; kişi memnuniyet sağlamadığı, uygulama düzeyinden hoşnut duymadığı ya da eksik bulduğu kültür boyutlarına bağlı olarak geliştireceği algı ile kendini bulunduğu kuruma uyumsuz olarak hissedebilecektir.

4. Yöntem

Bu çalışmada, nicel araştırma yöntemi kullanılmış olup nicel araştırma tekniklerinden olan tarama yöntemi tercih edilmiştir. Tarama araştırmaları “Bir konuya ya da olaya ilişkin katılımcıların görüşlerinin ya da ilgi, beceri, yetenek, tutum vb. özelliklerinin belirlendiği genellikle diğer araştırmalara göre daha büyük örneklem üzerinde yapılan araştırmalar” şeklinde ifade edilebilir (Karasar 2015, s.122).

4.1. Evren ve Örneklem

Çalışma Ankara İlinde yer alan bir kamu bankası çalışanlarının örgütleri ile olan uyum düzeyleri (Kişi-Örgüt Uyumu) ile örgüt kültürü ilişkisini kapsamaktadır. Araştırmanın evreni toplam 2745 çalışandan oluşmaktadır. Araştırmanın örnekleme evren sayısı belli olan örneklem hesaplama yöntemi ile hesaplanmıştır. Hesaplama aşağıdaki formülle gerçekleştirilmiştir.

$$N = Nt^2\sigma / d^2(N-1) + t^2\sigma$$

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örneklem alınacak birey sayısı

σ = Evren standart sapması.Çoğunlukla bilinmediği için örneklemin standart sapması kullanılır.
 t = Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer.
 d = Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma olarak simgelenmiştir.

Yukarıdaki formül ile yapılan hesaplama sonrasında evreni temsil eden örneklem sayısı 338 olarak hesaplanmış ve çalışma evrenden kolayda örnekleme yöntemi ile seçilen 345 banka çalışanından oluşmuştur.

4.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmada sınanacak olan hipotezler aşağıda belirtilmiştir.

H1, Katılımcıların kişi-örgüt uyumu düzeyleri sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

H1a, Katılımcıların kişi-örgüt uyumu düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

H1b, Katılımcıların kişi-örgüt uyumu düzeyleri yaşlarına göre farklılık göstermektedir.

H1c, Katılımcıların kişi-örgüt uyumu düzeyleri medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.

H1d, Katılımcıların kişi-örgüt uyumu düzeyleri aylık gelir düzeylerine göre farklılık göstermektedir.

H1e, Katılımcıların kişi-örgüt uyumu düzeyleri şuanki işyerinde çalışma sürelerine göre farklılık göstermektedir.

H1f, Katılımcıların kişi-örgüt uyumu düzeyleri mesleki tecrübelerine göre farklılık göstermektedir.

H2, Katılımcıların örgüt kültürü düzeyleri sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

H2a, Katılımcıların örgüt kültürü düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

H2b, Katılımcıların örgüt kültürü düzeyleri yaşlarına göre farklılık göstermektedir.

H2c, Katılımcıların örgüt kültürü düzeyleri medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.

4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, örnekleme yer alan bireyler bu bireylerin veri toplama araçlarına belirttikleri görüşler ile sınırlıdır.

4.4. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmada örneklemin evreni temsil ettiği, veri toplama araçlarının araştırmanın amacını karşıladığı ve örnekleme yer alan bireylerin veri toplama araçlarına doğru ve samimi görüş bildirdikleri varsayılmaktadır.

4.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarından ilki Arslan vd. (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmada kullanılan “Kişi-Örgüt Uyumu Ölçeği”dir. Ölçek 5’li likert tipinde tek boyut ve 4 ifadeden oluşan ölçektir.

Diğer ölçek ise Cameron ve Quinn (2006) tarafından geliştirilmiş olan geçerliliği kanıtlanmış ve alan yazında yaygın olarak kullanılan örgütsel kültür değerlendirme ölçeğidir. Araştırma kapsamında ise Aktan ve Aydın (2016) tarafından geliştirilerek düzenlenmiş olan ölçek kullanılmıştır. İlgili alan yazında rekabetçi değerler modeli örgüt kültürü ölçeği olarak bilinen bu ölçek; her biri ayrı bir kültür boyutunu temsil eden Klan, Adhokrasi, Pazar, Hiyerarşi Kültürü olmak üzere dört alt bölümden oluşmaktadır. Bu ölçekte her bir örgüt kültürü tipini belirlemeye yönelik altı ifadeye ve toplamda da yirmi dört ifadeye yer verilmiştir.

4.6. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22.0 İstatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yönteminden faydalanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Bağımsız örnekler (Independent samples) t testi, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin tespit edilmesinde korelasyon analizi uygulanmıştır. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4.7. Bulgular

4.7.1. Güvenilirlik Analizi

Tablo 3. Kişi Örgüt Uyumu Ölçeği Güvenilirlik Analizi

Cronbach's Alpha	N
,935	4

Araştırmada elde edilen kişi örgüt uyumuna ilişkin verilerin güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's Alpha katsayısının 0,935 düzeyinde olduğu ve verilerin yüksek düzeyde güvenilir olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Örgüt Kültürü Ölçeği Güvenilirlik Analizi

Cronbach's Alpha	N
,978	24

Araştırmada elde edilen örgüt kültürüne ilişkin verilerin güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's Alpha katsayısının 0,978 düzeyinde olduğu ve verilerin yüksek düzeyde güvenilir olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. Kişi Örgüt Uyumu Ölçeği Normallik Dağılımı

	N	Ort.	Std. Sapma	Çarpıklık	Basıklık
KÖU1	345	3,1478	1,24763	-,210	,131
KÖU2	345	3,0580	1,18719	,013	,131
KÖU3	345	2,9681	1,24435	-,103	,131
KÖU4	345	3,1043	1,32972	-,193	,131
Valid N (listwise)	345				

Kişi örgüt uyumu ölçeğinden elde edilen verilerin normal dağılımı çarpıklık – basıklık katsayıları ile incelenmiştir. Analiz neticesinde çarpıklık-basıklık değerlerinin -1,5 ~+1,5 aralığında olduğu ve verilerin normal dağıldığı görülmektedir. Bu sonuç ölçek verilerine parametrik testlerin uygulanmasının uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 5).

Tablo 6. Örgüt Kültürü Ölçeği Normallik Dağılımı

	N	Ort.	Std. Sapma	Çarpıklık	Basıklık
ÖRGÜL1KLAN	345	3,2348	1,24123	-,390	,131
ÖRGÜL2ADH	345	2,9623	1,14439	,004	,131
ÖRGÜL3HİY	345	3,3565	1,18020	-,646	,131
ÖRGÜL4PAZ	345	3,5913	1,20485	-,727	,131
ÖRGÜL5KLAN	345	3,1594	1,17165	-,368	,131
ÖRGÜL6ADH	345	3,0754	1,15139	-,194	,131
ÖRGÜL7HİY	345	3,3420	1,12792	-,629	,131
ÖRGÜL8PAZ	345	3,2928	1,11208	-,509	,131
ÖRGÜL9KLAN	345	3,1130	1,17705	-,264	,131
ÖRGÜL10ADH	345	3,1420	1,14379	-,257	,131
ÖRGÜL11HİY	345	3,3449	1,14875	-,611	,131
ÖRGÜL12PAZ	345	3,3652	1,16387	-,633	,131
ÖRGÜL13KLAN	345	3,4348	1,24216	-,495	,131
ÖRGÜL14ADH	345	3,1594	1,19377	-,259	,131
ÖRGÜL15HİY	345	3,3391	1,19753	-,402	,131
ÖRGÜL16PAZ	345	3,2261	1,22991	-,382	,131
ÖRGÜL17KLAN	345	3,2986	1,27161	-,439	,131
ÖRGÜL18ADH	345	3,2319	1,19038	-,384	,131
ÖRGÜL19HİY	345	3,4087	1,15307	-,720	,131
ÖRGÜL20PAZ	345	3,5130	1,15158	-,750	,131
ÖRGÜL21KLAN	345	3,3159	1,20869	-,487	,131
ÖRGÜL22ADH	345	3,2348	1,20799	-,410	,131
ÖRGÜL23HİY	345	3,2609	1,17696	-,432	,131
ÖRGÜL24PAZ	345	3,4232	1,12091	-,567	,131
Valid N (listwise)	345				

Örgüt kültürü ölçeğinden elde edilen verilerin normal dağılımı çarpıklık – basıklık katsayıları ile incelenmiştir. Analiz neticesinde çarpıklık-basıklık değerlerinin -1,5 ~+1,5 aralığında olduğu ve verilerin normal dağıldığı görülmektedir. Bu sonuç ölçek verilerine parametrik testlerin uygulanmasının uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 6).

4.7.2. Demografik Özellikler Dair Bilgiler

Tablo 7. Demografik Özelliklere Göre Dağılım

		Frekans	Yüzde			Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	190	55,1	Medeni Durum	Bekar	105	30,4
	Erkek	155	44,9		Evli	240	69,6
	Total	345	100,0		Total	345	100,0
Yaş	18-25 Yaş	25	7,2	Gelir	3000 TL ve Altı	84	24,3
	26-35 Yaş	172	49,9		3001-6000 TL	207	60,0
	36-45 Yaş	96	27,8		6001 TL ve üstü	54	15,7
	46-55 Yaş	27	7,8		Total	345	100,0
	56 ve üzeri	25	7,2				
Toplam Süre	1 Yıla Kadar	34	9,9	Kurum Süre	1 Yıla Kadar	22	6,4
	1-3 Yıl	65	18,8		1-3 Yıl	34	9,9
	4-6 Yıl	63	18,3		4-6 Yıl	67	19,4
	7-9 Yıl	78	22,6		7-9 Yıl	72	20,9
	10 Yıl üstü	105	30,4		10 Yıl üstü	150	43,5
	Total	345	100,0		Total	345	100,0

Araştırma katılımcılarının demografik özelliklerine bakıldığında %55,1'inin kadın %44,9'unun erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun 26-45 yaş aralığındadır. Katılımcılar %49,9'u 26-35 Yaş, %27,8'inin ise 36-45 yaş aralığındadır. Katılımcıların %69,6'sı evli, %30,4'ü ise bekar şeklinde dağılmıştır. Katılımcıların gelir durumlarına göre dağılımına bakıldığında yüksek oranda, %60 düzeyinde 3001-6000 TL aralığındadır. Katılımcılar toplam çalışma sürelerine göre de kurum sürelerine göre de en yüksek düzeyde 5 yıldan üzeri şeklinde dağılmıştır (Tablo 7).

4.7.3. Araştırmanın Hipotezlerine Dair Bulgular

Tablo 8. Örgüt Kültürü ve Kişi Örgüt Uyumu Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Farklılık Analizi

	Cinsiyet	N	Ort.	Std. Sapma	t	Sig.p.
Klan Kültürü	Kadın	190	3,1632	1,05729	-1,910	0,057
	Erkek	155	3,3774	1,00989		
Adhokrasi Kültürü	Kadın	190	3,0895	1,04127	-0,914	0,362
	Erkek	155	3,1892	,96793		
Hiyerarşi Kültürü	Kadın	190	3,3298	1,03196	-0,251	0,802
	Erkek	155	3,3570	,95789		
Pazar Kültürü	Kadın	190	3,3518	1,02788	-1,043	0,298
	Erkek	155	3,4634	,93922		
Örgüt Kültürü	Kadın	190	3,2336	,99553	-1,089	0,277
	Erkek	155	3,3468	,91617		
Kişi Örgüt Uyumu	Kadın	190	2,8803	1,14945	-3,448	0,001
	Erkek	155	3,3016	1,10331		

Araştırma katılımcılarının örgüt kültürü ve kişi örgüt uyumu düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılıkları Bağımsız T-Testi ile incelenmiştir. Analizler neticesinde kadınların kişi örgüt uyumu

düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Sig.p. < 0,05) (Tablo 8). Bu durum kamu bankalarında çalışan kadınlar erkeklere göre örgütleri ile uyumunun daha yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo 9. Örgüt Kültürü ve Kişi Örgüt Uyumu Düzeylerinin Yaşlarına Göre Farklılık Analizi

		N	Ort.	Std. Sapma	F	Sig.p.
Klan Kültürü	18-25 Yaş	25	3,1200	1,31456	0,229	0,922
	26-35 Yaş	172	3,2926	,95834		
	36-45 Yaş	96	3,2309	1,06000		
	46-55 Yaş	27	3,2037	1,07847		
	56 ve üzeri	25	3,3400	1,22047		
	Total	345	3,2594	1,04026		
Adhokrasi Kültürü Ort	18-25 Yaş	25	3,0533	1,15241	0,125	0,973
	26-35 Yaş	172	3,1405	,95927		
	36-45 Yaş	96	3,1076	,99853		
	46-55 Yaş	27	3,2284	1,08913		
	56 ve üzeri	25	3,1733	1,20327		
	Total	345	3,1343	1,00876		
Hiyerarşi Kültürü	18-25 Yaş	25	3,1667	1,15770	1,483	0,207
	26-35 Yaş	172	3,4234	,97004		
	36-45 Yaş	96	3,1684	,91046		
	46-55 Yaş	27	3,4321	1,12495		
	56 ve üzeri	25	3,5267	1,15538		
	Total	345	3,3420	,99802		
Pazar Kültürü	18-25 Yaş	25	3,1600	1,19556	0,759	0,552
	26-35 Yaş	172	3,4399	,95067		
	36-45 Yaş	96	3,3420	,90365		
	46-55 Yaş	27	3,4198	1,16150		
	56 ve üzeri	25	3,5933	1,15678		
	Total	345	3,4019	,98918		
Örgüt Kültürü	18-25 Yaş	25	3,1250	1,18451	0,492	0,742
	26-35 Yaş	172	3,3241	,90867		
	36-45 Yaş	96	3,2122	,92122		
	46-55 Yaş	27	3,3210	1,07435		
	56 ve üzeri	25	3,4083	1,12455		
	Total	345	3,2844	,96097		
Kişi Örgüt Uyumu	18-25 Yaş	25	2,6200	,81048	1,534	0,192
	26-35 Yaş	172	3,0538	1,14182		
	36-45 Yaş	96	3,2188	1,20811		
	46-55 Yaş	27	2,9444	1,12731		
	56 ve üzeri	25	3,1900	1,18866		
	Total	345	3,0696	1,14670		

Araştırma katılımcılarının örgüt kültürü ve kişi örgüt uyumu düzeylerinin yaşlarına göre farklılıkları Tek Yönlü ANOVA ile incelenmiştir. Analizler neticesinde katılımcılarının örgüt kültürü ve kişi örgüt uyumu düzeylerinin yaşlarına göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Sig.p. > 0,05) (Tablo 9). Elde edilen bu sonuç hem örgüt kültürünün hem de kişi-örgüt uyumunun yaş bazında homojen olduğunu, yaşa göre bu iki değişkenin de farklılaşmadığını göstermektedir.

Tablo 10. Örgüt Kültürü ve Kişi Örgüt Uyumu Düzeylerinin Medeni Durumlarına Göre Farklılık Analizi

	Medeni	N	Ort.	Std. Sapma	t	Sig.p.
Klan Kültürü	Bekar	105	3,0746	1,06843	-2,195	0,029
	Evli	240	3,3403	1,01943		
Adhokrasi Kültürü	Bekar	105	3,0286	1,06354	-1,289	0,198
	Evli	240	3,1806	,98255		
Hiyerarşi Kültürü	Bekar	105	3,3825	1,06942	0,498	0,619
	Evli	240	3,3243	,96693		
Pazar Kültürü	Bekar	105	3,3492	1,10446	-0,654	0,513
	Evli	240	3,4250	,93584		
Örgüt Kültürü	Bekar	105	3,2087	1,01467	-0,968	0,334
	Evli	240	3,3175	,93677		
Kişi Örgüt Uyumu	Bekar	105	2,7238	1,11907	0,996	0,000
	Evli	240	3,2208	1,12790		

Araştırma katılımcılarının örgüt kültürü ve kişi örgüt uyumu düzeylerinin medeni durumlarına göre farklılıkları Bağımsız T-Testi ile incelenmiştir. Analizler neticesinde evli katılımcıların örgüt kültürü alt boyutlarından klan kültürü düzeyleri ile kişi örgüt uyumu düzeylerinin bekar katılımcılara göre daha düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Sig.p. < 0,05) (Tablo 10). Bu sonuç araştırma örneklemindeki evli kamu bankası çalışanlarının bekarlara göre kurumlarıyla daha uyumlu olduklarını göstermektedir.

Tablo 11. Örgüt Kültürü ve Kişi Örgüt Uyumu Düzeylerinin Gelir Durumlarına Göre Farklılık Analizi

		N	Ort.	Std. Sapma	F	Sig.p.
Klan Kültürü	3000 TL ve Altı**	84	3,4762	1,11012	6,252	0,002
	3001-6000 TL**	207	3,2786	,94820		
	6001 TL ve üstü*	54	2,8488	1,16251		
	Total	345	3,2594	1,04026		
Adhokrasi Kültürü Ort	3000 TL ve Altı**	84	3,4306	1,01535	6,537	0,002
	3001-6000 TL*	207	3,0950	,95480		
	6001 TL ve üstü*	54	2,8241	1,09717		
	Total	345	3,1343	1,00876		
Hiyerarşi Kültürü	3000 TL ve Altı**	84	3,6250	,99526	7,447	0,001
	3001-6000 TL*	207	3,3245	,92857		
	6001 TL ve üstü*	54	2,9691	1,13690		
	Total	345	3,3420	,99802		
Pazar Kültürü	3000 TL ve Altı**	84	3,6349	,97953	6,185	0,002
	3001-6000 TL**	207	3,4026	,93045		
	6001 TL ve üstü*	54	3,0370	1,12326		
	Total	345	3,4019	,98918		
Örgüt Kültürü	3000 TL ve Altı**	84	3,5417	,99312	7,155	0,001
	3001-6000 TL*	207	3,2752	,88167		
	6001 TL ve üstü*	54	2,9198	1,08960		
	Total	345	3,2844	,96097		
Kişi Örgüt Uyumu	3000 TL ve Altı	84	3,1190	1,26257	0,271	0,763
	3001-6000 TL	207	3,0326	1,07536		
	6001 TL ve üstü	54	3,1343	1,23692		
	Total	345	3,0696	1,14670		

Araştırma katılımcılarının örgüt kültürü ve kişi örgüt uyumu düzeylerinin gelir durumlarına göre farklılıkları Tek Yönlü ANOVA ile incelenmiştir. Analizler neticesinde katılımcılarının örgüt kültürü ve kişi örgüt uyumu düzeylerinin gelir durumlarına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Sig.p. < 0,05) (Tablo 11). Söz konusu farklılıkların hangi gelir grupları arasındaki farklılıktan meydana geldiğinin tespiti için gerçekleştirilen post-hoc (Tukey testi) analizi neticesinde,

- 3000 TL ve altı ile 3001-6000 TL ve arası gelire sahip olan katılımcıların örgüt kültürü alt boyutları klan kültürü, Pazar kültürü ve genel örgüt kültürü düzeylerinin 6001 TL üstünde olanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu,
- 3000 TL ve altı gelire sahip olanlara göre örgüt kültürü alt boyutu adhokrasi kültürü ve hiyerarşi kültürü düzeylerinin diğer katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Genel olarak değerlendirildiğinde elde edilen sonuç örgüt kültürünün benimsenmesinde gelir durumu arttıkça bir azalma olduğunu göstermektedir.

Tablo 12. Örgüt Kültürü ve Kişi Örgüt Uyumu Düzeylerinin Kurum Çalışma Sürelerine Göre Farklılık Analizi

		N	Ort.	Std. Sapma	F	Sig.p.
Klan Kültürü	1 Yıla Kadar	34	3,1471	1,28823	4,666	0,001
	1-3 Yıl**	65	3,5795	,85650		
	4-6 Yıl*	63	2,9101	,91229		
	7-9 Yıl**	78	3,4679	,94779		
	10 Yıl üstü	105	3,1524	1,11973		
	Total	345	3,2594	1,04026		
Adhokrasi Kültürü	1 Yıla Kadar	34	3,1324	1,19256	6,084	0,000
	1-3 Yıl**	65	3,4205	,94745		
	4-6 Yıl*	63	2,7672	,85433		
	7-9 Yıl**	78	3,4231	,95524		
	10 Yıl üstü*	105	2,9635	1,01326		
	Total	345	3,1343	1,00876		
Hiyerarşi Kültürü	1 Yıla Kadar	34	3,3382	1,20289	5,086	0,001
	1-3 Yıl**	65	3,7077	,80527		
	4-6 Yıl*	63	3,0873	,97590		
	7-9 Yıl	78	3,5150	,90898		
	10 Yıl üstü*	105	3,1413	1,03486		
	Total	345	3,3420	,99802		
Pazar Kültürü	1 Yıla Kadar	34	3,3235	1,19337	3,706	0,006
	1-3 Yıl**	65	3,6564	,83171		
	4-6 Yıl*	63	3,1270	,98634		
	7-9 Yıl*	78	3,6090	,90725		
	10 Yıl üstü	105	3,2810	1,01703		
	Total	345	3,4019	,98918		
Örgüt Kültürü	1 Yıla Kadar	34	3,2353	1,19561	5,231	0,000
	1-3 Yıl**	65	3,5910	,79563		
	4-6 Yıl*	63	2,9729	,87916		
	7-9 Yıl**	78	3,5037	,87792		
	10 Yıl üstü*	105	3,1345	1,00144		
	Total	345	3,2844	,96097		
Kişi Örgüt Uyumu	1 Yıla Kadar*	34	2,3529	,97335	4,570	0,001
	1-3 Yıl**	65	3,2615	,92537		
	4-6 Yıl**	63	3,0119	1,19342		
	7-9 Yıl**	78	3,2660	1,24338		
	10 Yıl üstü**	105	3,0714	1,14287		
	Total	345	3,0696	1,14670		

Araştırma katılımcılarının örgüt kültürü ve kişi örgüt uyumu düzeylerinin kurum çalışma süresine göre farklılıkları Tek Yönlü ANOVA ile incelenmiştir. Analizler neticesinde katılımcılarının örgüt kültürü



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

ve kişi örgüt uyumu düzeylerinin kurum çalışma sürelerine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Sig.p. < 0,05). Söz konusu farklılıkların hangi gruplar arasındaki farklılıktan meydana geldiğinin tespiti için gerçekleştirilen post-hoc (Tukey testi) analizi neticesinde (Tablo 12);

- 1-3 yıl ve 7-9 yıl aralığında çalışma süresine sahip olan katılımcıların klan kültürü, adhokrasi kültürü ve genel örgütsel kültür düzeylerinin 4-6 Yıl aralığındaki katılımcılara göre daha yüksek,
- 1-3 yıl aralığında çalışma süresine sahip olan katılımcıların hiyerarşi kültürü ve pazar kültürü düzeylerinin 4-6 Yıl ve 7-9 yıl aralığındaki katılımcılara göre daha yüksek,
- 1-3 yıl aralığında çalışma süresine sahip olan katılımcıların kişi örgüt uyumu düzeylerinin 3- diğer katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Elde edilen sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde kurumda kısa süredir çalışanların hem kişi-örgüt uyumu düzeylerinin hem de örgüt kültürüne dair görüşlere katılımlarının kurumda çalışanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 13. Örgüt Kültürü ve Kişi Örgüt Uyumu Düzeylerinin Toplam Çalışma Sürelerine Göre Farklılık Analizi

		N	Ort.	Std. Sapma	F	Sig.p.
Klan Kültürü	1 Yıla Kadar	22	3,2424	1,49490	2,238	0,065
	1-3 Yıl	34	3,6373	,79822		
	4-6 Yıl	67	3,0100	,91971		
	7-9 Yıl	72	3,3426	,90204		
	10 Yıl üstü	150	3,2478	1,10263		
	Total	345	3,2594	1,04026		
Adhokrasi Kültürü	1 Yıla Kadar	22	3,1591	1,34565	4,581	0,001
	1-3 Yıl**	34	3,6373	,83934		
	4-6 Yıl*	67	2,7711	,94941		
	7-9 Yıl	72	3,2130	,80648		
	10 Yıl üstü	150	3,1411	1,05298		
	Total	345	3,1343	1,00876		
Hiyerarşi Kültürü	1 Yıla Kadar	22	3,2500	1,37701	3,424	0,009
	1-3 Yıl**	34	3,9118	,65679		
	4-6 Yıl*	67	3,2015	1,03253		
	7-9 Yıl	72	3,3704	,82708		
	10 Yıl üstü*	150	3,2756	1,02449		
	Total	345	3,3420	,99802		
Pazar Kültürü	1 Yıla Kadar	22	3,2727	1,40252	2,504	0,042
	1-3 Yıl**	34	3,8333	,72937		
	4-6 Yıl*	67	3,1940	,98883		
	7-9 Yıl	72	3,4259	,81884		
	10 Yıl üstü	150	3,4044	1,02310		
	Total	345	3,4019	,98918		
Örgüt Kültürü	1 Yıla Kadar	22	3,2311	1,39139	3,252	0,012
	1-3 Yıl**	34	3,7549	,70828		
	4-6 Yıl*	67	3,0442	,90048		
	7-9 Yıl	72	3,3380	,78615		
	10 Yıl üstü	150	3,2672	1,00788		
	Total	345	3,2844	,96097		
Kişi Örgüt Uyumu	1 Yıla Kadar*	22	2,2955	1,00486	3,984	0,004
	1-3 Yıl	34	2,9118	1,17725		
	4-6 Yıl**	67	3,0784	,99450		
	7-9 Yıl	72	2,9722	1,18942		
	10 Yıl üstü**	150	3,2617	1,15688		
	Total	345	3,0696	1,14670		

Araştırma katılımcılarının örgüt kültürü ve kişi örgüt uyumu düzeylerinin toplam çalışma süresine göre farklılıkları Tek Yönlü ANOVA ile incelenmiştir. Analizler neticesinde katılımcılarının örgüt kültürü ve kişi örgüt uyumu düzeylerinin toplam çalışma sürelerine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Sig.p. < 0,05). Söz konusu farklılıkların hangi gruplar arasındaki farklılıktan meydana geldiğinin tespiti için gerçekleştirilen post-hoc (Tukey testi) analizi neticesinde (Tablo 13);

- 1-3 yıl aralığında çalışma süresine sahip olan katılımcıların adhokrasi kültürü ve pazar kültürü düzeylerinin 4-6 Yıl aralığındaki katılımcılara göre daha yüksek,
- 1-3 yıl aralığında çalışma süresine sahip olan katılımcıların hiyerarşi kültürü düzeylerinin 4-6 Yıl ve 10 yıl ve üzerindeki katılımcılara göre daha yüksek,
- 10 yıl ve üzeri ile 4-6 Yıl aralığında çalışma süresine sahip olan katılımcıların kişi örgüt uyumu düzeylerinin 1 yıla kadar çalışma süresine sahip olan katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Toplam çalışma süresinde elde edilen sonuçlar örgüt kültürü bazında kurum çalışma süreleri ile paralellik göstermekte ancak kişi örgüt uyumu noktasında toplam çalışma süresi yüksek olan banka çalışanlarının örgütle daha uyumlu oldukları görülmektedir. Bu durum kişi örgüt uyumunda tecrübe faktörünün etkili olduğunu göstermektedir.

Tablo 14. Örgüt Kültürü ve Kişi Örgüt Uyumu İlişkisi

		Klan Kültürü	Adhokrasi Kültürü	Hiyerarşi Kültürü	Pazar Kültürü	Örgüt Kültürü	Kişi Örgüt Uyumu
Klan Kültürü	r	1					
Adhokrasi Kültürü	r	,925**	1				
Hiyerarşi Kültürü	r	,818**	,815**	1			
Pazar Kültürü	r	,896**	,865**	,938**	1		
Örgüt Kültürü	r	,956**	,947**	,936**	,970**	1	
Kişi Örgüt Uyumu	r	,641**	,609**	,492**	,573**	,608**	1
	p	,000	,000	,000	,000	,000	

Kişi Örgüt uyumu ile örgüt kültürü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği korelasyon analizine göre kişi örgüt uyumu ile örgüt kültürü arasında pozitif yönlü ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 14). Bu sonuç çalışanların örgüt kültürünü benimseme düzeyleri arttıkça örgüt ile uyum düzeylerinin de artacağını göstermektedir.

Tablo 15. Örgüt Kültürü ve Kişi Örgüt Uyumu Regresyon Analizi

Model		Unstandardized		Standardized		R ²	Durbin Watson
		Coefficients		Coefficients			
		B	Std. Error	Beta	t	Sig.	
1	(Constant)	1,719	,118		14,614	,000	0,370
	Kişi Örgüt Uyumu	,510	,036	,608	14,199	,000	

a. Dependent Variable, Örgüt Kültürü

Kişi örgüt uyumunun örgüt kültürü üzerindeki etkisinin incelendiği regresyon analizine göre bireylerin kişi örgüt uyumları örgüt kültürü %37 düzeyinde etkilemektedir. Başka bir ifade ile örgüt kültürü düzeylerinin %37'si kişi örgüt uyumu tarafından açıklanmaktadır (Tablo 15). Bu sonuç kişi örgüt uyumu ile örgüt kültürünün birbirini etkileme düzeyinin yüksek olduğu göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ankara İlinde yer alan 345 banka çalışanı örnekleminde gerçekleştirilen çalışmada Kişi – Örgüt Uyumu ve Örgüt Kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma katılımcılarının demografik özelliklerine bakıldığında %55,1'inin kadın %44,9'unun erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu 26-45 yaş aralığındadır. Katılımcıların %49,9'u 26-35 Yaş, %27,8 'i ise 36-45 yaş aralığındadır. Katılımcıların %69,6'sı evli, %30,4'ü ise bekar şeklinde dağılmıştır. Katılımcıların gelir durumlarına göre dağılımına bakıldığında yüksek oranda, %60 düzeyinde 3001-6000 TL aralığındadır. Katılımcılar toplam çalışma sürelerine göre de kurum sürelerine göre de en yüksek düzeyde 5 yıldan üzeri şeklinde dağılmıştır.

Araştırmada sınanan hipotezler çerçevesinde elde edilen bulgulara bakıldığında kadınların kişi örgüt uyumu düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, evli katılımcıların örgüt kültürü alt boyutlarından klan kültürü düzeyleri ile kişi örgüt uyumu düzeylerinin bekar katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Can (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmada elde edilen sonucun aksine kişi – örgüt uyumu düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılık göstermediği ve tespit edilmiştir. Moripek (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da kişi örgüt uyumunun medeni durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir.

Bankacıların kişi örgüt uyumu ve örgüt kültürü düzeylerinin gelir durumuna göre farklılık analizi bulgularına bakıldığında ise, 3000 TL ve altı ile 3001-6000 TL ve arası gelire sahip olan katılımcıların örgüt kültürü alt boyutları klan kültürü, Pazar kültürü ve genel örgüt kültürü düzeylerinin 6001 TL üstünde olanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu ve 3000 TL ve altı gelire sahip olanlara göre örgüt kültürü alt boyutu adhokrasi kültürü ve hiyerarşi kültürü düzeylerinin diğer katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, 1-3 yıl ve 7-9 yıl aralığında çalışma süresine sahip olan katılımcıların klan kültürü, adhokrasi kültürü ve genel örgütsel kültür düzeylerinin 4-6 yıl aralığındaki katılımcılara göre daha yüksek, 1-3 yıl aralığında çalışma süresine sahip olan katılımcıların, hiyerarşi kültürü ve pazar kültürü düzeylerinin 4-6 yıl ve 7-9 yıl aralığındaki katılımcılara göre daha yüksek ve 1-3 yıl aralığında çalışma süresine sahip olan katılımcıların kişi örgüt uyumu düzeylerinin diğer katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Söz konusu farklılık toplam çalışma süresinde de kendisini göstermiştir. Buna göre 1-3 yıl aralığında çalışma süresine sahip olan katılımcıların adhokrasi kültürü ve pazar kültürü düzeylerinin 4-6 yıl aralığındaki katılımcılara göre daha yüksek, 1-3 yıl aralığında çalışma süresine sahip olan katılımcıların hiyerarşi kültürü düzeylerinin 4-6 yıl ve 10 yıl ve üzerindeki katılımcılara göre daha yüksek ve 10 yıl ve üzeri ile 4-6 yıl aralığında çalışma süresine sahip olan katılımcıların kişi örgüt uyumu düzeylerinin 1 yıla kadar çalışma süresine sahip olan katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Moripek (2016) çalışmasında kişi örgüt uyumu ile örgütsel bağlılık ilişkisini incelemiş ve kişi örgüt uyumunun çalışma süresi bazında farklılaşmadığını tespit etmiştir.

Araştırmanın temel hipotezi olan kişi örgüt uyumu ve örgüt kültürü etkisi ve ilişkisine dair analizlere dair bulgular kişi örgüt uyumu ile örgüt kültürü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği korlasyon analizine göre, kişi örgüt uyumu ile örgüt kültürü arasında pozitif yönlü ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kişi örgüt uyumunun örgüt kültürü üzerindeki etkisinin incelendiği regresyon analizine göre bireylerin kişi örgüt uyumları örgüt kültürünü %37 düzeyinde etkilemektedir. Başka bir ifade ile örgüt kültürü düzeylerinin %37'si kişi örgüt uyumu tarafından açıklanmaktadır. Literatüre bakıldığında Yumuk (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmada kişi örgüt uyumu, örgütsel yabancılaşma ve örgüt kültürü ilişkisi incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar bu çalışmada elde edilen örgüt kültürü, kişi örgüt uyumu ilişkisi ile paralellik göstermektedir. Yine Örki (2018) tarafından gerçekleştirilen araştırmada işletmelerin satın alma ve birleşme sonrasında örgüt kültürü ile kişi örgüt uyumları incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara bakıldığında kişi örgüt uyumunun örgüt kültürü ile pozitif yönlü ilişkili olduğu ve elde ettiğimiz sonuçlarla paralellik gösterdiği görülmektedir.

Çiçek (2018) ise çalışmasında örgüt kültürünün sağlanmasında kişi – örgüt uyumunun etkisini incelediği çalışmada, örgüt kültürünü kişi örgüt uyumu ile açıklayabilir düzeyde sonuçlar elde etmiştir.

Çalışmada elde edilen sonuçlar çerçevesinde örgüt içerisinde yer alan kişilerin uyumları örgüt kültürünün tesisinde önem arz etmektedir. Kurumlar örgüt kültürünün oluşmasında bireylerin uyumlu olmalarını tesis etmeleri önerilmektedir. Araştırmacılar ise kişi-örgüt uyumunu etkileyen faktörlerin ortaya konulması amacıyla kişi-örgüt uyumunu başka değişkenlerle inceleyebilirler.

KAYNAKÇA

Akın Acuner, Ş. (2010). Örgüt Kültürünü Oluşturan Unsurların Çalışanlar Üzerindeki Motivasyonel Etkileri. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları.

Akıncı Vural, Z., (2003). Kurum Kültürü, İstanbul: İletişim Yayınları.

Argun, M.. (2007). Kurumsal Sosyalizasyon Uygulamalarının Birey-Kurum Uyumuna Etkileri. Doktora Tezi, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Aşkoğlu, M.(1986). *İşgören Yönetimine İletişim ve Şişe Cam Endüstrisinde Bir Uygulama Örneği*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Aygündüz, E., (2003). Birey-Örgüt Uyumunun Sağlanmasında Çalışanların Politik Yeteneklerinin Rolü: İstanbul İli Otel İşletmelerinde Bir Araştırma Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Başaran, İ. E., (2004). Yönetimde İnsan İlişkileri, Ankara: Nobel Yayıncılık.

Bektaş, T., (2016). Birey-Örgüt Uyumunun Sağlanmasında Çalışanların Politik Yeteneklerinin Rolü: İstanbul İli Otel İşletmelerinde Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Cable, D. M., (1995). The Role of Person-Organization Fit in Organizational Entry, (Unpublished Doctoral Dissertation), Cornell University.

Cameron Kim S. ve Quinn R., (2006). Diagnosing and Changing Organizational Culture Based on the Competing Values Framework, Third Edition, San Francisco: Wiley Publishers.

Chatman, J. A., (1989). Improving Interactional Organizational Research, A Model of Person Organization Fit. Academy of Management Review, Cilt.14, Sayı:3, 333-349.

Chatman, J., (1989). Improving Interactional Organizational Research. A Model Of Person-Organization fit. Academy of Management Journal, c. 14.s. 3: 333-349.

Çiçek, I., (2018). Özdeşleşme Ve Kişi-Örgüt Uyumunun Örgüt Uyumunun Sağlanmasında Kurum Kültürü Ve Organizasyonel Yapı Etkisi, Yayımlanmamış Yıldız Teknik Üniversitesi, İstanbul.

Durmuşçelebi, C., (2017). Kişi-Örgüt Uyumunu Ve Çalışanların Emniyet Bilincinin, Emniyet Davranışı Üzerindeki Etkileri Ve Emniyet İkliminin Aracılık Rolü: Bir Havayolu İşletmesinde Uygulama. Mustafa Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Elden, B., (2016). Psikolojik Sözleşme İhlali Ve İşten Ayrılma Niyeti İlişkisinde Birey-Örgüt Uyumunun Düzenleyici Rolü. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Eren, E. (2001). Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, İstanbul: Beta Yayıncılık.

Eren, E. (2008). Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. 11. Baskı. İstanbul: Beta Yayınları.

Griffin, R. W. ve Moorhead, G., (2014). Organizational Behavior Managing People and Organizations, 10th. Edition, Michael Schenk, Ohio.

Gür, Y., (2014). Örgütsel Bağlılığın İş Tatminine Etkisinde Kişi-Örgüt Uyumunun Aracılık Rolü: Havacılık Sektöründe Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Hofstede, G., (1980). Culture's Consequences: International Differences in Work Related Values. Beverly Hills, London: Sage Publications.

Hofstede, G., (1991). Cultures and Organizations. Software of the Mind. USA: McGraw Hill



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Jurgensen, C.. E. (1978). Job Preferences (What Makes A Job Good or Bad?). Journal of Applied Psychology. c. 63. s. 3: 267-276.

Kaynak, T., (2000). İnsan Kaynakları Yönetimi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları.

Köse, S., Tetik, S., ve Ercan, C., 2001. Örgüt Kültürünü Oluşturan Faktörler. CBÜ, İİBF, Yönetim ve Ekonomi Dergisi.7 (1), 219–242.

Kristof, A.L., (1996). Person-Organization Fit,ss. An Integrative Review of Its Conceptualizations, Measurement, and Implications, Personnel Psychology, Cilt. 49, Sayı:1, 1-49.

Mutdoğan, K.. (2011). Kurumsal Sosyalleşme Taktiklerinin Birey Örgüt Uyumuna Etkileri. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

O'Reilly, C.A. , Chatman. J. (1986). Organizational Commitment and Psychological Attachment: The Effects of Compliance, Identification and Internalization on Prosocial Behavior. Journal of Applied psychology. c. 71. s. 3: 492-499

Özgen, F.Ö.. (2016). Örgütsel Adalet Ve Sinizm İlişkisinde Kişi Örgüt Uyumunun Rolü: Eğitim Sektöründe Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. c. 3. s. 2: 80-96

Öztürk, M.. (2003). Fonksiyonları Açısından İşletme ve Yönetimi. İstanbul: Papatya Yayıncılık

Peters, T. J. ve Watermann R. H., (1982). In Search Of Excellence - Lessons From America's New York: Best-Run CompaniesHarper&Row Publishers.

Peters, T. J., Robert H. Waterman Jr. (1982). In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies. London: HarperCollins Publishers.

Piasentin, K., Derek S. ve Chapman. (2007). Perceived Similarity and Complementarity as Predictors of Subjective Person-Organization Fit. Journal of Occupational and Organizational Psychology, British Psychological Society, University of Calgary, Canada.

Sabuncuoğlu, Z. ve Tüz, M. (2003). Örgütsel Psikoloji. Bursa: Ezgi Kitabevi.

Schein, E.H. (1985). Organizational Culture And Leadership, San Francisco: Jossey-Bass.

Schultz, M., (1995). On Studying Organizational Cultures, Diagnosis and Understanding, New York: Walter de Gruyter.

Sekiguchi, T. ve Huber, V.L., (2011). The Use Of Person–Organization Fit And Person–Job Fit Information İn Making Selection Decisions, Organizational Behavior and Human Decision Processes, Cilt. 116, 203-216.

Sezgin, F., (2006). İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Birey-Örgüt Değer Uyumuna İlişkin Algıları, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, Sayı:48, 557-583.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Sommer, S., Seung-Hyun B., Fred L.. (1996). Organizational Commitment Across Cultures: The Impact of Antecedents on Korean Employees. Sage Journals. c. 49. s. 7: 977-993.

Şahin, A. (2010). Örgüt Kültürü-Yönetim İlişkisi ve Yönetimsel Etkinlik. Maliye Dergisi, 159, 21-35.

Şişman, M.. (1994). Örgüt Kültürü. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.

Tahiroğlu, F., (2003). Düşünceден Sonuca İnsan Kaynakları, İstanbul: Hayat Yayıncılık.

Tak, J., (2011). Relationships Between Various Person-Environment Fit Types And Employee Withdrawal Behavior, A Longitudinal Study, Journal of Vocational Behavior, Cilt. 78, 315-320.

Tepeci, M., Bartlett, L. B., (2002). The hospitality industry culture profile,ss. A measure of individual values, organizational culture, and personorganization fit as predictors of job satisfaction and behavioral intentions, Hospitality Management, Sayı:21, 151-170.

Tepeci, M.. (2001). The Effect Of Personal Values, Organizational Culture, and Person-Organization Fit On İndividual Outcomes in The Restaurant Industry. Doktora Tezi. The Pennsylvania State University: Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy.

Tuna, B.. (2014). The Influence of Person-Organization Fit on Contextual Performance and Its Impact on Organizational Effectiveness: The Moderating Role of Organizational Climate. Doktora Tezi. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Turgut, T.. (1998). Örgütsel Davranışta Değerlerin Yeri. Endüstri ve Örgüt Psikolojisi-II. ed. Suna Tevrüz. Ankara: Türk Psikologlar Derneği: 35-48.

Ulutaş, M., (2011), Harmonik Yönetim, Konya: Nüve Yayıncılık.

Ulutaş, M.. (2010). Birey-Örgüt Uyumu Kuramı Ve Dalaman Havalimanı Çalışanları Üzerine Bir Alan Araştırması. Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Ülgen, H., & S. Kadri. M. (2004). İşletmelerde Stratejik Yönetim. İstanbul: Literatür Yayınları.

Ünal, Z.M. (2013). The Contribution Of Person Organization Fit To Employee Engagement. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

West, M.A. (2011). Organizational Climate. International Encyclopedia of the Social Behavioral Sciences, Elsevier Science Ltd.

Westerman, J. ve Simmons,B. (2007). The Effects of Work Environment on the Personality-Performance Relationship: An Exploratory Study. Journal of Managerial Issues, 19 (2), 289.

Yağmurlu, A. (1997). Örgüt Kültürü: Tanımlar ve Yaklaşımlar. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi. 52 (1-4), 717-724.

Yahyagil, M.Y., (2005). Birey Organizasyon Uyumu ve Çalışanların İş Tutumlarına Etkisi, Öneri Dergisi, Sayı:4, 137-149.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Yıldız, M., (2015). Algılanan Kişi-Örgüt Uyumu, Tanınırlık, İmaj, Örgütsel Çekicilik Ve İşe Başvurma Niyeti Arasındaki İlişkilerin Yapısal Eşitlik Modellemesi İle İncelenmesi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Yayınları.

SAĞLIK KURUMLARINDA ÖRGÜTSEL ADALET ALGISININ ÖRGÜTSEL BAĞLILIK ÜZERİNE ETKİSİ

THE EFFECT OF ORGANIZATIONAL JUSTICE PERCEPTION ON ORGANIZATIONAL COMMITMENT IN HEALTH INSTITUTIONS

Sermed DOĞAN

Öğr. Gör., Kayseri Üniversitesi, Sosyal Bilimler MYO, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı
sermeddogan@kayseri.edu.tr, orcid.org/0001-0001-8782-7227

Özgür DEMİRTAŞ

Doç. Dr., Kayseri Üniversitesi, Develi Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
demirtasozgur@yahoo.com, orcid.org/0000-0002-2495-2124

Makale gönderim-kabul tarihi (02.03.20-12.04.2020)

Özet

Sağlık hizmetleri özellikleri bakımından, emek yoğunluğu ve uzmanlaşma seviyesi yüksek hizmet örgütleridir. Bu niteliklere ek olarak sunulan hizmetin insan sağlığını doğrudan ilgilendirmesi sebebiyle sağlık örgütlerinde çalışanların kurumu adaletli olarak algılamasının önem büyüktür. Örgütü adaletli olarak algılama bir bireyin ya da grubun algılamasının ötesinde tüm çalışanları kapsayan bir süreci temsil etmektedir. Bağlılık türünün ortaya çıkmasında ise amaç birlikteliğinin varlığı, ekonomik gelir ve terfi olanakları, örgüt tarafından kazandırılan beceri ve yeteneklerin sorumluluğu gibi tutumlar etki gösterebilmektedir. Bu kapsamda mevcut çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algılarının örgüte bağlılıkları üzerindeki etkisini araştırmaktır. Bu amaca yönelik çalışmada anket tekniği ile yüz yüze görüşmeler yapılarak 230 sağlık çalışanından veriler elde edilmiştir. Çalışma sonuçları örgütsel adalet algısının örgütsel bağlılık üzerindeki anlamlı etkisini ortaya koymuştur. Alt boyutlarda ise bilgisel adaletin duygusal bağlılık; işlemsel adaletin de normatif bağlılık üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel Adalet, Örgütsel Bağlılık, Sağlık Kurumları

Abstract

In terms of the features of health services, they are service organizations with a high level of labour intensity and specialization. As the service offered in addition to these qualities directly concerns human health, it makes that it gets an important issue for the employees in health organizations to perceive the institution as fair. Perceiving the organization as fair represent as process involving all employees beyond the perception of an individual or group. Attitudes such as the existence of purposefulness, economic income and promotion opportunities,

responsibility of skills and abilities acquired by the organization may affect the emergency of the type of commitment. In this context, the aim of the study is to examine the effects of the perceptions of organizational justice of health workers' organizational commitment. For this purpose, face-to-face interviews were conducted with the survey technique to obtain data from 230 healthcare professionals. The results of the study revealed the significant effect of the perception of organizational justice on organizational commitment. In the sub-dimensions, it was found that informational justice has an effect on emotional commitment; and procedural justice has an effect on normative commitment.

Keywords: Organizational Justice, Organizational Commitment, Health Institutions

GİRİŞ

Örgütsel adalet kavramı üzerinde çeşitli düzeylerde etki yarayan faktörler mevcuttur. Çalışanların bu etmenleri anlama ve yorumlama biçimindeki farklılıklarından dolayı sergilenen tutum da değişkenlik göstermektedir. Bu durum araştırmalarda adalet konusuna ilişkin endişelerin çalışanların tutum ve davranışlarını etkileyebileceğini göstermektedir (Judge ve Colquitt, 2004; Cropanzano vd., 2001). Farklılığın ortaya çıkmasında temel nokta çalışanların kurumu nasıl algıladığından kaynaklanabilmektedir. Ücret, terfi, gelişim imkanları, çalışma şartları ya da örgütsel amaç ile çalışan amaçları arasında uyum ya da uyumsuzluk gibi faktörler algılama biçimini etkileyebilmektedir. Örgütlerde tüm çalışanları ilgilendiren bu faktörler yönetimi dolayısıyla da örgütü tanımlama biçimini oluşturmaktadır. Başka bir ifadeyle adaletin doğrudan işyeri ile ilgili rolünü tanımlamak için kullanılır (Moorman, 1991). Örgütsel adalet kavramı aynı zamanda çalışanların kuruma bağlılık düzeyinin bir yansıması niteliğinde olabilmektedir (Leiter ve Maslach, 1988). Araştırmacılar bu durumu örgütsel kimlik doğrulama olarak belirtmektedir (Cropanzano vd., 2001).

Örgütsel bağlılık, amaç birlikteliği ve örgüt ile kimliksel bütünleşmeyi ifade etmesinin (Riketta, 2002; Türker, 2009) yanında örgütün mevcut durumunu ortaya koymaktadır. Adaletli olduğu düşünülen kurumlarda bağlılığın yanında işe devam etme, daha verimli çalışma, amaç ve vizyon benimsemesi gibi örgüte pozitif katkı sunma eğilimi yüksek çalışanları temsil ederken, adaletsiz tutum sergileyen yönetimlerde ise, kurumla herhangi bir bağı olmayan, ayrılma potansiyeli gösteren, örgüte katkı sunmak yerine katlanılması güç maddi zararlar doğurabilecek bireyler topluluğu etki altına alması muhtemeldir. Araştırma kapsamında da sağlık kurumlarında çalışanların örgütsel adalet algılarının bağlılıkları üzerinde etkisi belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışmanın özellikle sağlık çalışanları için önemli iki kavram olan adalet ve bağlılık kavramlarına yönelik hem kavramsal hem de uygulamalı analizler ile alan araştırması sonuçlarını ortaya koymasının hem davranış hem de sağlık alanında önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

ÖRGÜTSEL ADALET KAVRAMI

Örgütlerin var olmasında ortak nokta, tüm çalışanların kurumun stratejik hedef ve amaçlarını maliyet etkililik doğrultusunda gerçekleştirme gayesine dayandırılabilir. Arzu edilen sonuçların elde edilmesi ise adaletli bir yönetim anlayışı ile ilişkilidir. Adil bir süreç için altı kural önerilmiştir: kararların doğru bilgilere dayanması, düzeltilebilir olması, katılan tüm tarafların temsilcisi, önyargısız ve etik olması ve tahsis sürecinin farklı kişiler için ve zamanda tutarlı olma (Eib, 2015). Adil muamele algısı ise çalışanların gelecekteki olaylar için öngörülebilirliğini ve kontrol edilebilirliğini artırırken günlük çalışma hayatındaki belirsizlikleri azaltarak kurumun ahlaki ve etik standartlarına bağlılığını sembolize edeceği belirtilmektedir (Srivastava, 2015). Ayrıca çalışanların örgütü adaletli algılamaları iş taahhütlerinde bir artışa yol açtığını göstermektedir (Turgut, vd., 2012). Bu doğrultuda örgütsel adalet, bireylerin algılayışlarında, işte adil muamele gördüklerini yansıtan bir kavram olmakla birlikte (Kılıç, vd., 2015) dağıtımsal adalet, işlemsel adalet, kişilerarası adaleti ve bilgiye dayalı adalet olarak

dört alt boyuta ayrılmaktadır (Colquitt, 2001). Bir çalışanın yöneticisinin dağıtıcı, işlemsel, kişilerarası ve bilgilendirici adalet kurallarına uyduğuna yönelik algısı, bir takım faydalı tutum ve davranışların ortaya çıktığını göstermektedir (Zapata vd., 2013).

İşlemsel, Dağıtımsal, Kişilerarası ve Bilgiye Dayalı Adalet

İşlemsel adalet, örgüt içindeki süreçlerin ve prosedürlerin yürütülmesi ve uygulanmasıyla alakalı çalışanların algıladıkları adalet olarak tanımlanmaktadır (Erturhan Işkın, 2018). Bir prosedürün adil olup olmadığına karar vermede ise kullanılan genel altı kriter vardır: süreç bütün taraflara tutarlı davranmalı, ön yargısız olmak (Moon vd., 2008), karar vermede doğru bilgileri kullanmak, herkesin görüşlerini dikkate almak, hata durumunda düzeltilebilir olmak ve geçerli etik normlara karşı tutarlı kalmaktır (Cropanzano ve Molina, 2015). Bu adalet boyutunda kararların neler olduğundan daha çok kararların nasıl bir yöntem izlenerek alındığını sorgulamaktadır (Emsen, 2010). Başka bir ifade ile “sonuçlar” değil “araçların” adaletidir (Johnson vd., 2014). Bu nedenle adil bir süreç, önyargısız, doğru, ilgili paydaşları temsil eden, etik normlara uygun, tutarlı bir şekilde herkese uygulanan bir süreçtir (Cropanzano vd., 2007).

Dağıtımsal adalette insanların endişe duyduğu durum, elde edilen çıktının seviyesinden daha çok bu çıktının adil olup olmamasıyla ilgilidir (Colquitt vd., 2001). Çalışanların elde ettikleri sonucun adil olduğu algısı olarak ifade edilmekte ve ücret artışları, terfiler ve zorlu iş atamaları örnek verilebilir (Scandura, 1999). Örgüt içerisinde dağıtımın adil olmadığı algısı oluştuğunda çalışanların duyguları (suçluluk, mutluluk, kızgınlık gibi), bilişsel faaliyetleri (kendisiyle başkalarının örgütsel katkı ve kazanımlarını çarpık ve yanlış değerlendirmeleri gibi) ve sonuç olarak davranışlarını etkiler (performans veya iş yavaşlatma gibi) (Şaklak, 2018). Eşitsiz dağılım bireylerin davranışlarını değiştirmeye ya da haksızlık algılarını etkilemesinin yanında tutumsal algılama, düşük ödeme ya da fazla ödeme de eşitsizliği etkilemektedir (Gilliland, 1993). Organizasyonel veya performans hedeflerine ulaşmış bir çalışana bonus verilmesi gibi, finansal veya finansal olmayan kaynakların tahsis edilmesi dağıtım adaleti ile ilgilidir (Yea ve Yusof, 2016).

Kişilerarası adalette çalışanlara özen göstermek, saygılı olmak ve sosyal bir değer olarak tanımlanan bir kararı duyurmak gibi bazı davranışları içerir (Karaca Doğan, 2018). Ayrıca çalışanların yönetsel ilişkide örgütleriyle ilgili tepkileri ve aynı zamanda örgütsel karar verme süreçlerinde, örgütsel söylemi (ne nasıl söyleniyor) kapsamaktadır (Tokmak, 2018). Bu doğrultuda kişilerarası adaletin özellikle çalışan davranışlarını şekillendirmede önemli bir rol üstlendiği öne sürülmektedir (Holtz ve Harold, 2010). Açıklama, duyarlılık değerlendirmesi ve empati gibi kavramlar kişilerarası adaletin başlıca belirleyicilerini oluşturmaktadır (Srivastava, 2015).

Bilgilendirici adalet, yetkililerin kararlarından etkilenenlere yeterli bilgi (Skarlicki vd., 2008) ve açıklamalar sunmaları gerektiği ilkesine dayanmaktadır (Wenzel, 2006). Bilgilendirmeyi gerçekleştirmedeki amaç, olumsuzluklar karşısında çalışanları hazırlamak ve onlardan olumlu pozitif bir tutum sergilenmesi beklenmektedir. Bu ise bireylerin prosedürler hakkında yapılan açıklamaların doğruluğu ve kalitesi ile ilgilidir (Kernan ve Hanges, 2002). Bilgilendirici adalet örgütsel prosedürlerin belirlenmesi ve uygulanmasında işlemin kalitesine odaklanan etkileşimsel adaletin bir bileşeni olarak kabul edilmekte ve iletişim kurma davranışının kişilerarası bileşeninden farklıdır (Roberson ve Stewart, 2006). Bilgilendirici adalet yöneticilerin prosedürleri uygularken yeterli gerekçesi ve yeterli bilgiyi ne ölçüde sağladığı anlamına gelir (Shin vd., 2015; Patient ve Skarlicki, 2010; Scot vd., 2007). Bu nedenle prosedürlerin neden kullanıldığı veya belirli kararların neden verildiği hakkında ne ölçüde açıklama sağlandığına odaklanmaktadır (Ellis vd., 2009).

ÖRGÜTSEL BAĞLILIK

Örgütsel bağlılıkta örgüt ile çalışan arasında amaç birlikteliğinin olması (Reichers, 1985), kendini örgütün bir parçası olarak nitelendirerek (Steers, 1977) kimlik benimsemesi (Bogler ve Somech, 2004) ve örgütten ayrılma isteminin çok düşük bir ihtimal dahilinde oluşması (Angle ve Perry, 1981) örgütsel bağlılıkta en genel geçer terimi oluşturmaktadır. Bu doğrultuda literatürde örgütsel bağlılığa yönelik en yaygın yaklaşım, kuruluşa güçlü bir şekilde bağlı olan bireyin tanımladığı, katıldığı ve örgütün üyeliğine sahip olmaktan mutluluk duyduğu, etkileyici ve duygusal bir bağlılık ile kabul edildiği ilişki olarak tanımlanmaktadır (Allen ve Meyer, 1990). Örgütsel bağlılık, çalışanların kuruluşun hedeflerine ve değerlerine ulaşmasına (Kidron, 1978) yardımcı olma taahhüdünde bulunması ve çalışanların kimlik tanımlanma, katılım ve sadakat seviyelerini içermesidir (Becky ve Stephen, 2019). Bu nedenle araştırmalarda örgütsel bağlılığın performans ve devamsızlık (Bateman ve Strasser, 1984; Finegan, 2000) gibi önemli davranışsal sonuçların yordayıcısı olarak gösterilmektedir (Morris ve Sherman, 1981). Sağlık kurumları da örgütsel bağlılığın yüksek düzeyde algılanmasına dayalı örgüt yapısını oluşturmaktadır. İnsan sağlığını en üst seviyede tutma ve kişinin sağlığını sürekli geliştirme temeline dayanan bu hizmet anlayışında, özveri, fedakârlık, moral, motivasyon, tatmin ve bağlılık gerektiren bir anlayışa sahiptir ve salt tıbbi hizmet üretmenin ötesinde hizmet sunumunda psikososyal ilişkiler gerektirmektedir (Gül, 2018). Bu nedenle örgütsel bağlılık bireylerin örgüt çıkarları ile tutarlı biçimde hareket etmesini etkileyen “psikolojik bir bağ” olarak belirtilebilir (Hunt vd., 1989). Emek yoğunluğunun yüksek, hata belirsizliklere karşı duyarlı aynı zamanda çıktının ölçümünün zor olmasına karşın sağlık kurumlarında örgütsel bağlılığı koruma ve devam ettirme öncelikli konulardan bir tanesidir. Allen ve Meyer (1993) örgütsel bağlılık kavramını kalma isteği (duygusal bağlılık), ayrılma ile ilgili katlanılan maliyetlerin yüksek olacağı (devam bağlılığı) ve kalma yükümlülüğüne yönelik duygular (normatif bağlılık) olarak üç alt boyut ile sınıflandırmışlardır. Bu üç bağlılık türünün farklı oranlarda çalışanlarda oluştuğu ileri sürülmektedir (Abosrra, 2017).

Duygusal, Devam ve Normatif Bağlılık

Duygusal bağlılık kavramında örgüt artı ve eksi yönleriyle bir bütün olarak değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme örgüte karşı pozitif tutum yansıtacak duygusal bağlıdır. Örgüte karşı ilgisini yansıttığı ve örgüt adına fazladan çaba gösterme (Mercurio, 2015) konusunda istekliliğini gösteren bir tutum yansıtır (Mauyag Gunda, 2017). Örgütlerine bağlı çalışanların, kurum başarı için çaba sarf ettikleri, hedeflerine ve görevlerine ulaşmak için zaman harcadıkları (Meyer ve Allen, 1984) dolayısıyla daha az bağlılık duygusu gösteren çalışanlardan daha iyi performans sergileyeceği belirtilmektedir (Musabah vd., 2017). Bu durumun sonucu olarak duygusal bağlılık seviyesinin yüksek olması örgüt ile çalışanlar arasında amaç birlikteliğine yönelik bir gösterge olabileceği söylenebilir.

Devam bağlılığı bireyin çalışma faaliyetini durdurması ile ilgili sosyal veya ekonomik maliyet algısını yansıtırken (Shore ve Wayne, 1993) sosyal veya ekonomik maliyetler çalışanlardan tarafından yüksek algılandığından, kuruluşun bir üyesi olmaya devam etmek için daha güçlü bir istek gösterecektir (Meyer vd., 2002; Xhako, 2017). Örgütten ayrılma düşüncesi besleyen çalışanlar örgüt içerisinde maaş, terfi ve çalışma şartları (Doğan ve Kılıç, 2007) gibi kazanımların başka bir örgütte ulaşabilme ihtimalinin düşük olması ya da uzun bir sürede gerçekleştirilebilme düşüncesi örgütsel devamlılığını sağlayan etmenler arasında gösterilebilir. Bireylerin çalışma ihtiyaçlarını sürdürmede sadece belirtilen etmenlerin olmadığı; başka bir iş fırsatının olmaması (Bayram, 2005), işin sahip olduğu donanımları barındırmama, ailevi ve sağlık sorunları, örgüt kültürü ile uyumsuzluk gibi nedenlerden dolayı da devam bağlılığı gösterilebilir. Sonuç olarak devam taahhüdü iki etmene dayanmaktadır; yapılan yatırımların nicel olarak durumu ve seçenek eksikliğinin nasıl algılandığı ile ilgilidir.

Çalışanlara telafi etmesi zor olan bazı yatırımlar yapıldığında normatif bağlılık geliştirme eğiliminde olduğu ve bu bağlamda normatif boyut, sağlanan faydalar göz önüne alındığında, şirkete yapılan bireysel borç duygularına dayandırılabilir (Lizote vd., 2017). Bu nedenle normatif bağlılık kavramı

kuruluşu ve faaliyetlerini desteklemek için algılanan bir görev olarak tanımlanmaktadır (Somers, 1995). Aynı zamanda örgütte kalmayı ahlaki bir sorumluluk olarak kalma yükümlülüğü görmesinden (Vandenberghe ve Bentein, 2009) kaynaklı gerçekleşen bağlılık türüdür. Normatif bağlılık esasında, örgütün bir parçası olmayı içselleştirme anlayışına dayanan bir zorunluluktur. Organizasyonda kalma konusundaki bu zorunluluk duygusu, öncelikle kuruluşun kendisine (aile veya kültürel nedenler) yaklaşmak için birey üzerindeki normatif baskıların içselleştirilmesinde veya kurumdaki çalışma ortamı, kuruma karşı ahlaki bir sorumluluk hissetmesi için çalışan üzerinde güçlü bir baskı uygulayarak örgütsel oryantasyonla gerçekleştirilebileceği belirtilmektedir (Radosavljevic, vd., 2017).

ÖRGÜTSEL ADALET-ÖRGÜTSE BAĞLILIK ARASINDAKİ İLİŞKİ

Örgütsel amaçlara ulaşabilme tüm çalışanların katılımını öngören bir süreçtir. Örgütün tüm çalışanlarını kapsayan bir organizasyon ise kurumu hakkaniyetli ya da adil olarak algılama başka bir ifade ile adaletli yönetim tarzı ile mümkündür. Günümüzde çalışanların emek-beklenti arasındaki ilişkide belki de en önemli etkenler olarak; ücret, terfi ve çalışma şartları sıralanabilir. Bu faktörlere erişim ise çalışanların örgüte yönelik adalet algılarını geliştirmesi muhtemeldir. Ayrıca yöneticilerin tutumları da örgütleri iyi-kötü veya adaletli-adaletsiz olarak nitelendirmede önemli ölçütler olarak söylenebilir. Örgütsel adalet algısı yüksek örgütlerde ise örgütsel bağlılığa yönelik algılamaların daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Yavuz (2010) ve Batool (2013) tarafından gerçekleştirilen çalışmada örgütsel adaletin örgütsel bağlılık algısına yönelik tutuma önemli bir yardımcı etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Najafi vd., (2011), Crow vd., (2012), Karim ve Rehman (2012) araştırmacıları tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda ise örgütsel adalet ile örgütsel bağlılık arasında ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Bu literatür bulguları kapsamında araştırmanın hipotezleri şu şekilde belirlenmiştir.

H₁: Örgütsel adalet algısı çalışanların yaş (H_{1a}), eğitim düzeyi (H_{1b}), görev süresi (H_{1c}), çalışılan birim (H_{1d}), mesleki deneyim (H_{1e}) ve gelir durumu (H_{1f}) demografik değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H₂: Örgütsel bağlılık çalışanların yaş (H_{2a}), eğitim düzeyi (H_{2b}), görev süresi (H_{2c}), çalışılan birim (H_{2d}), mesleki deneyim (H_{2e}) ve gelir durumu (H_{2f}) demografik değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H₃: Örgütsel adalet algısı örgütsel bağlılık üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir.

H₄: Örgütsel adalet algısı alt boyutları olan işlemsel adalet (H_{4a}), dağıtımsal adalet (H_{4b}), kişilerarası adalet (H_{4c}) ve bilgisel adaletin (H_{4d}) duygusal bağlılık üzerine anlamlı bir etkisi vardır.

H₅: Örgütsel adalet alt boyutları; işlemsel adalet (H_{5a}), dağıtımsal adalet (H_{5b}), kişilerarası adalet (H_{5c}) ve bilgisel adaletin (H_{5d}) devam bağlılığı üzerine anlamlı bir etkisi vardır.

H₆: Örgütsel adalet alt boyutları; işlemsel adalet (H_{6a}), dağıtımsal adalet (H_{6b}), kişilerarası adalet (H_{6c}) ve bilgisel adaletin (H_{6d}) normatif bağlılık üzerine anlamlı bir etkisi vardır.

YÖNTEM

Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini oluşturan Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde idari ve tıbbi birimlerde görevli 570 sağlık personeli çalışmaktadır. Örneklem sağlık personeli arasından kolayda örnekleme yöntemi ile belirlenen 230 sağlık personeli oluşturmaktadır. Katılımcıların %73'ü kadın ve %27'si erkekler katılımcılardır. Yaş dağılımında %36,5'i 26-35, %34,3'ü 36-45, %17,4'ü 46-44, %9,6'sı 25 ve altı ve %5'i de 56 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. %78,8'si evli %21,3'ü bekarıdır. Eğitim düzeyi bakımından %23,5'i lise, %37'si önlisans, %34,3'ü lisans, %3,5'i yüksek

lisans ve %1,7'si doktora eğitimine sahiptir. Meslek grubuna göre %5,2'si doktor, %40,4 hemşire, %13'ü ebe, %7'si sağlık memuru, %10,4'ü sağlık teknisyeni, %10,5'ü idari personel ve %13,5'i diğer sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Meslek deneyimi bakımından %20,9'si 1-5 yıl, %17,4'ü 6-10 yıl, %17,4'ü 11-15 yıl, %16,5'i 16-20 yıl ve %27,8'i 21 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahiptir. Katılımcıların yarısından fazlası %77'si tıbbi birimlerde %13'ü idari birimlerde ve %10'u diğer birimlerde çalışmaktadırlar. %17'si 1000-1500 TL, %17,4'ü 1501-2000 TL arası gelire ve %65,7 si 2001 TL ve üzeri gelire sahip kişilerden oluşmaktadır. Buraya yöntem kısmı eklenmelidir. Yöntem kısmında araştırmanın türü, evren ve örneklem veya çalışma grubu, veri toplama araçları ve verilerin analizi gibi alt başlıklara yer verilmelidir.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Örgütsel adalet algısı ölçeği (Colquitt, 2001), örgüt bağlılık ölçeği (Meyer, Allan ve Smith 1993) ve demografik özelliklere ilişkin soruları içermektedir. Araştırmada kullanılan veri ölçekleri daha önce araştırılan ulusal ve yabancı literatürde birçok çalışmada kullanılarak geçerlilik ve güvenilirliği sağlanmış ölçeklerdir. Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeyi yönelik soruları içermektedir. İkinci bölümde örgütsel adalet algısını ölçmeye yönelik 20 sorudan oluşan ifadeler yer almaktadır. Araştırmanın son bölümünde ise çalışanların örgütsel bağlılıklarını belirlemeye yönelik 18 sorudan oluşan ifadeler bulunmaktadır.

Örgütsel Adalet Ölçeği: Örgütsel adalet algısı Colquitt(2001) tarafından geliştirilen dört boyutlu ölçek kullanılmıştır. İşlemsel adalet boyutunda 7, dağıtım adalet boyutunda 4, kişilerarası adalet boyutunda 4 ve son olarak bilgisel adalet boyutunda 5 olmak üzere toplamda 20 ifade bulunmaktadır. 5'li Likert (1= Kesinlikle Katılmıyorum, 5= Kesinlikle Katılıyorum) ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada örgütsel adalet algısına yönelik Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı (α) .94 değerini alırken her bir alt boyuta ait güvenilirlik katsayısı ise işlemsel adalet (α) .91, dağıtımsal adalet (α) .90, kişilerarası adalet (α) .78 ve bilgisel adalet boyutu (α)0.93 olarak hesaplanmıştır. Karavardar (2015) dağıtımsal adalet, işlemsel adalet, kişilerarası adalet ve bilgisel adalet boyutlarına ilişkin Cronbach alfa değerlerini sırasıyla (α)0.89, (α)0.88, (α)0.86 ve (α)0.89 olarak belirtmiştir. Miller vd., (2012) boyutlara ilişkin güvenilirlik katsayılarını, dağıtımsal adalet (α)0.93, işlemsel adalet (α)0.84, kişilerarası adalet (α)0.92 ve bilgisel adalet (α)0.89 değerlerini aldığı belirtilmiştir. Judge ve Colquitt (2004) ise dağıtımsal adalet (α) 0.84, işlemsel adalet (α) 0.84, kişilerarası adalet (α) 0.96 ve bilgisel adalet (α) 0.90 değerlerini aldığı tespit edilmiştir.

Örgütsel Bağlılık Ölçeği: Katılımcıların örgütsel bağlılıklarını ölçmek için Meyer, Allen ve Smith (1993) tarafından geliştirilen üç boyutlu ölçek kullanılmıştır. Duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlı boyutlarında 6'şar ifade olmak üzere toplamda 18 ifadeye yer almaktadır. Duygusal bağlılık boyutunda 3 ifade, normatif bağlılık boyutunda ise 1 ifade olumsuz olduğu için ters kodlaması yapılmıştır. İfadelerin puanlanmasında 5'li Likert (1= Kesinlikle Katılmıyorum, 5= Kesinlikle Katılıyorum) ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Örgütsel bağlılık algısına yönelik Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı (α) .85 düzeyinde olduğu belirlenirken alt boyutlara ait güvenilirlik katsayısı ise duygusal bağlılık (α) .87, devam bağlılığı (α) .70 ve normatif bağlılık (α) .84 olarak hesaplanmıştır. Işık vd., (2012) tarafından gerçekleştirilen çalışmada örgütsel bağlılık güvenilirlik katsayısı (α) .78 ve duygusal bağlılık (α) .66, devam bağlılığı (α) .69, normatif bağlılık (α) .64 olduğu belirlenmiştir. Wasti (2003) ise örgütsel bağlılık alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik katsayılarını, duygusal bağlılık (α) .84, devam bağlılığı (α) .70 ve normatif bağlılık için (α) .82 değerlerini aldığı tespit edilmiştir. Uğurlu ve Üstüner (2011) örgütsel bağlılık alt boyutlarına (duygusal bağlılık, devam bağlılığı, normatif bağlılık) ilişkin güvenilirlik katsayılarını sırasıyla (α) .72, (α) .86 ve (α) .73 olduğu ifade edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma verilerinin istatistiksel analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Hipotezler test edilmeden önce verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine bakılmıştır. Shapiro-Wilk çarpıklık ve basıklık katsayılarına göre verilerin normal dağılım gösterdiği bu nedenle verilerin analizinde parametrik testler kullanılmıştır. Ayrıca örgütsel adalet ve örgütsel bağlılık değişkenlerine ait ilişkiler çarpıklık ve basıklık katsayı doğrultusunda Pearson Korelasyon kullanılarak hesaplanmıştır. Değişkenlere ait aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri korelasyon tablosunda sunulmuştur. Çalışanların örgütsel adalet ve örgütsel bağlılık algılarının demografik değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ulaşmada ikiden fazla bağımsız grup için (yaş, eğitim durumu, görev süresi, mesleki deneyim, hastanede çalışılan birim, gelir) One-Way Anova ve iki bağımsız grup için (medeni durum, cinsiyet) Independent-Samples T testleri uygulanmıştır. Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Post-Hoc testlerinden olan LSD testi uygulanmıştır. Son analiz olarak örgütsel adalet algısının örgütsel bağlılık üzerinde etkisinin olup olmadığını belirlemek için regresyon analizi uygulanmıştır.

One-WayAnova testi sonucunda elde edilen veriler; örgütsel adalet ile yaş grupları (Sig. 0,12), eğitim durumu (Sig. 0,11), görev (Sig. 0,13), çalışılan birim (Sig. 0,60) ve mesleki deneyim (Sig. 0,07) demografik değişkenlerinin örgütsel adalet ile aralarında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilirken örgütsel adalet ile gelir (Sig. 0,43) demografik değişkeni arasında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir. Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Post Hoc testlerinden olan LSD testi uygulanmıştır. Test sonucunda pozitif anlamlı farklılığın 2001 TL ve üzeri gelire sahip olanlar ile 1000-1500 TL gelire sahip olanlarda arasında gerçekleştiği tespit edilmiştir. Independent-Samples T testi sonucunda elde edilen veriler; örgütsel adalet ile medeni durum (Sig. 2 tailed 0,08) ve cinsiyet (Sig. 2 tailed 0,08) demografik değişkenleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak “H₁: Örgütsel adalet çalışanların yaş (H_{1a}), eğitim düzeyi (H_{1b}), görev süresi (H_{1c}), çalışılan birim (H_{1d}), mesleki deneyim (H_{1e}) ve gelir durumu (H_{1f}) demografik değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterir” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

One-WayAnova testi sonucuna göre; örgütsel bağlılık ile yaş grupları (Sig. 0,05), eğitim durumu (Sig. 0,50), görev (Sig. 0,42), çalışılan birim (Sig. 0,39), mesleki deneyim (Sig. 0,06) ve gelir (Sig. 0,46) olmak üzere demografik değişkenlerin tamamı ile örgütsel adalet arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir. Benzer biçimde Independent-Samples T testi sonucunda elde edilen verilerde örgütsel bağlılık ile medeni durum (Sig. 0,21) ve cinsiyet (Sig. 0,38) demografik değişkenleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak “H₂: Örgütsel bağlılık çalışanların yaş (H_{2a}), eğitim düzeyi (H_{2b}), görev süresi (H_{2c}), çalışılan birim (H_{2d}), mesleki deneyim (H_{2e}) ve gelir durumu (H_{2f}) demografik değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterir” hipotezi reddedilmiştir.

Aşağıdaki Tablo-1’de araştırma değişkenlerine ait ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri verilmiştir.

Tablo 1. Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, Cronbach Alfa ve Örgütsel Adalet ve Örgütsel Bağlılık Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Değerleri

	\bar{X}	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Örgütsel Adalet	2,88	0,73	-								
İşlemsel Adalet	2,66	0,93	0,86**								
Dağıtimsal Adalet	2,81	1,03	0,81**	0,61**							
Kişilerarası Adalet	3,00	0,72	0,84**	0,64**	0,54**						
Bilgisel Adalet	3,06	0,86	0,81**	0,60**	0,45**	0,69**					
Örgütsel Bağlılık	2,82	0,65	0,40**	0,34**	0,29**	0,34**	0,36**				

Duygusal Bağlılık	2,83	0,96	0,40**	0,36**	0,30**	0,31**	0,35**	0,83**		
Devam Bağlılık	2,96	0,81	0,02	-0,03	-0,04	0,09	0,06	0,47**	-0,02	
Normatif Bağlılık	2,68	0,90	0,43**	0,39**	0,34**	0,33**	0,35**	0,88**	0,74**	0,13*

*p<0,05 ** p<0,01

Tablo 1’de değişkenler arasında ilişki durumunu gösteren korelasyon verileri sunulmuştur. Analiz sonucuna göre örgütsel bağlılık alt boyutu olan devam bağlılığı boyutu dışında neredeyse tüm değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.

Hipotezleri test etmek amacıyla yapılan regresyon analizine ilişkin sonuçlar aşağıdaki tablolarda sunulmuştur.

Tablo 2. Regresyon Analizi Sonuçları - Örgütsel Adalet Algısının Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahmini standart sapma hatası	Değişim İstatistikleri					Durbin-Watson
					R ² Değişimi	F Değişimi	df1	df2	Sig. F Değişimi	
1	0,397	0,158	0,154	0,600	0,158	42,731	4	228	0,00	1,859

Model	Standart Olmayan Katsayılı		Standart Katsayılı	t	Sig.	Hipotez
	B	Std. Hata	Beta			
Sabit	1,803	0,161	-	11,226	0,000	
İşlemsel Adalet	0,353	0,054	0,397	6,537	0,000	Kabul

Tablo-2 değerlerine göre değişkenler arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır ($\beta=0,397$). Ayrıca belirlilik katsayısı (R^2) 0,158 hesaplanmış olup, örgütsel bağlılık boyutundaki değişimlerin %15,8’inin örgütsel adalet boyutuna bağlı olduğu söylenebilir.

Regresyon analizi katsayıları ve anlamlılık düzeyine ilişkin bulgulara baktığımızda örgütsel adalet kavramının örgütsel bağlılık üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($p<0,00$). Sonuç olarak “H₃: Örgütsel adaletin örgütsel bağlılık üzerine anlamlı bir etkisi vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3. Regresyon Analizi Sonuçları - Örgütsel Adalet Alt Boyutlarının Duygusal Bağlılık Üzerine Etkisi

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahmini standart sapma hatası	Değişim İstatistikleri					Durbin-Watson
					R ² Değişimi	F Değişimi	df1	df2	Sig. F Değişimi	
2	0,404	0,163	0,149	0,886	0,163	10,984	4	225	0,00	1,754

Model	Standart Olmayan Katsayılı		Standart Katsayılı	t	Sig.	Hipotez
	B	Std. Hata	Beta			
Sabit	1,367	0,258	-	5,305	0,000	
İşlemsel Adalet	0,178	0,093	0,172	1,912	0,057	Red
Dağıtım Adalet	0,091	0,074	0,098	1,232	0,219	Red
Kişilerarası Adalet	0,038	0,123	0,028	0,305	0,760	Red
Bilgisel Adalet	0,203	0,098	0,182	2,082	0,039	Kabul

Tablo 3'te örgütsel adalet alt boyutlarının örgütsel bağlılık alt boyutu olan "Duygusal Bağlılık" üzerine etkisini ölçmek için geliştirilen modelin geçerli ve anlamlı bir etki gösterdiği belirlenmiştir ($F= 10,98$, $p<0,05$). Ayrıca belirlilik katsayısı (R^2) 0,163 hesaplanmış olup, örgütsel bağlılık alt boyutundaki değişimlerin %16,3'ünün örgütsel adalet alt boyutlarına bağlı olduğu söylenebilir.

Regresyon analizi katsayıları ve anlamlılık düzeyine ilişkin bulgulara baktığımızda örgütsel adalet alt boyutlarından sadece "Bilgisel Adalet" boyutunun "Duygusal Bağlılık" üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($\beta= 0,203$; $p<0,05$). Sonuç olarak "H₃: Örgütsel adalet alt boyutları; işlemsel adalet (H_{3a}), dağıtımsal adalet (H_{3b}), kişilerarası adalet (H_{3c}) ve bilgisel adaletin (H_{3d}) örgütsel bağlılık alt boyutu olan duygusal bağlılık üzerine anlamlı bir etkisi vardır" hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Tablo 4. Regresyon Analizi Sonuçları - Örgütsel Adalet Alt Boyutlarının Devam Bağlılığı Üzerine Etkisi

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahmini standart sapma hatası	Değişim İstatistikleri					Durbin-Watson
					R ² Değişimi	F Değişimi	df1	df2	Sig. F Değişimi	
3	0,165	0,027	0,010	0,809	0,027	1,566	4	225	0,184	1,912

Model	Standart Olmayan Katsayılı		Standart Katsayılı	t	Sig.	Hipotez
	B	Std. Hata	Beta			
Sabit	2,673	0,235	-	11,357	0,000	
İşlemsel Adalet	-0,109	0,085	-0,124	-1,277	0,203	Red
Dağıtımsal Adalet	-0,068	0,067	-0,087	-1,012	0,312	Red
Kişilerarası Adalet	0,207	0,113	0,184	1,838	0,067	Red
Bilgisel Adalet	0,046	0,089	0,049	0,520	0,604	Red

Tablo te örgütsel adalet alt boyutlarının örgütsel bağlılık alt boyutu "Devam Bağlılığı" üzerine etkisinin olup olmadığını belirlemek için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı bir etki göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tabloda işlemsel adalet, dağıtımsal adalet, kişilerarası adalet ve bilgisel adalet alt boyutlarının örgütsel bağlılık alt boyutu olan "Devam Bağlılığı" üzerinde anlamlı etki göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Sonuç olarak "H₄: Örgütsel adalet alt boyutları; işlemsel adalet (H_{4a}), dağıtımsal adalet (H_{4b}), kişilerarası adalet (H_{4c}) ve bilgisel adaletin (H_{4d}) örgütsel bağlılık alt boyutu olan devam bağlılığı üzerine anlamlı bir etkisi vardır" hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 5. Regresyon Analizi Sonuçları - Örgütsel Adalet Alt Boyutlarının Normatif Bağlılık Üzerine Etkisi

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahmini standart sapma hatası	Değişim İstatistikleri					Durbin-Watson
					R ² Değişimi	F Değişimi	df1	df2	Sig. F Değişimi	
4	0,430	0,185	0,171	0,815	0,185	12,791	4	225	0,000	1,958

Model	Standart Olmayan Katsayılı		Standart Katsayılı	t	Sig.	Hipotez
	B	Std. Hata	Beta			
Sabit	2,673	0,235	-	11,357	0,000	
İşlemsel Adalet	-0,109	0,085	-0,124	-1,277	0,203	Red
Dağıtımsal Adalet	-0,068	0,067	-0,087	-1,012	0,312	Red
Kişilerarası Adalet	0,207	0,113	0,184	1,838	0,067	Red
Bilgisel Adalet	0,046	0,089	0,049	0,520	0,604	Red

Sabit	1,273	0,237	-	5,371	0,000	
İşlemsel Adalet	0,198	0,086	0,205	2,309	0,022	Kabul
Dağıtumsal Adalet	0,125	0,068	0,144	1,840	0,067	Red
Kişilerarası Adalet	0,020	0,114	0,016	0,175	0,861	Red
Bilgisel Adalet	0,153	0,090	0,147	1,699	0,091	Red

Tablo 5’de belirtilen analiz sonucuna göre bağımsız değişken grubunda yer alan örgütsel adalet alt boyutlarının bağımlı değişken grubunu oluşturan örgütsel bağlılık alt boyutu “Normatif Bağlılık” üzerine anlamlı etkisini belirlemek için kurulan modelin istatistiksel olarak geçerli ve anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($F= 12,791$, $p<0,05$). “Normatif Bağlılık” alt boyutunda gerçekleşen değişimin %18,5’inin örgütsel adalet alt boyutlarına bağlı olarak gerçekleşmektedir.

Tablo ’da regresyon analizi katsayıları ve anlamlılık düzeyine ilişkin bulgulara göre örgütsel adalet alt boyutlarından sadece “İşlemsel Adalet” boyutunun “Normatif Bağlılık” üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($\beta= 0,198$; $p<0,05$). Sonuç olarak “ H_5 : Örgütsel adalet alt boyutları; işlemsel adalet (H_{5a}), dağıtumsal adalet (H_{5b}), kişilerarası adalet (H_{5c}) ve bilgisel adaletin (H_{5d}) örgütsel bağlılık alt boyutu olan normatif bağlılık üzerine anlamlı bir etkisi vardır” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Çalışanların örgütsel adalet algısı bakımından yaş, medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu, görev, mesleki deneyim ve çalışılan birim demografik değişkenlerinde anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir. San ve Yalçıntaş’ın (2017) araştırmasında örgütsel adaletin yaş, çalışma süresi ve mesleki deneyim demografik değişkenlerine göre anlamlı farklılığın bulunmazken, Özdemir (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise örgütsel adalet ile yaş, cinsiyet, çalışma süresi ve eğitim durumu değişkenleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı, bu sonuçların araştırmamızdaki bazı demografik değişkenlere ait bulguları destekler niteliktedir. Araştırmamızda örgütsel adalet ile gelir arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bu farklılığın gelir seviyesi yüksek olan çalışanlarda örgütsel adaleti daha olumlu algılandığı sonucuna varılmıştır. Binay ve Yıldız (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise katılımcıların gelir düzeylerinin örgütsel adalet algısı ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmamızın diğer değişkenini oluşturan örgütsel bağlılık boyutu ile demografik değişkenler arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Örucü ve Kışlalıoğlu’nun (2005) çalışmasında örgütsel bağlılık ile yaş arasında anlamlı, eğitim durumu açısından kısmi bir ilişki bulunurken çalışma süresi açısından anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların örgütsel adalet algılarının örgütsel bağlılık üzerine etkisini belirlemek için gerçekleştirilen regresyon analizi sonucuna göre örgütsel adaletin örgütsel bağlılık üzerinde pozitif yönde bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Chan ve Dubinsky (2005), Buluçve Güneş (2014), Sjahrudin ve Sudiro (2013), Jawad vd., (2012), Rafei-Dehkordi vd., (2013), Meydan ve Basım (2015) araştırmacılar tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda da pozitif anlamlı etki ulaşılmıştır. Örgütsel adalet alt boyutlarının örgütsel bağlılık ve alt boyutları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olup olmadığını belirlemek için de regresyon analizinden yararlanılmıştır. Analiz sonucuna göre örgütsel adalet alt boyutlarının duygusal bağlılık ve normatif bağlılık üzerine etkisini gösteren modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu devam bağlılık üzerine etkisini gösteren modelin ise anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Anlamlı olduğu belirlenen modellerde bilgisel adaletin duygusal bağlılık üzerinde işlemsel adaletin de normatif bağlılık üzerinde anlamlı bir etkiye sahip belirlenmiştir (Bağcı, 2013; Cihangiroğlu, 2011). Araştırmamızın aksine Turgut vd., (2012) örgütsel adalet alt boyutlarının devam bağlılığı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu, Büyükyılmaz ve Tunçbiz (2016) yaptıkları çalışmada ise işlemsel adaletin normatif bağlılık üzerine anlamlı bir etki göstermemektedir. Araştırmada Tablo 2’de ve Tablo 5’te kurulan modellerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve bağımlı değişken durumundaki duygusal ve normatif bağlılıkta gerçekleşen değişimin sırasıyla

%16,3'nün ve %18,5'nin örgütsel adalet alt boyutlarına bağlı olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bu sonuca göre çalışanların bağlılığını etkileyen farklı etmenlerin olduğu muhtemelini yansıtmaktadır. Bal (2014) örgütsel adaleti alt boyutlarına ayırmadan gerçekleştirdiği analizde duygusal ve normatif bağlılık üzerinde örgütsel adaletin anlamlı bir etkiye sahip olduğu, devam bağlılığı üzerinde ise anlamlı bir etkiye sahip olmadığına ulaşmıştır. Farmer vd.,(2003) ve Bakhshi vd., (2009) araştırma sonuçlarında ise işlemsel adalet ve dağıtımsal adaletin örgütsel bağlılık üzerinde etkisine ulaşmışlardır.

Çalışmanın Üstünlük ve Zayıflıkları

Öncelikle çalışmanın sağlık çalışanları açısından iki önemli davranışsal kavram olan adalet algısı ve bağlılık davranışları ilişkilerini incelemesi önemli bir üstün yönü olarak ele alınabilir. Ayrıca, çalışma hipotezlerinin uygulamalı bir alan araştırması ile test edilmesi de diğer bir üstün yönüdür. İlave olarak da çalışma verilerinin yüz yüze bir şekilde toplanmasının geçerlilik ve güvenilir adına önemli bir katkı sağladığı da değerlendirilmektedir. Ancak, çalışma verilerinin tek bir zamanda toplanması ortak yöntem hatasının azaltılması açısından bir sorun teşkil edebilir. Ayrıca, verilerin genellenebilirliği de örneklem kapsamında çalışmaya bir sınırlılık yaratmaktadır.

Gelecek Çalışmalara Öneriler

Araştırmada belirlenen konu doğrultusunda katılımcıların örgütlerini adalet olarak algılamaları neticesinde bu durumun örgütsel bağlılıkları üzerinde nasıl bir yansımalarının olacağı belirlenmeye çalışılmıştır. Bulgulara göre örgütsel bağlılık üzerinde örgütsel adalet dışında farklı değişkenlerin de etkisinin olabileceği muhtemelini destekler niteliktedir. Bu nedenle gelecek araştırmalarda örgütsel bağlılık üzerinde farklı değişkenlerin test edilebileceği gibi kurulan modele aracı ve düzenleyici değişkenlerde eklenerek incelenebilir. Ulaştığımız bir diğer sonuçta ise katılımcıların demografik değişkenlere ait birçok boyutu ile örgütsel adalet ve örgütsel bağlılık arasında anlamlı bir farklılığın olmaması aynı zamanda örgütsel adalet alt boyutları olan bilgisel adalet ve işlemsel adalet dışındaki diğer alt boyutların örgütsel bağlılık alt boyutları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığıdır. Bu durum sağlık kurumları nezdinde yapılacak gelecek araştırmalardan elde edilen bulgularla karşılaştırılarak örgütsel adaletin örgütsel bağlılık üzerine etkisine yönelik literatüre katkıda bulunulabilir.

KAYNAKÇA

- Abosrra, A.O. (2017). The Effect of Job Involvement on Organizational Commitment. Karabük University Social Sciences Institute, Master's Thesis, Karabük.
- Allen, N. J. and Meyer, J.P. (1990). The Measurement and Antecedents of Affective, Continuance and Normative Commitment to The Organization. Journal of Occupational Psychology, 63(1), 1-8.
- Allen, N.J. and Meyer, J.P. (1993). Organizational Commitment: Evidence of Career Stage Effects?. Journal of Business Research, 26(1), 49-61.
- Angle, H.L. and Perry, J.L. (1981). An Empirical Assessment of Organizational Commitment and Organizational Effectiveness. Administrative Science Quarterly, 26(1), 1-14.
- Bağcı, Z. (2013). Çalışanların Örgütsel Adalet Algılarının Örgütsel Bağlılıkları Üzerindeki Etkisi: Tekstil Sektöründe Bir İnceleme. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, 9(19), 163-184.
- Bal, V. (2014). Örgütsel Adalet ve Örgütsel Bağlılık İlişkisi: Manisa'daki Eğitim Kurumlarında Bir Araştırma. Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 6(1), 1-9.
- Bateman, T.S. and Strasser, S. (1984). A Longitudinal Analysis of the Antecedents of Organizational Commitment. The Academy of Management Journal, 27(1), 95-112.
- Batool, S. (2013). Developing Organizational Commitment and Organizational Justice to Amplify Organizational Citizenship Behavior in Banking Sector. Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences, 7(3), 646-655.
- Bayram, L. (2005). Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık. Sayıştay Dergisi, 59, 125-139.
- Becky, J. and Stephen, A. (2019). A Primer on Organizational Commitment, 12.09.2019 tarihinde <http://asqhdandl.org/uploads/3/4/6/3/34636479/commitment.pdf> adresinden alınmıştır.

- Binay, M. ve Yıldız, S.S. (2017). Kamu Çalışanlarının Demografik Özelliklerine Göre Örgütsel Adalet Algısı ve İzlenim Yönetimi Davranışlarının Farklılaşması. *Sayıştay Dergisi*, 107, 99-127.
- Bogler, R. and Somech, A. (2004). Influence of Teacher Empowerment on Teachers' Organizational Commitment, Professional Commitment and Organizational Citizenship Behavior in Schools. *Teaching and Teacher Education*, 20(3), 277-289.
- Buluç, B. ve Güneş, M. (2014). Relationship Between Organizational Justice and Organizational Commitment in Primary Schools. *Anthropologist*, 18(1), 145-152.
- Büyükyılmaz, O. ve Tunçbiz, B. (2016). Örgütsel Adaletin Örgütsel Bağlılığa Etkisi: Akademik Personel Üzerinde Bir Araştırma. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(14), 89-114.
- Chang, C.C. and Dubinsky, A.J. (2005). Organizational Justice in the Sales Force: A Literature Review with Propositions. *Journal of Business-to-Business Marketing*, 12(1), 35-71.
- Cihangiroğlu, N. (2011). Askeri Doktorların Örgütsel Adalet Algıları İle Örgütsel Bağlılıkları Arasındaki İlişkinin Analizi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53, 9-16.
- Cihangiroğlu, N. (2011). Askeri Doktorların Örgütsel Adalet Algıları İle Örgütsel Bağlılıkları Arasındaki İlişkinin Analizi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53, 9-16.
- Colquitt, J.A. (2001). On the Dimensionality of Organizational Justice: A Construct Validation of a Measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386-400.
- Colquitt, J.A., Conlon, D.E., Wesson, M.J., Porter, C.O. and Ng, K.Y. (2001). Justice at the Millennium: A Meta-Analytic Review of 25 Years of Organizational Justice Research. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 425-445.
- Cropanzano, R. and Molina, A. (2015). Organizational Justice, James D. Wright (ed.). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2nd edition. Oxford.
- Cropanzano, R., Bowen, D. and Gilliland, S.W. (2007). The Management of Organizational Justice, *Academy of Management Perspectives*, 21(4), 34-48.
- Cropanzano, R., Byrne, Z.S., Bobocel, D.R., and Rupp, D.E. (2001). Moral Virtues, Fairnessheuristics, Socialentities, Andotherdenizens of Organizational Justice. *Journal of Vocational Behavior*, 58(2), 164-209.
- Crow, M.S., Lee, C.B. and Joo, J.J. (2012). Organizational Justice and Organizational Commitment Among South Korean Police Officers An Investigation of Job Satisfaction as a Mediator. *An International Journal of Police Strategies & Management*, 35(2), 402-423.
- Doğan, S. ve Kılıç, S. (2007). Örgütsel Bağlılığın Sağlanmasında Personel Güçlendirmenin Yeri ve Önemi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 29, 37-61.
- Eib, C. (2015). Processes of Organizational Justice, Insights into the Perception and Enactment of Justice: Sweden by Holmbergs.
- Ellis, K.M., Reus, T.H. and Lamont, B.T. (2009). The Effects Of Procedural and Informational Justice in the Integration of Related Acquisitions. *Strategic Management Journal*, 30(2), 137-161.
- Emsen, A.K. (2010). Örgütsel Yapı Unsurlarının Çalışanların Örgütsel Adalet Algılamaları Üzerine Etkisi: Antalya Sağlık Örgütlerinde Bir Uygulama. *Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya*.
- Erturhan Işkın, H. (2018). Örgütsel Adaletin Örgütsel Vatandaşlık, Örgütsel Sinizm ve Örgütsel İntikam Üzerine Etkisi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Bir Araştırma. *Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Sivas*.
- Farmer, S., Beehr, T.A. and Love, K.G. (2003). Becoming an Undercover Police Officer: a Note on Fairness Perceptions, Behavior, and Attitudes, *Journal of Organizational Behavior*, 24(4), 373-387.
- Finegan, J.E. (2000). The Impact of Person and Organizational Values on Organizational Commitment. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73(2), 149-169.
- Gilliland, S.W. (1993). The Perceived Fairness of Selection Systems: An Organizational Justice Perspective. *Academy of Management Review*, 18(4), 694-734.
- Gül, İ. (2018) Sağlık Kurumlarında Örgütsel Bağlılık Ve Örgütsel Değişime Açıklığın Örgüt Sağlığı Üzerindeki Etkisi: Afyonkarahisar İl Merkezi Hastanelerinde Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Isparta*.
- Holtz, B.C. and Harold, C.M. (2013). Interpersonal Justice and Deviance: The Moderating Effects of Interpersonal Justice Values and Justice Orientation. *Journal of Management*, 39(2), 339-365.

- Hunt, S.D., Wood, V.R. and Chonko, L.B. (1989). Corporate Ethical Values and Organizational Commitment in Marketing, *Journal of Marketing*, 53(3), 79-90.
- Işık, O., Uğurluoğlu, Ö. ve Akbolat, M. (2012). Sağlık Kuruluşlarında Örgütsel Adalet Algılarının Örgütsel Bağlılığa Etkisi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 13(2), 254-265.
- Jawad, M., Raja, S., Abraiz, A. and Tabassum, T.M. (2012). Role of Organizational justice in Organizational Commitment with Moderating Effect of Employee Work Attitudes, *Journal of Business and Management*, 5(4), 39-45.
- Johnson, R.E., Lanaj, K. and Barnes, C.M. (2014). The Good and Bad of Being Fair: Effects of Procedural and Interpersonal Justice Behaviors on Regulatory Resources. *Journal of Applied Psychology*, 99(4), 635-650.
- Judge, T.A. and Colquitt, J.A. (2004). Organizational Justice and Stress: The Mediating Role of Work-Family Conflict. *Journal of Applied Psychology*, 89(3), 395-404.
- Karaca Doğan, P. (2018). Analysis Of The Relation Between Organizational Identification Levels And Organizational Justice Perceptions Of Academicians. *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 16(1), 107-118.
- Karavardar, G. (2015). Örgütsel Adaletin İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 11(26), 139-150.
- Karim, F. and Rehman, O. (2012). Impact of Job Satisfaction, Perceived Organizational Justice and Employee Empowerment on Organizational Commitment in Semi-Government Organizations of Pakistan. *Journal of Business Studies Quarterly*, 3(4), 92-104.
- Kernan, M.C. and Hanges, P.J. (2002). Survivor Reactions to Reorganization: Antecedents and Consequences of Procedural, Interpersonal, and Informational Justice. *Journal of Applied Psychology*, 87(5), 916-928.
- Kılıç, T., Bostan, S. and Grabowski, W. (2015). A New Approach to The Organizational Justice Concept: The Collective Level of Justice Perceptions. *International Journal of Health Sciences*, 3(1), 157-175.
- Kidron, A. (1978). Work Values and Organizational Commitment. *The Academy of Management Journal*, 21(2), 239-247.
- Leiter, M.P. and Maslach, C. (1988). The Impact of Interpersonal Environment on Burnout and Organizational Commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297-308.
- Lizote, S.T., Verdinelli, M.A. and Nascimento, S. (2017). Organizational Commitment and Job Satisfaction: A Study With Municipal Civil Servants. *Brazilian Journal of Public Administration*, 51(6), 947-967.
- Mauyag Gunda, A. (2017). Commitment and Satisfaction of Barangay Health Workers in Marawi City, Philippines. Namik Kemal University Social Sciences Institute, Master's Thesis, Tekirdağ.
- Mercurio, Z.A. (2015). Affective Commitment as a Core Essence of Organizational Commitment: An Integrative Literature Review. *Human Resource Development Review*, 14(4), 389-414.
- Meydan, C. H. ve Basım, H. N. (2015). Örgütsel Vatandaşlık Davranışında Kontrol Odağı, Örgütsel Adalet Algısı ve Örgütsel Bağlılığın Etkisi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(1), 99-116.
- Meyer, J.P. and Allen, N.J. (1984). Testing the "Side-Bet Theory" of Organizational Commitment: Some Methodological Considerations. *Journal of Applied Psychology*, 69(3), 372-378.
- Meyer, J.P., Stanley, D.J., Herscovitch, L. and Topolnysky, L. (2002). Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: A Meta-analysis of Antecedents, Correlates, and Consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 61(1), 20-52.
- Miller, B.K., Konopaske, R. and Byrne, Z.S. (2012). Dominance Analysis of Two Measures of Organizational Justice. *Journal of Managerial Psychology*, 27(3), 264-282.
- Moon, H., Kamdar, D., Mayer, D.M. and Takeuchi R., (2008). Me or We? The Role of Personality and Justice as Other-Centered Antecedents to Taking Charge Within Organizations. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 84-94.
- Moorman, R.H. (1991). Relationship Between Organizational Justice and Organizational Citizenship Behaviors: Do Fairness Perceptions Influence Employee Citizenship?. *Journal of Applied Psychology*, 76(6), 845-855.
- Morris, J.H. and Sherman, J.D. (1981). Generalizability of an Organizational Commitment Model, *The Academy of Management Journal*, 24(3), 512-526.
- Musabah, S., Zefeiti, B.A., and Mohamad, N.A. (2017). The Influence of Organizational Commitment on Omani Public Employees' Work Performance. *International Review of Management and Marketing*, 7(2), 151-160.

- Najafi, S., Noruzy, A., Azar, H.K., Nazari-Shirkouhi, S. and Dalvand, M.R. (2011). Investigating the Relationship Between Organizational Justice, Psychological Empowerment, Job Satisfaction, Organizational Commitment and Organizational Citizenship Behavior: An Empirical Model. *African Journal of Business Management*, 5(13), 5241-5248.
- Örücü, E. ve Kışlalıoğlu, R.S. (2014). Örgütsel Bağlılık Üzerine Bir Alan Çalışması. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 10(22), 45-65.
- Özdemir, R. (2019). Örgütsel Güven ve Örgütsel Adalet Algısının İş Gören Performansı Üzerindeki Etkisi. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.*
- Patient, D.L. and Skarlicki, D.P. (2010). Increasing Interpersonal and Informational Justice When Communicating Negative News: The Role of the Manager's Empathic Concern and Moral Development. *Journal of Management*, 36(2), 555-578.
- Radosavljević, Ž., Čilerdžić, V. and Dragić, M. (2017). Employee Organizational Commitment. *Faculty of Business Economics and Entrepreneurship*, 1(2), 18-26.
- Rafei-Dehkordi, F., Mohammadi, S. and Yektayar, M. (2013). Relationship of Organizational Justice and Organizational Commitment of the Staff in General Directorate of Youth and Sports in Chahar Mahal Va Bakhtiari Province, *European Journal of Experimental Biology*, 3 (3), 696-700.
- Reichers, A.E. (1985). A Review and Reconceptualization of Organizational Commitment. *The Academy of Management Review*, 10(3), 465-476.
- Rickett, M. (2002). Attitudinal Organizational Commitment and Job Performance: A Meta-Analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 23(3), 257-266.
- Roberson, Q.M. and Stewart, M.M. (2006). Understanding the Motivational Effects of Procedural and Informational Justice in Feedback Processes. *British Journal of Psychology*, 97(3), 281-298.
- Scandura, T.A. (1999). Rethinking Leader-member Exchange: An Organizational Justice Perspective. *The Leadership Quarterly*, 10(1), 25-40.
- Scott, B.A., Colquitt, J.A. and Zapate-Phelan, C.P. (2007). Justice as a Dependent Variable: Subordinate Charisma as a Predictor of Interpersonal and Informational Justice Perceptions. *Journal of Applied Psychology*, 92(6), 1597-1609.
- Shin, J., Seo, M.G., Shapiro, D.L. and Taylor, M.S. (2015). Maintaining Employees' Commitment to Organizational Change: The Role of Leaders' Informational Justice and Transformational Leadership. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 51(4), 501-528.
- Shore, L.M. and Wayne, S.J. (1993). Commitment and Employee Behavior: Comparison of Affective Commitment and Continuance Commitment With Perceived Organizational Support. *Journal of Applied Psychology*, 78(5), 774-780.
- Sjahruddin, H., Sudiro, A.A. (2013). Organizational Justice, Organizational Commitment and Trust in Manager as Predictor of Organizational Citizenship Behavior, *Interdisciplinary Journal Of Contemporary Research in Business*, 4(12), 133-141.
- Skarlicki, D.P., Barclay, L.J. and Pugh, S.D. (2008). When explanations for layoffs are not enough: Employer's integrity as a moderator of the relationship between informational justice and retaliation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 81(1), 123-146.
- Somers, M.J. (1995). Organizational Commitment, Turnover and Absenteeism: An Examination of Direct and Interaction Effects. *Journal of Organizational Behavior*, 16(1), 49-58.
- Srivastava, U.R. (2015). Multiple Dimensions of Organizational Justice and Work-Related Outcomes among Health-Care Professionals. *American Journal of Industrial and Business Management*, 5(11), 666-685.
- Srivastava, U.R. (2015). Multiple Dimensions of Organizational Justice and Work-Related Outcomes among Health-Care Professionals. *American Journal of Industrial and Business Management*, 5(11), 666-685.
- Steers, R.M. (1977). Antecedents and Outcomes of Organizational Commitment. *Administrative Science Quarterly*, 22(1), 46-56.
- Şaklak, Ö. (2018). Öğretim Elemanlarının Örgütsel Adalet Algısının Örgütsel Bağlılıklarına Etkisi: Ankara İli Örneği. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.*
- Tokmak, M. (2018). Örgütsel Adalet Ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin Kamu Ve Özel Sektör Çalışanları Örneğinde Araştırılması. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Aydın.*
- Turgut H., Tokmak, İ. and Cem, G. (2012). The Effect Of Employees' Organizational Justice Perceptions on Their Organizational Commitment: A University Sample. *International Journal of Business and Management*, 4(1), 21-30.

- Turgut, H., Tokmak, İ. ve Gücel, C. (2012). The Effect of Employees' Organizational Justice Perceptions on Their Organizational Commitment: A University Sample. *International Journal of Business and Management Studies*, 4(2), 21-30.
- Türker, D. (2009). How Corporate Social Responsibility Influences Organizational Commitment. *Journal of Business Ethics*, 89, 189-204.
- Uğurlu, C. T. ve Üstüner, M. (2011). Örgütsel Adaletin Örgütsel Bağlılığa Etkisi: Akademik Personel Üzerinde Bir Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 41, 434-448.
- Vandenberghe, C. and Bentein, K. (2009). A Closer Look at the Relationship Between Affective Commitment to Supervisors and Organizations and Turnover. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82(2), 331-348.
- Wasti, S.A. (2003). Organizational Commitment, Turnover Intentions and the Influence of Cultural Values. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76(3), 303-321.
- Wenzel, M. (2006). A Letter from the Tax Office: Compliance Effects of Informational and Interpersonal Justice. *Social Justice Research*, 19(3), 345-364.
- Xhako, D. (2017). The Moderating Effect of Perceived Organizational Support (POS) in the Impact of Workload and Workfamily Conflict on Organizational Commitment a Research in Hospital Nurse Staffing. Hacettepe University Graduate School of Social Sciences, Master's Thesis, Ankara.
- Yalçıntaş, M. ve San, İ. (2017). Örgütsel Adalet İle Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Ampirik Bir Çalışma. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 16(Özel Sayı), 503-514.
- Yavuz, M. (2010). The Effects of Teachers' Perception of Organizational Justice and Culture on Organizational Commitment. *African Journal of Business Management*, 4(5), 695-701.
- Yean, T. F. And Yusof, A. A. (2016). Organizational Justice: A Conceptual Discussion. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, Vol. 219, 798-803.
- Zapata, C.P., Olsen, J.E. and Martins, L.L. (2013). Social Exchange from the Supervisor's Perspective: Employee Trustworthiness as a Predictor of Interpersonal and Informational Justice. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 121(1), 1-12.

ÖRGÜTSEL SINIZM VE ÖRGÜTSEL SONUÇLARININ SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNE ETKİSİ: SİSTEMATİK BİR DERLEME

THE EFFECT OF ORGANIZATIONAL CYNICISM AND ITS ORGANIZATIONAL RESULTS ON HEALTH WORKERS: A SYSTEMATIC REVIEW

Merve AKBAS

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

Makale gönderim-kabul tarihi (03.03.2020-08.04.2020)

Özet

Örgütsel sinizm, bireyin içinde bulunduğu kuruma karşı olumsuz bir duygu, tutum ve davranış geliştirmesidir. Bu çalışmanın amacı, örgütsel sinizm ve örgütsel sonuçları (iş tatmini, performans, bağlılık, tükenmişlik, hasta güvenliği kültürü, örgütsel sessizlik örgütsel vatandaşlık) arasındaki ilişkiyi inceleyerek; sağlık sektörü çalışanlarına hizmet kalitesini iyileştirme bağlamında önerilerde bulunmaktır. Kavramın, sağlık çalışanları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi açısından ilk sistematik derleme olması ve sinizmin etkilediği tüm örgütsel değişkenlerin bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasının bu çalışmanın önemini artırdığına inanılmaktadır. Çalışma kapsamında, 2011 – 2019 yılları arasında Türkiye’de örgütsel sinizm konusunda yapılmış olan 240 çalışma sistematik olarak incelenmiştir. “Sinizm” “Örgütsel Sinizm”, “Sağlık Çalışanları”, “Hastane” ve “Hasta güvenliği” anahtar sözcükleri Google Akademik arama motoru, DergiPark ve Yök Tez veri tabanlarında taranmış; toplam 15 yayın çalışma kapsamına alınmıştır (n = 15). Araştırma sonucunda Türkiye’de sağlık alanında örgütsel sinizm ile ilgili çalışmaların en fazla İstanbul ve Ankara’da yapıldığı ve 2018 yılına kadar doktora tezi yapılmadığı belirlenmiştir. Çalışma sonucunda; örgütsel sessizlik kavramının sağlık sektöründe diğer sektörlere oranla daha az çalışıldığı belirlenmiştir. Kavramın örgütsel sessizlik, tükenmişlik ve örgütsel adalet ile ilişkisinin incelendiği çalışmalar yoğunluk kazanırken; hasta güvenliği ve kalite ile ilişkisinin değerlendirildiği çalışmaların yetersiz olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: sinizm, örgütsel sinizm, sağlık çalışanları, hasta güvenliği, sistematik derleme

Abstract

Organizational cynicism is the development of a negative emotion, attitude and behavior towards the institution that the individual is in. The aim of this study is by examining the relationship between organizational cynicism and organizational results (job satisfaction, performance, commitment, burnout, culture of patient safety, organizational silence organizational citizenship); to make recommendations to healthcare professionals in terms of improving service quality. It is believed that this concept is the first systematic review in terms of evaluating the impact of the concept on health workers, and the handling of all organizational variables influenced by cynicism with a holistic approach increases the importance of this study. In the study, 2011 - 2019 on the subject of organizational cynicism among the 240 studies examined systematically in Turkey. The keywords “cynicism”, “organizational cynicism”, “healthcare professionals”, “hospital” and “patient safety” have been searched in Google Scholar search engine, DergiPark and Yök Thesis databases; a total of 15 publications were included in the study (n = 15). Istanbul and up to a maximum of dissertation in 2018 in Ankara made and the work on

organizational cynicism in the health sector in Turkey was determined to make research results. In the results of working; It has been determined that the concept of organizational silence is less in the health sector compared to other sectors. While the studies examining the relationship between the concept and organizational silence, burnout and organizational justice are gaining intensity; It was found that studies evaluating patient safety and quality with inadequacy were inadequate.

Key Words: cynicism, organizational cynicism, health workers, patient safety, systematic review

GİRİŞ

Günümüz değişen dünyasında işletme yönetimi süreçlerinin sürdürülebilir olmasındaki temel unsurun “insan” olduğunun farkına varan kurumlar, sinizm kavramı üzerine yoğunlaşmaktadır. Temelleri M.Ö. 4.yüzyıla dayanan kavram, o yıllarda karşılıklı sürdürülen ilişkiler üzerinde incelenmiştir (Güven, 2016). Son dönemde özellikle ABD’de politikacılar, üst düzey şirket yöneticileri ve toplum, sinizm kavramını ve örgütsel düzeydeki etkilerini araştırarak tartışmaktadır (Karacaoğlu ve Küçükköylü, 2015). Kavram Türkiye’de ancak 2010 yılı sonrasında araştırmaya layık görülen konulardan biri olmuştur.

Farklı sektörler içerisinde çalışan bireyler incelendiğinde; sinik davranma düzeyleri yüksek olan çalışanlar ile karşılaşılma ihtimali çok fazladır. Çalışanlar bu tavır ve düşüncelerini farklı şekillerde gösterebilir. Sağlık sektöründe hedeflenen sıfır hata ve hizmet süreçlerinin iyileştirilmesi noktasında yenilik oluşturabilmek, rekabet ortamına uyum sağlayabilmek için kişileri anlamak, yönetmek ve dolayısıyla bakım hizmetlerinde gelişim sağlayabilmek için kurumların örgütsel sinizm konusuna odaklanmasının fayda sağlayacağı düşünülmektedir (Güzel ve Ayazlar, 2014). Sağlık hizmetlerinin gelişmesi, hasta hakları kavramının önem kazanması ve hizmet sunumunda çeşitliliğin olması, kalite kavramının önemini arttırmaktadır. Kalitenin sağlanmasındaki önemli değişkenlerden biri olan hasta güvenliği ve kültürü, hastaya zarar verilmesini önlemek amacı ile hem kurumun hem de çalışanlarının önlem almasını gerektirir (Sayek, 2010).

Sağlık sektörünün bulunduğu hizmet yapısının karmaşıklığı ve zorluğu sebebi ile örgütsel sinizm kavramının ve sonuçlarının örgüt ile ilgili değişkenlerle birlikte incelenmesinin sağlık çalışanlarına ve dolayısıyla hizmetin kalitesine olumlu çıktılar sağlayacağı düşünülmektedir. Bir kurumda kalite kültürünün oluşturulmasının örgüt kültürünün güçlü olmasına bağlı olacağı düşüncesi ile bu çalışma konusu tasarlanmıştır.

Türkiye’de örgütsel sinizm kavramı ile ilgili literatür incelendiğinde; çalışmaların örneklemini çoğunlukla öğretmenlerin, akademisyenlerin ve turizm sektörü çalışanlarının oluşturduğu ve çoğunlukla işletmecilik alanında çalışmaların olduğu belirlenmiştir. İşten ayrılma niyeti, örgütsel adalet, tükenmişlik, örgütsel bağlılık gibi sonuçlara neden olan örgütsel sinizm, sağlık sektörü açısından değerlendirildiğinde bu sonuçların yanı sıra, hasta güvenliği ve hizmet kalitesini de etkileyebileceği düşünülmektedir. Ayrıca sağlık sektöründe yapılan çalışmalarda çoğunlukla örgütsel sinizmin demografik değişkenlerle olan ilişkisi ve sinizm düzeyleri incelenmiştir. Ancak örgütsel sinizmin sonuçları ile ilişkili çalışmaların az olduğu ve bu sonuçların kalite bağlamında değerlendirilmesi konusundaki çalışmaların ise yetersiz olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla bu çalışmada, Türkiye’de örgütsel sinizm konusunda sağlık alanında yapılan çalışmalardaki değişkenleri ortaya koyarak, ulusal alan yazınında gelinen noktayı sistematik olarak değerlendirmek, kapsam ve gelişimini anlamak ve gelecekteki çalışmalara yön vermek amaçlanmaktadır.

1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sinizm Kavramının Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

TDK (2019) sinizmi; “İnsanın erdem ve mutluluğa, hiçbir değere bağlı kalmadan bütün gereksinimlerden sıyrılarak kendi kendine erişebileceğini savunan bir öğreti” olarak tanımlamaktadır. Septisizm, güven eksikliği, inançsızlık, olumsuzluk kelimeleriyle eş tutulan sinizm, “kusur bulan”, zor beğenen”, “eleştirel bir duruş sergileyen” bireyleri tanımlamak üzere kullanılır (Erdost, vd., 2007). Literatürde sinizm kavramı “kinizm” olarak da kullanılmakta; bu felsefeyi benimseyen bireylere “sinik” ya da “kinik” adı verilmektedir (Çiftçi, 2013).

Sinizm kavramı tarihsel süreç içerisinde incelendiğinde, Antik Yunan’da M.Ö. 4. yüzyıla kadar varlığını göstermektedir. Sofist Gorgias’ın daha sonra da Sokrates’in öğrencisi olan Antisthenes (MÖ 446-366) ve Sinoplu Diyojen’in (MÖ 404-323) bir öğretisi olduğu bilinmektedir (Laursen, 2009). Eski Yunan’da sinikler, din ve devlet gibi kurumlarının gereksizliğine inanıyorlardı (Dean ve diğ., 1998). İnsanların başkalarına muhtaç olma durumundan ötürü iyi ilişkiler kurduğuna ve bu yüzden doğal olmadıklarına dair bir düşünceleri vardı. Siniklerin temel bakış açıları, zamanın değerlerine yönelik umursamaz tavırları ve eleştirel yaklaşımları ile şekillenmekte idi (Ağaoğulları, 1989).

Sinik bakış açısı, Alman filozof Friedrich Nietzsche tarafından da ele alınmıştır. Nietzsche “*İnsanlar arasında yaşamayı, hayvanlar arasında yaşamaktan daha tehlikeli buldum*” ve “*Nerede canlı gördüysem, orada güç istemi gördüm; nerede özveri, hizmet ve sevgi bakışları varsa, orada efendi olma istemi de vardır*” şeklinde ifade etmiştir. Nietzsche bu sözleri ile insanlara olan güvensizliğini ve insanın her şeyi çıkarları uğruna gerçekleştirdiği sinik düşüncesini ifade etmiştir (Nietzsche, 2005).

Günümüze gelindiğinde ise sinizm, geçmiş dönemdeki anlamından uzaklaşmış ve daha olumsuz bir anlam kazanmıştır. Laursen, antik dönem sinizminin günümüz sinizm kavramından farklılığını şu şekilde örneklendirmiştir: “Makyavelli de bir sinik idi ancak onu Diyojen’den ayıran düşünce Diyojen ahlak için politikayı reddederken, Makyavelli’nin politikayı ahlakın önüne geçirmesidir. Bu nedenle Diyojen antik sinizmi temsil ederken Makyavelli modern sinizmi temsil etmektedir. ABD’de özellikle son yirmi yıldır sosyal bilimciler tarafından kullanılan sinizmde antik döneme hiç referans gösterilmemesinin gerekçesinin bu duruma dayandığı düşünülmektedir (Laursen, 2009).

Antik dönemde siniklerin, hayatın merkezinin örgüt değil insan olduğu ve buna istinaden materyalizmi reddetmesi; Anadolu kültüründe de kişisel ve nefse dayalı istek ve tüketimden uzaklaşmanın gerekliliğine inanılması noktasında benzerlik gösterdiği düşünülmektedir. Ancak geçmiş dönem sinikleri toplumda yanlış olduğuna inandıkları konuları ve materyalizmi eleştirirken, günümüzde ise sinizmin anlamının farklılaştığı düşünülmektedir. Günümüzde sinikler, istenmeyen olayları eleştirmek yerine kendilerini o durumdan soyutlayan bir tavır sergilemektedirler.

1.2. Örgütsel Sinizm Kavramı ve Gelişimi

1990’lı yılların başında gelişme gösteren örgütsel sinizm kavramı, örgütsel davranış alanındaki yeni konulardan biridir. Psikoloji, sosyoloji, politika ve felsefe gibi farklı alanlarda çalışılmış ve kavramsallaştırılmıştır. Örgütsel sinizm, bireyin içinde bulunduğu kuruma karşı olumsuz bir tutum geliştirmesidir. Sahip olduğu olumsuz tutum nedeni ile kurumun dürüstlükten yoksun olduğuna inanır, kuruma yönelik olumsuz duygular besler ve sahip olduğu olumsuz duygu ve inançlara bağlı eleştirel eğilimler geliştirir (Çam, 2019).

Örgütsel sinizm ile ilgili ulaşılabilen ilk tanım, Goldner, Ritti ve Ference tarafından 1977 yılında şu şekilde ifade edilmiştir: “*Siniksel bilgi, örgütsel eylemler, kararlar ve yöntemlerdeki özgecilik davranışındaki iyiliğinin ya da samimiyetinin reddedilmesidir*” (Goldner ve diğ.,1977). Örgütsel sinizm bireyin kuruma karşı beslediği olumsuz duygular ve gerçekleştirdiği olumsuz tutum ve davranışlardır. Birey olumsuz tutum veya davranışlarını yöneticisine, süreçlere, uygulamalara

sergilediği gibi örgüte karşı da sergileyebilir. Örgütsel sinizm düzeyinin yüksek olduğu çalışanlar, çalıştıkları kurumun etik kuralları önemsemediğini, örgütsel adaletin olmadığını, samimiyet ve dürüstlük gibi kavramları kurum menfaati için yok saydıklarını düşünmekte ve bu inanca bağlı olarak davranışlarına yansıtılmaktadırlar (Akyüz 2015).

Örgütlerin sinik olması ise; bilerek çalışanları yanıltmaları, sömürü düzeni içerisinde politikalar geliştirmeleri, çalışanlardan geri bildirim alma ihtiyacı hissetmeden direktiflerde bulunmaları ile ilgilidir. Kısaca olumsuz davranışların somut olarak kurumda gözlenebildiği örgütlerdir (Kalağan, 2009).

Örgütsel sinizm genel olarak; bir kurumun doğruluk, samimiyet ve dürüstlük gibi kavramlardan yoksun olduğuna, kendilerinin sömürüldüğüne dair inanç ve negatif bir tutum veya davranış olarak ifade edilmektedir (Wilkerson vd. , 2008; Türköz ve diğ., 2013).

Örgütsel sinizm ile ilgili yapılan tanımlar doğrultusunda Dean ve diğerleri (1998)'ne göre örgütsel sinizmin üç boyuttan oluştuğu ifade edilmektedir:

- Örgütün dürüstlükten yoksun olduğuna dair inanış, bilişsel boyut (1) ,
- Örgüte karşı negatif duygular, duygusal boyut (2)
- Örgüte yönelik kötuleyici inanışlarla oluşan davranışlar, davranışsal boyut (3) olarak tanımlanmaktadır (Kaşka ve Gemlik, 2016).

1.3. Örgütsel Sinizmin Sonuçları

Örgütsel sinizm, kurumun hedeflerine ulaşmasını zorlaştırmakta ve kurumla ilgili değişkenleri olumsuz yönde etkilemektedir (Şantaş ve diğ., 2016). Sinik olduğu düşünülen çalışanlarda öncelikle birtakım fiziksel belirtiler görülmektedir. Çarpıntı, damarlarla ilgili problemler yaşanması ve benzeri psikosomatik durumların meydana gelmesi bireylerin hayat kalitesine ve yaşam süresine etki etmektedir (Gövez, 2013). Sinik çalışanın hastalanmasından dolayı devamsızlığının artması, performansının düşmesi ve işten ayrılma gibi örgüt açısından bir dizi olumsuz sonuç meydana gelmektedir (Kalağan, 2009). Aşağıda örgütsel sinizmin, iş tatmini, performans, örgütsel bağlılık, tükenmişlik ve hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisi açıklanacaktır.

İş tatmini, çalışanın işine karşı gösterdiği duygusal tepki olarak ifade edilmektedir (Keleş, 2006). Çalışanın beklentilerinin istenilen düzeyde karşılanmaması durumunda iş tatminsizliği ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla çalışanın verimliliğinin ve işe bağlılığının azalması sonucu ortaya çıkacaktır. Ayrıca düşük iş tatmini olan çalışanların uykusuzluk, ağrı, hayal kırıklığı gibi duygular ve sağlık sorunları yaşadığı ortaya konmuştur (Akıncı, 2002).

Literatürde kurum içerisinde sinik davranış gösteren çalışanların işten ayrılma niyeti içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Helvacı' nın yaptığı çalışmada sinik davranış arttıkça iş tatmininin azaldığı ifade edilmiştir (Helvacı, 2010). Başka bir araştırmada, örgütsel sinizmin % 65 oranında iş tatmini değişkeni tarafından açıklandığı belirlenmiştir (Abraham, 2000).

Örgütsel bağlılık kavramı, çalışanın işe katılma, sadakat ve örgütün sahip olduğu değerlere olan inancı ile birlikte psikolojik olarak bağlılığı şeklinde tanımlanmaktadır (Ölçüm, 2004). Ayrıca hizmet kalitesine olumlu yönde katkı sağlamaktadır (Doğan ve Kılıç, 2007).

Tükenmişlik (burnout) kavramı, ilk olarak Herbert Freudenberger tarafından 1970'lerde literatüre kazandırılmış bir kavramdır. Özellikle hizmet sektöründe çalışanların mesleki bunalımını ifade edebilmek adına ortaya atılmıştır. Başarısızlık, yıpranma ve enerji kaybında azalma gibi duygularla birlikte çalışana mutsuzluğa sürüklemektedir (Şahin ve Şahin, 2012).

Hasta güvenliği hizmet sunumu esnasında, sağlık kurumları ve sağlık çalışanları tarafından yapılan hataların engellenmesi için gerekli ve iyileştirici çabaların tümü olarak ifade edilmektedir (Yıldırım,

2005). “Örgütsel Sinizmin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi” başlıklı çalışmada, hastane çalışanlarının sinizm düzeyinin artmasının hasta güvenliği kültürünü azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Sinizmin doğrudan veya dolaylı olarak ortaya çıkardığı sonuçlardan çalışanların zarar gördüğü gözlemlenmektedir (Öztürk, 2019).

2. YÖNTEM

Çalışma, sistematik hataların ve yanlılığın önlenmesi ve daha güvenilir sonuçlar elde etmek amacıyla, Becheikh vd. (2006) ve Karaçam (2013) tarafından da kullanılan sistematik derleme aşamalarına uygun bir şekilde tasarlanmıştır. Araştırma gereç ve yöntemi, bu doğrultuda planlama (1), derlemenin yürütülmesi (2) ve bulguların raporlanması (3) olmak üzere üç adımda gerçekleştirilmiştir.

2.1. Araştırma Soruları

Planlama aşaması doğrultusunda oluşturulan araştırma soruları aşağıdaki gibidir:

- 1) Alanda yapılan örgütsel sinizm çalışma türleri ve yıllara göre dağılımı nasıldır?
- 2) Alanda yapılan örgütsel sinizm çalışmaları hangi illerde yoğunluk göstermektedir?
- 3) Alanda yapılan çalışmaların örneklem özellikleri ve ilgili değişkenleri nelerdir?

2.2. Araştırma Yöntemi

Literatürde derlemeler; geleneksel, sistematik ve meta analiz olmak üzere üç farklı şekilde yer almaktadır. Bu çalışma; sistematik derleme yöntemi ile incelenmiştir. Sistematik derleme objektif olması, tekrarlanabilmesi, net ve geniş kapsamlı olması nedeni ile geleneksel derlemeden farklılaşmaktadır. Ancak bulguların sentezlenmesi sürecinde istatistikî prosedürden yararlanılmadığı için meta analiz yönteminden farklı olduğu belirtilmektedir (Akt. Atrek ve Madran, 2016). Derlemenin yürütülmesi kapsamında aşağıda yer alan araştırma protokolü oluşturulmuştur.

Zaman, yer ve dil seçimi: Literatür taraması sonucuna dayanarak Türkiye’de örgütsel sinizm kavramının yazına girmesi ve ivme kazanması 2010 yılı sonrasında gelişim gösterdiği için, çalışma 2011–2019 yılları arasında ulusal araştırmaları kapsamaktadır. 2020 yılında konu ile ilgili makale ya da teze rastlanılmadığı için dâhil edilmemiştir.

Kapsam, konu ve yayın türü seçimi: Çalışma kapsamına yalnızca sağlık sektörü ve sağlık çalışanları dâhil edilmiştir. Çalışmanın amacında da belirtildiği gibi, örgütsel sinizmin etkilediği değişkenlerin (sonuçlar) araştırıldığı makale ve tezler çalışma kapsamına alınmıştır. Dolayısıyla sağlık sektörü dışındaki alanlarda ve örgütsel sinizmin öncüllerinin incelendiği çalışmalar, ölçek geliştirme çalışmaları, demografik değişkenlerle ilişkilerinin incelendiği çalışmalar ve derlemeler kapsam dışında tutulmuştur.

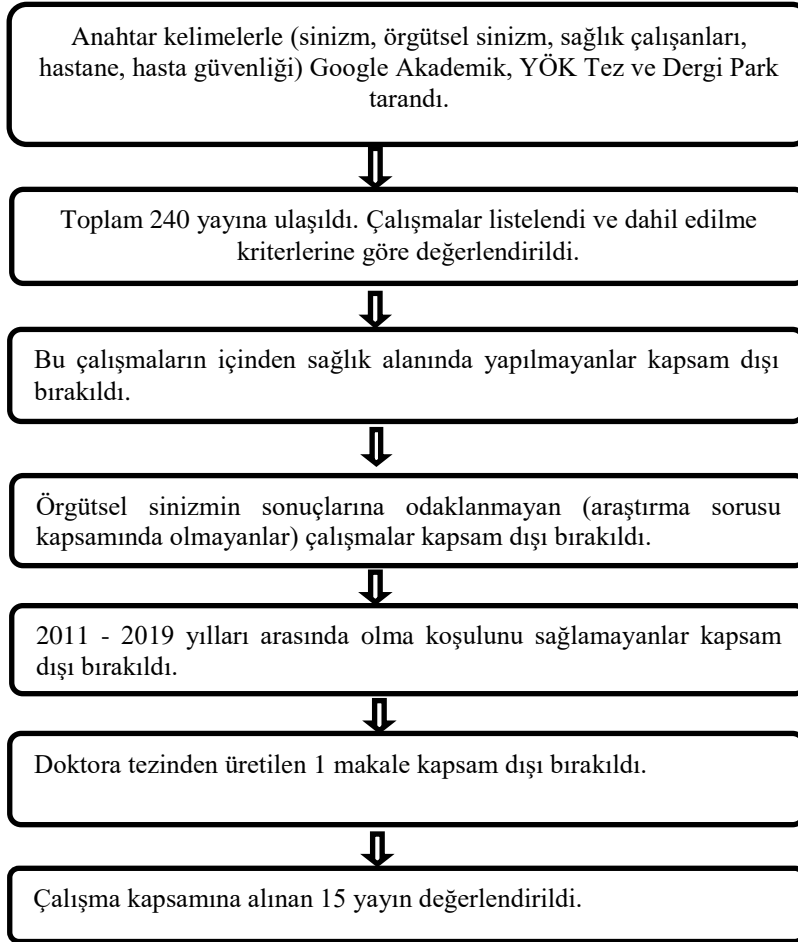
Anahtar sözcüklerin belirlenmesi: Taramada “Sinizm” “Örgütsel Sinizm”, “Sağlık Çalışanları”, “Hastane” ve “Hasta güvenliği” anahtar sözcükleri kullanılmıştır.

Veritabanı seçimi: Araştırmada Google Akademik arama motoru, DergiPark ve Yök Tez veritabanları kullanılmış olup, Türkiye’de yapılan çalışmalar araştırmaya dâhil edilmiştir.

Kalite değerlendirmesi: Derlemenin kanıtlanabilirliğinin artırılması ve araştırma esnasında meydana gelebilecek hata ya da yanlılıkları en aza indirmek amacı ile Greenhalgh ve diğerlerinin (2008) kullandığı kalite değerlendirme kontrol listesi kullanılmıştır.

Bulguların raporlanması (3) aşaması bulgular bölümünde detaylı açıklanacaktır.

Şekil 1: Tarama Akış Diyagramı



Şekil 1’de görüldüğü üzere, “Sinizm” “Örgütsel sinizm” “Sağlık çalışanları” “Hastane” “Hasta güvenliği” anahtar kelimesi ile veri tabanları ve arama motorundan elde edilen ilk tarama sonucunda 240 yayın elde edilmiştir. Daha sonra “Sağlık çalışanlarında örgütsel sinizm” “Örgütsel sinizm ve hastane” “Örgütsel sinizm ve hasta güvenliği” şeklinde çaprazlamalar kapsamında çalışma başlıkları ve özetler gözden geçirilerek sağlık sektörü ve sağlık çalışanları ile ilgili olan araştırmalar bulunmuştur. Bu çalışmalar içerisinde sağlık çalışanlarında örgütsel sinizm ve sonuçlarına odaklananlar kapsama alınmıştır.

Demografik değişkenlerle ilişkilerin incelendiği çalışmalar, örgütsel sinizmin nedenlerinin incelendiği çalışmalar, örgütsel sinizm ölçek geliştirme çalışmaları kapsam dışında bırakılmıştır. Ayrıca Korkmaz (2016) tarafından “Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Sinizm Düzeyleri ve İş Tatminleri Arasındaki İlişki” başlıklı doktora çalışmasından üretilen makale kapsam dışı bırakılmış, doktora tezi değerlendirilmeye alınmıştır. Buna bağlı olarak 7 makale, 2 doktora tezi ve 6 yüksek lisans tezi çalışmaya dâhil edilmiştir. Dolayısıyla toplam 15 yayın araştırma kapsamında incelenmiştir (n = 15).

3.BULGULAR

Araştırmaya dâhil edilen çalışmalar 7 makale, 2 doktora tezi ve 6 yüksek lisans tezinden oluşmaktadır. Sağlık çalışanlarında örgütsel sinizm ve sonuçları üzerine yapılmış çalışmalar araştırma soruları kapsamında detaylı açıklanacaktır. İlk araştırma sorusu doğrultusunda; araştırma kapsamına dâhil edilen çalışmaların yıllara göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir.

Araştırma sorusu (1) Alanda yapılan örgütsel sinizm çalışmalarının yıllara göre dağılımı nasıldır?

Tablo 1: Çalışma Türleri ve Yıllara Göre Dağılımı

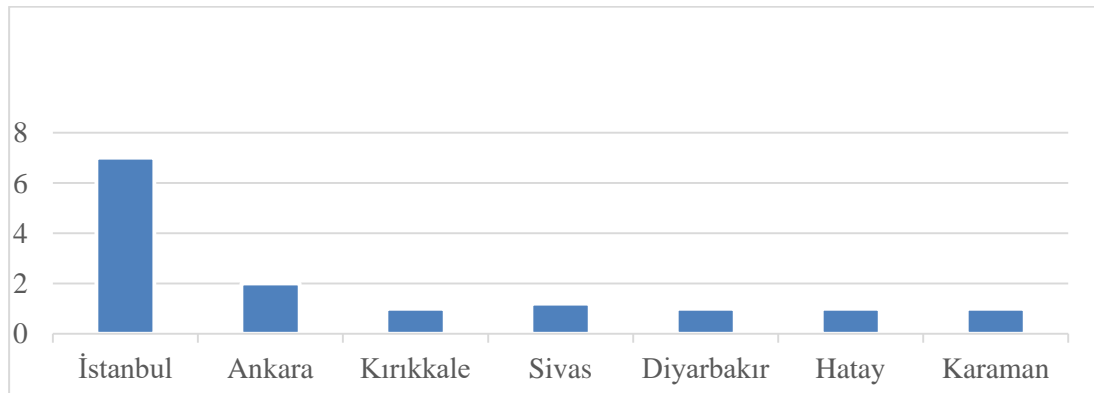
Yıl	Makale	Doktora Tezi	Yüksek Tezi	Lisans	Toplam
2011	-	-	-	-	0
2012	-	-	-	-	0
2013	1	-	-	-	1
2014	1	-	-	-	1
2015	-	-	-	-	0
2016	2	-	1	-	3
2017	2	-	1	-	3
2018	1	2	3	-	6
2019	-	-	1	-	1
Toplam	7	2	6	15	15

Ülkemizde sağlık alanında yapılan örgütsel sinizm ve sonuçları (iş tatmini, performans, tükenmişlik, hasta güvenliği) ile ilişkilendirilen çalışmaların yıllara göre dağılımı incelendiğinde, çalışmaların 2016 itibarı ile genel olarak arttığı ve konu hakkındaki tez çalışmalarının 2018 yılında başladığı görülmektedir. 2011-2015 ile 2016-2019 yılları dönemselsel olarak karşılaştırıldığında çalışmaların son dört yıl içerisinde arttığı belirlenmiştir.

Araştırma sorusu (2) Alanda yapılan örgütsel sinizm çalışmaları hangi illerde yoğunluk göstermektedir?

Araştırmanın ikinci sorusu doğrultusunda araştırma kapsamına alınmış olan çalışmaların en yoğun yapıldığı yerler şu şekilde sıralanmıştır: İstanbul (7), Ankara (2), Kırıkkale (1), Sivas (1), Diyarbakır (1), Hatay (1), Karaman (1).

Şekil 2: Araştırma Kapsamındaki Çalışmaların İllere Göre Dağılımı



Şekil 2’de de gösterildiği üzere sağlık alanında örgütsel sinizm çalışmalarının İstanbul ve Ankara’da yoğunlaştığı belirlenmiştir.

Araştırma sorusu (3) Alanda yapılan çalışmaların örneklem özellikleri ve ilgili değişkenleri nelerdir?

Tablo 2: Çalışmada Değerlendirilen Araştırmaların Özellikleri

Yazar (lar)	Örnekleme Oluşturanlar	İlgili Değişkenler	Çalışmanın yapıldığı il
Erdoğan ve Bedük (2013)	Hastane Çalışanları	Örgütsel Vatandaşlık	Karaman
Çaylak (2014)	Hemşire	Örgütsel Sessizlik ve İşten Ayrılma Niyeti	Ankara
Şantaş, Uğurluoğlu, Kandemir ve Çelik (2016)	Hastane Çalışanları	İş Performansı ve Örgütsel Özdeşleşme	Kırıkkale
Yıldırım (2016)	Hastane Çalışanları	Örgüt Kültürü	İstanbul
Akyurt (2017)	Hemşire	Tükenmişlik	İstanbul
Kıran (2017)	Hemşire, Hekim ve öğretmenler	İşe Gömülü Olma, Psikolojik Sermaye ve İşten Ayrılma Niyeti	Hatay
Gökçe, Emhan, Özer ve Kaya (2017)	Hastane Çalışanları	Bireylerarası Çatışma ve İşten Ayrılma Niyeti	Diyarbakır
Tunç (2018)	Hastane Çalışanları	Örgütsel Vatandaşlık Davranışı, İş Özerkliği, Örgüt Güvenlik İklimi, Duygusal Zekâ ve Tükenmişlik	İstanbul
Terzi (2018)	Hekim	Örgütsel Bağlılık	İstanbul
Köse (2018)	Hastane Çalışanları	Örgütsel Adaletsizlik ve Örgütsel Sessizlik	İstanbul
Arı (2018)	Hemşire	Duygusal Emek, Bireysel İş Performansı	İstanbul
Erturhan Işkın (2018)	Hastane Çalışanları	Örgütsel Adalet, Örgütsel Vatandaşlık ve Örgütsel İntikam	Sivas
Bulut Korkmaz (2018)	Hastane Çalışanları	İş tatmini	Edirne
Öztürk (2019)	Hastane Çalışanları	Hasta Güvenliği	Ankara

3.1. Örneklem Özellikleri

İncelemeye alınan çalışmalarda örneklemin en fazla 640 (Erdoğan ve Bedük, 2013) en az 50 (Öztürk, 2019) katılımcıdan oluştuğu belirlenmiştir.

Çalışmaların tamamında “Örgütsel Sinizm Ölçeği” Brandes, Dharwadkar ve Dean (1999) tarafından geliştirilen 13 maddelik ölçek geliştirilerek kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan 12 adet çalışma Kalağan tarafından Türkçeye uyarlanmış; Karacaoğlu ve İnce tarafından tekrar geçerlik güvenirlik analizlerinin yapıldığı ölçek kullanılmıştır. Kıran (2017)’in çalışmasında Türkçe’ye Erdost ve diğ. (2007) tarafından uyarlanmış ölçek kullanılmıştır. Tunç (2018)’un çalışmasında ise Koçoğlu’nun (2014) ölçeğinden faydalanılmıştır. Köse’nin (2018) çalışmasında Kalağan tarafından Türkçeleştirilmiş versiyonu uyarlanmıştır. Ölçeklerin tamamı 5’li likert tiptedir.

3.2. İlgili Değişkenler

Örgütsel sinizmin sonuçları olarak adlandırılan değişkenlerle ilişkili çalışmalarda işten ayrılma niyeti, örgütsel vatandaşlık, örgütsel sessizlik daha yoğun çalışılırken, tükenmişlik, hasta güvenliği kültürü, iş performansı ve bağlılık araştırma kapsamı dâhilinde daha az çalışılan konular olarak belirlenmiştir.

4. TARTIŞMA ve SONUÇ

Sağlık sektörü, teknolojiye yüksek derecede bağlı olan, yoğun emek gerektiren, stresin fazla olduğu ve farklı meslek gruplarını içinde barındıran organizasyonlardır. Sağlık hizmetlerinin ertelenemez yapısı, kurumdaki liderin yönetim biçimi ve buna bağlı olarak şekillenen örgüt kültürü, örgütsel güven ve örgütsel adalet gibi kavramların çalışanların sinik davranış gösterme ya da göstermeme eğilimini etkilediği düşünülmektedir. 2011-2019 yılları arasında yayımlanmış çalışmaların dâhil edildiği bu çalışmada; ulusal kaynaklı makaleler, doktora ve yüksek lisans tezleri sistematik olarak incelenmiştir. Belirli kriterler doğrultusunda ele alınan toplam 15 çalışma bulunmaktadır.

Tablo 1 incelendiğinde, örgütsel sinizmin sonuçları ile ilişkili çalışmaların yetersiz olduğu; ancak 2016 yılı itibari ile yayınların arttığı ve 2018 yılında doktora tezi kapsamında çalışmalar yapıldığı belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde kavram ile ilgili yapılmış çalışmaların eğitim, turizm ve işletme alanında gerçekleştiği görülmektedir. Sağlık sektöründe yapılan çalışmalar son yıllarda artmasına rağmen, çoğunlukla demografik değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir. Ekinci’nin (2019) Türkiye’deki sağlık kurumlarında sinizm ile ilgili çalışmaları değerlendirdiği araştırmasında, çalışmaların çoğunlukla demografik değişkenlerle ilişkisinin incelendiği sonucu, bu çalışmayı destekler niteliktedir.

Şekil 2 incelendiğinde, çalışmaların İstanbul ve Ankara gibi büyükşehirlerde yoğunlaştığı belirlenmiştir.

Tablo 2 incelendiğinde, örgütsel sinizm ile ilişkilendirilen değişkenler arasında en çok örgütsel vatandaşlık, örgütsel sessizlik ve işten ayrılma niyeti çalışılırken; tükenmişlik, hasta güvenliği kültürü, iş performansı ve bağlılık arasındaki ilişkilerin incelendiği birer çalışma olduğu bulunmuştur. Bu çalışma kapsamında çoğunlukla ilişkilendirilen araştırmaların sonuçları şu şekildedir:

- Erdoğan ve Bedük (2013) tarafından devlet hastanesinde tüm çalışanların örneklem olarak ele alındığı çalışmada, örgütsel sinizmin örgütsel vatandaşlık davranışı ile ilişkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda sinizm arttıkça örgütsel vatandaşlık davranışının azaldığı belirlenmiştir.
- Çaylak (2014), Ankara’daki bir hastanede çalışan hemşirelerle gerçekleştirdiği çalışmada, örgütsel sessizlik, işten ayrılma niyeti ve örgütsel sinizm arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Örgütsel sessizliğin örgütsel sinizmi etkilediği ve işten ayrılma niyeti ile pozitif yönlü bir ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Köse (2018) tarafından devlet hastanesinde tüm sağlık personeli ile gerçekleştirilen çalışmada, örgütsel sinizmin örgütsel adaletsizlik ve örgütsel sessizlik ilişkisindeki rolü incelenmiştir.

Araştırma sonucunda, örgütsel sinizmin örgütsel adaletsizlik ve sessizlik ilişkisinde aracı bir rolü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2 incelendiğinde, çalışmalarda çoğunlukla ve sırasıyla, tüm hastane çalışanları ve hemşirelerden oluşan bir örneklemin kullanıldığı belirlenmiş olup; hekimler ile daha az sayıda çalışma yapıldığı tespit edilmiştir. Tüm hastane çalışanlarının örnekleme dâhil edilmesi, sinizm düzeylerinin mesleklere göre farklılık gösterip göstermediği konusunda önemli bir fikir sağlayacaktır. Kocabaş (2014) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin hastanın durumu ile ilgili değişikliklerde ilk ulaşılabilecek kişi olması ve çalışma saatlerinin yoğunluğu sebebi ile örgütsel sinizme en çok maruz kalabilecek meslek grubu olduğunu ifade etmesi çalışma sonucunu destekler niteliktedir. Sağlık hizmetleri halkasının önemli bir parçası olan hemşireler; hasta ve hasta yakınları başta olmak üzere pek çok insanla iletişim içerisinde. Ağır çalışma koşulları ve stres düzeylerinin fazla olması çalışma başarısını da etkilemektedir (Moustaka ve Constantinidis, 2010). Dolayısıyla hemşirenin yaşadığı strese bağlı olarak sinizm düzeyinin artması, düşüncelerini iş arkadaşlarına ve hastalarına iletmesinin, hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir (Çaylak ve Altuntaş, 2017).

Bu çalışma kapsamına alınan çalışmaların tamamında Brandes ve diğ. (1999) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Literatürde uygulamalı araştırmalar incelendiğinde, Brandes ve diğerleri tarafından geliştirilen ölçeğin sıklıkla tercih edildiği görülmektedir. Ölçeğin tercih edilmesinde, örgütsel sinizmin ölçümünde en sık başvurulan ölçeklerden biri olması ve diğer ölçeklere göre daha az madde içermesinin sağladığı avantajın büyük ölçüde etkili olduğu düşünülmektedir (Karacaoğlu ve İnce, 2012).

Tablo 2 incelendiğinde, çalışma kapsamına alınan araştırmalarda en fazla örneklemin 640 kişiden, en az örneklemin ise 50 kişiden oluştuğu belirlenmiştir.

Bir kurumda sorumluluk ve yetki paylaşımının adil bir şekilde gerçekleştirildiği ve çalışanların kararlara katılımının sağlandığı bir örgüt kültürü yok ise kalite faaliyetlerinin işlerliği zorlaşmaktadır. Kalite faaliyetlerinin başarısı mevcut örgüt kültürünün özüm senerek kalite kültürüne dönüşmesi ile sağlanabilir (Yıldız ve Mesci, 2010). Bu durumda örgütsel sinizm kavramı kalite odaklı faaliyetlerin önünde engel yaratabilir. Balay, Kaya ve Cülha (2013)'nın eğitim sektöründe yaptığı bir çalışmada örgüt kültürü algısı azaldıkça örgütsel sinizmin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum, kalitenin temel felsefesi içerisinde yer alan herkesin sürece katılımı ve sorumlulukların paylaşılması ilkesinin önünde engel olduğu sonucunu düşündürmektedir (Ercelep, 2015).

Sağlık kuruluşlarının hizmeti kaliteli sunması önemli hedefleri arasında yer alır. Bu hedefin sağlanması çalışanların tutum ve davranışları ile yakından ilişkilidir. Dolayısıyla sağlık çalışanının sahip olduğu tutum ve örgütün davranış şekilleri birleştiğinde kaliteli sağlık hizmeti sunumuna yönlendirecek olan faktör örgüt kültürüdür (Demir, 2005). Kalite ve verimliliğin artması ve başarıyı yakalamak çalışanların kurumlarına karşı geliştirdiği tutum ile yakından ilişkilidir (Kalağan ve Güzeller, 2010). Dean vd.'ne (1998) göre örgütsel sinizmin ortaya çıkmasına neden olan anahtar kavram, çalışanlardaki örgütün bütünlükten yoksun olduğuna dair inançtır.

AHRQ'nun (Agency for Healthcare Research and Quality) Sağlık Kalite Ajansı'nın çalışmasında 2256 hastanede sağlık çalışanlarının %55,7'si hiç olay raporu bildiriminde bulunmamıştır. Ülkemizde ise Gözülü'nün araştırmasında akreditasyon belgesine sahip bir hastanede hemşirelerin %52,9'unun hiç olay bildiri yapmadıkları belirlenmiştir (Yılmaz, 2014). Eğer kurumda var olan kültür, çalışanların katılımını teşvik ediyor ve yeniliklere ve risk almaya karşı çalışanlarını destekliyorsa bu hasta güvenliği kültürüne ve dolayısıyla hizmetin kalitesine etki edecektir. Sağlık çalışanlarının oluşan hatalardan ötürü işinden olma endişesi, küçük düşme veya ceza alma endişesi olmazsa, hatalar aracılığıyla öğrenme ve iyileştirme süreci daha hızlı olacaktır (Ertek, 2016).

Çetinkaya'nın (2014) çalışmasında örgütsel sinizm düzeyi yüksek olan çalışanların iş verimliliğinde, motivasyonlarında, iş doyumlarında ve örgütsel bağlılıklarında azalma görüldüğü sonucuna varılmıştır. Ayrıca hasta güvenliği kültürü düzeyi arttıkça örgütsel sinizmin azaldığı belirlenmiştir. Aly vd. (2013) tarafından örgütsel sinizmin sonuçlarını belirlemeye yönelik olarak sağlık sektöründe gerçekleştirilen çalışmada örgütsel sinizmin, algılanan örgütsel destek, örgütsel bağlılık, iş tatmini ve hizmet kalitesini negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının sinizm düzeyleri arttıkça algılanan örgütsel destek algısı, örgütsel bağlılıkları, iş tatmini ve hizmet kalitesinin azaldığı sonucuna varılmıştır.

Çalışanın kendi kişisel özellikleri sinizmi etkilese de bir çalışanın sinik davranış göstermesi esasında kurumu beğenmemesinden kaynaklanır. Hastane açısından değerlendirildiğinde ise, idarenin bu durum hakkında bir görüşme yaparak çalışma sistemini daha verimli hale getiren, daha adil çözüm yolları bulmaları gerekmektedir. Hasta güvenliğini sağlayan bir kültür ortamı oluşturmak için sinizm düzeyinin minimuma indirilmesi gerekmektedir. Sinik tutum sergileyen çalışanın iletişimde güçlük çektiği, kuruma karşı alaycı tavrını hastalara yansıtmasının kötü sonuçlar oluşturabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Öztürk, 2019). Sonuç olarak, örgütsel sinizmin sağlık çalışanlarının çalışma sürecine zarar vereceği ve dolayısıyla hasta güvenliğini ve kalite hizmetini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

5. ÖNERİLER

Sağlık yöneticilerine, sağlık çalışanlarına ve akademisyenlere yönelik öneriler şu şekilde özetlenebilir: Sağlık alanında hizmet kalitesinin başarısı çalışanların işini sevmesi, hastaları bilgilendirmesi, güven verebilmesi, empati kurabilmesi ve hastaların problemlerine çözüm bulma konusunda hevesli olmasından geçmektedir. Bu nedenle kurum içerisinde örgüt ile ilişkili değişkenlerin ve özlük haklarının iyileştirilmesi gerekmektedir.

Çalışan görüşlerinin, isteklerinin dinlenmesi ve desteklenmeleri değerli hissetmelerini sağlayacaktır. Dolayısıyla sinik davranış gösterme olasılıkları azalacak ve örgüte olan güven ve bağlılıkları artacağı için tıbbi hatalar en aza inecek ve hasta güvenliği kültürünün oluşmasına zemin hazırlayacaktır. Sinizm kavramının birey üzerindeki etkisi ve kurum açısından olumsuz yönleri değerlendirildiğinde çalışanların siniklik düzeylerinin en aza düşürülmesi konusunu önemli kılmaktadır. Eğer minimum seviyeye indirilmesi sağlarsa öncelikle bireyin kendisi üzerindeki olumsuz etkisi yok olacak kurum içerisinde daha sağlıklı bir iş ortamının bulunmasını sağlayacaktır. Sinizm yok olmasa bile belirli bir seviyede tutulması önerilmektedir.

Örgütsel sinizmin hasta güvenliği ve kalite kültürü ile ilişkili olduğu az sayıda çalışma üzerinden çıkarımda bulunulmuştur. İleride bu kavramlarla ilgili nitel ve nicel araştırmalar yapılabilir ve tekrar sonuçlar değerlendirilebilir.

Bu çalışmada sadece örgütsel sinizmin örgütsel sonuçları değerlendirilmektedir. Sinizmi etkileyen öncüllerin de çalışma kapsamına alınarak değerlendirilmesi daha bütüncül bir bakış açısı elde etmemizi sağlayacaktır.

Konuyu ele alan gelişmiş ülkelerdeki sonuçlar ile Türkiye'de yapılmış olan çalışmaların karşılaştırılması sağlanabilir.

5.1. Kısıtlılıklar

Çalışmanın sadece Türkiye'de yapılmış olan çalışmaları kapsamı ve örgütsel sinizm ile kalite arasındaki ilişkinin incelendiği az sayıda çalışma olması kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

KAYNAKÇA

- Abraham, R. (2000). Organizational Cynicism: Bases and Consequences. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 126 (39), 269-292.
- Ağaoğulları M.A. (1989). *Eski Yunan'da Siyaset Felsefesi*, Ankara, V Yayınları.
- Akıncı, Z. (2002). Turizm Sektöründe İşgören İş Tatminini Etkileyen Faktörler:5 Yıldızlı Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, Sayı:4.
- Akyüz, B. Akademik Özyeterlik Algısı, Örgütsel Güven ve Örgütsel Sinizm İlişkisinin Yapısal Eşitlik Modeli İle İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19 (3), 47-68.
- Aly, N.A.E.M., Ghanem, M. & El-Shanawany, S. (2016). Organizational Cynicism and Its Consequences on Nurses and Quality of Care in Critical Care and Toxicology Units, *Journal Of Education And Practice*, 7(8), 85.
- Atrek, B. ve Madran, C. (2016). Tüketici Perspektifli Sürdürülebilir Tüketim Çalışmaları: Ulusal Alan Yazındaki Çalışmalar Üzerine Sistemik Bir Derleme.
- Brandes, P, Dharwadkar, R. and Dean, J. W., (1999), Does Organizational Cynicism Matter? Employee and Supervisor Perspectives on Work Outcomes. *Eastern Academy of Management Proceedings*, 150-153. Outstanding Empirical Paper Award.
- Çam, S.M (2019). Öyküleyici Reklamlar ve Tüketici Sinizmi ilişkisi Üzerine Deneysel Bir Çalışma Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora tezi, Konya.
- Çaylak, E. ve Altuntas, S. (2017). Organizational Silence Among Nurses: The Impact On Organizational Cynicism And Intention To Leave Work. *Journal of Nursing Research*, 25(2), 90-98.
- Çetinkaya, M. ve Çimenci, S. (2014). “Örgütsel Adalet Algısının Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerindeki Etkisi ve Örgütsel Özdeşleşmenin Aracılık Rolü: Yapısal Eşitlik Modeli Çalışması”. *Yönetim Bilimleri Dergisi*. 12(23), 237-278.
- Çiftçi, E. (2013). Genel Sinizmin ve Örgütsel Sinizmin İşe Bağlılık Düzeyine Etkisi: Konya İlindeki Otel Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Konya.
- Dean, J. W.J.R., Brandes P., & Dharwadkar R. (1998). Organizational Cynicism. *Academy of Management Review*, 23(2), 342-352.
- Demir, N. (2005). Hastanelerde Örgüt Kültürü ve Hastane Yöneticilerinin Örgüt Kültürü Oluşturmadaki Yeterlilik Derecesi. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Doğan, S. ve Kılıç, S. (2007). Örgütsel Bağlılığın Sağlanmasında Personel Güçlendirmenin Yeri ve Önemi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 29, 37- 61.
- Ekinci, N. (2019). Sinizm: Türkiye’de Sağlık Alanında 2011-2018 Yılları Arasındaki Çalışmalar Üzerine Bir Derleme. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi İktisadi ve İdari Birimler Dergisi*, 2(2), 161-175.
- Erdost, H. E., Karacaoğlu, K. ve Reyhanoğlu, M. (2007). Örgütsel Sinizm Kavramı ve İlgili Ölçeklerin Türkiye’deki Bir Firmada Test Edilmesi. *15. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı*. Sakarya, 514-524.

- Ercelep, A. (2015). Örgütsel Sinizm ve Kalite Kültürü Algısı Arasındaki İlişki: Kastamonu İli İnebolu İlçesindeki Devlet Okulları Üzerine Bir Araştırma. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sürdürülebilir Büyüme ve Kalite Yönetim Anabilim dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Ertek, Ş. (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kurumlarındaki Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve İlişkili Faktörler, İstanbul Medipol Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Goldner, F.H., Ritti, R.R., & Ference, T.P. (1977), The Production of Cynical Knowledge in Organizations, *American Sociological Review*, 42(4), 539-551.
- Gövez, E. (2013). *Örgütsel Sinizm Ve Dönüştürücü/ Etkileşimci Liderlik Arasındaki İlişki-Bir Uygulama*. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Güven, E. (2016). Tüketimde Sinik Tutum: Tüketici Sinizminin Sebep ve Sonuçları. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 22. 3, 1-23.
- Güzel, B. ve Ayazlar G. (2014). Örgütsel Adaletin Örgütsel Sinizm ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi: Otel İşletmeleri Araştırması. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 16.26, 133-142.
- Helvacı, M. A. (2010). Örgütsel sinizm. Memduhoğlu, H. B. ve K. Yılmaz, (Ed.). *Yönetimde Yeni Yaklaşımlar içinde* (383-397). Ankara: Pegem Akademi.
- Kocabaş, D. (2014). Hemşirelerde Duygusal Emek ve Örgütsel Sinizm Arasındaki İlişki: Isparta İl Merkezinde Hastanelerde Bir Araştırma, Yüksek lisans tezi, Isparta.
- Laursen, J. (2009). *Cynicism Then and Now*. Firenze University Pres.
- Kalağan, G. (2009). Araştırma Görevlilerinin Örgütsel Destek Algıları İle Örgütsel Sinizm Tutumları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Karacaoğlu, K. ve Küçükköylü, C. (2015). İşgören Sessizliğinin Örgütsel Sinizme Etkisi: Kamu Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Ege Akademik Bakış Dergisi*. 15(3), 401-408.
- Karacaoğlu, K. ve İnce, F. (2012). Brandes, Dharwadkar ve Dean'in (1999) Örgütsel Sinizm Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması: Kayseri Organize Sanayi Bölgesi Örneği. *Business and Economics Research Journal*. 3 (3), 77-92.
- Kaşka, Ü.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.
- Keleş, H.N.Ç. (2006). İş Tatmininin Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisine İlişkin İlaç Üretim ve Dağıtım Firmalarında Yapılan Bir Araştırma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı Doktora Tezi, Konya.
- Kalağan, G. ve Güzeller, C. O. (2010). Öğretmenlerin Örgütsel Sinizm Düzeylerinin İncelenmesi, Pamukkale Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi, 27: 83-97.
- Korkmaz, C.İ. (2011). Kişilik Sinizmi ve Algılanan Üst Yönetim Desteğinin Örgütsel Sinizm Üzerindeki Etkisini İncelemeye Yönelik Bir Araştırma. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi SBE İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı.
- Köse, S., Tetik, S. ve Ercan, C., (2001). Örgüt Kültürünü Oluşturan Faktörler Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Moustaka, E., and Constantinidis, T.C. (2010). Sources And Effects Of Work-Related Stress In Nursing. *Health Science Journal*, 4(4), 210.

- Nietzsche, F. (2005). Böyle Buyurdu Zerdüş, İstanbul, Cem Yayınevi.
- Ölçüm, Ç. M. (2004). Örgüt Kültürü ve Örgütsel Bağlılık. Ankara: Nobel Yayınları.
- Öztürk, M. (2019). Örgütsel Sinizmin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi. Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Şahin, F. Ve Şahin, D. (2012). Engelli Bireylerle Çalışan Özel Eğitim Öğretmenlerinin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi [Examining the burn-out levels of special education teachers working with disabled individuals]. *Journal of Teacher Education and Educators*, 1 (2), 275-294.
- Şantaş, F. Uğurluoğlu, Ö. Kandemir, A. Ve Çelik, Y. Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Sinizm, İş Performansı ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 18(3), 867-886.
- Tayfun, A. ve Çatır, O. (2014). Hemşirelerin Örgütsel Sinizm Düzeylerinin İncelenme-si. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 347-365.
- Tunç, T. (2008). Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ile Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Arasındaki İlişki: Bir Üniversite Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı.
- Türköz, T., Polat, M., ve Coşar, S. (2013). Çalışanların Örgütsel Güven ve Sinizm Algılarının Örgütsel Bağlılıkları Üzerindeki Rolü. Yönetim ve Ekonomi: *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20 (2), 285-302.
- Wilkerson, J. M., Evans, R.W. ve Davis, W.D. (2008). A Test of coworkers' influence on organizational cynicism, badmouthing, and organizational citizenship behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 38 (9), 2273-2292.
- Yıldız, G. ve M. Mesci. (2010). Toplam Kalite Yönetiminin Başarısında Rol Oynayan Kilit Faktörler. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 27, 199-208.
- Yılmaz, Z., (2014). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün Belirlenmesi, Erciyes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.



TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLARA DAYALI GERİ ÖDEME SİSTEMİ VE VAKA BAZLI BİR SİMÜLASYON¹

THE REIMBURSEMENT SYSTEM BASED ON THE DIAGNOSIS RELATED GROUPS AND A CASE-BASED SIMULATION

Faruk ÇAĞLAR

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, farukcaglar14@yahoo.com, orcid.org/0000-0002-6010-4069

Prof. Dr. Seyhan ÇİL KOÇYİĞİT

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, seyhan.cil@hbv.edu.tr

orcid.org/0000-0003-1012-3605

Makale gönderim-kabul tarihi (01.04.2020-20.04.2020)

Özet

Bu çalışmada; Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) Metodolojisi temel alınmıştır. Ayrıca sağlıkta geri ödeme sistemleri hakkında bilgi verilmiş, TİG'e dayalı finansman sistemlerinin tarihçesi, yapısı ve amaçları üzerinde durulmuştur. TİG oluşum süreci göz önünde tutularak TİG kodlarının nasıl oluşturulduğu anlatılmıştır.

Uygulama kısmında, seçilen yedi kamu hastanesi TİG verileri kullanılarak, tarafımızca belirlenen bir global bütçenin bu hastanelere nasıl paylaştırılabileceği üzerine bir simülasyon yapılmıştır. Bu çalışmada 2013 yılı, Sağlık Bakanlığı tarafından TİG verilerinin hastanelerde aktif olarak toplandığı ve bu konuda bilgi birikiminin yüksek seviyede olduğu için kullanılmıştır. Seçilen hastanelerde üretilen P65 (A, B, C, D) ve P66 (A, B, C, D) TİG Kodları üzerinde çalışılmış olup hesaplanan Geri Ödeme Katsayısı doğrultusunda hastanelere global bütçe paylaştırılmıştır.

Çalışmanın sonucunda hastanelerin yaptıkları işlemler doğrultusunda oluşturulan Geri Ödeme Katsayıları dikkate alındığında seçilen 6. Hastane en yüksek geri ödemeye, 5. Hastane ise en düşük geri ödemeye hak

¹ Bu çalışma Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı'nda Prof. Dr. Seyhan ÇİL KOÇYİĞİT danışmanlığında hazırlanan yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

kazanmıştır. Böylelikle hastanelerin yaptıkları kapsamlı ve maliyetli işlemler geri ödeme yapılırken dikkate alınarak daha hakkaniyetli bir sistem oluşturulmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Teşhis İlişkili Gruplar, TİG, DRG

Abstract

This study is grounded on the Diagnosis Related Groups (DRG) methodology. Also information about reimbursement system is given. Furthermore, the study lays stress on the history, structure and aims of the financing systems based on DRG. By taking the process of formation into consideration the development of the DRG codes is explained.

By using the DRG data of seven public hospitals which are chosen through the reimbursement system methodology based on DRG, a simulation is made on how a global budget, which is determined by us, can be distributed to these hospitals. In this paper the data of 2013 is selected as in this year the DRG data is actively collected by The Ministry of Health and the high level knowledge on this issue exists. P65 (A, B, C, D) and P66 (A, B, C, D) DRG codes are analyzed in the chosen hospitals and the global budget is disturbed according to the calculated reimbursement parameter.

As a result of the study when reimbursement parameters, which are developed according to the operations of these hospitals, are considered 6th hospital gains the highest reimbursement and the 5th hospital gains the lowest reimbursement. In this way, by considering the comprehensive and costly works performed by the hospitals during reimbursement, a fairer system is tried to be mapped out.

Keywords: Diagnosis Related Groups, TİG, DRG

GİRİŞ

Teşhisle ilişkili gruplara dayanan geri ödeme sistemi, klinik faaliyetlerin ölçülmesi, kalite ölçümleri yapılması, daha etkin finansal kararların alınması gibi birçok alana etki edebilen bir yapıya sahiptir. Bu çalışmada; “sağlık kurumlarına geri ödeme yöntemi olarak TİG’in sağlık kurumlarına yapılan geri ödemede hakkaniyetli bir dağıtım sağlamakta mıdır?” sorusuna cevap aranmıştır. Sağlık Bakanlığından alınan bağıl değer ve TİG verileri kullanılarak tarafımızca belirlenen global bütçenin dağılımı yapılarak bu problemin çözümüne odaklanılmış olup, hastaneler arası geri ödemenin daha hakkaniyetli bir dağılımı amaçlanmıştır.

Çalışmada; hastanelerin tanımı ve sınıflandırılmasına değinilerek, hastanenin türlerinin belirlenmesinde Türkiye’de uygulanan sisteme yer verilecektir. Ayrıca teşhis ilişkili gruplara dayalı finansal sistemin gelişimi ele alınarak Türkiye uygulaması açıklanacaktır.

Çalışmada seçilen hastanelerden belli bir dönemi kapsayan teşhisle ilişkili gruplar (TİG) kullanılarak elde edilen veriler ışığında hastanelere geri ödeme simülasyonu yapılacaktır. TİG verileri kullanılması ile hastanelerin elde edecekleri geri ödeme miktarları vb. verileri karşılaştırılarak farklı hastane türlerinin sistem içerisindeki yerinin daha net anlaşılması sağlanacaktır.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Sağlık ve Hastane Kavramları

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastalığı “doku ve hücrelerde yapı ve fonksiyon yönünden normal olmayan değişikliklerin ortaya çıkardığı bir durumdur” şeklinde (Cantürk, 2012, s. 3), sağlığı da; “sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlamaktadır. DSÖ’nün genel kabul gören sağlığın bu tanımı, sağlığın çok boyutlu bir

109

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(ÇAĞLAR, F / ÇİL KOÇYİĞİT, S)

kavram olduğunu ve birbiri ile ilişkili birçok faktörden etkilendiğini öne çıkarmaktadır. Benzer şekilde, Henrik L. Blum tarafından sağlık statüsünün belirleyicilerinin neler olduğuna ilişkin bir çalışma yapılmış ve bunun sonucunda da başlıca dört faktör (Tatar vd., 2012, s. 6);

- Çevre,
- Yaşam tarzı,
- Kalıtım (Genetik)
- Sağlık hizmetleri şeklinde sıralanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastaneleri, “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” şeklinde tanımlamıştır. Hastaneler günümüz toplumunda önemli faaliyetler yerine getirir. Hastanelerde tedavi edici ve koruyucu olmak iki çeşit sağlık hizmeti verilmesi bu faaliyetler arasında sayılabilir. Sağlıklı bir hayat sürmek her insanın ihtiyacıdır ve bunda hastaneler önemli role sahiptir (Cantürk, 2012, s. 30).

Hastanelerin Organizasyon Yapısı

Sağlık Bakanlığı ve hastanelerin yapısını düzenleyen birincil mevzuat olan 10/07/2019 tarihli ve 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 353. Maddesine göre Sağlık Bakanlığı; merkez, taşra ve yurtdışı teşkilatından oluşmaktadır.

Hastaneler Cumhurbaşkanlığı 1 Sayılı Kararnamenin 372 maddesine göre; “Hastaneler hastane başhekimisi tarafından yönetilir. Hastane başhekimine bağlı olarak idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur. Bakanlık tarafından, hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak belirlenen hallerde, yönetim görevleri tek kişiye verilebilir veya hastanedeki müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir; bu durumda görev dağılımları yeniden belirlenir...

...Bakanlıkça tespit edilen norm ve standardı aşmamak kaydıyla il sağlık müdürü tarafından belirlenen sayıda başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur.” denilerek, hastanelerin organizasyon yapısı belirlenmiştir.

Sağlık Sunucusu Bakımından Hastane Türleri

Türkiye’de hastaneler genel olarak; sağlık sunucusunun kim olduğu faktörü göz önüne alındığında; Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, üniversitelere bağlı hastaneler ve özel hastaneler olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Sağlık hizmeti sunucularına göre hastane sayısı ve yüzdeleri aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 1: Kurumlara Göre Hastane Sayıları

Kurum Türü	Kurum		Yatak		Nitelikli Yatak	
	Sayısı	Yüzdesi (%)	Sayısı	Yüzdesi (%)	Sayısı	Yüzdesi (%)
Sağlık Bakanlığı	879	57,91	135.339	59,92	72.561	56,98
Üniversite	68	4,48	41.324	18,30	22.639	17,78
Özel	571	37,62	49.200	21,78	32.147	25,24
Toplam	1.518	100	225.863	100	127.347	100

Kaynak: Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu 2017

Sağlık Bakanlığı tarafından açılan hastanelerin tüm hastanelere oranı %57,91 ile ilk sırada yer alırken, özel sektör tarafından verilen sağlık hizmetinin de %37,62 gibi bir orana sahip olduğu ayrıca yatak sayıları bakımından en büyük payı Sağlık Bakanlığı hastanelerinin aldığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörden daha çok Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerin ön plana çıktığı görülmekle birlikte özel sektörün sunumdaki rolü de azımsanamayacak seviyededir.

Sağlık Hizmetlerinde Finansman

Sağlık hizmetlerinde finansman kavramını etkileyen birçok değişken bulunmaktadır. Bu değişkenler sistemlerin başarısında büyük rol oynamaktadır. Genel olarak sağlık finansmanı, sağlık sektöründe finansal kaynakların hareketlendirilmesi ve bu hareketlenen kaynakların değerlendirmeyi içeren bir kavramdır (Lee vd., 2002, s. 98).

Şekil 1’de de görüldüğü üzere, hizmet sunucuları, kendilerine gelen hastaların ihtiyaçlarını gidermek için hizmet verirler ve hastalar ya da ülkenin benimsediği finansman modeline göre üçüncü taraf, para ödeyici, hizmetin bedelini hizmet verene gönderir. Bazı durumlarda kaynak aktarımı direkt hizmet alan ile hizmet sunucusu arasında gerçekleşebilir. Örneğin, sunulan hizmetin bedelinin cepten katlanılabilecek düzeyde olması veya bireyin ya da sunulan sağlık hizmetinin üçüncü taraf para ödeyicinin kapsamında olmaması gibi durumlardır. Ayrıca, üçüncü taraf ödeyicinin olduğu durumlarda bile, örneğin hastanın ödediği katkı payları gibi düzenlemeler, hastaların finansmana katkı sağlayabileceği durumlardır (Beylik, 2014, s. 5).



Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni

Kaynak: Mossialos vd., 2002

Doğrudan ödeme, bir mal veya hizmet ticaretinde en basit ödeme şeklidir. Burada mal veya hizmeti alan kişi (birinci taraf) bir mal veya hizmet karşılığı olan ücreti doğrudan hizmet veya mal sunucusuna (ikinci taraf) ödemektedir. Sağlık sistemleri, hasta olmanın finansal riskine karşı güvence sağlamak için üçüncü taraf para ödeyicilerini sisteme ekleyerek bunu geliştirmiştir. Kamu veya özel sektör üçüncü taraf yani ödeyici olabilmektedir. Söz konusu bu kesim, güvencesinde bulunan nüfustan sağlık hizmetlerinin finansmanı için direkt veya dolaylı olarak para toplamaktadır. Toplanan bu gelirler, ya doğrudan ödenen hizmet bedelini geri ödemek için hasta kişilere ya da sunulan hizmetin bedeli olarak hizmet sunulara iletilmektedir (Mossialos vd., 2002, s. 2-3).

Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemleri

Sağlık hizmetleri geri ödeme sistemleri, hastalanmanın finansal riskine karşı makul bir güvence sağlamak için geliştirmiştir. Kamu ve özel sektörden olabilen bu kuruluşlar, sağlık hizmetlerinden çıkan maliyeti karşılamak için, güvence verdiği halktan geliri doğrudan veya dolaylı olarak toplamaktadır. Toplanan bu gelir ya direkt olarak ödedikleri hizmet bedelini geri vermek için hastalara (geri ödeme) ya da sunulan hizmetin karşılığı olarak hizmet veren kuruluş veya kişilere verilmektedir (İstanbulluoğlu vd., 2010, s. 89).

Son yıllarda sağlık harcamaları, gelir artışından daha fazla artış eğilimi göstermiştir. Sağlık Harcamalarının kamu kesimi, özel kesim ve bireylerin gelirleri içerisindeki payı büyüdükçe maliyetlerdeki bu yükselmeyi kontrol etme eğilimi ortaya çıkmıştır. Çözüm için ülkelerin sunucuların verdikleri hizmetin karşılığında yaptıkları geri ödemelerde, kendilerine uygun olan yöntem ya da yöntemlerin birlikte kullanılması olumlu sonuçlar doğurabilmektedir. Bilindiği üzere başlıca ödeme yöntemleri (Tengilimoğlu vd., 2009 s. 237);

- Hasta (kişi) başına ödeme,
- Hizmet bazlı ödeme,
- Vaka başına ödeme,
- Tanıya dayalı gruplar (teşhis ilişkili gruplar),
- Sağlık hizmeti kaynak grupları,
- Karma ödeme modelleri şeklindedir.

Teşhis İlişkili Gruplara (TİG) Dayalı Finansal Sistem

Sağlık hizmetleri sunumunun hacmi ve kalitesi üzerinde, sağlık hizmet sunucularına yapılan geri ödeme yöntemlerinin etkisi büyüktür. Ödeme yöntemlerinin niteliği ve türü, hizmet sunucuları için güçlü özendirici olabileceği gibi daha iyi ve sürdürülebilir bir bakım hizmeti ve harcama kontrollerinin de temel nedeni olarak görülmektedir. Kaynakların daha etkin kullanımı ve hizmet sunum maliyetlerinin ödeyici kurumlar ile hizmet sunucuları arasında paylaşımı gerekliliği, Teşhis İlişkili Gruplara dayalı ödeme modellerinin hastane faaliyetlerinin ölçülmesi ve geri ödeme yöntemi türü olarak kullanılmasını genişletmiştir (Aydemir ve Ağırbaş, 2017, s. 49).

Teşhis İlişkili Gruplara (TİG) sistemi Yale Üniversitesinden Robert Barclay Fetter ve Jhon D. Thompson tarafından oluşturulan ve genel itibari ile hasta sınıflandırmasını hedefleyen bir sistemdir. Bu sistem hastane vakalarını, ICD (International Classification of Disease) tanıları, yapılan işlemler ACHI (The Australian Classification of Health Interventions), yaş, cinsiyet, taburculuk durumu, komplikasyon ve komorbiditesi olup olmamasına göre sınıflandırır ve 665 grupta inceler. Esas itibariyle hastanelere yapılacak geri ödeme finansmanında kullanılan bir sistemdir (Hsiao vd., 1986, s. 32-45, Aktaran: Beylik vd. 2014, s. 95).

Dünyada ilk kez Amerika Birleşik Devleti Eyaleti olan New Jersey’de 1980’de uygulanmaya başlanmıştır. 3 yıllık bir kullanımdan sonra Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere 1983’den itibaren dünya çapında uygulama alanına sahip olmuştur. Malezya, Kore, Avustralya, Kanada, Amerika Birleşik Devletleri, İrlanda, Yeni Zelanda, Slovenya, Bulgaristan ve daha birçok ülkede bu sistem aktif olarak sistem kullanılmakta ve bu sistemden yararlanılmaktadır (Hsiao vd., 1986, s. 32-45, Aktaran: Beylik vd. 2014, s. 95).

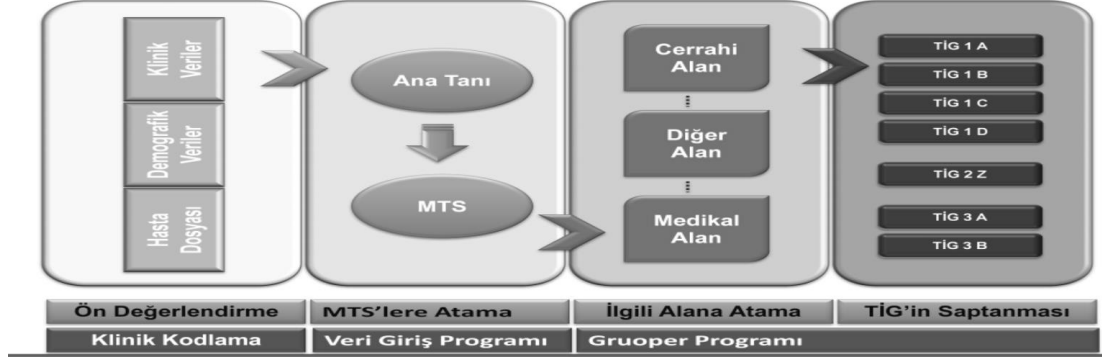
Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Alt Yapı Geliştirilmesi Projesi içerisinde 7 pilot hastanede 2005-2006 yıllarında Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG/DRG) adı ile veri girişi yapılmaya başlanılmış ardından 2008 yılı sonuna kadar 40 hastanenin sisteme katılımı sağlanmıştır. 2010 yılı Kasım ayında seçilen 50 hastane ile sisteme veri girişi ve para ödeme sistemi olarak TİG pilot olarak kullanılmaya başlanılmıştır (Beylik, 2014, s. 38-39).

TİG Atanma/Oluşum Süreci

TİG oluşum süreci 4 ana başlık altında toplanmaktadır ve Şekil-2’de gösterilmiştir (Şencan ve Demir, 2013, s. 22-37):

- Ön Değerlendirme
- Majör Tanı Sınıfı (MTS) Ataması

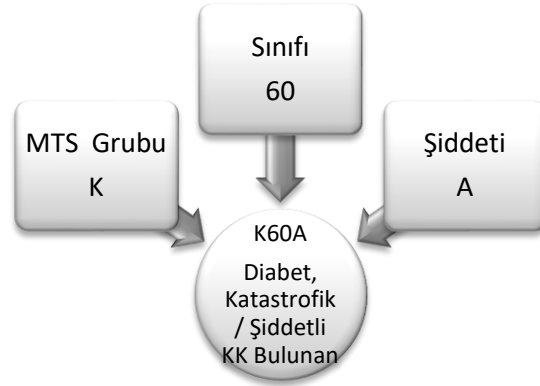
- Alan Ataması
- TİG'in Belirlenmesi



Şekil 2. TİG Oluşum Süreci

Kaynak: Şencan ve Demir, 2013, s. 22

Cerrahi, medikal ve diğer gibi ilgili alanlara atanan ana tanıları daha sonra eşlik eden ek tanıları, komplikasyon ve komorbidite durumlarının varlığı dikkate alınarak ilgili TİG gruplarına atanırlar.



Şekil 3. TİG'in Atanması ve Oluşumu

Kaynak: Şencan ve Demir, 2013, s. 28

Sistemin, alan ataması ve TİG oluşumu veriler girildikten sonra sistem tarafından otomatik olarak atanmaktadır. Oluşan her bir TİG genel kod yapısı ise şu şekildedir:

İlk Bölüm: Bir harften oluşur ve TİG'in ait olduğu MTS grubunu gösterir (K60A kodundaki K harfi MTS grubunu göstermektedir. K Grubu, MTS- 10 Endokrin ve Metabolik Hastalıları temsil etmektedir). İkinci Bölüm: TİG'in hangi alana ait olduğunu gösterir ve 01-99 arasında değişen rakamlardan oluşur (K60A kodundaki 60 numarası TİG kodunun hangi alana ait olduğunu, yani 60 numarasının dahili alana dahil olduğunu, göstermektedir). Üçüncü Bölüm: Kaynak kullanım derecesini göstermekte olup, A, B, C, D ve Z olarak harflerden oluşmaktadır. Bunlardan A, B, C, D

113

olarak ifade edilenler kaynak kullanımının daha çok olandan az olana doğru değiştiğini göstermektedir. Z olarak yer alan TİG'lerin ise tek olduğu ve kaynak kullanımına göre ayrımın olmadığını göstermektedir (K60A kodundaki A Harfi kaynak kullanımını göstermektedir).

LİTERATÜR TARAMASI

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde; aşağıdaki çalışmalara rastlanılmıştır:

Güler (2018) tarafından yapılan çalışmada; dünyadaki ve Türkiye'de ki DRG uygulamalarından örneklere yer verilerek, Türkiye'deki DRG çalışmaları hakkında değerlendirmeler yapılmıştır. Araştırma sonucunda; Türkiye'de DRG sisteminin, hayata geçirilmesi sürecinde genel sağlık politikası hedeflerine uyarlanması gerektiği sonucu vurgulanmıştır.

Gençyürek (2018) tarafından yapılan çalışmada; TİG bağlı değerlerinin Türk Tabipleri Birliği asgari ücret tarifesi fiyatları ile korelasyon analizi yapılarak, Türk Tabipleri Birliği asgari ücret tarifesi fiyatları ile Sağlık Bakanlığı'nın kullanmakta olduğu TİG bağlı değerleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Araştırma ile; TTB asgari ücret tarifesi fiyatları ile Sağlık Bakanlığının kullanmakta olduğu TİG bağlı değerleri arasındaki ilişkinin zayıf olduğu sonucuna varılmıştır.

Elmas (2018) tarafından yapılan çalışmada; Türkiye'deki TİG uygulamasında kullanılan bağlı değerlerin Türkiye'deki sağlık ücret tarifeleri ile ilişkisinin analizi yapılarak SUT fiyatları ile Türkiye'de uygulanan TİG bağlı değerleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma ile; SUT fiyatları ile Türkiye'de uygulanan TİG bağlı değerlerinin orta veya yüksek ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Aksoy (2017) tarafından yapılan çalışmada EURODRG ve dünyadaki diğer TİG uygulamaları ışığında Türkiye'deki TİG uygulamaları ve TİG üzerinde sağlık yöneticilerinin görüşleri incelenmiştir. Araştırma sonucunda, yöneticilerin büyük çoğunluğunun TİG Geri Ödeme Sistemi hakkındaki düşüncelerinin olumlu yönde olduğu gözlemlenmiştir.

Beylik (2014) tarafından yapılan çalışmada sağlık kurumlarında tanı ilişkili gruplara dayalı geri ödeme modeli üzerinde durularak, Türkiye Avustralya karşılaştırması yapılmıştır. Araştırma sonucunda; Türkiye'nin kendine özgü bir DRG uygulaması için eksikliklerinin giderilmesi, bu sistem üzerine sağlık politikacılarının kararlı olması ve desteklemesi gerektiği vurgulanmış, sağlık kurumlarında maliyet yapılanmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışma kapsamında elde edilen tüm verilerin çalışma için gerekli tablolara dönüştürülmesi ve TİG Metodolojisi ile ilgili tüm hesaplamaların yapılması için "Microsoft Office Excel" yazılım programı kullanılmıştır.

Çalışma verileri Sağlık Bakanlığından elde edilen 2013 yılı hastalara ait verileri kapsamaktadır. Bu yılın seçiminde 2005 yılında veri girişı başlayan TİG Kodlarının 2013 yılında yeterli olgunluğa ulaşığının düşünülmesidir. Ayrıca 2018 verileri Sağlık Bakanlığından istenilmiş fakat olumlu sonuç alınmamıştır. Bununla birlikte hangi yıl verisi seçilirse seçilsin alınan veriler doğrultusunda bir simülasyon yapılacağı için çalışmanın amacına etkisinin olmayacağı düşünölmektedir.

Elde edilen veriler tablolara dönüştürölmüştür. Bu tablolar hastane bazlı olarak ele alınmıştır. Hastaneler seçilirken Türkiye'yi temsil edebilmesi için 7 coğrafi bölge, hastanelerinin yatak sayılarının değişik olması, hastanelerin tercih edilen TİG kodlarında işlem yapabilecek konumda ve yeterlikte olması gibi birçok kıstas dikkate alınmıştır. Verilerden hastanelerde söz konu TİG kodu ile



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

ilgili olan hastaların hasta mahremiyetlerine dikkat edilerek genel demografi bazı verilerde değerlendirilmiştir.

Bakanlıktan alınan bilgilerde TİG kodlarına ait Bağlı Değer verisi verildiği için, Bağlı Değer hesaplama için formül kullanılmamış, Sağlık Bakanlığının değerleri dikkate alınmıştır. Bağlı Değer ve vaka sayıları kullanılarak Vaka Karma İndeksi Hesaplanmıştır. Ayrıca bu hesaplamadan sonra “Ağırlıklandırılmış Vaka” hesaplanmıştır.

Her bir hastane için, her bir TİG Koduyla ilgili olarak Bağlı Değer ve Vaka Oranı (%) çarpılarak Geri Ödeme Katsayısı hesaplanmış, her hastane için bu ödeme katsayıları toplanarak Ödeme Katsayısı toplamına ulaşılmıştır. Tüm hastanelerin ödeme katsayıları toplanarak, her hastanenin bu toplam oranında global bütçeden alacağı geri ödeme yüzdesi bulunmuş ve bu yüzdeler oran nispetinde hastanelere global bütçeden düşen payları tespit edilmiştir.

BULGULAR

Bu çalışmada, seçilmiş 7 coğrafi bölgeden 7 ilin -özellikle kadın doğum ağırlıklı olarak çalışan- büyük hastanelerinde 2013 yılı TİG verileri Sağlık Bakanlığından istenilmiştir. Gelen cevabi yazıdaki verilerin doğru olduğu varsayımı içerisinde, aşağıdaki tabloda özellikleri ve bağlı değerleri verilen TİG kodlarının ve bu kodlara ait hastaların demografik ile çeşitli verilerin değerlendirilmesi ve nihayetinde bu verilerle oluşturulan bir geri ödeme simülasyonu yapılmıştır.

Tablo 2: Üzerinde Çalışılan TİG Kodları, Açıklamaları ve Bağlı Değerleri

TİG Kodu	Açıklama	Bağlı Değer
P65A	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 1500-1999 g Arası, Önemli Ameliyathane İşlemi Olmaksızın, Çoklu Majör Problemlerin Eşlik Ettiği	6.55
P65B	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 1500-1999 g Arası, Önemli Ameliyathane İşlemi Olmaksızın, Tek Bir Majör Problemin Eşlik Ettiği	4.63
P65C	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 1500-1999 g Arası, Önemli Ameliyathane İşlemi Olmaksızın, Farklı Bir Problemin Eşlik Ettiği	3.50
P65D	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 1500-1999 g Arası, Önemli Ameliyathane İşlemi Olmaksızın, Problemin Eşlik Etmediği	2.87
P66A	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 2000-2499 g Arası, Önemli Ameliyathane İşlemi Olmaksızın, Çoklu Majör Problemlerin Eşlik Ettiği	4.19
P66B	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 2000-2499 g Arası, Önemli Ameliyathane İşlemi Olmaksızın, Tek Bir Majör Problemin Eşlik Ettiği	2.76
P66C	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 2000-2499 g Arası, Önemli Ameliyathane İşlemi Olmaksızın, Farklı Bir Problemin Eşlik Ettiği	2.06
P66D	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 2000-2499 g Arası, Önemli Ameliyathane İşlemi Olmaksızın, Problemin Eşlik Etmediği	0.78

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Verileri

Yukarıda belirtildiği üzere Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesine bu bölgeyi temsil edebileceği düşünülen birer il seçilmiştir. Bu itibarla yapılan çalışmanın ülkeyi bir nebze temsil edebileceği düşünülmüştür. Bu çalışmamızda Türkiye Sağlık Sisteminde sadece verileri girilen ve çok aktif olarak

kullanılmayan bu verilerin sağlıklı olduğu düşünülerek yapılan çalışmamızda 8 TİG verisinin seçilmiş olması ve verilerin sadece yedi ilde birer hastanede değerlendirilmesi ve sistemin henüz yürürlükte olamaması kısıtlarımız içerisinde. Buna rağmen bu şekilde istenilen verilerinde çok bir yekûn tuttuğu ve yorumlanmasının çok zor olduğu da aşıkardır. Bu kısıtlar içerisinde bu çalışmada elde edilen sonuçların ve bu çalışmanın, sağlık ve geri ödeme sistemi açısından politika yapıcılar için ilerideki çalışmalarında yararlı olacağı düşünülmektedir.

Seçilen 7 ilden birer hastane ile ilgili olarak özet bilgiler aşağıdaki Tablo 3’de yer almıştır. Her il coğrafi olarak farklı ve o bölgenin geneli hakkında yorum yapmamıza olanak sağlayabilecek şekilde seçilmiştir. Seçilen illerden örneklem alınan hastanelerde genellikle P65, P66 TİG kodlarıyla yakından ilişkili, doğum gerçekleşebilen hastanelerdir.

Tablo 3: Seçilen İller ve Hastaneler Hakkında Genel Bilgiler

Hastane Adı	Hastanenin Yatak Sayısı	İlin Yatak Doluluk Oranı(%)	Bulunduğu İlin Nüfusu (Yaklaşık Olarak)
Hastane 1	400	81	2.150.000
Hastane 2	501	84	5.100.000
Hastane 3	454	73	1.600.000
Hastane 4	150	67	770.000
Hastane 5	185	82	14.200.000
Hastane 6	1030	77	4.100.000
Hastane 7	605	79	760.000
TOPLAM	3325	77,5	28.680.000

Kaynak: Kamu Hastane Birlikleri-2014 Kitapçığı

Tablo 3’den anlaşılacağı üzere seçilen hastanelerin toplam yatak sayısı 3.325 ve ortalama yatak doluluk oranları ise 77,5’dir. Buldukları illerin toplam nüfusları yaklaşık olarak 28.680.000 kişidir. Yaklaşık olarak Türkiye Nüfusunun 25% aşan bir kısmının yaşadığı iller ve bu illerdeki doğum gerçekleşebilen hastaneler seçilmiştir. Kullandığımız TİG kodları doğum sonrası yenidoğanlarla ilgili olduğu için doğum yapılabilen hastanelerin seçilmesine dikkat edilmiştir. Ayrıca hastane yatak sayılarının da 150 ve üstü olması, gelen hasta sayısı ile vaka tipi ve yoğunluğunun fazla olması anlamına gelmektedir.

Teşhis İlişkili Gruplara (TİG) Dayalı Vaka Bazlı Geri Ödeme Simülasyonu
TİG; hastaların klinik ve maliyet verilerinin kullanılarak gruplandırılmasını ve benzer hastalıkların benzer gruplara atanmasını içeren yatan hasta sınıflandırma sistemi olup, bu sistemde sınırlı kaynaklar vakaların türlerine ve şiddetine dayalı olarak adil biçimde dağıtılır. TİG; hastane verimliliğini ve

etkililiğini teşvik eder. Sistematik ve anlamlı klinik veri toplar (Demir vd., 2013: 5). TİG’e dayalı vaka bazlı geri ödeme simülasyonu yapmadan önce aşağıda bazı kavramlar açıklanmıştır:

Bağlı Değer; Bir TİG’in maliyetinin, tüm TİG’lerin ortalama maliyetine oranıdır. Bağlı Değerde hem payı hem de paydayı hesaplamak için maliyet verilerinin kullanılması gerekmektedir (Demir vd., 2013, s. 5).

Vaka Karma İndeksi (VKİ); Bir hastanenin vaka üretiminin bir başka hastane ile karşılaştırılmasını sağlayan orandır. Hastaların ne kadar “hasta” olduğunu ölçmenin bir göstergesidir. Vaka karması terimi, bir hastane ya da birim tarafından tedavi edilen hastaların türü veya karmasını ifade eder (Demir vd., 2013, s. 6).

Sağlık Bakanlığında alınan veriler değerlendirilerek Tablo 4-5 oluşturulmuştur. Öncelikle eklerdeki tablolardan TİG Bağlı Değeri ile her TİG kodu için vaka sayıları çarpılarak “Ağırlıklandırılmış Vaka”lar bulunmuştur. Tablo 4-5’de görüleceği üzere her bir TİG kodu için “Vaka Sayıları” ve “Ağırlıklandırılmış Vaka” hesaplanmıştır.

Tablo 4: P65 TİG Kodları İçin Ağırlıklandırılmış Vakanın Hesaplanması

Hastaneler	P65A			P65B			P65C			P65D		
	Bağlı Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	Bağlı Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	Bağlı Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	Bağlı Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka
Hastane 1	6,55	3	19,65	4,63	25	115,75	3,5	55	192,5	2,87	135	387,45
Hastane 2	6,55	117	766,35	4,63	165	763,95	3,5	110	385	2,87	15	43,05
Hastane 3	6,55	24	157,2	4,63	45	208,35	3,5	21	73,5	2,87	301	863,87
Hastane 4	6,55	0	0	4,63	59	273,17	3,5	18	63	2,87	21	60,27
Hastane 5	6,55	0	0	4,63	1	4,63	3,5	0	0	2,87	179	513,73
Hastane 6	6,55	10	65,5	4,63	112	518,56	3,5	91	318,5	2,87	16	45,92
Hastane 7	6,55	2	13,1	4,63	3	13,89	3,5	7	24,5	2,87	10	28,7

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Verileri

Tablo 5: P66 TiG Kodları İçin Ağırlıklandırılmış Vakanın Hesaplanması

Hastaneler	P66A				P66B				P66C				P66D			
	Bağıl Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	Bağıl Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	Bağıl Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	Bağıl Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	Bağıl Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	
Hastane 1	4,1 9	2	8,38	2,76	36	99,36	2,0 6	143	294,58	0,7 8	514	400,9	2			
Hastane 2	4,1 9	84	351,9 6	2,76	16	452,64	2,0 6	230	473,8	0,7 8	778	606,8	4			
Hastane 3	4,1 9	17	71,23	2,76	54	149,04	2,0 6	28	57,68	0,7 8	1016	792,4	8			
Hastane 4	4,1 9	2	8,38	2,76	71	195,96	2,0 6	54	111,24	0,7 8	467	364,2	6			
Hastane 5	4,1 9	0	0	2,76	1	2,76	2,0 6	0	0	0,7 8	478	372,8	4			
Hastane 6	4,1 9	16	67,04	2,76	29	822,48	2,0 6	723	1489,3	0,7 8	202	157,5	6			
Hastane 7	4,1 9	2	8,38	2,76	4	11,04	2,0 6	6	12,36	0,7 8	77	60,06				

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Verileri

Bu iki tablodan elde edilen Ağırlıklandırılmış Vakaların toplamının toplam vaka sayısını bölümünde elde edilen Vaka Karma İndeksi Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6: Vaka Karma İndeksi

Hastaneler	Toplam Vaka Sayısı	Toplam Ağırlıklandırılmış Vaka Sayısı	Vaka Karma İndeksi
Hastane 1	913	1518,59	1,66
Hastane 2	1663	3843,59	2,31
Hastane 3	1506	2373,35	1,58
Hastane 4	692	1076,28	1,56
Hastane 5	659	893,96	1,36
Hastane 6	1468	3484,94	2,37
Hastane 7	111	172,03	1,55

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Verileri

Tablo 6 değerlendirildiğinde en yüksek Vaka Karma İndeksinin 2,37 değerle Hastane 6, en düşük Vaka Karma İndeksinin ise 1,36 değerle Hastane 5 olarak hesaplandığı görülmektedir. Vaka Karma İndeksi daha önce belirtildiği üzere vakaların karmaşıklık indeksidir. Bu itibarla Hastane 6'da, komplike hasta vakalarının diğer vakalara göre fazla olduğu anlaşılmaktadır. Özellikle P66B, P66C ve P66D grubundaki hastaların yoğunluğu Hastane 6'nın Vaka Karma İndeksinin arttırmıştır. Bununla birlikte Hastane 5'nin Vaka Karma İndeksinin düşük olmasının nedeni ise hem sayı olarak az hastaya bakması hem de daha az kompleks vakalara bakmasıdır.

Ödeme Katsayısı; Tablo 6'dan elde edilen veriler ve 100.000 TL global bütçe varsayımı ile bu paranın hastanelere geri ödenmesi için ödeme katsayısının hesaplanması gerekmektedir. TİG esas alınarak oluşturulan bir geri ödeme sistemi; genel olarak maliyet hesabının fazla olduğu yani bağıl değerlerin fazla olduğu vakalara daha fazla ödeme yapılması üzerine kurulmuştur. Yani bağıl değeri yüksek vakalara bakan hastanelerin geri ödemesi de o denli yüksek olacaktır. Elde edilen verilerle oluşturulan geri ödeme katsayı tablosu aşağıda gösterilmiştir.

Formül: Ödeme Katsayısı

$$X \text{ Hastanesi Ödeme Katsayısı} = \text{TİG Bağıl Değer} \times \text{Vaka Oranı}(\%)*$$

$$*(\text{TİG Vaka Sayısı} / \text{Hastane Toplam Vaka sayısı})$$

Tablo 7: TİG P65 Vakalarına Göre Geri Ödeme Belirleme

Hastaneler	P65A		P65B		P65C		P65D					
	Bağlı Değer	Vaka Oranı (%)	Geri Ödeme Katsayısı	Bağlı Değer	Vaka Oranı (%)	Geri Ödeme Katsayısı	Bağlı Değer	Vaka Oranı (%)	Geri Ödeme Katsayısı	Bağlı Değer	Vaka Oranı (%)	Geri Ödeme Katsayısı
Hastane 1	6,5	0,33	2,15	4,63	2,74	12,68	3,50	6,02	21,08	2,87	14,79	42,44
Hastane 2	6,5	7,04	46,08	4,63	9,92	45,94	3,50	6,61	23,15	2,87	0,90	2,59
Hastane 3	6,5	1,59	10,44	4,63	2,99	13,83	3,50	1,39	4,88	2,87	19,99	57,36
Hastane 4	6,5	0,00	0,00	4,63	8,53	39,48	3,50	2,60	9,10	2,87	3,03	8,71
Hastane 5	6,5	0,00	0,00	4,63	0,15	0,70	3,50	0,00	0,00	2,87	27,16	77,96
Hastane 6	6,5	0,68	4,46	4,63	7,63	35,32	3,50	6,20	21,70	2,87	1,09	3,13
Hastane 7	6,5	1,80	11,80	4,63	2,70	12,51	3,50	6,31	22,07	2,87	9,01	25,86

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Verileri

Tablo 8: TİG P66 Vakalarına Göre Geri Ödeme Belirleme

Hastaneler	P66A			P66B			P66C			P66D		
	Bağlı Değer	Vaka Oranı (%)	Geri Ödeme	Bağlı Değer	Vaka Oranı (%)	Geri Ödeme	Bağlı Değer	Vaka Oranı (%)	Geri Ödeme Katsayısı	Bağlı Değer	Vaka Oranı (%)	Geri Ödeme
Hastane 1	4,19	0,22	0,92	2,76	3,94	10,88	2,06	15,66	32,27	0,78	56,30	43,91
Hastane 2	4,19	5,05	21,16	2,76	9,86	27,22	2,06	13,83	28,49	0,78	46,78	36,49
Hastane 3	4,19	1,13	4,73	2,76	3,59	9,90	2,06	1,86	3,83	0,78	67,46	52,62
Hastane 4	4,19	0,29	1,21	2,76	10,26	28,32	2,06	7,80	16,08	0,78	67,49	52,64
Hastane 5	4,19	0,00	0,00	2,76	0,15	0,42	2,06	0,00	0,00	0,78	72,53	56,58
Hastane 6	4,19	1,09	4,57	2,76	20,30	56,03	2,06	49,25	101,46	0,78	13,76	10,73
Hastane 7	4,19	1,80	7,55	2,76	3,60	9,95	2,06	5,41	11,14	0,78	69,37	54,11

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Verileri

Yukarıdaki Tablo 7-8'den görüleceği üzere ödeme katsayıları hastanelerin bağlı değerleri ile bu TİG Koduna karşılık gelen vakaların % oranlarının çarpılması ile bulunmuştur. Buradaki amaç maliyeti yüksek olan vakaların ödemelerinin de yüksek yapılması ve adaletin sağlanmasıdır. Aynı vaka olarak görülebilecek olan fakat maliyetleri ve karmaşıklık derecesi farklı vakalara farklı ödemelerin yapılması adalete katkı sağlayacaktır. Tablo 7 ve Tablo 8 birleştirilerek oluşturulan hastanelerin Ödeme Tablosu, Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9: Ödeme Katsayıları Toplamı

Hastaneler	P65A	P65B	P65C	P65D	P66A	P66B	P66C	P66D	Seçilen TİG'ler için Ödeme
	Geri Ödeme Katsayısı	Geri Ödeme Katsayısı	Geri Ödeme Katsayısı	Geri Ödeme Katsayısı	Geri Ödeme Katsayısı	Geri Ödeme Katsayısı	Geri Ödeme Katsayısı	Geri Ödeme Katsayısı	
Hastane 1	2,15	12,68	21,08	42,44	0,92	10,88	32,27	43,91	166,33
Hastane 2	46,08	45,94	23,15	2,59	21,16	27,22	28,49	36,49	231,12
Hastane 3	10,44	13,83	4,88	57,36	4,73	9,90	3,83	52,62	157,59
Hastane 4	0,00	39,48	9,10	8,71	1,21	28,32	16,08	52,64	155,53
Hastane 5	0,00	0,70	0,00	77,96	0,00	0,42	0,00	56,58	135,65
Hastane 6	4,46	35,32	21,70	3,13	4,57	56,03	101,46	10,73	237,39
Hastane 7	11,80	12,51	22,07	25,86	7,55	9,95	11,14	54,11	154,98
								Genel	1238,61

Kaynak: Sağlık Bakanlığı verileri

Tablo 9'dan anlaşılacağı üzere ödeme katsayıları toplamı 1238,61'dir. Bu oran %100 kabul edilerek hastanelerin sahip oldukları ödeme katsayılarına göre belirlenen ödeme tablosu, Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10: Global Bütçe Dağıtım Tablosu

Hastanele r	Seçilen TİG'ler İçin Toplam Ödeme Katsayısı	Oran (%)	Global Bütçe (TL)	Tutar(TL)
Hastane 1	166,33	13,43	100.000	13.429
Hastane 2	231,12	18,66	100.000	18.660
Hastane 3	157,59	12,72	100.000	12.723
Hastane 4	155,53	12,56	100.000	12.557
Hastane 5	135,65	10,95	100.000	10.952
Hastane 6	237,39	19,17	100.000	19.166
Hastane 7	154,98	12,51	100.000	12.513
Toplam	1238,61	100	100.000	100.000

Kaynak: Sağlık Bakanlığı verileri

Tablo 10'dan anlaşılacağı üzere toplam 100.000 TL olan global bütçeden en fazla payı 19.166 TL ile Hastane 6 alırken, en az payı 10.952 TL ile Hastane 5 almaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada 100.000 TL global bütçesinin altı (6) hastane arasındaki TİG temelli geri ödeme sistemi ile dağıtım yapılmıştır. Hastane 6; 19.166 TL geri ödeme ile en fazla, Hastane 5; 10.952 TL ile en düşük geri ödemeyi almıştır. Bu oranlar hesaplanırken tedavi maliyetlerinin hesaba katıldığı “Bağlı Değer” ile Hastanelerin toplam vakaların içerisinde TİG Kodlarının oranları etkili olmuştur. En çok vakaya bakan Hastane 2 ise 18.660 TL geri ödeme miktarı ile ikinci sırada yer almaktadır. En çok vakaya bakan Hastane 2'nin Hastane 6'dan daha az geri ödeme almış olması yüksek bağlı değere sahip yani yüksek maliyetli (tedavisi tada zor) vaka oranlarının Hastane 2'de daha az olmasıdır. Ayrıca bu çalışmamızda sınırlı sayıda TİG verisi ile simülasyon yapılmış olup daha kapsamlı örneklerin çalışılması sistemin işleyişi hakkında daha doğru bir kanaat oluşmasına yardımcı olacaktır.

Bu çalışmada açıklandığı üzere; dünya genelinde birçok ülkede uygulamaya geçmiş olan TİG temelli geri ödeme sisteminin sağlık kuruluşlarına daha adil ve hakkaniyetli bir finansman oluşturduğu anlaşılmaktadır. Bununla birlikte verilen hizmetlerin ülkenin yapısına uygun TİG kodları ile takip edilmesinin, hizmetlerin şeffaflığını ile hastanelerin etkinliklerini arttırdığı ve hastane idaresine kliniklerin yönetiminde katkı sağladığı düşünülmektedir.

Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde özellikle daha karmaşık vakaların daha çok tedavi hizmeti gerektirdiğinden dolayı bazı hastanelerde daha yüksek vaka maliyetleri görülmektedir. Sağlık Bakanlığınca daha nitelikli insan görev yaptığı ve daha donanımlı malzeme ve cihazların kullanıldığı hastanelerin bağıl değerlerinin belirlenmesinde dikkat edilmesi gerektiği ön görülmektedir. Bu nedenle daha adil ve hakkaniyetli bir geri ödeme sistemi için “Bağıl Değer”lerinin yeni koşul ve maliyetlere göre revize edilmesi büyük rol oynayacaktır.

Sağlık politika yapımcılarının TİG çalışmalarının avantajlarını değerlendirmesi, geri ödemede TİG çalışmalarını dikkate alması, hakkaniyetli ve verimli bir sistemin kurulmasında olumlu sonuçları doğuracağı kanaatine varılmıştır. Bu nedenle TİG çalışmalarının hızlandırılmasının, sağlıklı TİG verilerinin oluşması için daha sağlam adımlar atılmasının ve Türkiye’ye özgü bir sistemin getirilmesinin ülke ekonomisine katkı sağlayacağı ayrıca Sağlık Bakanlığı Stratejik Planında belli bir oranda global bütçe dağıtımının TİG ile yapılacağı öngörülmekte olduğundan bu çalışmanın politika yapımcılara yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Aksoy, Kübra. (2017). EURODRG ve dünyadaki diğer tig uygulamaları ışığında Türkiye'deki tig uygulamaları ve tig üzerinde sağlık yöneticilerinin görüşlerinin incelenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Ayanoğlu Y. ve Beylik U. (2014). Sağlık İşletmelerinde Geri Ödeme Modeli Olarak DRG: Kavramlar, Metodolojiler, Ülke Deneyimleri ve Karşılaştırmaları. Gazi Kitabevi, Ankara.
- Aydemir, İ. , Ağırbaş, İ . (2017). Sağlık Kurumlarına Yapılan Geri Ödeme Yöntemleri: Teşhis İlişkili Gruplar. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 20, Ankara.
- Beylik U. (2014). Sağlık Kurumlarında Tanı İlişkili Gruplara Dayalı Geri Ödeme Modeli: Türkiye – Avustralya Karşılaştırması. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Gazi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Beylik, U., Öztürk. A., Demir, B. (2014). TİG ve Kalite - Performans İlişkisi: Ülke Deneyimleri. Sağlıkta Performans Kalite Dergisi, (8).
- Cantürk Ö. (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması: Ankara İlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği. Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi 1 numaralı Kararname.
- Demir, M., Beylik, U., Öztürk M., Doluküp İ. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG): Diyabet Vakaları Üzerine Karşılaştırma. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Ankara.
- Elmas, B. Ö. (2018). Türkiye'deki TİG Uygulamasında Kullanılan Bağıl Değerlerin Türkiye'deki Sağlık Ücret Tarifeleri İle İlişkisinin Analizi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Gençyürek, G. (2018). TİG Bağıl Değerlerinin Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi Fiyatları İle Korelasyon Analizi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Güler, Y. (2018). Dünya'da ve Türkiye'de DRG Uygulamalarından Örnekler, Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- Hsiao, W. C., Sapolsky, H. M., Dunn. D. L., Weiner, S. L. (1986). Lessons of the New Jersey DRG



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Payment System, Health Affairs. Summer, Sayı: 5.

İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi, 2, İstanbul.

Kadıız Y. (2011). Hastanelerde DRG'ye Dayalı Ödeme Sistemi ve Bir Kamu Hastanesi Hekimlerinin Tutumu. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Lee, K. ve Goodman, H. (2002). Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since the 1980s, Lee, K., Buse, K., Fustukian, S., (eds.), Health Policy in a Globalising World. Cambridge University Press, Cambridge.

Mossialos, E. ve Dixon, A. (2002). Funding Health Care: An Introduction, Mossialos, E. Et al (eds.), Funding Health Care: Options for Europe. 1-30, Open University Press, Buckingham – Philadelphia.

Sağlık Bakanlığı (2014). Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2014). Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı. Kamu Hastaneleri Kurumu, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2017). Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Şencan, İ. ve Demir, M. (2013). Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları Kitabı. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Tatar, M., Somunoğlu, S., Ağırbaş, İ., Tengilimoğlu, D., Çelik, Y., Erdem, R., Akbulut, Y., Erigüç, G. (2012). Sağlık Kurumları Yönetimi-1. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2631 Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1599, Eskişehir.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara.



EXPOSURE TO VIOLENCE OF NURSES IN TURKEY: A META-ANALYSIS RESEARCH

Assist Prof. Arzu YİĞİT

Süleyman Demirel University, Health Management Department

arzuwigit@sdu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-5777-3405

Makale gönderim-kabul tarihi (13.03.2020-20.04.2020)

Abstract

Violence against nurses is one of the most important problems in health care institutions. Among healthcare workers, nurses are the most exposed to verbal and physical violence. This study aimed to determine the level of exposure of nurses to physical and verbal violence in Turkey. The research data obtained by a systematic review method and quality evaluation were made. The level of exposure of nurses to physical and verbal violence was determined by the meta-analysis method. In meta-analysis, random effects model was chosen and event rate statistics were used in the effect type. Heterogeneity between the studies was evaluated using I^2 test. To determine publication bias, the funnel graph, Egger's linear regression, and Begg and Mazumdar sequence correlation tests were conducted. According to the findings obtained from meta-analysis, the nurses' exposure to physical violence score was 0.19 (CI; 0.12-0.28; $p < 0.05$), and verbal violence exposure score was 0.79 (CI; 0.71-0.85; $p < 0.05$) and it was determined that there was no publication bias in the research. It was determined that the level of exposure of nurses to verbal violence is higher than physical violence. Hospital management should take measures to prevent nurses from being exposed to physical and verbal violence and necessary sanctions should be applied within the framework of legislation for those who commit violence.

Key Words: Workplace Violence, Nurse, Meta-Analysis, Hospital



INTRODUCTION

Healthcare workers may work with clients whose behaviors are risks for both infectious disease and violence. Healthcare workers had ever experienced verbal threats, weapon threats, physical attacks, and rape, and risk factors associated with those outcomes (Schulte et al., 1998:439). Health workers have a high risk of attack (Pinar et al. 2017:2345). According to the World Health Organization (WHO, 2020), health professionals are at risk of violence all over the world. More is threatened or subjected to verbal aggression. Most violence is practiced by patients and visitors. The most at-risk categories of health workers include nurses and other staff directly related to patient care, emergency staff, and paramedics.

Healthcare workers are a major target or victim of workplace violence. Healthcare workers are subjected to 16 times more violence than other sector workers (Kingma, 2001:129-130) and more than 50% of health workers have already experienced verbal and physical violence (Hahn et al., 2012:2687). 8% to 38% of healthcare workers are exposed to physical violence at some point in their careers (WHO, 2020).

Although workplace violence is widespread in healthcare settings, it is an underreported problem that is largely ignored. Violence against healthcare workers can have a negative impact on performance outcomes and therefore affect the health and satisfaction of patients (Alsalem et al., 2018:188). Workplace violence against nurses is a major problem and managerial issues globally, particularly in developing countries.

Nurses working in the health sector in every region of the world constitute one of the groups most exposed to violence such as sexual harassment, verbal abuse and physical abuse (Kısa, 2008:200). Health care workers, especially nurses, are considered as high-risk occupational groups in terms of violence. Violence against nurses is a universal problem (Günaydın and Kutlu, 2012:1). Most nurses in the health sector do not feel safe at work and work with the fear of being exposed to violence (Pınar and Uçmak, 2011:516).

Violence is a major problem in the health sector in Turkey and other countries and attracts more and more attention to public health research. However, it is not possible to give a real prevalence of violence against healthcare staff since there is no nationwide study. In recent years, violence against physicians, nurses, and other health personnel have been reported in newspapers and televisions (Sönmez et al., 2013:26). Among healthcare workers, nurses are the most exposed to verbal and physical violence in Turkey. Thus, verbal and physical violence is a critical issue in hospital.

Healthcare providers are concerned about the increasing frequency of verbal and physical violence for healthcare workers in Turkey. The main factors affecting this situation are waiting in the polyclinics and clinics for a long time and not receiving the required health services immediately. However, these events may cause enormous psychological and physical harm among healthcare workers. (Erkol et al., 2007:424-425). In order to improve workplace-working conditions in hospitals, it is very important to determine the situation of violence, frequency of violence and risk of violence in these institutions Health workers who are most exposed to violence are emergency department workers, especially nurses. Nurses who are exposed to violence experience emotional, physiological, psychiatric problems and their work performance and social relationships are damaged (Yeniocak et al., 2012:115). This situation negatively affects health quality and patient safety.

MATERIALS AND METHOD

Systematic reviews and meta-analysis methods were used in the research. Systematic review is a comprehensive summary of all available evidence that meets predefined eligibility criteria to address a specific research question (Cook et al., 1997: 376; Oxman et al. 1994: 1367). Meta-analysis is a statistical method that quantitatively combines results from different studies (Lau et al. 1997: 820). In the study, Preferred Reporting Items of Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) was used to minimize the risk of bias of systematic screening results. Systematic reviews and meta-analyses are required to accurately and reliably summarize the evidence of scientific studies in the field of healthcare. In addition, meta-regression analysis was conducted in the research. In meta-analysis, regression using variables of the studies (moderator) is called meta regression (Şen, 2019:37). The results of the research were measured by the effect size. The effect size is the value that indicates the magnitude of the relationship between the variables in a study and it is also used as a basic unit in meta-analysis (Şen, 2019:21).

In this research, studies examining the physical and verbal violence against nurses enrolled in Turkey. In determining the studies to be included in the research, a literature review strategy was developed according to the acceptance and exclusion criteria specified in Table 1. In this study, coding form was used in Excel. This coding form included information such as authors, study year, sample group, sample size, type of violence, and exposure to physical and verbal violence, and research area. Quality evaluation was performed in the research by taking the Critical Appraisal Skills Program (CASP) checklist as reference (CASP, 2020). The analysis of the data was done with the meta-analysis program. In meta-analysis, random effects model was selected and event rate statistics were used in the effect type. In the study, I^2 statistics were calculated to determine heterogeneity. Funnel plot, Egger's linear regression, and Begg and Mazumdar rank correlation tests were performed to detect publication bias. Since the data used in the research do not directly affect humans or animals, there is no need for an ethical committee decision. No funds have been received for this study.

Table 1: Systematic Review and Meta-Analysis Strategy

Strategy	Inclusion Criteria	Exclusion Criteria
Language	Turkish and English	Other languages than Turkish and English
Evidence Level	Research using the best evidence approach and Critical Appraisal Skills Program checklist	-
Date	01.01. 2000-31.12 .2019	-
Data Sources	Ulakbim National Database, Google Scholar, Scopus, Web of Science , Pubmed, Cochrane review databases	Researches that cannot be identified in the sources
Keywords	(TITLE-ABS-KEY (violence) OR TITLE-ABS-KEY (workplace AND violence) OR TITLE-ABS-KEY (physical AND violence) AND TITLE-ABS-KEY (verbal AND violence) OR TITLE-ABS-KEY (nurse) AND TITLE-ABS-KEY (healthcare AND institutions AND hospital) OR TITLE-ABS-KEY (Turkey))	Other healthcare workers, other types of violence
Research Area	Health sector, Hospital	All sectors except the health sector
Method	Survey Method	
Statistical Data	To know of the number of nurses subjected to physical or verbal violence required for meta-analysis	It does not have quantitative data

RESULTS

In the research, 250 scientific studies suitable for systematic screening strategies were determined. As a result of the examination, 99 of these studies were excluded due to duplication. The summary of the remaining 151 articles was evaluated the exclusion and acceptance criteria and 50 studies that did not comply with the determined strategy were not included in the study. In the last stage (among 26 studies), the content of 21 scientific studies for physical violence and 24 for verbal violence was transferred to the coding form (Table 2). PRISMA Flow Chart was presented in the flow diagram in Figure 1. According to the research findings, 26 studies related to the level of exposure of nurses to physical and verbal violence were determined (Table 2). In these studies, 8966 nurses in physical violence and 9672 in verbal violence were taken as samples.

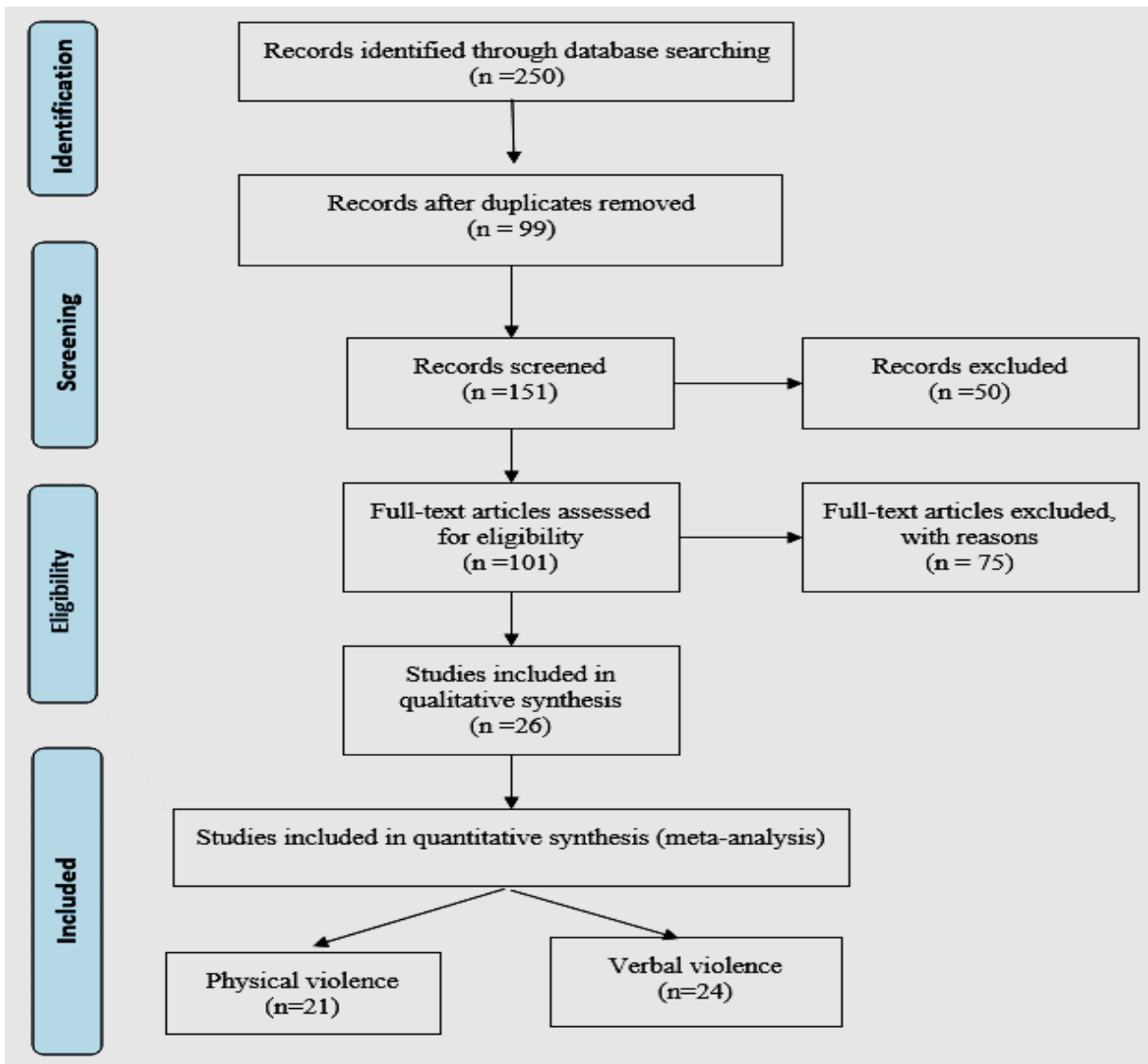


Figure 1: PRISMA Flow Chart
Source: Moher et al. (2015).

Table 2. Scientific research included in the scope of meta-analysis

No	First Author	Verbal	Physical	No	First Author	Verbal	Physical
1	Aksakal et al., 2015	x	x	14	Gunaydin and Kutlu, 2012	x	x
2	Alçelik et al., 2005	x	x	15	Kahriman, 2014	x	x
3	Ayakdaş, 2017	-	x	16	Karakas,etal., 2015	x	-
4	Bahar et al, 2015	x	x	17	Kısa, 2008	x	-
5	Bilgin and Buzlu, 2006	x	x	18	Oztunç, 2006	x	-
6	Boz et al., 2006	x	x	19	Pınar et al., 2017	x	x
7	Canbaz et al., 2008	x	x	20	Pınar, 2011	x	x
8	Cerit et al., 2017	x	x	21	Sönmez et al., 2013	-	x
9	Coşkun and Tuna 2010	x	x	22	Şenuzun and Karadakovan, 2005	x	x
10	Çamcı and Kutlu, 2011	x	-	23	Taş and Çevik, 2006	x	x
11	Çelik et al., 2007	x	x	24	Talas et al., 2011	x	x
12	Dikmen et al., 2016	x	x	25	Tekin and Bulut, 2014	x	x
13	Kavak and Ekinci, 2013	x	x	26	Uzun, 2003	x	-

The results of the heterogeneity test for physical and verbal violence are given in Table 3. The I^2 statistical value used to determine the level of heterogeneity was calculated as 98.54 for physical violence and 98.10 for verbal violence. As a result of the calculations, the effect size distribution was analyzed according to the random effects model instead of the fixed-effects model.

Tablo 3. Heterogeneity Test

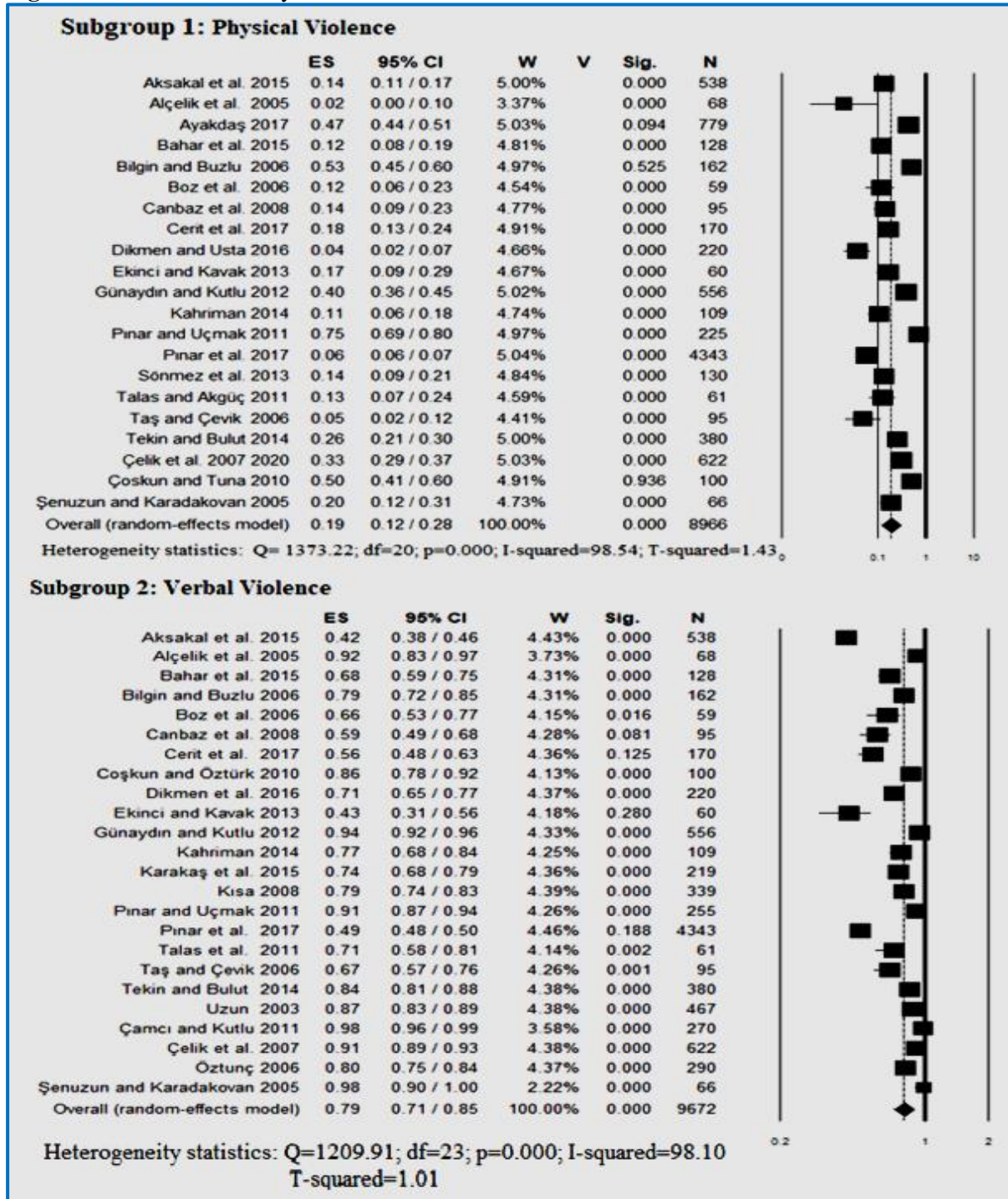
Type of Violence	Q	df	p	I^2	T^2
Physical Violence	1373,22	20	0,000	98.54	1.43
Verbal Violence	1209,91	23	0,000	98.10	1.01

In the study, the level of meta-analysis of nurses' exposure to physical and verbal violence was shown with forest plot (Figure 2). According to the findings obtained as a result of meta-analysis, the level of exposure of nurses to physical violence was determined. Consequently, meta-analysis made using the random-effects model, it was determined that the level of exposure to physical violence has a statistically significant, positive and low effect with a value of 0.19 (GA; 0.12-0.28; $p < 0.05$). The level of exposure to physical violence was found to be statistically significant, positive and high-level with a value of 0.79 (GA; 0.71-0.85; $p < 0.05$).

The results of the funnel scatter plot, which are considered as a visual summary of the studies included in the meta-analysis and which indicate the possibility of publication bias, are given in Figure 3. As can be seen in Figure 3, the majority of the studies included in the research are located towards the top of the figure and very close to the combined effect size.

Abbreviations: ES: effect size, CI: confidence interval, W: weight, Sig: significance (P-value), N: total sample size, P: P-value, df: degree of freedom

Figure 2. Forest Plots of Physical and Verbal Violence



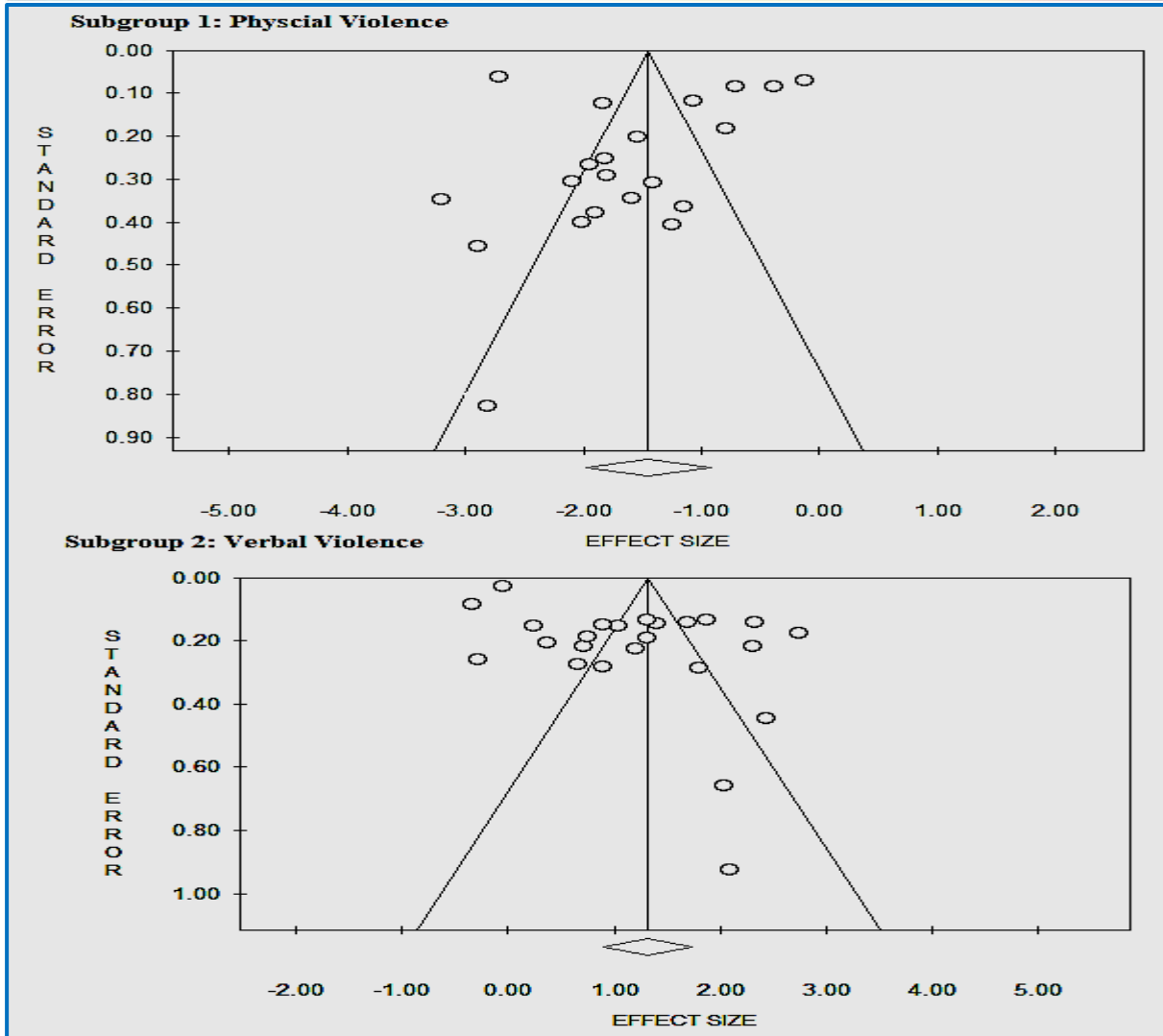


Figure 3. Funnel Plots

There are different methods to determine whether there is publication bias in meta-analysis. In the study, Egger's linear regression, and Begg and Mazumdar rank correlation tests were performed to detect publication bias analysis (Table 4). As a result of this analysis, it was determined that there was no publication bias.

Table 4. Publication Bias Analysis

Type of Violence	Egger's Regression Test		Linear	Begg and Mazumdar Rank Correlation		Classic Statistics	Fail-Safe	N
	Intercept	t	p	Kendall's tau b	p	The value is above Rosenhal's rule of thumb		
Physical	7.51	4.85	0,000	-0.35	0.728		5993	
Verbal	-0.86	-0.26	0.795	-2,23	0.025		5664	

To analyze multiple variables in meta-analysis, weighted regression method was used in this research. As shown in Figure 4, meta-regression moderator analysis results showed that there was no significant relationship between physical violence ($p = 0.575$) and verbal violence ($p = 0.052$) between effect sizes and publication year.

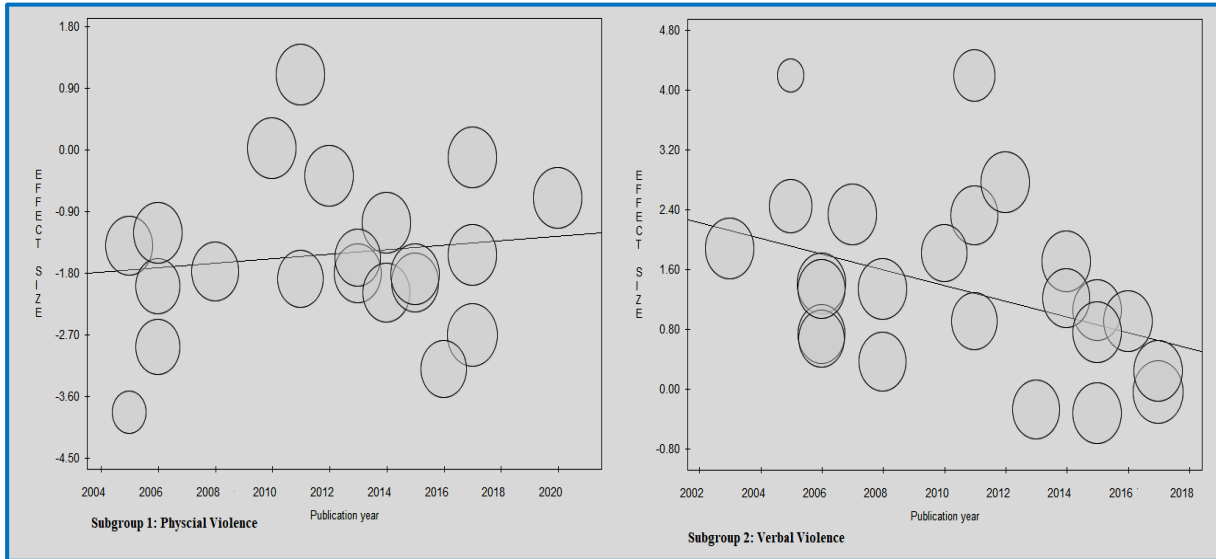


Figure 4. Meta-Regression Moderator Analysis

DISCUSSION

This study is one of Turkey on nurses' physical and verbal exposure to systematic violence, which estimates the first comprehensive review and meta-analysis. Özcan and Bilgin (2011: 6) by the written studies, it was determined that the violence against healthcare workers was high and that the violence was carried out mostly by the relatives of the patients in Turkey. Some research results that determine the physical and verbal level of nurses are discussed below.

Akascal et al. (2015:1360) determined the prevalence of violence in a university hospital as 13.9% and 41.8%, respectively. Besides, most of the nurses who experience verbal violence state that they are more willing to change their work, institutions, and professions if given the opportunity. The research conducted by Çelik et al. (2007: 359) found that the prevalence of verbal and physical abuse against nurses was 91.1% and 33.0%, respectively. According to Ayaktaş and Aslantaş (2017:42), approximately half of the participant nurses reported that they were exposed to at least one colleague violence. They cited the causes of this exposure as jealousy, a higher level of education, competition, newcomers in the clinic, differences in political views, workload and patient density, and physical appearance. Bahar et al. (2015: 57), they found that the nurses exposed to violence in their studies reduced their job satisfaction. Can and Beydağ (2013: 419), the majority of emergency room nurses in Turkey (70.7%) are exposed to violence. 42.1% of the nurses found that they encountered violence several times a day, 42.1% did not know the existence of the procedure to be applied after the violence, and 28.6% did not attempt for the situation after the violence.

Cerit et al. (2017: 231), 60.6% of nurses were exposed to any type of violence during their professional life and verbal violence was the most common form of violence. It was determined that the nurses were exposed to violence mostly by patients and their relatives, and that the incidents of violence mostly occurred in the patient's room and within the working hours of 08-16, and 7.8% of the nurses reported the violence. Coşkun and Öztürk (2010: 16), the rate of exposure of nurses to verbal violence was 86%, and the rate of exposure to physical violence was 50.4%. 82% of those who are exposed to physical violence state that they are exposed to violence while working in psychiatric clinics. 22.3% slap, 28.9% push, 15.7% kick, 21.5% item throw, 19.8% punch, 9% bite, 6.6% sexual harassment were defined as physical violence. It has been determined that 77% of physical violence incidents are carried out by patients.

Çamcı and Kutlu (2011: 9), on the other hand, found that the most exposed type of violence was verbal violence with 98.5%, and that violence was most frequently practiced by patient' relatives and men. Kahrıman (2014: 77), 77.0% of nurses were exposed to verbal violence and 11.0% to physical violence. It was determined that 10.5% of the nurses "wanted to quit the profession" and 40.4% of the violence they suffered was "affected by the job performance". As the education level of nurses increases, the rate of violence is decreasing (Kavak ve Ekinci, 2013:290).

According to Tekin and Bulut (2014: 85), verbal and physical violence percentages of nurses were 84.5% and 25.5%, respectively. Nurses who were ill-treated stated that the abuse they experienced affected their relationship with that person, decreased their job performance and led to the thought of quitting nursing.

CONCLUSIONS

In this meta-analysis study, the level of violence against nurses was 19% for physical violence and 79% for verbal violence in Turkey. It was determined that the level of exposure of nurses to verbal violence is higher than physical violence. This type of violence has the potential to severely influence nurses, patients, and patients' relatives. According to this result, both physical and verbal violence constitute the most important employee safety problem in hospitals. Physical and verbal violence causes nurses' burnout and job inefficiency Also, physical and verbal violence against nurses is a common occupational hazard n Turkey. Healthcare provider needs to determine which situations; patients and departments pose a risk of violence against nurses and take precautions against these risks. Another way of preventing violence in hospitals needs of training programs aimed at developing communication and violence management skills for nurses. In addition, many legal arrangements were made in 2020 in order to prevent violence at health institutions in Turkey. Hospital management should take measures to prevent nurses from being exposed to physical and verbal violence and necessary sanctions should be applied within the framework of legislation for those who commit violence. If the nurses do not want to report violence incidents to the hospital management, they should be informed that they can report via the White Code, SABİM and CİMER.

A common type of violence in hospitals is that nurses who experience intense work stress or suffer violence tend to apply violence to their colleagues or other healthcare professionals in the institution. To solve this situation, it can be suggested to ease the workload of nurses, to offer psychological support and to create a safe working environment. However, despite the warnings, trainings and support provided, it may be recommended to punish employees who are still using violence, to be assigned in other department or to terminate their duties.

REFERENCES

- Aksakal B., F. N., Kardeşahin, E. F., Uğraş Dikmen, A., Avci, E., & Özkan, S. (2015). Workplace physical violence, verbal violence, and mobbing experienced by nurses at a university hospital. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 45(6), 1360–1368.
- Alçelik, A., Deniz, F., Yeşildal, N., Senih Mayda, A., & Şerifi A., B. (2005). Health survey and life habits of nurses who work at the medical faculty hospital at AIBU. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 4(2), 55–65.
- Alsalem, S. A., Alsabaani, A., Alamri, R. S., Hadi, R. A., Alkhayri, M. H., Badawi, K. K., ... & Al-Bishi, A. M. (2018). Violence towards healthcare workers: A study conducted in Abha City, Saudi Arabia. *Journal of Family & Community Medicine*, 25(3), 188-193.
- Ayakdaş, D. Arslantaş H. (2017). Colleague violence in nursing: A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(1), 36–44.
- Bahar, A., Şahin, S., Akkaya, Z., & Alkayış, M. (2015). Investigation of effects of exposure to violence and affecting factors on job satisfaction of emergency nurses. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(2), 57–64.
- Bilgin, H., & Buzlu, S. (2006). A study of psychiatric nurses' beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(1), 75–90.
- Boz, B., Acar, K., Ergin, A., Erdur, B., Kurtulus, A., Turkcuer, I., & Ergin, N. (2006). Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Advances in Therapy*, 23(2), 364–369.
- Can, K. Beydağ, K. D. (2013). Examination of the violence applied by patients and patient relatives to nurses. *Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*, 2(4), 419–430.
- Canbaz, S., DüNDAR, C., Dabak, Ş., Sünter, A. T., Pekşen, Y., & Çetinoğlu, E. Ç. (2008). Violence towards workers in hospital emergency services and in emergency medical care units in Samsun: An epidemiological study. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, 14(3), 239–244.
- CASP (2020). Critical Appraisal Skills Program, <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>, Last accessed on 01.01.2020].
- Cerit, K., Keskin, S. T., & Erdem, R. (2017). Investigation of exposure to nurses' violence in the workplace and related factors. *Pamukkale University Journal of Social Sciences Institute*, 31(April), 231–241.
- Cook, D. J., Mulrow, C. D., & Haynes, R. B. (1997). Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Annals of internal medicine*, 126(5), 376-380.
- Coşkun, S., & Tuna Öztürk, A. (2010). Evaluation of the assaults experienced by nurses in Bakırköy Mental Hospital. *Maltepe University Journal of Nursing Science and Art*, 3(3), 16–23.
- Çamcı, O., & Kutlu, Y. (2011). Determination of workplace violence toward health workers in Kocaeli. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(1), 9–16.
- Çelik, S. S., Çelik, Y., Ağırbaş, I., & Uğurluoğlu, Ö. (2007). Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 54(4), 359–366.

- Dikmen, Y., Yılmaz, D., & Yıldırım Usta, Y. (2016). Violence faced by nursing students in clinical practicals and its effects: A questionnaire survey. *Journal of Human Sciences*, 13(3), 4380–4388.
- Erkol, H., Gökdoğan, M. R., Erkol, Z., & Boz, B. (2007). Aggression and violence towards health care providers - A problem in Turkey? *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 14(7), 423–428.
- Günaydin, N., & Kutlu, Y. (2012). Experience of workplace violence among nurses in Turkey. *Journal of Psychiatric Nursing*, 3(1), 1–5.
- Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2685-2699.
- Kahriman, İ. (2014). Determination of the situation of exposed to verbal and physical violence of nurses. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(2), 77–83.
- Karakaş, S. A., Küçükogğu, S., & Çelebioğlu, A. (2015). Violence experienced by Turkish nurses and their emotions and behaviors. *Studies on Ethno-Medicine*, 9(3), 297–304.
- Kavak, F., & Ekinci, M. (2013). Violence against psychiatry nurses. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 2(3), 290–298.
- Kingma, M. (2001). Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *International Council of Nurses*, 348, 129–130.
- Kısa, S. (2008). Turkish nurses' experiences of verbal abuse at work. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4), 200–2007.
- Lau, J., Ioannidis, J. P., & Schmid, C. H. (1997). Quantitative synthesis in systematic reviews. *Annals of Internal Medicine*, 127(9), 820-826.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. ve Group, T. P. (2015). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Anticancer Research*, 35(8), 4419–4424.
- Oxman, A. D., Cook, D. J., Guyatt, G. H., Bass, E., Brill-Edwards, P., Browman, G., ..& Haynes, B. (1994). Users' guides to the medical literature: VI. How to use an overview. *Journal of the American Medical Association*, 272(17), 1367-1371.
- Özcan, N. K., & Bilgin, H. (2011). Violence towards healthcare workers in Turkey: a systematic review. *Türkiye Klinikleri. Journal of Medical Science*, 31(6), 1442.
- Öztunç, G. (2006). Examination of Incidents of Workplace Verbal Abuse Against Nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 21, 360–365.
- Pınar, R., & Ucmak, F. (2011). Verbal and physical violence in emergency departments: A survey of nurses in Istanbul, Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3–4), 510–517.
- Pınar, T., Açikel, C., Pınar, G., Karabulut, E., Saygun, M., Bariskin, E., Cengiz, M. (2017). Workplace Violence in the Health Sector in Turkey: A National Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(15), 2345–2365.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- Schulte, J. M., Nolt, B. J., Williams, R. L., Spinks, C. L., & Hellsten, J. J. (1998). Violence and threats of violence experienced by public health field-workers. *Journal of the American Medical Association*, 280(5), 439-442.
- Şen, S. (2019). How is Meta-Analysis done with SPSS?. *Harran Education Journal*, 4 (1), 21-49
- Şenuzun Ergün, F., & Karadakovan, A. (2005). Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *International Nursing Review*, 52(2), 154–160.
- Sönmez, M., Karaoğlu, L., Fikret, M., Günes, G., & Pehlivan, E. (2013). Prevalence of workplace violence against health staff in Malatya. *Bitlis Eren University Journal of Science and Technology*, 3, 26–31.
- Talas, M. S., Kocaöz, S., & Akgüç, S. (2011). A survey of violence against staff working in the emergency department in Ankara, Turkey. *Asian Nursing Research*, 5(4), 197–203.
- Taş, F., & Çevik, Ü. (2006). The Situation of Exposed to Violence of Pediatric Nurses in Konya. *Ataturk University Journal of School of Nursing*, 9(3), 62–68.
- Tekin, Y. E., & Bulut, H. (2014). Verbal, physical and sexual abuse status against operating room nurses in Turkey. *Sexuality and Disability*, 32(1), 85–97.
- Uzun, Ö. (2003). Perceptions and experiences of nurses in turkey about verbal abuse in clinical settings. *Journal of Nursing Scholarship*, First Quar(35), 81–85.
- WHO. (2020). Violence against Health Workers. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en . [Last accessed on 01.02.2020].
- Yeniocak, S., Turkmen, S., Uzun, O., Karaca, Y., Tatli, O., Turedi, S., & Gunduz, A. (2012). Increased violence towards health care staff. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 11, 115–124.

BİREYLERİN SAĞLIK ANKSİYETESİ DÜZEYLERİ İLE COVID-19 SALGINI KONTROL ALGISININ KARŞILAŞTIRILMASI

COMPARISON OF HEALTH ANXIETY LEVEL AND CONTROL PERCEPTION OF COVID-19

Arş. Gör. Tutku EKİZ

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,
orcid.org/0000-0002-8498-630X, tutku.ekiz@marmara.edu.tr

Öğr. Gör. Ebrar İLİMAN

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, SHMYO, ebrar@cumhuriyet.edu.tr, orcid.org/0000-0002-5255-8482,

Elif DÖNMEZ

Kocaeli İzmit Seka Devlet Hastanesi Satınalma Birimi, eliff_donmez@hotmail.com,
orcid.org/0000-0001-9802-2504

Makale gönderim-kabul tarihi (22.03.2020-20.04.2020)

Özet

Araştırmanın amacı Türkiye’de bireylerin sağlık anksiyetesi seviyeleri ile COVID-19 salgını kontrol algısı düzeylerini saptamak ve sağlık anksiyetesinin COVID-19 salgını kontrol algısı düzeyi üzerindeki etkisini belirlemektir. Çalışmada veriler online olarak bireylere dağıtılmış olan anket formu ile toplanmıştır. Anket formu katılımcıların demografik özelliklerine dair soruların yanı sıra sağlık anksiyetesi envanteri; COVID-19 salgını kontrol algısını ölçeceği olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Çevrimiçi anket yöntemi kullanılarak 47 şehirde yaşayan 1050 kişiye ulaşılmıştır. Sonuç olarak, katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyleri orta şiddetli olarak saptanmıştır. Bireylerin COVID-19 salgınına yönelik kontrol algılarının eğitim ve yaş değişkenlerinin yanı sıra sağlık anksiyetesi düzeylerinden etkilendiği gözlemlenmiştir. COVID-19 salgını sırasında tüm grupların ruh sağlığını iyileştirmek için psikolojik müdahaleleri formüle etmek ve daha düşük düzeyde etkilenmelerini sağlamak salgına yönelik kontrol tedbirlerinin anlaşılması ve uygulanması için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19 Salgını Kontrol Algısı, Sağlık Anksiyetesi, Koronavirüs, Epidemiyoloji, Psikolojik Etki

Abstract

The purpose of this study to defining health anxiety levels and control perception of COVID-19, and in this way to determine the effect of health anxiety on control perception of COVID-19 in Turkey. The online survey collected information on demographic data, health anxiety and control perception of COVID-19. Health Anxiety was assessed by the Health Anxiety Inventory and control perception was assessed scale of Control of COVID-19. Data was collected. Online survey has been used. This study included 1050 respondents from 47 cities in Turkey. Health anxiety levels of the participants were determined as moderate. It has been observed that individuals' perceptions of control for the COVID-19 outbreak are affected by their level of education and age,

as well as their health anxiety levels. As a result, during the COVID-19 outbreak, it is important to formulate psychological interventions to improve mental health of all groups, and to ensure that they are affected at lower level, in order to understand and implement epidemic control measures.

Key words: Control Perception of COVID-19, Health Anxiety, Coronavirus, Epidemic, Psychological Impact

GİRİŞ

İnsanlığın karşılaştığı afetlerden birisi de hiç şüphesiz salgın hastalıklardır ve tarih boyunca devletleri, toplumları, insanları derinden etkilemiş, ticari faaliyetlere darbe vurmuş ve sosyal yaşamı felce uğratmıştır (Yiğit ve Gümüştü, 2016; Yolun, 2012; Yıldız, 2014). Günümüzde Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkan ve hızlı bir şekilde yayılım göstererek dünyayı etkisi altına alan yeni koronavirüs salgını da (COVID-19 veya 2019-nCoV) toplumların yaşantısını ve dünya ekonomisini önemli ölçüde etkilemiştir (Zhu et al., 2020). COVID-19, Yeni Koronavirüs hastalığının ismi olup, ilk kez 2019 yılının son aylarında Çin'de tespit edilmiştir. Koronavirüs büyük bir virüs ailesi olarak tanımlanmaktadır ve soğuk algınlığından Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS-CoV) ve Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS-CoV) çeşitli hastalıklara yol açan türlerinin olduğu bilinmektedir (Kıroğlu, 2020: 81).

Salgınlar bir toplumdaki güç dengelerini, sınıf çatışmalarını ve derin toplumsal değişimleri gösteren yansıtıcıdır. Salgının olduğu yerdeki sosyolojik gruplar farklı tepkiler gösterebilirler ve bulaşıcı hastalıkların yol açtığı sonuçlar bir toplumdaki derin toplumsal fay hatlarını göz önüne serebilir. Ortaçağda birçok insanın ölümüne sebep olan veba salgınında; hastalık ve savaşların ekonomik yükünün hayatı zorlaştırmış, özellikle kırsal kesimlerde büyük isyanlara yol açmış ve bu dönemde yabancı düşmanlığının (Zenofobi) tetiklendiği görülmüştür (Yolun, 2012; Yıldız, 2014). Yapılan birçok çalışma, salgın hastalıkların insanlarda büyük bir travma oluşturduğunu ve kaygı düzeyinin yükseldiğini göstermiştir (Yıldız, 2014; Lau et al., 2005; Taylor et al., 2008; Zhang et al., 2020).

İnsanların bir hastalığı algılama biçimi ile hastalığa verilen tepkiler ve hastalığa uyum arasında ilişki olduğu bilinmektedir (Hekler et al., 2008). Bu nedenle insanların bir salgın tehditi karşısında gösterecekleri sağlık davranışlarının salgının coğrafi yaygınlığını, yayılma hızını en aza indirmek ve olası can kayıplarını azaltmak açısından önemlidir. Ayrıca bu davranışlar hakkında bilgi sahibi olmak otoritelerin salgınlara etkili biçimde müdahale etmeleri ve hazırlıklı olmaları açısından da önem taşımaktadır (Çırakoğlu, 2011).

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Koronavirüsler (CoV), soğuk algınlığı gibi toplumda yaygın görülen, kendi kendini sınırlayan hafif enfeksiyon tablolarından, Orta Doğu Solunum Sendromu (Middle East Respiratory Syndrome, MERS) ve Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) gibi daha ciddi enfeksiyon tablolarına neden olabilen büyük bir virüs ailesidir. Koronavirüslerin insanlarda bulunan ve insandan insana kolaylıkla bulaşabilen çeşitli alt tipleri (HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 ve HKU1-CoV) olduğu gibi, hayvanlarda bulunan ve insanlara geçerek ağır hastalık tablolarına neden olabilen alt tipleri de (SARS-CoV, MERS-CoV) bulunmaktadır. 31 Aralık 2019'da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Çin Ülke Ofisi, Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde etiyolojisi bilinmeyen pnömöni vakalarını bildirmiştir. 7 Ocak 2020'de etken daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs (2019-nCoV) olarak tanımlanmıştır. Daha sonra 2019-nCoV hastalığının adı COVID-19 olarak kabul edilmiş, virüs SARS CoV'e yakın benzerliğinden dolayı SARS-CoV-2 olarak isimlendirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020; Zhu et al., 2020).

Anksiyete, herhangi bir tehlikenin korkusunun yansıması olarak insanda ortaya çıkan tedirginlik ya da akıl dışı korku durumu olarak tanımlanabilir (Manav, 2011). Sağlık anksiyetesi, bireyin sağlığına

yönelik büyük bir tehdit altında olduğu düşüncesiyle beliren ve sonuç itibarıyla bireyin bedensel ve duygusal kaygı semptomlarını tetikleyen psikolojik bir deneyimdir (Özdelikara ve diğ.,2018). Sağlık anksiyetesi, herhangi bir bedensel rahatsızlığı olmadığı halde kişinin ciddi bir hastalığı olduğunu düşünmesi ve bu hastalığı, kötü sonuçlara yol açacağına dair olumsuz bir biçimde yorumlaması şeklinde de tanımlanmaktadır (Aydemir ve diğ., 2013). Sağlık anksiyetesinin, ciddi bir hastalığı olduğuna ve var olduğunu düşündüğü ciddi hastalığın olumsuz sonuçlara yol açtığına dair algı bulunması olmak üzere iki temel bileşeni vardır (Abramowitz et al., 2007).

Kontrol algısı, önemli bulunan durumları değiştirme veya değişime adapte olabilme algısının yeterliliğidir (Skinner, 1996). Çevrelerini kolaylıkla etkileyebileceklerine inanan bireyler yüksek kontrol algısına sahipken, çevrelerini etkileyemediğine inanan bireyler düşük kontrol algısına sahiptir (Bullers and Prescott, 2001). Kontrol algısı fiziksel sağlığı korumada önemli roller üstlenir (Smith, 1989).

ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE AMACI

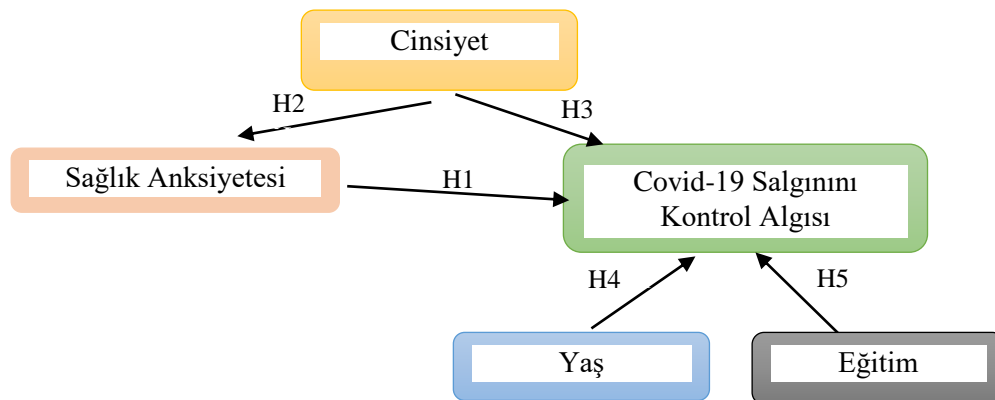
Bireylerin sağlıklarını algılama düzeyleri gerek fiziksel gerekse psikolojik sağlıkları üzerinde etkilidir. Bu bağlamda; sağlık anksiyetesi sağlık durumunun algılanması, sağlık hizmeti talebi, koruyucu tedbirler gibi birçok sağlıklı yaşam davranışını etkilemekte olup, sağlık anksiyetesinin makul bir seviyede olması istenmektedir. İçinde bulunduğumuz COVID-19 pandemisi günlerinde ise sağlık anksiyete seviyesinin yükseldiği, kişilerin özgürlüklerinin kısıtlanmış olması; bununla beraber işini kaybetme, hasta olma, sevdiklerini kaybetme gibi korkular neticesinde psikolojik olarak yıprandıkları ve bu sebeple bağışıklıklarının zayıfladığı düşüncesi ve COVID-19 pandemisine karşı korunabilme algılarının ne seviyede olduğunu belirlemek düşüncesi ile yapılan bu araştırmanın alan yazına katkı sağlayacağı ön görülmektedir.

Bu bağlamda; araştırmanın amacı kişilerin sağlık anksiyete seviyeleri ile COVID-19 salgını kontrol algı düzeylerini saptamak ve sağlık anksiyetesinin COVID-19 Salgını Kontrol Algı düzeyleri üzerindeki etkisini belirlemektir.

ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Araştırmanın Değişkenleri ve Modeli

Araştırmada kullanılan anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan sorular ilgili literatür doğrultusunda daha önce kullanılmış ve güvenilirliği yüksek olarak değerlendirilmiş ölçeklerden faydalanılarak oluşturulmuştur. Ölçek ifadeleri belirlenirken Aydemir vd. (2013) ve Çırakoğlu (2011) çalışmalarından yararlanılmış olup, ifadeler araştırma örneklemine uygun hale getirilerek uyarlanmıştır. Araştırmanın modeli aşağıdaki gibi şematize edilmiştir.



Şekil 1. Araştırma Modeli

Şekilde görülen araştırma modeli beş temel değişkenden oluşmaktadır. Yapılan alan taraması ile modeli oluşturan değişkenler arası ilişkiler belirlenmiştir.

Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın genel amacı ve modelde yer alan ilişkiler doğrultusunda toplam beş adet hipotez geliştirilmiştir.

H₁: Toplumun sağlık anksiyetesi düzeyinin COVID-19 salgını kontrol algısı üzerinde etkisi vardır.

H₂: Cinsiyetin sağlık anksiyetesi düzeyinin üzerinde etkisi vardır.

H₃: Cinsiyetin COVID-19 salgını kontrol algısı üzerinde etkisi vardır.

H₄: Yaşın COVID-19 salgını kontrol algısı üzerinde etkisi vardır.

H₅: Eğitim seviyesinin COVID-19 salgını kontrol algısı üzerinde etkisi vardır.

Evren ve Örneklem Süreci

Araştırmanın evrenini Türkiye’de yaşayan 18-70 yaş arası vatandaşlar oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem yöntemi olarak basit tesadüfi örneklem yöntemi tercih edilmiştir. Bu bağlamda 1050 kişiye ulaşılmış ve 1050 anket de analize dahil edilmiştir.

Veri Toplama Yöntemi ve Aracı

Araştırmanın tasarımı sürecinde yapılan ön çalışmalar (ön test ve ön anket) neticesinde, daha önce yapılmış olan Aydemir vd. (2013) ve Çirakoğlu (2011) çalışmalarında geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş ölçek neticesinde, birincil veri toplama yöntemlerinden çevrimiçi anket yöntemi ile verilerin toplanması tercih edilmiştir. Anket formu yapısal olarak üç grup sorudan oluşmaktadır. İlk grup sorular katılımcıların sağlık anksiyete düzeylerini ölçen ifadelerden; ikinci grup sorular, kişilerin COVID-19 salgını kontrol algısını ölçmeye yönelik sorulardan oluşmakta olup; üçüncü grup sorular ise cevaplayıcıların demografik özellikleri ile ilgilidir. Araştırmada kullanılan “Sağlık Anksiyetesi” ölçeğinde yer alan ifadeler “Sağlığım ile ilgili endişelenmem, nadiren endişelerim, çok sık endişelenirim, her zaman endişelenirim” gibi dörtlü derecelendirmeler şeklindedir. Katılımcılardan son bir ay içerisinde kendilerine en yakın buldukları ifadeleri işaretlemeleri istenmiştir. “COVID-19 Salgını Kontrol Algısı” ölçeğinde yer alan ifadeler ise “Hastalığın yayılmasını durdurmak için yapılanlar yeterlidir.” “Bu hastalığa yakalanmamak için aldığım kişisel tedbirler yeterlidir.” gibi ifadelerden oluşmakta olup; 5’li Likert ile (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum) ile değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Araştırma Türkiye’de yaşayan 18-70 yaş arası bireyleri kapsamakta olup, çevrimiçi anket uygulaması yoluyla gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda nicel araştırma olmasının getirdiği kısıtlarla beraber; sosyal ağları kullanan, araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerle sınırlıdır. Araştırmanın belirli bir zaman diliminde yapıyor oluşu, özellikle bu tarz çalışmalar için ortak bir kısıt oluşturmakta; bireylerin algı ve psiko-sosyal durumları ülke genelinde değişen durum, alınan önlemler ve pratik uygulamalarla zaman içerisinde değişiklik göstermektedir.

BULGULAR

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS 25.0 ve AMOS 23 paket istatistik programlarından faydalanılmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlarının (Aritmetik Ortalama, Sayı, Yüzde) yanı sıra, güvenilirlik analizi, açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA), yapısal eşitlik modelleme-yol analizi yöntemleri kullanılmıştır.

Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan toplam 1050 örneklem birimine ait demografik özellikler Tablo 1’de özetlenmektedir.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Demografik Özellikleri

Cinsiyet	Sayı	Yüzde(%)	Medeni Durum	Sayı	Yüzde(%)
Kadın	749	71,3	Evli	523	49,8
Erkek	301	28,7	Bekar	527	50,2
Yaş	Sayı	Yüzde(%)	Eğitim	Sayı	Yüzde(%)
18-25	339	32,3	İlköğretim M.	59	5,6
26-35	386	36,8	Lise M.	275	26,2
36-45	214	20,4	Ön Lisans M.	192	18,3
46-55	79	7,5	Lisans M.	413	39,3
56-70	32	3,0	Lisansüstü M.	111	10,6
Çalışma Düzeni	Sayı	Yüzde(%)	Kronik Hastalık	Sayı	Yüzde(%)
Evden devam	229	21,8			
Dönüşümlü	204	19,4	Evet	183	17,4
Salgından öncesi gibi	185	17,6	Hayır	867	82,6
Salgında işsiz kaldım	62	5,9			
Çalışmıyordum	370	35,2			
TOPLAM				1050	100,0

Tablo 1 incelendiğinde araştırmaya katılanların çoğunluğunun kadınlardan oluştuğu ve katılımcıların yaş ortalamasının ağırlıklı olarak 18-45 arasında; iş düzenlerinin ise yoğunluk olarak evden ve dönüşümlü olarak değiştiği görülmektedir.

Ölçek ve Alt Faktörlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmada kullanılan ölçek ve alt faktörle ilişkin ortalamalar ile standart sapma değerleri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Ölçek ve Alt Faktörlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Faktörler	Ortalama	Std. Sapma
Sağlık Anksiyetesi Ölçek Geneli	1,93	0,435
o Düşünce	1,90	0,492
o Yaşam Tarzı	1,80	0,589
o Farkındalık	2,27	0,579
COVID-19 Salgını Kontrol Algısı Ölçek Geneli	2,98	0,500
o Makro Kontrol	2,90	0,821
o Kişisel Kontrol	3,11	0,778
o Kaçınılmazlık	2,89	0,810

Tablo 2 incelendiğinde Sağlık Anksiyetesi ölçeğinin genel ortalamasının 1.93 ± 0.43 ve alt boyutlarının ortalamalarının en düşük 1.80 ± 0.58 ile en yüksek 2.27 ± 0.57 olduğu saptanmıştır. COVID-19 Salgını Kontrol Algısı ölçeğinin genel ortalamasının 2.98 ± 0.50 ve alt boyutlarda en düşük ortalamasının 2.90 ± 0.82 ile en yüksek ortalamasının 3.11 ± 0.778 olduğu görülmüştür.

Araştırmada Kullanılan “Sağlık Anksiyetesi” Ölçeğinin AFA ile Test Edilmesi

Araştırmada kullanılan ölçeği oluşturan ifadelerin güvenilirliklerini test etmek amacıyla öncelikle iç tutarlık analizi yapılmıştır. Ardından teorik modelin yapısal geçerliliğini test etmek ve ölçeği oluşturan birbiriyle ilişkili temel boyutları değerlendirmek amacıyla açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Verilerin açıklayıcı faktör analizi için uygunluğu Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Sphericity testi ile incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, bir soru analizden çıkarılmıştır. Elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

Tablo 3. Araştırma Modelini Oluşturan Boyutlara İlişkin AFA Sonuçları

Yargı İfadeleri	Faktörün Açıklayıcılığı %	Özdeğer	Güvenilirlik	Faktör Yükleri
Düşünce	33,47	5,69	0,86	
○ Sağlığım ile ilgili endişelenmem				0,38
○ Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim				0,44
○ Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman sorun olmamıştır				0,47
○ Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur				0,85
○ Kendimi hasta olarak hayal etmem				0,76
○ Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem				0,64
○ Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım				0,59
○ Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem				0,66
○ Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm				0,63
○ Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem				0,81
Yaşam Tarzı	8,17	1,39	0,70	
○ Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim				0,83
○ Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu				0,57
○ Ciddi bir hastalık yaşamamın bazı alanlarını bozardı				0,80
○ Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim				0,58
Farkındalık	6,96	1,18	0,50	
○ Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir				0,75
○ Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.				0,67
○ Ailem ve dostlarım sağlığım ile yeterince ilgilenmediğimi söyler.				0,56
KMO = 0.921	Öz değer (Toplam= 8,26)			
Bartlett's= 5048,865	Açıklanan Varyans (%) (Toplam= % 48,61)		Ölçek Toplam Güvenilirlik= 0,86	
df= 136 Sig= 0.000	*0.30'un altındaki değerler gösterilmemiştir.			

Ölçek ve alt faktörleri oluşturan tüm değişkenlere ait değerler alt sınırın (30) üzerinde yer aldıklarından iç tutarlılığın ve güvenilirliğin sağlandığı görülmektedir. Elde edilen faktör analizi sonucunda ifadelerin faktör yükleri 0.38 ile 0.85 arasında yer almaktadır. Ayrıca KMO değerinin 0,92 ve Barlett's testinin anlamlı çıkması, her bir boyut için toplanan verilerin faktör analizi için uygun olduğunu açıkça göstermektedir. Araştırma modelinde yer alan üç faktörden, düşünce faktörü toplam varyansın % 33,47'sini, yaşam tarzı faktörü % 8,17'sini, farkındalık faktörü ise % 6,96'sını açıklamaktadır.

Araştırmada Kullanılan "Sağlık Anksiyetesi" Ölçeğinin DFA ile Test Edilmesi

Açıklayıcı faktör analizi ile yapısal geçerlilik test edildikten sonra, kullanılan ölçeğin örneğe uygunluğunu test etmek amacıyla ölçekteki gözlenen değişkenlerin birden fazla faktör altında toplanmış olması sebebiyle ikinci düzey çok faktörlü DFA modeli kullanılmıştır. Model uyum değerleri Tablo 4'te, regresyon katsayıları Tablo 5'te, model uyum diyagramı ise Şekil 2' de gösterilmiştir. Model uyumu (model fit) için, model ile veri arasındaki uyumu test ederken, uyum iyiliği testlerinden birkaçı kullanılabilir gibi, hepsinin de kullanılması tercih edebilir. Bu uyum iyiliği istatistiklerinden hangisinin kullanılacağına dair literatürde tam bir uzlaşma bulunmamaktadır (Schumacker, 2006: 118). Model uyumunun (model fit) sağlandığını gösteren değerler; χ^2/df ,

RMSEA, NFI, CFI, IFI, GFI değerleridir ve bu değerlerin kabul edilebilir uyumları (Karagöz, 2019: 737) ile araştırma modelinin uyum değerleri Tablo 4' te görülmektedir.

Tablo 4. Yapısal Model İçin Uyum Değerleri

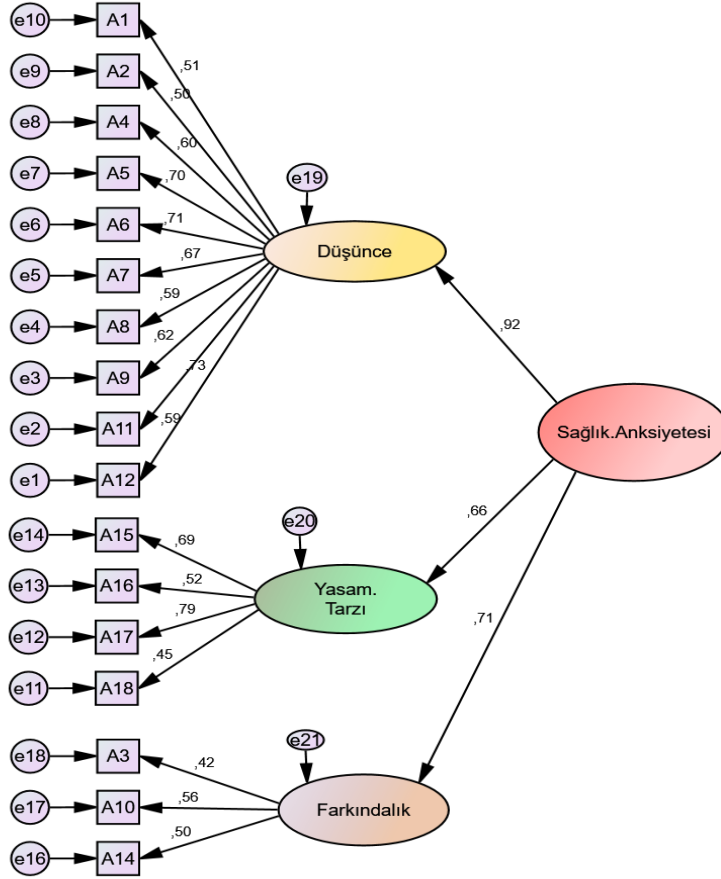
Model Uyum İndeksleri	Model Uyum Değerleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri
X^2/sd	3,34	$0 < X^2/sd < 5$
RMSEA	0.04	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.08$
NFI	0.92	$0.90 \leq NFI \leq 1.0$
CFI	0.95	$0.90 \leq CFI \leq 1.0$
IFI	0.95	$0.90 \leq IFI \leq 1.0$
GFI	0.96	$0.85 \leq GFI \leq 1.0$

Tablo 4'te görüldüğü gibi $(X^2)/sd$ oranı referans değerinin altında 3,34 olarak bulunmuştur. RMSEA 0,04 ile mükemmel uyum düzeyindedir. NFI, CFI, GFI ve AGFI değerleri de mükemmel uyum düzeyindedir. Tablo 5'te faktör yüklenimlerinin önemli olup olmadığını gösteren, regresyon katsayıları (regression weights) verilmiştir.

Tablo 5: Regresyon Katsayıları Tablosu

			Tahmin	Sdt Hata	t Değeri	P
Düşünce	<---	Sağlık Anksiyetesi	1,000			
Yasam Tarzı	<---	Sağlık Anksiyetesi	,486	,058	8,425	***
Farkındalık	<---	Sağlık Anksiyetesi	,581	,068	8,488	***
A12	<---	Düşünce	1,000			
A11	<---	Düşünce	1,098	,060	18,204	***
A9	<---	Düşünce	,793	,042	19,026	***
A8	<---	Düşünce	,890	,049	18,134	***
A7	<---	Düşünce	1,035	,050	20,657	***
A6	<---	Düşünce	1,047	,048	21,974	***
A5	<---	Düşünce	1,014	,047	21,718	***
A4	<---	Düşünce	,973	,053	18,511	***
A2	<---	Düşünce	,912	,060	15,263	***
A1	<---	Düşünce	,867	,055	15,651	***
A18	<---	Yasam Tarzı	1,000			
A17	<---	Yasam Tarzı	2,250	,176	12,781	***
A16	<---	Yasam Tarzı	1,153	,105	10,963	***
A15	<---	Yasam Tarzı	1,932	,155	12,452	***
A14	<---	Farkındalık	1,000			
A10	<---	Farkındalık	1,586	,163	9,759	***
A3	<---	Farkındalık	,866	,102	8,507	***

Tablo 5'e göre her ikili ilişki için "p" değerleri 0,05'ten küçük olduğu için, faktör yüklenimleri önemlidir. Faktör yüklenimlerinin önemli çıkması maddelerin, faktörlere doğru yüklendiği anlamına gelmektedir (Karagöz, 2019: 804). Ölçekteki değişkenlerin faktör yükleri ve hata varyansları Şekil 2'de gösterilmiştir.



Chi-Square = 387,425 df = 116 P-value= 0,000

Şekil 2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği DFA Sonuçları

Bu noktada her bir maddenin faktör yük değerlerinin incelenmesi ve her birinin 0,30 ve üzeri bir yük değerine sahip olmasına dikkat edilmelidir (Seçer, 2017: 187). Düşünce gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,50 ile 0,73 arasında; yaşam tarzı gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,45 ile 0,79 arasında; farkındalık gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,42 ile 0,56 arasında değiştiği ve alt boyutların hiçbirinde sorunlu madde bulunmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık anksiyetesi ile düşünce (0,92), yaşam tarzı (0,66) ve farkındalık (0,71) arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde ölçeğin güvenilir ve geçerli olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 3-4-5; Şekil 2).

Araştırmada Kullanılan “COVID-19 Kontrol Algısı” Ölçeğinin AFA ile Test Edilmesi

Yapılan analizler sonucunda, bir soru analizden çıkarılmıştır. Elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

Tablo 6. Araştırma Modelini Oluşturan Boyutlara İlişkin AFA Sonuçları

Yargı İfadeleri	Faktörün Açıklayıcılığı %	Özdeğer	Güvenilirlik	Faktör Yükleri
Makro Kontrol	12,37	1,48	0,77	
○ Türkiye’de mevcut salgınla ilgili önleyici çalışmalar yeterlidir				0,91
○ Ülkemizde hastalığın yayılmasını durdurmak için yapılan çalışmalar yeterlidir				0,90
○ Hastalıkla mücadele için sağlık kurumlarının yaptığı çalışmalar yeterlidir				0,80

o Dünyadaki önleyici çalışmalar yeterlidir				0,42
Kişisel Kontrol	30,25	3,63	0,83	
o Kişisel temizliğime dikkat edersem COVID-19 virüsü bana bulaşmaz				0,86
o Beslenmeme dikkat edersem bu hastalık beni etkilemez				0,90
o COVID-19'dan kişisel tedbirler alarak korunmak mümkündür				0,78
o Salgını durdurmak için herkesin ellerini sıkça yıkaması yeterlidir				0,62
Kaçınılamazlık	18,78	2,25	0,75	
o Hastalığa yakalanmak kişinin kendi elinde değildir				0,75
o Görmediğin bir virüsten kaçınmak mümkün değildir.				0,83
o Ne kadar önlem alınırsa alınsın hastalığın bulaşmasını engelleyemeyebiliriz				0,75
o Alacağım kişisel tedbirler hastalıktan korunmam için yetersiz kalır				0,69
KMO = 0.795	Öz değer (Toplam= 7,36)			Ölçek Toplam Güvenilirlik= 0,72
Bartlett's= 4317,740	Açıklanan Varyans (%) (Toplam= % 61,41)			
df= 136 Sig= 0.000	*0.30'un altındaki değerler gösterilmemiştir.			

Ölçek ve alt faktörleri oluşturan tüm değişkenlere ait değerler alt sınırın (30) üzerinde yer aldıklarından iç tutarlılığın ve güvenilirliğin sağlandığı görülmektedir.

Elde edilen faktör analizi sonucunda ifadelerin faktör yükleri 0.42 ile 0.91 arasında yer almaktadır. Ayrıca KMO değerinin 0,79 ve Bartlett's testinin anlamlı çıkması, her bir boyut için toplanan verilerin faktör analizi için uygun olduğunu açıkça göstermektedir. Araştırma modelinde yer alan üç faktörden, makro kontrol faktörü toplam varyansın % 12,37'sini, kişisel kontrol faktörü % 30,25'ini, kaçınılamazlık faktörü ise % 18,78'ini açıklamaktadır.

Araştırmada Kullanılan "COVID-19 Kontrol Algısı" Ölçeğinin DFA ile Test Edilmesi

Açıklayıcı faktör analizi ile yapısal geçerlilik test edildikten sonra, kullanılan ölçeğin örneğe uygunluğunu test etmek amacıyla ölçekteki gözlenen değişkenlerin birden fazla faktör altında toplanmış olması sebebiyle birinci düzey çok faktörlü DFA modeli kullanılmıştır. Model uyum değerleri Tablo 7'de, regresyon katsayıları Tablo 8'de, model uyum diyagramı ise Şekil 3' te gösterilmiştir.

Tablo 7. Yapısal Model İçin Uyum Değerleri

Model Uyum İndeksleri	Model Uyum Değerleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri
X^2/sd	4,20	$0 < X^2/sd < 5$
RMSEA	0.05	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.08$
NFI	0.95	$0.90 \leq NFI \leq 1.0$
CFI	0.96	$0.90 \leq CFI \leq 1.0$
IFI	0.96	$0.90 \leq IFI \leq 1.0$
GFI	0.97	$0.85 \leq GFI \leq 1.0$

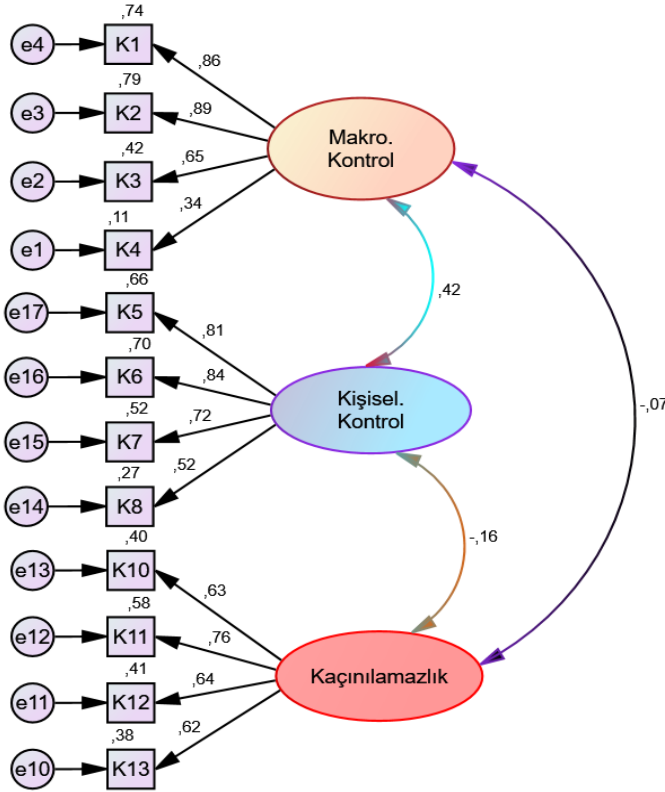
Tablo 7'de görüldüğü gibi (X^2)/sd oranı referans değerinin altında 4,20 olarak bulunmuştur. RMSEA 0,05 ile mükemmel uyum düzeyindedir. NFI, CFI, GFI ve AGFI değerleri de mükemmel uyum düzeyindedir. Tablo 8'de faktör yüklenimlerinin önemli olup olmadığını gösteren, regresyon katsayıları (regression weights) verilmiştir.

Tablo 8: Regresyon Katsayıları Tablosu

	Tahmin	Sdt Hata	t Değeri	P
K4 <--- Makro Kontrol	1,000			
K3 <--- Makro Kontrol	2,139	,212	10,074	***
K2 <--- Makro Kontrol	2,935	,276	10,651	***
K1 <--- Makro Kontrol	2,954	,278	10,638	***

			Tahmin	Sdt Hata	t Değeri	P
K13	<---	Kaçınılamazlık	1,000			
K12	<---	Kaçınılamazlık	1,191	,079	15,045	***
K11	<---	Kaçınılamazlık	1,471	,091	16,119	***
K10	<---	Kaçınılamazlık	1,165	,078	14,945	***
K8	<---	Kişisel Kontrol	1,000			
K7	<---	Kişisel Kontrol	1,330	,086	15,488	***
K6	<---	Kişisel Kontrol	1,560	,095	16,441	***
K5	<---	Kişisel Kontrol	1,529	,094	16,312	***

Tablo 8’ deki verilere göre her ikili ilişki için “p” değerleri 0,05’ten küçük olduğu için, faktör yüklenimleri önemlidir. Ölçekteki değişkenlerin faktör yükleri ve hata varyansları Şekil 3’te gösterilmiştir.



Chi-Square = 214,218 df = 51 P-value= 0,000
Şekil 3. COVID-19 Kontrol Algısı Ölçeği DFA Sonuçları

Makro kontrol gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,34 ile 0,89 arasında; kişisel kontrol gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,52 ile 0,84 arasında; kaçınılamazlık gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,62 ile 0,76 arasında değiştiği ve alt boyutların hiçbirinde sorunlu madde bulunmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca makro kontrol ile kişisel kontrol faktörleri arasında pozitif yönlü orta seviyede bir ilişki (0,42), makro kontrol ile kaçınılamazlık faktörleri arasında negatif yönlü düşük seviyede bir ilişki (-0,07), kişisel kontrol ile kaçınılamazlık faktörleri arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki (-0,16) saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde ölçeğin güvenilir ve geçerli olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 6-7-8; Şekil 3).

Araştırma Modelinin Test Edilmesi

Araştırmanın hipotezleri IBM AMOS 23 Programı kullanılarak test edilmiştir. Verilerin Skewness ve Kurtosis değerlerinin $\pm 1,5$ arasında olduğu tespit edildiği için verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiş olup; analizlere bu şekilde devam edilmiştir. Araştırmanın H_1 , H_2 , H_3 , H_4 ve H_5 hipotezlerini test etmek amacıyla gözlenen değişkenlerle yapılan YEM analiz sonuçları Tablo 9, 10 ve Şekil 4'te verilmiştir.

Tablo 9. Yapısal Model İçin Uyum Değerleri

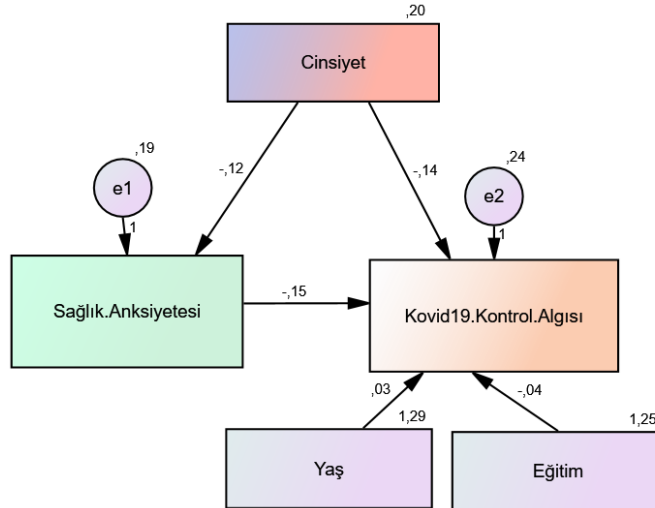
Model Uyum İndeksleri	Model Uyum Değerleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri
X^2/sd	4,16	$0 < X^2/sd < 5$
RMSEA	0.05	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.08$
GFI	0.99	$0.85 \leq GFI \leq 1.0$

Yapısal model neticesinde elde edilen uyum iyiliği indeks değerlerinin yazında kabul edilebilir eşik değerler içinde olması modelin veri ile uyumlu ve kabul edilebilir olduğuna işaret etmektedir (Tablo 9).

Tablo 10. Regresyon Katsayıları Tablosu

		Tahmin	St. Hata	t Değeri	P
Sağlık Anksiyetesi	<--- Cinsiyet	-,118	,030	-3,982	***
COVID-19 Kontrol Algısı	<--- Cinsiyet	-,138	,034	-4,107	***
COVID-19 Kontrol Algısı	<--- Eğitim	-,040	,014	-2,954	,003
COVID-19 Kontrol Algısı	<--- Sağlık Anksiyetesi	-,151	,035	-4,308	***
COVID-19 Kontrol Algısı	<--- Yaş	,030	,013	2,269	,023

Tablo 10' daki verilere göre her ikili ilişki için "p" değerleri 0,05'ten küçük olduğu için, değişkenler arası ilişkiler önemlidir.



Chi-Square = 20,822 df = 5 P-value= 0,001

Şekil 4. Standardize Yol Diyagramı

Tablo 11. Değişkenlerin Ortalamaları

	Değişken	Sağlık Anksiyetesi	COVID-19 Salgını kontrol algısı
Cinsiyet	Kadın	1,97	3,01
	Erkek	1,85	2,90
Yaş	18-25	1,96	2,91
	26-35	1,96	3,02
	36-45	1,90	3,00
	46-55	1,85	3,09
	56-70	1,84	2,82
Eğitim	İlköğretim Mezunu	1,83	3,29
	Lise Mezunu	1,90	3,00
	Önlisans Mezunu	1,99	2,94
	Lisans Mezunu	1,92	2,93
	Lisansüstü Mezunu	2,01	2,99

Şekil 4 ve Tablo 11'deki sonuçlar doğrultusunda; cinsiyetin sağlık anksiyetesini ($\beta=-.12$; $p<.01$) ve COVID-19 Salgını kontrol algısını ($\beta=-.14$; $p<.01$) anlamlı düzeyde etkilediği tespit edilmiştir. Bu bağlamda; kadınların sağlık anksiyete düzeylerinin ve COVID-19 Salgını kontrol algılarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Aynı zamanda COVID-19 Salgını kontrol algısını yaşın ($\beta=.03$; $p<.01$) ve eğitimin ($\beta=-.04$; $p<.01$) anlamlı etkilediği tespit edilmiştir. Genel olarak eğitim düzeyi arttıkça Covid-19 Salgını kontrol algısının düştüğü gözlemlenmiştir. Bu bulgulara göre H_2 , H_3 , H_4 ve H_5 hipotezleri desteklenmiştir.

Son olarak; sağlık anksiyetesinin COVID-19 Salgını kontrol algısını ($\beta=-.15$; $p<.01$) anlamlı ve negatif yönde etkilediği tespit edilmiş olup H_1 hipotezi de kabul edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre hipotez verileri Tablo 12' de özetlenmiştir.

Tablo 12. Araştırma Modeline Ait Yapısal Model Standardize Yol Katsayıları ve Analiz Sonuçları

Hipotez	Yol	S.β	t	p	Sonuç
H₁:	Sağlık Anksiyetesi → COVID-19 Kontrol Algısı	0,071	9,132	0,00	Kabul
H₂:	Cinsiyet → Sağlık Anksiyetesi	0,057	4,174	0,00	Kabul
H₃:	Cinsiyet → COVID-19 Kontrol Algısı	0,060	6,300	0,00	Kabul
H₄:	Yaş → COVID-19 Kontrol Algısı	0,081	3,969	0,00	Kabul
H₅:	Eğitim → COVID-19 Kontrol Algısı	0,083	0,158	0,12	Kabul

TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışmada 2020 yılının Mart ayında Türkiye'de de görülmeye başlanan COVID-19 pandemisine ilişkin bireylerin kontrol algısı düzeyleri ve sağlık anksiyetesi düzeyleri araştırılarak iki kavram arasındaki etkileşim ortaya konmaya çalışılmıştır. Araştırmanın bulguları, bireylerin sağlık anksiyetesi ile salgının kontrol algısı düzeylerinin bazı demografik değişkenlerden etkilendiğini göstermektedir. Buna göre erkeklerin COVID-19 salgını kontrol algılarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Leung ve diğ. (2005) tarafından Hong Kong'ta SARS salgını için yapılan çalışmada erkeklerin kendi kendilerini korumaya yönelik davranışlarda bulunma olasılıklarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Jones ve Salathe (2009) tarafından domuz gribine yönelik davranışsal yanıtların değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada katılımcıların maske takarım, dezenfektan kullanım

gibi ifadelerden oluşan korunma endeksine bakıldığında erkeklerin daha düşük puana sahip olduğu görülmüştür.

Araştırmada yer alan bulgulardan biri de kadınların sağlık anksiyetesi düzeylerinin de erkeklerinkine kıyasla daha yüksek olduğudur. Bu bulgu kadınların kaygı ve risk algısı düzeylerinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalarla tutarlıdır (Wang ve diğ., 2020; Bandelow ve Michaelis, 2015; Çırakoğlu, 2011; Leung ve diğ., 2004; Leung ve diğ., 2005). Bu bulgulardan farklı olarak Zhang ve diğ. (2020) tarafından sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada erkek ve kadınların COVID-19 salgınına yönelik anksiyete ve depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Risk düzeyinin çok yüksek olduğu sağlık sektöründe özellikle de salgın döneminde çalışmanın cinsiyet arasındaki anlamlı farklılığı kaldırmış olması muhtemeldir.

Analiz sonuçlarına göre COVID-19 salgını kontrol algısının yaş ve eğitimden etkilendiği tespit edilmiştir. 46-55 yaş arasındaki bireylerin salgının kontrolüne dair algıları en yüksek grup iken, 56-70 yaş arasındaki bireylerin en düşük kontrol algısına sahip bireyler olduğu tespit edilmiştir. Türkiye’de alınan ilk önlemlerden biri olan 65 yaş üstü bireylere getirilen sokağa çıkma yasağının önemini yaşlı kişilerce anlaşılması önlemlerle beraber getirilecek sosyal destek ve yaşlılar özelinde destekleyici uygulamalara bağlı olabilmektedir. Leung ve diğ. (2005) tarafından yapılan araştırmada ileri yaştaki bireylerin kendi kendini koruyucu davranışlarda bulunma olasılıkları daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Yapılan analizlere göre ilköğretim mezunu olan bireylerin en yüksek kontrol algısına sahip olan grup olduğu görülürken, lisans mezunu olanların en düşük kontrol algısına sahip kişiler oldukları saptanmıştır. Eğitimle beraber artan farkındalık ve bilinç düzeyinin bireylerin salgına yönelik kontrol uygulamalarına dair bakış açılarını ve beklentilerini farklılaştırması olasıdır.

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyine bakıldığında orta düzeyde olduğu görülmüştür. Vücuttaki değişiklikleri fark etme ve sağlıkla ilgilenme maddelerini içeren farkındalık boyutunda katılımcıların en yüksek puana sahip olduğu da bulgular arasındadır. Türkiye’deki duruma benzer olarak Wang ve diğ., (2020) tarafından yapılan araştırmada Çin’de COVID-19 salgınının ilk aşamasında, katılımcıların yarısından fazlası psikolojik etkiyi ve kaygıyı orta şiddetli olarak değerlendirmiştir. Literatüre bakıldığında salgınlar sırasında bireylerin anksiyete düzeylerinin, ülkeden ülkeye farklılaştığı görülmektedir. Taylor, Kingsley, Garry ve Raphael (2008) tarafından Avustralya’da at gripi epidemisinin psiko-sosyal etkilerini değerlendirmek için yapılan araştırmada katılımcıların %34’ünün yüksek stres düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Zhang ve diğ. (2020) tarafından COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarının psiko-sosyal sorunlara sahip olup olmadığının araştırılması amacıyla yapılan çalışmada özellikle hastayla birebir temasta bulunan çalışanların anksiyete, depresyon ve obsesif kompulsif semptomların temasta bulunmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Kwok ve diğ. (2020) tarafından Hong Kong’ta yapılan çalışmada katılımcıların tamamına yakını COVID-19 hakkında endişeli olduğunu ve günlük rutinlerinin bozulduğunu ifade etmişlerdir. Benzer olarak Çin’de bir sosyal ağ kullanıcıları ile yapılan çalışmada bireylerin COVID-19 sonrası sosyal risk algısının artarken yaşam doyumunun azaldığı görülmüştür (Li ve diğ., 2020).

Araştırma sonucunda sağlık anksiyetesi düzeyinin COVID-19 salgını kontrol algısını negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri arttıkça salgının kontrol edilmesine yönelik algıları düşmektedir. Anksiyete bireylerde yüksek düzeyde endişe ve korkuya neden olduğundan bireylerde korumacı tutumların gelişmesi ve salgının kontrol altına alınmasına dair beklentilerinin de artış göstermesi muhtemeldir. Bu bulguyla paralel olarak Wang (2020) tarafından Çin’de yapılan çalışmada bireylere detaylı, güncel ve doğru sağlık bilgilerinin verilmesinin (örn. Tedavi ve yerel salgın durumu hakkında) ve özel ihtiyati önlemlerin alınmasının (örn. El hijyeni,

maske takma) psikolojik etki, stres, depresyon ve kaygı düzeyinin azalmasını sağladığı gözlemlenmiştir. Wheaton ve diğ. (2012) tarafından ABD’de yapılan çalışmada domuz gribi salgınına yanıt olarak anksiyetenin örnekleme yaygın olduğunu görülmüş ve kontaminasyon korkuları, iğrenme duyarlılığının kaygı ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Toplumun sağlık anksiyetesi düzeyinin kontrol edilmesi gerek bireysel önlemlerin alınması gerekse ülke çapında uygulanan kontrol önlemlerinin idraki açısından önemlidir. Aksi taktirde alınan önlemlerin kapsamı ve genişliğini algılamayan bireylerin sağlık anksiyetesi düzeylerine paralel olarak uyum gösteren davranışlar sergilemeleri zorlaşacaktır.

COVID-19 salgınının kontrol algısına yönelik bulgular değerlendirildiğinde katılımcıların en yüksek puan ortalamalarının kişisel kontrol boyutunda olduğu gözlemlenmiştir. Özellikle medya ve sosyal ağlarda sıkça dolaşan kişisel hijyen, sosyal mesafe ve el yıkama sıklığına yapılan vurgunun bireylerde bu farkındalığın oluşmasında katkısı olduğu söylenebilir. Bostan, Erdem, Öztürk, Kılıç ve Yılmaz (2020) tarafından Türkiye’de yapılan çalışmada, bireylerin salgına karşı yüksek hassasiyete sahip olduğu, kayıtsız kalmadığı, medya kanallarının sağladığı bilgilere ve alınan kararların uygulanmasına önem verdiği ve el hijyeni gibi önlemleri ciddiye aldığı saptanmıştır. Rubin, Amlôt, Page ve Wessely (2009) tarafından domuz gribi salgınının İngiltere, İskoçya ve Galler’deki ülkelerdeki bireyler arasındaki davranış değişiklikleri yaratıp yaratmadığına dair yapılan çalışmada katılımcıların %28’i normalden daha sık sabun ve suyla yıkadığını, %17’si kapı kolu gibi dokunma sıklığının fazla olduğu yerleri dezenfekte etme oranının arttığını, %35’i kalabalık yerlerden uzak durduğunu belirtmişlerdir. Kwok ve diğ. (2020) tarafından Hong Kong’ta yapılan çalışmada COVID-19 salgınından korunmada en etkin yöntem kişisel hijyen uygulamalarını artırmak olarak görülmektedir. Bireylerde bu tarz salgınlarda bireysel tutumların ve davranışların öneminin anlaşılmış olması muhtemeldir. Benzer şekilde Li ve diğ. (2020) tarafından yapılan çalışmada Çin’de COVID-19’un patlak vermesinin halk arasında yoğun olumsuz duygusal veya davranışsal tepkiler getirmediğini, aksine daha az saldırganlık, daha az sigara içme gibi faydalar da sağladığı görülmüştür. Bu durumun virüsün Çin’de ortaya çıkışı dolayısıyla yüksek ihtiyati tedbirler ile ilişkili olması muhtemeldir.

Çalışma sonucunda geliştirilen bazı öneriler aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

- Toplumların verecekleri yanıtlar, ilaç dışı müdahalelerin başlıca önleyici seçenek olduğu durumlarda salgın yönetimi için önemlidir. Bu nedenle toplumun psikolojik ve davranışsal tepkilerinin sistematik olarak incelenmesi gereklidir.
- COVID-19 gibi pandemik hastalıklarla ilgili endişelerin nasıl kavramsallaştırılabileceği ve klinik olarak nasıl yönetilebileceğine dair çıkarımlar tartışılmalıdır.
- Salgınlara yönelik müdahaleler tasarlanırken ve uygularken sosyal etkilerine daha fazla önem verilmeli ve sosyal desteğin bu tür müdahalelerin değerli bir bileşeni olduğu unutulmamalıdır.
- Psiko-davranışsal gözlem ve analizler, salgına yönelik kontrol politikası tasarlamak ve değerlendirmek için kullanılarak nüfusa özgü konular hakkında önemli bilgiler verebilir.
- Koronavirüs, okuldan işe, spora, nereden yediğimize ve ne yaptığımıza kadar hayatımızın neredeyse her yönünü değiştirmiş; tüm bu değişiklikler insanları sadece fiziksel olarak değil, psikolojik olarak da etkilemiştir. Bu gibi zamanlarda, ülkelerin yaşanan stres, kaygı, yalnızlık ve depresyonların önüne geçmesi için zihinsel sağlık değerlendirmesi, destek, tedavi ve hizmetlerin geliştirilmesi ve uygulanması gereklidir.
- Salgın sırasında olumsuz psikolojik etkileri azaltmak için kanıta dayalı stratejiler geliştirmek adına araştırma verilerine ihtiyaç vardır.
- Gelecekteki araştırmalar, salgınlarda nüfus psikolojisi ve davranışını analiz etmek için farklı parametreler ile bütünleştirilebilir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

KAYNAKÇA

Abramowitz, J.S., Olatunji, B.O. and Deacon, B.J. Health Anxiety, Hypochondriasis, and The Anxiety Disorders. *Behav Ther*, Vol.38, 2007, 86-94.

Aydemir, Ö., Kırpınar, İ., Satı, T., Uykur, B. ve Cengizsiz, C. (2013) Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50(4), 325-331.

Bandelow, B. and Michaelis, S. Epidemiology of Anxiety Disorders in The 21st Century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 2015, 327-335.

Bostan, S., Erdem, R., Öztürk, Y. E., Kılıç, T. ve Yılmaz, A. (2020). The Effect of COVID-19 Pandemic on the Turkish Society. *Electron J Gen Med*. 17 (6):em237

Bullers, S. and Prescott, C.A. An Exploration of The Independent Contributions Of Genetics, Shared Environment and Adult Roles and Statuses on Perceived Control. *Sociological Inquiry*, 71(2), 2011, 145-163.

Çirakoğlu, O.C. (2011) Domuz Gribi (H1N1) Salgınıyla İlişkili Alguların, Kaygı ve Kaçınma Düzeyi Değişkenleri Bağlamında İncelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 26 (67), 49-64.
Gürbüz, S. (2019). AMOS ile Yapısal Eşitlik Modellemesi. Ankara:Seçkin Yayıncılık.

Hekler, E.B., Lambert, J., Leventhal, E., Levethal, H., Jahn, E. and Contrada R.J. Commonsense İllness Beliefs, Adherence Behaviors and Hypertension Control Among African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol.31, 2008, 391-400.

Jones, J. H., and Salathe, M. Early Assessment of Anxiety and Behavioral Response to Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1). *Plos One*, 4(12), 2009,1-8.

Karagöz, Y. (2019). SPSS VE AMOS Uygulamaları Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği. Ankara:Nobel Yayıncılık.

Kıroğlu, F. (2020). COVID-19 Pandemi Ortamında Çalışma Koşulları ve Genel Sorunlar. *Meyad Akademi Dergisi*, 1(1), 9-90.

Kwok, K. O., Li, K. K., Chan, H. H., Yi, Y. Y., Tang, A., Wei, W. I. et al. (2020). Community responses during the early phase of the COVID-19 Epidemic in Hong Kong: Risk perception, information exposure and preventive measures. *medRxiv*.

Lau, J.T.F., Yang, X., Pang, E., Tsui, H.Y. Wong, E. and Wing, Y.K. SARS Related Perceptions in Hong Kong. *Emerging Infectious Diseases*, Vol.11, 2005, 417-424.

Leung, G.M., Quah, S., Ho, L.M., Ho, S.Y., Hedley, A.J., Lee, H.P. et. al. (2004) A tale of two cities: community psychobehavioral surveillance and related impact on outbreak control in Hong Kong and Singapore during the Severe Acute Respiratory Syndrome epidemic. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 25(12), 1033-1041.

Leung, G. M., Ho, L. M., Chan, S. K., Ho, S. Y., Bacon-Shone, J., Choy, R. Y. Et. al. (2005) Longitudinal assessment of community psychobehavioral responses during and after the 2003 outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome in Hong Kong. *Clinical Infectious Diseases*, 40(12), 1713-1720.

Li, J. B., Yang, A., Dou, K., Wang, L. X., Zhang, M. C. and Lin, X. Chinese Public's Knowledge, Perceived Severity, and Perceived Controllability of The COVID-19 And Their Associations With Emotional And Behavioural Reactions, Social Participation and Precautionary Behaviour: A National Survey. 2020, doi:10.31234/osf.io/5tmsh

Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., and Zhu, T. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 2020, 2032.

Manav, F. (2011) Kaygı Kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 5(9), 201-211.

Özdelikara, A., Ağaçdiken, A. S. ve Mumcu, N. (2018) Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlık Algısı, Sağlık Anksiyetesi Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14, 275-282.

Rubin, G. J., Amlôt, R., Page, L., and Wessely, S. Public Perceptions, Anxiety, and Behaviour Change in Relation to The Swine Flu Outbreak: Cross Sectional Telephone Survey. *Bmj*, 2009, 339:b2651.

Schumacker, R. E. Conducting Specification Searches with Amos Structural Equation Modeling. *A Multidisciplinary Journal*, 13 (1), 2006, 118-129.

Seçer, İ. (2017). SPSS VE LISREL ile Pratik Veri Analizi. Ankara: Anı Yayıncılık.

Skinner, E.E. A Guide to Constructs of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(71), 1996, 549-570.

Smith, E.R. Effects of Coping Skills Training on Generalized Self Efficacy and Locus of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2(56), 1989, 228-233.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2020) COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Rehberi. https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/COVID-19_Rehberi.pdf adresinden alınmıştır.

Taylor, M. R., Kingsley, E.A., Garry, J. S. ve Raphael, B. Factors Influencing Psychological Distress During A Disease Epidemic: Data From Australia's First Outbreak of Equine İnfluenza. *BMC Public Health*, 8, 2008,1-13.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. et. al. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729.

Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Fabricant, L. E. and Olatunji, B. O. Psychological Predictors of Anxiety in Response to The H1N1 (Swine Flu) Pandemic. *Cognitive Therapy and Research*, 36(3), 2012, 210-218.

Yıldız, F. "19. Yüzyılda Anadolu'da Salgın Hastalıklar (Veba, Kolera, Çiçek, Sıtma) ve Salgın Hastalıklarla Mücadele Yöntemleri"

Yiğit, İ., Gümüşçü, O. Manisa ve çevresinde salgın hastalıkların iskana etkisi (XVI-XX. yy). TÜCAUM Uluslararası Coğrafya Sempozyumu. 13-14 Ekim 2016, Ankara.

Yolun, M. (2012) "İspanyol Gribinin Dünya ve Osmanlı Devleti Üzerindeki Etkileri"

Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M. et. al. (2020) Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatic*, Apr 9, 1-9. doi: 10.1159/000507639.

Zhu H., Wei L. and Niu P. The Novel Coronavirus Outbreak in Wuhan, China. *Global Health Research and Policy*, 5(6),2020,1-3.