



# HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 20

Sayı/Number 3

Yıl/Year 2017

---

**Hastane Yöneticilerinin İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımlarına ve Hastane Maliyetlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi**

*Oğuzhan ÇARIKÇI, Durmuş ACAR*

---

**Acceptance and Utilization of Information and Communication Technologies: Case Study of Health Care Managers in Ankara**

*Fatih DEMİRCAN, Pelin ÖZGEN, Dilaver TENGİLİMOĞLU*

---

**Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanma Davranışını Etkileyen Faktörler**

*Havva ÇALIŞKAN*

---

**Sağlık Çalışanlarında İşe Cezbolma: Üniversite, Kamu ve Özel Hastanelerde Bir Uygulama**

*Nazan KARTAL*

---

**Türkiye’de 2002-2015 Yılları Arasında Hastane Yatak Kullanımının Değerlendirilmesi: Pabon Lasso Metodu Uygulaması**

*Mustafa Said YILDIZ*

---

**Örgütsel Vatandaşlık Davranışı, Örgütsel Özdeşleşme ve Örgütsel Sessizlik İlişkisine Yönelik Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma**

*Meryem TURGUT, Mahmut AKBOLAT*

---

**Tıbbi Cihaz Vijilansı**

*Songül ÇINAROĞLU*

---

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ  
SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ**



HACETTEPE  
**SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ**

Cilt/Volume: 20

Sayı/Number: 3

2017

e-ISSN 2148-9041

**Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**  
**Hacettepe Journal of Health Administration**

**Cilt: 20 Sayı: 3 Yıl: 2017**

**Derginin Sahibi/Publisher**

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

**Yayın Kurulu Başkanı/Editor**

Gülsün ERİĞÜÇ

**Yayın Kurulu Bşk. Yardımcısı/ Associate Editor**

Pınar YALÇIN BALÇIK

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü/ Editorial Manager**

Gamze BAYIN

**Yayın Kurulu/Editorial Board**

Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
İsmet ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Gülsün ERİĞÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Hasan Hüseyin YILDIRIM	Hacettepe Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Oğuz IŞIK	Hacettepe Üniversitesi
Ersen ALOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Ahmet KARAGÖZ	Hacettepe Üniversitesi
Pınar YALÇIN BALÇIK	Hacettepe Üniversitesi

**Dergi Tasarım**

Seda AYDAN  
Nazan KARTAL  
Murat KONCA  
Gülnur HARMANCI İLGÜN

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

Gamze BAYIN  
H.Ü. İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü, 06800, Ankara/Türkiye  
**E-mail:** [saglikidaresidergisi@gmail.com](mailto:saglikidaresidergisi@gmail.com)

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

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

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

## Danışma Kurulu / Advisory Board

İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi
Fevzi AKINCI	King's College
Şebnem ASLAN	Selçuk Üniversitesi
Metin ATEŞ	Marmara Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
Fevziye ÇETİNKAYA	Erciyes Üniversitesi
Cesim DEMİR	Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Ramazan ERDEM	Süleyman Demirel Üniversitesi
Korkut ERSOY	Başkent Üniversitesi
Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Robert S. HERNANDEZ	University of Alabama at Birmingham
Şahin KAVUNCUBAŞI	Başkent Üniversitesi
Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Mustafa KILIÇ	Hacettepe Üniversitesi
Mithat KIYAK	Okan Üniversitesi
Simten MALHAN	Başkent Üniversitesi
Ömer Rıfki ÖNDER	Ankara Üniversitesi
Hacer ÖZGEN NARCI	Medipol Üniversitesi
Hasan Hüseyin YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Nermin ÖZGÜLBAŞ	Başkent Üniversitesi
Nurhan PAPATYA	Süleyman Demirel Üniversitesi
Nilgün SARP	Üsküdar Üniversitesi
Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi
İsmet ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Menderes TARCAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi
Demet ÜNALAN	Erciyes Üniversitesi
Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU	Trakya Üniversitesi

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

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

## İÇİNDEKİLER

### Araştırma

Hastane Yöneticilerinin İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımlarına ve Hastane Maliyetlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi  
A Research into Cost Management Approaches of Hospital Administrators and Views Concerning Factors Affecting Hospital Costs..... 275-298  
*Oğuzhan ÇARIKÇI, Durmuş ACAR*

Acceptance and Utilization of Information and Communication Technologies: Case Study of Health Care Managers in Ankara  
Bilgi Sistemleri ve İletişim Teknolojilerinin Kabulü ve Kullanımı: Ankara'daki Sağlık Yöneticileri Örneği ..... 299-312  
*Fatih DEMİRCAN, Pelin ÖZGEN, Dilaver TENGİLİMOĞLU*

Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanma Davranışını Etkileyen Faktörler  
The Factors Affecting Personal Protective Equipment Use Behavior in Health Services ..... 313-328  
*Havva ÇALIŞKAN*

Sağlık Çalışanlarında İşe Cezbolma: Üniversite, Kamu ve Özel Hastanelerde Bir Uygulama  
Work Engagement on Healthcare Professionals: An Examination on University Hospital, Public Hospital and Private Hospital ..... 329-345  
*Nazan KARTAL*

Türkiye'de 2002-2015 Yılları Arasında Hastane Yatak Kullanımının Değerlendirilmesi: Pabon Lasso Metodu Uygulaması  
Evaluation of Hospital Bed Utilization for 2002-2015 in Turkey: An Implementation of Pabon Lasso Methodology ..... 347-356  
*Mustafa Said YILDIZ*

Örgütsel Vatandaşlık Davranışı, Örgütsel Özdeşleşme ve Örgütsel Sessizlik İlişkisine Yönelik Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma  
The Relationship Between Organizational Citizenship Behavior, Organizational Identification and Organizational Silence: A Research on Health Care Professionals ..... 357-384  
*Meryem TURGUT, Mahmut AKBOLAT*

### Derleme

Tıbbi Cihaz Vijilansı  
Medical Device Vigilance ..... 385-395  
*Songül ÇINAROĞLU*

# Hastane Yöneticilerinin İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımlarına ve Hastane Maliyetlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi\*

Oğuzhan ÇARIKÇI\*\*  
Durmuş ACAR\*\*\*

## ÖZ

Maliyet ve maliyet yönetimi kavramları, tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de önemi gittikçe artan kavramlardır. Sağlık sektöründe yer alan hastanelerin kaliteli, etkili ve verimli hizmet verebilmeleri ve varlıklarını sürekli kılabilmesi, maliyetlerin doğru bir şekilde yönetilmesi ile mümkün olabilmektedir. Bu araştırma Türkiye'de faaliyet gösteren kamu hastanelerinin yöneticilerinin, ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarına ve hastane maliyetlerini etkileyen faktörlere ilişkin görüşlerini tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Bu çerçevede, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastaneler ve üniversite hastaneleri olmak üzere, 400 yatak ve daha üstü kapasitedeki 70 hastanenin mali işlerden sorumlu yöneticilerine 1 Haziran 2013-15 Aralık 2013 tarihleri arasında bir anket uygulanmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre hastane yöneticilerinin genel olarak ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından haberdar oldukları, yaklaşımları bildikleri ve bu yaklaşımları hastanelerinde uygulanabilir/ kısmen uygulanabilir gördükleri anlaşılmıştır. Ayrıca "Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT) hastanelerin kendine özgü maliyetlerini dikkate almadan belirlenmesi", "tıbbi malzeme tedarikçilerinin kendi aralarında anlaşmaları" ve "Sağlık hizmetlerinin fiyatlarının tek taraflı olarak belirlenmesi", hastane maliyetlerini olumsuz olarak etkileyen en önemli 3 faktör olarak değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane maliyetleri, hastane yöneticileri, ileri maliyet yönetimi, kamu hastaneleri

## A Research into Cost Management Approaches of Hospital Administrators and Views Concerning Factors Affecting Hospital Costs

### ABSTRACT

Terms of "cost" and "cost management", as in all other businesses, are the concepts becoming prominent in health sector. It is only possible through a proper management that hospitals can offer quality, effective and efficient service and perpetuate their existence. This research was carried out to determine the views of administrators of public hospitals in Turkey regarding their approaches to advanced cost management and factors affecting hospital costs. In this context, a survey was carried out between 1 June 2013 and 15 December 2013 on administrators in charge of financial works of 70 public and university hospitals with 400 beds capacity or more, belonging to Public Hospitals Administration of Turkey. According to survey results, it was established that hospital administrators were familiar with advanced cost management approaches and that they regard these approaches as applicable/partly applicable to their hospitals. Besides, the most significant 3 factors adversely affecting hospitals cost were found as "determination of Health Practice Notification without taking

\* Bu çalışma, Oğuzhan ÇARIKÇI'nın Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından 3291-D1-12 nolu proje ile desteklenen "İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımlarının Hastane Yöneticileri Tarafından Algılanma Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma" isimli doktora tezinden üretilmiştir.

\*\* Yrd. Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Isparta MYO, o.carikci@hotmail.com

\*\*\* Prof. Dr., Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Rektörlüğü/ Burdur, durmusacar@sdu.edu.tr

*notice of hospitals' unique costs", "agreement of medical equipment suppliers between each other", and "unilateral determination of the prices of health services".*

**Keywords:** *Advanced cost management, hospital administrators, hospital costs, public hospitals*

## I. GİRİŞ

Son yıllarda gerçekleşen değişim ve gelişmeler küreselleşmeyi; beraberinde rekabeti de artırmıştır. Söz konusu durum tüm dünyayı kültürel, sosyal ve ekonomik açılardan değiştirdiği gibi işletmeleri de tüm fonksiyonları ile birlikte etkilemiştir. İşletmeler yeteri kadar kâr sağlamak ve sürekliliklerini daim kılmak için bu küresel rekabet ortamına ayak uydurmak zorundadırlar. Giderek sertleşen rekabet koşulları ve değişen tüketici talepleri; hizmet ve üretim süreçlerini, teknolojiyi, organizasyon yapılarını, kısacası işletmeyi yenilikçi ve yaratıcı olmaya zorlamaktadır. Benzer bir durum finansal yönetim konuları ve dolayısıyla da maliyet yönetimi için de geçerli olmaktadır.

Geleneksel maliyet yönetimi yaklaşımlarının değişen dünyaya uyum sağlayıp sağlayamadıkları tartışılmalıdır. Bu yaklaşımların değişen ekonomik ve teknolojik koşullarda yönetsel karar alma süreçlerinde ne kadar etkili olabileceği; karlılık ve verimlilik analizlerini ne ölçüde doğru yapabileceği tekrar gözden geçirilmelidir. Dolayısıyla her şeyin değiştiği iş dünyasında maliyet yönetimi yaklaşımlarının da değişmesi gerekmektedir. 1980'li yıllardan sonra gündeme gelen ve son yıllarda kullanım alanı gittikçe yaygınlaşan ileri maliyet yönetimi yaklaşımları bu çerçevede işletme yönetimi açısından önem arz etmektedir. Yeni üretim ve hizmet ortamlarına uygun, kârlılık ve verimlilik analiz yöntemleri gelişmiş, yönetsel karar alma süreçlerinde etkili, üretim teknolojilerindeki değişim ve gelişimlere ayak uydurabilen ileri maliyet yaklaşımlarını kullanmak ve işletme yapılarını bu yaklaşımlara uygun hale getirmek zorunluluk haline gelmiştir.

Günümüzün üretim işletmelerinin içinde bulunduğu bu durum sağlık hizmetlerinin sunumunda en büyük pay sahibi olan hastaneler içinde geçerlidir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli göstergelerden birisi sağlık hizmetlerinin düzeyidir. Sağlık hizmetlerinin etkinliği ve kapsayıcılığı, ülkenin sosyal ve ekonomik kalkınma düzeyini belirlemektedir. Tıbbi teknolojinin hızla gelişmesi; sağlık hizmetlerindeki beklentilerin artmasına neden olmuştur. Hastanelerinde bu yüzden daha iyi ve kaliteli hizmeti sunabilmek için kendilerini sürekli geliştirmeleri ve teknolojik değişimleri yakalayabilmeleri gerekmektedir.

Artan rekabet ortamında sağlık hizmetlerinde daha kaliteli hizmetin verilmesine yönelik çalışmalar hastanelerde yeni maliyet kalemlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Her ne kadar hastanelerin öncelikli amacı sağlık hizmetini sosyal amaç olarak sunmak, (özel hastanelerin birincil amaçlarının arasında kâr sağlamak olduğu için bu kapsamda değerlendirmemek doğru olacaktır), kâr amacı gütmemek de olsa; sağlık hizmetlerinin verimli, kaliteli ve zamanında sunulabilmesi belirli bir maliyeti beraberinde getirmektedir. Hastane maliyetlerinin doğru olarak belirlenmesi, hastanedeki girdilerin planlanması, kontrol edilmesi, sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması açısından önemlidir. Bu açıdan değerlendirildiğinde ileri maliyet yönetim yaklaşımlarının hastanelerde kullanılması hastane maliyetlerinin daha net bir şekilde ortaya konulmasını, stratejik kararlar alınabilmesini ve maliyet bilgilerinin etkin bir şekilde kullanılmasını sağlayacaktır.

Bu araştırmanın amacı Türkiye'de faaliyet gösteren kamu hastanelerinin yöneticilerinin, ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarına ve hastane maliyetlerini etkileyen faktörlere ilişkin görüşlerini tespit etmektir. Belirtilen amaç doğrultusunda, hastanelerde çalışan finansal konulardan sorumlu yöneticilerin ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarına ilişkin farkındalıkları,

bu yaklaşımların hastanelerde uygulanabilirliğine ilişkin görüşleri ve hastane maliyetlerini etkileyen faktörlere ilişkin düşünceleri ortaya konmuştur.

## **II. İLERİ MALİYET YÖNETİMİ YAKLAŞIMLARI**

Son yıllarda teknolojik alanda meydana gelen hızlı değişim işletmelerin mamul ve hizmet üretiminde söz konusu değişimi kendi sistemleri ile bütünleştiren bir yaklaşım içinde olmalarına neden olmaktadır. İşletmeler bu yoğun rekabet ortamında geleneksel maliyet yönetim tekniklerinden uzaklaşıp; yöneticilerin daha sağlıklı karar almalarına yardımcı olacak, kaynak kullanımını azaltacak, işletme etkinliğini artıracak, mamul ve hizmet maliyetlerinin doğru bir şekilde hesaplanmasını sağlayacak yöntem ve teknikleri içeren ileri maliyet yönetim yaklaşımlarını kullanmak durumunda kalabilmektedirler (Acar 2005).

Bu durum tüm sektörler için geçerli olduğu kadar sağlık sektöründe hizmet veren hastaneler için de geçerlidir. Hastaneler verdikleri hizmetlerin değerlendirme, planlama ve denetimini bu maliyet yaklaşımları ile daha doğru bir şekilde yapabileceklerdir. Ayrıca hastanelerin etkinlik-kârlılık-verimlilik durumlarının tespiti için bu yaklaşımlar kullanılabilir.

İşletmenin sürekli değişen pazar koşullarına uyum sağlayabilmesi, küresel pazarlarda rekabet edebilmesi ve stratejik faaliyetlerin desteklenebilmesi için maliyet süreçleri ile maliyet yapılarındaki değişimlere odaklanan yeni maliyet yönetimi yaklaşım ve tekniklerinden bazıları şunlardır (Kırlı, Kayalı 2010):

- Hedef Maliyetleme (Target Costing),
- Ürün Yaşam Dönemi Maliyetlemesi (Product Life Cycle Costing),
- Faaliyet Tabanlı Maliyetleme (Activity Based Costing),
- Dengeli Puan Kartı (Balanced Scorecard),
- Tam Zamanlı Maliyetleme (Just-in-Time Production and Costing),
- Kaizen Maliyetleme (Kaizen Costing),
- Kalite Maliyetleri (Quality Costing),
- Kıyaslama (Benchmarking),
- Değer Mühendisliği (Value Engineering),
- Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması,
- Stratejik Maliyet Yönetimi (Strategic Costing Management),
- Kısıtlar Teorisi (Theory of Constraints),

Günümüzde gerek toplam sağlık harcamaları gerekse kamu sağlık harcamaları artış trendi devam etmektedir (Yardan ve diğerleri 2016). Sağlık sektöründeki hızlı değişim ve toplumsal taleplerin sürekli artması beraberinde yüksek maliyetli sağlık hizmetlerini ortaya çıkarmaktadır. Günümüzde sağlık hizmetini alanlar hep daha iyisini istemektedirler. Bu durum hastanelerin süreçlerini gözden geçirmelerine neden olmaktadır. Taleplerin daha iyi karşılanması için yeni süreçler geliştirilmekte veya mevcut süreçler iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Toplumsal refah düzeyinin yükselmesiyle sağlık hizmetlerinin kalitesi ile ilgili beklentiler de artmaktadır.

Sağlık sektörünün yapısı gereği tıbbi süreçlerde herhangi bir eksiltme yapmak mümkün değildir. Verilen hizmetlerle ilgili belirli bir kalite standardının sürekli olarak korunması gerekmektedir. Verilen hizmet doğrudan doğruya insan sağlığı ile ilgilidir. Yapılan hatalar parasal olarak ölçülemeyen sonuçlar doğurabilir. Bu durum hastaneleri zorlamaktadır. Hastaneler bu yüksek maliyetleri karşılamak için maliyet yönetiminde daha etkili yöntemler kullanmak durumunda kalmaktadırlar (Doğanay 2008).



Hangi ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarının hastaneler için uygun olduğu araştırmacıların da merak ettiği konulardan birisi olagelmıştır. Kullanılacak maliyet yönetimi yaklaşımları ilgili ülkelerin sağlık ve mali mevzuatlarıyla doğrudan ilgilidir. Sağlık işletmelerinin tamamen özel sektör çerçevesinde çalıştığı ülkelerde ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarının büyük çoğunluğunun uygulanması mümkün olmaktadır. Aksi takdirde söz konusu yaklaşımların uygulanması mümkün olmayabilecektir.

İleri maliyet yönetimi yaklaşımları incelendiğinde Kaizen ve Kıyaslama gibi yasal düzenlemelerle ilgili olmayan yaklaşımların kullanım alanı buldukları anlaşılmaktadır. Hastanelerde Kaizen yönteminin uygulanması için sağlık hizmetinin sunulması sürecinde dolaylı ya da dolaysız hizmet veren tüm kişi veya grupların yönetim tarafından belirlenen değişim/gelişim stratejilerine harfiyen uymaları ve süreci düzenli bir şekilde takip etmeleri gerekmektedir (Uz 1996). Bu durumda hastane yöneticilerinin sürece rehber olmaları beklenmektedir. Hastane yönetimi Kaizen ilgili çabalara yatırım yapılmalıdır. Diyalog kanalları açık olmalı ve etkileşim dikkatle sürdürülmelidir (Kaya 2005). Sağlık çalışanlarına saygı duyulmalı, hasta ve hasta yakınları ile ilişkiler özenli olmalıdır. İyileştirme süreçleri için araçlar oluşturulmalıdır. Hastane tüm boyutlarıyla organize olmalıdır (Tavlan 2001; akt. Doğanay 2008). Hastanelerde Kaizen'in uygulanması için çalışanların inisiyatif kullanmaları gereklidir. Çalışanlar tüm süreçlerde hasta odaklı bir bakış açısı kazanmış olmalıdırlar (Ertaş 1999).

Daha önce değinildiği gibi bütün bunların gerçekleştirilmesi yeni maliyetleri de ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla hastane tüm süreçlerle ilgili maliyetleme çalışmalarına tüm personelin katılmasını sağlamak durumundadır. Başka bir deyişle, tüm çalışanlar kendilerini ilgilendiren maliyet bilgilerini bilmek zorundadırlar. Maliyet azaltma konusunun bireysel bir mesele değil, tüm ekibi ilgilendiren bir sorun olduğu bilinmelidir. Bu iş tamamen muhasebe birimine devredilmemelidir (Altınbay 2006).

Kıyaslama faaliyetlerinin de hastanelerde geniş bir kullanım alanı bulunduğu söylenebilir (Chow-Chua, Goh 2002). Yapılan araştırmalar sağlık sektöründe faaliyet gösteren işletmelerin kıyaslama uygulamaları açısından sektörel sıralamalarda üçüncü sırada geldiğini göstermektedir (Erdem 2006). Özellikle kıyaslama faaliyetlerinin yoğun ve bilimsel ölçütlerle yapıldığı ABD gibi ülkelerde sadece hastanelerin aralarındaki karşılaştırmaları yapan özel şirketler ve kamu kuruluşları bulunmaktadır. Hastaneler böylece çeşitli boyutlarda birbirlerini kıyaslamak imkanını bulabilmektedirler.

Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de hastaneler rekabet üstünlüklerini korumak ve devamlılıklarını sürdürebilmek için maliyetlerin ölçülmesine büyük önem vermektedirler. Geleceğe yönelik planlar açısından zamanında elde edilmiş maliyet bilgileri önem taşımaktadır. Bu bilgiyi sağlamaya yönelik uygulanan yöntemlerden birisi de Faaliyet Tabanlı Maliyetleme (FTM)'dir (Gürdal 2007).

Bazı araştırmacılar hastanelerde maliyet etkinliğinin FTM uygulamaları ile artırılabilceğini düşünmektedirler. FTM sayesinde tedavi süreçlerinde ve cerrahi işlemler esnasında tüketilen kaynaklar tam olarak tanımlanabilmektedir. Dolayısıyla yapılan her faaliyet için maliyet hesaplamaları daha doğru yapılabilmektedir. Bu süreçte faaliyetlerle doğrudan ilgili olmayan hizmet giderleri ayrıştırılabilmekte, kalite artırıcı müdahalelerin maliyetlere nasıl bir etki yapacağı gözlemlenebilmektedir. Bunlara rağmen, hastanelerde FTM uygulamaları çok eski bir tarihe dayanmamaktadır. FTM genel olarak sağlık kurumlarında ve hastanelerde kullanılması mümkün bir yaklaşım olmakla birlikte sektör tarafından yeterince iyi bilinmediği söylenebilir (West 1996). Gerek mevcut muhasebe sistemlerindeki yetersizlikler, gerek veri toplamak için harcanan zamanın fazlalığı ve gerekse

veri toplamada karşılaşılan zorluklar ve ek maliyetler FTM'nin kullanılma düzeyini azaltmaktadır (Udpa 1996).

Bazı hastane yöneticileri performans ile ilgili problemlerin açığa çıkmasından endişe etmekte ve bundan dolayı maliyetlerin tam olarak bilinmesini istememektedirler. Bazen de FTM uygulanmak istenmekte, fakat deneyimli personel ihtiyacı yüzünden sorunlar çıkmaktadır. FTM için yeni personel istihdam etmek de maliyetleri artırıcı etki yapmaktadır (Dowless 1997).

Uygulanabilirlik açısından kıyaslandığında sağlık işletmelerinde FTM yönteminin kullanılması sanayi işletmelerinde kullanılmasına göre daha zordur. Bu zorluğun temel nedeni ise sağlık işletmelerinde verilen hizmeti çıktığı şeklinde tanımlamamın kolay olmamasıdır. Sağlık hizmeti almak için başvuran hastaların talep ettikleri hizmetlerin birbirinden farklı olması, farklı birimlerden hizmet almaları, kullanılan madde ve malzemelerin genel olarak farklılığı gibi nedenlerden ötürü verilen hizmet ile ilişkilendirilmesi açısından da sanayi işletmelerine göre daha zor olmaktadır. Bununla birlikte, yapılan çalışmalar (Erkol, Ağırbaş 2011; Bengü, Arslan 2009) FTM yönteminin hastanelerde kullanılabileceğini de göstermiştir.

Bir üretim işletmesinde maliyetlerin yaklaşık %10'u doğrudan işçilik giderleri, %55'i malzeme giderleri, %35'i genel üretim giderleri olurken; hastanelerde genel üretim giderleri nispeten daha fazla gerçekleşmektedir. Bu sebeple hastanelerde genel üretim giderlerinin doğru dağıtılması açısından FTM'nin uygulaması uygun olmaktadır (Çankaya, Aygün 2006).

FTM yöntemi maliyet havuzlarından çok fazlasıyla yararlanmaktadır. Buna bağlı olarak fazla sayıda maliyet sürücüsü kullanma zorunluluğu da ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinde etkinlik ve verimliliğin en üst düzeyde sağlanabilmesi için mümkün olduğu kadar çok sayıda maliyet sürücüsüne ihtiyaç duyulmaktadır (Rotch 1990; Akt. İldır 2008).

Dengeli Puan Kartı (DPK) tekniği diğer sektörlerde göre geç kalsa da son yıllarda hastanelerde kullanım alanı bulmuştur. Baker ve Pink'in (1995) çalışmaları DPK'nın hastanelerle ilişkilendirilmesi açısından bir ilktir. Buna göre, DPK özellikle stratejik yönetim faaliyetlerinin bir aracı olarak, hastanelerin rekabetçi pozisyonlarını ve misyon hedeflerini geliştirme amacıyla çok boyutlu performans ölçümü için kullanılabilir (Samani, Kohan 2011). Bazı araştırmalara göre DPK'nın hastanelerde kullanımında dört boyut için dokuz gösterge söz konusudur. Finansal göstergeler olarak nakit akışı ve aktif devir hızı; içsel süreç göstergesi olarak ölüm ve komplikasyon oranları ve vaka başına maliyetler; müşteri göstergesi olarak yatak doluluk oranları ve bu oranlardaki değişim eğilimleri; ve son olarak da öğrenme ve yenilik boyutunda ise yatan hasta ve ayakta tedavi gören hasta göstergeleri kullanılmaktadır (Griffith et al. 2002).

Çin ve Japonya'daki hastanelerde yapılan başka bir karşılaştırmalı çalışmada ise kar marjı, aktif devir hızı, vaka başına maliyet değişimi, toplam personel ve malzeme harcamalarının toplam gelire oranı finansal göstergeleri; işgücü memnuniyeti, işten ayrılma oranları, yatak doluluk ve ölüm oranları, yatış süreleri, hekim başına ayakta tedavi gören hasta sayıları, hekim başına acil vaka sayısı, hukuki işlemlere konu olan tıbbi hata sayıları içsel süreç göstergeleri; hasta tatmini ve ayakta hasta bekleme süreleri müşteri ile ilgili göstergeleri; tıbbi araştırmalara yapılan harcamalar, hekim başına yapılan akademik çalışma sayıları da büyüme ve gelişme göstergeleri olarak kabul edilmiştir (Samani, Kohan 2011).

Türkiye'de yapılan bazı araştırmalarda DPK'nın kullanım alanları örnek olay çalışması olarak ele alınmıştır. Yıldız ve arkadaşlarının (2013) DPK ile ilgili olarak özel bir hastanede gerçekleştirdikleri örnek olayın sonucunda; öğrenme ve yenilik, müşteri, içsel süreçler ve

finansal boyutlarına işgören boyutunu da ekledikleri anlaşılmaktadır. Tarım'ın (2004) yaptığı teorik çalışmada da Türkiye'deki hastanelerde DPK'nın yaygın kullanım alanı bulunmadığı belirtilmekte; vizyon, misyon ve stratejik hedeflerin belirlenmesi, performans boyutlarının uygun biçimde tespit edilmesi ve gerekli eğitimlerin verilmesi şartıyla bu yaklaşımın hayata geçirilebileceği öne sürülmektedir. Dünyada ve Türkiye'de DPK ile ilgili araştırmalar karşılaştırıldığında maliyet göstergelerinin kullanımı açısından önemli farklılıklar olduğu anlaşılmaktadır. Dünyada maliyet göstergeleri DPK uygulamalarında önemli bir yer tutarken, benzer bir durum Türkiye için söz konusu olmamaktadır.

Stratejik Maliyet Yönetiminin (SMY) amacı maliyetleri etkileyen ana etmenlerin belirlenmesi, değer yaratmayan işlevlerin ve genel giderlerin hedeflenmesi ve mevcut planlama ve yürütme faaliyetlerinin geliştirilmesi yoluyla maliyetlerin tekrar şekillendirilmesi ve nihayetinde azaltılması olarak ifade edilmektedir.

Bu çerçevede hastanelerde SMY faaliyetleri sekiz adımda gerçekleştirilebilmektedir. Birinci adımda hastanenin SMY'ye ne kadar hazır olduğu tespit edilmelidir. SMY'de başarılı olmak için bazı örgütsel yetkinliklere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yetkinlikler arasında hedef belirleme ve izleme, maliyet yönetimine odaklanma, sistemli düşünme yetkinlikleri sayılabilmektedir. İkinci adımda maliyet azaltma hedefleri tanımlanmalıdır. Maliyet azaltma hedefleri hastanenin stratejik planıyla uyumlu olmalıdır. Üçüncü adımda olası tasarruf alanları tespit edilmeli ve tasarruf edilecek her faaliyet ya da süreç için iyi kıyaslama örnekleri bulunmalıdır. Daha sonraki adımda kıyaslama ile elde edilen veriler eldeki verilerle birleştirilmelidir. İnsan ve verimlilikle ilgili olan ve maliyet artırıcı olarak tespit edilen etkenlere odaklanılmalıdır. Bu adımda görev planlarının yetersizliği, görevlendirmede yapılan hatalar, uygun olmayan roller, aşırı iş yükü ya da rol belirsizlikleri, kapasite uyumsuzlukları maliyet artırıcı etkenler olabilmektedir. Altıncı adımda mümkün olan işlev ve süreçlere müdahale edilmelidir. Yedinci adımda verilen hizmete doğrudan katkısı olmayan giderlerle ilgili düzeltme işlemleri yapılmalıdır. Son adımda ise yapılan tüm müdahale ve düzeltme faaliyetleri stratejik plana yerleştirilmiş olmalıdır (Blake et al. 2012).

Türkiye'de SMY ile ilgili faaliyetlerle daha çok büyük ölçekli özel hastaneler ilgilenmektedir. 2000'li yıllarda stratejik planlama faaliyetlerinin kamu kurumlarında zorunlu hale getirilmesiyle birlikte, hastanelerde kısmen SMY'ye veri sağlayan çeşitli süreçler üretilmeye başlanmış; akademik çevrelerde de SMY konusu tartışılmaya başlanmıştır. Bununla birlikte; Türkiye'de stratejik maliyet yönetimi ile ilgili olarak yapılan bir araştırmada özel hastane yöneticilerinin stratejik maliyet yönetimi yaklaşımı içinde yer alan teknikleri uygulanamaz buldukları ifade edilmektedir (Bekçi, Özal 2010).

Tam Zamanlı Üretim (TZÜ) maliyetlemenin daha önce de belirtildiği üzere üç esas hedefi bulunmaktadır: israfın önlenmesi, çalışanların değerlendirilmesi ve sürekli gelişmenin sağlanması. Hastanelerde TZÜ uygulamaları için beş aşamalı bir uygulama planı önerilmektedir. Birinci aşama birçok maliyet yönetimi yaklaşımında da söz konusu olduğu üzere değer katmayan faaliyetlerin elimine edilmesidir. Başka bir deyişle, hasta bakım kalitesine katkı yapmayan faaliyetler sistemde olmamalıdır. Hastanelerde uzun bekleme süreleri en belirgin değer katmayan faaliyetler olarak değerlendirilmektedir. İkinci aşamada stoklar azaltılmalı, tam zamanlı stok stratejisi uygulanmalıdır. Böylece stok ve taşıma maliyetleri azaltılmalıdır.

Hastanelerde TZÜ uygulamalarının üçüncü aşaması hastanenin tüm yönleriyle teknolojiyle tanışmasıdır. Teknoloji; süreç geliştirmeye, verimliliği artırmaya ve israfı önlemeye yönelik olarak kullanılabilir; teknoloji yardımıyla süreçlerde görev alan personel sayısı azaltılabilmektedir. TZÜ'nün dördüncü aşamasında işgören gelişimi esas alınmaktadır. TZÜ uygulamalarının olduğu işletmelerde esas güç yönetimden ziyade ürün ya

da hizmetle doğrudan ilişkisi olan uzmanlara/ çalışanlara çevrilmektedir. Bu nedenle süreç geliştirme/iyileştirme sorumluluğu doğrudan hasta bakımı ile ilgilenen uzmanlarda olmaktadır. Bu noktada, hastaneler profesyonel temelli örgütler olarak TZÜ uygulamalarına hızla adapte olabilmektedirler.

TZÜ'nün beşinci aşaması kök nedenlere odaklanmaktır. İşletme herhangi bir finansal sorunla karşılaştığında bunun kök nedenini bulmak ve gelecekte bu tür sorunlarla tekrar karşılaşmamak için düzenleyici süreçler geliştirmek durumundadır. Bu çerçevede balık kılıcı, lotus teknikleri gibi sorunların kök nedenlerini bulmaya yönelik sorun çözme / karar verme yöntemleri kullanılabilir (Dunn 2013).

Hastanelerde TZÜ'nün en önemli konularından birisi stok maliyetleridir. Bu nedenle TZÜ ile ilgili yapılan araştırmaların önemli bir kısmı stok yönetimi ile ilgili olmaktadır. Stok yönetiminin amacı ihtiyaç duyulan tıbbi malzeme ve ilaçların doğru miktarda, doğru yerde, doğru zamanda ve uygun maliyetle bulundurmaktır (Kısakürek, Elden 2011). Malzeme hareketlerinin doğrudan doğruya tedarikçi noktalarına sevk edilmesi birçok israf nedeninin ortadan kalkmasını sağlamaktadır. Sıfır stok birçok süreçte sıfır hatayı da beraberinde getirmektedir (Aytekin 2009). Yapılan araştırmalarda hastaneler için en uygun stok kontrol yönteminin tam zamanında stok yöntemi olduğu iddia edilmektedir (Kısakürek, Elden 2011). Yine ABD'de yapılan araştırmalarda hastanelerin yarısından fazlasının tam zamanlı stok yönetimi uyguladıkları belirlenmiştir (Aytekin 2009).

Hastanelerde kalite maliyetleri konusuna olan ilgi toplam kalite yönetimi uygulamaları ile birlikte artmıştır. Türkiye'de toplam kalite, ISO gibi konularda oldukça deneyim kazanan hastanelerde kalite maliyetlerinin nasıl ölçülebileceği akademik çevrelerde de tartışılmıştır. Bu konuda yapılan bir araştırmada (Bekçi, Toraman 2011), kalite maliyetleri olarak önleyici, değerlendirme, iç ve dış başarısızlık maliyetleri ele alınmıştır. Önleyici maliyetler kalite eğitimlerinden temizlik makine ve ekipmanlarına, atık maliyetlerinden tedarikçilere kadar toplam on dört maliyet kaleminden; değerlendirme maliyetleri ise cihaz ve malzeme kontrolü, kayıt kontrol, stok depo hizmetleri gibi beş kalemden oluşmaktadır. Son olarak iç ve dış başarısızlık maliyetleri olarak epikriz kontrolü ve düzeltilmesi, ameliyathane malzemelerinin zamanında gelmemesi, film ve laboratuvar testlerinin yenilenmesi, hasta nakil maliyetleri, hasta şikayetleri vb. sayılabilmektedir. Söz konusu araştırmada önleme maliyetlerinin kalite maliyetleri içindeki oranları %90'dan fazla olarak hesaplanmıştır ve önleme maliyetlerine yapılan yatırımlar başarısızlık maliyetlerini de azaltmaktadır.

Kısıtlar teorisi yaklaşımı hastanelerde ilgi çekmeye başlayan yaklaşımlardan birisidir. Daha önce de belirtildiği üzere bu yaklaşım bir sistemin kısıtlarının belirlenmesi ve yok edilmesine yöneliktir. Bu amaçla ne tür bir işletme olursa olsun beş aşamalı bir uygulama sürecini içermektedir. Bu aşamalar sırasıyla kısıtların belirlenmesi, kısıtların nasıl yok edileceğine karar verilmesi, kısıt yok edilinceye kadar tali konuların devre dışı bırakılması, kısıtların ortadan kaldırılması ve son olarak da bir kısıtın yok edilmesi ile birlikte ilk aşamaya dönülmesidir. İlk aşamaya dönülmezse sistemde bir durağanlık meydana gelebilmektedir.

Kısıtlar teorisinde temel hedef sistemin detaylı ve doğru analizini yapıp, sistem içinde tıkanma yaratan gerçek nedenleri tespit etmektir. Kısıtlar teorisi yaklaşımının hastanelerde uygulanması için tüm süreçlere hasta gözüyle bakmak gerekmektedir. Bu nedenle öncelikle güvenilir ve güçlü bir hasta merkezli öncelik sistemi kurulmalı ve sonrasında hangi kaynak – görev kombinasyonlarının bu öncelik sistemini bozduğu belirlenmelidir. Kısıtlar teorisine göre sistem tüm boyutlarıyla hasta bakımına odaklanmalıdır. Hastanelerde çoğunlukla görev tanımları iyi yapılmış olmakla birlikte bir hastanın hastaneye müracaatı ile birlikte birçok durum da ortaya çıkabilmektedir. Çünkü aynı hastalık nedeniyle gelseler bile hastaların

tedavi süreçleri kendilerine özgü olabilmekte, bir hastada aynı anda birçok hastalık bulunabilmekte ve tedavi süreçlerinde aksama olduğunda hastanın hastanede kalış süresi uzayabilmektedir. Dolayısıyla, ihtiyaçlar sürekli değişmektedir. Bu durumda hastaneler için hasta temelli bir öncelikler sistemi kurmak gerekmektedir.

Hasta akışını öncede belirlenmiş yaklaşık tarihlere göre senkronize etmek güvenilir bir sistem kurulması anlamına gelmemektedir. Hasta bakımı ile ilgili tüm hizmet kesintileri ve gecikmelerin nedenleri mutlak surette tespit edilmelidir. Kısıt noktalarının önceden tahmin edilmemesi hastane personelini sürekli krizlerle mücadele etmek durumunda bırakmaktadır. Kesinti ve gecikmeler klinik olamayan nedenlerden kaynaklandığında kısıtı kesip atmak daha kolay olabilmektedir (Knight 2013).

Hedef maliyetleme müşterinin işletmeden beklentilerine ve pazardaki fırsatlara yoğunlaşan bir ürün/hizmet geliştirme stratejisidir. Bu yaklaşımda hedef maliyetlerin belirlenmesi için ilk olarak detaylı bir Pazar araştırması yapılarak müşterilerin benimseyeceği ve itiraz etmeyecekleri bir fiyat belirlenmeye çalışılmaktadır. Söz konusu fiyat belirlendikten sonra işletme hedef maliyeti ve kar marjını da buna göre belirlemektedir. Ancak sağlık sektöründe hizmet veren hastaneler açısından hedef maliyetleme yaklaşımını uygulanma süreci farklılıklar taşımaktadır.

Hastanede hedef maliyetleme yaklaşımı uygulanmak istenirse sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması hususunda Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesinde geçen Paket İşlem Fiyatına göre hedef maliyet oluşturulacaktır. PİF uygulamasında sağlık hizmetine ait satış fiyatı hastaneden bağımsız bir şekilde belirlendiğinden hedef maliyet ve kar marjı bu fiyat göre belirlenmektedir (Ceran, Özdemir 2013).

Yukarıda açıklanan yaklaşımların dışında ürün yaşam dönemi maliyetleme, kalite maliyetleri ve Değer mühendisliği gibi ileri maliyet yönetimi yaklaşımları da bulunmaktadır. Bunlardan Ürün Yaşam Dönemi Maliyetleme (ÜYDM) yaklaşımı, geleneksel maliyetleme yaklaşımlarının aksine sadece üretim sürecini değil; üretim öncesi ve sonrası aşamaları da içermektedir. Başka bir deyişle, ÜYDM ürün ya da hizmetin yaşamı boyunca oluşan süreçlerle (ürün geliştirme, üretim, lojistik, pazarlama, reklam, dağıtım, satış sonrası hizmetler, garanti hizmetleri vb.) ilgili tüm maliyetleri içermektedir (Yükçü 2007). İşletme yönetiminin bir mamul ya da hizmetin yaşamı boyunca katlandığı maliyetlerin belirlemek için çevresinden üretim, üretim öncesi ve sonrasıyla ilgili düzenli bilgi alması gerekmektedir. ÜYDM yaklaşımının önemli özelliklerinden birisi yönetim kademesine stratejik bilgiler aktaran bir altyapı kurmaya çalışmasıdır (Ergin 1999; Akt. Erdoğan, Saban 2010). ÜYDM öncelikle bir mamulün veya hizmetin maliyetlerinin sadece üretim ve satış maliyetlerinden oluşmadığını ve mamul veya hizmet üretimi öncesinde alınan kararların tüm yaşam seyrindeki maliyetleri ciddi oranlarda etkilediğini açıklamaktadır (Civelek, Özkan 2006). Kalite maliyetleri, en basit şekliyle kaliteye ulaşmak için gerekli maliyetlerdir. Bunlar hem kalitesizlik maliyetlerini hem de düşük kaliteden kaynaklanan gizli maliyetleri içermektedir. Dolayısıyla kalite maliyetleri kusurlu ürünlerin tespiti, onarımı, önlenmesi maliyetleri ile ilişkilidir. Bunun yanısıra, üretim süreçlerindeki maliyet yüksekliği de kalite maliyetleriyle ilişkili olabilmektedir (Hacırüstemoğlu, Şakrak 2002). Değer mühendisliği, maliyet yönetimi konusunda da kullanılabilen bir yönetim yaklaşımıdır. Buna göre değer mühendisliği ile proje ve işletme yönetiminde üretilen tüm değerler ayrı birer mühendislik faaliyeti gibi tanımlanır ve analiz edilir (Acar 2005). İşletmelerin müşteri memnuniyetini esas alan bir rekabet avantajı elde etmeleri açısından bu yaklaşım diğer ileri maliyet yaklaşımlarına göre daha etkin bir maliyet kontrolü sağlamaktadır. Bu maliyet yönetimi yaklaşımı işletme risklerini minimize etmeye çalışırken üretim maliyetlerini azaltmaya odaklanmaktadır. Doğru uygulanırsa zor ve şaşırtıcı problemlere çözüm bulabilir, fark edilmemiş gelişim fırsatlarını bulmayı sağlayabilir (Öğüt ve diğerleri 2007).

### III. YÖNTEM

Bu araştırmanın amacı Türkiye'de faaliyet gösteren kamu hastanelerinin yöneticilerinin, ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarına ve hastane maliyetlerini etkileyen faktörlere ilişkin görüşlerini tespit etmektir. Bu amaç doğrultusunda hastane yöneticilerinin genel olarak ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından haberdar olup olmadıklarına, yaklaşımları bilip bilmediklerine, bu yaklaşımların hastanelerinde uygulanabilirliğine ve hastane maliyetlerini etkileyen faktörlere ilişkin görüşleri incelenmiştir.

Araştırmanın temel hipotezleri şöyledir:

- H1:** Hastanelerde mali işlerden sorumlu yöneticiler ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından haberdar değildir.
- H2:** Hastanelerde mali işlerden sorumlu yöneticiler ileri maliyet yönetimi yaklaşımları hakkında bilgi sahibi değildir.
- H3:** İleri maliyet yönetimi yaklaşımlarından haberdar olan ve bu konularda bilgisi olan hastane yöneticileri; bu yaklaşımların hastanelerde uygulanabilir olduğunu düşünmemektedirler.
- H4:** Hastanelerde mali işlerden sorumlu yöneticiler hastanelerin maliyet ve karlılıklarını etkileyen faktörler konusunda olumsuz bir algıya sahiptirler.

Araştırmaya ilişkin veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Kullanılan anket 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyo-demografik sorular yer almaktadır. Anketin ikinci bölümünde, hastane yöneticilerinin ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarına ilişkin farkındalıklarını ve bu yaklaşımların hastanelerde uygulanabilirliğine ilişkin görüşlerini tespit etmek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuş ifadeler yer verilmiştir. Veri toplama aracının 28 maddelik son bölümü ise hastanelerin maliyetlerini ve karlılığını etkileyen faktörlerle ilgilidir. Söz konusu 28 madde iki aşamada oluşturulmuştur. İlk aşamada, Yiğit ve diğerlerinin (2002) çalışmasından faydalanılarak hastane maliyetlerini etkileyen faktörler oluşturulmuş, sonraki aşamada ise 8 hastanenin yöneticileriyle görüşülerek maddelere ilişkin gerekli düzenlemeler ve eklemeler yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini 400 ve üzeri yatak kapasitesine sahip Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastaneler ve üniversite hastaneleri oluşturmaktadır. 2013 yılı itibarıyla, belirtilen şartları sağlayan hastane sayısı 124'tür. Örneklem seçimine gidilmeyip söz konusu hastanelerin tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırma sürecinde öncelikle araştırmaya konu olan hastanelerin maliyet işlemlerini yürüten personel belirlenmiş, bu kişilerle iletişime geçilmiş ve araştırmaya katkı yapıp yapamayacakları sorulmuştur. Araştırmaya katkı yapacağını belirten 80 hastaneye ulaşılmıştır. Bu hastanelerin 58'i TKHK'ye bağlı hastaneler, 22'si ise üniversite hastaneleridir. TKHK'ye bağlı hastanelerinden gelen anketlerin 10 tanesi analize uygun olmadığı gerekçesi ile araştırmaya dâhil edilmemiştir. Sonuç olarak TKHK'ye bağlı 90 hastaneden 48'inde, üniversitelere bağlı 34 hastaneden 22'sinde anket uygulanmıştır.

Anket uygulanacak hastane yöneticileriyle 1 Haziran 2013 tarihinden itibaren iletişime geçilmeye başlanmıştır. Uygulama için bir web sitesi oluşturulmuş ve hastanelerin mali işlerinden sorumlu yöneticilerinden ilgili web sitesi aracılığıyla anketi doldurmaları talep edilmiştir. Veri toplanamayan bazı hastanelere randevu alınarak gidilmiş, anket yüz yüze doldurulmuştur. Anket toplama süreci 15 Aralık 2013 tarihinde sonlandırılmıştır.

#### IV. BULGULAR

Araştırmaya katılan yöneticilerin, kişisel ve mesleki özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğu lisans ve yüksek lisans mezunudur. Mezuniyet alanları incelendiğinde işletme ve sağlık idaresi mezunlarının çoğunlukta olduğu görülmektedir.

**Tablo 1. Katılımcıların Kişisel ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı**

	n	%
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Önlisans	1	1,4
Lisans	35	50,0
Yüksek lisans	32	45,7
Doktora	2	2,9
<b>Mezun Olunan Program</b>		
İşletme	26	37,1
Sağlık İdareciliği	20	28,6
Kamu Yönetimi	10	14,3
İİBF Diğer Bölümler	9	12,9
Diğer (TIP – MMF – FEF)	5	7,1
<b>Toplam Kıdem Yılı</b>		
1-5 Yıl	2	2,9
6-10 Yıl	16	22,9
11-15 Yıl	17	24,3
16-20 Yıl	18	25,7
21 Yıl ve Üzeri	17	24,3
<b>Mevcut Görev Kıdem Yılı</b>		
1-3 Yıl	35	50,0
4-6 Yıl	14	20,0
7-9 Yıl	7	10,0
10 Yıl ve üzeri	14	20,0

Katılımcıların toplam hizmet sürelerinin, 1-5 yıl haricinde, dengeli olarak dağıldığı anlaşılmaktadır. Bununla birlikte katılımcıların yarısı mevcut yöneticilik görevine 1-3 yıl arasında bir süredir devam ettiklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 2. Katılımcıların Maliyet Yaklaşımlarını Daha Önce Duyup Duymadıkları (n=70)**

Maliyet Yaklaşımı	f *	%
Kalite Maliyetleri	61	87,1
Kıyaslama	61	87,1
Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi	60	85,7
Stratejik Maliyet Yönetimi ve Analizi	57	81,4
Faaliyet Tabanlı Maliyetleme	57	81,4
Kaizen Maliyetleme	56	80,0
Hedef Maliyetleme	55	78,6
Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme	53	75,7
Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması	52	74,3
Değer Mühendisliği	48	68,6
Dengeli Puan Cetveli	48	68,6
Kısıtlar Teorisi	31	44,3

\* Soruya “Evet duydum” diyenlerin sayısıdır. Büyükten küçüğe sıralıdır.

Katılımcıların maliyet yaklaşımlarını daha önce duyup duymadıklarına ilişkin bilgiler Tablo 2’de verilmiştir. Buna göre; katılımcılar maliyet yaklaşımları arasından en çok “Kalite Maliyetleri” (%87,1), “Kıyaslama” (%87,1) ve “Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi” (%85,7) yaklaşımlarından haberdardır (duyup duymadıkları). En az duyulan maliyet yaklaşımı ise “Kısıtlar Teorisi” (%44,3) maliyet yaklaşımıdır. Buradaki dikkat çekici bulgulardan birisi “Dengeli Puan Cetveli” yaklaşımının daha fazla duyulması beklenirken, bu yaklaşımla ilgili oranın diğer yaklaşımlara göre geride kalmış olmasıdır. “Dengeli Puan Cetveli” yaklaşımı, yurt dışı hastanelerde daha çok bilinen bir yaklaşım olarak bilinmektedir. Bunun yanı sıra “Kalite Maliyetleri” ve “Kıyaslama” yaklaşımlarının daha fazla duyulması, bu iki yaklaşımın popülaritesi değerlendirildiğinde beklenen bir durumdur. Türkiye’deki hastanelerde son yıllarda kalite konusundaki çalışmaların artması ve hastane yöneticilerinin kendi durumlarını değerlendirebilmek adına çalıştıkları hastanelere ilişkin verileri başka hastanelerle kıyasla yolunu sıklıkla kullanmaları “kalite maliyetleri” ve “kıyaslama” yöntemlerinin fazla duyulmasının nedeni olarak yorumlanabilir.

Haberdarlık bilmek anlamına gelmemektedir. Katılımcıların bahsi geçen maliyet yaklaşımlarını bilip bilmedikleri ayrı bir soru olarak yöneltilmiştir. Ankette bu soruyu maliyet yaklaşımını daha önce duymuş olanların yanıtlaması istenmiştir. Maliyet yaklaşımını daha önce duymamış olanların, maliyet yaklaşımlarını bilip bilmedikleri ile ilgili soruyu boş bırakmaları sağlanmıştır.

Katılımcılara sorulan bu soru ile ilgili daha önce oluşturulan hipotez ve red/kabul durumu aşağıda belirtilmiştir.

**H1:** Hastanelerde mali işlerden sorumlu yöneticiler ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından haberdar değillerdir.

Katılımcılara 12 maliyet yaklaşımından haberdarlık düzeyleri ayrı ayrı sorulmuştur. Her bir yaklaşım için “daha önce duydunuz mu?” sorusu yöneltilmiş ve Evet / Hayır şeklinde yanıtlar alınmıştır. Detaylı analizlere geçmeden önce tek örneklem t testi ile hipotez testi gerçekleştirilmiştir. Sorulara alınan yanıtlar: 0= Hayır, 1= Evet şeklinde kodlanmış ve alınan cevapların toplamı üzerinden analizler gerçekleştirilmiştir. 12 soruluk ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,835’tir ve Tukey toplanabilirlik testi sonuçları da Tablo 3’te verilmiştir. %95 güven aralığında değerlerin toplanabilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.



**Tablo 3. Maliyet Yaklaşımlarından Haberdarlık Sorularına İlişkin Tukey Toplanabilirlik Testi Sonuçları**

		Kareler Toplamı	Ss.	Kareler Ortalaması	F	p	
<b>Kişiler arası</b>		50,487	69	0,732			
<b>Kişiler içi</b>	Maddeler arası	10,804	11	0,982	8,137	0,000	
	Artık	Toplanamazlık	0,531	1	0,531	4,419	0,036
		Denge	91,082	758	0,120		
		Toplam	91,613	759	0,121		
Toplam		102,417	770	0,133			

Toplam sonucu alınabilecek en düşük değer  $0*12=0$  ve en yüksek değer  $1*12=12$ 'dir. Toplam değişkenine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4. Maliyet Yaklaşımlarından Haberdarlık Tanımlayıcı İstatistikler**

n	Ort.	Ss
70	9,129	0,354

Hipotez yokluk hipotezidir ve hipotezin doğrulanması için 0'a yakın sonuç beklenir. Bununla beraber elde edilen sonuç tersine maksimum değer olan 12'ye yakın bir sonuçtur. Tek örneklem t testi ile sonucun 0'a yakın bir değer ile test gerçekleştirmek yeterli olacak iken herhangi bir itiraza yer bırakmayacak yükseklikte bir değer ile test edilebilmesi mümkündür. Test değeri olarak Evet ile Hayır'ın tam orta noktasını ifade eden 6 değeri seçilmiş ve tek örneklem t testi gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 5. Maliyet Yaklaşımlarından Haberdarlık Tek Örneklem t Testi Sonuçları**

	Test Değeri = 6					
	t	sd	p (2-yönlü)	Ortalama Fark	Ortalama fark için %95 güven aralığı	
					Alt	Üst
<b>Toplam</b>	8,834	69	0,000	3,129	2,422	3,835

Elde edilen ortalama değer test değeri olan 6 değerinden pozitif yönde %95 güven aralığında farklılaşmaktadır. "Hastanelerde mali işlerden sorumlu yöneticiler ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından haberdar değillerdir" H1 hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 6. Katılımcıların Maliyet Yaklaşımlarını Bilip Bilmedikleri (n=70)**

Maliyet Yaklaşımı	f *	%
Kıyaslama	57	81,4
Kalite Maliyetleri	56	80,0
Faaliyet Tabanlı Maliyetleme	53	75,7
Kaizen Maliyetleme	52	74,3
Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi	51	72,9
Hedef Maliyetleme	48	68,6
Stratejik Maliyet Yönetimi Ve Analizi	48	68,6
Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması	46	65,7
Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme	44	62,9
Dengeli Puan Cetveli	43	61,4
Değer Mühendisliği	41	58,6
Kısıtlar Teorisi	31	44,3

\* Soruya “Evet biliyorum” diyenlerin sayısıdır. Büyükten küçüğe sıralıdır.

Tablo 6, maliyet yaklaşımlarını katılımcıların ne kadarının bildiğini özetlemektedir. Burada ilgi çekici olan nokta maliyet yaklaşımlarından haberdarlıktaki sıralama (Tablo 6) bilgi söz konusu olduğunda aynı şekliyle kalmamıştır. En çok bilinen maliyet yaklaşımları haberdarlıkla paralel bir şekilde yine “Kıyaslama” ve “Kalite Maliyetleri” olarak ön plana çıkmıştır. Bununla beraber üçüncü sıraya “Faaliyet Tabanlı Maliyetleme” yaklaşımı yerleşmiştir. Türkiye’deki hastanelerde son yıllarda kalite konusundaki çalışmaların artması ve hastane yöneticilerinin kendi durumlarını değerlendirebilmek adına çalıştıkları hastanelere ilişkin verileri başka hastanelerle kıyasla yolunu sıklıkla kullanmaları “kalite maliyetleri” ve “kıyaslama” yöntemlerinin fazla bilinmesinin nedeni olarak yorumlanabilir.

Tablo 2 ve Tablo 6 paralel bir şekilde incelendiğinde haberdarlık ile bilmek arasındaki farkın en yüksek olduğu yaklaşımlar “Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme”, “Stratejik Maliyet Yönetimi ve Analizi” ve “Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi” yaklaşımlarıdır. Bu yaklaşımlardan haberdarlığın yüksek olup bilinme düzeyinin nispeten düşük olması manidardır.

Tablo 2 ve Tablo 6 karşılıklı incelendiğinde ulaşılabilecek bir başka sonuç da “Kısıtlar Teorisi” ile ilgilidir. Bu yaklaşımdan haberdar olanların tamamı aynı zamanda “Kısıtlar Teorisini” bilmektedir. Haberdarlık popülerlik ile ilişkilendirilebilir. Daha çok haberdar olunan yaklaşımların daha popüler olduğu düşünülebilir. Bununla beraber popülerite düştükçe haberdarlıkla bilgi paralelleşmektedir. Popüler yaklaşımlar çevredeki yaygın etkisi ile bir şekilde insanların zihninde haberdarlık düzeyinde yer bulabilmektedir. Popülaritesi düşük yaklaşımların zihinde yer bulması ise ancak kişilerin ilgisi ve araştırmacılığı ile mümkündür.

Katılımcılara sorulan bu soru ile ilgili daha önce oluşturulan hipotez ve red/kabul durumu aşağıda belirtilmiştir.

**H2:** Hastanelerde mali işlerden sorumlu yöneticiler ileri maliyet yönetimi yaklaşımları hakkında bilgi sahibi değillerdir.

Katılımcılara 12 maliyet yaklaşımına ilişkin bilgi sahibi olup olmadıkları ayrı ayrı sorulmuştur. Her bir yaklaşım için “hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?” sorusu yöneltilmiş ve Evet / Hayır şeklinde yanıtlar alınmıştır. Detaylı analizlere geçmeden önce tek örneklem t testi ile hipotez testi gerçekleştirilmiştir. 12 soruluk ölçeğin Cronbach Alpha

değeri 0,870'tir. %95 güven aralığında değerlerin toplanabilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 7).

**Tablo 7. Maliyet Yaklaşımlarını Bilip Bilmedikleri Sorularına İlişkin Tukey Toplanabilirlik Testi Sonuçları**

		Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	
<b>Kişiler arası</b>		71,881	69	1,042			
<b>Kişiler içi</b>	Maddeler arası	8,214	11	0,747	5,496	0,000	
	Artık	Toplanamazlık	0,785	1	0,785	5,818	0,016
		Denge	102,334	758	0,135		
		Toplam	103,119	759	0,136		
Toplam		111,333	770	0,145			

Toplam sonucu alınabilecek en düşük değer  $0*12=0$  ve en yüksek değer  $1*12=12$ 'dir. Elde edilen toplam değişkenine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 8'de verilmiştir.

**Tablo 8. Maliyet Yaklaşımlarını Bilme Durumu Tanımlayıcı İstatistikler**

n	Ort.	Ss.
70	8,143	0,423

Maliyet yaklaşımlarını bilme durumuna ilişkin tek örneklem t testi sonuçları ise Tablo 9'da görülmektedir (Yönteme ilişkin ayrıntı Tablo 5'in açıklamalarında verilmiştir).

**Tablo 9. Maliyet Yaklaşımlarını Bilme Durumu Tek Örneklem t Testi Sonuçları**

	Test Değeri = 6					
	t	sd	p (2-yönlü)	Ortalama Fark	Ortalama fark için %95 güven aralığı	
					Alt	Üst
<b>Toplam</b>	5,071	69	0,000	2,143	1,300	2,986

Elde edilen ortalama değer test değeri olan 6 değerinden pozitif yönde %95 güven aralığında farklılaşmaktadır. "Hastanelerde mali işlerden sorumlu yöneticiler ileri maliyet yönetimi yaklaşımları hakkında bilgi sahibi değillerdir" H2 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 10'da, katılımcıların maliyet yaklaşımlarının hastanede uygulanabilirliğine ilişkin görüşleri yer almaktadır. Soruyu yanıtlayanlar maliyet yaklaşımını bilenlerle sınırlı tutulmuştur. Maliyet yaklaşımını bilmeyenlerin bu soruyu yanıtlaması engellenmiştir. Buna göre en fazla "evet" cevabı verilen yaklaşımlar: "Stratejik Maliyet Yönetimi ve Analizi", "Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi", "Kalite Maliyetleri" ve "Kaizen Maliyetleme" yaklaşımlarıdır. Katılımcıların en fazla "hayır" cevabı verdiği yaklaşım ise; "Hedef Maliyetleme" yaklaşımıdır. Diğer maliyet yaklaşımlarına ise katılımcılar ağırlıklı olarak "kısmen" cevabını vermiştir. Görüş bildiren hastane yöneticilerinin söz konusu maliyet yaklaşımları hakkında bilgisi olan kişiler olduğu düşünüldüğünde hedef maliyetleme yaklaşımında hedef fiyatın kendileri tarafından belirlemedikleri ve bu yüzden de hayır cevabını verdikleri düşünülebilir.

**Tablo 10. Maliyet Yaklaşımlarının Hastanelerde Uygulanabilirliğine İlişkin Görüşler**

Maliyet Yaklaşımı	Yaklaşımı Bilip Cevaplayan Sayısı (n)	Cevap	n	Geçerli Yüzde*
Stratejik Maliyet Yönetimi ve Analizi	47	Evet	25	53,2
		Kısmen	17	36,2
		Hayır	5	10,6
Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi	50	Evet	25	50,0
		Kısmen	19	38,0
		Hayır	6	12,0
Kalite Maliyetleri	56	Evet	27	48,2
		Kısmen	22	39,3
		Hayır	7	12,5
Kaizen Maliyetleme	52	Evet	25	48,1
		Kısmen	22	42,3
		Hayır	5	9,6
Kıyaslama (Benchmarking)	56	Evet	21	37,5
		Kısmen	29	51,8
		Hayır	6	10,7
Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard)	43	Evet	16	37,2
		Kısmen	21	48,8
		Hayır	6	14,0
Değer Mühendisliği	41	Evet	15	36,6
		Kısmen	21	51,2
		Hayır	5	12,2
Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması	45	Evet	16	35,6
		Kısmen	25	55,6
		Hayır	4	8,9
Faaliyet Tabanlı Maliyetleme	53	Evet	16	30,2
		Kısmen	28	52,8
		Hayır	9	17,0
Hedef Maliyetleme	48	Evet	14	29,2
		Kısmen	16	33,3
		Hayır	18	37,5
Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme	44	Evet	12	27,3
		Kısmen	24	54,5
		Hayır	8	18,2
Kısıtlar Teorisi (Theory of Constraints)	30	Evet	7	23,3
		Kısmen	19	63,3
		Hayır	4	13,3

\* Tabloda veriler sıralanırken “evet” yanıtı geçerli yüzdesi en yüksek olandan en düşük olana doğru sıralanmıştır.

**H3:** İleri maliyet yönetimi yaklaşımlarından haberdar olan ve bu konularda bilgisi olan hastane yöneticileri; bu yaklaşımların hastanelerde uygulanabilir olduğunu düşünmemektedirler.

Katılımcılara bildiklerini ifade ettikleri maliyet yaklaşımları hakkında “hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusu yöneltilmiş ve Evet / Hayır / Kısmen şeklinde yanıtlar alınmıştır. Detaylı analizlere geçmeden önce tek örneklem t testi ile hipotez testi gerçekleştirilmiştir. Sorulara alınan yanıtlar: 1= Hayır, 2= Kısmen, 3=Evet şeklinde kodlanmış ve alınan cevapların toplamı üzerinden analizler gerçekleştirilmiştir. Bazı maliyet yaklaşımlarını bazı katılımcılar bilmedikleri için bu soruyu boş bırakmışlardır. Hipotez genel olarak maliyet yaklaşımlarına dair olduğu ve hipotezin bu çerçevede test edilebilmesi için

katılımcıların boş bıraktıkları değerler bildikleri yaklaşımlara verdikleri yanıtların ortalaması alınarak analiz gerçekleştirilmiştir. 12 soruluk ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,941'tir ve Tukey toplanabilirlik testi sonuçları da Tablo 11'de verilmiştir. %95 güven aralığında değerlerin toplanabilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 11. Maliyet Yaklaşımlarının Hastanede Uygulanabilirliğine İlişkin Tukey Toplanabilirlik Testi Sonuçları**

		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	p	
<b>Kişiler arası</b>		21,147	69	1,322			
<b>Kişiler içi</b>	Maddeler arası	8,525	11	0,775	2,547	0,005	
	Artık	Toplanamazlık	1,312	1	1,312	4,393	0,038
		Denge	52,247	758	0,299		
		Toplam	53,559	759	0,304		
<b>Toplam</b>		62,083	770	0,332			

Toplam sonucu alınabilecek en düşük değer  $1*12=12$  ve en yüksek değer  $3*12=36$ 'dır. Elde edilen toplam değişkenine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 12'de verilmiştir.

**Tablo 12. Maliyet Yaklaşımlarının Hastanede Uygulanabilirliği Tanımlayıcı İstatistikler**

n	Ort.	Ss.
70	26,346	0,711

Hipotez yokluk hipotezidir ve hipotezin doğrulanması için 12'ye yakın sonuç beklenir. Bununla beraber elde edilen sonuç tersine maksimum değer olan 36'ya yakın bir sonuçtur. Tek örneklem t testi ile sonucun 12'ye yakın bir değer ile test gerçekleştirmek yeterli olacak iken herhangi bir itiraza yer bırakmamak için "Kısmen" değerini ifade eden  $2*12=24$  değeri seçilmiş ve tek örneklem t testi gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar Tablo 13'te verilmiştir.

**Tablo 13. Maliyet Yaklaşımlarının Hastanede Uygulanabilirliği Tek Örneklem t Testi Sonuçları**

	Test Değeri = 24					
	t	sd	p (2-yönlü)	Ortalama Fark	Ortalama fark için %95 güven aralığı	
					Alt	Üst
<b>Toplam</b>	3,299	69	0,002	2,346	0,928	3,765

Elde edilen ortalama değer test değeri olan 6 değerinden pozitif yönde %95 güven aralığında farklılaşmaktadır. "İleri maliyet yönetimi yaklaşımlarından haberdar olan ve bu konularda bilgisi olan hastane yöneticileri; bu yaklaşımların hastanelerde uygulanabilir olduğunu düşünmemektedirler" H3 hipotezi reddedilmiştir. Genel olarak maliyet yaklaşımlarının uygulanabilirliğine ilişkin hesaplanan 26,346 ortalama değeri Kısmen ile Evet arasında ve Kısmen'e yakın bir değerdir.

**Tablo 14. Katılımcıların Hastanelerdeki Bazı Uygulamaların Maliyetlere Etkisine İlişkin Görüşleri**

İfadeler	n	Ort.	Ss.
Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT) hastanelerin kendine özgü maliyetlerini dikkate almadan belirlemesi karlılığı olumsuz etkilemektedir	70	4,30	0,688
Tıbbi malzeme tedarikçilerinin kendi aralarında anlaşmaları malzeme maliyetlerinin yüksek olmasına neden olmaktadır	70	4,11	0,826
Sağlık hizmetlerinin fiyatlarının tek taraflı belirlenmesi (SGK) karlılığı olumsuz etkilemektedir	70	4,09	0,775
Hastanelerde fazla ilaç ve malzeme stoku yapılması maliyetleri artırmaktadır	70	4,01	0,970
Ayaktan Hastalarda Vakanın içeriğine bakılmaksızın vaka başı ödeme yöntemi uygulanması karlılığı olumsuz etkilemektedir	70	3,99	0,825
Hastanelerde etkin bir maliyet ve performans sisteminin kurulmaması maliyetlerin kontrol edilememesine neden olmaktadır	70	3,99	0,825
SGK'nın hasta faturalarında kesinti yapması hizmet kalitesini etkilemekte ve dolayısıyla hizmet maliyetlerini artırmaktadır	70	3,97	0,851
Hastanede fiziki mekan ve tıbbi donanımın ihtiyaçtan fazla bulundurulması maliyetleri artırır	70	3,91	0,928
Tıbbi Malzeme maliyetlerine gerçek maliyetinin dikkate alınmaksızın ilave edilen kar paylarının düşük olması karlılığı olumsuz etkilemektedir	70	3,89	0,808
İlaç ve tıbbi malzeme alımlarında hastane yönetimlerinin doğrudan inisiyatif kullanamaması ve ödeme süresinin uzaması dolayısıyla maliyetlerin artmasına neden olmaktadır	70	3,87	0,867
Sosyal Güvenlik Kurumunun maliyet kısıtlayıcı politikaları karlılığı olumsuz etkilemektedir	70	3,84	0,862
Hastanelerde stratejik karar alma ve planlamada her bir hizmetin maliyetini hesaplayacak sistemin olmaması karlılığı olumsuz etkilemektedir	70	3,83	0,992
Performansa dayalı ek ödeme sistemi gereksiz hizmet kullanımını artırdığından dolayı hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır	70	3,79	1,048
Hastanelerde özel bütçe/ve veya genel bütçeden çok az ödenek verilmesi karlılığı olumsuz etkilemektedir	70	3,71	1,131
SGK'nın hizmet birim maliyetlerini düşürmek için maliyet sınırlama stratejisi geliştirmesi kalitesizlik maliyetine neden olmaktadır	70	3,67	0,812
Hastanelerde etkin bütçe kontrol mekanizmasının olmayışı karlılığı olumsuz etkilemektedir	70	3,56	1,085
Hazineye döner sermayeden kaynak aktarılması hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır	70	3,51	1,139
Hastane yönetiminin kaynak planlamasını doğrudan kendisinin yapamaması maliyetleri artırır (tıbbi sarf malzemesi, sağlık vb.)	70	3,44	0,987
Ülkemizde uygulanan çekirdek kaynak yönetim sistemi (ÇKYS) ve diğer uygulamalar hizmet maliyetini düşürmektedir	70	3,34	1,006
Hastanemizde dışarıdan hizmet satın alınması maliyetleri düşürmektedir	70	3,33	1,032
Hastanemizde ki personelin önemli bir kısmının devlet memurları yasası kapsamında çalıştırılması maliyetleri artırmaktadır	70	3,30	1,244
Hastalardan farklı sağlık kuruluşlarında farklı katkı paylarının alınması hastaneye başvuran hasta sayısını düşürdüğü için sağlık hizmeti üretim maliyetlerini artırmaktadır.	70	3,21	1,034
Bilimsel araştırma projeleri fonuna döner sermayeden kaynak aktarılması hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır	70	3,20	1,124
Hastanemizde stratejik karar alma ve planlamada herhangi bir finansal yönetim bilgi sistemi uygulaması mevcuttur	70	3,20	1,001
Hizmet Kalite standartlarını artırmak için yapılan giderler maliyetleri artırır (hasta güvenliği)	70	3,14	1,207
Tıbbi cihaz yatırımlarının kamu ihale kanununa göre yapılması maliyetleri artırmaktadır	70	3,06	1,261
Ülkemizde uygulanan sağlık hizmetleri fiyat tarifesi (SUT) hastanenin sağlık hizmeti üretim maliyetlerini karşılamaktadır	70	2,89	1,314
Tam Gün Yasası ile hekimlerin kişisel hizmet üretimi yapamamaları karlılığı olumsuz etkilemektedir	70	2,69	1,136

Katılımcıların hastanelerdeki bazı uygulamaların maliyetlere etkisine ilişkin görüşleri Tablo 14’te verilmiştir. Buna göre; en fazla onaylanan ifade 4,30 ortalama ile “Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT) hastanelerin kendine özgü maliyetlerini dikkate almadan belirlemesi kârlılığı olumsuz etkilemektedir” ifadesi olmuştur. En fazla karşı çıkılan ifade ise 2,69 ortalama ile “Tam Gün Yasası ile hekimlerin kişisel hizmet üretimi yapamamaları kârlılığı olumsuz etkilemektedir” ifadesi olmuştur.

Tablo 14’te ifadelerin ortalama olarak sıralamaları sunulmuş olmakla beraber birbirlerinden ne kadar ayrıştıklarını incelemek adına parametrik olmayan Wilcoxon Signed Rank Testi ile ortalamaların “3” ve “4” değerlerinden farkı incelenmiştir. Sonuçlar bu aralıkta olduğu için bu değerle analiz yapılmıştır. “3” değeri ölçekte “Kısmen Katılıyorum” ifadesine karşılık gelmektedir. “4” değeri ise “Katılıyorum” ifadesine karşılık gelmektedir. Analiz sonucu 5 grup belirginleşmiştir. 5 grup şu şekilde isimlendirilebilir:

1. Grup: “Katılıyorum” ’dan yüksek olan ifadeler
2. Grup: “Katılıyorum” ifadeleri
3. Grup: “Katılıyorum” ile “Kısmen Katılıyorum” arası ifadeler
4. Grup: “Kısmen Katılıyorum” ifadeleri
5. Grup: “Kısmen Katılıyorum” ’un altında olan ifadeler

1. Grubun özelliği ortalamanın “3” ve “4” değerlerinden yüksek olmasıdır. 2. Gruptaki ifadelerin ortalamaları “4” değerinden ayrışmamakla beraber “3” değerinden yüksektir. 3. Grup ortalaması “3” ile “4” arasında olan ve her iki değerden de ayrışan gruptur. 4. Grup “3” yakın olup “3” değerinden ayrışmayan, “4” değerinden ise ayrışan gruptur. 5. Grup ise hem “3” hem de “4” değerinden negatif yönde ayrışan gruptur. Verilen sonuçların tamamı %95 güven aralığındadır.

**H4:** Hastanelerde mali işlerden sorumlu yöneticiler hastanelerin maliyet ve karlılıklarını etkileyen faktörler konusunda olumsuz bir algıya sahiptirler.

Katılımcılara hastanelerin maliyet ve karlılıklarını etkileyen faktörlerin maliyetleri ne yönde etkilediklerine dair 28 soru yöneltilmiş ve Kesinlikle Katılmıyorum / Katılmıyorum / Kısmen Katılıyorum / Katılıyorum /Kesinlikle Katılıyorum şeklinde yanıtlar alınmıştır. Detaylı analizlere geçmeden önce tek örneklem t testi ile hipotez testi gerçekleştirilmiştir. Sorulara alınan yanıtlar: 1= Kesinlikle Katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Kısmen Katılıyorum, 4= Katılıyorum, 5= Kesinlikle Katılıyorum şeklinde kodlanmış ve alınan cevapların toplamı üzerinden analizler gerçekleştirilmiştir. İfadeler faktörlerin maliyetleri olumsuz etkilediğini iddia etmektedir ve ifadelere katılım faktörlere ilişkin olumsuzluk ifade etmektedir. 28 soruluk ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,76’ dır ve Tukey toplanabilirlik testi sonuçları da Tablo 15’de verilmiştir. %95 güven aralığında değerlerin toplanabilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 15. Maliyet ve Karlılıkları Etkileyen Faktörlere İlişkin Tukey Toplanabilirlik Testi Sonuçları**

		Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	
Kişiler arası		260,117	69	3,770			
Kişiler içi	Maddeler arası	321,838	27	11,920	13,126	0,000	
	Artık	Toplanamazlık	5,950	1	5,950	6,571	0,010
		Denge	1685,890	1862	0,905		
		Toplam	1691,840	1863	0,908		
Toplam		2013,679	1890	1,065			

Toplam sonucu alınabilecek en düşük değer  $1*28=28$  ve en yüksek değer  $5*28=140$ 'dır. Elde edilen toplam değişkenine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 16'da verilmiştir.

**Tablo 16. Maliyet ve Karlılıkları Etkileyen Faktörler Tanımlayıcı İstatistikler**

n	Ort.	Ss.
70	100,843	1,228

Hipotezin doğrulanması için Kısmen Katılıyorum değerinin ( $3*28=84$ ) üzerinde sonuç beklenir. Hipotez testi 84 değerini kullanarak tek örneklem t testi ile gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar Tablo 17'de verilmiştir.

**Tablo 17. Maliyet ve Karlılıkları Etkileyen Faktörler Tek Örneklem t Testi Sonuçları**

	Test Değeri = 84					
	t	sd	p (2-yönlü)	Ortalama Fark	Ortalama fark için %95 güven aralığı	
					Alt	Üst
<b>Toplam</b>	13,716	69	0,000	16,843	14,393	19,293

Elde edilen ortalama değer test değeri olan 84 değerinden pozitif yönde %95 güven aralığında farklılaşmaktadır. "Hastanelerde mali işlerden sorumlu yöneticiler hastanelerin maliyet ve karlılıklarını etkileyen faktörler konusunda olumsuz bir algıya sahiptirler" H4 hipotezi reddedilememiştir. Genel olarak maliyet faktörlerinin hastanedeki maliyetleri olumsuz etkilediği algısı mevcuttur.

## V. SONUÇ

Araştırma sonuçları hastane yöneticilerinin ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından oldukça haberdar olduklarını göstermektedir. Neredeyse tüm maliyet yönetim yaklaşımları ile ilgili haberdar olma düzeylerinin yüksek oranlarda olması; bu yaklaşımların hastanelerde uygulanması ile ilgili sorunların yasal ve teknik gerekliliklerin yerine getirilmesi şartıyla daha az yaşanacağına işaret etmektedir.

Özellikle günümüz dünyasında rekabet etmek açısından "en iyiye, mükemmele ulaşmak", "sürekli gelişmeyi sağlamak", "müşteri beklentilerini beklentilerin de ötesinde karşılamak", "verimli olmak", "stratejik hamleler yapmak" gibi hedefler koymak çok önemlidir. Bu hedefler kıyaslama, kalite maliyetleri, kaizen maliyetleme gibi maliyet yönetimi yaklaşımlarında görülebilmektedir. Hastane yöneticilerinin bu tür yaklaşımlarla ilgili bilgi ve ilgi düzeylerinin yüksek olması çağdaş yönetim tekniklerinin uygulanması için uygun bir temel oluşturmaktadır.

İleri maliyet yönetimi yaklaşımlarının öğrenilme kaynakları incelendiğinde hastanelerin mali yöneticilerinin geçmiş dönemlere kıyasla daha yüksek oranlarda yönetim, finans gibi alanlardan geldiği anlaşılmaktadır. Hastanelerin mali işlerden sorumlu yöneticileri daha çok Sağlık Yönetimi, Hastane Yöneticiliği, İşletme, Kamu Yönetimi gibi alanlardan gelmektedir. Bu bölümlerden gelen yöneticiler maliyet yönetimi gibi konularda gerekli olan birçok dersi zaten lisans eğitiminde almış görülmektedirler. Bu bir avantaj gibi görülmekle birlikte; hastanelerin gerçek karar mekanizmalarında hekimlerin daha etkili oldukları da bir gerçektir. Hastane mali yöneticileri yeni düzenlemelerle birçok yetki ve sorumluluk taşımakla birlikte, son karar verme mercileri daha çok hekimlerdir. Mali işlerden sorumlu yöneticiler bir nevi karar destek organı gibi hareket etmektedirler. Dolayısıyla, yönetim, muhasebe, finansman gibi alanlarda eğitim görmüş uzmanların – yöneticilerin, sağlık yönetimi ve sağlık idaresi



mezunlarının daha üst pozisyonlarda görev almaları maliyet yönetimi yaklaşımları gibi uygulama alanlarında hastanelerin daha etkili ve verimli olmalarını sağlayabilecektir.

Yine maliyet yönetimi yaklaşımlarının öğrenilme kaynakları açısından hastanelerde yapılan kalite çalışmalarının, hizmet içi eğitimlerin, seminerlerin de oldukça işlevsel oldukları anlaşılmaktadır. Birçok eksikliği olmakla birlikte hastane mali yöneticilerinin doğrudan ya da dolaylı olarak maliyet yönetimi gibi alanlarda eğitim aldıkları anlaşılmaktadır. Bu ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarının uygulanması açısından bir avantaj olarak görülmekle birlikte; eğitim içerikleri, eğitimci düzeyleri ve uygulamalı eğitim çalışmaları açısından da ayrıca incelenmesi gereken bir konu olmaktadır.

İleri maliyet yönetimi yaklaşımlarının hastanelerde uygulanması ile ilgili olarak olumlu bir iklimin olduğu anlaşılmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerin hastanelerinde yoğun biçimde kullanım alanı bulan kaizen, tam zamanında üretim, kalite zinciri gibi yönetim ve üretim yaklaşımları Türkiye'deki hastane yöneticileri açısından da uygulanabilir görülmektedir. Bu yaklaşımlar incelendiğinde özellikle hastane maliyetleri açısından sorun olan stok yönetimi, sipariş yönetimi gibi alanlarda etkili oldukları anlaşılmaktadır. Bu nedenle hastane yöneticilerinin de stok ve sipariş gibi maliyet artırıcı süreçlere müdahale etmek açısından ileri maliyet yönetimlerini uygulamak istedikleri anlaşılmaktadır. Hedef maliyetleme yaklaşımı ise en az destek alan yaklaşım olarak dikkat çekmektedir. Hedef fiyat belirlemedeki yasal kısıtlar bu yaklaşımın az rağbet görmesine neden olmaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre hastane yöneticilerinin ileri maliyet yönetimi yaklaşımları ile ilgili düşünceleri üç grupta toplanabilmektedir. Kalite maliyetleri, Kaizen, Kıyaslama ve Stratejik Maliyet Yönetimi yaklaşımları genel olarak en çok uygulanabilir görülen yaklaşımlardır. Mamul Yaşam Dönemi Maliyetleme, Hedef Maliyetleme ve Kısıtlar Teorisi daha az uygulanabilir görülen maliyet yönetimi yaklaşımlarıdır. Diğer yaklaşımlar ise başka bir grup oluşturmaktadırlar. Daha fazla uygulanabilir görülen maliyet yönetimi yaklaşımlarının yıllarda Türkiye'de yoğun biçimde tartışılmış olan toplam kalite yönetimi ve stratejik planlama gibi yöntemlerle ilgili oldukları anlaşılmaktadır. Başka bir deyişle, mali yönetimle ilgili olarak kamu kurumlarında yerleştirilmeye çalışılan stratejik planlama faaliyetlerinin ve özellikle sağlık sektöründe çok popüler olan toplam kalite yönetimi uygulamalarının etkisi bu sonuçlarda da görülmektedir.

Hastane yöneticilerinin uygulanabilir gördükleri maliyet yönetimi yaklaşımları ile ilgili düşüncelerinin mevcut sorunlarla ilgisi vardır. Hastane yöneticileri; sağlık uygulama tebliğlerinde hastanelerin kendine özgü maliyetlerinin dikkate alınmaması, fiyatların sadece merkezi bürokrasinin bakış açısıyla belirlenmesi, vaka içeriklerinin önemsenmemesi gibi konulara dikkat çekmektedirler. Bu görüşler, genelde mali yönetim ve özelde maliyetlerin yönetimi noktasında aşırı merkezîyetçi yapıya vurgu yapmaktadır. İleri maliyet yönetimi yaklaşımları ise tam tersine yönetsel açıdan otonom yapıları ve profesyonelleşmeyi desteklemektedir. Yine hastane yöneticilerine göre hastane maliyet yönetimi açısından en kritik sorunlar arasında fazla stok ve malzeme maliyetleri, etkin bir maliyet ve performans sistemi kurulamaması, israf vb. sorunlardır. İleri maliyet yönetim yaklaşımları incelendiğinde, bu yaklaşımların büyük oranda yukarıda sayılan sorunlara çözüm bulmayı hedeflediği görülmektedir. Dolayısıyla, iyi uygulama örnekleri geliştirilebilirse ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarının hastane yönetimi açısından etkinlik ve verimlilik sorunlarına kısmen çözüm bulabileceği söylenebilir.

Araştırma sonuçları göstermektedir ki ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarının çoğu ile ilgili uygun bir uygulama ortamı mevcuttur. Yasal ve teknik düzenlemelerin yapılması ve iyi uygulama örneklerinin gösterilmesi şartıyla bu yaklaşımların hastane performans ve verimliliği üzerinde olumlu etkiler yapabileceği söylenebilir. Bu yaklaşımların dolaylı olarak

çalışan ve hasta memnuniyetinin de artıracacağı düşünülebilir. Ama en önemlisi ülke kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması üzerinde yapacağı etkiler olacaktır. Bu nedenle ileri maliyet yönetimi yaklaşımları konusunda daha fazla akademik araştırmalar yapılması faydalı olacaktır. Bundan sonra yapılacak araştırmaların maliyet yönetimi yaklaşımlarının uygulanması halinde ne gibi yasal sorunlar çıkabileceğine yönelik olması ve örnek uygulamalar içermesi sağlık sektörü açısından büyük katkılar yapabilecektir.

## KAYNAKÇA

1. Acar D. (2005) **Küresel Rekabette Maliyet Yönetimi ve Yaklaşımları**. Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
2. Altınbay A. (2006) Kaizen Maliyetleme Sistemi: Dinamik Bir Maliyet Yönetim Sistemi. **Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi** 8(1): 103-121.
3. Aytekin S. (2009) Tam Zamanında Stok Yönetimi (Just in Time) Felsefesinin Hastane İşletmelerine Uygulanabilirliği ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği. **Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 12(21): 102-115.
4. Baker G. R. and Pink G. H. (1995) A Balanced Scorecard For Canadian Hospitals. **Healthcare Management Forum** 8(4): 7-21.
5. Bekçi İ. ve Özal H. (2010) Stratejik Maliyet Yönetiminin Sağlık Sektöründe Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma. **Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi** 2(3): 78-97.
6. Bekçi İ. ve Toraman A. (2011) Kalite Maliyetleri ve Bir Hastanede Hesaplanması. **SDÜ İİBF Dergisi** 16(2): 39-57.
7. Bengü H. ve Arslan S. (2009) Hastane İşletmesinde Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Uygulaması. **Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi** XI(II): 55-78.
8. Blake J. W., Channon B. S., Grube M. E. and Sussman J. H. (2012) **A Guide to Strategic Cost Transformation in Hospitals and Health Systems, Hospitals in Pursuit of Excellence**. <http://www.hpoe.org/strategic-cost-transformation>, Erişim Tarihi: 22.12.2013.
9. Ceran Y. ve Özdemir Ş. (2013) Sağlık İşletmelerinde Paket İşlem Fiyat Uygulamalarının Hedef Maliyetleme Yöntemi ve Stratejik Pazarlama Muhasebesi Açısından Değerlendirilmesi ve Özel X Diyaliz Merkezinde Bir Uygulama. **Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi** 13(26): 450-478.
10. Chow-Chua C. and Goh M. (2002) Framework for Evaluating Performance and Quality Improvement in Hospitals. **Managing Service Quality**, 12(1): 54-66.
11. Civelek M. ve Özkan A. (2006) **Temel ve Tekdüzen Maliyet Muhasebesi**. Detay Yayıncılık, Ankara.
12. Çankaya F. ve Aygün D. (2006) FTM Kamu Hastanesi Uygulaması. **Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 17: 93-119.

13. Doğanay P. (2008) Kaizen-Sürekli İyileştirme ile Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi. **Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
14. Dowless R. (1997) Using ABC to Guide Strategic Decision Making. **Healthcare Financial Management** 51(6): 35-44.
15. Dunn L. (2013) **5 Key Principles for Hospitals From Toyota's Lean Production System**. <http://www.beckershospitalreview.com/news-analysis/5-key-principles-for-hospitals-from-toyotas-lean-production-system.html>, Erişim Tarihi: 31.12.2013.
16. Erdem B. (2006) İşletmelerde Yeni Bir Yönetim Yaklaşımı: Kıyaslama (Benchmarking) Yazınsal Bir İnceleme. **Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 9(15): 66-94.
17. Erdoğan N. ve Saban M. (2010) **Maliyet ve Yönetim Muhasebesi**. Beta Yayınları, İstanbul.
18. Erkol Ü. ve Ağırbaş İ. (2011) Hastanelerde Maliyet Analizi ve Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemine Dayalı Bir Uygulama. **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası** 64(2): 87-95.
19. Ertaş F. Ç. (1999) İşletmelerde Maliyet Düşürme Yaklaşımı: Kaizen (Sürekli İyileştirmeye Yönelik) Maliyet Yöntemi. **Atatürk Üniversitesi İİBF Dergisi** 13(1): 87-99.
20. Griffith J. R., Alexander J. A. and Warden G. L. (2002) Measuring Comparative Hospital Performance/Practitioner Response. **Journal of Healthcare Management** 47(1): 41.
21. Gürdal K. (2007) **Maliyet Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar**. Siyasal Kitabevi, Ankara.
22. Hacırüstemoğlu R. ve Şakrak M. (2002) **Maliyet Muhasebesinde Yeni Yaklaşımlar**. Türkmen kitabevi, İstanbul.
23. İldır A. (2008) **Faaliyet Tabanlı Maliyetleme İle Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi ve Performans Yönetimi**. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
24. Kaya S. (2005) **Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme**. Pelikan Yayınları, Ankara.
25. Kırılı M. ve Kayalı N. (2010) Stratejik Maliyet Yönetimi ve Kısıtlar Teorisi: Bir Uygulama. **Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 8(2): 93-115.
26. Kısakürek M. ve Elden S. (2011) Hastanelerde En Uygun Stok Kontrol Yönteminin Analitik Hiyerarşi Süreci İle Seçimi: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde Bir Uygulama. **Cumhuriyet Üniversitesi İİBF Dergisi** 12(11): 215-233.
27. Knight A. (2013) **Theory of Constraints in Health and Social Care**. ([http://www.hpoe.org/Reports-HPOE/guide\\_strategic\\_cost\\_transformation\\_hospitals\\_health\\_systems.pdf](http://www.hpoe.org/Reports-HPOE/guide_strategic_cost_transformation_hospitals_health_systems.pdf)), Erişim Tarihi: 18.12.2013.

28. Ögüt A., İraz R. ve Zerenler M. (2007) Değer Mühendisliği (Value Engineering) Uygulamalarının Fonksiyonel Etkinlik Açısından İşletmelerin Somut ve Soyut Varlıklarına Yönelik Olası Etkileri. **Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi** 13: 51-68.
29. Samani D. Z. and Kohan M. F. (2011) Framework for Implementing Balanced Scorecard in Hospitals. **J. International Business and Entrepreneurship Development** 5(4): 362-368.
30. Tarım M. (2004) Sağlık Sektöründe Performans Ölçme ve Balanced Scorecard. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 2(7): 233-248.
31. Udpa S. (1996) Activity Based Costing for Hospitals. **Health Care Management Review** 21(3): 83-96.
32. Uz H. M. (1996) **Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi İçin Gereken Ön Koşullar ve Bu Konudaki Danimarka Tecrübeleri, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**. Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.
33. West T. D. (1996) Constrasting RCC, RVU and ABC for Managed Care Decisions. **Healthcare Financial Management** 50(8): 54-61.
34. Yardan E. D., Demirkıran M. ve Yabana B. (2016) Türkiye Sağlık Harcamaları Trendi. **Hittit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 9(1): 157-175.
35. Yıldız M. S., Kethüda Ö. ve Kurutkan M. N. (2013) Dengeli Ölçüm Kartının Hastane İşletmelerinde Uygulanması: Örnek Olay Çalışması. **Atatürk Üniversitesi İİBF Dergisi** 27(4): 90-109.
36. Yiğit V., Ağırbaş İ. ve Şahin İ. (2012) **Üniversite Hastanelerinin Finansal Sorunlarını Tespit Etmeye Yönelik Bir Araştırma**. 6. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Isparta.
37. Yükçü S. (2007) **Yöneticiler İçin Muhasebe Yönetim Muhasebesi**. Birleşik Matbaacılık, İzmir.



# Acceptance and Utilization of Information and Communication Technologies: Case Study of Health Care Managers in Ankara

Fatih DEMİRCAN\*  
Pelin ÖZGEN\*\*  
Dilaver TENGİLİMOĞLU\*\*\*

## ABSTRACT

*Rapid advances in information and communication technologies has a significant impact in many industries, including the health care sector. Health information systems aid healthcare managers mostly in compiling the information required in decision making processes, as well as handling the daily routines. Since the demand for healthcare has been increasing rapidly, there is a need for increased capacity for recording and storing medical data, as well as handling and processing the stored data. The purpose of the study is to identify the resistance towards healthcare information systems from managers' perspective, try to find out potential problems during the implementation of information systems and to provide some suggestions in the process of information systems applications. The data used were obtained from a questionnaire survey conducted with 108 hospital administrators working in 16 public hospitals, 12 of which were in the Ministry of Health and 4 were university hospitals in Ankara. The results show that managers and employees are reluctant and are afraid of change. To overcome this resistance and inconfidence, managers should identify the reasons behind the resistance and should explain the new procedures in a very detailed way.*

**Keywords:** Information systems, health information systems, resistance to technological changes

## Bilgi Sistemleri ve İletişim Teknolojilerinin Kabulü ve Kullanımı: Ankara'daki Sağlık Yöneticileri Örneği

### ÖZ

*Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki hızlı değişim ve gelişmeler sağlık hizmetleri sektörünü de önemli ölçüde etkilemiştir. Hasta verilerini kullanma, işleme, tekrar ulaşma zor bir hal alırken, sağlık bilgi sistemleri sayesinde hem bu işlemler hızlı ve güvenilir şekilde yapılabilmekte, hem de hastane yöneticilerinin karar verme süreçlerinde ihtiyaç duydukları bilgiler derlenebilmektedir. Sağlık hizmeti talebinin hızla artması ile birlikte, tıbbi verilerin kaydedilmesi ve depolanması için artan kapasite ihtiyacı yanı sıra, depolanmış verilerin taşınması ve işlenmesine ihtiyaç vardır. Bu çalışmanın amacı, sağlık bilgi sistemlerine karşı hastane yöneticilerinin karşılaştıkları direncin ve sistemlerin kullanımını esnasında karşılaşılan problemlerin belirlenmesi ve bilgi sistemlerinin uygulanma süreci için bazı öneriler sunmaktır. Kullanılan veri, Ankara'da faaliyet gösteren 12'si Sağlık Bakanlığı, 4'ü Üniversite Hastanesi olmak üzere toplam 16 kamu hastanesinde görev yapan 108 hastane yöneticisi ile yapılan anket çalışması ile elde edilmiştir. Sonuçlar göstermektedir ki, yöneticiler ve çalışanlar değişime karşı isteksizdirler. Bu önyargı ve direncin kırılabilmesi için yöneticilerin isteksizliğin arkasındaki nedenleri sorgulamaları ve çalışanlara yeni iş prosedürleri hakkında detaylı bilgilendirme yapmaları gerekmektedir.*

**Anahtar Kelimeler:** Bilgi sistemleri, sağlık bilişim sistemleri, teknolojik değişimlere karşı direnç

\* Tchealth, fdemircan@tchealth.com

\*\* Asstn. Prof., Atılım University, Department of Business Administration, pelin.ozgen@atilim.edu.tr

\*\*\* Prof., Atılım University, Department of Business Administration, dilaver.tengilioglu@atilim.edu.tr

## **I. INTRODUCTION**

Information and communications technology have become one of the indispensables in every aspect of our lives. In parallel with this, every organization, including the ones in health care industry, have started to employ information systems in their operations. Consequently, presentation and the quality of health services are positively affected by this development. It is seen that, high quality service is highly dependent on well planned information process. Therefore, the investment on information systems is increasing both in monetary values and in context of the systems in every kind of organizations.

Hospitals, which are the largest organizations in the healthcare sector, are complex structures that combine multiple complex services at the same time. The use of information systems in this complex organization plays an important role in the solution of many problems. For example, in providing better delivery of health services, monitoring the costs, maintaining the level of quality standards, keeping the accounting reports and in many other topics, information systems provide the biggest assistance to managers in decision making. However, people tend to show resistance to new systems even though they agree to advantages of the system.

In an extended literature research, it is seen that both national and international studies address to acceptance and utilization of information technologies in different sectors, such as education, tourism, communications (for example, Yorgancıoğlu Tarcan, Çelik 2016, Ömürbek et al. 2013, Lam et al. 2007, Lapointe, Rivard 2005, Turan, Çolakoğlu 2008). Parallel with this trend, the purpose of this study is to investigate the attitudes of managers in healthcare towards application of information systems in health care sector and to provide some suggestions in the process of information systems applications.

The study consists of four sections. In the first part, the evolution and main concepts about health care information systems are given, in the second part importance of health care information systems are discussed, in the third section resistance and acceptance models to Information Systems (IS) are provided, and the final part of the study is devoted to empirical study and discussions made on the results.

## **I. HEALTH CARE INFORMATION SYSTEMS**

Information systems are the major element responsible for collecting, prioritizing and preparing all health related data to be used in research to improve the delivery of health services. Considering the fact that health services are continuous and should be uninterrupted, it is crucial to have a rapid and accessible health system.

Health care information systems can be classified into two main groups as shown in Table 1 below. The first group is called as “diagnosis and treatment systems”, and the second group is called as “clinical information systems” (Güleş, Özata 2005).

**Table 1. Classification of Healthcare Information Systems**

<b>Healthcare Information Systems</b>	<b>Subsystems</b>	<b>Functions</b>
<b>Clinical healthcare systems</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Electronic Medical / Patient Records</li> <li>-Clinical Decision Support Systems</li> <li>-Nursing Information Systems</li> <li>-Medical Image Management and Storage Systems</li> <li>-Patient Tracking Systems</li> <li>-Clinical Communication Systems</li> <li>-Tele medicine</li> <li>-Case Composition</li> <li>-Virtual Reality Applications</li> <li>-Smart Card Applications</li> <li>-Hospital Information Systems</li> </ul>	Systems that collect important clinical information about patients
<b>Diagnosis and Treatment Systems</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Imaging Systems</li> <li>-Laboratory diagnosis systems</li> <li>-Other Medical Technologies</li> </ul>	Systems used in diagnosis and treatment

Source: Güleş and Özata 2005

## II. IMPORTANCE AND ROLE OF INFORMATION SYSTEMS IN HEALTH CARE ORGANIZATIONS

In hospitals, starting from the patient's admission until discharge from the hospital, a lot of data is collected. However, management of this data is not very easy and therefore requires a good data management. Monitoring of patients and control and planning in management functions are the major reasons which constitute the need for creating a health management information system. By doing so, it would be possible to manage the daily tasks and to establish planning and control in a much efficient and effective way (Villalabos 1982). Moreover, as Onay (1998) points out, establishing an efficient information system aids companies in enlarging the service area, acquiring more customers, developing the market, decreasing costs and increasing efficiency, and finally in better managing the resources of the company.

Considering the fact that there is a huge amount of data accumulated in hospitals, processing such as data gathering, screening, analysis and finally presenting the results to management requires an effective utilization of information systems (Özbek et al. 2007). In addition to these, full integration and usage of all the modules in the information systems prevents double postings or contradictions in reporting. In this manner, the main benefits of information systems can be summarized as regularity of operations, improved patient care, better management and control, improved capital management, smart management of income and cost (Kelkar 2010).

However, despite the benefits of information systems, there is also some resistance towards these as well. Resistance towards usage of healthcare information systems and the reasons for the resistance are discussed below.



### III. RESISTANCE TOWARDS EMPLOYMENT OF HEALTHCARE INFORMATION SYSTEMS AND ITS REASONS

The concept of change is complex and includes a large amount of uncertainty. Due to these reasons, people are generally reluctant to change and do not want to change the way they do their business, although the new way of doing business actually easier for them.

Managing the resistance for change is one of the crucial points for information systems to achieve its intended roles. Workers are always in the tendency to show reluctancy towards change and feel insecure when there is uncertainty. One of the best ways to overcome these feelings is to explain the new processes and changes to occur in a very detailed way. Moreover, if still a resistance to change occur, this resistance should be suppressed or better, should be solved before the problem grows. In this context, understanding the attitudes and perceptions of healthcare personel could be said to ease a change to occur (Altındış et al. 2011).

The general reasons towards change could be summarize under the headings below:

**Personal reasons:** Individualistic resistance towards change could be due to;

- fear against unknown processes,
- difficulty to give up the habit,
- lack of information about changes going on in the organization
- fear of failure
- difficulties in learning new technology and systems
- lack of self-esteem

**Social reasons.** Social reasons to form a resistance to change might be;

- Dissonance between work-group norms and personal targets
- distrust and negative attitudes towards those who implement change
- negative attitude of one's reference group towards change
- belief that change occurred outside of their team
- belief or perception that change is for the benefit of one specific group only

**Psychological reasons:** Working personel are accustomed to doing work in one specific way and most of the time have problems in learning alternative methods. Knowing that they will have problems, seed fear in them. This fear automatically forms a border towards change (Karabulut 2012).

### IV. HOSPITAL MANAGERS AND INFORMATION TECHNOLOGIES

Healthcare information systems is very closed related with concepts of efficiency in terms of cost, service quality and patient satisfaction as it is a major tool in gathering, analyzing and disseminating data in healthcare services.

Considering the budget and capacity of health institutions, attitudes and intentions to invest in the appropriate information technology of the hospital management and administration is important. Choosing the wrong technology by management and a low performance of the system will lead to negative effects in the adaptation process and will cause unnecessary costs, in terms of time and effort (Yorgancıoğlu Tarcan, Çelik 2016).

Hospital management information systems, which initially arouse due to the need for issuing dispatch notes and correct bills, are now the irreplaceable part of the management in many everyday procedures including (but not limited to) forming patient records,

appointment procedures, reports and prescribing, displaying laboratory results and electronic patient records, purchasing, management decision support analysis; monitoring of the quality related processes, etc. (Rodoplu 2008).

Today, hospital administrators, should shift their paradigm in managing the nonprofit organization of hospitals, and start managing as if a private company. This situation should be close to implementing financial solutions and investment as well as building better skills. This includes working more closely with the staff, paying attention to their satisfaction, making sure that performance criteria are applied fairly, medical error rates are lowered and the quality of service as well as patient satisfaction are increased. This way, the productivity will be increased, leading in a stronger organization. However, in order to be able to do all these things, health information technology is needed.

In addition to these, hospital managers should continually monitor all emerging technology. Mobile applications, wireless communications and for use in hospitals, patient monitors and can be reached at the beginning of data per patient and to speed up data entry, it causes acceleration in parallel to increase productivity. Radiology Information Systems (RIS), Picture Archiving and Communications Systems (PACS), Laboratory Information Systems (LIS) and such technologies can help to save paper and time savings. With the use of Radio frequency identification (RFID), medical devices within the hospital offers ease of monitoring and reduce errors (Cenk 2011).

## **V. EMPRICAL STUDY**

### **5.1. Purpose of the Study**

As there is an increase in health conciousness, expected life length and increase in variety of diseases, demand for health services is also rapidly increasing. In paralel with this, the rivalry among industry is also getting more fierce. Therefore, healthcare managers try to control costs without sacrificing from quality. In this manner, implementation of a well planned information system will enable the organizations the cut costs by decreasing redundancies, better and rapidly accessing information and controlling every process in a better way. However, as discussed before, people are reluctant to change and tend to show resistance towards changing the procedures. Therefore, in order to be able to implement a successful information system, first attitudes of personel towards this sytem should be identified.

Consequently, the purpose of the study is to identify the attitudes and perceptions of hospital managers towards healthcare information systems and to try to find out potential problems during the implementation of information systems.

### **5.2. Methodology**

In this study, level of acceptance and use of information systems of manager level employees in healthcare sector are investigated. Employees having the title of deputy surgeon general, hospital manager, deputy hospital manager, director of financial and administrative affairs and director of medical services are the respondents of a survey. The questionnaire used in this study is adapted by former studies in the literature such as Altınöz (2008) and Köksal and Esatoğlu (2001).

The population of the study is consisted of state hospitals (both general and specialized) and university hospitals operating in Ankara, in the year 2015. Within this population, only the ones in the city center are selected to the sample group. Therefore, the sample of

hospitals consisted of 12 state and 4 university hospitals. There are 172 hospital managers with above identified titles in those hospitals. All of them are handed with the questionnaire, however, only 108 of the distributed questionnaires are found to be correctly filled. Therefore, the response rate of the questionnaires are found to be 62%. In testing the reliability of the study, Cronbach's Alfa is calculated and found to be .67, suggesting that the study is at acceptable level.

Descriptive statistics in order to summarize the data for categorical variables are shown in frequency tables. For comparing the different groups, independent samples t test and One-Way ANOVA are used and for relationships between categorical variables Fisher-Freeman-Halton test is utilized. All statistical analyzes are performed with SPSS v.22 and statistical significance level was taken as .05.

The scale used is 5-point Likert Attitude Scale, which is widely used in social sciences to learn the thoughts and attitudes of the people involved in the sampling (Karagöz and Ekici 2004). In the used scale, the options are as follows. 1- It does not matter at all, 2- It does not matter 3- Indifferent, 4- It is important, 5- It is very important.

Survey is applied through with face-to-face-one interviews, and the variables in the questionnaire were explained to participants thoroughly in order to prevent any misunderstandings. Questions about the institution and individual were placed to the first part of the questionnaire to overcome reluctance towards answering. Then, the problems encountered in using Information Systems and participants thoughts about using IT and systems are asked in parallel with the aim of the research.

### **5.3. Research Hypothesis**

In the current research, the following alternative hypothesis are tested:

- H<sub>1</sub>: Reasons of resistance to change varies with respect to hospital type.
- H<sub>2</sub>: Reasons of resistance to change varies with respect to manager's title.
- H<sub>3</sub>: Importance of problems faced in using information systems varies with respect to hospital type.
- H<sub>4</sub>: Importance of problems faced in using information systems varies with respect to manager's title.
- H<sub>5</sub>: Purpose for using information technologies varies with respect to hospital type
- H<sub>6</sub>: Purpose for using information technologies varies with respect to manager's title.
- H<sub>7</sub>: The success probability of information systems varies with respect to hospital type.
- H<sub>8</sub>: The success probability of information systems varies with respect to manager's title.

### **5.4. Findings**

Descriptive statistics to summarize the data obtained from the study are given in the table (Table 2). For hypothesis testing, SPSS v.22 programme is used, with .05 significance level and independent samples t-test, ANOVA analysis and Fisher-Hamilton- Halton test are used as post-hoc.

**Table 2. Descriptive Statistics**

<b>Demographics and General Descriptives</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gender</b>	Female	17	15.7
	Male	91	84.3
<b>Age</b>	23-30	5	4.6
	31-40	54	50.0
	41-50	29	26.9
	50+	18	16.7
<b>Title</b>	Deputy Surgeon General	23	21.3
	Hospital Manager	10	9.3
	Deputy hospital manager	58	53.7
	Director of Financial and Administrative Affairs	10	9.3
	Director of Medical Services	7	6.5
	General Hospital	16	14.8
<b>Hospital Type</b>	University Hospital	18	16.7
	Specialized Hospital	24	22.2
	Research Hospital	50	46.3
<b>Demographics and General Descriptives (cont'd)</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Duration of Use of Information Technology</b>	6-10 years	13	12.0
	11 and more years	95	88.0
<b>Having an instruction document for IT usage</b>	Yes	85	78.7
	No	18	16.7
	Not answered	5	4.6
<b>Reporting function of IT</b>	Yes	105	97.2
	No	3	2.8

According to survey, 71.3% of the managers state that they are faced with resistance from employees towards Information Technologies system implementation. The problems faced by managers in using information technologies in hospitals, and the reasons for resistance towards IT are summarized in table below (Table 3) from the perspective of managers.

**Table 3. Problems Faced by Managers in Using Information Technologies**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Resistance to change</b>	Yes	77	71.3
	No	30	27.8
	No answer	1	0.9
<b>Reasons towards change in hospitals</b>	Uncertainty	40	37.0
	Fear of failure	8	7.4
	Fear of future	2	1.9
	Reluctancy	40	37.0
	Lost data	18	16.7

In further analysis, it is seen that “uncertainty” and “reluctancy” have the same proportion and they are the most frequent. Meanwhile, “fear of future” is stated with least frequency.

In testing whether there is a difference in reasons for resistance with respect to hospital type, t test is applied. The results are summarized in Table 4.

**Table 4. Results of T-Test to See The Variance in Reasons for Resistance with Respect to Hospital Type**

		Hospital Type								Total		p
		General Hospital		University Hospital		Specialized Hospital		Research Hospital				
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Reasons for resistance towards IT usage	Uncertainty	5	31.3	7	38.9	8	33.3	20	40.0	40	37.0	0.356
	Fear of failure	1	6.3	1	5.6	1	4.2	5	10.0	8	7.4	
	Fear of future	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	4.0	2	1.9	
	Reluctancy	9	56.3	7	38.9	6	25.0	18	36.0	40	37.0	
	Lost data	1	6.3	3	16.7	9	37.5	5	10.0	18	16.7	
	<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100.0</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>	<b>108</b>	<b>100.0</b>	

As can be seen in the table above, the reasons for resistance does not vary according to the hospital type ( $p = 0.356 > 0.05$ ). Therefore H1 is rejected.

In testing to see whether there is a difference in reasons for resistance with respect to title of the manager, t test is applied and results are summarized below (Table 5).

**Table 5. Results of t-test to see the variance between different titled managers towards reasons for resistance towards IT usage**

		Title										Total		p
		Deputy Surgeon General		Hospital Manager		Deputy hospital manager		Director of Financial and Admin. Affairs		Director of Medical Services				
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Reasons for resistance towards IT usage	Uncertainty	9	39.1	0	0.0	20	34.5	8	80.0	3	42.9	40	37.0	0.112
	Fear of failure	0	0.0	1	10.0	6	10.3	0	0.0	1	14.3	8	7.4	
	Fear of future	0	0.0	0	0.0	2	3.4	0	0.0	0	0.0	2	1.9	
	Reluctancy	9	39.1	7	70.0	21	36.2	1	10.0	2	28.6	40	37.0	
	Lost data	5	21.7	2	20.0	9	15.5	1	10.0	1	14.3	18	16.7	
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>	<b>7</b>	<b>100.0</b>	<b>108</b>	<b>100.0</b>		

According to the results, reasons for resistance towards IT usage does not change with the title of the manager ( $p = 0.112 > 0.05$ ). Therefore H2 is rejected.

To test if there is a difference between importance of problems faced in using IT with respect to hospital types and titles, ANOVA analysis is used. The results of ANOVA tests for H3 and H4 are provided below (Table 5 - Table 6).

**Table 6. Importance of Problems Faced in Using IT with Respect to Hospital Types**

	<b>n</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Dev.</b>	<b>p</b>
<b>General Hospital</b>	16	3.812	0.444	0.596
<b>University Hospital</b>	17	3.596	0.312	
<b>Specialized Hospital</b>	24	3.767	0.498	
<b>Research Hospital</b>	50	3.708	0.546	
<b>Total</b>	107	3.719	0.488	

According to the results of one-way ANOVA, there is no significant variation in importance of problems faced between different hospital types.

**Table 7. Variation in Importance of Problems Faced in Using IT with Respect to Titles**

	<b>f</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Dev.</b>	<b>p</b>
<b>Deputy Surgeon General</b>	23	3.696	0.431	0.005
<b>Hospital Manager</b>	10	3.943	0.496	
<b>Deputy hospital manager</b>	58	3.788	0.516	
<b>Director of Financial and Administrative Affairs</b>	10	3.214	0.121	
<b>Director of Medical Services</b>	6	3.619	0.250	
<b>Total</b>	107	3.720	0.489	

In testing whether there is a significant variance in attributing importance to problems faced in IT usage with respect to titles, the analysis shows that there exists a significant difference ( $p= 0.005 < 0.05$ ). Therefore, H4 cannot be rejected. In further analysis, it is found that the difference stems from the difference between Director of administrative and financial managers versus hospital managers and deputy hospital managers. In other words, both hospital managers and deputy hospital managers attribute more importance to problems than the director of administrative and financial affairs.

For testing hypothesis H5 and H6 about purpose of IT usage, again ANOVA test is applied with respect to hospital types and manager titles. Results of the tests are provided below (Table 8 and Table 9).

**Table 8. Purpose of IT Usage with Respect to Hospital Types**

	<b>f</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Dev.</b>	<b>p</b>
<b>General Hospital</b>				0.109
<b>University Hospital</b>	18	3.747	0.560	
<b>Specialized Hospital</b>	24	4.139	0.504	
<b>Research Hospital</b>	50	4.049	0.525	
<b>Total</b>	108	4.017	0.536	

**Table 9. Purpose of IT Usage with Respect to Management Titles**

	<b>f</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Dev.</b>	<b>p</b>
<b>Deputy Surgeon General</b>	23	3.870	0.417	0.681
<b>Hospital Manager</b>	10	4.033	0.593	
<b>Deputy hospital manager</b>	58	4.059	0.594	
<b>Director of Financial and Administrative Affairs</b>	10	4.033	0.419	
<b>Director of Medical Services</b>	7	4.111	0.480	
<b>Total</b>	108	4.017	0.536	

As the above tables show, there is no significant variance with respect to neither hospital type, nor management titles. The p-values for ANOVA test in testing these hypothesis are 0.109 and 0.681 respectively. Therefore, hypothesis H5 and H6 are rejected.

In an attempt to test the hypothesis, stating that “The success probability of information systems varies with respect to hospital type” (H7) or with respect to management title (H8), ANOVA test is applied. The results are given below, in Table 10.

**Table 10. The Success Probability of Information Systems with Respect to Hospital Type**

		Hospital Type								Total		p
		General Hospital		University Hospital		Specialized Hospital		Research Hospital				
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Factors affecting IT systems success	Correct Price/Performance Analysis	3	18.8	3	16.7	8	33.3	6	12.0	20	18.5	0.002
	Correct identification of application purposes	2	12.5	4	22.2	5	20.8	8	16.0	19	17.6	
	Right company selection	6	37.5	1	5.6	2	8.3	16	32.0	25	23.1	
	Preparing contract in clear and unambiguous terms	4	25.0	4	22.2	0	0.0	14	28.0	22	20.4	
	Close supervision in supplier relations	0	0.0	0	0.0	2	8.3	0	0.0	2	1.9	
	Determination of service level criteria	1	6.3	6	33.3	7	29.2	6	12.0	20	18.5	
<b>Total</b>		16	100.0	18	100.0	24	100.0	50	100.0	108	100.0	

As seen above, there is a significant variance in success probability of information systems with respect to hospital type ( $p= 0.002 < 0.05$ ). This variance stems from the difference between specialized hospital and research hospitals in making correct Price/Performance Analysis and the difference between university hospitals and general hospitals in right company selection criteria. Therefore, H7 is not rejected.

In another hypothesis to test whether the success probability of information systems varies with respect to management title (H8), ANOVA test is applied. The results are given below in Table 11.

**Table 11. The Success Probability of Information Systems with Respect to Title**

		Title										Total		p
		Deputy Surgeon General		Hospital Manager		Deputy hospital manager		Director of Fin. and Admin. Affairs		Director of Medical Services				
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Factors affecting IT systems success	Correct Price/ Performance Analysis	8	34.8	0	0.0	11	19.0	0	0.0	1	14.3	20	18.5	0.003
	Correct identification of application purposes	0	0.0	4	40.0	12	20.7	2	20.0	1	14.3	19	17.6	
	Right company selection	5	21.7	3	30.0	15	25.9	2	20.0	0	0.0	25	23.1	
	Preparing contract in clear and unambiguous terms	7	30.4	2	20.0	12	20.7	0	0.0	1	14.3	22	20.4	
	Close supervision in supplier relations	0	0.0	0	0.0	2	3.4	0	0.0	0	0.0	2	1.9	
	Determination of service level criteria	3	13.0	1	10.0	6	10.3	6	60.0	4	57.1	20	18.5	
<b>Total</b>		23	100.0	10	100.0	58	100.0	10	100.0	7	100.0	108	100.0	

As the results summarized in Table 11 show, there is a significant variance in the success probability of information systems with respect to manager title ( $p = .003, < .05$ ). In doing the post-hoc test, it is seen that this difference stems from higher levels of determination of service level criteria of director and finance and administrative affairs.

## VI. RESULTS AND DISCUSSION

There is no doubt that health professionals and managers are required to continuously monitor the external and internal variables in today's complex and dynamic environment. To do this, not only computer literacy but being able to effectively use the information technologies is required. Especially in hospitals, where there is need to cut costs due to fierce competition without any sacrifice from quality, application of information technologies could be a life-saver.

In a recent and similar study, carried out by Yorgancıoğlu Tarcan and Çelik (2016), the relationship between individual factors like age, gender, marital status, years of computer use and attitude of health information technology, which is determined by ease of use, perceived ease, perceived benefit and the purpose of use are investigated and it is found that there exists a significant relation between these factors. Similar to that research, according to the results of the current survey, it is seen that hospital managers think that information technologies are worth their cost and use of information technologies will be used in a wider spread in time. However, as this is a new way of doing things, people are reluctant and are afraid of change. To overcome this resistance and inconfidence, managers should identify the reasons behind the resistance and should explain the new procedures in a very detailed way.



In addition to these, as shown in the analysis, the primary purpose of the use of information technology by hospital administrators is interpreted as a tool in cost reduction. Here, the decrease in the expenses occur by the improvement in service efficiency and productivity. In another study carried out by Omurbek and Altin (2009), the 76% of the participants thought that the cost of using information technology was exceedingly high. But 78.6% of the respondents think that information technology gives advantage in competitive environment. So, the present study study could be said to conradict with the pre-stated research, yet both studies reveal the fact that users agree the competitive advantage added by the IT systems. The use of information technology also increases the service quality and decreases the response time to patients, which is may be more important in the long term profitability and survial of the hospitals.

The results of hypothesis tests reveal that problems faced do not differ with respect to different types of hospitals. In other words, all hospitals suffer from the same problems. However, managers at different positions with different titles perceive problems with different levels of importance. That means, not every problem is with the same importance for everyone. This is one of the expected results, because different managers have different responsibilities and their success criteria are different. Therefore it is only normal to attribute different importance levels to different problems faced.

In addition to this, one other result shows that, information technology usage is perceieved in the same way among all hospital types and through all management levels. Moreover, it seems that hospital managers think that information technology is worth the cost and that the use of information technology will be used in a wider period of time. However, since there is a new way of doing these things, people are reluctant and afraid of change. In a survey carried out by Çimen (2014), it is seen that eventhough the use of hospital management information systems in the world was based on the early 1960s, this process started in 1967 at the Hacettepe University Hospital for the first time in Turkey, but could not be utilized in long-term. In those years, especially because of the resistance of the physicians, the practice was abandoned the same year. The research shows that, in order to overcome these resistance and disruptions, managers must identify the reasons behind the resistance and explain the new procedures in a very detailed way. In other words, the uses of information technology should be well communicated, which is a recommended approach (Uslu 2006).

By looking at the survey results, it can also be said that factors affecting the perception of success of the IT systems varies according to different hospital types, where the difference results from the difference between specialized hospitals and research hospitals in making pcorrect price/Performance analysis and the difference between university hospitals and general hospitals in right company selection criteria. This difference is logical because of the success factors in these hospitals performance regulations. Moreover, within the same context, it is seen that director of financial and administrative affairs significantly diverge from other managers in that they pay more attention to IT system's capability of determining the service level criteria.

Information systems have become irreplaceable part of any organization. Despite some resistance to change is present in the healthcare sector in terms of application of these systems, given the advantages and the great convenience it offers for both professionals and patients, no organizatiopn can be though to survive the competition without using proper information systems. Therefore, as it it also shown in this study, the advantages should be clearly communicated with the users of the system and more attention should be paid to different success criteria with respect to different job titles.

## REFERENCES

1. Altındış M., Altındış S. ve Saylı H. (2011) Sağlık Profesyonellerinin Değişim Sürecindeki Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. **ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi** 7(14): 79.
2. Altınöz M. (2008) Ofis Otomasyonu Sistemlerinin Bireysel Performans Üzerine Etkisi. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 20: 51-63.
3. Cenk T. (2011) **Hastane Yöneticisi ve Bilişim Teknolojileri** (Retrieved at 12.12.2015 <http://www.cenktezcan.com/?p=22>)
4. Çimen M. (2014) Hastane Bilgi Sistemleri ve Sektörel GZFT Analizi. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi Yayınlanmış Yüksek lisans tezi**, İzmir.
5. Güleş H. K. ve Özata M. (2005) **Sağlık Bilişim Sistemleri**. Nobel Yayınları, Ankara
6. Karabulut K. (2012) **Değişime Direnç**. (Retrieved at 11.12.2015 from <http://kaankarabulut.blogcu.com/degisime-direnc/11723513>)
7. Kelkar S. A. (2010) **Hospital Information Systems, A Concise Study**. PHI Learning Private Limited, New Delhi.
8. Köksal A. ve Esatoğlu A. E. (2001) Hastanelerde Bilgisayar Teknolojisi Kullanımı. **4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı**, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, 27-28 Eylül, s.270-290.
9. Lam T., Cho V. and Qu H. (2007) A study of hotel employee behavioral intentions towards adoption of information technology. **International Journal of Hospitality Management** 26(1): 49-65
10. Lapointe L. and Rivard S. (2005). A Multilevel Model of Resistance to Information Technology Implementation. **MIS Quarterly** 29(3): 461-491
11. Onay Z. (1998) Sağlık Sektöründe Bilgi Sistemleri. **Dokuz Eylül Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi** 13(2): 35-46.
12. Ömürbek N. ve Altın F. (2009) Sağlık Bilişim Sistemlerinin Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma: İzmir Örneği. **SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi, Sosyal Bilimler Dergisi** 19.
13. Özbek F., Yardımsever M. ve Saka O. (2007) Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Laboratuar ve Radyoloji Bilgi Sistemi Mimarisi. **IX. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri**. 31 Ocak - 2 Şubat 2007 Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.
14. Rodoplu D. (2008). Bilgi Teknolojileri Uygulamalarına Karşı Çalışan Direnci; Hastane Bilgi Sistemi Uzerinde Bir Uygulama. **Review of Social, Economic & Business Studies** 9(10): 409-438.
15. Turan A. H. ve Çolakoğlu B. E. (2008) Yüksek Öğrenimde Öğretim Elemanlarının Teknoloji Kabulü ve Kullanımı: Adnan Menderes Üniversitesinde Ampirik Bir Değerlendirme. **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, 9(1): 106-121.

16. Uslu D., Toygar Ş. and Mansur F. (2016) A Research To Determine The Availability of Hospital Information Management System: A Training and Research Hospital in Ankara. **Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi** 2(3): 45-57.
17. Villalabos M. (1982) Slashing Inventory Costs. **Computers in Healthcare** 8(8): 57-58.
18. Yorgancıoğlu Tarcan G. ve Çelik Y. (2016) Hastane Yöneticilerinin Sağlık Bilgi Teknolojilerine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Bireysel Faktörlerin Belirlenmesi. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 19(1): 35-55.

# Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanma Davranışını Etkileyen Faktörler

Havva ÇALIŞKAN\*

## ÖZ

*Bu araştırma, sağlık personelinin kişisel koruyucu ekipman kullanma davranışını etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmada, 06.05.2014 – 16.07.2014 tarihleri arasında sağlık hizmetlerinde görevli 253 sağlık personeli incelenmiştir. Araştırmada veri toplamak amacı ile ölçek formu uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler yüzde (%) ve ortalama, Kruskal-Wallis H testi ve Mann Whitney U testi, korelasyon ve aşamalı regresyon analizi kullanılmıştır. Wallis H testi ve Mann Whitney U testi sonucunda kişisel koruyucu ekipman kullanma davranışında cinsiyet, yaş, meslek, çalışılan kurum ve eğitim alma durumu değişkenlerinin etkili olduğu, yapılan aşamalı çoklu regresyon analizi sonucunda ise sırasıyla çalışanın sağlığını koruma farkındalığı, kişisel koruyucu ekipman ulaşılabilirliği, kişisel koruyucu ekipman fiziksel uygunluğu değişkenlerinin etkili olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, çalışanların sağlığını koruma ihtiyacı hissetmeleri durumunda, ulaşılabilir ve fiziksel olarak uygun bir koruyucu malzemenin bulunması, çalışan güvenliğinin temelini oluşturmaktadır.*

**Anahtar Kelimeler:** Kişisel koruyucu ekipman, çalışan güvenliği, çalışan sağlığı

## The Factors Affecting Personal Protective Equipment Use Behavior in Health Services

### ABSTRACT

*This research is a descriptive study whose aim is to identify factors that affect the behaviour of the usage of personal protective equipment by medical staff. In the study, between 05/06/2014 - 16/07/2014, 253 medical staff working in health care have been examined. In this research scale form was applied to collect data. Data were evaluated by descriptive statistics percent (%) and average, Kruskal-Wallis H test and Mann-Whitney U test, correlation and stepwise regression analyses were used. In the results of Wallis H test and Mann-Whitney U test, in use of personal protective equipment behaviour ages, professions, institution which is being worked and education status variables are effective, in the result of applied Progressive Multiple Regression Analysis respectively awareness of employees to protect their health, attainability to personal protective equipment, physical suitability to personal protective equipment variables were found to be effective. Consequently, the need to protect the health of workers feel if physically accessible and there is a suitable protective material, is the basis of personnel safety.*

**Key Words:** Personal protective equipment, employee safety, employee health

## I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde sağlık çalışanları, çalıştığı alan doğrultusunda biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikososyal olmak üzere birçok tehlike ve risklere maruz kalırlar (Beşer, Topçu 2013). Bunlar; çeşitli kimyasal faktörlere maruz kalma, bulaşıcı hastalıklar, kesici-delici alet yaralanmaları, fiziksel sözel şiddete maruz kalma, stres, aşırı sıcak, aşırı soğuk, çalışma süresinin uzun olması, gürültülü ortam, kötü aydınlatma, kötü havalandırma, gibi risk faktörlerinden oluşmaktadır. Tüm bu tehlikeler sağlık çalışanlarının işteki performanslarının azalmasına, iş kazalarının artmasına neden olmakta ve hem çalışanların

\* Edirne Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, hcaliskan72@hotmail.com

güvenliğini olumsuz etkilemektedir (Zenciroğlu 2011). Amerikan Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (National Institute for Occupational Safety and Health - NIOSH), hastanelerde 29 çeşit fiziksel, 25 çeşit kimyasal, 24 çeşit biyolojik, 6 çeşit ergonomik ve 10 çeşit psiko-sosyal tehlike ve risk olduğunu bildirmiştir (Meydanlıoğlu 2013).

İnsan sağlığına zararlı olan veya olabilecek bakteriler, virüsler, mantarlar ve parazitler sağlık hizmet sunumunda karşılaşılan biyolojik riskleri oluşturmaktadır. Kan ve kan ürünleri, vücut sıvıları, hava ve diğer yöntemlerle sağlık çalışanlarını etkileyen biyolojik riskler içinde enfeksiyon hastalıklarının önemli bir yeri vardır (Hisar 2013). Günümüzde özellikle Hepatit B virüsü, Hepatit C virüsü ve HIV gibi kan ile bulaşan enfeksiyonlar ile solunum yolu ile bulaşan Influenza, Rubella, Kızamık, Kabakulak, Varisella ve Parvovirüs B19 gibi virüslerle ile Tüberküloz, Boğmaca, Streptokok ve H. Influenza gibi enfeksiyonlar sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini bozarak iş gücü kayıplarına yol açmaktadır (Cürçani, Tan 2009; Kışioğlu ve diğerleri 2002; Hisar 2013). DSÖ hastanelerde çalışanlarda her yılbaşına Hepatit B virüsüne yakalanma riskinin %0,6-1,4 olduğunu bildirmiştir. Rapor edilen vakalardan elde edilen bilgiler sonucu sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 250 civarında sağlık personeli HBV enfeksiyonu ve buna bağlı komplikasyonlar nedeni ile yaşamlarını kaybetmektedir. Bu rakama, HIV enfeksiyonu salgınları başladığından bu yana meslekleri nedeni ile HIV ile enfekte olup yaşamlarını kaybeden toplam 100 civarında sağlık çalışanı eklenmiştir (Uçak 2009).

Gürültü, titreşim (vibrasyon), ışık (aydınlanma), sıcaklık, radyan ısı, basınç, nem, hava akım hızı ve radyasyon fiziksel tehlikeleri oluşturmaktadır. Bu tehlikelere maruz kalma sonucunda gelişebilecek sağlık sorunları arasında iş kazaları, bel yaralanmaları, kesici-delici-batıcı cisim yaralanmaları, yanıklar, kırıklar, kas-iskelet sistemi sorunları, dolaşım bozukluğu, işitme kayıpları, merkezi sinir sistemi depresyonu, görme bozuklukları yer alır. Ülkemizde yapılan bir araştırmada, sağlık personelinin %52,9'unda bel ağrısı, %38,2'inde boyun ağrısı, %38,2'inde omuz ağrısı, %30,8'inde kol ağrısı, %35,3'ünde varis saptanmıştır (Sarıçam 2012).

Sağlık çalışanları tanı ve tedavi işlemleri sırasında kullanılan dezenfektanlar, antiseptikler, sterilizasyon işlemleri sırasında kullanılan sıvılar, etilen oksit, pek çok boya ve çözücüler, etil alkol ve türevleri, formaldehit, iyotlu bileşikler, lateks ürünler, anestezi gazları, kemoterapötik ajanlar, iyotlu bileşikler, ilaçlar, solüsyonlar ve sitostatik kimyasal tehlike ve riskler arasında yer almaktadır (Taşçıoğlu 2007). Kimyasal maddeler, sağlam cilt, solunum sistemi, ağız, göz ve iğne batması gibi çeşitli yollar ile vücuda alınmaktadır. Çalışma ortamında kullanılan bu kimyasal maddeler, sağlık çalışanlarında akut veya kronik etkiler oluşturmaktadır (Parlar 2008). Yapılan araştırmalarda, antineoplastik ilaçlarla çalışan hemşirelerle yapılan çalışmada gebeliğin ilk üç ayında günde en fazla 1 saat antineoplastik ilaca maruz kalanlarda spontan abortus riskinin 2 kat arttığı ve oksidatif strese karşı mesleki maruziyet yaşamayan hemşirelerden daha duyarlı olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanlarında %0,5-40 arasında değişen sıklıklarda görülmektedir. Pudralı lateks eldivenler, pudra tozlarına tutunan lateks proteinlerinin solunabilir hale gelmesi nedeniyle daha risklidir. FDA, sağlık çalışanlarında lateks eldiven kullanımına bağlı 5 ölüm bildirmiştir (Akgün 2015).

Hastanelerde psikososyal tehlikeler tüm sağlık çalışanları için risk oluşturur ve psikososyal tehlikelere maruz kalan çalışanlarda huzursuzluk, gerginlik, kaygı, öfke, yoğun depresif içerikli duygular, fizyolojik düzeyde gerginlik tipi baş ağrıları, alerjik reaksiyonlar, gastrointestinal rahatsızlıklar, soğuk algınlıklarında artışlar, alkol ve madde bağımlılığı sorunları ve bağışıklık sisteminin zayıflamasına bağlı ortaya çıkan diğer hastalıklar görülebilir ([http://casmeproject.com/dosyalar/sayfa/6/dosya-6-8104.03.2016\\_revize\\_son.pdf](http://casmeproject.com/dosyalar/sayfa/6/dosya-6-8104.03.2016_revize_son.pdf)).

Son yirmi yıldan beri sağlık çalışanlarının sürekli artış gösteren meslek hastalıkları, iş kazaları, işe bağlı sağlık sorunları ve istenmeyen sonuçları ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik çok sayıda çözüm yaklaşımı bulunmaktadır. Çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli çalışmaya uygun hale getirilmesi, tehlike ve risklerin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması, ergonomik çalışma ortamı ve koşulların oluşturulması, İSG konusunda işyerlerinde gerekli önlemlerin alınması ve bu konudaki mevzuat ve yasalara uyulması, kişisel koruyucu temini, çalışanların eğitimi ve bilinçlendirilmesi kurum bazında alınacak önlemler olarak sıralanmaktadır. İş sağlığı ve güvenliği konusunda devlet, işletme ve sendikalar üzerine düşen görevi yerine getirmede ne kadar istekli ve gayretli olsalar bile bu çabalar çalışanlar tarafından benimsenmez ve desteklenmezse istenen amaca ulaşılamayacağı gerçeği ortaya çıkmaktadır. Kişinin güvensiz hareket ve davranışlarda bulunması, ihmalkârlık, sabırsızlık, acelecilik, işi ciddiye almaması, yetersiz bilgi ve tecrübe, kişisel koruyucu malzemelerin kullanılmaması ve eğitimsizliğin iş kazalarına neden olmaktadır (Uçak 2009). Alınacak koruyucu önlemler arasında kişisel koruyucu ekipman (KKE) kullanmak önemli bir yer tutar (Zenciroğlu 2011). Kişisel koruyucu donanım (KKD) bir veya birden fazla sağlık ve güvenlik tehlikesine karşı korunmak için kişilerce giyilmek, takılmak veya taşınmak amacıyla tasarlanmış herhangi bir cihaz, alet veya malzemeyi ifade eder. Sağlık alanında en sık kullanılan KKE türleri:

- Eldivenler; enfeksiyon ajanının geçişi önleyerek bulaş riskini azaltır (Gören, Fen 2005). Lateks eldivenler iyi bir bariyer oluşturduğu için eldivenin üstünden oluşan kesici-delici bir yaralanmada enfekte olma olasılığı düşüktür. İğne lateks eldivenden geçerken inokulum miktarı 10-100 kat azalır (Aygün 2007).
- Önlükler; giysilerin kontaminasyonunu önlemek ve personelin cildini kan ve vücut sıvılarından korumak için kullanılır.
- Maskeler, gözlükler ve respiratörler; kısa mesafeye ulaşabilen ve yakın temasla geçen büyük partiküllü enfeksiyöz damlacıkların geçişine karşı korunma sağlar. Kan, vücut sıvıları, sekresyonların sıçramasına neden olabilecek işlemler sırasında kullanılmaları, personeli göz, burun, mukoz membran bulaşından korur.
- Yüz siperlikleri; yüz, ağız, burun ve gözleri korur (Centers for Disease Control and Prevention 2004).

Sağlık hizmetlerinde uygun KKE'nin seçilmesi ve kullanılması için kurumların ve çalışanların sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık kurumları çalışanlara yönelik çalışan güvenliği komitesinin kurulması, çalışan güvenliği programlarının oluşturulması, çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesinden, sağlık çalışanları ise KKE'nin kullanılmasından sorumludur (Beşer, Topçu 2013).

KKE kullanma kabulünü etkileyen başlıca faktörler şunlardır;

- Algılanan yönetim örneği,
- Kolaylık, konfor ve kullanım rahatlığı,
- Donanımı kullanmaya ilişkin ihtiyacı anlamak,
- Kullanmama durumunda ortaya çıkan ekonomik ve disiplinsel kayıplar,
- Diğer işçilerin algılanan kabulü (Demirbilek, Çakır 2008).

Sağlık hizmetlerinde sağlık ve güvenlik uygulamalarının etkinliği çalışanların güvenlik konusundaki temel yaklaşımı ile yakından ilgilidir. Çalışanların kişisel özellikleri ve kendi sağlıkları üzerindeki kontrol duygularının da etkisi vardır. Bu nedenle sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının etkinliği konusunda çalışanların tutumları, güvenlik davranışı, güvenlik ihtiyacı başka bir deyişle bu uygulamaların çalışanlarca algılanışı belirlenmelidir (Demirbilek, Çakır 2008). Bu amaçla yapılan literatür araştırmasında; çalışan

güvenliği ile ilgili olarak yapılan çalışmalarının olduğu, ancak sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliğinin temel bileşeni olan KKE kullanma davranışını etkileyen faktörler ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Hastane yöneticileri tarafından KKE kullanma davranışını etkileyen faktörlerin bilinmesi, bu konuda hazırlanacak iyileştirme programlarının etkinliğini arttırabileceği ve çalışma sonuçlarının “KKE kullanımını iyileştirme programları” için temel veri oluşturacağı düşünülmüştür. Bu düşünceden hareketle yapılan çalışma, Edirne Devlet Hastanesi ve Edirne Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi sağlık çalışanlarının KKE kullanma durumları ve KKE kullanma davranışını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

## II. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı ve Modeli

Bu araştırma, Edirne Devlet Hastanesi ve Edirne Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde çalışan sağlık personelinin KKE'ye yönelik bilgi, tutum ve kullanma durumlarını saptamak ve KKE kullanma davranışını etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. KKE kullanma davranışını etkileyen faktörler; demografik özellikler, çalışanın kendi sağlık ve güvenliğini sağlamada koruyucu ekipman kullanma ihtiyacının farkında olması, delici alet yaralanma ile kan ve vücut sıvıları ile bulaş geçmişi, KKE'lerin konfor ve kullanım rahatlığı, uyarıcı ve iş arkadaşlarının kullanımı, yönetimin yaklaşımı, koruyucu ekipman sağlama ve ulaşılabilirlik, iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri olarak varsayılmaktadır. Araştırma, bu varsayımlar altında KKE kullanma davranışının etkilendiği değişkenleri saptamayı esas almaktadır. Dolayısıyla belirlenen bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerinde etkili olup olmadığı saptanmaya çalışılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; demografik özellikler, kesici delici alet yaralanma ile kan ve vücut sıvıları ile bulaş geçmişi, iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri alma durumu, çalışanın sağlığını koruma farkındalığı, yönetimin tutumu, kurumsal fayda sağlama, KKE temin edilmesi, ulaşılabilirliği, fiziksel uygunluğu, kullanım rahatlığı, İş arkadaşlarının KKE kullanması, uyarıcılar, kullanma ihtiyacı farkındalığı, araştırmanın bağımlı değişkeni ise KKE kullanma durumu olarak belirlenmiştir.

### 2.2. Çalışma Grubu

Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın evrenini Edirne Devlet Hastanesi (n=656) ve Edirne Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde (n=57) aktif olarak çalışan 712 sağlık personeli oluşturmaktadır. Basit tesadüfi örnekleme yöntemi uygulanarak seçilen örneklem grubuna anket tekniği uygulanmıştır. Dağıtılan anketlerden 316 kişiden anket geri gelmiş ve analize uygun 253 anket değerlendirmeye alınmıştır.

### 2.3. Veri Toplama Aracı

Kullanımına Yönelik Tutum Ölçeği” ile toplanmıştır. Ölçek maddeleri literatüre (Demirbilek ve Çakır 2008; Esin ve diğerleri 2012; Aldem ve diğerleri 2009) dayanarak oluşturulmuştur. Ölçek formu; birinci bölümde çalışanların demografik özellikleri ile çalışma hayatı boyunca kan ya da vücut sıvıları ile bulaş, delici kesici alet ile yaralanma deneyimleri ve koruyucu ekipman kullanma eğitimi alma durumuna ilişkin 10 soru ve ikinci bölümde katılımcıların koruyucu ekipman kullanım algılarını belirlemeye yönelik 16 soru olmak üzere toplam 26 soru içermektedir. İfadelere katılma derecesi 5’li likert ölçeğine göre "kesinlikle katılıyorum" (5 puan), "katılıyorum" (4 puan), "kararsızım" (3 puan), "katılmıyorum" (2 puan) ve “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) olarak düzenlenmiştir. İfadelerin tamamı pozitif olarak hazırlanmıştır.

## **2.4. Ölçeğin Güvenirlik İşlemleri**

Ölçeğin kapsam geçerliği, var olan alan yazına göre oluşturulmuştur. Veri toplama aracının iç tutarlılığını ve araştırılan konuyu ne derecede yansıttığının belirlenmesinde alfa katsayısından (Cronbach Alfa) yararlanılmış ve analiz sonucunda Cronbach Alfa katsayısı 0,875 bulunmuştur. Ölçekten güvenilirliği düşüren 3 ve 12. soruların çıkartılması sonucu yeni alfa katsayısı 0,895 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, ölçeğin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

## **2.5. Verilerin Toplanması ve Analizi**

Veriler, araştırmanın yapılabilmesi için Edirne Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden yazılı izin alındıktan sonra, 06.05.2014 – 16.07.2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Elde edilen bilgiler SPSS 16,0 paket programı ile istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinin güvenilirliğinin tespitinde güvenilirlik analizi yapılmıştır. Araştırmada değişkenler arasındaki ilişkiyi, ilişkinin yönünü ve etkileri saptamak amacıyla korelasyon analizi, Kruskal-Wallis H testi, Mann Whitney U testi ve aşamalı regresyon analizi kullanılmıştır.

## **2.6. Araştırmanın Kısıtlılığı**

Araştırmanın yalnızca Edirne Devlet Hastanesi ve Edirne Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde uygulanması ve sonuçlarının bu kurumlardaki çalışanların görüşlerini kapsamaması araştırmanın kısıtlılığıdır.

## **2.7. Araştırmanın Bilimsel İlkelere Uygunluğu**

Araştırma için literatürün derlenmesi, gözden geçirilmesi, özetlenmesi, araştırmanın amacının ve metodolojisinin belirlenmesi, verilerin toplanması ve analiz süreci bilimsel ilkelere uygun olarak hazırlanmıştır. Her tür bilimsel araştırma kuralları çerçevesinde bilimsel yayın haline getirilen çalışma konuyla ilgili uzman bilgisine ve değerlendirilmesine sunulmuştur.

## **2.8. Araştırmanın Kurum veya Kuruluşlarda Uygulanabilme Durumu**

Araştırma amaç, kullanılan yöntem ve elde edilen sonuçlar açısından tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanabilir niteliktedir.

## **2.9. Araştırmanın Sağlık Hizmetleri Üzerine Etkileri**

Sağlık çalışanları hizmet sunumunun her aşamasında birçok enfeksiyon, radyasyon, fiziki, kimyasal vb. etmenler açısından risk altındadır. Bu riskler sonucu işgücü kaybı, önlenemez hatalar, ölümler, yüksek maliyetler, yüksek iş gücü kaybı gibi durumlar oluşabilmektedir. Kurumsal olarak çalışanlarda güvenlik bilincinin yerleşmesi, risklerin daha net tespit edilmesi, riskleri engelleyecek daha etkili yöntemlerin belirlenmesi sonucunda hem işgücü hem de iş günü kayıplarının önüne geçebilecektir. Ayrıca işgücü kayıplarına bağlı ailede ve sosyal çevrede oluşabilecek sorunlar da engellenmiş olacaktır. Dolayısıyla; sağlık hizmeti veren bireyin sağlıklı olması, sağlık hizmeti alan bireyin de sağlığını ve yaşam kalitesini artırmaktadır. Bu bağlamda araştırma kurum yöneticilerine yol gösterici niteliktedir.

Türkiye'deki hastane ve sağlık kurumlarında "güvenlik" konusunda gerekli önlemlerin alınmasında yetersiz kaldığı bilinmektedir. Hacettepe Üniversitesi'nin yaptığı bir



araştırmaya göre hastane enfeksiyonları hastaya bir haftada yaklaşık 1200 dolar ekstra maliyet yarattığı, bu rakamın üzerine çalışanların tedavi maliyeti de eklendiğinde 2000 doları bulduğu tespit edilmiştir (Sağlıkta Buluşma Noktası 2011). Bu çalışma ile sağlık kurumlarında güvenlik önlemlerinin artırılması sonucunda ülke ekonomisine de katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### III. BULGULAR

**Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri**

Özellikler	Gruplar	Sayı	%
Yaş	18-25 Yaş	24	9,5
	26-35 Yaş	87	34,4
	36-45 Yaş	97	38,3
	46 +	45	17,8
Cinsiyet	Kadın	171	67,6
	Erkek	82	32,4
Medeni Durum	Evli	191	75,5
	Bekar	62	24,5
Eğitim Durumu	Lise	22	8,7
	Ön lisans	67	26,5
	Lisans	102	40,3
	Yüksek lisans	62	24,5
Meslek	Hekim	70	27,7
	Ebe-Hemşire	116	45,8
	Laboratuar teknisyeni	24	9,5
	Röntgen teknisyeni	15	5,9
	Diğer*	28	11,1
Çalışma Süresi	1 yıldan az	18	7,1
	1-10 yıl	96	37,9
	11-20 yıl	65	25,7
	20 yıl +	74	29,2
Kurumda Çalışma Süresi	1 yıldan az	40	15,8
	1-10 yıl	151	59,7
	11-20 yıl	33	13
	20 yıl +	29	11,5
Çalıştığı Kurum	ADSM**	49	19,4
	EDH***	204	80,6

\*Diğer: Sosyal Hizmet Uzmanı, Eczacı, Sağlık Memuru, Diş Klinik Yardımcısı, Acil Tıp Teknisyeni

\*\* Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

\*\*\*Edirne Devlet Hastanesi

Katılımcıların % 38,3'ü 36-45 yaş grubunda, %67,6'sı kadın, %75,5'i evli, %40,3'ü lisans mezunu, % 45,8'i Ebe-hemşire olarak dağılım göstermektedir. Çalışma yılı olarak %37,9'u 1-10 yıl arasında olduğu, ilgili kurumda çalışma yılı olarak %59,7'si 1-5 yıl, çalıştığı kurum olarak %80,6'sı Edirne Devlet Hastanesi, %19,4'ü Edirne Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi çalışanı olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 2. Katılımcıların Geçmiş Deneyimleri**

Deneyim	Gruplar	Sayı	Yüzde
Kan ya da vücut sıvıları ile bulaşması	Evet	88	34,8
	Hayır	165	65,2
Kesici ve delici alet yaralanması	Evet	103	40,7
	Hayır	150	59,3
KKE eğitim alma durumu	Evet	199	78,7
	Hayır	54	21,3

Katılımcıların %34,8'i çalışma yaşamında kan ya da vücut sıvıları ile bulaş yaşadığını, %40,7'si kesici ve delici alet ile yaralandığını, %78,7'si koruyucu ekipman eğitimi aldığını ifade etmişlerdir.

**Tablo 3. Katılımcıların KKE Kullanma Davranışına Yönelik Değerler**

n	Minimum	Maximum	Ort.	Ss.
253	1	5	4,33	0,049

Tablo 3'de görüldüğü gibi, katılımcıların KKE kullanma davranışına yönelik puan ortalaması  $X=4,33$  olarak bulunmuştur. Bu değer, ölçekten alınabilecek en fazla puanın  $X=5$  olduğu düşünüldüğünde, katılımcıların KKE kullanma davranışının %86,6'lık bir oranla yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

**Tablo 4. Cinsiyet ve Medeni Durum Değişkenlerinin KKE Kullanma Davranışına Etkisi**

Değişkenler	Gruplar	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Cinsiyet	Kadın	171	134,75	23042,50	5,69	<b>0,007</b>
	Erkek	82	110,84	9088,50		
Medeni Durum	Evli	191	131,15	25050,50	5,13	0,080
	Bekar	62	114,20	7080,50		

Yapılan Mann Whitney U testi sonucunda; katılımcıların cinsiyet ( $U=5,69$ ;  $p=0,007$ ;  $p<0,05$ ) değişkeni ile KKE kullanma davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre sıra ortalaması değerlerine bakıldığında kadınların erkeklere göre, KKE kullanma oranları daha yüksektir (Tablo 4).

**Tablo 5. Geçmiş Deneyimlerin KKE Kullanma Davranışına Etkisi**

Değişkenler	Gruplar	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Kan ve vücut sıvısı ile bulaş	Evet	88	127,45	11216,00	7,22	0,936
	Hayır	165	126,76	20915,00		
Kesici delici alet yaralanması	Evet	103	131,68	13563,50	7,24	0,351
	Hayır	150	123,78	18567,50		
KKE eğitim durumu	Evet	199	135,85	27035,00	3,61	<b>0,000</b>
	Hayır	54	94,37	5096,00		
Çalıştığı kurum	ADSM	49	164,45	8058,00	3,16	<b>0,000</b>
	E.D.H.	204	118,00	24073,00		

Yapılan Mann Whitney U testi sonucunda; katılımcıların KKE eğitim alma durumu ( $U=3,61$ ;  $p=0,000$ ;  $p<0,05$ ) ve çalıştığı kurum ( $U=3,16$ ;  $p=0,000$ ;  $p<0,05$ ) değişkenleri ile

KKE kullanma davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre sıra ortalaması değerlerine bakıldığında KKE eğitimi alan bireylerin almayanlara göre ve EDH çalışanlarının ADSM çalışanlarına göre KKE kullanma oranları daha yüksektir (Tablo 5).

**Tablo 6. Yaş, Eğitim, Meslek, Hizmet Yılı ve Kurumdaki Hizmet Süresi Değişkenlerinin KKE Kullanma Davranışına Etkisi**

Değişkenler	Gruplar	n	Sıra Ort.	SD	X <sup>2</sup>	p
Yaş	18-25 yaş	24	134,19	3	10,204	<b>0,017</b>
	26-35 yaş	87	115,26			
	36-45 yaş	97	142,26			
	45 +	45	112,97			
Eğitim Durumu	Lise	22	128,00	3	2,082	0,556
	Ön lisans	67	124,28			
	Lisans	102	133,57			
	Yüksek lisans	62	118,77			
Meslek	Hekim	70	117,27	3	23,253	<b>0,000</b>
	Ebe-Hemşire	116	140,65			
	Laborant	24	135,96			
	Röntgen Tekn.	15	144,00			
	Diğer	28	77,98			
Hizmet Yılı	1 yıldan az	18	127,03	3	1,623	0,654
	1-10 yıl	96	127,69			
	11-20 yıl	65	134,11			
	21 yıl +	74	119,86			
Kurumdaki Hizmet Süresi	1 yıldan az	40	140,89	3	3,531	0,317
	1-10 yıl	151	127,86			
	10- 20 yıl	33	115,02			
	20 yıl+	29	117,02			

Katılımcıların yaş, eğitim durumu, meslek, hizmet yılı ve kurumdaki hizmet süresi faktörleri ile KKE kullanma davranışı arasında ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal-Wallis H testi yapılmıştır. Analiz sonucunda katılımcıların yaş ( $X^2 = 10,204$ ;  $p=0,017$ ;  $p<0,05$ ) ve meslek ( $X^2 = 23,253$ ;  $p=0,000$ ;  $p<0,05$ ) değişkenleri ile KKE kullanma davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla kullanılan özel bir test tekniği bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda tercih edilen Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Analizlerin sonucunda yaş değişkenine göre farklılığın 36-45 yaş grubunun, 26-35 yaş ( $U=3,33$ ;  $p=0,006$ ;  $p<0,05$ ) ve 45 ve üstü grubu ( $U=1,68$ ;  $p=0,012$ ;  $p<0,05$ ) ile arasında 36-45 yaş grubunun lehine gerçekleştiği belirlenmiştir. Meslek değişkenine göre farklılığın hekim ile ebe-hemşire grubu arasında ebe-hemşire grubunun lehine gerçekleştiği belirlenmiştir ( $U=3,30$ ;  $p=0,016$ ;  $p<0,05$ ). Diğer grubunun ise hekim ( $U=660,500$ ;  $p=0,005$ ;  $p<0,05$ ), ebe-hemşire ( $U=826$ ;  $p=0,000$ ;  $p<0,05$ ), laborant ( $U=189$ ;  $p=0,004$ ;  $p<0,05$ ), röntgen teknisyeni ( $U=102$ ;  $p=0,003$ ;  $p<0,05$ ) grupları ile diğer grubunun aleyhine gerçekleştiği belirlenmiştir.

Tablo 7. Araştırma Değişkenlerine Ait Korelasyon Tablosu

Değişkenler	KKE Kullanma Davranış	İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi	Temin Edilmesi	Ulaşılabilirlik	Fiziksel Uygunluk	Sağlığı Koruma Farkındalığı	Kurumsal Fayda	Kullanım Rahatlığı	İş Arkadaşlarının Kullanması	Uyarıcılar	Yönetimin Tutumu	Bilgi Düzeyi
KKE Kullanma Davranışı	1,000											
İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi	0,611*	1,000										
Temin Edilmesi	0,610*	0,737*	1,000									
Ulaşılabilirlik	0,680*	0,689*	0,786*	1,000								
Fiziksel Uygunluk	0,563*	0,528*	0,674*	0,661*	1,000							
Sağlığı Koruma Farkındalığı	0,782*	0,603*	0,600*	0,651*	0,546*	1,000						
Kurumsal Fayda	0,627*	0,574*	0,552*	0,567*	0,532*	0,733*	1,000					
Kullanım Rahatlığı	0,587*	0,441*	0,452*	0,473*	0,370*	0,589*	0,620*	1,000				
İş Arkadaşlarının Kullanması	0,446*	0,409*	0,422*	0,412*	0,363*	0,505*	0,473*	0,396*	1,000			
Uyarıcılar	0,392*	0,367*	0,459*	0,385*	0,379*	0,442*	0,495*	0,403*	0,476*	1,000		
Yönetimin Tutumu	0,388*	0,454*	0,475*	0,408*	0,475*	0,351*	0,419*	0,323*	0,249*	0,293*	1,000	
Bilgi Düzeyi	0,525*	0,508*	0,546*	0,529*	0,426*	0,584*	0,537*	0,523*	0,391*	0,659*	0,346*	1,000

\* p&lt;0,01

Araştırmadaki koruyucu ekipman kullanma davranışı ile belirlenen faktörler arasında ilişkinin düzeyini ve yönünü belirlemek amacıyla korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda KKE kullanım davranışını sırasıyla; “sağlığını koruma farkındalığı” ( $r=0,782$ ;  $p<0,000$ ), “ulaşılabilirlik” ( $r=0,680$ ;  $p<0,000$ ), “kurumsal fayda” ( $r=0,627$ ;  $p<0,000$ ), “eğitim faaliyetleri” ( $r=0,611$ ;  $p<0,000$ ), “KKE’nin temin edilmesi” ( $r=0,610$ ;  $p<0,000$ ), “kullanım rahatlığı”, ( $r=0,587$ ;  $p<0,000$ ), “fiziksel uygunluk” ( $r=0,563$ ;  $p<0,000$ ), “bilgi düzeyi” ( $r=0,525$ ;  $p<0,000$ ) değişkenleriyle pozitif yönlü ve orta kuvvette ilişki olduğu, “iş arkadaşlarının kullanması” ( $r=0,525$ ;  $p<0,000$ ), “afiş poster gibi uyarıcılar” ( $r=0,392$ ;  $p<0,000$ ), “yönetimin tutumu” ( $r=0,388$ ;  $p<0,000$ ) değişkenleri ile pozitif yönlü ve zayıf bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Tüm faktörler arasında çoklu bağlantıya rastlanmamıştır.

**Tablo 8. KKE Kullanma Davranışına İlişkin Adımsal Regresyon Analizi Sonuçları**

Model	Standartize edilmemiş katsayılar		Standartize katsayılar	t	p	F	P	R	R <sup>2</sup>
	B	Std. Hata	Beta						
<b>1. (Sabit)</b>	0,988	0,200		4,95	0,000	288,100	0,000	0,731	0,534
Sağlığı koruma farkındalığı	0,770	0,045	0,731	16,97	0,000				
<b>2. (Sabit)</b>	0,503	0,197		2,56	0,011	193,925	0,000	0,780	0,608
Sağlığı koruma farkındalığı	0,596	0,049	0,566	12,21	0,000				
Ulaşılabilirlik	0,293	0,043	0,318	6,85	0,000				
<b>3. (Sabit)</b>	0,451	0,197		2,29	0,023	132,460	0,000	0,784	0,615
Sağlığı koruma farkındalığı	0,576	0,049	0,547	11,66	0,000				
Ulaşılabilirlik	0,238	0,050	0,258	4,74	0,000				
Fiziksel uygunluk	0,094	0,045	0,109	2,08	0,038				

Bağımlı değişken; KKE kullanma davranışı

Araştırmanın amaçları kapsamında belirlenen değişkenlerden hangilerinin KKE kullanma davranışına anlamlı etki sağladığını ve varyansın ne kadarını açıkladığını belirlemek amacıyla aşamalı regresyon analizi uygulanmıştır. Aşamalı regresyon analizinde bağımlı değişken ile en yüksek korelasyona sahip bağımsız değişken ilk olarak modele alınmaktadır. Tablo 7’den anlaşıldığı gibi KKE kullanma davranışı ile en yüksek korelasyon ( $r=0,680$ ;  $p<0,000$ ) çalışanın sağlığını koruma farkındalığı değişkeni olarak tespit edilmiştir.

Tablo 8 incelendiğinde, regresyon analizinin üç aşamada tamamlandığı ve KKE kullanma davranışını etkilemeye ilişkin varyansa katkıları bakımından üç değişkenin etkili olduğu görülmektedir. Birinci modelde “çalışanın sağlığını koruma farkındalığı” değişkeni regresyon eşitliğine eklenmiş ve KKE kullanma davranışının açıklanan varyansının %53,4’ü açıklanmıştır ( $R=0,731$ ,  $R^2=0,534$ ). Diğer bir ifade ile KKE kullanma davranışını etkileyen en güçlü değişken “çalışanın sağlığını koruma farkındalığı” değişkeni olarak belirlenmiştir. Beta değerinin pozitif yönlü olması, KKE kullanma davranışı ile çalışanın sağlığını koruma farkındalığı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla çalışanın sağlığını koruma farkındalığı arttıkça KKE kullanma davranışı da artmaktadır.

İkinci regresyon modelinde “çalışanın sağlığını koruma farkındalığı” değişkeninden sonra “ulaşılabilirlik” değişkeni modele eklenmiş ve bu değişkenin modele eklenmesi ile KKE kullanma davranışının açıklanan varyansı %53,4’ten %60,8’e çıkmıştır ( $R=0,780$ ,  $R^2=0,608$ ). Diğer bir ifade ile KKE ulaşılabilirliği, açıklanan varyansa %7,4’lük bir katkı sağlamıştır. Değişkenin Beta değerinin pozitif yönde olması, KKE ulaşılabilirliği arttıkça KKE kullanma davranışının da arttığını göstermektedir.

Üçüncü regresyon modelinde “çalışanın sağlığını koruma farkındalığı” ve “ulaşılabilirlik” değişkenlerinden sonra “fiziksel uygunluk” değişkeni modele eklenmiş ve KKE kullanma

davranışının açıklanan varyansı %60,8'den %61,5'e yükselmiştir. ( $R=0,784$ ,  $R^2=0,615$ ). Dolayısıyla koruyucu malzemenin fiziksel uygunluğu değişkeninin açıklanan varyansa %0,7'lik bir katkısı görülmektedir. Değişkenin Beta değerinin pozitif yönde olması, koruyucu malzemenin fiziksel uygunluğu arttıkça KKE kullanma davranışının da arttığını göstermektedir.

Üçüncü modelden sonra yönetimin tutumu, kurumsal fayda sağlama, KKE temin edilmesi, kullanım rahatlığı, iş arkadaşlarının KKE kullanması, uyarıcılar, bilgi düzeyi, iş sağlığı ve güvenliği eğitimi değişkenleri regresyon modelinde KKE kullanma davranışına anlamlı bir katkı sağlamadıkları için modelin dışında bırakılmıştır.

Sonuç olarak; çoklu regresyon analizinde etkili olarak saptanan değişkenler KKE kullanma davranışı ile ilgili varyansın % 61,5'ini açıklamakta olup, model istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlıdır. KKE kullanma davranışının bireysel ve kurumsal pek çok faktörü içinde barındıran bir ölçüt olduğu göz önüne alındığında, bu düzeyde bir varyans oranını saptamış olmak, çalışanların çalışma yaşamındaki önemli etkenlerin sorgulanmış olduğu biçiminde yorumlanabilir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre KKE kullanma davranışına ilişkin regresyon eşitliği şöyledir:

KKE Kullanma Davranışı =  $0,451 + 0,576$  Çalışanın Sağlığını Koruma Farkındalığı +  $0,238$  KKE Ulaşılabilirliği +  $0,094$  KKE Fiziksel Uygunluğu

#### **IV. TARTIŞMA**

Araştırmada, amaç kapsamında ele alınan demografik özellikler, kesici delici alet yaralanma ile kan ve vücut sıvıları ile bulaş geçmişi, KKE kullanma eğitimi alma durumu, çalışanın sağlığını koruma farkındalığı, yönetimin tutumu, kurumsal fayda sağlama, KKE temin edilmesi, ulaşılabilirliği, fiziksel uygunluğu, kullanım rahatlığı, iş arkadaşlarının KKE kullanması, uyarıcılar, bilgi düzeyi değişkenleri ile KKE kullanma davranışı arasında önemli bir ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Kruskal-Wallis H testi ve Mann Whitney U testi ile cinsiyet, yaş, meslek, çalışılan kurum ve eğitim alma durumu değişkenlerinin KKE kullanma davranışında etkili olduğu tespit edilmiştir.

Personelin KKE kullanma davranışları cinsiyetlerine göre; kadınların erkeklere oranla KKE kullanma davranışları daha yüksek bulunmuştur ( $U=5,69$ ;  $p=0,007$ ;  $p<0,05$ ). Güden ve diğerlerinin (2012) radyoloji ünitesinde çalışanların radyasyon güvenliği konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlı yaptıkları çalışmada da kadın çalışanların erkek çalışanlara oranla kurşun yelek kullanma oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu bulgu sonucunda kadınların erkeklere göre iş risklerine karşı önlem alma konusunda dikkatli oldukları, kadın ve anne rolünden dolayı koruyuculuk duygusunun daha yoğun olduğu ve bundan dolayı KKE kullanmaya önem verdikleri söylenebilir.

Personelin KKE kullanma davranışları yaş gruplarına göre; 36-45 yaş grubunun 26-35 yaş ( $U=3,33$ ;  $p=0,006$ ;  $p<0,05$  ve 45 ve üstü ( $U=1,68$ ;  $p=0,012$ ;  $p<0,05$ ) gruplarına göre KKE kullanma davranış oranları daha yüksek bulunmuştur. Diğer gruplar arasında istatistiksel açıdan farklılık bulunmamıştır.

Personelin KKE kullanma davranış oranları meslek gruplarına göre; ebe-hemşire grubunun hekim ve diğer meslek grubuna göre KKE kullanma davranış oranları daha yüksek bulunmuştur ( $U=3,30$ ;  $p=0,016$ ;  $p<0,05$ ). Diğer grubunun ise hekim ( $U=660,500$ ;  $p=0,005$ ;  $p<0,05$ ), ebe-hemşire ( $U=826,000$ ;  $p=0,000$ ;  $p<0,05$ ), laborant ( $U=189$ ;  $p=0,004$ ;  $p<0,05$ ),

röntgen teknisyeni (U=102; p=0,003; p<0,05) gruplarına göre KKE kullanma davranış oranları daha düşük bulunmuştur. Diğer gruplar arasında istatistiksel açıdan farklılık bulunmamıştır.

Ebe-Hemşireler, hastanelerin değişik birimlerinde görev almakta, hastaların tedavi uygulamaları ve bakımlarını uygulamakla görevli sağlık personelidir. Bu nedenle ebe-hemşireler hekim ve diğer sağlık çalışanlarına göre mesleki sağlık sorunlarının en fazla görüldüğü meslek grubudur. Bu durumun ebe-hemşirelerde KKE kullanma davranışlarında etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışılan kurum olarak değerlendirildiğinde; EDH çalışanlarının ADSM çalışanlarına göre KKE kullanma davranışları oranı daha yüksek bulunmuştur (U=3,16; p=0,000; p<0,05). Bu sonuç, devlet hastanesi birimlerinde daha kompleks bakım ve tedavi girişimlerinin uygulanması, ayrıca birden fazla işlemin bir arada yapılması nedeniyle sağlık çalışanlarının koruyucu önlemler almasını zorunlu kıldığını düşündürmektedir.

Çalışanlarda KKE kullanma davranışında etkili olan uygulamalardan biri de çalışanların eğitimidir. Araştırmada katılımcıların %78,7'sinin KKE kullanma eğitimi aldıklarını ifade etmişlerdir. Çopur ve diğerlerinin (2006) çalışmasında personelin tamamına yakınının (%95,4), Şafak ve diğerlerinin (2004) araştırmasında da personelin tamamına yakınının (%98,8) iş sağlığı ve güvenliği konusunda eğitim aldığı tespit edilmiştir. Bu değerlerin yüksek çıkması memnuniyet vericidir. Hizmet içi eğitimin çalışanların davranışlarını olumlu yönde etkilediği ve sonuçta çalışanların olumlu davranışlar sergilemesi beklenen bir durumdur. Çalışanların koruyucu malzemelerin kullanma nedenini ve yararını anlamış olmaları koruyucu malzemeyi kullanma davranışına olumlu yönde etkisi olacaktır. Çalışmamızın sonucu bu düşünceyi destekler niteliktedir. KKE eğitimi alma durumu KKE kullanma davranışını olumlu olarak etkilediği tespit edilmiştir (U=3,61; p=0,000; p<0,05). Ancak çalışmada iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin etkili olmadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla özel konuları kapsayan eğitimlerin daha etkili olduğu sonucuna varılabilir. Bu sonuç, kurumlarda hizmet içi eğitim konusuna önem ve hassasiyetin verilmesinin zorunlu olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda koruyucu ekipman kullanım oranı %89,7 olarak bulunmuştur. KKE kullanma oranları ile ilgili literatür incelendiğinde; Cebeci'nin (2013) çalışmasında %86, Altıok ve diğerlerinin (2009) çalışmasında %72, Bayılmış'ın (2013) çalışmasında %71, Aldem ve diğerlerinin (2013) çalışmasında %77,1, Karayemişoğlu ve Baykal'ın (2011) çalışmasında ise %76,1 oranında olduğu bildirilmiştir. Literatüre göre bu çalışmada KKE kullanma oranının yüksek olması, kurum çalışanlarında KKE kullanma alışkanlığının var olduğunu göstermektedir. Bu durumda her iki kurumda koruyucu ekipmanlara yönelik uygulanan hizmet içi eğitimlerin verimli ve öğrenilen bilgileri davranışa dönüştürmede etkili olduğu söylenebilir.

İnsan varlığının korunması için öncelikle yaşamının korunması gereklidir. Bunun sağlanması için de sağlığının korunması önemlidir. Sağlık personeli, hastalara yararlı olabilmek ve sağlık durumlarını iyileştirebilmek için hizmet sunarken, çalışma ortamlarının ve yaptıkları işin doğasından kaynaklanan birçok risk ve tehlike ile karşı karşıya kaldıklarından dolayı öncelikle kendi sağlıklarını korumak zorundadırlar (Bayılmış 2013). Günümüzde insan yaşamının bütün boyutlarıyla ilgili bir kavram olarak ele alınan sağlık, yaşamdan memnuniyeti ve yaşam kalitesini içermekte ve kendini gerçekleştirmenin giderek artmasını ifade etmektedir. Bu hedefe ulaşmada olumsuz sağlık şartlarının elimine edilmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergilenmesi gereklidir. Sağlık hizmetlerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından en önemlisi KKE kullanarak sağlığını korumaktır. Araştırmada, çalışanların KKE kullanma davranışını en çok etkileyen faktör olarak

“çalışanın kendi sağlığını koruma farkındalığı” olarak belirlenmiştir ( $R=0,731$ ,  $R^2=0,534$ ). Bu sonuç ile sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemli olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Kişisel koruyucu kullanım davranışının sağlanabilmesi için çalışılan ortamın taşıdığı risklere göre doğru kişisel koruyucu malzemelerin seçilerek temin edilmesi gerektiği bilinen bir gerçektir. KKE ulaşılabilirlik, kişisel koruyuculara olan ilgiyi ve duyarlılığı artırarak çalışanları güvenli davranışa sevk etmektedir. Çalışma bu doğruyu destekler nitelikte olup KKE ulaşılabilirliği KKE kullanma davranışı üzerinde önemli derecede etkili olduğu tespit edilmiştir ( $R=0,780$ ,  $R^2=0,608$ ).

KKE kullanma davranışı üzerinde etkili olduğu tespit edilen diğer bir faktör ise “KKE fiziksel uygunluğu” faktörüdür ( $R=0,784$ ,  $R^2=0,615$ ). Çalışanın vücuduna uygun olmayan kişisel koruyucuların çalışma esnasında işi yapmaya engel olabileceği düşünülerek, KKE kullanma davranışını malzemenin fiziksel uygunluğunun etkili olması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Kesici ve delici cisimlerle oluşan yaralanmalar ile kan ve vücut sıvıları ile temas durumu enfeksiyon bulaşma riskini arttırmaları nedeniyle özellikle sağlık çalışanları için önemli bir sorundur. Atasoy ve Aksoy’un (2009) hekim dışı sağlık personelinin mesleki risklerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, katılımcıların% 49,4’ünün son bir yıl içinde yüzüne kan ve başka bir vücut sıvısı sıçradığı, %24,7’si kesici-delici bir aletle yaralandıkları tespit edilmiştir. Cürcani ve Tan (2009) çalışmasında katılımcıların %80,9’ unun kan ve vücut sıvıların cilt/göz/açık yaraya temasına, %76,6’sının kesici/delici alet ile yaralanmaya maruz kaldığı, kesici ve delici alet yaralanma oranının %70,2’si, kan ya da vücut sıvıları ile bulaş oranının %56,4, Altıok ve diğerlerinin (2009) çalışmasında da katılımcıların %79,1’inin çalışma hayatında en az bir kez delici ve kesici aletle yaralandığı tespit edilmiştir. Çalışmada katılımcıların %40,7’si meslek hayatları boyunca kesici-delici alet ile yaralandığını, %34,8 ise kan ve vücut sıvıları ile bulaş yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmalardaki oranlar farklılık gösterse de; meslek hayatında kan ve vücut sıvıları ile bulaş ve kesici delici alet ile yaralanma olayına maruz kalanların KKE kullanma oranlarının daha yüksek olması beklenmektedir. Ancak, araştırma sonucunda kan ve vücut sıvıları ile bulaş ve kesici delici alet ile yaralanma olayına maruziyet, KKE kullanma davranışını etkilemediği görülmektedir. Bu sonuç araştırmanın tartışmaya açık sonuçlarından biri olarak değerlendirilebilir.

## V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık personelinin KKE kullanma davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanan bu çalışma, araştırma grubunu oluşturan çalışanların KKE kullanma davranışlarının çeşitli faktörlerden etkilendiğini göstermiştir. Araştırma amacı kapsamında belirlenen değişkenler ile KKE kullanma davranışı arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Yapılan Kruskal-Wallis H testi ve Mann Whitney U testi sonucunda KKE kullanma davranışını; cinsiyet, yaş, meslek, eğitim alma durumu ve çalışılan kurum değişkenlerinin etkilediği tespit edilmiştir. Buna göre; kadınların erkeklere göre, KKE eğitimi alan bireylerin almayanlara göre, EDH çalışanlarının ADMS çalışanlarına göre, 36-45 yaş grubundaki katılımcıların 26-35 yaş ile 45 ve üstü yaş gruplarına göre, ebe-hemşirelerin hekimlere ve diğer grubuna göre KKE kullanma durumları daha yüksektir. Yapılan aşamalı çoklu regresyon analizi sonucunda ise sırasıyla; çalışanın sağlığını koruma farkındalığı, KKE ulaşılabilirliği, KKE fiziksel uygunluğu değişkenlerinin KKE kullanma davranışında etkili olduğu bulunmuştur.



Sonuç olarak, çalışanların sağlığını koruma ihtiyacı hissetmeleri durumunda, ulaşılabilir ve fiziksel olarak uygun bir koruyucu malzemenin bulunması, çalışan güvenliğinin temelini oluşturmaktadır.

Çalışma sonuçlarına göre aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- KKE kullanma konusunda çalışanlara yönelik iyileştirme programları hazırlanmalıdır.
- Kullanılacak koruyucu malzemelerin çalışanın fizik yapısına uygun olarak seçilmelidir. Hizmet birimlerinde koruyucu malzemeler yeteri kadar ve kolay ulaşılabilir yerde bulundurulmalıdır.
- Düzenli koruyucu malzeme kullanmayan çalışanlara sağlık algularını geliştirmeye yönelik sağlığın önemi, bireyin kendi sağlığını nasıl yöneteceği ile ilgili eğitim programları düzenlenmelidir.
- Personelin koruyucu malzeme kullanmasını alışkanlık haline getirmesi sağlanmalı ve personelin belirli aralıklarla uyumu değerlendirilmelidir.
- Tüm çalışanlara, KKE konusunda genel ve bireysel eğitim verilmeli ve düzenli aralıklarla bu eğitimler tekrarlanmalıdır.
- Kurum yöneticilerinin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışanlara destek olması, gerekli koruyucu ve önleyici tedbirleri alması; iş kazaları ve meslek hastalıklarının en aza indirilmesi, kaza ve hastalıklar sonucu ölümlerin ve bunlar sonucu ortaya çıkan maliyetlerin kabul edilebilir bir seviyeye indirilmesi bakımından büyük önem taşımaktadır.

#### KAYNAKÇA

1. Akgün S. (2015) Work Accidents in Health Sector. **Health Care Academician Journal** 2(2): 67-75.
2. Aldem M., Arslan F. T., Kurt A. S. (2013) Sağlık Profesyonellerinde Çalışan Güvenliği. **Tıp Araştırmaları Dergisi** 11(2): 60-67.
3. Altıok M., Kuyurtar F., Karaçorlu S., Ersöz G. ve Erdoğan S. (2009) Sağlık Çalışanlarının Delici Kesici Aletlerle Yaralanma Deneyimleri ve Yaralanmaya Yönelik Alınan Önlemler. **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi** 2(3): 70-79.
4. Aygün P. (2007) Kesici-Delici Alet Yaralanmaları ve Korunma Önlemleri. **Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongre Kitabı**, ss: 385-391.
5. Bayılmış O. Ü. (2013) İş Sağlığı ve Güvenliği Farkındalık Değerlendirmesi: Sağlık Çalışanlarına Yönelik Alan Araştırması. **Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, Yalova.
6. Beşer A. ve Topçu S. (2013) Sağlık Alanında Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı. **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu E Dergisi** 6(4): 241-247.
7. Cebeci H. (2013) Hastanelerde İş Kazaları ve Çalışan Güvenliği: Karabük Şehir Merkezi Örneği. **Work-Related Accidents and Employee Safety in The Hospitals: An Application At Karabuk City Centre. Business and Management Studies: An International Journal** 1(1): 62-82.

8. Cürcani M. ve Tan M. (2009) Diyaliz Üniteleri ve Nefroloji Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılaştıkları Mesleki Riskler ve Sağlık Sorunları. **TAF Preventive Medicine Bulletin** 8(4): 339-344.
9. Çopur Z., Varlı B. E., Avşar M. ve Şenbaş M. (2006) Ege Üniversitesi Hastanesi'nde Çalışan Ev İdaresi Personelinin İş Sağlığı ve Güvenliği Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 9(1): 39-53.
10. Demirbilek T. ve Çakır Ö. (2013) Kişisel Koruyucu Donanım Kullanımını Etkileyen Bireysel ve Örgütsel Değişkenler. **Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 23(2): 173-191.
11. Esin M. N., Yılmaz D. ve Ardıç A. (2012) Otomotiv Sektöründe Faaliyet Gösteren Bir Fabrikanın Kaynak Bölümü Çalışanlarında Maske Kullanımı ve Etkileyen Faktörler. **TAF Preventive Medicine Bulletin** 11(3): 299-306.
12. Gören D. ve Fen T. (2005) Hematoloji-Onkoloji Kliniklerinde Enfeksiyondan Korunmada Fiziksel ve Kimyasal Yöntemler. **Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences** 25(5): 706-723.
13. Güden E., Öksüzkaya A., Balcı E., Tuna R., Borlu A. ve Çetinkaya K. (2012) Radyoloji Çalışanlarının Radyasyon Güvenliğine İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışı. **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi** 3(1): 29-45.
14. Centers for Disease Control and Prevention (2004) <http://www.cdc.gov/hai/pdfs/ppe/ppeslides6-29-04.pdf> Erişim Tarihi: 25.04.2014
15. Sağlıkta Buluşma Noktası (2011) Hastanelerde Hasta ve Çalışan Güvenliği Ne Boyutlarda. <http://www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=113> Erişim Tarihi: 04.07.2014
16. Karayemişoğlu A. ve Baykal Ü. (2011) Çalışan Güvenliği Açısından Hemşirelerin Çalışma Koşullarının Değerlendirilmesi. **III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı**, ss: 227-252.
17. Kışioğlu, A. N., Öztürk M., Usku N. E. ve Kırbıyık S. (2002) Bir Üniversite Hastanesi Sağlık Personelinde Kesici Delici Yaralanma Epidemiyolojisi ve Korunmaya Yönelik Tutum ve Davranışlar. **Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi** 22(4): 390-396.
18. Meydanlıoğlu A. (2013) Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği. **Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2(3): 192-199.
19. Parlar S. (2008) Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı, Sağlıklı Çalışma Ortamı. **TAF Preventive Medicine Bulletin** 7(6): 547-554.
20. Sarıçam H. (2012) İş Sağlığı Ve Güvenliği Kapsamında Hemşirelerin Karşılaştığı Risk ve Tehlikelerin İş Stresi Düzeyleri Üzerine Etkisi. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi**, İzmir.
21. Taşçıoğlu İ. (2007) Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanelerinde ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Bu Risklere Hemşirelerin Algılama Düzeylerinin Saptanması. **Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, Edirne

22. Uçak A. (2009) Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları ve Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi. **Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, Afyon.
23. Zenciroğlu D. (2011) Hastanelerde Kişisel Koruyucu Giysiler, Ekipmanlar ve Kullanımları. **Ankem Dergisi** 25(2): 314-319.

# Sağlık Çalışanlarında İşe Cezbolma: Üniversite, Kamu ve Özel Hastanelerde Bir Uygulama\*

Nazan KARTAL\*\*

## ÖZ

İşe cezbolma, çalışanın işi ile bütünleşmesidir. Bu çalışmanın amacı, Ankara'nın metropolitan bölgesinde faaliyet gösteren bir üniversite hastanesi, bir kamu hastanesi ve bir özel hastanede çalışanların işe cezbolma düzeylerini belirleyerek bulunan sonuçları hastane türlerine ve mesleki duruma göre karşılaştırmaktır. Araştırmanın evrenini; bu üç hastaneden seçilmiş olan, 01.12.2015-17.03.2016 veri toplama zamanında çalışmakta olan hekim, hemşire, diğer sağlık personeli ve idari personel oluşturmaktadır. Evrenin bilinen örneklem yöntemi ile 493 kişiye ulaşılarak, bu sayı hastanelere göre tabakalandırılmıştır. Toplanan verilerin analizinde, hastanelere göre işe cezbolma düzeyleri arasında farklılık bulunup bulunmadığı saptamak için ANOVA testi uygulanmıştır. Daha sonra, bulunan farklılıkların hangi gruplar arasında gerçekleştiğini öğrenmek için LSD testi uygulanmıştır. Araştırma sonucuna göre, hastaneler arasında işe cezbolma düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği, özel hastanede sağlık çalışanlarının işe cezbolma düzeyleri en yüksek, üniversite hastanesindeki sağlık çalışanlarının işe cezbolma düzeyleri en düşük olarak saptanmıştır. Meslek gruplarına göre işe cezbolma düzeylerine bakıldığında, üniversite ve kamu hastanesinde idari personel, özel hastanede ise diğer sağlık personelinin genel işe cezbolma düzeyleri en yüksek çıkmıştır. Dolayısıyla, üniversite ve kamu hastanesinde idari personel dışında kalan sağlık çalışanlarının işe cezbolma düzeylerinin yükseltilmesi gerekmektedir. Genel anlamda ise, bu üç hastanede sağlık çalışanlarının işe cezbolma düzeyleri orta çıktığı için bu ortalamanın yükseltilmesi sağlık kurumları açısından faydalı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** İşe cezbolma, sağlık çalışanları, hastane

## Work Engagement on Healthcare Professionals: An Examination on University Hospital, Public Hospital and Private Hospital

### ABSTRACT

Work engagement is the integration of the employee into the job. The aim of this study is to compare the results found in a university hospital, a public hospital and a private hospital, operating in the metropolitan area of Ankara, based on the type of hospital and occupational status. The universe of the research; the physician, nurse, other health professional and administrative personnel who are working at the time of data collection, which are selected from these three hospitals and are in the data collection time of 01.12.2015 - 17.03.2016. The population of the universe has been reached to 493 by the known sampling method and this number has been stratified according to the hospitals. In the analysis of the collected data, the ANOVA test was applied to determine whether there was any difference between the levels of withdrawal according to the hospitals. Then, the LSD test was applied to find out which groups the differences were found. According to the results of the study, the level of withdrawal between hospitals showed statistically significant difference, the health professionals in the private hospital had the highest level of work engagement and the health professionals in the university hospital had the lowest level of work engagement. According to the occupational groups, the level of withdrawal from work is the highest in administrative staff in universities and public hospitals, and in general hospitals in other hospitals. Therefore, it is necessary to increase the attractiveness of the health professionals who are not administrative staff in universities and public hospitals. In general terms, it is beneficial for healthcare institutions to raise

\* Bu Çalışma Nazan KARTAL'ın "Sağlık Çalışanlarında İşe Cezbolma, İşe Yabancılaşma ve Performans Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" isimli yüksek lisans tezinden elde edilen verilerle hazırlanmıştır.

\*\* Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, nazankartal@hacettepe.edu.tr

*this average because the level of immigration of healthcare professionals in these three hospitals is moderate.*

**Keywords:** *Work engagement, healthcare professionals, hospital*

## **I. GİRİŞ**

Çalışanlar, işlerini yaparken gerek kişilikleri, gerek çalıştıkları örgütün özelliklerine göre pek çok tutum ve davranış sergilerler. Örgütsel davranış, bu tutum ve davranışları inceleyerek çeşitli sınıflandırmalar ve kavramlar ortaya çıkarır. 20. yüzyıla kadar genellikle bireyleri etkileyen olumsuz durumlarla ilgilenen psikoloji bilimi ve örgütsel davranış alanı, İkinci Dünya Savaşı sonrası yaşanan krizlerden sonra olumlu davranışlara yönelmeye başlamıştır. Pozitif psikolojiye duyulan ilginin de artmasıyla, araştırmacılar ve uygulayıcılar pozitif kavramları araştırmaya başlamışlardır. Bu araştırmalar sonucunda örgütsel davranış araştırmacıları pozitif bilimsel bir yaklaşıma duyulan ihtiyacı ortaya koymuştur. Böylece literatüre çalışanın işe cezbolması gibi yeni kavramlar girmiştir. İşe cezbolma, kurumun isteğinden ziyade çalışanın gönüllü bir şekilde çaba sarf etmesi olarak görülmektedir (Lin 2010). İşe cezbolma, çalışanların iyilik hallerinin temel bileşeni olup, örgütsel çıktılar üzerinde oldukça önemli etkisinin bulunduğu göz ardı edilmemesi gereken bir pozitif örgütsel davranış konusudur.

Sağlık hizmeti olsun olmasın, optimist düşünce ve pozitif örgütsel davranış tarzını benimsemek, gerek çalışan gerek örgüt açısından pek çok kazanımla sonuçlanır. Bu çalışmada işe cezbolma kavramı üzerinde durulmuş, işe cezbolmanın tarihsel gelişiminden ve öneminden bahsedilmiştir. Daha sonra araştırmanın yöntemi ile ilgili bilgiler verilmiş ve hastane türüne göre sağlık çalışanlarının cezbolma düzeyleri karşılaştırılmıştır. Son olarak da bulunan sonuçlar, yazındaki araştırmalar ışığında tartışılmıştır.

## **II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE**

### **2.1. İşe Cezbolma Kavramı**

Psikolojide, insan kaynaklarını etkili şekilde yönetme konusunun getirmiş olduğu yeni yaklaşımlar, örgüt bünyesinde çalışan bireyleri çoğunlukla olumsuz bakış açısıyla değerlendirmiş olan yöneticiler için, olaylara daha pozitif açıdan bakmaları gerektiğini vurgulamıştır (Altunel ve diğerleri 2011). Seligman ve Csikszentmihalyi'e (2000) göre, yalnızca hastalık, dayanıksızlık ve hasar değil, ayrıca bireyin güçlü ve olumlu yönleri de psikolojinin çalışma alanına girmektedir (Naude, Rothmann 2004).

Psikoloji alanında özellikle son yıllarda önemli bir yer edinen pozitif psikoloji olgusu, giderek diğer alanları da etkileyerek örgütsel davranış literatürüne de girmiştir. Örgütsel anlamda pozitif psikolojinin ortaya çıkışı, sağlığın gelişen olumlu yönleri ve iş sağlığı psikolojisinin artan popülaritesi ile devam etmiştir (Shimazu, Schaufeli 2008). Böylelikle "Pozitif Örgütsel Davranış (PÖD)" kavramı gelişim göstermeye başlamıştır. 2000'li yıllardan önceki araştırmaların pek çoğu tükenmişlik alanına yoğunlaşıp, kariyer adaptasyonu süreci üzerine olumlu yaklaşımlar nadir çalışılmaktaydı (Høigaard et al. 2012; Mäkikangas et al. 2011; Bezuidenhout, Cilliers 2010; Korunka et al. 2009; Van der Colff, Rothmann 2009; Salmela-Aro et al. 2009; Hakanen et al. 2008; Hallberg et al. 2007; Schaufeli, Salanova 2007; Hakanen et al. 2006; González-Romá et al. 2006; Langelaan et al. 2005; Bosman et al. 2005; Montgomery et al. 2003; Maslach et al. 2001).

Çalışanın işe cezbolması, yönetim, endüstriyel/yönetimsel psikoloji, insan kaynakları yönetimi (İKY), örgütsel davranış alanlarında ortaya çıkan ve giderek yaygınlaşan bir

kavramdır (Wollard, Shuck, 2011). İşe cezbolma kavramını, İngilizce'deki karşılığında çevirme konusunda pek çok araştırmacı ve uygulayıcı sıkıntı yaşamıştır. İngilizce karşılığı "work engagement" olan, Türkçe literatürde henüz ortak bir fikir birliğine varılmamış işe cezbolma kavramı; işe angaje olma (Güneşer 2007; Özkalp, Meydan 2015), işe kapılma (Öner 2008), işe tutkunluk (Turgut 2011), çalışmaya tutkunluk (Özsoy ve diğerleri 2013), işe gönülden adanma (Taştan 2014), işe adanmışlık (Çalışkan 2014), işe adanma (Bostancı, Ekiyor 2015; Kanten, Yeşiltaş 2013) ve işle bütünleşme (Ardıç, Polatçı 2009) gibi çeşitli isimlerle kullanılmıştır. Özer ve diğerleri (2015) ile Müceldili ve Erdil (2013) bu kavramı, çalışmalarında "işe cezbolma" şeklinde ifade etmişlerdir.

İşe cezbolma konusunda 2000'li yıllardan başlayarak, pek çok çalışma yapılmıştır. Dünya genelinde Gallup Organization, Hay Group, Watson Wyatt, Blessing White, Hewitt Associates gibi kuruluşlar, insan kaynaklarına odaklanmışlar ve işe cezbolma çalışmalarının önemli olduğunu düşünmüşlerdir (Nilsiri 2010). Ashforth ve Humphrey'e (1995) göre işe cezbolma "kişinin aklıyla veya eliyle yapabileceği bir şey olmayıp kalpten gelen bir davranış"tır.

İş tatmini, işten ayrılma niyeti ve kalite göstergesi gibi belirleyicilerle yakından ilgili olan (Aboshaiqah et al. 2016) işe cezbolma davranışında en yaygın karakteristikler eğitim seviyesi, yaş ve yıl olarak iş deneyimidir (Ingersoll et al. 2002). Kısacası cezbolma, kurumun isteğinden ziyade çalışanın gönüllü olarak çaba sarf etmesi olarak görülmektedir (Lin 2010)

İşe cezbolmanın dinçlik (vigor), adanmışlık (dedication) ve yoğunlaşma (absorption) şeklinde üç alt boyutu vardır (Schaufeli et al. 2002). Dinçlik, çalışma esnasında yüksek enerji ve zihinsel dayanıklılık, kişinin işi için kendi isteğiyle çaba sarf etmesi, zorluklar karşısında direnmesidir (Schaufeli et al. 2002). Dinçlik hissiyle çalışan kişi, yaptığı işe güdülenmiş olup, karşısına çıkan zorlukları görmezden gelerek görevini yerine getirmeye çalışır (Turgut 2011). Adanmışlık duygusuna kapılan bireyler, işlerini önemli olarak algılayıp, tüm zorlukları yükten ziyade motive edici olarak görürler (Othman, Nasurdin 2011). Adanmış çalışanlar, işlerini ilgi çekici ve anlamlı olarak görüp, mücadele gerektirdiğini, belirli bir amaca hizmet ettiğini düşünerek, işlerinden ilham alırlar (Turgut 2011). Yoğunlaşma boyutu birinin hızla geçen zaman ve onu işten uzaklaştıracak zorluklara sahip olmasına rağmen tamamen konsantre olması ve işine ciddi manada gömülmesidir (Schaufeli et al. 2002). Bu boyut bazı kaynaklarda "gömülme" olarak tanımlanmıştır. İşine tam manada gömülmüş kişiler, zamanın hızla akıp geçtiğini ve kendilerini işten ayırmakta zorlandıkları belirtmektedir (Schaufeli, Bakker 2004).

İşe cezbolma; yazında tükenmişlik (Bezuidenhout, Cilliers 2010; Schaufeli, Bakker 2004), işkoliklik (Oktuğ 2014), örgütsel bağlılık (Roberts, Davenport 2002), örgütsel cezbolma (Esen 2011; Macey, Schneider 2008), iş doyumu (Christian et al. 2011; Jenaro et al. 2010), işe katılım (Coetzer, Rothmann 2007; May et al. 2004; Brown 1996) ve akış (Csikszentmihalyi 2000) gibi kavramlarla ilişkilendirilmiştir.

## 2.2. İşe Cezbolmanın Tarihsel Gelişimi

Sanayi Devrimi'nden beri, araştırmacılar ve uygulayıcılar, etkili ve verimli sonucu elde etmek için uygun çalışma ortamlarına sahip olmaya çalışmaktadırlar (Altunel ve diğerleri 2015). İşe cezbolma kavramının nasıl ortaya çıktığı tam olarak belli olmasa da ilk kullanımı, yönetim alanında olup, bu kullanımın Gallup Organization tarafından 2000'li yıllarda gerçekleştirildiği bilinmektedir (Schaufeli 2012).

Kavram, yazına girdiğinden beri gerek uygulayıcılar gerek akademisyenler arasında ilgi odağı olmuştur (Macey, Schneider 2008). 1990 yılında etnografya araştırmacısı Kahn,

bireysel cezbolma ve cezbolmama kavramlarını işe katılım, örgütsel bağlılık ve güdülenme gibi önceden tanımlanmış kavramlara dayandırarak açıklamaya çalışmıştır (Simpson 2009).

### 2.3. İşe Cezbolmanın Önemi

Araştırmalar, günümüzde çalışanların örgütü daha üretken ve rekabete açık hale getirdiklerini göstermektedir (Bakker, Bal 2010). Çalışan cezbolması, örgütsel davranış ile ilgili diğer konulara göre daha fazla ilgiyi hak etmektedir (Jose, Mampilly 2014). İşe cezbolma kavramının son zamanlarda daha fazla kullanılmasının sebebi olarak, pek çok davranış üzerinde açıklayıcılık bakımından daha fazla belirgin olduğu söylenebilir (Aybas 2014).

İşe cezbolmanın yüksek olmasının performansı, örgütsel vatandaşlık davranışını, üretkenliği, isteğe bağlı çabayı, etkili iletişimi, bağlılığın devamını, psikolojik iklimi ve müşteri hizmetlerinin verimliliğini olumlu yönde artırdığına dair ampirik çalışmalar bulunmaktadır (Christian et al. 2011; Fleming, Asplund 2007; Rich et al. 2010; Wollard, Shuck 2011).

İşin ilerleyişi ve çalışanların rol davranışları ile ilgili olan işe cezbolma, işten uzaklaşma ve işe yabancılaşmanın getirebileceği bağların zayıflaması (Fay, Luhrmann 2004), güvensizlik (Chughtai, Buckley 2008), tükenmişlik düzeyinde artış (González-Romá et al. 2006) ve düşük performans (Salanova et al. 2005) gibi ciddi problemlerden dolayı dikkatli bir şekilde geliştirilmelidir. Bu yüzden, çalışanın işe cezbolmasının sürdürülebilir olması ve işletmelerin gelişimi bu gibi olumsuz durumların önüne geçilebilmesi için büyük öneme sahiptir (Lin 2010).

## III. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın amacı, üniversite, kamu ve özel hastanelerde çalışan bireylerin işe cezbolma düzeylerini belirleyerek, bunları karşılaştırmaktır. Bu kapsamda, üç hastanede çalışan hekim, hemşire, diğer sağlık personeli ve idari personele ait veriler elde edilip, çalışanların işe cezbolma düzeylerinin dinçlik, adanmışlık ve cezbolma alt boyutlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

### 3.1. Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Formun ilk sayfasında, katılımcılara yönelik demografik sorular yer almaktadır. Anket formunun ikinci bölümünde ise Schaufeli ve Bakker (2004) tarafından geliştirilen, “İşe Cezbolma Ölçeği” “UWES (Utrecht Work Engagement Scale)” kullanılmıştır. Ölçeğin çevirisi, Koyuncu ve diğerleri (2006) tarafından yapılmıştır. Ölçek, toplam 17 sorundan ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 6 ifade (1-6. ifadeler) dinçlik, 5 ifade adanmışlık (7-11. ifadeler) ve 6 ifade (12-17. ifadeler) yoğunlaşma boyutu ile ilgilidir. Ölçekte yer alan her bir ifade için cevaplama skalası 5’li Likert (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Kararsızım, 4= Katılıyorum, 5= Kesinlikle Katılıyorum) şeklindedir. Katılımcıların ölçek sorularına verdikleri ifadelerin ortalaması alınmıştır. Dolayısıyla, 1 ile 5 arasında bir puanlama oluşmuştur. Ölçek ifadelerinin değerlendirilmesinde “1,00–1,79” çok düşük, “1,80–2,59” düşük, “2,60–3,39” orta, “3,40–4,19” yüksek, “4,20–5,00” çok yüksek” şeklinde puanlama referans alınmıştır (Kalaycı 2006).

### **3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini; Ankara'nın metropolitan bölgesinde faaliyette bulunan bir üniversite, bir kamu hastanesi ile bir özel hastaneden seçilmiş olan, 01.12.2015- 17.03.2016 veri toplama zamanında çalışmakta olan hekim, hemşire, diğer sağlık personeli ve idari personel oluşturmaktadır. Diğer sağlık personelinin içerisinde ebe, eczacı, biyolog, psikolog, diyetisyen, laborant, laboratuvar teknisyeni, tıbbi tekniker, radyoloji teknikeri, sterilizasyon ünitesi görevlisi, paramedik, yardımcı sağlık personeli, tıbbi sekreter ve sağlık memuru gibi sağlık çalışanları yer almaktadır. Veri toplama işleminin yapılacağı hastanelerde 2015 yılı Aralık ayı içerisinde bu üç hastanede çalışan kişi sayısı 3562 olarak belirlenmiştir. Elde, bu şekilde verilerin olduğu, hedef kitledeki kişi sayısının bilindiği durumlarda evreni temsil edebilecek, ulaşılması gereken örneklem sayısını hesaplamak için evrenin bilinen örneklem yöntemi formül kullanılmıştır. Bu formüle göre ulaşılması gereken hedef örneklem büyüklüğü %95 güven düzeyi için 347, %99 güven düzeyi için ise 560 olarak hesaplanmıştır. Veri toplama süreci boyunca, dağıtılan anket formlarından belirtilen örneklem büyüklüğüne uygun 493 adet anket formu elde edilmiş ve her bir hastane için, tabakalandırılma yapılarak, sayı belirlenmiş ve 493 anket formu analize tabi tutulmuştur. Buna göre üniversite hastanesinden 325, kamu hastanesinden 116 ve özel hastaneden 52 sağlık çalışanı ile görüşülmüştür.

### **3.3. Verilerin Analiz ve Yorumlanması**

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanılmıştır. İlk önce, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının bireysel ve demografik özelliklerine göre frekans ve yüzdeler verilmiştir. Ardından, katılımcıların hastane türüne göre işe cezbolma düzeyleri ve alt boyutlarına ilişkin minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Hastane türüne göre anlamlı farklılık olup olmadığını incelemek için Anova testi yapılmıştır. Ardından ise üniversite, kamu ve özel hastanede çalışan sağlık personelinin hastanedeki görevlerine göre işe cezbolma durumları Anova testi ile karşılaştırılmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için ise LSD testi kullanılmıştır.

### **3.4. Araştırma Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği**

Türkçe'de daha önce kullanılmış olan işe cezbolma ölçeğinin yapı geçerliliğini ortaya koymak için açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Verilerin açıklayıcı faktör analizine uygunluğunu test etmek için öncelikle bakılması gereken birkaç değer vardır. Bunlardan biri, KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) testi olup, bu test sonucunun 0,80-0,90 aralığında olması dağılımın faktör analizi için çok iyi derecede yeterli olduğunu göstermektedir (Akgül, Çevik 2003). Ancak %60 olması da faktör analizine uygunluğunun kabul edilmesi için yeterlidir (Büyüköztürk 2006). Bartlett Küresellik Testi'nin anlamlı ( $p<0,05$ ) çıkması da bu uygunluğu desteklemektedir. Açıklanan varyans oranının %60 olması arzu edilir, fakat pratikte %50'yi de kabul eden araştırmacılar vardır (Altunışık ve diğerleri 2012).

Çalışmada işe cezbolma ölçeğindeki 17 ifadeye varimax rotasyonlu faktör analizi uygulanmış olup, ölçeğin orijinalindeki gibi 3 faktörlü bir yapıya ulaşılmıştır. Bu üç faktörden faktör yükü 0,49'un altında olan ve faktör yapısını bozan üç ifade (2, 7, 12 numaralı ifadeler) analiz dışı bırakılıp 14 ifadeye tekrardan varimax rotasyonu uygulanmıştır ve yine üç faktörlü anlamlı bir yapıya ulaşılmıştır. Elde edilen üç faktörün toplam varyansı açıklama oranı %64,666, KMO değeri 0,921 ve Bartlett Küresellik Testi değeri 3595,535 olup anlamlı çıkmıştır ( $p<0,01$ ).



İşe cezbolmaya ilişkin adanmışlık faktörü toplam varyansın %48,09'unu, yoğunlaşma faktörü %9,25'ini ve dinçlik faktörü ise %7,32'sini açıklamaktadır. Yapılan bu analiz sonucu boyutlar tam olarak ilgili yazındaki boyutuna karşılık gelmemiş olup 1, 3, 4, 5, 6, 13 numaralı ifadeler birinci faktör; 8, 9, 10, 11 numaralı ifadeler ikinci faktör ve 14, 15, 16 ve 17 numaralı ifadeler ise üçüncü faktör bünyesinde toplanmıştır.

Ölçeklerin güvenilirliğini ölçmek için pek çok yöntem bulunmaktadır. Bunlardan biri olan Cronbach's Alpha katsayısı, Likert türü ölçeklerde olduğu gibi toplam puan üzerine dayalı ölçeklerin güvenilirlik hesaplamalarında sıklıkla başvurulan bir yöntemdir (Alpar 2014). Araştırma için kullanılan işe cezbolma ölçeği ve alt boyutlarındaki ifadeler güvenilirlik analizine tabii tutulmuştur. Bulunan Alpha değerlerinin yorumlanmasında Alpar (2014)'ın referans aldığı aralıklar kullanılmıştır. Buna göre Cronbach's Alpha değeri 0,80 ve üzeri yüksek derecede güvenilir, 0,60 ile 0,80 arası ise oldukça güvenilir olarak kabul edilmektedir. İşe cezbolma düzeyi için Cronbach's Alpha değeri 0,91 olarak yüksek derecede güvenilir bulunurken, dinçlik ve adanmışlık boyutları için 0,84, yoğunlaşma boyutu için 0,85 olarak hesaplanmıştır.

### 3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Söz konusu araştırma, Ankara'nın metropolitan bölgesinde faaliyette bulunan üniversite hastanesi, kamu hastanesi ve özel hastanede yürütülmüş olup, araştırmanın sonuçları evrene genellenmiştir. Dolayısıyla elde edilen sonuçların, temsil edilen evren dışındaki sağlık çalışanlarına genellenmesi yanıltıcı olabilir. Araştırma, ilgili hastanelerde görev yapan hekim, hemşire, diğer sağlık personeli ve idari personel dışındaki, hastanede görev yapan sözleşmeli çalışanları kapsamamaktadır.

## IV. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında toplanan verilerin analizine dayanan bulgular yer almaktadır.

**Tablo 1: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özellikleri**

Demografik Özellikler	Üniversite		Kamu		Özel		Toplam		
	n=325	%=66,0	n=116	%=23,5	n=52	%=10,5	n=493	%	
Cinsiyet	Kadın	234	72,0	99	85,3	36	69,2	369	74,8
	Erkek	91	28,0	17	14,7	16	30,8	124	25,2
Yaş	≤35	188	57,8	43	37,1	42	80,8	273	55,4
	≥36	137	42,2	73	62,9	10	19,2	220	44,6
Medeni durum	Bekar	128	39,4	12	10,3	31	59,6	171	34,7
	Evli	197	60,6	104	89,7	21	40,4	322	65,3
Hastanedeki görev	Hekim	66	20,3	6	5,2	4	7,7	76	15,4
	Hemşire	74	22,8	43	37,1	17	32,7	134	27,2
	Diğer sağlık personeli	35	10,8	37	31,9	7	13,5	79	16,0
	İdari personel	150	46,2	30	25,9	24	46,2	204	41,4
Yönetmel pozisyon durumu	Evet	41	12,6	22	19,0	16	30,8	79	16,0
	Hayır	284	87,4	94	81,0	36	69,2	414	84,0

Tablo 1'e göre, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %74,8'i kadın, %25,2'si erkektir. Katılımcıların %55,4'ü 35 yaş ve altıdır, %65,3'ü evlidir. Hastanedeki göreve göre bakıldığında hekim grubu %15,4, hemşireler %27,2, diğer sağlık personeli %16,0 ve idari

personel %41,4'lük bir dağılım göstermektedir. Hastanelere göre bakıldığında, görüşülen sağlık çalışanlarının %66'sı üniversite hastanesinde, %23,5'i kamu hastanesinde ve %10,5'si de özel hastanede görev yapmaktadır.

**Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının İşe Cezbolma Düzeylerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

Değişkenler	Üniversite		Kamu		Özel		Toplam	
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.
<b>Dinçlik</b>	3,13	0,87	3,14	0,83	3,69	0,72	3,19	0,86
<b>Adanmışlık</b>	3,45	0,92	3,59	0,80	4,13	0,89	3,55	0,91
<b>Yoğunlaşma</b>	3,18	0,98	3,35	0,91	3,62	0,98	3,26	0,97
<b>İşe Cezbolma</b>	3,23	0,80	3,33	0,72	3,80	0,72	3,31	0,79

Üniversite ve kamu hastanesi ile özel hastanede çalışanların dinçlik, adanmışlık, yoğunlaşma alt boyutları ve işe cezbolma düzeyleri karşılaştırıldığında; en düşük ortalamaya sahip olan üniversite hastanesidir (3,23±0,80). Genel işe cezbolma düzeyi ve tüm alt boyutlarda en yüksek ortalama özel hastaneye aittir. Üniversite ve kamu hastanesinde çalışanların dinçlik düzeyleri özel hastane çalışanlarına göre oldukça düşüktür. Sağlık çalışanlarının işe cezbolma düzeyleri üniversite ve kamu hastanesinde en yüksek düzeyde adanmışlık, özel hastanede dinçlik boyutunda çıkmıştır.

**Tablo 3. Hastane Türüne Göre İşe Cezbolma Boyutlarına İlişkin ANOVA Testi Sonuçları**

Değişkenler	Hastane Türü	n	Ort.	Ss.	F	p	Fark
<b>Dinçlik</b>	Üniversite	325	3,13	0,87	10,386	0,000*	1-3 2-3
	Kamu	116	3,14	0,83			
	Özel	52	3,69	0,72			
<b>Adanmışlık</b>	Üniversite	325	3,45	0,92	13,100	0,000*	1-3 2-3
	Kamu	116	3,59	0,80			
	Özel	52	4,13	0,88			
<b>Yoğunlaşma</b>	Üniversite	325	3,18	0,98	5,292	0,005*	1-3
	Kamu	116	3,35	0,91			
	Özel	52	3,62	0,98			
<b>İşe Cezbolma</b>	Üniversite	325	3,23	0,80	11,765	0,000*	1-3 2-3
	Kamu	116	3,33	0,72			
	Özel	52	3,80	0,72			

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları hastane türüne göre dinçlik, adanmışlık, yoğunlaşma ve işe cezbolma düzeyleri incelendiğinde; istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar görülmektedir ( $p<0,05$ ). Tablo 3'e göre, özel hastanede çalışanların dinçlik puanları üniversite ve kamu hastanesine göre yüksektir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan LSD testi sonuçlarına göre burada fark oluşturan grubun özel hastane olduğu saptanmıştır. Çalışanların adanmışlık alt boyutu için verdiği puanlara bakıldığında yine en yüksek olan hastane türü özel hastaneyken, üniversite hastanesinde bu düzey, diğerlerine göre daha düşüktür. Yoğunlaşma boyutunda ise, yalnızca üniversite hastanesi ve özel hastane arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Genel işe cezbolma düzeylerine göre hastaneler karşılaştırıldığında yine özel hastanelerde diğerlerine yüksek çıkmıştır.

**Tablo 4. Üniversite Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Hastanedeki Görevlerine Göre İşe Cezbolma Boyutlarına İlişkin ANOVA Testi Sonuçları**

Değişkenler	Hastanedeki Görev	n	Ort.	Ss.	F	p	Fark
<b>Dinçlik</b>	Hekim	66	2,77	0,85	6,348	0,000*	4-1 4-2 3-1
	Hemşire	74	3,05	0,82			
	Diğer sağlık personeli	35	3,24	0,68			
	İdari personel	150	3,30	0,89			
<b>Adanmışlık</b>	Hekim	66	3,44	0,84	0,764	0,515	
	Hemşire	74	3,59	0,79			
	Diğer sağlık personeli	35	3,41	0,84			
	İdari personel	150	3,40	1,03			
<b>Yoğunlaşma</b>	Hekim	66	2,90	0,98	2,250	0,082	
	Hemşire	74	3,27	0,98			
	Diğer sağlık personeli	35	3,26	0,76			
	İdari personel	150	3,23	1,00			
<b>İşe Cezbolma</b>	Hekim	66	3,00	0,78	2,431	0,065	
	Hemşire	74	3,27	0,76			
	Diğer sağlık personeli	35	3,30	0,66			
	İdari personel	150	3,31	0,85			

Üniversite hastanesindeki sağlık çalışanlarının görevlerine göre işe cezbolma düzeyleri Tablo 4'te verilmiştir. Buna göre, sağlık çalışanlarının işe cezbolma düzeyleri hastanedeki göreve göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Alt boyutlara bakıldığında ise, hastanedeki göreve göre yalnızca dinçlik boyutu anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Üniversite hastanesinde çalışanlar arasında en yüksek dinçlik düzeyine sahip olan idari personel grubu iken, hekimlerin dinçlik düzeylerinin en düşük olduğu görülmektedir. Anlamlı farklılık ise, idari personel ile hekim ve hemşire grubu ile hekim ve diğer sağlık personeli arasında bulunmaktadır.

**Tablo 5. Kamu Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Hastanedeki Görevlerine Göre İşe Cezbolma Boyutlarına İlişkin ANOVA Testi Sonuçları**

Değişkenler	Hastanedeki Görev	n	Ort.	Ss.	F	p	Fark
<b>Dinçlik</b>	Hekim	6	3,36	0,34	0,963	0,413	
	Hemşire	43	3,10	0,91			
	Diğer sağlık personeli	37	3,00	0,78			
	İdari personel	30	3,31	0,82			
<b>Adanmışlık</b>	Hekim	6	4,13	0,67	1,396	0,248	
	Hemşire	43	3,60	0,90			
	Diğer sağlık personeli	37	3,44	0,68			
	İdari personel	30	3,64	0,79			
<b>Yoğunlaşma</b>	Hekim	6	2,75	0,92	3,548	0,025*	4-1 4-3
	Hemşire	43	3,32	0,99			
	Diğer sağlık personeli	37	3,18	0,86			
	İdari personel	30	3,73	0,75			
<b>İşe Cezbolma</b>	Hekim	6	3,40	0,46	1,344	0,264	
	Hemşire	43	3,30	0,83			
	Diğer sağlık personeli	37	3,18	0,67			
	İdari personel	30	3,53	0,64			

Kamu hastanesinde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının hastanedeki görevlerine göre işe cezbolma düzeylerini gösteren Tablo 5'e göre anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Alt boyutlardan ise yalnızca yoğunlaşma boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Yoğunlaşma boyutunda idari personelin ( $3,73\pm 0,75$ ) işlerine yoğunlaşma puanlarının, hekim ( $2,75\pm 0,92$ ) ve diğer sağlık personeli ( $3,18\pm 0,86$ ) grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

**Tablo 6. Özel Hastanedeki Sağlık Çalışanlarının Hastanedeki Görevlerine Göre İşe Cezbolma Boyutlarına İlişkin ANOVA Testi Sonuçları**

Değişkenler	Hastanedeki Görev	n	Ort.	Ss.	F	p
<b>Dinçlik</b>	Hekim	4	4,08	0,59	1,229	0,310
	Hemşire	17	3,46	0,71		
	Diğer sağlık personeli	7	3,62	0,13		
	İdari personel	24	3,81	0,83		
<b>Adanmışlık</b>	Hekim	4	3,75	1,21	0,547	0,652
	Hemşire	17	4,18	0,94		
	Diğer sağlık personeli	7	4,43	0,40		
	İdari personel	24	4,07	0,91		
<b>Yoğunlaşma</b>	Hekim	4	3,38	1,10	0,117	0,950
	Hemşire	17	3,57	0,96		
	Diğer sağlık personeli	7	3,68	0,81		
	İdari personel	24	3,67	1,06		
<b>İşe Cezbolma</b>	Hekim	4	3,79	0,87	0,159	0,923
	Hemşire	17	3,70	0,75		
	Diğer sağlık personeli	7	3,87	0,36		
	İdari personel	24	3,85	0,78		

Özel hastanedeki sağlık çalışanlarının hastanedeki görevlerine göre işe cezbolma düzeyleri Tablo 6’da gösterilmiştir. Buna göre, özel hastanede çalışan sağlık personelinin görevlerine göre işe cezbolma düzeylerinde ve işe cezbolmanın alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

#### IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Son yıllarda pozitif psikoloji akımı ve pozitif örgütsel davranışın önde gelen kavramlarından işe cezbolmaya artan ilgi gerek akademik yazına, gerekse de uygulama alanına yansımıştır. 2000’li yıllar öncesinde, örgütsel davranış yazınında çoğunlukla çalışanları olumsuz etkileyen konular işlenirken, günümüzde çalışanlar örgüte nasıl tutundurulur, nasıl motive edilir sorularından yola çıkılarak aidiyet duygusu oluşturulmaya çalışılmaktadır.

Bu çalışmada bir üniversite hastanesi, bir kamu hastanesi ve bir özel hastanedeki sağlık çalışanlarının işe cezbolma düzeyleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Ankara ili metropolitan bölgedeki üç hastanedeki sağlık personelinden veri toplanmıştır. Elde edilen bilgiler doğrultusunda, sağlık çalışanlarının işe cezbolma düzeyleri saptanmış ve karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Yapılan literatür taramasına göre ülkemizde sağlık çalışanlarının işe cezbolma düzeylerinin hastane türlerine göre karşılaştırılmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Aboshaiqah ve diğerleri (2016), Suudi Arabistan’da kamu, üniversite ve askeri hastanelerde çalışan hemşireler üzerinde buna benzer bir karşılaştırma yapmıştır.

Tablo 2’de görüldüğü gibi üniversite, kamu ve özel hastanelerde çalışan sağlık personelinin işe cezbolma düzeylerine bakılırsa; özel hastanedeki sağlık çalışanlarının işe cezbolma düzeyleri en yüksek ortalamaya sahipken, üniversite hastanesindeki sağlık

çalışanlarının işe cezbolma düzeyleri ise en düşüktür. Bu durum alt boyutlar için de aynıdır. Yani özel hastanede çalışan sağlık personelinin dinçlik, adanmışlık ve yoğunlaşma düzeyleri en yüksek ortalamayı oluşturmaktadır. Üniversite ve kamu hastanesinde çalışanların cezbolma düzeyleri orta seviyedeysen, özel hastanedeki çalışanların işe cezbolma düzeyleri yüksek seviyededir. Kamu ve üniversite hastanelerinde kariyer ve kendini geliştirme olanaklarının çok fazla olmaması nedeniyle çalışanın ufkunun daralması ve işe cezbolmaktan uzaklaşması ihtimal dâhilindedir. Özel hastanelerde ise, çalışanlar arasındaki rekabet ortamının söz konusu olması ile de işe cezbolma düzeylerinde artış olması normaldir.

Üniversite ve kamu hastanesinde en düşük ortalamayı dinçlik boyutunun oluşturduğu görülmüştür. Buna göre, bu hastanelerdeki çalışanlar oldukça düşük seviyede enerji ile çalışmaktadırlar. Bu çalışanların sabahları işe gelirken isteksiz oldukları, uyanmakta zorluk çektikleri düşünülebilir. Hastanelerdeki adanmışlık alt boyutu ortalamaları ise, diğer alt boyutlara göre en yüksek puana sahiptir. Yine burada da özel hastanedeki çalışanların işlerine adanma düzeyleri en yüksektir. Kariyer ve yükselme imkânlarının fazla olması gibi sebeplerden dolayı özel hastanelerde işe adanmışlık düzeylerinin en yüksek olması muhtemeldir. Adanmış çalışanlar, işlerini ilgi çekici ve anlamlı olarak görüp, mücadele gerektirdiğini, belirli bir amaca hizmet ettiğini düşünerek, işlerinden ilham alırlar (Turgut 2011). Van Bogaert ve diğerleri (2013) de, adanmışlığın pek çok olumlu çıktı üzerinde etkisi olduğunu belirtmiştir. Yalnız özel hastanelerde yoğunlaşma düzeyleri dinçlik ve adanmışlık alt boyutlarından daha düşüktür. Mesai saatlerinin kamuya göre daha yüksek olmasından dolayı özel hastanedeki sağlık çalışanlarının belli bir süreden sonra yoğunlaşma düzeylerinde azalma yaşanabilir.

Hemşireler üzerinde buna benzer bir çalışma yapan Aboshaiqah ve diğerleri (2016), üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin işe cezbolma düzeylerinin en düşük, askeri hastanedekilerin ise en yüksek olduğunu saptamıştır. Yine bu çalışma da hastane türlerine göre işe cezbolma düzeyleri arasında anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir. Benzer olarak yine bahsi geçen çalışmada da adanmışlık alt boyutunun ortalaması, diğerlerine göre yüksek çıkmıştır. Lovejoy (2012), kamu, özel ve özelleştirilmiş hastanelerde yaptıkları araştırmada hastane türüne göre hem hekimlerin hem de hemşirelerin işe cezbolma düzeylerinin anlamlı farklılık gösterdiğini belirtmiştir.

Üniversite, kamu ve özel hastanede sağlık çalışanlarının işe cezbolma düzeyleri hastanedeki göreve göre ayrı ayrı tablolarda karşılaştırılmıştır. Buna göre, Tablo 4'te üniversite hastanesindeki sağlık çalışanlarının yalnızca dinçlik düzeylerinde mesleğe göre anlamlı farklılık saptanmıştır. İdari personel, dinçlik düzeyi en yüksek olan gruptur ve idari personel ile hekim, hemşire grubu ve diğer sağlık personeli ile hekim grubu arasında dinçlik düzeyleri anlamlı farklılık göstermektedir. Kamu hastanesindeki işe cezbolma düzeylerinin hastanedeki göreve göre karşılaştırıldığı Tablo 5'e göre, yoğunlaşma boyutunda farklılık olduğu görülmektedir. Kamu hastanesinde çalışanların işlerine yoğunlaşma düzeylerine bakıldığında, idari personelin hekimlere ve diğer sağlık personeline göre daha fazla yoğunlaştığı görülmektedir. Üniversite ve kamu hastanesinde hekimlerin işe cezbolma düzeylerinin diğer gruplara göre düşük olmasının, hasta yoğunluğundan kaynaklandığı söylenebilir. Bu iki hastane, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin de sürdürüldüğü hastaneler olduğu için, hekimlerin daha fazla iş yüküne sahip olmaları da kaçınılmazdır. Ayrıca sevk zincirinin, hastalar tarafından yeterince etkili bir şekilde kullanılmaması da bu hastanelerde yoğunluğa sebebiyet vermektedir. Daha fazla hasta yükü, hekimlerin işlerine daha az cezbolmalarına yol açabilir. Özer ve diğerleri (2015) de çalışmalarında kamu hastanesindeki idari personelin işe cezbolma puanlarını diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulmuştur. Tablo 6'ya dönülürse, özel hastanede çalışan sağlık personelinin işe cezbolma düzeyleri ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadığı görülmektedir. Her ne kadar farklılık çıkmasa da özel hastanedeki sağlık çalışanlarının işe

cezbolma düzeyleri diğer hastanelere yüksek çıkmıştır. Ayrıca hekimlerin işe cezbolma düzeyleri de oldukça yüksektir. Özel sektörde hekim grubuna sağlanan olanaklar ve standartlar diğerlerine göre daha gelişmiş düzeyde olduğu için böyle bir sonucun çıkması normal karşılanabilir.

Etkili sağlık hizmetlerinin temelinde, sağlık çalışanlarının performansları önemli bir ögedir. Çalışan performansının yüksek olması, örgüt performansını etkilemektedir. Çalışma ortamını olumsuz etkileyecek tutum ve davranışların azaltılması için gerekli önlemlerin alınması, her türlü istenmeyen duruma yol açabilecek etkenlerin azaltılması, hatta ortadan kaldırılması sağlık hizmetlerinde verimliliğin sağlanması için gereklidir. Buna ek olarak, pozitif örgütsel davranış tarzını benimsemek ve sağlık kurumlarında çalışanların hem kendilerini hem de çalışma arkadaşlarını olumlu yönde etkilemelerinin de önemli olduğu unutulmamalıdır. Çalışanların işlerine cezbolmalarının sağlanmasının, işlerini daha özenle yapmalarına ve ılımlı bir örgüt iklimine ulaşılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. İşe cezbolma konusu, genel olarak Türkçe yazında hatırı sayılır miktarda çalışılmasına rağmen sağlık sektörüne indirgenmediğinde çok fazla çalışmanın gerçekleştirilmediği görülmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın sağlık kurumları açısından benzer ve daha ileri çalışmalara önderlik edeceği öngörülebilir. Çalışmanın farklı türde hastanelerde yapılmış olması en büyük zenginliklerinden biridir. Yine de işe cezbolma ile ilişki içinde olabilecek başka kavramlarla karşılaştırılması sağlık kurumları yazını açısından faydalı olacaktır.

#### KAYNAKÇA

1. Aboshaiqah A. E., Hamadi H. Y., Salem O. A. and Zakari N. (2016) The Work Engagement of Nurses in Multiple Hospital Sectors in Saudi Arabia: A Comparative Study. **Journal of Nursing Management** 24(4): 540-548.
2. Akgül A. ve Çevik Ç. (2003) **İstatistiksel Analiz Teknikleri**. Emek Ofset Baskı, Eskişehir.
3. Alpar R. (2014). **Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik: Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle**. Detay Yayıncılık, 3. Baskı, Ankara.
4. Altunel M. C., Kocak O. E. and Cankir B. (2015) The Effect of Job Resources on Work Engagement: A Study on Academicians in Turkey. **Educational Sciences: Theory & Practice** 2: 409-417.
5. Altunışık R., Coşkun R., Bayraktaroğlu S. ve Yıldırım E. (2012) **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri**. Sakarya Kitabevi, Adapazarı.
6. Ardıç K. ve Polatçı S. (2009) Tükenmişlik Sendromu ve Madalyonun Öbür Yüzü: İşle Bütünleşme. **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 32(1): 21-46.
7. Ashforth B.E. and Humphery R.H. (1995) Emotion in the Workpkace: A Reappraisal. **Human Relations** 48: 97-125.
8. Aybas M. (2014) İnsan Kaynakları Uygulamalarının Çalışanların İşe Adanmışlığı Üzerindeki Etkisi ve Pozitif Psikolojik Sermayenin Aracı Rolü Konuya İlişkin Bir Çalışma. **İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi**, İstanbul.

9. Bakker A. B. and Bal M. P. (2010) Weekly Work Engagement and Performance: A Study Among Starting Teachers. **Journal of Occupational and Organizational Psychology** 83(1): 189-206.
10. Bezuidenhout A. and Cilliers F. V. (2010) Burnout, Work Engagement and Sense of Coherence in Female Academics in Higher-Education Institutions in South Africa. **SA Journal of Industrial Psychology** 36(1): 10.
11. Bosman J., Rothmann S. and Buitendach J. H. (2005) Job Insecurity, Burnout and Work Engagement: The Impact of Positive and Negative Effectivity. **SA Journal of Industrial Psychology** 31(4): 48-56.
12. Bostancı H. ve Ekiyor A. (2015) Çalışanların İşe Adanmasının Örgüt İçi Girişimciliğe Etkisinin İncelenmesi. **Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi** 1(1): 37-51.
13. Brown S. P. (1996) A Meta-Analysis and Review of Organizational Research on Job Involvement. **Psychological Bulletin** 120: 235–255.
14. Büyüköztürk Ş. (2006) **Veri Analizi El Kitabı**. Pegem A Yayıncılık, 6. Baskı, Ankara.
15. Christian M. S., Garza A. S. and Slaughter J. E. (2011) Work Engagement: A Quantitative Review And Test Of Its Relations With Task And Contextual Performance. **Personnel Psychology** 64(1): 89-136.
16. Chughtai A. A. and Buckley F. (2008) Work Engagement And its Relationship With State And Trait Trust: A Conceptual Analysis. **Journal of Behavioral and Applied Management** 10(1): 47.
17. Coetzer C. F. and Rothmann S. (2007) Job Demands, Job Resources and Work Engagement of Employees in a Manufacturing Organisation. **Southern African Business Review** 11(1): 17-32
18. Csikszentmihalyi M. (2000) **Beyond Boredom and Anxiety**. Jossey-Bass, San Francisco.
19. Çalışkan S. C. (2014) Pozitif Örgütsel Davranış Değişkenleri ile Yeni Araştırma Modelleri Geliştirme Arayışları: Pozitif Örgütsel Davranış Değişkenlerinin İşe Adanmışlık, Tükenmişlik ve Sinizm Üzerine Etkileri ve Bu Etkileşimde Örgütsel Adalet Algısının Aracılık Rolü Üzerine Bir Araştırma. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 16(3): 363-382.
20. Esen E. (2012) The Role of Trust on The Relationship Between Organizational Engagement and Corporate Reputation. **Journal of Management & Economics** 19(1): 47-58.
21. Fay D. ve Luhrmann H. (2004) Current Themes in Organizational Change. **European Journal of Work and Organizational Psychology** 13(2): 113-119.
22. Fleming J. H. and Asplund, J. (2007) **Human Sigma**. Gallup Press, New York.



23. González-Romá V., Schaufeli W. B., Bakker A. B. and Lloret S. (2006) Burnout and Work Engagement: Independent Factors or Opposite Poles? **Journal of Vocational Behavior** 68(1): 165-174.
24. Güneşer A. B. (2007) The Effect of Person-Organization Fit on Organizational Commitment and Work Engagement: The Role of Person-supervisor Fit. **Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi**, İstanbul.
25. Hakanen J. J., Bakker A. B. and Schaufeli W. B. (2006) Burnout and Work Engagement Among Teachers. **Journal of School Psychology** 43(6): 495-513.
26. Hakanen J. J., Schaufeli W. B. and Ahola K. (2008) The Job Demands-Resources Model: A Three-Year Cross-Lagged Study of Burnout, Depression, Commitment, and Work Engagement. **Work & Stress** 22(3): 224-241.
27. Hallberg U. E., Johansson G. and Schaufeli W. B. (2007) Type A Behavior and Work Situation: Associations with Burnout and Work Engagement. **Scandinavian Journal of Psychology** 48(2): 135-142.
28. Høigaard R., Giske R. and Sundslı K. (2012) Newly Qualified Teachers' Work Engagement and Teacher Efficacy Influences on Job Satisfaction, Burnout, and the Intention to Quit. **European Journal of Teacher Education** 35(3): 347-357.
29. Ingersoll G. L., Olsan T., Drew-Cates J., DeVinney B. C. and Davies J. (2002) Nurses' Job Satisfaction, Organizational Commitment and Career Intent. **Journal of Nursing Administration** 52(5): 250-263.
30. Jenaro C., Flores N., Orgaz M. B. and Cruz M. (2011) Vigour and Dedication in Nursing Professionals: Towards a Better Understanding of Work Engagement. **Journal of Advanced Nursing** 67(4): 865-875.
31. Jose G. and Mampilly S. R. (2014) Psychological Empowerment As A Predictor of Employee Engagement: An Empirical Attestation. **Global Business Review** 15(1): 93-104.
32. Kalaycı Ş. (2006) **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri (Vol. 2)**. Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
33. Kanten P. ve Yeşiltaş M. (2013) Pozitif Örgütsel Davranışlar Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. **Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi** 4(8): 83-106.
34. Korunka C., Kubicek B., Schaufeli W. B. and Hoonakker P. (2009) Work Engagement and Burnout: Testing the Robustness of the Job Demands-Resources Model. **The Journal of Positive Psychology** 4(3): 243-255.
35. Koyuncu M., Burke R. J. and Fiksenbaum L. (2006) Work Engagement Among Women Managers and Professionals in a Turkish Bank: Potential Antecedents and Consequences. **Equal Opportunities International** 25(4): 299-310.
36. Langelaan S., Bakker A. B., Van Doornen L. J. and Schaufeli W. B. (2006) Burnout and Work Engagement: Do Individual Differences Make a Difference? **Personality and Individual Differences** 40(3): 521-532.

37. Lin C. P. (2010) Modeling Corporate Citizenship, Organizational Trust, and Work Engagement Based on Attachment Theory. **Journal of Business Ethics** 94(4): 517-531.
38. Lovejoy P. (2012) Demographic Variables Influence on Work Engagement of Nurses and Doctors in Hospitals. **Christ University, Other Thesis**, Bengaluru.
39. Macey W. H. and Schneider B. (2008) The Meaning of Employee Engagement. **Industrial and Organizational Psychology: Perspectives on Science and Practice** 1: 3-30.
40. Mäkikangas A., Feldt T., Kinnunen U. and Tolvanen A. (2012) Do Low Burnout and High Work Engagement Always Go Hand in Hand? Investigation of the Energy and Identification Dimensions in Longitudinal Data. **Anxiety, Stress & Coping** 25(1): 93-116.
41. Maslach C., Schaufeli W. B. and Leiter M. P. (2001) **Job Burnout. Annual Review of Psychology** 52: 397-422.
42. May D. R., Gilson R. L. and Harter L. M. (2004) The Psychological Conditions of Meaningfulness, Safety and Availability and the Engagement of the Human Spirit at Work. **Journal of Occupational and Organizational Psychology** 77(1): 11-37.
43. Montgomery A. J., Peeters M. C. W., Schaufeli W. B. and Ouden M. D. (2003) Work Home Interference Among Newspaper Managers: Its Relationship with Burnout and Engagement. **Anxiety, Stress, and Coping** 16(2): 195-211.
44. Müceldili B. ve Erdil O. (2013) Pozitif Organizasyonel Bilim Üzerine Bir Araştırma: İşe Cezbolmanın Organizasyonel Çıktılara Etkileri. Demirci M. K., Gümüştekin G. E., Özler D. E. ve Atalay C. G. (Ed.). **21. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı**, ss: 176-181, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
45. Naudé J. L. P. and Rothmann S. (2004) The Validation of the Utrecht Work Engagement Scale for Emergency Medical Technicians in Gauteng. **South African Journal of Economic and Management Sciences** 7(3): 459.
46. Nilsiri A. (2010) Employee Engagement in Independent Hotels in Phuket. **Prince of Songkla University, Doctoral Dissertation**, Phuket.
47. Oktuğ Z. (2014) **Yenilikçilik ve Çalışmaya Tutkunluk- Çalışanı Güçlendirmenin Etkileri**. Galata Yayıncılık ve Dağıtım, İstanbul.
48. Othman N. and Nasurdin A. M. (2011) Work Engagement of Malaysian Nurses: Exploring the Impact of Hope and Resilience. **International Journal of Social, Human Science and Engineering** 5(12): 37-42.
49. Öner Z. H. (2008) The Mediating Effect of Organizational Justice: Moderating Roles of Sense of Coherence and Job Complexity on The Relationship Between Servant Leadership and Work Engagement. **Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi**, İstanbul.
50. Özer Ö., Saygılı M. ve Uğurluoğlu Ö. (2015) Sağlık Çalışanlarının İşe Cezbolma Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Araştırma. **Business & Management Studies: An International Journal** 3(3): 261-272.

51. Özkalp E. ve Meydan B. (2015) Schaufeli ve Bakker Tarafından Geliştirilmiş Olan İşe Angaje Olma Ölçeğinin Türkçe'de Güvenilirlik ve Geçerliliğinin Yapılması. **The Journal of Industrial Relations&Human Resources** 17(3): 1-19.
52. Özsoy E., Filiz B. ve Semiz T. (2013) İşkoliklik ve Çalışmaya Tutkunluk Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. **Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi** 5(2): 59-68.
53. Rich B. L., Lepine J. A. and Crawford E. R. (2010) Job Engagement: Antecedents and Effects on Job Performance. **Academy of Management Journal** 53(3): 617-635.
54. Roberts D. R. and Davenport T. O. (2002) Job Engagement: Why It's Important and How to Improve It. **Employment Relations Today** 29(3): 21-29.
55. Salanova M., Agut S. and Peiró J. M. (2005) Linking Organizational Resources and Work Engagement to Employee Performance and Customer Loyalty: The Mediation of Service Climate. **Journal of Applied Psychology** 90: 1217-1227.
56. Salmela-Aro K., Tolvanen A. and Nurmi J. E. (2009) Achievement Strategies During University Studies Predict Early Career Burnout and Engagement. **Journal of Vocational Behavior** 75: 162-175.
57. Schaufeli W. and Bakker A. B. (2004) **Utrecht Work Engagement Scale** Preliminary Manual.
58. Schaufeli W. B. (2012) Work Engagement: What Do We Know and Where Do We Go? **Romanian Journal of Applied Psychology** 14(1): 3-10.
59. Schaufeli W. B. and Salanova M. (2007) Efficacy or Inefficacy, That's the Question: Burnout and Work Engagement, and Their Relationships with Efficacy Beliefs. **Anxiety, Stress, and Coping** 20(2): 177-196.
60. Schaufeli W. B., Salanova M., González-Romá V. and Bakker A. B. (2002) The Measurement of Engagement and Burnout: A Confirmative Analytic Approach. **Journal of Happiness Studies** 3: 71-92.
61. Seligman M. E. ve Csikszentmihalyi M. (2000) Positive Psychology: An Introduction. **American Psychology** 55: 5- 14.
62. Shimazu A. and Schaufeli W. B. (2008) Work Engagement: An Emerging Concept in Occupational Health Psychology. **Bioscience Trends** 2(2): 171.
63. Simpson M. (2009) Engagement at Work: A Review of the Literature. **International Journal of Nursing Studies** 46(7): 1012-1024.
64. Taştan S. B. (2014) The Theoretical Implications of Job Demands-Resources Model: A Research Study on the Relations of Job Demands, Supervisor Support and Job Autonomy with Work Engagement. **Ataturk University Journal of Economics & Administrative Sciences** 28(4): 149-192.
65. Turgut T. (2011) Çalışmaya Tutkunluk: İş Yükü, Esnek Çalışma Saatleri, Yönetici Desteği Ve İş-Aile Çatışması İle İlişkileri. **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi** 25(3): 155-179.

66. Van Bogaert P., Van Heusden D., Timmermans O. and Franck E. (2014) Nurse Work Engagement İmpacts Job Outcome and Nurse-Assessed Quality of Care: Model Testing with Nurse Practice Environment and Nurse Work Characteristics As Predictors. **Frontiers in Psychology** 5: 1261.
67. Van der Colff J. J. and Rothmann S. (2009) Occupational Stress, Sense of Coherence, Coping, Burnout and Work Engagement of Registered Nurses in South Africa. **SA Journal of Industrial Psychology** 35(1): 1-10.
68. Wollard K. K. and Shuck B. (2011) Antecedents to Employee Engagement a Structured Review of the Literature. **Advances in Developing Human Resources** 13(4): 429-446.



# Türkiye’de 2002-2015 Yılları Arasında Hastane Yatak Kullanımının Değerlendirilmesi: Pabon Lasso Metodu Uygulaması

Mustafa Said YILDIZ\*

## ÖZ

Sağlık kurumlarında etkin hizmet sunumu politika yapımcılar ve hastane yöneticilerinin önemli amaçları arasındadır. Hasta yataklarının uygun tahsisi ve kullanımı söz konusu etkinlikte önemli pay sahibidir. Pabon Lasso metodu ortalama kalış günü, yatak devir hızı ve yatak doluluk oranı gibi sıklıkla kullanılan üç göstergelyi aynı anda görselleştirebilen ve analiz edebilen elverişli bir gereçtir. Bu çalışmada, Türkiye’de 2003 yılı ve sonrasında uygulanan politikaların yatak kullanımında etkinliğe etkisini değerlendirmek için 2002 yılı ve sonrası Sağlık İstatistikleri Yıllığı verisi ile Pabon Lasso metodu kullanılmıştır. Tüm sahiplik durumlarında (Kamu, özel ve üniversite hastaneleri) Pabon Lasso grafiğinin diğer bölgelerinden verimli üçüncü bölge’ye (daha yüksek doluluk ve devir hızı) doğru bir eğilim görülmüştür. Ayrıca Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde ortalama kalış gün sayısında azalma da gözlenebilmiştir. Çalışmada söz konusu verimlilik ve erişimde iyileşme ile ilişkilendirilebilecek olan mecburi hizmet uygulaması, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun kuruluşu ve verimliliği özendirici çalışmaları ve hastaneler arası afilyasyon protokolleri gibi politika değişikliklerine yer verilmiştir. Söz konusu politika değişikliklerinin etkisi ve yoğunluğunun belirlenmesi için daha detaylı çalışmaların başlatılması önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane etkinliği, pabon lasso metodu, sağlıkta dönüşüm programı değerlendirilmesi

## Evaluation of Hospital Bed Utilization for 2002-2015 in Turkey: An Implementation of Pabon Lasso Methodology

### ABSTRACT

Providing efficient healthcare services is one of the purposes of health policy makers and hospital administrators. Appropriate allocation and utilization of patient beds has a considerable share in healthcare provider efficiency. Pabon Lasso methodology is a convenient tool which can visualize and analyze frequently used three indicators as average length of stay, bed turnover rate and bed occupancy rate at the same time. In this study Pabon Lasso methodology is used to evaluate effects of policies implemented after 2003 in Turkey to efficiency of bed utilization by using Turkey Health Statistics data. A tendency from other zones to efficient third zone (higher occupancy and turnover rates) of Pabon Lasso graph is observed for each of the ownership status (Ministry of Health hospitals, University hospitals and private hospitals). Additionally, a decrease for average length of stay indicator for Ministry of Health and university owned hospitals could be observed. Policy changes as mandatory service implementation, Turkey Public Hospital Administration’s incentives for efficiency and productivity and affiliation protocols which might be related to the recovery is included. Initiation of more detailed studies is suggested for determination of existence and intensity of this policy change effects.

**Key words:** Hospital efficiency, pabon lasso methodology, evaluation of healthcare transformation program

\* Dr., Sağlık Bakanlığı, İç Denetçisi, msaid@email.com

## I. GİRİŞ

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık sisteminin performansının değerlendirilmesi konusunda uluslararası sağlık hedeflerinin konulmasına giderek büyüyen bir ilgi oluşmuştur (Kruk, Friedman 2008). Hastaneler sektördeki diğer kurumlardan daha fazla finansal kaynak ve insan kaynağını gerektirmesi ve sağlık sektörünün artan maliyetleri sağlık sektöründe etkinlik çalışmalarının son on yıllarda kaydadeğer ilgi çekmesine neden olmuştur (Worthington 2004). Genel olarak sağlık etkinliğinin değerlendirilmesi konusunda literatür giderek artar ve çeşitlenirken; özeldde hastane etkinliklerinin değerlendirilmesi bu kapsamda en büyük payı almıştır (Hollingsworth 2003). Hastane etkinliğinin değerlendirilmesinde oransal, parametrik ve non-parametrik çeşitli metodlar kullanılmış, hastane yatakları tüm bu metotlarda önemli bir girdi bileşeni olarak yoğunlukla kullanılmıştır (Jacobs et al. 2006).

Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanmış, hastaların daha kolaylık ve sıklıkla sağlık hizmetlerine erişimi ve hastane hizmetinden yararlanma oranında ciddi şekilde artış yaşanmıştır (Akdağ 2012). Hastane yataklarının kullanım verimliliğinde ne yönde değişiklik olduğu ve söz konusu değişikliğin hastane türlerine göre ne şekilde değişkenlik gösterdiği hususu değerlendirilmelidir. Çalışmamızda hastane kullanımının artışı sonrasında hastane türlerine göre yatak kullanım verimliliğindeki değişkenlik, Pabon Lasso metodu ile değerlendirilecek, değişiklikler üzerinde hangi politika ve uygulama değişikliklerinin etkili olabileceği tartışılacaktır.

Pabon Lasso metodu ortalama kalış gün sayısı, yatak devir hızı ve yatak doluluk oranı gibi sıklıkla kullanılan üç göstergelyi aynı anda kullanabilmesi ile öne çıkan bir gereçtir. Metot farklı ülkelerde kolaylıkla ulaşılan ve hesaplanan göstergelerden oluşması, görselliği ve görece kolaylığına nispeten oldukça elverişli sonuçlar alınabilen bir gereç olarak kullanım sahası bulmuştur. Türkiye’de farklı hastane sahipliklerinde faaliyet gösteren hastanelerin yatak kullanım verimliliğinin 12 yıllık değerlendirmesi sağlıkta dönüşüm programı süresince uygulamaya konan politikaların etkisi hakkında fikir verebilmesi bakımından önem taşımaktadır.

Türkiye hastanelerinin tümüne ait verilerle yıllara yaygın şekilde uygulaması henüz gerçekleştirilmeyen Pabon Lasso metodu ile gerçekleştirilen çalışma yıllar boyunca oluşan trendi ve bu trendin oluşmasının muhtemel sebeplerini araştırması bakımından literatüre katkı sağlamaktadır

## II. PABON LASSO METODU

Sağlık tesislerinin etkinliklerinin değerlendirilmesi için çok çeşitli yöntem ve araçlar kullanılmış, veri zarflama analizi ve stokastik sınır analizi en sık kullanılanları olarak öne çıkmıştır (Hollingsworth 2003). Türkiye’de de sağlık alanında stokastik sınır analizi nadir, veri zarflama analizi daha sıklıkla olmak üzere her iki metot da uygulanmıştır (Öztürk, Yıldız 2016).

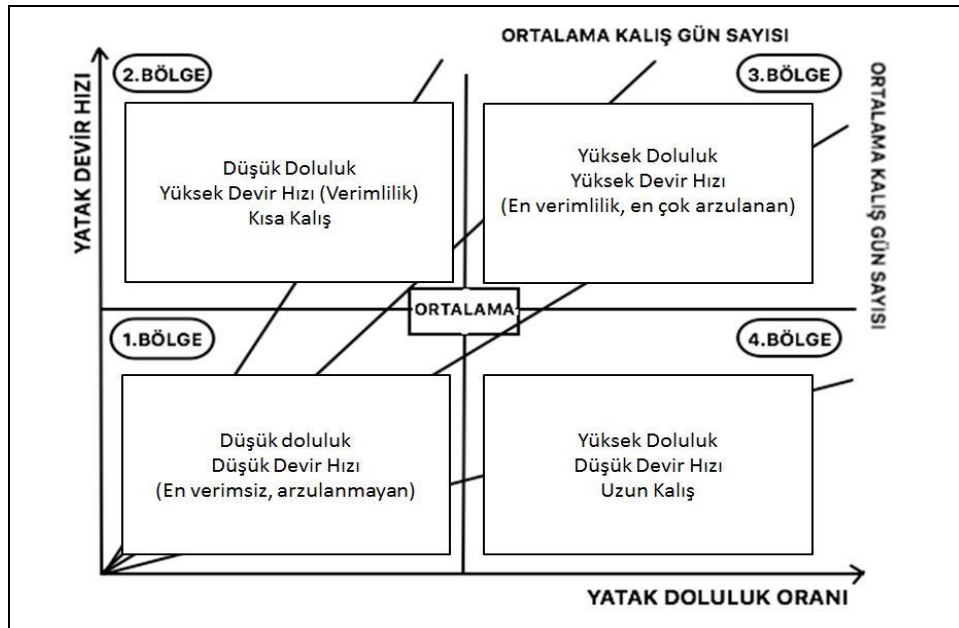
Hastane verimlilik düzeylerinin anlaşılması ve takip edilmesi amacıyla birçok gösterge kullanılmış, bu göstergelere OECD istatistik veri tabanlarında ve ülke istatistik yıllıklarında yer verilmiştir. Bu göstergelerden yatak doluluk oranı, yatan hasta ortalama kalış gün sayısı ve yatak devir hızı en sıklıkla kullanılanları olarak öne çıkmıştır. Değerlendirme için birbirinden bağımsız şekilde kullanılan bu göstergeleri Lasso (1986) birleştirme ve birlikte değerlendirmenin yolunu tariflemiş ve Colombia’daki hastaneler için kullanmış; günümüze değin farklı şekiller ve amaçlarla bu değerlendirme yolu kullanılmıştır. Ülke sağlık hizmet sunumunun değerlendirilmesi amaçlı kullanım bunlardan biridir. Malawi Sağlık Bakanlığı (2008) ve Myanmar Sağlık Bakanlığı (2012)’nin kullanımları, Endonezya (Tanner, Harpham

1995) ve Malezya (Nwagbara, Rasiyah 2015) hastaneleri için yapılan çalışmalar buna örnek olarak verilebilir. Diğer kullanım şekilleri ise tek yıllık verilerle yapılan hastaneler arasında karşılaştırmalar (Goshtasebi et al. 2009; Bahadori et al. 2011; Mohebbifar et al. 2014; Adham et al. 2014) ve çok yıllık verilerle yapılan trend analizleridir (Mohammadi 2014; Tripathi et al. 2016; Kalhor 2016; Masoompour 2015). Tüm bu çalışmalarda bölgeler arası kesim noktalarının belirlenmesi konusunda farklılıklar (ortalama’nın, benchmark değerinin ve stratejik hedefin kullanılması gibi) dışında aynı oranlar aynı şekilde kullanılmıştır. Türkiye’deki hastaneleri değerlendiren iki çalışmadan ilkinde Ekiyor (2015) Türkiye’nin üç büyük il (İstanbul, Ankara ve İzmir) hastanelerinin (5 Kamu üniversite ve 5 özel üniversite hastanesi) göğüs hastalıkları bölümlerinin PL modelindeki yerleri analiz edilmiş; ikincisinde Çalışkan (2016) kamu hastane birlikleri düzeyinde değerlendirmeye yer vermiştir.

Pabon Lasso metodunda kullanılan ilk gösterge **Yatak Doluluk Oranı (Bed Occupancy Rate)** belirli bir sürede yatakların hasta tarafından ne oranda kullanıldığını göstermektedir. Oran’ın yıllık kullanımı, (Yatılan Gün Sayısı x 100) / (Yatak sayısı x 365) şeklindedir. İkinci gösterge olan **Ortalama Kalış Günü (Average Length of Stay)** ise bir hastanın hastanede kaldığı ortalama gün sayısını göstermektedir ve (Yatılan Gün Sayısı) / (Taburcu + Ölen) kişi sayısı şeklinde hesaplanmaktadır. Kullanılan son gösterge olan **Yatak Devir Hızı (Bed Turnover Rate)** bir yatağın yılda kaç hasta tarafından kullanıldığını göstermekte, (Taburcu + Ölen) Kişi Sayısı / (Yatak Sayısı) şeklinde hesaplanmaktadır.

Pabon Lasso Modeli, Yatak Devir Hızı’nı dikey, Yatak Doluluk Oranı’nı yatay ekseninde göstermiş; böylelikle 0 noktasından başlayıp bu iki oranın birleştiği noktadan geçen doğru üç göstergenin birbiriyle olan matematiksel ilişkisinden dolayı Ortalama Kalış Günü’nü temsil edebilmiştir.

Pabon Lasso ve metodu kullanan diğer uygulayıcılar hastanelerin üç göstergeleri nedeniyle konumlandıkları bölgeye göre değerlendirme yapmışlar, görece verimlilikler üzerine yorumda bulunabilmişlerdir. Yatak devir hızı değerlerinin ortalamasından geçen yatay kesim eksenini ve yatak doluluk oranı değerleri ortalamasından geçen dikey kesim eksenini verimlilik durumları arasında sınırları belirlemişlerdir.



Şekil 1. Pabon Lasso Diagramı Bölgelerinin Gösterimi ve Açıklamaları

Kaynak: Lasso, 1986



Bölgeler ve anlamları yukarıdaki Şekil 1’de görülebilmektedir. Şekildeki x ekseninde gösterilen yatak doluluk oranları ile y ekseninde gösterilen yatak devir hızlarının bulunduğu noktalara göre hastanelerin ortalamaların oluşturduğu sınırlarla oluşan hangi bölgede yer aldıkları tayin edilebilmektedir. Ayrıca merkezden başlatılıp bu noktalardan geçen doğru da hastanede kalışla ilgili fikir vermektedir. Söz konusu doğrunun eğimi azaldıkça daha uzun kalışlar söz konusu olmaktadır.

### III. YÖNTEM

Çalışmamızda yatak doluluk oranı, yatak devir hızı ve ortalama kalış gün sayısını birlikte görselleştirerek kullanan ve çıkarımlarda bulunmayı kolaylaştıran Pabon Lasso yöntemi kullanılmıştır. 2015 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2016)’dan alınan 2002-2015 yıllarına ait özel, kamu ve üniversite hastanelerine ait ortalama rakamların Pabon Lasso grafiğinde yerleri belirlenmiş ve yıllar boyunca değişiklikler yorumlanmıştır. Yıl serisinin y eksenindeki yatak devir hızı ve x eksenindeki yatak doluluk oranı Pabon Lasso grafiğinde işaretlenmiş, ortalama kalış gün sayısı da böylelikle merkezden çıkıp x ve y değerlerinin birleşim noktasından geçen doğrunun eğimi ile gözlemlenerek değerlendirilebilmiştir.

### IV. BULGULAR

Yatak kullanım durumları ve verimliliklerinin değerlendirilmesinde kullanılan üç temel göstergenin birlikte değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir. Sağlık İstatistikleri Yıllığı’nda söz konusu göstergelere aşağıda Tablo 1’de yer verilmiş, bu göstergelerin yıllar boyunca değişimlerine ve uluslararası karşılaştırılmalarına ilişkin veri ve grafiklere yer verilmiştir. Aşağıda 2002-2015 yıllarında söz konusu göstergelerin gelişimi gösterilmiştir.

**Tablo 1. Özel, Kamu ve Üniversite Hastanelerinin 2002-2015 Yıllarına Ait Yatak Doluluk Oranı, Yatak Devir Hızı ve Ortalama Kalış Gün Sayısı Verileri**

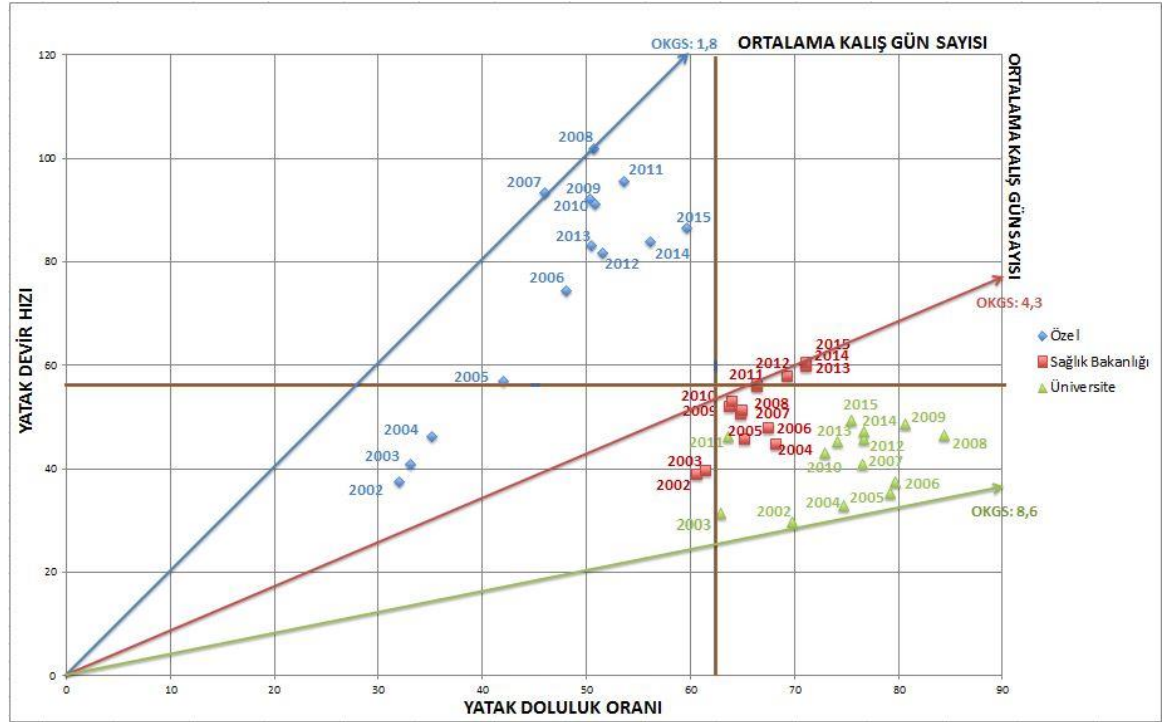
	Özel	Sağlık Bakanlığı			Üniversite				
	Yatak Doluluk Oranı	Yatak Devir Hızı	Ortalama Kalış Günü	Yatak Doluluk Oranı	Yatak Devir Hızı	Ortalama Kalış Günü	Yatak Doluluk Oranı	Yatak Devir Hızı	Ortalama Kalış Günü
2002	32,0	37,5	3,1	60,6	38,8	5,7	69,8	29,7	8,6
2003	33,1	40,8	3,0	61,4	39,7	5,6	62,9	31,5	8,5
2004	35,1	46,2	2,8	68,2	44,8	5,6	74,7	32,9	8,3
2005	42,0	57,0	2,7	65,2	45,8	5,2	79,2	35,3	8,2
2006	48,0	74,3	2,4	67,5	47,9	5,2	79,7	37,4	7,8
2007	46,0	93,4	1,8	64,8	50,7	4,7	76,5	40,8	6,9
2008	50,7	101,9	1,8	63,8	52,1	5,5	84,4	46,4	6,6
2009	50,3	92,1	2,0	65,0	51,4	4,6	80,7	48,6	6,1
2010	50,8	91,1	2,0	64,0	52,9	4,4	72,9	43,1	6,2
2011	53,6	95,6	2,0	66,4	55,9	4,3	63,6	46,2	5,8
2012	51,5	81,8	2,3	66,4	56,3	4,3	76,7	45,6	6,1
2013	50,5	83,2	2,2	69,3	57,9	4,4	74,1	45,2	6,0
2014	56,1	83,9	2,4	71,1	59,8	4,3	76,7	47,2	5,9
2015	59,6	86,6	2,5	71,1	60,5	4,3	75,5	49,3	5,6

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015 (2016) Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara

Kamu, özel ve üniversite hastanelerinin sağlıkta dönüşüm programının uygulandığı yıllarda yatak kullanım durumundaki değişiklikler Pabon Lasso grafiği ile daha kolay anlamlandırılacak şekilde Şekil 2’de görselleştirilebilmiştir. Dikey ekseninde yatak devir hızı, yatay ekseninde yatak doluluk oranı olmak üzere ortalama kalış gün sayısı her bir yatak devir hızı – yatak doluluk oranı noktasını kesen merkezden çıkan doğrular ortalama kalış gün

sayısı göstermektedir. Ortalama kalış gün sayısı sol üst köşeden sağ alt köşeye doğru artmaktadır. Sınırları belirleyen dik ve yatay doğrular ise tüm hastanelerin tüm yıllarına ait yatak devir hızı ve yatak doluluk oranı rakamlarının ortalamasında konumlandırılmıştır.

Ayrıca her bir hastane sahiplik türünden birer ortalama kalış günü gösterimin yer verilmiştir. Merkezden geçen doğrulardan en solda bulunan özel hastanelerin en düşük, ortada bulunan kamu hastanelerinin en düşük ortalama kalış gün sayısına; en sağda bulunan en yüksek eğimli doğru ise üniversite hastanelerinin en yüksek ortalama kalış gün sayısına işaret etmektedir. Her bir hastane türünün farklı sorunları ve politikalarından farklı yönde etkilenmeleri söz konusu olduğundan söz konusu farklı hastane türlerine özgü değerlendirmeler yapılmıştır.



**Şekil 2. Kamu, Özel ve Üniversitelerin 2002-2015 Yılları Arasında Pabon Lasso Grafiği Üzerinde Yer Değişiklikleri**

Özel, kamu ve üniversite hastanelerinin Pabon Lasso grafiğindeki konumları ve bu durumların muhtemel nedenlerine ilişkin yorumlara çalışmamızın bu bölümünde yer verilecektir.

#### 4.1. Özel Hastaneler: Daha Verimli Bölgeye Kararlı İlerleyiş

Özel hastaneler Pabon Lasso grafiğinin verimsiz bölgesi olarak adlandırılan 1.Bölgesinde düşük yatak doluluğu ve düşük yatak devir hızı ile başladığı 13 yıllık yolculuğunu ikinci bölgenin verimli bölge olan 3.bölgeye en yakın kısmında tamamlamıştır. Hem yatak doluluk oranını, hem de yatak devir hızını aynı anda artırarak daha verimli duruma doğru yaklaşmıştır.

Bir taraftan özel hastane yatak sayılarında artış (Özel hastane yatak sayısı 2002 yılında 12.387 iken, 2015 yılında 40.509 sayısına ulaşmıştır) yaşanırken, diğer taraftan yatak devir hızları ve doluluklarında artış yaşanmıştır. Bu durum sağlık hizmet sunumunda özel hastanelerin paylarını artırmaları sonucunu vermiş, 2002 yılında toplam yatılan gün sayısının

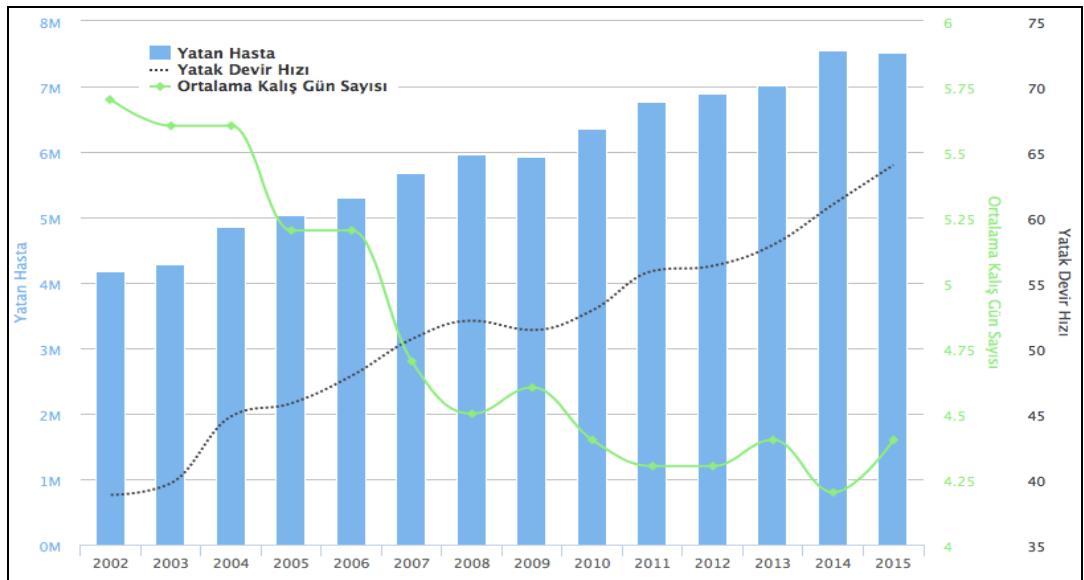
yüzde 5,37'sini, 2015 yılında ise yüzde 20'sini özel hastaneler karşılamıştır. Özel hastanelerin sayıca artmaları yataklarını daha verimli kullanmalarına eşlik etmiştir. Bu durumda özel hastane işletmeciliğinde profesyonelleşme, daha sürdürülebilir yapılar gibi pek çok husus da rol oynamış olabilecektir. Bununla beraber özel hastanelere erişimin tüm sosyal güvence türü katılımcıları için kolaylaşması ve erişimin artmasının büyük etken olduğu değerlendirilmelidir. Özel hastanelerde 2008'e kadar yatak devir hızlarında yaşanan söz konusu artışın, bu yıldan sonra azalma trendine girmesinin sebepleri araştırılmalıdır. Özel hastanelerin farklı ölçekleri ve türleri üzerinde yapılacak araştırma bu anlamda faydalı olabilecektir.

Grafikte özel hastanelerin ortalama kalış gün sayısının kamu ve üniversite hastanelerinden anlamlı şekilde ayrıştığı görülmektedir. Kamu ve üniversite hastanelerine göre daha yüksek devir hızı ve daha düşük ortalama kalış gün sayıları özel hastanelerin daha rekabetçi ve daha kar odaklı çalışma prensipleri ile uygunluk taşımaktadır.

#### 4.2. Kamu Hastaneleri: Yapısal Değişikliklerle Daha Verimli Kullanım

Sağlık Bakanlığına bağlı faaliyet gösteren hastaneler ise 2002-2003 yıllarında özel hastanelere göre daha yüksek yatak doluluk oranlarına karşılık benzer yatak devir hızında verimsiz birinci bölgede konumlanmıştır. Daha verimli alana doğru yatak devir hızı ve yatak doluluk oranlarını artıran kamu hastaneleri 2011 yılı sonrasında verimli birinci alana ulaşmışlardır. Bu süreçte kalış gün sayısı da istikrarlı şekilde azalabilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu (2017), İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı'nın genel sağlık istatistikleri modülünde yer verilen grafik de birbirine eşlik eden verimlilik ve erişim artışını Şekil 3'de göstermektedir. Sağlık Bakanlığına bağlı faaliyet gösteren hastaneler yıllar boyunca yatan hasta sayısını kayda değer şekilde artırırken yatak devir hızında iyileşme sağlayabilmiş, ortalama kalış gün sayısını azaltabilmişlerdir.



**Şekil 3. Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerin 2002-2015 Yılları Arasında Yatan Hasta, Yatak Devir Hızı ve Ortalama Kalış Gün Sayıları**

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu, İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Bşk.

Yatak verimliliğini artıran hususlardan muhtemel bazıları aşağıdaki gibi sayılabilecektir. Bu hususların sonuçlar üzerinde etkisinin bulunup bulunmadığı kararı için daha ayrıntılı

çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

- Sosyal Sigortalar Kurumu’na bağlı faaliyet gösteren hastanelerin 2005 yılında Sağlık Bakanlığı’na devri (Resmi Gazete 2005a) ile devlet hastanelerinin tek çatı altında tüm sigortalılara hizmet verebilmeleri verimlilik artışına sebep olan etkenlerden sayılabilecektir.
- 2003 yılında pilot çalışma ile başlayan ve 2005 yılında uygulaması başlanılan sağlık çalışanlarına yapılan ödeme sisteminin değiştirilerek performansa dayalı ödemeye geçilmesi (Resmi Gazete 2013) ve ödeme sistemindeki değişim ile daha fazla muayene, operasyon ve görüntüleme sayılarına ulaşılması; vatandaşın hizmete erişiminin kolaylaşması mümkün olmuştur.
- Mecburi hizmet uygulamasının 2005 yılında başlatılması (Resmi Gazete 2005b) ve tıp ve uzmanlık eğitim kontenjanında artış sağlanarak ile sağlık insan kaynağı kapasitesinde artış ile hastanelerde nüfusa oranla daha fazla sayıda sağlık profesyonelinin hizmet vermesi mümkün olmuştur.
- 2011 yılı sonunda Kamu Hastaneleri Kurumu’nun kuruluşu ve Kamu Hastane Birliklerinin kurularak yönetim yapısında değişim yaşanması (Resmi Gazete 2011a) ile daha otonom yapıda hizmet veren hastanelerin bu durumu verimliliğe yansıtılabildikleri savının gerçekliği somut olarak ortaya konulmalıdır.
- Kamu Hastane Birliklerinin kurulması sonrasında verimlilik ve rekabetçiliği özendiren politikalara başlanması, birliklerin verimlilik değerlendirmelerinin yapılması ve yatak kullanım verimliliğine ilişkin çalışmamızda da kullandığımız göstergelerin verimlilik hesaplamalarında kullanılması (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2017) ile göstergelerde iyileşme sağlanıp sağlanmadığı araştırılmalıdır.
- Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesisleri ile üniversite hastaneleri arasında insan kaynakları ve fiziki kapasitenin ortak kullanımına imkan veren afilyasyon uygulamasının (Resmi Gazete 2011b) etkisi değerlendirilmelidir.

Kamu hastanelerinde kaynak verimliliğinin artması için merkezi politikalar ve teşviklerin artarak devam etmesi gerekmektedir.

### **4.3. Üniversite Hastaneleri: Rolü Gereği Uzun Kalışlar, Düşük Devir Hızı**

Üniversite hastaneleri ise ilk yıllarda yüksek yatak dolulukları ve düşük yatak devir hızlarının söz konusu olduğu Pabon Lasso grafiğinin dördüncü bölgesinde bulunmuştur. Yatak devir hızı yıllar boyunca artış göstererek 2015 yılında daha yüksek devir hızı ve benzer yatak doluluk oranı ile Pabon Lasso’nun dördüncü bölgesinin verimli birinci bölgeye daha yakın bir noktada konumlanmıştır.

Üniversite hastanelerinin daha az verimli dördüncü bölgede yer alması, daha fazla yatak doluluklara karşılık daha düşük yatak devir hızında bulunmaları üçüncü basamak sağlık hizmeti vermeleri ve sağlık hizmeti sunumundaki rolleri nedeniyle daha ciddi hastaları kabul etmeleri ile ilişkilendirilebilecektir. Bu durum, ortalama kalış gün sayılarında diğer iki hastane türüne göre anlamlı bir fazlalığa da sebep olmaktadır.

Daha uzun kalış süreleri öngörülebilecek hastaları kabul etmekle beraber Üniversite hastanelerinin de daha verimli bölgeye doğru hareket ettiği, daha yüksek yatak doluluğu ve daha yüksek yatak devir hızını aynı anda gerçekleştirebildiği yeni bir konuma yerleştiği görülmektedir. Ortalama kalış gün sayısı da yıllar boyunca azalma gösterebilmiştir. Yıllar boyunca Pabon Lasso grafiğinin verimli 3.bölgesine yaklaşan üniversite hastanelerinin de olumlu bir yönelim içinde olduğu değerlendirilebilecektir.

## V. SONUÇLAR

Bu çalışma ile Türkiye’de faaliyet gösteren kamu özel ve üniversite hastanelerinin hastane yatak kullanımı ve verimliliğine ilişkin olmak üzere yatak doluluk oranı, yatak devir hızı ve ortalama kalış gün sayısı göstergelerinin 2002-2015 yıllarında nasıl bir gelişme gösterdiği değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme için söz konusu göstergelerin birlikte görselleştirilmesi ile değerlendirilmesini mümkün kılan Pabon Lasso metodu kullanılmıştır.

Pabon Lasso grafiğinin yardımıyla özel hastanelerin verimsiz birinci bölgeden verimli üçüncü bölgeye geçiş sağlayabildiği, kamu hastanelerinin de aynı trendi yakaladığı; üniversite hastanelerinin ise rolü gereği bulunması öngörülen dördüncü bölgede konumlandığı, verimli bölgeye geçiş yapamamış olmakla beraber verimliliğini sürekli şekilde artırdığı belirlenmiştir. Üniversite ve kamu hastaneleri ortalama kalış gün sayısını giderek azaltırken, özel hastanelerin ortalama kalış gün sayısı 2002 yılından 2008 (1,8 gün) yılına kadar azalış göstermiş; 2008 yılından 2015 yılına kadar (2,5 gün) artış göstermiş ise de 2002 yılı seviyesine (3,1 gün) ulaşmamıştır.

Farklı hastane türlerinin tümündeki bu verimlilik artışının farklı yapısal sebeplerinin olduğu, makro düzenlemelerden etkilenmenin söz konusu olduğu öngörülmekle beraber, bu faktörlerin etki yoğunlukları konusunda daha ayrıntılı ve spesifik çalışmaların yapılma gereksinimi belirtilmiştir.

Sağlık Bakanlığının bağlı hastaneleri üzerinde doğrudan, özel hastaneler üzerinde dolaylı şekilde (hastane ruhsatlandırması, doktor sayısının belirlenmesi gibi) düzenleme yetkisi bulunduğu göz önünde bulundurulursa verimlilik artışının devam etmesi ve kazanımların korunması konusunda belirleyici olduğu değerlendirilmiştir. Doğru şekilde yapılan bir planlama ile optimal kamu-özel hizmet sunumu dengesine ulaşılabilecektir.

Özel, kamu ve üniversite hastaneleri arasında kaynakların kullanımı amaçlı ortaklıklar ve afilyasyonların etkin şekilde kullanımı da fayda sağlayabilecektir. Diğer taraftan Söz konusu düzenleme ve planlamaların yanında ve ötesinde sağlık çalışanlarının motivasyonunun artırılması için çalışmalarda bulunmak da etkili olabilecektir.

Son dönemde askeri hastanelerin Sağlık Bakanlığı’na devri, Sağlık Bilimleri Üniversitesi’nin kuruluşu, kamu özel ortaklığı projelerinin tamamlanması ve şehir hastanelerinin faaliyete geçişi ile oluşacak değişikliklerin ayrıca gözlemlenmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir.

Türkiye hastanelerine ait henüz iki uygulaması bulunan ve hastanelerin tümüne ait verilerle yıllara yaygın şekilde uygulaması henüz gerçekleştirilmeyen Pabon Lasso metodu ile gerçekleştirilen çalışma literatüre katkı sağlamaktadır. Çalışmada kullanılan göstergelerin yıllar boyunca değişimi ile ilişkisi bulunma ihtimali bulunan politikalara da yer verilmiştir. Politika değişikliklerinin etkisinin yoğunluğunun belirlenmesi için daha detaylı çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Adham D., Panahi M., Barfar I., Ameri H., Sadeghi G. and Salarikhah E., (2014). Contemporary Use of Hospital Efficiency Indicators to Evaluate Hospital Performance Using the Pabon Lasso Model. **European Journal of Business and Social Sciences** 3(2):1-08.

2. Akdağ R. (2012) **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu: 2003-2011**. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
3. Bahadori M., Sadeghifar J., Hamoudzadeh P., Hakimzadeh M. and Nejati M. (2011) Combining Multiple Indicators to Assess Hospital Performance in Iran using the Pabon Lasso Model. **AMJ** 4(4): 175-179.
4. Goshtasebi A., Vahdaninia M., Gorgipour R., Samanpour A., Maftoon F., Farzadi F. and Ahmadi F. (2009) Assessing Hospital Performance by the Pabon Lasso Model, **Iranian Journal of Public Health** (38)2: 119-124.
5. Hollingsworth B. (2003) Non-Parametric and Parametric Applications Measuring Efficiency in Health Care. **Health Care Management Science** 6: 203-218.
6. Hollingsworth B. (2003) Non-Parametric and Parametric Applications Measuring Efficiency in Health Care. **Health Care Management Science** 6(4): 203-218.
7. Jacobs R., Smith P. and Street A. (2006) **Measuring Efficiency in Health Care : Analytic Techniques and Health Policy**. Cambridge University Press, New York.
8. Kalhor R., Ramandi F.D., Rafiei S., Tabatabaee S. S., Azmal M. and Kalhor L. (2016) Performance Analysis of Hospitals Affiliated to Mashhad University of Medical Sciences Using the Pabon Lasso Model: A Six-Year-Trend Study. **Biotech Health Sciences** 3(4):e38629.
9. Kruk M. E. and Freedman L. P. (2008) Assessing Health System Performance in Developing Countries: A Review of the Literature. **Health Policy** 85(3): 263-276.
10. Lasso P. H. (1986) Evaluating Hospital Performance through Simultaneous Application of Several Indicators. **Bulletin of the Pan American Health Organization** 20(4): 341–57.
11. Malawi Health Ministry (2008) **Technical Efficiency of District Hospitals in Malawi: an Exploratory Assessment Using Data Envelopment Analysis**. Malawi Health Ministry, Lilongwe.
12. Masoompour S. M., Petramfar P., Farhadi P. and Mahdaviazad H. (2015) Five-Year Trend Analysis of Capacity Utilization Measures in a Teaching Hospital 2008-2012. **Shiraz E Medical Journal** 16(2): e21176
13. Mohammadi M., Ziapoor A., Mahboubi M., Faroukhi A., Amani N., Hydarpour F., Anbari S. Z. G. and Esfandnia A. (2014) Performance Evaluation of Hospitals under Supervision of Kermanshah Medical Sciences using PabonLasoty Diagram of a Five-year Period: 2008-2012. **Life Science Journal** 11(1): 77-81.
14. Mohebbifar R., Sokhanvar M., Hasanpoor E., Isfahani H. M., Ziaiifar H., Kakemam E. and Mohseni M. (2014) A Survey on the Performance of Hospitals of Qazvin Province by the Pabon Lasso Model. **International Research Journal of Biological Sciences** 3(12): 5-9.
15. Myanmar Ministry of Health (2012) **Annual Hospital Statistics Report**. Myanmar Ministry of Health, Myanmar.

16. Nwagbara V. C. and Rasiah R. (2015) Rethinking Health Care Commercialization: Evidence from Malaysia. **Globalization and Health** 11(1): 44-51.
17. Öztürk Z. ve Yıldız M. S. (2016) Hastane Etkinliklerinin Tahmininde Stokastik Sınır Analizi; Tarihi ve Ampirik Uygulamaları. **Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi** 1(3): 1-12.
18. Resmi Gazete (2005a) **Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun.**
19. Resmi Gazete (2005b) **Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.**
20. Resmi Gazete (2011a) **663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.**
21. Resmi Gazete (2011b) **Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait ilgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.**
22. Resmi Gazete (2013) **Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik.**
23. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu (2017) **Genel Sağlık İstatistikleri.** <http://rapor.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 23.02.2017.
24. Sağlık Bakanlığı (2016) **T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yılığ 2015.** Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
25. Tanner M. and Harpham T. (1995) **Urban Health in Developing Countries: Progress and Prospects, Earthscan.** Routledge, New York.
26. Tripathi C. B., Kumar R., Sharma R. C. and Agarwal R. (2016) Assessment of Performance of Services in a Tertiary Care Neuropsychiatric Institute Using Pabon Lasso Model. **Asian Journal of Medical Sciences** 7(6): 69-74.
27. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (2017) **Verimlilik Karnesi Gösterge Kartları, RV:003.** [http://www.tkhk.gov.tr/DB/19/747\\_DB\\_19\\_verimlilik-karnesi-gosterge-kartlari](http://www.tkhk.gov.tr/DB/19/747_DB_19_verimlilik-karnesi-gosterge-kartlari), Erişim tarihi: 15.02.2017.
28. Worthington A. C. (2004) Frontier Efficiency Measurement in Health Care: A Review of Empirical Techniques and Selected Applications. **Medical Care Research Review** 61(2): 135-70.

# Örgütsel Vatandaşlık Davranışı, Örgütsel Özdeşleşme ve Örgütsel Sessizlik İlişkisine Yönelik Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma

Meryem TURGUT\*  
Mahmut AKBOLAT\*\*

## ÖZ

Çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının örgütsel vatandaşlık davranışı (ÖVD), örgütsel özdeşleşme (ÖÖ) ve örgütsel sessizlik (ÖS) düzeylerini belirlemek, ÖVD, ÖÖ ve ÖS düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek ve ÖÖ ile ÖS düzeylerinin ÖVD'ye etkisini ortaya koymaktır. Veri toplama aracı olarak Podsakoff ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilen ÖVD ölçeği, Mael ve Ashforth (1992) tarafından geliştirilen ÖÖ ölçeği ve Van Dyne ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen ÖS ölçeği ile çalışanların demografik özelliklerinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. 1 Mart-30 Nisan 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilen çalışmaya 325 sağlık çalışanı katılmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 20 programından yararlanılmıştır. Çalışmanın bulgularına göre; ÖÖ ile ÖVD arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki vardır. ÖÖ, çalışanların ÖVD düzeylerini pozitif yönde etkilemektedir. ÖS'le ÖVD arasında anlamlı ve ters yönlü bir ilişki vardır. Genel olarak ÖS'in alt boyutlarından prososyal sessizlik, ÖVD'nin alt boyutlarını olumlu yönde etkilemektedir. Ancak savunmacı sessizlik özgecilik, nezaket ve sportmenlik boyutlarını; kabullenici sessizlik ise sportmenliği olumsuz yönde etkilemektedir. Sonuç olarak ÖVD geliştirmede özdeşleşmenin olumlu; prososyal sessizlik dışında diğer sessizlik boyutlarının ise olumsuz etkisi dikkate alınarak sağlık yöneticilerinin çalışanlarının görüş ve önerilerini dikkate alması; başka bir ifadeyle örgütte sesliliği geliştirmesi önemli bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Örgütsel vatandaşlık davranışı, örgütsel özdeşleşme, örgütsel sessizlik, sağlık çalışanları, hastane

## The Relationship Between Organizational Citizenship Behavior, Organizational Identification and Organizational Silence: A Research on Health Care Professionals

### ABSTRACT

The purpose of this study is to reveal the organizational citizenship behavior (OCB), organizational identification (OI), and organizational silence (OS) levels of healthcare professionals, dwell on the association between their OCB, OI, and OS levels, and show the influence of OI and OS levels on OCB. Data collection tools are OCB scale developed by Podsakoff et al. (1990), OS scale developed by Van Dyne et al. (2003), and a questionnaire form consisting of demographic characteristics of the staff. 325 healthcare professionals participated in the study that was conducted from 1 March to 30 April 2015. IBM SPSS Statistics 20 was used to analyze the data. The study results indicate a significant and positive relationship between OI and OCB. OI has a positive influence on OCB levels of the staff. There is a significant, inverse relationship between OS and OCB. In general terms, prosocial silence, which is one of the sub-dimensions of OS, has a positive influence on the sub-dimensions of OCB. However, defensive silence negatively influences altruism, politeness, and sportsmanship while acquiescent silence negatively influences sportsmanship. To sum up, taking into account the positive influence of identification on OCB and the negative influences of all silence dimensions except for prosocial silence, it can be concluded that healthcare managers need to take their employees' ideas into account. In other words, representation of different views within the

\* Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, turgut@ankara.edu.tr

\*\* Doç. Dr., Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, makbolat@sakarya.edu.tr



organization should be ensured.

**Keywords:** Organizational citizenship behavior, organizational identification, organizational silence, health care professionals, hospital

## I. GİRİŞ

Sürekli değişen çevre koşullarında örgüt ve çalışanlar arasındaki bağın güçlenmesi önem kazanmış ve bundan dolayı örgütler, çalışanlar arasında işbirliğine ve prososyal örgütsel davranışlara daha fazla önem vermeye başlamıştır. Son zamanlarda insan davranışlarını inceleyen örgütsel davranış alanı çalışmalarında çalışanlara ait sorunların ortaya çıkarılması ve çözümlenmesinde örgütsel başarıya katkı sağlayan etkenler arasında yer alan örgütsel vatandaşlık davranışı (ÖVD) ve örgütsel özdeşleşme (ÖÖ)'nin yanı sıra örgütsel değişimin önünde önemli bir engel olan örgütsel sessizlik (ÖS) kavramlarına ilgi giderek artmaktadır. Çünkü örgütlerin amaçlarına ulaşması, değişime ve gelişime hızlı bir şekilde uyumu ve sürdürülebilirliğini sağlayabilmesi için çalışanlar üzerinde önemli etkileri olan bu üç kavram örgütler için büyük önem taşımaktadır.

Her kurumda olduğu gibi sağlık kurumlarında da sağlık hizmetinin istenen standart ve kalitede verilebilmesi, sağlık çalışanlarından istenen verimliliğin elde edilebilmesi için sağlık hizmeti sunumunda insan kaynağı önem arz etmekte ve sağlık çalışanlarının sergiledikleri davranışlar örgütsel performansın temelini oluşturmaktadır (Lombardi, Schermerhorn 2007). Sürekli değişen sağlık çevresi göz önüne alındığında, bu değişimlere ayak uydurabilmek için sağlık kurumlarında sağlık hizmeti kullanıcılarına ve örgütün ihtiyaçlarına cevap verebilmeyi sağlayan ÖVD'nin sergilenmesi büyük önem taşımaktadır. Diğer yandan yaşanan bu hızlı değişimler sağlık kuruluşlarının çalışanlarının örgüte karşı olumlu duygular geliştirmesinde olumsuzluklar yaşamasına sebep olabilmektedir. Bu nedenle çalışanların davranışlarının nedenlerinin bilinmesi ve buna ilişkin önlemler alınabilmesi önemlidir. Bu doğrultuda bu çalışmada, ülkemizde insan kaynağının büyük öneme sahip olduğu sağlık sektöründe, sağlık çalışanlarının ÖVD, ÖÖ ve ÖS düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek ve ÖÖ ve ÖS düzeylerinin ÖVD'ye etkisini ortaya koymak amaçlanmaktadır.

### 1.1. Örgütsel Vatandaşlık Davranışı

İlk olarak Organ ve arkadaşları tarafından 1983 yılında kullanılan ÖVD kavramı; *“biçimsel ödül sisteminde açık olarak bulunmayan ve dikkate alınmayan, fakat bir bütün olarak örgütün işlevlerinin verimli bir biçimde yerine getirilmesine yardımcı olan, isteğe bağlı bireysel davranışlar”* olarak tanımlanmaktadır (Organ 1988). Örgütsel etkinliğe dolaylı yollarla katkı sağlayan davranışlardan oluşan ÖVD kavramı; işle ilgili, çalışanın takdir yetkisi kapsamında olan, örgütün biçimsel ödül sistemi tarafından desteklenmeyen ve örgüt fonksiyonlarının etkinliğinin artmasını sağlayan davranışlar olarak da tanımlanmaktadır (Blakely et al. 2003). Bu tür davranışlar iş tanımlarında ve görevlerde zorunlu olmayan, ihmal edildiğinde yaptırım veya ceza gerektirmeyen ve daha çok kişisel tercih sonuçlarını içeren davranışlardır (Podsakoff et al. 2000).

Çalışanın pozisyonunun gerektirdiği görev ve sorumlulukların ötesine geçme konusundaki istekliliği uzun zamandır örgütlerin etkililiğinin temel bileşenlerinden biri olarak görülmektedir (DiPaola, Tschannen-Moran 2001). Bu davranışlara örnek olarak; işletmenin faydasına olacak yeniliklere açık olmak, çalışma arkadaşlarına destek olmak (Çelik 2007), iş süreçlerinin geliştirilmesi için öneriler sunmak, çalışma saatlerine uymak ve çalışma zamanını etkili değerlendirmek verilebilir (Çimen 2016).

Literatür incelendiğinde ÖVD kavramı üzerinde yapılan çalışmalarda, ÖVD'nin boyutları konusunda farklı boyutlandırmalar (Organ 1988; Van Dyne et al. 1994; Podsakoff et al. 2000) ortaya konulduğu; ancak yapılan sınıflandırmaların aslında aynı ya da benzer davranışları içerdikleri görülmektedir (Basım, Şeşen 2006). ÖVD ile ilgili pek çok boyutlandırmanın temelde yedi temel boyut altında toplandığı ve bu boyutların yardım davranışı, gönüllülük, örgütsel sadakat, örgütsel kabullenme, bireysel gelişim, yurttaşlık erdemi ve kendini geliştirme olarak sınıflandırılabilmesi öngörülmüştür (Podsakoff et al. 2000). Bu çalışmada ise ÖVD, Organ (1988)'ın belirlediği; Özgecilik (Altruism), Sivil Erdem (Civic Virtue), Vicdanlılık (Conscientiousness), Nezaket (Courtesy) ve Sportmenlik (Sportmanship) olmak üzere beş boyut esas alınarak incelenmiştir.

**Özgecilik:** Özgecilik boyutu, çalışanın örgütle ilgili sorunlarda veya görevlerde diğerlerine yardım etmeyi amaçlayan isteğe bağlı davranışlarını kapsamaktadır (Podsakoff, MacKenzie 1994). Dolayısıyla özgecilik davranışı, çalışanların bağlı olduğu örgütün yararına olacak şekilde işle ve örgütle ilgili konularda birbirlerine yardım etmekte gönüllü olmaları ve işle ilgili sorunların çıkmasını önlemeye yönelik davranışlarından oluşmaktadır.

**Vicdanlılık:** Organ (1988)'ın tanımladığı ikinci boyut olarak vicdanlılık, çalışanların işleri ve üstlendikleri rolleri ile ilgili davranışların ötesine geçerek, örgütün işleyişine gönüllü olarak katkıda bulunmalarını ifade etmektedir (Allison et al. 2001). Bir başka ifade ile vicdanlılık, işe devamlılık, dakiklik, uzun süreli ve gereksiz molalardan kaçınma, örgüt kaynaklarını koruma gibi örgüt içi sürekliliği sağlama ile ilgili konularda çalışanların beklenen düzeyin üstünde gösterdikleri olumlu davranışları kapsamaktadır (Kark, Waismel-Manor 2005).

**Nezaket:** Nezaket boyutu, birbirleriyle etkileşim içinde olan çalışanların, yaptıkları iş ya da aldıkları kararlarla ilgili olarak birbirlerini bilgilendirmeyi (Organ 1988) ya da bir sorun çıkmadan önce örgütteki diğer bireyleri uarmayı temel alan olumlu davranışları ifade etmektedir (Sabuncuoğlu, Tüz 2005). Diğer bir ifade ile nezaket, örgüt içindeki iş bölümünden kaynaklanan problemleri önleme amaçlı karşılıklı birbirine bağlı olan bireyler arasındaki olumlu iletişimidir (Aquino, Bommer 2003).

**Sivil Erdem:** Örgütün çıkarlarını en üst düzeyde tutarak hem profesyonel hem de sosyal anlamda örgütün fonksiyonlarını destekleme, örgüte gönüllü olarak katılma ve örgütle ilgili olma gibi nitelikleri içermektedir (Allison et al. 2001). Podsakoff ve diğerlerine (2000) göre sivil erdem, çalışanların en üst düzeyde örgütün politik yaşamına katılımını, bağlılığını ve ilgisini belirten davranışlardır.

**Sportmenlik:** Sportmenlik boyutu ise, ortaya çıkan kaçınılmaz zorlukları, hoşnutsuzlukları ve zahmetleri örgüt çalışanlarının şikâyet etmeden, sızlanmadan hoşgörüle karşılamalarını ifade etmektedir (Podsakoff et al. 2000).

## 1.2. Örgütsel Özdeşleşme

Özdeşleşme kelimesinin sözlük anlamı, bireyin başka bireylerle kişilik kaynaşması gerçekleştirecek ölçüde onların yaşantılarına ve duygularına katılması, bu yolla kendi kimliğini tanıması ve tanımlamasıdır (Türk Dil Kurumu 2016). Örgütsel özdeşleşme ise “*örgütün amaçlarıyla bireyin amaçlarının giderek daha fazla tek bir bütün haline gelmesi ve uyumlaşması süreci*” dir (Asforth, Mael 1989).

Miller ve diğerleri (2000) örgütsel özdeşleşmeyi “*örgütle dayanışma duyguları içinde olmak, örgüte tutum ve davranışa yönelik destekte bulunmak ve örgüt çalışanlarının paylaştığı ayırt edici nitelikleri algılamak*” olarak ifade etmişlerdir. Örgütsel özdeşleşme

genel olarak; çalışanların, çalıştıkları kurumları tanımlamakta kullandıkları kavramlarla kendilerini ne derece tanımladıklarının bir göstergesi ya da örgüt çalışanlarının kendilerini örgütün özellikleriyle aynı şekilde tanımlama derecesidir (Dutton et al. 1994).

Literatürde çalışanların örgütleri ile özdeşleşmeleri genellikle Sosyal Kimlik Kuramı (SKK) kapsamında açıklanmaktadır. Özdeşleşmenin anlaşılabilmesi için öncelikle kimlik kavramının anlaşılması gerekmektedir (Ashforth et al. 2008). Kimlik, bir birey veya grubun kendini diğerlerinden ayırt eden özelliklerin tamamı olarak ifade edilmektedir (Polat 2009). Ayrıca kimlik ve özdeşleşme kavramlarını tanımlama açısından bir karmaşıklık olduğu görülmekte ve bazı araştırmacılar örgütsel özdeşleşmeyi kavramsal olarak örgütsel kimlikten farklı ama ilişkili bir kavram olarak ele almaktadırlar (Ashforth, Mael 1989; Dukerich et al. 2002). SKK'ye göre, bireyler kendilerini üyesi oldukları sosyal grubu dikkate alarak önce tanımlar, değerlendirir ve kendilerini sınıflandırır, daha sonra kendilerini yerleştirdikleri grupla özdeşleşirler ve bu özdeşleşme sonunda sosyal kimlikleri oluşur (Demirtaş 2003). Sosyal özdeşleşme teorisi, kişilerin grup üyeliği yoluyla sosyal kimlik ve dolayısıyla bireysel kimlik kazandığını varsaymaktadır (Turunç, Çelik 2010). Bu bağlamda sosyal özdeşleşmenin bir uzantısı olarak kabul edilen örgütsel özdeşleşme bireyin örgüte yönelik benlik duygusunda, tutum ve davranışlarında temel oluşturması bakımından önem taşımaktadır (İşcan 2006).

Örgütlerin içinde bulunduğu dış çevre koşullarındaki büyük çaplı değişim ya da dönüşümler örgüt çalışanlarının örgüte karşı geliştirdikleri bağlılık ve sadakat duygularını da etkileyebilmektedir. Bu yüzden çalışanların olumsuz yönde etkilenmemesi açısından üyesi oldukları örgütle özdeşleşmeleri sağlanmalıdır (Sezici 2012). Örgütlerin insana gereken önemi vermesi ve örgüt yapılarını insan odaklı tasarlaması, kendisine gereken önemin verildiğini hisseden çalışanın, örgütün amaç ve hedeflerini daha fazla sahiplenmesini ve kendisini örgüte daha fazla adanarak örgüte ekstra katkılar sağlamasını kolaylaştıracaktır (Özler, Ünver 2012). Bu nedenle çalışanın sahip olduğu tutumların, davranışların ve değerlerin örgütünükilerle uyum içinde olması hem bireysel, hem de örgütsel amaçların başarılması açısından da önem taşımaktadır (İplik 2009).

ÖÖ çalışan ile örgüt arasındaki bağın altını çizen psikolojik bir alan olarak görüldüğü için, örgütteki birçok önemli tutum ve davranışı açıklayan bir kavram olarak düşünülmektedir (Tokgöz, Seymen 2013). ÖÖ'nin iş tatmini, motivasyon, performans, örgütsel bağlılık ve ÖVD ile ilişkili olduğu varsayılmaktadır. Ayrıca ÖÖ, örgüt kimliği ve değerleri ile uyumlu davranışları artıracığı için örgüt çalışanlarının davranışlarını yönlendirmesi ve koordine etmesinin önemli yollarından biri olarak görülmektedir (Shamir, Kark 2004).

### 1.3. Örgütsel Sessizlik

Sessizlik kavramı, gürültü olmama durumu, sükût (Türk Dil Kurumu 2016) olarak tanımlanmakta olup konuyla ilgili literatür incelendiğinde çeşitli bilim dallarının sessizliğe farklı anlamlar yüklediği görülmektedir. Sessizlik psikolojide içine kapanma, özgüvensizlik gibi anlamlar taşırken (Afşar 2013), sosyolojide eylemsizlik olarak tanımlanmaktadır (Nader 2001). Sessizlik sadece konuşmamak değil, aynı zamanda yazmamak, sunmamak, duymamak ve önemsememek anlamına da gelmektedir (Nikmaram et al. 2012). Bu açıdan bakıldığında sessizlik, çok boyutlu, kaygan ve muğlak olduğundan anlaşılması kolay olmayan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Çakıcı 2007).

Literatürde örgütlerde sessizlik ile doğrudan ilişkili iki temel kavramsal çalışmadan söz edilebilir. Bu çalışmalardan birincisi, Morrison ve Milliken (2000) tarafından yapılmış ve örgütlerde sistematik olarak gelişen sessizlik sürecini, nedenlerini ve bu sürecin sürekliliğini

ve güçlenmesini sağlayan örgütsel koşulları açıklamaktadır. Morrison ve Milliken (2000: 707) örgütsel sessizliği “*Çalışanların işle ilgili konular ve sorunlar hakkındaki bilgilerini, görüşlerini ve kaygılarını bilinçli olarak yönetimle paylaşmamları, kendilerine saklamaları*” olarak tanımlamaktadır. İkincisi ise Pinder ve Harlos (2001) tarafından yapılmış ve araştırmacıların özellikle algılanan adaletsizlik konusunun açıkça konuşup konuşmama ile ilişkin çalışanların kararı üzerindeki etkisine odaklanmışlardır. Çalışmada, işgören sessizliği “*değişimi etkileyebilme veya düzeltebilme yeteneğinde olduğu algılanan insanlara (yöneticiler, liderler, işverenler) karşı kişinin, örgütsel sorun veya konularla ilgili davranışsal, bilişsel veya duygusal değerlendirmeleri hakkındaki samimi düşüncelerini gizlemesi*” olarak tanımlanmaktadır (Çakıcı 2008). Bu iki temel kavramsal çalışmada ve daha sonraki araştırmalarda yer alan sessizlikle ilgili tanımlamalarda ‘bilgi ve fikrin kasten esirgenmesi’ ve ‘örgütsel konu ve sorunlarla sınırlı olması’ gibi iki ortak vurguya dikkat çekilmektedir (Çakıcı 2007).

Van Dyne ve diğerleri (2003) çalışan sessizliğini “*işlerin normal yapısı içerisinde çalışanların işle ilgili görüşlerini kasıtlı olarak kendilerinde tutmaları ya da baskı altında tutmaları*” olarak tanımlamışlardır. Ayrıca yapmış oldukları çalışmada, sessizlik ve sesin basit olarak birbirlerinin zıt kutupları olmadığını, aslında sessizlik ve sesin, karmaşık ve çok boyutlu yapılar da olduğunu belirtmişlerdir. Literatürde araştırmacılar tarafından, “*çalışan sessizliği*” ve “*örgütsel sessizlik*” kavramları sıklıkla birbirlerinin yerine kullanıldığından bu çalışmada da örgütsel sessizlik ve çalışan sessizliği ayırımına gidilmemiş, iki kavram da aynı anlamda ele alınmıştır.

Çalışanların görüş ve düşüncelerini bilinçli olarak kendilerine saklamaları ile ortaya çıkan örgütsel sessizlik kavramı örgüt içinde farklı şekillerde görülebilmektedir. Van Dyne ve diğerleri (2003) sessizliği kendi içinde üçe ayırarak sessizliğin 3K’si olarak da adlandırılabilir (Çakıcı 2010) kabullenici, korunma/savunma amaçlı ve koruma amaçlı olmak üzere çalışanların üç farklı tür sessizlik davranışı gösterebileceğini belirtmişlerdir.

**Kabullenici Sessizlik (Acquiescence Silence):** Van Dyne ve diğerleri (2003) kabullenici sessizliği; “*çalışanların işlerini ve örgütlerini geliştirecek ve iyileştirecek fikir, bilgi ve görüşlerini razı olma güdüsü ile kendine saklaması*” olarak tanımlamış ve bireyin duruma ya da olayla ilgili bilgisi, görüşü veya söyleyecekleri olmasına rağmen, kendi isteğiyle bu görüşlerini açıklamamayı tercih etmediğini belirtmişlerdir. Dolayısıyla, çalışanlar konuşmanın boşuna bir girişim olduğu düşüncesiyle sessiz kalmayı tercih etmektedir (Brinsfield 2009). Bu nedenle bu sessizlik türünde, bilginin varlığı söz konusu olup, bireyin iletişim kurmaktan kaçınma davranışı gözlenmektedir (Özgen, Sürgevil 2009).

**Savunmacı Sessizlik (Defensive Silence):** Savunmacı sessizlikte, çalışan endişe ve korku temelli kendini savunma davranışı güdüsüyle sessiz kalmayı tercih etmektedir (Çakıcı 2010). Çalışan kendini korumak için, var olan sorunları hiç yokmuş gibi davranabilmekte, kişisel hataları gizleyebilmekte veya farklı görüş ve fikirleri iletmemeyi tercih edebilmektedir.

**Prososyal Sessizlik / Koruma Amaçlı Sessizlik (Prosocial Silence):** Van Dyne ve diğerleri (2003) prososyal sessizliği, “*çalışanların kendinden çok başkalarını düşünme veya işbirlikçi nedenlere bağlı olarak, örgüte ya da diğer bireylere fayda sağlamak amacıyla, iş ve örgütüyle ilgili fikir, bilgi ve görüşlerini söylememesi*” olarak tanımlamışlardır. Bu sessizlik türünde her koşulda örgüt veya diğerlerinin yararına olduğu için bildiklerini paylaşmamak esastır (Esfahani et al. 2013).

Çalışanların bilgi beceri ve yeteneklerini sürekli geliştirme ve bundan yararlanma amacına yönelik olarak insan merkezli yeni yönetsel uygulamalarla çelişen örgütsel

sessizlik, günümüz örgütleri açısından örgütsel değişimin ve gelişimin önünde oldukça önemli bir engel olarak görülmektedir. ÖS'in hem örgüt hem de çalışanlar açısından yürütülen faaliyetler, karar verme süreçleri ve örgütsel sonuçlar üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. ÖS sağlık kurumlarında da benzer olumsuz etkilere yol açabilmektedir.

Sağlık kurumları, her biri kendi alanında uzman birçok farklı meslekten kişilerin bir arada çalışmasını gerektiren karmaşık bir yapıya sahip olması nedeniyle yüksek düzeyde iletişim gerektirmektedir. Dolayısıyla sağlık çalışanları arasında görülen bir konu hakkında görüş, fikir ve düşünceleri beyan etmemek olarak ortaya çıkan sessiz kalma davranışı hem çalışanlar hem de örgüt için ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. Çünkü sağlık hizmetinin emek yoğun ve insan odaklı olması, talebin ne zaman ortaya çıkacağına bilinmemesi ve ertelenemez oluşu, sonuçları telafi edilemeyen yapısı gibi nedenlerle sağlık çalışanlarının sessizlik düzeylerinin belirlenmesi önem arz etmektedir.

#### **1.4. Örgütsel Vatandaşlık, Örgütsel Özdeşleşme ve Örgütsel Sessizlik Arasındaki İlişki**

Günümüzde örgütler çalışanlarından örgütü bireysel kimlikleri ile özdeşleştirecek ölçüde benimsemelerini istemekte ve işyerini sevme, sadakat duygusuna sahip olma ve işyerinden ayrılma niyetine sahip olmama gibi duyguların ötesine geçmelerini beklemektedirler (Polat, Meydan 2011). Çünkü çalışanın sahip olduğu tutumların, davranışların ve değerlerin örgütünükilerle uyum içinde olması hem bireysel hem de örgütsel amaçların başarılması açısından önem taşımaktadır (İplik 2009). Örgütüyle güçlü bir biçimde özdeşleşmiş bireyler, örgütlerinin amaç ve değerlerini kendi amaç ve değerleri olarak benimsemekte, örgütün başarısı için çaba sarf etmektedirler (Edwards 2005). Bu bağlamda çalışanların, örgütün başarısını kendi başarısı, başarısızlığını da kendi başarısızlığı gibi algılaması yani örgütle özdeşleşmesi, ÖVD olarak adlandırılan gönüllü, fazladan, istekli davranışlar sergileme eğilimlerini artırmaktadır.

Çalışanlar örgütleriyle güçlü bir şekilde özdeşleştiklerinde, örgütün menfaatine olan davranışların aynı zamanda kendi yararlarına da olacağını düşündüklerinden (Dutton et al. 1994) çalışanların örgütü destekleyici davranışlar gösterme eğilimleri de artmaktadır. Örgütsel özdeşleşme düzeyinin yüksek olması, çalışanların performansını ve ekstra rol davranışını artırırken, devamsızlığı ve işgücü devir oranını azaltacak, dahası artan iş doyumunu, motivasyonu ve iyi olma gibi olumlu duygular da ortaya çıkaracaktır (Chughtai, Buckley 2009).

Literatürde örgütsel özdeşleşmenin iletişim, örgütsel imaj, algılanan örgütsel destek ve iş tatmini gibi pek çok değişken ile ilişkisi araştırılmıştır (Shen et al. 2014; Van Dick et al. 2008; Smidts et al. 2001). Bunlardan bir tanesi de ÖVD kavramıdır. Örneğin; Balıkesir Devlet Hastanesi ve Balıkesir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ndeki 220 çalışanla yapılan bir çalışmada, ÖÖ ile ÖVD arasındaki ilişkinin, örgütsel güven ile ÖVD arasındaki ilişkiye yüksek olduğu belirlenmiştir (Tokgöz, Seymen 2013).

Alparslan ve diğerleri (2014) algılanan örgütsel destek düzeyi, örgütsel özdeşleşme ve yardım etme davranışı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 152 hastane personeli ile yaptıkları çalışmada; algılanan örgütsel destek düzeyinin artmasının örgütsel özdeşleşmeyi pozitif yönde etkilediği ve örgütsel özdeşleşmenin çalışanlarda yardım etme davranışını ortaya çıkarabileceği sonucuna ulaşmışlardır.

Yapılan çalışmalarda çalışanların örgütleriyle özdeşleşme düzeyleri ile ÖVD arasında anlamlı ve olumlu bir ilişki olduğu saptanmıştır (Bellou et al. 2005; Van Dick et al. 2006; Tokgöz, Seymen 2013). Ayrıca ÖÖ'nin ÖVD üzerindeki etkisi de pek çok çalışmaya konu

olmuş ve yapılan çalışmalarda ÖÖ'nin ÖVD gösterme düzeyini pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilediği belirtilmektedir (Karabey, İşcan 2007; İplik ve diğerleri 2014).

Çalışanların işle ilgili konular ve sorunlar hakkındaki bilgilerini, görüşlerini ve endişelerini bilinçli olarak kendilerine saklamaları olarak bilinen ÖS'in, örgütlerde yaygın bir olgu olduğu ve bu olgunun hem örgütler hem de çalışanlar üzerinde oldukça olumsuz sonuçlarının olabileceği belirtilmektedir (Perlow, Williams 2003). Morrison ve Milliken de sessizliğin (2000) örgütsel değişimin ve gelişimin önünde oldukça önemli bir engel olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışanların çeşitli sebeplerden dolayı işi ve örgütü ile ilgili konularda bilgi, görüş ve düşüncelerini paylaşmamayı tercih etmesi, örgüte hiçbir katkı sağlamayacak, aksine oluşan sessizlik ortamının sonuçları örgütte olumsuz etkiler ortaya çıkartacaktır. Çünkü günümüzde örgütler hayatta kalmak için çevredeki değişikliklere duyarlı, bilgi paylaşımına açık, kendini savunabilen ve takım ruhuna sahip çalışanlara daha fazla ihtiyaç duymaktadır (Vakola, Bouradas 2005).

ÖS örgütlerde, çalışanların fikri katkılarının kullanılmaması, sorunların hasıraltı edilmesi, bilgilerin filtrelenmesi, olumsuz geri bildirimlerden kaçınılması ve sorunlar karşısında tepkisiz kalınması şeklinde olumsuz sonuçlara sebep olabilmektedir (Çakıcı 2010). Ayrıca çalışanlarda olumsuz bir etki olarak ÖVD sergileme eğilimini de azaltabileceği düşünülmektedir.

Alioğulları (2012) ÖS ve ÖVD arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptığı çalışmada araştırmaya katılan çalışanların örgütsel sessizlik düzeylerini düşük bulurken, ÖVD düzeylerini yüksek olarak bulmuştur. Ayrıca aynı çalışmada çalışanların ÖS düzeyleri ile ÖVD düzeyleri arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulguya göre çalışanların ÖS düzeyi arttıkça ÖVD'lerinin azaldığı söylenebilir.

Pakistan' da hizmet sektörü kuruluşlarındaki 250 çalışanın ÖS düzeylerinin ÖVD üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada ise, çalışanların kayıtsız ve sessiz kalma tutumlarının (ÖS), kendi iş ve görev sorumluluklarının ötesinde örgüt için ekstra çaba sarf etme niyetleri (ÖVD) üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Fatima et al. 2014).

ÖS boyutlarının ÖVD'na etkisini araştırmak amacıyla merkezi İstanbul'da bulunan çok uluslu özel bir şirketin 462 tam zamanlı çalışanları ile gerçekleştirilen çalışma sonucunda kabullenici sessizlik ve savunmacı sessizlik boyutlarının ÖVD üzerinde negatif, prososyal sessizliğin ise ÖVD üzerinde pozitif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir (Acaray, Akturan 2015).

Ürek ve diğerleri (2015) 230 sağlık çalışanına yaptıkları çalışma sonucunda; örgütsel sessizlik davranışı alt boyutları ile örgütsel vatandaşlık davranışı alt boyutları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Buna göre örgütsel sessizliğin azaltılmasının ÖVD'yi arttırabileceğini söylemek mümkündür.

Merkezileşmiş karar verme mekanizmasının ve aşağıdan yukarıya doğru iletişim eksikliğinin olduğu örgütlerde çalışanlar, işle ilgili problemler ve endişeleri hakkında daha çok sessiz kalmayı tercih etmektedirler (Morrison, Milliken 2000). Oysaki üst yönetim, amirler ve çalışanların katılımı ile sağlanan iletişimdeki açıklık çalışanlarda bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeyini arttıracığından, çalışanlar daha az sessiz kalma davranışı göstermektedirler (Vakola, Bouradas 2005). Dolayısıyla ÖS'nin azaltılması ile çalışanların örgütle özdeşleşmelerinin kolaylaşacağı söylenebilir.

Akyüz (2015) Marmara Bölgesi'nde faaliyet gösteren 24 farklı imalat ve satış firması çalışanlarından oluşan 176 kişiden elde edilen anket verileri ile ÖS, ÖÖ ve çalışanların

bireysel yaratıcılık performansı algıları arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; ÖÖ'nin savunmacı sessizlik ve prososyal sessizlik ile pozitif yönde ve anlamlı ilişkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca savunmacı sessizlik ve prososyal sessizliğin ÖÖ'yi pozitif yönde anlamlı olarak etkilediği ileri sürülmektedir.

Literatür incelendiğinde gerek Türkiye'de gerekse Dünya'da, ÖVD, ÖÖ ve ÖS konularının birçok örgütte çalışıldığı görülürken sağlık kurumlarında sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır ve ÖVD, ÖÖ ve ÖS ilişkisini doğrudan inceleyen herhangi bir çalışmayla karşılaşmamıştır. Fakat öne çıkan bazı çalışmalarda ÖÖ-ÖVD ve ÖS-ÖVD ilişkilerinin araştırıldığı görülmektedir. Yapılan literatür taramasında sağlık alanında hem ÖÖ-ÖVD ilişkisini inceleyen (Tokgöz, Seymen 2013; Bellou et al. 2005) hem de ÖS-ÖVD arasındaki ilişkiyi inceleyen (Alioğulları 2012; Çınar ve diğerleri 2013; Kılınç, Ulusoy 2014; Fatima et al. 2015; Ürek ve diğerleri 2015) sınırlı sayıda çalışmaya rastlanırken, sağlık alanında ÖÖ-ÖS ilişkisini ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

## II. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, sağlık çalışanlarının ÖVD, ÖÖ ve ÖS düzeylerini belirlemek, ÖVD, ÖÖ ve ÖS düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek ve ÖÖ ile ÖS düzeylerinin ÖVD'ye etkisini ortaya koymaktır.

### 2.2. Araştırma Modeli ve Hipotezleri

Araştırma kapsamında oluşturulan hipotezler aşağıda sıralanmaktadır:

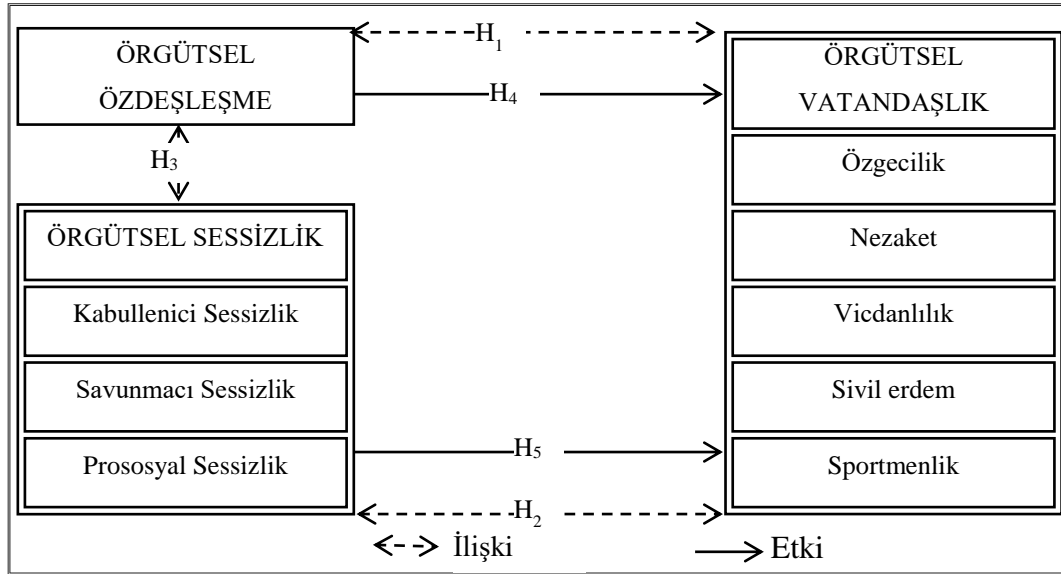
**H<sub>1</sub>:** ÖÖ-ÖVD arasında anlamlı bir ilişki vardır.

**H<sub>2</sub>:** ÖS-ÖVD arasında anlamlı bir ilişki vardır.

**H<sub>3</sub>:** ÖÖ- ÖS arasında anlamlı bir ilişki vardır.

**H<sub>4</sub>:** ÖÖ'nin ÖVD üzerinde etkisi vardır.

**H<sub>5</sub>:** ÖS'in ÖVD üzerinde etkisi vardır.



Şekil 1. Araştırma Modeli

### 2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

1 Mart ve 30 Nisan 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilen araştırmanın evrenini, Sakarya'da faaliyette bulunan üç kamu hastanesinde (Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenikent Devlet Hastanesi ve Toyotasa Acil Yardım Hastanesi) çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır. Çalışmada olasılıklı örnekleme yöntemlerinden tabakalı rastgele örnekleme yönteminden yararlanılmıştır. Örneklem büyüklüğü aşağıdaki formülden yararlanılarak hesaplanmıştır (Karagöz 2014; Bal 2001).

N = Evren  
n = Örneklem sayısı  
p = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülme sıklığı (0,50 alınmıştır)  
q = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülmemesi sıklığı (1-p)  
Z = Güven düzeyine göre standart değer (normal dağılım tablolarından bulunur %95 için 1,96)

t = Göz yumulabilir yanılğı (0,05 alınmıştır)

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{[(N - 1) * t^2] + (p * q * Z^2)}$$

$$n = \frac{1801 * 0,5 * 0,5 * 1,96^2}{[(1801 - 1) * 0,05^2] + (0,5 * 0,5 * 1,96^2)}$$

$$n = \frac{1729,68}{5,46} = 316,77 \cong 318$$

Formüle göre %95 güven aralığında evreni temsil edecek örneklem büyüklüğü 318'dir. Çalışmada yukarıda söz edilen üç hastanenin çalışan sayıları kullanılarak tabaka ağırlıkları belirlenmek suretiyle her hastanede yapılması gereken asgari anket sayıları ve yapılan anketlerin dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1 incelendiğinde de görüleceği gibi, her hastane için gerekli minimum anket sayısını karşılamak koşuluyla toplam 325 sağlık çalışanından kullanılabilir veri elde edilmiştir. Kullanılamaz durumda olan ya da eksik doldurulan anketler çalışmada kullanılmamıştır. Buna göre çalışmanın örneklemi 325 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Çalışanlara anket uygulamadan önce Sakarya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden araştırma izni alınmış olup, anketler yüz yüze görüşme tekniği ile gerçekleştirilmiştir.

**Tablo 1. Anket Sayısının Çalışma Yapılan Hastanelere Göre Dağılımı**

Hastane	Çalışan Sayısı	Toplam Çalışana Oranı	Yapılması Gereken Asgari Anket Sayısı	Yapılan Anket Sayısı
Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1.319	73,24	233	235
Yenikent Devlet Hastanesi	332	18,43	59	60
Toyotasa Acil Yardım Hastanesi	150	8,33	26	30
<b>Toplam</b>	<b>1.801</b>	<b>100,00</b>	<b>318</b>	<b>325</b>

### 2.4. Veri Toplama Aracı

Çalışmada veri toplama aracı olarak, üç ölçek ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin yer aldığı toplam 48 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anketin ilk



bölümünde Podsakoff ve diğerleri (1990) tarafından geliştirilen Türkiye’de daha önceki araştırmalarda kullanılmış ve çevirisi yapılmış olan (Karabey 2005; Kabataş 2010; Erdoğan, Bedük 2013) ÖVD ölçeği, Bell ve Menguc (2002) çalışmasında yer alan şekliyle kullanılmıştır. Ölçek, özgeçmişlik, nezaket, vicdanlılık, sivil erdem ve sportmenlik olmak üzere beş ayrı boyuttan oluşmaktadır. Her bir boyutu ölçmek üzere 4 ifade bulunmakta olup ölçekte toplam 20 ifade yer almaktadır. Ölçek 5’li Likert şeklindedir (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum). Çalışanların ÖÖ düzeyini belirlemek amacıyla anketin ikinci bölümünde Mael ve Ashforth (1992) tarafından geliştirilen ve 6 sorudan oluşan ÖÖ ölçeği kullanılmıştır. Türkçe uyarlaması Tak ve Aydemir (2004) tarafından yapılan ölçek 5’li Likert yapısıdır (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum). Üçüncü bölümde ise Van Dyne ve diğerleri (2003) tarafından geliştirilen, 15 ifadeden oluşan ÖS ölçeği kullanılmıştır. Ölçek prososyal sessizlik, savunmacı sessizlik ve kabullenici sessizlik olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır ve her bir boyutu ölçmek üzere 5 ifade bulunmaktadır. Yapılan pek çok çalışmada söz konusu ölçek kullanılmıştır (Tiktaş 2012; Yanık 2012; Akyüz 2015; Acaray, Akturan 2015). Anket formunun son bölümünde, sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerinin sorgulandığı yedi soru bulunmaktadır. Veriler 2015 yılı 1 Mart - 30 Nisan tarihleri arasında toplanmıştır.

## 2.5. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik ve Geçerlik Analizleri

Güvenilirlik ankette yer alan soruların birbirleri ile olan tutarlılığını ve kullanılan ölçeğin ilgililenen sorunu ne derece yansıttığını ifade eder (Kalaycı 2014). ÖVD ölçeğinde güvenilirlik analizi gerçekleştirilmeden önce ters kodlanmış ifadeler yeniden kodlanarak düzeltilmiş ve ölçekte yer alan ifadeler güvenilirlik analizine tabi tutulmuştur. Araştırmada verilerin güvenilirliğini test etmek amacıyla Cronbach’s Alpha katsayısından yararlanılmıştır. Cronbach’s Alpha Katsayısı 0 ile 1 arasında değer almaktadır.  $0,00 \leq \alpha < 0,40$  ise ölçek güvenilir değildir.  $0,40 \leq \alpha < 0,60$  arasında ölçeğin güvenilirliği düşük,  $0,60 \leq \alpha < 0,80$  arasında ölçek oldukça güvenilir,  $0,80 \leq \alpha < 1,00$  arasında ise yüksek derecede güvenilir kabul edilmektedir (Kalaycı 2014). ÖVD ölçeğinin Cronbach’s Alpha değeri 0,843; ÖÖ ölçeğinin Cronbach’s Alpha değeri 0,774; ÖS ölçeğinin Cronbach’s Alpha değeri 0,777 bulunmuştur. Bu durumda, çalışmada kullanılan ölçeklerden elde edilen verilerin güvenilir olduğu görülmektedir.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin geçerlik analizlerini yapmak amacı ile keşfedici faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Ölçeklere ilişkin faktör analizi sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

### 2.5.1. Keşfedici Faktör Analizi

Faktör analizinde verilerin uygunluğu Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett Sphericity Testi (BST) ile incelenmiştir. KMO örneklem yeterliliği test sonucu, 0,853 bulunmuştur. KMO 1’e yaklaştıkça çalışmada kullanılan örneklem büyüklüğü mükemmel ulaşmakta olup, 0,80 çok iyi ve 0,90 mükemmel olarak kabul edilmektedir (Karagöz 2014). Bununla birlikte araştırmacılara tatminkâr gelen asgari KMO değeri 0,7’dir (Altunışık ve diğerleri 2010). Çalışmada ÖVD ölçeğinin KMO katsayısı 0,853; ÖÖ ölçeğinin KMO katsayısı 0,741 ve ÖS ölçeğinin KMO katsayısı 0,870 bulunmuştur. Bu sonuçlara göre çalışmanın örneklem büyüklüğünün çok iyi olduğu söylenebilir. Her üç ölçeğin de BST sonucu anlamlıdır ( $p < 0,05$ ).

Çalışmada faktör sayılarının belirlenmesinde açıklanan varyans dikkate alınmıştır. Çalışmada ÖVD ölçeğinin açıklanan toplam varyansı %62,790; ÖÖ ölçeğinin açıklanan toplam varyansı %47,623 ve ÖS ölçeğinin açıklanan toplam varyansı %63,730

bulunmuştur. Faktör analizi sonuçlarını değerlendirmede diğer bir temel ölçüt, ölçekte yer alan ve değişkenlerle faktör arasındaki korelasyonlar olarak yorumlanabilen faktör yükleridir. Boyutlar itibari ile ölçeklerin faktör yükleri, açıklanan varyansları ve Cronbach's Alpha değerleri Tablo 2'de görülmektedir.

Faktör analizi sonucunda; ÖVD ölçeğinde orijinal haline uygun olarak ifadelerin 5 boyut (özgecilik, sivil erdem, vicdanlılık, sportmenlik ve nezaket) altında toplandığı, ÖÖ ölçeğinde orijinal haline uygun olarak ifadelerin tek boyut altında toplandığı, ÖS ölçeğinde de orijinal ölçeğe benzer şekilde 3 (savunmacı sessizlik, prososyal sessizlik ve kabullenici sessizlik) faktör grubuna ulaşılmış ve ölçeğin ifadeleri orijinalinde olduğu gibi aynı boyutlar altında toplandığı görülmektedir (Tablo 2).

**Tablo 2. Ölçeklerin Boyutlarının Faktör Yüğü, Açıklanan Varyans ve Cronbach's Alpha Değerleri**

Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği				
Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Uygunluğunun Ölçüsü			0,853	
Bartlett's Test of Sphericity		p	0,000	
<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>0,843</b>	Açıklanan Toplam Varyans	<b>62,790</b>	
Algı Boyutları	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Cronbach's Alpha	
<b>Özgecilik (Özdeğer=28, 545)</b>		<b>14,159</b>	<b>0,820</b>	
1. İş yükü ağır olan arkadaşlarıma iş yerinde yardım ederim.	0,840			
2. İşiyile ilgili sorun yaşayan arkadaşlarıma yardım etmek için zaman ayırıyorum	0,816			
3. Herhangi bir sebeple işinin başında bulunamayan arkadaşlarımla yerini alarak onlara yardım ederim	0,773			
4. İhtiyaçları olmasa bile işe yeni başlayanların işlerine uyum sağlamalarına yardımcı olurum.	0,603			
<b>Sivil Erdem (Özdeğer=11, 463)</b>		<b>12,822</b>	<b>0,780</b>	
15. Hastanedeki değişimleri yakından izler ve bunların iş arkadaşlarımla tarafından kabul edilmesi için çaba harcarım.	0,831			
16. Hastanedeki toplantılara aktif olarak katılır ve tartışmalarda görüşlerimi sunarım.	0,773			
13. Hastanenin imajına olumlu katkı sağlayacak tüm faaliyetlere gönüllü olarak katılırım.	0,762			
14. Hiç kimse beni izlemese dahi hastanenin kurallarına, düzenlemelerine ve prosedürlerine uygun davranırım.	0,504			
<b>Vicdanlılık (Özdeğer=9, 861)</b>		<b>12,218</b>	<b>0,773</b>	
10. Hastanede belirlenmiş mola saatleri dışında işime ara vermem.	0,833			
11. Çay, kahve ve yemek aralarını asla uzatmam.	0,757			
9. Her zaman dakik biriyimdir.	0,719			
12. Hastanedeki gelişmelere rahatlıkla ayak uydururum.	0,497			
<b>Sportmenlik (Özdeğer=6, 847)</b>		<b>12,167</b>	<b>0,768</b>	
18. Her zaman içinde bulunduğum durumla ilgili olarak olumlu yönlerden daha çok olumsuz yönlere odaklanırım.	0,819			
19. Küçük sorunları bile genelde büyütürüm.	0,806			
20. Basit sorunların çözümümüyle uğraşmak bile çok fazla zamanımı alır.	0,723			
17. Sürekli olarak işimden ayrılmaktan söz ederim	0,683			

**Tablo 2. Ölçeklerin Boyutlarının Faktör Yüğü, Açıklanan Varyans ve Cronbach's Alpha Değerleri - Devamı**

<b>Nezaket (Özdeğer=6, 073)</b>			<b>11,423</b>	<b>0,701</b>
6. İş arkadaşlarımla hakkını çiğnemem.		0,768		
8. Diğer çalışanlarla problem yaşamamak için gerekli önlemleri alırım		0,708		
5. Herhangi bir karar alırken, bu karardan etkilenebilecek kişilerin görüşlerini alırım.		0,645		
7. İşimle ilgili önemli bir adım atmadan önce üstümü mutlaka bilgilendirmem gerekmez.		0,621		
<b>Örgütsel Özdeşleşme Ölçeği</b>				
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)			0,741	
Bartlett's Test of Sphericity		p	0,000	
<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>0,774</b>	Açıklanan Toplam Varyans		<b>47,623</b>
5. Biri, çalıştığım hastaneye iltifat ederse; bunu kişisel bir övgüymüş gibi hissederim.				0,792
4. Çalıştığım hastanenin başarısı benim başarımdır.				0,759
2. Çalıştığım hastane hakkında diğer insanların ne düşündükleri çok ilgimi çeker.				0,681
3. Genellikle çalıştığım hastane hakkında konuşurken "onlar" ifadesinden daha ziyade "biz" kelimesini kullanırım.				0,679
6. Basında eğer çalıştığım hastaneye ilgili olumsuzluklar olursa, bundan rahatsızlık hissederim.				0,678
1. Biri, çalıştığım hastaneye kusur bulursa, bunu kişisel bir hakaret gibi hissederim.				0,518
<b>Örgütsel Sessizlik Ölçeği</b>				
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)			0,870	
Bartlett's Test of Sphericity		p	0,000	
<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>0,777</b>	Açıklanan Toplam Varyans		<b>63,730</b>
Algı Boyutları		<b>Faktör Yüğü</b>	<b>Açıklanan Varyans</b>	<b>Cronbach's Alpha</b>
<b>Savunmacı Sessizlik (Özdeğer=36, 371)</b>			<b>25,742</b>	<b>0,886</b>
10. Yöneticimin tepkisinden korktuğum için ortaya çıkan problemlere yönelik çözümler geliştirmekten çekinirim.		0,847		
9. Hastanedeki devamlılığımı korumak amacıyla eksik hususları düzeltmeye yönelik görüşlerimi açıklamaktan sakınırım.		0,805		
7. Yöneticimin tepkisinden korktuğum için iş ile ilgili bilgileri kendime saklarım.		0,780		
8. Bu hastanede çalışmaya devam edebilmek için iş ile ilgili olumsuz durumları görmezden gelirim.		0,772		
6. Yöneticimin tepkisinden korktuğum için değişime ilişkin fikirlerimi ileri sürmekten çekinirim.		0,742		
<b>Prososyal Sessizlik (Özdeğer=19, 974)</b>			<b>22,505</b>	<b>0,864</b>
12. Bu hastaneye yarar sağlamak için hastaneye ait bilgileri korurum.		0,876		
15. Hastanemle ilgili gizli kalması gereken bilgileri en uygun şekilde muhafaza ederim.		0,862		
14. Hastaneme zarar verebilecek bilgileri açıklamayı reddederim		0,841		
13. Hastaneye ilgili sırları açıklamam konusunda başkalarından gelen baskılara direnirim.		0,834		
11. Bu hastane ile olan işbirliğime dayanarak, gizli kalması gereken bilgileri kendime saklarım.		0,614		

**Tablo 2. Ölçeklerin Boyutlarının Faktör Yüğü, Açıklanan Varyans ve Cronbach's Alpha Değerleri - Devamı**

Kabullenici Sessizlik (Özdeğer=7, 385)		15,483	0,770
2. Alınacak kararlara rıza gösteren biri olduğum için düşüncelerimi kendime saklarım.	0,757		
3. Problemlere çözüm üretme noktasında görüşlerimi kendime saklamayı tercih ederim.	0,731		
4. Lehime bir değişiklik yaratacağına inanmadığım için, kendimi geliştirmeye yönelik fikirlerimi ifade etmekten çekinirim.	0,567		
1. Benimle ilgili olmayan değişime yönelik yapılan öneriler konusunda konuşmakta isteksiz davranırım.	0,566		
5. Beni ilgilendirmedğini düşündüğüm için, buradaki işlerin nasıl daha iyi yapılabileceği konusundaki görüşlerimi ifade etmekten kaçınırım.	0,550		

### 2.5.2. Doğrulatory Faktör Analizi

Ölçeklerin geçerliliğinin incelenmesinde doğrulatory faktör analizi kullanılmıştır. Daha önce de değinildiği gibi, ÖVD ölçeği 20 madde ve beş alt faktörden, ÖÖ ölçeği 6 madde ve tek faktörden, ÖS ölçeği ise 15 madde ve 3 alt faktörden oluşmaktadır. Bu ölçeklerden elde edilen değerlerin ve ölçek yapılarının model uyumu testine doğrulatory faktör analizi ile bakılmıştır. Doğrulatory faktör analizinin gerçekleştirilmesi için SPSS'de kodlanan 325 veri AMOS 24 programına aktarılmıştır. Hazırlanan modelin uyum indeksleri incelenmiştir.

Analiz sonucunda veri setinin istenen uyum değerlerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, ÖVD ölçeği için uyum indeksleri; Chi square 287,416, Degrees of Freedom (sd=152, p=0,000),  $\chi^2 /sd=1,89$  hesaplanmıştır. Aynı şekilde Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)= 0,052, Comparative fit Index (CFI)= 0,93, Non-formed Fit Index (NFI)=0,87, Incremental fit index (IFI)=0,93 olarak hesaplanmıştır. ÖÖ ölçeği için uyum indeksleri; Chi square 11,358, Degrees of Freedom (sd=6, p=0,07),  $\chi^2 /sd=1,89$  hesaplanmıştır. Ayrıca ölçeğe ait RMSEA= 0,052, CFI= 0,98, NFI=0,97, IFI=0,98 olarak hesaplanmıştır. ÖS ölçeği için uyum indeksleri; Chi square 156,624, Degrees of Freedom (sd=85, p=0,000),  $\chi^2 /sd=1,84$  hesaplanmıştır. Ölçeğe ilişkin RMSEA=0,051, CFI= 0,97, NFI=0,93, IFI=0,97 olarak hesaplanmıştır. Bu uyum iyiliği istatistiklerinden hangisinin kullanılacağına dair literatürde tam bir uzlaşma bulunmamaktadır. Sonuç olarak elde edilen bu uyum indeksleri modelin kabul edilebilir bir uyuma sahip olduğunu ortaya koymuştur.

### 2.6. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı ve AMOS 24 programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiş ve tüm veri gruplarının normal dağıldığı görülmüştür. Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizleri kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

## III. BULGULAR

Tablo 3'te araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına ilişkin tanımlayıcı bulgular görülmektedir. Sağlık çalışanlarının 194'ü (%59,7) kadın, 196'sı (%60,3) evli, 89'u (%27,4) 31-35 yaş arasında, 129'u (%39,7) lisans mezunu, 209'u (%64,3) hemşire olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların 103'ünü (%31,7) 5 yıldan daha az süre çalışma hayatında olan ve 176'sını (%54,2) 5 yıldan daha az süre aynı hastanede görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır.

**Tablo 3. Katılımcılara Ait Demografik Özelliklere İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları (n=325)**

		Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	194	59,7
	Erkek	131	40,3
<b>Medeni durum</b>	Evli	196	60,3
	Bekar	129	39,7
<b>Yaş</b>	≤25	84	25,8
	26-30	72	22,2
	31-35	89	27,4
	36-40	52	16,0
	≥41	28	8,6
<b>Eğitim</b>	Lise	70	21,5
	Önlisans	108	33,2
	Lisans	129	39,7
	Lisansüstü	18	5,5
<b>Meslek</b>	Hemşire	209	64,3
	Tıbbi sekreter	45	13,8
	Sağlık teknikeri/teknisyeni	27	8,3
	Memur	31	9,5
	Hekim	13	4,0
<b>Meslekte çalışma süresi</b>	<5 yıl	103	31,7
	5-9 yıl	89	27,4
	10-14 yıl	61	18,8
	15-19 yıl	41	12,6
	≥20 yıl	31	9,5
<b>Hastanede çalışma süresi</b>	<5 yıl	176	54,2
	5-9 yıl	95	29,2
	≥10 yıl	54	16,6

Çalışmada kullanılan ölçeklerin boyutları ve geneli dikkate alınarak hesaplanan ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4'te görülmektedir. Örnekleme oluşturan sağlık çalışanlarının ÖVD'nin alt boyutlarından özgecilik ve nezaket boyutlarına katılımı sırasıyla 4,15 ve 4,07'lik bir ortalama değer ile çalışanların en çok katıldıkları boyutlar olarak tespit edilmiştir. ÖÖ ölçeğinde yer alan 6 ifadeye katılımın ortalama değeri 3,33 bulunmuştur. ÖS ölçeğinde ise, prososyal sessizlik 3,95 ortalama değer ile en yüksek katılımın olduğu sessizlik boyutu olurken, kabullenici sessizlik 2,46 ve savunmacı sessizlik 2,19 ortalama değer ile çalışanların düşük katılım gösterdiği boyutlardır.

**Tablo 4. Ölçeklerin İfade Sayıları, Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri**

	İfade sayısı	Ortalama	S. Sapma
Özgecilik	4	4,15	0,642
Nezaket	4	4,07	0,616
Vicdanlılık	4	3,82	0,666
Sivil erdem	4	3,70	0,634
Sportmenlik	4	3,71	0,882
<b>ÖVD</b>	<b>20</b>	<b>3,89</b>	<b>0,453</b>
<b>Özdeşleşme</b>	<b>6</b>	<b>3,33</b>	<b>0,742</b>
Kabullenici	5	2,46	0,746
Savunmacı	5	2,19	0,823
Prososyal	5	3,95	0,799
<b>Sessizlik</b>	<b>15</b>	<b>2,87</b>	<b>0,496</b>

Çalışmada incelenen boyutlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olup olmadığı Pearson Korelasyon analizinden yararlanılarak test edilmiştir. Tablo 5'te korelasyon analizine ilişkin ÖVD, ÖÖ ve ÖS boyutları arasındaki ilişkilerin düzeyleri görülebilir. Elde edilen bulgulara göre, ÖÖ ile ÖVD'nin alt boyutlarından özgecilik ( $r=0,162$ ), nezaket  $r=0,164$ ), vicdanlılık (0,146) ve sivil erdem ( $r=0,376$ ) boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu bulunurken, sportmenlik boyutu ile anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. ÖÖ ile ÖVD'nin genelinde istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ( $r=0,277$ ). Bu durumda sağlık çalışanlarının özdeşleşme düzeyleri arttıkça ÖVD düzeylerinin de artacağı söylenebilir. Bu bulgulardan hareket edilerek "**H<sub>1</sub>**: ÖÖ-ÖVD arasında anlamlı bir ilişki vardır" hipotezi kabul edilmiştir. Alt boyutlar itibariyle bakıldığında ÖÖ ile özgecilik, nezaket, vicdanlılık ve sivil erdem boyutları arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülürken, özdeşleşme ile sportmenlik boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir.

ÖVD'nin alt boyutları ile sessizliğin alt boyutları arasındaki korelasyon katsayılarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. ÖVD'nin sportmenlik boyutu ile kabullenici sessizlik ( $r= 0,392$ ) ve savunmacı sessizlik boyutu ( $r= 0,453$ ) arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunurken, sportmenlik ile prososyal sessizlik ( $r= 0,264$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Özgecilik boyutu ile savunmacı sessizlik ( $r= 0,141$ ) boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif yönde; özgecilik ile prososyal sessizlik boyutu ( $r= 0,152$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır. Nezaket boyutu ile kabullenici sessizlik ( $r= -0,143$ ) ve savunmacı sessizlik ( $r= -0,256$ ) boyutu arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunurken, nezaket ile prososyal sessizlik ( $r= 0,229$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. ÖVD'nin vicdanlılık boyutu ile kabullenici sessizlik ( $r= -0,111$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki görülürken, vicdanlılık ile prososyal sessizlik ( $r=0,166$ ) boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. ÖVD'nin sivil erdem boyutu ile sessizliğin sadece prososyal sessizlik boyutu ( $r=0,190$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varken, sivil erdem kabullenici ve savunmacı sessizlikle arasında ise ilişki yoktur.

ÖVD'nin geneli ile ÖS'in alt boyutlarından kabullenici sessizlik ( $r=-0,264$ ) ve savunmacı sessizlik ( $r= -0,343$ ) boyutları arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunurken, ÖVD'nin geneli ile sessizliğin bir diğer boyutu olan prososyal sessizlik ( $r= 0,310$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır.

ÖS ile ÖVD'nin genelinde ise istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif yönlü ilişki bulunmaktadır ( $r = -0,155$ ). Bu doğrultuda “ $H_2$ : ÖS-ÖVD arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi kabul edilmiştir. Alt boyutlar itibariyle bakıldığında ÖVD'nin geneli ile kabullenici sessizlik ve savunmacı sessizlik boyutları arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunurken, ÖVD'nin geneli ile sessizliğin bir diğer boyutu olan prososyal sessizlik arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Bu doğrultuda hipotez alt boyutlar itibariyle de kabul edilmiştir.

ÖÖ ile ÖS'in sadece prososyal sessizlik boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuş; ancak ÖÖ ile kabullenici sessizlik ve savunmacı sessizlik arasında bir ilişki saptanamamıştır. ÖÖ ile ÖS arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r = 0,177$ ). Bu doğrultuda “ $H_3$ : ÖÖ- ÖS arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 5. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Özgecilik (1)</b>	1									
<b>Nezaket (2)</b>	0,488**	1								
<b>Vicdanlılık (3)</b>	0,359**	0,376**	1							
<b>Sivil erdem (4)</b>	0,345**	0,333**	0,495**	1						
<b>Sportmenlik</b>	0,157**	0,253**	0,137*	0,130*	1					
<b>ÖVD (6)</b>	<b>0,679**</b>	<b>0,712**</b>	<b>0,690**</b>	<b>0,664**</b>	<b>0,579**</b>	<b>1</b>				
<b>Özdeşleşme (7)</b>	<b>0,162**</b>	<b>0,164**</b>	<b>0,146**</b>	<b>0,376**</b>	<b>0,099</b>	<b>0,277**</b>	<b>1</b>			
<b>Kabullenici (8)</b>	-0,053	-0,143**	-0,111*	-0,089	-0,392**	-0,264**	-0,033	1		
<b>Savunmacı (9)</b>	-0,141*	-0,256**	-0,102	-0,095	-0,453**	-0,343**	-0,022	0,646**	1	
<b>Prososyal (10)</b>	0,152**	0,229**	0,166**	0,190**	0,264**	0,310**	0,383**	-0,188**	-0,172**	1
<b>Sessizlik</b>	<b>-0,023</b>	<b>-0,09</b>	<b>-0,023</b>	<b>0,005</b>	<b>-0,305**</b>	<b>-0,155**</b>	<b>0,177**</b>	<b>0,757**</b>	<b>0,784**</b>	<b>0,348**</b>

\*  $p < 0,05$  düzeyinde anlamlı korelasyon; \*\*  $p < 0,01$  düzeyinde anlamlı korelasyon

Çalışmada korelasyon analizi bulgularında özdeşleşme ile ÖVD ve ÖVD alt boyutları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı ilişki olduğu ortaya koyulduktan sonra, bu ilişkinin ÖVD ve alt boyutlarına etkisini belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizinden yararlanılmıştır. Analizde özdeşleşmenin aritmetik ortalaması bağımsız, ÖVD ve alt boyutlarının aritmetik ortalamaları ise bağımlı değişken olarak kullanılmıştır. Bu şekilde ÖVD'nin tüm alt boyutları ve genelinden oluşan 6 adet regresyon modelinin özeti Tablo 6'da görülmektedir. Bu tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, özdeşleşmenin sportmenlik davranışı üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ( $F = 3,168$ ;  $p = 0,076$ ). Aşağıda ayrıntısı görüldüğü üzere, özdeşleşmenin özgecilik, nezaket, vicdanlılık ve sivil erdem boyutları ile ÖVD üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı yordayıcı etkisi bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ).

Özdeşleşmenin özgecilik, nezaket, vicdanlılık ve sivil erdem boyutları üzerine etkisini yordamak amacıyla oluşturulan modeller sırasıyla kullanılabilir nitelikte ( $F = 8,700$ ,  $p = 0,003$ ;  $F = 8,899$ ,  $p = 0,003$ ;  $F = 7,056$ ,  $p = 0,008$ ;  $F = 53,225$ ,  $p = 0,000$ ;  $F = 26,836$ ;  $p = 0,000$ ) olup, modellere göre özdeşleşmenin özgeciliği açıklamaya yordayıcı etkisi %2,6 ( $r^2 = 0,026$ ); nezakete etkisi %2,7 ( $r^2 = 0,027$ ); vicdanlılığa etkisi %2,1 ( $r^2 = 0,021$ ); sivil erdemi açıklamada yordayıcı etkisi %14,1'dir ( $r^2 = 0,141$ ). Bahsedilen dört modelde de  $\beta$  katsayıları pozitif yönlü olduğundan bu sonuç özdeşleşmenin; özgecilik, nezaket, vicdanlılık ve sivil erdem boyutlarına etkisinin olumlu yönde olduğunu göstermektedir.

ÖÖ'nin ÖVD'ye etkisini yordamak amacıyla oluşturulan model kullanılabilir nitelikte ( $F = 26,836$ ;  $p = 0,000$ ) olup, modelin ilişki katsayısı 0,277'dir. Modele göre özdeşleşmenin ÖVD'yi açıklamada yordayıcı etkisi %7,7'dir ( $r^2 = 0,077$ ). Modelin  $\beta$  katsayısı 0,277 olup,

pozitif yönlüdür. Bu sonuç, özdeşleşmenin ÖVD' ye etkisinin olumlu yönde olduğunu göstermektedir.

**Tablo 6. Örgütsel Özdeşleşmenin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerindeki Etkisine Yönelik Regresyon Modeli**

Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	Standartlaştırılmamış Değerler		Standardize Değerler	t	p	R	R <sup>2</sup>	F	p
		B	S.H	β						
Özgecilik	(Sabit)	3,686	0,162	0,162	22,774	0,000	0,162	0,026	8,700	<b>0,003</b>
	Özdeşleşme	0,140	0,048		2,950	0,003				
Nezaket	(Sabit)	3,620	0,155	0,164	23,310	0,000	0,164	0,027	8,899	<b>0,003</b>
	Özdeşleşme	0,136	0,046		2,983	0,003				
Vicdanlılık	(Sabit)	3,383	0,168	0,146	20,092	0,000	0,146	0,021	7,056	<b>0,008</b>
	Özdeşleşme	0,131	0,049		2,656	0,008				
Sivil erdem	(Sabit)	2,632	0,150	0,376	17,543	0,000	0,376	0,141	53,225	<b>0,000</b>
	Özdeşleşme	0,321	0,044		7,296	0,000				
Sportmenlik	(Sabit)	3,321	0,224	0,099	14,812	0,000	0,099	0,010	3,168	0,076
	Özdeşleşme	0,117	0,066		1,780	0,076				
ÖVD	(Sabit)	3,328	0,111	0,277	29,917	0,000	0,277	0,077	26,836	<b>0,000</b>
	Özdeşleşme	0,169	0,033		5,180	0,000				

*Bağımlı Değişken: ÖVD ve boyutları*

ÖS ve alt boyutlarının ÖVD ve alt boyutları üzerinde yordayıcı etkisini belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Stepwise yöntemi kullanılan çalışmada örgütsel sessizlik ve her alt boyutu için ayrı ayrı regresyon modelleri geliştirilmiştir. Bu kapsamda bağımlı değişken olarak ÖVD ve alt boyutlarını ortalaması; bağımsız değişken olarak da örgütsel sessizlik ve alt boyutları kullanılmıştır. Yapılan ilk modelde ÖS'in özgecilik boyutuna olan etkisi ortaya konulmuştur (Tablo 7). Stepwise regresyon analiz sonuçlarına göre ilk aşamada yalnızca prososyal boyutunun özgecilik üzerine etkisi bulunmuş ( $F=7,662$ ;  $p=0,006$ ) olup; ikinci aşamada savunmacı sessizlik de modele katılmıştır ( $F=6,141$ ;  $p=0,002$ ). Bu haliyle model istatistiksel açıdan anlamlı ve kullanılabilir bulunmaktadır. Her iki boyutun birlikte çalıştığı modelin ilişki katsayısı 0,192 olup, iki boyutun özgeciliği açıklamada yordayıcı etkisi %3,7 ( $R^2=0,037$ ). Prososyal sessizliğin  $\beta$  katsayısı pozitif ( $\beta=0,132$ ) ve savunmacı sessizlik boyutunun  $\beta$  katsayısı ( $\beta=-0,118$ ) negatif yönlüdür. Bu bulgulardan hareketle prososyal sessizliğin özgeciliğin gelişmesinde olumlu ve savunmacı sessizliğin olumsuz bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.



**Tablo 7. Örgütsel Sessizliğin Özgecilik Boyutu Üzerindeki Etkisine Yönelik Regresyon Modeli**

	Standartlaştırılmamış Değerler		Standardize Değerler	t	p	R	R <sup>2</sup>	F	p
	B	S.H	β						
(Sabit)	3,669	0,178		20,614	0,000	0,152	0,023	7,662	<b>0,006</b>
Prososyal	0,122	0,044	0,152	2,768	0,006				
(Sabit)	3,936	0,217		18,160	0,000	0,192	0,037	6,141	<b>0,002</b>
Prososyal	0,106	0,045	0,132	2,376	0,018				
Savunmacı	-0,092	0,043	-0,118	-2,130	0,034				

Bağımlı Değişken: Özgecilik

Stepwise regresyon analizi yöntemi kullanılarak geliştirilen modellerin ikincisinde örgütsel sessizliğin nezaket boyutuna olan etkisi ortaya konulmuştur (Tablo 8). Analiz sonuçlarına göre ilk aşamada sadece savunmacı sessizliğin nezaket boyutu üzerine etkisi bulunmuş (F=22,653; p=0,000) olup; ikinci aşamada prososyal sessizlik de modele katılmıştır (F=18,032; p=0,000). Model istatistiksel açıdan anlamlı ve kullanılabilir niteliktedir. Her iki boyutun birlikte çalıştığı modelin ilişki katsayısı 0,317 olup, iki boyutun nezaketi açıklamaya yordayıcı etkisi %10,1' dir (R<sup>2</sup>=0,101). Savunmacı sessizliğin β katsayısı negatif (β= -0,223) ve prososyal sessizlik boyutunun β katsayısı (β=0,190) pozitif yönlüdür. Bu bulgulardan hareketle prososyal sessizliğin nezaketin gelişmesinde olumlu ve savunmacı sessizliğin olumsuz bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.

**Tablo 8. Sessizliğin Nezaket Boyutu Üzerindeki Etkisine Yönelik Regresyon Modeli**

	Standartlaştırılmamış Değerler		Standardize Değerler	t	p	R	R <sup>2</sup>	F	p
	B	S.H	β						
(Sabit)	4,491	0,094		47,749	0,000	0,256	0,066	22,653	<b>0,000</b>
Savunmacı	-0,192	0,040	-0,256	-4,760	0,000				
(Sabit)	3,858	0,201		19,197	0,000	0,317	0,101	18,032	<b>0,000</b>
Savunmacı	-0,167	0,040	-0,223	-4,162	0,000				
Prososyal	0,147	0,041	0,190	3,549	0,000				

Bağımlı Değişken: Nezaket

Örgütsel sessizlik ve alt boyutlarının ÖVD'nin vicdanlılık boyutu üzerindeki etkisini açıklamaya yönelik olarak yapılan regresyon analizi bulguları Tablo 9'da görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre yalnızca prososyal sessizlik boyutunun vicdanlılık üzerine etkisi olduğu bulunmuştur (F=9,202; p=0,003). Modelin ilişki katsayısı (R= 0,166) ve modele göre prososyal sessizliğin vicdanlılığı açıklamaya yordayıcı etkisi %2,8'dir (R<sup>2</sup>=0,028). Modelin β katsayısı 0,166 olup, pozitif yönlüdür. Bu sonuç, prososyal sessizliğin vicdanlılık boyutuna etkisinin olumlu yönde olduğunu göstermektedir.

**Tablo 9. Sessizliğin Vicdanlılık Boyutu Üzerindeki Etkisine Yönelik Regresyon Modeli**

	Standartlaştırılmamış Değerler		Standardize Değerler	t	p	R	R <sup>2</sup>	F	p
	B	S.H	β						
(Sabit)	3,271	0,184		17,753	0,000	0,166	0,028	9,202	<b>0,003</b>
Prososyal	0,139	0,046	0,166	3,033	0,003				

Bağımlı Değişken: Vicdanlılık

Örgütsel sessizliğin alt boyutlarından prososyal sessizliğin sivil erdem üzerine etkisini ortaya koymak amacıyla geliştirilen regresyon modeli sonucu Tablo 10'da görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre yalnızca prososyal sessizlik boyutunun sivil erdem üzerine etkisi olduğu bulunmuştur. Prososyal sessizliğin sivil erdem üzerine etkisini yordamak amacıyla oluşturulan model kullanılabilir niteliktedir ( $F=12,060$ ;  $p=0,001$ ). Modelin ilişki katsayısı 0,190 olup; prososyal sessizlik sivil erdem için %3,6'sını ( $R^2=0,036$ ) açıklayıcı etkiye sahiptir. Modelin  $\beta$  katsayısı 0,190 olup, pozitif yönlüdür. Bu sonuç, prososyal sessizliğin sivil erdem boyutuna etkisinin olumlu yönde olduğunu göstermektedir.

**Tablo 10. Sessizliğin Sivil Erdem Boyutu Üzerindeki Etkisine Yönelik Regresyon Modeli**

	Standartlaştırılmamış Değerler		Standardize Değerler	t	p	R	R <sup>2</sup>	F	p
	B	S.H	$\beta$						
(Sabit)	3,106	0,175		17,794	0,000	0,190	0,036	12,060	<b>0,001</b>
Prososyal	0,150	0,043	0,190	3,473	0,001				

Bağımlı Değişken: Sivil Erdem

Örgütsel sessizliğin sportmenlik boyutuna olan etkisini belirlemek amacıyla oluşturulan regresyon modeli Tablo 11'de görülmektedir. Stepwise regresyon analizi sonuçlarına göre ilk aşamada yalnızca savunmacı sessizlik boyutunun sportmenlik üzerine etkisi bulunmuş ( $F=83,607$ ;  $p=0,000$ ) olup; ikinci aşamada prososyal sessizlik de modele katılmıştır ( $F=51,199$ ;  $p=0,000$ ). Üçüncü aşamada ise savunmacı, prososyal ve kabullenici boyutların birlikte sportmenlik üzerine etkisi olduğu bulunmuştur ( $F=36,366$ ;  $p=0,000$ ). Bu haliyle model istatistiksel açıdan anlamlı ve kullanılabilir bulunmaktadır. Her üç boyutun birlikte çalıştığı modelin ilişki katsayısı 0,504 olup, üç boyutun sportmenlik boyutunu açıklamada yordayıcı etkisi %24,7 ( $R^2=0,247$ )'dir.

Savunmacı sessizlik boyutunun  $\beta$  katsayısı ( $\beta=-0,328$ ) ve kabullenici sessizlik boyutunun  $\beta$  katsayısı ( $\beta=-0,147$ ) negatif yönlüken, prososyal sessizliğin  $\beta$  katsayısı pozitif ( $\beta=0,180$ ) yönlüdür. Bu bulgulardan hareketle prososyal sessizliğin sportmenliğin gelişmesinde olumlu ve savunmacı ve kabullenici sessizliğin olumsuz bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.

**Tablo 11. Sessizliğin Sportmenlik Boyutu Üzerindeki Etkisine Yönelik Regresyon Modeli**

	Standartlaştırılmamış Değerler		Standardize Değerler	t	p	R	R <sup>2</sup>	F	p
	B	S. H.	$\beta$						
(Sabit)	4,772	0,124		38,453	0,000	0,453	0,206	83,607	<b>0,000</b>
Savunmacı	-0,486	0,053	-0,453	-9,144	0,000				
(Sabit)	3,860	0,264		14,612	0,000	0,491	0,241	51,199	<b>0,000</b>
Savunmacı	-0,451	0,053	-0,420	-8,534	0,000				
Prososyal	0,211	0,054	0,192	3,890	0,000	0,504	0,247	36,366	<b>0,000</b>
(Sabit)	4,120	0,286		14,427	0,000				
Savunmacı	-0,351	0,068	-0,328	-5,178	0,000				
Prososyal	0,199	0,054	0,180	3,660	0,000				
Kabullenici	-0,173	0,075	-0,147	-2,307	0,022				

Bağımlı Değişken: Sportmenlik

Örgütsel sessizlik ve alt boyutlarının ÖVD' nin geneli üzerinde yordayıcı etkisini belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre ilk aşamada yalnızca savunmacı sessizlik boyutunun ÖVD üzerine etkisi bulunmuş ( $F=42,936$ ;  $p=0,000$ ) olup; ikinci aşamada prososyal sessizlik de modele katılmıştır ( $F=35,905$ ;  $p=0,000$ ). Model istatistiksel açıdan anlamlı ve kullanılır nitelikte olup her iki boyutun birlikte çalıştığı modelin ilişki katsayısı 0,427 'dir. İki boyutun ÖVD 'yi açıklamaya yordayıcı etkisi ise %18,2' dir ( $R^2=0,182$ ). Savunmacı sessizliğin  $\beta$  katsayısı negatif ( $\beta= -0,298$ ) ve prososyal sessizlik boyutun  $\beta$  katsayısı ( $\beta=0,259$ ) pozitif yönlüdür. Bu bulgulardan hareketle prososyal sessizliğin ÖVD' nin gelişmesinde olumlu ve savunmacı sessizliğin olumsuz bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.

**Tablo 12. Sessizliğin ÖVD Üzerindeki Etkisine Yönelik Regresyon Modeli**

	Standartlaştırılmamış Değerler		Standardize Değerler	t	p	R	R <sup>2</sup>	F	p
	B	S. H.	$\beta$						
(Sabit)	4,303	0,067		64,004	0,000	0,343	0,117	42,936	<b>0,000</b>
Savunmacı	-0,189	0,029	-0,343	-6,553	0,000				
(Sabit)	3,670	0,141		26,041	0,000	0,427	0,182	35,905	<b>0,000</b>
Savunmacı	-0,164	0,028	-0,298	-5,826	0,000				
Prososyal	0,147	0,029	0,259	5,060	0,000				

Bağımlı Değişken: ÖVD

#### IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık çalışanlarının ÖVD, ÖÖ ve ÖS düzeylerini belirlemek, ÖVD, ÖÖ ve ÖS düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek ve ÖÖ ile ÖS düzeylerinin ÖVD'ye etkisini ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada; ÖVD düzeyleri yüksek seviyede, ÖÖ düzeyleri ve ÖS düzeyleri orta seviyede bulunmuştur. Alioğulları (2012)'nin; sağlık sektöründe yürüttüğü çalışmada da benzer şekilde çalışanların ÖVD düzeyleri yüksek olarak bulunurken, ÖS düzeyleri ise düşük olarak bulunmuştur. Şantaş ve diğerleri (2016)'nin sağlık çalışanlarıyla yaptıkları çalışmada da çalışanların örgütsel özdeşleşme düzeyleri orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Boyutlar itibari ile bakıldığında en yüksek katılımın ÖVD'nin alt boyutlarından özgecilik boyutunda olup, ÖVD'nin alt boyutlarında en düşük katılım sivil erdem ve sportmenlik boyutlarında gerçekleşmektedir. Büyükten küçüğe doğru ÖVD boyutlarına katılım özgecilik, nezaket, vicdanlılık, sportmenlik ve sivil erdem şeklinde gerçekleşmiştir. Yapılan bir başka çalışmada ise ÖVD boyutları; nezaket, vicdanlılık, sivil erdem, sportmenlik ve özgecilik olarak sıralanmıştır (Kalkan 2013).

ÖS'e genel olarak ÖVD ve ÖÖ'ye göre sağlık çalışanlarının daha düşük katılım gösterdiği bulunan çalışmada, prososyal sessizlik en çok katılım alan ÖS boyutu olurken; sıra ile savunmacı sessizlik ve kabullenici sessizlik sağlık çalışanlarının en düşük katılım gösterdiği boyutlar olmuştur. Bu sonuca göre, sağlık çalışanlarının daha çok kurumunu korumaya yönelik olarak sessiz kaldıkları, kurumun amaçları doğrultusunda ve diğer çalışanların yararı düşünülerek, fedakârlığa ve işbirliğine bağlı olarak iş ile ilgili fikirlerin, düşüncelerin ve bazı bilgilerin paylaşılmaması yönünde davrandıkları söylenebilir. ÖS konusunda yapılan başka çalışmalarda da bu çalışmaya benzer olarak prososyal sessizlik boyutuna katılımın en yüksek düzeyde olduğu ileri sürülmüş (Kılınç, Ulusoy 2014; Tiktaş 2012; Ürek ve diğerleri 2015) olup; çalışmaya paralel sonuçlar göstermesi çalışmanın sonuçlarının desteklenmesi sebebiyle olumlu olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının ÖÖ düzeyleri ile ÖVD arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulguya göre sağlık çalışanların ÖÖ düzeyleri arttıkça ÖVD'lerinin de artacağı söylenebilir. Literatürde benzer sonuçları olan çalışmalar mevcuttur (Bellou ve diğerleri 2005; Van Dick et al. 2006; Karabey, İşcan 2007; Tokgöz, Seymen 2013). Ayrıca yapılan analiz sonuçlarına göre ÖÖ ile özgecilik, nezaket, vicdanlılık ve sivil erdem boyutları ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu bulunurken, özdeşleşme ile sportmenlik boyutu arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

ÖS ile ÖVD arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif yönlü ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının ÖS düzeyi arttıkça ÖVD'lerinin azaldığı ve çalışanların duygu ve düşüncelerini rahatça ifade edebilmeleri için uygun ortamlar oluşturulması durumunda daha fazla ÖVD sergileyecekleri söylenebilir. Literatürde de benzer şekilde ÖS ile ÖVD arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu bulunan çalışmalar mevcuttur (Şehitoğlu 2010; Alioğulları 2012; Çınar ve diğerleri 2013; Fatima et al. 2015; Ürek ve diğerleri 2015). Ayrıca alt boyutlar itibariyle bakıldığında ÖVD ile ÖS'in kabullenici sessizlik ve savunmacı sessizlik boyutları arasında negatif yönlü ilişkiler bulunurken, ÖVD ile sessizliğin prososyal sessizlik boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Acaray ve Akturan (2015)'nin yaptıkları çalışmada da kabullenici sessizlik ve savunmacı sessizlik boyutlarının ÖVD üzerinde negatif, prososyal sessizliğin ise ÖVD üzerinde pozitif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir.

ÖÖ ile ÖS'in sadece prososyal sessizlik boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuş; ancak özdeşleşme ile kabullenici sessizlik ve savunmacı sessizlik arasında bir ilişki saptanamamıştır. Tiktaş (2012)'in çalışmasında da prososyal sessizlik ile ÖÖ arasında zayıf ve pozitif yönlü anlamlı bir ilişki, ÖÖ ile savunmacı sessizlik davranışı arasında ise zayıf ve negatif yönlü bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir. Bununla birlikte Akyüz (2015) çalışmasında ÖÖ'nün savunmacı sessizlik ve prososyal sessizlik ile pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu, ancak bu ilişkinin çok kuvvetli olmadığı belirtilmektedir.

Regresyon analizleri sonuçlarına göre, ÖÖ'nün ÖVD üzerinde olumlu yönde etkisi bulunmaktadır. Başka çalışmalarda da benzer sonuçlara rastlanmaktadır (İplik ve diğerleri 2014, Karabey, İşcan 2007). Buna karşılık ÖS'in alt boyutlarından prososyal sessizliğin ÖVD'nin gelişmesinde olumlu ve savunmacı sessizliğin ise olumsuz bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Fatima ve diğerlerinin (2015) yapmış olduğu çalışmada, çalışanların ÖS düzeylerinin, ÖVD'leri üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu belirtilmektedir.

## V. ÖNERİLER

Bu araştırma ile elde edilen sonuçlardan yola çıkarak sağlık kurumları yöneticileri ve bu alanda çalışma yapan akademisyenlere aşağıdaki öneriler sunulmaktadır:

Sağlık yöneticileri, alacakları kararlarda sağlık çalışanlarının katılımını sağlayarak, özel programlar ve sosyalleşme uygulamaları (yemekler, piknikler veya diğer sosyal faaliyetler) ile fark yaratarak olumlu bir çalışma ortamı yaratan davranışlar sergilemelidir. Böylece çalışan kendisini çalıştığı gruba ait hissedecek ve örgütsel özdeşleşme düzeyleri ve buna bağlı olarak da örgütsel vatandaşlık davranışları artacaktır.

Sessizlik, çalışanlar üzerinde örgüte bağlılık, aidiyet, güven ve destek duygusunda azalma, iş doyumunu sağlayamama, işten ayrılma isteği gibi olumsuz sonuçların yanı sıra aşırı stres, utanma, düşük verimlilik düzeyi, düşük performans, yeniliğe ve gelişime karşı isteksizlik gibi duygusal ve psikolojik sonuçlara da neden olmaktadır. Bu nedenle örgütlerde

istenmeyen bir sonuç olarak sessizliğin tamamen ortadan kaldırılmasa da bir takım uygulamalarla azaltılabileceği düşünülmektedir. Bu amaçla, sağlık kurumlarının çalışanlarına değer vermesi, yani çalışan odaklı olması ve yöneticilerin örgütsel sessizlik konusunda kurumsal eğilimi belirlemesi ve hem üstleri hem de astları ile rahat bir konuşma ortamı sağlamaya yönelik çalışmalar yapmaya yönelmesi yararlı olabilir. Sağlık çalışanlarının değişim, yaratıcılık ve yeniliğe kaynak oluşturmaları için örgüt içinde açık iletişim kanalları artırılmalıdır. Sağlık kurumları, açık kapı politikaları, öneri ve şikayet sistemleri, toplantılar gibi formel veya informal ortamları oluşturmalarıdır.

Sağlık kuruluşları, sürekli değişen ve gelişen sağlık çevresine ayak uydurabilmek için sağlık çalışanlarının fikir, görüş ve düşüncelerine önem vermeli, çalışanlarının işle ilgili konularda farklı bakış açılarından yararlanmalıdırlar. Bu doğrultuda kendi görüş ve düşüncelerinin önemsendiğini hisseden çalışanların, kendilerini o kurumun bir parçası olarak hissettiklerinden örgütsel vatandaşlık davranışı sergileme istekleri artacaktır.

Gelecek araştırmalar için öneriler:

Literatüre bakıldığında, ÖVD, ÖÖ ve ÖS konularıyla ilgili çalışmaların genellikle sağlık kurumları dışındaki kurumlarda daha fazla yapıldığı görülmektedir. Sağlık kurumlarının, toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini karşılamak amacıyla faaliyet gösteren emek-yoğun teknolojiye sahip örgütler olduğu göz önüne alındığında, onların başarısı da başarısızlığı da çalışan personeline bağlıdır. Bu bağlamda, sağlık hizmetinin istenen standart ve kalitede verilebilmesi, sağlık çalışanlarından istenen verimliliğin elde edilebilmesi için, örgütsel davranış alanına yönelik diğer konuların bu alanda araştırma yapmaya değer olduğu ve literatüre anlamlı katkılarının olacağı ifade edilebilir.

Çalışanların görev ve sorumluluklarından fazlasını gerçekleştirdikleri ve gönüllük esasına dayanan davranışlar sergilemeleri olarak bilinen ÖVD'nin geliştirilmesinde çalışanın örgütüyle özdeşleşmesi gibi olumlu davranışlara uygun ortamın sağlanması ve bu davranışları olumsuz etkileyen ve çalışanın işle ilgili konularda görüş ve düşüncelerini ifade etmektен kaçınması olarak bilinen örgütsel sessizlik gibi istenmeyen durumların da ortadan kaldırılması örgütler için önem arz etmektedir. Bu bağlamda araştırma çerçevesinde konuyla ilgili bütün değişkenleri ele alıp incelemek mümkün olmadığından, konuya ilişkin farklı değişkenlerin de ele alınabileceği belirtilmelidir.

Bu çalışma sadece kamuya ait 3 sağlık kuruluşunda uygulandığından araştırma sonuçları özel ve diğer kamu sektörü örgütlerine genellenmemiş olup sadece bu çalışma için değerlendirilmiştir. 325 sağlık çalışanı ile sınırlı tutulan çalışmanın, örnekleme genişletilerek, özel sektör sağlık kuruluşlarında uygulanarak kamu ve özel sektör karşılaştırılması yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Acaray A. and Akturan A. (2015) The Relationship Between Organizational Citizenship Behaviour and Organizational Silence. **Procedia-Social and Behavioral Sciences** 207: 472-482.
2. Afşar L. (2013) Örgütsel Sessizlik ve Örgütsel Güven İlişkisi: Konuya İlişkin Bir Araştırma. **İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.

3. Akyüz B. (2015) Örgütsel Sessizlik ve Bireysel Yaratıcılık Performansı İlişkisi: Örgütsel Özdeşleşmenin Aracılık Rolü. **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 44: 207-216.
4. Alioğulları Z. D. (2012) Örgütsel Sessizlik ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişki Bir Uygulama. **Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Erzurum.
5. Allison B. J., Voss R. S. and Dryer S. (2001) Student Classroom and Career Success: The Role of Organizational Citizenship Behavior. **Journal of Education for Business** 76(5): 282-288.
6. Alparslan A. M., Can A. ve Oktar Ö. F. (2014) Algılanan Örgütsel Desteğin Yardım Etme Davranışına Etkisinde Örgütsel Özdeşleşmenin Aracılık Rolü: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. **"İŞ, GÜÇ" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi** 16(2): 115-128.
7. Altunışık R., Coşkun R., Bayraktaroğlu S. ve Yıldırım E. (2010) **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri - SPSS Uygulamalı**. Sakarya Yayıncılık, Sakarya.
8. Aquino K. and Bommer W. H. (2003) Preferential Mistreatment: How Victim Status Moderates the Relationship Between Organizational Citizenship Behavior and Workplace Victimization. **Organization Science** 14(4): 374-385.
9. Ashforth B. E. and Mael F. (1989) Social Identity Theory and the Organization. **The Academy of Management Review** 14(1): 20-39.
10. Ashforth B. E., Harrison S. H. and Corley K.G. (2008) Identification in Organizations: An Examination of Four Fundamental Questions. **Journal of Management** 34(3): 325-374.
11. Bal H. (2001) **Bilimsel Araştırma Yöntem ve Teknikleri**. Süleyman Demirel Üniversitesi Basımevi, Isparta.
12. Basım H. N. ve Şeşen H. (2006) Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği Uyarlama Ve Karşılaştırma Çalışması. **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi** 61(4): 83-101.
13. Bell S. J. and Menguc B. (2002) The Employee-Organization Relationship, Organizational Citizenship Behaviors, and Superior Service Quality. **Journal of Retailing** 78(2): 131-146.
14. Bellou V., Chitiris L. and Bellou A. (2005) The Impact of Organizational Identification and Self-Esteem on Organizational Citizenship Behavior: The Case of Greek Public Hospitals. **Operational Research** 5(2): 305-318.
15. Blakely G. L., Andrews M. C. and Fuller J. (2003) Are Chameleons Good Citizens? A Longitudinal Study of the Relationship Between Selfmonitoring and Organizational Citizenship Behavior. **Journal of Business and Psychology** (18)2: 131-144.
16. Brinsfield C. T. (2009) Employee Silence: Investigation of Dimensionality Development of Measures, and Examination of Related Factors. **Ohio State University, Dissertation**, Ohio

17. Chughtai A. A. and Buckley F. (2009) Linking Trust in the Principal to School Outcomes the Mediating Role of Organizational Identification and Work Engagement. **International Journal of Educational Management** 23(7): 574-589.
18. Çakıcı A. (2007) Örgütlerde Sessizlik: Sessizliğin Teorik Temelleri ve Dinamikleri. **Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 16(1): 145-162.
19. Çakıcı A. (2008) Örgütlerde Sessiz Kalınan Konular, Sessizliğin Nedenleri ve Algılanan Sonuçları Üzerine Bir Araştırma. **Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 17(1): 117-134.
20. Çakıcı A. (2010) **Örgütlerde İşgören Sessizliği**. Detay Yayıncılık, Ankara.
21. Çelik M. (2007) Örgüt Kültürü ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı: Bir Uygulama. **Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi**, Erzurum.
22. Çınar O., Karcıoğlu F. and Alioğulları Z.D. (2013) The Relationship Between Organizational Silence and Organizational Citizenship Behavior: A Survey Study in the Province of Erzurum, Turkey. **Procedia-Social and Behavioral Sciences** 99: 314-321.
23. Çimen M. (2016) Yönetimde Yeni Yaklaşımlar: Örgütsel Vatandaşlık Davranışı. **ACU Sağlık Bilimleri Dergisi** (1): 1-5.
24. Demirtaş H. A. (2003) Sosyal Kimlik Kuramı, Temel Kavram ve Varsayımlar. **İletişim Araştırmaları** 1(1): 123-144.
25. DiPaola M. and Tschannen-Moran M. (2001) Organizational Citizenship Behavior in Schools and its Relationship to School Climate. **Journal of School Leadership** 11(5): 424-447.
26. Dukerich J. M., Golden B. R. and Shortell S. M. (2002) Beauty is in the Eye of the Beholder: The Impact of Organizational Identification, Identity, and Image on the Cooperative Behaviors of Physicians. **Administrative Science Quarterly** 47(3): 507-533.
27. Dutton J. E., Dukerich J. M. and Harquail C.V. (1994) Organizational Images and Member Identification. **Administrative Science Quarterly** 39(2): 239-263.
28. Edward M. R. (2005) Organizational Identification: A Conceptual and Operational Review. **International Journal of Management Reviews** 7(4): 207-230.
29. Erdoğan P. ve Bedük A. (2013) Örgütsel Sinizm ile Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişki: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. **Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi** 1(6): 17-36.
30. Esfahani A. N., Dalvi M. R. and Sefiddashti F. (2013) An Investigation of the Impact of Internal Marketing on Organization Silence (Case Study: Tax Administration of Isfahan City). **Journal of Basic and Applied Scientific Research** 3(2): 413-421.
31. Fatima A., Salah-Ud-Din S., Khan S., Hassan M. and Hoti H. A. K. (2015) Impact of Organizational Silence on Organizational Citizenship Behavior: Moderating Role of Procedural Justice. **Journal of Economics, Business and Management** 3(9):846-850.

32. İplik E., İplik F. N. ve Efeoğlu İ. E. (2014) Çalışanların Örgütsel Destek Algılarının Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerindeki Etkisinde Örgütsel Özdeşleşmenin Rolü. **Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi** 6(12): 109-123.
33. İplik F. N. (2009) Türkiye'deki Dört ve Beş Yıldızlı Otellerde Uygulanan Örgütsel Sosyalleşme Taktiklerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. **Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi** 20(2): 185-196.
34. İşcan Ö. F. (2006) Dönüştürücü/Etkileşimci Liderlik Algısı ve Örgütsel Özdeşleşme İlişkisinde Bireysel Farklılıkların Rolü. **Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 11(6): 160-177.
35. Kabataş A. (2010) Örgütsel Sinizm ile Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi ve Bir Araştırma. **Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Kocaeli.
36. Kalaycı Ş. (2014) **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**. Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
37. Kalkan A. (2013) Algılanan Örgüt Kültürünün Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerindeki Etkisi: Kuramsal ve Görgül Bir Araştırma. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi**, Konya.
38. Karabey C. N. (2005) Örgütsel Özdeşleşme, Örgütsel İmaj ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İlişkisi Bir Uygulama. **Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Erzurum.
39. Karabey C. N. ve İşcan Ö. F. (2007) Örgütsel Özdeşleşme, Örgütsel İmaj ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İlişkisi: Bir Uygulama. **İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi** 21(2): 231- 241.
40. Karagöz Y. (2014) **SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik**. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
41. Kark R. and Waismel-Manor R. (2005) Organizational Citizenship Behavior: What's Gender Got to Do With It? **Organization** 12(6): 889-917.
42. Kılınç E. and Ulusoy H. (2014) Investigation of Organizational Citizenship Behavior, Organizational Silence and Employee Performance at Physicians and Nurses, and the Relationship Among Them. **Business Management Dynamics** 3(11): 25-34.
43. Lombardi D. J. and Schermerhorn J. R. (2007) **Healthcare Management**. NJ: John Wiley, Hoboken.
44. Mael F. A. and Ashforth B. E. (1992) Alumni and Their Alma Mater: A Partial Test of the Reformulated Model of Organizational Identification. **Journal of Organizational Behaviour** 13(2): 103-123.
45. Miller V. D., Allen M., Cazey M. K. and Johnson J. R. (2000) Reconsidering the Organizational Identification Questionnaire. **Management Communication Quarterly** 13(4): 626-658.



46. Morrison E.W. and Milliken F. J. (2000) Organizational Silence: A Barrier to Change and Development in A Pluralistic World. **Academy of Management Review** 25(4): 706-725.
47. Nader L. (2001) Breaking the Silence-Politics and Professional Autonomy. **Anthropological Quarterly** 75(1): 160-169.
48. Nikmaram S., Yamchi H. G., Shojaii S., Zahrani M. A. and Alvani S. M. (2012) Study on Relationship Between Organizational Silence and Commitment in Iran. **World Applied Sciences Journal** 17(10): 1271-1277.
49. Organ W. D. (1988) **Organizational Citizenship Behavior: The Good Soldier Syndrome**. Lexington Books, Lexington.
50. Özgen I. ve Sürgevil O. (2009) ‘Örgütsel Sessizlik Olgusu ve Turizm İşletmeleri Açısından Değerlendirilmesi’. **Turizm İşletmelerinde Örgütsel Davranış**. İçinde: Sabuncuoğlu Z. (ed.) ss: 303-328. MKM Yayıncılık, Bursa.
51. Özler D. E. ve Ünver E. (2012) Psikolojik Sözleşmenin İş Tatmini Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 17(2): 325-351.
52. Perlow L. and Williams S. (2003) Is Silence Killing Your Company? **Harvard Business Review** 81(5): 52-58.
53. Pinder C. C. and Harlos K. P. (2001) Employee Silence: Quiescence and Acquiescence as Responses to Perceived Injustice. **Personnel and Human Resources Management** 20: 331-369.
54. Podsakoff P. M., MacKenzie S. B., Paine J. B and Bachrach D. G. (2000) Organizational Citizenship Behaviors: A Critical Review of the Theoretical and Empirical Literature and Suggestions for Future Research. **Journal of Management** 26(3): 513-563.
55. Podsakoff P. M. and Mackenzie S. B. (1994) Organizational Citizenship Behaviors and Sales Unit Effectiveness. **Journal of Marketing Research** 3(1): 351-363.
56. Podsakoff P. M., Mackenzie S. B., Moorman R. H. and Fetter R. (1990) Transformational Leader Behaviors and Their Effects on Followers Trust in Leader, Satisfaction and Organizational Citizenship Behaviors. **Leadership Quarterly** 1(2): 107-142.
57. Polat M. (2009) Örgütsel Özdeşleşmenin Öncülleri ve Ardılları Üzerine Bir Saha Çalışması. **Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi**, Bursa.
58. Polat M. ve Meydan C. H. (2011) Örgüt Kültürü Bağlamında Güç Eğilimi ve Örgütsel Bağlılık İlişkisinde Örgütsel Özdeşleşmenin Aracılık Rolü. **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi** 25(1): 153-170.
59. Sabuncuoğlu Z. ve Tüz M. (2005). **Örgütsel Psikoloji**. Alfa Aktüel Basım Yayın Dağıtım, Bursa.

60. Sezici E. (2012) 'Örgütsel Özdeşleşme'. **Örgütsel Davranışta Güncel Konular**. İçinde: Ergun Ö. D. (ed.) ss: 101-132. Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa.
61. Shamir B. and Kark R. (2004) A Single-Item Graphic Scale for the Measurement of Organizational Identification. **Journal of Occupational and Organizational Psychology** 77(1): 115- 123.
62. Shen Y., Jackson T., Ding C., Yuan D., Zhao L., Dou Y. and Zhang Q. (2014) Linking Perceived Organizational Support with Employee Work Outcomes in a Chinese Context: Organizational Identification as a Mediator. **European Management Journal** 32(3): 406-412.
63. Smidts A., Pruyn A. T. H. and Van Riel C. B. (2001) The Impact of Employee Communication and Perceived External Prestige on Organizational Identification. **Academy of Management Journal** 44(5): 1051-1062.
64. Şantaş F., Uğurluoğlu Ö., Kandemir A. ve Çelik Y. (2016) Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Sinizm, İş Performansı ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. **İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 18(3): 867-886.
65. Şehitoğlu Y. (2010) Örgütsel Sessizlik Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Algılanan Çalışan Performansı İlişkisi. **Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi**, Kocaeli.
66. Tak B. ve Aydemir B. A. (2004) Örgütsel Özdeşleşme Üzerine İki Görgül Çalışma. **12. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi**. Uludağ Üniversitesi, Bursa.
67. Tiktaş G. (2012) Örgüt Kültürü, Örgütsel Özdeşleşme ve Örgütsel Sessizlik İlişkisine Yönelik Bir İnceleme. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İzmir.
68. Tokgöz E. ve Seymen O. A. (2013) Örgütsel Güven, Örgütsel Özdeşleşme ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişki: Bir Devlet Hastanesinde Araştırma. **Öneri Dergisi** 10(39): 61-76.
69. Turunç Ö. ve Çelik M. (2010) Çalışanların Algıladıkları Örgütsel Destek ve İş Stresinin Örgütsel Özdeşleşme ve İş Performansına Etkisi. **Yönetim ve Ekonomi** 17(2): 183-206
70. Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük. <http://tdk.gov.tr> Erişim Tarihi: 03.11.2016.
71. Ürek D., Demir İ. B. ve Uğurluoğlu Ö. (2015) Örgütsel Sessizliğin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerindeki Etkisi: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması. **Gazi İİBF Dergisi**. 17(3): 122-141.
72. Vakola M. and Bouradas D. (2005) Antecedents and Consequences of Organisational Silence: An Empirical Investigation. **Employee Relations**. 27(5): 441-458.
73. Van Dick R., Grojean M. W., Christ O. and Wieseke J. (2006) Identity and the Extra Mile: Relationships Between Organizational Identification and Organizational Citizenship Behaviour. **British Journal of Management** 17(4): 283-301.
74. Van Dick R., Van Knippenberg D., Kerschreiter R., Hertel G. and Wieseke J. (2008) Interactive Effects of Work Group and Organizational Identification on Job

Satisfaction and Extra-Role Behavior. **Journal of Vocational Behavior** 72(3): 388-399.

75. Van Dyne L., Graham J. W. and Dienesch R. M. (1994) Organizational Citizenship Behavior: Construct Redefinition, Measurement, and Validation. **Academy of Managament Journal** 37(4): 765-802.
76. Van Dyne L.V., Ang S. and Botero I. C. (2003) Conceptualizing Employee Silence and Employee Voice as Multidimensional Constructs. **Journal of Management Studies** 40(6): 1359-1392.
77. Yanık C. (2012) Örgütsel Sessizlik İle Güven Arasındaki İlişki ve Eğitim Örgütlerinde Bir Araştırma. **Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.

## Tıbbi Cihaz Vijilansı

Songül ÇINAROĞLU\*

### ÖZ

Tıbbi cihaz sektörü inovasyon, rekabet ve maliyetlerin çok yüksek olduğu sağlık teknolojisi değerlendirme (STD) alanlarından birisidir. Toplumun demografik ve ekonomik yapısındaki dönüşümlere paralel bir biçimde değişen bu sektör, ürün çeşitliliği ve sayısının yüksek olması nedeniyle, yüksek risk içermektedir. Bu sektörde riskli durumlara ilişkin piyasa denetim ve gözetim faaliyetlerinde bulunmak amacıyla, vijilans (uyarı sistemi) sistemleri oluşturulmaktadır. ABD ve Avrupa ülkelerinde uzun bir geçmişe sahip olan bu konu, Türkiye’de yeni gelişen ve toplumsal farkındalığın artırılması gerekli olan alanlardandır. Bu gerekliliğin bir sonucu olarak, bu çalışmada tıbbi cihaz vijilansının taşıdığı anlam ve bu konuda öncü olan ülkeler ile Türkiye’deki mevcut durumun ele alınması hedeflenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından kurulmuş merkezi bir denetim ve raporlama sisteminin mevcut olduğu, uluslararası entegrasyonun henüz yeterli ölçüde sağlanmadığı görülmüştür. Çalışma sonuçlarının tıbbi cihaz sektöründe verimliliğin artırılması ile daha güvenli ve etkili bir tıbbi cihaz sektörüne sahip olabilmek amacıyla, politika belirleyici ve karar vericilerin farkındalıklarını yükseltmeye katkı sunması arzu edilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Tıbbi cihaz, vijilans, sağlık teknolojisi değerlendirme

### Medical Device Vigilance

#### ABSTRACT

Medical device sector is one of the Health Technology Assessment (HTA) fields that innovation, competitiveness and costs are very high. This sector includes high risks which is change parallel with transformations in demographic and economic structure of the population and because of high number and variety of products. Vigilance systems (warning system) was constructed in this sector with the aim of supervision and surveillance of marketing activities for risky situations. This subject has a long history for USA and European countries and it is one of the newly developing fields in Turkey and is an area that is necessary to raise awareness of the community. Because of this necessity, in this study it is aimed to examine the meaning of medical device vigilance and the current situation in leading countries and Turkey. As a result of the study, it is seen that there exist a central supervision and surveillance system in Turkey constructed by Ministry of Health and international integration hasn't been constructed yet. It is hoped that study results will make a contribution to enhance the level of awareness of policy and decision makers to improve productivity and to have more safe and efficient medical device sector.

**Key Words:** Medical device, vigilance, health technology assessment

\* Arş. Gör. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, cinaroglu@hacettepe.edu.tr

## I. GİRİŞ

Sağlık teknolojisi değerlendirme (STD), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımı itibariyle, “Sağlık ile ilgili problemlerin çözümü ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacıyla ilaç, tıbbi araç-gereç, bağışıklama ve sağlık ile ilgili uygulama ve prosedürlerin organize edilmesi” anlamını taşımaktadır (WHO 2007). DSÖ’nün bu tanımında yer verilen sağlık teknolojisi türleri içerisinde tıbbi cihazlar yenilikçilik ve yüksek maliyet özellikleri ile ön plana çıkmaktadır. Bu sektör, aynı zamanda, toplumun ekonomik ve demografik yapısını belirleyen ve şekillendiren bir özelliğe sahiptir. Buna göre, özellikle gelişmiş Avrupa ülkeleri için, nüfusun giderek yaşlanması beraberinde güvenli ve kaliteli tıbbi cihazlara duyulan ihtiyacı yükseltmektedir. Buna ilave olarak, tıbbi cihaz geliştirme ve kullanımı yüksek maliyet içerdiğinden dolayı üretim, kullanım, satış ve pazarlama sonrasında tıbbi cihazların uygun şekilde denetimlerinin yapılması gereklidir (Chandra, Skinner 2012). Bu nedenle, tıbbi cihaz uyarı sistemi olarak da ifade edilebilecek olan, “tıbbi cihaz vijilansı” uygulamaları yapılmakta olup, bu uygulamalar tıbbi cihazlara ilişkin piyasa denetim, gözetim ve takip faaliyetlerini ifade etmektedir.

Gelişmiş ülkeler içerisinde başta ABD olmak üzere, Avrupa Birliği (AB)’ne üye olan Avrupa ülkelerinde tıbbi cihaz vijilansı uzun bir geçmişe sahip olup, Türkiye için STD uygulamalarında geliştirilmesi gerekli olan ve yeni alanlardan birisidir. Türkiye’de halen tıbbi cihaz vijilansı konusunda, AB komisyonu tarafından yayınlanan kılavuzlara uyum sağlanmaya çalışılmakta, tıbbi cihaz sektörünün geliştirilmesi için strateji belgeleri oluşturulmaktadır. Bölgesindeki siyasal, ekonomik ve demografik değişimlerin etkisi ile birlikte son derece hızlı değişen bir ülke olan Türkiye’de sağlıkta yeni teknolojilere yapılan yatırım ve araştırma & geliştirme (Ar-Ge) faaliyetlerinin ise gelişmiş ülkeler ile kıyaslandığında, geri kaldığı görülmektedir. Bu nedenle, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, daha nitelikli sağlık hizmetlerinin sunumu ve halk sağlığının iyileştirilmesi noktasında ciddi önemi olan tıbbi cihaz sektöründe tıbbi cihaz vijilansı konusunda karar verici ve politika belirleyicilerin farkındalıklarının artırılmasına gün geçtikçe daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ihtiyacın bir gereği olarak, bu çalışmada tıbbi cihaz vijilansının tanımı ve anlamı, gelişmiş ülkeler ile Türkiye’de mevcut durumun ele alınması hedeflenmiştir. Çalışmanın ilerleyen bölümlerinde belirlenen bu temel başlıklar itibariyle tıbbi cihaz vijilansı konusunda temel bilgilere yer verilecektir.

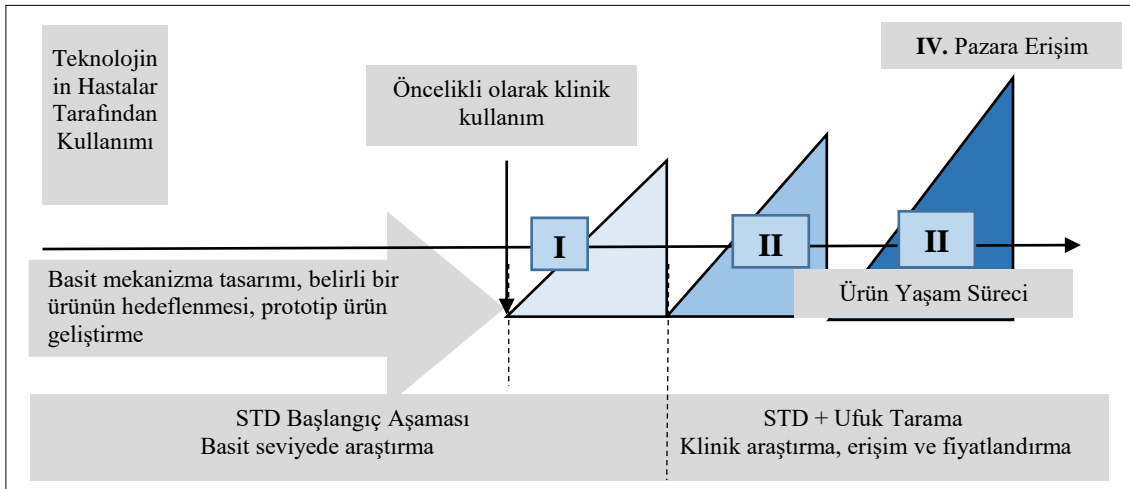
## II. TIBBİ CİHAZ VİJİLANSININ ANLAMI

STD’de üzerinde durulan temel başlıklar arasında ilaç, tıbbi malzeme ile teşhis ve tedavi süreçleri konusunda, tutarlı ve kabul edilebilir yasal düzenlemeler yapmak yer almaktadır. Etkin ve yararlı olmayan teknolojilere yapılacak yatırımları engellemek temel hedef olarak belirlenmektedir. Bu hedefe erişilebilmesi için ise, sağlık teknolojilerinin tüm türleri itibariyle pazarlama sonrasında da denetim ve gözetimlerinin yapılması önem arz etmektedir. Tıbbi cihazlar yüksek risk içeren sağlık teknolojisi türlerindedir. Risk içeriği bakımından üç farklı gruptan söz edilebilmektedir. Birinci grupta, genel kontrol amaçlı kullanılan ve yüksek risk barındırmayan cihazlar bulunmaktadır. Stetoskop ile dil basacağı bu grupta sayılabilmektedir. İkinci grupta ise, orta derecede risk barındıran tıbbi cihazlar; tekerlekli sandalye, ultrason makinası ile tomografi tarayıcısı gibi cihazlar vardır. Hastalar için ciddi risk oluşturan son grupta yer alan tıbbi cihazlar arasında ise, implante edilebilir kardiyoverter defibrilatör, kalça protezi ile kalp pili bulunmaktadır ( Campillo-Artero 2015).

Tıbbi cihazlar konusunda yapılan değerlendirmelerde ön plana çıkan başlıklardan birisi bu cihazların neden olduğu advers etkilerin yüksekliğidir (Campillo-Artero 2015). Advers etki tanımı itibariyle, bir beşeri ürünün hastalıktan korunma, bir hastalığı teşhis ve tedavi etmek, bir fizyolojik fonksiyonun iyileştirilmesi, düzeltilmesi ya da değiştirilmesi amacıyla

kabul edilen normal dozlarda kullanımı dışında ortaya çıkan zararlı ve amaçlanmamış etkidir (Türkiye Farmakovijilans Derneği 2016). STD'nin önde gelen konularından birisi olan tıbbi cihaz alanında öncelikli olan konulardan birisi tıbbi cihazlar ile ilgili erken uyarı sistemlerinin oluşturulması ve olumsuz olayların düzeltilmesine yönelik bildirim ve raporlamaların artırılmasıdır. Bu hedefi sağlamaya yönelik uygulamaları içeren *tıbbi cihaz vijilansı* kavramı tıbbi cihaz ile ilgili olumsuz olayların bildirilmesi, saha güvenliği ile ilgili düzeltici faaliyet rapor ve bildirimlerinin yapılması anlamına gelmektedir.

Tıbbi cihaz vijilans sisteminin oluşturulması son derece zor ve maliyetlidir (Resnic, Normand 2012). Tıbbi cihaz sektörü ile karşılaştırıldığında ilaç sektörü için daha uzun bir geçmişi olan vijilans sistemlerinin daha etkili olabilmesi için, tüm paydaşların işbirliği ve uyum içerisinde faaliyetlerini sürdürmeleri gerekmektedir. Başka bir deyişle, etkili bir vijilans sisteminin geliştirilebilmesi için kamu, özel sektör, hekimler, hemşireler, eczacılar ve tüm paydaşların bu sistemin kurulup geliştirilmesine katkı sağlamaları beklenmektedir (WHO 2002). Düzenli eğitim ve raporlama faaliyetleri sayesinde geliştirilebilecek olan tıbbi cihaz vijilans (Toklu, Uysal 2008) sistemlerinin yaygınlaştırılması amacıyla, birçok ülkede tıbbi cihaz vijilans sistemi kurulmuştur. Şekil 1'de tıbbi cihaz geliştirme sürecinin aşamaları görülebilmektedir. Buna göre etkili bir tıbbi cihaz vijilans sistemi tıbbi cihaz geliştirme sürecinin tüm aşamalarını kapsayan bir süreci içermelidir. Bu süreç basit mekanizma tasarımları ile birlikte başlamakta, bu aşamada ürün prototipi geliştirilmektedir. Öncelikli olarak klinik kullanım hedeflenmekte olup, ürünün uluslararası standartlara uyumu temel bir kriter olarak kabul edilmektedir. Klinik araştırma aşamasının sonrasında ise pazara erişim gerçekleşmektedir. Tıbbi cihaz vijilans sistemlerinin başarıya ulaşabilmesi için, pazarlama sonrasında etkili bir takip mekanizmasının oluşturulmasına ihtiyaç vardır.



### Şekil 1. Tıbbi Cihaz Geliştirme Sürecinin Aşamaları

**STD:** Sağlık Teknolojisi Değerlendirme, **I:** Basit araştırma, **II:** Uluslararası çalışma **III:** Klinik araştırma **IV:** Pazara erişim

**Kaynak:** Ijzerman M.J. and Steuten M.G. (2011) "Early Assessment of Medical Technologies to Inform Product Development and Market Access", *Appl Health Econ Health Policy*, 9(5):331-347, s.335.

Tıbbi cihazların üretimi, pazarlanması ve pazarlanması sonrasında takibi konularında çok daha etkili sistemlere sahip olan gelişmiş ülkelerin, bu konuda gelişmekte olan ülkelere yön verici bir rol üstlenmeleri gereklidir. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde tıbbi cihaz vijilansı sistemlerinin temel ve ayırt edici özelliklerinin incelenmesinde fayda vardır.

### III. GELİŞMİŞ ÜLKELERDE TIBBİ CİHAZ VİJİLANSI

Tıbbi cihaz piyasasının etkili ve verimli bir şekilde yönetimi konusu, başta ABD olmak üzere, Avrupa ülkelerinde uzun bir geçmişe sahiptir. ABD ve Avrupa sistemleri tıbbi cihaz piyasasında hedefler, uygulamalar ve sonuçlar bakımından farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle, farklı ülkelerin teknoloji piyasasının yerel dinamikleri ile şekillenen tıbbi cihaz sektöründe uluslararasılaşmanın sağlanabilmesi için tıbbi cihaz sektörünü geliştirmeye yönelik harmonizasyon çabaları ön plana çıkmaktadır. Farklı ülkelerde düzenleyici sistemlerin temel hedefinin, toplum sağlığının korumak ve yükseltmek olduğu belirtilmekte ise de, “ürün güvenliği” nin sağlanması, hem ABD hem de Avrupa’da tıbbi cihaz piyasasının işleyişinde öncelikli alanlar arasında bulunmaktadır. Bu sistemin tam olarak etkililiğinin sağlanması sayesinde ise, karşılaştırılabilir pazarlama sonrası uygulamalar ile etkili yan etki raporlama sistemleri oluşturulabilecektir. Bu sayede tıbbi cihazların toplum tarafından etkin bir şekilde kullanımı da sağlanabilecektir. Gelişmiş ülkelerde tıbbi cihaz vijilans sistemleri genel olarak ele alındığında Avrupa’da daha çok onaylayıcı kuruluşlar (notified bodies) ön planda iken ABD’de ise hükümet kuruluşlarının öncelikli olduğu görülmektedir. Buna ek olarak, Avrupa’da ön plana çıkan sistem tıbbi cihazların pazarlanması için gerekli prosedürlerin bir parçası iken, ABD’de Food and Drug Administration (FDA) süreçlere dahil edilmektedir. Bunun temel nedeni ise, özel sektörü temsilen üçüncü şahısların sürece etki etmesinin önüne geçmektir. Sonuç olarak FDA tıbbi cihazların onay alması sürecinde son otorite olarak tanınmaktadır (Chai 2000). FDA’nın tıbbi cihazların pazarlama sonrası takibine yönelik sistemi hekimler, sağlık kuruluşları, üreticiler ve hastaların tıbbi cihaz kullanımını kolaylaştırmaya yönelik olan bir tıbbi cihaz raporlama sistemine sahiptir. Bu sistem, beklenmeyen tıbbi cihaz hataları ve komplikasyonların önlenmesine yönelik çok sayıda önleyici uygulamayı içermektedir (Resnic, Normand 2012). Bir diğer önemli farklılık ise, ABD sisteminin son derece eski olup, 1938 yılında Federal Food, Drug and Cosmetic Act (FDCA) ile birlikte kurulmuş olmasıdır. 1976, 1990 ile 1997 yıllarında bu konularda önemli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu süreçte çok sayıda rapor yayınlanmış, toplantı ve etkinlikler düzenlenmiştir. Avrupa sistemi ise, ABD sistemine göre çok daha yeni bir sistem olup 1900’lü yıllarda ortaya çıkmış ancak, FDA tarafından önerilen kritik noktalar tıbbi cihazların onaylanmasına hız kazandırdığı gerekçesi ile bu yeni sistem tarafından hızlı bir şekilde kabul edilmiştir. Ayrıca, Avrupa sisteminin etkinliği zaman içerisinde, FDA tarafından da onaylanmıştır (Chai 2000).

Avrupa ülkelerinde, tıbbi cihaz vijilansı konusu ele alındığında, öncelikli konu başlıklarından birisi Avrupa Birliği (AB)’nin bu süreçteki rolü ve tıbbi cihaz piyasasının düzenli işleyişi konusunda sağlamış olduğu katkılardır. AB tıbbi cihaz piyasasını, bir “iç pazar” haline getirmeye çalışmaktadır. Birliğe üye olan tüm ülkelerde düzenleyici uygulamaların harmonizasyonu sayesinde tıbbi cihazların küresel pazarlamasında önemli adımlar atılması sağlanacaktır. AB’ne üye olan ülkelerde birinci sınıf tıbbi cihazlar Conformance Européenne (CE) belgesi edinmelidirler. İkinci ve üçüncü sınıf tıbbi cihazlar ise, her ülkenin kendi yerel otoritesi tarafından onaylanmak üzere, dünya genelinde 80 farklı değerlendirme kuruluşu tarafından değerlendirilmektedir. 2011 yılından itibaren, AB üretici firmanın tıbbi cihazların advers etkilerini bu konuda kapsamlı bir veri tabanı olarak bilinen European Databank on Medical Devices (EUDAMED) sistemine bildirmesini istemiştir. Bu kuruluş, aynı zamanda tıbbi cihazların pazardaki kullanım durumu konusunda da önemli bir bilgi ve veri tabanı oluşturmaktadır. AB’ne üye ülkelerde tıbbi cihaz pazarı açısından problem teşkil eden temel başlıklar arasında ise klinik etkililik yerine daha çok tıbbi cihaz performansına öncelik veriliyor olunması bulunmaktadır (EUDAMED 2016). Avrupa ülkelerinde tıbbi cihaz piyasasının düzenlenmesi konusunda yapılan diğer düzenlemeler arasında ise, tıbbi cihazların etkili kullanımı amacıyla yönelik olarak International Organization for Standardization (ISO) tarafından 1993 ile 1996 yılları arasındaki sürede yapılan düzenlemeler ve yayınlanan kılavuzlar sayılabilmektedir. Kapsamlı ve ulusal ölçekli

bir pazarlama sisteminin bulunmaması ise, Avrupa ülkeleri için sorun teşkil eden temel alanlar arasında yer almaktadır (EUDAMED 2016). Tıbbi cihaz piyasasında küresel standartların geliştirilmesi sayesinde, Avrupa ülkeleri ile ABD arasında bir entegrasyon sağlanması da mümkün olabilecektir (Chai 2000).

Güvenlik ve etkinliğin sağlanması ile birlikte, tıbbi cihaz teknolojilerinin kullanımı ve geliştirilmesinde uluslararası işbirliği konusunu önceliklendirmek amacıyla; AB, ABD, Avustralya, Japonya ve Kanada'nın işbirliğinde, 1992 yılında Global Harmonization Task Force (GHTF) kurulmuştur. Bu kuruluşun hedefi işbirliği içerisinde olan ülkelerin yerel hukuk kurallarının beraberinde getirdiği düzenleme farklılıklarını azaltmak, ortak bir platformu oluşturmak olarak belirlenmiştir (Gupta et al. 2010). Bu sayede ortak bilgi ve veri paylaşım sistemi geliştirilebilecektir. Tıbbi cihaz piyasasının hızlı bir gelişim süreci içerisinde olduğu ülkelerden birisi de Çin'dir. Çin'de genel ekonomik yavaşlama tıbbi cihaz piyasasındaki büyümeyi olumsuz etkilemiş olsa da, tıbbi cihaz piyasasının ciddi bir büyüme trendini halen sürdürdüğü görülmektedir. Tıbbi cihaz piyasasında hakim üreticilerin daha çok yabancı üreticilerden oluştuğu bilinmekle birlikte, yerli üreticilerin de son yıllarda orta seviyelere doğru bir ilerleme kaydettikleri belirtilmektedir (Zakreski 2010). Daha güvenli ve etkili bir tıbbi cihaz piyasasına sahip olmak amacıyla, yeni gelişen ve hızla büyüyen pazarların kontrol edilmesi ve gerekli uluslararası standartların sağlanması bakımından küresel entegrasyona uyum sağlayıcı teşviklerin sağlanması önem arz etmektedir.

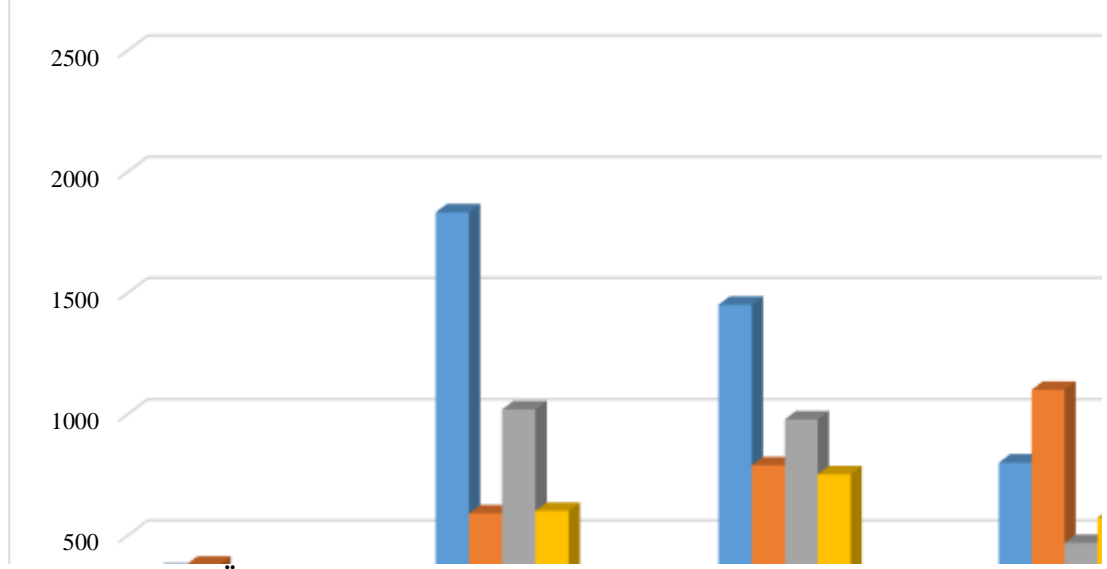
#### IV. TÜRKİYE'DE DURUM

Türkiye'de 2003 yılından başlanmak üzere, sağlık sektöründe ciddi yapısal dönüşümler tecrübe edilmektedir. Başta finansman sistemi konusunda olmak üzere sağlıkta köklü reformlar içeren bu uygulamalar arasında, STD konusu son derece sınırlı kalmaktadır (Atun et al. 2013). Bu nedenle, Türkiye için sağlıkta teknoloji geliştirme ile Ar-Ge alanları öncelikli alanlar arasında sayılmaktadır. Tıbbi cihaz sektörünün geliştirilmesi yönünde atılan adımlar ve yapılan uygulamalar içerisinde, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında 2011 yılında yapılan yasal düzenlemeler dahilinde çıkarılan, 663 sayılı KHK'nin 27. maddesi uyarınca, Türkiye'de SB ilaç, tıbbi cihaz ve kozmetik ürünlerin ruhsatlandırılması, üretimi, depolanması, ihracat ve ithalatı ile piyasaya arzı, dağıtımı ve hizmete sunulmasından sorumlu tutulmuştur. SB tıbbi cihaz piyasasında kural ve standartlar belirlemek, izin ve ruhsat belgesi vermek ile laboratuvar analizleri yapmak konularında görev yapmaktadır (02.11.2011 Tarihli Resmi Gazete 2011). Aynı yıl ve sayılı KHK'de tıbbi ilaç, tıbbi cihaz ve kozmetik ürünlere yönelik düzenleyici, denetleyici ve yönlendirici politikalar geliştirmek ve uygulamak noktasında, SB'na bağlı olarak Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) kurulmuş olup (TİTCK 2016), TİTCK'nun mevcut altyapısı, AB direktifleri doğrultusunda hazırlanmış ve güncellenmektedir. Bu kapsamda mevzuat çalışmaları, ruhsatlandırma ve yetkilendirme faaliyetleri, klinik araştırma faaliyetleri, proje faaliyetleri, piyasa denetim ve gözetim faaliyetleri ile laboratuvar faaliyetleri gerçekleştirilmektedir. AB sistemine uyum çalışmaları çerçevesinde, tıbbi cihazlar ile ilgili temel direktifler arasında olduğu kabul edilen tıbbi cihaz yönetmeliği (93/42/EEC), vücuda yerleştirilebilir aktif tıbbi cihazlar yönetmeliği (90/385/EEC), vücut dışında kullanılan (in-vitro) tıbbi tanı ve tıbbi cihaz yönetmeliği (98/79EC) SB tarafından uyumlaştırılmıştır ve Türkiye'de uygulanmaktadır (SB 2015).

Türkiye'de tıbbi ürünlerin denetim ve takibinin yapılması amacıyla, vücuda yerleştirilebilir aktif tıbbi cihazlar yönetmeliği ve in-vitro kullanılan tıbbi tanı cihazları yönetmeliği kapsamında cihazların piyasaya arzından sonra meydana gelen olumsuz olaylara uygulanacak uyarı sistemini düzenleyen bir tebliğ yayınlanmıştır. Bu kapsamda yapılacak piyasa denetimlerine süreklilik kazandırmak amacıyla, denetmenler tahsis edilmiş olup, piyasa denetim faaliyetlerine hız kazandırılmıştır. SB verilerine göre, 2010-2014 yılları



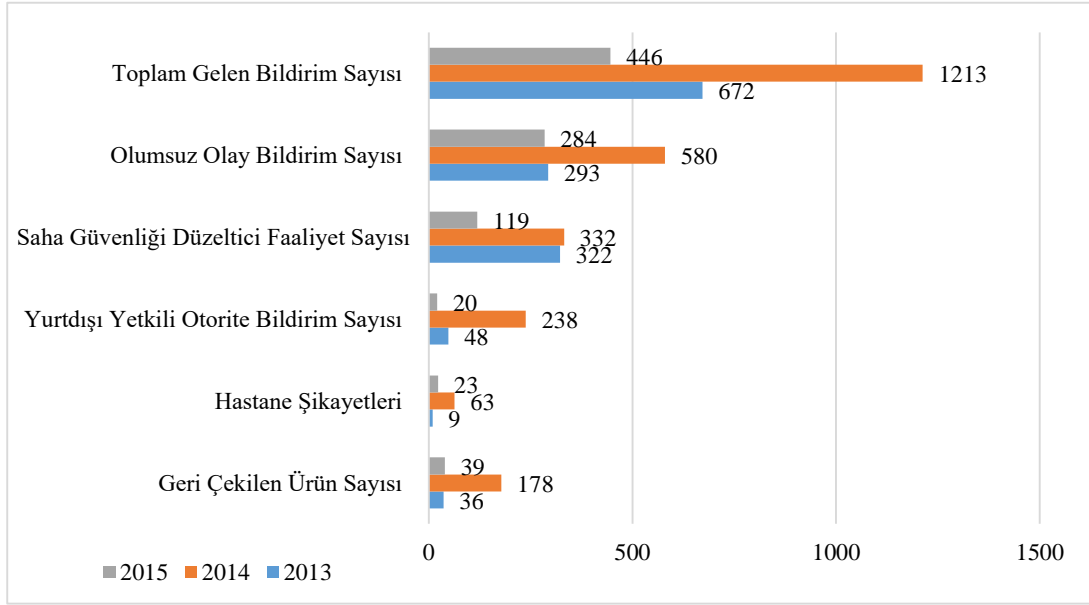
arasındaki süreçte yapılan gözetim ve denetim faaliyetlerinde önemli ölçüde ilerlemeler kaydedildiği gözlemlenmiştir. Grafik 1’de SB tarafından yapılan bildirimlerde denetlenen tıbbi ürün sayısının giderek arttığı, tespit edilen güvensiz ürün sayısının ise giderek düştüğü kaydedilmiştir (SB 2015).



**Grafik 1. Tıbbi Ürünlerin Denetlenmesi Konusunda Yürütülen Piyasa Denetim ve Gözetim Faaliyetleri**

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı (2015)

Gözetim ve denetim faaliyetleri kapsamında geliştirilen tıbbi cihaz vijilans sistemi kapsamında, tıbbi cihazların özelliklerinin bozulması ya da performans kayıpları, kullanım kılavuzu ve etiket yetersizlikleri, kullanıcının sağlık durumunun bozulması ve hastanın ölümüne yol açan durumların takip ve denetimlerinin yapılması faaliyetleri yürütülmektedir. Grafik 2’de 2013, 2014 ve 2015 yılları için vijilans sistemi faaliyet verileri incelendiğinde, yıllar içerisinde düzeltici faaliyet sayısının olumsuz olay bildirim sayısı ve toplam gelen bildirim sayısı ile paralel bir şekilde artış gösterdiği görülmektedir.



**Grafik 2. Tıbbi Cihaz Vijilans Sistemi Faaliyet Verileri\***

\* 2015 yılı verisi Mart ayına kadar olan süreci kapsamaktadır.

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı (2015) “Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023”, Ankara, Türkiye, s.13.

Türkiye’de tıbbi cihaz vijilansı konusundaki durum genel olarak değerlendirildiğinde, SB’nin gözetim ve denetim faaliyetleri kapsamında yürütülen faaliyetlerin mevcut olduğu görülmektedir. Ayrıca, tıbbi cihaz vijilansı ile ilgili yasal düzenlemelerin gelişmiş ülkeler ile kıyaslandığında son derece yeni olduğu, uluslararası uyum anlamında atılan adımların ise, henüz başlangıç aşamasında bulunduğu görülmektedir. Bu nedenle tıbbi cihaz vijilans sisteminin AB ve diğer gelişmiş ülkeler ile entegrasyonunun sağlanmasının, toplum sağlığının korunması ve yükseltilmesi için temel bir gereklilik olduğu düşünülmektedir.

## V. TARTIŞMA

Hasta güvenliği tüm dünyada öncelikli alanlardan birisidir. Bu nedenle sağlık sektörünün temel paydaşları, hasta güvenliğini ön plana çıkarmaya özen göstermektedir. Ancak, tıbbi araç ve gereçlerin kullanıldığı her tıbbi müdahalenin faydası yanında zararlı tarafları olduğu da bilinmektedir. Bu nedenle, tıbbi cihaz ve malzemeler yaşam döngüsü içerisinde risk ve fayda yönünden değerlendirilmelidirler (Curfman et al. 2009). Tıbbi cihaz sektörünün, inovasyonun yoğun olduğu alanlardan birisi olmasından dolayı etkili bir vijilans sistemi oluşturmak başarılı bir risk yönetimi için temel bir gerekliliktir. Riskli ve inovasyonun hızlı olduğu alanlarda, piyasa düzenlemesi faaliyetlerinden istenilen sonuçların elde edilmesinin yavaş ve sabır isteyen bir süreci gerektirdiği bilinmektedir (Littell 1994). Tıbbi cihaz endüstrisi doğrudan toplum sağlığının yükseltilmesine katkı sunmaktadır. Birçok ülke ekonomisinde resesyon halen devam ediyor olsa da, tıbbi cihaz sektörünün büyüme trendini sürdürdüğü söylenebilmektedir. 2015 yılı itibariyle, Avrupa ülkelerinde, 25.000’den fazla tıbbi teknoloji şirketinin bulunduğu, tıbbi teknoloji şirketlerinin çoğunlukla; Almanya, İngiltere, İtalya, İsviçre, İspanya ile Fransa’da yer aldıkları belirtilmektedir. Bu ülkelerde yer alan tıbbi cihaz şirketlerinin, %95’inin küçük ya da orta büyüklükte işletmelerden meydana geldikleri, çalışan sayısı bakımından ise, büyük çoğunluğunun 50’den daha az sayıda çalışana sahip olduğu söylenebilmektedir. Bu küçük ve orta büyüklükte tıbbi cihaz şirketlerinde, 575.000 civarında çalışan olduğu bilinmektedir. Tıbbi cihaz sektöründe en fazla çalışana sahip olan ülke olarak ise, Almanya ön plana çıkmaktadır. Avrupa ülkeleri ile

karşılaştırıldığında, sağlık teknolojilerinin yönetimi konusunda çok daha uzun bir geçmişe sahip olan ABD’de ise, tıbbi teknoloji endüstrisi, 520.000’den fazla sayıda insana istihdam olanağı sağlamaktadır (Maresova et al. 2015).

Tıbbi cihaz sektörü, geliştirilen herhangi bir ürünün, üretim sonrasında piyasada kullanılabilir hale gelebilmesi için, ortalama olarak yalnızca 18 aylık bir sürenin geçmesini gerektiren, son derece yenilikçi bir sektördür (Maresova et al. 2015). Ancak, başta Avrupa ülkeleri için söz konusu olmak üzere, tüm dünyada tıbbi cihaz piyasasının işleyişi açısından problem teşkil ederek rekabeti zora sokabilecek temel tehdit noktaları arasında; Avrupa genelinde Ar-Ge faaliyetleri konusunda işbirliği ve uyum eksiklikleri ile yönetsel faaliyetlerin koordinasyonunda güçlük sayılabilmektedir. Bu sorunları çözmeye yönelik olarak, gelişmiş ülkelerde koordinasyon sağlamak ve uluslararasılaşmak amacıyla, işbirliği faaliyetleri yürütülmektedir. Türkiye’nin de aralarında bulunduğu gelişmekte olan ülkeler için ise, tıbbi cihaz vijilansı yeni bir konu olup, etkili bir vijilans sistemi geliştirmek noktasındaki çabalar oldukça sınırlıdır. Türkiye’de tıbbi cihaz vijilans sistemi konusundaki çabaların başta SB olmak üzere, merkezi otoritelerin denetim ve gözetimi dahilinde yürütüldüğü bilinmekle birlikte, SDP sayesinde tıbbi cihazların denetim ve takibini yapılması konusunda, başlangıç niteliğinde önemli mesafeler kaydedildiği görülmektedir (Maresova et al. 2015). Gelişmekte olan ülkelerde, tıbbi cihaz vijilansı konusundaki farkındalığın yükseltilmesi ve bu konudaki düzenleme ve işbirliği faaliyetlerinin geliştirilmesi, teşvik edilmesi gereken öncelikli alanlar arasında bulunmaktadır.

Etkili raporlama sistemlerinin oluşturulması ve tıbbi cihaz türleri içerisinde yüksek riskli olanlara öncelik verilmesi tıbbi cihaz vijilans sistemlerinin etkili yönetimi için kritik rol oynamaktadır. Bu konu ile ilgili olarak en gelişmiş vijilans sistemine sahip olan ABD’de halen çok yüksek riskli tıbbi cihazların bildirilmesine yönelik sistemlerin yeterince etkin olmadığı bildirilmektedir. Bu noktada, yüksek risk içeren tıbbi cihaz türleri konusunda farkındalığın artışına ihtiyaç vardır. Amerikan Kardiyoloji Koleji tarafından belirtildiği üzere, yüksek risk içeren tıbbi cihaz türleri arasında, kalp stendi, implante edilebilir defibrilatör gibi kardiyovasküler cerrahide ön plana çıkan tıbbi cihazlar bulunmaktadır. Bu tıbbi cihazların etkili yönetimi konusunda klinik uygulama kılavuzları yayımlanmaktadır (Resnic, Normand 2012). Kardiyovasküler cerrahide kullanılan tıbbi cihazlar dışında yüksek risk içeren alanlardan bir diğeri ise anestezidir. Anestezi güvenli bir cerrahi işlem olarak görülse de, uygulamada insan hatasına en yatkın alanların başında gelmektedir. Anestezi işlemi sırasında kullanılan tıbbi cihazlar ile ilgili yapılan hatalar ölüme kadar varan ciddi sorunlara yol açabilmektedir (Weigner 1999). Tıbbi cihaz vijilans sistemlerinin geliştirilmesinde problem teşkil eden temel konular arasında advers etki bildirim konusundaki bilgi eksikliği ve cezalandırılma korkusu gelmektedir. Hastalar, hekimler ve hemşireler başta olmak üzere tüm paydaş grupları açısından sorun teşkil eden bu durum elektronik raporlama sistemlerinin geliştirilmesi, etkili bir raporlama ve geri bildirim sisteminin kurulması sayesinde iyileştirilebilecektir (Polisena et al. 2015). Bilgi eksikliklerinin giderilmesi amacıyla, başta hekimler olmak üzere tıbbi cihaz kullanıcılar için düzenli eğitim faaliyetleri düzenlemek temel stratejilerden birisi olmalıdır (Malsel 2004). Ayrıca hastaların da bu sürece katılımının sağlanması ile birlikte tıbbi cihaz üretiminde gerekli kriterleri yerine getirmeyen firmalara bu konuda gerekli yaptırımların uygulanması önerilmektedir (Curfman et al. 2009). Toplumda advers etkiler konusundaki bilgi seviyesinin yükselmesinin daha fazla sayıda advers etki raporlaması yönünde bir katkı sağladığı bilinmektedir (Ozcan et al. 2016). Tıbbi cihazların temel paydaş grubu oluşturan hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının vijilans sistemi oluşturma sürecine dahil edilmesi ise, değer esası bir vijilans sistemi oluşturma sürecinin önemli adımlarından birisidir (Lang et al. 2014). Tıbbi cihaz tasarımında hasta beklentilerinin dikkate alınmasının gerekliliğini vurgulayan Lang ve diğerleri (2014) tarafından kistik fibroz hastası olan gençler üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların göğüs fizyoterapisinde kullanılan acapella araçlarının günlük yaşamlarına devam

edebilmek ve uzun vadede etkili terapiye ihtiyaç duymayacak şekilde yaşamalarını sağlayacak şekilde tasarlanmasını talep ettikleri görülmüş, acapella araçlarının gençlerin günlük yaşam aktivitelerine uyum sağlayacak şekilde tasarlanmasının önemi vurgulanmıştır. Çalışma sonuçları tıbbi cihazların kullanımından en yüksek faydanın elde edilebilmesi için kullanıcıların beklenti ve ihtiyaçlarına önem verilmesinin gerekli olduğunu göstermiştir.

## VI. SONUÇ

Tıbbi cihaz vijilans sistemleri, tıbbi cihaz piyasasında toplum sağlığının yükseltilmesi amacıyla, daha etkili ve verimli bir şekilde yönetim sağlamak üzere, advers etki bildirimlerini içeren erken uyarı sistemlerinin oluşturulmasına yönelik faaliyetleri kapsamaktadır. Tıbbi cihazların geliştirilmesinden, pazarlama sonrasında takibine kadar olmak üzere, çok çeşitli aşamaları içeren bu sürecin başarısında işbirliği ve entegrasyonun önemli bir rolü vardır. ABD ve Avrupa ülkelerinde yasal düzenlemeler ile destek kazanmış olan son derece sistematik bir sürecin mevcut olduğu bilinmekte olup, Türkiye’de SB tarafından yapılan düzenlemeler dahilinde şekillenen uluslararası entegrasyonun sınırlı kaldığı bir sistem mevcuttur. Tıbbi cihaz vijilansı konusunda bilinç düzeyini yükseltmek amacıyla, eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi, denetim konusunda uzman profesyonellerin yetiştirilmesi, farklı paydaşların tıbbi cihazlardan beklentilerinin dikkate alınması bu sistemin geliştirilmesi için önem verilmesi gereken temel başlıklar arasında sayılmaktadır. Yüksek risk içeren tıbbi cihazlar ile ilgili etkili bir tıbbi cihaz vijilans sisteminin geliştirilmesi sayesinde, sağlık teknolojilerinin en iyi şekilde yönetimi sağlanabilecek ve toplum sağlığının yükseltilmesi konusunda gelişmiş ülkeler ile rekabet avantajı yakalanabilecektir.

## KAYNAKLAR

1. Atun R., Aydın S., Chakraborty S., Sümer S., Aran M., Gürol İ., Nazlıoğlu S., Özgülcü Ş., Aydoğan Ü., Ayar, B., Dilmen U. and Akdağ R. (2013) Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity. **The Lancet** 382(9886): 65-99.
2. Campillo-Artero C. (2014) Regaining Health Technology Assessment from Oblivion: Improving and Integrating Regulation of Drugs, Medical Devices, Diagnostic Tests and Surgical Innovations. In Del Llano Señaris J. E. and Campillo-Artero C. (eds.) **Health Technology Assessment and Health Policy Today: A Multifaceted View of Their Unstable Crossroads**, pp: 51-76. Springer Healthcare Communications Ibérica: Madrid.
3. Chai J. Y. (2000) Medical Device Regulation in the United States and the European Union: A Comparative Study. **Food and Drug Law Journal** 55(1): 57-80.
4. Chandra A. and Skinner J. S. (2012) Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care. **Journal of Economic Literature** 50(3): 645-680.
5. Curfman G. D., Morrisey S. and Drazen J. M. (2009) The Medical Device Safety Act of 2009. **The New England Journal of Medicine** 360(15): 1550-1551.
6. European Databank on Medical Devices (EUDAMED). <http://ec.europa.eu/idabc/en/document/5362/5637.html> Erişim Tarihi: 05.06.2016.
7. Gupta P., Janodai M. D., Jagadish P. C. and Udupa N. (2010) Medical Device Vigilance Systems: India, US, UK and Australia. **Medical Devices (Auckland, NZ)** 3: 67-79.

8. Ijzerman M. J. and Steuten L. M. (2011) Early Assessment of Medical Technologies to Inform Product Development and Market Access: A Review of Methods and Applications. **Applied Health Economics Health Policy** 9(5): 331-347.
9. Lang A. R., Martin J. L., Sharples S. and Crowe J. A. (2014) Medical Device Design for Adolescent Adherence and Development Goals: A Case Study of a Cystic Fibrosis Physiotherapy Device. **Patient Preference and Adherence** 2014(8): 301-309.
10. Littell C. L. (1994) Innovation in Medical Technology: Reading the Indicators. **Health Affairs** 13(3): 226-235.
11. Maisel W. H. (2004) Medical Device Regulation: An Introduction for the Practicing Physician. **Annals of Internal Medicine** 140(4): 296-302.
12. Maresova P., Penhaker M., Selamat A. and Kuca K. (2015) The Potential of Medical Device Industry in Technological and Economical Context. **Therapeutics and Clinical Risk Management** 11: 1505-1514.
13. Ozcan G., Aykac E., Kasap Y., Nemetlu N. T., Sen E. and Aydinkarahaliloğlu N. D. (2016) Adverse Drug Reaction Reporting Pattern in Turkey: Analysis of the National Database in the Context of the First Pharmacovigilance Legislation. **Drugs-Real World Outcomes** 3(1): 33-43.
14. Polisen J., Gagliardi A., Urbach D., Clifford T. and Fiander M. (2015) Factors that Influence the Recognition, Reporting and Resolution of Incidents Related to Medical Devices and Other Healthcare Technologies: A Systematic Review. **Systematic Reviews** 4(37): 1-11.
15. Resmi Gazete (2011) Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Karar Sayısı: KHK/663. 02.11.2011 **Resmi Gazete**, Ankara.
16. Resnic F. S. and Normand S. L. T. (2012) Postmarketing Surveillance of Medical Devices-Filling the Gaps. **New England Journal of Medicine** 366(10): 875-877.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı (SB), Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2015) Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023. **Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Çok Paydaşlı Yaklaşım**. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
18. Toklu H. Z. and Uysal M. K. (2008) The Knowledge and Attitudes of the Turkish Community Pharmacists Toward Pharmacovigilance in the Kadikoy District of Istanbul. **Pharm World & Science** 30(5): 556-562.
19. Türkiye Farmakovijilans Derneği <http://www.farmakovijilansderneği.org/> Erişim Tarihi: 15.07.2016.
20. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) <http://www.titck.gov.tr/> Erişim Tarihi: 12.11.2016.
21. Weinger M. B. (1999) Anesthesia Equipment and Human Error. **Journal of Clinical Monitoring and Computing** 15(5): 319-323.

22. World Health Organization (WHO) (2007) 16<sup>th</sup> World Health Assembly, <http://www.who.int/>, Erişim Tarihi: 03.01.2016.
23. World Health Organization (WHO) (2002) The Importance of Pharmacovigilance: Safety Monitoring of Medicinal Products. **WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring**, Geneva.
24. Zakreski J. (2010) Adapting to China's Changing Medical Device Market. **The China Business Review** 1: 1-4.