



# HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 21

Sayı/Number 1

Yıl/Year 2018

---

**Sağlık Sektöründe İhbarcılık: Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Sekreterler Üzerine Bir Uygulama**

*Seda AYDAN, Sıdıka KAYA*

---

**Poliklinik Mesai Başlangıç Gecikmelerinde Kademeli Kısa Mesaj (SMS) Kullanımı**

*Murat ALPER, Elif ÖZYURT, Deniz UĞURLU, Dinçer YETİŞ, Şeyda KUDAŞ, Esra ENGİN*

---

**Ankara'daki Hastanelerin Yeşil Hastane Ölçütlerine Uygunluğunun İncelenmesi**

*Yasin ÇİLHORUZ, Oğuz IŞIK*

---

**Liderlik Tarzlarının İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılığa Etkileri**

*Safiye KIRKPINAR, Ömer Faruk İŞCAN*

---

**Türkiye'de Kanserin Ekonomik Maliyetleri: Bir Hesaplanabilir Genel Denge Modeli Yaklaşımı**

*Pınar TORUN, Aziz KUTLAR*

---

**The Relationship between Organizational Trust and Personal Initiative: The Case of Healthcare Professionals**

*Hüseyin DEMİR, Elif Türkan ARSLAN*

---

**Hastanelere Yeniden Yatış Hızlarının Değerlendirilmesi: İç Hastalıkları Servislerinde Yapılan Bir Prospektif Kohort Çalışması**

*Sıdıka KAYA, Gülay Sain GÜVEN, Seda AYDAN*

---

**Sağlık Sektörü Çalışanlarının Duygusal Emek Davranışları Örgütsel Bağlılık ile Açıklanabilir mi?**

*Gökhan KERSE, Şefik ÖZDEMİR*

---

**Olgusal Bir Yapı Olarak Sağlık Politikaları: 1920-1960 Yılları Arası Cumhuriyet Döneminin Tarihsel İzleği**

*Gamze NESİPOĞLU*

---



HACETTEPE  
**SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ**

Cilt/Volume: 21

Sayı/Number: 1

2018

e-ISSN 2148-9041

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

**Cilt: 21 Sayı: 1 Yıl: 2018**

**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 DONAR

**Yayın Kurulu/Editorial Board**

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

**Dergi Tasarım**

Gülcan ŞANTAŞ  
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 DONAR  
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)  
*Yayının 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 Rıfkı 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
Hasan Hüseyin YILDIRIM	Sağlık Bilimleri 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

Sağlık Sektöründe İhbarcılık: Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Sekreterler Üzerine Bir Uygulama Whistleblowing in Health Sector: An Application on Nurses and Secretaries Working in a University Hospital .....	1-29
<i>Seda AYDAN, Sıdıka KAYA</i>	

Poliklinik Mesai Başlangıç Gecikmelerinde Kademeli Kısa Mesaj (SMS) Kullanımı Use of Stepple Short Message (SMS) in the Starting Length of the Policlinic.....	31-39
<i>Murat ALPER, Elif ÖZYURT, Deniz UĞURLU, Dinçer YETİŞ, Şeyda KUDAŞ, Esra ENGİN</i>	

Ankara'daki Hastanelerin Yeşil Hastane Ölçütlerine Uygunluğunun İncelenmesi The Appropriateness of Hospitals in Ankara to Green Hospital Standarts .....	41-63
<i>Yasin ÇİLHORUZ, Oğuz IŞIK</i>	

Liderlik Tarzlarının İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılığa Etkileri The Impact of Leadership Styles on Job Satisfaction and Organizational Commitment .....	65-85
<i>Safiye KIRKPINAR, Ömer Faruk IŞCAN</i>	

Türkiye'de Kanserin Ekonomik Maliyetleri: Bir Hesaplanabilir Genel Denge Modeli Yaklaşımı Economic Costs of The Cancer:A Computable General Equilibrium Model Approach .....	87-101
<i>Pınar TORUN, Aziz KUTLAR</i>	

The Relationship between Organizational Trust and Personal Initiative: The Case of Healthcare Professionals Örgütsel Güven ve Kişisel İnisiyatif Alma Arasındaki İlişki: Sağlık Profesyonelleri Örneği.....	103-125
<i>Hüseyin DEMİR, Elif Türkan ARSLAN</i>	

Hastanelere Yeniden Yatış Hızlarının Değerlendirilmesi: İç Hastalıkları Servislerinde Yapılan Bir Prospektif Kohort Çalışması Evaluation of Hospital Readmission Rates: A Prospective Cohort Study in Internal Medicine Wards. ....	127-150
<i>Sıdıka KAYA, Gülay Sain GÜVEN, Seda AYDAN</i>	

Sağlık Sektörü Çalışanlarının Duygusal Emek Davranışları Örgütsel Bağlılık ile Açıklanabilir mi? Can Health Sector Employees' Emotional Labor Behaviors be Explained by Organizational Commitment?..	151-163
<i>Gökhan KERSE, Şefik ÖZDEMİR</i>	

### Derleme

Olgusal Bir Yapı Olarak Sağlık Politikaları: 1920-1960 Yılları Arası Cumhuriyet Döneminin Tarihsel İzleği The Health Policies as a Factual Artefact: Historical Path and Theme of The Republic Period Between 1920 and 1960.....	165-177
<i>Gamze NESİPOĞLU</i>	

# Sağlık Sektöründe İhbarcılık: Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Sekreterler Üzerine Bir Uygulama

Seda AYDAN\*  
Sıdıka KAYA\*\*

## ÖZ

Sağlık kurumlarında ihbara konu olabilecek durumlar mali ve idari olarak görevi kötüye kullanma, hukuka ve etik değerlere aykırı davranışlar veya tıbbi hatalar olabilir. Sağlık sektöründe yanlış uygulama veya etik dışı davranışlar insan hayatını etkileyebilecek önemli sonuçlara neden olabilir. Bu olumsuz sonuçları engellemede, ihbarcılık önemli bir araç olabilmektedir. Sağlık profesyonellerinin hastaların ya da diğer çalışanların iyiliğine dair endişelerini dile getirmelerini teşvik eden bir kültürel çevrede çalışmaları önemlidir. Çalışmayla, hemşire ve sekreterlerin ihbarcılık niyetleri ve nedenlerini ortaya koymak amaçlanmaktadır. Çalışmanın evrenini, Ankara'daki bir üniversite hastanesi klinik ve polikliniklerinde çalışan hemşire ve sekreterler (697 kişi) oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem çekilmemiş ve hemşire ve sekreterlerin %53'üne (369 kişi) ulaşılmıştır. Katılımcıların ihbarcılık niyetleri "İhbarcılık Ölçeği" ile, ihbarcılık nedenleri ise "İhbarcılık Nedenleri Ölçeği" ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, ikili grup karşılaştırmaları Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grup arasındaki farklar ise Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. Hemşire ve sekreterlerin ihbarcılık niyeti boyutları arasında içsel ihbarcılık (3,60±0,80); ihbarcılık nedenleri boyutları arasında ise ahlaki ve mesleki değerler (3,60±0,80) ortanca olarak en yüksek puana sahiptir. İhbarcılık sağlık hizmeti güvenliği ve kalitesini sürdürmede temel faktörlerden biridir. Bu nedenle çalışanların ihbarcılık düzeylerinin belirlenmesi ve çalışanlar arasında ihbarcılığın teşvik edilmesi önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** İhbarcılık, Hemşire, Sekreter

## Whistleblowing in Health Sector: An Application on Nurses and Secretaries Working in a University Hospital

### ABSTRACT

In health institutions fiscal and administrative misconduct, violations of law and ethical values, or medical malpractice may be the situations that may be subject to whistleblowing in health institutions. In the health sector, wrongdoings or unethical behaviors could give rise to important outcomes having impact on human lives. In avoiding this kind of negative outcomes, whistleblowing can be an important tool. It is important that health professionals work in a cultural environment that encourages them to express their concerns about well-being of patients or other employees. With this study it was aimed to reveal the intentions and causes of whistleblowing of nurses and secretaries. Population of the study was composed of 697 nurses and secretaries working at clinics and polyclinics of a university hospital in Ankara. No sampling was done in the study and 53% of nurses and secretaries (369) could be reached. Whistleblowing intention of participants were evaluated with "Whistleblowing Questionnaire" and the reasons for whistleblowing were evaluated with "Questionnaire for the Reasons of Whistleblowing". In the analysis of data, comparisons for two groups were investigated using the Mann Whitney-U test and the differences between groups that were more than two, were investigated using the Kruskal Wallis test. Among the whistleblowing intention dimensions, internal whistleblowing (3.60±0.80) had the highest score, whereas among the whistleblowing reasons dimensions, ethical and occupational values (3.60±0.80) had the highest

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

\*\* Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, sdkaya@hacettepe.edu.tr

*score with median values. Whistleblowing is one of the main factors in maintaining health and safety. For this reason, it is important to determine the whistleblowing intention of employees and to encourage whistleblowing among the employees.*

**Key Words:** Whistleblowing, Nurse, Secretary

## I. GİRİŞ

Örgütlerde suistimaller, kanunlara aykırılık ve yolsuzluklar gibi görevi kötüye kullanmanın çeşitli şekilleri görülebilmektedir. Bu olumsuz davranışlar zaman zaman çalışanlar tarafından izlenmekte, ancak görmezlikten gelinebilmektedir. Çalışanlardan iş yerlerinde tanık oldukları veya yaşadıkları sorunları aktararak ve bu sorunların düzelmesi için çaba sarf ederek kurumlarına karşı olan sorumluluklarını yerine getirmeleri beklenir.

Sağlık kurumlarında da olumsuz sonuçlara neden olabilecek davranış ve olaylarla karşılaşılabilir. Sağlık kurumlarında ihbara konu olabilecek durumlar mali ve idari olarak görevi kötüye kullanma, hukuka ve etik değerlere aykırı davranışlar veya tıbbi hatalar olabilir. Sağlık sektöründe yanlış uygulama veya etik dışı davranışlar, insan hayatını etkileyebilecek önemli sonuçlara neden olabilir. Bu olumsuz sonuçları engellemede ihbarcılık önemli bir araç olabilmektedir. Sağlık profesyonellerinin hastaların ya da diğer çalışanların iyiliğine dair endişelerini dile getirmelerini teşvik eden bir kültürel çevrede çalışmalarını önemlidir. Bu nedenle çalışanlar arasında ihbarcılığın teşvik edilmesi önem taşımaktadır.

Kurum içi ihbarcılık örgütler tarafından teşvik edilmediği takdirde, etik dışı olaylar çalışanlar tarafından kamuoyuna bildirilerek, örgüt imajının zedelenmesine yol açabilmektedir. Bu durum sağlık kuruluşları için de geçerlidir. Gerçekleşen tıbbi hataların veya başarısızlıkların kamuoyu tarafından duyulduğu bir sağlık kuruluşu, kötü bir imaja sahip olacaktır. Sağlık kurumlarının faaliyetlerinin tüm kamuoyunu ilgilendiren faaliyetler olması nedeniyle olumsuz davranış ve olaylar daha fazla dikkat çekmektedir. Bu davranışların yaratacağı olumsuz sonuçları engellemede ise ihbarcılık önemli bir araç olabilmektedir. Ayrıca, ihbarcılığın sağlık hizmeti güvenliği ve kalitesini sürdürmede temel bir faktör olduğu belirtilmektedir (Jackson et al. 2014). Bu nedenle ihbarcılığın doğru yönetilmesi örgütlerin başarısı açısından fayda sağlayacaktır.

Türkiye’de sağlık sektöründe ihbarcılık ile ilgili yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Yapılan çalışmaların çoğu, tıbbi hataların bildirimine odaklanmış olup daha çok olay bildirimi ile ilgilidir. Bu çalışmalar hastanelerde karşılaşılan mali ve idari olarak görevi kötüye kullanma, hukuka ve etik değerlere aykırı davranışları göz ardı etmektedir. Hastanelerde tıbbi hatalar dışında yasaya ve etiğe aykırı davranışlar da görülebilmekte ve bu davranışlar da sağlık hizmeti kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle tıbbi hatalar kadar bu davranışların bildirilmesi ve ortaya çıkarılması da önem arz etmektedir. Bu anlamda sağlık çalışanlarının ihbarcılık niyetlerinin ve ihbarcılığın teşvik edilmesinde yol gösterici olması amacıyla, daha çok hangi nedenlerle ihbarda bulduklarının veya ihbarda bulunmama nedenlerinin ortaya konması önemlidir.

Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde çalışan hemşire ve sekreterlerin hastanede karşılaştıkları etik olmayan veya yasadışı olay veya davranışları ihbar etme niyetleri ve nedenleri incelenmiştir. Ayrıca hemşire ve sekreterlerin ihbarcılık niyeti ve nedenleri sosyo-demografik özelliklerine göre incelenmiştir. Sağlık hizmeti sunumunda ön planda yer alan hemşireler bakım kalitesi ve hasta güvenliği konularıyla iç içedir. Bu nedenle, hemşirelerin ihbarcılığa konu olacak olay veya davranışlarla daha fazla karşılaştıkları düşünülmektedir. Ayrıca, gerek sağlık çalışanları, gerekse hastalarla yakın ilişki içinde olmaları nedeniyle

sekreterlerin de ihbarcılığa konu olacak olay ve davranışlara sıklıkla tanık oldukları düşünülmektedir. Bu nedenle çalışma, hemşireler ve sekreterler üzerinde yapılmıştır. Çalışma ile, Ankara'daki bir üniversite hastanesinde çalışan hemşire ve sekreterlerin ihbarcılık niyetleri ve ihbarda bulunma ve bulunmama nedenlerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu anlamda çalışmanın ihbarcılığın teşvik edilmesinde önemli olan noktalar konusunda görüş sağlayacağı düşünülmektedir.

## II. İHBARCILIK KAVRAMI

### 2.1. İhbarcılığın Tanımı ve Özellikleri

Türkçe'de fikir birliğine varılmış bir karşılığı bulunmayan “whistleblowing” kavramı, İngiliz polislerinin suç işleme eğiliminde olan birini gördüğünde meslektaşlarını ve halkı haberdar etmek amacıyla düdük çalmasından türetilmiştir (Pitt 1996). Türkiye’de ihbarcılık konusunda yapılan çalışmalarda “whistleblowing” kavramının Türkçe karşılığı olarak çeşitli ifadeler kullanılmıştır. Bu ifadeler arasında; ifşa (Bayrakçı 2016; Yılmaz 2015), bilgi ifşası (Özdemir 2015; Uyar, Yelgen 2015), olumsuz durumları ifşa etme (Başol, Karatuna 2015; Demirtaş 2014), bilgi uçurma (Aksu ve diğerleri 2016; Aydın 2002; Baltacı 2016; Celep, Konaklı 2012; Deniz Değer ve diğerleri 2012; Kızıltaş 2015; Nartgün, Kaya 2017; Toker Gökçe 2014), ıslığı çalmak (Demiral 2008), olay raporlama (Tak 2010), etik olmayan durumları raporlama (Bakar 2012), ahlaki olmayan davranışların duyurulması (Esen, Kaplan 2012; Saygan, Bedük 2013), sorun bildirme (Özgener ve diğerleri 2009), uyarı verme sistemi (Çiftçioğlu 2011), ihbarcılık (Çiftci 2017; Çiftçioğlu 2011; Danışman 2012), ihbar etme (Yürür, Nart 2016), etik sorunların ele verilmesi (Gerçek 2005), izharcılık (Taş 2015), yanlış olan şeylerin açıklanması (Yurtsever 2000) yer almaktadır. Terimin Türkçeleştirilmeden kullanıldığı çalışmalar da mevcuttur (Büyükarıslan 2016; Çiğdem 2012; Nayır 2012; Özler ve diğerleri 2010; Saygan 2011; Yılmaz 2009; Yılmaz 2014). Bazı çalışmalarda ise ifşa etme ve ihbar etme ifadeleri birlikte kullanılmıştır (Alp 2013; Mercan ve diğerleri 2012). Bu çalışmada ise “whistleblowing” teriminin karşılığı olarak, kapsamlı bir anlama sahip olması ve kolay anlaşılır olması nedeniyle, “bildirme, haber verme, suçlu saydığı birini veya suç saydığı bir olayı yetkili makama gizlice bildirme, ele verme” olarak tanımlanan (Türkçe Sözlük 2011) “ihbarcılık” ifadesi kullanılmıştır.

Örgütler için ihbarcılık “bir çalışan tarafından başka bir çalışan ya da amirin etik olmayan veya yasa dışı davranışının kamuya veya üst yönetime bildirilmesi eylemi” olarak tanımlanmaktadır (Fleddermann 2012). İhbarcılığın ilk modern kullanımlarından biri Nader tarafından 1971 yılında yapılmış ve “Kamu çıkarını hizmet ettiği örgütün çıkarlarından üstün tutan bir kişinin, örgütün ahlaksız, yasa dışı, hileli veya zararlı faaliyetlerde bulunması nedeniyle düdük çalma eylemi” olarak tanımlamıştır (Nader et al. 1972). Near ve Miceli (1985) ihbarcılığı “eski veya mevcut örgüt üyeleri tarafından yasa dışı, ahlaka aykırı veya uygunsuz davranışların, bunlardan etkilenebilecek olan kişi veya kurumlara ifşa edilmesi” olarak tanımlamışlardır.

Yapılan tanımlar doğrultusunda ihbarcılığın konusunun her türlü görevi kötüye kullanma veya yanlış uygulama olduğu görülmektedir. Moore ve arkadaşları (2012) etik olmayan davranışları “diğer bireylerin doğrudan zarar görmesine neden olan veya toplumda yaygın bir şekilde kabul edilen ahlaki normları ihlal eden davranışlar” olarak tanımlamıştır. Yasaya aykırı davranışlar ise; iş sağlığı ve iş güvenliği kurallarına, sosyal güvenlik normlarına aykırılıkların ötesinde yolsuzluk, rüşvet başta olmak üzere her türlü suç ve kabahatleri, ekonomik suçları, çevre, sağlık ve tüketicinin korunması kurallarının ihlallerini içermektedir.

Çalışanlar ihbarda bulunmadan önce söz konusu davranışın etik olmayan veya yasa dışı bir davranış olup olmadığından ve bu davranışın muhtemel etki ya da sonuçlarının ne derece



kritik olduğundan emin olmak isteyeceklerdir (Kartalpepe Behram 2015). Literatürde bu davranışları sınıflandırmaya yönelik çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. De Graaf (2010) ihbara konu olabilecek örgüt içi yolsuzluklar ve görevi kötüye kullanmayı; rüşvet, kayırma, hırsızlık, kişisel ve kurumsal çıkarların çatışması, kurumsal gücün uygunsuz şekilde kullanılması, bilginin kasıtlı olarak yanlış kullanılması, ayrımcılık veya cinsel taciz ve kaynak israfı ve mesai harici yapılan yolsuzluklar olarak sınıflandırmıştır.

## 2.2. İhbarcılığı Belirleyen Faktörler

İhbarcılığı belirleyen faktörleri ortaya koymak önemlidir. Ancak, ihbarcılar ile sessiz kalan pasif gözlemciler arasındaki farkı belirleyen demografik değişkenler tutarsızlık göstermektedir (Vadera et al. 2009). Cassematis ve Wortley (2012) çalışmalarında ihbar eden çalışanlar ile ihbar etmeyen gözlemcileri kişisel özellikleri açısından oldukça benzer bulmuş ve ihbar edenlerin belirli bir demografik kategoriye (cinsiyet, yaş veya görev süresi) atanamayacağını ortaya koymuştur. İhbarcılar ve sessiz gözlemciler arasında bazı değişkenler açısından farklılık olduğunu ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır. İhbarcının demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim, kıdem gibi), kişilik özellikleri, ahlaki değerleri ve diğer özellikleri (iş performansı, örgütsel bağlılık, rol sorumluluğu, ihbarcılığı onaylama gibi) ihbarcılık kararıyla ilişkili olabilir (Mesmer-Magnus, Viswesvaran 2005; Miceli, Near 2005).

Kişilerin ahlaki yargıları (Miceli et al. 1991), din ve değerleri (Miceli, Near 1992; Sims, Keenan 1998) de ihbarcılık davranışını etkilemektedir. Ayrıca, iş tatmini, yönetime olan güven, örgütsel vatandaşlık davranışı, algılanan kişisel mağduriyet, misilleme korkusu veya örgüt kültürü gibi durumsal faktörler de ihbar etme ile ilişkili olabilir (Cassematis, Wortley 2012; Nayır 2012).

Çalışmalar arasındaki sonuçlar zaman zaman farklılık göstermekle beraber, pasif gözlemcilerle karşılaştırıldığında genellikle ihbarcılarının daha yüksek iş performansına sahip, eğitim düzeyi daha yüksek, daha üst düzeydeki bir pozisyona sahip veya süpervizörlük yapan, daha fazla hizmette bulunan, daha fazla maaş alan, ahlaki muhakeme testlerinde daha yüksek puana sahip ve etik olmayan davranış karşısında ihbarcılığı önemseyen kişiler oldukları görülmektedir (Miceli, Near 1984; Near, Miceli 1996; Sims, Keenan 1998).

Yapılan yolsuzluğun şekli, önemi ve büyüklüğü de ihbar etme kararını etkileyen faktörlerden biridir (Mesmer-Magnus, Viswesvaran 2005). Near ve arkadaşları (2004) kötü yönetim, cinsel taciz veya yasa ihlaline tanık olan çalışanların hırsızlık, kaynak israfı, güvenlik problemi veya ayrımcılığa tanık olan çalışanlara göre ihbar etmeye daha eğilimli olduklarını ortaya koymuştur. Özellikle, yolsuzluğun yol açtığı zarar büyük olduğunda ve ihbarda bulunan kişinin kurumsal bağlılığı yüksek olduğunda kişi ihbar kararını daha gönül rahatlığıyla vermektedir (Nayır 2012).

İhbarcılığı teşvik edici politikaların olması da, çalışanların daha fazla ihbarcılık davranışı sergilemelerini destekleyebilir. Yasalar ya da örgüt politikaları tarafından desteklenmeyen çalışanlar, işlerinin son bulacağı korkusuyla olaylar karşısında sessiz kalmayı tercih etmektedir (Dasgupta, Kesharwani 2010). Çalışanlar ancak düzelme umudu gördükleri takdirde ihbara girişmektedirler. İhbarda bulunmayan çalışanların ihbar etmemelerinin en önemli nedeni, durumu düzeltmek için yapılacak hiçbir şeyin olmadığını düşünmeleridir. Çalışanlar etkili önlemlerin alınacağına inanmak ve ihbarda bulunmaları halinde olumsuz bir durumla karşılaşmayacaklarına dair güven duymak istemektedir. Örgütlerin çalışanlarını bu yönde teşvik etmeleri yolsuzlukların ortaya çıkarılması açısından önem taşımaktadır (Smith et al. 2001).

### **2.3. Sağlık Sektöründe İhbarcılık**

İhbarcılığın öncelikli konuları, örgütlerde karşılaşılan veya tanık olunan sağlık ve güvenlikle ilgili olumsuz durumlar ve kamu sağlığını tehdit edebilecek davranış ve olaylardır. Örneğin, üretilen mallarda sağlığa zararlı maddenin kullanılmasına rağmen durumun saklanması, kimyasal çalışmalarda insan sağlığı için önemli bulguların gizlenmesi, yapılan ameliyatlarda ölüm oranının normalin üzerinde olmasına rağmen konunun üzerine gidilmemesi ihbarcılığa konu olabilecek hususlardır (Aydın 2002). Kamu sağlığını etkileyebilecek bu gibi durumların yaşanabileceği yerlerin başında sağlık kuruluşları gelmektedir. Ayrıca, sağlık sektöründe ihbarcılığa konu olan olumsuz olay veya davranışların daha somut ve ciddi sonuçlar doğurması ve bu sonuçların insan hayatını etkileyebilecek olması nedeniyle ihbarcılık daha önemli hale gelmektedir.

Son zamanlarda, iş yerlerinde yasa dışı ve çevreye veya insan sağlığına zararlı uygulamalara medyada sıklıkla rastlanmakta ve bu tür olaylar toplumda önemli yankılar yaratmaktadır (Aydın 2002). Hastaneler de bu tür haberlere sıkça konu olmaktadır. Birçok sağlık sisteminde ihbarcılık, kalite ve güvenlik ile ilgili konuları belirleme ve değerlendirmede artan bir öneme sahiptir. Ancak ihbarcılık ve ihbarcılığa verilen tepkiler, sağlık kuruluşunun örgütsel kültürel dinamiğinin bir parçası olarak düşünülmesi gereken, karmaşık ve belirsiz birçok öğeye sahiptir (Mannion, Davis 2015). Sağlık kurumlarında ihbarcılığın konuları; hukuka aykırı davranışlar, mali ve idari olarak görevi kötüye kullanma (sahte rapor düzenleme, sahte ilaç yazımı gibi evrakta sahtecilik yapma, tedavi ve ameliyat sayısını fazla gösterme, fazladan faturalandırma gibi yollarla haksız kazanç elde etme, yolsuzluk vb.) ve etik değerlere aykırı davranışlardır. Bunların yanında, yanlış uygulamalar ve tıbbi hatalar (hasta güvenliği tedbirlerinin yetersiz olması, yanlış ilaç veya malzeme kullanımı vb.) da sağlık sektöründe ihbarcılığın konusu kapsamındadır (Esen, Kaplan 2012).

Hastanelerde ihbarcılığa konu olabilecek görevi kötüye kullanma faaliyetlerinden birisi yolsuzluktur. Hussman (2011) sağlık sektöründeki belirsizlik, asimetrik bilgi ve yer alan aktör sayısının fazla olmasının sektörü karmaşık bir yapı içerisine soktuğunu, bu karmaşık yapının ise yolsuzluklar için elverişli bir ortam hazırladığını ve sektörün diğer sektörlerle göre yolsuzluğa daha açık olmasına neden olduğunu belirtmiştir. Sağlık sektöründe yolsuzluk dışında etik dışı olarak tanımlanabilecek birçok uygulama ve davranışa da tanık olunabilmektedir. Sağlık sektöründe etik dışı olabilecek yaygın uygulamalar Sayım (2015) tarafından; çoğunlukla bireysel uygulama kaynaklı, çoğunlukla örgüt kaynaklı, hem bireysel hem de örgüt kaynaklı, hasta üzerinde doğrudan sonuç doğuran özellikli uygulamalar olarak sınıflandırılmıştır.

Sağlık kurumlarında ihbarcılık, diğer örgütlerden farklı olarak görevi suistimal etme, yolsuzluk ve etik dışı davranışların dışında tıbbi hataların veya olumsuz olayların bildirilmesini de kapsamaktadır. Tıbbi hatalar, ihbarcılık literatüründe yer alan yanlış uygulamalar kapsamında değerlendirilebilir. Bu olayların insan sağlığını olumsuz şekilde etkilemeden önce belirlenmesi ve gerekli çözümlerin üretilmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının zarara neden olabilecek durumlara maruz kalan hastaların yer aldığı bakım standartlarındaki hatalar hakkındaki endişelerini gönüllü olarak dile getirmeleri beklenir (WHO 2005). Kötü hizmet veya yanlış uygulamanın ihbar edilmesinin, hastaları zarardan koruyabileceği hatta yaşamları kurtarabileceğinin fark edilmesi kritik öneme sahiptir (Jackson et al. 2014).

Sağlık sektöründe ihbarcılığın önemi ve sağlık hizmetlerindeki şeffaflık iklimine katkısı fark edilmiş olmasına rağmen, ihbarcılık hala tartışmalı bir konudur ve hataları rapor etmek sağlık çalışanları için sorunsuz değildir (Jackson et al. 2014). Sağlık çalışanları bazı durumlarda karşılaşılan olumsuz durumu çözmeye çalışmada, ahlaki ikilem ile karşı karşıya

kalmaktadır. İhbarcılık sonucunda daha düşük pozisyona gerilemekten, işten kovulmaktan ya da emekliliğe zorlanmaktan korkan birçok sağlık çalışanı yöneticileri ele vermede gönülsüz davranmaktadır (Fletcher et al. 1998). Gallagher (2010) örgüte veya iş arkadaşlarına sadakatsiz görünme, kişisel misilleme ve örgüt dışına yapılan raporlama durumlarında hasta mahremiyetini bozma korkusunun eksik raporlamaya neden olabileceğini ileri sürmüştür. Sağlık çalışanlarını misillemeden koruma amacıyla bazı ülkelerde kanunlar çıkarılmış olsa da son araştırmalar hemşirelerin endişelerini dile getirmekten korktuklarını göstermektedir (Royal College of Nursing 2011). Sağlık çalışanları, hasta güvenliği noktasında kendilerini sorumlu hissetmelerine rağmen hasta güvenliğini riske atan olayların raporlanmasının meslektaşlarına zarar vereceğini düşünmeleri nedeniyle de ihbarcılıktan kaçmaktadırlar (Tak 2010).

Lawton ve Parker (2002) sağlık çalışanlarının genellikle tıbbi hataları bildirme konusunda isteksiz davrandıklarını, dolayısıyla raporlama sistemlerinin istenen şekilde çalışmadığını belirtmiştir. Kaya ve arkadaşları (2010) Türkiye’de yaptıkları çalışmada, en düşük puana sahip olan maddenin %49 katılım oranı ile “Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim” olduğunu bulmuştur. Çeşitli çalışmalarda (Dursun ve diğerleri 2010; Evans et al. 2006; Sorra et al. 2008; Şerifoğlu, Sungur 2007) sağlık çalışanları tarafından raporlamanın az olmasının nedenleri; hatanın sicile işlenmesi, cezalandırılma korkusu, dışlanma ve kötü anılmaktan korkma, eleştirilme korkusu, yöneticilerinden geri bildirim alamama, kendi bölümlerinin itibarının sarsılacağından korkmaları, hatanın zararsız olduğunun düşünülmesi, iş yoğunluğu ve raporlama sürecinin zor olması olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanları ancak kendilerine, meslektaşlarına ve birimlerine zarar gelmeyeceğine inandıkları takdirde ihbarcılık sürecini, günlük işlerinin bir parçası olarak etkin bir şekilde kullanmaktadır (Tak 2010).

Raporlama ve hata bildirim sistemlerinin kalitenin sürekli iyileştirilmesi ve hasta güvenliği sürecinde çok önemli bir fonksiyon olduğu ve hataları önleyecek ve azaltacak tedavi standartlarına ulaşmak için veri sağlamada gerekli olduğu belirtilmektedir (Strayer et al. 2014). Yeni öğrenme sistemleri geliştirmek ve hasta güvenliğini geliştirmek için hataların sebeplerini anlamak ve analiz etmek önemlidir (Çakmakçı, Akalın 2011). Olay raporlama hasta güvenliği üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Bu anlamda raporlama sistemleri sağlık sisteminin hatalarını bulmada ve sağlık sunum sistemini geliştirmede önemli bir rol oynamaktadır.

Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı tarafından “Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane” kapsamında geliştirilen kurumsal hizmetler boyutundaki bölümlerden biri güvenlik raporlama sistemidir. Bu çerçevede geliştirilen güvenlik raporlama sisteminin amacı hastanede hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamak, bu olayları izlemek ve bildirimlerin sonucunda bu olaylara yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır. Bu nedenle, hastanelerde güvenlik raporlama sistemi kurulmalı ve çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır. Güvenlik raporlama sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. Sistem ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri alınmalı ve düzenli aralıklarla çalışanlara sistemin kullanımı ile ilgili geri bildirimlerde bulunulmalıdır (Sağlık Bakanlığı 2016a).

Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen “Sağlıkta Akreditasyon Standartları” kapsamında, hasta ve çalışanlara zarar veren, zarar verme ihtimali olan veya zarar oluşmadan önce fark edilen istenmeyen olayların bildirimini sağlayarak, olayları analiz etmek, gerekli tedbirleri almak ve hataların tekrarlanmasını önlemek amacı ile “Güvenlik Raporlama Sistemi” adlı bir

bildirim sistemi oluşturulması gerektiği belirtilmektedir. Buna göre, güvenlik raporlama sistemi kapsamında bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler tanımlanarak süreçlere yönelik sorumlular belirlenmelidir (Sağlık Bakanlığı 2016b).

Sağlık Bakanlığı'nca kurulan Güvenlik Raporlama Sisteminin 2016 yılı İstatistik ve Analiz Raporu'na göre, 2016 yılı içerisinde sisteme toplam 74.383 hata bildirimini gerçekleştirilmiştir. Bu bildirimlerin %93,82'sini laboratuvar hataları oluşturmaktadır. Bunun sebebinin, hata bildirim ve takibinin laboratuvar işleyişinin temel süreçlerinin bir parçası olmasından kaynaklanan yaygın hata bildirim kültürü olduğu düşünülmüştür. 2016 yılında aylık bildirim hızı en düşük olan grup ise cerrahi hatalardır. Cerrahi hataların, diğer hatalara göre sağlık çalışanlarındaki algı açısından malpraktis ile daha fazla ilişkilendirilmesinin, bildirim artışındaki kısmi dirence sebep olduğu düşünülmüştür (Sağlık Bakanlığı 2016c).

Hastaneler, sadece hastaların güvenliğini tehdit eden olaylar değil, çalışanların sağlığını tehdit edebilecek riskler de barındırmaktadır ve bu riskler de ihbarcılığın konusu olabilir. Sağlık çalışanlarının endişelerini paylaşmada rahat hissetmeleri konusunda destek sağlanması kaliteli bakım sunulmasında esas teşkil etmektedir. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği veya yanlış uygulamalar hakkında işbirlikçi olmaları daha erken ve uygun çözümler üretmeyi sağlayabilir. Yanlış uygulamalar hakkında konuşmak sağlık profesyonellerini sessizlik kültüründen kurtarıp daha şeffaf ve destekleyici bir çalışma ortamı sağlayabilir (Jackson et al. 2010).

İhbarcılık sürecinin örgüte zarar vermeden çözümlenmesi için kurum içi iletişimin ve politikaların etkili işlemesi gerekmektedir (Yılmaz 2009). Sağlık kurumlarında tıbbi hataların bildirilmesini sağlayacak başarılı bir raporlama sistemi kurulmalı ve çalışanlar hasta güvenliği, tıbbi hatalar ve raporlama sistemleri hakkında bilgilendirilmelidir. Bu noktada yöneticiler gerekli sistemin kurulması ve kullanılmasında önemli sorumluluklar taşımaktadır. İyi kurulmuş raporlama sistemlerinde; örgütün ve tüm çalışanların sorumlulukları açıkça belirtilmeli, çalışanlara raporlamanın önemi hakkında gerekli eğitimler verilmeli ve bu yönde katılımları sağlanmalı, cezalandırıcı olmayan bir tutum izlenmeli, akıcı bir geribildirim sistemi sağlanmalı ve hata raporlama sistemi sonucunda elde edilen bulgular çalışanlarla paylaşılmalıdır. Bildirimlerin kurum içinde kalmayıp ulusal düzeyde iyileştirmelerde kullanılabilmesi için ulusal bildirim süreçlerinin oluşturulması da hatalardan birlikte öğrenmeyi sağlayacaktır (Çakmakçı, Akalın 2011; Seren İntepeler, Dursun 2012).

Örgüt yöneticilerinin ihbarcılığa bakış açısı kurumun imajını etkiler. Eğer ihbarcılık örgüt tarafından kabullenilir ve örgütün kültürüne uygun şekilde entegre edilirse, karşılaşılabilecek olumsuz durumların önüne geçilebilir (Aktan 2006). İhbarcılık örgütler tarafından teşvik edilmezse, etik dışı olaylar kamuoyuna bildirilerek örgüt imajının zedelenmesine yol açabilir. Bu durum sağlık kuruluşları için de geçerlidir. Sürekli tıbbi hatalar ve başarısızlıklarla gündeme gelen bir sağlık kuruluşu, kamuoyu tarafından kötü bir imajla anılacaktır (Taş 2015). Bu nedenle sağlık kuruluşlarındaki yöneticilerin ihbarcılığı teşvik etmeleri ile mevcut sorunlar kamuoyuna duyurulmadan örgüt içerisinde çözümlenmelidir.

Hekimlere ve diğer sağlık çalışanlarına meslek hayatına atılmadan önce tıbbi etik, hukuk ve insan haklarını öğreten bir süreç ile birlikte ihbarcılık ile ilgili bilgiler verilerek kişisel ve mesleki değişim başlatılmalıdır (Faunce et al. 2004). Bazı çalışmalar (Firtko, Jackson 2005; Lachman 2008), kötü veya yanlış uygulamaları ihbar etme ikilemiyle karşı karşıya kalan ihbarcı hemşirelerin, hastayı savunma (patient advocate) ihtiyacını, eylemlerine rehberlik eden güçlü ahlaki ve etik ilkeler olarak tanımladığını ortaya koymuştur. Başka bir çalışmada (Ahern, McDonald 2002) hastayı savunmak hemşirelik rolünün en önemli ögesi olarak görülmektedir. Bir hastanede ihbarcı tarafından ortaya atılan iddiadan genellikle hastanedeki

tüm paydaşlar etkilenmektedir (Firtko, Jackson 2005). İhbarcılığın sağlık sektöründeki önemli etkileri ve olumsuzlukları engelleyici ve hizmeti geliştirici yönleri nedeniyle bu konuya önem verilmelidir. Çeşitli ülkelerde, ihbarcılığın çeşitli yönlerini araştıran çalışmalar yapılmıştır. Türkiye’de ise sağlık sektöründe yapılan ihbarcılık ile ilgili çalışmalar oldukça kısıtlıdır. İhbarcılık düzeyinin belirlenmesi ve ihbarcılığın farklı yönlerinin ortaya konması ihbarcılığa yönelik etkili politikaların geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır.

### III. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacı doğrultusunda, araştırmanın hipotezleri şu şekilde belirlenmiştir:

Hemşire ve sekreterlerin ihbarcılık niyeti ve ihbarcılık nedenleri a) yaşa, b) cinsiyete, c) medeni duruma, d) eğitim durumuna e) göreve, f) görev süresine ve g) bulunduğu hastanedeki çalışma süresine göre farklılık göstermemektedir.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Ankara’daki bir üniversite hastanesinde çalışan hemşire ve sekreterler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem çekilmeyerek, Mart 2016’dan Temmuz 2016’ya kadar geçen sürede tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastane yaklaşık 800 yatağa sahip olan, ayda ortalama 60.000 hastaya ayaktan, 2.700 hastaya ise yatarak hizmet sunan bir üniversite hastanesidir. Hastane ayrıca, JCI tarafından akredite edilmiş olup düzenli olarak uluslararası kalite standartları açısından denetlenmektedir.

Çalışmanın yürütülebilmesi için Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulundan ve araştırmanın yapılacağı hastaneden gerekli izinler alınmış ve Mart 2016 tarihi itibarıyla hemşire ve sekreterlere anketler uygulanmaya başlanmıştır. Bu tarih itibarıyla araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinde toplam 697 hemşire ve 315 sekreter bulunmaktaydı. 697 hemşireden 154’ü acil ve yoğun bakım servislerinde, 175’i ise hemodiyaliz servisinde çalışan hemşirelerden oluşmaktaydı. Bu hemşireler, çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Geriye kalan 368 hemşirenin 247’si klinik, 121’i ise poliklinik hemşiresidir. 315 sekreterin ise 38’i klinik, 277’si poliklinik sekreteridir. Araştırmanın sonunda; 167’si hemşirelerden, 202’si sekreterlerden olmak üzere, toplam 369 anket elde edilmiştir. Bu şekilde; hemşirelerin %45’ine, sekreterlerin %64’üne, evrenin ise %54,03’üne ulaşılmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1. Anket Uygulanan Hemşire ve Sekreter Sayısı**

Görev	Toplam sayı	Ulaşılan sayı	Ulaşılan yüzde (%)
Hemşire	368	167	45,38
Sekreter	315	202	64,13
Genel	683	369	54,03

#### 3.3. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Analizi

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır ve anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, araştırmaya katılan hemşire ve sekreterlerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 7 sorudan oluşmaktadır.

İkinci bölümde, hemşire ve sekreterlerin ihbarcılık niyetini ölçmek amacıyla Celep ve Konaklı (2012) tarafından geliştirilen ve geçerli bulunan “Bilgi Uçurma Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek 16 ifade ve 4 faktörden oluşmaktadır. Bu faktörler, içsel, dışsal, gizli ve

destekçi bilgi uçurma olarak tanımlanmıştır. İçsel bilgi uçurmada, katılımcıların karşılaştıkları olumsuz olayı yöneticilerine, üst kademe yönetime, kurumdaki diğer üst düzey yöneticilere, kurum içinde iletilmesi istenen kişilere ve kurum içinde kullanılan prosedürlere göre ihbar etme düzeyi incelenmektedir. Dışsal bilgi uçurmada ise, katılımcıların olumsuz olayı aynı amacı taşıyan diğer kurumlara, ilgili yasal mercilere, diğer toplumsal kurumlara ve kamuoyuna bildirme düzeyi incelenmektedir. Gizli bilgi uçurmada, katılımcıların olumsuz olayı gerçek ismini vererek, isim vermeden ancak mensubu olduğu birimi belirterek veya kimliği ile ilgili hiçbir bilgi vermeden ihbar etme düzeyleri incelenmektedir. Destekçi bilgi uçurmada ise, katılımcıların olumsuz olayı aynı olayı gözlemleyen meslektaşlarına, yapılanların düzeltilmesinde sorumluluk hissedeceğini düşündüğü bir meslektaşına, sorunun çözümünde doğrudan etkili olabilecek bir meslektaşına veya kendisini yakın hissettiği herhangi bir meslektaşına ihbar etme düzeyi incelenmektedir. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı Celep ve Konaklı (2012) tarafından  $\alpha=0,76$  olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0,92$  olarak bulunmuştur. Bu da ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik katsayıları Tablo 2’de görülmektedir.

Üçüncü bölümde, hemşire ve sekreterlerin etik olmayan ve yasa dışı uygulamaları ihbar etme ya da etmeme nedenlerini belirlemek amacıyla Celep ve Konaklı (2012) tarafından geliştirilen ve geçerli bulunan “Bilgi Uçurma Nedenleri Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek 15 ifade ve 3 faktörden oluşmaktadır. Bu faktörler, örgütsel yarar, ahlaki ve mesleki değerler ve misilleme kaygısı olarak tanımlanmıştır. Örgütsel yarar boyutunda katılımcıların olumsuz olayı kurumun amaçlarına aykırı olduğunu düşünmesi, kuruma, hastalara ve ailelerine, kurumdaki diğer çalışanlara ve meslektaşlarına ciddi zararlar vereceğini düşünmesi nedenleri ile ihbar etme düzeyi incelenmektedir. Ahlaki ve mesleki değerler boyutunda katılımcıların olumsuz olayın diğer toplumsal kurumlara ve topluma zarar vereceğini düşünmesi, ahlaki ve toplumsal görev duyguları, mesleki etik ilkelerine aykırı olması, vicdanen rahatsız olması nedenleri ile ihbar etme düzeyi incelenmektedir. Misilleme kaygısı boyutunda ise, katılımcıların kurum içindeki meslektaşlarının kendisine karşı cephe oluşturacağı, işinin tehlikeye gireceği, mesleki kariyerinin olumsuz etkileneceği ve ihbar sürecinde başkaları tarafından engellenebileceğini düşünmesi nedenleri ile ihbar etmeme düzeyi incelenmektedir. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı Celep ve Konaklı (2012) tarafından  $\alpha=0,85$  olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0,89$  olarak bulunmuştur. Bu da ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçekler 5’li Likert tipi olup, ölçekte yer alan katılma düzeyleri; 1=hiç katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kısmen katılıyorum, 4=katılıyorum, 5=tamamen katılıyorum şeklinde değerlendirilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik katsayıları Tablo 2’de görülmektedir.

**Tablo 2. Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi Sonuçları**

Ölçek	Cronbach Alfa
<b>İhbarcılık Niyeti</b>	<b>0,921</b>
İçsel İhbarcılık	0,858
Dışsal İhbarcılık	0,878
Gizli İhbarcılık	0,662
Destekçi İhbarcılık	0,942
<b>İhbarcılık Nedenleri</b>	<b>0,893</b>
Örgütsel Yarar	0,926
Ahlaki ve Mesleki Değerler	0,812
Misilleme Kaygısı	0,842

Çalışmadaki istatistiksel analizler IBM SPSS V23.0 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak analiz edilmiş ve verilerin normal dağılıma sahip olmadığı bulunmuştur. Bu nedenle, ikili grup karşılaştırmaları (cinsiyet, medeni durum, görev) Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grup arasındaki farklar (yaş grupları, eğitim durumu, görev süresi ve hastanedeki çalışma süresi) ise Kruskal Wallis testi ile incelenmiş ve yorumlanmıştır. p değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar olarak değerlendirilmiştir.

#### IV. BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin %91,1'i kadın, %54,7'si sekreter, %65'i evli ve %62,6'sı lisans mezunudur. Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğu sekreterdir (%54,7) ve 30-39 yaş aralığındadır (%54,7). Bireylerin çoğunluğunun hem görev süresi (%29,8) hem de hastanedeki çalışma süresi (%36,6) 6-10 yıldır (Tablo 3).

**Tablo 3. Katılımcıların Tanımlayıcı İstatistikleri**

Değişkenler	Sıklık (n)	Yüzde (%)
<b>Yaş</b>		
22-29	50	13,6
30-39	202	54,7
40-49	94	25,5
>50	23	6,2
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	33	8,9
Kadın	336	91,1
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	240	65,0
Bekâr	129	35,0
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise ve ön lisans mezunu	70	19,0
Lisans mezunu	231	62,6
Lisansüstü mezunu	68	18,4
<b>Görev</b>		
Hemşire	167	45,3
Sekreter	202	54,7
<b>Görev Süresi (Yıl)</b>		
0-5	54	14,6
6-10	110	29,8
11-15	96	26,0
16-20	67	18,2
21 ve üzeri	42	11,4
<b>Hastanedeki Çalışma Süresi (Yıl)</b>		
0-5	50	13,6
6-10	135	36,6
11-15	104	28,2
16-20	54	14,6
21 ve üzeri	26	7,0

#### 4.1. Katılımcıların İhbarcılık Niyeti ve Nedenlerine İlişkin Bulgular

İhbarcılık niyetinin ortanca olarak genel puanı  $2,96 \pm 0,98$  olup, en yüksek puan içsel ihbarcılık ( $3,60 \pm 0,80$ ) alt boyutunda elde edilmiştir. İhbarcılık nedenlerinde ise ortanca olarak en yüksek puan ahlaki ve mesleki değerler ( $3,60 \pm 0,80$ ) boyutunda elde edilmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4. İhbarcılık Niyeti ve Nedenlerine İlişkin Değerler**

Ölçek	Alt Boyutlar	Medyan± Çeyrekler Açıklığı	Minimum Değer	Maksimum Değer
İhbarcılık Niyeti	İçsel İhbarcılık	3,60±0,80	1,80	4,80
	Dışsal İhbarcılık	1,50±1,00	1,00	3,75
	Gizli İhbarcılık	3,33±1,00	1,67	5,00
	Destekçi İhbarcılık	3,00±2,00	1,00	5,00
	Genel	2,96±0,98	1,74	4,34
İhbarcılık Nedenleri	Örgütsel Yarar	3,33±1,08	1,17	5,00
	Ahlaki ve Mesleki Değerler	3,60±0,80	1,60	5,00
	Misilleme Kaygısı	3,00±0,75	1,25	5,00
	Genel	3,35±0,73	1,34	4,68

#### 4.2. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İhbarcılık Niyeti ve Nedenleri

Katılımcıların yaş gruplarına göre genel ihbarcılık niyeti ve alt boyutlarında anlamlı farklılık elde edilmemiştir ( $p > 0,05$ ). Katılımcıların yaş gruplarına göre ihbarcılık nedenlerinin misilleme kaygısı haricinde diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmemiştir ( $p > 0,05$ ). Misilleme kaygısındaki farklılık incelendiğinde, 22-29 yaş arasındakilerin, 50 ve üstü yaşta bireylerden istatistiksel olarak daha yüksek puana sahip olduğu görülmüştür ( $p < 0,001$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5. Yaş Gruplarına Göre İhbarcılık Niyeti ve Nedenleri**

Ölçek	Alt Boyutları	Yaş grupları				Kruskal Wallis testi ki-kare değeri	p	Farklı gruplar
		22-29 <sup>1</sup>	30-39 <sup>2</sup>	40-49 <sup>3</sup>	≥50 <sup>4</sup>			
İhbarcılık Niyeti	İçsel İhbarcılık	3,40±0,85	3,60±0,80	3,60±1,00	3,60±0,40	5,490	0,139	
	Dışsal İhbarcılık	1,25±0,75	1,50±0,75	1,50±1,00	1,75±0,94	5,171	0,160	
	Gizli İhbarcılık	3,33±0,67	3,33±0,92	3,33±0,67	3,67±0,67	2,767	0,429	
	Destekçi İhbarcılık	2,75±1,31	3,00±2,00	3,00±2,00	3,00±0,88	1,670	0,644	
	Genel	2,65±0,75	2,95±1,00	2,97±0,99	3,10±0,42	2,805	0,423	
İhbarcılık Nedenleri	Örgütsel Yarar	3,33±0,83	3,33±1,17	3,33±1,00	3,33±1,12	1,929	0,587	
	Ahlaki ve Mesleki Değerler	3,60±0,80	3,80±1,15	3,60±0,85	3,90±1,20	2,940	0,401	
	Misilleme Kaygısı	3,63±1,00	3,00±0,50	3,00±0,75	2,75±1,75	29,050	<0,001*	(1-4)
	Genel	3,50±0,56	3,36±0,87	3,29±0,58	3,29±1,19	7,063	0,070	

\* $p < 0,05$



Katılımcıların ihbarcılık niyetinde cinsiyete göre dışsal ihbar alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuş ve kadınların erkeklerden daha yüksek puan aldığı görülmüştür ( $p<0,001$ ). Diğer taraftan erkeklerin kadınlara göre gizli ihbar ( $p<0,001$ ) ve destekçi ihbar ( $p=0,011$ ) alt boyutlarında daha yüksek puan elde ettikleri gözlenmiştir. Katılımcıların ihbarcılık nedenlerinde cinsiyet açısından sadece örgütsel yarar alt boyutunda anlamlı farklılık elde edilmiş ve kadınların puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p=0,015$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6. Cinsiyete Göre İhbarcılık Niyeti ve Nedenleri**

Ölçek	Alt Boyutlar	Cinsiyet		Mann Whitney U değeri	p
		Erkek	Kadın		
		Medyan± Çeyrekler Açıklığı	Medyan± Çeyrekler Açıklığı		
İhbarcılık Niyeti	İçsel İhbarcılık	3,60±0,40	3,60±0,80	4864,0	0,242
	Dışsal İhbarcılık	1,25±0,25	1,75±1,00	2876,0	<0,001*
	Gizli İhbarcılık	4,00±0,33	3,33±0,67	3076,5	<0,001*
	Destekçi İhbarcılık	3,50±1,00	3,00±1,94	40,72,5	0,011*
	Genel	3,03±0,32	2,95±1,03	5102,0	0,450
İhbarcılık Nedenleri	Örgütsel Yarar	3,00±0,83	3,33±1,00	4119,5	0,015*
	Ahlaki ve Mesleki Değerler	3,80±0,20	3,60±0,80	4604,5	0,106
	Misilleme Kaygısı	3,00±0,50	3,00±0,75	5054,5	0,393
	Genel	3,28±0,72	3,44±0,66	5008,0	0,359

\* $p<0,05$

Katılımcıların medeni durumuna göre genel ihbarcılık niyeti ve alt boyutlarında anlamlı farklılık elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Medeni duruma göre ihbarcılık nedeninde ( $p=0,022$ ) ve ihbarcılık nedenlerinin misilleme kaygısı alt boyutunda ( $p=0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. Bekâr katılımcıların genel ihbarcılık nedeni ve misilleme kaygısı puanının evli olanlarınkinden daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 7).

**Tablo 7. Medeni Duruma Göre İhbarcılık Niyeti ve Nedenleri**

Ölçek	Alt Boyutlar	Medeni Durum		Mann Whitney U değeri	p
		Evli	Bekâr		
		Medyan± Çeyrekler Açıklığı	Medyan± Çeyrekler Açıklığı		
İhbarcılık Niyeti	İçsel İhbarcılık	3,60±0,80	3,60±1,00	14169,5	0,177
	Dışsal İhbarcılık	1,50±1,00	1,50±1,00	14322,0	0,230
	Gizli İhbarcılık	3,50±1,00	3,33±1,00	14667,0	0,396
	Destekçi İhbarcılık	3,00±2,00	3,00±2,00	15361,0	0,902
	Genel	3,00±1,00	2,86±0,97	14984,0	0,612
İhbarcılık Nedenleri	Örgütsel Yarar	3,33±1,17	3,33±1,00	14460,5	0,295
	Ahlaki ve Mesleki Değerler	3,60±0,80	3,60±0,80	14786,0	0,475
	Misilleme Kaygısı	3,00±0,75	3,00±0,75	12218,5	0,001*
	Genel	3,28±0,72	3,44±0,66	13241,0	0,022*

\* $p<0,05$

Katılımcıların eğitim durumuna göre genel ihbarcılık puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Destekçi ihbarcılık alt boyutu hariç diğer alt boyutlarda ve genel düzeyde lisansüstü mezunlarının lisans ve lise ve önlisans mezunlarına göre daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Destekçi ihbarcılık alt boyutunda ise tüm kategoriler birbirinden farklı olup, lise ve önlisans mezunları, lisans ve lisansüstünden; lisans mezunları ise lisansüstünden daha düşük puana sahiptir (Tablo 8).

Eğitim durumuna göre genel ihbarcılık nedeni puanında istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Lisansüstü mezunları lisans mezunlarına göre daha yüksek ihbarcılık nedeni genel puanına sahiptir. Aynı farklılıklar ahlaki ve mesleki değerler alt boyutu ve örgütsel yarar alt boyutunda da gözlenmiştir. Misilleme kaygısı ise lisansüstü ve lise ve önlisans mezunu gruplarında farklılığa sebep olmuş, lisansüstü mezunlarının misilleme kaygısı istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur ( $p=0,039$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8. Eğitim Durumuna Göre İhbarcılık Niyeti ve Nedenleri**

Ölçek	Alt Boyutlar	Eğitim Durumu			Kruskal Wallis testi ki-kare değeri	p	Farklı Gruplar
		Lise ve önlisans mezunu <sup>1</sup>	Lisans mezunu <sup>2</sup>	Lisansüstü mezunu <sup>3</sup>			
		Medyan± Çeyrekler Açıklığı	Medyan± Çeyrekler Açıklığı	Medyan± Çeyrekler Açıklığı			
İhbarcılık Niyeti	İçsel İhbarcılık	3,60±0,60	3,40±0,80	4,00±0,80	19,366	<0,001*	(1,2-3)
	Dışsal İhbarcılık	1,38±1,00	1,25±1,00	2,13±0,75	38,619	<0,001*	(1,2-3)
	Gizli İhbarcılık	3,33±0,67	3,33±1,00	3,67±0,67	17,866	<0,001*	(1,2-3)
	Destekçi İhbarcılık	2,50±1,50	3,00±1,75	3,50±1,00	32,028	<0,001*	(1-2-3)
	Genel	2,76±0,71	2,91±0,97	3,35±0,70	36,521	<0,001*	(1,2-3)
İhbarcılık Nedenleri	Örgütsel Yarar	3,50±1,58	3,33±1,00	3,67±0,96	21,766	<0,001*	(2-3)
	Ahlaki ve Mesleki Değerler	3,70±1,60	3,60±0,80	4,00±1,00	9,202	0,010*	(2-3)
	Misilleme Kaygısı	3,13±1,00	3,00±0,75	3,00±0,69	6,503	0,039*	(1-3)
	Genel	3,43±1,16	3,28±0,57	3,50±0,63	13,652	0,001*	(2-3)

\* $p<0,05$

Katılımcıların görevlerine göre ihbarcılık genel puanı istatistiksel olarak farklıdır ( $p<0,001$ ). Tüm alt boyutlarda ve genel düzeyde hemşirelerin sekreterlerden daha yüksek puana sahip olduğu görülmüştür. Göreve göre ihbarcılık nedeni genel puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Misilleme kaygısı alt boyutunda sekreterler; diğer tüm alt boyutlarda ise hemşirelerin istatistiksel olarak daha yüksek misilleme kaygısı puanına sahip oldukları görülmüştür (Tablo 9).

**Tablo 9. Göreve Göre İhbarcılık Niyeti ve Nedenleri**

Ölçek	Alt Boyutlar	Görev		Mann Whitney U değeri	p
		Hemşire	Sekreter		
		Medyan± Çeyrekler Açıklığı	Medyan± Çeyrekler Açıklığı		
İhbarcılık Niyeti	İçsel İhbarcılık	3,80±0,60	3,40±1,00	10611,0	<0,001*
	Dışsal İhbarcılık	2,25±0,75	1,25±0,50	5606,5	<0,001*
	Gizli İhbarcılık	3,67±0,67	3,33±0,67	10935,0	<0,001*
	Destekçi İhbarcılık	3,50±1,00	2,50±1,75	7870,5	<0,001*
	Genel	3,31±0,55	2,56±0,75	6401,5	<0,001*
İhbarcılık Nedenleri	Örgütsel Yarar	3,50±0,83	3,08±1,21	10937,5	<0,001*
	Ahlaki ve Mesleki Değerler	3,80±0,40	3,40±1,00	11852,0	<0,001*
	Misilleme Kaygısı	3,00±1,00	3,00±0,50	12916,5	<0,001*
	Genel	3,45±0,62	3,27±0,70	13252,5	<0,001*

\*p&lt;0,05

Katılımcıların görev süresine göre genel ihbarcılık niyeti puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,001). İçsel ihbarcılık (p=0,025) ve gizli ihbarcılık (p=0,001) alt boyutlarında 21 yıl ve daha fazla görevde olanların 5 yıl ve daha az süredir görevde olanlardan daha yüksek puana sahip olduğu görülmüştür. Dışsal, destekçi ve genel ihbarcılık niyeti puanlarında ise 21 yıl ve daha fazla süredir görevde olanlar diğer tüm gruplardan istatistiksel olarak daha yüksek puan elde etmiştir (p<0,001) (Tablo 10).

**Tablo 10. Görev Süresine Göre İhbarcılık Niyeti ve Nedenleri**

Ölçek	Alt Boyutları	Görev süresi					Kruskal Wallis testi ki-kare değeri	p	Farklı Gruplar
		0-5 yıl <sup>1</sup>	6-10 yıl <sup>2</sup>	11-15 yıl <sup>3</sup>	16-20 yıl <sup>4</sup>	≥21 yıl <sup>5</sup>			
		Medyan± Çeyrekler Açıklığı	Medyan± Çeyrekler Açıklığı	Medyan± Çeyrekler Açıklığı	Medyan± Çeyrekler Açıklığı	Medyan± Çeyrekler Açıklığı			
İhbarcılık Niyeti	İçsel İhbarcılık	3,40±1,00	3,60±0,95	3,60±0,80	3,50±1,00	3,60±0,75	11,170	0,025*	(1-5)
	Dışsal İhbarcılık	1,50±1,00	1,50±1,00	1,50±0,75	1,25±1,00	2,13±0,44	24,806	<0,001*	(1,2,3,4-5)
	Gizli İhbarcılık	3,33±0,67	3,67±1,00	3,67±0,33	3,33±1,00	3,33±0,67	18,677	<0,001*	(1-5)
	Destekçi İhbarcılık	2,75±1,06	3,00±2,25	3,00±1,94	3,00±1,88	3,50±1,00	24,063	<0,001*	(1,2,3,4-5)
	Genel	2,66±0,71	2,95±1,10	2,98±0,84	2,89±1,02	3,18±0,53	25,277	<0,001*	(1,2,3,4-5)
İhbarcılık Nedenleri	Örgütsel Yarar	3,50±0,88	3,33±1,29	3,33±1,17	3,17±1,21	3,58±0,46	11,931	0,158	
	Ahlaki ve Mesleki Değerler	3,60±0,80	3,40±1,00	3,60±0,80	3,60±1,00	3,70±0,60	9,450	0,051	
	Misilleme Kaygısı	3,75±1,00	3,00±0,50	3,00±0,50	3,00±0,75	2,75±0,69	66,501	<0,001*	(1-2,3-3-4,5)
	Genel	3,64±0,66	3,28±0,77	3,38±0,69	3,28±0,62	3,67±0,57	14,421	0,006*	(1-4)

\*p&lt;0,05

Görev süresine göre ihbarcılık nedeni genel puanında (p=0,006) ve misilleme kaygısı alt boyutunda (p<0,001) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. 5 yıl ve daha az süredir görevde olanların 16-20 yıl arasında görevde olanlardan daha yüksek genel ihbarcılık nedeni puanına sahip olduğu görülmüştür. Misilleme kaygısı alt boyutunun ise 0-5 yıldır aynı görevde olanlarda 6-15 yıldır görevde olanlara göre; 11-15 yıldır görevde olanların ise 16 yıl ve daha fazla süredir aynı görevde olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer alt boyutlarda ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05) (Tablo 9).

Katılımcıların ihbarcılık niyeti puanları çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( $p=0,042$ ). 21 yıl ve daha fazla çalışma yılı olan katılımcıların genel ihbarcılık puanı 0-5 ve 16-20 yıl kategorilerindeki katılımcılardan daha yüksektir. Destekçi ihbarcılık alt boyutunda 21 yıl ve daha fazla çalışanlar diğer tüm gruplardan istatistiksel olarak daha yüksek puana sahiptir ( $p=0,036$ ). Dışsal ihbarcılık alt boyutunda 21 yıl ve daha fazla çalışma yılına sahip olanların 5 yıl ve daha az çalışma yılına sahip olanlardan daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür ( $p=0,003$ ) (Tablo 11).

İhbarcılık nedenlerinde ise örgütsel yarar ( $p=0,014$ ) ve misilleme kaygısı ( $p<0,001$ ) puanları çalışma süresi kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Hastanedeki çalışma süresi 21 yıl ve daha fazla olanların örgütsel yarar puanı 6-10 yıl olan çalışanların puanından daha fazladır. Misilleme kaygısı puanı ise hastanedeki çalışma yılı 0-5 yıl olanlarda daha uzun süredir çalışanlara göre daha fazladır (Tablo 11).

**Tablo 11. Hastanedeki Çalışma Süresine Göre İhbarcılık Niyeti ve Nedenleri**

Ölçek	Alt Boyutları	Hastanedeki çalışma süresi					Kruskal Wallis testi ki-kare değeri	p	Farklı Gruplar
		0-5 yıl <sup>1</sup>	6-10 yıl <sup>2</sup>	11-15 yıl <sup>3</sup>	16-20 yıl <sup>4</sup>	≥21 yıl <sup>5</sup>			
		Medyan± Çeyrekler Açıklığı	Medyan± Çeyrekler Açıklığı	Medyan± Çeyrekler Açıklığı	Medyan± Çeyrekler Açıklığı	Medyan± Çeyrekler Açıklığı			
İhbarcılık Niyeti	İçsel İhbarcılık	3,40±1,00	3,60±1,00	3,60±0,80	3,40±0,80	3,70±1,00	8,388	0,078	
	Dışsal İhbarcılık	1,50±1,00	1,25±1,00	1,75±0,75	1,25±1,13	2,13±0,31	16,273	0,003*	(1-5)
	Gizli İhbarcılık	3,30±0,67	3,67±1,00	3,50±0,92	3,33±0,67	3,33±0,42	6,605	0,158	
	Destekçi İhbarcılık	2,75±1,50	3,00±2,25	3,00±2,00	3,00±1,05	3,00±1,06	10,251	0,036*	(1,2,3,4-5)
	Genel	2,68±0,86	2,95±1,04	2,96±0,97	2,86±0,83	3,02±0,62	9,897	0,042*	(1,4-5)
İhbarcılık Nedenleri	Örgütsel Yarar	3,50±1,00	3,33±1,17	3,33±0,75	3,67±0,71	3,67±0,71	12,577	0,014*	(2-5)
	Ahlaki ve Mesleki Değerler	3,60±0,80	3,60±1,00	3,60±0,95	3,60±0,80	3,80±0,65	6,729	0,151	
	Misilleme Kaygısı	3,63±1,00	3,00±0,50	3,00±0,75	3,00±0,63	3,00±0,38	36,337	<0,001*	(1-2,3,4,5)
	Genel	3,50±0,61	3,28±0,86	3,34±0,67	3,33±0,58	3,49±0,71	9,156	0,057	

\* $p<0,05$

## V. TARTIŞMA

### 5.1. İhbarcılık Niyeti ile İlgili Değerlendirmeler

Çalışmaya katılan hemşire ve sekreterlerin ortanca olarak genel ihbarcılık niyeti puanı orta değerinin biraz altında ( $2,90±0,59$ ) bulunmuştur. Bakar (2012) doktor, hemşire ve idari personel üzerinde yaptığı çalışmasında etik dışı olayların raporlanma oranını oldukça düşük bulmuştur. Demiral (2008) ise, hemşireler için insan sağlığının önce geldiği ve yanlış bir uygulamayı ihbar ettiklerinde genellikle, olumsuz sonuçlarla karşılaşmalarına rağmen kararlarından vazgeçmeyerek ilgili konunun takipçisi olduklarını ortaya koymuştur.

İhbarcılık niyeti alt boyutları açısından incelendiğinde, içsel ihbarcılık boyutunun en yüksek puana sahip olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki içsel ve gizli ihbarcılık düzeyleri, hemşirelerin ihbarcılık niyetinin değerlendirildiği başka bir çalışmanın (Taş 2012) bulgularından daha yüksek iken, dışsal ve destekçi ihbarcılık düzeyleri ise daha düşüktür. Callahan ve Collins (1992)'in çalışmasında da çalışanlara göre uygun ihbarcılık

hierarchy'sinin öncelikle içsel, ikinci olarak dışsal ihbarcılık olduğu ortaya konmuştur. Literatürde (Yılmaz 2009) etkili işleyen kurum içi iletişim sistemi ve politikalara sahip olan örgütlerde içsel ihbarcılık sürecinin etkin olarak işlediği belirtilmektedir. Bu nedenle, araştırmanın yapıldığı hastanede kurum içi iletişim sistemi ve politikalarının etkili olduğu düşünülebilir. Ayrıca, hemşire ve sekreterlerin sorunları öncelikle örgüt içerisinde çözmeye çalışmak istemesi güçlü bir etik iklimin, örgütsel kültür, örgütsel bağlılık, güven ve davranışın gelişmiş olduğunun bir göstergesi olabilir (Taş 2015). Bununla beraber, gizli ihbarcılık da içsel ihbarcılık kadar yüksektir. Hemşire ve sekreterler karşılaştıkları olumsuz durum veya olayları isimsiz olarak ihbar etmektedir. Bunun nedeni, hemşire ve sekreterlerin, kendileri hakkındaki bilgileri gizleyerek, ihbarcılıktan doğacak olumsuz sonuçları engellemek istemesi ve herhangi bir misilleme ile karşılaşma olasılığını azaltmak istemeleri olabilir.

Dışsal ihbarcılık düzeyi ise oldukça düşük bulunmuştur. Bunun nedeni çalışanlar tarafından ihbarcılığın ahlaki bir davranış olarak görülmemekle sadakatsizlik davranışı olarak algılanması olabilir. Bakar (2012) da doktor, hemşire ve idari personel üzerinde yaptığı çalışmada, olayı hastane dışındaki kişilerle paylaşma oranını benzer şekilde oldukça düşük bulmuştur. Arendt ve arkadaşları (2000) ihbarcılığın, etik veya yasal sorunun çözümü konusunda örgüt içindeki imkânların tükendiği noktada, son çare olarak örgüt içindeki sorunu kurum dışına yansıttıklarını ortaya koymuştur. Çalışmadaki hemşire ve sekreterler de bu doğrultuda, sorunun çözümü konusunda öncelikle içsel ihbarcılık kanallarını kullanmış olabilirler. Çiftçi (2017) Türkiye'de, aile ve grup içinde meydana gelen olumsuzlukların dışarıya duyurulmasını engelleyen bir kültürel eğilimin olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle topluluk yararına sonuçlanmadığı sürece, ihbarcılık etik açıdan doğru bir davranış olarak kabul edilmemektedir. Bu durum dışsal ihbarcılığın düşük çıkmasının başka bir nedeni olabilir.

Hemşire ve sekreterlerin dışsal ihbar alt boyutunda kadınlar erkeklerden daha yüksek puana sahiptir. Sims ve Keenan (1998) da kadın çalışanların daha çok dışsal ihbarcılığı tercih ettiklerini bulmuştur. Sosyal rol teorisinde, statüleri ne olursa olsun kadınların cinsel ayrımcılığa tabi tutuldukları ve herhangi bir ihbarcılık olayında da, erkeklere göre daha fazla misillemeye maruz kalacakları ileri sürülmektedir (Kidder, Parks 2001). Kadın hemşire ve sekreterlerin dışsal ihbarcılığa daha fazla yönelmelerinin nedeni, içsel ihbarcılıkta bulunmaları durumunda kimliklerinin daha kolay ortaya çıkarak, örgüt yöneticileri tarafından misillemeye maruz kalacakları korkusu olabilir. Diğer taraftan erkeklerin kadınlara göre gizli ihbar ve destekçi ihbar alt boyutlarında istatistiksel olarak daha yüksek puan elde ettikleri gözlenmiştir. Taş (2012) da erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre kendileri hakkında bilgi vermekten daha fazla kaçındıklarını bulmuştur. Taş (2012) bu durumu, erkek hemşirelere yüklenen ailevi, ekonomik sorumlulukları nedeniyle, bakmakla yükümlü oldukları kişileri tehlikeye atmaktan çekindikleri için kimliklerinin gizli kalmasını istiyor olabilecekleri şeklinde yorumlamıştır.

Hemşire ve sekreterlerin ihbarcılık genel puanı ve tüm alt boyutlarında daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanların daha yüksek puanlara sahip olduğu bulunmuştur. Miceli ve Near (1984) da ihbar eden çalışanların daha yüksek eğitim düzeyine sahip olduklarını bulmuştur. Eğitim düzeyi yüksek olan çalışanlar olumsuz olayları bildirme gibi konularda verilen kurum içi eğitimleri daha rahat algılayıp benimsiyor olabilirler. Eğitim düzeyi yüksek olanların daha fazla ihbarda bulunuyor olmalarının nedeni bu kişilerin daha çok hemşirelerden oluşması da olabilir. Çalışmada lisansüstü mezunu olanların %97'si hemşirelerden oluşmaktadır ve sekreterlere göre daha yüksek eğitim düzeyine sahip olan hemşireler daha fazla ihbarda bulunmaktadırlar.

İhbarcılık niyeti genel düzeyi ve tüm alt boyutlarında hemşirelerin sekreterlerden daha yüksek puana sahip olduğu görülmüştür. Bunun nedeni, hemşirelerin karşılaştıkları olumsuz olay veya durumların daha çok hasta ile ilişkili ve daha hayati öneme sahip olan durumlar olması olabilir. Gözlemci, tanık olduğu olumsuz eylemin ciddi sonuçlar doğuracağını düşünüyor ise ihbar etme eğiliminin daha fazla olacağı belirtilmektedir (Near, Miceli 1985).

Güneş ve Arslan (2008)'in çalışmalarında, sekreterlere iş arkadaşlarının etik davranmadığını bildikleri bir konuda ona karşı tavırlarının ne olacağı sorulmuş, sekreterlerin sadece %11,2'si yapılan etik dışı davranış hakkında ilgili kişilere bilgi vereceğini belirtmiştir. Güneş ve Arslan (2008)'in çalışmasına göre sekreterler en çok "kurum ile ilgili gizli/önemli bilgileri dışarı sızdırmak" davranışını etik dışı bulduklarını belirtmiştir. Aynı çalışmada sekreterlerin mesleki etik ilkeleri arasında, bilgi akışını doğru ve eksiksiz yapmak, bilgileri yalan söylemeden aktarmak ve bilgi gizliliğini sağlamak, bağlı bulunduğu yönetici/yöneticilerin özel ya da iş ile ilgili bilgilerini saklı tutmak, kurum ve kişiler ile ilgili gizli/önemli bilgileri dışarı sızdırmamak ve başkaları ile paylaşmamak gibi ihbarcılık ile ilişkili olabilecek ilkeler bulunmaktadır. Sekreterlerin sır tutma ve gizlilik ilkelerinin baskın olduğu görülmektedir. Bu nedenle olumsuz bir olayı ihbar ederken ikilemde kalmaları söz konusu olabilir.

Uluslararası Profesyonel Sekreterler Birliği (Professional Secretaries International)'nin sekreterler için oluşturdukları profesyonel davranış ölçütlerinden birisi; "Sekreter, etkinliği düşüren ya da daha önce belirlenmiş görevlerin uygulanmasını güçleştiren durumları ve işle ilgili olumsuz herhangi bir değişikliği yöneticisine bildirecektir." ölçütüdür (Ceylan 2015). Buna göre, sekreterlerin gizli bilgileri sır olarak tutma yükümlülükleri yanında, gerektiği durumlarda olumsuzlukları ihbar etmeleri de profesyonel bir davranış ölçüsüdür. Hemşirelerin de mesleki etik ilkeleri arasında sır saklama ilkesi yer almaktadır. Buna göre, hemşireler hizmet verdikleri bireyin kendileri ya da ailesi ile ilgili olarak paylaştığı bilgileri yasal zorunluluk ve kendisinin ya da üçüncü kişilerin hayatını tehdit eden bir zorunluluk olmadığı sürece bireyin rızası olmaksızın başka bireylerle paylaşamaz. Ancak hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili, daha hayati olaylarla karşılaşılıyor olmaları, hastanede hemşirelerin olay bildirimine yönelik verilen eğitim ve teşvikler hemşirelerin sekreterlere göre daha fazla ihbarda bulunmalarının nedenleri olabilir.

Hemşire ve sekreterlerin görev sürelerine göre genel ihbarcılık puanı ve tüm alt boyutları puanı farklıdır. Daha uzun süredir görevde olanların daha yüksek puanlara sahip olduğu bulunmuştur. Görevlerinde daha uzun süre çalışanlar mesleki etik ilkelere ve kurallara daha sadık olma eğiliminde olabilirler. Böylece olumsuz bir durumla karşılaştıklarında bu durumu ihbar etmede kendilerini daha fazla sorumlu hissedebilirler.

Hemşire ve sekreterlerin ihbarcılık niyeti puanları hastanede çalışma sürelerine göre farklılık göstermiştir. Destekçi ihbarcılık ve dışsal ihbarcılık alt boyutunda daha uzun süre çalışma yılına sahip olanlar daha yüksek puanlara sahiptir. Hastanede daha uzun süre çalışanlar kurumlarına karşı daha fazla bağlılık ve aidiyet duygusu hissetmeleri nedeniyle, olumsuz bir durumla karşılaştıklarında ihbar etmede daha fazla sorumluluk ve yükümlülük hissedebilirler (Near, Miceli 1996). Hastanede daha uzun süre çalışanların destekçi ihbarcılık düzeyinin yüksek olmasının nedeni ise, çalışanların hastanede buldukları süre boyunca daha güçlü arkadaşlık bağı kurmuş olmaları ve olumsuz bir olay veya davranışla karşılaştıklarında birbirleriyle paylaşmaları olabilir. İhbarcılar, etik sorunun çözümü konusunda diğer tüm yolların denendiği ve örgüt içindeki imkânların tükendiği noktada, son çare olarak örgüt içindeki etik veya yasal sorunu kurum dışına yansıtmaktadırlar (Arendt et al. 2000).

## 5.2. İhbarcılık Nedenleri ile İlgili Değerlendirmeler

Hemşire ve sekreterlerin ihbarcılık nedenlerinde en yüksek puan ahlaki ve mesleki değerler (3,64±0,68), boyutunda elde edilmiştir. Hemşire ve sekreterlerin öncelikli olarak, olumsuz olay veya davranışın topluma zarar vereceğine inanması, ahlaki ve mesleki toplumsal görev duyguları, mesleki etik ilkelerine aykırı olması ve vicdanen rahatsız olması gibi nedenlerle ihbar etmesi, ihbarcılık davranışının etik boyutunu göstermektedir. Poorchangizi ve arkadaşları (2017) da hemşirelerin mesleki değerlere ilişkin puanının yüksek olduğunu bulmuştur. Jackson ve arkadaşları (2010), hemşirelerin ihbarcılığı genel olarak bakım görevlerinden birisi olarak gördüklerini ortaya koymuştur.

Uluslararası Profesyonel Sekreterler Birliği'nin geliştirdiği sekreterler için profesyonel meslek etiği ilkeleri arasında, "Sekreter, halkın güvenlik ve gönencinin artırılması ve korunmasını en üst düzeyde bir görev olarak düşünmek zorundadır" ve "Sekreter, mesleğin ve uygulayıcılarının onuru, yeterliliği ve ölçütlerini sağlamak ve geliştirmek için çaba gösterecektir" ilkeleri yer almaktadır (Ceylan 2015). Buna göre sekreterler için de ahlaki ve mesleki değerlerin önem taşıdığı görülmektedir. Güneş ve Arslan (2008), sekreterlerin %93,3'ünün mesleklerinin gereklerini yerine getirdiklerini düşündüklerini bulmuştur.

Hemşire ve sekreterler, ikinci olarak, olumsuz olay veya davranışın örgütün amaçlarına aykırı olduğunu ve kuruma, hastalara, hasta yakınlarına, örgütteki meslektaşlarına ve diğer çalışanlara ciddi zararlar vereceğini düşünmesi nedeniyle ihbar edeceklerini belirtmişlerdir. Ahern ve McDonald (2002) çalışmalarında, olumsuz bir olayı ihbar eden hemşirelerin hastalara karşı öncelikli olarak sorumlu oldukları ve yetersiz ve etik olmayan kişilerden hastayı korumaları gerektiği inancına sahip olduklarını ortaya koymuştur. Ayrıca, çalışmada hastayı savunma görevinin, hastayı korumak ve bakım kalitesini artırmak için hemşirelere ihbar etmekten başka seçenek bırakmadığı belirtilmiştir. Başka bir çalışmada (Davis, Konishi 2007) ihbarcılık profesyonel sorumluluğun bir parçası olarak değerlendirilmiş ve hastaları savunma, hemşirelerin ihbarda bulunmalarını etkileyen önemli bir unsur olarak bulunmuştur. Demiral (2008), hemşireler için insan sağlığının her şeyden önce geldiğini ve karşılaştıkları olumsuz sonuçlara rağmen ihbarcılıktan vazgeçemediklerini bulmuştur. Sekreterler için ise profesyonel meslek etiği ilkeleri arasında, "Sekreter sorumluluklarını, bilgi ve becerilerini en yeterli biçimde kullanarak, yöneticisi ve örgütün çıkarlarını artırmak için güvenilir bir eleman olarak görev yapacaktır" ilkesi yer almaktadır (Ceylan 2015). Buna göre sekreterler için de örgütsel yarar sağlamak önem taşımaktadır.

Hemşire ve sekreterlerin misilleme kaygı düzeyi ise en düşük bulunmuştur. Dolayısıyla hemşire ve sekreterlerin; meslektaşlarının kendilerine cephe almaları, işlerinin tehlikeye girmesi, mesleki kariyerlerinin olumsuz etkilenmesi gibi durumlardan korkmaları ihbarcılık kararlarında daha düşük rol oynamaktadır. Yine de hemşire ve sekreterlerin misilleme kaygısı düzeyinin ölçüğe ilişkin orta değer üzerinde olduğu görülmektedir. Bir çalışmada ihbarda bulunan hemşirelerden %24'ünün cesaretinin kırıldığı veya ihbarı sürdürmemeye yönlendirildikleri bulunmuştur. Hemşirelerin %54'ü ise kariyerlerinin zedelenmesi gibi nedenlerle mağdur olmaktan korktuklarını belirtmiştir. Hemşirelerin neredeyse yarısı (%44) bir yanlış uygulamayı tekrar rapor etmeden önce tekrar düşüneceklerini belirtmiştir (Sprinks 2013). McDonald ve Ahern (2000) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada, yanlış uygulamayı ihbar etmenin birçok misillemeye yol açtığını ve ihbar etmenin çalışmadaki hemşireler için yıpratıcı bir deneyim olduğunu bulmuştur. Verschoor (2005) ise, çalışanların neredeyse yarısının (%44) gözlerinin önünde gerçekleşen yolsuzluğu, değişiklik olmayacağına inandıkları ve korktukları için ihbar etmediklerini ortaya koymuştur.

Yaş gruplarına göre hemşire ve sekreterlerin misilleme kaygısında farklılık bulunmuş ve 22-29 yaş arasındakilerin, 50 ve üstü yaştaki bireylerden daha yüksek puana sahip olduğu

görülmüştür. Daha yaşlı olan çalışanlar daha uzun süredir aynı kurumda çalışıyor olmaları nedeniyle, duygusal bağlılık geliştirdikleri arkadaşlarını ihbar ettiklerinde meslektaşlarının kendisine karşı cephe almasından endişe duyuyor olabilirler. Ayrıca, yaşı daha fazla olan çalışanlar örgütteki deneyimlerinin de katkısıyla ihbarda bulunmaları durumunda ne ile karşılaşacakları hakkında daha fazla fikre veya bilgiye sahip olabilirler. Daha genç çalışanlar ise, ihbarda bulunmaları durumunda ne ile karşı karşıya olacakları hakkında daha az fikre sahip olup, olumsuz karşılıklar alacaklarına dair daha fazla endişe duyuyor olabilirler.

İhbarcılık nedenlerinde cinsiyet açısından sadece örgütsel yarar alt boyutunda istatistiksel olarak farklılık bulunmuş ve bu farklılıkta kadınların puanının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Küçüközkan (2015) sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada, kadınların erkeklere göre, örgütsel bağlılığın boyutları olan “duygusal bağlılık” ve “normatif bağlılık” düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Örgütsel bağlılığı yüksek olan kadınların örgütsel yararı gözetmesi de beklendik bir durumdur.

Hemşire ve sekreterlerin medeni durumuna göre ihbarcılık nedenleri genel boyutunda ve ihbarcılık nedenlerinin misilleme kaygısı alt boyutunda farklılık görülmüştür. Bekâr katılımcıların misilleme kaygısı puanının evli olanların misilleme kaygısı puanından daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Gümüş (2015) de evli bireylerin problem çözme becerisi ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Buna göre, misilleme kaygısının önüne geçmek bir stresle baş etme ve problem çözme durumu olarak düşünülürse, evli çalışanların eşlerinden görebileceği manevi destek misilleme kaygısının daha düşük olmasını sağlayabilir. Ayrıca, bu çalışmada bekârların daha genç çalışanlardan oluşması da bekârların misilleme kaygısının daha yüksek çıkmasının bir nedeni olabilir.

İhbarcılık nedenlerinden ahlaki ve mesleki değerler ve örgütsel yarar alt boyutlarında lisansüstü mezunu hemşire ve sekreterler lisans mezunlarına göre daha yüksek puana sahiptir. Lisansüstü mezunlarının misilleme kaygısı ise lise ve önlisans mezunlarına göre daha düşük bulunmuştur. Bu bulgular, lisansüstü mezunu hemşirelerin aldıkları etik ile ilgili derslerin diğer mezunlara oranla daha ileri seviyede olmasının bir sonucu olabilir. Etik eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin etik becerilerine katkısını inceleyen bir çalışmada (Cannaerts et al. 2014) öğrenci ve eğitimciler göre etik eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin etik algılarını ve yansıtıcı ve analitik yeteneklerinin gelişimini artırdığı belirlenmiştir. Türkiye’de hemşirelik eğitim programlarındaki etik derslerinin mevcut durumunun incelendiği bir çalışmada (Görgülü, Dinç 2007) ise eğitimcilerin yarısından çoğunun öğrencilerin etik konusundaki teorik bilgilerini klinik tecrübelerine uyguladıklarına inandıkları ortaya konmuştur.

Hemşire ve sekreterlerin ihbarcılık nedeni genel puanı farklıdır. Misilleme kaygısı alt boyutunda sekreterlerin; diğer tüm alt boyutlarda ise hemşirelerin daha yüksek puana sahip oldukları görülmüştür. Bu durum eğitim düzeyi ile ilişkili olabilir. Eğitim düzeyi yüksek olanların çoğunluğu hemşirelerden oluşmaktadır ve hemşirelerin daha üst düzeydeki eğitimlerinde almış oldukları etik ile ilgili dersler ahlaki ve mesleki değerler boyutunu etkileyebilir. Grady ve arkadaşları (2008) hem daha ileri mesleki etik eğitimine sahip olanların hem de hizmet içi ya da sürekli eğitim görenlerin ahlaki kararlarında kendilerine daha fazla güvendikleri, daha fazla ahlaki eylemde buldukları ve etik kaynaklarını kullanma ihtimallerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur.

Görev süresine göre ihbarcılık nedeni genel puanları farklıdır. 5 yıl ve daha az süredir görevde olanlar, 16-20 yıl arasında görevde olanlardan daha yüksek genel ihbarcılık nedeni puanına sahiptir. Misilleme kaygısı alt boyutunda ise en yüksek puan 0-5 yıldır aynı görevde olanlarda, en düşük puan 21 yıl ve daha fazla aynı görevde olanlarda görülmüştür. Mesleki



deneyimi daha az olan çalışanlar ihbarda bulunmaları durumunda yönetimin veya çalışma arkadaşlarının ne tür tepkiler vereceklerini bilememeleri nedeniyle daha fazla misilleme kaygısı yaşayabilirler. Ayrıca, mesleki deneyimi daha az olanlar işlerini kaybedeceklerine dair daha fazla endişe duyabilecekleri için misilleme kaygılarının da daha yüksek olması söz konusu olabilir.

Hastanedeki çalışma süresine göre, ihbarcılık nedenleri boyutlarından örgütsel yarar ve misilleme kaygısı puanları farklılık göstermiştir. Hastanedeki çalışma süresi 21 yıl ve daha fazla olanların örgütsel yarar puanı 6-10 yıl olan çalışanlardan daha fazladır. Misilleme kaygısı puanları ise hastanedeki çalışma yılı 0-5 yıl olanların daha uzun süredir çalışanlara göre daha fazladır. Hastanede daha uzun süre çalışanların kurumlarına karşı daha fazla bağlılık ve aidiyet duygusu hissetmeleri nedeniyle, örgütsel yarar nedeninin daha yüksek olması beklendiği bir sonuçtur. Örgütte çalışma süresi arttıkça, bireyin örgütten elde ettiği faydalar artabilir. Bu durumun çalışanın bağlılığını artırabileceği belirtilmektedir (Cohen 1993). Misilleme kaygısının ise daha az süre çalışmış olanlarda yüksek olmasının nedeni, ihbarcılıkta bulunmaları durumunda kurumdan gelecek karşılıklardan emin olamamalarından kaynaklanabilir.

## VII. SONUÇ VE ÖNERİLER

İhbarcılık ile, örgüt içerisindeki yanlış davranış ve eylemlerin açığa çıkarılması nedeniyle bu davranış ve eylemlerin yayılması önlenerek hizmet sunumunda kalitenin artması ve sürdürülebilirliğinin sağlanması mümkün olmaktadır. Miceli ve Near (1992) ihbarcılığın örgüt için olumlu sonuçlarını; çalışanların güvenlik ve refahının artması, etik kodların desteklenmesi, israf ve hatalı yönetim uygulamalarının azalması, iyi niyetin sürdürülmesi ve yasal yaptırımlardan kaçınma olarak sıralamışlardır. İhbarcılık sadece örgütsel açıdan değil; örgütün insan sağlığına veya çevreye verebileceği tehlikelerin ortaya çıkarılmasını sağlayarak toplumsal açıdan da pek çok katkı sağlamaktadır.

Hastanelerde ihbarcılığa konu olan olumsuz olay veya davranışların daha somut, ciddi ve insan hayatını etkileyebilecek sonuçlar doğurabilmesi ihbarcılığın önemini artırmaktadır. Hastanelerde öncelikle hastalara zarar verecek yanlış uygulamaları azaltacak kurallar ve etik kodlar oluşturulmalı, hastane çalışanlarının bu kurallara ve yasalara uygun davranmaları teşvik edilmelidir. Dolayısıyla, yöneticiler öncelikle çalışanların ihbarda bulunma gereksinimini en aza indirmenin yollarını aramalıdır.

Hastanelerde de her ne kadar doğru ve hatasız davranma teşvik edilse bile uygunsuz davranışlar veya hatalar gerçekleşebilmektedir. Bu noktada ise, bu uygunsuz davranış ve hataları kısa sürede belirleyebilmek ve gerekli çözümleri üretebilmek için örgüt içinde etkin bir içsel ihbarcılık sistemi geliştirilmelidir. Sağlık hizmetlerinin güvenliği ve kalitesini sürdürmede ihbarcılık önemli bir faktördür. Bu nedenle hastanelerin içsel sorunları fark etmelerini ve hastalara zarar vermeden önce bu problemleri çözmelerini sağlayacak yollar araştırılmalıdır.

İyi kurulmuş ihbarcılık sistemlerinde; örgütün ve tüm çalışanların sorumlulukları açıkça belirtilmeli, çalışanlara ihbarcılığın önemi hakkında gerekli eğitimler verilmeli ve bu yönde katılımları sağlanmalı, cezalandırıcı olmayan bir tutum izlenmeli, akıcı bir geribildirim sistemi sağlanmalı ve ihbarcılık sistemi sonucunda elde edilen bulgular çalışanlarla paylaşılmalıdır. Yönetimde sorunların iletilebileceği belirli mercilerin olması ve bunların çalışanlar tarafından bilinmesi de ihbarcılığı teşvik eden bir faktördür.

Yöneticiler çalışanlar için bir rol modelidir ve yöneticilerin davranış şekilleri diğer çalışanları da o yönde davranmaya sevk edecektir. Bu nedenle öncelikle yöneticilerin yasaya

uygun ve etik davranışlar göstermesi ve ihbarcılığın önemini kavramaları gerekmektedir. Yöneticiler, etik dışı davranışların ortaya çıktığı koşullarda, etik davranışları özendirmek için liderlik etmelidirler.

Çalışmada içsel ihbarcılık niyetinin sekreterlerde, görev süresi daha az olanlarda ve eğitim düzeyi daha düşük olanlarda daha az olduğu bulunmuştur. Bu çalışanların ihbarcılık niyetlerinin düşük olma nedenleri araştırılarak, bu çalışanlara yönelik eğitimler verilebilir ve ihbarcılık konusunda ödüllendirme ve teşvikler sağlanabilir.

Örgütlerin, yasal ve etik değerleri korumak amacıyla ihbar eden çalışanlarını teşvik etmesi önemlidir. Yöneticiler ihbarda bulunanları ödüllendirerek teşvik edebilirler. İhbarcılık davranışında bulunan kişiler ödüllendirilirken, bu kişilere zarar veren kişiler cezalandırılabilir. İhbar edenleri korumak da çalışanlar açısından teşvik sağlayabilir. İhbarcının adının açıklanmaması ve yasal koruma gibi yöntemler çalışanları olumsuz karşılıklardan koruyabilir.

Çalışanlar tanık oldukları davranışın etik olmayan veya yasa dışı bir davranış olup olmadığı konusunda kararsız kalabilirler. Bu nedenle örgütler tarafından etik olmayan veya yasa dışı davranışların belirlenmesi gerekmektedir. Ayrıca örgütte ihbar etmek için gerekli koşulların neler olduğunun ve hangi kanallar aracılığı ile ihbar edeceklerinin belirlenmesi de önemlidir. Bu nedenle, ihbarcılığın ahlaki bir şekilde yapılabilmesi için suçlamanın doğru olması, güvenilir ve sağlam kanıtlara sahip olunması, ihbar edilen konunun önemli olması, iyi niyetle ve makul bir nedenle yapılması, doğru bir süreç izlenmesi doğru ihbarcılık koşulları çalışanlara anlatılmalıdır. Böylece çalışanlar ihbar ettiklerinde etik bir davranışta bulunup bulunmadıklarından emin olacaklardır.

İçsel ihbarcılık uygulamalarının, ihbar hattı, öneri ve şikâyet kutularına benzer olarak ihbar kutuları gibi formal mekanizmaları içermesi de çalışanları ihbarcılığa teşvik etmede önemli olabilir. Bunlara ek olarak, ombudsman veya insan kaynakları uzmanı gibi örgütte yer alan bir kişinin belirlenerek, örgütte endişeleri dile getirmek için açık bir iletişim süreci belirlenmelidir. Söz konusu kişiler çalışanların sıkıntılarını dinlemek, şikâyetlerini sorgulamak ve çalışanların endişelerine yöneticilerin dikkatini çekmekten sorumlu olabilirler.

Sağlık çalışanlarının mesleklerini yerine getirme esnasında karşılaştıkları olumsuz olayları insan hayatı söz konusu olması nedeniyle gönüllü olarak çözüme ulaştırmak isteyecekleri düşünülmektedir. Ancak literatürde sağlık çalışanları ihbarcılık sonucunda daha düşük pozisyona gerilemekten, işten kovulmaktan, örgüte veya iş arkadaşlarına sadakatsiz görünmekten, hasta mahremiyetini bozmaktan, meslektaşlarına zarar vermektan, hatanın sicile işlenmesinden, cezalandırılmaktan, dışlanmak ve kötü anılmaktan korkmaları ya da iş yoğunluğu ve raporlama sürecinin zor olması gibi nedenlerle ikilemede kaldıkları ve ihbar etmedikleri görülmektedir. Bu noktada, çalışanlara kötü hizmet veya yanlış uygulamanın ihbar edilmesinin, hastaları zarardan koruyabileceğinin anlatılması, korkularının giderilmesi ve ihbarcılık sürecinin kolaylaştırılması kritik öneme sahiptir.

Çalışmada misilleme korkusunun gençlerde, bekârlarda, eğitim düzeyi daha düşük olanlarda, sekreterlerde, görev süresi ve hastanedeki çalışma süresi daha az olanlarda daha fazla olduğu bulunmuştur. Yöneticiler uygun ihbarcılık süreçlerini geliştirmede gerekli şartları oluşturmak için çalışanların katılımını sağlayarak ve güçlü bir iletişim ağı kurarak çalışanların endişelerine kulak verilmelidir. Yöneticilerin endişelere açık olması ve ihbarda bulunan çalışanları destekleyeceklerini ve onları misillemeye karşı koruyacaklarını açıkça belirtmesi gerekir.

Çalışmaya katılan hemşire ve sekreterlerin ihbarcılık nedenlerinde en yüksek puan ahlaki ve mesleki değerler boyutunda elde edilmiştir. İhbarcılık nedenlerinde ikinci sırada örgütsel yarar, son sırada ise misilleme kaygısı bulunmaktadır. Bu durum arzu edilen bir sonuç gibi görünse de çalışanların ihbarcılık önündeki misilleme kaygısını en alt düzeye indirecek önlemler alınmalıdır. Yönetim tarafından oluşturulacak adil ve eşitliği sağlayan bir etik programı iş yerinde misilleme yaşanma olasılığının azalmasını sağlayabilir. Örgüt içinde misillemenin önüne geçilebilmesi için buna ilişkin yasaklar açıkça ortaya konmalıdır.

Çalışanların özellikle ayrımcılık ve misilleme ile ilgili haklarını korumak için oluşturulan tüm yasalardan haberdar olmaları da önemlidir. İhbarcılığın korunması için gerekli sistemlerin olmayışı ise çalışanlar için ihbarcılıktan caydırıcı olmaktadır. Bu nedenle, ihbarcılığın korunması sadece örgüt içinde sınırlı kalmayarak ülke genelinde gerekli yasalar çıkarılmalıdır. Bireyleri ihbarcılığın olumsuz sonuçlarından korumaya yönelik gerekli yasal ve örgütsel önlemlerin alınması mevcut çekinceleri azaltabilir. Böylelikle toplumsal ve örgütsel düzeyde etkin ihbarcılık politikaları daha kolay uygulanabilir.

Araştırma sadece Ankara'daki bir üniversite hastanesinde çalışan hemşire ve sekreterler üzerinde yapılmıştır. Bu nedenle araştırma bulguları sadece bu hastanede çalışan hemşire ve sekreterlerin düşüncelerini yansıtmaktadır. Gelecek çalışmalar ihbarcılık düzeylerinin kamu ve özel hastaneleri de kapsayacak şekilde ve diğer sağlık çalışanları için de belirlenmesine odaklanabilir.

Veri toplama aracı olarak anketin kullanılmış olması araştırmanın diğer bir sınırlılığdır. Anket ile katılımcıların incelenen değişkenlere ilişkin sübjektif yargıları değerlendirilmektedir. Ayrıca, araştırmada tüm evrene anket uygulanamamıştır ve ankete cevap verenler ile cevap vermeyenler arasında cevap yanlılığını gösteren bir karşılaştırma yapılamamaktadır.

Gelecek çalışmalar sağlık çalışanlarının ihbar edecekleri kanalları bilip bilmedikleri, endişelerini dile getirirken kendilerini ne kadar güvende hissettikleri, örgütün endişelerini dikkate alacağı konusunda ne kadar inançlı oldukları gibi konularda kapsamlı bir değerlendirmeye odaklanabilir. Çalışanların ihbarda bulunmaları durumunda ne gibi sonuçlarla karşılaştıklarının değerlendirilmesi de önemli katkılar sağlayabilir.

Kültürel faktörlerin ihbarcılık niyeti üzerindeki etkilerinin ve kültürlerarası ihbarcılık düzeylerinin incelenmesi de gelecek çalışmalar için bir araştırma önerisi olabilir. Ayrıca, ihbarcılığa etki edebilecek veya teşvik edecek diğer faktörlerin araştırılması da önemlidir.

## **KAYNAKLAR**

1. Ahern K. and McDonald S. (2002) The Beliefs of Nurses Who Were Involved in a Whistleblowing Event. **Journal of Advanced Nursing** 38(3): 303–309.
2. Aksu A., Yılmaz A. İ. ve Orçan A. (2016) Denetimde Bilgi Uçurma. **Kastamonu Eğitim Dergisi** 24(4): 1727-1748.
3. Aktan C. C. (2006) Organizasyonlarda Yanlış Uygulamalara Karşı Bir Sivil Erdem, Ahlaki Tepki ve Vicdani Red Davranışı: Whistleblowing. **Mercek Dergisi** 1(13): 1-13.
4. Alp M. (2013) **Çalışanın İşvereni ve İş Arkadaşlarını İhbar Etmesi (Whistleblowing)**. Beta Basım, İstanbul.

5. Arendt H., Dworkin R., Habermas J., Galtung J., King M. L., Rawls J. ...and Thoreau, H. D. (2000) **Kamu Vicdamına Çağrı: Sivil İtaatsizlik**. (Y. Coşar, Çev.). Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
6. Aydın U. (2002) İş Hukuku Açısından İşçinin Bilgi Uçurması (Whistleblowing). **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 2(2): 79-100.
7. Bakar Ş. (2012) Çalışanların, İş Yerlerinde Karşılaştıkları Etik Olmayan Durumları Raporlama Eğilimleri ve Bir Uygulama. **Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Bursa.
8. Baltacı A. (2016) Maarif Müfettişleri ile İlk ve Ortaokul Yönetici ve Öğretmenlerinin Bilgi Uçurma Davranışına İlişkin Görüşleri. **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi**, Ankara.
9. Başol O. ve Karatuna I. (2015) Örgütlerde Olumsuz Durumların İfşa Edilmesi ve Örgütsel İletişim İlişkisi. **Marmara Üniversitesi İİBF Dergisi** 37(2): 153-170.
10. Bayrakçı E. (2016) Örgütsel Bağlılık Düzeylerine Göre İfşa Davranışının Nitel Araştırma ile İncelenmesi: Isparta İli Örneği. **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi**, Isparta.
11. Büyükarıslan B. A. (2016) Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Whistleblowing İlişkisine Yönelik Bir Araştırma. **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Kütahya.
12. Callahan E. S. and Collins J. W. (1992) Employee Attitudes Toward Whistleblowing: Management and Public Policy Implications. **Journal of Business Ethics** 11(12): 939-948.
13. Cannaerts N., Gastmans C. and de Casterle, B. D. (2014) Contribution of Ethics Education to the Ethical Competence of Nursing Students: Educators' and Students' Perceptions. **Nursing Ethics** 21(8): 861-878.
14. Cassematis P. G. and Wortley R. (2012) Prediction of Whistleblowing or Non-reporting Observation: The Role of Personal and Situational Factors. **Journal of Business Ethics** 117 (3): 615-634.
15. Ceylan F. (2015) **Sekreterlik Teknikleri Ders Notları**. Uludağ Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Bursa.
16. Celep C. ve Konaklı T. (2012) Bilgi Uçurma: Eğitim Örgütlerinde Etik ve Kural Dışı Uygulamalara Yönelik Bir Tepki. **E-International Journal of Educational Research** 3(4): 65-88.
17. Cohen A. (1993) Age and Tenure in Relation to Organizational Commitment: A Meta-Analysis. **Basic and Applied Social Psychology** 14(2): 143-159.
18. Çakmakçı M. ve Akalın E. (2011) **Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya**. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
19. Çiftci B. (2017) Türkiye’de Toplumsal Kültürün Örgütlerde İhbarcılık Üzerine Etkisi: Hofstede’in Kültürel Boyutlar Teorisi Bağlamında Bir Değerlendirme. **International Journal of Academic Value Studies** 3(10): 147-166.

20. Çiftçioğlu B. A. (2011) “**Örgüt Kültürü ve Etik**”. **İşletme Etiği**. Sabuncuoğlu Z. (ed.). Beta Basım, İstanbul.
21. Çiğdem S. (2012) Büro Yönetiminde Whistleblowing ve Etik İlişkisi. G. Yakut, G. Tonguç, A. Özkanan, O. Daban (Haz). **11. Ulusal Büro Yönetimi ve Sekreterlik Kongresi**, ss. 64-75, Isparta.
22. Damışman S. A. (2012) Sosyal Bir Sorumluluk Olarak İhbarcılık. **İş Ahlakı Dergisi** 5(2): 227-233.
23. Dasgupta S. and Kesharwani A. (2010) Whistleblowing: A Survey of Literature. **The IUP Journal of Corporate Governance** 9(4): 57-70.
24. Davis J. A. and Konishi E. (2007) Whistleblowing in Japan. **Nursing Ethics** 14(2): 194-202.
25. De Graaf G. (2010) A Report On Reporting: Why Peers Report Integrity and Law Violations in Public Organizations. **Public Administration Review** 70(5): 767-779.
26. Demiral N. (2008) Bir Hastanede Islığı Çalmak. **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi** 7(26): 128-137.
27. Demirtaş Ö. (2014) İşyerlerinde Olumsuz Durumları İfşa Etmenin Etik İklim Üzerindeki Etkisi: Yıldırma Algısının Moderatör Rolü. **İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi** 43(1): 136-156.
28. Deniz Değer B., Şahin S. ve Serez Arslan B. (2012) Büro Çalışanlarının Bireycilik-Kolektivizm Eğilimleri ile Bilgi Uçurma (Whistleblowing) Davranışları Arasındaki İlişki. G. Yakut, G. Tonguç, A. Özkanan, O. Daban (Haz). **11. Ulusal Büro Yönetimi ve Sekreterlik Kongresi**, ss. 312-319. Isparta.
29. Dursun S., Bayram N. ve Aytaç S. (2010) Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. **Sosyal Bilimler Dergisi** 8(1): 1 -14.
30. Esen E. ve Kaplan H. A. (2012) İşletmelerde Ahlaki Olmayan Davranışların Duyurulması (Whistleblowing). **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 14(2): 33-52.
31. Evans S. M., Berry J. G., Smith B. J., Esterman A., Selim P., O’Shaughnessy, J,... and DeWit, M (2006) Attitudes and Barriers to Incident Reporting: A Collaborative Hospital Study. **Quality and Safety in Health Care** 15(1): 39-43.
32. Faunce T., Bolsin S. and Chan W. P. (2004) Supporting Whistleblowers in Academic Medicine: Training and Respecting the Courage of Professional Conscience. **Journal of Medical Ethics** 30(1): 40-43.
33. Firtko A. and Jackson D. (2005) Do the Ends Justify The Means? Nursing and the Dilemma of Whistleblowing. **Australian Journal of Advanced Nursing** 23(1): 51–56.
34. Fleddermann C. B. (2012) **Engineering Ethics** (Fourth Edition). Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River.

35. Fletcher J. J., Sorrell J. M. and Silva M. C. (1998) Whistleblowing As a Failure of Organizational Ethics. **The Online Journal of Issues in Nursing** 3(3): 3.
36. Gallagher A. (2010) Whistleblowing: What Influences Nurses' Decisions on Whether to Report Poor Practice? **Nursing Times** 106(4): 22–25.
37. Gerçek H. (2005) Mühendislikte Etik Sorunların Ele Verilmesi. **Madencilik** 44(4): 29-38.
38. Görgülü R. S. and Dinç L. (2007) Ethics in Turkish Nursing Education Programs. **Nursing Ethics** 14(6): 741-752.
39. Grady C., Danis M., Soeken K. L., O'Donnell P., Taylor C., Farrar A. and Ulrich C. M. (2008) Does Ethics Education Influence the Moral Action of Practicing Nurses and Social Workers? **The American Journal of Bioethics** 8(4): 4-11.
40. Gümüş H. (2015) Evli Bireylerin Sosyal Destek Düzeyleri ile Yaşam Doyumları ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. **Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi** 4(3): 150-162.
41. Güneş İ. ve Arslan F. (2008) Sekreterlikte Mesleki Etiğe Genel Bir Bakış: Kamu ve Özelde Bir Araştırma. **7. Ulusal Büro Yönetimi ve Sekreterlik Kongresi Bildiri Kitabı**, Trabzon.
42. Hussmann K. (2011) **Adressing Corruption in the Health Sector; Securing Equitable Access to Health Care for Everyone**. Anti-Corruption Resource Centre, Bergen.
43. Jackson D., Peters K., Andrew S., Edenborough M., Halcomb E., Luck L., Salamonson Y. and Wilkes L. (2010) Understanding Whistleblowing: Qualitative Insights from Nurse Whistleblowers. **Journal of Advanced Nursing** 66(10): 2194–2201.
44. Jackson D., Hickman L. D., Andrew S., Smith J., Potgieter I., Cleary M. and Peters K. (2014) Whistleblowing: An Integrative Literature Review of Data-Based Studies Involving Nurses. **eContent Management Pty Ltd. Contemporary Nurse** 48(2): 240-252.
45. Kartaltepe Behram N. (2015) **Örgütsel Politika ve Etik Olmayan Davranış Bildirimi**. Beta Basım, İstanbul.
46. Kaya S., Barsbay S. and Karabulut E. (2010) The Turkish Version of the Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties and Baseline Data. **Quality and Safety in Health Care** 19(6): 572-577.
47. Kızıлтаş A. (2015) İzmir İli İlkokul Öğretmenlerinin Algılarına Göre Bilgi Uçurma ve Örgütsel Bağlılık İlişkileri. **Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İzmir.
48. Kidder D. L. and Parks J. M. (2001) The Good Soldier: Who is She? **Journal of Organizational Behavior** 22(8): 939–959.

49. Kingston M. J., Evans S. M., Smith B. J. and Berry J. G. (2004) Attitudes of Doctors and Nurses Towards Incident Reporting: A Qualitative Analysis. **Medical Journal of Australia** 181(1): 36–39.
50. Küçüközkan Y. (2015) Örgütsel Bağlılık ile Cinsiyet Arasındaki İlişki: Hastanelerde Çalışan Sağlık Personeli Üzerinde Bir Araştırma. **Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi** 1(1): 14-37.
51. Lachman V. D. (2008) Whistleblowers: Troublemakers or Virtuous Nurses? **Dermatology Nursing** 20(5): 390–393.
52. Lawton R. and Parker D. (2002) Barriers to Incident Reporting in a Healthcare System. **Quality and Safety in Health Care** 1(1): 15-18.
53. Mannion R. and Davies H. T. (2015) Cultures of Silence and Cultures of Voice: The Role of Whistleblowing in Healthcare Organisations. **International Journal of Health Policy and Management** 4(8): 503–505.
54. Mercan N., Altınay A. ve Aksanyar Y. (2012) Whistleblowing (Bilgi İfşası, İhbar) ve Yolsuzlukla Mücadelede İç Denetimin Değişen ve Gelişen Rolü. **Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi** 4(2): 167-176.
55. Mesmer-Magnus J. R. and Viswesvaran C. (2005) Whistleblowing in Organizations: An Examination of Correlates of Whistleblowing Intentions, Actions, and Retaliation. **Journal of Business Ethics** 62(3): 277–297.
56. Miceli M. P., Dozier J. B. and Near J. P. (1991) Blowing the Whistle on Data Fudging: A Controlled Field Experiment. **Journal of Applied Social Psychology** 21(4): 271-295.
57. Miceli M. P. and Near J. P. (1984) The Relationships among Beliefs, Organizational Position, and Whistle-Blowing Status: A Discriminant Analysis. **The Academy of Management Journal** 27(4): 687-705.
58. Miceli M. P. and Near J. P. (1992) **Blowing the Whistle: The Organizational and Legal Implications for Companies and Employees**. Lexington, New York.
59. Miceli M. P. and Near J. P. (2005) Standing up or Standing by: What Predicts Blowing the Whistle on Organizational Wrongdoing? **Research in Personnel and Human Resources Management** 24: 95–136.
60. Moore C., Detert J. R., Klebe Trivino L., Baker V. L. and Mayer D. M. (2012) Why Employees Do Bad Things: Moral Disengagement and Unethical Organizational Behavior. **Personnel Psychology** 65(1): 1-48.
61. Nartgün Ş. S. ve Kaya, A. (2017) Öğretmenlerin Bilgi Uçurma Davranışları ve Bilgi Uçurma Nedenleri ile Bireysel Değerleri Arasındaki İlişki. **International Journal of Social Science** 54(1): 65-89.
62. Nader R., Petkas P. and Blackwell K. (1972) Whistle Blowing. Nicholas M Rongine (Ed.), Toward a Coherent Legal Response to the Public Policy Dilemma Posed by Whistleblowing. **American Business Law Journal** 23(2): 281-297.
63. Nayır D. Z. (2012) **Kurumsal Etik ve Whistleblowing**. Pozitif Yayıncılık, İstanbul.

64. Near J. P. and Miceli M. P. (1985) Organizational Dissidence: The Case of Whistle-blowing. **Journal of Business Ethics** 4(1): 1-16.
65. Near J. P. and Miceli M. P. (1996) Whistle-blowing: Myth and Reality. **Journal of Management** 22(3): 507-526.
66. Near J. P., Rehg M. T., Van Scotter J. R. and Miceli M. P. (2004) Does Type of Wrongdoing Affect the Whistle-Blowing Process? **Business Ethics Quarterly** 14(2): 219-242.
67. Özdemir N. E. (2015) Whistleblowing (Bilgi İfşasının) Örgütsel Güvene Etkileri Üzerine Bir Alan Araştırması. **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Kütahya.
68. Özgener Ş., Tanç A. ve Ulu S. (2009) “Çalışma Yaşamında Sorun Bildirme Sistemi”. **Çalışma Yaşamında Davranış Güncel Yaklaşımlar**. İçinde: Keser A., Yılmaz G., Yürür S. (ed.). Umuttepe Yayınları, Kocaeli.
69. Özler D. E., Şahin M. D. ve Atalay C. G. (2010) Teorik Bir Çerçeve de Whistleblowing-Etik İlişkisi. **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 11(2): 169-194.
70. Pitt G. (1996) “Rights and Employee Rights, The Case of Free Speech”. In C. Gearty and A. Tomkins (eds.) **Understanding Human Rights**, pp: 393-394. Pinter Publishing, London.
71. Poorchangizi B., Farokhzadian J., Abbaszadeh A., Mirzaee M. and Borhani F. (2017) The Importance of Professional Values from Clinical Nurses’ Perspective in Hospitals of a Medical University in Iran. **BMC Medical Ethics** 18(1): 20.
72. Royal College of Nursing (2011) **Nurses Still Afraid to Blow the Whistle**. [https://www2.rcn.org.uk/newsevents/press\\_releases/uk/nurses\\_still\\_afraid\\_to\\_blow\\_the\\_whistle\\_-\\_rcn](https://www2.rcn.org.uk/newsevents/press_releases/uk/nurses_still_afraid_to_blow_the_whistle_-_rcn), Erişim Tarihi: 30.1.2016.
73. Sağlık Bakanlığı (2016a) **Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane**. Pozitif Matbaa, Ankara.
74. Sağlık Bakanlığı (2016b) **Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Veri Seti/v 1.1**. Pozitif Matbaa, Ankara.
75. Sağlık Bakanlığı (2016c) **Güvenlik Raporlama Sistemi 2016 Yılı İstatistik ve Analiz Raporu**. [http://grs.saglik.gov.tr/BM/Reports/GRS2016rapor\\_R1.pdf](http://grs.saglik.gov.tr/BM/Reports/GRS2016rapor_R1.pdf), Erişim Tarihi: 15.01.2017.
76. Sayğan S. (2011) Whistleblowing ve Örgütsel Etik İklimi İlişkisi Üzerine Bir Uygulama. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Konya.
77. Sayğan S. ve Bedük A. (2013) Ahlaki Olmayan Davranışların Duyurulması (Whistleblowing) ve Etik İklimi İlişkisi Üzerine Bir Uygulama. **Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 28(1): 1-23.



78. Sayım F. (2015) Sağlık Sektöründe Etik Dışı Alana Girebilecek Yaygın Uygulamalar ve Sınıflandırılması. **Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler** 15(1): 57-65.
79. Seren İntepeler Ş. ve Dursun M. (2012) Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 15(2): 129-135.
80. Sims R. L. and Keenan J. P. (1998) Predictors of External Whistleblowing: Organizational and Intrapersonal Variables. **Journal of Business Ethics** 17(4): 411-421.
81. Smith H. J., Keil M. and Depledge G. (2001) Keeping Mum as the Project Goes Under: Toward an Explanatory Model. **Journal of Management Information Systems** 18(2): 189-227.
82. Sorra J., Nieva V., Fastman B. R., Kaplan H., Schreiber G. and King M. (2008) Staff Attitudes about Event Reporting and Patient Safety Culture in Hospital Transfusion Services. **Transfusion** 48(9): 1934-1942.
83. Sprinks J. (2013) Calls for Whistleblowing Lead and Standardised Policy at Every Trust. **Nursing Standard** 27(44): 11.
84. Strayer R. J., Shy B. D. and Shearer P. L. (2014) A Novel Program to Improve Patient Safety by Integrating Peer Review into the Emergency Medicine Residency Curriculum. **Journal of Emergency Medicine** 47(6): 696-701.
85. Şerifoğlu U. K. ve Sungur E. (2007) Kazaların Habercileri: Kaza Habercisi Olayların Yönetimi ve Sağlık & Güvenlik Kültürü İlişkisi. **IV. İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri**. MMO Yayınları, Adana.
86. Tak B. (2010) Hastanelerde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların Raporlanması: Türkiye, Azerbaycan, Bosna, Arnavutluk, Lübnan ve Suriye'yi Kapsayan Karşılaştırmalı Bir Araştırma. H. Kırılmaz (Ed.). **II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi**, ss. 413-414, Ankara.
87. Taş F. (2015) Özel ve Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin İzharçılık (Whistleblowing) Tutumları Üzerine Bir Çalışma. **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Isparta.
88. Toker Gökçe A. (2014) Okullarda Bilgi Uçurma: İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılık İlişkisi. **Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi** 22: 261-282.
89. **Türkçe Sözlük** (2011) Türk Dil Kurumu, Ankara.
90. Uyar S. ve Yelgen E. (2015) Bilgi İfşası (Whistleblowing) ve Denetim. **Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi** 13(1): 85-106.
91. Vadera A. K., Aguilera R. V. and Caza B. B. (2009) Making Sense of Whistleblowing's Antecedents: Learning from Research on Identity and Ethics Programs. **Business Ethics Quarterly** 19(4): 553-586.
92. Verschoor C. C. (2005) Is This the Age of Whistleblowers? **Strategic Finance** 86(7): 17-18.

93. World Health Organisation (WHO). (2005) **Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems**. World Health Organisation, Geneva.
94. Yılmaz E. G. (2009) Kurumsal İletişim ve Prensiplere Dayalı Kurumla Uyuşmazlık Davranışı: Whistleblowing. **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Uluslararası Davraz Kongresi**, ss. 1455-1477, Isparta.
95. Yılmaz A. İ. (2014) Whistleblowing ile İşten Ayrılma Niyeti İlişkisinde Örgüt Kültürünün Rolü. **Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
96. Yılmaz, N. (2015) Kadın Girişimciliğinde Yöneltil Etik Değerler ve İfşa (Whistleblowing): Mersin İlinde Uygulamalı Bir Araştırma. **Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Mersin.
97. Yurtsever G. (2000) **Şirket Etik Kodu, Hazırlanışı, Uygulanışı ve İçeriği**. Barış Platin Kitabevi, Ankara.
98. Yürür S. ve Nart S. (2016) Örgütsel Adalet Algısı Kamu Çalışanlarının İhbar Etme Niyetinin Belirleyicisi midir? **Amme İdaresi Dergisi** 49(3): 117-148.



## Poliklinik Mesai Başlangıç Gecikmelerinde Kademeli Kısa Mesaj (SMS) Kullanımı

Murat ALPER\*  
Elif ÖZYURT\*\*  
Deniz UĞURLU\*\*\*  
Dinçer YETİŞ\*\*\*\*  
Şeyda KUDAŞ\*\*\*\*\*  
Esra ENGİN\*\*\*\*\*

### ÖZ

*Bu çalışmada, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Poliklinik Hizmetlerinde mesai başlangıcındaki gecikmelerde kısa mesaj (SMS) uygulaması ile hasta muayene bekleme süresini en aza indirilmesini sağlamak, poliklinik mesai başlangıç süre takip sürecini kolaylaştırmak, hasta-doktor, doktor-idari birimler arasındaki oluşabilecek olumsuz iletişimleri ve hasta şikâyetlerini azaltarak, hasta memnuniyetini arttırmak amaçlanmıştır. Çalışma kesitsel nitelikte olup, 1 Mart-30 Nisan 2017 tarihleri arasında Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi poliklinik mesai başlangıcında kademeli kısa mesaj (SMS) uygulaması kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Belirtilen tarihlerde yapılan poliklinik muayene başlama saat ortalamaları ve SMS analizleri Microsoft Excel programında analiz edilmiştir. Poliklinikte sabah ilk hasta muayene kabulü gecikmelerinde kademeli olarak 10'ar dakika aralıklar ile uzman doktora, klinik idari sorumlu doktoruna, polikliniklerden Sorumlu Başhekim Yardımcısına SMS hatırlatma mesajı gönderilmektedir. Çalışma sonucunda, az maliyetli, basit güncel teknoloji (cep telefonu - SMS) kullanılarak 08:30 olarak bildirilen poliklinik muayene başlama saatlerinin saat 08:55'den 08:26'a düştüğü görülmüştür. Hasta memnuniyet oranında %3,5 lük bir artışın olduğu tespit edilmiştir.*

**Anahtar Kelimeler:** Hasta Memnuniyeti, Cep Telefonu SMS, Poliklinik Muayene Başlama Saati

### Use of Steppe Short Message (SMS) in The Starting Length of The Policlinic

#### ABSTRACT

*In this study, it is aimed to minimize the waiting time of patient examination by short message (SMS) application at the beginning of working hours at Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital Policlinic Services, to facilitate the follow-up period of the outpatient clinic, communication and patient complaints, and to increase. The study was cross-sectional and conducted between 1 March - 30 April 2017 at the beginning of outpatient clinic of Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital using SMS (SMS) application. Policlinic examination start hour averages and SMS analyzes performed on the specified dates were analyzed in Microsoft Excel program. At the policlinic, SMS reminder message is sent to the specialist physician, clinic administrative responsible doctor, policlinic in the morning at the first patient examination acceptance delays gradually every 10 minutes intervals. As a result of the study, it was observed that the starting hours of policlinic examination reported as 08:30 using low cost, simple current technology (mobile phone - SMS) decreased from 08:55 to 08:26. Patient satisfaction rate was found to be increased by 3.5%.*

**Keywords;** Patient Satisfaction, Mobile Phone SMS, Policlinic Exam Start Time

\* Prof. Dr., Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, muratalper70@gmail.com

\*\* Hemşire, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, elifdoruk85@hotmail.com

\*\*\* Tıbbi Teknolog, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, denizmdb2002@gmail.com

\*\*\*\* Uz. Dr., Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, dinceryetis06@hotmail.com

\*\*\*\*\* Uz. Dr., Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, seydakudas@yahoo.com

\*\*\*\*\* Hemşire, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, esra\_engin06@hotmail.com

## I. GİRİŞ

Dünyada özellikle son 30 yılda yaşanan gelişmeler, sağlık hizmetlerinin gözden geçirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Yüksek teknoloji ürünlerinin sağlık hizmetlerine damgasını vurmasıyla birlikte, hizmetlerin sınırlarında, kalitesinde ve buna bağlı olarak hizmeti talep edenlerin beklentilerinde önemli artışlar olmuştur. Bunun yanı sıra bu gelişmeler, sağlık hizmetlerinde yapılan harcamaların giderek yükselmesiyle sonuçlanmıştır. Bu durum, ülkeleri kendi sağlık sistemlerini gözden geçirmeye, hizmet etkinliğini gözden geçirmeye ve hasta beklentilerini sorgulamaya mecbur etmiştir (Yıldız, Yalman 2015). Buna yönelik olarak da, Türkiye’de 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı hayata geçirilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel amacı; “*Herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmetinin, etkili, kaliteli, verimli, hakkaniyetli ve maliyeti etkin şekilde, hasta ve çalışan memnuniyetinin ön planda tutularak verilmesi*” dir (Sağlık Bakanlığı 2017).

Hastaneler birden çok fonksiyonun bir arada bulunduğu kompleks işletmelerdir. Sağlık sektörü günümüzde büyük değişim içerisindedir. İnsan sağlığına hizmet etmek amacıyla günümüzde pek çok hastane, teknolojinin kendilerine sağladığı imkânları kullanarak, kaliteli ve güvenli hizmet sunmak için çeşitli çalışmalar yapmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmeti sunumunun hasta ve çalışanların beklentileri göz önüne alınarak güncel bilgi ve iletişim teknolojilerin de kullanımı ile verilmesi gerekmektedir (Engiz 1999).

Teknoloji alanındaki önemli gelişmeler; özellikle bilişim teknolojisindeki gelişmeler ve sunduğu yeni imkânlar toplumsal ve ekonomik yapıyı değiştirdiği gibi hizmet işletmesi olan hastaneleri de önemli ölçüde değiştirmiştir. Yeni teknoloji kullanımı, her yeniliğin yol açtığı gibi yeniden yapılanma ve her alanda işlevlerin değişimini zorunlu kılmıştır (Tekin, Akolaş 2005).

Hastane yönetimlerinin söz konusu değişiklikleri algulamaları ve hastaneleri bu doğrultuda yönlendirmeleri, her geçen gün daha karmaşık olmaktadır. Bilgi teknolojileri alanındaki hızlı değişime uyum sağlamanın ve mevcut teknolojilerden yararlanmayı zorunlu hale geldiği günümüzde daha iyi sağlık hizmeti verebilmek için bilgi ve verilerin toplanması, kullanılması, paylaşılabilmesi ve bilgi üretiminin standart yöntemlerle gerçekleştirilmesi, üretilen bilgiden en üst düzeyde yararlanmayı sağlamak temel hedefleri olmalıdır. Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) ile ham verinin, kullanıma ve değerlendirmeye hazır bilgiye dönüştürülmesi önemlidir.

Hastaların kaliteli hizmet beklentisi, sağlık sektöründe yaşanan değişimin beraberinde getirdiği artan rekabet ortamı sağlık hizmetlerinde kalite odaklı modern yönetim anlayışını zorunlu hale getirmiştir. Çağdaş yönetim anlayışı olarak kabul edilen Kalite Yönetimi sadece bireysel başlıklarla ilgilenmemekte, sistemin içerisinde sürekli ilerlemeyi de öngörmektedir. Teknoloji ile birlikte bir taraftan sağlık hizmetlerinde daha kompleks tanı ve tedavi cihazları ile uygulamalar gündeme gelirken, diğer taraftan hastaların daha hızlı ve etkin hizmet almasını sağlayacak e-mail, SMS ya da internet sistemleri de kullanılabilir (Karaca, Burçoğlu 2014).

SMS, sağlık sektöründe genel mesajlaşma için çok uygundur. Her yerde bulunabilen bir platform olarak, randevu hatırlatmaları ve değişiklikleri, genel tedavi ve aktivite hatırlatmaları, yer bildirim ve bekleme zamanı uygulamaları için yaygın kullanılır (Tezcan 2016).

Çalışma kapsamındaki hastanede hasta bilgilendirme, tetkik sonuçları ve randevu hatırlatma ile ilgili kısa mesaj (SMS) bilgilendirilmesi yapılmaktadır. Hastane de yenilikçi bir anlayışla ayaktan teşhis ve tedavi hizmetleri sunulan polikliniklerde ilk hasta muayene

kabul saatlerindeki gecikmelerde, ilgili hekim ve idari sorumlusuna “Kademeli Kısa Mesaj (SMS) Gönderme” uygulamasıyla önceki durum ve SMS sonrası durum analiz edilmiştir.

Poliklinik ilk hasta muayene kabul saatlerinde, az maliyetli basit güncel teknolojiyi (cep telefonu-SMS) kullanarak, zamanın etkin ve verimli kullanılabilmesi, hasta memnuniyetinin artırılabilmesi, hasta, idari sorumlular ve poliklinik çalışanları arasında yaşanabilecek olumsuz olaylarının önlenmesi ve sağlık hizmetini kolay ve hızlı hale getirilmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

## II. GEREÇ VE YÖNTEM

Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde “Kademeli Kısa Mesaj (SMS) Gönderme” uygulamasıyla; poliklinik yapan uzman hekim 08:30 da ilk hastanın HBYS’den muayene kabulü başlamadığında sırayla; 10 dakika arayla sorumlu uzman doktora, klinik idari sorumlusuna ve poliklinikten sorumlu baştabip yardımcısına kademeli SMS uyarı mesajı gitmektedir.

Bu uygulama Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki, farklı mekânda bulunan merkez ve semt polikliniklerin tamamında yapılmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Poliklinik Oda Sayıları**

Poliklinikler	Poliklinik Oda Sayısı
Merkez Poliklinik	72
Mevki Poliklinik	61
Hasköy Semt Polikliniği	14
Pursaklar Semt Polikliniği	12
İskitler Semt Polikliniği	1
Şentepe Semt Polikliniği	6
Anıttepe Semt Polikliniği	5
Çiğiltepe Semt Polikliniği	2
Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)	1
<b>Genel Toplam</b>	<b>174</b>

Çalışmanın yapıldığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi 770 yataklı, 68 yoğun bakım yatağı, 29 ameliyathane, yoğun bakım hizmetleri ve acil hizmetleri ile toplamda 174 ana dal ve yan dal polikliniğe sahip bir kurumdur.

Hastaneye poliklinikten başvuran hasta sayısı, günlük ortalama 9000’dir. Hastane yönetimi, Sağlık kurulu poliklinikleri hariç poliklinik ilk muayene kabul saatini 08:30, Sağlık Kurulu polikliniğinde ise 09:00 olarak belirlemiştir. Öğleden sonra muayene kabul saati ise 13:30 olarak belirlenmiştir. Çalışma saatleri tüm personele imza karşılığında tebliğ edilmiş, hastalara poliklinik panolarında ve web sayfasından duyurulmuştur. Kademeli SMS uygulama çalışması, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma hastanesi üst yönetimin desteği ve izni alınarak başlamıştır.

İlk aşama; poliklinik hizmetlerinin düzenli işleyiş kontrolü merkez ve semt polikliniklerinde, polikliniklerden sorumlu başhekim yardımcısı veya poliklinik sorumlu doktorunun kontrolü ile sağlanmaktadır. Hizmet sürecinde farklı bölümlerde, farklı günlerde poliklinik sabah ilk hasta muayene kabulünde aksaklıkların olduğu tespit edilmiş, her gün kontrol edilmesine ihtiyaç duyulmuştur. Hizmet verilen alanın büyük olması ve hizmet alanının hızlı ve her gün düzenli değerlendirilmesine yönelik zorlukların olması, zaman ve

işgücü kaybı olması, standart ve geribildirim verebilecek bir takip sisteminin olmaması nedeniyle alternatif uygulama yapılması ihtiyacı doğmuştur. Cep telefonu teknolojilerinin kullanılıp kullanılmayacağı konusunda hizmet alınan bilgi işlem firması ile ön çalışma yapılmasına karar verilmiştir.

İkinci aşama; Kurumun hizmet aldığı bilgi işlem firması ile yapılan görüşmede, Hastane Üst Yönetiminin isteğiyle HBYS'den alınacak verilerin kullanılarak, analizlerini yapılabilecek, poliklinik açılışında gecikmelerde otomatik olarak ilgili kişilere SMS gönderilebilecek bir sistem oluşturulması, maliyetlerinin araştırılarak, sonucunun değerlendirilip uygunsu çalışmaların başlatılması kararı verilmiştir.

SMS uygulaması maliyet araştırması, günlük poliklinik hizmet veren uzman hekim sayıları dikkate alınarak yapılmıştır. Uygulamanın maliyeti; 500.000 adet SMS'i içeren paketin SMS başına yaklaşık 2 kuruş, toplamda KDV dahil 10.000 TL olduğu tespit edilmiştir. SMS'lerin, paket şeklinde alınmasının maliyet açısından çok uygun olduğu saptanmış ve uygulamaya başlanmasına karar verilmiştir.

Üçüncü aşama; Uygulama öncesi hazırlıklarda; eşzamanlı olarak bilgi işlem firması tarafından HBYS verilerinin alt yapısının düzenlenme çalışması yapılırken, sisteme entegrasyonu için hastane personel servisinden tüm hekimlerin, idari sorumluların, başhekim yardımcılarının cep telefonu numara listeleri alınmış, iletişim bilgileri güncellemesi yapılmış ve konu ile ilgili sistemde yer alacak kişilere bilgilendirme yapılmıştır.

Dördüncü aşama; Bilgi sistemleri altyapısı düzenlenmiş, standart formatta SMS içeriği hazırlanmış, pilot uygulama yapılarak sistemin doğru çalışıp çalışmadığı kontrol edilmiştir.

Beşinci aşama; "Kademeli Kısa Mesaj (SMS) Gönderme" uygulaması tüm poliklinikler için kullanılmaya başlanmıştır. İki ayın sonucunda yapılan değerlendirmede uygulama uyarıcı bir etki yarattığı ve poliklinik hizmetlerine zamanında başladığı belirlenmiştir. Sistem üzerinden sonuçların aylık analizi yapılarak, değerlendirilmesine karar verilmiştir.

### III. UYGULAMA

Poliklinik hizmetlerinde, poliklinik başlangıç saatlerindeki gecikmelerde HBYS üzerinden oluşturulan sistemle, otomatik olarak ilgili hekim ve birim sorumlularının cep telefonlarına SMS gönderilerek "Kademeli SMS Gönderme" uygulaması yapılmaktadır (Şekil 1).

İlk Mesaj; Poliklinikte hizmet veren hekime standart formatta hazırlanan içerikle hatırlatma yapılır.

İkinci Mesaj; 10 dakika sonra poliklinik hizmete başlamamışsa, ilgili kliniğin klinik idari sorumlu hekime poliklinik geç başlangıcı ile ilgili bilgiler gönderilir.

Üçüncü Mesaj; İkinci mesajdan 10 dakika sonra poliklinik hizmete başlamamışsa, mesaj polikliniklerden sorumlu başhekim yardımcısına gönderilmektedir.

**Şekil 1. Kademeli SMS Mesaj Uygulama Aşamaları**

<b>1.MESAJ</b> 08:30'da İlk Hasta Muayeneye Alınmamışsa	<b>2.MESAJ</b> 08:40'da İlk Hasta Muayeneye Alınmamışsa	<b>3.MESAJ</b> 08:50'da İlk Hasta Muayeneye Alınmamışsa
<b>Uzman doktor</b>	<b>Klinik İdari Sorumlusu</b>	<b>Başhekim Yardımcısı</b>
Sn. Uz. Dr. ....Bugün saat 08:30 itibariyle MERKEZ BİNA Dahiliye Plk-2 polikliniğinde hasta muayene işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize	Sn. Prof. Dr. ... Bugün saat 08:40 itibariyle MERKEZ BİNA Dahiliye Plk-2 polikliniğinde hasta muayene işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize	02.03.2017 tarihinde saat 08:50 itibariyle muayene kabulü yapılmamış MERKEZ BİNA poliklinik listesi: Genel Cerrahi Polikliniği, Dahiliye 2 Plk, Fizik Tedavi Plk,

**IV. BULGULAR**

Çalışma 01.03.2017- 30.04.2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar kliniklere ve doktorlara SMS mesajı dışında idare tarafından hiçbir şekilde ek uyarıcı yazı gönderilmeden sağlanmış sonuçlardır. Poliklinik muayene başlama saat ve SMS ortalamaları Microsoft Excel programında sayı ve yüzde olarak analiz edilmiştir.

**Tablo 2. Poliklinik Muayene Başlama Saatlerinin SMS öncesi ve SMS Sonrası Ortalama Başlama Saatlerinin Polikliniklere Göre Dağılımı**

<b>Poliklinikler</b>	<b>SMS Öncesi</b>			<b>SMS Sonrası</b>			<b>SMS Öncesi ve Sonrası Fark</b>
	<b>Ocak</b>	<b>Şubat</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Mart</b>	<b>Nisan</b>	<b>Ortalama</b>	
Merkez	08:47	08:14	08:30	08:13	08:29	08:21	<b>00:09</b>
Mevki	09:07	09:02	09:04	08:28	08:19	08:23	<b>00:41</b>
Hasköy	08:35	08:35	08:35	08:30	08:24	08:27	<b>00:08</b>
Pursaklar	08:49	08:39	08:44	08:35	08:25	08:30	<b>00:14</b>
İskitler	08:40	08:34	08:37	08:41	08:11	08:26	<b>00:11</b>
Şentepe	08:53	08:50	08:51	08:29	08:23	08:26	<b>00:25</b>
Anıttepe	08:52	08:43	08:47	08:37	08:26	08:31	<b>00:16</b>
Çiğiltepe	09:42	09:32	09:37	09:13	08:45	08:59	<b>00:38</b>
TRSM	09:03	10:02	09:32	08:31	08:32	08:31	<b>01:01</b>
<b>Toplam Ortalama</b>	<b>08:56</b>	<b>08:54</b>	<b>08:55</b>	<b>08:35</b>	<b>08:26</b>	<b>08:30</b>	<b>00:24</b>

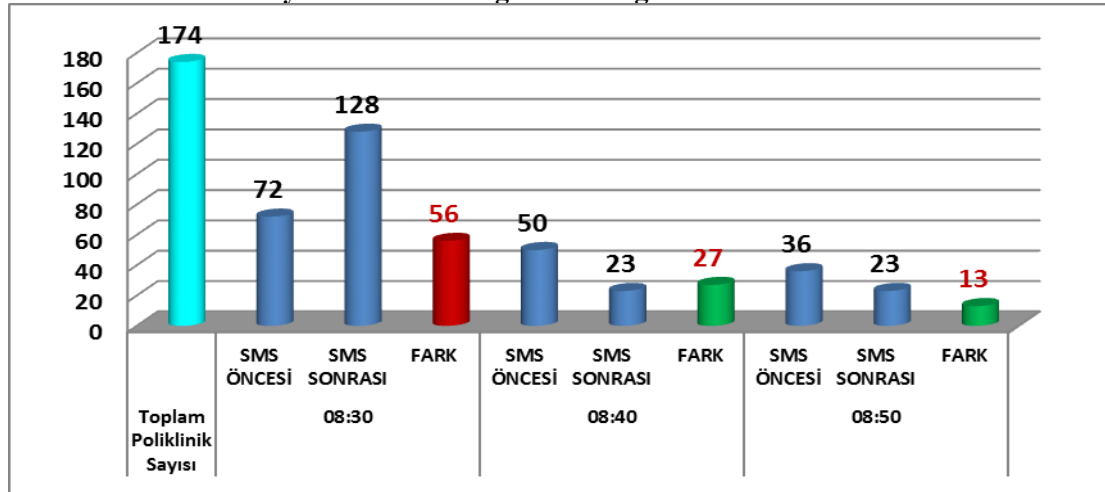
Tablo 2' de polikliniklere göre poliklinik muayene başlama saatlerinin SMS öncesi ve SMS sonrası ortalama başlama saatlerinin dağılımları ve kademeli SMS uygulamasının etkisi görülmektedir. Poliklinik muayene başlama saatleri 08:30 olarak bildirilen muayene başlama saatleri kademeli SMS uygulama öncesi ortalama 08:55 iken, kademeli SMS uygulaması sonrası ortalama 08:30 saate düştüğü ve muayene başlama saatinin ortalama 00:24 dakika öne çekildiği görülmüştür.



**Tablo 3. Kademeli SMS Uygulamasının Poliklinik Muayene Başlama Saatinin Polikliniklere Göre SMS Öncesi Ve SMS Sonrası 08:30/ 08:40/ 08:50 ve Üzeri Saatlere Göre Dağılım ve Etkisi**

Poliklinik Adı	08:30'den Önce Açılan Poliklinik Sayısı			08:31-08:40 Arası Açılan Poliklinik Sayısı			08:41-08:50 Ve Üzeri Açılan Poliklinik Sayısı		
	SMS Öncesi	SMS Sonrası	Ortalama	SMS Öncesi	SMS Sonrası	Ortalama	SMS Öncesi	SMS Sonrası	Fark
Merkez	54	61	7	10	7	3	8	4	4
Mevki	11	35	24	19	12	7	15	14	1
Hasköy Semt	3	11	8	8	1	7	3	2	1
Pursaklar Semt	2	9	7	8	2	6	2	1	1
İskitler Semt	-	1	1	1	-	1	-	-	-
Şentepe Semt	-	5	5	3	1	2	3	-	3
Anıttepe Semt	-	3	3	1	-	1	4	2	2
Çiğiltepe	-	2	2	-	-	-	-	-	-
TRSM	-	1	1	1	-	1	-	-	-
<b>Genel Toplam</b>	<b>72</b>	<b>128</b>	<b>56</b>	<b>50</b>	<b>23</b>	<b>27</b>	<b>36</b>	<b>23</b>	<b>13</b>

**Şekil 2. Poliklinik Muayene Başlama Saatlerinin SMS Öncesi ve SMS Sonrası Poliklinik Sayılarına Göre Dağılım Grafiği**



Tablo 3’de ve Şekil 2’de SMS uygulamasından önce 08:30 da açılan poliklinik sayısı 72 iken SMS uygulaması sonrası 128’e çıktığı görülmüştür. SMS öncesi 08:40’da açılan poliklinik sayısı 50 iken, uygulaması sonrası 23’e düştüğü, SMS öncesi 08:50’de açılan poliklinik sayısı 36 iken SMS sonrası 23’e düştüğü gözlenmiştir.

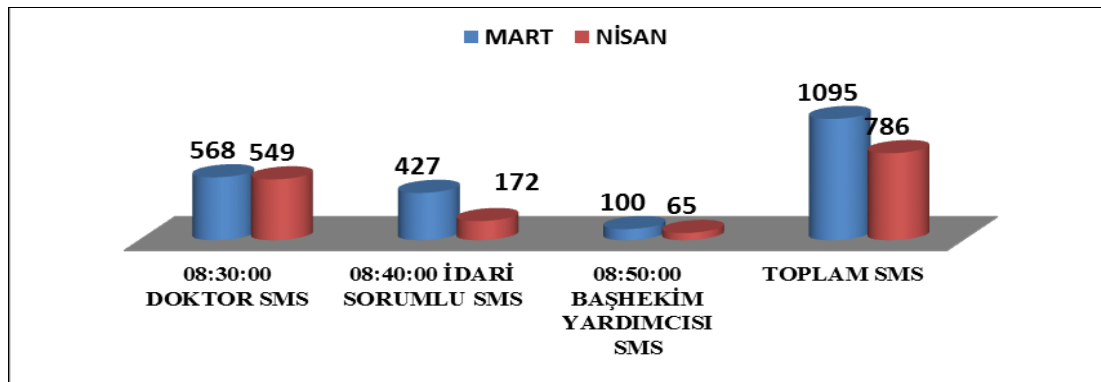
**Tablo 4. Kademeli SMS uygulama öncesi ve sonrası poliklinik muayene başlama saatlerinin karşılaştırılması**

Poliklinik Adı	SMS ÖNCESİ			SMS SONRASI			Kademeli SMS Uygulamasının Etkisi
	Ocak	Şubat	Ocak-Şubat 2017 Ortalaması	Mart	Nisan	Mart-Nisan 2017 Ortalaması	
Cildiye	08:39	08:34	<b>08:36</b>	08:30	08:27	<b>08:28</b>	<b>00:08</b>
Fizik Tedavi	08:42	08:37	<b>08:39</b>	08:26	08:31	<b>08:28</b>	<b>00:11</b>
Gastroenteroloji	08:44	08:45	<b>08:44</b>	08:41	08:17	<b>08:29</b>	<b>00:15</b>
Nöroloji	08:50	08:49	<b>08:49</b>	08:31	08:34	<b>08:32</b>	<b>00:17</b>
Göğüs Hastalıkları	08:55	08:56	<b>08:55</b>	08:20	08:22	<b>08:21</b>	<b>00:34</b>
Aile Hekimliği	09:37	09:10	<b>09:23</b>	08:32	08:31	<b>08:31</b>	<b>00:52</b>
El Cerrahi	09:21	09:50	<b>09:35</b>	09:07	08:16	<b>08:41</b>	<b>00:54</b>
TRSM	09:03	10:02	<b>09:32</b>	08:39	08:32	<b>08:35</b>	<b>00:57</b>
Hematoloji	09:20	09:34	<b>09:27</b>	08:18	08:10	<b>08:14</b>	<b>01:13</b>

Tablo 4’de Kademeli SMS uygulama öncesi ve sonrası poliklinik muayene başlama saatleri Polikliniklere göre karşılaştırılmıştır. Mart- Nisan 2017 ortalamasının Ocak- Şubat 2017 ortalaması karşılaştırıldığında, polikliniklerin 8 dakika ile 1 saat 13 dakika arasında ilk muayene kabulünün daha erken başladığı görülmüştür.

**Tablo 5. SMS Gönderilerinin Aylara Ve Gönderilen Gruplara Göre Dağılımı**

Aylar	08:30	08:40	08:50	Toplam SMS
	Doktor SMS	İdari Sorumlu SMS	Başhekim Yardımcısı SMS	
Mart	568	427	100	1095
Nisan	549	172	65	786
<b>Genel Toplam</b>	<b>1117</b>	<b>599</b>	<b>165</b>	<b>1881</b>

**Şekil 3. SMS Gönderilerinin Aylara ve Gönderilen Gruplara Göre Dağılım Grafiği**

Tablo 5 ve Şekil 3’de çalışmanın yapıldığı 01.03.2017- 30.04.2017 tarihleri arasında toplam 1881 adet SMS gönderildiği tespit edilmiştir. Mart ve Nisan aylarında gönderilen SMS’ler incelendiğinde; ilgili uzman doktora gönderilen SMS sayısının 568’den 549’a düştüğü ve % 3 daha az SMS gönderildiği, ilgili klinik idari sorumlusuna gönderilen SMS sayısının 427’den 172’ye düştüğü % 60 daha az gönderildiği, başhekim yardımcısına

gönderilen SMS sayısının 100'den 65'e düştüğü % 35 daha az gönderildiği, toplam gönderilen SMS sayısına bakıldığında 1095'den 786'ya düştüğü % 28 daha az SMS gönderildiği tespit edilmiştir.

**Tablo 6. 2017 Poliklinik Hasta Memnuniyet Anket Sonuçları**

2017 Poliklinik Hasta Memnuniyet Anket Verileri	Ocak	Şubat	Ortalama	Mart	Nisan	Ortalama	SMS öncesi ve SMS sonrası farkı
	%89	%91	<b>%90</b>	%93	%94	<b>%93,5</b>	<b>%3,5</b>

Hastanede Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartlarına uygun olarak her ay 100 poliklinik hastasına “Ayaktan Hasta Memnuniyeti Anketi” uygulanmaktadır. Tablo 6’da SMS uygulama öncesi ve sonrası Hasta memnuniyet anketleri karşılaştırıldığında hasta memnuniyetinde % 3,5’lik iyileşme gözlemlenmiştir.

## V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde poliklinik hizmetlerinde başlatılan Kademeli SMS Uygulaması ile 01.03.2017- 30.04.2017 tarihleri poliklinik muayene başlama saatlerinin ortalaması saat 08:55’den 08:26’a düştüğü görülmüş, hasta memnuniyet oranında %3,5’lik bir artışın olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerde az maliyetli, basit güncel teknolojilerin (cep telefonu - SMS) kullanılması; gereksiz iletişim, uzun hasta bekleme süresini ve hasta şikâyetlerini azaltarak, memnuniyetin arttığı görülmüştür. Hasta, idari sorumlu ve poliklinik hekimleri arasında yaşanabilecek yüz yüze iletişim sorunlarını azalttığı sonucuna ulaşılmış, uygulamanın ilerleyen sürecinde mesaj gönderilen hekimler tarafından sözlü olarak olumlu geribildirim yapılmıştır.

Kademeli SMS Uygulamasının devamlılığı ve sürecin takibinde; bilgi işlem birimi tarafından ilgili birimlerdeki hekim sayıları, mesaj sayılarının ve belli aralıklarda ilgili birimlerden örneklem çekilerek hekimlere SMS gönderiminin kontrolü ve 3’er aylık analizleri yapılması, hasta ve yakınları ile çalışanlardan gelen sözlü ya da geribildirimlerle de uygulamanın etkinliğinin değerlendirilmesi planlanmaktadır.

Hastane poliklinikleri, özellikle hastaların büyük çoğunluğu tarafından ilk aşamada başvuru ve sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünün (muayene, tahlil gibi işlemleri) sunulduğu birimler olması sebebiyle sağlık kurumlarında çok önemli bir yer teşkil etmektedir. Bu yüzden, diğer kurumlarda SMS gönderiminin maliyetinin düşük olması ve teknik alt yapı açısından özellik arz etmemesi, HBYS’ne entegre edilerek otomatik olarak SMS gönderilebilmesi, dolayısıyla ekstra bir iş gücüne ihtiyaç duyulmaması nedeni ile kolaylıkla uygulanabilir. Düşük bir maliyetle, hasta ve çalışan için zamandan tasarruf edilebileceği, hizmetlerin hızlandırılabilmesi ve iş gücü kayıplarının önlenilebileceği görülebilir.

Sağlık hizmetlerinde yüksek performans elde etmek için verimlilik, kaliteli hizmet sunumu ve sağlık hizmetlerine erişim Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin amaçlarındandır. Hasta beklentilerine cevap vererek hasta memnuniyetini yükseltmeyi hedefleyen sağlık kurumlarının öncelikle yapması gereken faaliyetler, alternatif çözümler üretmek ve bu doğrultuda uygulamaya geçmektir.

Hiç şüphe yok ki mobil sağlık uygulamaları ve hizmet sunumları, geleneksel sağlık hizmetlerinin yetişemediği birçok yerde tamamlayıcı, hatta çözüm olacaktır. Teknolojinin güçlü fırsatlar sunması ve ucuz hale gelmesi sağlık hizmet alanlarında da yaygın kullanıma yol açabilir. Mobil uygulamalarda süreç iyi yapılandırılmış ve kullanıcıların güdülenmesi yerinde ise sistemin etkin olmaması mümkün değildir. Sağlık hizmetlerinde mobil uygulamalar bireylere hizmet vererek, sağlık bakım süreçlerini geliştirmek ve çalışanlar arasında farkındalık yaratmak için fırsatlar sunabilir.

Yine de insan sağlığı ile doğrudan ilgili bu sektörde gelişmiş teknoloji ve içeriklerin yetmeyeceği, mutlaka ve mutlaka davranış değişikliği sağlanması ve ihtiyaç yaratılması gerekliliği unutulmamalıdır. Önümüzde mobil sağlık adına umut vaat eden bir gelecek uzanmaktadır.

2023 yılı hedefleri arasında, mobil sağlık uygulamaları mutlaka yerini almalı, Sağlık Bakanlığı'nın strateji planlarında daha kapsamlı ele alınmalıdır. Mobil sağlık ürünleri, uygulamaları ve hizmetleri ile ilgili teşvikler konulmalıdır (Tezcan 2016). Pilot projeler yaygınlaştırılmalı, başarılı pilot projeler vakit kaybetmeksizin uygulama projesi haline getirilmelidir. Sağlık giderleri gittikçe artan Türkiye'de, mobil sağlık uygulamalarının yaygınlaşmasının hem sağlığın korunması hem de sağlık giderleri üzerindeki olumlu etkisi nedeniyle ülke menfaatine olacağına inanılmaktadır.

#### KAYNAKLAR

1. Engiz O. (1999) "Sağlık Hizmetlerinde "Hasta Odaklı" Kalite Gelişim Modeli ve Memnuniyet Ölçüm Anketleri". **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları Sempozyumu**, ss: 411-413. Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara
2. Karaca Burçoğlu Ş. (2014) Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama (Aydın Devlet Hastanesi Üzerine Bir Çalışma). **Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Aydın.
3. Tekin M. ve Akolaş D. A. (2005) "Hizmet İşletmelerinde Bilişim Teknolojisinin Stratejik Kullanımına İlişkin Bir Hastane Uygulaması". **İstanbul Ticaret Üniversitesi V. Ulusal Üretim Araştırmaları Sempozyumu "Düşünceden Uygulamaya Değer Yaratma" Bildiriler Kitabı**, ss.521, İstanbul.
4. Tezcan C. (2016) **Sağlığa Yenilikçi Bir Bakış Açısı: Mobil Sağlık**. Tüsiad, İstanbul.
5. Yıldız S. ve Yalman F. (2015) Sağlık İşletmelerinde Yalın Uygulamalar Üzerine Genel Bir Literature Taraması. **Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi** 1(1): 5-20.
6. Sağlık Bakanlığı (2017) <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>. Erişim Tarihi: 04.05.2017.



# Ankara'daki Hastanelerin Yeşil Hastane Ölçütlerine Uygunluğunun İncelenmesi\*

Yasin ÇİLHOROZ\*\*  
Oğuz IŞIK\*\*\*

## ÖZ

20. yüzyıldan itibaren ortaya çıkan hızlı nüfus artışı, aşırı kentleşme, aşırı doğal kaynak kullanımı ve tüketimi ve bunlara bağlı olarak atık miktarındaki artış tüm dünyada hem yerel hem de küresel çevre sorunlarına neden olmuştur. Bu sorunların fark edilip ortadan kaldırılması ve kıt hale gelen kaynakların gelecek nesillere aktarılması fikirleri yeşil yapı hareketini gündeme getirmiştir. Hastanelerin de günümüzde çok atık üretilen, çok enerji tüketilen ve çok kaynak kullanılan kurumlar haline gelmeleri yeşil hastane kavramının ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bu sayede hastanelerin daha az atık üreten, daha az enerji tüketen ve çevreye daha az zarar veren yapılar olması öngörülmüştür. Hastanelerin ne kadar yeşil olduklarını belirlemek amacıyla da 1990'lı yıllardan itibaren Sağlık hizmetleri için BREEAM ve Sağlık hizmetleri için LEED gibi yeşil hastane sertifika sistemleri geliştirilip kullanılmıştır. Araştırma Ankara'daki hastanelerde yapılmıştır. Hastane yöneticilerine yeşil hastane uygunluk değerlendirme formu uygulanmıştır. Bu kapsamda Ankara'daki hastanelerin ne derece yeşil olduğunun incelendiği çalışmada, kamu hastanelerinin yeşil hastane ölçütlerine genel uygunluğu %71,8, özel hastanelerinki %72,5 ve Ankara geneli hastanelerinki %72,2 olarak bulunmuştur. Hastanelerin yeşil hastane ölçütlerine uygunluğuyla Sağlık hizmetleri için LEED standartları karşılaştırıldığında, hem kamu hem de özel hastaneler su yönetimi ve sürdürülebilir tesisler alanlarında bu standartları karşılarken, enerji yönetimi ve malzeme seçimi alanlarında karşılayamadıkları görülmüştür.

**Anahtar Sözcükler:** Yeşil hastane, sürdürülebilirlik, LEED

## The Appropriateness of Hospitals in Ankara to Green Hospital Standarts

### ABSTRACT

Since the 20th century, rapid population growth, overurbanization, overuse and overconsumption of natural resources and accordingly increase in the amount of waste have resulted in both local and global environmental problems all over the world. The ideas of recognizing and removing of these problems and transferring scarce resources to future generations have brought about movement towards green building. The fact that nowadays hospitals are also becoming very waste-generating, energy-consuming and resource-using institutions has led to the emergence of the green hospital concept. In this way, it has been predicted that hospitals will produce less waste, consume less energy and damage less to the environment. Green hospital certification systems such as BREEAM For Healthcare and LEED For Healthcare have been developed and used to determine how green the hospitals are since 1990s. This research has been conducted in Ankara hospitals. Green hospital appropriateness assessment form were applied to hospital administrators. In this context, in this research studied how green the hospitals are in Ankara hospitals, it has been found that general appropriateness of public hospitals, private and all hospitals to green hospital standarts are 71.8%, 72.5% and 72.2% respectively. When LEED For Healthcare standards compared with appropriateness of hospitals to green hospital standarts, it has been noticed that while both public

\* Bu makale "Ankara'daki Hastanelerin Yeşil Hastane Ölçütlerine Uygunluğunun İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasından hazırlanmıştır.

\*\* Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, yasincilhoroz@gmail.com

\*\*\* Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, oguzisik@hacettepe.edu.tr

*and private hospitals have met these standards in areas of water management and sustainable facilities, have not met in areas of energy management and materials selection.*

**Key Words:** *Green hospital, sustainability, LEED*

## **I. GİRİŞ**

İçinde yaşadığımız dünya canlı ve cansız varlıkları barındırmaktadır. Bu varlıklar ekosistem dediğimiz ve canlı ve cansız varlıkların birlikte yaşamasına olanak sağlayan sistemde birbirleriyle ilişki halindedir. Ortaya çıkan ilişkiler ise dünyayı çevreleyen ve her türden organizmanın yaşadığı ve varlığını sürdürdüğü bir çevrede gerçekleşmektedir (Ploeg 1982). İnsanlar binlerce yıldır bu çevrede diğer canlı ve cansız varlıklarla ilişki halinde yaşamlarını devam ettirmektedir. İnsanlar çevreyle ilişki halinde bulunmak zorundadır. Bunu sebebi güvenlik, barınma ve yaşamını devam ettirmenin ancak çevreyle ilişki halinde olmakla sağlanabilmesidir (Hinds, Sparks 2011).

İnsanlar çevreyle olan binlerce yıllık ilişkisi süresince adeta çevreyle savaşmışlardır. Öyle ki, buldukları yerel ekosistemlerde değişiklikler yapmışlar ve yaptıkları değişiklikler yüzünden yerel iklimler etkilenmiştir. Özellikle sanayileşmeyle birlikte atmosfere salınan zararlı gazların miktarında önemli ölçüde bir artış meydana gelmiştir. Zamanla önlem alınmadığı için de atmosfer ve çevre yoğun bir kirliliğin ve bozulmanın etkisi altında kalmıştır. Günümüzde ise nüfusun hızlı artışı, aşırı enerji tüketimi ve daha çok fosil yakıtların kullanılması, toprakların bilinçsizce kullanılması, gelişen ticaret ve ulaşım gibi alanlarda insan kaynaklı faaliyetlerin artması sonucunda insanın çevreye olan etkisi küresel seviyeye ulaşmıştır (Palteki 2013).

Çevre konusunda araştırma yapan bilim insanları çevreye ve insan sağlığına son derece zararlı hale gelen insan etkilerini azalmak için bugünün ihtiyaçlarını karşılarken yarının ihtiyaçlarını da düşünerek hareket etmek olarak tanımlanan sürdürülebilirlik kavramını gündeme getirmişlerdir. Çünkü atık ve kirlilik üretmekten başka bir anlam ifade etmeyen bu etkilerin iki sebepten dolayı sürdürülebilir olmadığını ifade etmişlerdir. Birincisi, özellikle yenilenemeyen doğal kaynaklar aşırı kullanıldığı için gelecekte artık kullanılacak bir kaynak bulunamayacak ve bu durumda üretim yapılamaz hale gelebilecek; ikincisi ise, atmosferin oluşan atıkları ve kirliliği önleyecek kapasitesi kalmayacak ve bunun sonucunda insanlar için zararlı etkiler doğurmaya devam edecektir. Bu yüzden kaynaklar kullanılırken sürdürülebilir bir şekilde çevreye daha az zarar verecek şekilde kullanılmalıdır (Myers, Spoolman 2014).

Kendisini ilk olarak 1990'ların başında inşaat sektöründe gösteren sürdürülebilirlik kavramı, sürdürülebilir yapılar, yüksek performanslı yapılar ve yeşil yapılar gibi isimlerle devamlı hale gelmiştir. Dünya genelinde oldukça popüler hale gelen yeşil yapılar aynı zamanda sağlıklı, çevresel dengeyi bozmayacak şekilde tasarlanan ve inşa edilen, enerji ve su kaynaklarını etkili bir şekilde kullanan, daha az malzeme kullanan, iç çevre kalitesine katkı sağlayan ve insana ve çevreye en az zararı olan oldukça kompleks yapılar şeklinde tanımlanmaktadır (Darko, Chan 2016).

20. yy'ın sonlarına doğru yapıların dünyadaki toplam malzemenin %40'ını, toplam su tüketiminin %12,2'sini ve toplam enerjinin %40'ını kullanması yeşil yapıların dünya genelinde popüler olmasını sağlamıştır (Hoffman, Henn 2008).

Yeşil yapıların küresel boyutta yayılıp gelişmesinin çevre, ekonomi ve insanlar için birçok faydası bulunmaktadır. Bunlar; aşırı su kullanımı ve kirlilik, enerji kullanımı (2022 yılında yapıların yaklaşık %22 daha fazla enerji kullanacağı tahmin ediliyor) ve malzeme kullanımı sonucu oluşan çevresel sorunlara çözümler sunması, yapım ve fayda

maliyetlerinde tasarruf sağlayarak bu alanda hizmet etmek isteyen iş adamlarına ekonomik fırsatlar sunması ve daha az enerjinin kullanıldığı ve daha kaliteli iç ortamlar sağlayarak insan ve toplum sağlığının gelişmesine katkı sağlaması ve çalışanların verimliliğini artırması olarak sıralanabilmektedir (Retzlaff 2009).

Zamanla yapı endüstrileri çevreye, ekonomiye ve insanlara olumlu etkilerinin olduğunu anladıkları yeşil yapıların çevresel performanslarını değerlendirmek istemişlerdir. Bu ihtiyacı karşılamak için Yeşil Yapı Sertifikalandırma Sistemleri (Green Building Rating Systems) geliştirilmiştir. Bu sistemlerden ilki İngiltere'de ortaya çıkan BREEAM (Building Research Establishment's Environmental Assessment Method) Yapı Araştırma Kurumu Çevresel Değerlendirme Yöntemi'dir. Ardından 1998 yılında Amerika'da LEED (Leadership in Environmental and Energy Design) Çevre ve Enerji Tasarımında Liderlik geliştirilmiştir ve devamında başta Avustralya'daki GREENSTAR olmak üzere birçok sertifikalandırma sistemi geliştirilmiştir. Bu sistemlerde enerji verimliliği, su verimliliği, iç ortam kalitesi ve yenilikçi malzeme kullanımı gibi alanlarda puanlar verilerek yapılar değerlendirmeye alınmaktadır (Miller et al. 2015).

Yapı endüstrisinin bir parçası olan hastaneler de dünyanın birçok yerinde ortaya çıkan yeşil yapı hareketinden etkilenerek geleneksel yapısından kurtulup yeşil hastane olma yönünde atılımlarda bulunmuştur. Hastaneleri yeşil yapı hareketine katılmaya iten sebepler ise günümüzde tıpkı diğer yapılar gibi hastanelerin çok fazla enerji ve su kullanan, atık üreten, çok fazla malzeme kullanan ve iç ortam kalitesinin yetersiz kaldığı yapılar haline gelmesidir. Bu açıdan daha sürdürülebilir yapılar haline gelen, daha az enerji ve su kaynağı kullanan, daha az atık üreten ve kullanıcılarına daha kaliteli ortamlar sunan hastaneler yeşil hastane olarak adlandırılmaktadır.

Diğer yeşil yapılarda olduğu gibi yeşil hastaneleri de değerlendirip sertifikalandıran sayıları az olsa da bazı uluslararası sertifika sistemleri vardır. Bunlardan en önemlileri BREEAM For Healthcare (Sağlık hizmetleri için BREEAM), LEED For Healthcare (Sağlık hizmetleri için LEED) ve GREENSTAR Healthcare (Yeşil yıldız sağlık hizmetleri) sistemleridir. Bu sistemlerin hepsi hastaneleri yönetim, sürdürülebilirlik, enerji ve su verimliliği, atık yönetimi, malzeme seçimi, tasarımda yenilik ve iç ortam kalitesi vb. alanlarında değerlendirerek farklı puanlama ve sertifikalandırma düzeyinde sertifikalandırmaktadır. Örneğin, BREEAM For Healthcare'de 70 ve üzeri puan Mükemmel seviyede, LEED For Healthcare'de 80 ve üzeri puan Platin seviyesinde ve GREENSTAR Healthcare'de 75-100 puan arası Dünya Lideri seviyesinde sertifikalandırılmaktadır. Yeşil hastane sertifikaları sayesinde hastaneler yapı süreçlerinde, sürdürülebilir tasarım süreçlerinde, performans ölçümünde ve karar verme süreçlerinde iyileştirmeler gerçekleştirebilmektedir (Sahamir, Zakaria 2014).

Yeşil bir yapıya sahip olmanın faydaları yeşil hastaneler için de geçerlidir. Bu faydaları, su kirliliği ve atıkların zararlı etkilerinden kurtularak çevrenin korunmasına yardımcı olmak, daha az enerji harcayarak ve daha az malzeme kullanarak ekonomiye katkıda bulunmak ve daha sağlıklı iç ortamlar sunarak hastalar, çalışanlar ve toplum için daha yaşanılabilir alanlar oluşturmak şeklinde özetlenebilir (Gerwing 2015). Bunun dışında yeşil hastanelerin toplum tarafından daha kolay kabul görmesi ve finansal olarak yapılacak yatırımlarda güven duyulması gibi faydaları söz konusudur (Yudelson 2008).

Bu çalışmada; Ankara'daki kamu ve özel hastanelerin Yeşil Hastane Uygunluk Değerlendirme Formu vasıtasıyla yeşil hastane standartlarına ve LEED Sertifika standartlarına ne kadar uyum sağladığının birlikte değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



## II. YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Her geçen gün artan enerji bağımlılığını azaltmak ve mevcut enerjiyi çevreye de zarar vermeden en etkili şekilde kullanmak açısından önemli olan yeşil hastane ölçütlerine Ankara’da hizmet veren hastanelerin ne kadar uyduklarını ve ne kadar sürdürülebilir hizmet verdiklerini belirlemek bu araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır. Bu amaç doğrultusunda araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Ankara metropolitan alanda faaliyet gösteren hastaneler yeşil hastane kavramı standartlarına ne kadar uygundur?
- Yeşil hastane standartlarına uygun olma hastanelerin mülkiyetlerine göre farklılık göstermekte midir?
- Ankara metropolitan alanda faaliyet gösteren hastaneler LEED Sertifika standartlarına ne derece uygundur?

Sağlık yönetimi alanındaki literatüre bakıldığında ‘Yeşil Hastane’ alanında yurtdışında ve Türkiye’de bazı çalışmalar olmasına rağmen bu çalışmaların kapsamı sadece yeşil hastane kavramıyla ve literatür bilgileriyle sınırlı kalmıştır. Bu araştırmada incelenen hastanelerin yeşil hastane ölçütlerine uygunluk derecesi ve hastanelerin sunduğu hizmet kalitesinin birlikte değerlendirilecek olması çalışmanın önemini ortaya koymaktadır. Çalışma sonucuna göre çalışma kapsamındaki hastaneler, yeşil hastane ölçütlerine ne derece uygun oldukları veya eksiklerinin neler olduğu konusunda fikir edineceklerdir.

### 2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evreni ve örnekleme hastaneler temel alınarak belirlenmiştir. Bu kapsamda araştırma evrenini Ankara metropolitan alan içerisinde faaliyet gösteren kamu (Sağlık Bakanlığı’na bağlı) ve özel hastaneler oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı dönem (Ekim 2015-Nisan 2016) itibariyle Ankara metropolitan alanda 16’sı kamu 12’si özel olmak üzere toplam 28 hastane bulunmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmeden tüm hastanelere ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak çalışma kapsamında 13’ü kamu ve 6’sı özel olmak üzere toplam 19 hastane verileri değerlendirmeye alınmıştır.

### 2.3. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada kullanılan veri toplama aracı olan anketin uygulanabilmesi ile ilgili olarak öncelikle Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonundan bu araştırmanın yapılmasında bir sakınca olmadığını belirten Etik Kurul onayı alınmıştır. Ardından araştırma yapılacak Sağlık Bakanlığı hastaneleri için 1., 2, ve 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliklerinden izin alınırken, özel hastaneler için ise e-posta yoluyla ve elden resmi başvurular yapılmış ve sözel olarak onay alınmıştır.

Araştırmada hastanelerin yeşil hastane ölçütlerine uygunluğunun belirlenmesi amacıyla yöneticiler üzerinde Palteki (2013) tarafından oluşturulan Yeşil Hastane Uygunluk Değerlendirme Formu kullanılmıştır. Form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastane yöneticilerinin sosyo-demografik bilgilerini içeren 6 soru, ikinci bölümde ise yeşil hastane uygunluk değerlendirmesinde kullanılan 23 tanesi açık uçlu, 51 tanesi Evet/Hayır olmak üzere toplam 74 soru yer almaktadır. Evet/Hayır şeklinde kurgulanan sorular, hastanelerin atık yönetimi, çevre yönetim sistemi, su yönetimi, enerji yönetimi, tehlikeli

maddeler yönetimi, malzeme seçimi ve sürdürülebilir tesisler olmak üzere yeşil hastane uygunluk değerlendirmesinde kullanılan 7 boyuttan oluşmaktadır.

#### **2.4. Verilerin Analizi**

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.0 kullanılmıştır. Hastanelerin yeşil hastane uygunluk ölçütlerinin belirlenmesinde kullanılan sorulara verilen cevapların değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerden (frekans, yüzde, aritmetik ortalama, minimum ve maksimum değerler) yararlanılmıştır. Hastanelerin yeşil hastane uygunluk ölçütlerinin LEED standartları ile karşılaştırılmasında ise, Microsoft Excel 2013 Office programından yararlanılmıştır.

#### **2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma sonuçları, Ankara şehir merkezinde faaliyet gösteren 13'ü kamu 6'sı özel olmak üzere toplam 19 hastane ile sınırlı olup diğer hastanelere genellenemez.

### **III. BULGULAR**

Bu bölümde çalışmadan elde edilen verilere ilişkin analizler sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

Çalışma kapsamındaki hastanelerin %68,9'u kamu, %31,1'ini ise özel hastanelerdir. Kamu hastanelerinin hizmete başlama yılları en eskiden en yeniye doğru 1881-2004 iken, özel hastanelerin 1997-2014 olarak bulunmuştur. Kamu hastaneleri ortalama 54.095 m<sup>2</sup> kapalı alana sahipken, özel hastaneler 170.919 m<sup>2</sup> kapalı alana sahiptir. Kamu hastanelerinin sahip olduğu ortalama yeşil alan 5.038,5 m<sup>2</sup> iken, özel hastanelerde bu alan 862,5 m<sup>2</sup>'dir. Otopark kapasitesi kamu hastanelerinde ortalama 453 araç iken, özel hastanelerde bu sayı 96 araç olarak bulunmuştur.

Hastanelerin atık miktarları ve dağılımına bakıldığında, yıllık ortalama olarak en çok üretilen atık sırasıyla bitkisel atık yağlar (5.973,5 lt), evsel atıklar ( 413,3 Ton) ve tıbbi atıklar (106,2 Ton) gelmektedir. En az üretilen atık ise nükleer tıp atığıdır (5,5 Ton). Kamu hastaneleri açısından en çok üretilen atık bitkisel atık yağlarken (11.211,5 lt), en az üretilen atık ise nükleer tıp atığıdır (10,5 Ton). Özel hastanelerde ise en çok üretilen atık bitkisel atık yağlarken (736 lt), radyoloji atık suyu hiç üretilmemiştir.

#### **3.1. Hastanelerin Mülkiyetine Göre Yeşil Hastane Ölçütlerine İlişkin Değerlendirme**

Bu bölümde hastanelerin mülkiyetine göre yeşil hastane ölçütlerinden; atık yönetimi, çevre yönetimi, su yönetimi, enerji yönetimi, tehlikeli maddeler yönetimi, malzeme seçimi ve sürdürülebilir tesisler boyutları ile ilgili değerlendirmelere yer verilmiştir.

##### **3.1.1. Atık Yönetimi**

Tablo 1'e göre, atık yönetimi alanında hastanelerin tamamının (%100) kapsamlı bir atık yönetim programının olduğu bulunmuştur. Hastanelerde atıkların bertaraf ve geri dönüşüm alanlarına taşınana kadar depolandığı alanlara sahip olma konusunda en yüksek oran tıbbi atıklarda (%94,7) (kamu hastanelerinde %92,3; özel hastanelerde ise %100) elde edilmiştir. En düşük oran ise radyoloji atık suyunda (%10,5) elde edilmiştir. Hastanelerin tamamının (%100) atık yönetimiyle alakalı içsel denetimlerinin olduğu saptanmıştır. Hastanelerin %73,7'sinin atık üretimini azaltmaya yönelik yazılı hedeflerinin olduğu da belirtilmiştir. Atıkların bertaraf ve geri dönüşüm alanlarına taşınana kadar depolandığı alanlara sahip olma

konusunda kamu hastanelerinin %92,3'ünde tıbbi ve evsel atık alanları fazla iken, özel hastanelerin tamamında (%100) tıbbi ve elektronik atıkların yüksek alana sahip olduğu bulunmuştur. Kamu hastanelerinde en düşük orana sırasıyla radyoloji atık suyunda (%15,4) ulaşılmıştır. Özel hastanelerde en düşük orana radyoloji atık suyu (%0) ulaşılmıştır. Kamu hastanelerinin %76,9'unda ve özel hastanelerin %66,7'sinde atık üretimini azaltmaya yönelik yazılı hedeflerinin olduğu da belirtilmiştir.

**Tablo 1. Hastanelerin Atık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri**

Atık Yönetimi	Kamu				Özel				Genel				
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kurumunuzun kapsamlı yazılı bir atık yönetim programı var mıdır?	13	100	-	0	6	100	-	0	19	100	-	0	
Atık miktarları branşlar bazında biliniyor mu?	13	100	-	0	5	83,3	1	16,7	18	94,7	1	5,3	
Atıkların bertaraf ya da geri dönüşüm alanına taşınana kadar depolandığı yer var mı?	Tıbbi Atıklar	12	92,3	1	7,7	6	100	-	0	18	94,7	1	5,3
	Evsel Atıklar	12	92,3	1	7,7	5	83,3	1	16,7	17	89,5	2	10,5
	Ambalaj Atığı	10	76,9	3	23,1	5	83,3	1	16,7	15	78,9	4	21,1
	Elektronik Atıklar	10	76,9	3	23,1	6	100	-	0	16	84,2	3	15,8
	Bitkisel Atık Yağlar	7	53,8	6	46,2	5	83,3	1	16,7	12	70,6	7	29,4
	Radyoloji Atık Suyu	2	15,4	11	84,6	-	0	6	100	2	10,5	17	89,5
	Nükleer Tıp Atığı	6	46,2	7	53,8	1	16,7	5	83,3	7	36,8	12	63,2
	Atık Piller	11	84,6	2	15,4	5	83,3	1	16,7	16	84,2	3	15,8
Biriktirme, ayrıştırma, depolama ve bertaraf için kılavuzlarınız var mı?	11	84,6	2	15,4	6	100	-	0	17	89,5	2	10,5	
Atık yönetmelikleriyle ilgili içsel denetimleriniz var mı?	13	100	-	0	6	100	-	0	19	100	-	0	
Atıklarınız hastaneden özel yükleniciye ait geri dönüşüm tesisine, yakma tesisine ya da düzenli depolama sahasına taşınıyor mu?	12	92,3	1	7,7	6	100	-	0	18	94,7	1	5,3	
Kuruluşunuzun tehlikeli olan ve olmayan atıkların üretim hacimlerini azaltmaya yönelik yazılı bir hedefi var mıdır?	10	76,9	3	23,1	4	66,7	2	33,3	14	73,7	5	26,3	

### 3.1.2. Çevre Yönetimi

Tablo 2'ye göre, çevre yönetimi alanında hem kamu hastaneleri hem de özel hastanelerin tamamının SB Kalite Kriterleri, ISO 9001, ISO 14001, Akreditasyon vb. gibi kalite kılavuzlarından en az birini takip ettikleri bulunmuştur. Bu klavuzlar kamu hastanelerinde %92,3 oranında çevre korumayı da içerirken, özel hastanelerde bu oran %83,3'tür. Yine kamu hastanelerinde %76,9 ile çevre koruma ile ilgili sorumluluklar açıkça tanımlanarak yönetici kadro, tıbbi personel ve mühendisler bu konuda görevlendirilirken, özel hastanelerde bu oran %66,7 olarak bulunmuştur. Kamu hastanelerinde %92,3 oranında atıklarla ilgili bir sorumlunun olduğu belirtilirken, özel hastanelerin tümünde bu konulara ilişkin sorumluların olduğu bulunmuştur. Her iki grup hastanelerin tümünde personele atık yönetimi konusunda düzenli eğitimlerin verildiği bulunmuştur.

**Tablo 2. Hastanelerin Çevre Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri**

Çevre Yönetimi	Kamu				Özel				Genel			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sağlık bakım hizmetlerinizin kalitesi konusunda bir kılavuz takip ediyormusunuz?	13	100	-	0	6	100	-	0	19	100	-	0
(Varsa) Bu kılavuz çevre korumayı da içeriyor mu?	12	92,3	1	7,7	5	83,3	1	16,7	17	89,5	2	10,5
Çevre koruma ile ilgili sorumluluklar açıkça tanımlanarak yönetici kadro, tıbbi personel ve mühendisler bu konuda görevlendirilmiş midir?	10	76,9	3	23,1	4	66,7	2	33,3	14	73,7	5	26,3
Kurumunuzda; atıklar, tehlikeli kimyasallar, atık su, enerji, kirleticiler, zararlı emisyonlar, radyasyon güvenliği, hijyen vb. konularla ilgili sorumluluğu olan özel bir personeliniz var mıdır?	12	92,3	1	7,7	6	100	-	0	18	94,7	1	5,3
Personellerinize atık yönetimi konusunda düzenli olarak eğitim veriyor musunuz?	13	100	-	0	6	100	-	0	19	100	-	0

### 3.1.3. Su Yönetimi

Tablo 3'e göre, su yönetimi alanında en yüksek oran sıhhi tesisatın düzenli olarak kontrol edilmesinde (%94,7) elde edilmiştir. En düşük oran ise yağmur suyunun bahçe sulama, içme suyu gerektirmeyen bina hizmetleri vb. amaçlarla kullanım için biriktirilmesi (%5,3) olarak bulunmuştur. Kamu hastanelerinde en yüksek oranlar sıhhi tesisatın sızıntılara karşı düzenli olarak denetlenmesinde ve laboratuvar araçlarından çıkan kimyasalların uygun şartlarda deşarj edilmesinde (%92,3) bulunurken; özel hastanelerde en yüksek oranlara mümkün olduğunca düşük debili - israfı önleyen armatürler kullanma, sıhhi tesisatın sızıntılara karşı düzenli olarak denetlenmesi ve su kaçağına karşı bölgesel akış kesme donanımına sahip olma (%100) konularında ulaşılmıştır.

**Tablo 3. Hastanelerin Su Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri**

Su Yönetimi	Kamu				Özel				Genel			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mümkün olduğunca düşük debili - israfı önleyen armatürler kullanılmakta mıdır?	8	61,5	5	38,5	6	100	-	0	14	73,7	5	26,3
Çift kademeli tuvalet rezervuarları kullanılıyor mu?	5	38,5	8	61,5	5	83,3	1	16,7	10	52,6	9	47,4
Sihhi tesisat sızıntılara karşı düzenli olarak denetleniyor mu?	12	92,3	1	7,7	6	100	-	0	18	94,7	1	5,3
Su kaçağına karşı bölgesel akış kesme donanımı mevcut mu?	11	84,6	2	15,4	6	100	-	0	17	89,5	2	10,5
Yağmur suyunu çeşitli kullanımlar için biriktiriyor musunuz?	1	7,7	12	92,3	-	0	6	100	1	5,3	18	94,7
Bahçe peyzajına karar verilirken, su ihtiyacı dikkate alınıyor mu?	8	61,5	5	38,5	3	50	3	50	11	57,9	8	42,1
(Otomatik sulama sistemi varsa) Sulama sistemi yağmur yağdığında otomatik olarak kapanıyor mu?	1	7,7	12	92,3	1	16,7	5	83,3	2	10,5	17	89,5
Nükleer tıp bölümünden gelen atık sular için radyoaktif bozunma sistemi var mı?	4	30,8	9	69,2	2	33,3	4	66,7	6	31,6	13	68,4
Diyaliz bölümünden gelen atık sular yasalara uygun olarak deşarj ediliyor mu?	7	53,8	6	46,2	2	33,3	4	66,7	9	47,4	10	52,6
X-ray cihazlarından çıkan fotokimyasallar uygun şartlarda deşarj ediliyor mu?	8	61,5	5	38,5	3	50	3	50	11	57,9	8	42,1
Laboratuvar araçlarından çıkan kimyasallar uygun şartlarda deşarj ediliyor mu?	12	92,3	1	7,7	5	83,3	1	16,7	17	89,5	2	10,5

### 3.1.4. Enerji Yönetimi

Tablo 4'e göre, enerji yönetimi alanında en yüksek oran elektronik aletlerin düşük enerji tüketen A sınıfı aletlerden seçilmesinde (%100), en düşük orana ise hastanelerin ısı yalıtımın sağlanmasında (%68,4) elde edilmiştir. Kamu hastaneleri için en yüksek oranlar aydınlatmada tasarruflu ampullerin tercih edilmesinde ve elektronik aletlerin düşük enerji tüketenlerden seçilmesinde (%100), özel hastanelerde ise enerji tüketimini azaltmaya yönelik çalışmalar yapılmasında, ozon tabakasına zarar veren soğutucuların çevreci olanlarla değiştirilmesinde ve elektronik aletlerin düşük enerji tüketenlerden seçilmesinde (%100) elde edilmiştir. En düşük orana kamu hastanelerinde %53,8 ile ozon tabakasına zarar veren soğutucuların çevreci olanlarla değiştirilmesinde, özel hastanelerde ise %66,7 ile aydınlatmada tasarruflu ampullerin tercih edilmesinde ulaşılmıştır.

**Tablo 4. Hastanelerin Enerji Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri**

Enerji Yönetimi	Kamu				Özel				Genel			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enerji tüketimini azaltmaya yönelik çalışmalarınız var mı?	12	92,3	1	7,7	6	100	-	0	18	94,7	1	5,3
Binanızın ısı yalıtımı sağlandı mı?	8	61,5	5	38,5	5	83,3	1	16,7	13	68,4	6	31,6
Ozon tabakasına zarar veren klorofloro hidrokarbonlar içeren soğutucular çevreci alternatifleri ile değiştirilmiş mi?	7	53,8	6	46,2	6	100	-	0	13	68,4	6	31,6
Aydınlatmada tasarruflu ampuller tercih ediliyor mu?	13	100	-	0	4	66,7	2	33,3	17	89,5	2	10,5
Elektronik aletlerin düşük enerji tüketenlerden seçilmesine özen gösteriliyor mu?	13	100	-	0	6	100	-	0	19	100	0	0

### 3.1.5. Tehlikeli Maddeler Yönetimi

Tablo 5'e göre, tehlikeli maddeler yönetimi alanında en yüksek oranlara tehlikeli atıklar üreten bölümlerin tanımlanması (%100) ve tehlikeli atıkların uygun şekilde depolanmasında (%100) ulaşılmıştır. En düşük orana ise cıva içeren malzemelerin azaltılmasına yönelik çalışmaların yapılmasında (%26,3) ulaşılmıştır. Kamu hastanelerinde en yüksek oranlar tehlikeli atıklar üreten bölümlerin tanımlanmasında ve tehlikeli atıkların uygun şekilde depolanmasında elde edilirken (%100), özel hastanelerde en yüksek oranlar bu konulara ek olarak tehlikeli maddeleri azaltmak ya da ikame etmek için bir programa sahip olma konularında (%100) elde edilmiştir. Kamu hastanelerinde en düşük orana %38,5 ile cıva içeren malzemelerin kullanımını azaltmaya yönelik çalışma yapılmasında ulaşılmışken, özel hastanelerde ise cıva içeren malzemelerden hiç kullanılmayarak ve bunları azaltmaya yönelik hiçbir çalışma yapılmayarak en düşük oranlara ulaşılmıştır.

**Tablo 5. Hastanelerin Tehlikeli Maddeler Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri**

Tehlikeli Maddeler Yönetimi	Kamu				Özel				Genel			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tehlikeli atıkları tüketen bölümler ve branşlar tanımlanmış mıdır?	13	100	-	0	6	100	-	0	19	100	-	0
Tehlikeli maddeleri azaltmak ya da ikame etmek için bir programınız var mı?	12	92,3	1	7,7	6	100	-	0	18	94,7	1	5,3
Tehlikeli atıklar uygun şekilde depolanıyor mu?	13	100	-	0	6	100	-	0	19	100	-	0
Kurumunuzda cıva içeren malzemeler kullanılıyor mu?	6	46,2	7	53,8	-	0	6	100	6	31,6	13	68,4
(Cıva içeren malzemeler kullanılıyorsa) Bunları azaltmaya yönelik bir çalışmanız var mı?	5	38,5	8	61,5	-	0	6	100	5	26,3	14	73,7

### 3.1.6. Malzeme Seçimi

Tablo 6'ya göre, malzeme seçimi alanında hastanelerin %42,1'inde geri dönüştürülmüş malzemeler kullanıldığı görülmüştür. Kamu hastanelerinde bu oran %30,8 iken, özel hastanelerde %66,7 olarak bulunmuştur. En düşük oranlara kamu hastanelerinde %30,8 ile geri dönüştürülmüş malzemeler kullanılmasında, özel hastanelerde ise yemekhanede konserve gıdalar yerine taze sebze meyve kullanılması (%50) ve yemekhanede dondurulmuş gıdalar yerine taze meyve-sebze kullanılmasında (%50) ulaşılmıştır.

**Tablo 6. Hastanelerin Malzeme Seçimi Alanına İlişkin Değerlendirmeleri**

Malzeme Seçimi	Kamu				Özel				Genel			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kurumunuzda geri dönüştürülmüş malzemeler kullanılıyor mu?	4	30,8	9	69,2	4	66,7	2	33,3	8	42,1	11	57,9
Yemekhanenizde konserve gıdalar yerine taze meyve-sebze kullanılıyor mu?	10	76,9	3	23,1	3	50	3	50	13	68,4	3	31,6
Yemekhanenizde dondurulmuş gıdalar yerine taze meyve-sebze kullanılıyor mu?	7	53,8	6	46,2	3	50	3	50	10	52,6	9	47,4

### 3.1.7. Sürdürülebilir Tesisler

Tablo 7'ye göre, sürdürülebilir tesisler alanında en yüksek oran toplu taşımayla hastaneye ulaşım %100 ile ilk sırayı almıştır. En düşük oran ise bisiklet yolu ve park yeri yetersizliğinde (%10,5) bulunmuştur. Kamu ve özel hastanelerde en yüksek orana toplu

taşıma ile ulaşılabilirlik alanında (%100), en düşük oranlara ise kamu hastanelerinde bisiklet yolu ve park yerlerinin bulunması ve araç park yeri yeterliliğinde (%15,4), özel hastanelerde ise ziyaretçiler ve yatalak olmayan hastalar için açık hava dinlenme alanlarının olmasında ve araç park yeri yeterliliğinde (%66,7) ulaşılmıştır.

**Tablo 7. Hastanelerin Sürdürülebilir Tesisler Alanına İlişkin Değerlendirmeleri**

Sürdürülebilir Tesisler	Kamu				Özel				Genel			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aydınlatmaya yetecek miktarda pencere var mı?	12	92,3	1	7,7	5	83,3	1	16,7	17	89,5	2	10,5
Doğal havalandırma olanakları var mı?	12	92,3	1	7,7	5	83,3	1	16,7	17	89,5	2	10,5
Ziyaretçiler ve yatalak olmayan hastalar için açık hava dinlenme alanı mevcut mudur?	11	84,6	2	15,4	4	66,7	2	33,3	15	78,9	4	21,1
Farklı ulaşım olanakları mevcut mu?	12	92,3	1	7,7	5	83,3	1	16,7	17	89,5	2	10,5
Toplu taşıma ile erişilebilirlik mevcut mudur?	13	100	-	0,0	6	100	-	0,0	19	100	0	0,0
Bisiklet yolu ve park yerleri mevcut mudur?	2	15,4	11	84,6	-	0,0	6	100,0	2	10,5	17	89,5
Araç park yeri yeterli midir?	2	15,4	11	84,6	4	66,7	2	33,3	6	31,6	13	68,4

### 3.2. LEED Standartlarına Göre Hastanelerin Yeşil Hastane Ölçütlerine Uygunluklarının Değerlendirilmesi

Ankara'daki hastanelerin yeşil hastane ölçütlerine uygunluklarının değerlendirilmesine ilişkin bulgular aşağıda gösterilmiştir (Tablo 8 ve Tablo 9).

**Tablo 8. Hastanelerin Yeşil Hastane Ölçütleri ve LEED Standartları Karşılaştırması**

Hastane	Atık Yönetimi (AY)(28 <sup>#</sup> )			Çevre Yönetimi (ÇY)(10 <sup>#</sup> )			Su Yönetimi (SY)(22 <sup>#</sup> )			Enerji Yönetimi (EY)(10 <sup>#</sup> )			Tehlikeli Madde Yönetimi (TMY)(10 <sup>#</sup> )			Malzeme Seçimi (MS)(6 <sup>#</sup> )			Sürdürülebilir Tesisler (ST)(14 <sup>#</sup> )			Yeşil Hastane Ölçütlerine Genel Uygunluk (%)
	Evet* (%)	Genel** (%)	LEED*** (%)	Evet (%)	Genel (%)	LEED (%)	Evet (%)	Genel (%)	LEED (%)	Evet (%)	Genel (%)	LEED (%)	Evet (%)	Genel (%)	LEED (%)	Evet (%)	Genel (%)	LEED (%)	Evet (%)	Genel (%)	LEED (%)	
KH-1	50	14	-	60	6	-	45,5	10	10	60	6	30	60	6	-	100	6	11,8	100	14	9,1	62
KH-2	100	28	-	100	10	-	45,5	10	10	60	6	30	100	10	-	33,3	2	11,8	71,4	10	9,1	76
KH-3	92,9	22	-	100	10	-	54,6	12	10	100	10	30	60	6	-	66,7	4	11,8	28,6	4	9,1	68
KH-4	85,7	24	-	100	10	-	72,7	16	10	100	10	30	60	6	-	100	6	11,8	100	14	9,1	86
KH-5	100	28	-	80	8	-	81,8	18	10	100	10	30	100	10	-	33,3	2	11,8	71,4	10	9,1	86
KH-6	71,4	20	-	100	10	-	45,5	10	10	60	6	30	60	6	-	0	0	11,8	71,4	10	9,1	62
KH-7	85,7	24	-	100	10	-	63,6	14	10	80	8	30	60	6	-	33,3	2	11,8	71,4	10	9,1	74
KH-8	78,6	22	-	100	10	-	72,7	16	10	100	10	30	80	8	-	66,7	4	11,8	71,4	10	9,1	80
KH-9	64,3	18	-	100	10	-	9,1	2	10	80	8	30	80	8	-	0	0	11,8	57,1	8	9,1	54
KH-10	85,7	24	-	100	10	-	45,5	10	10	40	4	30	100	10	-	33,3	2	11,8	71,4	10	9,1	70
KH-11	92,9	26	-	100	10	-	54,6	12	10	100	10	30	100	10	-	100	6	11,8	71,4	10	9,1	84
KH-12	85,7	24	-	60	6	-	63,6	14	10	80	8	30	60	6	-	33,3	2	11,8	57,1	8	9,1	68
KH-13	50	14	-	100	10	-	45,5	10	10	100	10	30	60	6	-	33,3	2	11,8	71,4	10	9,1	62
ÖH-1	78,6	22	-	100	10	-	45,5	10	10	80	8	30	60	6	-	100	6	11,8	85,7	12	9,1	74
ÖH-2	92,9	26	-	80	8	-	63,6	14	10	80	8	30	60	6	-	33,3	2	11,8	71,4	10	9,1	74
ÖH-3	78,6	22	-	60	6	-	45,5	10	10	100	10	30	60	6	-	33,3	2	11,8	57,1	8	9,1	64
ÖH-4	57,1	16	-	100	10	-	81,8	18	10	100	10	30	60	6	-	0	0	11,8	42,9	6	9,1	66
ÖH-5	85,7	24	-	100	10	-	72,7	16	10	100	10	30	60	6	-	66,7	4	11,8	85,7	12	9,1	82
ÖH-6	85,7	24	-	100	10	-	54,6	12	10	80	8	30	60	6	-	100	6	11,8	85,7	12	9,1	78

\* sadece ilgili alanın kendi içindeki sorulara verilen evet cevaplarının oranını ifade eder. \*\* ilgili alanda verilen evet cevaplarının tüm alanlarda verilen cevaplara oranını ifade eder.

\*\*\* LEED sertifika sisteminde ilgili alanlara verilen puanların (yüzde olarak) oranını ifade eder. # ilgili boyutun tüm boyutlar içindeki yüzdesini ifade eder.



**Tablo 9. Hastanelerin LEED Standartları Ön Koşuluna Uygunluklarının Değerlendirilmesi**

LEED Boyutlar	Ön Koşullar	Kamu Hastaneleri													Özel Hastaneler					
		KH-1	KH-2	KH-3	KH-4	KH-5	KH-6	KH-7	KH-8	KH-9	KH-10	KH-11	KH-12	KH-13	ÖH-1	ÖH-2	ÖH-3	ÖH-4	ÖH-5	ÖH-6
<b>Sürdürülebilir Tesisler</b>	Yapım faaliyeti sonucu kirliliğin önlenmesi	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+
<b>Su Yönetimi</b>	Dış mekân su kullanımının azaltılması	+	-	-	+	+	+	+	+	-	-	+	+	-	-	+	-	+	+	-
	İç mekân su kullanımının azaltılması	-	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+
	Hastane geneli su ölçümü yapılması	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Enerji Yönetimi</b>	Enerji görevlendirmelerinin yapılması	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Minimum enerji performansının sağlanması	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Yapı geneli enerji performansının artırılması	-	-	+	+	+	-	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-
	Temel soğutma yönetiminin gerçekleştirilmesi	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+
<b>Malzeme Yönetimi</b>	Geri dönüştürülebilir malzeme depolama ve biriktirme	+	+	-	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	+	+	+	-	-	+
	Yapım ve yıkım sürecinde atık yönetimi planlaması	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>İç Ortam Kalitesi</b>	Minimum iç mekân hava kalitesi performansının sağlanması	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+
	Dumansız hava sahası oluşturulması	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

+: ön koşula uygunluk sağlamaktadır.

-: ön koşula uygunluk sağlamamaktadır.

Tablo 8'de ve Tablo 9'da hastanelerin yeşil hastane ölçütlerine uygunluğu ve LEED standartları ile ilgili bulgular yer almaktadır. Hastaneler LEED sertifikası alabilmek için belirtilen tüm ön koşulları karşılamak zorundadır.

Tablo 8'e göre su yönetimi alanında KH-9 hastanesi hariç tüm hastaneler LEED standartlarını karşılamıştır. Sürdürülebilir tesisler alanında KH-3, KH-9, KH-12, ÖH-3 ve ÖH-4 hastaneleri LEED standartlarını karşılayamazken diğerleri karşılamışlardır. Enerji yönetimi ve malzeme seçimi alanlarında hiçbir hastane LEED standartlarını karşılayamamıştır. Ayrıca, atık yönetimi, su yönetimi ve tehlikeli madde yönetimi alanlarında LEED standartları olmadığı için karşılaştırma yapılamamıştır.

Tablo 9'a göre:

KH-1 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %62 oranında karşıladığı bulunmuştur. KH-1'in LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşılayamadığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan birini karşıladığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan birini karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı ve iç ortam kalitesine ilişkin ise iki ön koşuldan birini karşıladığı bulunmuştur.

KH-2 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %76 oranında karşıladığı bulunmuştur. KH-2'in LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşıladığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan hiçbirini karşılayamadığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan üçünü karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı bulunmuştur.

KH-3 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %68 oranında karşıladığı bulunmuştur. KH-3'ün LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşıladığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan birini karşıladığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan üçünü karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan hiçbirini karşılayamadığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan hiçbirini karşılayamadığı bulunmuştur.

KH-4 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %86 oranında karşıladığı bulunmuştur. KH-4'ün LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşıladığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan ikisini karşıladığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan üçünü karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı bulunmuştur.

KH-5 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %86 oranında karşıladığı bulunmuştur. KH-5'in LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşıladığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan ikisini karşıladığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan üçünü karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı bulunmuştur.

KH-6 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %62 oranında karşıladığı bulunmuştur. KH-6'nın LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşıladığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan ikisini karşıladığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan birini karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna

ilişkin iki ön koşuldan hiçbirini karşılayamadığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı bulunmuştur.

KH-7 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %74 oranında karşıladığı bulunmuştur. KH-7'nin LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşıladığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan ikisini karşıladığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan ikisini karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan hiçbirini karşılayamadığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı bulunmuştur.

KH-8 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %80 oranında karşıladığı bulunmuştur. KH-8'in LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşıladığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan ikisini karşıladığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan üçünü karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan hiçbirini karşılayamadığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı bulunmuştur.

KH-9 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %54 oranında karşıladığı bulunmuştur. KH-9'un LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşıladığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan hiçbirini karşılayamadığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan ikisini karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan hiçbirini karşılayamadığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı bulunmuştur.

KH-10 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %70 oranında karşıladığı bulunmuştur. KH-10'un LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşıladığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan birini karşıladığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan hiçbirini karşılayamadığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan hiçbirini karşılayamadığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı bulunmuştur.

KH-11 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %84 oranında karşıladığı bulunmuştur. KH-11'in LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşıladığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan ikisini karşıladığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan üçünü karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı bulunmuştur.

KH-12 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %68 oranında karşıladığı bulunmuştur. KH-12'nin LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşıladığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan birini karşıladığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan ikisini karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan hiçbirini karşılayamadığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı bulunmuştur.

KH-13 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %62 oranında karşıladığı bulunmuştur. KH-13'ün LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşıladığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan hiçbirini karşılamadığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan üçünü karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan hiçbirini karşılayamadığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı bulunmuştur.

ÖH-1 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %74 oranında karşıladığı bulunmuştur. ÖH-1'in LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşıladığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan birini karşıladığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan üçünü karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı bulunmuştur.

ÖH-2 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %74 oranında karşıladığı bulunmuştur. ÖH-2'nin LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşıladığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan ikisini karşıladığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan üçünü karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı bulunmuştur.

ÖH-3 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %64 oranında karşıladığı bulunmuştur. ÖH-3'ün LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşılayamadığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan birini karşıladığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan üçünü karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı bulunmuştur.

ÖH-4 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %66 oranında karşıladığı bulunmuştur. ÖH-4'ün LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşıladığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan ikisini karşıladığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan üçünü karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan hiçbirini karşılayamadığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan hiçbirini karşılayamadığı bulunmuştur.

ÖH-5 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %82 oranında karşıladığı bulunmuştur. ÖH-5'in LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşıladığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan ikisini karşıladığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan üçünü karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan hiçbirini karşılayamadığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı bulunmuştur.

ÖH-6 hastanesinin yeşil hastane ölçütlerini %78 oranında karşıladığı bulunmuştur. ÖH-6'nın LEED standartları değerlendirildiğinde ise, sürdürülebilir tesisler boyutuna ilişkin tek ön koşulu karşıladığı; su yönetimi boyutuna ilişkin üç ön koşuldan birini karşıladığı; enerji yönetimi boyutuna ilişkin dört ön koşuldan ikisini karşıladığı; malzeme yönetimi boyutuna ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı ve iç ortam kalitesine ilişkin iki ön koşuldan birini karşıladığı bulunmuştur.

Sadece evet cevaplarının dikkate alındığı yeşil hastane ölçütlerine uygunluk tablosuna (Tablo 10) bakıldığında tüm hastaneler bazında en yüksek oranlar %91,2 ile çevre yönetimi alanı ile %85,8 ile enerji yönetimi alanında elde edilmiştir. En düşük orana ise malzeme yönetimi alanında (%52,2) ulaşılmış ve çalışma kapsamındaki hastanelerin yeşil hastane ölçütlerine uygunluğu %72,2 olarak bulunmuştur.

**Tablo 10. Hastanelerin Mülkiyetlerine Göre Yeşil Hastane Ölçütlerine Uygunluğunun Değerlendirilmesi**

Yeşil Hastane Uygunluk Ölçütleri	Değerlendirme	Kamu Hastaneleri	Özel Hastaneler	Tüm Hastaneler
Atık Yönetimi	Evet (%)*	80,2	79,8	80,0
	Genel (%)**	22,2	22,3	22,3
	LEED (%)***	-	-	-
Çevre Yönetimi	Evet (%)	92,3	90,0	91,2
	Genel (%)	9,2	9,0	9,1
	LEED (%)	-	-	-
Su Yönetimi	Evet (%)	53,9	60,6	57,3
	Genel (%)	11,9	13,3	12,6
	LEED (%)	10,0	10,0	10,0
Enerji Yönetimi	Evet (%)	81,5	90,0	85,8
	Genel (%)	8,2	9,0	8,6
	LEED (%)	30,0	30,0	30,0
Tehlikeli Madde Yönetimi	Evet (%)	75,4	60,0	67,7
	Genel (%)	7,5	6,0	6,8
	LEED (%)	-	-	-
Malzeme Seçimi	Evet (%)	48,7	55,6	52,2
	Genel (%)	2,9	3,3	3,1
	LEED (%)	11,8	11,8	11,8
Sürdürülebilir Tesisler	Evet (%)	70,3	71,4	70,9
	Genel (%)	9,9	10,0	10,0
	LEED (%)	9,1	9,1	9,1
<b>Genel Uygunluk (%)</b>		<b>71,8</b>	<b>72,5</b>	<b>72,2</b>

\* sadece ilgili alanın kendi içindeki sorulara verilen evet cevaplarının oranını ifade eder.

\*\* ilgili alanda verilen evet cevaplarının tüm alanlarda verilen cevaplara oranını ifade eder.

\*\*\* LEED sertifika sisteminde ilgili alanlara verilen puanların (yüzde olarak) oranını ifade eder.

Kamu hastaneleri arasında en yüksek orana çevre yönetimi alanında (%92,3) ve en düşük orana ise malzeme seçimi alanında (%48,7) ulaşılmıştır. Özel hastaneler dikkate alındığında en yüksek oranlara ise çevre yönetimi ve enerji yönetimi alanlarında (%90) ve en düşük orana da %55,6 ile malzeme seçimi alanında ulaşılmıştır. Kamu hastanelerinin yeşil hastane ölçütlerine genel uygunluğu %71,8 iken özel hastanelerin genel uygunluğu %72,5 olarak bulunmuştur.

#### IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada Ankara'daki hastanelerin yeşil hastane ölçütlerine ne derece uydukları belirlenmeye çalışılmıştır. Bu amaçla hastane yöneticilerine Yeşil Hastane Uygunluk Değerlendirme formu uygulanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda tanımlayıcı bazı istatistikler (yüzde, frekans vb.) kullanılarak birtakım sonuçlara ulaşılmıştır. Bu bölümde elde edilen sonuçlara, bu sonuçların karşılaştırılabileceği benzer çalışma bulgularına ve çalışmaya göre sunulan önerilere yer verilmiştir.

Bu araştırmaya göre, Ankara'daki hastanelerde atık yönetiminin iyi bir şekilde uygulandığı söylenebilir. Hem kamu hem de özel hastanelerde bitkisel atık yağların daha fazla kullanıldığı, nükleer tıp atığı ve radyoloji atık suyunun ise nispeten daha az kullanıldığı görülmüştür. Hastanelerin amaçlarını gerçekleştirmek için birçok farklı hizmeti aynı anda

verme zorunluluğu atık üretimini de etkilemiştir. Özellikle otelcilik hizmetlerinin bitkisel atık yağ üretiminin fazla olmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Nükleer tıp uygulamalarının kontrollü kullanımının zorunlu olması ve hastanelerde diyaliz üniteleri dışında radyoloji sıvılarının kullanılmaması bu atıkların daha az üretilmesinde etkili olmuştur. İstanbul'daki kamu hastanelerinde yapılan bir çalışmada hastanelerin %91,4'ünün kapsamlı bir atık yönetim programının olduğu tespit edilmiştir. Atık depolama alanlarına sahip olma konusunda en yüksek oran %100 ile tıbbi atıklar olurken, %97,1 ile ambalaj atıkları ikinci sırada yer almıştır. Evsel atık deposuna sahip olma ise %88,6'dır (Palteki 2013). Eker ve diğerleri (2010) tarafından Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada, sağlık kuruluşlarının tümünde atıkların toplandıktan sonra ayrı depolandıkları ve %82.6'sında ayırmada konteynırlar kullanıldığı belirtilmiştir. Türkiye'de yapılan başka bir diğer çalışmada incelenen hastanenin tıbbi atıkların kontrolü yönetmeliğine göre hareket ettiği, atık minimizasyonu için bir programının olmadığı, hastanede radyoaktif maddelerin uygun bir şekilde depolandığı, kullanılan cıvalı aletler-malzemelere geri dönüşüm uygulanmadığı, ancak kimyasal maddelerin uygun şartlarda depolanıp atıldığı tespit edilmiştir (Eskitürk 2002). Çin'de yapılan bir araştırmada 3. basamak kamu hastanelerinin %100, 2. basamak kamu hastanelerinin %66,7 ve 1. basamak hastanelerinde de %54,5 oranlarında atık üretiminden sonra biriktirme, ayrıştırma, depolama ve bertaraf işlemlerine uyum sağladıkları bulunmuştur. 2. basamak ve 3. basamak kamu hastaneleri %100 ve 1. basamak kamu hastaneleri ise %36,4 oranlarında atık yönetimi planlarına sahiptir. 3. Basamak kamu hastanelerinde %83,3, 2. basamak kamu hastanelerinde %66,7 ve 1. Basamak kamu hastanelerinde %36,4 oranlarında iç denetimler vardır (Gai et al. 2009). Hastanelerin bitkisel atık yağların çevreye olan olumsuz etkilerini en aza indirme konusunda, yemeklerde kullanılan yağların daha özenle seçilmesi ve geri kazanım düşüncesi ile özellikle biyodizel yakıtlar için bir hammadde olarak kullanılmasına ilişkin planların geliştirilmesi önerilebilir. Bunlar dışında daha fazla geri dönüştürülebilir malzeme kullanılması da faydalı olabilir.

Çalışma sonuçlarına göre hem kamu hem de özel hastaneler sağlıklı ve kaliteli bir çevreye sahip olmanın çalışanların stresini azalttığı, sağlık durumlarını ve güvenliğini iyi yönde geliştirdiğinin, sağlık sonuçlarını geliştirdiğinin ve genel sağlık hizmetleri kalitesini artırdığının farkında oldukları ve Sağlık Bakanlığı Kalite Kriterleri, ISO 9001, ISO 14001 vb. standartlara büyük oranda uyum sağladıkları görülmektedir. Ancak çevre korumayla ilgili sorumlulukların neler olduğu ve bunların yöneticiler ve diğer sağlık personeline nasıl benimsetileceği konularında özellikle özel hastanelerde bazı eksiklikler olduğu tespit edilmiştir. Bu konuda Türkiye'de 3'ü kamu ve 3'ü özel olmak üzere toplam 6 hastanede yapılan bir çalışmada kamu hastanelerinde konfor anlamında yapılan çevresel düzenlemeler özel hastanelere göre daha yüksek puan almıştır (Sakıcı ve diğerleri 2013). İstanbul'daki kamu hastanelerinde yapılan bir çalışmada da hastanelerin tamamının (%100,0) SB Kalite Kriterleri, ISO 9001, ISO 14001, Akreditasyon vb. gibi kalite kılavuzlarından en az birini takip ettikleri bulunmuştur (Palteki 2013). Hastane yöneticileri gelişmiş ülke standartlarını daha yakından takip ederek, bunları bünyesinde bulunan sağlık personeline aktarmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Gerekliğinde bu standartlara uyum sağlanması hususunda teşvik edici faaliyetlerde bulunmaları hem hastane hem çalışanlar hem de hastalar açısından olumlu bir şekilde sonuçlanabilir.

Günümüzde diğer tüm işletmelerde olduğu gibi hastanelerde de kaynakların sınırlılığı sebebiyle kaynak kullanımında verimlilik sağlamak elzem hale gelmiştir. Bu araştırmaya göre bu kaynaklardan biri olan suyun, verimli kullanılması konusunda hem kamu hem de özel hastanelerde sıhhi tesisatın düzenli olarak kontrol edildiği, istenmeyen sızıntılara karşı bölgesel akış kesme vanalarının kullanıldığı ve özelde daha yoğun olmak üzere israfı önleyici düşük debili armatürler tercih edildiği bulunmuştur. Ancak yağmur suyunun biriktirilmesi ve çeşitli amaçlar için kullanılması konularında eksikler olduğu ve sulama sisteminin henüz yerleşmemiş olması hastaneler açısından iyileştirme yapılması gereken

sorunlu alanlar olarak belirlenmiştir. Bu konuda İstanbul'da yapılan bir çalışmada hastanelerde çevre yönetimi konusunda en yüksek oranlar su kaçağına karşı bölgesel akış kesme donanımı bulunması (%91,4) ve sıhhi tesisatın düzenli olarak kontrol edilmesinde (%82,4) elde edilmiştir (Palteki 2013). Eksik olan alanların iyileştirilmesi için hastane yöneticilerinin yapacağı yatırımlar ve kuracakları yağmur suyu kullanım sistemleri faydalı olabilecektir.

Çalışma kapsamındaki kamu ve özel hastaneler, elektronik aletlerin düşük enerji tüketenleri, aydınlatmada tasarruflu ampulleri tercih etmeleri ve nispeten düşük bir oranda da olsa binaların ısı yalıtımını yaptırmış olmaları enerji yönetimi konusunda olumlu uygulamalar olarak değerlendirilmektedir. Palteki (2013) tarafından İstanbul'da yapılan çalışmada kamu hastaneleri enerji yönetiminde; aydınlatmada tasarruflu ampuller tercih etmesi %85,7 ile ilk sırada yer alırken, ikinci sırada %77,1'lik oranla enerji tüketimini azaltmaya yönelik çalışmaların olarak belirtilmiştir. En düşük oran ise, %45,7 ile ozon tabakasına zarar veren klorofloro hidrokarbonlar içeren soğutucuların daha çevreci olanlarla değiştirilmesinde elde edilmiştir. İtalya'da yapılan başka bir çalışmada hastanelerin enerji tüketimini azaltmak için ısıtma, soğutma ve havalandırma sistemlerinde iyileştirmelere gidildiği ve bu iyileştirmelerin aynı zamanda CO<sub>2</sub> salınımını da azaltacak şekilde yapıldığı ve hastanelerde enerji verimli pencereler ve çatıda ve duvarlarda ısı yalıtımının kullanılması enerji verimi sağladığı bulunmuştur (Ascione et al. 2016). Carbonari ve diğerleri (2015) tarafından İtalya'da yapılan bir başka çalışmada ise, hastanelerde kullanılan ısıtma, aydınlatma gibi sistemlerde enerji tasarrufu sağlamak için kullanılan yöntemler sayesinde yıllık %79'a varan bir enerji tasarrufu sağlandığı ve sera gazlarının salınımında yıllık 128.000 kg azalmaya ulaşılmıştır. Avusturalya'daki hastanelerde yapılan bir çalışmada ise, hastanelerin enerjilerini daha çok ısıtma, aydınlatma ve havalandırmaya harcadıkları ve kullanılan enerji sistemleri sayesinde %30'luk bir tasarruf sağlandığı ifade edilmiştir. (Ahmed et al. 2015). Buna göre hastanelerin enerji tasarrufu sağlamak adına özellikle ısıtma, aydınlatma, soğutma ve havalandırma sistemlerinde daha fazla iyileştirme yapmaları ve kullanılan cihazların daha az enerji tüketenlerinden tercih etmeleri önerilebilir.

Zehirli, aşındırıcı, parlayıcı, yanıcı, kanserojen, mutajenik, tahriş edici, çevresel zarar verici vb. maddeler hem çalışanlar hem de hastalar açısından bir tehdit unsuru olarak kabul edilmektedir. Çalışma sonucunda kamu ve özel hastanelerde bu maddelerin daha çok kullanıldığı bölümler ve branşlar iyi bir şekilde tanımlandığı ve uygun şekilde depolanması konusunda yeterince farkındalık olduğu görülmektedir. Ancak cıvalı ürünler kullanımının azaltılması konusunda özellikle kamu hastaneleri özel hastanelere göre daha yetersizdir. Çalışma kapsamındaki özel hastanelerde hiçbir şekilde kullanılmayan bu ürünler, kamu hastanelerinin yaklaşık yarısında kullanılmaya devam etmektedir. İstanbul'da yapılan bir çalışmada hastanelerde tehlikeli maddelerin yönetilmesi konusunda en yüksek oran tehlikeli atıklar üreten bölümlerin tanımlanmasında (%91,4) elde edilirken en düşük oran ise kurumda cıva içeren malzemelerin kullanılmasında (%37,1) elde edilmiştir (Palteki 2013). Saad (2013) tarafından Sudan'da yapılan bir çalışmada incelenen hastanelerde tehlikeli maddeler konusunda eğitilmiş kişilerin sayısının sınırlı olduğu ve hemen hemen hiçbir güvenlik önleminin dikkate alınmadığı bulunmuştur. Reilly, Markenson (2011) Amerika'da yaptıkları çalışmada hastanelerin bir görevinin de çalışanlarını, hastalarını ve ziyaretçilerini hastanedeki tehlikeli maddelerin olumsuz etkilerinden korumak olduğunu ifade etmişler ve hastanelerde bir tehlikeli madde azaltımı programı oluşturulması gerektiği ve bu programın içeriğinde eğitim, malzeme seçimi, ekip seçimi ve resmi prosedürlerin bulunması gerektiği sonucuna ulaşmışlardır. Özellikle cıvalı ürünlerden olan tansiyon aleti daha kesin sonuç verdiği için tercih edilse de insanın merkezi sinir sistemine verdiği aşırı zarardan dolayı kullanımının alternatifi ile azaltılması hatta tamamen terkedilmesi kamu hastaneleri açısından daha sağlıklı bir ortam oluşturulmasına yardımcı olabilir. Bunun dışında tehlikeli

maddeler konusunda hastanelerde daha eğitimli kişilerin bulunması ve gerekli güvenlik önlemlerinin titizlikle uygulanması hem hastalar hem de çalışanlar açısından faydalı olabilir.

Geri dönüştürülebilir malzemelerin kullanımı ve dondurulmuş gıdalar yerine taze gıdalar kullanılması konularını kapsayan malzeme seçimi alanı hastane yöneticileri tarafından en az önemin verildiği alan olduğu görülmektedir. Palteki (2013) tarafından İstanbul'da yapılan çalışmada hastanelerin %51,4'ünde geri dönüştürülmüş malzemeler kullanıldığı bulunmuştur. %42,9'unda taze meyve sebze yerine konserve gıdalar kullanılıyor ve %51,4'ünde taze meyve sebze yerine dondurulmuş gıdalar kullanılmıyor. Çevre Bilimi Merkezi (Environment Science Center)'nin çevre koruma üzerine yaptığı başka bir çalışmada hastanelerin malzeme seçimi yaparken çevreye daha az zarar verecek şekilde yapmasının, yapılan işler gereği kullanılan piller, tansiyon ölçüm aletleri, laboratuvar aletleri vb. malzemelerin çevreci alternatiflerinin tercih edilmesinin ve bu tercihin geri dönüşüme uygun olacak şekilde gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (ESC 2003). Hastanelerde malzeme seçimi konularına daha az önem verilmesinin sebebi olarak hastanelerde kullanılan evsel ürünlerin ve diğer malzemelerin alım süreçlerinde daha maliyeti az olan ürünlerin tercih edilmesi gösterilebilir. Hastane yöneticileri maliyeti de düşünerek hareket ederken aynı zamanda malzeme seçimi konusunda insan ve çevre sağlığına daha az zararı olan ve daha çok geri dönüştürülebilir olan ürünlerin seçilmesini sağlamaları önerilebilir.

Çalışma kapsamındaki tüm hastanelerde iç mekân aydınlatmasının ve havalandırmasının yeterli ölçüde olduğu söylenebilir. Ancak ziyaretçilerin dinlenebileceği alanların yetersizliğinin yanı sıra, bisiklet alanı ve park yerleri sıkıntılı alanlar arasındadır. Hastanelerin büyük çoğunluğunun eski yapılar olmaları ve yapım aşamasında ileriye yönelik gerekli hizmetlerin yeterince iyi planlanamamasının bu durumda etkili olduğu söylenebilir. Palteki (2013) tarafından İstanbul'daki kamu hastanelerinde gerçekleştirilen bir çalışmada sürdürülebilir tesisler anlamında en yüksek oranlara aydınlatmaya yetecek miktarda pencere olmasında (%100) ve toplu taşıma ile erişilebilirlikte (%100) ulaşılmıştır. En düşük orana ise bisiklet yolu ve park yeri yeterliliğinde (%20) ulaşılmıştır. Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada hastanenin ulaşımı konusunda hastaların daha kolay ulaşım imkânı olan ve evlerine yakın olan sağlık kurumunu tercih ettiği bulunmuştur (Işık ve diğerleri 2016). Sağlık kurumunu tercih nedenlerinin incelendiği Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada kuruma yakınlık ve ulaşılabilirlik (sağlık hizmetleri fiyatı, kuruma yakınlık ve ulaşılabilirlik, hastanenin imajı, sosyal güvenceye sahip olma, modern ekip ve fiziki koşul, bürokrasi, her hizmet ve uzman bulunması arasından) birinci derecede önemli faktör olarak bulunmuştur (Tengilimoğlu 2001). Wood ve diğerleri (2016) tarafından Malezya'daki hastanelerde yapılan bir çalışmada doğal aydınlatma özel hastanelerde ortalama 4.44 puan ile kamu hastanelerine (3.97) oranla kullanıcılar tarafından daha yüksek olarak değerlendirilmiştir. Araç park alanlarının ve yeşil alanlarının yeterli olması durumu kamuda ortalama 4.43 puan ile özele (4.09) göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Hastaneyi kullananların memnuniyet düzeylerine bakıldığında doğal aydınlatma, havalandırma, yenilenebilir enerji kullanımı, yapının çevreye uyumu, yapının çevre sağlığına katkısı, araç park yeri ve yeşil alan yeterliliği, çevre dostu malzeme kullanımı, su verimliliği sağlayan ürünler kullanımı, yağmur suyunun tekrar kullanımı, fiziksel görünüm ve güvenlik alanlarında özel hastaneleri kullananların kamu hastanelerini kullananlara oranla daha memnun oldukları; atmosfere olumlu katkı alanında ise kamu hastanelerini kullananların özele göre daha memnun oldukları belirtilmiştir. Jin ve diğerleri (2015) tarafından Çin'de yapılan bir başka çalışmada hastane odalarının daha iyi havalandırılması için hava akımına açık alanlara yakın olması ve rüzgâr alacak şekilde tasarlanması gibi uygulamalar gerçekleştirildiği bulunmuştur. Skinner ve diğerleri (1977) tarafından Amerika'da yapılan bir başka çalışmada hastalara tedavi için gitmeleri gereken yer dışında başka hangi sağlık kurumunu seçersiniz sorusu sorulduğunda hastaların %38.6'lık bir oranla ulaşımın en kolay olduğu yeri 1. sırada (bakım kalitesi ve başka bir yer tercih etmeme seçenekleriyle birlikte) tercih ettikleri belirtilmiştir. Buna göre hastaneler tasarım aşamasında özellikle yeterli miktarda araç park yeri olmasına,



havalandırma ve aydınlatma olanaklarının olmasına ve hastaların daha rahat ulaşım imkanına sahip olacağı şekilde inşa edilmesi faydalı olabilir.

Çalışmada kullanılan yeşil hastane uygunluk yüzdeleri ile LEED standartları karşılaştırıldığında hem kamu hem de özel hastaneler su yönetimi ve sürdürülebilir tesisler alanlarında LEED standartlarını karşılarken, enerji yönetimi ve malzeme seçimi alanlarında bu standartları karşılayamadıkları bulunmuştur. Atık yönetimi, çevre yönetimi ve tehlikeli madde yönetimi alanları LEED standartlarında ayrı bir boyut olarak ele alınmadığı için bu alanlarla ilgili bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Palteki (2013) tarafından İstanbul'da yapılan çalışmada yeşil hastane ölçütlerine uygunluk anlamında en yüksek oran %91,4 ile çevre yönetiminden elde edilmiştir. İkinci en yüksek oran atık yönetiminden elde edilmiştir (%81,5). En düşük orana sahip alan %45,4 ile su yönetimidir. Yeşil hastane ölçütlerine genel uygunluk ise %68,6 olarak bulunmuştur. Malezya'da hastaneler için yeşil hastane derecelendirme sistemlerinin incelendiği bir çalışmada BREEAM (%17,27), LEED (%35,45) ve Green Building Index (%38) sertifika sistemlerinde en yüksek oran enerji verimliliğinde elde edilmiştir. Australian GreenStar'da en yüksek oran %20,4 ile kullanılan malzemeler ve kaynaklar alanında elde edilmiştir. En düşük oranlar ise Breeam için su verimliliğinde (%5,5), LEED ve Australian Green Star için sırasıyla %5,5 ve %2,9'lük oranlarla tasarımda yenilik alanında ve Green Building Index için %9'lük oranla malzeme ve kaynaklar alanında elde edilmiştir (Sahamir, Zakaria, 2014). Endonezya'daki bazı hastanelerde yapılan bir başka çalışmada, kullanılan Agency Green Building America sertifika sisteminde en yüksek orana %30 ile enerji ihtiyacı alanında ve en düşük orana ise %10 ile alan tasarımı ve su yönetimi alanlarında ulaşılmıştır (Setyowati et al. 2013). Johnson (2010) tarafından Amerika'da yapılan bir başka çalışmada LEED platin seviyesinde sertifika sahibi olan dünyanın ilk hastanesi Dell Children's Medical Center of Austin'in toplam iç mekânının %80'inde güneşi kullandığı, zararlı malzemeler kullanmadığı, su tasarrufu sağlayacak stratejiler kullandığı tespit edilmiştir. East Carolina Heart Institute at Pitt County Memorial Hospital in Greenville hastanesinin de hastalar, ziyaretçiler ve çalışanlar için sağlıklı bir çevre sunduğu, hastane genelinde yaklaşık %79 oranında geri dönüştürülmüş malzeme kullandığı bulunmuştur. Lexington Medical Center hastanesinin gümüş seviyede Leed sertifikası aldığı ve bunu yaparken atıklarının %75'ini geri dönüştürdüğü, toplu taşıma uygulamasının yanı sıra çalışanlar için bisiklet kullanımını teşvik ettiği, binanın yapımında zararlı olmayan malzemeler kullandığı ve %30'lük bir enerji tasarrufu sağladığı bulunmuştur Amerika'da çeşitli seviyelerde LEED sertifikası alan 19 hastanede yapılan başka bir çalışmada özellikle iç ortam kalitesi ve hastaların refahı konularında elde edilen olumlu geri bildirimler sayesinde bu hastanelerde hastaların daha yüksek refaha, iyileşme oranlarına ve memnuniyet seviyelerine ulaştıkları belirtilmiştir (Golbazi, Aktas 2016).

Genel olarak kamu hastanelerinin LEED sertifika sisteminin ön koşullarından özellikle su yönetimi ve enerji yönetimi boyutlarında yer alan ön koşulları yerine getirmede yetersiz kaldıkları görülmektedir. Kamu hastanelerinin LEED sertifikasına başvurup "Sertifikalı" seviyede sertifika alabilmeleri için su yönetimi boyutunda: dış mekân ve iç mekân su kullanımlarının azaltılması ile hastane geneli su ölçümlerinin yapılması ön koşullarını yerine getirmesi; enerji yönetimi boyutunda ise enerji görevlendirmelerinin yapılması, minimum enerji performansının sağlanması, hastane geneli enerji performansının artırılması ve temel soğutma yönetiminin gerçekleştirilmesi ön koşullarının yerine getirmesi gerekmektedir.

Genel olarak özel hastanelerin ise, su yönetimi ve malzeme yönetimi ön koşullarını yerine getirmede yetersiz kaldıkları görülmektedir. Özel hastanelerin LEED sertifikasına başvurup "Sertifikalı" seviyede sertifika alabilmeleri için su yönetimi boyutunda hastanelerin dış mekân ve iç mekân su kullanımlarının azaltılması ile hastane geneli su ölçümlerinin

yapılması ön koşullarını yerine getirmesi; malzeme yönetimi boyutunda ise geri dönüştürülebilir malzeme depolama ve biriktirme ve yapım ve yıkım sürecinde atık yönetimi planlamasının gerçekleştirilmesi ön koşullarını yerine getirmesi gerekmektedir.

Görüldüğü üzere, araştırma kapsamında yer alan hiçbir hastane mevcut durumları itibarıyla LEED sertifika sistemine başvuru yapıp herhangi bir düzeyde sertifika almaya yeterli değildir. Hem kamu hastaneleri hem de özel hastanelerin, uluslararası düzeyde en yaygın kullanılan yeşil hastane sertifika sistemine başvuru yapmak ve bu sayede daha yeşil standartlara sahip olmaları sürdürülebilir tesisler, su yönetimi, enerji yönetimi, malzeme seçimi ve iç ortam kalitesi boyutlarında iyileşmeler yapmalarına bağlı olduğu görülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Ahmed T.M.F., Rajagopalan P. and Fuller R. (2015) A Classification of Healthcare Facilities: Toward the Development of Energy Performance Benchmarks for Day Surgery Centers in Australia. **Health Environments Research & Design Journal** 8(4): 139-157.
2. Ascione F., Bianco N., De Stasio C., Mauro G.M. and Vanoli G.P. (2016) Multi-stage and Multi-objective Optimization for Energy Retrofitting a Developed Hospital Reference Building: A New Approach to Assess Cost-optimality. **Applied Energy** 174: 37-68.
3. Carbonari A., Fioretti B., Lemma M. and Principi P. (2015) Managing Energy Retrofit of Acute Hospitals and Community Clinics through EPC Contracting: The MARTE Project. **Energy Procedia** 78: 1033 – 1038.
4. Darko A. and Chan A.P.C. (2016) Critical Analysis of Green Building Research Trend in Construction Journals. **Habitat International** 57: 53-63.
5. Eker H.H., Bilgili M.S., Sekman E. and Top S. (2010). Evaluation of the Regulation Changes in Medical Waste Management in Turkey. **Waste Management & Research** 28(11): 1034–1038.
6. ESC (Environment Science Center) (2003) **Greener Hospitals: Improving Environmental Performance**. Bristol-Myers Squibb Company, Augsburg.
7. Eskitürk A. (2002) Hastane Atıklarının Yönetiminde Atık Minimizasyonu. **İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
8. Gai R., Xu C.K.L., Wang X., Zhang Y., Li H., Zhou C., He J. and Tang W. (2009) Hospital Medical Waste Management in Shandong Province, China. **Waste Management & Research** 27: 336–342.
9. Gerwing K. (2015) **Greening Health Care: How Hospitals Can Heal the Planet**. Oxford University Press, New York.
10. Golbazi M. and Aktas C.B. (2016) Analysis of Credits Earned by LEED Healthcare Certified Facilities. **Procedia Engineering** 145: 203-210.
11. Hinds J. and Sparks P. (2011) The Affective Quality of Human-Natural Environment Relationships. **Evolutionary Psychology** 9(3): 451-469.

12. Hoffman A.J. and Henn R. (2008) Overcoming the Social and Psychological Barriers to Green Building. **Organization and Environment** 21(4): 390-419.
13. Ploeg S.W.F. (1982) "Basic Concept of Ecology". **The Handbook of Environmental Chemistry: The Natural Environment and the Biogeochemical Cycles**. In Hutzinger O. (ed.) pp: 1-43. Volume 1 Part B. Springer-Verlag Heidelberg, Berlin.
14. Işık O., Erişen M.A. ve Fidan C. (2016) Tüketicilerin Hastane Seçiminde Etki Eden Faktörlere İlişkin Algılamaları. **İşletme Bilimi Dergisi** 4(1): 99-110.
15. Jin R., Hang J., Liu S., Wei J., Liu Y., Xie J. and Sandberg M. (2015) Numerical Investigation of Wind-driven Natural Ventilation Performance in a Multi-storey Hospital by Coupling Indoor and Outdoor Airflow. **Indoor and Built Environment** 25(8): 1-22.
16. Johnson S.W. (2010) Summarizing Green Practices in U.S. Hospitals. **Hospital Topics** 88(3): 75-81.
17. Miller D., Doh J., Panuwatwanich K. and Oers N. (2015) The Contribution of Structural Design to Green Building Rating Systems: An Industry Perspective and Comparison of Life Cycle Energy Considerations. **Sustainable Cities and Society** 16: 39-48.
18. Myers N. and Spoolman S.E. (2014) **Environmental Issues and Solutions: A Modular Approach**. Brooks/Cole Cengage Learning, Belmont.
19. Palteki A.S. (2013) İstanbul'daki Kamu Hastanelerinin Yeşil Hastane Ölçütlerine Uygunluklarının Belirlenmesi. **İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
20. Reilly M.J. and Markenson D.S. (2011) **Health Care Emergency Management: Principles and Practice**. Jones and Bartlett Learning, New York.
21. Retzlaff R.C. (2009) Green Buildings and Building Assessment Systems: A New Area of Interest for Planners. **Journal of Planning Literature** 24(1): 3-21.
22. Saad S. (2013) Management of Hospitals Solid Waste in Khartoum State. **Environmental Monitoring and Assessment** 185: 8567-82.
23. Sahamir S.R. and Zakaria R. (2014) Green Assessment Criteria for Public Hospital Building Development in Malaysia. **Procedia Environmental Sciences** 20: 106-115.
24. Sakıcı Ç., Çelik S. ve Kapucu Ö. (2013) Kastamonu'daki Hastane Bahçelerinin Peyzaj Tasarımlarının Değerlendirilmesi. **SDÜ Orman Fakültesi Dergisi** 14: 64-73.
25. Setyowati E., Harani A.R. and Falah Y.N. (2013) Green Building Design Concepts of Healthcare Facilities on the Orthopedic Hospital in the Tropics. **Procedia - Social and Behavioral Sciences** 101: 189-199.
26. Skinner T.J., Price B.S., Scott D.W. and Gorry G.A. (1977) Factors Affecting the Choice of Hospital-Based Ambulatory Care by the Urban Poor. **American Journal of Public Health** 67(5): 439-445.
27. Tengilimoğlu D. (2001) Hastane Seçiminde Etkili Olan Faktörler: Bir Alan Uygulaması. **G.Ü. İİBF Dergisi** 1: 85-98.

28. Wood L.C., Wang C., Abdul-Rahman H. and Abdul-Nasir N.S.J. (2016) Green Hospital Design: Integrating Quality Function Deployment and End-User Demands. **Journal of Cleaner Production** 112: 903-913.
29. Yudelson J. (2008) **The Green Building Revolution**. Island Press, Washington.



# Liderlik Tarzlarının İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılığa Etkileri

Safiye KIRKPINAR\*  
Ömer Faruk İŞCAN\*\*

## ÖZ

*Bu çalışmanın amacı, liderlik tarzlarından dönüştürücü ve etkileşimci liderliğin iş tatmini ve örgütsel bağlılığa etkilerini inceleyip tespit etmektir. Bu amaçla Erzurum ili Halk Sağlığında çalışanlar üzerinde bir alan araştırılması yapılmıştır. Halk Sağlığının Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan toplam 120 kişiye uygulanan anketlerden elde edilen veriler, korelasyon ve regresyon analizi yöntemleriyle incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, dönüştürücü liderlik davranışıyla iş tatmini ve örgütsel bağlılık arasında aynı doğrultuda ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Diğer yandan etkileşimci liderlik davranışının iş tatmini ve örgütsel bağlılık üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür. Bu bulgular iş tatmini ve örgütsel bağlılıkta dönüştürücü liderliğin önemini ortaya koymaktadır.*

**Anahtar Kelimeler:** Dönüştürücü Liderlik, Etkileşimci Liderlik, İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık.

## The Impact of Leadership Styles on Job Satisfaction and Organizational Commitment

### ABSTRACT

*The aim of this study is to analyze and determine the effect of transformational and transactional leadership models on job satisfaction and organizational commitment. For this aim, a survey was made on employees of Erzurum Province Community Health Organization. The data gathered from the questionnaires applied on 120 employees working at Family Health Center of Community Health Organization were analyzed by using correlation and regression analyses. According to the results, there is a positive and significant relationship between transformational leadership behavior and job satisfaction and organizational commitment. On the other hand, transactional leadership was found to have no effect on job satisfaction and organizational commitment. These findings point out the importance of transformational leadership on for job satisfaction and organizational commitment.*

**Key Words:** Transformational Leadership, Interactional Leadership, Job Satisfaction, Organizational Commitment.

## I. GİRİŞ

Liderlik çok eski tarihten beri var olan bir kavram olup, bu kavramın çok sayıda farklı tanımı yapılmıştır (Erçetin 2000). Bu güne kadar çok sayıda farklı tanım yapılmasına rağmen, henüz tam anlamıyla fikir birliği sağlanmış bir tanım geliştirilememiştir. Bu süreçte her döneme, duruma ve içinde bulunulan şartlara göre, kültürel değişikliklerden etkilenip farklı türde lider tiplerinin meydana geldiği, değişenin sadece liderlik kavramının kapsam ve algılanma tarzı olduğu görülmüştür (Bakan, Büyükbeşe 2010). Literatür incelendiğinde liderlik konusunda yapılan araştırmalar, farklı liderlik yaklaşımları geliştirerek, örgütün amaç ve hedeflerine ulaşmada hangi liderlik yaklaşımının daha verimli olabileceği sorularına cevaplar aramıştır. Yöneticilerin aynı zamanda liderlik davranışı göstermeleri gerektiği

\* Yönetim ve Organizasyon Bilim Uzmanı, Erzurum Halk Sağlığı, fsk-2508@hotmail.com

\*\* Prof. Dr., Atatürk Üniversitesi İİBF, İşletme Anabilimdalı, oiscan@atauni.edu.tr

anlayışı da, konunun anlam ve önemini daha da artırarak ortaya koymaktadır (Demir ve diğerleri 2010). Her alanda olduğu gibi liderlik alanında da değişen zaman ve gelişen teknoloji ile çeşitli liderlik tarzları oluşmuş, şartların ve durumun gerektirdiği uygulamaları yapabilen liderler başarıyı yakalayan liderler olmuşlardır (Bildik 2009). Sadece verimliliğe ve var olan mevcut durumu sürdürmeye çalışan klasik yönetici tipi ile rekabet değişim ve belirsizlik durumunda ayakta kalabilmek, diğer şirket ve kuruluşlarla rekabet etmek günümüz şartlarında pek mümkün görünmemektedir. Çalışanlarla etkin iletişime giren, ikna eden, çalışanların motivasyonlarını artıran, değişime hazırlayıp yönlendiren liderler işletmelerinde etkinliği sağlayabilir, sinerji oluşturabilir ve personellerin iş tatmini ve örgütsel bağlılık duymasına katkıda bulunabilirler (Tengilimoğlu 2005).

Lider sözlükte bir amaca yönelik olarak diğerlerini etkileyip onları yönlendiren kişi olarak ifade edilmektedir (Webster 1994). Lider yönlendirme ya da etkileme gücüne sahip kişidir. Bazı araştırmacılar liderliği grup sürecinin tamamlayıcı bir bölümü olarak, bazıları bir etkileme süreci olarak, bazıları ise yapı oluşturma ve amaçlara ulaşmanın bir aracı olarak değerlendirmektedirler (Nahavandi 2000). Genel olarak bakıldığında yöneticilik; örgüt ya da işletmelerin temel amaç ve hedefleri olan hizmet ya da mal üretebilmek amacıyla ihtiyaç olan kaynakların bir araya getirilip bu çıktılarının oluşmasını sağlamaktır. Yönetici bu işlev ve fonksiyonları hiyerarşik otoritesini kullanarak yerine getirmektedir. Yöneticilik bir bakıma mevki ve makamı elde tutmanın vermiş olduğu bir hak ve yetki iken, liderlik bireyin kendinde var olan bazı güçleri kullanarak ortaya koyabilme yetenek ve becerisidir. Yöneticiler güçlerini buldukları makam ve mevkilerden alırken, liderler ise güçlerini kendi kişisel yapılarından ve örgüt içinde gördükleri desteklerden alırlar. Artık işletmeler, yalnızca görevine odaklanmış yöneticilerle değil, aynı zamanda liderlik yetenek ve becerisini ön plana çıkarıp entelektüel sermayeye giderek daha fazla önem veren, toplumun beklenti ve ihtiyaçlarını daha iyi öngörüp tahmin eden, işletmesini buna göre yapılandırıp şekillendiren liderlerle çalışmak durumundadırlar (Demir ve diğerleri 2010).

Tatmin kavramı; gönül doygunluğuna erme ve istenen bir işin meydana gelmesi anlamlarını ifade etmektedir. İş tatmini, kişinin çalıştığı işyerinde ihtiyaçların karşılanması sonucu bireyde meydana gelen mutluluk durumu olarak da kabul edilebilir. (İşcan, Timuroğlu 2008). Belirli beklenti ve ihtiyaçlarla bir örgüte giren kişi, bu beklenti ve ihtiyaçlarını gerçekleştirebildiği ölçüde işinden ve çalıştığı kurumdan memnuniyet duymakta yani iş tatmini hissetmekte, böylece verimliliği ve performansını artırmaktadır. Çalışan bireylerin performansının ve verimliliği artması ise, o işletmenin verimliliğini ve performansını artırmaktadır. İş tatmini olmadığı durumlarda devamsızlık, düşük performans gibi olumsuz durumların ortaya çıkmasına dikkat edilmelidir. Başka bir ifadeyle bir çalışanın işinde mutlu olması iş tatmininin göstergesidir (Erdil ve diğerleri 2004). Yapılan araştırmalarda iş görenlerin iş tatmin seviyesini etkileyen faktörler; kişisel faktörler ve örgütsel faktörler olmak üzere iki grupta incelenip araştırılmaktadır. Bireysel veya kişisel faktörler, insanların farklı seviyelerde tatmin olmalarını sağlayan unsurlardır. Bireysel faktörler; yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim seviyesi, kişilik, mesleki konum, zekâ, kıdem, sosyo-kültürel çevre ve çalışma zamanı olarak ifade edilirken örgütsel faktörler ise, işin niteliği, fiziksel özellikler, özendirme, güvenlik duygusu, yönetim ve denetim tarzı, iletişim, kararlara katılma, terfi olanakları, ücret, birlikte çalışılan kişiler, rekabet, çalışma koşulları ve örgütsel ortam olarak sıralanabilir (Süner 2014).

Genel anlamdaki ifade şekliyle örgütsel bağlılık, bir kurum içerisinde çalışan kişinin bağlı bulunduğu örgüt içinde kalma isteği, örgüt hedef ve değerlerine olan bağlılığı olarak tanımlanmaktadır. (Bayraktaroğlu ve diğerleri 2014). Kavram, örgütün amaç ve değerlerini kabullenmeyi, bu amaç ve değerlere inanmayı, örgütün yararına olacak şekilde daha çok çalışma istekliliğini ve örgüt üyeliğini devam ettirmeye olan güçlü bir istekliliği ortaya koyar. Çalışanın çalıştığı örgüt için hissettiği bağlılık gücünü ifade eden örgütsel bağlılığın

örgüt performansını pozitif yönde etkilediği işe geç gelme, devamsızlık, işten ayrılma gibi negatif etkileri azalttığına inanılmaktadır (İşcan, Naktiyok 2004). Örgütsel bağlılıkla ilgili pek çok sınıflandırma yapılmış olmasına rağmen günümüzde halen geçerliliğini sürdüren sınıflandırma; Allen ve Meyer'in örgütsel bağlılığı; duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık olarak sınıflandırdığı bağlılıktır. Duygusal Bağlılık: çalışanların örgütsel amaç ve değerleri benimsemesi ve örgüt yararına daha fazla çaba sarf etmesi olarak tanımlanır. İşgören örgütte olmayı istediği için örgütte kalmaktadır. Devamlılık Bağlılığı: işgörenin örgütten ayrılmanın maliyetinin yüksek olacağını düşündüğü için örgütte kalmaya devam ettiği bağlılık türüdür. Normatif Bağlılık, işgörenin örgüte sadık kalmasının ahlaki ve doğru olacağı yönündeki inanca dayalı bir sorumluluk duygusuyla örgütte kalmaya devam ettiği bağlılık türüdür (İşcan, Tanrıbil 2016).

Günümüzde çağdaş yöneticilerden, işgörenlerin iş tatminlerinin sağlanıp, örgütsel bağlılığın artırılması yönünde gereken çalışma ve emeği sarf etmeleri beklenmektedir. Hepsinden önce, işgören tatminini sağlayıp artırmak için yöneticilerin, işgörenlerin sadece bir üretim unsuru olduğu yönündeki önyargılarını bir kenara bırakmaları gerekmektedir. Başka bir deyişle, yöneticiler; işgörenlerin yalnızca ekonomik bir varlıktan ibaret olmadığını, aynı zamanda çalışan kişilerin sosyal yanlarının da bulunduğunu, ekonomik ihtiyaçlarının haricinde farklı psikolojik, sosyal beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayabilmek için bir işletmede çalıştıklarını da göz önünde bulundurarak hareket etmelidirler. Çalışan kişilerin iş tatminlerinin sağlanması örgütsel bağlılığın artırılması aynı zamanda işletmelerin sosyal görevidir (Toker 2007). Bu çalışmada liderlik tarzlarından dönüştürücü ve etkileşimci liderlik tarzlarının, iş tatmini ve örgütsel bağlılık üzerindeki etkisi incelenmiştir.

## **II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE HİPOTEZLER**

### **2.1. Liderlik Kavramı**

Lider, "Bir örgütü ve gruptaki çalışanları belirli bir amaç ve hedef doğrultusunda etkileme gücüne sahip kişi" olarak tanımlanırken, Liderlik ise ortak bir amaç ve hedefi gerçekleştirmek üzere örgütün faaliyetlerini yöneten kişinin davranışları olarak tanımlanmaktadır. Liderlik, belirli bireysel veya örgütsel amaç ve hedefleri meydana getirmek üzere, bir insanın diğer insanların faaliyetlerini etkileyip yönlendirmesi süreci olarak ifade edilebilir (Örücü, Teker 2014).

Yöneticilik ise, örgütün toplumun istediği bir hizmet ya da ürünü üretmesi amacıyla beşeri, fiziksel ve mali kaynakların hepsinin bir araya getirilmesi sürecidir. Yöneticinin bu işlevi yerine getirebilmesi ve oluşturabilmesi için, bir yönetsel makama ve bu mevki ve makamın getirdiği yetki ve sorumluluklara sahip olması gerekir. Yöneticilik bir mevki ve makamı elinde bulundurmanın sağladığı hak ve yetki ile ifade edilirken, liderlik ise bireyin kendinde var olan bazı güçlerini kullanarak hayata geçirebilme yeteneği olarak ifade edilebilir. Yönetici gücünü sahip olduğu makamdan alırken, lider bu gücü kişisel özelliklerden ve grubunun ona vermiş olduğu desteğinden alır (Mimir 2008).

### **2.2. Etkileşimci Liderlik**

Bass, liderlik konusunda yapılan tanım ve gruplandırmaların artık günümüz şartlarına cevap verme açısından yetersiz olduğunu öne sürmüştür. Liderlerin çalışanlarından beklentilerini açık bir şekilde ortaya koyan ve beklenen performansı çalışanların göstermesi durumunda nasıl bir ödül alacaklarını belirtip açıklayan lideri, etkileşimci liderlik tarzı olarak ifade etmiştir. Bass, takipçilerin organizasyon içinde sahip olduğu gücü, liderin gücüne dayandırmakta ve bu teorinin takipçilerini; örgüt içinde lidere uyma ve bunun karşılıklı etkileşiminin bir sonucu olarak, lideri doğru bir biçimde algılama lideri etkileme



rolü yüklediğini öne sürmüştür. Yine Bass'a göre liderin gücü takipçilerinin duyduğu saygı ve güven ile takipçilerine sunabildiği sosyal ve maddi ödüller üzerindeki yetkisi ile açıklanabilir (Yavuz, Tokmak 2009).

Etkileşimci liderliğin alt boyutları (Erdal 2007);

- Koşullu Ödüllendirme
- Pasif İstisnalarla Yönetim
- Aktif İstisnalarla Yönetim
- Bırakınız Yapsınlar Tarzındaki Liderlik

*Koşullu Ödüllendirme:* Liderin izleyenlerinin uygun davranışlarını ödüllendirdiği, uygun görülmeyen hareketlerini yaptırma uğrattığı ya da cezalandırdığı bir yapıyı ifade etmektedir. (Korkmaz 2007).

*Pasif İstisnalarla Yönetim:* Pasif istisnalarla yönetim tarzında lider problemlerin ortaya çıkmasını bekler, problemlerin ortaya çıkmaması için herhangi bir tedbir alma davranışında bulunmaz. Pasif istisnalarla yönetim davranışını sergileyen etkileşimci lider, genelde karşılaşılan sorunlara cevap bulmak için emek harcamaz ve örgütsel faaliyetlerle ilgili sorunlara, takipçilerinden çözüm önerileri beklemektedir. Takipçiler tarafından sunulan çözüm önerileri üzerinde fikir beyan etmemekte ve alternatif çözüm önerilerini tartışmaya açmamaktadır. Genel anlamda takipçiler tarafından sunulan çözüm önerilerini kabul ederek hareket etmektedir (Yavuz, Tokmak 2009).

*Aktif İstisnalarla Yönetim:* Bu tarz yönetimde ise lider, proaktif yaklaşım tarzıyla takipçilerin çalışmalarını izler ve olması gereken standartların oluşmaması durumunda faaliyete geçerek düzeltici eylemlerde bulunur. İstisnalarla pasif yönetimde ise sorunlar ciddi bir durum halini alıncaya kadar liderin müdahale etmesi söz konusu değildir. Standart işler karşılanmayıp hatalar meydana geldiği zaman lider müdahalede bulunmaktadır (Demir, Okan 2008).

*Bırakınız Yapsınlar (Kaçınmacı / Serbestlik Tanıyıcı Liderlik):* Çalışanların işlerini ne şekilde ileriye götüreceğinden, projelerin ne zaman teslim edileceğine dair birçok önemli kararı kendileri almaları açısından desteklerken, ihtiyaç olması anında tavsiye, kaynak ve olanaklar çalışanlara sağlanmaktadır. İş tatminini sağlayan bir uygulama olmakla beraber, iş görenler zaman yönetimini etkili sağlayamıyorsa ya da yeterli bilgi ve deneyime sahip değillerse etkili bir çalışma veya iş ortaya çıkmamaktadır. Bu tarz ayrıca, yöneticilik yetenek ve becerileri sağlam olmayan bireylerde doğal bir sonuç olarak da ortaya çıkmaktadır (Yetimoğlu 2014).

### **2.3.Dönüştürücü Liderlik**

Dönüştürücü liderlik takipçilerin ihtiyaçlarını, değer yargılarını ve inançlarını değiştiren, örgütlerinde değişim ve yenilenmeyi gerçekleştirerek en yüksek performansa ulaştıran liderlik tarzı olarak tanımlanmaktadır. (Tengilimoğlu 2005).Dönüştürücü liderler çalışanları, tüm yeteneklerini ortaya koyacak biçimde ve kendilerine olan güven ve motivasyonlarını yükselterek iş görenlerden normalde beklenenden daha fazla sonuç almayı hedefleyen liderlerdir. Bu nedenle çalışanların, yaptıkları işin öneminin daha çok farkına varıp, örgüt içerisindeki görevlerinin kendi kişisel çıkarlarının üstünde tutmaları sağlanmış olmaktadır. Bu değişimlere sebep olan ve örgüt içerisindeki değişimleri başlatan birey dönüştürücü lider olarak ifade edilir (Ayhan 2010).

Dönüştürücü liderlerin başarılı bir şekilde dönüşüm sağlamaları, günümüz dönüşümlerinin özelliklerini bilmeleri ve bununla yakından ilişkili olmalarıyla ilgilidir. Bu çerçevede bakıldığında günümüz dönüşüm nitelikleriyle alakalı olarak şunları ifade edebiliriz: Dönüşüm, diğer bir ifadeyle değişim; çok köklü bir değişim ve gelişimi ifade etmektedir. Örgütsel gelişme konusunda söz sahibi bir araştırmacı olan Richard Bechard'a göre dönüşüm; kendisini diğer değişim türlerinden ayıran bir takım özelliklere sahip olan bir kavramdır. Bechard, her şeyden önce dönüşümü, kurum içinde var olan durumun meydana gelen dış gelişim ve değişimlere ayak uydurabilmesini sağlamak için düzenlenmesi ya da onda bir takım değişimlerin yapılmasından öte, örgütün şekil, yapı ve doğasında çok köklü ve ani bir takım gelişim ve değişimleri içermesi olarak ifade eder. Dönüşümün ikinci niteliği ise değişim ihtiyacının işletme içindeki güç ya da olgulardan ziyade, işletme dışı güç ya da olgulardan kaynaklanması, başka bir deyişle dış çevrede meydana gelen gelişmelerden kaynaklı olmasıdır. Dönüşümün üçüncü niteliği, bu değişimlerin yüzeysel değil, derin ve her yöne yayılan bir değişim ve gelişim olmasıdır. Dönüşümde, oluşan değişimler örgütün her bölümünü ve düzeyini kapsamaktadır. Dönüşümün son niteliği ise tamamıyla farklı ve hatta yeni bir takım davranışları gerektirmesidir. Örgüt çalışanlarının var olan davranışları ve tutumlarını küçük çapta da olsa bir takım değişimlerle korumaları, dönüşümün ihtiyaç ve gereklerini karşılamada yeterli düzeyde olmaz. Bu nedenle örgütsel dönüşüm, şirketlerin bir bütün halinde yeni, farklı eylem ve icraatları gerçekleştirmesini zorunlu hale getirmektedir (İşcan 2002).

Dönüştürücü liderlerin özellikleri şu şekilde ifade edilebilir (Ayhan 2010; Leithwood et al. 2000; Ayhan 2010; Coad et al.1998):

- Bu liderler cesur olup, gelişim ve değişime neden olacak unsurları gerçekleştiren, alışılmış yöntem ve fikirlerin değişmesine neden olan, mücadeleci bir kişiliğe sahip ve bunu başarabilmek için bütün şartlara göğüs geren bir yapıda oldukları söylenebilir.
- Dönüştürücü lider, ne tür bir değişim oluşturmak istediğine emindir ve bu dönüşümü nasıl oluşturacağı konusunda bir plana sahiptir. Bu anlamda dönüştürücü liderin faaliyetleri kendiliğinden değil, önceden tasarlanmıştır.
- Dönüştürücü liderler, kavramsal yetenek ve becerilerini çok iyi kullanabilmektedirler.
- Kavramsal yetenek, örgütü bir bütün olarak görüp örgütün birimleri arasındaki bağlantıları takip edip onu bütüne uygun bir şekle getirme özelliğini içerdiğinden, dönüştürücü liderlerin kişi ile birebir ilgilenip, kişiyi çevresi ile uyumlu bir şekle ulaştırması kavramsal yeteneğini iyi kullanabildiğinin bir göstergesidir.
- Dönüştürücü liderler davranışlarının ahlaki olmasına özen gösterir ve buldukları işletmede standardı yüksek bir ahlaki davranış modeli oluşturmaya gayret gösterirler. Bu liderler diğerlerinin kazançları uğruna kendi kişisel çıkarlarından taviz verebilirler.
- Dönüştürücü liderler; kendilerini değişim unsuru olarak belirtmektedirler.
- Dönüştürücü liderler insanlara inanıp güvenirliler.
- Bu liderler değerler tarafından yönlendirilirliler.
- Bu liderler vizyon belirleyebilen bireylerdir.
- Kolay vazgeçmeyen dönüştürücü liderler belirsizlik ve karmaşıklık durumu karşısında mücadele ederler.
- Hayatları boyunca öğrenip öğrendiklerinden ders çıkarırlar. Buldukları örgütün kişilerinden daha üst seviyede düşünebilen dönüştürücü liderlerin bu özelliklerinin devamlı araştırıp irdeleme durum ve olguları inceleme, gibi kendini daha da geliştirip ileriye götürme eğilimlerinden kaynaklı olduğundan bahsedilebilir.

Günümüzde iyi yöneticilerin dönüştürücü liderler oldukları, bu liderlerin başarılarının temelinde vizyon geliştirme, takım çalışması yapması ve kendinin farkında olma gibi

özelliklerinin olduğu söylenebilir (Ayhan 2010). Sonuçta çalışanlar dönüştürücü liderlere bütün bu özellikleri nedeniyle takdir, saygı ve güven duyguları besler ve onları örnek alırlar. (Coad et al. 1998). Küreselleşme öncesinde var olan liderlik anlayışı ile lider, pek çok farklı bölümü hiyerarşik olarak birbirine bağlar nitelikteydi ve bu anlamda vurgu hiyerarşi üzerindeydi. Bu çağda geçerli olan küresel koşullar altında ise, çalışanları alışılmış hiyerarşik sınırlamaların dışına çıkaracak daha esnek ve akıcı yönetim sistemlerine sokacak yeni tasarımlar gereklidir (Hasselbein et al. 1996).

#### 2.4. İş Tatmini

İş tatmini, çalışanın istekleri ve işin özelliklerinin birbirini tamamlamasıyla çalışanın işinden mutluluk duymasını sağlamasıdır. İş tatmini diğer bir ifadeye göre, çalışanın, çalışma ortamından, yaptığı işten, işin yöneticilerinden, işyerinde çalıştığı arkadaşlarıyla birlikte mutlu ve verimli olduğunu hissetmesidir (Akşit Aşık 2010). Çağdaş yönetim teorisyenleri, çalışanların iş tatmininin sağlanması ile hizmetlerin etkinliğini ve verimliliğini yönetimin iki temel amacı olarak görmektedir. Özellikle son zamanlarda davranış bilimcilerin en fazla üzerinde durdukları davranışsal konulardan biri olan iş tatmini, örgütsel verimlilik ve etkinlik üzerinde etkisini gösteren önemli bir unsur olarak dikkat çekmektedir (Yazıcıoğlu 2010). Verimlilik; örgütü hedefine ulaştırıp aynı sonucu veren iki yoldan en ucuza mal olan yolun seçilmesidir (Urhan 2014). İş görenin verimliliğinin sağlanması ancak iş görenin çalıştığı işten memnun olmasıyla mümkündür. Bu da iş doyumu kavramının ortaya çıkmasını sağlamıştır. Çalışanlar işlerinden yeterince tatmin duygusu içindeyseler çalıştıkları işlerde yüksek performans gösterebilir ve verimli bir şekilde çalışabilirler (Toker 2007).

İş tatmini seviyesini etkileyen faktörler; örgütsel faktörler ve kişisel faktörler olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Kişisel faktörler, insanların farklı seviyelerde tatmin olma duygularını sağlayan unsurlardır. Bunlar; yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim seviyesi, kişilik, mesleki konum, zekâ, kıdem, kültürel-sosyal çevre ve çalışma zamanı olarak ifade edilirken örgütsel faktörler ise işin niteliği, fiziksel özellikler, özendirme, güvenlik duygusu, yönetim ve denetim tarzı, iletişim, kararlara katılma, terfi olanakları, ücret, birlikte çalışılan kişiler, rekabet, çalışma koşulları ve örgütsel ortam olarak sıralanabilir (Süner 2014).

Yönetici, kişinin işten tatmin olup olmamasında önemli bir unsurdur. Yapılan çalışmalar sonucunda, yönetici ve yönetim tarzının iyi olması, ücret kaynağının az olduğu iş ortamlarında bile iş görenlerin iş tatminini arttırmaktadır. Bu da yönetimin modelinin iş tatmini üzerinde çok etkili olduğunu göstermektedir (Bozkurt, Bozkurt 2008).

#### 2.5. Örgütsel Bağlılık

Genel anlamdaki ifade şekliyle örgütsel bağlılık, bir kurum içerisinde çalışanın bağlı bulunduğu örgüt içinde kalma isteği, örgüt hedef ve değerlerine olan bağlılığı olarak tanımlanmaktadır. Kişilerin belirli kurumlarda birlik ve beraberlik içerisine girdiği bağlılık, toplum duygusunun olduğu her yerde var olan ve o var olan toplumsal içgüdünün duygusal şekilde ifade edilme biçimidir. Örneğin; bir memurun görevine, bir askerin yurduna, bir kölenin efendisine, sadakati anlamındaki bağlılık, kadim şeklindeki ifade biçimiyle sadakat, sadık olma durumunu ifade etmektedir. (Bayraktaroğlu ve diğerleri 2014). Örgütsel bağlılığı etkileyen belirleyici faktörler genellikle kişisel, örgütsel, iş ve çalışma ile ilgili özellikler olarak genel bir çerçevede incelenmektedir. Örgütsel bağlılığı etkileyen kişisel faktörler; bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim gibi bazı demografik özelliklerinin yanı sıra kişilerin denetim noktası, başarı güdüsü gibi bazı bireysel özelliklerini de kapsamaktadır. İş ile ilgili özellikler ise, işteki özerklik, işin önemi ve anlamlılığı, beklentilerin işte karşılanma düzeyi, geri bildirim, sosyal etkileşim olanakları gibi özellikler olarak belirlenmektedir. Örgütsel faktörler arasında ise, örgüt yapısı, büyüklüğü, örgüt kültürü, yönetim tarzları, ast ve üst

ilişkileri, ücret sistemleri, çalışma koşulları, kariyer olanakları gibi unsurlar sayılmaktadır (Çetin, Gürkan 2006).

Örgütsel Bağlılık Çeşitleri;

1. *Duygusal Bağlılık*: Tutumsal bağlılık olarak da ifade edilen duygusal bağlılık, iş çevresine yönelik duygusal tepkilerle yakından alakalı olup, daha çok işe bağlanma, birlikte çalışan iş arkadaşlarından, işten ve mesleğe bağlılıktan elde edilen doyumla ilişkilidir. Duygusal bağlılık, çalışanın örgüte karşı hissettiği örgütle bütünleşmesini ve özdeşleşmesini kapsamaktadır. Örgütte kalıpta duygusal bağlılığı güçlü olan çalışanlar, buna ihtiyaç duyduklarından ziyade, kendileri örgütte kalmak istedikleri için devam etmektedirler (Doğan, Kılıç 2007).
2. *Devam Bağlılığı*: İş görenin ekonomik menfaatleri sonucunda ortaya çıkan ve kişinin elde ettiği bütün menfaatlara dayanan bir bağlılık türüdür. Devamlılık bağlılığı, çalışanın örgütte çalıştığı süre içerisinde örgüte yaptığı yatırım ve iktisadi faaliyetleri dikkate alarak örgütte kalmayı bir gereklilik olarak görmesini ifade eder. Diğer bir ifadeyle devamlılık bağlılığı, iş görenlerin işletmeden ayrılmaları durumunda karşılaşılabilecekleri mali durumun yüksek olacağı düşünülerek örgüt üyeliğini devam ettirme durumudur. Bu bağlılığı etkileyen unsurların başında; başka iş bulamama, başka işin gerektirdiği özelliklere sahip olmaması, sağlık nedenleri, ailesel nedenler, emekliliğe yakın olma, maddi kayıplar gibi temel nedenler gelmektedir (Demirel 2008).
3. *Normatif Bağlılık*: Normatif bağlılık türü, çalışanların organizasyonlarına karşı duydukları sorumluluğa ilişkin inançlarını ifade etmektedir. Normatif bağlılık olarak karışımıza çıkan bu kavram bir çalışanın işletmesine bağlılık göstermesini bir görev ve sosyal sorumluluk olarak algılaması ve işletmeye bağlılığın doğru olduğunu düşünmesi sonucunda meydana geldiğinden diğer iki tür bağlılıktan daha farklı bir boyutu ifade etmektedir. Normatif ya da diğer bir ifadeyle etiksel bağlılık, kişinin bir işletmede çalışmayı kendisi için bir görev olarak görmesi ve örgütüne bağlılık göstermenin “doğru” olduğunu hissetmesidir. Bu yönüyle duygusal bağlılıktan, örgütten ayrılma sonucunda meydana gelecek kayıpların hesaplanmasından etkilenmediği için bu yönüyle de devamlılık bağlılığından ayrılır.

Birbiriyle ilişkili olan bu her üç bağlılık arasındaki ortak nokta, birey ile organizasyon arasında bireyin organizasyondan ayrılma ihtimalini azaltan bir bağ olarak karşımıza çıkar. Yani, bu üç bağlılık türünde de çalışanlar örgütte kalmaya devam etmektedirler. Yalnız, ilkinde örgütte kalma güdüsü isteğine, ikincisinde gereksinime ve üçüncüsünde ise bir yükümlülüğe dayanmaktadır (Yüceler 2009).

### III ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

#### 3.1. Araştırmanın Hipotezleri

Konuyla ilgili; İşcan'ın 2002 de, Bayrak ve Kök'ün 2006 da, Seymen'in 2008 de, Erkutlu'nun 2008 de, İşcan ve Tanrıbil'in 2015 de, Öncü ve diğerlerinin 2016 da yaptıkları çalışmalar ve yapılan diğer çalışmalar değerlendirilerek aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur.

Tüm bu çalışmaların oluşturup ortaya koyduğu nedensel sıralamanın farklılığı bir tarafa, tüm bu araştırmalar da üstünde durulan esas nokta, değişkenler arasındaki önemli ve pozitif bağlantılı ilişkidir. Gordon ve arkadaşları (1980) yaptıkları araştırmada, tatmin ile örgütsel bağlılık boyutları arasında pozitif ilişkiler bulunduğunu vurgulamaktadır. Özellikle günümüzde çalışanların sıradan bir üretim faktörü olarak görülmemesi gerektiği anlayışı ve

uzun dönemde rekabette başarılı olmanın ana unsuru olarak insanın kabul edilişiyle birlikte, işletmelerin nitelikli işgücü talebi de fazlasıyla artmıştır (Bayrak Kök 2006).

Tüm bu görüşlerin ışığı altında aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir:

H1: Dönüştürücü liderlik ile iş tatmini arasında aynı doğrultuda ve anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Etkileşimci liderlik ile iş tatmini arasında aynı doğrultuda ve anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Dönüştürücü liderlik ile örgütsel bağlılık arasında aynı doğrultuda ve anlamlı bir ilişki vardır.

H4: Etkileşimci liderlik ile örgütsel bağlılık arasında aynı doğrultuda ve anlamlı bir ilişki vardır.

H5: İş tatmini ile örgütsel bağlılık arasında aynı doğrultuda ve anlamlı bir ilişki vardır.

### 3.2. Araştırmanın Ön Kabulleri ve Sınırlıkları

Araştırmada kullanılan anket formlarında, anketlerle elde edilecek verilerden sadece akademik çalışmalar için faydalanılacağı ve bu bilgilerin hiçbir kurum ve kişiyle paylaşılmayacağı belirtilmiştir. Cevaplayıcıların anketteki soruları bağlı buldukları üstlerinin davranışına göre cevaplandırmaları istenmiştir. Bu nedenle cevaplayıcıların anket formundaki ifadeleri doğru bir şekilde algılayıp, gerçek düşüncelerini aktardıkları düşünülmektedir. Bu araştırmanın anketi, analizlere konu olan değişkenleri belirtmek için gerekli nitelik ve özelliklere sahiptir. Bu çalışmada kullanılan dönüştürücü ve etkileşimci liderlik, iş tatmini ve örgütsel bağlılık ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış, her bir ölçek için de yüksek geçerlilik ve güvenilirlik değerleri bulunmuştur. Yapılan araştırmanın temelinde insan faktörünün bulunması sebebiyle sosyal bilimlerdeki araştırmalara özgü genel sınırlılıklar bu çalışma için de geçerli olup, toplam sayısal verilerin güvenilirliği, verileri toplamada kullanılan anket tekniğinin nitelik ve özellikleriyle sınırlıdır.

### 3.3. Veri toplama Aracının Geliştirilmesi

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formlarından yararlanılmıştır. Bu araştırma kapsamındaki anketler iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm 5 sorudan oluşmakta olup, demografik değişkenleri belirlemeye yöneliktir. İkinci bölümde ise toplam 37 ifadeden oluşmakta olup; sırasıyla dönüştürücü liderlik, etkileşimci liderlik, iş tatmini ve örgütsel bağlılık ölçeklerini ve bu ölçeklerin boyutlarının içeren ifadeler sıralanmıştır.1-7 arası ifadeler dönüştürücü liderlik,8-13 arası ifadeler etkileşimci liderlik,14-26 arası ifadeler iş tatmini,27-37 arası ifadeler ise örgütsel bağlılıkla ilişkilidir.

Carles ve diğerleri (2000) tarafından geliştirilen dönüştürücü liderlik ölçeği için küresel dönüştürücü liderlik ölçeğinden yararlanılmıştır (Global Transformational Leadership Scale). Toplam 7 maddeden oluşan ölçek, kompleks liderlik davranışlarını içeren dönüştürücü liderliğin genel bir ölçümünü yapan tek boyutlu bir ölçektir (Carles ve diğerleri 2000).

Etkileşimci liderlik ölçeği Bass ve Avalio (1993) tarafından bireylerin liderlik tarzlarını belirlemek amacıyla geliştirilen 36 maddelik çok faktörlü liderlik ölçeğinden elde edilen etkileşimci liderliğe ilişkin 5'li Likert ölçeği şeklinde düzenlenen 6 madde ile ölçülmüştür (Bass, Avalio 1993; Avalio et al. 1999; Bass, Avalio 1995). Bass ve Avalio (1993) tarafından geliştirilen etkileşimci liderlik ölçeğinde kullanılan bu 6 maddeden 8 nolu soru koşullu ödül verme boyutu,9-10 nolu sorular pasif istisnalarla yönetim,11 nolu soru aktif istisnalarla yönetim,12-13 nolu sorular ise kaçınmacı/serbestlik tanıyıcı liderlik boyutlarından oluşmaktadır.

İş tatmini ölçeği (Job Satisfaction Questionnaire) Comer ve diğerleri (1989) tarafından geliştirilmiştir. İşcan ve Timuroğlu'nun (2008) yılında kullandığı bu iş tatmini ölçeği, işin niteliği, ücret, iş güvenliği, beşeri ilişkiler, çalışma koşulları ve terfi fırsatları gibi boyutlardan oluşmaktadır. Comer ve diğerleri (1989) tarafından geliştirilen 22 soruluk iş tatmini ölçeğinden iş tatmini boyutlarıyla ilgili 13 madde kullanılmıştır. 14-15-16 nolu sorular iş tatmininin işin niteliği boyutu, 17-18 işin ücret boyutu, 19-20 iş güvenliği boyutu, 21-22 beşeri ilişkiler boyutu, 23-24 çalışma koşulları boyutu, 25-26 nolu sorular ise iş tatmininin terfi fırsatları boyutuyla ilgilidir.

Örgütsel bağlılığı belirlemeye yönelik 11 madde bulunmaktadır. İşcan ve Naktıyok'un (2004) yılında kullandığı bu ölçekte Allen ve Meyer (1991) tarafından geliştirilen 27-28-29-30 maddeler duygusal bağlılık, 31-32-33-34 devamlılık bağlılığı, 35-36-37 nolu sorular ise normatif bağlılık boyutuyla ilgilidir.

Araştırmada belirtilen ölçüm araçlarının tümünde beşli Likert ölçeği kullanılmıştır. Buna göre; 1-Kesinlikle Katılmıyorum 2-Katılmıyorum 3-Kararsızım 4-Katılıyorum 5-Kesinlikle Katılıyorum şeklinde bir derecelendirme yapılmıştır.

### **3.4. Araştırma Örnekleminin Seçimi ve Verilerin Toplanması**

Araştırmanın ana kümesini Erzurum'daki Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı birimlerde (Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aile Sağlığı Merkezleri) çalışanlar oluşturmaktadır. Araştırma Hemşire ve Ebe pozisyonunda çalışan kişiler üzerinde yapılmıştır. Ana kümeyi temsil eden çalışan sayısı 105 hemşire ve 238 ebe çalışan olup toplam 343 kişi olarak belirlenmiştir. Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı merkez çalışan sayısı telefon görüşmeleri ve yüz yüze yapılan görüşmeler neticesinde öğrenilmiştir. Bu ana küleden %95 güven düzeyinde %5 bir hata payı öngörülerek seçilecek örneklem büyüklüğü 120 olarak hesaplanmıştır ([www.surveysystem.com/sscalc.htm](http://www.surveysystem.com/sscalc.htm)). Erzurum ili Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı birimlerde (Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aile Sağlığı Merkezleri) çalışanlara dağıtılan 150 anketten 120 tanesi toplanmıştır. Anketlerin geri dönüş oranı %80'dir.

### **3.5. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler**

Verilerin analizinde farklı istatistiksel analizler kullanılmış olup bu analizler bilgisayarda SPSS 22.00 istatistik paket programı ile yapılmıştır. Örneklem grubunu oluşturanların demografik özelliklere göre dağılımlarında ve ölçeklerin tanımlayıcı analizlerinde frekans ve yüzde kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirlikleri Cronbach Alfa Katsayısı ile bulunmuştur. Dönüştürücü liderlik, etkileşimci liderlik, iş tatmini, örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin düzeyini belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Dönüştürücü liderliğin iş tatmini ve örgütsel bağlılığın puanlarını yordama gücünü anlamak amacıyla, etkileşimci liderliğin iş tatmini ve örgütsel bağlılığın puanlarını yordama gücünü anlamak amacıyla ve iş tatmininin örgütsel bağlılığı puanlarını yordama gücünü anlamak amacıyla basit doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır.

## **IV. ARAŞTIRMANIN BULGULARI**

Bu bölümde araştırmadan toplanan verilerin analizleri sonucu elde edilen veriler hipotezlere göre sırayla verilmiştir.

Araştırmada kullanılan dönüştürücü liderlik, etkileşimci liderlik, iş tatmini, örgütsel bağlılık ölçeklerinin iç güvenilirliğini hesaplamak amacıyla Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmıştır. Araştırma verilerinin normal dağılım gösterip göstermediği test edilmiş, normal dağılım gösterdiği bulgusuna ulaşılmıştır.

#### 4.1. Ölçeklerin Güvenilirliği

Araştırmada kullanılan dönüştürücü liderlik, etkileşimci liderlik, iş tatmini, örgütsel bağlılık ölçeklerinin iç güvenilirliğini hesaplamak amacıyla Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmıştır.

**Tablo 1. Dönüştürücü Liderlik, Etkileşimci Liderlik, İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık Ölçeklerinin Cronbach Alfa Değerleri**

Ölçekler	Boyutlar	Cronbach Alfa Katsayısı
Dönüştürücü Liderlik		0,931
Etkileşimci Liderlik	Etkileşimci Liderlik Toplam	0,767
	Koşullu Ödül Verme	*
	Pasif İstisnalarla Yönetim	0,730
	Aktif İstisnalarla Yönetim	*
	Serbestlik Tanıyıcı Liderlik	0,757
İş Tatmini	İş Tatmini Toplam	0,839
	İşin Niteliği	0,848
	İşin Ücreti	0,768
	İş Güvenliği	0,754
	Beşeri İlişkiler	0,833
	Çalışma Koşulları	0,735
	Terfi Fırsatları	0,751
Bağlılık Ölçeği	Bağlılık Toplam	0,738
	Duygusal Bağlılık	0,738
	Devamlılık Bağlılığı	0,744
	Normatif Bağlılık	0,754

\* Tek maddeden oluştuğu için analiz yapılamamıştır.

Tablo 1'e göre dönüştürücü liderlik, etkileşimci liderlik, iş tatmini, örgütsel bağlılık ölçeklerinin iç güvenilirliğine ilişkin Cronbach Alfa katsayılarının tümü minimum eşik değeri olan 0,70'den yüksek çıkmıştır. Bu bulgular kullanılan bütün ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir.

#### 4.2. Örneklem Grubuyla İlgili Bulgular

Araştırmanın örneklemini oluşturanların cinsiyeti, yaş grupları, öğrenim durumu ve işyerindeki pozisyonları ile ilgili bilgiler Tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo 2. Örnekleme Oluşturanların Demografik Bilgileri**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	10	8,3
	Kadın	110	91,7
<b>Yaş</b>	30 dan küçük	49	40,8
	30-40 arası	57	47,5
	40 dan büyük	14	11,7
<b>Meslekteki Görev Süresi</b>	5 yıldan az	28	23,3
	5-10 yıl arası	43	35,8
	10 yıldan fazla	49	40,8
<b>Eğitim Durumu</b>	Lise	39	32,5
	Önlisans	36	30,0
	Lisans	41	34,2
	Yüksek lisans/doktora	4	3,3
<b>Pozisyon</b>	Hemşire	44	36,7
	Ebe	76	63,3

Tablo 2’de örnekleme oluşturan çalışanların %8,3’ü erkek, %91,7’si kadın çalışanlardan oluşmaktadır. Örneklemin %40,8’ini 30 yaştan küçükler, %47,5’ini 30-40 yaş grubu arasındakiler, %11,7’sini 40 yaşından büyük grubundakiler oluşturmaktadır. Çalışma süreleri incelendiğinde 5 yıldan az çalışanlar %23,3 iken, 5-10 yıl arası çalışanlar %35,8; 10 yıldan fazla süredir çalışanlar %40,8’inden oluşmaktadır. Çalışanların eğitim durumları incelendiğinde Lise mezunları örneklemin %32,5’ini oluşturmaktadır, ön lisans mezunları %30, lisans mezunları örneklemin 34,2’sini, yüksek lisans mezunları örneklemin %3,3’ünü oluşturmaktadır. Çalışanların pozisyonları incelendiğinde %36,7’sinin hemşire pozisyonunda, %63,3’ünün ebe pozisyonunda olduğu görülmektedir.

#### **4.3. Dönüştürücü Liderlik, Etkileşimci Liderlik, İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki ve Bulgular**

Öngörülen araştırma modelinin test edilmesi ve dönüştürücü liderlik, etkileşimci liderlik, iş tatmini, örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin düzeyini belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon katsayısı değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyini bulup yorumlamak amacıyla kullanılmaktadır. İki değişken arasında hiçbir ilişki yoksa, korelasyon katsayısı sıfır, pozitif yönlü bir ilişki varsa +1, negatif yönlü bir ilişki varsa -1 değerini alır.



**Tablo 3. Dönüştürücü Liderlik, Etkileşimci Liderlik, İş Tatmini, Örgütsel Bağlılığa İlişkin Korelasyon Analizi**

	Dönüştürücü liderlik	Etkileşimci liderlik	Koşullu Ödül Verme Boyutu	Pasif İstisnalarla Yönetim	Aktif İstisnalarla Yönetim	Kaçınmacı Liderlik	İş Tatmini Toplam	İşin Niteliği Boyutu	İşin Ücret Boyutu	İş Güvenliği Boyutu	Beşeri İlişkiler Boyutu	Çalışma Koşulları Boyutu	Terfi Fırsatları Boyutu	Örgütsel Bağlılık Toplamı	Duygusal Bağlılık	Devamlılık Bağlılığı	Normatif Bağlılık
Dönüştürücü Liderlik	1																
Etkileşimci Liderlik Toplam	-0,086	1															
Koşullu Ödül Verme Boyutu	0,761**	0,213*	1														
Pasif İstisnalarla Yönetim	-0,052	0,717**	0,094	1													
Aktif İstisnalarla Yönetim	-0,093	0,651**	0,009	0,251**	1												
Kaçınmacı Liderlik	-0,527**	0,682**	-0,319**	0,244**	0,370**	1											
İş Tatmini Toplam	0,454**	0,028	0,371**	0,040	0,001	-0,213*	1										
İşin Niteliği Boyutu	0,360**	-0,013	0,241**	-0,093	0,046	-0,121	0,808**	1									
İşin Ücret Boyutu	0,194*	-0,043	0,230*	0,081	-0,131	-0,210*	0,597**	0,284**	1								
İş Güvenliği Boyutu	0,174	-0,081	0,085	-0,075	-0,024	-0,121	0,701**	0,584**	0,395**	1							
Beşeri İlişkiler Boyutu	0,173	0,075	0,128	0,033	0,058	-0,005	0,438**	0,292**	-0,016	0,238**							
Çalışma Koşulları Boyutu	0,479**	0,014	0,396**	0,014	0,046	-0,259**	0,764**	0,500**	0,402**	0,339**	0,283**	1					
Terfi Fırsatları Boyutu	0,403**	0,167	0,397**	0,246**	-0,008	-0,147	0,618**	0,338**	0,368**	0,197*	0,007	0,545**	1				
Örgütsel Bağlılık Toplamı	0,267**	0,074	0,270**	0,185*	-0,125	-0,116	0,381**	0,232*	0,285**	0,104	0,212*	0,342**	0,354**	1			
Duygusal Bağlılık	0,278**	0,083	0,296**	0,071	-0,040	-0,069	0,555**	0,460**	0,217*	0,277**	0,390**	0,455**	0,379**	0,724**	1		
Devamlılık Bağlılığı	-0,017	0,046	-0,022	0,146	-0,095	0,030	-0,007	-0,111	0,138	-0,098	0,029	0,008	0,057	0,647**	0,098	1	
Normatif Bağlılık	0,341**	0,024	0,335**	0,172	-0,128	-0,233*	0,288**	0,175	0,253**	0,061	0,030	0,288**	0,339**	0,728**	0,469**	0,150	1

\*: p&lt;0,05; \*\*: p&lt;0,001

Tablo 3 incelendiğinde dönüştürücü liderlik ile etkileşimci liderliğin alt boyutu olan “koşullu ödül verme” arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,761$ ) ve “kaçınmacı liderlik” arasındaki korelasyon değeri ( $r=-0,527$ ), iş tatminin alt boyutu olan “işin niteliği” arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,360$ ), “işin ücreti” arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,194$ ), “çalışma koşulları” arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,479$ ) ve “terfi fırsatları” arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,403$ ), örgütsel bağlılığın alt boyutu olan “duygusal bağlılık” boyutu arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,278$ ), “normatif bağlılık” boyutu arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,341$ ) anlamlı bulunmuştur.

Etkileşimci liderliğin toplam puanı ile iş tatmininin boyutları ve toplam puanları ve örgütsel bağlılığının boyutları ve toplam puanları arasındaki ilişkilerin tümü  $p>0,05$  önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur.

Etkileşimci liderliğin “koşullu ödül verme” boyutu ile iş tatmininin alt boyutu olan “işin niteliği” arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,241$ ), ve “işin ücreti” boyutu arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,230$ ), “çalışma koşulları” boyutu arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,396$ ), “terfi fırsatları” boyutu arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,397$ ), örgütsel bağlılığın alt boyutu olan “duygusal bağlılık” arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,296$ ), normatif bağlılık arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,335$ ) anlamlı bulunmuştur. Etkileşimci liderliğin “pasif istisnalarla yönetim” boyutu ile iş tatmininin alt boyutu olan “terfi fırsatları” boyutu arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,246$ ) anlamlı bulunmuştur. Etkileşimci liderliğin “kaçınmacı liderlik” boyutu ile iş tatmininin alt boyutu olan “işin ücreti” boyutu arasındaki korelasyon değeri ( $r=-0,210$ ), “çalışma koşulları” boyutu arasındaki korelasyon değeri ( $r=-0,259$ ), örgütsel bağlılığın alt boyutu olan normatif bağlılık arasındaki korelasyon değeri ( $r=-0,233$ ) anlamlı bulunmuştur.

Örgütsel bağlılık ile iş tatmininin alt boyutu olan “işin niteliği” arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,232$ ), “işin ücreti” boyutu arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,285$ ), “beşeri ilişkiler” boyutu arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,212$ ), “çalışma koşulları” boyutu arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,342$ ), “terfi fırsatları” boyutu arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,354$ ) anlamlı bulunmuştur.

Örgütsel bağlılığın “duygusal bağlılık” boyutu ile iş tatmininin alt boyutu olan “işin niteliği” arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,460$ ), “işin ücreti” boyutu arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,217$ ), “iş güvenliği” boyutu arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,277$ ), “beşeri ilişkiler” boyutu arasındaki korelasyon değeri ( $r=,390$ ), “çalışma koşulları” boyutu arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,455$ ), “terfi fırsatları” boyutu arasındaki korelasyon değeri ( $r=0,379$ ) anlamlı bulunmuştur.

#### 4.4. Dönüştürücü Liderlik Davranışının İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılığa Etkisi

Dönüştürücü liderliğin iş tatmini ve örgütsel bağlılığın puanlarını yordama gücünü anlamak amacıyla basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 4).

**Tablo 4. Dönüştürücü Liderliğin İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılığın Toplam Puanlarının Toplanmasına İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları**

	Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
İş Tatmini	Sabit	2,257	0,154		14,647	0,000
	Dönüştürücü liderlik	0,276	0,050	0,454	5,539	0,000
	R=0,454	R <sup>2</sup> =0,206				
	F <sub>(1, 118)</sub> = 30,685 p= 0,000					
Örgütsel Bağlılık	Sabit	2,763	0,150		18,375	0,000
	Dönüştürücü liderlik	0,147	0,049	0,267	3,011	0,003
	R=0,267	R <sup>2</sup> =0,071				
	F <sub>(1,118)</sub> =9,068 p=0,003					

Modelde otokorelasyon olup olmadığını anlamak için Durbin-Watson (D-W) testine bakılmıştır. D-W değeri 1,701 olarak bulunmuş ve bulunan bu değer 2'ye yakın olduğu için otokorelasyon olmadığı söylenebilir. Çoklu bağlantı sorunu için ise tolerans değerlerine bakılmış ve tüm tolerans değerlerinin (1- R<sup>2</sup>)'den büyük olduğu görülmüştür. Otokorelasyon ve çoklu bağlantı sorunlarının olmadığı görüldükten sonra analize devam edilmiştir.

Tablo incelendiğinde Dönüştürücü liderlik değişkeni çalışanların iş tatmini ile orta düzeyde anlamlı bir ilişki vermektedir (R=0,454, R<sup>2</sup>=0,206, p<0,05). Dönüştürücü liderlik çalışanların iş tatmininin toplam varyansının %21'ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre yordayıcı değişkenine göre, iş tatmini üzerinde dönüştürücü liderlik değişkeni etkilidir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde dönüştürücü liderlik değişkeninin iş tatmini üzerinde orta düzeyde anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Bu sonuç "H1: Dönüştürücü liderlik ile iş tatmini arasında aynı doğrultuda ve anlamlı bir ilişki olduğu" hipotezini doğrulamaktadır.

Regresyon analizi sonuçlarına göre dönüştürücü liderlik davranışlarına ilişkin matematiksel model aşağıdaki gibidir.

$$\text{İş Tatmini: } 2,257 + 0,276 \text{ Dönüştürücü liderlik}$$

Tablo incelendiğinde dönüştürücü liderlik değişkeni çalışanların örgütsel bağlılık ile düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vermektedir (R=0,267, R<sup>2</sup>=0,071, p<0,05). Dönüştürücü liderlik çalışanların örgütsel bağlılığının toplam varyansının %7'sini açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre yordayıcı değişkenine göre, örgütsel bağlılık üzerinde dönüştürücü liderlik değişkeni etkilidir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde dönüştürücü liderlik değişkeninin örgütsel bağlılık üzerinde düşük düzeyde anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Bu sonuç "H3: Dönüştürücü liderlik ile örgütsel bağlılık arasında aynı doğrultuda ve anlamlı bir ilişki vardır." hipotezini doğrulamaktadır.

Regresyon analizi sonuçlarına göre dönüştürücü liderlik davranışlarına ilişkin matematiksel model aşağıdaki gibidir.

$$\text{Örgütsel Bağlılık: } 2,257 + 0,276 \text{ Dönüştürücü liderlik}$$

#### 4.5. Etkileşimci Liderlik Davranışının İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılığa Etkisi

Etkileşimci liderliğin iş tatmini ve örgütsel bağlılığın puanlarını yordama gücünü anlamak amacıyla basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 5).

**Tablo 5. Etkileşimci Liderliğin İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılığın Toplam Puanlarının Toplanmasına İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişken		B	Standart t Hata	Beta	t	p
İş Tatmini	Sabit	2,991	0,239		12,492	0,000
	Etkileşimci liderlik	0,027	0,088	0,028	0,305	0,761
	R= 0,028	R <sup>2</sup> =0,001				
	F <sub>(1, 118)</sub> = 0,093 p= 0,761					
Örgütsel Bağlılık	Sabit	3,021	0,215		14,019	0,000
	Etkileşimci liderlik	0,064	0,079	0,074	0,809	0,420
	R= 0,074	R <sup>2</sup> = 0,006				
	F <sub>(1,118)</sub> = 0,655 p= 0,420					

Modelde otokorelasyon olup olmadığını anlamak için Durbin-Watson (D-W) testine bakılmıştır. D-W değeri 1,702 olarak bulunmuş ve bulunan bu değer 2'ye yakın olduğu için oto korelasyon olmadığı söylenebilir. Çoklu bağlantı sorunu için ise tolerans değerlerine bakılmış ve tüm tolerans değerlerinin (1-R<sup>2</sup>)'den büyük olduğu görülmüştür. Oto korelasyon ve çoklu bağlantı sorunlarının olmadığı görüldükten sonra analize devam edilmiştir.

Tablo incelendiğinde Etkileşimci liderlik değişkeni ile iş tatmini arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur (R=0,028, R<sup>2</sup>=0,001, p>0,05). Etkileşimci liderlik çalışanların iş tatmininin toplam varyansının açıklama gücüne sahip değildir. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre yordayıcı değişkenine göre, İş tatmini üzerinde etkileşimci liderlik değişkeninin etkisi bulunmamaktadır. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde etkileşimci liderlik değişkeninin iş tatmini üzerinde yordama gücünün olmadığı görülmektedir. Bu sonuç "H2: Etkileşimci liderlik ile iş tatmini arasında aynı doğrultuda ve anlamlı bir ilişki vardır." hipotezini doğrulamamıştır.

Tablo incelendiğinde Etkileşimci liderlik değişkeni ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur (R=0,074, R<sup>2</sup>=0,006, p>0,05). Etkileşimci liderlik çalışanların örgütsel bağlılığın toplam varyansının açıklama gücüne sahip değildir. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre yordayıcı değişkenine göre, örgütsel bağlılık üzerinde etkileşimci liderlik değişkeninin etkisi bulunmamaktadır. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde etkileşimci liderlik değişkeninin Örgütsel Bağlılık üzerinde yordama gücünün olmadığı görülmektedir. Bu sonuç "H4: Etkileşimci liderlik ile örgütsel bağlılık arasında aynı doğrultuda ve anlamlı bir ilişki vardır." hipotezini doğrulamamıştır.

#### 4.6. İş Tatmininin Örgütsel Bağlılığa Etkisi

İş tatmininin örgütsel bağlılığı puanlarını yordama gücünü anlamak amacıyla basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 6).

**Tablo 6. İş Tatmininin Örgütsel Bağlılığın Toplam Puanlarının Yordanmasına İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi sonuçları**

	Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
İş Tatmini	Sabit	2,138	0,240		8,910	0,000
	Örgütsel Bağlılık	0,344	0,077	0,381	4,474	0,000
	R= 0,381	R <sup>2</sup> = 0,145				
	F <sub>(1, 118)</sub> =20,019 p= 0,000					

Modelde otokorelasyon olup olmadığını anlamak için Durbin-Watson (D-W) testine bakılmıştır. D-W değeri 1,533 olarak bulunmuş ve bulunan bu değer 2'ye yakın olduğu için otokorelasyon olmadığı söylenebilir. Çoklu bağlantı sorunu için ise tolerans değerlerine bakılmış ve tüm tolerans değerlerinin (1-R<sup>2</sup>)'den büyük olduğu görülmüştür. Otokorelasyon ve çoklu bağlantı sorunlarının olmadığı görüldükten sonra analize devam edilmiştir.

Tablo incelendiğinde iş tatmini değişkeni çalışanların örgütsel bağlılık ile orta düzeyde anlamlı bir ilişki vermektedir (R=0,381, R<sup>2</sup>=0,145, p<0,05). İş tatmini çalışanların örgütsel bağlılığının toplam varyansının %15'ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre yordayıcı değişkenine göre, Örgütsel bağlılık üzerinde iş tatmini değişkeni etkilidir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde İş tatmini değişkeninin örgütsel bağlılık üzerinde orta düzeyde anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Bu sonuç "H5: İş tatmini ile örgütsel bağlılık arasında aynı doğrultuda ve anlamlı bir ilişki vardır." hipotezini doğrulamaktadır.

Regresyon analizi sonuçlarına göre örgütsel bağlılığa ilişkin matematiksel model aşağıdaki gibidir:

$$\text{İş Tatmini} = 2,138 + 0,344 \text{ Örgütsel Bağlılık}$$

## V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmanın amacı, liderlik tarzlarından dönüştürücü ve etkileşimci liderlik davranışlarının çalışanların iş tatmini ve örgütsel bağlılık üzerindeki etkisini incelemektir. Bununla birlikte çalışma konusunu oluşturan değişkenler arasındaki ilişkilerde incelenmiştir. Bu anlamda beş adet hipotezden yararlanılmıştır. Dönüştürücü liderlik, etkileşimci liderlik, iş tatmini ve örgütsel bağlılık kavramlarının kendi boyutları arasındaki ilişkilerin düzeyi hakkındaki bilgilere ulaşmak için yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre: Dönüştürücü liderlik değişkeni çalışanların iş tatmini ile orta düzeyde anlamlı bir ilişki vermektedir (R=0,454, R<sup>2</sup>=0,206, p<0,05). Bu sonuç "H1: Dönüştürücü liderlik ile iş tatmini arasında aynı doğrultuda ve anlamlı bir ilişki olduğu" hipotezini doğrulamaktadır. Etkileşimci liderlik değişkeni ile iş tatmini arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur (R=0,028, R<sup>2</sup>=0,001, p>0,05). Bu sonuç "H2: Etkileşimci liderlik ile iş tatmini arasında aynı doğrultuda ve anlamlı bir ilişki vardır." hipotezini doğrulamamıştır. Dönüştürücü liderlik değişkeni çalışanların örgütsel bağlılık ile düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vermektedir (R=0,267, R<sup>2</sup>=0,071, p<0,05). Bu sonuç "H3: Dönüştürücü liderlik ile örgütsel bağlılık arasında aynı doğrultuda ve anlamlı bir ilişki vardır." hipotezini doğrulamaktadır. Etkileşimci liderlik değişkeni ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur (R=0,074, R<sup>2</sup>=0,006, p>0,05). Bu sonuç "H4: Etkileşimci liderlik ile örgütsel bağlılık arasında aynı doğrultuda ve anlamlı bir ilişki vardır." hipotezini doğrulamamıştır. İş tatmini değişkeni çalışanların örgütsel bağlılık ile orta düzeyde anlamlı bir ilişki vermektedir (R=0,381, R<sup>2</sup>=0,145, p<0,05). Bu sonuç "H5: İş tatmini ile örgütsel bağlılık arasında aynı doğrultuda ve anlamlı bir ilişki vardır" hipotezini doğrulamaktadır.

Dönüştürücü liderlik iş tatmini ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara baktığımızda özellikle son dönemlerde değişik kültürlere sahip örgüt yapılarında bu iki kavram arasında olumlu ve anlamlı ilişkilerin olduğu sonucuna ulaşan pek çok araştırmanın bulunduğunu görmekteyiz. Bu çalışmalarda Seymen'in (2008) yaptığı çalışmada dönüştürücü liderlik davranışı sergilenen örgütlerdeki takipçilerin daha tatminkâr oldukları, motive edilmiş bir halde örgütsel amaçlara ulaşmada daha aktif rol üstlendikleri, örgütlerine daha bağlı oldukları ve örgütsel katılım konusunda olumlu derecede yönelim sergileme eğiliminde oldukları görülmüştür. Erkuolu'nun (2008) turizm sektörüne yönelik yaptığı çalışmada dönüştürücü ve etkileşimci liderliğin örgütsel bağlılıkla olan ilişkisi ele alınmıştır. Çalışma 60 ayrı otelde toplam 712 çalışan üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda dönüştürücü liderliğin örgütsel bağlılıkla oldukça yüksek düzeyde, pozitif ve anlamlı ilişki içerisinde olduğu görülmüştür. "Hastanelerde liderlik ve örgütsel bağlılık ilişkisinin incelenmesi" adlı çalışmasında, Karahan (2008), liderin mevcut şartlardan hareketle belirlediği vizyoner bakış açısının ve kurum içi iletişiminin etkinliğinin örgütsel bağlılığı arttırdığı ve lider davranışları ile bağlılık arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmamızdaki ilk bulguda; dönüştürücü liderlik ile iş tatmini ve örgütsel bağlılık arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu da araştırmamızda çıkan sonucun yukarıda yapılan araştırmalar tarafından desteklendiğini göstermektedir. Bir başka araştırmada Çatır (2009) ise, astların kaygı ve beklentilerini dikkate alan, güçlü yanlarını geliştirebilmeleri için cesaretlendiren, gelecekte karşılaşılabilecek hal ve durumları önceden görebilen, net bir vizyona sahip, her bir astına ihtiyaçları, yetenek ve beklentileri farklı bireyler olarak yaklaşmış ve ona göre davranan liderlerin astlarının örgütsel bağlılığının yüksek düzeyde olduğu sonucunu bularak araştırmamızı destekleyen bulgulara ulaşmıştır. Araştırmamızdaki bir diğer bulguda; etkileşimci liderlikle iş tatmini ve örgütsel bağlılık arasında aynı doğrultuda anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Sonuca göre dönüştürücü liderlik davranışı gösterildiğinde çalışanlardaki iş tatmini ve örgütsel bağlılık seviyesinin arttığı görülmektedir. Etkileşimci liderlik davranışının ise iş tatmini ve örgütsel bağlılık üzerinde etkisinin olmadığı görülmüştür. Araştırmada ki bir diğer bulgu ise; iş tatmini ve örgütsel bağlılık arasında aynı doğrultuda anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğudur. Örcü ve diğerleri (2010) yapmış oldukları araştırmada bizim bulgularımızı destekleyerek gerek örgütsel bağlılık, gerekse iş tatmini birbirlerine karşı artırıcı ve destekleyici yönde etkide bulunduğunu ifade etmişlerdir. Araştırma sonucunda olduğu gibi iş tatmini ve örgütsel bağlılığın birbirlerini pozitif etkiledikleri iş tatmini hissettikçe çalışanların örgütlerine daha fazla bağlandıkları görülmüştür. Araştırma sonuçları, örgütsel bağlılık düzeyinde artış olması halinde, bu artış düzeyinin iş tatminini de artırıcı yönde etki edeceğini; işletme çalışanlarının duyduğu iş doyumunun artması halinde örgütsel bağlılığın da artacağını ortaya koymaktadır. Bununla beraber bugüne kadar yapılan çalışmaların çoğu, iş tatminini örgütsel bağlılığın öncülü olarak görmektedir.

Bu çalışma sonucunda sağlık kurumları yöneticilerinin dönüştürücü liderlik özelliklerinden çalışanların moral ve motivasyonlarını artırıcı unsurları daha fazla kullanmaları, çalışanların performanslarını artırıcı yönde etkilediği görülmüştür. Yani vizyon oluşturma, ilham verme, saygı duyma, övgü, yardım gibi davranışları yöneticilerin daha fazla göstermeleri çalışanların iş tatmini ve örgütsel bağlılık düzeyini olumlu yönde etkileyeceği ortaya çıkmıştır. Yöneticilerin çalışanların işteki terfi olanak ve imkânlarının artırılması yönündeki çalışmaları, çalışan ücret ve çalışma koşullarının daha da iyileştirilmesi, iş güvenliğinin biraz daha artırılması yönünde iyileştirme çalışmaları yapmaları çalışanlardaki iş tatmini ve örgütsel bağlılık düzeyini olumlu yönde etkileyeceği görülmüştür. Kurumsal problemlerin tespit edilmesi ve çözüm önerileri bulunması için çalışanların katılımı da sağlanarak, çalışanlardaki iş tatmin seviyelerinin artırılması aynı zamanda da örgütsel bağlılıklarının artırılması sağlanmış olacaktır. Belirli aralıklarla iş tatmini ve örgütsel bağlılık ölçüm anketleri yapılarak, çalışanların memnuniyetsiz olduğu konularda çözüm önerileri geliştirilerek çalışanların bağlılık düzeyleri artırılabilir. Araştırmada beşeri ilişkiler boyutu ortalamasının yüksek çıkması nedeniyle performansın artırılması için ekip çalışması

ve katılımcı yönetim şekli teşvik edilerek, kurum ortamındaki iletişim artırılabilir. Yine yöneticilere zaman zaman kurum içinde değişim ve yenilenmeyi gerçekleştirmeleri önerilebilir. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi çalışanlarda kuruma olan örgütsel bağlılık düzeyini artıracak gibi araştırma sonucunda yüksek çıkan devamlılık bağlılığı düzeyinde azalma, duygusal bağlılık düzeyinde de artış oluşturacaktır. Yani çalışanlar sadece ekonomik nedenlerle kurumda kalmayacak, kuruma karşı iş tatmini ve örgütsel bağlılık duydukları için kuruma duygusal bağlılıkla bağlanacaklardır. Buda yine; işe karşı gösterilen devamsızlıkları, geç kalmaları, düşük verimliliği, ortaya çıkabilecek hata oranlarını, işe karşı yabancılaşmayı ve iş gücü devrini azaltacak, çalışanlarda iş tatminsizliği nedeniyle ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını da önleyecektir.

Özellikle liderlerin davranış tarzlarına bağlı olarak, çalışanın iş tatmini, verimlilik ve örgütsel bağlılığın azalmasına neden olan unsurların belirlenip bu unsurları düzenleyici önlemler alınması, hem örgütün yapı taşı olan çalışanların etkin ve verimli olarak çalışmasına hem de bu sayede örgütün performans ve hizmet kalitesinde artış sağlanmasına neden olacaktır. Dolayısıyla böyle bir ortam sağlanarak personellerin örgütte kalmaları sağlanmış olacak, çalışanların kendilerini örgütün önemli bir parçası olduğuna inanmaları böylece iş tatmini ve örgütsel bağlılıklarının artması sonucu verimliliğin ve hizmet kalitesinin artırılması sağlanmış olacaktır.

#### KAYNAKÇA

1. Akşit Aşık N. (2010) Çalışanların İş Doyumunu Etkileyen Bireysel ve Örgütsel Faktörler İle Sonuçlarına İlişkin Kavramsal Bir Değerlendirme. **Türk İdare Dergisi** 467: 31-51.
2. Ayhan C. (2010) Kamu Kurumlarında Liderlik Tarzlarının Lider Etkinliği üzerine Etkisi ve Bir Uygulama. **Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Kocaeli.
3. Bakan İ. ve Büyükbeşe T. (2004) Örgütsel İletişim İle İş Tatmini Unsurları Arasındaki İlişkiler: Akademik Örgütler İçin Bir Alan Araştırması. **Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 4(7): 1-30.
4. Bass B. M. and Avolio B. J. (1993) **Transformational leadership: A response to critiques**. In Chemers, M. M. and Ayman, R. (Ed.). *Leadership Theory and Research: Perspectives and Directions*. Academic Press: San Diego.
5. Bass, Avolio. (1995) <http://www.mindgarden.com/products/mlq> [Erişim Tarihi: 1.10.2013]
6. Bayraktaroğlu S., Yılmaz E. ve Can M. (2014) Kurumsal Sosyal Sorumluluk Algısının Örgütsel Bağlılığa Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. **Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi** 2(3): 99-122.
7. Bayrak Kök S. (2013) İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılığın İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 18(3): 291-317.
8. Bildik B. (2009) Liderlik Tarzları, Örgütsel Sessizlik ve Örgütsel Bağlılık İlişkisi. **Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Kocaeli.

9. Bozkurt Ö. ve Bozkurt İ. (2008) İş Tatminini Etkileyen İşletme İçi Faktörlerin Eğitim Sektörü Açısından Değerlendirilmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. **Doğuş Üniversitesi Dergisi** 9(1): 1-18.
10. Bülbül A. (2010) Çalışanların Örgütsel Adalet Algısının, Örgütsel Vatandaşlık ve Örgütsel Bağlılığa Etkisi Üzerine Bir Çalışma. **Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Edirne.
11. Carles S., Wearing A. and Mann L. (2000) A Short Measure of Transformational Leadership. **Journal of Business and Psychology** 14(3): 389-405.
12. Gürkan G. Ç. (2006) Örgütsel Bağlılık: Örgütsel İklimin Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisi ve Trakya Üniversitesi'nde Örgüt İklimi İle Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin Araştırılması. **Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Edirne.
13. Coad Alan F. and Berry, A. J. (1998) Transformational Leadership and Learning Orientation. **Leadership & Organization Development Journal** 19(3): 164-172.
14. Demir H. ve Okan T. (2008) Etkileşimsel ve Dönüşümsel Liderlik: Bir Ölçek Geliştirme Denemesi. **Yönetim Dergisi** 19(61): 72-90.
15. Demir C., Yılmaz, M. K. ve Çevirgen, A. (2010) Liderlik Yaklaşımları ve Liderlik Tarzlarına İlişkin Bir Araştırma. **Alanya İşletme Fakültesi Dergisi** 2(1): 129-152.
16. Demirel Y. (2008) Örgütsel Güvenin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Tekstil Sektörü Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma. **Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Yönetim ve Ekonomi Dergisi** 15(2): 179-194.
17. Doğan S. ve Kılıç S. (2007) Örgütsel Bağlılığın Sağlanmasında Personel Güçlendirmenin Yeri ve Önemi. **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 29(44): 37-61.
18. Erçetin Ş. (2000) **Lider Sarmalında Vizyon**. 2. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
19. Erdil O., Keskin H., İmamoğlu S.Z. ve Erat, S. (2004) Yönetim Tarzı ve Çalışma Koşulları, Arkadaşlık Ortamı ve Takdir Edilme Duygusu İle Tatmin Arasındaki İlişkiler: Tekstil Sektöründe Bir Uygulama. **Doğuş Üniversitesi Dergisi** 5(1): 17-26.
20. Erkutlu H. (2008) The Impact of Transformational Leadership on Organizational and Leadership Effectiveness: The Turkish Case. **Journal of Management Development** 27(7): 708-726.
21. Hasselbein F., Goldsmith M. and Beckhard R. (1996) **The Leader of Future**, Jossey-Bass: San Francisco.
22. İşcan Ö. F. ve Timuroğlu M. K. (2008) Örgüt Kültürünün İş Tatmini Üzerindeki Etkisi ve Bir Uygulama. **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi** 21(1): 120-135.
23. İşcan Ö. F. ve Naktiyok, A. (2004) Çalışanların Örgütsel Bağdaşmalarının Belirleyici Olarak Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Adalet Algıları. **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi** 59(1): 182-201.



24. İşcan, Ö. F. ve Tanrıbil, S. (2016) Vizyoner Liderlik Davranışlarının Çalışanların Örgütsel Bağlılıklarına ve Adalet Algılarına Etkisi. **Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 20(3): 1021-1032.
25. Korkmaz M. (2007). Örgütsel Sağlık Üzerinde Liderlik Stilllerinin Etkisi, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. **Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi** 49: 57-91.
26. Leithwood K. and Jantzi, D. (2000) The Effects of Transformational Leadership on Organizational Conditions and Student Engagement with School. **Journal of Educational Administration** 38(2): 112-129.
27. Mimir M. (2008) Liderlik Tarzlarının Firma Performansı ve Çalışanların Kuruma Olan Bağlılıklarına Etkisi Üzerine Bir Araştırma. **Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Kocaeli.
28. Nahavandi A. (2000) **The Art and Science of Leadership**, Second edition, Prentice Hall Inc, New Jersey.
29. Örucü E. ve Teker S. K. (2014) Hastanelerde Liderlik ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. **Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi** 12(24): 73-90.
30. Örucü E., Kılıç R. ve Şimşir S. (2010) Organizasyonlarda İş Tatmini Uygulamaları ve Örgütsel Bağlılığa Etkisi Üzerine Bir Araştırma. **Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi** 13: 1-14.
31. Süner Z. (2014) İş Yükümlülüklerinin İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkisi. **Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Hatay.
32. Tengilimoğlu D. (2005) Hizmet İşletmelerinde Liderlik Davranışları İle İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi** 1: 23-45.
33. Toker B. (2007) Demografik Değişkenlerin İş Tatminine Etkileri: İzmir'deki Beş ve Dört Yıldızlı Otellere Yönelik Bir Uygulama. **Doğuş Üniversitesi Dergisi** 8(1): 92-107.
34. Urhan S. (2014) İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık İlişkisi Bir Alan Araştırması. **Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Denizli.
35. Webster's II: New Riverside University Dictionary (1994) The Riverside Publishing Company.
36. Yazıcıoğlu İ. (2010) Örgütlerde İş Tatmini ve İş Gören Performansı İlişkisi: Türkiye ve Kazakistan Karşılaştırması. **Bilgi Dergisi** 55: 243-264.
37. Yavuz E. ve Tokmak C. (2009) İş Görenlerin Etkileşimci Liderlik ve Örgütsel Bağlılık ile İlgili Tutumlarına Yönelik Bir Araştırma. **Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi** 1(2): 13-34.
38. Yüceler A. (2009) Örgütsel Bağlılık ve Örgüt İklimi İlişkisi: Teorik ve Uygulamalı Bir Çalışma. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 22: 446-457.

- 39.** Yetimoğlu S. (2014) Dünya Genelinde En Yaygın 10 Liderlik Stili.  
<http://selinyetimoglu.com/2014/06/09/dunya-genelinde-en-yaygin-10-liderlik-stili/>  
(Erişim tarihi: 25.12.2014).



# Türkiye’de Kanserin Ekonomik Maliyetleri: Bir Hesaplanabilir Genel Denge Modeli Yaklaşımı\*

Pınar TORUN\*\*  
Aziz KUTLAR\*\*\*

## ÖZ

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan araştırmalara göre, kansere karşı önlem alınmazsa ve sistematik bir kontrol programı uygulanmazsa 2030’lu yıllarda kanserin doğrudan tedavi maliyetleri Sağlık Bakanlığı bütçesi tarafından karşılanmayacak bir büyüklüğe ulaşacaktır. Bu bağlamda bu çalışmanın temel amacı kanserin ekonomik maliyetlerini tahmin etmektir. Çalışmada kanserin doğrudan ve dolaylı maliyetleri araştırılmıştır. Yeterli veri setinin olmaması nedeniyle doğrudan maliyetler sadece SGK tarafından kanser ilaçlarına yapılan harcamaları kapsamaktadır. Kanserin dolaylı maliyetleri iki farklı yaklaşımla ele alınmıştır. Birinci yaklaşımda kanser harcamalarının yatırım olanaklarında meydana getirdiği azalma nedeniyle ortaya çıkan çıktı kaybı analiz edilirken, ikinci yaklaşımda kanser nedeniyle ortaya çıkan verimlilik kaybının çıktı düzeyinde meydana getirdiği azalma analiz edilmiştir. Yatırım olanaklarındaki azalmadan kaynaklanan çıktı kaybı analiz edilirken hesaplanabilir genel denge yaklaşımı kullanılmış, verimlilik kaybının neden olduğu çıktı kaybı analiz edilirken ekonomik simülasyon yöntemine başvurulmuştur. Elde edilen sonuçlara göre 2012 yılında SGK tarafından kanser ilaçları için yapılan ödeme yaklaşık olarak 458 Milyon TL’dir. Bununla birlikte kanserle mücadele politikalarının başarılı olması ve kanser için harcanan paranın diğer alanlarda yatırım yapmak için kullanılması durumunda optimal bileşik faktör çıktı düzeyi %0,04, optimal yurt içi çıktı düzeyi %0,01, optimal Armington varsayımına dayalı çıktı düzeyi %0,02, optimal tüketim düzeyi %0,009 artacaktır. Bununla birlikte kanser emek verimliliğini %0,01 azaltırken, çıktıda meydana gelen azalma daha fazladır.

**Anahtar Kelimeler:** Hastalıkların Ekonomik Maliyetleri, Hesaplanabilir Genel Denge Modeli, Kanserin Ekonomik Maliyetleri

## Economic Costs of The Cancer: A Computable General Equilibrium Model Approach

### ABSTRACT

Due to the studies of the Ministry of Health, considering a potential situation in which no precautions are taken against the cancer and a systematic control program isn’t applied, the direct treatment costs in 2030 will reach a size that cannot be met by the Ministry of Health budget. The major aim of this study is to analyze economic costs of cancer. The major aim of this study is to analyze economic costs of cancer. In this study, direct and indirect costs of the cancer have been analyzed. Due to the limited data set, monetary costs are restricted to drug expenditures made by Social Security Intuition. In the study the indirect costs of cancer have been discussed in two different approaches. According to the first approach cancer expenditures lead to loss of output by reducing investments. This approach has been analyzed by employing computable general equilibrium model. According to the second approach cancer leads to output loss by decreasing labor productivity. The last approach has been analyzed by employing econometric simulations. The expenditure drug expenditure made by SSI was approximately 458 Million TL in 2012. However, if the war against cancer succeeds, the composite factor output domestic product, the optimal gross output, optimal

\* Bu makale 02.06.2017 tarihinde kabul edilen “Hastalıkların Ekonomik Maliyetleri: Türkiye’de Kanser Örneği” başlıklı doktora tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

\*\* Arş. Gör., Gümüşhane Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü, ptorun@sakarya.edu.tr

\*\*\* Prof. Dr., Sakarya Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, İktisat Bölümü, akutlar@sakarya.edu.tr

*Armington Output and the optimal consumption will respectively increase by 0.04%, 0.01%, 0.02% and 0.009%. According to the second cancer reduces labor productivity by 0.01%. However output loss is proved to be more than productivity loss.*

**Key Words:** *The Economic Costs of Illness, The Computable General Equilibrium Model, The Economic Costs of the Cancer*

## I. GİRİŞ

Maliyet analizleri ekonomik kaynakların rasyonel dağılımının nasıl sağlanacağı ve optimal fayda/maliyet bileşiminin nasıl seçileceği konusunda ekonomik karar birimlerine yol gösteren analizlerdir. Sağlık bilgi ve teknolojilerinin gelişmesiyle beraber ülkelerin demografik yapılarının değişmesi, sağlıkta kaynak kullanımını artırmaktadır. Sağlık sektörüne aktarılan kaynakların yüksek gelirli ülkelerde bile kısıtlı olması, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma olanaklarını kısıtlamakta ve ülkeleri yeni reformlar yapmaya zorlamaktadır.

Etkin kaynak dağılımının sağlanması için, sağlık sektörünün beşeri sermaye üzerindeki etkisi ve beşeri sermaye stokunun ekonomik kalkınmadaki belirleyici rolü ele alınarak, hastalıkların doğrudan ve dolaylı maliyetlerinin ölçülmesi ve maliyet etkinliğini sağlayacak şekilde koruyucu sağlık politikalarının uygulanması gerekmektedir. Hastalıkların ekonomik maliyetleri literatürü bu bağlamda geliştirilmiştir. Kanser de hem yüksek maliyet gerektiren hem de emek stoku üzerinde büyük ölçüde yıpratıcı etkiler yapan bir hastalıktır. Bu çalışmada kanserin ekonomik maliyetleri araştırılmıştır.

## II. LİTERATÜR TARAMASI

Hastalıkların ekonomik maliyetlerinin ölçümüne yönelik çalışmalar uzun bir tarihsel geçmişe sahiptir ve bu konuda yapılan çalışma sayısı günden güne artmaktadır. Dublin ve Lotka (1941), Malzberg (1950), Reynolds (1956), Fein (1958), Weisbrod (1961), Muskhin (1962) hastalıkların doğrudan ve dolaylı maliyetlerine değinen ilk çalışmalardır. Hastalıkların ekonomik maliyetleri ile ilgili olan ilk ampirik çalışmalar Rice (1967), Cooper ve Rice (1976), Paringer ve Berk (1977) tarafından yapılmıştır. Hodgson ve Meiner (1982), 1963 ve 1972 yıllarında yapılan hastalık maliyeti çalışmalarını derleyerek 1980 yılında ABD’de hastalıkların doğrudan ve dolaylı maliyetlerini araştırmıştır. Armstrong (1995) Uganda’da AIDS maliyetlerini ve AIDS’in makroekonomik etkilerini araştırmıştır. Hastalıkların ekonomik maliyetlerinin teorik temellerini sağlamlaştıran bu çalışmalardan sonra çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada kanserin ekonomik maliyetlerine odaklanıldığı için kanserin ekonomik maliyetlerini inceleyen çalışmalara yer verilmiştir.

Stenier ve diğerleri (2004) kanserin bireysel üretim üzerindeki etkileri üzerine bir literatür taraması yapmıştır. 1966-2003 tarihleri arasında yapılan bütün çalışmaların incelendiği bu çalışmada, kanserin bireysel çalışma düzeyini ve emek başına çıktı düzeyini azaltıcı etkiler yaptığı sonucuna ulaşmıştır.

Arozullah ve diğerleri (2004) kapsamlı sağlık sigortasına sahip olan kadınların kanser harcamaları hakkında bilgi sahibi olmayı amaçlamıştır. Elde edilen sonuçlara göre kanser hastası olan kadınların kanserden kaynaklanan aylık gelir kaybı 1455 \$’dır.

Amir ve diğerleri (2007) kanser tedavisi gören insanların işe döndükten sonra çalışma performanslarında meydana gelen değişimi araştırmıştır. Tahmin sonuçlarına göre iş hayatına geri dönenlerin %51’inin iş tatmininde azalma görülmüş ve hastalar kariyer planlarını değiştirmiştir.

Yabroff ve diğerleri (2008) ABD’de kolorektal kanser harcamalarını tahmin etmeyi amaçlamıştır. 2000-2020 dönemini kapsayan çalışmada 2000 yılı başlangıç dönemi olarak kabul edilmiştir. Başlangıç döneminde 3.18 Milyar \$ harcanırken, 2020 yılında harcama düzeyinin 4.75 Milyar \$’ı bulması beklenmektedir.

Bradley ve diğerleri (2011) kolorektal kanserleri koruma ve önleme çalışmalarının başarılı olması durumunda elde edilecek tasarrufları tahmin etmeyi amaçlayan çalışmasında kolorektal kanserleri önleme politikalarının başarılı olması durumunda elde edilecek tasarruf miktarının 33.9 Milyar \$ olduğunu tespit etmiştir.

Yabroff ve diğerleri (2011) ABD’de kanser yükünü belirlemeyi amaçlamıştır. Elde edilen sonuçlara göre 2010 yılında kanserin toplam maliyeti 124.5 Milyar \$’dır. Göğüs kanseri 16.6 Milyar \$ ile en yüksek maliyete sahiptir. Göğüs kanserini sırasıyla; kolorektal kanser, akciğer ve prostat kanseri izlemektedir. Yine bu çalışmada 2010 yılında 124.5 Milyar \$ olan maliyetin 2020 yılında 157.8 Milyar \$’a çıkması beklenmektedir.

Guy ve diğerleri (2013) ABD’de kanserin yol açtığı verimlilik kaybı ve medikal maliyetleri araştırmıştır. Bu çalışmada kanser tanısı konulmuş 18-64 yaş arasındaki bireylerin kanser tedavisi için yaptığı harcamanın 16213 \$ 65 yaş üstü kanser hastalarının kanser tedavisi için yaptığı harcamanın 16441 \$ olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Mahal ve diğerleri (2013) Hindistan’da kanserin hane hakları üzerindeki etkilerinin analiz etmeyi amaçladığı çalışmasında kanser nedeniyle iş gücüne katılım oranlarının düştüğü sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmaya göre kanser hastalarının gelirden sağlık harcamalarına ayırdığı pay diğer hane halklarından daha fazladır.

Gurley Calvez ve Bose (2013) Batı Virjinya’da kanserin ekonomik etkisini analiz etmiştir. Çalışmaya göre Batı Virjinya’da 2008’de kanser harcamasının 1.5 Milyar \$’ı aşmaktadır ve ölüm nedeniyle vazgeçilen ücret düzeyi 123 Milyar \$’dır.

Luengo-Fernandez ve diğerleri (2013) Avrupa Birliği ülkelerinde kanserin ekonomik yükünü araştırmıştır. Bu çalışmaya göre Avrupa Birliği ülkelerinde 2009 yılında toplam kanser harcaması 126 Milyar Euro’dur. Erken ölümlerden kaynaklanan verimlilik kaybı 42,6 Milyar Euro iken, iş günü kaybı 9.43 Milyar Euro’dur.

Kim ve diğerleri (2015) Kore’de göğüs kanserinin sosyal ve ekonomik maliyetlerinin tahmin etmiştir. Tahmin sonuçlarına göre 2007 yılında toplam maliyet 668 Milyon \$ iken, 2020 yılında 940 Milyon \$’dır.

Jönsson ve diğerleri (2016) Avrupa Birliği ülkelerinde kanser yükü ve kanser maliyetini araştırmıştır. 1995-2014 dönemini kapsayan çalışmada kanser harcamasının 1995 yılından 2014 yılına kadar kesintisiz arttığı belirtilmektedir. 1995 yılında 35.7 Milyar Euro iken, 2014 yılında 83.2 Milyar Euro’dur.

Marti ve diğerleri (2016) İngiltere’de kanserin ekonomik yükünü incelemiştir. 298 kanser hastasına anket uygulanarak elde edilen sonuçlara göre kanseri aylık sosyal maliyeti 409 Amerikan dolarıdır. Ulusal Sağlık Hizmeti servisinin yaptığı harcama ortalama 279 Amerikan doları iken hastaların yaptığı cepten ödemeler ortalama 40 Amerikan dolarıdır.

Türkiye’de kanser harcamaları ve koruyucu sağlık politikalarının önemi ile ilgili çalışma sayısı sınırlıdır. Ancak maliyet etkin koruyucu sağlık politikalarının uygulanabilmesi yönünde çalışmalar yapılmaya devam edilmektedir.

Ertan (2003) Türkiye’de kanser harcamaları ile ilgili olarak yapılan ilk çalışmadır. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi’nde yatan kanser hastalarını kapsayan bu çalışmada hastanede Akciğer Kanseri tanısı konan 50 hastanın kanser harcaması 2.22 Milyar TL’dir. Küçük hücreli akciğer kanseri için yapılan harcama 0.64 Milyar TL iken, küçük hücreli dışı akciğer kanseri için yapılan sağlık harcaması ortalama 2.53 Milyar TL’dir. 83 hastanın tanı ve tedavisi için yapılan toplam harcama miktarı 830.15 Milyar TL ve kişi başına tanı ve tedavi harcaması ortalama 11.36 Milyar TL’dir.

Çakır Edis ve Karlıkaya (2007) Türkiye’de akciğer kanserinin hastalara ve topluma yüklediği maliyeti araştırmıştır. Göğüs hastalıkları kliniğine başvuran 103 akciğer kanseri hastasını kapsayan bu çalışmaya göre doğrudan medikal maliyet 564.960 Amerikan dolarıdır. Hasta başına ortalama medikal maliyet  $5.480 \pm 4.088$  arasında değişmektedir. Toplam maliyet düzeyi ise 1.473.530 dolar ve hasta başına ortalama  $14.306 \pm 17.705$  dolardır.

Yazıhan ve Yılmaz (2007) Türkiye’de evrelerine göre göğüs kanserinin tarama ve tedavi maliyetlerini incelemiş, tarama yapılması durumunda kaynak kullanımında etkinlik sağlanıp sağlanamayacağını araştırmıştır. Elde edilen sonuçlara göre iki yılda bir tarama yapılması durumunda tedavi giderlerinden yapılan tasarruf ele alınan dönem için yaklaşık 217.79 Milyon TL’dir.

Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (2008) tarafından yapılan satın alma gücü paritesine dayalı çalışmaya göre Türkiye’de 2006 yılında kanser için yapılan harcama 2.3 Milyar Avro iken kişi başına düşen kanser harcaması 38-43 Avro arasında değişmektedir ve kanser harcamaları, toplam sağlık harcamasının % 6,7’sini oluşturmaktadır.

Tatar (2009) Türkiye’de sağlık harcamaları ve kanser harcamalarını incelediği çalışmasında 1999-2007 dönemi itibarıyla sağlık harcamalarının genel seyrini inceleyerek, hastalık bazında harcama istatistiklerinin yetersiz olduğunu ve MEDULA sisteminin etkin kullanılması gerektiğini vurgulamıştır.

Yılmaz ve diğerleri (2009) Türkiye’de ve dünyada kanser harcamalarının genel seyri hakkında bilgi vererek Türkiye’de aktif sağlık politikaları ile kanserle mücadele politikalarının başarılı olması durumunda elde edilecek tasarrufun 2008 yılı için 750 Milyon TL’ye kadar ulaşabileceğini vurgulamıştır.

Koçkaya ve diğerleri (2013) Türkiye’de metastatik kolon kanserinin tedavi maliyetlerini araştırmıştır. Çalışmaya göre yaşam beklentisine dayalı en düşük toplam maliyet 5.359 Amerikan Doları’dır.

Özmen ve diğerleri (2017) göğüs kanseri taramalarının maliyet etkinliğini artırıcı etkiler yaratıp yaratmadığını araştırmıştır. Elde edilen sonuçlar kanser taramalarının maliyet etkinliğini artırdığını göstermektedir.

Bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak kanser önleme politikalarının başarılı olması durumunda elde edilecek çıktı artışının tahmin edilmesidir. Hastane bazında ve birimlere göre harcama istatistikleri elde edilemediğinden analizler sadece SGK tarafından yapılan ilaç harcamaları baz alınarak yapılabilmektedir.

### III. YÖNTEM VE VERİ SETİ

Hastalık maliyeti çalışmalarında maliyetler doğrudan maliyetler ve dolaylı maliyetler olmak üzere ikiye ayrılmakta hastalıklar için ayrılan parasal kaynaklar, doğrudan maliyetleri

oluştururken, hastalıkların yol açtığı verimlilik kayıplarından oluşan çıktı kayıpları dolaylı maliyetleri oluşturmaktadır. Türkiye’de hastalık bazında harcama istatistikleri bulunmamaktadır. Sadece 2008-2012 döneminde SGK tarafından kanser ilaçlarına yapılan ödeme istatistiklerine ulaşılmıştır. Bu nedenle doğrudan maliyetler 2008-2012 döneminde SGK tarafından kanser ilaçları için yapılan ödemeleri kapsamaktadır.

Bu çalışmada kanserin dolaylı maliyetleri iki farklı yaklaşımla ele alınmıştır. Birinci yaklaşımda kanser harcamalarının yatırım olanaklarında meydana getirdiği azalmadan kaynaklanan çıktı kaybı analiz edilirken, ikinci yaklaşımda kanser nedeniyle ortaya çıkan verimlilik kaybının çıktı düzeyinde meydana getirdiği azalma analiz edilmiştir. Yatırım olanaklarındaki azalmadan kaynaklanan çıktı kaybı analiz edilirken hesaplanabilir genel denge yaklaşımı kullanılmış, verimlilik kaybının neden olduğu çıktı kaybı analiz edilirken ekonomik simülasyon yöntemine başvurulmuştur.

Birinci yaklaşımda Statik Hesaplanabilir Genel Denge Modeli kullanılmıştır. Modelde 2012 yılı girdi çıktı tablosu kullanılarak sosyal hesaplama matrisi oluşturulmuş, hazırlanan sosyal hesaplama matrisi kullanılarak iki farklı senaryo için modelleme yapılmıştır. Baz senaryoda kanserle mücadeleye dönük herhangi bir önlemin alınmadığı durumda pareto optimumu sağlayan çıktı düzeyinin elde edilmesidir. Alternatif senaryo kanserle mücadele politikalarının başarılı olması durumunda kanser tedavisine ayrılacak kaynaklarla başka alanlara yatırım yapma ve sermaye gelirlerinde artış sağlama olanağına kavuşulmasıdır. Alternatif senaryo Abegunde ve Stanciole’den (2006) yola çıkarak oluşturulmuştur. Abegunde ve Stanciole hastalıklara yapılan harcamaların diğer alanlara yatırım yapma olanağını azaltıcı etkilere sahip olduğunu vurgulayarak, koruyucu sağlık politikalarının önemine değinmektedir. Bu çalışmada da hastalıkların başka alanlara yatırım olanaklarını ve sermaye gelirlerini azaltıcı etkileri dikkate alınmaktadır. Bu bağlamda baz senaryo kanseri önlemeye yönelik herhangi bir önlem alınmamış olmasıdır. 2012 yılı girdi çıktı tablosu kullanılarak 2012 yılı için ekonomide genel dengeyi sağlayan çıktı düzeyleri hesaplanmıştır. Alternatif senaryo kanserle mücadele politikalarının başarılı olması durumunda kanser tedavisi için ayrılan kaynaklarla başka alanlara yatırım yapma olanaklarında ve sermaye gelirlerinde artış sağlama imkânına sahip olunmasıdır. Koruyucu sağlık politikalarının başarılı olduğu ve kanser tedavisi için ayrılan kaynakların diğer alanlara yatırım yapmak üzere kullanıldığı varsayılmıştır. Çalışmada 2 faktörlü ve 6 sektörlü bir model kurulmuştur. Model boyutu belirlenip sosyal hesaplama matrisi oluşturulduktan sonra yapılması gereken şey, üretim dönüşüm ve fayda fonksiyonlarının belirlenmesidir. Çalışmada üretim süreci iki aşamadan oluşmaktadır. Üretim sürecinin birinci aşaması teknoloji kısıtı altında üretim faktörlerinin görelî fiyatlarına bağlı olarak karı maksimize eden çıktı düzeyinin belirlenmesidir. İkinci aşamada faktör maliyetlerine ilave olarak ara girdi kullanım miktarları da üretim sürecine dâhil edilmektedir. Üretim sürecinin birinci aşaması Cobb Douglas üretim fonksiyonu kullanılarak modellenirken, üretimin ikinci aşaması Leontief tipi üretim teknolojisine dayanmaktadır. Her iki fonksiyonunda homojenlik derecesi 1’dir ve modelleme ölçeğe göre sabit getiri varsayımına dayanmaktadır.

Cobb Douglas üretim fonksiyonu üretim faktörleri arasında ikameye izin verirken, Leontief üretim fonksiyonu faktörler arası ikameye izin vermez. Hesaplanabilir Genel Denge Modelleri Girdi Çıktı tabloları temelinde geliştirilmiştir. Özellikle ara girdiler için içsel değişkenlerin sayısı sektör ve mal sayısının karesiyle uyumlu olarak artar. Bu bağlamda Leontief üretim fonksiyonu modelin karmaşıklığını azaltarak, modeli hesaplanabilir düzlemlere indirger (Hosoe et al. 2010).



### 3.1. Hesaplanabilir Genel Denge Modeli

Hesaplanabilir genel denge modeli Lief Johansen (1960) tarafından geliştirilmiş, teori, data ve hesaplama teknolojisindeki gelişmelerle 1970'li yıllarda aktif olarak kullanılmaya başlanmıştır (Devarajan, Robinson 2002). Hesaplanabilir Genel denge Modeli üretimde etkinlik, tüketimde etkinlik ve bölüşümde etkinliğin eş anlı olarak sağlandığı varsayımına dayanmakta ve fiyat çözümlenmesi buna göre yapılmaktadır. Bir anlamda hesaplanabilir genel denge modeline elde edilen çözüm kümesinin pareto optimumu sağlayan fiyat düzeyi olduğu söylenebilir.

Çalışmada 2 faktörlü ve 6 sektörlü bir model kurulmuştur. Model boyutu belirlenip sosyal hesaplama matrisi oluşturulduktan sonra yapılması gereken şey, üretim dönüşüm ve fayda fonksiyonlarının belirlenmesidir. Çalışmada üretim süreci iki aşamadan oluşmaktadır. Üretim sürecinin birinci aşaması teknoloji kısıtı altında üretim faktörlerinin göreceli fiyatlarına bağlı olarak karı maksimize eden çıktı düzeyinin belirlenmesidir. İkinci aşamada faktör maliyetlerine ilave olarak ara girdi kullanım miktarları da üretim sürecine dâhil edilmektedir. Üretim sürecinin birinci aşaması Cobb Douglas üretim fonksiyonu kullanılarak modellenirken, üretimin ikinci aşaması Leontief tipi üretim teknolojisine dayanmaktadır. Her iki fonksiyonunda homojenlik derecesi 1'dir ve modelleme ölçeğe göre sabit getiri varsayımına dayanmaktadır.

Cobb Douglas üretim fonksiyonu üretim faktörleri arasında ikameye izin verirken, Leontief üretim fonksiyonu faktörler arası ikameye izin vermez. Hesaplanabilir Genel Denge Modelleri Girdi Çıktı tabloları temelinde geliştirilmiştir. Özellikle ara girdiler için içsel değişkenlerin sayısı sektör ve mal sayısının karesiyle uyumlu olarak artar. Bu bağlamda Leontief üretim fonksiyonu modelin karmaşıklığını azaltarak, modeli hesaplanabilir düzlemlere indirger (Hosoe et al. 2010).

Üretimin birinci aşamasında firmanın amaç fonksiyonu

$$\max \pi_j^y = p_j^y Y_j - \sum_n p_n^f F_{n,j}$$

Kar maksimizasyonu amacı güden firma aşağıdaki üretim fonksiyonuyla karşı karşıyadır.

$$Y_j = b_j \prod_n F_{n,j}^{\beta_{n,j}}$$

Faktör maliyetleriyle karşı karşıya olan firma faktör maliyetlerine ilave olarak ara girdi maliyetleri de eklenmektedir. Bu durumda faktör maliyetleri yanında ara girdi maliyetleri de kısıt denkleminde dâhil edilmektedir.

$$\max z_j^z = p_j^z Z_j - (p_j^y Y_j + \sum_i p_i^a X_{i,j})$$

Bu bağlamda firmanın optimum üretim düzeyi birim üretim maliyetinin en küçük olduğu çıktı düzeyidir.

$$Z_j = \min \left( \frac{X_{T,j}}{a_{T,j}}, \frac{X_{M,j}}{a_{M,j}}, \frac{X_{IM,j}}{a_{IM,j}}, \frac{X_{E,j}}{a_{E,j}}, \frac{X_{IN,j}}{a_{IN,j}}, \frac{X_{H,j}}{a_{H,j}}, \frac{Y_j}{a_{Y,j}} \right)$$

Yukarıda yer alan denklem optimum üretim düzeyinin en düşük birim maliyete sahip olan girdi düzeyi olduğunu ve diğer ara girdilerin oranının daha yüksek olmasının üretim düzeyini artırmayacağını ifade etmektedir (Erten 2009).

Denklemlerde kullanılan notasyonlar aşağıdaki gibi gösterilebilir:

- $\pi_j^y$  : Üretimin birinci aşamasında faktörlere bağlı üretim fonksiyonundan elde edilen kar düzeyi  
 $z_j^z$  : Üretimin ikinci aşamasında elde edilen yurt içi çıktı düzeyinden elde edilen kar düzeyi  
 $Y_j$  : Bileşik faktör (emek ve sermaye düzeyine bağlı olarak elde edilen) çıktı düzeyi  
 $F_{h,j}$  : Üretimin birinci aşamasında kullanılan faktör girdileri (emek ve sermaye)  
 $Z_j$  : Yurt içi çıktı düzeyi  
 $X_{i,j}$  : Mal üretiminde kullanılan ara girdi miktarları  
 $p_j^y$  : Bileşik faktör fiyatları  
 $p_h^f$  : Üretim faktörü fiyatları  
 $p_j^z$  : Yurt içi çıktının fiyatı  
 $p_i^z$  : Bileşik malın fiyatı  
 $\beta_{h,j}$  : Bileşik faktör üretim fonksiyonunda paylaşım katsayısı  
 $b_j$  : Bileşik faktör üretim fonksiyonunda ölçek katsayısı  
 $a_{i,j}$  : Bir birim j malı çıktısı üretmek için gerekli olan i ara malı girdisi  
 $ay_j$  : Birim j malı üretmek için gerekli olan bileşik faktör girdi katsayısı

Kanser hem nicelik hem nitelik bakımından faktör verimliliğini aşındırır. Beşeri sermaye teorisi ve kapasite yaklaşımı çerçevesinde kanserin yol açtığı verimlilik kaybından kaynaklanan çıktı kaybını analiz etmek için ekonometrik simülasyon yaklaşımı kullanılmıştır. 1993-2013 dönemini kapsayan bu kısımda Cobb Douglas üretim fonksiyonundan yola çıkılmıştır. Bu bağlamda çıktı düzeyi (LNGDP) emek stoku (LNİŞ), sermaye stoku (LNSER) ve emek verimliliği (LNVERİMLİK) tarafından belirlenmektedir. İş gücü verimliliği (LNVERİMLİLİK) ise fiziksel sermaye (LNSER), emek stoku (LNİŞ) ve kanser insidansına (LNKANSER) bağlı olarak belirlenmektedir. GDP, iş gücü, sermaye stoku ve verimlilik değerleri OECD istatistikleri kullanılarak elde edilirken, kanser insidansı verileri Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı’ndan elde edilen verilerdir.

#### IV. BULGULAR

Kanserin yol açtığı maliyetler literatüre uygun olarak doğrudan maliyetler ve dolaylı maliyetler olmak üzere ayrı başlıklar halinde ele alınmıştır. Öncelikli olarak doğrudan maliyetlere daha sonra dolaylı maliyetlere yer verilecektir.

##### 4.1. Kanserin Doğrudan Maliyetleri

Bir hastalığın tedavisi için katlanılan bütün parasal maliyetler doğrudan maliyetleri ifade etmektedir. Türkiye’de hastalık bazında harcama istatistiği yayınlanmamaktadır. Sadece 2008-2012 döneminde SGK tarafından kanser ilaçlarına yapılan ödeme miktarlarına ulaşılabilmektedir.

**Tablo 1. Kanser İlaçlarına SGK tarafından Yapılan Ödemeler (TL)**

Yıllar	2008	2009	2010	2011	2012
Harcama	520.001.276	616.337.983	488.204.822	430.579.852	457.897.805

**Kaynak:** SGK

Tablo 1 2008-2012 yılları itibariyle SGK tarafından kanser ilaçlarına yapılan ödeme miktarları yer almaktadır. 2008 yılında kanser ilaçları için yapılan harcama tutarı 520 milyon TL iken, 2009 yılında bu tutar yaklaşık olarak 616 milyon TL'ye yükselmiştir. 2010 yılında 489 milyon TL harcanırken, 2011 yılında 431 milyon TL harcanmış, 2012 yılında bu tutar 458 milyon TL'ye yükselmiştir.

**Tablo 2. Kanser Tedavisi Nedeniyle SGK tarafından Özel Hastanelere Yapılan Ödemeler (TL)**

Yıllar	2008	2009	2010	2011	2012
Harcama	1.217.806	2.395.069	4.433.764	7.099.732	10.370.784

**Kaynak:** SGK

Tablo 2 kanser tedavisi nedeniyle SGK tarafından özel hastanelere yapılan ödemeleri göstermektedir. 2008 yılında kanser tedavisi nedeniyle SGK tarafından hastanelere yapılan ödeme 1 milyon 218 bin TL ödenirken, 2010 yılında 7 kat artarak 7 Milyon 99 bin TL'ye ulaşmıştır. 2012 yılında bu rakam 10 Milyon 371 bin TL'dir.

#### 4.2.Kanserin Dolaylı Maliyetleri

Bir hastalığa yapılan harcamanın fırsat maliyeti, daha verimli alanlara yatırım yapma olanaklarından vazgeçilmesidir. Hastalığı tedavi etmek için sınırsız kaynak kullanmak yerine, alınacak tedbirlerle insidansı azaltarak, hastalığın tedavisi için ayrılan kaynakların daha verimli alanlara yönlendirilmesi fiziki ve beşeri sermaye birikimini artırarak çıktı düzeyini artıracaktır. Bu nedenle koruyucu sağlık önlemleri alınması ve bu programlara ait maliyet çıktı analizlerinin yapılması optimal kaynak dağılımı ve sektörel katma değerlerin artırılması için gereklidir.

**Tablo 3. Baz Senaryo ve Alternatif Optimum Bileşik Faktör Çıktı Tahmini**

Baz Senaryo Altında Optimal Bileşik Faktör							
	Tarım	Madencilik	İmalat	Enerji	İnşaat	Hizmet	Toplam
Emek	3.709	5.990	100.290	8.070	34.716	285.790	438.579
Sermaye	128.730	14.962	183.260	31.051	96.870	487.060	941.946
Toplam	132.439	20.952	283.550	39.085	131.586	772.850	1.380.525
Alternatif Senaryo Altında Optimal Bileşik Faktör							
	Tarım	Madencilik	İmalat	Enerji	İnşaat	Hizmet	Toplam
Emek	3.709	5.989	100.280	8.069	34.730	285.810	438.573
Sermaye	128.770	14.968	183.330	31.062	96.883	487.510	942.510
Toplam	132.479	20.957	283.610	39.131	131.613	773.320	1.381.083
Optimal Bileşik Faktör Çıktı Düzeyindeki Değişme							
% Değişme	0,03	0,02	0,02	0,11	0,02	0,06	0,04

Yukarıdaki tablo baz senaryo ve alternatif senaryo altında optimum bileşik faktör çıktı düzeyindeki değişmeyi vermektedir. Tahmin sonuçlarına göre kanserle mücadele politikalarının başarılı olması ve kansere harcanan kaynakların diğer sektörlerde yatırım yapmak için kullanılması durumunda tarım sektöründe %0,03, madencilik sektöründe

%0,02, imalat ve inşaat sektörlerinde %0,02, enerji sektörün %0,11, hizmet sektöründe %0,06 çıktı artışı görülecektir. Bununla birlikte toplam çıktı miktarındaki artış, %0,04’tür.

**Tablo 4. Optimum Ara Girdi Düzeyleri (Milyon TL)**

<b>Baz Senaryo Altında Optimal Ara Girdi Düzeyleri</b>						
	<b>Tarım</b>	<b>Madencilik</b>	<b>İmalat</b>	<b>Enerji</b>	<b>İnşaat</b>	<b>Hizmetler</b>
<b>Tarım</b>	33.249	2.172	73.091	9.14	136	5.053
<b>Madencilik</b>	510	2.161	62.027	28.699	5.860	3.603
<b>İmalat</b>	22.953	4.878	369.870	3.338	110.190	122.660
<b>Enerji</b>	1.640	1.095	50.987	67.711	691	18.607
<b>İnşaat</b>	411	103	2.084	2.629	56.482	13.378
<b>Hizmetler</b>	10.325	5.503	138.320	9.373	42.486	298.980
<b>Alternatif Senaryo Altında Optimal Ara Girdi Düzeyleri</b>						
	<b>Tarım</b>	<b>Madencilik</b>	<b>İmalat</b>	<b>Enerji</b>	<b>İnşaat</b>	<b>Hizmetler</b>
<b>Tarım</b>	33.248	2.172	73.084	9.14	136	5053
<b>Madencilik</b>	510	2.161	62.020	28.700	5858	3.603
<b>İmalat</b>	22.952	4.877	369.840	3.338	110.150	122.680
<b>Enerji</b>	1.639	1.095	50.982	67.712	690	18.610
<b>İnşaat</b>	411	103	2.084	2.629	56.460	13.380
<b>Hizmetler</b>	10.325	5.502	138.310	9.373	42.470	299.020

Baz senaryo ve alternatif senaryo altında optimumu ara girdi kullanımındaki değişme incelendiğinde optimum ara girdi kullanımında kayda değer bir değişme olmadığı görülmektedir.

**Tablo 5. Baz Senaryo ve Alternatif Senaryo Altında Optimal Yurtiçi Çıktı Düzeyi (Milyon TL)**

	<b>Tarım</b>	<b>Madencilik</b>	<b>İmalat</b>	<b>Enerji</b>	<b>İnşaat</b>	<b>Hizmet</b>	<b>Toplam</b>
<b>Baz Senaryo</b>	201.530	36.865	979.910	150.880	347.460	1.235.100	2.951.745
<b>Alternatif Senaryo</b>	201.560	36.870	979.911	150.890	347.490	1.235.600	2.952.321
<b>% Değişme</b>	0,01	0,01	0,0001	0,006	0,008	0,04	0,01

Baz senaryo ve Alternatif senaryo altında optimal yurt içi çıktı düzeyindeki değişme verilmektedir. Kanserele mücadele politikalarının başarılı olması durumunda tarım ve madencilik sektöründe %0,01, imalat sektöründe %0,0001, enerji sektöründe %0,006, inşaat sektöründe %0,008 ve hizmet sektöründe %0,04 artış olacaktır. Toplam çıktı düzeyindeki değişme %0,01’dir.

**Tablo 6. Baz Senaryo ve Alternatif Senaryo Altında Optimal Armington Varsayımına Dayalı Çıktı Düzeyi**

	Tarım	Madencilik	İmalat	Enerji	İnşaat	Hizmet	Toplam
<b>Baz senaryo</b>	208.900	113.130	1.074.000	174.780	353.790	1.240.300	3.164.900
<b>Alternatif Senaryo</b>	208.960	113.131	1.074.001	174.790	353.860	1.240.900	3.165.642
<b>% Değişme</b>	0,02	0,0008	0,00009	0,005	0,01	0,04	0,02

Tablo 6 baz senaryo ve alternatif senaryo altında Armington varsayımına dayalı çıktı düzeyindeki değişmeyi vermektedir. Tahmin sonuçları incelendiğinde kanserle mücadele politikalarının başarılı olması durumunda tarım sektöründe %0,02, madencilik sektöründe %0,0008, imalat sektöründe %0,00009, enerji sektöründe %0,005, inşaat sektöründe %0,01 ve hizmetler sektöründe %0,04 artış olacağı görülmektedir. Toplam çıktı düzeyindeki artış %0,02'dir.

**Tablo 7. Baz Senaryo ve Alternatif Senaryo Altında Sektörlere Göre Optimum Tüketim Düzeyi**

	Tarım	Madencilik	İmalat	Enerji	İnşaat	Hizmet	Toplam
<b>Baz Senaryo</b>	77.065	6.693	289.800	34.045	2.248	665.830	1.075.681
<b>Alternatif Senaryo</b>	77.073	6.694	289.830	34.048	2.249	665.890	1.075.784
<b>% Değişme</b>	0,01	0,01	0,01	0,008	0,04	0,009	0,009

Tabloda baz senaryo ve alternatif senaryo altında sektörel tüketim miktarında meydana gelen değişme verilmektedir. Kanserle mücadele politikalarının başarılı olması durumunda meydana gelecek çıktı artışı, bireylerin harcama olanaklarında da artışa neden olacaktır. Tarım, madencilik ve imalat sektöründe meydana gelen tüketim artışı %0,01, enerji sektöründe meydana gelen tüketim artışı %0,008, inşaat sektöründe meydana gelen tüketim artışı %0,04 ve hizmetler sektöründe meydana gelen tüketim artışı %0,009'dur. toplam optimum tüketim düzeyinde meydana gelen değişme %0,009'dur.

#### 4.3. Verimlilik Azalışından Kaynaklanan Çıktı Kaybı

Modelde iki adet eş anlı denklem kurulmuştur. Birinci denklemde çıktı düzeyi emek stoku, sermaye stoku ve verimliliğin bir fonksiyonuyken, verimlilik değeri de emek, sermaye stoku ve kanser insidansının bir fonksiyonudur. Bu bağlamda elde edilen denklemler aşağıda verilmiştir.

$$\text{LNGDP} = C(1) + C(2)*\text{LNSER} + C(3)*\text{LNIS} + C(4)*\text{LNVERİMLİLİK}$$

$$\text{LNVERİMLİLİK} = C(5) + C(6)*\text{LNIS} + C(7)*\text{LNSER} + C(8)*\text{LNKANSER}$$

**Tablo 8. Cobb-Douglas Üretim Fonksiyonu ve Kansere İncidansına Bağlı Verimlilik Tahmini Sonuçları**

	KATSAYI	STD. HATA	T	PROB.
C(1)	-18,78489	13,31921	-1,410360	0,1675
C(2)	0,097140	0,047007	2,066520	0,0465
C(3)	4,487120	1,024810	4,378488	0,0001
C(4)	-5,100223	1,931621	-2,640385	0,0124
C(5)	-0,343355	1,038485	-0,330630	0,7430
C(6)	0,406862	0,063695	6,387671	0,0000
C(7)	0,010343	0,005284	1,957328	0,0586
C(8)	-0,082676	0,015369	-5,379268	0,0000
DETERMINANT RESIDUAL COVARIANCE		7.30E-06		
LN <sub>GD</sub> P = C(1) + C(2)*LN <sub>S</sub> ER + C(3)*LN <sub>I</sub> S + C(4)*LN <sub>V</sub> ERİMLİLİK				
R <sup>2</sup>	0,900658	MEAN DEPENDENT VAR		26,59631
DÜZELTİLMİŞ R <sup>2</sup>	0,883128	S.D. DEPENDENT VAR		0,616895
DURBİN-WATSON İSTATİSTİĞİ	1,194030			
LN <sub>V</sub> ERİMLİLİK = C(5) + C(6)*LN <sub>I</sub> S + C(7)*LN <sub>S</sub> ER + C(8)*LN <sub>K</sub> ANSER				
R <sup>2</sup>	0,768913	MEAN DEPENDENT VAR		6,338213
DÜZELTİLMİŞ R <sup>2</sup>	0,728133	S.D. DEPENDENT VAR		0,030895
DURBİN-WATSON İSTATİSTİĞİ	1,267275			

Tahmin sonuçları incelendiğinde sabit terim dışında kalan bütün değerlerin anlamlı olduğu görülmektedir. R<sup>2</sup> değeri birinci model için 0,90 iken ikinci model için 0,76’dir. Üretim faktörü düzeyindeki artışlar emek verimliliğini pozitif etkilerken, kanser insidansındaki artışlar emek verimliliğini negatif etkilemektedir. Kanserin emek verimliliğinde yol açtığı azalma ulusal gelir düzeyinde de azalmaya neden olmaktadır.

1993-2013 döneminin ele alındığı modelde simülasyon kullanılarak iki farklı senaryo altında kanserin yol açtığı verimlilik kaybına bağlı olarak ortaya çıkan gelir kaybı hesaplanmıştır.

**Baz senaryo:** Kanseri önlemeye dönük herhangi bir önlemin alınmadığı senaryodur.

**Alternatif senaryo:** Koruyucu önlemlerle kanserin ortadan kaldırıldığı senaryodur.

**Tablo 9. Kanslerle Mücadele Politikalarının Başarılı Olması Durumunda Verimlilik Düzeyi ve Çıktı Düzeyinde Meydana Gelen Değişme**

Dönem	Verimlilik	Kanserli Model	Kansersiz Model	% Δ	GDP (Gerçek)	Kanserli Model	Kansersiz Model	%Δ
1993	6,32	6,315	6,316	0,01	25,91	25,490	25,51	0,07
1994	6,34	6,337	6,338	0,01	25,59	25,790	25,80	0,03
1995	6,34	6,333	6,334	0,01	25,85	25,930	25,94	0,03
1996	6,36	6,345	6,346	0,01	25,92	26,003	26,007	0,015
1997	6,37	6,351	6,352	0,01	25,96	26,046	26,048	0,007
1998	6,36	6,367	6,368	0,01	26,31	26,146	26,149	0,011
1999	6,36	6,375	6,376	0,01	26,24	26,217	26,218	0,003
2000	6,35	6,358	6,359	0,01	26,30	26,190	26,20	0,03
2001	6,34	6,345	6,349	0,01	26,00	26,330	26,34	0,03
2002	6,32	6,315	6,316	0,01	26,17	26,610	26,63	0,07
2003	6,30	6,307	6,308	0,01	26,43	26,640	26,65	0,03
2004	6,29	6,301	6,302	0,01	26,69	26,704	26,707	0,011
2005	6,31	6,308	6,309	0,01	26,90	26,770	26,79	0,07
2006	6,32	6,301	6,302	0,01	26,99	26,890	26,90	0,03
2007	6,31	6,303	6,304	0,01	27,19	26,960	26,98	0,07
2008	6,31	6,314	6,315	0,01	27,31	27,060	27,08	0,07
2009	6,28	6,331	6,332	0,01	27,14	27,142	27,143	0,003
2010	6,33	6,351	6,352	0,01	27,31	27,220	27,23	0,03
2011	6,37	6,366	6,367	0,01	27,37	27,36	27,37	0,03
2012	6,38	6,372	6,373	0,01	27,39	27,421	27,423	0,007
2013	6,39	6,382	6,383	0,01	27,43	27,470	27,473	0,01

Kanslerle mücadele politikalarının başarılı olması durumunda verimlilik düzeyi %0,01 artarken, verimlilik artışına bağlı olarak az da ola çıktı artışı yaşanacağı görülmektedir.

## V. SONUÇ VE ÖNERİ

Hem dünya genelinde hem de Türkiye’de kanser insidansındaki artışa bağlı olarak kanser harcamalarının devlet bütçesiyle karşılanamayacak boyutlara ulaşması beklenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü hem emek stokunu aşındırıcı etkilere sahip olması hem de kaynak dağılımını bozucu etkiler yaratacak şekilde yüksek maliyetlere yol açması nedeniyle ülkeleri koruyucu sağlık politikaları uygulamaya davet etmektedir. Bu bağlamda bu çalışmada Türkiye’de kanserin doğrudan ve dolaylı maliyetleri araştırılmıştır. Kanser hem diğer sektörlerde yatırım olanaklarını hem de iş gücü verimliliğini azaltarak gelir düzeyini azaltması bakımından ekonomik kalkınmayı negatif etkilemektedir. Bu bağlamda çalışmada kanserin kaynak dağılımını bozucu etkisi hesaplanabilir genel denge analizi ile çözümlenirken, kanserin neden olduğu verimlilik kaybına bağlı olarak ortaya çıkan çıktı kaybı ekonometrik simülasyon modeli ile çözümlenmiştir.

Veri setinin kısıtlı olmasına bağlı olarak modellemede kaynak dağılımını bozucu etki varsayımlara dayalı olarak çözümlenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre kanserle mücadele politikalarının başarılı olması ve kanser için harcanan paranın diğer alanlarda yatırım yapmak için kullanılması durumunda bileşik faktör çıktı düzeyi %0,04, optimal yurt içi çıktı düzeyi %0,01, optimal Armington varsayımına dayalı çıktı düzeyi %0,02, optimal tüketim düzeyi %0,009 artacaktır.

Verimlilik kaybından kaynaklanan çıktı kaybını analiz etmek için ekonometrik simülasyon yöntemi kullanılmıştır. Bu bağlamda kanserle mücadele politikalarının başarılı olması durumunda verimlilik düzeyindeki artış %0,01’dir. Verimlilik düzeyine bağlı olarak

çıkıtı düzeyinin de artması beklenmektedir. Bu bağlamda simüle edilmiş değerler karşılaştırıldığında yıllar itibariyle değişiklik göstermekle birlikte, kanserle mücadele politikalarının başarılı olması durumunda çıkıtı düzeyinin az da artacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Sektörlere ve meslek gruplarına ve bölgelere göre kanser insidansları ve kanser harcamaları istatistiklerine ulaşılabildiğinde daha anlamlı sonuçlar elde etmek mümkün olacaktır. Bu nedenle maliyet kalemlerine harcama istatistiklerinin elde edilmesine ve koruyucu sağlık politikalarının etkilerinin araştırılmasına ve maliyet/fayda analizlerinin yapılmasına olanak sağlayan mekanizmalar geliştirilmelidir. İktisadi bakımdan etkinlikten söz edebilmek için koruyucu sağlık önlemlerinin sadece maliyetleri değil, politikardan elde edilecek fayda düzeyinin de belirlenebilmesi gerekmektedir. Günümüzde uygulanan tedavi yöntemlerinin başarısı tartışmaya açıktır. Türkiye’de hem kanser tedavisi için yüksek maliyetlere katlanılmakta, hem de kanser vakalarının çoğu ölümlle sonuçlanmaktadır. Politikalar ve tedavi yöntemleri seçilirken kemoterapi gibi gerçekten tedavi edici etkisi tartışmaya açık tedavi yöntemleri yerine, daha düşük maliyetlerle daha etkili tedavi ve teşhis yöntemleri kullanılmalı, kansere yol açan faktörler doğru tespit edilmelidir.

#### **KAYNAKÇA**

1. Amir Z., Moran A., Wals L., Iddenden R. and Luker K. (2007) Return to Paid Work After Cancer: A British Experience. **The Journal of Cancer Survival** 1(2): 129-136.
2. Armington P. S. (1969) A Theory of Demand for Products Distinguished by Place of Production. **International Monetary Fund Staff Papers** 16(1): 159-176.
3. Armstrong J. (1995) Uganda’s AIDS Crisis Its Implications for Development. **World Bank Discussion Papers** No: 298.
4. Arozullah A. M., Calhoun E. A., Wolf M., Finley D. K., Heckinger E. A., Gorby N. S., Schumock G. T. and Bennett C. L. (2004) The Financial Burden of Cancer: Estimates From a Study of Insured Women With Breast Cancer. **The Journal of Support Oncology** 2(3): 271-278.
5. Bradley C. J., Yabroff K. R., Dahman R. B., Feuer E. J., Mariotto A. and Brown M. L. (2008) Productivity Costs of Cancer Mortality in the United States: 2000-2020. **Journal National Cancer Institute** 100(24): 1763-1770.
6. Brown M. L. and Yabroff K. R. (2006) Economic Impact of Cancer in the United State, In D. Schottenfeld and J. F. Fraumen (ed.) **Cancer Epidemiology and Prevention**, Third Edition, Oxford University Press, USA.
7. Cooper B. S. and Rice D. P. (1976) The Economic Cost of Illness Revisited. **Social Security Bulletin** 39(2): 21-36.
8. Çakır Edis E. and Karlıkaya C. (2007) The Cost of Lung Cancer in Turkey. **Tüberküloz ve Toraks Dergisi** 55(1): 51-58.
9. Devarajan S. and Robinson S.(2002) The Influence of Computable General Equilibrium Models on Policy. **IFPRI, Trade and Macroeconomics Division Working Paper** No. 98.



10. Dublin L. I and Lotka A. J. (1946) **The Money Value of a Man**. Ronald Press, Newyork.
11. Ertan A. E. (2003) Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde İzlenen Bazı Akciğer Hastalarının Tanı ve Tedavi Sağlık Harcamaları. Hacettepe Üniversitesi **Sağık Bilimleri Enstitüsü Basılmamış Tıpta Uzmanlık Tezi**, Ankara.
12. Erten H. (2009) Türkiye İçin Sektörel Sosyal Hesaplar Matrisi Üretme Yöntemi ve İstihdam Üzerine Bir Hesaplanabilir Genel Denge Uygulaması. **Devlet Planlama Teşkilatı Uzmanlık Tezi**, Ankara.
13. Fein R. (1958) **Economics of Public Health**. Basic Books, Newyork.
14. Gurley Calvez T. and Bose S. (2013) The Economic Impact of Cancer in West Virginia. **Bureau of Business and Economic Research**. West Virginia University, College of Business and Economics, Morgantown.
15. Hanly Céilleachair A. O., Skally M., O'Leary E., Kapur K., Fitzpatrick P., Staines A. and Sharp L. (2013) How Much Does It Cost to Care for Survivors of Colorectal Cancer? Caregiver's Time, Travel and Out-Of-Pocket Costs. **Supportive Care in Cancer** 21(9): 2583-2593.
16. Hodgson T. A. and Meiners M. (1982) Cost-of-Illness Methodology: A Guide to Current Practices and Procedures. **Milbank Memorial Fund Quarterly** 60(3): 429-462.
17. Hosoe N., Gasawa K. and Hashimoto H. (2010) **Textbook of Computable General Equilibrium Modeling: Programming and Simulations**. Palgrave Macmillan, Newyork.
18. Jönsson B., Horfmarcher B., Lindgren P. and Wilking N. (2016) The Cost and Burden of Cancer in the European Union 1995-2014. **European Journal of Cancer** 66: 162-170.
19. Kim Y., In Hwan O., Seok Jun Y., Kim H., Hye Young S., Kim E., Lee Y. and Jung J. (2015) The Economic Burden of Breast Cancer in Korea from 2007-2010. **Cancer Research and Treatment** 47(4): 583-590.
20. Koçkaya G., Polat M., Wertheimer A. I., Özet A., Malhan S., Vural İ. M., Akbulat A., Artıran G., Gürsöz H. and Kerman S. (2013) Treatment Cost of Metastatic Colon Cancer in Turkey. **Farmeconomia. Health Economics and Therapeutic Pathways** 14(1): 19-25.
21. Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A. and Sullivan R. (2013) Economic Burden of Cancer Across the European Union: A Population-Based cost Analysis. **The Lancet Oncology** 14(12): 1165-1174.
22. Mahal A., Karan A., Fan V. Y. and Engelgau M. (2013) The Economic Burden of Cancers on Indian Households. **Asia Pacific Journal of Cancer** 9: 671-677.
23. Malzberg B. (1950) Mental Illness and the Economic Value of a Man. **Mental Hygiene** 34: 82-91.

24. Marti J, Hall P. S., Hamilton P., Hulme C. T., Jones H., Velikova G., Ashley L. and Wright P. (2016) The Economic Burden of Cancer in the UK: A Study of Survivors Treated with Curative Intent. **Psychooncology** 25(1):77-83.
25. Muskhin S. J. (1962) Health as an Investment. **Journal of Political Economy**. 70(5): 129-157.
26. Özmen V., Gürdal S. Ö., Cabioğlu N., Özçınar B., Özaydın A. N., Kayhan A., Arıbal E., Şahin C., Saip P. and Alagöz O. (2017) Cost-Effectiveness of Breast Cancer Screening in Turkey, a Developing Country: Results from Bahçeşehir Mammography Screening Project. **European Journal of Breast Health** 13(3):117-122.
27. Paringer L. and Berk A. (1977) **Cost of Illness and Disease Fiscal Year 1975**. Report No 2, Washington: Public Services Laboratory, Georgetown University.
28. Raynolds D. (1956) The Cost of Road Accidents. **Journal of Royal Statistical Society** 119(4): 395-408.
29. Rice D. P. (1967) Estimating the Cost of Illness. **American Journal of Public Health**, 57(3): 424-440.
30. Stenier J. F., Tia C. A, Main D. S. and Bradley C. J. (2004) Assessing the Impact of Cancer on Work Outcomes. **Cancer** 101(8): 1703-1711.
31. Tatar M. (2009) “Türkiye’de Sağlık ve Kansere Harcamaları” **Türkiye’de Kansere Kontrolü**. İçinde: Tuncer M. (ed.) ss:65-69. T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara.
32. Weisbrod B. A. (1961) **Economics of Public Health**. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
33. Yabroff K. R., Mariotto A. B., Feuer E. and Brown M. L. (2008). Projections of the Costs Associated with Colorectal Cancer Care in the United States, 2000-2020. **Health Economics** 17(8): 947-959.
34. Yabroff R., Lund J., Kepka D. and Mariotto A. (2011) Economic Burden of Cancer in the United States: Estimates, Projections, and Future Research. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: Home** 20(10): 2006–2014.
35. Yazıhan N. ve Yılmaz H. H. (2007). “Türkiye’de Meme Kanseri: Ekonomik Etkinlik ve Maliyet Etkililik”. **Türkiye’de Kansere Kontrolü**. İçinde: Tuncer M. (ed.) ss: 363-375. T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara.
36. Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (2008) **Türkiye’de Kansere Mücadele Konusunda Rol Alan Kurumsal Yapıların ve Dünyadaki İyi Ülke Uygulamalarının İncelenmesi**. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı Yayınları, Ankara.



# The Relationship between Organizational Trust and Personal Initiative: The Case of Healthcare Professionals

Hüseyin DEMİR\*  
Elif Türkan ARSLAN\*\*

## ABSTRACT

*It is aimed to investigate both the relationship between the organizational level of trust and the status of initiative taking of healthcare professionals and if the status of initiative taking and the level of organizational trust differ according to demographic variables. The population and sample comprise of 400 and 196 healthcare professionals, respectively. By using convenience sampling method 161 people can be reached. The relationship between the variables is explored with Spearman correlation coefficient and simple linear regression analysis. In the analysis, independent two samples, t test and one-way ANOVA analysis are utilized. In the advanced level research Tukey HSD test is used. It is determined that there is a moderate level of organizational trust and initiative taking among healthcare professionals, and there is a positive but weak relationship between the level of organizational trust and the status of initiative taking. The level of organizational trust can explain approximately 20% of the personal initiative behavior. It can be claimed that strengthening of healthcare professionals by supporting them would be efficient in the formation of the culture of initiative taking.*

**Keywords:** Organizational trust, Personal initiative, Active performance, Health professionals, Health service

## Örgütsel Güven ve Kişisel İnisiyatif Alma Arasındaki İlişki: Sağlık Profesyonelleri Örneği

### ÖZ

*Sağlık çalışanlarının örgütsel güven düzeyi ve inisiyatif alma durumları arasındaki ilişkinin araştırılması ve çalışanların inisiyatif alma durumları ve örgütsel güven düzeylerinin demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Çalışmanın evreni 400 iken örnekleme 196 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak 161 kişiye ulaşılabilmektedir. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon katsayısı ve basit doğrusal regresyon analizi ile araştırılmıştır. Analizde bağımsız iki örneklem t testi ve tek yönlü ANOVA analizi kullanılmıştır. İleri düzey araştırmada Tukey HSD testinden yararlanılmıştır. Sağlık çalışanlarının örgütsel güven düzeyi ve inisiyatif alma durumlarının orta düzeyde; örgütsel güven düzeyi ile inisiyatif alma durumu arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Örgütsel güven düzeyi kişisel inisiyatif alma davranışının yaklaşık olarak % 20'sini açıklamaktadır. Sağlık hizmetini sunan çalışanların desteklenerek güçlendirilmesi inisiyatif alma kültürünün oluşturulmasında etkili olacağı ileri sürülebilir.*

**Anahtar Kelimeler:** Örgütsel güven, Kişisel inisiyatif alma, Aktif performans, Sağlık profesyonelleri, Sağlık hizmeti

\* Res. Assist. Department of Health Management, Hacettepe University, huseyin.demir@ikc.edu.tr

\*\* Assist. Prof. Department of Health Management, İzmir Katip Çelebi University, elifturkanarslan@gmail.com

## **I. INTRODUCTION**

Organisations undergo a multifaceted alteration with rapid technological improvements, dynamic environment, diversified organisational thoughts and changing concepts of occupation. The subjects such as alteration, uncertainty, innovation are quite significant in organisational life. Such circumstances in question necessitate the existence of employees who are open to change and for improvement, are ready for making sacrifice for the organisation, whose organisational level of trust are high and who can work with full performance in all conditions. Maybe one of the most important issues for the organisations subsist in a dynamic environment permanently is to comply with the changing environment and to have employees who can cope with the change. This is essential not only for the supply of the services in other sectors but also quite significant for the supply of health care services.

In the 2009 report of the World Health Organisation, health labour force is expressed as one of the building blocks of the health system (WHO 2009). Indeed health services are connected with the health care professionals that supply these services. During the supply of the health care services or in the post supply period, the problems that may be caused by health care professionals may negatively affect the quality and efficiency of the services. In the ideal supply of health care services to the patients the health care professionals are the centrepiece. The supply of these services by the health care professionals ideally is closely associated with the work environment they are in. It can be claimed that management, work environment and workmates have significant effects on the performance of health care professionals. The importance of the health care professionals that feel secure, are strong and work full performance during the supply of health care services is obvious. Those professionals having high level of organisational trust and initiative taking inclination are significant for health care services.

Health care professionals want to feel secure in every activity they perform. It may be asserted that the level of trust health care professionals have in other professionals and in the management would affect their performances. In other words, it is thought that the personal initiative status of health care professionals is closely related with their organisational levels of trust.

In the study, the relationship between the organisational level of trust and the status of initiative taking of health care professionals is examined. Moreover, it is also examined that if the status of initiative taking and the level of organisational trust differ significantly according to various demographic variables.

## **II. ORGANISATIONAL TRUST**

Organisations become meaningful with the existence of human. The communication and interaction of the employees in the organisation is necessary in the formation of sustainable business concept. In the basis of sustainable relations the trust factor takes part. In this sense trust occupies an important position in the sustainable success of the organisation. Trust is the situation of being sure and having positive expectations against the behaviours of others in the situations containing risks. It is the expectation of the individual that other individuals, groups or organisations that the group or organisation is in relation with would give right decisions and would behave in line with ethical principles (Altuntaş 2008).

Trust can be stated as one of the natural needs of human. Each person may want to feel secure in every sphere of their lives. The existence of the “safety needs” in the second step of the needs pyramid of Maslow explicitly reveals the importance of the safety factor for

human (Maslow (1954) in Koçel 2005). Trust has been chosen as a subject in many investigations due to its importance in human relations. Sociologists, economists, psychologists and researchers in administrative sciences have inclined to the issue of trust and investigated the concept deeply. The researchers aforementioned build consensus that the trust factor is quite crucial for the development of sustainable business relations (İşcan, Sayın 2010).

In recent years it has been started to lay emphasis on and investigate the subject of trust. More complicated business world has rather increased the importance of bilateral relations and generated the need of the management of these relations ideally. In the management of relevant relations ideally trust has occupied a quite important position and it is seen as an important factor in the development of positive attitude against the organisation they work for and in the organisational performance (Baek, Jung 2015).

In the literature on organisational behaviour the concept of organisational trust is defined with various points of view and in terms of scope they are expressed in various ways. Therefore it is possible to confront various definitions related to the concept. Organisational trust is sometimes defined as the trust among organisations, sometimes between organisations and employees, and sometimes among the employees (Nedkovski et al. 2017). Taş (2012) expresses organisational trust as the trust and support emotion of an employee, as the belief to the employer that she/he would be frank and keep her/his word, and as the heart of all relations and as a medium that hold people together and give the sense of confidence. Mayer et al. (1995), relate organisational trust with the risk perception of the employees regarding the activities of the organisation. Accordingly, the level of organisational trust among employees shows an increase when the risk perception regarding the field of activity is low. Ng (2015), defines organisational trust as having a positive attitude about the organisation by an individual and expresses that those individuals having high level of organisational trust may undertake various risks. Nedkovski et al. (2017), tackle with the ethical dimension of organisational trust. They argue that the formation of ethical climate in the organisation would positively affect the level of organisational trust. It is claimed that the employees' levels of organisational trust would increase when the managers keep their words. Pirson and Malhotra (2011) tackle with organisational trust differently. Accordingly organisational trust occurs in individuals when the organisation is adequate and successful in realising its business. Ashnai et al. (2016) emphasize that trust has a very crucial status in the business world. They scrutinise the place of trust both among the employees in the organisation and among the organisations. They draw attention to the importance of confidential relations in order organisations to continue their activities. By drawing attention to the importance of social change, resource dependence and transaction cost approaches they claim that the floor for trust should be formed in a dynamic environment.

Organisational trust represents the perception of employees relative to the support given by the organisation; it is a phenomenon that is formed on the bases of mutual respect and trust in the organisation. The perception of an employee of the support given by the organisation means the belief of her/him in that managers would be frank and they would stand behind their words, and it forms the basis of both horizontal and vertical intra-organisational relations (Ng 2015). In other words, organizational trust means that in case of an employee that confronts with an uncertainty and risk, her/his belief in the consistency of the commitments and behaviours of the organisation. In short, organisational trust expresses the trust inclination of the employee towards the organisation she/he works in. The most important factors for the formation of organisational trust are the values shared, openness and an autonomous structure. Organisational trust is closely related to organisational culture. In those organisations in which the culture of trust has not been formed yet, it is impossible to talk about a trust relationship both among employees and between the employees and the

management. Therefore it may be very beneficial to adopt a trust based perception in the organisational culture. The basic factor in this subject is to what extent the management support the employees (Mouzas et al. 2007).

Organisational trust can be categorised as the trust to the **managers, organisation and workmates**. **Trust to the manager** affects the environment of trust directly (Perry, Mankin 2007). The sensation of the competence of managers in terms of problem solving or the vision that the managers adopt a helpful attitude in solving the problems of employees is quite important for the trust to the managers. As the employee regards the manager as the representative of the institution the trust that she/he has is attributed to the whole institution. One of the applications that enhance the trust relationship between the manager and employee is the sharing of the control with the employees instead of leaving it as the function of only the manager. Those employees trusting the management are disposed to be defenceless to the acts of the management and are sure that their rights and interests would not be abused. On the other hand honesty is a required feature for the intra organisational relations as well as for all business connections. People do not follow dishonest managers or leaders (Ashnai et al. 2016).

The **trust to organisation** that constitutes the main factor in the transformation of individual trust to organisational trust expresses the belief of employees that corporate operations settle on solid foundations and operate rightfully. By the enterprises this belief is tried to be grounded on a relational ground that would create a synergy particularly in the team work. The procurement of multidirectional communication among employees and the accessibility of information in the organisation at any time by anybody would ensure the institutionalisation of trust in the organisation. The structure of the organisation and the human resources policies on the beam both creates an environment of high trust and increases the effect of manager on the employees (Altuntaş 2008; Martin, Cullen 2006).

**Trust among workmates** states the confidence that employees have to each other. Individual factors that affect the relevant trust and provide an environment for organisational trust are the trust inclination, temper, values and attitudes (Kamer 2001). The general trust inclination of employees is formed with the possibility of the estimation that how other employees would behave and with the effects of the organisational environment on individual expectations. When the values of the individual that are developed in the light of past experiences and expectations have parallels with the culture and targets of the enterprise, the trust phenomenon is affected positively (Baek, Jung 2015).

Baek and Jung (2015) claim that with an increase in interpersonal trust, the level of the organisational loyalty of the employees would increase therefore organisational trust would be affected positively. Ashnai et al. (2016) investigate the relation between interpersonal trust and organisational trust. As a result of the study, they exert that interpersonal trust has positive effect on organisational trust.

The high level of organisational trust of the employees has various benefits for the organisation they work for. As a result of high level of organisational trust, the developments experienced are sorted below (Polat 2009; Toprak 2006):

- The level of organisational justice increases.
- An increase in job satisfaction is experienced.
- Conflict and job stress decrease.
- Organisational commitment and citizenship level increase.
- Promotes risk taking.

- Information exchange gets easier.
- People and groups in an environment of trust work more efficiently.
- Employee productivity increases.

As well as for delivering services in the other sectors the level of organisational trust is quite crucial for delivering health care services. Health care services are services that are delivered with a team of professionals from different expertises. Health care professionals from different jobs and expertise levels, have crucial roles in the delivery of the services in the health institution (Wilk, Platt 2016). This idiosyncratic property of health care services necessitates the operation of all the units of the service correspondingly and reveals the importance of interaction among those actors having roles in the service chain. Throughout the health care service delivery, professionals always interact with each other. The trust level of the health care professionals to each other and to the management is determinant in the procurement of the service ideally. The level of organisational trust of the health care professionals is also important in the delivery of health care services. Hence Wilk and Platt (2016) state that doctors have a crucial place in the health care services and elaborated the trust level of doctors for maintaining the quality in the health services. In the study they claim that the number of studies investigating the trust levels of doctors is quite limited; this should be taken into account and hence there is a need for studies that investigate the trust level of doctors to the employees and to the organisation. As a justification they indicate that the productivity of doctors in the health care services should be increased and more quality health care service outcomes should be achieved. In his study on the level of organisational trust and organisational citizenship behaviour of the nurses Altuntaş (2008), she determined that the level of the organisational trust of nurses is high and there is a significant relationship between the level of organisational trust and organisational citizenship behaviour.

The crucial factors of the job dissatisfaction and exhaustion among health care professionals are the disregarding of the managers in the health care services with the employees and having a firm attitude against the employees; having bad relations with workmates; working with inadequate number of employees, and work overload (Şimşek, Taşçı 2004). These unfavourable circumstances may affect the levels of the organisational trust, job performances, and productivities of the employees negatively. Today in the health facilities having shortage of funds, the elimination of some problems caused by inherent properties of services, the enhancing of the quality of health care services delivered and the enhancing of the satisfaction of patients and their relatives, necessitate taking the job satisfaction, organisational loyalty and the level of organisational trust of the employees into consideration.

### **III. PERSONAL INITIATIVE**

Personal initiative is a concept that emerged in Germany and is still maintaining its development. In West Germany the managers state that company employees do not take initiatives and hence they are troubled with this behaviour of the employees. German managers permanently mention the importance of highly motivated and highly inclined to personal initiative full performance employees at the workplace, instead of passive employees (Frese et al. 1997).

Today, personal initiative has become a phenomenon in the business world and in the organisations and in recent years it has become a centre of focus on which various researches are made (Wihler et al. 2014). Personal initiative is taking more roles than expected by the employee in order to realise the organisational targets and is doing extra works with an



inherent motivation; forecasting the demands that would probably arise in the future, foreseeing the probable problems and forming pro-active behaviour towards them by the employee (Stroppa, Spieb 2011). It is the attempting of the employee by displaying an active performance to perform various duties in the organisation and to overcoming some certain problems. Personal initiative represents a behaviour in which the employee takes more roles than the roles she/he has in the organisation and is more active. In this perception that resists on the activeness of the employee, the employee chooses to alter the environment she/he lives in. The employee takes steps that would be beneficial for the attainment of the targets. In this way probable problems would be solved before they spring (Hakanen et al. 2008).

Personal initiative is a prominent behaviour with its inherent self-starting nature, pro-active structure and sedulousness. The concept of personal initiative is mostly mentioned with the concept of performance and from time to time they are used interchangeably. Yet, personal initiative necessitates active performance. Active performance expresses the performance of the employee for ideally realising more than expected within the working hours; the determination of own targets by the employee and the stimulation of inherent motivations to attain these targets (Frese et al. 1996). In other words, it is the development of a long term perspective by the employees and the adaptation of themselves to this situation. Those employees working with active performance have substantially positive effect on the organisation, can realise crucial alterations in the organisation, can control the business processes more efficiently. Highly inclined employees to personal initiative can change the complexity of the organisation and establish a better control mechanism (Frese et al. 1997).

The role of performance and motivation in the behaviour of personal initiative is quite important. The behaviour of personal initiative is the appropriation of the job done by the employee, execution of the requirement of the job and also the execution of extra behaviours that create value. This, in turn, evidently reveals the importance of motivation and performance. The personal initiative inclination of an employee who do not display loyalty to the organisation she/he works for, whose motivation is low becomes difficult and may disappear over time (Wang, Li 2015).

Personal initiative is used particularly with some concepts in the literature. Intrapreneurship (Hisrich 1990), organisational citizenship and the behaviour of personal initiative are mentioned together but these concepts have different meanings. For example, Frese et al. (1997) expresses that entrepreneurs may have high initiative taking inclinations. When viewed from this aspect, it may be claimed that the increase in the initiative taking inclination of employees would increase their intrapreneurship levels.

Besides focusing on the attainment of present purposes and targets, the behaviour of personal initiative also reflects the perspective that is necessary for the future success of the organisation. The thorough analysis of the opportunities and threats that the organisation may confront in the future in advance and with the attempting for them would ensure the success of the organisation in the long term. The personal initiative status is composed of 3 dimensions. These are self-starting, pro-activeness and sedulousness (Frese et al. 1997).

**Self-starting** is fulfilling the duties without being dependent to others and without seeing what they do, without any instruction about what and how to do and without any role model. Self-starting is the realisation of the necessities of the role and even more by the employee without any guidance of anybody. Having authority and responsibility in her/his work would make the employee feel strong (Frese et al. 1996; Frese et al. 1997).

**Pro-activeness** represents the long term perspective of the employee. It expresses the examination of opportunities and threats inside and outside the organisation, and

forethoughtfulness in terms of the alteration of risks and uncertainties into the favour of the organisation. It can also be expressed as the attempts of the employee to renew herself/himself with a sense of innovativeness and to create a culture aiming these renewals (Frese et al. 1997).

**Sedulousness** is necessary for attaining the targets of an individual or an organisation. Personal initiative status asserts that a number of elements change permanently. Some elements such as the environment, business processes, procedures and the works done permanently change and correspondingly some mistakes are made and failures may be experienced. The personal initiative status emphasize that individual should be determined and persistent in order to overcome the aforementioned alterations and hitches (Frese et al. 1997; Frese, Fay 2001).

The personal initiative inclination is closely related to the strength of the employee in the organisation. Those employees feeling that they are strong may exhibit behaviours that can create values for the organisation with their high motivations. An increase in the roles, authority and responsibilities of an employee in the organisation would contribute to the self-confidence of the employee; hence the employee would find an opportunity to exhibit her/his potential. The understanding that is adopted by Microsoft can be given as an example in order to understand the importance of personal initiative fully. The company is a crucial example having employees who are highly inclined in terms of personal initiative. The employees of Microsoft have flexible working hours, are responsible with fulfilling the duties they have and in this regard they have personal responsibilities (Frese et al. 1997).

Personal initiative may increase the psychological welfare level of the employee. Pro-activeness not only affects the level of engagement of the employee to the job from day to day, but also affects her/his feelings and the level of stress (Wang, Li 2015). In their study Wang and Li (2015) state that the curiosity element is quite crucial for personal initiative; with an increase in the employee's level of interest and curiosity the level of personal initiative would also increase; in this way the employee would feel better and get rid of the danger of emotional exhaustion.

Even those employees having high personal initiative inclinations are necessary for the organisation; the employees having these properties are usually responded negatively by their workmates and the management. In general, the number of those employees who feel the need of self-realisation is low in the organisation. Therefore, those people who display some uncommon behaviours or try to create a culture against the traditional understanding mostly confront with reactions (Frese, Fay 2001; Wihler et al. 2014).

It is possible to say that there are many studies regarding the status of personal initiative in the literature. Frese et al. (1996) emphasize that personal initiative behaviour is related to being pro-active, focusing on the target and coming into action. Morrison and Phelps (1999) assert that initiative taking by the employees is related to the sense of responsibility, self-sufficiency and the attitudes regarding the openness of the management. The study propounds that organisational climate and particularly the support of the management are highly effective on the initiative taking inclination of the employees. Baer and Frese (2003) also defend that organisational climate affects the personal initiative behaviour significantly. In their study Gamboa et al. (2009) investigate how personal initiative affects the level of job satisfaction. In the study a significant relationship is determined between the level of job satisfaction and personal initiative status; they reveal that those employees having high personal initiatives would have higher job satisfaction. Thomas et al. (2010) confirm a relationship between personal initiative status and job performance. On the other hand, Grant et al. (2011) propound that personal initiative does not always imply high job performance.

Belschak et al. (2010) render that the behaviour of personal initiative should be tackled with a broader perspective. They claim that personal initiative should be investigated with its motives, with the factors affecting the behaviour and with the positive and negative sides of the behaviour. Parker et al. (2010) draw attention to the importance of the subject by stating that the concept of personal initiative is one of the most important active working concepts which have been introduced to the management literature.

## **IV. METHOD**

### **4.1. Purpose and Significance**

The main purpose of the study is to investigate the relationship between the level of organisational trust and the status of personal initiative. Another purpose of the study is to determine whether the level of organisational trust and the status of personal initiative differ significantly according to various demographic variables. It is thought that as the study reveals the level of organisational trust and the status of personal initiative of the health care professionals, it would make a contribution to the literature.

In line with the literature, the hypotheses developed in the study are mentioned below:

- H<sub>1</sub>: There is a positive relationship between the level of organisational trust and the status of personal initiative.
- H<sub>2</sub>: The status of personal initiative and the level of organisational trust differ significantly according to the gender.
- H<sub>2a</sub>: The status of personal initiative differs significantly according to the gender.
- H<sub>2b</sub>: The level of organisational trust differs significantly according to the gender.
- H<sub>3</sub>: The status of personal initiative and the level of organisational trust differ significantly according to the age.
- H<sub>3a</sub>: The status of personal initiative differs significantly according to the age.
- H<sub>3b</sub>: The level of organisational trust differs significantly according to the age.
- H<sub>4</sub>: The status of personal initiative and the level of organisational trust differ significantly according to the marital status.
- H<sub>4a</sub>: The status of personal initiative differs significantly according to the marital status.
- H<sub>4b</sub>: The level of organisational trust differ significantly according to the marital status.
- H<sub>5</sub>: The status of personal initiative and the level of organisational trust differ significantly according to the level of education.
- H<sub>5a</sub>: The status of personal initiative differs significantly according to the level of education.
- H<sub>5b</sub>: The level of organisational trust differs significantly according to the level of education.
- H<sub>6</sub>: The status of personal initiative and the level of organisational trust differ significantly according to the status in the institution.
- H<sub>6a</sub>: The status of personal initiative differs significantly according to the status in the institution.
- H<sub>6b</sub>: The level of organisational trust differ significantly according to the status in the institution.
- H<sub>7</sub>: The status of personal initiative and the level of organisational trust differ significantly according to the seniority.
- H<sub>7a</sub>: The status of personal initiative differs significantly according to the seniority.
- H<sub>7b</sub>: The level of organisational trust differs significantly according to the seniority.
- H<sub>8</sub>: The status of personal initiative and the level of organisational trust differ significantly according to the duration of employment.
- H<sub>8a</sub>: The status of personal initiative differs significantly according to the duration of employment.

H<sub>8b</sub>: The level of organisational trust differs significantly according to the duration of employment.

#### **4.2. Population and Sample**

The population of the research is formed by the health care professionals (400 people) working in a district public hospital located in the province of İzmir. Ethic committee approval is obtained from İzmir Katip Çelebi University. The sample of the research consists of 196 people. In order to determine the sample size the formula in the study of Baş (2006) is utilised. Randomization is not satisfied for the selection of those to be included in the sample. The necessary research ethics committee approval is received. As participation to the survey is voluntary, those who want to participate into the survey are reached excursively and the survey is applied to those who want to fill the questionnaire. In the field survey 161 people are reached. As this figure constitutes 82% of the quorum, it is thought that the figure can be accepted. The remaining 35 health professionals were not reached because they didn't want to include in survey.

#### **4.3. Data Collection Tool**

The survey used in the field study is composed of three categories. The first category tries to determine the personal characteristics of the participants; second category, the level of organisational trust; and third category, the level of personal initiative of the participants. In the first category of the survey, there are 7 expressions for the determination of the personal characteristics of the participants. The organisational trust scale that constitutes the second category of the survey is composed of 43 expressions; and the personal initiative scale, the third category, is composed of 32 expressions. For both, the Five Point Likert Scale is used and the points are 1: Strongly Disagree to 5: Totally Agree. The uniform scaling of both measurement tools contribute to the reliability of the measurements of the relevant tools. The level of organisational trust scale is frequently used both in the national and international literature. The validity and reliability of the relevant scale is asserted in a large number of studies. The level of organisational trust scale used in the study is taken from the Ph.D. dissertation of Altuntaş (2008) and identical to the one in the dissertation. The personal initiative scale on the other hand is quite a new scale for the national literature on social sciences. Akın (2012) asserts the validity and reliability of the relevant scale in his Ph.D. dissertation on the field of education. The scale of Akın (2012) is customised for the health care services and used in the study.

#### **4.4. Technique and Method**

For attaining sample the convenience sampling method is utilised. Convenience sampling method has some weaknesses in terms of representing the population as it is related to the suitability and accessibility of people and as there is no probability. Convenience sampling, on the other hand, is frequently utilised in the field studies as it is easy and cheap to apply (Neuman 2014). Even if it is not so strong in representing the population, due to the idiosyncratic properties of the health care services it is thought that using the convenience sampling method would be appropriate for this study. In the study, the personal initiative variable is the dependent, and the level of organisational trust variable is the independent variable.

In the field study surveys are used for data collection and for the attainment of survey data the hand-out and pick-up method is used. The confidence levels (internal consistency coefficient) of the scales of initiative taking and organisational trust are investigated with

Cronbach's Alpha. The confidence levels ( $\alpha$ ) of the scales of initiative taking and organisational trust are 0.825 and 0.796, respectively. The confidence level of the self-starting dimension among the dimensions of the scale of initiative taking is 0.796; and it is 0.812 and 0.690 for pro-activeness and sedulousness dimensions. The confidence level of trust to the manager dimension among the dimensions of the scale of organisational trust is determined to be 0.651; and the same figures are found to be 0.746 and 0.785 for the trust to the organisation and for the trust to the workmates dimensions, respectively. It may be claimed that the confidence levels of both scales are high.

As a result of the factor analysis that is made in order to examine the construct validity of the scales it is determined that the expressions of both scales have a different dispersion than the original structure and the expressions congregate under different factors. As this is not acceptable for the study, "face validity" method in which expert opinion is received in order to investigate the validity of measurement tools used and which is accepted as the most basic validity attainment method (Neuman 2014). 5 expert opinions are taken in the province of İzmir. In line with all the expert opinions, the validities of scales used in the research are found to be high.

#### **4.5. Data analysis**

For the analysis of the data the SPSS 20.0 software package is used. In the summarization of the data attained with the research the frequency and percentage (%) values are utilized. The degree of the relationship among the variables is examined through Spearman correlation coefficient. On the other hand, in the cases when the dependent variable is quantitative and independent variables are qualitative, the degree of the relationship among the variables is examined through eta square ( $\eta^2$ ). According to Alpar (2016)  $\eta^2 = 0.01$  means a low influence;  $\eta^2 = 0.06$  a moderate influence;  $\eta^2 = 0.14$  a high influence and  $\eta^2 = 0.20$  means a very high influence. The statistical significance level ( $\alpha$ ) is admitted as 0.05. As there is a linear relationship among variables, simple linear regression analysis is utilised for investigating the related relationship. In order to make the regression analysis the necessary assumptions are satisfied.

In order to examine the normality of the data attained through the research, the graphical Q-Q method and the Kolmogrov-Smirnov test method are used and it is determined that the data has a normal distribution ( $p = .068 > 0.05$ ) (Alpar 2013). As the assumption of normal distribution is satisfied, for the determination of data centrality mean values and for the dispersion of standard deviation values are utilised. As the data related to the variables have normal distributions and as their variances are homogeneous, among the parametric methods the two-sample t-test and one-way variance analysis are used for testing the hypothesis (Alpar 2016). As parametric test assumptions are satisfied, in order to investigate from which groups among more than two independent groups the obtained difference caused from, one of the multiple comparison tests, namely Tukey HSD test is utilised.

#### **4.6. Limitations of the Study**

Inadequate sample quorum in addition to the lack of randomization are the main limitations of study. Research was conducted in a small public hospital. This aspect of study is also an important limitation.

**V. FINDINGS**

**5.1. Findings about the personal characteristics of the participants**

The descriptive statistics of the participants are summarised in Table 1.

**Table 1. Participants’ descriptive statistics (n=161)**

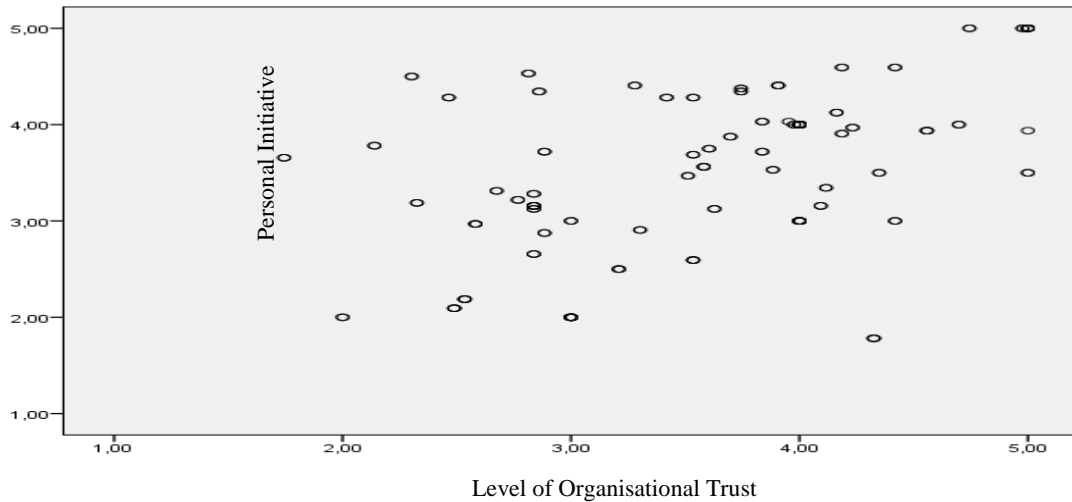
<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gender</b>		
Female	93	57.8
Male	68	42.2
<b>Age</b>		
35 years or less	45	28.0
36-40	44	27.3
41-45	47	29.2
46-50	17	10.6
51 years or more	8	5.0
<b>Status</b>		
Medium level manager	8	5.0
Low level manager	12	7.5
Doctor	15	9.3
Medical assistant	29	18.0
Nurse	67	41.6
Midwife	30	18.6
<b>Years of working at current institution</b>		
1 to 5 years	100	62.1
6 to 10 years	16	9.9
11 to 15 years	21	13.0
16 to 20 years	13	8.0
21 or more years	11	6.8
<b>Marital status</b>		
Married	114	70.8
Single	47	29.2
<b>Education</b>		
Associate degree	37	23.0
Bachelor	74	46.0
Master	40	24.8
Doctorate	10	6.2
<b>Seniority</b>		
1 to 5 years	14	8.7
6 to 10 years	32	19.9
11 to 15 years	41	25.5
16 to 20 years	42	26.1
21 or more years	32	19.9

57.8% (93 people) of the participants are women, 28% (45 people) are at/under the age 35, approximately 56% (91 people) are between the ages of 36 and 45, and approximately 15% (25 people) are at the age of 46 or older. 70.8% (114 people) of the participants are married, 77% have bachelor’s degree or higher, approximately 60% (97 people) are composed of nurses and midwives. The rate of medical assistants is 18%. The rate of medium-low level managers and doctors is approximately 22% (35 people) of the

participants. Approximately 91% of the participants have a seniority level of 6 or more; approximately 38% (61 people) of the participants work for 6 years or more in the current institution.

### 5.2. Hypothesis tests

The structure of the relationship between the level of organisational trust and the status of personal initiative is examined with scatter graph and the relevant graph is shown in Graph 1 below.



**Graph 1. Scatter graph of the relationship between the level of organisational trust and the status of initiative taking**

If the Graph 1 is examined, a positive linear relationship between two variables can be understood at the first glance. Besides, it can also be claimed that the relevant relationship is weak and there are substantial deviations from linearity. As there are deviations from linearity in the relationship between variables, in order to examine the relationship between the level of organisational trust and the status of personal initiative the Spearman correlation coefficient is calculated and the related correlation matrix is given in Table 2.

**Table 2. Correlation matrix of the relationship among the variables**

			<b>Personal initiative</b>	<b>Organisational trust</b>
Spearman's rho	Personal initiative	Correlation Coefficient	1.000	0.395**
		Sig. (2-tailed)		0.000
		N	161	161

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Accordingly, it may be claimed that there is a positive but weak relationship between the level of organisational trust and the status of personal initiative ( $r= 0.395$ ;  $p= 0.000$ ). To some extent, it may be expressed that with an increase in the level of organisational trust, the status of personal initiative increases. Therefore  $H_1$  hypothesis is accepted.

As there is a linear relationship between variables, the relationship as also solved with simple linear regression analysis and the result are summarised in Table 3.

**Table 3. The simple linear regression analysis results of the level of organisational trust and the status of initiative taking relationship and confidence limits for 95%**

Variable	$b_j$	S( $b_j$ )	BETA	% 95 Confidence Interval		t	p
				Lower Bound	Upper Bound		
Constant	1.797	0.275	-	1.255	2.340	6.545	0.000
Organisational trust	0.484	0.075	0.456	0.336	0.631	6.463	0.000
N=161    s= 0.738    R=0.456    R <sup>2</sup> = 0.208    (F=41.765; p=0.000<0.05)							

Dependent variable: personal initiative

The effect of the level of organisational trust on the personal initiative inclination is generally significant ( $F= 41.765$ ;  $p= 0.000<0.05$ ). The regression coefficient that shows the relationship between the variables is 0.456; the multiple-regression coefficient is 0.208. A one unit increase in the level of organisational trust creates a 0.484 unit increase in personal initiative ( $t= 6.463$ ;  $p= 0.000$ ). Approximately 20% of the personal initiative is explained by the level of organisational trust.

The relationship between the status of personal initiative and the level of organisational trust, and the gender is examined with independent two sample t test and the results are given in Table 4.

**Table 4. The Relationship between the Level of Organisational Trust and the Status of Initiative Taking, and the Gender**

	Gender	n	Mean	t	df	p
Personal initiative	Female	93	3.4977	-0.612	159	0.541
	Male	68	3.5787			
Organisational trust	Female	93	3.5044	-1.569	159	0.119
	Male	68	3.6988			

The variances for the status of personal initiative ( $F= 1.301$ ;  $p= 0.256>0.05$ ) and the level of organisational trust ( $F= 1.357$ ;  $p= 0.246>0.05$ ) are homogeneous. The status of personal initiative ( $t= -0.612$ ;  $df= 159$ ;  $p= 0.541>0.05$ ;  $\eta^2= 0.002$ ) and the level of organisational trust ( $t= -1.569$ ;  $df= 159$ ;  $p= 0.119>0.05$ ;  $\eta^2= 0.015$ ) differ according to the gender. The value of influence quantity ( $\eta^2$ ) implies a low influence. Therefore  $H_2$  hypothesis is rejected completely.

The relationship between the status of personal initiative and the level of organisational trust, and the age is investigated with one-way ANOVA analysis and the results are presented in Table 5.



**Table 5. The results of the variance analysis of the relationship between the status of personal initiative and the level of organisational trust, and the age**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
<b>Personal initiative</b>	Between Groups	15.583	4	3.896	6.473	0.000
	Within Groups	93.882	156	0.602		
	Total	109.465	160			
<b>Organisational trust</b>	Between Groups	12.551	4	3.138	5.771	0.000
	Within Groups	84.820	156	0.544		
	Total	97.371	160	3.896		

The variances for the status of personal initiative ( $F= 6.473$ ;  $df (4, 156)$ ;  $p= 0.053 > 0.05$ ) and the level of organisational trust ( $F= 5.771$ ;  $p= 0.055 > 0.05$ ) are homogeneous. The status of personal initiative ( $F= 6.473$ ;  $df (4, 156)$ ;  $p= 0.000 < 0.05$ ;  $\eta^2= 0.142$ ) and the level of organisational trust ( $F= 5.771$ ;  $df (4, 156)$ ;  $p= 0.000 < 0.05$ ;  $\eta^2= 0.129$ ) differ according to the age. The value of influence quantity implies an intermediate influence. Therefore  $H_3$  hypothesis is accepted completely.

Tukey HSD test is utilised to determine from which age group the difference is caused by and the results are given in Table 6.

**Table 6. The relationship between the status of personal initiative and the level of organisational trust and the age**

Dependent Variable	Age (I)	Age (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Personal initiative	35 or less	46-50	-0.78145*	0.22085	0.005	-1.3910	-0.1719
		41-45	-0.46268*	0.16273	0.040	-0.9118	-0.0136
	36-40	46-50	-0.94616*	0.22154	0.000	-1.5576	-0.3347
		51+	-0.86455*	0.29817	0.034	-1.6875	-0.0416
	41-45	36-40	0.46268*	0.16273	0.040	0.0136	0.9118
	46-50	35 or less	0.78145*	0.22085	0.005	0.1719	1.3910
Organisational trust	35 or less	46-50	-0.83833*	0.20992	0.001	-1.4177	-0.2590
		51+	-0.93744*	0.28293	0.010	-1.7183	-0.1566
	36-40	46-50	-0.61793*	0.21057	0.031	-1.1991	-0.0368
		41-45	45-50	-0.62035*	0.20869	0.028	-1.1963
	46-50	35 or less	0.83833*	0.20992	0.001	0.2590	1.4177
		36-40	0.61793*	0.21057	0.031	0.0368	1.1991
		41-45	0.62035*	0.20869	0.028	0.0444	1.1963
	51+	35 or less	0.93744*	0.28293	0.010	0.1566	1.7180

\* The mean difference is significant at the 0.05 level.

If the age groups are examined, it can be seen that with an increase in the age, the initiative inclination also increases. If the age group 35 and younger is examined, a significant difference with the 46-50 age group is determined. In a similar manner, there are

significant differences between 36-40 and 41-45 age groups and 46-50 and 51 and older age groups. With an increase in the age, the personal initiative inclination increases. Among other age groups, in terms of the status of personal initiative there is no significant difference. On the other hand, it is also determined that the level of organisational trust increases with the age. There are significant differences between the 35 and younger age group, and 46-50 and also 51 and older age groups. Similarly, the differences between 46-50 age group and younger age groups are positive. Therefore, it can be claimed that with an increase in the age, the level of organisational trust also increases.

The relationship between the status of personal initiative and the level of organisational trust, and the marital status is examined with independent two sample t test and the results are given in Table 7.

**Table 7. The relationship between the status of personal initiative and the level of organisational trust, and the marital status**

	Marital Status	N	Mean	t	df	p
Personal initiative	Married	114	3.4498	-1.979	159	0.050
	Single	47	3.7311			
Organisational trust	Married	114	3.5925	0.152	159	0.879
	Single	47	3.5719			

The variances for the status of personal initiative ( $F= 1.764$ ;  $p= 0.186$ ) and the level of organisational trust ( $F= 1.085$ ;  $p= 0.299$ ) are homogeneous. There is no significant difference between the status of personal initiative ( $t= -1.979$ ;  $df= 159$ ;  $p= 0.050$ ;  $\eta^2= 0.000$ ) and the level of organisational trust ( $t= 0.152$ ;  $df= 159$ ;  $p= 0.879$ ;  $\eta^2= 0.024$ ) differ according to marital status. The value of the influence quantity means low influence. Hence  $H_4$  hypothesis is rejected completely.

The relationship between the status of personal initiative and the level of organisational trust, and the level of education is investigated with one-way ANOVA analysis and the results are presented in Table 8.

**Table 8. The results of the variance analysis of the relationship between the status of personal initiative and the level of organisational trust, and the level of education**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Personal initiative	Between Groups	6.635	3	2.212	3.377	0.020
	Within Groups	102.830	157	0.655		
	Total	109.465	160			
Organisational trust	Between Groups	2.620	3	0.873	1.447	0.231
	Within Groups	94.751	157	0.604		
	Total	97.371	160			

The variances for the status of personal initiative ( $F= 3.377$ ;  $df (3, 157)$ ;  $p= 0.052$ ) and the level of organisational trust ( $F= 1.447$ ;  $df (3, 157)$ ;  $p= 0.150$ ) are homogeneous. The status of personal initiative ( $F= 3.377$ ;  $df (3, 157)$ ;  $p= 0.020$ ;  $\eta = 0.061$ ) differs with the level of education while the level of organisational trust ( $F= 1.477$ ;  $df (3, 157)$ ;  $p= 0.231$ ;  $\eta^2=$

0.027) does not differ with the level of education. While there is a medium influence in personal initiative, there is low influence in the level of organisational trust. Hence  $H_{5a}$  hypothesis is accepted;  $H_{5b}$  hypothesis is rejected. Therefore  $H_5$  hypothesis is partially accepted.

Tukey HSD test is utilised to determine from which age groups the difference in status of personal initiative according to the level of education is caused by and the results are summarised in Table 9.

**Table 9.** The relationship between the status of personal initiative and the level of organisational trust, and the level of Education

Dependent Variable	Education (I)	Education (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Personal initiative	Associate degree	Master	-0.48334*	0.184	0.047	-0.9627	-0.0040
	Master	Associate degree	0.48334*	0.184	0.047	0.0040	0.9627

\*The mean difference is significant at the 0.05 level

An increase in the level of education is partially effective on the status of personal initiative. The difference between the statuses of personal initiative of those having associate degree and master's degree is significant. An increase in the level of education increases the initiative inclination at the least. A significant difference cannot be determined among the other levels of education.

The relationship between the status of personal initiative and the level of organisational trust, and the status in the institution is investigated with one-way ANOVA analysis and the results are given in Table 10.

**Table 10.** The results of the variance analysis of the relationship between the status of personal initiative and the level of organisational trust, and the status in the institution

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Personal initiative	Between Groups	7.883	5	1.577	2.406	0.039
	Within Groups	101.581	155	0.655		
	Total	109.465	160			
Organisational trust	Between Groups	4.822	5	0.964	1.615	0.159
	Within Groups	92.548	155	0.597		
	Total	97.371	160			

The variances for the status of personal initiative ( $F= 2.406$ ;  $df (5, 155)$ ;  $p= 0.262$ ) and the level of organisational trust ( $F= 1.615$ ;  $df (5, 155)$ ;  $p= 0.155$ ) are homogeneous. The status of personal initiative ( $F= 2.406$ ;  $df (5, 155)$ ;  $p= 0.039$ ;  $\eta^2= 0.072$ ) differs with the status in the institution while the level of organisational trust ( $F= 1.615$ ;  $df (5, 155)$ ;  $p= 0.159$ ;  $\eta^2= 0.050$ ) does not differ with the status in the institution. The status in the institution has an intermediate effect on the status of personal initiative and on the level of organisational trust. Hence  $H_{6a}$  hypothesis is accepted;  $H_{6b}$  hypothesis is rejected. Therefore  $H_6$  hypothesis is accepted partially.

Tukey HSD test is utilised to determine from which groups the differences regarding the personal initiative according to the status in the institution are caused by and the results are given in Table 11.

**Table 11. The relationship between the status of personal initiative and the status in the institution**

Dependent Variable	Status (I)	Status (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Personal initiative	Low level manager	Doctor	-0.95583*	0.31354	0.032	-1.8606	-0.0511
	Doctor	Low level manager	0.95583*	0.31354	0.032	0.0511	1.8606
		Nurse	0.70114*	0.23124	0.033	0.0339	1.3684
	Nurse	Doctor	-0.70114*	0.23124	0.033	-1.3684	-0.0339

\*The mean difference is significant at the 0.05 level

The personal initiative inclination of low level managers is lower than the doctors and the difference is significant. On the other hand, the personal initiative inclination of doctors is higher than nurses and the difference between them is statistically significant. No significant difference is determined among other statuses.

The relationship between the status of personal initiative and the level of organisational trust, and the level of seniority is investigated with one-way ANOVA analysis and the results are presented in Table 12.

**Table 12. The results of the variance analysis of the relationship between the status of personal initiative and the level of organisational trust, and the seniority**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Personal initiative	Between Groups	14.353	4	3.588	5.886	0.000
	Within Groups	95.111	156	0.610		
	Total	109.465	160			
Organisational trust	Between Groups	10.018	4	2.504	4.472	0.002
	Within Groups	87.353	156	0.560		
	Total	97.371	160			

The variances for the status of personal initiative ( $F= 5.886$ ;  $df(4, 156)$ ;  $p= 0.058$ ) and the level of organisational trust ( $F= 4.472$ ;  $df(4, 156)$ ;  $p= 0.052$ ) are homogeneous. The status of personal initiative ( $F= 5.886$ ;  $df(4, 156)$ ;  $p= 0.000$ ;  $\eta^2= 0.131$ ) and the level of organisational trust ( $F= 4.472$ ;  $df(4, 156)$ ;  $p= 0.002$ ;  $\eta^2= 0.103$ ) differ significantly according to the seniority. It can be claimed that the level of seniority has an intermediate influence on both variables. Therefore  $H_7$  hypothesis is accepted completely.

Tukey HSD test is utilised to determine from which groups the differences regarding both variables are caused by and the results are given in Table 13.

**Table 13. The relationship between the status of personal initiative and the level of organisational trust, and the seniority**

Dependent Variable	Seniority (I)	Seniority (J)	Mean Differences (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Personal initiative	6- 10	21 +	-0.56094*	0.19521	0.037	-1.0997	-0.0222
	16- 20	21 +	-0.86838*	0.18322	0.000	-1.3741	-0.3627
	21 +	6- 10	0.56094*	0.19521	0.037	0.0222	1.0997
		16- 20	0.86838*	0.18322	0.000	0.3627	1.3741
Organisational trust	6-10	21 +	-0.71563*	0.18708	0.002	-1.2319	-0.1993
	11- 15	21 +	-0.51481*	0.17651	0.033	-1.0020	-0.0276
	21 +	6- 10	0.71563*	0.18708	0.002	0.1993	1.2319
		11- 15	0.51481*	0.17651	0.033	0.0276	1.0020

\*The mean difference is significant at the 0.05 level

It is possible to claim that with an increase in seniority, the personal initiative inclination and the level of organisational trust also increase. The personal initiative status and the average level of organisational trust of the participants having a seniority of 6 to 10 years are lower than the participants having a seniority of 21 years or more, and the difference between them is statistically significant. With an increase in the level of seniority, the difference between the averages of groups related to both variables is positive and this difference is statistically significant.

The relationship between the status of personal initiative and the level of organisational trust, and the duration of employment in the institution is examined with one-way ANOVA analysis and the results are presented in Table 14.

**Table 14. The results of the variance analysis of the relationship between the status of personal initiative and the level of organisational trust, and the duration of employment**

		Sum of Squares	df	Mean Squares	F	p
Personal initiative	Between Groups	2.476	3	0.825	1.211	0.308
	Within Groups	106.988	157	0.681		
	Total	109.465	160			
Organisational trust	Between Groups	1.708	3	0.569	.935	0.426
	Within Groups	95.662	157	0.609		
	Total	97.371	160			

The variances for the status of personal initiative ( $F= 1.211$ ;  $df (3, 157)$ ;  $p= 0.058$ ) and the level of organisational trust ( $F= 0.935$ ;  $df (3, 157)$ ;  $p= 0.060$ ) are homogeneous. The status of personal initiative ( $F= 1.211$ ;  $df (3, 157)$ ;  $p= 0.308$ ;  $\eta^2= 0.023$ ) and the level of organisational trust ( $F= 1.211$ ;  $df (3, 157)$ ;  $p= 0.426$ ;  $\eta^2= 0.018$ ) do not differ according to the duration of employment. The values of influence quantity for both variables are quite low and this implies a low influence. Therefore  $H_8$  hypothesis is rejected completely.

## VI. DISCUSSION AND CONCLUSIONS

The health care professionals have central role in the delivery of health care services. Due to their roles, their potential to influence the service delivery is quite high. Since they influence the delivery of health care service directly and they can affect the efficiency of the delivery of the service, it can be mentioned that health care professional should deliver the service ideally. As the decision makers of the sourcing and service delivery in the health care

services are the health care professionals it is quite crucial that these professionals should work with active performance for the delivery of the service. On the other hand, apart from the works they should do the extra conducts that would add value to the institution is also crucial in terms of the efficiency of the institution. The importance of health care professionals whose initiative taking inclination is high, in other terms, who start work on themselves, who work pro-actively and who insist on the solution of the problems/obstacles they confront, and hence carry the institution one step further in attaining the targets, is great. Inherently this is possible with the health care professionals whose motivations are high, who are engaged in the work and whose loyalties to the institution are high. Ultimately, the existence of loyal employees can be explained with the high level of trust they have to the institution. In other words, it may be claimed that the existence of health care professionals whose initiative taking inclinations are high hinges on the professionals whose organisational trust levels are high.

In the study, the relationship between the level of organisational trust and the personal initiative status is examined; it is also tried to be determined that whether the level of organisational trust and the personal initiative status change significantly with various demographic variables. As a result of the correlation analysis made for the investigation of the relationship between the level of organisational trust and the initiative taking status a positive but weak relationship is determined. Although the relationship is weak, the structure of it is linear. As a result of the simple regression analysis that is made for the in detail investigation of the relationship, it appeared that approximately 20% of the initiative taking behaviour can be explained by the level of organisational trust and the relationship is significant. It is determined that with an increase in the level of organisational trust of health care professionals, the initiative taking inclination also increases. As health care services are quite complicated and necessitate expertise, in the delivery of the services each health care professional may be responsible for the job she/he do. In the services concerning human life and health and are quite difficult and high-powered, it is quite difficult to expect extra responsibility from health care professionals. Although the situation is difficult, in compliance with the principle of “who does the job personally, knows the best” it may be seen as an acceptable approach that during the delivery of health care services health care professionals, apart from the jobs they should do, are asked to exhibit behaviours that would add value to the institution. Therefore, extra performance of the health care professionals by taking initiative for the institution they work in; realising the job without receiving any instruction; presenting solution recommendations for the probable problems they foresee; optimally overcoming the obstacles they confront are surely quite crucial for the institution. After all, it may be stated that the level of organisational trust of the health care professionals who make sacrifice by taking extra responsibilities is influential in this circumstances. Those health care professionals who do not feel secure, who have feeling of insecurity for their workmates and who believe strongly that if they confront with a problem the management would leave them alone would certainly abstain from taking responsibility.

In order to investigate whether the level of organisational trust and personal initiative behaviour differ significantly according to demographic variables independent two-sample t-test and one-way ANOVA analyses are used. As a result of the analyses, it is determined that the status of personal initiative and the level of organisational trust do not differ significantly according to the gender, to the age and to the marital status; the status of personal initiative differs significantly according to the level of education; the level of organisational trust on the other hand do not differ significantly according to the level of education; the status of personal initiative differs significantly according to the status in the institution; the level of organisational trust on the other hand do not differ significantly according to the status in the institution; the status of personal initiative and the level of organisational trust differ significantly according to the seniority; and finally, the status of personal initiative and the

level of organisational trust do not differ significantly according to the duration of employment in the institution.

It is quite crucial that the status of personal initiative differ significantly according to the level of education. Those having higher level of education are more inclined to take initiative. Taking responsibility and to execution of these responsibilities can better be explained with a good education or with expertise. Therefore it can be asserted that those health care professional that would take initiative would be among the health care professionals having higher level of education. Hence it can also be claimed that the encouragement of particularly the nurses and midwives to postgraduate education would be an efficient way of attaining high sense of responsibility among employees. In terms of the study another important finding is that the initiative taking inclination of the doctors is higher than other health care professionals. It can be said that doctors are the most basic factor in the delivery of health services. It can be expressed that guiding of the delivery of the service with the roles the doctors have in the delivery of the service, the effects of doctors on the sourcing activities of the management support the situation of doctors as a backbone in the health care services.

Nowadays, particularly in the delivery of health care services, the importance of the existence of highly inclined employees in terms of personal initiative is clear. Moreover this situation would become more important in the near future. Likewise the competition among organisations increases and this, in turn, signals the need for active employees who can work under a competitive environment. The factors such as the professions of tomorrow, changes in the concept of profession, new concepts of production, the development of innovation, global competition increase the necessity of highly inclined employees in terms of personal initiative. It can be asserted that the existence of highly inclined employees in terms of personal initiative is possible with the existence of employees having high level of organisational trust.

## REFERENCES

1. Akın U. (2012) Public elementary school principals? taking personal initiative and its relation with their self-efficacy. **Ankara University Educational Sciences Institute PhD Thesis**, Ankara.
2. Alpar R. (2013) **Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler**. Detay Yayıncılık, Dördüncü Baskı, Ankara.
3. Alpar R. (2016) **Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik**. Detay Yayıncılık, Dördüncü Baskı, Ankara.
4. Altuntaş S. (2008) Hemşirelerin Örgütsel Güven Düzeyleri ile Kişisel-Mesleki Özellikleri ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışları Arasındaki İlişki. **İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi**, İstanbul.
5. Ashnai B., Henneberg S. C., Naudé P. and Francescucci A. (2016) Inter-Personal and Inter-Organizational Trust In Business Relationships: An Attitude–Behavior–Outcome Model. **Industrial Marketing Management** 52(4): 128–139.
6. Baek Y. M. and Jung C. S. (2015) Focusing the Mediating Role of Institutional Trust: How Does Interpersonal Trust Promote Organizational Commitment? **The Social Science Journal** 52: 481–489.

7. Baer M. and Frese M. (2003) Innovation Is Not Enough: Climates for Initiative and Psychological Safety, Process Innovations, and Firm Performance. **Journal of Organizational Behavior** 24(1): 45–68.
8. Baş T. (2006) **Anket Nasıl Hazırlanır, Uygulanır, Değerlendirilir?** Seçkin Yayınları, Ankara.
9. Belschak F., Den Hartog D. and Fay D. (2010) Exploring Positive, Negative and Context-Dependent Aspects of Proactive Behaviors at Work. **Journal of Occupational and Organizational Psychology** 83: 267-273.
10. Frese M. and Fay D. (2001) Personal Initiative (PI): A Concept for Work in the 21<sup>st</sup> Century. *Research in Organizational Behavior* 23: 133–188.
11. Frese M., Fay D., Leng K., Hilburger T. and Tag A. (1997) The Concept of Personal Initiative: Operationalization, Reliability and Validity in Two German Samples. **Journal of Occupational and Organizational Psychology** 70(2): 139–161.
12. Frese M., Kring W., Soose A. and Zempel J. (1996) Personal Initiative at Work: Differences Between East and West Germany. **Academy of Management Journal** 39(1): 37–63.
13. Gamboa J. P., Gracia F., Ripoll P. and Peiro J. M. (2009) Employability and Personal Initiative As Antecedents of Job Satisfaction. **The Spanish Journal of Psychology** 12(2): 632–640.
14. Grant A., Nurmohamed S., Ashford S. and Dekas K. (2011) The Performance Implications of Ambivalent Initiative: The Interplay of Autonomous and Controlled Motivations. **Organizational Behavior and Human Decision Processes** 116(2): 241-251.
15. Hakanen J. J., Perhoniemi R. and Toppinen-Tanner S. (2008) Positive gain spirals at work: From job resources to work engagement, personal initiative and work-unit innovativeness. **Journal of Vocational Behavior** 73(1): 78–91.
16. Hisrich R. D. (1990) Entrepreneurship/Intrapreneurship. **American Psychologist** 45(2): 209–222.
17. İşcan Ö. F. ve Sayın, U. (2010) Örgütsel Adalet, İş Tatmini ve Örgütsel Güven Arasındaki İlişki. **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi** 24(4): 195-216.
18. Kamer M. (2001) Organizational trust, organizational commitment and their effects on organizational citizenship behaviors. **Marmara University, Social Sciences Institute, Master Thesis**, İstanbul.
19. Martin K. D. ve Cullen, J. B. (2006) Continuities and Extensions of Ethical Climate Theory: A Meta-Analytic Review. **Journal of Business Ethics** 69(2): 175–194.
20. Maslow A. H. (1954) Motivation and Personality, in Koçel T. (2005) **İşletme Yöneticiliği**. Arıkan Yayınları, Onuncu Baskı, İstanbul.



21. Mayer R. C., Davis J. H. and Schoorman F. D. (1995) An Integrative Model of Organizational Trust. **Academy of Management Review** 20(3): 709–734.
22. Morrison E. W. and Phelps C. C. (1999) Taking Charge At Work: Extra Role Efforts To Initiate Workplace Change. **Academy of Management Journal** 42(4): 403–419.
23. Mouzas S., Henneberg S. and Naude P. (2007) Trust and Reliance In Business Relationships. **European Journal of Marketing** 41(9/10): 1016–1032.
24. Nedkovski V., Guerci M., De Battisti F. and Siletti E. (2017) Organizational Ethical Climates and Employee's Trust in Colleagues, the Supervisor, and the Organization. **Journal of Business Research** 71: 19–26.
25. Neuman W. L. (2014) **Social Research Methods; Qualitative and Quantitative Approaches**. Pearson Press, 7<sup>th</sup> edition, USA.
26. Ng Thomas W. H. (2015) The Incremental Validity of Organizational Commitment, Organizational Trust, and Organizational Identification. **Journal of Vocational Behavior** 88: 154–163.
27. Nikolova N., Mollering G. and Reihlen M. (2015) Trust-Building Practices in Client-Consultant Relationships. **Scandinavian Journal of Management** 31(2): 232-45.
28. Parker S. K., Bindl U. K. and Strauss K. (2010) Making Things Happen: A Model of Proactive Motivation. **Journal of Management** 36(4): 827–856.
29. Perry R. W. and Mankin L. D. (2007) Organizational Trust, Trust in the Executive and Work Satisfaction. **Public Personnel Management** 36(2): 165–179.
30. Polat M. (2009) A field study on antecedents and consequences of organizational identification. **Uludağ University, Social Sciences Institute, PhD Thesis**, Bursa.
31. Stroppa C. and Spieb E. (2011) International Assignments: The Role of Social Support and Personal Initiative. **International Journal of Intercultural Relations** 35(2): 234–245.
32. Şimşek S. ve Taşçı A. (2004) Örgütlerde Güven Konsepti ve Emniyet Örgütünde Güven Modellerinin Değerlendirilmesi. **Polis Dergisi** 34: 1-8.
33. Taş Ö. (2012) The relationship between organizational commitment, organizational trust and job satisfaction: A private hospital model. **Ankara University Health Sciences Institute, Master Thesis**, Ankara.
34. Thomas J., Whitman D. and Viswesvaran C. (2010) Employee Proactivity In Organizations: A Comparative Meta Analysis of Emergent Proactive Constructs. **Journal of Occupational and Organizational Psychology** 83(2): 275-300.
35. Toprak O. (2006) The Effect of organizational trust on performance and an application in banking system. **Gaziantep University, Social Sciences Institute, Master Thesis**, Gaziantep.

36. Wang H. and Li J. (2015) How Trait Curiosity Influences Psychological Well-Being and Emotional Exhaustion: The Mediating Role of Personal Initiative. **Personality and Individual Differences** 75: 135–140.
37. WHO –World Health Organization- (2009) **Systems Thinking For Health System Strengthening**. WHO Press, Geneva.
38. Wihler A., Blickle G., Ellen B. P., Hochwarter W. A. and Ferris G. R. (2014) Personal Initiative and Job Performance Evaluations: Role of Political Skill in Opportunity Recognition and Capitalization. **Journal of Management** 43(5): 1–33.
39. Wilk A. S. and Platt J. E. (2016) Measuring Physicians' Trust: A Scoping Review with Implications for Public Policy. **Social Science & Medicine** 165: 75-81.



# Hastanelere Yeniden Yatış Hızlarının Değerlendirilmesi: İç Hastalıkları Servislerinde Yapılan Bir Prospektif Kohort Çalışması

Sıdıka KAYA\*  
Gülay Sain GÜVEN\*\*  
Seda AYDAN\*\*\*

## ÖZ

Hastaneye yeniden yatışlar sağlık bakım hizmetlerinin kalitesi, güvenliği ve maliyeti açısından önemlidir. Yeniden yatış, önceki yatışın ardından, yeniden yatış zaman aralığı denilen belirlenmiş bir zaman aralığında, hastaneye geri dönüp yatış olarak tanımlanabilir. Bu çalışmanın amacı, hastaneye yeniden yatış hızlarının ve yeniden yatışın getirdiği ilave maddi yükün ortaya konmasıdır. Çalışma, prospektif kohort araştırması olarak tasarlanmıştır. Araştırmanın evrenini 1 Şubat 2015- 31 Ocak 2016 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin iç hastalıkları servislerinde yatan hastalar oluşturmaktadır. Veriler hastalardan ve hastane bilgi sisteminden elde edilmiş, SPSS 23.0 ile analiz edilmiştir. Hastaneden taburcu olduktan sonra 30 gün içinde bütün nedenlerden yeniden yatış araştırılmıştır. Yeniden yatış hızı, hastaneye yeniden yatışların sayısını, toplam taburcu sayısına (ölenler hariç) bölerek hesaplanmıştır. Verilerin analizinde ki-kare testinden yararlanılmıştır. Çalışmaya 2464 hasta dahil edilmiştir. Tüm yeniden yatışlar açısından değerlendirildiğinde; aynı hastaneye yeniden yatış hızı %17,9 iken aynı veya başka bir hastaneye yeniden yatış hızı %21,3 olarak bulunmuştur. Aynı hastaneye plansız yeniden yatış hızı %5,2; planlı yeniden yatış hızı %12,7; plansız, ilgili ve önlenemez yeniden yatış hızı ise %1'dir. Yeniden yatış hızlarının ilişkili olduğu sosyo-demografik ve klinik değişkenler, yeniden yatış türüne göre değişmektedir. Aynı hastaneye genel yeniden yatış hızları; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, ikamet yeri, evde bakımına yardım edecek birinin ve düzenli olarak görüldüğü bir doktorun varlığı, taburcu tanısı (ICD-10 kodları), Charlson komorbidite indeks skoru, indeks yatış süresi, günübirlik işlem durumu ve taburculuğa hazırlık düzeyinin bilgi düzeyi boyutuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Yeniden yatışlar için hastanede toplam 2.824.328 TL harcama yapılmıştır. Bu harcamanın %25'i plansız yeniden yatışlar için yapılmış ve %7,1'i hastalar tarafından karşılanmıştır. Yeniden yatışlar için yapılan ortalama harcama tutarı, ilk yatışlar için yapılan ortalama harcama tutarının yaklaşık olarak 1,4 katıdır. Araştırma bulguları, yeniden yatış hızlarının azaltılması gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır. Yeniden yatışların azaltılması için öncelikle bütün yeniden yatışların tek bir veri tabanından izlenebileceği, ülke düzeyinde bir sistemin kurulması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastaneye yeniden yatış, yeniden yatış hızı, hastane, iç hastalıkları

## Evaluation of Hospital Readmission Rates: A Prospective Cohort Study in Internal Medicine Wards

### ABSTRACT

Hospital readmissions are important in terms of quality, safety, and cost of healthcare. Readmission can be defined as a return hospitalization to a hospital that follows a prior admission within a specified time interval, called the readmission time interval. The objectives of this study are to identify hospital readmission rates and additional financial burden of readmissions. The study was designed as a prospective cohort study. The population of the study was composed of patients

\* Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, sdkaya@hacettepe.edu.tr

\*\* Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Dahiliye Bilim Dalı, gulay.sainguven@hacettepe.edu.tr

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

*hospitalized in internal medicine wards of a university hospital between February 1, 2015 and January 31, 2016. Data were collected from patients and through the hospital's information system, and analyzed using SPSS 23.0. All-cause 30-day readmission after discharge from the hospital was investigated. The readmission rate was calculated by dividing the number of readmissions by the total number of patients discharged (excluding deaths). Chi-square test was used to analyze data. 2464 patients were included in the study. When evaluated in terms of all readmissions; the same-hospital readmission rate was 17.9%, while the same-hospital or different-hospital readmission rate was 21.3%. The same-hospital unplanned readmission rate was 5.2%; planned readmission rate was 12.7%; unplanned, related and preventable readmission rate was 1%. Socio-demographic and clinical variables associated with readmission rates varied by readmission types. Overall readmission rates to the same hospital showed statistically significant difference by sex, age, educational status, place of residence, presence of someone to help at home after discharge, having a regular physician, main diagnosis at discharge (ICD-10 codes), Charlson comorbidity index score, length of index stay, admission to daycare, and patient's knowledge (a dimension of Readiness for Hospital Discharge Scale). The total cost of readmissions was 2.824,328 TL, of which 25% was attributable to unplanned readmissions. The patients paid 7.1% of the total cost. The average cost of readmissions was 1.4 times higher than the average cost of the index admissions. The findings of the study clearly show that the readmission rates need to be reduced. In order to reduce the number of readmissions, it is necessary to establish a nationwide system to facilitate monitoring of all readmissions from a single data source.*

**Key Words:** Hospital readmission, readmission rates, hospital, internal medicine

## I. GİRİŞ

Hastaneye yeniden yatış, hastaneden taburcu olduktan sonra 30 gün içinde yeniden hastaneye yatış olarak tanımlanabilir. Taburcu olduktan sonra kısa süre içinde hastaneye yeniden yatış, yatan hasta bakımı kalitesinin bir işareti ve sağlık bakım maliyetlerini artıran önemli bir faktör olarak görülmektedir (Hasan et al. 2010). Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan bir raporda, yeniden yatış, sağlık sistemlerinin önemli bir istenmeyen sonucu olarak belirtilmiş ve yeniden yatış hızlarının azaltılması, en başta gelen stratejik önceliklerden birisi olarak gösterilmiştir (Wong et al. 2011).

Hastaneye yeniden yatışlar bakım kalitesinin bir göstergesi olarak sıklıkla kullanılmakta (Burgess, Hockenberry 2013; Westert et al. 2002; Rumball-Smith et al. 2009; Shalchi et al. 2009; Goldfield et al. 2008); kaliteyi artırmanın (Nasir et al. 2010) ve maliyetleri azaltmanın (Burgess, Hockenberry 2013; Wong et al. 2002) bir yolu olarak dikkat çekmektedir. Ashton ve arkadaşlarının (1997) yaptığı meta analizinin sonuçları, yeniden yatışın yatan hasta bakım süreciyle ilişkili olduğunu; bakım kalitesi görece olarak düşük olduğunda, yeniden yatış riskinin %55 arttığını göstermiştir. Prospektif bir vaka kontrol çalışmasında da, yeniden yatışların %33'ünde potansiyel bakım kalitesi problemleri belirlenmiş ve bunların hepsinin önlenilebilir olduğuna hükmedilmiştir (Balla et al. 2008).

Hastaneye yeniden yatışlar önemli bir sonuç göstergesidir, çünkü hastane hizmetlerinin hastanın taburcu olduktan sonraki durumu üzerindeki etkisini yansıtır (Lagoe et al. 1999; Westert et al. 2002). Hastaneye yeniden yatış, ilk yatış (indeks yatış) sırasında yapılan ya da yapılmayan faaliyetlerden kaynaklanabilir. Yeniden yatış, altta yatan problemin tamamlanmamış tedavisine ya da yetersiz bakımına bağlı olabilir veya taburculuk sırasında ve sonrasında hizmetlerin yetersiz koordinasyonunu yansıtabilir (eksik taburcu planlaması ve/veya bakıma yetersiz erişim gibi). Yeniden yatışlar sadece kalite taramalarında kullanıldıkları için değil, pahalı oldukları için de önemlidir (Goldfield et al. 2008). Dolayısıyla, taburcu olduktan sonra hastaneye yeniden yatış, ödeme yapanlar ve politika belirleyenler tarafından kalitenin ve verimliliğinin bir göstergesi olarak görülmektedir (Desai et al. 2009).

Hastaneye yeniden yatışlar pahalı, yaygın ve çoğu kez önlenebilirdir (Anderson et al. 2006; Goldfield 2010). Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) yapılan bir araştırma Medicare'den yararlanan beş hastadan birinin (%19,6) hastaneden taburcu olduktan sonra 30 gün içinde yeniden hastaneye yatışını göstermektedir. Hastaneye planlanmamış yeniden yatışların 2004 yılında Medicare'e maliyeti 17,4 milyar dolar olarak tahmin edilmiştir (Jencks et al. 2009).

Yeniden yatışlar, sağlık harcamalarını azaltmak amacıyla birçok ülkede ulusal politikanın hedefi haline gelmiştir. ABD'de 2013 mali yılından başlayarak, belirli hastalıklar (kalp yetmezliği, akut miyokard enfarktüs ve pnömoni) için gerçekleşen 30 günlük yeniden yatış hızları, beklenen yeniden yatış hızlarını aşan hastanelere Medicare ödemelerinin azaltılması planlanmıştır. Benzer şekilde, İngiltere'de 2011-2012 mali yılından beri 28 gün içindeki bütün acil yatışlar değerlendirilmekte ve duruma göre bu yeniden yatışlar için ya hiç ödeme yapılmamakta ya da daha az ödeme yapılmaktadır. Hem ABD hem de İngiltere uygun olmadığına karar verilen yeniden yatışlar için hastaneleri mali olarak cezalandırma yaklaşımına odaklanmıştır. Avustralya ise seçilmiş cerrahi prosedürlerden sonra planlanmamış/beklenmeyen 28 günlük yeniden yatış hızlarını kamuya açık olarak yayınlamaktadır (Burgess, Hockenberry 2013).

Türkiye'de ise, hastane harcamaları cari sağlık harcamaları içinde önemli bir yer tutmakla birlikte, hastaneye yeniden yatış konusunun gündeme gelmesi görece olarak yenidir. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) (2013) tarafından yayınlanan "Yeniden Kabul Standart Rehberi"nde de vurgulandığı gibi, yeniden yatışların ölçülmesi, izlenmesi üzerine Türkiye'de bütünsel bir yaklaşımın bulunmaması ve maliyet ile ilişkilendirilmemesi büyük bir eksikliktir.

Bu araştırma hastanelere yeniden yatışın değerlendirilmesi konusundaki kapsamlı bir proje kapsamında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın temel amacı, hastaneye yatan hastaların taburcu olduktan sonra hastaneye yeniden yatış hızının ve yeniden yatışın getirdiği ilave maddi yükün ortaya konmasıdır. Yeniden yatış hızı 4 tür yeniden yatış için ayrı ayrı incelenecektir: 1) Tüm yeniden yatışlar, 2) plansız yeniden yatışlar, 3) planlı yeniden yatışlar ve 4) plansız, indeks yatışla ilgili ve önlenebilir yeniden yatışlar.

## II. YÖNTEM

Yeniden yatışları doğru olarak belirleyebilmek, araştırmanın amacına uygun olarak eksiksiz ve güvenilir veri elde edebilmek için çalışma "prospektif kohort araştırması" olarak tasarlanmıştır. Araştırmanın evrenini 1 Şubat 2015 ile 31 Ocak 2016 tarihleri arasındaki bir yıllık sürede bir üniversite hastanesinin iç hastalıkları servislerinde yatan hastalar oluşturmaktadır. ABD ve Kanada'da yapılan çalışmalarda, iç hastalıkları nedeniyle hastaneye yatan hastaların taburcu olduktan sonra 30 gün içinde yeniden yatış hızının, cerrahi ya da obstetrik prosedürlerden sonra taburcu olan hastaların yeniden yatış hızından yüksek olduğu rapor edilmiştir (CIHI 2012; Jencks et al. 2009). Bu çalışmada tek bir hastalığa yoğunlaşmak ya da tersine iç hastalıkları, cerrahi ve jinekoloji servislerine çok heterojen bir yatış karışımını incelemek yerine, birden fazla servisten oluşan büyük bir iç hastalıkları servisler grubuna bütün yatışları incelemek hedeflenmiştir. Böylece tümü iç hastalıkları ile ilgilendiren ama kendi içinde de çok farklı hastalıkları barındıran (konjestif kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik karaciğer hastalığı, böbrek yetmezliği, vs) bir hasta grubunu inceleme imkânı olmuştur. Bu nedenle örneklem çekilmemiş ve hastaların taburcu oldukları tarihten sonraki 30 gün içinde aynı hastaneye veya başka bir hastaneye yeniden yatıp yatmadıklarını incelemek hedeflenmiştir.

Belirli bir zaman süresinde bir hastanın birden fazla yatışı olabilir. Hastanın ilk yatışı “indeks yatışı” olarak kabul edilmiştir. Bu yatıştan taburculuk sonrasında 30 gün içinde hastanın tekrar yatışı varsa, ikinci yatışı “yeniden yatışı” olarak kabul edilmiştir. Eğer 30 gün içinde hastanın birden fazla yatışı varsa, sadece indeks yatıştan sonraki 30 gün içinde meydana gelen ilk yeniden yatışı “yeniden yatışı” sayılmıştır. Bir indeks yatışı için sadece bir yeniden yatış kabul edilmiştir. Bununla birlikte, hastaneye her yatış, ayrı bir indeks yatışı olarak sayılmış ve bunu izleyen bir yeniden yatış olup olmadığı kontrol edilmiştir. Bu yüzden bir yatış; hem önceki yatışın yeniden yatışı, hem de daha sonraki yeniden yatışın indeks yatışı olabilir. “Healthcare Cost and Utilization Project” (AHRQ 2017a) çalışmasında da kullanılan bu yaklaşım, bir hastanın yıl içinde meydana gelen hiçbir yatışını göz ardı etmemektedir. Bir hastanın birçok yatışının olması, düşük kalite ya da koordinasyonsuzluğu gösterebilir. Bu yatışların göz ardı edilmesi, yeniden yatış hızını da düşük gösterebilir. Mümkün olduğunca çok sayıda yeniden yatışı detaylı olarak inceleyebilmek ve yeniden yatış hızını eksiksiz olarak değerlendirebilmek amacıyla, hastaların araştırma süresi içindeki bütün yatışları “indeks” yatışı olarak sayılmıştır.

Hastaların hem indeks yatışlarına hem de 30 gün içindeki yeniden yatışlarına ilişkin veri toplanmıştır. Veriler kayıt taraması (hastanın klinik kayıtlarının incelenmesi, hastane bilgi sisteminden hastane kullanımının incelenmesi ve mali verilerin alınması), hastalara taburcu olmadan önce anket uygulanması ve taburcu olduktan 30 gün sonra hastalara telefon edilerek bilgi alınması yoluyla toplanmıştır.

Asıl uygulamaya başlamadan önce, verileri toplayacak olan 11 araştırma görevlisine eğitim verilmiş ve ön uygulamalar yapılmıştır. Bir yıl boyunca her gün, o gün taburcu olmasına karar verilen hastalar belirlenmiştir. Taburcu olmasına karar verilen hastalarla taburcu olmadan önce görüşülerek onamları alındıktan sonra, indeks yatışı ile ilgili olarak hastanın; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sağlık sigortası, yaşadığı yer, yatış süresi, ana tanısı, yoğun bakım ünitesi kullanımının olup olmadığı ve komorbidite durumuna ilişkin veriler toplanmıştır. Hasta taburcu olduğu sırada servisteki dolu ve boş yatak sayıları belirlenmiştir. Ayrıca, hastane veri tabanlarında bulunmayan, sosyal destek ile ilgili şu veriler de toplanmıştır: Hasta ile birlikte yaşayan kişi sayısı, taburcu olduktan sonra evde bakımına yardım edecek birinin olup olmadığı, bu kişinin hastaya akrabalığı, hastanın düzenli olarak görüldüğü bir doktoru olup olmadığı. İndeks yatıştan taburculuk öncesinde “Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği/ Kısa Formu” da doldurulmuştur.

“Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği” hastaların hastaneden taburcu olmaya hazırlık durumuna ilişkin algılarını değerlendirmektedir. Kullanılan ölçek Weiss ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup 8 soru ve 4 boyuttan oluşmaktadır: Hastanın kişisel durumu, hastanın bilgisi, hastanın baş etme becerisi ve hastanın beklenen desteği. Cevaplar 0-10 aralığındaki bir ölçek üzerinden verilmektedir. Çalışmada boyut ortalamaları 4 kategoriye ayrılarak karşılaştırılmıştır. Ortalamaların 9 ile 10 arasında olması hastaların taburcu olmaya çok yüksek düzeyde hazır olduğunu, 8 ile 8,9 arasında olması yüksek düzeyde hazır olduğunu, 7 ile 7,9 arasında olması orta düzeyde hazır olduğunu, 7’den az olması ise düşük düzeyde hazır olduğunu göstermektedir (Weiss et al. 2014). Ölçeği kullanmak için gereken izin alınmış ve ölçek çeviri-geri çevirisi yapıldıktan sonra kullanılmıştır (Kaya et al. 2017). Hastalara, ilk yatışlarından taburcu oldukları sırada, bu formda yer alan 8 soru sorulmuştur.

Hastaneye yatan hastalar taburcu olduktan sonra aynı hastaneye yeniden yatabileceği gibi başka bir hastaneye de yeniden yatabilir. Araştırmada, hastaneden taburcu olan hastaların 30 gün içinde gerek aynı hastaneye gerekse başka herhangi bir hastaneye yeniden yatıp yatmadığı izlenmiştir. Başka hastanelere yeniden yatış verisi, hastalara telefon edilerek hasta veya hasta yakınlarından elde edilmiştir. Aynı hastaneye yeniden yatış verisi ise hastane bilgi sisteminden elde edilmiştir.

Taburcu olan her hastanın, taburcu olduğu tarihten 30 gün sonra, hastane bilgi sistemindeki kayıtları kontrol edilmiş ve hastanın bu 30 gün içinde aynı hastaneye yeniden yatıp yatmadığı tespit edilmiştir. Hastanın yeniden yatışının planlanmış olup olmadığı, indeks yatışla ilgili olup olmadığı ve önlenebilir olup olmadığı belirlenmiştir. Bu konudaki kararlar araştırmanın yapıldığı servislerde çalışan ve iç hastalıkları ihtisası yapmakta olan araştırma görevlisi 2 doktor tarafından hastanın tıbbi kayıtlarından yararlanılarak verilmiştir. Yeniden yatış süresince uygulanan tedavi süreçleri ilk yatışta açıkça planlanmışsa (örneğin, kemoterapi) yeniden yatışın planlı olduğu kabul edilmiştir. Hastanın indeks yatışı ve yeniden yatışındaki ana tanı aynıysa veya tanıları arasında doğrudan bir ilişki varsa, yeniden yatışın indeks yatış ile ilgili olduğuna karar verilmiştir. Yeniden yatış öncesinde yeniden yatışı önleyebilecek faktörler varsa, yeniden yatışın önlenebilir olduğuna karar verilmiştir.

Yeniden yatış nedenleri, ana taburcu tanıları (ICD-10 kodları) ile belirlenmiştir. Hastanın yeniden yatışının topluma/ülkeye getirdiği ilave maddi yükü belirlemek amacıyla yeniden yatış için yapılan toplam harcamanın (SGK'ya fatura edilen tutarın ve hasta tarafından ödenen fatura tutarının) kaç TL olduğu da hastane bilgi sisteminden elde edilmiştir.

Hastaların, aynı hastane dışında başka bir hastaneye yeniden yatıp yatmadığını belirlemek için, hastaneden taburcu olan hastalar, taburcu oldukları tarihten 30 gün sonra telefonla aranmıştır. Telefonda görüşülemediği durumda, hasta iki kez daha aranmıştır.

Araştırmada kullanılan veri formları üzerine kaydedilen veriler SPSS 23.0 versiyonu (Statistical Package for the Social Sciences- Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi) yardımıyla analiz edilmiştir. Öncelikle verilerin frekans dağılımları, yüzdeleri ve ortalamaları hesaplanarak tanımlayıcı istatistikler elde edilmiştir. Yeniden yatış hızı, hastaneye yeniden yatışların sayısını, toplam taburcu sayısına bölerek hesaplanmıştır. Verilerin analizinde ki-kare ve Fisher kesin ki-kare testinden yararlanılmıştır.

### III. BULGULAR VE TARTIŞMA

Saha araştırması 1 Şubat 2015 tarihinde başlamış ve 29 Şubat 2016 tarihinde sonlandırılmıştır. Böylece Ocak (2016) ayında taburcu olan hastaların da yeniden yatışları izlenmiş ve 12 ay boyunca (1 Şubat 2015 - 31 Ocak 2016) taburcu olan hastaların tamamının yeniden yatış durumu değerlendirilebilmiştir. 1 Şubat 2015 ile 31 Ocak 2016 tarihleri arasında iç hastalıkları servislerinde yatan hastalardan; ilk yatışı sırasında hastanede (73) veya taburcu olduktan sonraki 30 gün içinde hastane dışında (50) ölen, tedaviden vazgeçerek/ reddederek hastaneden çıkan (34) ve başka bir hastaneye sevk edilen (1) hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır. Bunların dışında 12 ay boyunca taburcu olan hasta sayısı 2464'tür. Yeniden yatış hızı, araştırmaya dahil edilen 2464 hasta üzerinden hesaplanmıştır. Böylece, yeniden yatışa etki edebilecek olan "ölüm" faktörü dikkate alınarak yeniden yatış hızı hesaplanmıştır. Toplam 2464 hastadan 767'si görüşülemeyen, 70'i araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, 45'i ankete cevap verecek durumda olmayan, 4'ü ise yabancı hasta olduğu için bu hastalara ait bazı veriler elde edilememiştir.

#### 3.1. Araştırmaya Dahil Edilen Hastaların Özellikleri

Araştırmaya dahil edilen hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Özelliklere ilişkin sayılar, verisi bulunan hastaları göstermektedir. Araştırmaya dahil edilen hastaların %50,7'si kadın, %21,8'i 60-69 yaş grubunda, %70,3'ü evli, %45,2'si ilköğretim veya ortaokul mezunudur. Hastaların %61,8'i Ankara ili sınırları içinde oturmakta, %93,9'u ile birlikte yaşayan bir kişi bulunmakta, %88,1'inin taburcu olduktan sonra evde bakımına yardım edecek biri bulunmakta, %57,2'sinin düzenli olarak görüldüğü bir doktoru bulunmaktadır.



**Tablo 1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yeniden Yatış Hızları**

Değişkenler	Kategoriler	n	%	Aynı Hastaneye Yeniden Yatış Hızı			
				Hepsi	Planlı	Plansız	Plansız, İlgili ve Önlenebilir
Cinsiyet	Erkek	1061	49,3	24,8 <sup>a</sup>	17,9 <sup>a</sup>	6,9	0,8
	Kadın	1089	50,7	16,2	11,2	5,1	1,5
Yaş	18-29	255	11,8	23,5 <sup>a</sup>	21,6 <sup>a</sup>	2,0 <sup>a</sup>	1,2 <sup>d</sup>
	30-39	211	9,8	23,7	19,4	4,3	0,9
	40-49	239	11,1	15,5	11,7	3,8	0,8
	50-59	407	18,9	25,3	20,1	5,2	0,2
	60-69	469	21,8	23,0	13,2	9,8	1,9
	70-79	358	16,6	16,2	10,1	6,1	1,4
	80+	214	9,9	11,2	3,7	7,5	1,4
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	230	14,1	13,0 <sup>c</sup>	6,5 <sup>c</sup>	6,5	1,7 <sup>d</sup>
	İlkokul veya ortaokul mezunu	738	45,2	17,8	12,3	5,4	1,2
	Lise mezunu	320	19,6	19,1	12,5	6,6	1,6
	Önlisans, lisans veya lisansüstü mezunu	346	21,2	22,5	15,0	7,5	0,6
İkamet yeri	Ankara içi	1202	61,8	21,0 <sup>c</sup>	11,7 <sup>a</sup>	9,2 <sup>a</sup>	1,5
	Ankara dışı	744	38,2	25,3	23,0	2,3	0,9
Medeni Durum	Evli	1148	70,3	19,2	12,5	6,7	1,0
	Evli değil	485	29,7	16,5	11,3	5,2	1,6
Birlikte Yaşayan Kişi	Var	1496	93,9	18,6	12,5 <sup>c</sup>	6,1	1,3
	Yok	97	6,1	11,3	5,2	6,2	1,0
Evde Bakımına Yardım Edecek Biri	Var	1405	88,1	19,0 <sup>c</sup>	12,7 <sup>c</sup>	6,3	1,3
	Yok	190	11,9	12,1	6,8	5,3	1,1
Düzenli Olarak Görüldüğü Bir Doktoru	Var	912	57,2	20,2 <sup>c</sup>	12,5	7,7 <sup>b</sup>	1,4
	Yok	682	42,8	15,5	11,4	4,1	1,0

<sup>a</sup>p<0,001; <sup>b</sup>p<0,01; <sup>c</sup>p<0,05; <sup>d</sup>Bazı kategorilerdeki sayılar çok küçük olduğu için istatistiksel analiz yapılmamıştır.

### 3.2. Yeniden Yatış Hızları

#### 3.2.1. Aynı veya Başka Hastanelere Yeniden Yatış Hızı

Araştırmaya dahil edilen 2464 hastanın 440'ı 30 gün içinde aynı hastaneye yeniden yatmıştır. Böylece aynı hastaneye yeniden yatış hızı %17,9 olarak hesaplanmıştır. Telefonla bilgi alınabilen 1440 hastanın ise 307'si hastaneye yeniden yatmıştır. Bu 307 hastanın 248'i aynı hastaneye yeniden yatmış, 59'u (%19,2) ise başka bir hastaneye yeniden yattığını belirtmiştir. Telefonla bilgi alınabilen hastalar üzerinden hesaplanan aynı veya başka hastanelere yeniden yatış hızı %21,3'tür.

Telefonla görüşme yapılmamış olsaydı, yeniden yatan hastaların %19,2'si tespit edilemeyecekti. Jencks ve arkadaşları (2009) da bir hastaneden taburcu olup yeniden yatan hastaların %20-40'ının başka hastanelere yeniden yattığını belirtmektedir.

Taburcu olduktan sonra sadece aynı hastaneye yeniden yatan hastalar izlenmiş olsaydı; yeniden yatış hızı 2464 hasta üzerinden %17,9 olarak, telefonla bilgi alınabilen 1440 hasta üzerinden ise %17,2 (248/1440) olarak bulunacaktı. Telefon görüşmesi yapılarak başka

hastanelere yatışlar da tespit edildiği zaman ise yeniden yatış hızı 1440 hasta üzerinden %21,3 olarak bulunmuştur.

Yeniden yatış hızının farklı şekillerde tanımlanması, farklı yöntemler ile ölçülmesi, farklı yaş grupları ve hastalıklar için hesaplanıyor olması gibi nedenler çalışmalar arasında doğru karşılaştırma yapmayı zorlaştırmakla birlikte; dahiliye servislerinde yapılan çeşitli çalışmalarda hesaplanan yeniden yatış hızlarının bu çalışmada bulunan hızlara yakın olduğu görülmüştür. Örneğin, Danimarka'nın bir bölgesinde kayıtlar üzerinden yapılan bir çalışmada, biri üniversite hastanesi olmak üzere büyük kamu hastanelerinin dahiliye servislerinden 1 Ocak 2011 - 1 Aralık 2014 tarihleri arasında taburcu olan 65 yaş ve üstü 21634 hastanın %15,9'unun taburcu olduktan sonra 30 gün içinde Danimarka'daki herhangi bir hastaneye plansız yeniden yatışının olduğu bulunmuştur (Rasmussen et al. 2017). Cenevre Üniversitesi Hastanesinin dahiliye servisinden 1 Temmuz 1995- 30 Haziran 1996 tarihleri arasında canlı olarak taburcu olan 5828 hastanın %12,5'inin 31 gün içinde yeniden aynı hastaneye veya afiliye iki hastaneye yattığı tespit edilmiştir (Kossovsky et al. 1999). Tayvan'da yapılan bir retrospektif çalışmada, Kasım 2009- Nisan 2010 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin acil servisinden genel dahiliye servisine yatan 16 yaşından büyük 2698 hastanın 30 gün içindeki hastaneye yeniden yatış hızı %16,7 olarak bulunmuştur (Shu et al. 2012). ABD'de 1 Haziran 2006- 31 Mayıs 2008 tarihleri arasındaki iki yıllık sürede bir akademik tıp merkezi bünyesindeki iki hastanenin genel dahiliye servislerinden taburcu olan hastalar için 30 günlük yeniden yatış hızı %17,0 olarak belirlenmiştir (Allaudeen et al. 2011). ABD'de altı akademik tıp merkezinde yapılan başka bir araştırmada, genel dahiliye servislerinden 1 Temmuz 2001- 30 Haziran 2003 tarihleri arasında taburcu olan 18 yaş ve üstü 10,946 hastanın %17,5'inin 30 gün içinde aynı veya başka hastanelere yeniden yattığı ve yeniden yatış hızlarının tıp merkezleri arasında %16,1 ile %17,9 arasında değiştiği belirlenmiştir (Hasan et al. 2010). ABD'de bir tıp merkezinde 1 Temmuz- 30 Eylül 1987 tarihleri arasında yatan 65 yaş ve üstü 173 dahiliye hastasının incelendiği bir çalışmada, hastaların %19,1'inin 30 gün içinde hastaneye plansız olarak yeniden yattığı tespit edilmiştir (Burns, Nichols 1991). Bir üniversite hastanesinin dahiliye servisinde 2011 yılında 3826 hasta üzerinde yapılan retrospektif bir araştırmada da yeniden yatış hızı %17,3 olarak bulunmuştur (Pinheiro et al. 2013).

Türkiye'de de farklı kliniklerde bazı çalışmalar yapılmıştır. Örneğin, Şubat 2009- Nisan 2010 tarihleri arasında, iki üniversite hastanesinin kardiyoloji kliniğinde kalp yetersizliği tanısı ile yatan 137 hastanın incelendiği bir çalışmada, 30 gün içinde yeniden yatış hızı %19 olarak bulunmuştur (Karaca 2010). İstanbul'da bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon hastanesinde 1996-2001 yılları arasında yapılan bir çalışmada, spinal kord yaralanması hastalarının aynı hastaneye yeniden yatış hızı %7,6 olarak belirlenmiştir (Paker ve diğerleri 2006). Kolorektal kanser cerrahisi sonrası yeniden başvurunun görülme sıklığının incelendiği bir çalışmada ise 2010-2013 yılları arasında 187 hastanın 30 günlük plansız yeniden yatış hızının %9 olduğu bulunmuştur (Hasbahçeci ve diğerleri 2017).

### 3.2.2. Aynı Hastaneye Yeniden Yatış Hızının İncelenmesi

Hastaların tamamı ile telefonla görüşülemediği için yeniden yatış hızlarının ayrıntılı olarak incelenmesi, aynı hastaneye yeniden yatışlar üzerinden yapılmıştır. Otuz gün içinde aynı hastaneye plansız yeniden yatış hızı %5,2 (128/2464) iken planlı yeniden yatış hızı %12,7'dir (312/2464). Plansız, ilgili ve önlenebilir yeniden yatış hızı ise sadece %1'dir (25/2464).

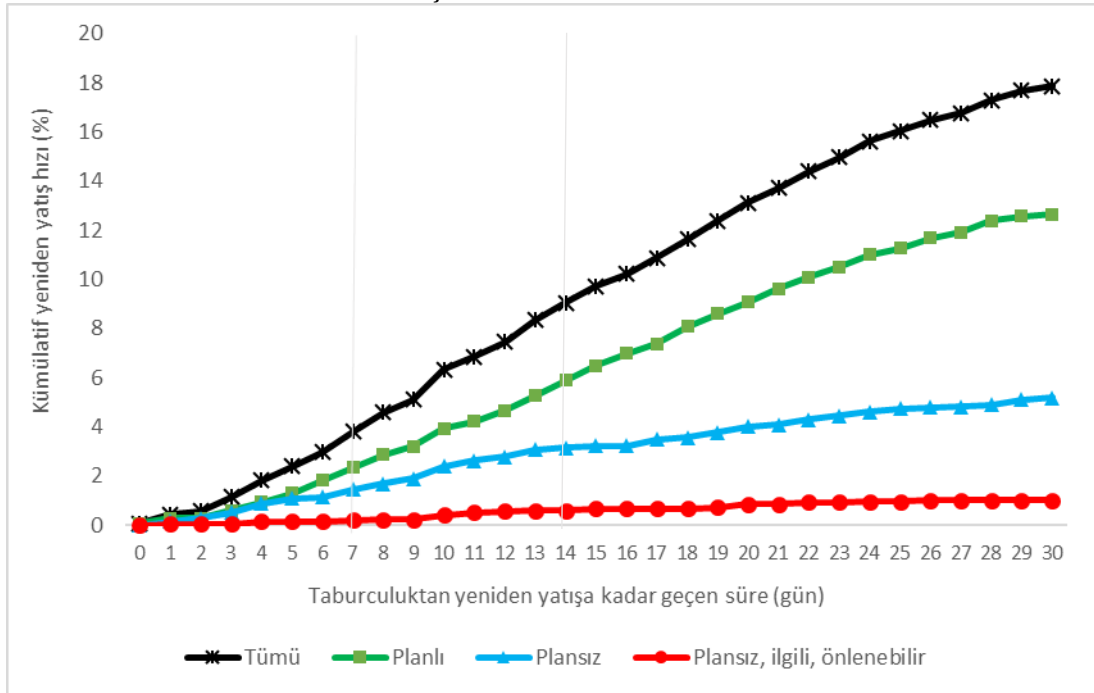
Dahiliye servislerinde yapılan başka bir çalışmada da planlı yeniden yatış hızı (%6,7), plansız yeniden yatış hızından (%5,8) yüksek bulunmuştur (Kossovsky et al. 1999). Diğer bazı çalışmalarda plansız yeniden yatış hızı %12 ile %29 arasında değişmektedir (Rasmussen

et al. 2017; Granda-Cameron et al. 2015; Manzano et al. 2015; Zapatero et al. 2012; Wong et al. 2011; Burns, Nichols 1991). Bu çalışmada plansız yeniden yatış hızının daha düşük olmasının nedeni, yeniden yatan hastaların çoğunluğunu neoplazm tanılı hastaların oluşturması ve bu hastaların genellikle planlı yatmaları olabilir.

Grafik 1’de yeniden yatış türlerine göre kümülatif yeniden yatış hızları görülmektedir. Plansız, ilgili ve önlenebilir yeniden yatış hızları, bazı günlerde hiç değişmeden 30 gün boyunca çok küçük artışlarla ilerlemiştir. Planlı yeniden yatış hızları çok büyük bir değişim göstermeden düzenli bir şekilde artmıştır. Plansız yeniden yatış hızları, planlı yeniden yatış hızlarına göre daha küçük artışlarla ilerlemiştir. Genel yeniden yatış hızları ise 10. günde diğer günlere göre biraz daha fazla artarak 30. günde %17,9’a ulaşmıştır.

Kümülatif yeniden yatış hızı yedinci günde tüm yeniden yatışlarda %3,8; planlı yeniden yatışlarda %2,3; plansız yeniden yatışlarda %1,5; plansız, ilgili ve önlenebilir yeniden yatışlarda %0,2’dir. Bu hızlar yeniden yatan hastaların sırasıyla %21,4; %18,6; %28,1 ve %20,0’ına denk gelmektedir. Taburcu olduktan sonra 14. gündeki kümülatif yeniden yatış hızları ise tüm yeniden yatışlar için %9,1; planlı yeniden yatışlar için %5,9; plansız yeniden yatışlar için %3,2; plansız, ilgili ve önlenebilir yeniden yatışlar için %0,6’dır. Bu hızlar yeniden yatan hastaların sırasıyla %50,7; %46,5; %60,9 ve %60,0’ına karşılık gelmektedir (Grafik 1). Otuz gün içinde plansız yeniden yatan hastaların yarısından fazlası (78 hasta) ilk 14 günde yeniden yatmıştır. Rasmussen ve arkadaşları (2017) da Danimarka’da dahiliye servislerinden taburcu olan 65 yaş ve üstü hastaların kümülatif plansız yeniden yatış insidansının yedinci günde %7,3 ve 14. günde %11,1 olduğunu; bunların yeniden yatan hastaların yedinci günde %45,9’una, 14. günde ise %69,6’sına karşılık geldiğini bulmuştur.

**Grafik 1. Kümülatif Yeniden Yatış Hızları**

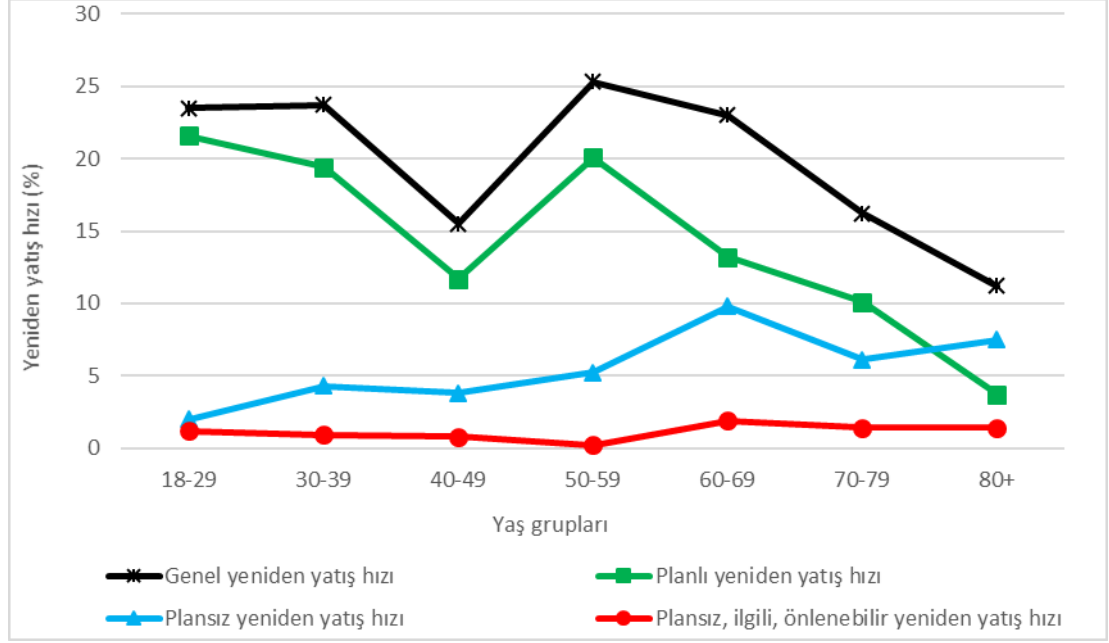


Hem tüm yeniden yatışlar açısından hem de sadece planlı yeniden yatışlar açısından erkeklerin yeniden yatış hızı, kadınların yeniden yatış hızından yüksektir. Ancak plansız yeniden yatış hızı cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir (Tablo1). Diğer çeşitli çalışmalarda da erkeklerin yeniden yatış hızının kadınların yeniden yatış

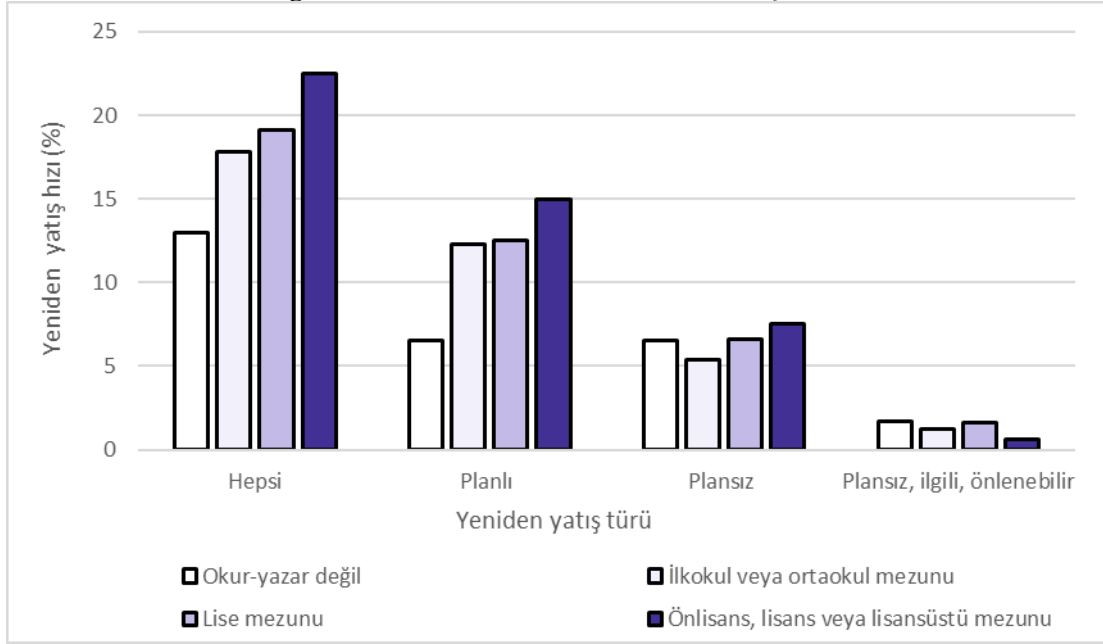
hızından yüksek olduğu bulunmuştur (Fabbian et al. 2015; Goodwin et al. 2015; Gorman et al. 2010).

Planlı, plansız ve genel yeniden yatış hızları yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Plansız-ilişkili-önlenebilir yeniden yatış hızları ise yaş gruplarına göre önemli ölçüde değişmemektedir. Plansız yeniden yatış hızının en yüksek olduğu yaş grubu, 60-69 yaş grubudur (Tablo 1 ve Grafik 2). Gorman ve arkadaşları (2010) da 65 ve üzeri yaştaki hastaların acil (plansız) yeniden yatış hızının 65 yaşından küçük olanlara göre daha yüksek olduğunu bulmuştur.

**Grafik 2. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Yeniden Yatış Hızları**



Eğitim durumu bakımından genel yeniden yatış hızları arasında ve planlı yeniden yatış hızları arasında istatistiksel olarak önemli fark vardır (Tablo 1). Tüm yeniden yatışlar içinde ve planlı yeniden yatışlar içinde önlisans, lisans veya lisansüstü mezunlarının yeniden yatış hızı en yüksektir (Tablo 1 ve Grafik 3). Eğitim düzeyi yüksek olan hastalar sağlıkla ilgili haberleri daha çok takip ederek sağlık sorunlarını erken fark edip hekimlerine başvuruyor olabilirler. Bu hastaların hekimleri tarafından verilen bilgiyi daha iyi anlamaları da, kendilerinde oluşan sağlık sorunlarını daha erken fark edip hekime başvurmalarına neden olabilir.

**Grafik 3. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Yeniden Yatış Hızları**

Genel, planlı ve plansız yeniden yatış hızları, hastanın yaşadığı yerin Ankara olup olmamasına göre fark göstermektedir. Planlı yeniden yatışlarda Ankara dışında ikamet edenlerin, plansız yeniden yatışlarda ise Ankara içinde ikamet edenlerin yeniden yatış hızları daha yüksektir. Plansız ve acil yatışı gerektirecek bir durum olduğunda, hastaların buldukları ildeki en yakın hastaneye gitmeleri beklenen bir durumdur. Diğer yandan, Ankara dışından gelen hastaları servise yatırmadan ayakta tedavi etmek sosyoekonomik nedenlerden dolayı genellikle mümkün olamamaktadır.

Genel olarak evli hastaların yeniden yatış hızı, bekârlara göre daha yüksektir, fakat aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Shu ve arkadaşları (2012) da evli hastaların yeniden yatış hızını yüksek bulmuştur. Birlikte yaşadığı biri olan hastaların ve taburcu olduktan sonra evde bakımına yardım edecek biri olan hastaların planlı yeniden yatış hızları, böyle biri olmayan hastalara göre daha yüksektir. Evde bakıma yardım edecek birinin olması durumunda genel yeniden yatış hızı da yüksektir. Bunda, evde bakıma yardım eden kişinin sağlıkla ilgili bir sorun olduğunu fark edebilmesinin ve hastanın hastaneye gitmesini teşvik edip refakat edebilmesinin rolü olabileceği düşünülmüştür.

Düzenli olarak görüldüğü bir doktoru olan hastaların plansız yeniden yatış hızı ve genel yeniden yatış hızı, böyle bir doktoru olmayanlara göre daha yüksektir. Dahiliye hastaları üzerinde yapılan başka bir çalışmada da düzenli bir doktorun olması, plansız yeniden yatışın belirleyicilerinden biri olarak bulunmuştur (Hasan et al. 2010). Hastaların düzenli olarak görüldüğü bir doktorun olması, hastalıklarının ağırlığının bir işareti olabilir. Ayrıca, hastaların düzenli olarak doktora görünmesi, yatarak tedavi almaları gereken durumların daha erken fark edilerek hastaların yeniden yatmalarına da yol açabilir. Hastaların medeni durumu, birlikte yaşadığı birinin olması, evde bakımına yardım edecek birinin olması ve düzenli olarak görüldüğü bir doktorunun olması “sosyal destek” olarak düşünüldüğünde, sosyal desteğe sahip olan hastaların yeniden yatış hızının genellikle daha yüksek olduğu söylenebilir.

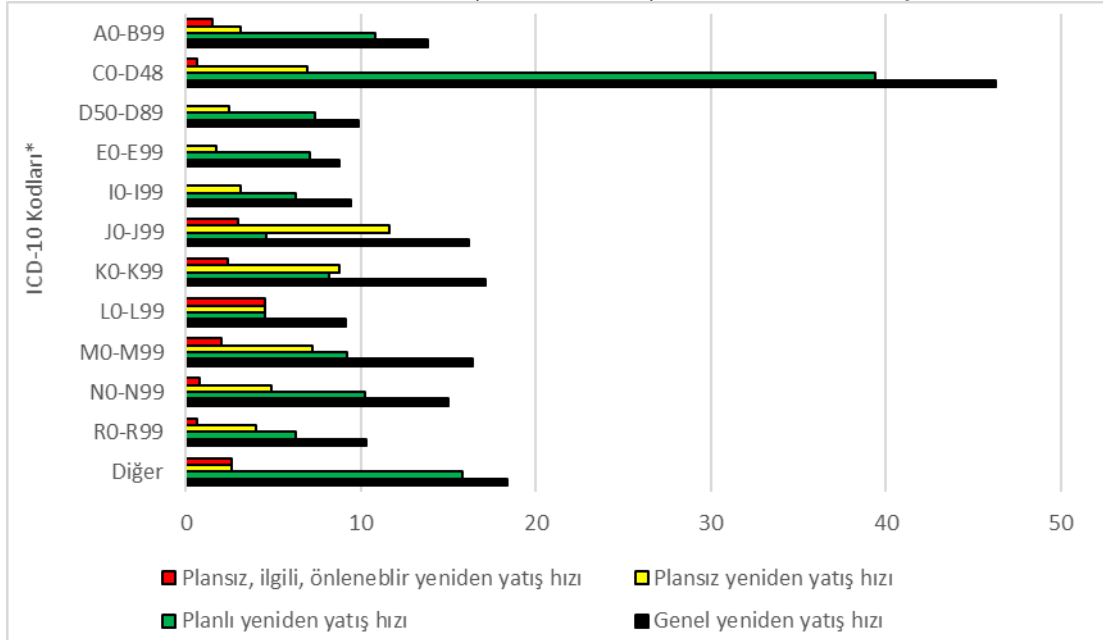
**Tablo 2. Klinik Değişkenlere Göre Yeniden Yatış Hızları**

Değişkenler	Kategoriler	n	%	Aynı Hastaneye Yeniden Yatış Hızı			
				Hepsi	Planlı	Plansız	Plansız, İlgili ve Önlenebilir
Taburcu Tanısı (ICD-10 kodları) <sup>e</sup>	A0-B99	65	3,0	13,8 <sup>a</sup>	10,8 <sup>a</sup>	3,1 <sup>a</sup>	1,5 <sup>d</sup>
	C0-D48	464	21,4	46,3	39,4	6,9	0,6
	D50-D89	81	3,7	9,9	7,4	2,5	0,0
	E0-E99	296	13,6	8,8	7,1	1,7	0,0
	I0-I99	160	7,4	9,4	6,3	3,1	0,0
	J0-J99	303	14,0	16,2	4,6	11,6	3,0
	K0-K99	170	7,8	17,1	8,2	8,8	2,4
	L0-L99	22	1,0	9,1	4,5	4,5	4,5
	M0-M99	152	7,0	16,4	9,2	7,2	2,0
	N0-N99	246	11,3	15,0	10,2	4,9	0,8
	R0-R99	174	8,0	10,3	6,3	4,0	0,6
	Diğer	38	1,8	18,4	15,8	2,6	2,6
Toplam Charlson Komorbidite Skoru	0	309	14,6	6,2 <sup>a</sup>	4,5 <sup>a</sup>	1,6 <sup>a</sup>	0,6 <sup>d</sup>
	1	374	17,6	8,8	4,0	4,8	1,6
	2	700	33,0	25,0	20,9	4,1	0,7
	3	329	15,5	21,6	13,4	8,2	1,8
	4	194	9,1	16,0	10,8	5,2	1,5
	5	84	4,0	28,6	16,7	11,9	1,2
	6	77	3,6	24,7	15,6	9,1	0,0
	7	32	1,5	18,8	3,1	15,6	3,1
	8-10	22	1,0	50,0	13,6	36,4	0,0
İndeks Yatış Süresi (Gün)	1	321	13,0	12,8 <sup>a</sup>	10,6 <sup>a</sup>	2,2 <sup>a</sup>	0,3 <sup>d</sup>
	2	137	5,6	11,7	8,0	3,6	1,5
	3	106	4,3	19,8	15,1	4,7	1,9
	4	144	5,8	13,2	10,4	2,8	0,0
	5	121	4,9	16,5	13,2	3,3	1,7
	6	125	5,1	21,6	16,8	4,8	0,0
	7	142	5,8	17,6	14,8	2,8	0,7
	8-14	700	28,4	14,6	9,6	5,0	0,7
	15-30	508	20,6	21,5	14,8	6,7	1,6
	31+	160	6,5	37,5	22,5	15,0	2,5
YBÜ Kullanımı	Var	119	5,6	19,3	6,7 <sup>b</sup>	12,6 <sup>c</sup>	2,5
	Yok	2002	94,4	18,3	13,1	5,2	1,0
Taburcu Olunan Gün	Pazartesi-Perşembe	1679	68,1	17,7	12,8	4,9	0,8
	Cuma	619	25,1	18,3	12,8	5,5	1,5
	Hafta sonu	166	6,7	18,1	10,8	7,2	1,2
Polikliniğe Başvuru	Var	1662	67,5	17,0	11,0 <sup>a</sup>	6,0 <sup>c</sup>	1,0
	Yok	802	32,5	19,6	16,1	3,5	1,1
Günübirlik İşlem	Var	434	17,6	23,0 <sup>c</sup>	16,1 <sup>b</sup>	6,9	0,7
	Yok	2030	82,4	16,7	11,9	4,8	1,1

<sup>a</sup>p<0,001; <sup>b</sup>p<0,05; <sup>c</sup>p<0,01; <sup>d</sup>Bazı kategorilerdeki sayılar çok küçük olduğu için istatistiksel analiz yapılmamıştır; <sup>e</sup>A00-B99: Bazı enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar, C00-D48: neoplazmlar, D50-D89: kan ve kan yapıcı organların hastalıkları ve immün sistemin bazı bozuklukları, E00-E90: endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları, I00-I99: dolaşım sistemi hastalıkları, J00-J99: solunum sistemi hastalıkları, K00-K93: sindirim sistemi hastalıkları, L00-L99: deri ve derialtı dokunun hastalıkları, M00-M99: kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları, N00-N99: genitouriner sistem hastalıkları, R00-R99: semptomlar, belirtiler ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları, başka yerde sınıflanmamış, diğer: G,H,O,P,Q,S,T,W,Y,Z.

Yeniden yatış hızları, indeks yatıştan taburculuk ana tanısına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Tüm yeniden yatışlar açısından bakıldığında, indeks yatıştan C0-D48 ICD-10 ana tanısı (neoplazmlar) ile taburcu olan hastaların yeniden yatış hızı (%46,3), diğer ana tanılarla taburcu olan hastaların yeniden yatış hızlarına göre çok yüksektir. Ancak bu hastaların büyük bir kısmının yeniden yatışı planlıdır (Tablo 2 ve Grafik 4). Dahiliye servisinde yapılan başka bir çalışmada, neoplastik hastalık tanısına sahip olmak, hem planlı hem de plansız yeniden yatış riskini artıran bir faktör olarak bulunmuştur (Kossovsky et al. 1999). İndeks yatıştan taburculuk ana tanısı bakımından planlı yeniden yatışlarda neoplazmlar öne çıkarken plansız yeniden yatışlarda solunum sistemi hastalıkları (J0-J99); plansız, ilgili ve önlenebilir yeniden yatışlarda ise deri ve derialtı dokunun hastalıkları (L0-L99) öne çıkmıştır. Solunum sistemi hastalıkları, plansız-ilgili-önlenebilir yeniden yatışlarda ikinci sırada gelmektedir. Neoplazm hastalarının tedavi planı uzun soluklu olarak çizilmekte, genellikle indeks yatışın taburculuğunda, bir sonraki yatış randevusu alınarak taburcu edilmektedirler. Oysa solunum sistemi hastalığı olanlar, akut alevlenme denilen, şikâyetlerinin artmasına neden olan enfeksiyonlarla plansız olarak başvurup, yatırılmaktadırlar.

**Grafik 4. Hastaların Ana Tanılarına (ICD-10 Kodu) Göre Yeniden Yatış Hızları**

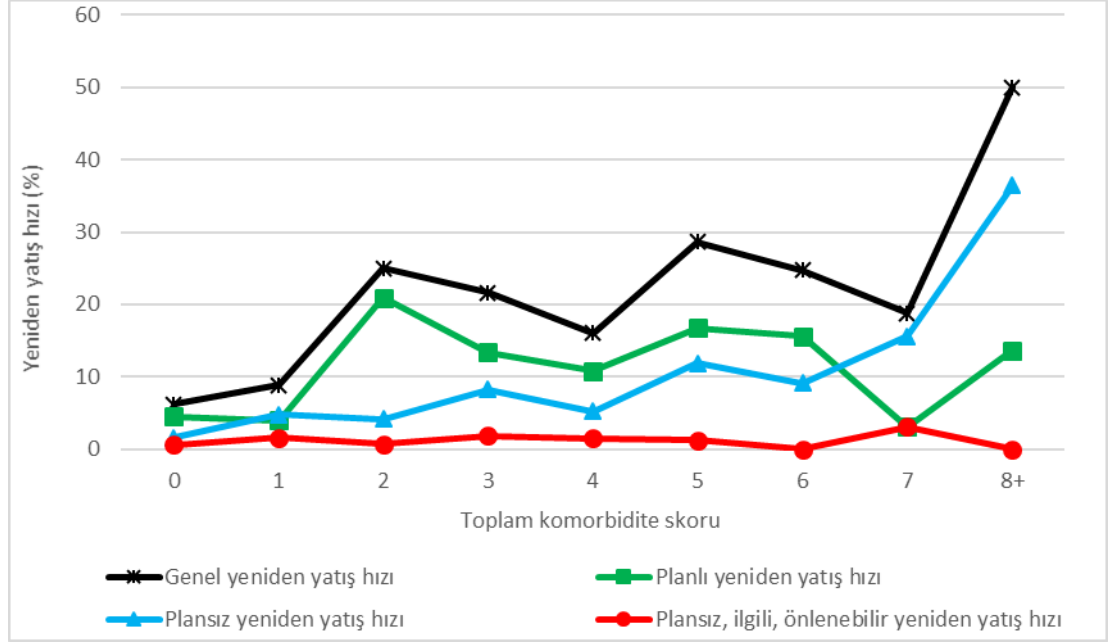


\* A00-B99: Bazı enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar, C00-D48: neoplazmlar, D50-D89: kan ve kan yapıcı organların hastalıkları ve immün sistemin bazı bozuklukları, E00-E90: endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları, I00-I99: dolaşım sistemi hastalıkları, J00-J99: solunum sistemi hastalıkları, K00-K93: sindirim sistemi hastalıkları, L00-L99: deri ve derialtı dokunun hastalıkları, M00-M99: kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları, N00-N99: genitoüriner sistem hastalıkları, R00-R99: semptomlar, belirtiler ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları, başka yerde sınıflanmamış, diğer: G,H,O,P,Q,S,T,W,Y,Z.

Hastaneye yeniden yatışlarla ilgili çalışmalarda en çok ele alınan değişkenlerden biri, hastanın birden çok hastalığa sahip olması (komorbidite) durumudur. Bu nedenle, hastanın indeks yatışıyla ilgili olarak komorbidite durumu da değerlendirilmiştir. Bu amaçla kullanılmış olan “Charlson Comorbidity Index” (Charlson et al. 1987) yeniden yatış literatüründe sıklıkla kullanılan bir indekstir. Genel, planlı ve plansız yeniden yatış hızları hastaların komorbidite skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Toplam komorbidite skoru 8 ve 10 arasında olan hastaların genel ve plansız yeniden yatış hızı daha yüksektir (Tablo 2 ve Grafik 5). Dahiliye hastaları üzerinde yapılan birçok çalışmada da komorbidite skorlarının yüksek olmasının yeniden yatış riskini artırdığı

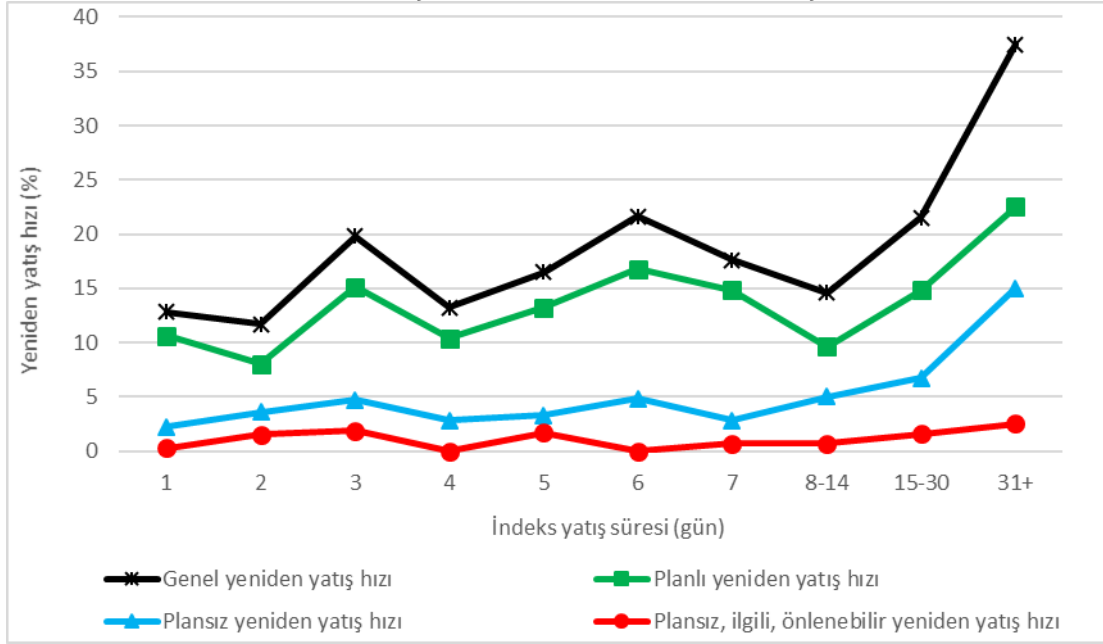
bulunmuştur (Uhlmann et al. 2017; Rasmussen et al. 2017; Aljishi, Parekh 2014; Kruse et al. 2013; Pinheiro et al. 2013; Shu et al. 2012).

**Grafik 5. Hastaların Toplam Komorbidite Skorlarına Göre Yeniden Yatış Hızları**



Hastaların indeks yatıştaki yatış süresine göre yeniden yatış hızları incelendiğinde, en yüksek yeniden yatış hızına sahip olan hastaların, yatış süresi 31 gün veya daha fazla olan hastalar olduğu bulunmuştur. Bu durum yeniden yatış türüne göre değişmemektedir (Tablo 2 ve Grafik 6). Hastaların tanı, tedavi ve taburculuğunu süratle yapma konusundaki baskıların kabul edilemez derecede yüksek yeniden yatış hızına yol açtığı konusunda endişeler bulunmaktadır. Bununla birlikte, yatış süresinin yeniden yatış hızını nasıl etkilediği konusunda çeşitli çalışmalarda elde edilen sonuçlar tutarlı değildir. Örneğin, bir çalışmada (Dunlay et al. 2012), indeks yatıştaki yatış süresinin daha uzun olmasının, 30 gün içinde hastaneye artan yeniden yatış riskiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Başka çeşitli çalışmalarda da hastaneye yeniden yatan hastaların ilk yatıştaki yatış sürelerinin daha uzun olduğu bulunmuştur (Gorman et al. 2010; Jencks et al. 2009; Kossovsky et al. 1999; Shalchi et al. 2009). Finlandiya, İskoçya, Hollanda, New York, Kaliforniya ve Washington'da yapılan uluslararası bir çalışmada ise, yeniden yatan hastaların ilk yatış sürelerinin genellikle daha uzun olduğu; bununla birlikte, yatış süresinin görece olarak daha kısa olduğu ülkelerde yeniden yatış hızının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Westert et al. 2002).



**Grafik 6. Hastaların İndeks Yatış Sürelerine Göre Yeniden Yatış Hızları**

Planlı ve plansız yeniden yatış hızları, hastaların indeks yatışlarında yoğun bakım ünitesi (YBÜ) kullanma durumlarına göre istatistiksel olarak önemli fark göstermektedir. YBÜ kullanan hastaların planlı yeniden yatış hızı daha düşük fakat plansız yeniden yatış hızı daha yüksektir. Hafta sonunda taburcu olan hastaların plansız yeniden yatış hızı, hafta içinde taburcu olan hastaların plansız yeniden yatış hızlarından daha yüksektir. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (Tablo 2).

Hastaların taburcu olduktan sonra doktora görünüp görünmeme durumu, yeniden yatışı etkileyebilir. ABD’de yapılan bir çalışmada, hastaneden taburcu olduktan sonra 30 gün içinde yeniden yatan hastaların %50,2’sinin, taburculuk ile yeniden yatış arasındaki süre içinde doktora gitmediği belirlenmiştir (Jencks et al. 2009). Bu çalışmada, hastane bilgi sisteminden, hastaların taburcu olduktan sonraki 30 gün içinde aynı hastanenin herhangi bir polikliniğine başvurup başvurmadıkları incelenmiştir. Yeniden yatan 440 hastanın %35,7’sinin bu süre içinde polikliniğe başvurmadığı tespit edilmiştir. Hastaların planlı ve plansız yeniden yatış hızları, polikliniğe başvurma durumuna göre değişmektedir. Poliklinik başvurusu olan hastaların planlı yeniden yatış hızı düşük fakat plansız yeniden yatış hızı yüksektir. Genel yeniden yatış hızları da düşük olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (Tablo 2). Polikliniğe başvuran hastaların taburculuk sonrası takiplerinin ve ayakta tedavilerinin yapılması, hastaların yeniden yatmalarını önleyebilir. Taburculuk sonrasında polikliniğe başvurmayan ve doktora görünmeyen hastaların ise ayakta tedavi edilebilecek sorunları büyüyerek yatarak tedavi almalarını gerektirebilir. Muus ve arkadaşları (2010) da hastaların taburcu olduktan sonra 30 gün içinde ayakta hizmet olarak takiplerinin yapılmasının, klinik olarak önceki yatışla ilgili yeniden yatışlar ile zıt yönde ilişki olduğunu bulmuştur. Hernandez ve arkadaşları (2010) ise hastaneden taburcu olduktan sonra 7 gün içinde ayakta takip oranları daha yüksek olan hastaların, 30 günde yeniden yatış riskinin daha düşük olduğunu bulmuştur.

Yeniden yatış hızları, hastalara taburcu olduktan sonra gününbirlik işlem (diyaliz, endoskopi, biyopsi, anjiyografi, vb.) yapıp yapılmamasına göre de değerlendirilmiştir. Hastane bilgi sisteminden elde edilen verilere göre, hastaların %82,4’üne taburculuklarından

sonraki 30 gün içinde gününbirlik işlem yapılmamıştır. Hastaların planlı yeniden yatış hızı ve genel yeniden yatış hızı, gününbirlik işlem yapılıp yapılmamasına göre istatistiksel olarak önemli fark göstermektedir: Gününbirlik işlem yapılan hastaların yeniden yatış hızı daha yüksektir (Tablo 2). Gününbirlik işlem sonrasında hasta tedavi için yeniden yatmış olabilir (örneğin, endoskopide konulan malign tanı sonrasında tedavi için veya biyopsi sonucuna göre hastanın yatışı gerekmiş olabilir).

Tablo 3'te hastaların taburculuğa hazırlık düzeyi boyutlarına göre yeniden yatış hızları verilmiştir. Hastaların taburculuğa ne kadar hazır oldukları konusundaki algıları, hastaların gerçeğini yansıtır ve yeniden yatışı etkileyebilir. Çeşitli çalışmalarda hastaların kendilerini taburcu olmaya daha az hazır hissetmelerinin, daha fazla yeniden yatışla ilişkili olduğu bulunmuştur (Coffey, McCarthy 2013; Weiss et al. 2007). Mixon ve arkadaşları (2016) da taburculuğa hazır olma skorunun yeniden yatış veya ölümle ilişkili olduğunu bulmuştur. Bununla birlikte taburculuğa hazır olma durumunun yeniden yatışla ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar da (Lau et al. 2016; Schmocker et al. 2015; Weiss et al. 2014) bulunmaktadır.

Bu çalışmada hastaların taburculuğa hazırlık durumunu hastaların perspektifinden incelemek için kullanılan "Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği/ Kısa Formu" 4 boyuttan oluşmaktadır (Weiss et al. 2014). "Kişisel durum" boyutu, hastanın indeks yatıştan taburcu olduğu sıradaki fiziksel hazırlık durumuna ve enerjisine ilişkin sorularla ölçülmüştür. Hastaların plansız yeniden yatış hızının kişisel durum kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur. Kişisel durum açısından taburcu olmaya çok yüksek düzeyde hazır olan hastaların plansız yeniden yatış hızı, daha az düzeyde hazır olanlara göre düşüktür (Tablo 3). Bu durumun, indeks yatıştan taburcu olurken kişisel durum bakımından taburculuğa çok yüksek düzeyde hazır olanların, indeks yatışlarında ilgili rahatsızlıklarının giderilmesi ve yeniden hastaneye başvurmalarına gerek kalmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

"Bilgi düzeyi" boyutu, hastanın taburculuk sonrası komplikasyonlar ve kısıtlamalarla ilgili ne kadar bilgi sahibi olduğuna ilişkin sorularla ölçülmüştür. Hastaların planlı yeniden yatış hızının ve genel yeniden yatış hızının bilgi düzeyi kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur. Bilgi düzeyi düşük olan hastaların planlı ve genel yeniden yatış hızları da düşüktür (Tablo 3). Taburculuk sonrası oluşabilecek sorunlar hakkında yeterince bilgi sahibi olmayan hastalar olumsuz gelişmeleri fark etmeyerek hastaneye başvurmuyor olabilir.

"Baş etme becerisi" boyutu, hastanın taburcu olduktan sonra evde yapması gereken işleri ve kişisel bakımını ne kadar iyi yapabileceğine ilişkin sorularla ölçülmüştür. Hastaların plansız yeniden yatış hızının baş etme becerisi kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur. Baş etme becerisi düşük olan hastaların plansız yeniden yatış hızları yüksektir (Tablo 3). Taburcu olduktan sonra evde işlerini ve kişisel bakımını yapma gücü düşük olan hastaların daha yüksek oranda hastaneye yeniden yatması beklenen bir durumdur.

"Beklenen destek" boyutu, hastanın evde kişisel bakımına ve tıbbi bakım ihtiyaçlarına ne kadar yardımcı olunacağına ilişkin sorularla ölçülmüştür. Hastaların yeniden yatış hızları beklenen destek kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir. Hastaların plansız-İlgili-önlenebilir yeniden yatış hızları da, düşük kategorisi bir grup olarak alınıp, diğer grupların hepsi tek bir grupta toplanarak analiz edildiğinde, taburculuğa hazırlık düzeyinin boyutlarına göre istatistiksel olarak önemli bir fark göstermemektedir.

**Tablo 3. Hastaların Taburculuğa Hazırlık Düzeyi Boyutlarına Göre Yeniden Yatış Hızları**

Boyutlar	Kategoriler	n	%	Aynı Hastaneye Yeniden Yatış Hızı			
				Hepsi	Planlı	Plansız	Plansız, İlgili ve Önlenebilir <sup>d</sup>
Kişisel Durum	Çok yüksek	636	40,3	16,5	12,9	3,6 <sup>b</sup>	0,6
	Yüksek	293	18,6	15,7	10,6	5,1	1,0
	Orta	215	13,6	23,3	14,9	8,4	2,8
	Düşük	435	27,5	19,5	10,3	9,2	1,6
Bilgi Düzeyi	Çok yüksek	599	37,9	20,4 <sup>a</sup>	14,9 <sup>a</sup>	5,5	0,8
	Yüksek	188	11,9	23,4	16,0	7,4	1,6
	Orta	175	11,1	24,6	14,9	9,7	2,9
	Düşük	617	39,1	12,5	7,3	5,2	1,1
Baş Etme Becerisi	Çok yüksek	641	40,6	16,5	12,3	4,2 <sup>c</sup>	1,2
	Yüksek	186	11,8	15,6	10,8	4,8	2,2
	Orta	190	12,0	19,5	13,2	6,3	0,5
	Düşük	562	35,6	20,3	11,7	8,5	1,2
Beklenen Destek	Çok yüksek	817	51,7	19,3	13,1	6,2	1,1
	Yüksek	225	14,2	19,1	13,8	5,3	1,3
	Orta	117	7,4	20,5	12,8	7,7	2,6
	Düşük	420	26,6	14,5	8,8	5,7	1,2

<sup>a</sup>p<0,001; <sup>b</sup>p<0,01; <sup>c</sup>p<0,05; <sup>d</sup>Bazı kategorilerdeki sayılar çok küçük olduğu için istatistiksel analiz yapılmamıştır.

### 3.3. Yeniden Yatışın Getirdiği Maddi Yük

Gerek uluslararası gerekse ulusal literatürde yeniden yatışın getirdiği maddi yükü inceleyen çalışma sayısı azdır. Türkiye’de daha önce yapılan bir çalışmada (Peker 2004), başka bir araştırmada bulunan ortalama maliyetler üzerinden hesaplama yapılmıştır. Bu araştırmada ise yeniden yatışın SGK ve hastalara getirdiği ilave maddi yük, hasta bazında belirlenmiştir.

Araştırmada yeniden yattığı tespit edilen 440 hastanın yeniden yatışı için hastanede toplam 2.824.328 TL harcama yapılmıştır. Yapılan bu harcamanın %92,9’u kurum tutarı olup SGK’ya fatura edilmiştir. Kalan %7,1’lik kısım ise Genel Sağlık Sigortası kapsamında olmayan ve SGK tarafından ödenmeyen, bu nedenle hasta tarafından karşılanması gereken kısımdır (Tablo 4).

Plansız yeniden yatışlar için yapılan toplam harcama tutarı, tüm yeniden yatışlar için yapılan toplam harcama tutarının %25,0’ını oluşturmaktadır. Plansız, ilgili ve önlenebilir yeniden yatışlar için yapılan toplam harcama tutarı ise; tüm yeniden yatışlar için yapılan toplam harcama tutarının %6,2’si, sadece plansız yeniden yatışlar için yapılan toplam harcama tutarının ise 24,9’u kadardır.

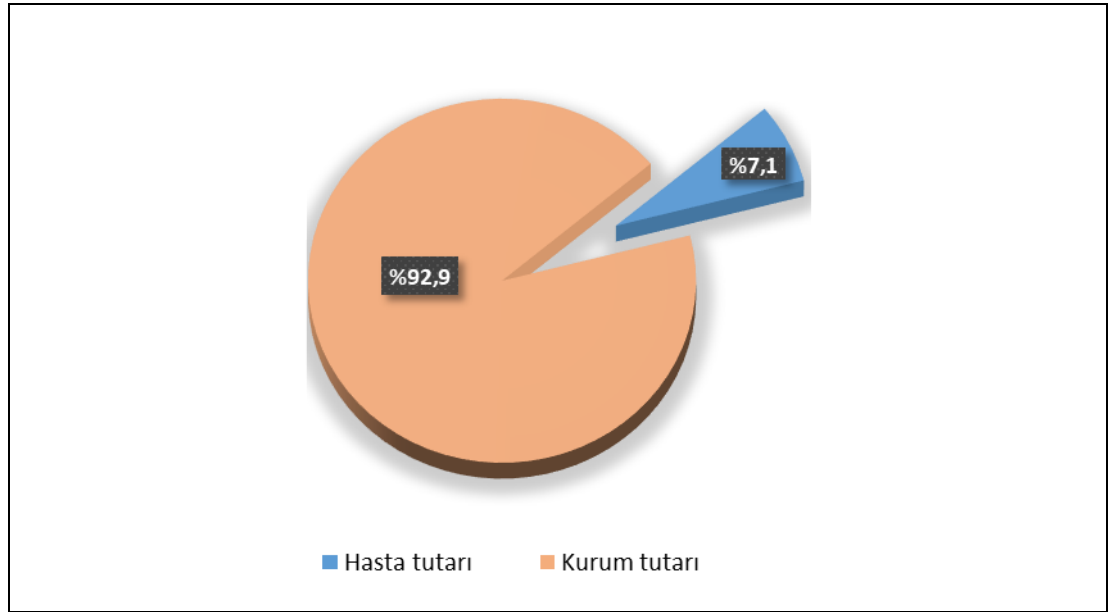
Bütün yeniden yatışlar (440) hesaba katıldığında ortalama harcama tutarı 6.419 TL’dir (Tablo 4). Bunun %7,1’i hasta tutarıdır (Grafik 7). Planlı yeniden yatışlar için yapılan ortalama harcama tutarı, plansız yeniden yatışlar için yapılan ortalama harcama tutarından biraz daha yüksektir. Bu durum, planlı yeniden yatan hastaların çoğunun neoplazm gibi daha ağır hastalıklara sahip olmasından kaynaklanabilir. Planlı yeniden yatışlarda ortalama tutarın %8,0’ı hasta tarafından ödenmiş iken plansız yeniden yatışlarda ortalama tutarın %4,7’si hasta tarafından ödenmiştir.

Yeniden yatışlar için yapılan ortalama harcama tutarı, indeks yatışlar için yapılan ortalama harcama tutarının yaklaşık olarak 1,4 katıdır. Benzer şekilde, Kanada'da yeniden yatan dahili hastalar için plansız yeniden yatış maliyetinin indeks yatış maliyetinden fazla olduğu bulunmuştur (CIHI 2012).

**Tablo 4. Tüm Yeniden Yatışlar İçin Yapılan Toplam Ve Ortalama Harcama Tutarları (TL)**

	Toplam	Ortalama
Hasta Tutarı	200.704	456
Kurum Tutarı	2.623.624	5.963
Genel Tutar	2.824.328	6.419

**Grafik 7. Tüm Yeniden Yatışlar İçin Yapılan Ortalama Harcama Miktarı (%)**



#### IV. SONUÇ VE ÖNERİLER

İç hastalıkları servislerinden bir yıl boyunca taburcu olan hastaların aynı hastaneye yeniden yatış hızı %17,9 iken, farklı hastanelere yeniden yatış bilgisine de ulaşıldığında, hız %21,3'e çıkmıştır. Bu durum, hastaneye yeniden yatış hızının değerlendirildiği araştırmalarda mutlaka tüm hastanelere yeniden yatış bilgisine ulaşılmaya çalışılması gerektiğini göstermektedir.

Genel olarak 5 hastadan birinin, hastaneden taburcu olduktan kısa bir süre sonra yeniden hastaneye yatışı açık bir iyileştirme fırsatını ortaya koymaktadır. Aynı hastaneye üç yeniden yatışın biri plansızdır. Plansız yeniden yatışların yarısından fazlası taburculuktan sonraki 14 gün içinde yapılmıştır. Otuz gün içindeki plansız, ilgili ve önlenebilir yeniden yatış hızı ise çok düşüktür.

Tek bir hastanenin tek bir bilim dalına ait yeniden yatışlar için yapılan toplam harcama tutarı 2.824.328 TL'yi bulurken, ülke genelindeki tüm hastaneler ve tüm bilim dallarındaki yeniden yatışın getireceği maddi yükün ne kadar yüksek olacağı aşikârdır. Üstelik yeniden yatışlar için yapılan toplam harcama tutarının %7'si hastalar tarafından karşılanmıştır. Ayrıca, yeniden yatışlar için yapılan ortalama harcama tutarı, ilk yatışlar için yapılan

ortalama harcama tutarının yaklaşık olarak 1,4 katıdır. Bu rakamlar, yeniden yatışların azaltılması gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır.

Yeniden yatış hızlarının hangi değişkenlere göre fark gösterdiği hakkında bilgi sahibi olmak ve taburculuk planlaması yapılırken hastaları bu değişkenler açısından değerlendirmek, yeniden yatışları azaltmaya yardımcı olabilir. Çalışmada, hastaların yeniden yatış hızları, çeşitli sosyo-demografik, klinik değişkenlere ve taburculuğa hazırlık düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Aynı hastaneye genel yeniden yatış hızları; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, ikamet yeri, evde bakımına yardım edecek birinin ve düzenli olarak görüldüğü bir doktorun varlığı, taburcu tanısı, komorbidite skoru, indeks yatış süresi, günübirlik işlem durumu ve taburculuğa hazırlık düzeyinin bilgi düzeyi boyutuna göre fark göstermektedir. Planlı yeniden yatış hızları; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, ikamet yeri, birlikte yaşayan kişi ve evde bakımına yardım edecek birinin varlığı, taburcu tanısı, komorbidite skoru, indeks yatış süresi, YBÜ kullanımı, polikliniğe başvuru, günübirlik işlem durumu ve taburculuğa hazırlık düzeyinin bilgi düzeyi boyutuna göre fark göstermektedir. Plansız yeniden yatış hızları; yaş, ikamet yeri, düzenli olarak görüldüğü bir doktorun varlığı, taburcu tanısı, komorbidite skoru, indeks yatış süresi, YBÜ kullanımı, polikliniğe başvuru, taburculuğa hazırlık düzeyinin kişisel durum ve baş etme becerisi boyutuna göre fark göstermektedir. Plansız, ilgili ve önlenebilir yeniden yatış hızları ise, sayıların çok küçük olduğu kategoriler de birleştirilerek analiz yapıldığında, hiçbir değişkene göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir.

Değişkenlerin bazıları değiştirilebilir olmasa da, bu çalışmada elde edilen bulgular, taburculuk sonrası izlemin ve desteğin önemli olduğuna işaret etmektedir. Hastanın aile hekiminin, hastanede hastanın bakımını üstlenen hekim tarafından tedavi süreci, hastane dışı bakım desteği ve taburculuk sonrası olası gelişmeler/komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmesi, hastanın yeniden yatışı gerekmeden bazı tıbbi sorunlarının aile hekimi aracılığıyla ayaktan çözülmesini sağlayabilir. Özellikle toplam komorbidite skoru yüksek olan hastaların, birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından taburculukları sonrasında düzenli olarak izlenmesi ve tıbbi durumlarının yönetilmesi sağlanmalı ve etkili bir sevk zinciri kurulmalıdır.

Yeniden yatışları azaltmak için öncelikli alanlardan biri de hastaların taburculuğa hazır olmalarına daha fazla dikkat edilmesidir. Etkin bir taburculuk, hastanın hizmet sunucusu ile olan ilişkisiyle ve hizmetin sunumundaki teknik destek ve örgütsel faktörlerle ilişkilidir. Hizmet sunucuların sağlık hizmetini koordineli olarak sunması ve hasta ve yakınına vereceği yeterli taburculuk bilgisi yeniden yatışı azaltabilir. Hastanın kendisi ve/veya bakımına yardım eden kişiler taburculuk sürecine katılarak hastanın sağlık durumu, tedavileri, ilaç kullanımları ve ilaçların yan etkileri hakkında iyi bilgilendirilmelidirler. Ayrıca, hasta veya yakınları tarafından taburculuk bilgisinin doğru bir şekilde anlaşılıp anlaşılmadığı, hizmet sunucusu tarafından değerlendirilmelidir. Kapsamlı bir taburculuk planlamasının uygulanması, hastaların taburculuk sonrası takibinde sorumlulukların ve sorumluların belirlenmesi, poliklinik izleme randevularının hazırlanması ve farklı sağlık hizmeti düzeyleri arasında hastanın geçmişinin tek bir veri tabanından görülmesinin sağlanarak klinik koordinasyonun oluşturulması da etkin bir taburculuğun sağlanmasında önemli etmenlerdir.

Bütün yeniden yatışları önlemek mümkün değildir. Plansız ve hatta mümkünse önceki yatışla ilgili ve önlenebilir olan yeniden yatışlara odaklanmak gereklidir. Önlenebilir yeniden yatışları azaltmak için çeşitli programlar geliştirilmiştir (Boutwell et al. 2009; AHRQ 2017b). Bunların en etkililerinden biri olan Re-Engineered Discharge (RED) uygulamasının 11 adımı şunlardır (AHRQ 2017c): Açık ve kararlı bir beyanda bulunun, uygulamanızın liderliğini belirleyin, yeniden yatış hızlarınızı analiz edin ve hedefinizi belirleyin, hangi hastaların RED alması gerektiğini belirleyin, süreç haritanızı oluşturun, tekrarı önlemek için

şimdiki taburcu iş akışınızı revize edin, RED öğeleri için sorumluluk verin (sorumluları belirleyin), taburcu eğitimcilerini ve takip telefon görüşmelerini yapanları eğitin, hastane sonrası bakım planının nasıl oluşturulacağına karar verin, farklı popülasyonlar için RED sağlayın, RED uygulamasının gelişimini ölçmek için plan yapın. Yeniden yatışların azaltılmasında bu tür programlardan yararlanılabilir.

Bir ülkedeki ya da bir bölgedeki önlenebilir yeniden yatışların azaltılması, sadece ön cephede süreç iyileştirmeyi değil, aynı zamanda sistem çapında iyileştirmeyi engelleyen şeylerin belirlenmesini ve azaltılmasını, özellikle bakımın sürekliliği boyunca parçalanmayı azaltacak ve koordinasyonu teşvik edecek politika ve ödeme reformlarını da gerektirir. Miktarla dayalı teşviklerin eksikliklerini ele almak ve bakımın sürekliliği boyunca hasta deneyimlerinin kalitesine ödül (prim) vermek için bu tür reformlar gereklidir. Bakımın sürekliliğine öncelik verilmesi ve önlenebilir yeniden yatışların azaltılması; disiplinler, kuruluşlar ve organizasyonlar arasında iletişimi sağlamak ve bakımı koordine etmek için yeni davranışlar, normlar, ilişkiler ve ortaklıkları içerir. Ön cephedeki ekiplerin bu çalışmayı yaparken karşılaştıkları engelleri anlamak ve bu konuda harekete geçmek için ülke düzeyinde liderlik gereklidir (IHI 2017).

Bu araştırma sadece bir üniversite hastanesinde yapılmıştır. Hastane, üçüncü basamakta hizmet sunan büyük bir hastane olduğu için, sonuçlar daha küçük hastanelere genellenemeyebilir. Araştırmanın Türkiye'deki hastanelerin tümünü kapsayacak şekilde yapılması, yeniden yatışların daha doğru bir resmini verecek ve sonuçların genellenebilirliğini ortaya koyacaktır. Cerrahi servislerden ve diğer servislerden taburcu olan hastaların yeniden yatış hızları, dahiliye servislerinden taburcu olan hastalardan farklı olabilir. Benzer araştırmaların diğer branşlarda da yapılması önerilir.

Araştırmada plansız, ilgili ve önlenebilir yeniden yatış sayısı çok az bulunmuştur. Bu özelliklerin tümünü taşıyan yeniden yatış sayısının büyük olduğu kapsamlı araştırmaların yapılması ve bu tür yatışların azaltılmasına yönelik politikaların geliştirilmesi önerilir.

Yeniden yatışla ilgili risk faktörlerini kapsamlı olarak inceleyecek çalışmaların prospektif kohort araştırması şeklinde tasarlanması faydalı olacaktır. Çünkü idari veriler, sosyal destek ve hastanın taburculuğa hazırlık durumu gibi değişkenleri içermemektedir. Ayrıca idari veriler eksik ve hatalı da olabilmektedir. Bu yüzden, çalışmanın idari veriler üzerinden yapılması gerekiyorsa, verilerin güvenilirliğinin kontrol edilmesi önerilir.

Araştırmada, taburcu olduktan sonra 30 gün içinde ölen hastaların %41'inin araştırmanın yapıldığı hastane dışında öldüğü tespit edilmiştir. Bu nedenle, gelecekte yapılacak çalışmaların, hastane içinde olan ölümlerin yanı sıra hastane dışında olan ölümleri de belirlemesi önemlidir.

Araştırmada, başka hastanelere yatan hastalar telefon edilerek öğrenilmeye çalışılmıştır. Çeşitli nedenlerle hastaların tamamına ulaşılamamış ve ulaşılan hastaların da %7'sinin doğru bilgi vermediği tespit edilmiştir. Tam ve doğru bilgi elde edilebilmesi için, hastaların tamamının yatış kayıtlarına ulaşılması gerekmektedir. Bu nedenle, bütün yeniden yatışların tek bir veri tabanından izlenebileceği, ülke düzeyinde bir sistemin kurulması gerekmektedir.

Yeniden yatış hızlarının incelenmesi, hastanelerin dâhili kaliteyi gözden geçirmesine ve iyileştirmesine yardımcı olabilir. Yeniden yatış hızları hastane bazında hesaplanarak, hastaneler arasında performansın karşılaştırılmasında ve tüketicilerin bilgilendirilmesinde kullanılabilir. Ayrıca, hastanelere yapılan ödemelerle ilişkilendirilebilir ve böylece hızların düşürülmesi teşvik edilebilir. Ancak bu durumda hızların riske göre ayarlanması (düzeltilmesi) gerekecektir.

Hastaneye yeniden yatış hızı, çoğu kez hastanelerin performansının bir göstergesi olarak sunulur, fakat o aynı zamanda sağlık bakım sistemi performansının faydalı bir indikatörü de olabilir. Bu nedenle, hastaneye yeniden yatış hızları, sağlık bakım sistemi performansının önemli bir göstergesi olarak öne sürülmüştür. Yeniden yatışlar açısından sağlık bakım sisteminin performansını ölçebilmek için, sadece aynı hastaneye değil, bütün hastanelere yeniden yatışlar ile ilgili veriye erişebilmek gerekmektedir. Bunun için de hastaları kurumlar arasında izleyebilen sistemlere ihtiyaç vardır.

**Teşekkür:** Bu çalışma, 114K404 numaralı proje ile Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından, 1001- Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Projelerini Destekleme Programı kapsamında, finansal olarak desteklenmiştir. Yazarlar TÜBİTAK'a ve çalışmada görev alan araştırma görevlilerine içtenlikle teşekkür eder.

## KAYNAKLAR

1. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) (2017a) **HCUPnet Healthcare Cost and Utilization Project. Agency for Healthcare Research and Quality.** <https://hcupnet.ahrq.gov/#method-readmissions> (Erişim Tarihi: 29.11.2017)
2. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) (2017b) **Designing and Delivering Whole-Person Transitional Care. Content Last Reviewed June 2017. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.** <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/medicaidreadmitguide/index.html> (Erişim Tarihi: 19.09.2017).
3. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) (2017c) **Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit. Content last reviewed May 2017. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.** <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/red/toolkit/index.html> (Erişim Tarihi: 19.09.2017).
4. Aljishi M. and Parekh K. (2014) Risk Factors for General Medicine Readmissions and Association with Mortality. **New Zealand Medical Journal** 127(1394): 42-50.
5. Allaudeen N., Vidyarth A., Maselli J. and Auerbach A. (2011) Redefining Readmission Risk Factors for General Medicine Patients. **Journal of Hospital Medicine** 6(2): 54-60.
6. Anderson M. A., Levsen J., Dusio M. E., Bryant P. J., Brown S. M., Burr C. M. and Brown-Benn C. (2006) Evidenced-Based Factors in Readmission of Patients with Heart Failure. **Journal of Nursing Care Quality** 21(2): 160-167.
7. Ashton C. M., Del Junco D. J., Soucek J., Wray N. P. and Mansyur C. L. (1997) The Association Between the Quality of Inpatient Care And Early Readmission: A Meta-Analysis of the Evidence. **Medical Care** 35(10): 1044-59.
8. Balla U., Malnick S. and Schattner A. (2008) Early Readmissions to the Department of Medicine as a Screening Tool for Monitoring Quality Of Care Problems. **Medicine (Baltimore)** 87(5): 294-300.
9. Boutwell A., Griffin F., Hwu S. and Shannon D. (2009) **Effective Interventions to Reduce Rehospitalizations: A Compendium of 15 Promising Interventions.** MA: Institute for Healthcare Improvement, Cambridge.

10. Burgess J. F. and Hockenberry J. M. (2013) Can All Cause Readmission Policy Improve Quality or Lower Expenditures? A Historical Perspective on Current Initiatives. **Health Economics, Policy and Law** 9(2): 193-213.
11. Burns R. and Nichols L. O. (1991) Factors Predicting Readmission of Older General Medicine Patients. **Journal of General Internal Medicine** 6(5): 389-93.
12. Canadian Institute for Health Information (CIHI) (2012) **All-Cause Readmission to Acute Care and Return to the Emergency Department**. Canadian Institute for Health Information (CIHI), Ottawa.
13. Charlson M. E., Pompei P., Ales K. L. and MacKenzie C. R. (1987) A New Method of Classifying Prognostic Comorbidity in Longitudinal Studies: Development and Validation. **Journal of Chronic Diseases** 40(5): 373-83.
14. Coffey A. and McCarthy G. M. (2013) Older People's Perception of Their Readiness for Discharge and Postdischarge Use of Community Support and Services. **International Journal of Older People Nursing** 8(2): 104-115.
15. Desai M. M., Stauffer B. D., Feringa H. H. and Schreiner G. C. (2009) Statistical Models and Patient Predictors of Readmission for Acute Myocardial Infarction: A Systematic Review. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes** 2(5): 500-507.
16. Dunlay S. M., Weston S. A., Killian J. M., Bell M. R., Jaffe A. S. and Roger V. L. (2012) Thirty-Day Rehospitalizations After Acute Myocardial Infarction: A Cohort Study. **Annals of Internal Medicine** 157(1): 11-8.
17. Fabbian F., Boccafogli A., De Giorgi A., Pala M., Salmi R., Melandri R., Gallerani M., Gardini A., Rinaldi G. and Manfredini R. (2015) The Crucial Factor of Hospital Readmissions: A Retrospective Cohort Study of Patients Evaluated in the Emergency Department and Admitted to the Department of Medicine of a General Hospital in Italy. **European Journal of Medical Research** 20(1): 6.
18. Goldfield N. (2010) Strategies to Decrease the Rate of Preventable Readmission to Hospital. **Canadian Medical Association Journal** 182(6): 538-9.
19. Goldfield N. I., McCullough E. C., Hughes J. S., Tang A. M., Eastman B., Rawlins L. K. and Averill R. F. (2008) Identifying Potentially Preventable Readmissions. **Health Care Financing Review** 30(1): 75-91.
20. Goodwin A. J., Rice D. A., Simpson K. N. and Ford D. W. (2015) Frequency, Cost, and Risk Factors of Readmissions among Severe Sepsis Survivors. **Critical Care Medicine** 43(4): 738-746.
21. Gorman J., Vellinga A., Gilmartin J. J. and O'Keeffe S. T. (2010) Frequency and Risk Factors Associated with Emergency Medical Readmissions in Galway University Hospitals. **Irish Journal of Medical Science** 179(2): 255-258.
22. Granda-Cameron C., Behta M., Hovinga M., Rundio A. and Mintzer D. (2015) Risk Factors Associated with Unplanned Hospital Readmissions in Adults with Cancer. **Oncology Nursing Forum** 42(3): 257.



23. Hasan O., Meltzer D. O., Shaykevich S. A., Bell C. M., Kaboli P. J., Auerbach A. D., Wetterneck T. B., Arora V. M., Zhang J. and Schnipper J. L. (2010) Hospital Readmission in General Medicine Patients: A Prediction Model. **Journal of General Internal Medicine** 25(3): 211-219.
24. Hasbahçeci M., İdiz O., Cengiz M. B., Cipe G., Memmi N., Malya F. Ü., Akcakaya A. and Müslümanoğlu M. (2017) Risk Factors for Readmission Following Colorectal Cancer Surgery. **Acta Oncologica Turcica** 50(1): 36-42.
25. Hernandez A. F., Greiner M. A., Fonarow G. C., Hammill B. G., Heidenreich P. A., Yancy C. W., Peterson E. D. and Curtis L. H. (2010) Relationship Between Early Physician Follow-Up and 30-Day Readmission Among Medicare Beneficiaries Hospitalized for Heart Failure. **JAMA** 303(17): 1716-1722.
26. IHI (Institute for Healthcare Improvement). **2017 State Action on Avoidable Rehospitalizations (STAAR) Initiative**. <http://www.ihl.org/offerings/Initiatives/STAAR/Pages/default.aspx> (Erişim Tarihi: 19.09.2017).
27. Jencks S. F., Williams M. V. and Coleman E. A. (2009) Rehospitalizations Among Patients in the Medicare Fee-For-Service Program. **The New England Journal of Medicine** 360(14): 1418-1428.
28. Karaca S. (2010) Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Hastaneye Tekrarlı Yatış Sıklığı ve Nedenlerinin İncelenmesi. **TC Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İzmir.
29. Kaya S., Güven G. S., Teleş M., Korcu C., Aydan S., Kar A., Kartal N., Koca G. Ş. ve Yıldız A. (2017) Validity and Reliability Of The Turkish Version of the Readiness for Hospital Discharge Scale/Short Form. **Journal of Nursing Management**.
30. Kossovsky M. P., Perneger T. V., Sarasin F. P., Bolla F., Borst F. and Gaspoz J. M. (1999) Comparison Between Planned and Unplanned Readmissions to a Department of Internal Medicine. **Journal of Clinical Epidemiology** 52(2): 151-156.
31. Kruse R. L., Hays H. D., Madsen R. W., Emons, M. F., Wakefield D. S. and Mehr D. S. (2013) Risk Factors for All-Cause Hospital Readmission within 30 Days of Hospital Discharge. **Journal of Clinical Outcomes Management** 20(5): 203-214.
32. Lagoe R. J., Noetscher C. M., Hohner V. K. and Schmidt G. M. (1999) Analyzing Hospital Readmissions Using Statewide Discharge Databases. **Journal of Nursing Care Quality** 13(6): 57-67.
33. Lau D., Padwal R. S., Maiumdar S. R., Pederson J. L., Belga S., Kahlon S., Fradette M., Boyko D. and McAlister F. (2016) Patient-Reported Discharge Readiness and 30-Day Risk of Readmission or Death: A Prospective Cohort Study. **American Journal of Medicine** 129(1): 89-95.
34. Manzano J. M., Gadiraju S., Hiremath A., Lin H. Y., Farroni J. and Halm J. (2015) Unplanned 30-Day Readmissions in a General Internal Medicine Hospitalist Service at a Comprehensive Cancer Center. **Journal of Oncology Practice** 11(5):410-415.

35. Mixon A. S., Goggins K., Bell S. P., Vasilevskis E. E., Nwosu S., Schildcrout J. S. and Kripalani S. (2016) Preparedness for Hospital Discharge and Prediction of Readmission. **Journal of Hospital Medicine** 11(9): 603-609.
36. Muus K. J., Knudson A., Klug M. G., Gokun J., Sarrazin M. and Kaboli P. (2010) Effect of Post-Discharge Follow-Up Care on Re-Admissions Among US Veterans with Congestive Heart Failure: A Rural-Urban Comparison. **Rural Remote Health** 10(2): 1447.
37. Nasir K., Lin Z., Bueno H., Normand S. L., Drye E. E., Keenan P. S. and Krumholz H. M. (2010) Is Same-Hospital Readmission Rate a Good Surrogate for All-Hospital Readmission Rate?. **Medical Care** 48(5): 477-81.
38. Paker N., Soy D., Kesiktaş N., Nur Bardak A., Erbil M., Ersoy S. and Yılmaz H. (2006) Reasons for Rehospitalization in Patients with Spinal Cord Injury: 5 Years' Experience. **International Journal of Rehabilitation Research** 29(1): 71-76.
39. Peker S. (2004) Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesinde Yeniden Yatışın (Hospital Readmission) Analizi. **GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi**, Ankara.
40. Pinheiro L. S., Nave J. T., Marinho C., Lucas M. and Victorino R.M.M. (2013) Readmissions in Internal Medicine: Epidemiology and Determinants. **European Journal of Internal Medicine** 24(1): 234.
41. Rasmussen M. G., Ravn P., Molsted S., Tarnow L. and Rosthøj S. (2017) Readmission to Hospital of Medical Patients- A Cohort Study. **European Journal of Internal Medicine** 46:19-24.
42. Rumball-Smith J. and Hider P. (2009) The Validity of Readmission Rate as a Marker of the Quality of Hospital Care, and a Recommendation for its Definition. **New Zealand Medical Journal** 122(1289): 63-70.
43. Schmocker R. K., Holden S. E., Vang X., Levenson G. E., Cherney Stafford L. M. and Winslow E.R. (2015) Association of Patient-Reported Readiness for Discharge and Hospital Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems Patient Satisfaction Scores: A Retrospective Analysis. **Journal of the American College of Surgeons** 221(6): 1073-1082.
44. Shalchi Z., Saso S., Li H. K., Rowlandson E. and Tennant R. C. (2009) Factors Influencing Hospital Readmission Rates After Acute Medical Treatment. **Clinical Medicine** 9(5): 426-430.
45. Shu C. C., Lin Y. F., Hsu N. C. and Ko W. J. (2012) Risk Factors for 30-Day Readmission in General Medical Patients Admitted from the Emergency Department: A Single Centre Study. **Internal Medicine Journal** 42(6): 677-82.
46. Sosyal Güvenlik Kurumu (2013) **Yeniden Kabuller Standart Rehberi**. [http://sgk.webtasarimmimari.com/upload/dokuman/yeniden\\_kabuller\\_brosur\\_www.pdf](http://sgk.webtasarimmimari.com/upload/dokuman/yeniden_kabuller_brosur_www.pdf) (Erişim Tarihi: 31.07.2016)

47. Uhlmann M., Lécureux E., Griesser A. C., Duong H. D. and Lamy O. (2017) Prediction of Potentially Avoidable Readmission Risk in a Division of General Internal Medicine. **Swiss Medical Weekly** 147:1-8.
48. Weiss M. E., Costa L. L., Yakusheva O. and Bobay K. L. (2014) Validation of Patient and Nurse Short Forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and Their Relationship to Return to the Hospital. **Health Service Research** 49(1): 304-317.
49. Weiss M. E., Piacentine L. B., Lokken L., Ancona J., Archer J., Gresser S., Holmes S. B., Toman S., Toy A. and Vega-Stromberg T. (2007) Perceived Readiness for Hospital Discharge in Adult Medical-Surgical Patients. **Clinical Nurse Specialist** 21(1): 31-42.
50. Westert G. P., Lagoe R. J., Keskimäki I., Leyland A. and Murphy M. (2002) An International Study of Hospital Readmissions and Related Utilization in Europe and the USA. **Health Policy** 61(3): 269-278
51. Wong E. L. Y., Cheung A. W. L., Leung M. C. M., Yam C. H., Chan F. W., Wong F. Y. and Yeoh E. K. (2011) Unplanned Readmission Rates, Length of Hospital Stay, Mortality, and Medical Costs of Ten Common Medical Conditions: A Retrospective Analysis of Hong Kong Hospital Data. **BMC Health Services Research** 11(1): 149.
52. Wong F., Ho M., Chiu I., Lui W. K., Chan C. and Lee K. M. (2002) Factors Contributing to Hospital Readmission in a Hong Kong Regional Hospital: A Case-Controlled Study. **Nursing Research** 51(1): 40-49.
53. Zapatero A., Barba R., Marco J., Hinojosa J., Plaza S., Losa J. E. and Canora J. (2012) Predictive Model of Readmission to Internal Medicine Wards. **European Journal of Internal Medicine** 23(5): 451-456.

# Sağlık Sektörü Çalışanlarının Duygusal Emek Davranışları Örgütsel Bağlılık ile Açıklanabilir mi?

Gökhan KERSE\*  
Şefik ÖZDEMİR\*\*

## ÖZ

*Bu araştırmanın amacı sağlık sektörü çalışanlarının örgütsel bağlılıklarının (duygusal bağlılık, normatif bağlılık ve devamlılık bağlılığı) duygusal emeklerine (yüzeysel rol yapma ve derinden rol yapma) etkisini incelemektir. Araştırmada bu amaç doğrultusunda 104 sağlık sektörü çalışanından anket tekniğiyle veriler toplanmıştır. Elde edilen verilerin analizinde SPSS 18.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmada başlıca pearson korelasyon analizi ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular duygusal bağlılığın yüzeysel rol yapma davranışını negatif yönde; normatif bağlılığın ise derinden rol yapma davranışını pozitif yönde ve anlamlı düzeyde etkilediğini göstermiştir.*

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Sektörü Çalışanları, Örgütsel Bağlılık, Duygusal Emek

## Can Health Sector Employees' Emotional Labor Behaviors be Explained by Organizational Commitment?

### ABSTRACT

*The aim of this study is to investigate the effects of organizational commitment (affective commitment, normative commitment and continuance commitment) on emotional labor (surface acting and deep acting) of the health sector employees. In this context, the data were collected from 104 health sector employees through an questionnaire. The data were analyzed with SPSS 18.0 statistical program. During the data analysis process, pearson correlation and multiple linear regression analysis were used. Findings have shown that affective commitment has significant and negative effect on surface acting behavior. In addition to this, normative commitment has significant and positive effect on deep acting behavior.*

**Keywords:** Health Sector Employees, Organizational Commitment, Emotional Labor.

## I. GİRİŞ

Özellikle Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, Almanya, Fransa, Japonya gibi gelişmiş ülkelerde hizmet sektörünün hızla büyümesi ve aynı zamanda hizmetin farklı sektörlerdeki rolünün ve öneminin giderek artması yeni olguların doğmasına sebep olmaktadır. Bu yeni olgular, söz konusu gelişmelerden kaynaklanan, yeni sorunları çözebilen yeni kavramların ortaya çıkmasına vesile olmaktadır (Zaganjori 2016). Artan rekabet, hizmet kuruluşlarındaki çalışanların müşterilere karşı sergilediği davranışların kapsamını değiştirmesini ve müşterilere sağlanan hizmetlerin niteliğinde ve kalitesinde iyileştirmeler yapmasını zorunlu kılmaktadır (Morris, Feldman 1996). Söz konusu iyileştirmelerin yapılmasında örgütsel bağlılık önem arz etmektedir.

\* Öğr. Gör. Dr. Aksaray Üniversitesi, Ortaköy Meslek Yüksekokulu, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, gokhankerse@hotmail.com

\*\* Yrd. Doç. Dr. Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü, sefikozdemir@aksaray.edu.tr

Örgütsel bağlılık, sürekli değişim içinde olan iş ve örgüt çevresine olan adaptasyonu kolaylaştırdığı gibi çalışanın iş koşullarının iyileşmesine de katkı sağlamaktadır (Karasoy 2011). Daha güçlü ve daha genelleştirilmiş bir bağlılık, örgütsel gelişme, büyüme ve hayatta kalmaya önemli katkılar sunmaktadır. Kısacası örgütsel bağlılığı teşvik etmek, hedefleri başarmanın cazip bir aracı, kalkınma ve herhangi bir kuruluşun istikrar mekanizmasının bir parçası olarak düşünülmektedir (Awamleh 1996). Diğer taraftan örgütler, hizmet kalitesine olan katkısı nedeniyle müşteri memnuniyetini çok önemsemektedirler. Örgüt yöneticileri, müşterileri memnun edebilmek için çalışanların müşterilerde hayranlık uyandıracak gerçek ve samimi duygularla iyi davranışlar sergilemelerini istemektedirler. Dolayısıyla örgütün çalışanlardan beklediği ve yapmalarını istediği davranış şekilleri ve duygu gösterimlerinin toplamından oluşan duygusal emek kavramı hizmet sektöründe her geçen gün daha önemli bir kavram haline gelmektedir.

Özel sağlık kuruluşlarının sayısının artması ile birlikte yoğun bir rekabetin yaşandığı sağlık sektöründe müşterilerin (hastaların ve hasta yakınlarının) beklentileri sürekli yükselmektedir. Müşterilerin sağlık kurumunu tekrar tercih etmeleri ve başkalarına da tavsiye etmeleri için sağlık sorunlarının giderilmesinin yanında çalışanların onlarla yakından ilgilenmesi ve onlara güven veren davranışlar sergilemesi gerekmektedir. Çalışanların söz konusu davranışları sergileyebilmesinin bir koşulu örgüte ve örgüt amaçlarına bağlı olmasıdır. Bir diğer ifadeyle, örgütsel bağlılığı yüksek olan çalışanların hastalara ve hasta yakınlarına karşı sergiledikleri davranışların samimi olması ve sergilenen bu davranışlarda hastalara ve hasta yakınlarına güven duygusu aşılması daha olasıdır. Bu araştırma da bu beklentiden hareketle çalışanın örgüte bağlanma düzeyinin onun duygusal emek davranışlarını etkileyebileceği düşünülmüştür. Araştırmada elde edilen bulguların sağlık kuruluşları yöneticilerine olumlu katkılar yapacağı beklenmektedir.

### 1.1. Örgütsel Bağlılık

Son yıllarda örgütsel bağlılık kavramı, örgütsel psikoloji ve örgütsel davranış literatürlerinde önemli bir popülerite kazanmıştır. Bu kavram gerek bireysel gerekse örgütsel birçok değişken ile bağlantılandırılarak çok sayıda ampirik çalışmaya konu olmuştur (Mathieu, Zajack 1990). Örgütsel bağlılık kavramının uzun zamandır farklı araştırmacılar tarafından araştırma konusu yapılması kavrama ilişkin çeşitli tanımların yapılmasını sağlamıştır.

Örgütsel bağlılık, işgörenin üyesi olduğu örgüt ile özdeşleşmesi ve örgüt ile işgören arasındaki etkileşimin gücüdür (Steers 1977). Örgütsel bağlılık, işgörenin üyesi olduğu örgüte karşı hissettiği aidiyet duygusudur (Arı 2003). Diğer bir tanımda Özsoy (2004) kavramı, işgörenin çalıştığı örgütün hedef ve değerlerini benimsemesi, örgütün kazanımlar elde etmesi için performans sergilemesi ve örgütten ayrılma isteğinin derecesi olarak tanımlamıştır. Örgütsel bağlılığı önemli kılan asıl etken çalışanların kendi örgütlerine karşı olumlu davranışlar sergilemelerine olan katkısıdır. Örgütsel bağlılığı yüksek olan çalışanların işten ayrılma niyeti, işe devamsızlık oranları ve işten kaçma davranışları örgütsel bağlılık düzeyi daha zayıf olanlara göre daha düşük olacağı kanaati bu ilgiyi arttıran diğer bir neden olmaktadır (Ersoy, Bayraktaroğlu 2010).

Örgütsel bağlılık konusunda literatürde birbirinden farklı yaklaşımlara rastlanmasına rağmen, konuya ilişkin en fazla üzerinde fikir birliğine ulaşılan yaklaşım Meyer ve Allen'in (1991) üç boyuttan oluşan örgütsel bağlılık modelidir (Taşkaya, Şahin 2011). Araştırmacıların örgütsel bağlılık ile ilgili yaptıkları sınıflandırmada çalışanların örgütte kalma veya örgütten ayrılma kararlarını normatif (normative) bağlılık, duygusal (affective) bağlılık ve devamlılık (continuence) bağlılığı olmak üzere üç farklı bağlılık şekilde sınıflandırmaktadırlar (Allen, Meyer 1993; Meyer et al., 1991; Meyer, Smith 2000).

Duygusal bağlılık, bireyin örgüt ile arasındaki duygusal bağı, örgüt kimliği ile özdeşleşmesi ve örgüte olan ilgisini yansıtmaktadır (Meyer, Smith 2000). Duygusal bağlılığı yüksek olan çalışanlar örgüt için büyük değer taşımaktadırlar. Örgütlerin en çok istedikleri bağlılık türü duygusal bağlılıktır. Çünkü örgütte duygusal bağlılığı yüksek olan çalışanların örgütün hedef ve amaçlarına ulaşması için daha fazla çaba harcayacakları düşünülmektedir (Ersoy, Bayraktaroğlu 2010).

Devamlılık bağlılığı, bireyin örgütte istihdamının kesilmesine ilişkin algılanan maliyetlere dayanmaktadır (Meyer, Smith 2000). Devam bağlılığı, çalışanların örgütlerinde yaptıkları yatırımların sayısına ve büyüklüğüne (örn. emeklilik katkıları) ve alternatif istihdam olanaklarına göre gelişmektedir (Allen, Meyer 1993). Diğer bir ifadeyle devamlılık bağlılığı; çalışanların örgütten ayrılma durumlarını alternatif iş olanakları ile kıyasladığında maddi ve sosyal olarak elde ettiği kazanımlarını kaybedeceği korkusuyla ortaya çıkan zorunlu bağlılıktır.

Normatif bağlılık ise çalışanın örgütün bir parçası olarak üye olma sorumluluğunu yansıtmaktadır (Meyer, Smith 2000). Normatif bağlılık, çalışanların içinde yetiştiği toplumsal değerler ve örgüte girdikten sonra edindiği deneyimler ile şekillenmektedir (Allen, Meyer 1993). Normatif bağlılıkta örgüt kültürü ile birlikte toplumun sosyo-kültürel özelliklerinden etkilenmenin baskın olması nedeniyle işgörenler, “doğru ve ahlaki olduğuna inandıkları için örgüte bağlılık duyarlar”. Duygusal ve devam bağlılığı daha çok bireylerin kendilerine bağlı unsurlardan etkilenirken; normatif bağlılık yaşanan toplumun kültürel yapısından kaynaklanan nedenlerden etkilenmektedir (Ersoy, Bayraktaroğlu 2010).

## **1.2. Duygusal Emek**

Duygusal emek kavramını ilk kez kapsamlı bir şekilde gündeme taşıyan Hochschild (1983) kavramı, dışarıdan gözlemlenebilecek şekilde duyguların beden diliyle (yüz ve beden hareketleri) yönetimi olarak ifade etmektedir. Basım ve Beğenirbaş (2012) ise duygusal emek kavramını “insanın bilinçli olarak giriştiği çalışma sürecinin, kendi iç dünyasında uyandırdığı izlenim” olarak tanımlamışlardır. Ashforth ve Humphrey (1993) duygusal emeği, “uygun duyguları sergileme eylemi” olarak açıklamaktadır. Bir diğer tanımda Nguyen ve diğerleri (2016), duygusal emeği, çalışanların müşteriler veya hastalarla etkileşimleri sırasında duygularını ve duygusal ifadelerini kendi kendine düzenlemesi olarak tanımlamışlardır. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde genellikle duygusal emeğin, çalışanların örgütün istediği duygularla müşterilere yaklaşması eylemi olarak tanımlandığı görülmektedir (Morris, Feldman 1996). Araştırmalar, genel olarak çalışanların müşteriler ile olan etkileşimlerinde gülümseme ve sevecenlik gibi olumlu duygular sergilemelerinin müşterilerin geri dönme ve örgütü başkalarına tavsiye etme niyeti gibi önemli müşteri sonuçlarıyla pozitif ilişkili olduğunu göstermektedir (Grandey 2003).

Literatür incelendiğinde duygusal emek kavramının yüzeysel rol yapma ve derinden rol yapma olmak üzere iki şekilde tartışıldığı görülmektedir. Yüzeysel rol yapma, gözlemlenebilir ifadelerin gerçek duyguları içermemesi ve dış imajın arzulan temsil uyumlu hale getirilmesini içermektedir (Nguyen et al. 2016). Yüzeysel rol yapan işgörenler gösterdikleri sahte hislerle başkalarını gerçekte ne hissettikleri hakkında aldatmaktadırlar (Hochschild 1983). Diğer bir deyişle, yüzeysel rol yapan çalışanlar, alıcı veya müşteriye kendilerinden sergilemeleri istenen davranışlar doğrultusunda hissettikleri duygular yerine sahte duyguları yansıtmaktadırlar (Basım, Beğenirbaş 2012).

Derinden rol yapma, işgörenlerin müşterilere istenilen duyguları aksettirebilmek ve iç duygularını düzenlemek için sarf ettikleri duygusal çabayı içermektedir (Nguyen et al. 2016; Kaya, Özhan 2012). Derinden rol yapan işgörenlerin göstermekle yükümlü olduğu duyguları

sergilerken samimi bir şekilde davranması beklenmektedir (Hochschild 1983). Ashforth ve Humprey (1993), bir hemşirenin yaralanan bir çocuğa sempatiyle yaklaşması veya olumlu duygular hissetmesinin rol yapmasını gerektirmediğini örnek göstererek çalışanların karşılaştığı bazı durumlarda herhangi bir zorunluluk hissetmeden içinden geldiği gibi duygularını sergileyebileceklerini belirtmişlerdir. Bu durumu da “doğal duygular” olarak adlandırmışlardır. Bu nedenle literatürde genellikle Hochschild’in yüzeysel ve derin davranış boyutlarına ek olarak doğal duygular boyutu da üçüncü bir boyut olarak ele alınmaktadır.

## II. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Literatür incelendiğinde örgütsel bağlılık ile duygusal emek arasındaki ilişkinin gerek ulusal gerekse uluslararası araştırmalarda yeterli düzeyde çalışılmadığı görülmektedir. Öte yandan kavramları ele alan araştırmalar incelenmiş ve kavramlar arasındaki ilişkinin iki farklı bakış açısıyla değerlendirildiği belirlenmiştir. Bazı araştırmacılar (Yang, Chang 2008; Mehra 2015) hizmet sunumu esnasında işletmenin istediği davranışların sergilenmesi olarak ifade edilen duygusal emeğin, örgütü benimseme ve örgüt amaçları ve değerlerine inanma düzeyini ifade eden örgütsel bağlılığın bir öncülü olduğunu öne sürmüştür. Kavramlar arasındaki etkileşimi bu bakış açısı ile ele alan araştırmacılara göre çalışanın bir şeyi hissediyormuş gibi yapmacık bir davranış sergileyerek yapması ve bu davranışı içselleştirmemesi, dolayısıyla da duygusal uyumsuzluğun ortaya çıkması, onun örgüte olan bağlılığını azaltmaktadır. Öte yandan çalışanın sergilediği davranışı gerçek anlamda hissetmeye çalışması ve sergilenen davranış ile hissedilen duygu arasında dengenin sağlanması, çalışanın örgüte olan bağlılığını ve örgütün amaçlarını benimseme düzeyini artırmaktadır. Örneğin Yang ve Chang (2008) hemşireler üzerinde yaptığı araştırmada duygusal emeğin yüzeysel rol yapma boyutu, örgütsel bağlılığı olumsuz yönde etkilerken; derinden rol yapma boyutunun bağlılık üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Mehra'nın (2015) çağrı merkezi çalışanları üzerinde yapmış olduğu araştırmada ise duygusal emeğin örgütsel bağlılığı olumlu ve anlamlı yönde etkilediği görülmüştür.

Bazı araştırmacılar (Hsu 2012; Yoğun 2016) ise örgüte bağlılık düzeyinin işletmede müşterilere karşı sergilenen davranışları (duygusal emeği) etkilediğini; bir diğer ifadeyle, örgütsel bağlılığın duygusal emeğin öncülü olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu araştırmacılara göre çalışanın örgütü benimsemesi, örgütün amaçlarına inanması ve örgüt ile kendisi arasında psikolojik bir bağ olduğunu hissetmesi, onların müşterilere karşı sergilenen davranışları içselleştirmesini etkilemektedir. Hsu'nun (2012) mağaza çalışanları üzerinde; Yoğun'un (2016) hemşireler üzerinde yapmış oldukları araştırmalarda elde edilen örgütsel bağlılığın duygusal emeği olumlu ve anlamlı yönde etkilediği bulgusu bu durumu açıklamaktadır.

Yukarıdaki açıklamalar ve araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir:

- H<sub>1</sub>: Duygusal bağlılık, duygusal emeğin yüzeysel rol yapma davranışını olumsuz ve anlamlı yönde etkiler.
- H<sub>2</sub>: Devamlılık bağlılığı, duygusal emeğin yüzeysel rol yapma davranışını olumsuz ve anlamlı yönde etkiler.
- H<sub>3</sub>: Normatif bağlılık, duygusal emeğin yüzeysel rol yapma davranışını olumsuz ve anlamlı yönde etkiler.
- H<sub>4</sub>: Duygusal bağlılık, duygusal emeğin derinden rol yapma davranışını olumlu ve anlamlı yönde etkiler.
- H<sub>5</sub>: Devamlılık bağlılığı, duygusal emeğin derinden rol yapma davranışını olumlu ve anlamlı yönde etkiler.

H<sub>6</sub>: Normatif bağlılık, duygusal emeğin derinden rol yapma davranışını olumlu ve anlamlı yönde etkiler.

### **III. YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın Amacı, Örneklemi ve Ölçüm Aracı**

Bu araştırmanın amacı sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerinin, onların duygusal emek davranışlarına etkisini belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda araştırmada, Aksaray ilinde faaliyet gösteren bir özel hastanenin çalışanlarından (hemşire, tıbbi sekreter, anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni ve laboratuvar teknisyeni) basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle ve anket tekniğiyle veriler elde edilmiştir. Araştırma kapsamına giren, 140 çalışanın bulunduğu ana kütlede %95 güven düzeyinde, %5 hata payı ile seçilecek örneklemin 103 olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda ilgili sağlık çalışanlarına 120 anket dağıtılmış, 110 anketin geri dönüşü sağlanmıştır. Bazı anketlerde veri kayıpları yaşanması nedeniyle 104 anket değerlendirmeye alınmıştır. Anketlerin analizi SPSS 18.0 paketleme programıyla yapılmıştır. Araştırmanın sağlık çalışanları arasında yapılmasının nedeni sağlık sektöründe yoğun çalışma temposunun olması ve bu tempoda sektör çalışanlarının duygusal emek gösterimine ihtiyacın yüksek olmasıdır.

Araştırmada sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık ve duygusal emek düzeylerini belirlemede önceki çalışmalarda güvenilirlikleri ve geçerlilikleri test edilmiş ölçüm araçları kullanılmıştır. Çalışanların örgütsel bağlılık düzeyini ölçmek için Allen ve Meyer (1990) tarafından geliştirilmiş 18 madde ve 3 boyuttan oluşan (duygusal, devamlılık ve normatif) bir ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Wasti (2000) tarafından yapılmıştır. Ölçek maddeleri 5'li Likert tipi (1-kesinlikle katılmıyorum/ 5-kesinlikle katılıyorum) olarak cevaplanmıştır.

Çalışanların duygusal emek düzeylerini ölçmek için Diefendorff ve diğerleri (2005) tarafından geliştirilen ve Basım ve Beğenirbaş (2012) tarafından uyarlaması yapılan 10 maddelik ölçüm aracı kullanılmıştır. Uyarlamasında 'yüzeysel rol yapma', 'derinden rol yapma' ve 'doğal duygular' olmak üzere 3 boyut ve 13 madde ile ele alınan ölçek bu araştırmada 'yüzeysel rol yapma' ve 'derinden rol yapma' boyutlarıyla değerlendirilmiştir. Katılımcılardan ölçek maddelerini 5'li Likert tipi (1-kesinlikle katılmıyorum/ 5-kesinlikle katılıyorum) şeklinde cevaplanması istenmiştir. Araştırmada 'doğal duygular' boyutunun ele alınmamasının nedeni; doğal duyguların yüzeysel ve derinden rol yapma davranışları gibi zorunluluk içermemesidir (Basım, Beğenirbaş 2012).

### **IV. BULGULAR**

#### **4.1.Demografik Bulgular**

Araştırmaya katılan 104 sağlık personeline ilişkin demografik bulgular Tablo 1'de sunulmuştur.



**Tablo 1.** Katılımcı Çalışanlarına İlişkin Demografik Bulgular

Değişken	Kategori	Frekans	(%)
Cinsiyet	Erkek	29	27,9
	Kadın	75	72,1
Medeni Durum	Evli	48	46,2
	Bekâr	56	53,8
Yaş	30 yaş altı	73	70,2
	31-40 yaş	20	19,2
	40 yaş üstü	11	10,6
Eğitim Durumu	Lise	40	38,5
	Önlisans	43	41,3
	Lisans	21	20,2
Meslek	Hemşire	21	20,2
	Tıbbi Sekreter	37	35,6
	Diğer	46	44,2
Çalışma Süresi	1 yıldan az	31	29,8
	1-5 yıl	49	47,1
	6 yıl ve üzeri	24	23,1

Tablo 1'deki bulgulara göre katılımcıların %27,9'u erkek ve %46,2'si evli çalışanlardan oluşmaktadır. 30 yaş ve altında (73), önlisans eğitime sahip (43) ve 1-5 yıl arasında çalışan (49) bireyler sayıca daha fazladır. Katılımcıların meslekleri incelendiğinde ise; hemşire (21) meslek grubundaki bireylerin en az, diğer meslek grubunu oluşturan anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni, laboratuvar teknisyeni vb. bireylerin ise en fazla olduğu görülmektedir.

#### 4.2.Ölçeklere İlişkin Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizleri

Araştırmada kullanılan her bir ölçeğin yapı geçerliliğini tespit etmede açıklayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde elde edilen verilerin faktör analizi yapmaya uygunluğunu gösteren KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) değerinin 0,60'den büyük olması ve verilerinden anlamlı faktörler çıkacağını belirten küresellik derecesinin (Bartlett's Test of Sphericity) 0,000 olması referans alınmıştır. Öte yandan faktör analizinde faktör yükleri 0,40'ın altında olan maddeler analizden çıkarılmıştır. Araştırmada ölçeklerin güvenilirliğini tespit etmede ölçeklerin içsel tutarlığı incelenmiş ve ölçeklerin cronbach alfa katsayısına bakılmıştır. Cronbach alfa katsayısının 0,70 veya daha yüksek olması arzulanmıştır.

Araştırmada 18 maddelik 'örgütsel bağlılık' ölçeğine yapılan varimax rotasyonlu açıklayıcı faktör analizinde OB11 (Bu işletmeye/kuruma kendimden bu kadar çok şey vermemiş olsaydım, başka bir yerde çalışmayı düşünebilirdim) ve OB13 (Şu anki işverenimle çalışmaya devam etmek için (ona karşı) hiçbir zorunluluk hissetmiyorum) maddelerinin faktör yüklerinin 0,40'ın altında olması nedeniyle analizden çıkarılmıştır. Ölçekteki 16 maddeye ilişkin faktör analizi ve cronbach alfa katsayısı bulguları Tablo 2'de sunulmuştur:

**Tablo 2.** Örgütsel Bağlılık Ölçeğine İlişkin Faktör Analizi ve Güvenilirlik Bulguları

Faktörler	Faktör Yükleri	Özdeğer	Açıklanan Varyans	Toplam Varyans	Cronbach Alpha
<b>Normatif Bağlılık</b>		3,369	21,057	21,057	0,787
ÖB15	0,827				
ÖB17	0,774				
ÖB18	0,710				
ÖB16	0,668				
ÖB14	0,511				
<b>Duygusal Bağlılık</b>		3,150	19,688	40,745	0,833
ÖB4	0,871				
ÖB3	0,750				
ÖB5	0,742				
ÖB1	0,635				
ÖB2	0,515				
ÖB6	0,465				
<b>Devamlılık Bağlılığı</b>		2,683	16,768	57,512	0,758
ÖB7	0,818				
ÖB9	0,761				
ÖB8	0,739				
ÖB10	0,604				
ÖB12	0,483				
KMO= 0,795	Barlett Küresellik Testi= 714,528			p= 0,000	Genel Cronbach Alfa= 0,862

Tablo 2'deki bulgular incelendiğinde, ölçek maddelerinin orijinalinde olduğu gibi 'normatif bağlılık', 'duygusal bağlılık' ve 'devamlılık bağlılığı' olmak üzere üç (3) boyutlu bir yapı sergilediği görülmektedir. Tablodaki bulgulardan ölçeğin KMO değerinin ve küresellik derecesinin gerekli ölçütleri sağladığı ve ölçeğin toplam varyansın %57,512'sini açıkladığı gözlenmektedir. Ölçeğin cronbach alfa katsayısının normatif bağlılık için 0,787; duygusal bağlılık için 0,833; devamlılık bağlılığı için 0,758; ölçek geneli için 0,862 olması gerekli ölçüt aralıklarında ve güvenilir olduğu anlamına gelmektedir.

Araştırmada 10 maddelik 'duygusal emek' ölçeğine yapılan varimaks rotasyonlu açıklayıcı faktör analizinde DE1 (Hastalarla veya hasta yakınlarıyla uygun şekilde ilgilenebilmek için rol yaptığım olur) ve DE7 (Hastalara veya hasta yakınlarına göstermek zorunda olduğum duyguları gerçekten yaşamaya çabalarım) maddelerinin faktör yüklerinin 0,40'ın altında olması nedeniyle analizden çıkarılmıştır. Ölçekteki 8 maddeye ilişkin faktör analizi ve cronbach alfa katsayısı bulguları Tablo 2'de sunulmuştur:

**Tablo 3.** Duygusal Emek Ölçeğine İlişkin Faktör Analizi ve Güvenilirlik Bulguları

Faktörler	Faktör Yükleri	Özdeğer	Açıklanan Varyans	Toplam Varyans	Cronbach Alpha
<b>Yüzeysel Rol Yapma Davranışı</b>		3,425	42,812	42,812	0,881
DE4	0,868				
DE5	0,860				
DE3	0,822				
DE2	0,814				
DE6	0,745				
<b>Derinden Rol Yapma Davranışı</b>		2,133	26,660	69,472	0,781
DE8	0,915				
DE9	0,806				
DE10	0,796				
KMO= 0,767	Barlett Küresellik Testi= 383,960			p= 0,000	Genel Cronbach Alfa= 0,793

Tablo 3'deki bulgulara bakıldığında ölçek maddelerinin orijinalindeki gibi 'yüzeysel rol yapma' ve 'derinden rol yapma' olmak üzere iki (2) boyutlu bir yapı sergilediği görülmektedir. Ölçeğin KMO değerinin ve küresellik derecesi gerekli ölçütler dâhilinde olduğu ve toplam varyansın %69,472'sini açıkladığı bulgular arasındadır. Cronbach alfa katsayısının yüzeysel ve derinden rol yapma boyutları bazında sırasıyla 0,881 ve 0,781; ölçek bütününde ise 0,793 olması ölçeğin oldukça güvenilir olduğunun göstergesidir.

#### 4.3.Korelasyon Analizinin Bulguları ve Hipotezlerin Testi

Araştırmada korelasyon ve regresyon analizi yapılmadan önce, elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğunu tespit etmek amacıyla çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,96 ile +1,96 arasında yer alması nedeniyle verilerin normal dağılım sergilediği belirlenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygun olması nedeniyle değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon analiziyle tespit edilmiştir. Korelasyon analiziyle elde edilen bulgular Tablo 4'te sunulmuştur:

**Tablo 4.** Değişkenler Arasındaki İlişki

Değişkenler	$\bar{X}$	SS	1	2	3	4	5
<b>1-Duygusal Bağlılık</b>	3,585	0,833	1				
<b>2-Devamlılık Bağlılığı</b>	3,444	0,939	0,354**	1			
<b>3-Normatif Bağlılık</b>	3,375	0,902	0,536**	0,387**	1		
<b>4-Yüzeysel Rol Yapma</b>	2,617	1,062	-0,289**	0,003	-0,114	1	
<b>5-Derinden Rol Yapma</b>	3,811	0,807	0,329**	0,262**	0,564**	0,091	1

\* = p<0,05; \*\* = p<0,01

Tablo 4'deki bulgulardan sağlık çalışanlarının örgüte karşı duygusal ( $\bar{X}$ =3,585) devamlılık ( $\bar{X}$ =3,444) ve normatif ( $\bar{X}$ =3,375) bağlılıklarının bulunduğu ve derinden rol yapma davranışları ( $\bar{X}$ = 3,811) sergiledikleri söylenebilir. Değişkenler arasındaki ilişkiler

incelendiğinde; çalışanların duygusal bağlılıklarının yüzeysel rol yapma davranışları ile negatif yönde zayıf düzeyde ( $r = -0,289^{**}$ ); derinden rol yapma davranışları ile ise pozitif yönde düşük düzeyde ( $r = 0,329^{**}$ ) ilişkili olduğu görülmektedir. Öte yandan devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık ile yüzeysel rol yapma davranışı arasında anlamlı düzeyde ilişki görülmezken; devamlılık bağlılığı ile derinden rol yapma davranışı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ( $r = 0,262^{**}$ ), normatif bağlılık ile derinden rol yapma davranışı arasında ise pozitif yönde orta düzeyde ( $r = 0,564^{**}$ ) ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Bu bulgulardan hareketle; çalışanların üyesi olduğu örgüte duygusal, normatif ve devamlılık bağlılığı göstermesiyle hastalara ve hasta yakınlarına sergiledikleri davranışları içselleştirdikleri söylenebilir.

Araştırmada geliştirilen hipotezlerin testi için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Bu doğrultuda örgütsel bağlılığın duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık boyutları bağımsız değişken; sırasıyla duygusal emeğin yüzeysel rol yapma ve derinden rol yapma boyutları ise bağımlı değişken olarak ele alınmış ve elde edilen analiz bulguları Tablo 5’de sunulmuştur:

**Tablo 5.** Regresyon Analizi Bulguları

Bağımlı Değişken:		Yüzeysel Rol Yapma	Derinden Rol Yapma
Bağımsız Değişken			
Duygusal Bağlılık	$\beta$	<b>-0,437</b>	0,027
	t	-2,992	0,280
	p	<b>0,003</b>	0,780
Devamlılık Bağlılığı	$\beta$	0,129	0,040
	t	1,086	0,517
	p	0,280	0,606
Normatif Bağlılık	$\beta$	0,031	<b>0,475</b>
	t	0,223	5,262
	p	0,824	<b>0,000</b>
R <sup>2</sup>		0,096	0,321
Düzeltilmiş R <sup>2</sup>		0,069	0,300
F		3,558*	15,729**

Tablo 5’deki bulgulara bakıldığında; örgütsel bağlılığın sadece duygusal bağlılık boyutunun yüzeysel rol yapma davranışını anlamlı düzeyde etkilediği görülmektedir. Duygusal bağlılık yüzeysel rol yapma davranışını negatif yönde (-0,437) ve anlamlı düzeyde ( $p=0,003$ ) etkilemekte, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık ise yüzeysel rol yapma davranışını anlamlı düzeyde etkilememekte; dolayısıyla H<sub>1</sub> desteklenmekte, H<sub>2</sub>, H<sub>3</sub> ise desteklenmemektedir. Bir diğer ifadeyle, çalışanın duygusal olarak örgüte bağlanmasıyla hastalara ve hasta yakınlarına karşı sergilediği yapmacık davranışları azalmaktadır.

Tablo 5’den elde edilen bir diğer bulgu; örgütsel bağlılığın duygusal bağlılık ve devamlılık bağlılığı boyutlarının derinden rol yapma davranışını anlamlı düzeyde etkilemediği; sadece normatif bağlılık boyutunun çalışanların derinden rol yapma davranışını pozitif yönde (0,475) ve anlamlı düzeyde ( $p=0,000$ ) etkilediği yönündedir. Bu bulgular H<sub>4</sub> ve H<sub>5</sub>’nin desteklenmediğini, H<sub>6</sub>’nin ise desteklendiğini göstermektedir. Bir diğer ifadeyle, normatif olarak (ahlaki olarak doğru olduğu için) örgüte bağlanan çalışan, hastalara ve hasta yakınlarına karşı sergilediği davranışları daha fazla içselleştirmiştir.

## V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirdiğimiz bu araştırmada elde edilen sonuçlar değerlendirilmeden önce araştırmanın önemine birkaç cümleyle değinmekte yarar vardır. Öncelikle bu araştırma, hizmet sektöründe faaliyet gösteren işletmelerin rekabet avantajı elde etmesinde önem arz eden duygusal emek kavramını ele almış ve duygusal emeğin açıklanmasında örgütsel bağlılığın (duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık) rolünü ortaya çıkarmıştır. Literatürde örgütsel bağlılık ile duygusal emek davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma sayısı oldukça sınırlıdır. Öte yandan yapılan araştırmalarda bazı araştırmacılar (Yang, Chang 2008; Mehra 2015) duygusal emeğin örgütsel bağlılıkla; bazıları (Hsu 2012; Yoğun 2016) ise tam tersi örgütsel bağlılığın duygusal emekle açıklanabileceğini öne sürmüştür. Bu araştırma ikinci bakış açısını, yani örgüte bağlı olma ile duygusal emek davranışının açıklanabileceği görüşünü dikkate almıştır. Bu doğrultuda Aksaray ilinde faaliyet gösteren bir özel hastanenin 104 çalışanından veriler toplanmış ve yapılan analizler sonucunda aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır:

Araştırmada yapılan ilgili analiz bulgularından öncelikle sağlık çalışanlarının genel itibariyle örgütüne karşı hem duygusal bağ hissettikleri ve ahlaki olarak doğru buldukları için, hem de dışarda iş alternatifleri bulunmadığı için örgütte çalışmaya devam ettikleri belirlenmiştir. Aynı çalışanların hasta ve hasta yakınlarına karşı yapmacık davranışlardan ziyade içselleştirilmiş davranışlar sergilediği de bu bulgulardan bir diğeridir. Korelasyon analizi bulgularıyla ise çalışanların üyesi olduğu örgüte duygusal, normatif ve devamlılık bağlılığı göstermesiyle birlikte hastalara ve hasta yakınlarına karşı içselleştirilmiş davranışları daha fazla sergiledikleri tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının örgüte bağlanma düzeyinin onların duygusal emek davranışlarına etkisine ilişkin bulgulara bakıldığında da literatürdeki araştırma bulgularını (Hsu 2012; Yoğun 2016) destekleyici sonuçlar elde edilmiştir. Araştırmada, duygusal bağlılık yüzeysel rol yapma davranışını negatif yönde ve anlamlı düzeyde etkilemiştir. Bir diğer ifadeyle örgütüne duygusal olarak bağlı olan çalışanlar hastalara ve hasta yakınlarına yapmacık davranışlar sergilemekten kaçınmıştır. Bununla birlikte araştırma bulguları örgütsel bağlılığın duygusal bağlılık ve devamlılık bağlılığı boyutlarının derinden rol yapma davranışını anlamlı düzeyde etkilemediğini; sadece normatif bağlılık boyutunun çalışanların derinden rol yapma davranışını pozitif yönde ve anlamlı düzeyde etkilediğini göstermiştir. Bir diğer ifadeyle, duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılığın birlikte bulunduğu bir modelde derinden rol yapma davranışını tümüyle normatif bağlılık etkilemiştir. Dolayısıyla zor zamanlarında kendilerine bu işletmenin kapı açtığını ve kariyer gelişimlerine yardımcı olduğunu düşünen ve bu nedenle de bu işletmeye bağlı olmanın ve işletmede çalışmaya devam etmenin ahlaki bir zorunluluk olduğu görüşünde olan çalışanların belki de aynı sebeple (ahlaki olarak doğru olduğu için) hastalara ve hasta yakınlarına sergiledikleri davranışları içselleştirdikleri belirlenmiştir.

Bu araştırmanın yukarıda açıklanan ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülen bulguları yanında gerçekleştirildiği zaman, yer ve bireyler açısından da bazı kısıtları bulunmaktadır. Öncelikle araştırmanın sadece Aksaray ilindeki özel bir hastane çalışanları üzerinde gerçekleştirilmiş olması ve bu çalışanlardan kesitsel ve nicel olarak verilen toplanması araştırmanın önemli bir kısıtıdır. Öte yandan araştırmada duygusal emek davranışının sadece tek bir değişken ile (örgütsel bağlılık) açıklanmaya çalışılması, diğer örgütsel (örgütsel destek algısı, yönetici desteği, liderlik, kişi-örgüt uyumu vb.) ve bireysel (olumlu ve olumsuz duygulanım vb) değişkenlerin göz ardı edilmesi bir diğer kısıtıdır. Gelecekte yapılacak araştırmaların söz konusu kısıtları dikkate alması, araştırmayı farklı örneklerle çeşitlendirmesi ve farklı değişkenlerle duygusal emek davranışının öncülleri ve ardılları konusunda katkılar yapması önerilebilir.

## **KAYNAKÇA**

1. Allen N. J. and Meyer J. P. (1993) Organizational Commitment: Evidence of Career Stage Effects?. **Journal of Business Research** 26(1): 49-61.
2. Allen N. J. and Meyer J. P. (1990) The Measurement and Antecedents of Affective, Continuance and Normative Commitment to the Organization. **Journal of Occupational Psychology** 63(1): 1-18.
3. Ashforth B. E. and Humphrey R. H. (1993) Emotional labor in Service Roles: The Influence of Identity. **Academy of Management Review** 18(1): 88-115.
4. Awamleh N. A. (1996) Organizational Commitment of Civil Service Managers in Jordan: A Field Study. **Journal of Management Development** 15(5): 65-74.
5. Basım H. N. ve Beğenirbaş M. (2012) Çalışma Yaşamında Duygusal Emek: Bir Ölçek Uyarlama Çalışması. **Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 19(1): 77-90.
6. Diefendorff J. M. Croyle M. H. and Gosserand R. H. (2005) The Dimensionality and Antecedents of Emotional Labor Strategies. **Journal of Vocational Behavior** 66(2): 339-357.
7. Ersoy S. ve Bayraktaroğlu S. (2010) **Örgütsel Bağlılık**. Derya Ergun Özler (der.), Örgütsel Davranışta Güncel Konular içinde, Ekin Yayınevi.
8. Grandey A. A. (2003) When “The Show Must Go On”: Surface Acting and Deep Acting as Determinants of Emotional Exhaustion and Peer-Rated Service Delivery. **Academy of Management Journal** 46(1): 86-96.
9. Hochschild A. R. (1983) **The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling**. University of California Pres, Berkeley.
10. Hsu J. L. (2012) Effects of Emotional Labor on Organizational Performance in Service Industry. **Pakistan Journal of Statistics** 28(5): 757-765.
11. Karasoy A. H. (2011) **Örgütsel Bağlılık**. Aykut Bedük (Ed.), Örgüt Psikolojisi Yeni Yaklaşımlar Güncel Konular içinde, Atlas Kitabevi, Konya.
12. Kaya U. ve Özhan Ç. K. (2012) Duygusal Emek ve Tükenmişlik İlişkisi: Turist Rehberleri Üzerine Bir Araştırma. **Çalışma İlişkileri Dergisi** 3(2): 109-130.
13. Mathieu J. E. and Zajac D. M. (1990) A Review and Meta-Analysis of The Antecedents, Correlates, and Consequences of Organizational Commitment. **Psychological Bulletin** 108(2): 171.
14. Mehra R. (2015) Emotional Labour as a Predictor of Organizational Commitment in Selected Call Centres Located in Chandigarh Region. **International Journal of Research in Commerce & Management** 6(11): 54-58.
15. Meyer J. P. and Smith C. A. (2000) HRM Practices and Organizational Commitment: Test of A Mediation Model. **Canadian Journal of Administrative Sciences/Revue Canadienne des Sciences de l'administration** 17(4): 319-331.

16. Meyer J. P., Bobocel D. R. and Allen N. J. (1991) Development of Organizational Commitment During The First Year of Employment: A Longitudinal Study of Pre-and Post-Entry Influences. **Journal of Management** 17(4): 717-733.
17. Morris J. A., and Feldman D. C. (1996) The Dimensions, Antecedents, and Consequences of Emotional Labor. **Academy of Management Review** 21(4): 986-1010.
18. Nguyen H., Groth M. and Johnson A. (2016) When the Going Gets Tough, The Tough Keep Working: Impact of Emotional Labor on Absenteeism. **Journal of Management** 42(3): 615-643.
19. Özsoy A. S. (2004) Bir Yüksekokul Çalışanlarının Kuruma Bağlılık Durumlarının İncelenmesi. **İş, Güç - Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi** 6(2): 13-19.
20. Arı G. S. (2003) Yöneticiye Duyulan Güven Örgütsel Bağlılığı Artırır mı? **Gazi Üniversitesi Ticaret Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi** 2(2): 17-36.
21. Steers R. M. (1977) Antecedents and Outcomes of Organizational Commitment. **Administrative Science Quarterly** 46-56.
22. Taşkaya S. ve Şahin B. (2011) Hastane Çalışanlarının Kişisel Özellikleri İle Örgütsel Adalet Algılarının Örgüte Bağlılık Düzeyleri Üzerine Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli İle Değerlendirilmesi. **Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 29(1): 165-185.
23. Wasti S. A. (2000) Meyer ve Allen'in Üç Boyutlu Örgütsel Bağlılık Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Analizi. **8. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, Erciyes Üniversitesi**, 401- 410.
24. Yang F. H. and Chang C. C. (2008) Emotional Labour, Job Satisfaction and Organizational Commitment Amongst Clinical Nurses: A Questionnaire Survey. **International Journal of Nursing Studies** 45(6): 879-887.
25. Yogun A. E. (2016) Commitment and Burnout: Mediator Role of The "Emotional Labor". **Eurasian Journal of Business and Management** 4(2): 28-40.
26. Zaganjori O. (2016) An Empirical Research on The Relationship Between Emotional Labor and Work Alienation. **Selçuk University Social Sciences Institutions Master Thesis**, Konya.





# Olgusal Bir Yapı Olarak Sağlık Politikaları: 1920-1960 Yılları Arası Cumhuriyet Döneminin Tarihsel İzleği

Gamze NESİPOĞLU\*

## ÖZ

*İnsanın biyopsikososyal varlık olmasıyla koşut olarak sağlığın bütüncül anlamda “fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali”ni ifade etmesi; bağlantısal olarak belirleyicilerine, içkin olarak da sağlıkla ilgili üretilen ve yürütülen politikalara, içeriğine ve hedeflenen ereğe işaret etmektedir. Bu bağlamda bir toplumun yaşamını ve geleceğini şekillendiren sağlık politikaları mahiyeti gereği önem arz etmekte, anlamlandırılabilmesi için de bütüncül anlayışla değerlendirilmesi gerekmektedir. Kaldı ki, bir sağlık politikasının tarihsel izleğini eksiksiz olarak ortaya koymak; o politikanın üretilmesinde temel dayanak olan gereksinim(ler) ve yaşanan sorunun/sorunların yanı sıra sorunu giderebilecek ekonomik güç, politikayı içeriklendiren kültürel düzey, politikanın kabulünde ya da reddinde etkili olan kolektif bilinç ve tarihsel miras ile birlikte ele alınmasını gerektirmektedir. Dolayısıyla yaşamı şekillendirdiği gibi yaşamla da şekillenen sağlık politikalarının düşünsel olduğu kadar olgusal nitelik serimlediğini kabul etmek gerekecek, aksi durum politikanın doğasını ve gerçekliğini görmezden gelip, sezgisel olarak kavramaya çalışmak anlamına gelecektir. İşte, sağlık politikalarının olgusal doğası ve mahiyeti; hazırlandığı döneme ve ardındaki unsurlara göre incelemeyi gerektirdiği gibi tarihsel izleğini neden ve nasıl sorularının yanıtlarıyla ortaya koymayı da elzem kılmaktadır. Söz konusu anlayışla, bu çalışmada, incelemenin dikey olarak sistematik ve analitik karakterine uygun bir şekilde yapılabilmesi için dönem sınırlamasına gidilmiş; 1920 ile 1960 yılları arasında ülkemizde belirlenen ve yürütülen sağlık politikaları ardındaki gerçeklik, oluşumunda etkili olan unsurlar ve çevreleyen etkenlerle birlikte değerlendirilmeye çalışılmıştır.*

**Anahtar Kelimeler:** Behçet Uz, Cumhuriyet Dönemi, Refik Saydam, Sağlık Politikaları, Tarihsel İzlek

## The Health Policies as a Factual Artefact: Historical Path and Theme of The Republic Period Between 1920 and 1960

### ABSTRACT

*The expressing of the concept of health, in parallel with the fact that man is a biopsychosocial being, implying “physical, mental and social well-being” in a holistic sense indicates correlatively the determinants of health and immanently the developed and pursued policies about health, their content and the objective. In this context, the health policy that shapes life and future of a society is important due to its quiddity, and it necessitates to be evaluated in holistic sense to be given the meaning. Moreover, to reveal the historical path and theme of a health policy requires contextualising the policy with the problem encountered, the economic power overcoming the problem, cultural level regarding to the content acquisition of the policy, the contemporary patterns, collective consciousness and historical heritage effective the policy to be accepted or rejected. Therefore, it will be necessary to admit that health policies shaped by life just as shaping life are actual and factual as much as intellectual, the contrary situation will imply to try comprehending the policies intuitively ignoring the nature and the fact of them. So, the factual nature and quiddity of health policies also make essential to reveal the historical path and theme with the answers of why and how questions like examining the policies in reference to the period where they were produced and the elements behind them. In this study, the period was limited since the analysis could be made vertically in accordance with systematic and analytical character of the methodology chosen by the author, the health policies*

\* Arş. Gör. Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, gamze.nesipoglu@istanbul.edu.tr

*determined and implemented in our country between 1920 and 1960 was tried to be evaluated with the facts behind them, the elements effective in their formation and the surrounding factors.*

**Keywords:** Behçet Uz, Republic Period, Refik Saydam, Health Policies, Historical Path and Theme

## I. GİRİŞ

Kavramsal açıdan “devletin etkinliklerini amaç, yöntem ve içerik olarak düzenleme ve gerçekleştirme esaslarının bütünü. Davranış biçimi, düşünce yapısı”nı ifade eden “politika”; kelime anlamının da ortaya koyduğu üzere, davranışı belirleyen, uzantısı olarak yaşamı şekillendiren ve yaşantılarla şekillenen bir olgu olarak da değerlendirilebilir (TDK 2017). İşte, bu nedenle, eğitim, hukuk, ekonomi ve sağlık başta olmak üzere çeşitli alanlarda üretilen ve yürütülen politikalar; aynı zamanda politikaları belirleyen devletin ilgili alana yaklaşımı ile yaşamı o politikalarla şekillenen toplumun tarihsel varoluşu ve sosyokültürel yapısı gibi birçok olguyu da içkin olarak ortaya koymaktadır. Zira toplum yaşamını şekillendiren politikalar olgusal nitelik serimlemekte; birçok etkenin bileşimi ve birbirleriyle olan etkileşimleri ile şekillenmektedir. Dolayısıyla herhangi bir alanın yönetsel bir parçası olan politikaları gerekçelerinden ve onu vücuda getiren etkenlerden soyutlanmış bir ürün olarak değil, arka planındaki tüm unsurlarla olgusal bir yapı olarak ele almak, ilgili politikanın kavranması ve anlamlandırılması yolunda temel adımı oluşturmaktadır. Bu bağlamda diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da üretilen politikaların bütüncül anlayışla değerlendirilmesi; o politikaların hazırlanmasını gerekli kılan unsurların, hastalıkların, hastalık etkenlerinin, toplumun sosyopolitik ve ekonomik özelliklerinin, varlık gösterdiği coğrafyanın, uluslararası ilişkilerinin ve mevcut kültürel birikiminin ardındaki tarihsel sürecin de birlikte ele alınmasını gerektirmektedir. Cumhuriyet dönemi sağlık politikalarının bu anlayışla değerlendirilmesi olgusal yapısı gereği hem Osmanlı Devleti’nin son döneminde toplumsal açıdan mustarip olunan hastalıkların ve hastalık-sağlık anlayışını somut kılan çalışmaların hem de 94 yıllık Cumhuriyet Türkiye’sinde sağlık politikalarını, hazırlandığı döneme ve ardındaki unsurlara göre incelemeyi elzem kılmaktadır. Dolayısıyla, bu çalışmada, incelemenin dikey olarak sistematik ve analitik bir şekilde yapılabilmesi için dönem sınırlamasına gidilmiş; 1920 ile 1960 yılları arasında belirlenen ve yürütülen politikalar ardındaki gerçeklik, oluşumunda etkili unsurlar ve çevreleyen etkenlerle birlikte değerlendirilmeye çalışılmıştır.

## II. OSMANLI DEVLETİ’NİN DAĞILMA DÖNEMİNDE SAĞLIK POLİTİKALARI

Osmanlı Devleti’nin 13. yüzyılın sonlarında kuruluşundan Tanzimat Dönemine (19. yüzyıl) kadar geçen 6 asırlık süreçte sağlık alanında teşkilatlanma ve kurumsallaşma bağlamında Anadolu Selçuklu Devleti’nden (1077-1308) aldığı mirası koruduğu ve değişiklik yapmadan sürdürdüğü görülmektedir. Zira *darüşşifa*, *darüssıhha* ya da *maristan* adıyla anılan şifahaneler, Selçuklu’da olduğu gibi, vakıflar aracılığıyla kurulup işletilmiş; “sosyal yardım” niteliğindeki sağlık hizmetleri devlet adamları ve hayırseverler tarafından verilmiş, sayıları artırılsa da İstanbul, Bursa, Edirne ve Kayseri gibi dönemin önemli şehirlerinde yoğunluk gösterip taşraya ve halkın tamamına ulaşamamıştır. Sağlık hizmetlerinin devletin birincil görevleri arasında yer almaması, mevcut sistemin iyileştirilmesine yönelik politikaların üretilmesine ket vurmuş, gerek hizmetlerde gerekse sağlık sisteminde önemli bir ilerleme kaydedilememiştir (Beylik ve diğerleri 2015). Ne var ki, 19. yüzyıldan itibaren devlet mevcut koşulları değerlendirmeye ve gerek sağlık hizmetleri gerekse o hizmetlerde görev alacak kişilerin eğitimi ile ilgilenmeye başlamıştır. Sağlık alanında “çağdaşlaşma hareketleri” olarak değerlendirilen bu çalışmalar, modern tıp eğitimi ile orduya Müslüman hekim ve cerrah yetiştirmek amacıyla 14 Mart 1827 (II. Mahmut dönemi) tarihinde *Tıbhane* ve *Cerrahhane-i Amire*’nin açılmasıyla eğitim alanında başlamıştır. Söz konusu eğitim kurumlarının 17 Şubat 1839’da *Mekteb-i Tıbbiye-i (Adliye-i*

*Şahane* adı altında birleştirilmesiyle Osmanlı'nın Batı modelinde eğitim veren ilk çağdaş tıp okulu kurulmuştur (Altıntaş 2007). Tıp eğitimi ile ilk adımı atılan çağdaşlaşma hareketleri idari alanda da gerçekleştirilmiş; 1849 yılında hekimbaşı kurumu kaldırılmış ve yerine 1850 yılında tıbbiye nezareti kurulmuş, 1862 yılında yayımlanan nizamname ile de tıp okulundan mezun olmak hekimliğin zorunlu koşulu olarak belirlenmiştir (Beylik ve diğerleri 2015). Öte yandan eğitim dilinin Fransızca olması öğrenciler için sıkıntı yaratmış ve başarı düzeyini önemli ölçüde düşürmüştür. Bahsi geçen soruna çözüm bulmak amacıyla 1867 yılında eğitim dilinin Türkçe olduğu *Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye* adıyla sivil bir tıp okulu kurulmuştur (Altıntaş 2007). Askeri tıp okulunun eğitim dilinin Fransızca olması, Osmanlı'nın Batı'ya yönelişine ve çağdaşlaşma isteğine kanıt olarak değerlendirilebilir. Sivil tıp okulunun kuruluşunda ayrıca 1862 nizamnamesinde belirtilen hekim olma önkoşulunu yerine getirme ve sadece askeriyenin değil, halkın da sağlıklı ilgili ihtiyaçlarını karşılama amacının yattığı da ileri sürülebilir.

Sivil tıp okulunun açıldığı yıl (*Tuna*) *Vilayet Nizamnamesi* (1864) tüm vilayetleri kapsayacak şekilde düzenlenmiş ve *Vilâyet-i Umûmiye Nizâmnamesi* adıyla yayımlanmıştır (Kartal 2010). Genel idari yapıdaki bu düzenlemenin yanı sıra sağlık teşkilatlanmasının ilk kez ele alındığı nizamname, sağlığın kurumsallaşması ve örgütlenmesi açısından atılan önemi adımların da önünü açmıştır. Zira *Tababet-i Belediye'nin İcrasına Dair Nizamname* (1870) ve *İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi* (1871) ile beraberinde kurulan sıhhiye müfettişlikleri ve memleket tabiplikleri atılan diğer adımlara örnek teşkil etmektedir (Beylik ve diğerleri 2015). Söz konusu nizamnamelerdeki belirsizlikleri gidermek, eksikleri tamamlamak ve sağlık teşkilatlanması ile kurumsallaşma yolunda gerekli kararları almak amacıyla *Vilayet İdare-i Sıhhiye Nizamnamesi* (1913) yayımlanmıştır. Bu nizamname ile illerde sağlık müdürlüğü, ilçelerde ise sıhhiye meclisleri kurulmuş ve “memleket tabipliği”, “hükümet tabipliği” olarak değiştirilmiştir (Çavdar, Karcı 2014; Aydın 2004). Sağlıkta teşkilatlanma ve kurumsallaşma bağlamında ayrıca *Karantina Örgütü* (1838), *Mekteb-i Tıbbiye Nezareti* (1839), *Cemiyet-i Tıbbiye-i Mülkiye* (1869), *Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi* (1913) ile *Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti* (1915) gibi kurumların açılması da önem arz etmektedir (Aydın 2006). Böylece sağlık hizmetlerinin sunum ve denetimini doğrudan devletin üstlendiği ve teşkilatlanmanın yanı sıra taşraya hizmet götürülmesiyle de geçmişin eksiklerinin giderilmeye başlandığı ifade edilebilir.

Çağdaşlaşma hareketleri kapsamında yukarıda sözü edilen eğitim ve idari alandaki çalışmaların yanında tedavi edici sağlık hizmetlerinin de çehresi değişmeye başlamış; 1845'te Haydarpaşa Askeri Hastanesi, 1862 yılında ise Zeynep Kamil Hastanesi hizmete açılmıştır. Özellikle Zeynep Kamil Hastanesi, darüşşifadan hastaneye geçişte, vakıfların üstlendiği ve “hayır işi” olarak görülen sağlık hizmetlerinin devlet eliyle verilmesi açısından önemli bir kilometre taşı olarak nitelendirilebilir. Koruyucu sağlık hizmetleri bağlamında ise salgın hastalıklardan dolayı 1889'da çiçek aşısı üretim merkezi olan *Telkihane-i Şahane-Osmani*'nin kurulması yönünde yasa tasarısı hazırlanmış, 1892 yılında da Sultan II. Abdülhamit'in emri ile hizmet vermeye başlamıştır (Erol 2003). Aynı yıl, ayrıca, Üsküdar, Tophane ve Gedikpaşa'da “buğu evi” ya da “buharla dezenfeksiyon yapılan yer” anlamına gelen *tebhirhane* kurulmuştur (Yıldırım 2013). Bir yıl sonra (1893) kolera salgınının baş göstermesi sebebiyle *Bakteriyolojihane-i Şahane-Osmani* yapılandırılmıştır ki bu kurum Osmanlı'da “koruyucu hekimliğin temeli olarak” değerlendirilmektedir (Erol 2003). 19. yüzyılda Osmanlı'nın sağlık alanında gerçekleştirdiği yenilikler ve yaşadığı dönüşümün temelinde, bulaşıcı ve salgın hastalıkların yanı sıra 3 Kasım 1839 tarihinde ilan edilen Tanzimat Fermanı ile değişmeye başlayan sağlık anlayışının yattığı da söylenebilir. Zira Tanzimat'ın ilanı çağdaşlaşma bağlamında siyasi ve toplumsal düzenlemeleri gerekli kılmış; bu düzenlemelerle yeniden yapılanma sağlık politikalarında da varlığını etkin olarak göstermiştir.

Ne var ki, yukarıda belirtildiği gibi ancak 19. yüzyılda başlayan, sağlık teşkilatlanması ve halkın sağlık sorunlarına devletin çözüm üretme yaklaşımına rağmen, ağırlığın taşraya ve salgın hastalıkların tedavisine verilmesi koruyucu hekimlikle tedavi edici hekimliğin birlikte yürütülmemesine ve bütüncül anlayışın edinilmemesine yol açmıştır (Aydın 2006). Osmanlı’da 19. yüzyılın ilk yarısında sözü edilen çağdaşlaşma hareketlerini etkileyen diğer bir unsurun ise küresel açıdan varlığını yadsınamaz biçimde hissettiren Sanayi Devrimi’nin olduğu varsayılabilir. Zira Sanayi Devrimi ile Batı’da sanayileşme, kentleşme ve bilimsel düşüncenin hâkim olması sağlık sistemini yapısal değişime uğratmış, tıbbi bakım hayırseverlikten profesyonelliğe evrilmeye ve uzmanlaşmayla birlikte meslek örgütleri kurulmaya başlanmıştır (Sur 2017). Bahsi geçen durumun tıbbi bakımdan sağlık idaresine kadar hazırlanan ve yürütülen politikaları da değişime uğrattığı, bu değişimin döngüsel ve süreğen bir nitelik sergilediği çıkarılabilir. Bu nedenle yüzünü Batı’ya çeviren Osmanlı’nın bu süreçten ve sürecin özünü oluşturan Sanayi Devrimi’nden etkilendiğini belirtmek yanlış olmasa gerektir. Sağlık hizmetlerinin yaklaşık 6 asır “sosyal yardım” niteliğinde vakıflar tarafından verilmesi, devletin birincil görevleri arasında ancak salgın ve bulaşıcı hastalıklardan toplumun mustarip olması ve Tanzimat’ın ilanı ile Batı’ya yönelmenin ilineksel olarak çağdaşlaşmanın elzem görülmesiyle başlaması, geç kalınması ve hizmetlerin yeterli olup olmadığı noktasında tartışmaya açıktır. Yine de salgın ve bulaşıcı hastalıkların etkileri, ülkenin içinde bulunduğu politik ve ekonomik durum göz önüne alındığında yürütülen sağlık politikaları ile verilen hizmeti anlamlı kılmaktadır.

### III. ERKEN CUMHURİYET TÜRKİYE’SİNDE SAĞLIK POLİTİKALARININ ARKA PLANI

Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşundan önce, 23 Nisan 1920 tarihinde, Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılışını takiben siyasi, ekonomik, toplumsal ve eğitim öğretim alanlarında olduğu gibi sağlık alanında da gereksinimler belirlenmiş; mevcut koşullar uyarınca gereksinimleri karşılamak ve çağdaş bir yapıya sahip olmak amacıyla politikalar üretilmiştir (Aydın 2002). Toplumun yeniden inşasını sağlayacak politikaların hazırlandığı alanlar arasında sağlığa özel önem verilmiş; hem verem, trahom, frengi gibi bulaşıcı hastalıklar başta olmak üzere mevcut sağlık sorunlarına çözüm üretecek hem de toplumsal ve mesleki açıdan sağlık eğitimine yönelik teşkilatlanma ve kurumsallaşmayı sağlayacak politikalar hazırlanmıştır. Sağlığın öncelik arz etmesinin ardında birçok etken bulunduğu; gerek savaşlardan gerek salgın ve bulaşıcı hastalıklardan gerekse yoksulluktan ötürü sayısı az ve sıkıntılı olan bir toplumu sağlığına kavuşturmanın, mevcut sayıyı korumanın yanı sıra artırmanın haklı çıkarılabilir bir durum olduğu savunulabilir (Rasimoğlu 2014). Söz konusu durumun arka planındaki etkenler; I. Dünya Savaşı (1914-1918), savaş sürecinde Boğazlar Antlaşması (1915), Londra Antlaşması (1915), Petrograd Protokolü (1916) ve Saint-Jean De Maurienne Antlaşması (1917) gibi Osmanlı topraklarının paylaşılmasına dair gizli antlaşmaların yapılması, savaştan mağlubiyetle çıkılması ve İstanbul’un işgali sayılabilir. Bunun yanı sıra 30 Ekim 1918 tarihinde imzalanan Mondros Mütarekesi ile de Osmanlı topraklarının İttifak ve İtilaf devletleri arasında alenen pay edilmesi, Kuva-yı Milliye (Milli Kuvvetler) hareketinin ve Kurtuluş Savaşı’nın (1919-1922) başlamasına zemin hazırlamıştır (Kaşiyuğun 2009). Böyle bir ortamda Mustafa Kemal (Atatürk) ve dava arkadaşları önderliğinde bir yandan Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin (23 Nisan 1920) açılması gibi Cumhuriyet Türkiye’sinin kurulması yönünde çalışmalar yapılmış, öte yandan sağlık alanında politika oluşturmak yönünde kurumsallaşmaya gidilmeye başlanmıştır. Kurumsallaşma yolunda ilk adım ise, 3 Mayıs 1920 tarihinde *Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti*’nin kurulmasıyla atılmıştır. Savaşın kazanılması ile 29 Ekim 1923 tarihinde Cumhuriyet ilan edilmiş ve Türkiye Cumhuriyeti kurulmuş; siyaset, ekonomi, eğitim ve toplumsal yapıda olduğu gibi sağlıkta da köklü değişikliklere gidilmiştir (Özaydın 2007; Öztürk 1999). Kurulan yeni ülkede siyasi alanda Halifeliğin Kaldırılması (3 Mart 1924), Laikliğin Anayasaya Girilmesi (5 Şubat 1937); toplumsal alanda Tekke ve Zaviyelerin

Kapatılması (30 Kasım 1925); eğitim alanında Yeni Türk Harflerinin Kabulü (1 Kasım 1928) ile Üniversite Reformu (15 Mayıs 1933) ve ekonomik alanda Kapitülasyonların Kaldırılması (24 Temmuz 1923), Sanayi Teşvik Kanunu (28 Mayıs 1927) gibi birçok alanda yeniliğe gidilmiştir. Yüksek öğrenim ve tıp eğitiminde 1933 yılında yayımlanan 2252 sayılı kanun ile üniversite ruhuna uygun olarak bilimsel bakış açısına sahip akademisyenlerin ve bireylerin yetişmesi, eğitimin çağdaş ve sorgulayıcı bir nitelik kazanması amacıyla Üniversite Reformu gerçekleştirilmiş, tıp fakültesinde (İstanbul Tıp Fakültesi) Türk hocaların yanı sıra Almanya'dan davet edilen hocalar da eğitim vermiştir (Namal 2011). Çağın koşullarına uygun olarak yapılan yenilikler sağlık hizmetlerine de yansımış, bilimsel düşünceye dayalı ve seküler tıp eğitimi vermek ve sağlık hizmet sunmak devletin birincil görevleri arasında yer almıştır. Küresel bağlamda ise Batı'da etkisini kayda değer şekilde hissettiren Sanayi Devrimi ile bireyi ekonomik ve toplumsal gelişmenin önemli bir paydaşı olarak değerlendiren anlayışla bireyin sağlığı toplumun sağlığı olarak değerlendirilmiş ve bunu sağlayacak yetkili mercii de devlet olarak görülmüştür (Aydın 2002). Çağdaşlaşmanın uzantısı olarak anılabilen bu durumun, çağdaş bir devlet olma yolunda kurulan Cumhuriyet Türkiye'sinde de yaşandığını belirtmek yanlış olmasa gerektir. Nitekim sağlık sisteminin yapı taşı olan politikaları mikro düzeyde uygulandığı toplumun gereksinimlerinden, kültüründen, ekonomisinden, siyasetinden; makro düzeyde ise dünya genelinde hâkim olan düşünceden ve işleyen sistemden soyutlayarak hazırlamak politikanın doğasına aykırı bir durum olarak değerlendirilebilir. Aynı şekilde bir toplumda uygulanacak bir sağlık politikasının kabul görmesi, o toplumun gereksinimlerini karşılayabilmesi, sorunlarına çözüm üretebilmesi ve uygulanabilmesi için gerekli koşulların oluşturulmasına dayandırılabilir.

Kaldı ki, “sağlık politikaları, politika belirleme sürecinin en doğru şekilde sonuca ulaşması için, mevcut sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlık üzerinde etkisi olan her türlü çevresel ve sosyoekonomik etkiler üzerinde de çalışmalar yapmayı gerektirmektedir,” (İleri ve diğerleri 2016). İşte, Cumhuriyet'in erken döneminde gereksinimleri karşılamak, sorunlara çözüm bulmak ve çağdaşlaşma hedefine ulaşmak amacıyla hazırlanan sağlık politikaları da diğer alanlardaki koşullar ve düzenlemelerle birlikte ele alınmıştır. Bu doğrultuda, henüz Cumhuriyet ilan edilmemişken kurulan *Sihhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti* ile sıtma, verem, frengi ve trahom gibi salgın ve bulaşıcı hastalıklarla mücadelede, az olan nüfusu artırma yönünde ana çocuk sağlığına ve halkın sağlığının korunmasına öncelik verilmiştir. Ayrıca halkı bilinçlendirmek amacıyla söz konusu hastalıklar, bebek bakımı ve ana çocuk sağlığı başta olmak üzere birçok konuda eğitici kitapçık yayımlanmıştır (TTA 2010). 11 Mayıs 1920 tarihinde ilk sağlık bakanı olarak göreve başlayan Dr. Adnan (Adıvar) Bey, Türkiye Büyük Millet Meclisi İkinci Başkanı olarak seçilmesi nedeniyle 2 Mart 1921 tarihinde başkanlık görevini gereğince yerine getirmek adına bakanlıktan ayrılmış ve yerine Dr. İbrahim Refik (Saydam) Bey (1881-1942) getirilmiştir. 10 Mart 1920'de sağlık bakanı olarak TBMM'ye adım atmış, kısa süreli aralıklarla görevi son bulmuş olsa da yaklaşık 15 yıl\* hizmet vermiş ve çalışmalarıyla “modern Türk sağlık sistemi”nin kurucusu unvanını almıştır. Dr. İbrahim Refik, kurulma aşamasında olan ülkenin kısıtlı kaynaklarının cephede mücadele etmekte olan orduya aktarılması, toplumun yoksulluk ve hastalıklardan mustarip olması dolayısıyla aciliyet gösteren durumlara öncelik vermiş, ilk işi bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele olmuştur. Dolayısıyla trahom, verem, frengi, lepra ve sıtma başta olmak üzere kolera, difteri, tifo, tifüs ve çiçek gibi hastalıkların tedavisi ve önlenmesi önem ve öncelik arz etmiştir. Bu doğrultuda aşı üretimine başlanması; *Frenginin*

\* Refik Saydam; 10 Mart 1921-16 Mayıs 1921 (2 ay 6 gün), 19 Mayıs 1921 – 20 Aralık 1921 (7 ay 1 gün), 30 Ekim 1923 – 4 Mart 1924 (4 ay 4 gün), 6 Mart 1924 – 21 Kasım 1924 (7 ay 15 gün) ve 4 Mart 1925 – 26 Ekim 1937 (12 yıl 7 ay 22 gün) tarihleri arasında yaklaşık olarak **15 yıl (14 yıl 4 ay 18 gün) sağlık bakanı olarak** hizmet vermiştir. Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra 10 Kasım 1938 – 24 Ocak 1939 tarihleri arasında iç işleri bakanı olarak da çalışmış; 25 Ocak 1939 tarihinde başladığı başbakanlık görevini ise kalp krizi nedeniyle yaşamını kaybettiği 8 Temmuz 1942 tarihine dek sürdürmüştür (Metintaş 2008; Öcal 2006).

*Kaldırılması ve İlerlemesinin Yayılmasına Dair Kanun ve Sıtma Mücadele Kanunu* gibi kanunların yayımlanması; Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü'nün kurulması; hekimlere zorunlu hizmetin getirilmesi ve taşra teşkilatlanması gibi çalışmalar ile tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri bir arada verilmeye başlanmıştır (Metintaş 2008). Hastalıklarla etkin mücadelenin arka planındaki unsurlar arasında ise Refik Bey'in Balkan Savaşları'nda askeri hekim olarak görev yaptığı sırada 26 bin askerin kolera ve dizanteriden yaşamını yitirmesinden duyduğu üzüntü ve bu süreçte edindiği deneyim de sayılabilir.

Üretilen politikalar ve izlenen siyaset bağlamında teşkilatlanma ve kurumsallaşmaya da önem verilmiş, oluşturulan yapı yayımlanan kanun ve tüzüklerle korunmaya çalışılmıştır. Nitekim kanunlaşma kapsamında sağlık alanında 47 kanun ve 18 tüzüğün yayımlanması belirtilen önermeye dayanak oluşturmaktadır. Bunlardan bulaşıcı ve salgın hastalıklar mücadele kapsamında -doğrudan ilgili olması açısından- *Frenginin Kaldırılması ve İlerlemesinin Yayılmasına Dair Kanun* (1921), *Sular Hakkında Kanun* (1926), *Sıtma Mücadele Kanunu* (1926), *Seriri ve Gıdai Araştırma Yapılan Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu* (1927), *Sıtma ve Frengi İlaçları için Kanun* (1935), *Çeltik Ekim Kanunu* (1936); tüzük olaraksa *Kinin Tedarikine Dair Kanununun Uygulanması Hakkında Tüzük*, *Zührevi Hastalıklarla Savaş Tüzüğü*, *Sular Hakkında Tüzük*, *Çiçek Aşısı Tüzüğü* dikkat çekmektedir. Öte yandan, hekimler tarafından taşranın tercih edilmek istenmeyişi ve buralarda sağlık çalışanı sayısının yetersizliği nedeniyle *Hekimlerin Zorunlu Hizmetleri Hakkında Kanun* (1923), *Hekimlerin Sıtma Enstitülerinde Staj Zorunlulukları Hakkında Kanun* (1926) ve *Sivil Hekimlerin Zorunlu Hizmetleri ve Hekim, Eczacı ve Diş Hekimlerin Stajları Hakkında Kanunlara Ek Kanun* (1924) hazırlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Kurumsallaşma bağlamında ise 1219 sayılı *Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun* (1928), 1593 sayılı *Umumi Hıfzıssıhha Kanunu* (1930) ve 3017 sayılı *Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu* (1936) gibi önemini hâlihazırda koruyan kanunlar yayımlanmıştır (Metintaş 2008). Özellikle Umumi Hıfzıssıhha Kanunu önem arz etmektedir zira “sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sahiplenildiği” (Madde 1 ile Madde 3'ün 8 ve 15. bendi) ibaresinin yanı sıra psikiyatri hastalarının ve engellilerin tedavisi ve korunmasından devletin sorumlu tutulduğu, bu yönde de kurumsallaşmaya gidilmesinin gerekliliği ifade edilmektedir (Resmi Gazete 1930-Umumi Hıfzıssıhha Kanunu). Bahsi geçen son üç kanun ile hastalıkların önlenmesi bağlamında koruyucu sağlık hizmetlerinden sağlık çalışanı ve halkın sağlık konusunda eğitimine, aşı üretimi ve denetiminden tetkik laboratuvarlarının kurulma ve denetime, nüfusun artırılmasına yönelik çalışmalardan hekimlik mesleğinin icrasına kadar sağlık sisteminin esasına yönelik düzenlemeler yapıldığı görülmektedir.

Dr. Refik Saydam döneminde sağlık sorunlarının giderilmesi ve gereksinimlerin karşılanması kapsamında ayrıca görev yapan hekim ve sağlık çalışanlarının sayısını belirleyerek, kayıt altına almaya ve sağlık çalışanı sayısını artırmaya dair çalışmalar da yapılmıştır. Nitekim *Sihhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti* tarafından 1923 yılında bakanlığa bağlı olarak görev yapan 554 hekim, 560 sağlık memuru, 136 ebe, 60 eczacı ve 40 hemşirenin bulunduğu ve hekim başına düşen hasta sayısının 20 bin olduğu saptanmıştır. Anlaşılacağı üzere, niceliksel yetersizlik eğitimle ilgili çalışmaları gerekli kılmış; 1924 yılında İstanbul'da tıp talebe yurdu açılmış; gündüz eğitim veren Sihhiye Memurları Okulu kurulmuş, aynı yıl Sivas'ta da yatılı sağlık memurları okulu öğrenci almaya başlamıştır (TTA 2010). On beş yıl içerisinde, 1937 yılında, hekim ve sağlık çalışanı sayısında kayda değer bir artış gözlemlenmiş; 1391 hekim, 1497 sağlık memuru, 486 ebe, 356 hemşire, 137 eczacı olarak belirlenen rakamlar sürekli yükselmiştir (Yeginboy, Sayın 2008). Saydam, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini bir arada sunmayı hedeflemiş, “bugünkü sağlık teşkilatlanması ve hizmetlerinin temelini atmıştır” (Aydın 2006; Yeginboy, Sayın 2008). Sağlık çalışanı sayısındaki artışın, hazırlanan politikaların geçerliliğine kanıt teşkil ettiği belirtilebilir, zira bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin göstergesi olarak değerlendirilen hekim

başına düşen hasta sayısının da artan hekim sayısı ile ters orantılı olarak azalması da yeni ülkenin “çağdaş medeniyetler seviyesine ulaşma” hedefi ile uyumlu görünmektedir. Ne var ki, hasta başına düşen yatak sayısı da sağlık politikaları ve sisteminin mahiyeti ve işlerliği açısından önemli bir gösterge olarak değerlendirildiğinden sağlık çalışmasının sayısı kadar sağlık kurumlarının da nicel ve nitel açıdan irdelenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda 1923 yılında hastane ve hasta başına düşen yatak sayısına bakıldığında; 950 yataklı 3 devlet hastanesi, 635 yataklı 6 belediye hastanesi, 2402 yataklı 32 özel yabancı ve azınlık hastanesi ve 2450 yataklı 45 özel idare hastanesinin bulunduğu görünmektedir ki 6437 hasta yatağı ile 1920 hastaya bir yatak düştüğü anlaşılmaktadır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1973). Belirtilen oranın, sağlık çalışanı kadar hizmetlerinin sunulduğu mekânların da yeterli olmadığına işaret ettiği, çalışan sayısı kadar sağlık kurum ve kuruluşlarının da artırılması, nitel ve nicel bağlamda düzenlemelere gidilmesinin elzem olduğu anlaşılmaktadır.

Cumhuriyet’in ilk yıllarında hekim ve eğitilmiş sağlık çalışanı yetersizliğinin, nüfusun az ve çocuk ölüm hızının yüksek olmasının, verem, frengi, sıtma ve trahom gibi hastalıkların yanı sıra özellikle taşrada hastane ve sağlık merkezlerinin (doğumevi ve sanatoryum gibi) yetersizliği de çözüme kavuşturulması gereken bir sorun olarak tespit edilmiştir. Bu bağlamda “örnek” teşkil edecek hastanelerin kurulmasına gidilmiş; 1924 yılında Ankara, Erzurum, Sivas ve Diyarbakır’da örnek niteliğindeki “numune” hastaneleri ile taşrada ayakta tedavi hizmeti veren “muayene ve tedavi evi” adıyla günümüzün dispanserleri açılmıştır (Aydın 1997). Tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini bir arada vermesi açısından söz konusu dispanserlerden ayrılan Etimesgut Numune Dispanseri 1930 yılında kurulmuş; 1937’de “sağlık merkezi”, 1961 yılında da “sağlık ocağı” adını almıştır. Zira Dr. Refik Saydam sağlık politikalarını öncelikle sorunların çözümüne ve gereksinimleri karşılamaya yönelik hazırlamış; hastane, sağlık merkezleri ve “Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Okulu” açmayı, sağlık personeli yetiştirmeyi ve sağlıkla ilgili yasal düzenlemeler yapmayı hedeflemiştir. Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü’nün kurulmak istenilmesindeki temel amaç, “halk sağlığının korunması” ve sürdürülmesi olmuş ve aşı üretimi öncelikli kılınmıştır. 1927 yılında “Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi” adıyla açılan ve 1942 yılı itibarıyla “Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü” olarak anılan kurumda; BCG aşısı başta olmak üzere kuduz aşısı ve serumu, tifüs ve çiçek aşısı üretilmeye, serolojik, parazitolojik ve toksikolojik analizler ile gıda ve suların analizi yapılmaya başlanmıştır (Metintaş 2008). Bir devletin kendi topraklarında o dönemin bilimsel, teknik ve ekonomik koşulları göz önünde bulundurulduğunda aşı üretebilmesi ve halk sağlığı bağlamında koruyucu önlemler alabilmesi gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde önemli bir farkındalık ve başarı olarak değerlendirilebilir.

Sağlık sorunları ve hizmetleri salt hukuki ve siyasi cephede değil, aynı zamanda bilimsel cephede de ele alınmış, sorunlara çözüm üretecek önerilerin yanı sıra toplumun gereksinimleri de göz önünde bulundurulmuştur. Bu doğrultuda günümüzde Türkiye Tıp Akademisi olarak bilinen *Türkiye Tıp Encümeni (Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye)* tarafından milli tıp kongreleri düzenlenmiştir. Ana konusu sıtma ve çocuk ölümleri olarak belirlenen ve Mustafa Kemal’in açılışını yaptığı I. Milli Tıp Kongresi 1-3 Eylül 1925 tarihleri arasında Ankara’da gerçekleştirilmiştir. Kongrede, sıtmanın en çok görüldüğü il ve bölgeler belirlenmiş, hastalığın önlenmesinde tedavinin yanı sıra bu bölgelerde hastalığa yol açan sivrisineklerin yok edilmesi bu amaçla da bataklık ve durgun suların kurutulması gerektiği vurgulanmıştır (Arıkan 2010). Açılışını Başbakan İsmet (İnönü) Paşa’nın yaptığı II. Milli Tıp Kongresi de 11-13 Ekim 1927 tarihleri arasında Ankara’da gerçekleştirilmiş; söz konusu kongrede trahom ve verem üzerinde durulmuş; trahomun sebepleri, yaygın olarak görüldüğü coğrafya (özellikle Adıyaman), veremin ise daha çok tedavisi ele alınmıştır. Frengi ve kızıl hastalıklarının ele alındığı III. Milli Tıp Kongresi de 17-19 Eylül 1929 tarihleri arasında Ankara’da yapılmıştır (Özaydın 2007; Arıkan 2010). Kongrelerin ana konuları dönemin sağlık sorunları, tıbbi gelişmeler ve sosyal gereksinimler doğrultusunda değişiklik

göstermiştir. Örneğin, beşinci kongrede içmeler ve kaplıcalar çalışılması gereken temel konu olarak seçilmişken; onuncu kongrenin konusu iş yeri hekimliği; on yedincisinin ise psikosomatik hekimlik olarak belirlenmiştir (Aydın 2006). Kongre konularından da anlaşılacağı üzere bilimsel çalışmalarla insan yaşamı arasında döngüsel bir ilişki olduğu; tıbbın, sağlığı, insanı, ekonomiyi ve toplumu etkilediği gibi toplumun, ekonominin ve insanın da tıbbi çalışmaları yani bilimi etkilediği aşikârdır.

25 Ekim 1937 tarihinde İsmet İnönü'nün görevinden istifa etmesi sonucunda başbakan olan Celal Bayar tarafından kurulan yeni hükümette sağlık bakanı (*sıhhat ve içtimai muavenet vekili*) olarak Dr. Ahmet Hulusi Alataş (1882-1964) atanmış, 1945 yılına kadar görev yapmıştır. Alataş döneminde de özellikle salgın ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, kurumsallaşma ve (yardımcı) sağlık çalışanı sayısını arttırmaya yönelik girişimlerin devam ettiği görülmektedir. Zira 1937'de kuduz serumu üretilmeye başlanmış, 1938'de Konya'da köy ebe okulu kurulmuş, *İstanbul Emrazı Asabiye ve Akliye Hastanesi*'nin yatak sayısı artırılmış, meslek hastalıklarının tedavisi ve işçi sağlığına yönelik olarak Zonguldak Amele Birliği Hastanesi (1936) ve Ergani Maden Hastanesi (1938) açılmıştır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 2000). 1940 yılına gelindiğinde yataklı tedavi kurumlarının sayısı 86'dan (1920) 108'e ulaşmış, yatak sayısı da 14 bin 383 olarak saptanmıştır. Refik Saydam'ın başbakanlık sürecinde (1939-1942) de bakanlık yapan Dr. Hulusi Alataş'ın belirlediği sağlık politikalarının, Saydam'ın aciliyet gösteren sorunlara çözüm üretme ve çağdaşlaşma felsefesine dayandığı çıkarılabilir. Ancak yeniliklerden çok, geçmişin uzantısı olarak değerlendirilebilen Alataş dönemini zorlu kılan temel iki unsurun; Gazi Mustafa Kemal Atatürk'ün kaybı ve II. Dünya Savaşı'nın etkileri olduğu ileri sürülebilir.

Hulusi Alataş'tan sonra Dr. Sadi Konuk 18 Ocak 1945 ile 5 Ağustos 1946 tarihleri arasında sağlık bakanı olarak görev yapmış; döneminde İşçi Sigortaları Kurumu'nu yapılandırarak, iş kazaları ve meslek hastalıklarının tedavisine yönelik sigortalama anlayışının başlamasını sağlamıştır. Söz konusu çalışmanın dışında sağlık politikaları açısından önemli yenilikler ancak sonraki dönemde gerçekleştirilebilmiştir. Yeni dönemde, 1931-1941 yılları arasında İzmir Belediye Başkanı olarak halk sağlığı ve veremle mücadele konusunda önemli çalışmalar yapan Dr. Behçet Salih Uz, 7 Ağustos 1946 tarihinde sağlık bakanı olarak atanmış ve belediye başkanlığı sürecinde edindiği tecrübe ve birikimi bakanlık sürecinde izlediği siyasetle de ortaya koymuştur. Uz, bir yandan mevcut yapıyı çağdaş standartlarda düzenlemek ve ilerletmek, öte yandan hizmetlerden halkın daha iyi yararlanabilmesini sağlamak amacıyla Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'nı hazırlamıştır. Bu plana göre; ölüm oranlarının düşürülmesi ve sağlığın geliştirilmesi amacıyla ilaç üretiminde dışa bağımlılığın sonlandırılması, sağlık sigortasına yönelik olarak "sağlık sandıkları"nın kurulması, yaşlı ve düşkünlerin bakım ve korunmasına yönelik yurtların yanı sıra engelli kişilerin gelişimini sağlayacak kurumların açılması, halk sağlığı ile yakından ilgilenilmesi, tropikal hastalıkların tedavisi ve önlenmesi için enstitülerin kurulması, Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü'nün geliştirilmesi, yedi bölgeye ayrılan Türkiye'nin her bölgesinde 500 yataklı hastane, 300 yataklı çocuk hastaneleri, 200 yataklı doğumevlerinin açılması, köylerde ise 10 yataklı sağlık merkezinin kurulması ve bağlantılı olarak sağlık çalışanı sayısını artırmak amacıyla eğitim kurumlarının açılması planlanmıştır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1947). Bu dönemde de frengi, lepra, verem, trahom, tifüs, kuduz ile mücadele kapsamında yurdun birçok bölgesinde hastalığa özel tedavi merkezleri açılmış, Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü'nde kurulan laboratuvarlarda aşı üretilmiş, 4871 sayılı Sıtma Savaş Kanunu (1946) yayımlanmış, gerek hastalığın tedavisi gerekse önlenmesi ve sonlandırılması doğrultusunda çalışmalar yapılmıştır. Özellikle kolera aşısı üretiminde ciddi bir aşama kaydedilmiş, Mısır ve Suriye gibi kolera salgını görülen yabancı ülkelere de aşı gönderilmiştir. Önem arz eden diğer çalışmalar ise; kanser hastalığıyla ilgili teşkilatlanma yönünde olup Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu'nun (1947) açılması ve doğum-ölüm oranına ilişkin istatistiklerin hazırlanması olmuştur. Bu dönemde ayrıca uluslararası sağlık



kuruluşları ile iş birliğine gidilmiş, UNICEF'in yanı sıra 07 Nisan 1948 tarihinde resmi olarak kurulan Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) üyesi olunmuştur (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1973). Behçet Uz'un ilk dönem bakanlığı 10 Haziran 1948'de sona ermiş, yerine aynı tarihte Dr. Kemalî Bayazıt atanmış ve 22 Mayıs 1950 tarihine kadar görevde kalmıştır. 1950-1960 yılları arasında Sağlık Bakanı olarak görev yapan isimler sırasıyla; Prof. Dr. N. Reşat Belger (22 Mayıs 1950-19 Eylül 1950), Dr. E. Hayri Üstündağ (20 Eylül 1950-17 Mayıs 1954), ikinci kez Dr. Behçet Uz (18 Mayıs 1954-09 Aralık 1955), Dr. Nafiz Körez (09 Aralık 1955-25 Kasım 1957) ve Dr. Lütfi Kırdar (26 Kasım 1957-27 Mayıs 1960) olmuştur (Sağlık Bakanlığı 2017). Bu süreçte İşçi Sigortalar Kurumu'nun da sağlık hizmeti vermesi; planlanmadan yürütmeye, teşkilatlanmadan kurumsallaşmaya kadar sadece bakanlığın sorumlu olduğu sağlık hizmetlerinin başka kurumlarca da verilmeye başlanmasının yolunu açmıştır (Fişek 1985). Bu durum, özünde "işçi"lerin ayrı sağlık kurumlarında hizmet alması ile adalet ilkesinin üzerine düşen bir gölge olarak nitelendirilebilir.

1950 ile 1960 yılları arasında bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele yine belirlenen sağlık politikaları arasında yer almış; kolera, tifüs, boğmaca, difteri ve çiçek aşısı üretilerek uygulanmış; 1957 yılında *Frenği Tedavi Yönetmeliği* yayımlanmış ve Cüzzam Savaş ve Araştırma Derneği (Ankara) açılmıştır. Ana çocuk sağlığına önem verilmiş; 1954 yılında ana çocuk sağlığı merkezleri yapılandırılmaya başlanmış, Atatürk Orman Çiftliği pastörize süt fabrikasının kurulmasıyla, okullarda beslenme projesi uygulanmış ve devlet tarafından süt tozu dağıtılmıştır ki bu çalışmada DSÖ ve UNICEF'in desteği de alınmıştır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1973). DSÖ ve UNICEF ile ortak hareket edilmesi, "çağdaş uygarlıklar düzeyine ulaşma" ve genç ülkenin Batı ülkelerince tanınması yolunda atılan önemli bir adım olarak değerlendirilebilir.

Dr. Behçet Uz'un Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı ile ilaç üretiminde dışa bağımlı olmaya son verme hedefi, ilk Türk ilaç fabrikası olan Eczacıbaşı İlaç'ın 1952 yılında kurulmasıyla gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. 1954 yılında açılan hemşirelik bürosu, yayımlanan 6 bin 283 sayılı *Hemşirelik Kanunu* ve kurulan Keçiören Çocuk Esirgeme Kurumu Özel Hemşire Koleji ile hemşirelik mesleğine ilişkin kurumlaşma ve kanunlaşmanın yanında eğitimde standartlaşmaya da gidilmiştir. Hemşireliğin yanı sıra ebeliğin profesyonel bir disiplin olarak mesleki standartlarının belirlenmesi yönünde ilki, 1952 yılında, İzmir'de olmak üzere köy ebe okulları açılmaya başlanmış, 1960 yılında on dörde ulaşan bu okullardan 2 binden fazla ebe mezun olmuştur (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1973). Bahsi geçen dönemde de her ne kadar hastanelerin ve yataklı tedavi merkezlerinin sayısı artırılmış olsa da mevcut yatak sayısının DSÖ'nün geliştirmekte olan ülkeler için belirlediği rakam ile örtüşmediği görülmektedir. Zira 1960 yılında 442 yataklı sağlık kurumu ve 14 binin üzerinde yatak sayısına karşın, bu sayı DSÖ'nün 10 binde 30 olan standartlarının altında kalmıştır (Sağlık Bakanlığı 1973). 1946 yılında kurulan Demokrat Parti'nin 1950 yılında serbest seçimle iktidara gelmesi ile başlayan çok partili döneme geçiş, demokrasi anlayışının yeşermesi ve demokratikleşme hareketinin başlangıcı adına önemli bir girişim olarak nitelendirilebilir. Bu girişimin salt siyasi anlayışı değil, başta ekonomi olmak üzere yaşamın yorumlanışını ve toplumun bilinç düzeyini geliştirdiği de ileri sürülebilir. Zira Amerika'da başlayan ve Batı'ya yansıyan demokratikleşme hareketinin dışında kalmaması ve Demokrat Parti'nin demokrasi anlayışını liberal ekonomi ile özdeş kılan yaklaşımı neticesinde Türkiye'nin çehresi değişmeye başlamıştır. Böylesi bir ortamdan sağlık alanının etkilenmemesi, uluslararası sağlık kuruluşlarıyla iş birliğine gidilmemesi, Batı ile yakın teması geçilmemesi, eğitim, teşkilatlanma ve kurumsallaşma açısından ileri adım atılmaması mümkün görülmemektedir. Zira düşünce, doğduğu kaynak kadar yetiştirdiği havzanın özelliklerini de taşımaktadır.

#### IV. TARTIŞMA

Sağlık sisteminin yapı taşı olan politikaları mikro düzeyde uygulandığı toplumun gereksinimlerinden, kültüründen, ekonomisinden ve siyasetinden; makro düzeyde ise dünya genelinde hâkim olan düşünceden ve işleyen sistemden soyutlayarak hazırlamanın mümkün olmadığı görülmektedir. Aynı şekilde bir toplumda uygulanacak sağlık politikasının kabul görmesinin, o toplumun gereksinimlerini karşılayabilmesi, sorunlarına çözüm üretebilmesi ve uygulanabilmesi için gerekli koşulların oluşturulmasıyla da yakından ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Nitekim Cumhuriyet'in erken döneminde gereksinimleri karşılamak, sorunlara çözüm bulmak ve çağdaşlaşma hedefine ulaşmak amacıyla hazırlanan sağlık politikaları da diğer alanlardaki koşullar ve düzenlemelerle birlikte ele alınmıştır. Bu doğrultuda, henüz Cumhuriyet ilan edilmemişken *Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti* kurulması ve sıtma, verem, frengi ve trahom gibi salgın ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi, az olan nüfusu artırma yönünde ana çocuk sağlığına ve halkın sağlığının korunmasına öncelik verilmesi yukarıdaki önermeye kanıt teşkil etmektedir (TTA 2010). Kaldı ki Dr. Refik Saydam'ın, kurulma aşamasında olan ülkenin kısıtlı kaynaklarının cephede mücadele etmekte olan orduya aktarılması, toplumun yoksulluk ve hastalıklardan mustarip olması dolayısıyla aciliyet gösteren durumlara öncelik vermesi de örnek oluşturmaktadır. Söz konusu örnekler, sorunlara koşul olarak çoğaltılabilmektedir: Cumhuriyet'in ilk yıllarında hekim ve eğitimli sağlık çalışanı yetersizliğinin; nüfusun az ve çocuk ölüm hızının yüksek olmasının; verem, frengi, sıtma ve trahom gibi hastalıkların yanı sıra özellikle taşrada hastane ve sağlık merkezlerine gereksinimi gidermek amacıyla "örnek" teşkil edecek hastanelerin kurulması gibi. Ayrıca koruyucu halk sağlığına önem verilmesi, kurulan merkezlerle aşı üretilmesi politikaların mevcut durum ve gereksinimlerle koşulluk gösterdiğine dayanak oluşturmaktadır. Yine, dönemin sağlık sorunları, tıbbi gelişmeleri ve sosyal gereksinimlerini ele almak ve bilimsel zeminde çözüm üretmek amacıyla Türkiye Tıp Encümeni tarafından düzenlenen milli tıp kongreleri de tıbbın, sağlığı, insanı, ekonomiyi ve toplumu etkilediği gibi toplumun, ekonominin ve insanın da tıbbi çalışmaları yani bilimi etkilediğine kanıt oluşturmaktadır (Arıkan 2010; Aydın 2006). Öte yandan DSÖ ve UNICEF ile iş birliğine gidilmesi "çağdaş uygarlıklar düzeyine ulaşma" ve genç ülkenin Batı ülkelerince tanınması yolunda atılan önemli bir adım olarak değerlendirilebilir. Kısaca, sağlık politikalarının hazırlanmasına gereksinim duyuran sorun ve koşullardan, hedeflenen çözümlerden, sosyal ve ekonomik durumlardan ayrı ele almak yaşamı şekillendiren politikaların yaşamla şekillendiği gerçeğini ve olgusal mahiyetini yok saymak anlamına gelecektir ki erken Cumhuriyet döneminde üretilen ve yürütülen politikalar bu önermeye ve gerçekliğe kanıt teşkil etmektedir.

#### V. SONUÇ

Sağlığın; ekonomik, siyasi, coğrafi, kültürel ve sosyal unsurlarla belirlenmesi gibi sağlık politikalarının da söz konusu unsurlarla şekillendiği, politikaların üretildiği ve yürütüldüğü dönemin tarihsel izleği ile anlaşılabilir. Zira bir sağlık politikasını; üretilmesinde temel dayanak olan gereksinim(ler)den, yaşanan bir sorundan, sorunu karşılayabilecek ekonomik güçten, politikayı içeriklendiren kültürel düzeyden, çağdaş örneklerinden, politikanın kabul ya da reddini sağlayan kolektif bilinçten ve tarihsel mirastan ayırık olarak ele almak, o politikayı anlamayı ve anlamlandırmayı güç kılacaktır. O halde, sağlık politikalarının (da) düşünsel olduğu kadar edimsel ve olgusal nitelik serimlediğini kabul etmek gerekecek, aksi durum politikanın doğasına ve gerçekliğine karşı "görmezlik peçesi" takıp, sezgisel olarak kavramaya çalışmak anlamına gelecektir. Diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da üretilen politikalar ve belirlenen siyasetin analitik ve sistematik olarak incelenmesi ile bütüncül değerlendirilmesinin esası da onu çevreleyen unsurlarla ele almayı gerektirmektedir. İşte, Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları da bu gerçeklik ve yöntemle (dikey olarak, sistematik biçimde çözümlenme) ele alınmalı, salt düşünsel bir metin olarak

değil, vücuda gelmiş olgusal bir yapı olarak değerlendirilmelidir. Söz konusu dönemde belirlenen ve yürütülen politikalar da yukarıdaki önermeyi geçerli kılmaktadır. Örneğin; aşı üretimi, hastalıklarla ilgili yasa ve yönetmeliklerin hazırlanması ve kurumların yapılandırılması; o dönemde sıtma, verem, frengi, trahom gibi salgın ve bulaşıcı hastalıklardan mustarip olunması ve bu soruna çözüm sunma arayışı ile gerekçelendirilebilir. Yine, 1950 yılından itibaren DSÖ ve UNICEF gibi uluslararası sağlık kuruluşlarıyla ilişkilerin kurulması/güçlenmesi, başta Amerika olmak üzere Batı'da başlayan demokratikleşme hareketlerinin ülkemizde de karşılığını bulması, demokrasi anlayışının uzantısı olarak çok partili yaşama geçilmesi, liberal ekonomi anlayışının yeşermesi gibi uluslararası unsurlarla etkileşime örnek gösterilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Altıntaş A. (2007) Tıp Eğitimi ve 14 Mart Tıp Bayramı. **Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı**, ss. 225-38. İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, İstanbul.
2. Arıkan A. (2010) **Milli Tıp Kongreleri (1923-1968) ve Türkiye Sağlık Politikalarına Etkileri**, ss. 15-87. Türkiye Tıp Akademisi, İstanbul.
3. Aydın E. (1997) Türkiye'de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi. **Toplum ve Hekim** 12(80): 21-44.
4. Aydın E. (2002) Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri. **Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi** 31(3): 183-192.
5. Aydın E. (2004) 19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması. **Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi** 15: 185-207.
6. Aydın E. (2006) **Dünya ve Türk Tıp Tarihi**. ss. 247-69. Güneş Kitabevi, Ankara.
7. Beylik U, Kayral İ. H. ve Çıraklı Ü. (2015) 13. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türk Sağlık Sisteminin Gelişim Süreci Üzerine Bir Derleme. **Sağlık Akademisyenleri Dergisi** 2(4): 183-189.
8. Çavdar N. ve Karcı E. (2014) XIX. Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanmasına Dair Bibliyografik Bir Deneme. **Turkish Studies** 9(4): 255-261.
9. Erol N. (2003) Savaş Yıllarında Aşı ve Serum Üretimi. **Toplum ve Hekim** 18(5): 379-381.
10. Fişek N. H. (1985) **Halk Sağlığına Giriş**. No: 2, ss. 160-3. Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi, Ankara.
11. İleri H., Seçer B. ve Ertaş H. (2016) Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye'de Sağlık Politikalarının İncelenmesi. **Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi** 12: 176-186.
12. Kartal N. (2010) İl Özel İdarelerinin Yeniden Yapılandırılması: Uygulama Aşaması Üzerine Bir Çözümleme. **Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Doktora Tezi**, Ankara.
13. Kaşiyuğun A. (2009) Osmanlı Devleti'nin 1. Dünya Savaşı'na Girmeden Önceki İttifak Arayışları. **Journal of History Studies** 1(1): 318-341.

14. Metintaş M. Y. (2008) Refik Sağlam'ın Yaşamı ve Kişiliği. **Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Ankara.
15. Namal Y. ve Karakök T. (2011) Atatürk ve Üniversite Reformu (1933). **Yükseköğretim ve Bilim Dergisi** 1(1): 27-35.
16. Öcal Z. Ö. (2006) Siyasi Açından I. ve II. Refik Saydam Hükümetleri (1939–1942). **Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
17. Özaydın Z. (2007) Cumhuriyet Dönemi Tıbbı. **Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı**, ss. 187-211. İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, İstanbul.
18. Öztürk M. (1999) Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri. **Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 6(1): 37-41.
19. Rasimoğlu İlihan C. G. (2014) İki Dünya Savaşı Arası Dönemde Türkiye'de Nüfus ve Halk Sağlığı Tartışmalarının Değerlendirilmesi. **Lokman Hekim Dergisi** 4(3): 16-21.
20. Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü, <http://ahsl.gov.tr/index.php/hakkimizda.html> (Erişim Tarihi: 10.09.2017)
21. Resmi Gazete (1930) **Umumi Hıfzıssıhha Kanunu**. Kanun No: 1593, Kabul Tarihi: 24.04.1930, Yayım Tarihi: 06.05.1930, Sayı: 1489.
22. Sağlık Bakanlığı (2017) Sağlık Bakanları ve Görev Dönemleri. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11490/bakanlarimiz.html> (Erişim Tarihi: 03.09.2017)
23. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1947) **Milli Sağlık Planı (Birinci On Yıllık)**. T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, ss. 5-35. Başbakanlık Devlet Matbaası, Ankara.
24. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1973) **Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl**. T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, ss. 31-60, 250-67, 317-24. Ayyıldız Matbaası, Ankara.
25. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (2000) **Sağlıkta 80 Yıl: 2 Mayıs 1920-2000**. T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, ss. 12-50. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Basımevi, Ankara.
26. Sur H. (2017) Dünyada Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi. <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (Erişim Tarihi: 28.08.2017)
27. TDK. **Büyük Türkçe Sözlük**. Türk Dil Kurumu. [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.59c6fcb2768806.03101117](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.59c6fcb2768806.03101117) (Erişim Tarihi: 25.08.2017)
28. TTA (2010). **Cumhuriyet'in İlk 15 Yılında Sağlık Hizmetleri**. Türkiye Tıp Akademisi. Bayrak Yayıncılık, İstanbul.
29. Yeginboy Y. ve Sayın Ş. (2008) Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları. 2. Ulusal İktisat Kongresi, İzmir. [http://debis.deu.edu.tr/userweb//iibf\\_kongre/dosyalar/yeginboy.pdf](http://debis.deu.edu.tr/userweb//iibf_kongre/dosyalar/yeginboy.pdf) (Erişim Tarihi: 01.09.2017)

30. Yıldırım N. (2013) 'Tebhirhane Sokak'. **Üsküdar Sokak İsimleri Tarihçesi**. İçinde: Ekiz H. (ed.) ss. 105-7. Üsküdar Belediye Başkanlığı Kültür ve Sosyal İşler Müdürlüğü Kültür Yayınları, İstanbul.