



HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 21

Sayı/Number 2

Yıl/Year 2018

Eğitim ve Araştırma Hastanesi Olan ve Olmayan Hastanelerin Teknik Verimliliklerinin Veri Zarflama Analizi ile Karşılaştırılması

Songül ÇINAROĞLU

Hemşirelerin Etik İklim Algılarının Örgütsel Güven Düzeyleri Üzerindeki Etkisi

Seda AYDAN, Sıdıka KAYA

Yaşlı Bakımevi Çalışanlarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri

Perihan EREN BANA, Nurten DAYIOĞLU

Maliyet Değer Analizi Sonuçlarının Parametrik Olasılık Dağılımlarına Karşı Duyarlılığı: Bir Markov Zinciri Monte Carlo Simülasyonu Uygulaması

Songül ÇINAROĞLU

Hastane Çalışanlarında İletişim Doyumunun Örgütsel Muhalefet Davranışları Üzerine Etkisi

Dilruba İZGÜDEN, Ramazan ERDEM

Hastane Türlerine Göre Hasta Memnuniyetini ve Hastane Seçimini Etkileyen Unsurlar

Görkem ATAMAN, Emel KURŞUNLUOĞLU YARIMOĞLU

Applicable Performance Criteria to Evaluate Clinical Nurses

Emin KAHYA, Nurten ORAL

Taburculuğa Hazır Olmanın Boyutları: Belirleyicileri, Hasta Sonuçları ve Hastane Harcamaları ile İlişkisi

Sıdıka KAYA, Gülay Sain GÜVEN, Mesut TELEŞ, Seda AYDAN, Cahit KORKU, Ahmet KAR

Kamu Hastanelerinde Klinik Teknoloji Düzeyini Etkileyen Faktörler

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN, Ayça KARAHAN

Üniversite Hastanesi mi; Bölge Ruh Sağlığı Hastanesi mi? Ayaktan Başvuran Psikiyatri Hastalarını Hangisi Daha Fazla Memnun Ediyor?

Şeref Can GÜLER, Sertaç AK, Ebru TURGUT, Yunus Emre SÖNMEZ

Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerinde 1923-1980 Dönemi İstihdam ve Maaş Rejimi

Kubilay YALÇINKAYA



HACETTEPE
SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume: 21

Sayı/Number: 2

2018

e-ISSN 2148-9041

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

Cilt: 21 Sayı: 2 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

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.

<i>Yayın Türü:</i>	Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda 4 Sayı (Mart, Haziran, Eylül, Aralık)
<i>Yayının Yönetim Yeri:</i>	Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü 06800 Çankaya/Ankara, Tel No: 2976356-57-58
<i>Yayın Tarihi</i>	28.06.2018

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
Gülsün ERİGÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Korkut ERSOY	Başkent Üniversitesi
Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Ömer GİDER	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Robert S. HERNANDEZ	University of Alabama at Birmingham
Şahin KAVUNCUBAŞI	Başkent Üniversitesi
Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Mustafa KILIÇ	Hacettepe Üniversitesi
Mithat KIYAK	Okan Üniversitesi
Simten MALHAN	Başkent Üniversitesi
Ömer Rıfki ÖNDER	Ankara Üniversitesi
Hacer ÖZGEN NARCI	Medipol Üniversitesi
Hasan Hüseyin YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Nermin ÖZGÜLBAŞ	Başkent Üniversitesi
Nurhan PAPATYA	Süleyman Demirel Üniversitesi
Nilgün SARP	Üsküdar Üniversitesi
Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi
İsmet ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Menderes TARCAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi
Demet ÜNALAN	Erciyes Üniversitesi
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	
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Olan ve Olmayan Hastanelerin Teknik Verimliliklerinin Veri Zarflama Analizi ile Karşılaştırılması Comparison of Teaching and Non-Teaching Hospitals Technical Efficiencies with Data Envelopment Analysis.....	179-198
<i>Songül ÇINAROĞLU</i>	
Hemşirelerin Etik İklim Algılarının Örgütsel Güven Düzeyleri Üzerindeki Etkisi Impact of Nurses' Ethical Climate Perception on Their Organizational Trust Level	199-216
<i>Seda AYDAN, Sıdıka KAYA</i>	
Yaşlı Bakımevi Çalışanlarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri State and Trait Anxiety Levels of Elderly Healthcare Staff.....	217-226
<i>Perihan EREN BANA, Nurten DAYIOĞLU</i>	
Maliyet Değer Analizi Sonuçlarının Parametrik Olasılık Dağılımlarına Karşı Duyarlılığı: Bir Markov Zinciri Monte Carlo Simülasyonu Uygulaması Sensitivity of Cost Utility Analysis Results to Parametric Probabilistic Distributions: An Application on Markov Chain Monte Carlo Simulation	227-242
<i>Songül ÇINAROĞLU</i>	
Hastane Çalışanlarında İletişim Doyumunun Örgütsel Muhalefet Davranışları Üzerine Etkisi The Effects of Communication Satisfaction on Organizational Dissent Behaviors in Hospital Employees.....	243-272
<i>Dilruba İZGÜDEN, Ramazan ERDEM</i>	
Hastane Türlerine Göre Hasta Memnuniyetini ve Hastane Seçimini Etkileyen Unsurlar Factors Affecting Patient Satisfaction and Hospital Preferences Based on Hospital Types.....	273-288
<i>Görkem ATAMAN, Emel KURŞUNLUOĞLU YARIMOĞLU</i>	
Applicable Performance Criteria to Evaluate Clinical Nurses Klinik Hemşirelerini Değerlemek İçin Uygulanabilir Performans Kriterleri.....	289-304
<i>Emin KAHYA, Nurten ORAL</i>	
Taburculuğa Hazır Olmanın Boyutları: Belirleyicileri, Hasta Sonuçları ve Hastane Harcamaları ile İlişkisi Dimensions of Readiness for Discharge: Determinants and Associations with Patient Outcomes and Hospital Expenditures	305-334
<i>Sıdıka KAYA, Gülay Sain GÜVEN, Mesut TELEŞ, Seda AYDAN, Cahit KORKU, Ahmet KAR</i>	
Kamu Hastanelerinde Klinik Teknoloji Düzeyini Etkileyen Faktörler Factors Affecting The Level of Clinical Technology in Puplic Hospitals	335-346
<i>Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN, Ayça KARAHAN</i>	
Üniversite Hastanesi mi; Bölge Ruh Sağlığı Hastanesi mi? Ayaktan Başvuran Psikiyatri Hastalarını Hangisi Daha Fazla Memnun Ediyor? University Hospital or Regional Mental Health Hospital? Which of Them More Satisfied Psychiatric Outpatients?	347-354
<i>Şeref Can GÜLER, Sertaç AK, Ebru TURGUT, Yumus Emre SÖNMEZ</i>	
Derleme	
Türkiye'de Kamu Sağlık Hizmetlerinde 1923-1980 Dönemi İstihdam ve Maaş Rejimi Public Health Services in Turkey, Employment and Salary Regime in the Period of 1923-1980.....	355-391
<i>Kubilay YALÇINKAYA</i>	

Eğitim ve Araştırma Hastanesi Olan ve Olmayan Hastanelerin Teknik Verimliliklerinin Veri Zarflama Analizi ile Karşılaştırılması

Songül ÇINAROĞLU*

ÖZ

Bu çalışmada eğitim ve araştırma hastanesi olan ve olmayan hastanelerin teknik verimliliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Kamu Hastane Birlikleri'ne bağlı olan eğitim ve araştırma özelliğine sahip 48, eğitim ve araştırma özelliği olmayan 66 hastane karşılaştırılmıştır. Veri Zarflama Analizi kullanılarak 2014 yılı için yapılan karşılaştırmada girdi değişkenleri olarak; yatak sayısı, uzman hekim ve uzman olmayan hekim sayısı; çıktı değişkenleri olarak ise toplam muayene sayısı, yatan hasta sayısı, ameliyat sayısı ve ortalama kalış günü kullanılmıştır. Elde edilen bulgular eğitim ve araştırma hastanelerinin %45,83'i verimli iken, eğitim ve araştırma olmayan hastanelerin %31,88'inin verimli olduğunu ortaya koymuştur. Bunun yanı sıra eğitim ve araştırma hastanelerinin ortalama teknik verimlilik skorunun (0,884±0,133), eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastanelerden (0,880±0,122) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma sonuçları Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılından itibaren uygulanmaya devam eden Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte eğitim ve araştırma hastanelerinde verimliliğin artırılmasına yönelik politikaların olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. İlerleyen araştırmalar için bu olumlu etkinin bu çalışmadan farklı olarak daha geniş zaman diliminin ele alınacağı araştırmalarla uzun vadede nasıl bir trend izlediğinin incelenmesi tavsiye edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Teknik Verimlilik, Veri Zarflama Analizi, Hastane

Comparison of Teaching and Non-Teaching Hospitals Technical Efficiencies with Data Envelopment Analysis

ABSTRACT

In this study, it is aimed to compare technical efficiency of teaching and non-teaching hospitals. 48 teaching hospitals and 66 non-teaching hospitals under Public Hospital Unions compared. Data Envelopment Analysis was used in the analysis for the year 2014 and number of beds, number of specialist and non-specialist physicians determined as input variables, whereas total number of examinations, number of inpatients, number of operations and average day of stay determined as output variables. Study findings show that 45.83% of teaching hospitals are efficient, whereas this is 31.88% for non-teaching hospitals. Additionally, average technical efficiency scores of teaching hospitals (0.884±0.133) higher than non-teaching hospitals (0.880±0.122). Study results highlight that policies to improve teaching hospitals efficiency with Health Transformation Program in Turkey that are continuing since 2003 has positive effects. It is recommended for future studies to examine how this positive effect evolving in the long run different from this study.

Key Words: Teaching Hospital, Technical Efficiency, Data Envelopment Analysis, Hospital

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

I. GİRİŞ

Eğitim ve araştırma hastaneleri eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneler ile karşılaştırıldıklarında maliyetlerin yüksekliği ile ön plana çıkmaktadır (Campbell et al. 1991). Hasta bakımı yerine hekimler başta olmak üzere hemşireler ve diğer sağlık personelinin eğitim faaliyetlerinde bulunmasının gerekliliği ve bunun maliyet artışlarını ve hasılatlarda düşüşü beraberinde getirmesi temel nedenler arasında üst sırada bulunmaktadır (Jensen, Morrisey 1986). Daha nitelikli hasta bakımı ve sağlık sonuçlarına erişebilmek için eğitim ve araştırma faaliyetlerine duyulan gereksinim ise gelişmiş ve gelişmekte olan her ülke için vazgeçilmez bir gerekliliktir. Bu nedenle eğitim ve araştırma hastaneleri sağlık amaçlı eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetinde bulunan, toplum genelinde sağlık statüsünü yükseltmeyi hedef edinmiş sağlık kurumlarıdır. Bu hastaneler araştırma ve uygulama faaliyetlerinin yanı sıra fiili tedavi hizmeti de sunarak, tıp biliminin gelişime katkı sağlamaktadırlar (Dimick et al. 2004; Lai et al. 2014). Hem eğitim ve araştırma faaliyetlerinin yürütülmesi hem de kaliteli sağlık hizmeti sunumunu hedef edinmenin performans üzerinde belirleyici etkileri söz konusu olmaktadır. Bu noktada sağlık endüstrisinin yoğun rekabet ortamı içerisinde farklı tür sağlık kuruluşlarının rakipleri ile karşılaştırıldıklarında nasıl bir performans sergilediklerini ortaya koymaya yönelik performans ölçüm araçlarını kullanan öncü çalışma bulgularına değinmek fayda sağlayacaktır. Sağlıkta performans ölçümünde sıklıkla kullanılan ve literatürde sağlık kuruluşlarının performans değerlendirmelerinde ön plana çıkan bir yöntem Veri Zarflama Analizi (VZA)'dir. VZA'ni kullanarak eğitim ve araştırma hastanesi olan ve olmayan hastaneleri verimlilik bakımından karşılaştıran Grosskopf et al. (2001a) tarafından belirtildiği üzere eğitim ve araştırma hastaneleri eğitim ve araştırma olmayan hastanelere göre yüksek maliyetlere katlanmaları nedeniyle rekabette geri planda kalmaktadırlar. Buna rağmen rekabetin eğitim ve araştırma hastanelerinin verimliliğini artırdığını ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (Grosskopf et al. 2004). Bu çalışmalarda verimliliği artırmak amacıyla önerilen stratejiler arasında ise doktor ve diğer sağlık personeli sayısını artırmak, hastanenin daha iyi sağlık hizmeti sunabilmesi için fiziki imkan ve olanaklarını geliştirmek ve teknolojik donanımı iyileştirmek tavsiye edilmektedir (Gök, Sezen 2012).

Türkiye için düşünüldüğünde 2003 yılından beri devam etmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte sağlık kuruluşlarında verimliliği arttırmaya yönelik politika ve uygulamaların uygulamaya konulduğu bilinmektedir. Bu uygulamalar içerisinde önde gelenler arasında ise 2012 yılından itibaren uygulanmaya başlanılan Kamu Hastane Birlikleri (KHB) uygulaması gelmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulmasını hedefleyen bu uygulama sayesinde kamu hastanelerinde verimlilik artışı amaçlanmaktadır. Eğitim ve araştırma hastaneleri ise KHB'ne bağlı olup, bu hastanelerin SDP ile birlikte kaynak kullanımında verimliliği arttırmaya yönelik düzenlemelere tabi tutuldukları belirtilmektedir. Ancak literatürde vurgulandığı üzere Türkiye'de SDP ile birlikte tecrübe edilen reform ve uygulamaların değerlendirilmesine yönelik sınırlı ve eksik bilgiler (Erus, Hatipoğlu 2013) eğitim ve araştırma hastanelerinin performans değerlendirmeleri için de karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada KHB'ne bağlı olan eğitim ve araştırma hastaneleri ile eğitim ve araştırma olmayan hastanelerin teknik verimliliklerinin VZA kullanılarak karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla çalışmanın ilk bölümünde literatür bilgisi sunulmuş, daha sonra veri analizinin anlatıldığı yöntem bölümü açıklanmış, bulguların sunumunun ardından değerlendirme ve sonuç bölümlerine yer verilmiştir.

II. LİTERATÜR

Eğitim ve araştırma hastaneleri diğer hastaneler ile karşılaştırıldıklarında eğitim ve araştırma faaliyetlerinin yanı sıra nitelikli hasta bakım hizmeti sunmak ve toplum sağlığını

iyileştirmek görevini yerine getirmektedirler. Bu temel görevlerini yerine getirirken aynı zamanda da yoğun rekabet ortamında verimliliklerini yükseltmek için çaba göstermektedirler (Lai et al. 2014). Türk sağlık sistemi ele alındığında sağlık kurum ve kuruluşları sundukları hizmetlerin nitelik ve derecesine göre üç basamak halinde örgütlenmiştir. Buna göre tedavi ihtiyacı hisseden bir kişi, acil haller dışında öncelikle ayakta tedavi hizmeti sunan sağlık sisteminde; birinci basamak sağlık kuruluşları olan sağlık ocağı, dispanser, sağlık merkezlerine, tedavisi buralarda mümkün olmadığı takdirde bu sağlık kurumlarının sevkiyle en yakın ikinci basamak sağlık kurumu olan devlet hastanelere, özel dal hastanelerine, buralarda da tedavisi mümkün olmayan hastalar ise Üçüncü basamak sağlık kurumu olarak kabul edilen eğitim-araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerine yönlendirilirler (SGK 2016). Eğitim ve araştırma hastaneleri yasal alt yapıdan yoksun olsalar bile, Türk sağlık sistemi içerisinde en üst ve ileri derecede sağlık hizmeti sunan kurumlar olarak tanımlanmışlardır. Bu hastaneler en son teknoloji ve ileri düzeyde tedavi hizmetlerinin sunulduğu kurumlardır. Türkiye’de eğitim ve araştırma hastanelerinin yapısı hastanelerin geleneksel matris yapısı ile karşılaştırıldığında yapısal olarak farklılıklar içerdikleri söylenebilmektedir. Bunun nedeni akademik yönetim yapısının devreye girmesi ile birlikte karmaşık bir örgütlenmenin ortaya çıkıyor olmasıdır. Kamu hastanelerinin tek görevi sağlık hizmeti vermek olmasına karşın, eğitim ve araştırma hastanelerinin sağlık hizmeti vermek yanında, eğitim ve araştırma gibi fonksiyonlarının olması bu karmaşıklığı daha da artırmakta ve bu durum hastanelerin performansını etkilemektedir (Özcan 1995). Literatürde eğitim ve araştırma hastaneleri ile diğer hastaneler arasındaki farklılıklara vurgu yapan araştırmalar arasında yer alan; Rich et al. (1990) eğitim ve araştırma hastanelerinin diğerlerine göre daha maliyetli olduğunu belirtmiş ve eğitim statüsü olan ve olmayan hastaneler arasında %9-30 arasında değişen bir maliyet farklılığı olduğunu belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra eğitim statüsü olan hastanelerin hasta bakımının yanı sıra eğitim ve araştırma gibi kamu malları ürettiklerini ve bu özellikleri ile diğer hastanelere göre ayrıcalıklı oldukları belirtilmektedir (Grosskopf et al. 2001a). Pardes (1997) eğitim ve araştırma hastanesi olan ve olmayan hastanelerin karşılaştırılmasındaki temel güçlüğün üretilen temel çıktılarının birbirinden farklı olması olduğunu vurgulamıştır. Bu nedenle eğitim ve araştırma hastanelerinin diğer hastaneler içerisinde rekabet ortamında ayakta kalabilmek amacıyla verimsizliklerin üstesinden gelebilecek politikalar geliştirmelerine ihtiyaç duyulmaktadır. Çıktı kalitesinin ölçümü eğitim ve araştırma özelliği olan ve olmayan hastanelerin karşılaştırılmasında zor ancak dikkate alınması gereken başka bir temel özellik olarak ön plana çıkmaktadır (Grosskopf et al. 2001a).

Sağlıklı bir toplum yaratmak ve kaynakların daha etkin bir şekilde kullanılması konusunda artan baskılar, birçok ülkede sağlıkta performans geliştirme ve ölçmeye yönelik girişimlerin artmasına neden olmuştur. Bunun yanı sıra tüm dünyada kaynak kıtlığı sorunu, sağlık sektörüne ayrılan kaynakların kullanımı ve bu kaynakların kullanım sonuçlarını sorgulayan araştırmalar sonucunda, sağlık hizmetlerinde performans ölçümü konusuna verilen önem artmıştır. Zaman içerisinde, sağlıkta performans ölçümü ve yönetimi güncel konulardan birisi haline gelmiş, uluslararası bir boyut kazanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2000 yılında yayınlanan rapor çerçevesinde sağlık sistemlerinde performans değerlendirmeye yönelik çeşitli kriterler belirlenmesi, uluslararası uygulama deneyimlerinin paylaşılmasına imkân yaratmıştır (WHO 2000). Geleneksel performans ölçüm sistemleri, muhasebe sistemi tabanlı, salt verimlilik ve maliyete dayanan, kısa dönemli kâra odaklı, sürekli gelişim ve iyileştirmeyi engelleme özelliklerine sahip ölçütlere dayalı oldukları için geleneksel olmayan performans ölçütlerinden farklıdır. Örneğin geleneksel finansal ölçütler gelecek performansını ihmal edip, geçmiş dönem hakkında bilgi verirken, geleneksel olmayan performans ölçüm yöntemleri işletmenin şimdiki ve gelecekteki başarılarını temel kriter olarak dikkate alırlar (Kaplan, Norton 1996). Bu noktada performans ölçümüne değer katan kanıta dayalı yaklaşım, kantitatif ölçüm araçlarının kullanımı yolu ile kanıta dayalı bir bakış açısının benimsenmesi gerektiğini savunmaktadır. Performans çok boyutlu bir kavram

olup verimlilik, etkinlik, etkililik performansın temel boyutları arasında sayılmaktadır (Li, Benton 1996). Bu kavramlar içerisinde ön plana çıkan verimlilik, değerlendirilmesi oldukça zor bir kavramdır. Performans boyutu olarak verimlilik (efficiency) bir örgütün ekonomik ve teknik yönleriyle ilgili bir ölçüttür ve örgütün mevcut kaynaklarını ne derece iyi kullandığını göstermektedir. Bir verimlilik ölçütü tek başına kurumsal performansı tüm yönleriyle açıklayamaz. Genellikle birden fazla girdi ve bu girdiler kullanılarak üretilen çıktıların da aynı anda ele alınması gerekmektedir. Sağlıkta verimlilik ölçümünde sıklıkla yararlanılan bir kavram olan VZA’nda verimlilik düzeyi ölçütleri olarak hekim, hastane ya da bir sağlık kurumu kullanılabilir. Bu yöntem ile performans ölçümünde doğrusal programlama tekniği kullanılarak en uygun girdi ve çıktı bileşimi araştırılmaktadır VZA, en iyi (verimli) hastanelerin üzerinde yer aldığı bir sıfır fonksiyonu belirleyerek bu sınıra göre hastanelerin teknik verimliliklerini değerlendirmektedir. VZA yönteminde her karar alma biriminin göreceli verimlilik skorunun maksimizasyonu ön plandadır. Bu yöntemde temel amaç, en iyi girdi çıktı birleşimi için normlar belirlemektir. Verimlilik sınırı üzerinde yer almayan, yani verimsiz olan hastaneler verimli hastaneleri kendilerine model olarak belirlemekte, bu kurumların uygulamalarından ilham almaktadırlar (Özcan 2008; Şahin 2009).

Literatür incelendiğinde eğitim ve araştırma hastanesi olan ve olmayan hastaneleri performans bakımından karşılaştıran çalışmalarda VZA’nın sıklıkla kullanılan bir teknik olduğu görülmektedir. Eğitim ve araştırma hastanelerinin eğitim ve araştırma özelliğinin maliyetlerde artışa neden olduğunu vurgulayan Grosskopf et al. (2004) tarafından yapılan bir çalışmada ise eğitim ve araştırma özelliğine sahip hastanelerin verimlilik ve performans artışına katkı sağladıkları vurgulanmıştır. Eğitim ve araştırma hastanelerinde performans ölçümünü konu edinen diğer araştırmacılar arasında bulunan Rayeni et al. (2010) ise eğitim faaliyetlerini yürüten personel sayısındaki artışın verimlilikte yükselme sağlayacağı vurgulanmıştır. Medin ve diğerleri (2011) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise İskandinav ülkelerinde üniversite hastanelerinin verimliliği karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda verimliliği açıklayıcı temel faktörlerin hastanenin yerleşim yeri ile hasta taburcu sayısı olduğu belirtilmiştir. Eğitim statüsüne sahip olan ve olmayan hastaneleri verimlilik bakımından karşılaştırmalı olarak inceleyen Grosskopf et al. (2001a) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise eğitim ve araştırma özelliğine sahip hastanelerin hasta hizmetlerinin sunumu bakımından yalnızca %10 kadar küçük bir kısmının eğitim araştırma özelliği olmayan hastaneler ile rekabet edebilir durumda olduğu belirtilmiştir. Eğitim ve araştırma özelliğine sahip olma durumu maliyetler ile yakından ilişkili olmakla birlikte ülkelerin gelişmişlik düzeyi, ekonomik durum ve sağlık ile ilgili plan ve politikaların eğitim ve araştırma hastanelerinin performansı üzerinde belirleyici bir rol oynaması beklenmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerden birisi olan Türkiye’de 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte Türkiye sağlık sisteminde kaynak kullanımında verimliliği arttırmaya yönelik olarak bir yeniden yapılanma süreci başlamıştır. Bu süreçte sağlık kuruluşlarına ‘idari ve mali özerklik’ kazandırmak amacıyla Kamu Hastane Birlikleri (KHB) uygulaması başlatılmıştır. Bu kapsamda il düzeyi esasına dayanılarak toplam 89 KHB kurulmuştur. Bu uygulama sayesinde hastanelerin altyapı, insan kaynakları ve hasta profili bakımından kendileri ile benzer durumda olan diğer hastaneler ile karşılaştırılmalarının mümkün hale getirilmesi ve performans değerlendirmelerinde daha başarılı olunması hedeflenmektedir (Akdağ 2011). Bu kapsamda KHB’ne bağlı hastaneler gruplandırılarak benzer nitelikteki hastanelerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. KHB’ne bağlı hastaneler içerisinde eğitim ve araştırma özelliğine sahip olan ve A1 grubu olarak isimlendirilen hastanelere, en az 5 branşta eğitim yetkisi verilmiş ve buna göre eğitim kadroları tamamlanmış, bu hastaneler üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerin verildiği, eğitim-araştırma faaliyetlerinin yürütüldüğü ve aynı zamanda uzman-yan dal uzman hekimlerin yetiştirildiği genel dal yataklı tedavi kurumları olarak tanımlanmıştır. A2

grubunda yer alan hastaneler ise eğitim-araştırma statüsü bulunmayan, bünyesinde dahiliye, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk hastalıkları olmak üzere en az 4 branşın her birinden 6 ve üzeri hekim bulunan, komplike hastalıkları tedavi edebilen, 3. seviyede acil servisi ve 3. basamak yoğun bakım ünitesi bulunan kuruluşlar olarak tanımlanmıştır (KHK 2014). Bu çalışmada ise 2014 yılı itibariyle KHB'ne bağlı olan ve eğitim ve araştırma özelliğine sahip olan, A1 grubunda yer alan 48 hastane ile eğitim ve araştırma statüsü bulunmayan A2 grubunda bulunan 66 hastanenin teknik verimliliklerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla verilerin analiz yönteminin anlatıldığı yöntem bölümünün ardından çalışma bulgularına yer verilmiş, elde edilen bulgular mevcut bilgiler ışığında değerlendirilmiş ve ilerleyen araştırmalar için önerilerde bulunulmuştur.

III. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın yöntem kısmını oluşturan bu bölümde sırasıyla çalışmanın amacına yer verilmiş, veri seti ve değişkenler tanıtılmış ve analiz yöntemine ait bilgiler sunulmuştur.

3.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmada 2014 yılı itibariyle KHB'ne bağlı ve eğitim ve araştırma özelliğine sahip 48 hastane ile eğitim ve araştırma statüsü bulunmayan 66 hastanenin teknik verimlilik bakımından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

3.2. Veri Seti ve Değişkenler

Çalışmada kullanılan veriler Kamu Hastaneleri Kurumu (KHK) 2014 yılı istatistik yıllığından temin edilmiştir (KHK 2014). Bu çalışmada hastanelerin teknik verimliliklerinin belirlenmesinde kullanılacak değişkenlerin seçimine literatürde VZA ile ilgili yapılan çalışmalar incelenerek karar verilmiştir. Bu doğrultuda Grosskopf ve Valdmanis (1987), Grosskopf ve diğerleri (2001-a/b), ile Özcan (2008) çalışmalarından esinlenilerek girdi değişkenleri olarak; toplam yatak sayısı, uzman hekim sayısı ile uzman olmayan hekim sayısından faydalanılmıştır. Uzman hekim grubunda uzmanlığını almış hekimler yer alırken, uzman olmayan hekim grubunda pratisyen hekimler bulunmaktadır. Çıktı değişkenleri olarak ise; toplam muayene sayısı, toplam yatan hasta sayısı, ortalama kalış günü ve toplam ameliyat sayısı değişkenleri kullanılmıştır. Toplam ameliyat sayısı belirlenirken KHK tarafından A, B ve C şeklinde gruplandırılan, sırasıyla özellikli, özel ve büyük ameliyat sayılarının toplamı esas alınmıştır. KHK tarafından belirtildiği üzere Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Sağlık Müdahalesi Sınıflaması (ICHI, International Classification of Health Interventions) esasına dayanılarak, karşılaştırılabilirliği sağlamak üzere ameliyat sayısı ile ilgili olarak bu sınıflama esas alınmış olup, teşhis amaçlı ve küçük cerrahi girişimleri temsil eden D ve E grubu ameliyatlara ilişkin bilgi sunulmamıştır (KHK 2014). Tablo 1'de bu çalışmada yer verilen girdi ve çıktı değişkenlerinin tanımı, veri kaynağı ve verilerin temin edildiği yıl konusunda açıklamalar sunulmuştur.

Tablo 1. Çalışmada Yer Verilen Girdi ve Çıktı Değişkenleri

Değişken Türü	Değişken	Tanım	Veri Kaynağı	Yıl
Girdi	Yatak Sayısı	KHB'ne bağlı hastanede kullanıma hazır durumda olan toplam yatak sayısı	Kamu Hastaneleri Kurumu İstatistik Yıllığı	2014
	Uzman Hekim Sayısı	KHB'ne bağlı hastanede tam zamanlı olarak çalışan toplam uzman hekim sayısı	Kamu Hastaneleri Kurumu İstatistik Yıllığı	2014
	Uzman Olmayan Hekim Sayısı	KHB'ne bağlı hastanede çalışan toplam uzman olmayan hekim sayısı	Kamu Hastaneleri Kurumu İstatistik Yıllığı	2014
Çıktı	Toplam Muayene Sayısı	KHB'ne bağlı hastanede yapılan toplam muayene sayısı	Kamu Hastaneleri Kurumu İstatistik Yıllığı	2014
	Toplam Yatan Hasta Sayısı	KHB'ne bağlı hastanede bir yıllık süre içerisinde taburcu olan ya da ölen toplam hasta sayısı	Kamu Hastaneleri Kurumu İstatistik Yıllığı	2014
	Toplam Ameliyat Sayısı	KHB'ne bağlı hastanede Uluslararası Sağlık Müdahalesi Sınıflandırması (ICHI, International Classification of Health Interventions) esasına uygun olarak yapılan özellikli, özel ve büyük toplam ameliyat sayısı	Kamu Hastaneleri Kurumu İstatistik Yıllığı	2014
	Ortalama Kalış Günü	KHB'ne bağlı bir hastane için bir hastanın ortalama kalış günü belirli bir süre içerisinde (ay, üç ay veya bir yıl) toplam (klinik bazında) yatılan gün sayısının, çıkan toplam (taburcu olan ve ölen) hasta sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir.	Kamu Hastaneleri Kurumu İstatistik Yıllığı	2014

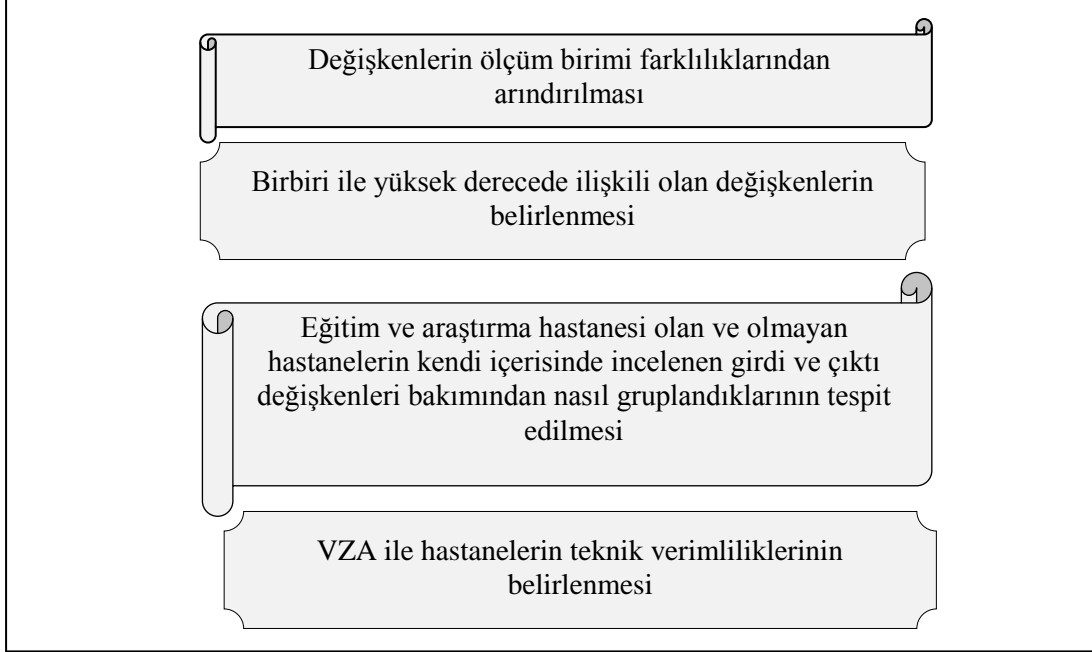
Kaynaklar: Grosskopf et al. 2001b; Grosskopf ve Valdmanis, 1987; Ozcan 2008

3.3. Analiz Yöntemi

Bu çalışmada eğitim ve araştırma hastanesi olan ve olmayan hastanelerin teknik verimliliklerinin karşılaştırılmasında VZA kullanılacaktır. Özcan ve Lynch (1992) tarafından belirtildiği üzere VZA yönteminin kullanıldığı çalışmalarda karar alma birimlerinin ve kullanılan girdi ve çıktı değişkenlerinin homojen olması istenmektedir. Bu çalışmada kullanılan değişkenler ölçüm birimi bakımından farklılık gösterdiğinden ve incelenen hastaneler büyüklük, coğrafi konum vb. gibi faktörler bakımından değiştiğinden dolayı

analiz öncesinde veriler n analiz aşamasına tabi tutulmuştur. Bu doğrultuda VZA'ya geçmeden önce Şekil 1'de özetlenen veri analizine hazırlık işlem adımları izlenmiştir.

Şekil 1. Veri Analizinde İzlenen İşlem Adımları



Şekil 1'de özetlenen verilerin analiz aşamasına bu çalışmada dikkate alınan girdi ve çıktı değişkenleri farklı ölüm birimlerine sahip olduklarından dolayı değişkenlerin standartlaştırılması ile başlanmıştır. Değişkenlerin standartlaştırılması ile ilgili birçok yöntem olmakla birlikte yaygınlıkla kullanılan yöntemlerden birisi ortalama 0, standart sapma 1 olan bir skora dönüştürmektir. Bu yeni skora Z değerleri ya da standart değer adı verilmektedir (Alpar 2010). Değişkenlerin lm birimi farklılıklarından arındırılmasının ardından girdi ve çıktı değişken grubunda birbiri ile yüksek derece ilişkili olan değişkenleri tespit etmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Pearson Korelasyon Analizi lm ile belirtilen iki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin kuvveti ve yönü hakkında bilgi veren en temel ilişki katsayısı türüdür (Alpar 2010). Değişkenlerin standartlaştırılması ve benzer özellik taşıyanların ayırt edilmesi sonrasında kullanılacak girdi ve çıktı değişkenleri belirlenmiştir. Bir sonraki aşamada eğitim ve araştırma hastanesi olan ve olmayan hastanelerin bu çalışmada dikkate alınacak olan girdi ve çıktı değişkenleri bakımından nasıl gruplandıklarının belirlenmesi aşamasına geçilmiştir. Bu çalışmada ele alınan hastaneler hasta yoğunluğu, coğrafı konum, teknik altyapı ve olanaklar bakımından farklılık gösterdikleri için bu farklılıkların kontrol altına alınabilmesi amacıyla hastaneler gruplandırılmıştır. Eğitim ve araştırma hastanesi olan ve olmayan hastanelerin kendi içerisinde gruplandırılmasında K-means kümeleme algoritması kullanılmıştır. K-means algoritması en fazla kullanılan ve oldukça başarılı sonuçlar üreten bir kümeleme algoritması olarak ön plana çıkmaktadır. Bu algoritmanın en temel özelliği başlangıç noktası farklı değerlere sahip olan birbirinden farklı kümeler üretmesidir (Nazeer, Sebastian 2009). K-means yöntemi algoritmaları yardımı ile gözlemler; kümeler arası değişkenlik en büyük, kümeler içi değişkenlik en kk olacak şekilde farklı kümelere yerleştirilmektedir. Aşamalı olmayan kümeleme yöntemlerinden birisi olan bu yöntemin temel avantajlarından birisi aykırı değerlere karşı daha az duyarlı olmasıdır (Alpar 2011). VZA'nin uygulanması için gerekli temel varsayımlardan birisi olan incelenen karar birimlerinin girdi ve çıktı değişkenleri bakımından homojen olmasını sağlamaya yönelik olarak uygulanan bu işlem

adımları sonrasında VZA kullanılarak hastanelerin teknik verimliliklerinin belirlenmesi aşamasına geçilmiştir (Andersen, Petersen 1993). VZA karar birimlerinin göreceli verimlilik değerlendirmelerinde kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntem kullanılarak benzer girdi ve çıktı birimleri kullanılarak göreceli teknik verimlilik değerlendirmesinde bulunmak mümkün olmaktadır (Özcan 2008). Bu yöntemde doğrusal programlama modeli kullanılarak homojen oldukları varsayılan her bir gözlem için tek bir verimlilik skorunun elde edilmesi mümkün olmaktadır. VZA kullanılarak verimlilik skoru 1'e eşit olan karar birimleri için "verimli", 1'den farklı olanlara ise "verimli değil" denilebilmektedir. Verimlilik skoruna göre verimli olan ve olmayan karar birimlerinin tespit edilmesine imkan veren böylesi bir değerlendirme sonucunda verimli olmadığı tespit edilen karar birimleri için iki tür öneride bulunmaktadır. Bunlardan birincisi çıktılar sabit tutulurken girdi miktarının azaltılması diğeri ise girdiler sabit tutulurken çıktı miktarının artırılmasıdır (Özcan 2008; Şahin 2009). Sırasıyla girdi odaklılık ve çıktı odaklılık olarak isimlendirilen bu yaklaşımlar sağlık alanında geniş bir uygulama alanı bulmuştur. Girdi ya da çıktı yönelimli VZA modelleri içerisinde sağlık kuruluşları tarafından en fazla tercih edilen yöntemin ise sağlık kuruluşları için çıktıları arttırmak yerine girdileri azaltma imkânının daha fazla olması nedeniyle girdi yönelimli VZA olduğu belirtilmektedir (Özcan 2008; Şahin 2009). Diğer taraftan VZA Yöntemi ile verimlilik skoru belirlenirken, Ölçeğe Göre Sabit Getiri (ÖGSG) (Constant Return to Scale-CRS) ve Ölçeğe Göre Değişken Getiri (ÖGDG) (Variable Return to Scale-VRS) olmak üzere iki yaklaşım uygulanabilmektedir. ÖGSG yaklaşımında girdi ve çıktılar sabit bir şekilde değişmektedir. Yani girdilerin bir birim artışında çıktıların da bir birim arttığı varsayılmaktadır. ÖGDG yaklaşımında ise girdi ve çıktıların değişiminde böyle bir sabitlik söz konusu değildir. Bu yaklaşımda karar birimlerinin yalnızca teknik verimlilikleri değerlendirilirken, diğer yaklaşımda teknik verimlilik ile birlikte ölçek verimliliği kayıpları da dikkate alınmaktadır (Jacobs et al. 2006). Bu çalışmada ise sağlık kuruluşlarının incelendiği çalışmalar için tavsiye edilen girdi yönelimli model ve ÖGDG yaklaşımı kullanılmıştır. Veri analizinde R programından faydalanılmıştır. Çalışmanın aşağıda yer alan bulgular bölümünde bu çalışmada kullanılan değişkenlere ilişkin tanımlayıcı ve ileri analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

IV. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bilgiler

Tablo 2'de bu çalışmaya ait tanımlayıcı bilgiler sunulmuştur. Buna göre bu çalışmada yer alan, eğitim ve araştırma özelliğine sahip olan toplam 48 hastaneye ait tanımlayıcı veriler incelendiğinde yatak sayısının ortalama 633,04 ($\pm 246,52$), uzman hekim sayısı ortalama 245,08 ($\pm 94,18$), uzman olmayan hekim sayısı ortalama 13,40 ($\pm 6,87$), toplam muayene sayısı ortalama 1,445,203 ($\pm 535,529$), yatan hasta sayısı ortalama 37,645 ($\pm 18,702$), toplam ameliyat sayısı ortalama 15,719 ($\pm 8,279$), ortalama kalış günü 4,76 ($\pm 0,88$)'dür. Bu çalışma kapsamında yer verilen eğitim ve araştırma hastanesi olmayan 66 hastaneye ait tanımlayıcı bilgiler incelendiğinde yatak sayısı ortalama 465,11 ($\pm 188,52$), uzman hekim sayısı ortalama 135,24 ($\pm 48,61$), uzman olmayan hekim sayısı ortalama 18,74 ($\pm 5,84$)'dir. Bu çalışma kapsamında çıktı değişkenleri arasında bulunan toplam muayene sayısı ortalama 1,091,951 ($\pm 375,081$), yatan hasta sayısı ortalama 28,817 ($\pm 15,055$), ameliyat sayısı ortalama 11,245 ($\pm 6,285$), ortalama kalış günü 4,56 ($\pm 0,88$) olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Tanımlayıcı Bilgiler

	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (n=48)				Eğitim ve Araştırma Hastanesi Olmayan Hastaneler (n=66)			
	Ort.	Ss.	Min.	Mak.	Ort.	Ss.	Min.	Mak.
Girdi Değişkenleri								
Yatak Sayısı	633,04	246,52	244	1414	465,11	188,52	150	1040
Uzman Hekim Sayısı	245,08	94,18	88	462	135,24	48,61	59	276
Uzman Olmayan Hekim Sayısı	13,40	6,87	2	33	18,74	5,84	8	32
Çıktı Değişkenleri								
Toplam Muayene Sayısı	1,445,203	535,529	329,312	3,221,968	1,091,951	375,081	85,594	2,182,021
Yatan Hasta Sayısı	37,645	18,702	1,379	95,548	28,817	15,055	2,591	78,921
Ameliyat Sayısı	15,719	8,278	781	33,228	11,245	6,285	118	29,587
Ortalama Kalış Günü	4,76	0,88	3	6,60	4,56	0,85	2,80	6,60

4.2. Değişkenler Arasındaki Benzerliğin İncelenmesi

Bu çalışmada kullanılacak olan VZA için gerekli temel varsayımlar arasında analize katılacak olan değişkenlerin homojen olması bulunmaktadır. Bu varsayımı sağlamanın ilk adımı ölçüm birimi birbirinden farklı olan çalışma değişkenlerinin ölçüm birimi farklılıklarından arındırılmasıdır. Bu amaçla değişkenler Z standartlaştırması kullanılarak ölçüm birimi farklılıklarından arındırılmış ve değişkenler arası ilişkilere ait sonuçların objektifliği sağlanmaya çalışılmıştır. Bir sonraki aşamada ise değişkenler arasındaki benzerliklerin tespit edilmesi amaçıyla Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Tablo 3'te eğitim ve araştırma hastanesi olan ve olmayan hastaneler ayrı ayrı ele alınarak girdi ve çıktı değişkenleri arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir. Buna göre değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları çok güçlü ilişki olarak kabul edilen 0,80'in altında olduğundan seçilen tüm girdi ve çıktı değişkenlerinin analizde kalmasına karar verilmiştir.

Tablo 3. Değişkenler Arasındaki Benzerliğin İncelenmesi

Değişkenler	E. A. Olma Durumu	Korelasyon r_p	Yatak Sayısı (Z)		Uzman Hekim (Z)		Uzman Olmayan Hekim (Z)		Toplam Muayene Sayısı (Z)		Toplam Yatan Hasta Sayısı (Z)		Toplam Ameliyat Sayısı (Z)		Ortalama Kalış Günü (Z)	
			E.A.	E.A.O.	E.A.	E.A.O.	E.A.	E.A.O.	E.A.	E.A.O.	E.A.	E.A.O.	E.A.	E.A.O.	E.A.	E.A.O.
Yatak Sayısı (Z)	E.A.	r_p	1													
	E.A.O.	r_p		1												
Uzman Hekim (Z)	E.A.	r_p	0,71**		1											
	E.A.O.	r_p		0,72**		1										
Uzman Olmayan Hekim (Z)	E.A.	r_p	0,45**		0,10		1									
	E.A.O.	r_p		0,52**		0,60**		1								
Toplam Muayene Sayısı (Z)	E.A.	r_p	0,64**		0,73**		0,16		1							
	E.A.O.	r_p		0,56**		0,68**		0,51**		1						
Toplam Yatan Hasta Sayısı (Z)	E.A.	r_p	0,56**		0,53**		0,21		0,65**		1					
	E.A.O.	r_p		0,79**		0,72**		0,32**		0,61**		1				
Toplam Ameliyat Sayısı (Z)	E.A.	r_p	0,62**		0,66**		0,31*		0,50**		0,37**		1			
	E.A.O.	r_p		0,56**		0,71**		0,41**		0,57**		0,69**		1		
Ortalama Kalış Günü (Z)	E.A.	r_p	0,29*		0,29*		0,04		-0,08		-0,19		0,28		1	
	E.A.O.	r_p		0,11		0,01		0,17		-0,08		-0,25*		-0,21		1

Açıklamalar: E.A.: Eğitim ve Araştırma Hastaneleri; E.A.O.: Eğitim ve Araştırma Olmayan Hastaneler; Z: Değişkenin Z standartlaştırılmış şekli; r_p : Pearson Korelasyon Katsayısı, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

4.3. Benzer Karar Birimlerinin Gruplandırılması

VZA'nın temel varsayımlarından bir diğeri incelenen karar birimlerinin benzer özellik taşıması gerektiğidir. Bu varsayımı yerine getirmek amacıyla eğitim ve araştırma hastanesi olan ve olmayan hastaneler incelenen girdi ve çıktı değişkenleri bakımından K-means kümeleme algoritması kullanılarak gruplandırılmıştır. Bu gruplandırmaya göre bu çalışmada ele alınan toplam 48 eğitim ve araştırma hastanesi ile 66 eğitim ve araştırma olmayan hastanenin kullanılan girdi ve çıktı değişkenleri bakımından iki ayrı gruptan oluştuğu görölmektedir. Değişkenlerin standartlaştırılması sonrasında K-means kümeleme algoritmasının kullanılması yolu ile elde edilen kümelere ait küme grafikleri ile kümelerde yer alan hastaneler Tablo 4'de sunulmuştur. Buna göre eğitim ve araştırma hastanesi olan ve olmayan hastanelerin kendi içerisinde girdi ve çıktı değişkenleri bakımından benzer özelliğe sahip olan iki grupta yer aldıkları görölmektedir. Eğitim ve araştırma hastaneleri sırasıyla 35 ve 13 hastanenin yer aldığı iki kümeden meydana gelmekte iken, eğitim ve araştırma olmayan hastanelerin sırasıyla 51 ve 15 hastanenin yer aldığı iki kümeden oluştuğu görölmektedir. K-means küme grafikleri kümelerin ayırt edilebilir olduğunu görsel olarak ortaya koymasına rağmen bir sonraki aşamada farklı kümelerde bulunan hastaneler açısından bu çalışmada ele alınan girdi ve çıktı değişkenleri bakımından farklılığın kanıtlanması amacıyla duyarlılık analizi yapılmıştır.

Tablo 4. Girdi ve Çıktı Değişkenleri Bakımından Benzer Özellik Taşıyan Hastanelerin Gruplandırılması

Eğitim ve Araştırma Hastanesi Olan Hastaneler		Eğitim ve Araştırma Hastanesi Olmayan Hastaneler	
Küme No:1 (n=35)	Küme No: 2 (n=13)	Küme No:1 (n=51)	Küme No: 2 (n=15)
Adıyaman SB. Adıyaman Üniv. EA., Amasya SB. Amasya Üniv. EA., Ankara Yüksek İhtisas EA, Ankara EA, Ankara Keçiören EA., Ankara Atatürk EA., Ankara SB. Yıldırım Beyazıt EA., Bolu Abant İ.B. Üniv. EA., Çorum SB Hitit Üniv. EA., Diyarbakır Gazi Yaşargil EA., Elâzığ EA., Erzincan SB. Mengücek Gazi EA., İstanbul SB. Marmara Üniv. Pendik EA., İstanbul Haydarpaşa Numune EA., İstanbul SB. Medeniyet Üniv. Göztepe EA., İstanbul Ümraniye EA., İstanbul Fatih Sultan Mehmet EA., İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk EA., İstanbul Bağcılar EA., İstanbul Okmeydanı EA., İstanbul GOP Taksim EA., İstanbul Kanuni Süleyman EA., İstanbul Haseki EA., İstanbul EA., İzmir Bozkaya EA., Karabük SB. Karabük Üniv. EA., Kırşehir SB. EA., Kocaeli Derince EA., Dumlupınar Üniv. Kütahya Evliya Çelebi EA., Muğla T.C. Sağlık Bakanlığı Sıtkı Koçman Üniv. EA., Ordu SB. Ordu Üniv. EA., Rize SB. R.T.E. Üniv. EA., Samsun EA., Şanlıurfa M. Akif İnan EA., Trabzon Kanuni EA.	Adana Numune EA., Ankara Numune EA., Ankara Dışkapı EA., Antalya EA., Bursa Şevket Yılmaz EA., Erzurum Bölge EA., İstanbul Kartal EA., İstanbul Şişli Hamidiye Etfal EA., İzmir SB. İzmir Kâtip Çelebi EA., İzmir Tepecik EA., Kayseri EA., Konya EA., Sakarya SB. Sakarya Üniv. EA.	Afyonkarahisar DH., Ağrı DH., Aksaray DH., Ankara Sincan Nafiz Körez DH., Antalya Alanya DH., Aydın DH., Aydın Nazilli DH., Balıkesir Atatürk DH., Balıkesir DH., Batman Bölge DH., Bingöl DH., Bursa İnegöl DH., Çanakkale DH., Düzcce Atatürk DH., Edirne DH., Gaziantep 25 Aralık DH., Gaziantep Şehitkâmil DH., Giresun Dr. İlhan Özdemir DH., Isparta DH., İstanbul Kartal Yavuz Selim DH., İstanbul Üsküdar DH., İstanbul Beykoz DH., İzmir Buca Seyfi Demirsoy DH., İzmir Karşıyaka DH., Karaman DH., Kars DH., Kastamonu İslamoğlu DH., Kırkkale Yüksek İhtisas DH., Kocaeli İzmit Seka DH., Kocaeli Darıca Farabi DH., Kocaeli Gebze Fatih DH, Konya Numune Hastanesi, Manisa Merkezefendi DH., Manisa DH., Mardin DH., Mersin Tarsus DH., Mersin Toros DH., Muş DH., Nevşehir DH., Niğde DH., Ordu DH., Osmaniye DH., Samsun Gazi DH., Siirt DH., Sivas Numune Hastanesi, Tekirdağ Çorlu DH., Tekirdağ DH., Tokat DH., Trabzon Fatih DH., Yozgat DH., Zonguldak Atatürk DH.	Adana Çukurova Aşım Tüfekçi DH., Antalya Atatürk DH., Bursa DH., Bursa Çekirge DH., Denizli DH., Eskişehir DH., Eskişehir Yunus Emre DH., Gaziantep Dr. Ersin Aslan DH., Hatay İskenderun DH., Hatay Antakya DH., K. Maraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Malatya DH., Mersin DH., Uşak DH., Van E.A. Hastanesi
Açıklamalar: ■ Küme No: 1 ■ Küme No: 2			
Kısaltmalar: EA.: Eğitim ve Araştırma Hastanesi, DH.: Devlet Hastanesi, SB.: Sağlık Bakanlığı			

4.4. Farklı Kümelerde Yer Alan Hastaneler Açısından Girdi ve Çıktı Değişkenleri Bakımından Farklılığı Ortaya Koyan Duyarlılık Analizi Bulguları

Elde edilen kümelerin girdi ve çıktı değişkenleri bakımından farklılığını ortaya koymayı amaçlayan gruplar arası karşılaştırmalara dayanan Mann Whitney-U test sonuçları Tablo 5’de sunulmuştur. Buna göre eğitim ve araştırma hastanesi olan hastaneler için elde edilen kümelerle ait sıra ortalamalarının girdi ve çıktı değişkenleri arasında yer alan yatak sayısı (U=15, p<0,01), uzman hekim (U=46, p<0,01), uzman olmayan hekim (U=98,5, p<0,01), toplam muayene sayısı (U=63, p<0,01), toplam yatan hasta sayısı (U=110, p<0,01), toplam ameliyat sayısı (U=16, p<0,01), ortalama kalış günü (U=144, p<0,01) bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği gözlenmektedir. Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneler için elde edilen kümelerle ait sıra ortalamalarının ise girdi ve çıktı değişkenleri arasında bulunan yatak sayısı (U=60,5, p<0,01), uzman hekim (U=6,5, p<0,01), uzman olmayan hekim (U=84, p<0,01), toplam muayene sayısı (U=22, p<0,01), toplam yatan hasta sayısı (U=56, p<0,01), toplam ameliyat sayısı (U=26, p<0,01), ortalama kalış günü (U=338, p<0,01) bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu bulgular eğitim ve araştırma özelliği olan ve olmayan hastaneler için farklı kümelerde bulunma durumuna göre girdi ve çıktı değişkenleri açısından farklılık bulunduğunu ortaya koymaktadır.

Duyarlılık analizi sonuçları, bu çalışmada esas alınan girdi ve çıktı değişkenleri bakımından hastanelerin gruplandırılmasında benzer nitelik taşıyanların bir arada bulunduğunu doğrulamaktadır. Bu durum VZA’nın temel varsayımlarından birisi olan incelenen karar birimlerinin girdi ve çıktı değişkenleri bakımından homojen olması varsayımının sağlandığı görüşünü desteklemektedir. Bu bulgudan yola çıkılarak bir sonraki aşamada eğitim ve araştırma hastanesi olan ve olmayan hastanelerin teknik verimliliklerinin VZA ile belirlenmesi aşamasına geçilmiştir.

Tablo 5. Farklı Kümelerde Bulunan Hastaneler Açısından Girdi ve Çıktı Değişkenleri Bakımından Farklılığın İncelenmesi

Değişken Grubu	Değişkenler	Eğitim ve Araştırma Hastanesi Olan Hastaneler					Eğitim ve Araştırma Hastanesi Olmayan Hastaneler				
		Küme No	n	Sıra Ort.	Mann Whitney U	p	Küme No	n	Sıra Ort.	Mann Whitney U	p
Girdi Değişkenleri	Yatak Sayısı	1	35	18,43	15	<0,01	1	51	27,19	60,5	<0,01
		2	13	40,85			2	15	54,97		
	Uzman Hekim	1	35	19,33	46	<0,01	1	51	26,13	6,5	<0,01
		2	13	38,42			2	15	58,57		
	Uzman Olmayan Hekim	1	35	20,81	98,5	<0,01	1	51	27,65	84	<0,01
		2	13	34,42			2	15	53,40		
Çıktı Değişkenleri	Toplam Muayene Sayısı	1	35	19,80	63	<0,01	1	51	26,43	22	<0,01
		2	13	37,15			2	15	57,53		
	Toplam Yatan Hasta Sayısı	1	35	21,14	110	<0,01	1	51	27,10	56	<0,01
		2	13	33,54			2	15	55,27		
	Toplam Ameliyat Sayısı	1	35	18,46	16	<0,01	1	51	26,51	26	<0,01
		2	13	40,77			2	15	57,27		
	Ortalama Kalış Günü	1	35	22,11	144	<0,01	1	51	34,37	338	<0,01
		2	13	30,92			2	15	30,53		

4.5. Eğitim ve Araştırma Hastanesi Olan ve Olmayan Hastanelerin Verimlilik Bulgularının Dağılımı

Eğitim ve araştırma hastanesi olan ve olmayan hastanelerin farklı kümelerde bulunma durumu ve tüm hastaneler için elde edilen girdi yönelimli ve ÖGDG modeli kullanılarak yapılan verimlilik analizine ait bulgular Tablo 6’da sunulmuştur. Elde edilen bulgular eğitim ve araştırma hastanelerinin tamamı esas alındığında verimli olanların %45.83, eğitim ve araştırma olmayan hastanelerin tamamı esas alındığında verimli olanların ise %31.88 olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra, tüm eğitim ve araştırma hastanelerinden elde edilen Ortalama Teknik Verimlilik Skoru (OTVS)’larının (OTVS=0,884; $\pm 0,133$), tüm eğitim ve araştırma olmayan hastanelerden elde edilen OTVS’larından (OTVS=0,880; $\pm 0,122$) daha yüksek olduğu görülmektedir. OTVS’ları I. ve II. kümeler için ayrı ayrı ele alındığında ise, I. kümeler için eğitim ve araştırma olmayan hastanelerden elde edilen OTVS’larının (OTVS=0.882; $\pm 0,117$), eğitim ve araştırma hastanelerinden elde edilen OTVS’larından (OTVS=0.877; $\pm 0,141$) daha yüksek olduğu görülmektedir. II. kümeler için ise, eğitim ve araştırma hastanelerinden elde edilen OTVS’larının (OTVS=0,992; $\pm 0,016$), eğitim ve araştırma olmayan hastanelerden elde edilen OTVS’larından (OTVS=0,984; $\pm 0,032$) daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular eğitim ve araştırma hastanelerinin genel OTVS bakımından eğitim ve araştırma özelliği olmayan hastanelere göre daha iyi durumda olduklarını ortaya koymaktadır. Diğer taraftan verimsiz hastaneler içerisinde OTVS en yüksek olan grup ise, eğitim ve araştırma hastanesi olup ikinci grupta yer alan hastanelerden (OTVS=0,967; $\pm 0,023$) oluşmaktadır.

Tablo 6. Eğitim ve Araştırma Hastanesi Olan ve Olmayan Hastanelerin Teknik Verimlilik Bulgularının Dağılımı

Eğitim Statüsü	Küme	Verimlilik Durumu	n	%	OTVS	Ss.
Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	I. Küme	Verimli	17	48,57		
		Verimsiz	18	51,42	0,761	0,102
		Genel	35	100	0,877	0,141
	II. Küme	Verimli	10	76,92		
		Verimsiz	3	23,07	0,967	0,023
		Genel	13	100	0,992	0,016
	Tüm E.A. Hastaneleri	Verimli	22	45,83		
		Verimsiz	26	54,16	0,786	0,109
		Genel	48	100	0,884	0,133
Eğitim ve Araştırma Olmayan Hastaneleri	I. Küme	Verimli	15	29,41		
		Verimsiz	36	70,58	0,833	0,106
		Genel	51	100	0,882	0,117
	II. Küme	Verimli	12	80		
		Verimsiz	3	20	0,921	0,010
		Genel	15	100	0,984	0,032
	Tüm E.A.O. Hastaneler	Verimli	21	31,88		
		Verimsiz	45	68,18	0,825	0,110
		Genel	66	100	0,880	0,122

Kısaltmalar: EA: Eğitim ve Araştırma Hastaneleri; EAO: Eğitim ve Araştırma Olmayan Hastaneler; OTVS: Ortalama Teknik Verimlilik Skoru; Ss.: Standart Sapma.

V. DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Bu çalışma sonucunda KHB'ne bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinin eğitim ve araştırma olmayan hastanelere göre teknik verimliliklerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma bulguları literatürde sıklıkla vurgulandığı üzere eğitim ve araştırma statüsüne sahip olma durumunun hastanelerin daha fazla maliyete katlanmaları nedeniyle verimlilik yarışında diğer hastanelere göre geri planda kaldıklarını ortaya koyan çalışmalardan farklı yönde sonuçlar ortaya koymuştur (Sloan et al. 1983; Cameron 1985; Jensen, Morrisey 1986; Grosskopf 2001a).

Türk sağlık sisteminde eğitim ve araştırma hastaneleri 1990'lı yıllardan itibaren öne çıkan planlama dönemlerinde sağlıkta insan gücünü sayısal ve niteliksel olarak artırmaya yönelik reformlar sonucunda zaman içerisinde yaygınlaşmıştır. Günümüzde eğitim ve araştırma hastaneleri hem eğitim ve öğretim hizmetini yürütmekte, hem de tıbbi bakım hizmeti sunmak görevini yerine getirmektedir. Eğitim ve araştırma hastaneleri denildiğinde ön plana çıkan hastanelerin ise üniversite hastaneleri olduğu bilinmektedir. 2014 yılı Sağlık Bakanlığı istatistik yıllığı verilerine göre 2002'de Türkiye genelinde üniversite hastanesi sayısı 50 iken, 2014 yılında bu sayının 69'a ulaştığı görülmektedir. Bu sayı diğer tüm Sağlık Bakanlığı hastaneleri için 2002 yılında 774 iken, 2014'de 866'ya ulaşmış olup, özel hastaneler için 2002'de 271 iken, 2014'de 556'ya kadar yükselmiştir (SB 2014). Görüldüğü üzere 2002'den 2014'ye yani on yılı aşkın bir sürede özel hastanelerin sayıca artışı, Sağlık Bakanlığı ile üniversite hastanelerinin çok üzerinde gerçekleşmiştir. Üniversite hastaneleri ise bu rekabetin oldukça gerisinde kalmıştır. Daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak ve küresel arenada rekabet edebilir bir sağlık sistemine sahip olabilmek için iyi yetişmiş sağlık personeline duyulan ihtiyaç büyüktür. Bu amaca ulaşmayı misyon edinen eğitim ve araştırma hastaneleri Türkiye'de çok geniş bir hasta popülasyonuna hizmet etmektedir. Bu durum bir taraftan yoğun eğitim ve araştırma faaliyetleri sırasında çeşitli vakaların deneyimlenmesine fırsat vermekte olsa da, eğitim ve araştırma hastanelerinin eğitim elemanı kısıtlılığı sorunu ile karşı karşıya kaldıkları görülmektedir. Nicelik bakımından yaşanan sorunların ötesinde asistanlar tarafından uzmanlık eğitiminin yetersiz olarak algılanması, dikey eğitim modelinin benimsenmesi gibi eğitimin niteliğinin sorgulanmasına neden olan diğer problemler bulunmaktadır. Bunlara ek olarak Türkiye'de kaynakların daha verimli kullanımının sağlanması amacıyla yönelik afilyasyon gibi politikaların yeterince destek bulmadığı görülmektedir. Afilyasyon kurumlar arası işbirliği anlamına gelmekte olup, örneğin üniversitelerdeki insan kaynağı yeterliliğinin, devlet hastanelerindeki fiziki ve malzeme yeterliliği ile karşılıklı paylaşılması anlamına gelmektedir. Batı ülkelerinde yaygın olan bu uygulama sayesinde, üniversite hastaneleri eğitim ve araştırma faaliyetlerine odaklanırken, klinik eğitimler daha çok devlet hastanelerinde yapılmaktadır. Afilyasyon kaynak kullanımında verimliliği artırmaya yönelik etkin bir politika olmasına karşın Türkiye'de afilyasyon konusundan edinilen kısa süreli tecrübeler, uzmanlık eğitiminin kalitesinin düştüğü, iş barışının bozulduğu, kurumsal birikim ve tecrübelerin dışlandığı ve eğitimcilerin yalnızca sağlık hizmeti üretmeye yönlendirildiği gerekçeleri ile başarısızlık ile sonuçlanmıştır (TTB 2015). Özetle, Türkiye'de eğitim ve araştırma hastanelerinde verimliliği artırmaya yönelik uygulamaların başarılı olabilmesi için birlikte kullanımın ele geçirme gibi algılanmadığı, bunun yerine birlikte iş yapma ve başarıma kültürünün benimsendiği bir çalışma ortamının yaratılması temel bir gerekliliktir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar Türkiye ekseninde tartışılacak olursa SDP ile birlikte hastanelerde verimliliği artırmaya yönelik uygulamaların eğitim ve araştırma hastaneleri için performansı yükseltmeye yönelik plan ve politikalar ile ilişkisine değinmek faydalı olacaktır. Gök ve Sezen (2011) tarafından vurgulandığı üzere dönüşüm programı sonrasında eğitim ve araştırma hastaneleri tıbbi teknoloji imkân ve olanakları, yatak sayısı, doktor ve tıbbi personel sayısı gibi konularda daha iyi olanaklara erişmiş, bilimsel araştırma ve proje

geliştirme konusunda daha fazla destek görmüşlerdir. SDP'nin eğitim ve araştırma hastanelerinin verimliliği üzerinde olumlu etkiye bulunduğunu belirten Torgay (2010)'a göre ise 2003 yılında başlayan SDP sonrasında 2002-2004 yılları arasında eğitim ve araştırma hastanelerinde toplam faktör verimliliğinin yaklaşık %20 artış gösterdiği ortaya konulmuştur. Bunun yanı sıra aynı araştırma sonucunda 2002-2004 döneminde eğitim ve araştırma hastanelerinde girdi israfı ve üretilmeyen çıktı miktarlarında da önemli ölçüde azalışlar gözlemlendiği tespit edilmiştir. Sonuç olarak, 2002 yılında eğitim hastanelerinin %88 gibi büyük bir çoğunluğunun verimsiz çalıştığı belirtilmekte iken, 2004 yılına gelindiğinde ise verimsiz hastane oranının %65'e gerilediği vurgulanmıştır. 2002 ile 2004 yılları arasında verimlilikte görülen değişimin yatak israf oranı (%42), pratisyen hekim (%27), poliklinik kullanımı (%24) ve cerrahi girişimde (%69) azalma sonucunda ortaya çıktığı belirtilmektedir.

Bunların yanı sıra SDP ile birlikte 2012 yılından itibaren uygulanmaya devam eden KHB uygulamasının hastanelerin verimlilikleri üzerinde nasıl bir etkiye bulunduğu ile ilgili yapılan sınırlı sayıda çalışmada KHB'lerinin hastanelerde verimlilik artışına katkı sağladığı vurgulanmaktadır. Hastane performansı üzerinde görülecek etkilerin ise uzun vadede izlenmesinin gerekli olduğu üzerinde durulmaktadır (Şülkü 2012). Songur ve diğerleri (2016) tarafından yapılan bir çalışmada ise 89 KHB'ne bağlı hastane için 2012 yılında KHB'ne geçiş ile birlikte artan satış hacmine karşın hastanelerin dönem net zararlarında önemli ölçüde bir azalma olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular SDP'nin hastanelerde verimlilik artışına ciddi ölçüde katkı sağladığını ortaya koymaktadır. Buna karşın, 2017 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı'nın 2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK'de yapılan değişiklik ile KHK ve Halk Sağlığı Kurumu'nu kapatarak genel müdürlük seviyesine düşürmek yönünde düzenlemeler yaptığı bilinmektedir (KHK 694). Bu reorganizasyonun temel gerekçelerinin ise yönetimde çift başlılıktan kurtulmak, tek elden yönetim ve kararların daha hızlı verilmesini sağlamak olduğu vurgulanmaktadır. Koordinasyon sıkıntısı ve işlerin gecikmeye başlamasının önüne geçmeyi hedefleyen bu dinamik değişikliklerin, hastanelerin verimlilikleri üzerindeki etkisinin incelenmesi ilerleyen araştırmalarda konu edinilebilecektir.

Eğitim ve araştırma hastaneleri diğer hastaneler ile rekabet edebilir olmak amacıyla verimlilik ölçüm ve yönetiminden etkin şekilde faydalanmalıdırlar. Bu nedenle verimlilik bakımından eğitim ve araştırma hastanelerini, eğitim ve araştırma olmayan hastaneler ile karşılaştırmalı olarak inceleyen bu araştırma sonuçlarının eğitim ve araştırma hastanelerinin verimlilikte öne geçmek için çaba göstermelerinde motive edici olması ümit edilmektedir. Bunların yanı sıra, verimlilik ölçümünden en yüksek faydayı elde edebilmek için uygun girdi ve çıktı bileşimlerinin kullanılması önem arz etmektedir. Seçilecek girdi ve çıktı değişkenlerinin verimliliği ölçülecek karar birimlerinin üretim teknolojisini en iyi şekilde temsil edecek girdi ve çıktı bileşimlerinden oluşması tavsiye edilmektedir (Şahin 1999). Bu çalışmada ise sağlık kuruluşlarında verimlilik ölçümü konulu çalışmalarda sıklıkla yer verilen en temel girdi ve çıktı değişkenleri arasında bulunan değişkenler kullanılmıştır. Çalışmanın sınırlılıkları arasında girdi değişkenlerinden birisi olarak kabul edilen uzman olmayan hekim sayısı ile ilgilidir. Literatür incelendiğinde eğitim ve araştırma hastaneleri için uzman olmayan hekim (pratisyen) grubunda asistan hekimlerin yer aldığı görülmektedir. Asistan hekimlerin, eğitim ve araştırma hastanelerinin verimlilik ölçümünde eğitim hizmeti alan olarak çıktı, hasta bakım hizmeti sunan olarak ise girdi değişkeni grubunda değerlendirilmesi gerektiği ile ilgili tartışmalar bulunmaktadır (Özcan 1992; Özcan 2008). Bu çalışmada ise uzman olmayan hekimler bir hizmet sunucu olarak kabul edilip, girdi değişkeni grubunda değerlendirilmiştir. Bu çalışma ile ilgili diğer bir sınırlılık ise analiz birimi olarak hastane düzeyinin belirlenmiş olması ve hastane seviyesinde ikincil veri temininde güçlük sayılabilir. Bu nedenle literatürde verimlilik analizlerinde en fazla

kullanılan girdi ve çıktı değişkenlerine yer verilmiş olup, az sayıda girdi ve çıktı değişkeni kullanılmıştır.

Eğitim ve araştırma hastaneleri *konservatif* bir yaklaşımla yalnızca hasta tedavi hizmeti sunmak görevini yerine getirmenin dışında nitelikli eğitim ve araştırma görevlerini de yapmalıdır. Bu çalışmada kullanılacak değişkenler arasına eğitim ve araştırma faaliyetlerinin dâhil edilmemiş olması bu çalışma için başka bir sınırlılık olarak düşünülse de, eğitim ve araştırma boyutlarının sayısallaştırılmasındaki güçlük (Şahin 1999) bu durumun temel bir nedeni olarak görülebilecektir. Bu nedenle ilerleyen araştırmalarda eğitim ve araştırma özelliğinin de araştırma değişkenleri arasına dâhil edilmesi önerilmektedir. Bunların yanı sıra bu çalışmada eğitim ve araştırma hastanesi olan ve olmayan hastaneler kendi içerisinde gruplandırılarak her iki grupta girdi ve çıktı değişkenleri açısından benzer özellik taşıyan karar birimlerinin değerlendirilmesi sağlanmıştır. Bu gruplandırmalara göre ikinci kümelerde yer alan karar birimlerinin OTVS'larının daha yüksek olduğu görülmektedir. VZA'da verimlilik değerlendirmelerinde verimliliği en yüksek karar biriminin esas alınarak bu karar birimine göre diğer karar birimlerinin verimlilik skorlarının belirlendiği göz önünde bulundurulacak olursa benzer karar birimlerinin analiz öncesinde gruplandırılmasının gerekliliği ön plana çıkmaktadır (Özcan 2008).

Sonuç olarak bu çalışmada tek bir zaman noktası itibarıyla eğitim ve araştırma hastanesi olan ve olmayan hastanelerin teknik verimlilikleri değerlendirilmiştir. Eğitim ve araştırma hastanelerinin genel verimlilik skorlarının daha yüksek olduğunu gösteren bu bulgular yalnızca bir zaman noktası itibarıyla elde edilen sonuçları yansıtmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından KHB uygulaması ile birlikte hedeflenen özerkleşmenin güçlenmesi ve kaynak tahsisine dayanan rasyonel planlama çalışmalarının uzun vadeli etkilerini görebilmek için daha uzun vadeli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Eğitim ve araştırma hastanelerinin yalnızca bir sağlık işletmesi olmanın ötesinde finansal sürdürülebilirliği sağlamaya çalışan, nitelikli ve kaliteli sağlık hizmeti sunmayı amaçlayan, bunların yanı sıra hasta memnuniyetini önceleyen kurumlar olmaları nedeniyle uzun vadede rasyonel kaynak kullanımına dayanan politikalar ile yönetilmesi gerekliliği ön plana çıkmaktadır. KHB sistemi ile ilgili güncel düzenlemeler ve sistemin yeniden organizasyonu göz önünde bulundurulduğunda verimliliği artırmaya yönelik düzenlemelerin politika belirleyicilerin temel gündem maddelerini oluşturduğu görülmektedir. Eğitim ve araştırma hastanelerinin eğitim statülerine uygun iyileştirme programları ile desteklenmesi tavsiye edilen başka bir yaklaşımdır. Bu çerçevede bu çalışma sonuçlarının uzun vadeyi kapsayan ilerleyen araştırmalar ile desteklenmesi, yeni yapısal düzenlemelerin verimlilik bakımından etkilerinin düzenli olarak incelenmesi sayesinde eğitim ve araştırma hastanelerinin yoğun rekabet ortamında ayakta kalabilmeleri için öneriler sunulması mümkün olabilecektir. Bu sayede eğitim ve araştırma hastaneleri hem kaynaklarını daha rasyonel kullanabilecek hem de varlık nedenleri olan eğitim ve araştırma faaliyetlerini nitelikli bir şekilde sürdürme sorumluluğunu yerine getirebileceklerdir.

KAYNAKLAR

1. Akdağ R. (2011) **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)**. Sağlık Bakanlığı, file:///C:/Users/asus/Downloads/-Ekutuphane-kitaplar-SDPturk.pdf, Erişim Tarihi: 30.02.2017.
2. Alpar A. (2010) **Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Uygulamalı Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik**. Detay Yayıncılık, Ankara.
3. Alpar R. (2011) **Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler**. Detay Yayıncılık, Ankara.

4. Andersen P. and Petersen N. C. (1993) A Procedure for Ranking Efficient Units in Data Envelopment Analysis. **Management Science** 39(10): 1261-1264.
5. Cameron J. M. (1985) The Indirect Costs of Graduate Medical Education. **The New England Journal of Medicine** 312(9): 1233-1238.
6. Campbell C. Gillespie K. Romeis J. C. (1991) The Effects of Residency Training Programs on the Financial Performance of Veterans Affairs Medical Centers. **Inquiry** 28(3): 288-299.
7. Dimick J. B., Cowan J. A., Colletti L. M. and Upchurch G. R. (2004) Hospital Teaching Status and Outcomes of Complex Surgical Procedures in the United States. **Archives of Surgery** 139(2): 137-141.
8. Erus B. and Hatipoğlu O. (2013) **On the Efficiency of Public Hospitals in Turkey**. Bogazici University, Department of Economics, Working Papers, No 2013/08, http://www.econ.boun.edu.tr/content/wp/EC2013_08.pdf, Erişim Tarihi: 30.02.2017.
9. Gök M. S. and Sezen B. (2011) Analyzing the Efficiencies of Hospitals: An Application of Data Envelopment Analysis. **Journal of Global Strategic Management** 5(2): 137-146.
10. Gök M. and Sezen B. (2012) Capacity Inefficiencies of Teaching and Non-Teaching Hospitals. **The Service Industries Journal** 32(14): 2307-2328.
11. Grosskopf S. and Valdmanis V. (1987) Measuring Hospital Performance: A Non-Parametric Approach. **Journal of Health Economics** 6(2): 89-107.
12. Grosskopf S., Margaritis D. and Valdmanis V. (2001a) Comparing Teaching and Non-Teaching Hospitals: A Frontier Approach (Teaching vs. Non-Teaching Hospitals). **Health Care Management Science** 4(2): 83-90.
13. Grosskopf S., Margaritis D. and Valdmanis V. (2001b) The Effects of Teaching on Hospital Productivity. **Socio-Economic Planning Sciences** 35(3): 189-204.
14. Grosskopf S., Margaritis D. and Valdmanis V. (2004) Competitive Effects on Teaching Hospitals. **European Journal of Operations Research** 154(2): 515-525.
15. Jacobs B., Smith P. C. and Street A. (2006) **Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy**, Cambridge University Press, Cambridge, USA.
16. Jensen G. A. and Morrisey M. A. (1986) The Role of Physicians in Hospital Production. **The Review of Economics and Statistics** 68(3): 432-441.
17. Kamu Hastaneleri Kurumu (2014) **Kamu Hastaneleri İstatistik Yılıhğı (2014)** <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/bc10470bf9534a39b5b444691850a837.pdf> Erişim Tarihi: 05.05.2016.
18. Kaplan R. S. and Norton D. P. (1996) Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. **Harvard Business Review**, January-February: 37-48.

19. Kanun Hükümünde Kararname (KHK) 694 [Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükümünde Kararname Karar Sayısı: KHK/694]. Erişim Adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170825-13.pdf> Erişim Tarihi: 25.11.2017.
20. Lai P. M., Lin N. and Du R. (2014) Effect of Teaching Hospital Status on Outcome of Aneurysm Treatment. **World Neurosurgery** 82(3-4): 380-338.
21. Li L. X. and Benton W. C. (1996) Performance Measurement Criteria in Health Care Organizations: Review and Future Research Directions. **European Journal of Operations Research** 93(3): 449-468.
22. Medin E., Anthun K. S., Hakkinen U., Kittelsen S. A., Linna M., Magnussen J., Olsen K. and Rehnberg C. (2011) Cost Efficiency of University Hospitals in Nordic Countries: A Cross-Country Analysis. **European Journal of Health Economics** 12(6): 509-519.
23. Nazeer K. A. A. and Sebastian M. P. (2009) Improving the Accuracy and Efficiency of The k-means Clustering Algorithm. **Proceedings of the World Congress on Engineering**, Vol I WCE, July 1 - 3, London, United Kingdom.
24. Özcan Y. (1992) Sensitivity Analysis of Hospital Efficiency under Alternative Output/Input and Peer Groups: A Review. **Knowledge and Policy** 5(4):1-29.
25. Özcan Y. (2008) **Health Care Benchmarking and Performance Evaluation An Assessment Using Data Envelopment Analysis**. International Series in Operations Research & Management Science. Second Edition, 210, Springer, New York, USA.
26. Özcan Y. A. and Lynch J. (1992) "Rural Hospital Closures: An Inquiry to Efficiency". In Sheffler R. A. and Rossiter L. F. (eds.) **Advances in Health Economics and Health Services Research**, 13: 205-224, Chicago, USA.
27. Özcan C. (1995) Üniversite Hastanelerinin Yönetim Yapısının İncelenmesi ve Yeni Bir Model Önerisi. **Journal of Turgut Özal Medical Center** 2(2): 236-240.
28. Pardes H. (1997) The Future of Medical Schools and Teaching Hospitals in the Era of Managed Care. **Academic Medicine** 72(2): 97-102.
29. Rayeni M. M. and Saljooghi F. H. (2010) Benchmarking in the Academic Departments Using Data Envelopment Analysis. **American Journal of Applied Sciences** 7(11): 1464-1469.
30. Rich E., Gifford G., Luxenberg M. and Dowd B. (1990) The Relationship of House Staff Experience to the Cost and Quality of Inpatients Care. **Journal of the American Medical Association** 263(7): 953-957.
31. Sağlık Bakanlığı (2011) Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname No:663. Erişim Adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.663.pdf>. Erişim Tarihi: 06.05.2016.
32. Sağlık Bakanlığı (2014) Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2014 Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5119,yilliktrpdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 25.12.2017.

33. Sloan F., Feldman R. and Steinwald B. (1983) Effects of Teaching on Hospital Productivity **Journal of Health Economics** 2: 1-23.
34. Songur C., Kar A., Top M., Gazi A. ve Babacan A. (2016) Türkiye Kamu Hastane Birlikleri Hastanelerinin Finansal Performanslarının Değerlendirilmesi: Finansal Tablo Analizleri. **Sayıştay Dergisi** 100: 1-26.
35. Sosyal Güvenlik Kurumu (2016) **Sağlık Uygulama Tebliği**, http://tdb.org.tr/tdb/v2/ekler/SUT/2013/SUT_revize_18.01.2016.pdf, Erişim Tarihi: 02.02.2017.
36. Şülkü S. N. (2012) The Health Sector Reforms and the Efficiency of Public Hospitals in Turkey: Provincial Markets. **European Journal of Public Health** 22(5): 634-638.
37. Şahin İ. (1999) Sağlık Kurumlarında Göreceli Verimlilik Ölçümü: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin İllere Göre Karşılaştırmalı Verimlilik Analizi. **Amme İdaresi Dergisi** 32(2): 123-145.
38. Şahin İ. (2009) Sağlık Bakanlığı Genel Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığına Devredilen SSK Genel Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Analizi. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 11(1): 1-48.
39. Türk Tabipleri Birliği (2015) Danıştay 15.Dairesi'nin E.2014/5234 sayı ve 6.4.2015 tarihli kararının kısmen reddine ilişkin kısmının itirazın yapılacağı inceleme sonucunda kaldırılması istemi. Erişim Adresi: <http://www.klimik.org.tr/2016/05/17/danistay-afiliasyon-yonetmeligini-durdurdu/> Erişim Tarihi:06.05.2016.
40. Torgay A. (2010) Sağlık Reformlarının Eğitim Hastanelerinin Performansına Etkileri, **Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
41. WHO (2000) **The World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance**. <http://www.who.int/whr/2000/en/> Erişim Tarihi: 02.02.2017.

Hemşirelerin Etik İklim Algılarının Örgütsel Güven Düzeyleri Üzerindeki Etkisi

Seda AYDAN*
Sıdıka KAYA**

ÖZ

Örgütsel güven, çalışanların ortak bir amaç peşinden gitmesinde işbirliği sağlayabilir ve bunun sonucu olarak örgütün başarılı olması mümkün olabilir. Örgütsel güven çalışanların bağlılığını ve tatminini olumlu olarak etkilemesi nedeniyle sunulan hizmetin kalitesini de olumlu etkileyebilir. Bu nedenle, sağlık hizmetinin sunumunda önemli yeri olan hemşirelerin örgütsel güven düzeylerinin yüksek olmasının sunulan sağlık hizmetinin kalitesini olumlu etkilemesi beklenir. Etik iklimin örgütsel güven düzeyi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde bu konuda çalışmalar farklı alanlarda sınırlı sayıda yapılmış olmakla birlikte, hemşireler üzerinde etik iklimin örgütsel güven düzeyi üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmayla, hemşirelerin etik iklim algılarının örgütsel güven düzeyleri üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışmanın evrenini, Ankara'daki bir üniversite hastanesi klinik ve polikliniklerinde çalışan hemşireler (368 kişi) oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem çekilmemiş ve hemşirelerin %45'ine (167 kişi) ulaşılmıştır. Katılımcıların örgütsel güven düzeyi "Örgütsel Güven Envanterinin kısa formu (The Organizational Trust Inventory Short Form)" ile etik iklim algıları ise "Etik İklim Ölçeği (Ethical Climate Questionnaire-ECQ)" ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde korelasyon ve regresyon analizleri kullanılmıştır. Hemşirelerin genel etik iklim algı puanı ile genel örgütsel güven puanı arasında yüksek düzeyde (0,704) ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,01$) bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca, etik iklimin 1 puan artması örgütsel güven puanını 1,664 puan artırmaktadır. Dolayısıyla, hemşirelerin örgütsel güvenini artırmak için etik iklim algılarının olumlu yönde geliştirilmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: etik iklim, örgütsel güven, hemşire, hizmet kalitesi

Impact of Nurses' Ethical Climate Perception on Their Organizational Trust Level

ABSTRACT

Organizational trust is expected to enable employees to pursue a common goal, and as a result, contribute to the organization's success. Organizational trust is also expected to affect the quality of service provided because it positively affects employees' commitment and satisfaction. For this reason, the high level of organizational trust of nurses, who have an important place in the presentation of the health service, is expected to affect the quality of the health service offered. Ethical climate is thought to be effective on organizational trust level. There are few studies on this issue in the literature on different fields, but studies investigating the effect of ethical climate on organizational trust level on nurses were not found. The aim of the study is to evaluate the effect of ethical climate perceptions on organizational trust levels of nurses. The population of the study was composed of 368 nurses working at clinics and polyclinics of a university hospital in Ankara. No sampling was made in the study and 45% of nurses (167) could be reached. Participants' organizational trust level was assessed by "The Organizational Trust Inventory Short Form" and ethical climate perceptions by "The Ethical Climate Questionnaire (ECQ)". Correlation and regression analyses were used in the research. There was a high (0.704) and statistically significant ($p<0.01$) relationship between the general ethical climate score and the general organizational trust score of the nurses. In addition, an increase of 1 point in ethical climate resulted in an increase in the

* 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

organizational trust score by 1.664 points. Therefore, it is important to develop ethical climate perceptions positively to increase the organizational trust of nurses.

Key Words: ethical climate, organizational trust, nurse, service quality

I. GİRİŞ

Örgütsel güvenin yüksek olması; örgütsel bağlılık, örgütsel vatandaşlık ve iş tatmininin artması, etkili iletişimin sağlanması, performansın artması, işten ayrılmaların azalması, gelişmiş bir kalite yönetimi, bilgi paylaşımının artması ve işbirliğinin gelişmesi ile yakından ilgilidir. Bu denli olumlu sonuçları sağlayan güven ortamının sağlanması, örgütlerin rekabet avantajı sağlaması açısından da önem taşımaktadır.

Literatürde, güvenin örgütsel sonuçlar üzerindeki etkisi çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Johns (1996) örgütsel güçlendirme ve güvenin; iş tasarımı, kontrol mekanizmaları, iletişimin kapsamı ve etkililiği, diğer birimlerle olan ilişkiler, yenilik düzeyi, iş tatmini, bağlılık, örgütsel vatandaşlık davranışı, amaç paylaşımı ve kriz yönetimi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Etik iklim ise örgütteki etik dışı davranışlar ile ilişkili olması nedeniyle önem taşımaktadır. Uygun olmayan davranışların yaygın olduğu ortamlarda, yöneticilerin etik iklimi değiştirerek, çalışanların davranışlarını etkileyebilecekleri düşünülmektedir (Zehir ve diğerleri 2003).

Örgütteki güçlü bir etik iklim, örgüt performansını (Weber, Seger 2002) artırarak örgütlere önemli faydalar sağlayabilir. Etik iklim, çalışanların iş tatmin düzeylerini (Kaplan ve diğerleri 2013) ve örgütsel bağlılıklarını (Bulut 2012) artırarak işten ayrılma niyetini azaltması (Örücü, Özaşarlıoğlu 2013) ve yönetici, diğer çalışanlar ve kuruma duyduğu güveni (Büte 2011; Dönertaş 2008) etkilemesi nedeniyle de önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetinin sunumunda önemli yeri olan hemşirelerin örgütsel güven düzeylerinin yüksek olması sunulan hizmetin kalitesini de etkileyecektir. Bu anlamda hemşirelerin örgütsel güven düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Etik iklimin örgütsel güven düzeyi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde bu konuda çalışmalar farklı alanlarda sınırlı sayıda yapılmış olmakla birlikte, hemşireler üzerinde etik iklimin örgütsel güven düzeyi üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmayla, Ankara'daki bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin etik iklim algılarının örgütsel güven düzeyleri üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

II. ETİK İKLİM KAVRAMI

2.1. Etik İklimin Tanımı

Bir örgütün ayrı ve belirlenebilen bir etik iklime sahip olduğu düşüncesi işletme literatüründe 1960'lerden beri bir araştırma konusudur. Bu anlamda etik iklim, eskiden beri süregelen kavramsal bir yapıya ve işleyiş kapasitesine sahiptir (Schluter et al. 2008). Victor ve Cullen (1988) etik iklimi, "etik sorunlarla nasıl başa çıkılacağı ve etik açıdan doğru davranışın ne olduğu konusunda ortak algılamalar" şeklinde tanımlamış ve etik iklimin örgütün ahlaki yükümlülüklerine ilişkin talimatlar, yasaklar ve izinleri de içerdiğini belirtmişlerdir. Olson (1998) ise etik iklimi "tutum ve davranışları etkileyen ve çalışanların davranışlarına referans olarak hizmet eden örgüte ait bireysel algı" olarak tanımlamıştır. Doğru ve yanlış sorusuyla ilişkili olan örgütsel değerlerin tümü örgütün etik iklimine katkıda bulunmaktadır (Cullen et al. 1989). Olson (1998) etik iklimi ifade etmek için; literatürde etik

örgütsel iklim, etik kültür, ahlaki iklim, etik çevre, örgütsel kültürün etik unsuru ve etik iş çevresi terimlerinin de kullanıldığını belirtmiştir.

Etik iklim ahlaki tutum ve davranışlarla ilgili olan örgütsel değerler, uygulama ve faaliyetleri temsil eder (Cullen et al. 2003). Etik iklim, çalışanlara problemleri değerlendirip alternatifleri göz önünde tutmada yardımcı olurken, kabul edilebilir olan ve olmayan davranışlar hakkında karar vermeleri açısından yol göstermektedir (Weber, Seger 2002).

Etik iklim kavramı örgüt içindeki hâkim etik düşünüş şeklini tanımlayıcı bir gösterge olarak geliştirilmiş olup, bir örgütün ne kadar etik olduğunu ölçmek amacıyla tasarlanmış normatif bir kavram olarak algılanmamalıdır (VanSandt et al. 2006). Çalışanların pozisyonları, kurumdaki çalışma süresi gibi çeşitli faktörler örgütteki etik iklimin çalışanlar tarafından farklı algılanmasına neden olabilir (Victor, Cullen 1988).

Victor ve Cullen (1988) örgüt içinde hâkim olan etik iklimi belirlemek üzere yaptıkları çalışmada, örgüt içindeki alt grupların farklı iklimlere sahip olduğunu ortaya koymuştur. Wimbush ve diğerleri (1997a) de örgüt içindeki çeşitli alt grupların değişik etik iklimlere sahip olabileceklerini belirtmiştir. Wimbush ve diğerlerine göre (1997b) özellikle örgüt farklı fonksiyonları olan birtakım birimlerden oluşuyorsa örgüt içinde değişik etik iklimler ortaya çıkabilir. Victor ve Cullen (1988) örgütün etik ikliminin etik içerikli prosedürler ve belirli örgütsel uygulamalar tarafından belirlendiğini ve etik iklimin “ne yapmalıyım?” sorusuna cevap vermeye yardımcı olması gerektiğini belirtmiştir.

2.2. Etik İklimin Türleri

Çalışmalarını büyük ölçüde ahlaki gelişim felsefesine dayandıran Victor ve Cullen (1988) bir örgütte hâkim olan etik iklim türünü belirlemek için iki eksenle oluşan bir model sunmaktadır. Kurulan modele ilişkin etik iklim türleri Tablo 1’de gösterilmektedir. İlk eksen örgütsel karar vermede kullanılan üç temel etik kriteri temsil etmektedir: Egoizm, yardımseverlik ve ilkelilik. Diğer eksen etik kararlarda referans olarak kullanılan analiz düzeylerini temsil etmektedir: Kişisel, örgütsel (yerel) ve evrensel (toplumsal). Bu iki eksenin kesişimi dokuz teorik etik iklim türünü ortaya çıkarmaktadır. Bu model bir örgütün ne düzeyde etik olduğunu ölçmenin ötesinde, örgüt içerisinde etik sorunların ele alınış şekillerini yansıtmakta olup, bir örgütte teorik olarak var olması muhtemel 9 etik iklim türünü göstermektedir.

Tablo 1. Teorik Etik İklim Türleri

		ANALİZ DÜZEYİ		
		Kişisel	Örgütsel	Evrensel
ETİK KRİTER	Egoizm	Kişisel çıkar	Kurum çıkarı	Verimlilik
	Yardımseverlik	Arkadaşlık	Takım çıkarı	Sosyal sorumluluk
	İlkelilik	Kişisel ahlak kuralları	Örgüt kuralları ve prosedürleri	Yasalar ve mesleki kodlar

Kaynak: Victor, Cullen 1988

2.2.1. Etik Kriter

Etik iklim modelinde etik kriter eksenini, örgütsel kararların hangi etik kriterlere göre verildiğini göstermektedir. Etik kriter, etik kuramlardan oluşturulmuştur ve ahlaki muhakemede kullanılan ölçütleri temsil eder. Söz konusu kuramlar kişisel çıkarların yanı sıra ortak çıkarları artırmak veya prensiplere bağlı kalmak gibi ahlaki düşünce farklılıkları gösterebilir. Bu teoride benmerkezcilikten evrensel prensibe kadar değişen altı ahlaki gelişim basamağı bulunmaktadır ve basamakların genel olarak başlıca üç ahlaki yargı temeli vardır (Victor, Cullen 1988). Bu üç etik düşünme çeşidi Tablo 1'deki Y eksenini oluşturmaktadır ve egoizm, yardımseverlik (benevolence) ve ilkelilik (principle) olarak isimlendirilmiştir.

Egoizm tutumu, etik düşünme sürecine bireyin çıkarına olan şeyin hâkim olacağı anlamına gelen, ahlaki egoizm felsefesine dayanmaktadır (Barnett, Vaicys 2000). Normlar bireyin kendisi için en fazla fayda sağlayan faaliyeti yapmasını teşvik eder ve karar verilmesi gerektiğinde etik olanı belirleyen şey bireyin kendi çıkarıdır. Örgütteki başka kişilerin refahı ve çıkarları düşünülmez (Cullen et al. 2003; Victor, Cullen 1988). Örgütsel alanda, egoizm kriteri kurum çıkarının sağlanması, stratejik avantaj sağlama gibi kurum çıkarının önemi olarak tanımlanmaktadır (Victor, Cullen 1988). Böyle iklimlere sahip olan örgütlerde çalışanlar örgütün toplumsal etik beklentilere uymadığını hissedebilir (Cullen et al. 2003).

Yardımseverlik ikliminin hâkim olduğu yerlerde ise bireyin ve diğer önemli kişilerin çıkarlarını maksimize etmeye odaklanılır. Bireyler etik kararlar alırken, başkalarını olumlu ya da olumsuz olarak etkileyebilecek sonuçları düşünürler. Bu kıstasa göre karar alacak bireyler, karardan etkilenebilecek tüm birey ve grupların çıkarlarını göz önünde tutarak, kendi ihtiyaçlarını tatmin etmese de tüm grubun ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayan alternatifini seçmektedirler (Barnett, Vaicys 2000; Weber, Seger 2002). Örgütsel düzeyde yardımseverlik kriteri takım oyunları gibi örgütsel ortaklık olarak tanımlanmaktadır (Victor, Cullen 1988).

İlkelilik tutumunun hâkim olduğu iklim tiplerinde de başkalarının ihtiyaçlarına odaklanılır ancak temelde, karar alınırken kural ve yönetmeliklere itimat edilir (Weber, Seger 2002). İlkelilik, ahlaki olarak yanlış olan bir davranışın, başkaları için olumlu sonuçlar doğurmasının onu haklı çıkarmayacağı esasına dayanmaktadır (Barnett, Vaicys 2000). Etik bir ikileme karşılaşıldığında karar verici genellikle, kural ve kodlara dayalı olarak karar vermektedir. Bu tür ahlaki bir karar için referanslar, bireyin kendi içinden gelebilir (*kuralcı-birey*), yerel veya kurumsal bir etik kod (*kuralcı-örgütsel*) ya da kutsal kitaplar veya kanunlar gibi daha geniş kurallar (*kuralcı-evrensel*) olabilir (Victor, Cullen 1988).

2.2.2. Analiz Düzeyi

Analiz düzeyinde yer alan boyutlar, etik kıstasları örgütsel kararlara uygulamak için kullanılan bir referans grubudur. Victor ve Cullen etik iklim düzlemini analiz düzeylerinin sosyolojik teorileri üzerine oturtarak üç referans analiz düzeyi grubu oluşturmuştur. Bu boyutlar Tablo 1'de X ekseninde temsil edilmiştir: kişisel, örgütsel ve evrensel.

Kişisel düzey, bireyin kişisel etiğiyle ilgilidir. Kararlar, bireyin değerleri ve ahlaki inançları ile alınır. Etik problemler "Benim düşündüğüm doğru mudur?" sorusu ile çözülür (Barnett, Vaicys 2000).

Örgütsel düzey ise "Bizim düşündüğümüz doğru mudur?" sorusu sorularak karar almada örgütteki diğer bireylerin konuyu ele alma şekilleri kriter olarak kullanılır. Kararlar alınırken, iş arkadaşlarından, takım üyelerinden ya da örgüt tarafından tanımlanmış politika ve

prosedürlerden yararlanılabilir. Örgütsel düzey, örgütün kendi içindeki gruplar lehindeki örgütsel normlar tarafından desteklenir (Weber, Seger 2002).

Evrensel düzey, örgüt dışındaki mesleki örgütler ve kanunlar gibi çıkar odaklarına yoğunlaşır. Karar alıcılar evrensel etik standartları göz önünde bulundurur (Weber, Seger 2002). Evrensel düzey, mesleki bir kurum veya bir yargı mercii gibi örgütün dışında kalan etik düşünme kaynakları lehindeki normlar tarafından desteklenir (Barnett, Vaicys 2000; Victor, Cullen 1988).

2.3. Sağlık Sektöründe Etik İklim

Günümüzde sağlık kuruluşları, güvenli ve kaliteli hizmet sunmayı amaçlamaktadır. Bununla birlikte, tüm örgütler gibi sağlık kuruluşları da sundukları mal veya hizmetlerin ötesinde, müşterilere ve çalışanlarına karşı olan sorumluluklarıyla da değerlendirilmektedir. Bu nedenle sağlık kuruluşları ayakta kalabilmek ve rekabet avantajı sağlayabilmek için hem hastalarla hem de çalışanları ile ortaya çıkabilecek etik ve ahlaki sorunları belirleyebilmeli, bu sorunlara yönelik gerekli önlemleri almalı ve gereken etik iklimi oluşturmalıdırlar (Güngören ve diğerleri 2013).

Etik iklim kavramının sağlık örgütlerinde kullanılması, etik iklim kavramının ortaya çıkışına göre daha yeni bir fenomendir ve “*etik karmaşıklığı olan, zor hasta bakım problemlerinin tartışıldığı ve karar verildiği yolları etkileyen örgütsel durum ve uygulamalar*” olarak tanımlanabilir (Hart 2005). Olson (1998)’a göre, bu durum ve uygulamalar güç, güven, dâhil olma, rol esnekliği ve danışmaya dayanmaktadır. Etik iklim, sağlık bakım çevresini geliştirmek ve etik karar verme şartlarını sağlamak amacıyla yönetilebilen örgütsel bir değişken olarak algılanmaktadır (Schluter et al. 2008).

Sağlık çalışanlarının hem çalışma arkadaşları hem de hastalarla sürekli etkileşim içinde olmaları, genellikle yoğun ortamlarda çalışmaları ve kısa bir zaman dilimi içinde bazı hastalar için hayati olan kararlar vermelerinin gerekmesi, etik davranışları ve dolayısıyla hizmet kalitesini etkileyebilmektedir. Sağlık çalışanları hassas ve yüksek beklentileri olan hastalara hizmet sundukları ve hata payının sıfır olması gereken bir ortamda etik sorunlarla sürekli olarak karşılaşabilmektedirler. Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları etik sorunlarla birlikte ortaya çıkan stres, kargaşa ve kötü iletişimin olduğu ortamlar, doğru karar vermeyi güçleştirerek bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Sağlık sektörünün kendine has özellikleri yanında, teknolojinin gelişmesi, tıbbi uygulamaların çeşitlenmesi ve karmaşık hale gelmesi, tıbbi bilgilerin artması gibi gelişmeler sağlık çalışanlarının hastalara zarar vermeyecek ve faydalı olacak uygulamaları gerçekleştirmeleri için büyük bir özeni gerekli kılmaktadır (Gül 2006; Güngören ve diğerleri 2013).

Hwang ve Park (2014) etik iklimi sağlamanın tıbbi hataları ve hemşirelerin işten ayrılma niyetini azaltabileceğini ortaya koymuştur. Dolayısıyla, etik iklim sağlık kurumları için büyük bir öneme sahiptir. Borhani ve diğerlerinin (2012) hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada etik iklimin bazı öğeleri ile iş tatmini arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiş ve bu nedenle hastane yöneticilerinin takım ruhunu güçlendirecek bir kültür ve çalışma takımı yaratmak amacıyla etik eğitim programları sağlayarak hemşirelerin iş tatminine katkıda bulunabilecekleri sonucuna varılmıştır.

Amerika’da 1987 yılında sağlık hizmetinde akreditasyon uygulama sürecini başlatan Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu’nun (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations- JCAHO) kalite değerlendirme yaklaşımı, hasta odaklı ve performans temellidir. Sağlık hizmetlerinde standartlara dayalı değerlendirmede giderek artan bir talebe yanıt olarak tasarlanmış olan Uluslararası Birleşik Komisyon (Jonit

Commission International-JCI standartları (2003) içerisinde etik ilkeler ile ilişkili standartlar da yer almaktadır. Güngören ve diğerleri (2013) JCI'nın standartlarını etik ilkeler çerçevesinde değerlendirerek etik iklim ile ilişkili olan standartları belirlemişlerdir. Buna göre, hasta değerlerine saygılı şekilde davranılmaması, tedavi önceliğinde tıbbi gerekliliklere riayet edilmemesi, yararsız bir tedavinin sürdürülmesi, sağlık çalışanları-hasta iletişimi ile ilgili aksaklıklar, meslektaşların yanlış/gereksiz tıbbi işlem uygulaması ve eşitlik ilkesine uygun şekilde davranılmaması gibi etik sorunların çözümü konusunda JCI standartlarından 5-8 ana hedef ve standardın bu hususları kapsadığı değerlendirilmiştir.

Sağlık profesyonellerinin hastaya yönelik uygulamalardaki etik bakış açılarının değişmesi, hasta bakımı ile ilgili artan teknolojik ve farmakolojik gelişmeler ve yazılı ve görsel basının bu konuya olan artan ilgisi nedeniyle sağlık alanındaki etik konular daha fazla gündeme gelmektedir (Schluter et al. 2008). Sağlık hizmetlerinde etik konulara olan ilginin artmasıyla birlikte, sağlık hizmeti profesyonelleri kendi sundukları hizmetin etik unsurları hakkında düşünmeye başlamışlardır (Hart 2005).

Sağlık hizmeti sunucularının yaşadığı ahlaki ve etik ikilemlerdeki artış, belirsiz olan hasta sonuçları için artan teknolojik ve farmakolojik müdahalelerdeki artışla doğrudan ilişkilidir. Sağlık hizmeti ile ilgili yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarını cezbeden, rekabetçi çevrede onları koruyan ve yüksek kaliteli bakım sağlayan yapıların sağlık çalışanları için ahlaki ve etik ikilemleri çözme kapasitesine sahip olduğunu göstermektedir (Schluter et al. 2008). Pillay (2015) sağlık çalışanlarının içinde yaşamak istedikleri etik iklimi yaratmak için sağlık sisteminde yer alan herkesin sürekli çalışması gerektiğini belirtmiştir.

Sağlık kuruluşlarında var olan etik sorunların fark edilmesi ve çalışanların etik davranışlarını geliştirmek için sağlık kuruluşları kendi etik kodlarını geliştirmeli ve etik rehberler hazırlamalıdır. Bunun sonucu olarak sağlık kuruluşları fayda ve verimlilik kazanacak, örgütün kalitesi de artacaktır (Güngören ve diğerleri 2013). Sağlık kuruluşlarının etik kod ve rehberleri dışında mesleki etik ilkeler ve sorumluluklar da hastanede olumlu bir etik iklime sahip olunmasını sağlayabilir. Mesleki etik ilke ve sorumlulukların amacı çalışanların mesleki uygulamalarını gerçekleştirirken etik ilkelere uymalarını sağlamak ve hizmet verdiği, işbirliği yaptığı kişileri ve toplumu sorumlulukları konusunda bilgilendirmektir. Çalışmanın evrenini oluşturan hemşirelerin ilke ve sorumlulukları 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nun 1. ve 3. maddesi ile aynı Kanun'un Geçici Madde 2'nin bir ve ikinci fıkralarına göre Türkiye'de hemşire unvanı verilerek hemşirelik yapma hakkını kazanmış olup mesleğini uygulayan tüm hemşireleri kapsamaktadır. Buna göre hemşirelerin mesleki etik ilkeleri, zarar vermeme-yararlılık, özerklik/bireye saygı, adalet ve eşitlik ve mahremiyet ve sır saklamadır (Hemşirelik Eğitimi Derneği 2016).

III. ÖRGÜTSEL GÜVEN KAVRAMI

3.1. Örgütsel Güvenin Tanımı

Cummings ve Bromiley (1995)'ye göre örgütsel güven, *“Bireylerin veya örgütün açık veya anlaşılır bir şekilde her türlü çabayı sarf edeceğine, bağlılık doğrultusundaki iyi niyetli davranışa, bağlılığın sonucu olarak ilişkilerde sağlanacak dürüstlüğe ve fırsatları olsa bile başkalarından faydalanmaya çalışmayan kişilerin varlığına dair bütün olarak bir gruba ait veya bireysel inançtır.”* Örgütsel güven, örgüt içi adaletin sağlanmasını, yönetimin çalışanlara gereken desteği vermesini, çalışanların istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasını, örgüt içi sosyal ilişkilerin istenilen düzeye çıkarılmasını ve çalışanlar arası işbirliğinin geliştirilmesini içermektedir (Neves, Caetano 2006).

Mishra ve Morrissey (1990) açık iletişim, kritik bilgileri paylaşma, algı ve duyguları paylaşma ve kararlara çalışanların daha fazla dahil edilmesinin örgütlerde güvenin sağlanmasını kolaylaştırdığını ileri sürmüşlerdir. Güven, hem çalışanlar hem de örgüt açısından olumlu sonuçları olan profesyonel hayatın önemli bir ögesidir. Başta çalışanlar ve yöneticiler arasındaki ilişkiler olmak üzere, örgüt içinde şekillenen tüm ilişkilerde güven önemlidir. Güvenin, çalışanların ortak bir amaç peşinden gitmede işbirliğini sağladığı ve örgütsel başarı için gerekli olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle yöneticiler, çalışanlar arasında güveni geliştirmeye ve birbirine güvenen çalışanlarla çalışmaya önem vermektedirler (Demircan, Ceylan 2003).

Johns (1996)'a göre çalışanları güçlendirme; ortak amaçların peşinden giderken, çalışanların kapasitelerini ve ihtiyaçlarını anlamayı, çalışanlara güvenmeyi ve çalışanların potansiyelini maksimize etmeyi içerir. Karşılıklı güven ise bu sürecin önemli bir ögesini oluşturur.

3.2. Sağlık Sektöründe Örgütsel Güven

Güven, her zaman sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olmuştur. Bu durum hasta ve hekimin daha iyi hizmet için işbirliği içinde çalıştığı ilişkinin temelini oluşturmaktadır. Ancak, kaliteli sağlık hizmeti için çalışanlar ve yöneticiler arasında örgütsel güvenin var olması da önemli bir unsurdur (Firth-Cozens 2004).

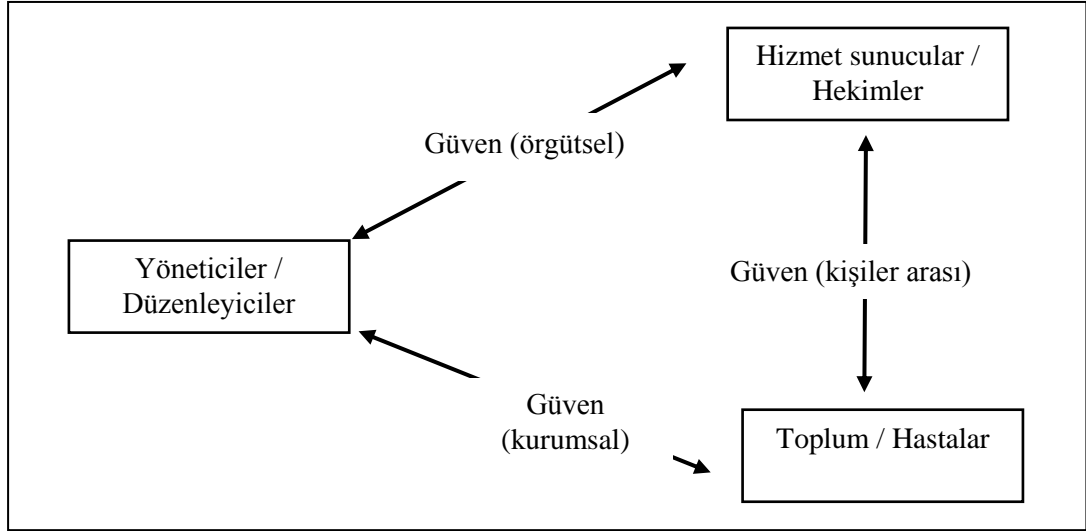
Mishra ve Morrissey (1990) çalışmasında, güvenin etkili karar verme ile ilişkili olduğunu ve çalışmaya katılanların %79'unun örgütsel verimsizliği, çalışanların yöneticilerine güvenmemesinin bir sonucu olarak gördüğünü ortaya koymuştur. Sağlık hizmetlerinde en önemli etkililik belirleyicilerinden biri hasta bakımının yüksek kaliteli ve güvenli olmasıdır. İyi bir işbirliği ve iş tatmini hasta bakımını pozitif olarak etkilemektedir, bununla beraber düşük örgütsel güvenin grubun bağlılığını ve çalışan tatminini olumsuz olarak etkiliyor olması güvenin bir açıdan sunulan hizmetin kalitesini de etkilediğini göstermektedir (Firth-Cozens 2004). Ayden ve Özkan (2014) sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada örgüte duyulan güvenin örgütsel bağlılık üzerinde olumlu etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Yani örgütün güveni artırıcı yöndeki çabaları çalışanların örgüte bağlılıklarını da olumlu yönde etkileyecektir. Sağlık hizmetlerinin daha sorunsuz işlenmesi için deneyimli ve alanında yüksek eğitim almış çalışanların örgüte bağlılıklarını artırmak özellikle sağlık sektörü için oldukça önemlidir.

Kişilerarası güven ihtiyacı; bilgi asimetrisi ve bilimsel ve tıbbi bilginin uzmanlık niteliğinden kaynaklanan eşit olmayan ilişkiler kadar hasta olmakla ilişkili olan hassasiyetle de ilgilidir. Birleşik Krallık'taki Ulusal Sağlık Sistemi (National Health System-NHS)'nde güvenin genel olarak üç temel aktör arasındaki ilişkilerde önemli bir yeri olduğu belirtilmektedir: devlet, hekimler ve hasta ve toplum (Calnan, Rowe 2005). Hizmet kullanıcıları, ihtiyaçlarını karşılayan yeterli hizmeti sağlayacak sağlık profesyonellerinin değerlendirmesine, bilgisi ve uzmanlığına ve kamu kaynak ve hizmetlerinin dağıtımında eşitliği sağlayan devlete güven duymalıdır.

Sağlık hizmetleri kapsamında güven kavramı teknik yetenek, sosyal/iletişim yeteneği ve bilgi yeterliliğine güvenme ile birlikte dürüstlük, mahremiyet ve önemseme ve saygı göstermeyi içermektedir. Hasta olmakla ilişkili olan hassasiyet, tıbbi uygulamalarda daha duygusal ve içgüdüsel bir ögeye sahip olmak için güvene yönlendirebilir (Hall et al. 2001). Güven ilişkileri, bir taraf olan güven duyan kişinin, diğer tarafın yani güven duyulan kişinin yeterliliği açısından olumlu beklentilere sahip olması ve böylece en iyi çıkarları doğrultusunda çalışmalarını ifade eder (Calnan, Rowe 2005).

Calnan ve Rowe (2005), Ulusal Sağlık Sistemindeki güven ilişkileri (Şekil 1) arasında mikro ve makro düzeyde ayırım yapılabileceğini ifade etmişlerdir. Buna göre; mikro düzeyde belirli bir hasta ve hekim arasındaki, bir hekimle diğeri arasındaki ya da bir hekimle yönetici arasındaki güven olarak ayırım yapılabilir. Makro düzeyde ise hastaların ve toplumun genel olarak hekimlere ve yöneticilere, belirli bir sağlık kuruluşuna ve sağlık sistemine güveni olarak ayırım yapılabilir. Burada kişilerarası ve örgütsel (organizational) güven ilişkilerinin ötesinde kurumsal (institutional) güvenin çeşitli şekillerine yer verilmiştir.

Şekil 1. Sağlık Hizmetlerinde Güven İlişkileri



Kaynak: Calnan ve Rowe, 2005

Gilson ve diğerlerine (2005) göre sağlık hizmeti sunucularının iş yerlerine güven duyması hastalara yönelik tutum ve davranışlarını etkilemekte ve böylece hasta ve hizmet sunucusu arasındaki güvenin derecesini de etkilemektedir. Bu çerçevede güven, hem bağımsız değişken hem de bağımlı değişkendir ve sağlık sisteminin performansı önemli derecede bu ilişkilere bağlıdır (Gilson et al. 2005). Bu noktada, sağlık hizmetlerinde hastaya sunulan hizmetin geliştirilmesi açısından örgütsel güvenin önemi ortaya çıkmaktadır.

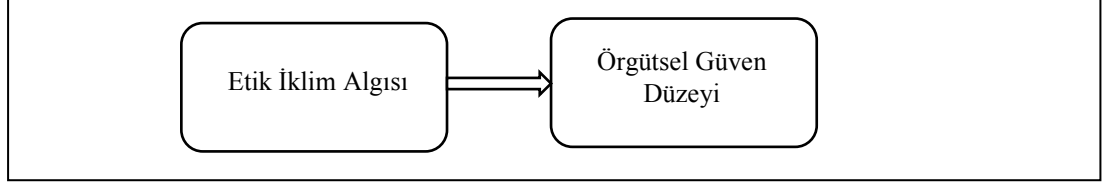
Sağlık çalışanlarının örgütsel güveninin azalması sonucunda yaşanan devir hızının ve devamsızlığın artması, azalan motivasyon ve performans gibi olumsuz sonuçlar, hasta bakım kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir. Ayrıca, örgütsel güveni düşük olan sağlık çalışanlarının önemsenmedikleri, kararlara yeterince katılmadıkları, kendilerini örgütsel takımın bir parçası olarak görmedikleri ve yeterince teşvik edilmedikleri duygusuna kapılmaları, iş performansını ve yönetsel süreci olumsuz etkileyebilmektedir. Sağlık çalışanlarının beklenen kalitede ve verimde hizmet üretebilmesi için öncelikle çalıştıkları kuruma, yöneticilerine ve çalışma arkadaşlarına güven duymaları gerekmektedir. Bunu sağlamak amacıyla sağlık yöneticileri gerekli politikaları geliştirerek, bu politikaların uygulanmasını sağlamalıdır (Altuntaş 2008).

IV. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Amacı ve Modeli

Sağlık hizmeti sunumunda ön planda yer alan hemşirelerin bakım kalitesi ve hasta güvenliği konularıyla iç içe olması nedeniyle örgütsel güven düzeyleri önem taşımaktadır. Hemşirelerin etik iklim algılarının örgütsel güven düzeyleri üzerinde anlamlı etkisi

olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmayla, Ankara'daki bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin etik iklim algılarının örgütsel güven düzeyleri üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Araştırmanın modeli Şekil 2'de görülmektedir.



Şekil 2. Araştırmanın Modeli

4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Ankara'daki bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler 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 bir üniversite hastanesidir. Hastane ayrıca, JCI tarafından akredite edilmiş olup düzenli olarak uluslararası kalite standartları açısından denetlenmektedir.

Çalışmanın yürütülebilmesi için çalışmanın yapıldığı üniversitenin Etik Kurulundan ve araştırmanın yapılacağı hastaneden gerekli izinler alınmış ve Mart 2016 tarihi itibariyle hemşirelere anketler uygulanmaya başlanmıştır. Bu tarih itibariyle araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinde toplam 697 hemşire 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. Bu şekilde; hemşirelerin %45'ine (167 hemşire) ulaşılmıştır. Ölçekler araştırmacılar tarafından biri tarafından hemşirelere uygulanmış olup, ölçeklerin bir kısmı aynı gün geri alınmış, bir kısmı ise hemşirelere bırakılarak belirli bir süre sonra geri alınmıştır.

4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece Ankara'daki bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yapılmıştır. Bu nedenle araştırma bulguları sadece bu hastanede çalışan hemşirelerin düşüncelerini yansıtmaktadır. Ayrıca, araştırmada tüm evrene anket uygulanamamıştır ve ankete cevap verenler ile cevap vermeyenler arasında cevap yanlılığını gösteren bir karşılaştırma yapılamamaktadır.

4.4. Veri Toplama Araçları

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

İkinci bölümde, hemşirelerin çalıştıkları hastanenin etik iklimine ilişkin görüşlerini tespit etmek amacıyla Victor ve Cullen (1988)'in geliştirmiş olduğu ve daha sonra Cullen ve diğerleri (1993) tarafından revize edilen ve literatürde de sıklıkla kullanılan Etik İklim Ölçeği (Ethical Climate Questionnaire-ECQ) kullanılmıştır. Ölçeğin orijinali Victor ve Cullen tarafından (1988) 26 ifadeden oluşacak şekilde tasarlanmıştır. Cullen ve diğerleri (1993) ise bu ölçeğe 10 ifade daha ekleyerek ölçeği yeniden düzenlemiş ve geliştirmişlerdir.

Bu şekilde ölçek toplamda 36 ifadeye sahip olmak üzere temelde üç alt boyuttan oluşmaktadır. Egoist iklim tipi 12 ifade ile yardımseverlik iklim tipi 12 ifade ile ve ilkelilik iklim tipi de 12 ifade ile temsil edilmiştir. Ölçekteki ifadelerin Türkçeye uyarlaması Eser (2007) tarafından tercüme-geri tercüme yolu ile yapılmıştır.

Ölçeğe ilişkin güvenilirlik analizi Cronbach Alfa katsayısı yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği, $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değil, $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirlikte, $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilir ve $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir (Kalaycı 2008). Ölçeğin güvenilirlik katsayısı $\alpha=0,876$ olarak bulunmuştur. Bu da ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Üçüncü bölümde, hemşirelerin örgütsel güven düzeylerinin belirlenmesi amacıyla Cummings ve Bromiley (1996) tarafından geliştirilen Örgütsel Güven Envanterinin kısa formu (The Organizational Trust Inventory Short Form) kullanılmıştır. Ölçeğin orijinali 62 ifadeden oluşmaktadır. Örgütsel güven ölçeğinin kısa formu ise 12 sorudan oluşmakta ve örgütsel güveni duygusal ve bilişsel alt boyutlarıyla incelemektedir. Duygusal boyutta örgütsel güven algılamaları hisler olarak, bilişsel boyutta ise düşünce olarak belirtilmektedir. Cummings ve Bromiley (1996) ölçeğin kısa formunun geçerlilik düzeyini uzun forma göre daha yüksek bulmuştur. Bu nedenle bu çalışmada ölçeğin kısa formu tercih edilmiştir.

Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Tüzün (2006) tarafından yapılmıştır. Tüzün (2006) 12 ifadeden birinin her iki faktöre de yüklenmesi nedeniyle bu ifadeyi ölçekten çıkarmıştır. Bu çalışmada da bu ifade ölçekten çıkarılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı $\alpha=0,930$ olarak bulunmuştur. Bu da ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

4.5. Verilerin Analizi

Çalışmadaki istatistiksel analizler IBM SPSS V23.0 paket programı ile yapılmıştır. Değişkenler arası ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon katsayısı kullanılmış ayrıca, çoklu regresyon analizi uygulanmıştır.

V. BULGULAR VE TARTIŞMA

5.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaklaşık %55'i 30-39 yaş grubundadır, %64'ü evli ve %55'i lisans mezunudur. Hemşirelerin çoğunluğunun hem görev süresi (%29) hem de hastanedeki çalışma süresi (%33) 6-10 yıldır (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Tanımlayıcı İstatistikleri (n=167)

Değişkenler	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Yaş		
22-29	20	12,0
30-39	91	54,5
40-49	39	23,3
≥50	17	10,2
Medeni Durum		
Evli	106	63,5
Bekâr	61	36,5
Eğitim Durumu		
Ön lisans mezunu	9	5,4
Lisans mezunu	92	55,1
Lisansüstü mezunu	66	39,5
Görev süresi		
0-5 yıl	16	9,6
6-10 yıl	49	29,3
11-15 yıl	40	23,9
16-20 yıl	31	18,6
21 yıl ve üzeri	31	18,6
Hastanedeki çalışma süresi		
0-5 yıl	23	13,8
6-10 yıl	55	32,9
11-15 yıl	50	29,9
16-20 yıl	25	15,0
21 yıl ve üzeri	14	8,4

5.2. Etik İklim ve Örgütsel Güven Arasındaki İlişki

Etik iklim ve örgütsel güven arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizine göre, etik iklim ve örgütsel güvenin tüm alt boyutlarının farklı düzeylerde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Genel etik iklim puanı ile genel örgütsel güven puanı arasında yüksek düzeyde (0,804) ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,01$) doğrusal bir ilişki bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Etik İklim ve Örgütsel Güven Arasındaki Korelasyon

		Etik İklim			
		Egoist	Yardımseverlik	İlkelilik	Genel
Örgütsel Güven	Bilişsel	0,489*	0,803*	0,746*	0,799*
	Duygusal	0,442*	0,781*	0,668*	0,751*
	Genel	0,482*	0,823*	0,732*	0,804*

* $p<0,01$

Torun (2013) ve Dönertaş (2008) da etik iklim ve kuruma güvenin birbirleri ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu bulmuştur. Taşpınar ve diğerleri (2015) kamu çalışanlarının güven iklimi ve etik iklim algıları arasında pozitif ve güçlü bir ilişki bulmuştur. Ensari ve Karabay (2016) örgütsel bağlılık, güven ve etik iklim arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Simha ve Stachowicz-Stanusch (2015) ise egoist iklim tipinin örgüte ve yöneticiye güven ile negatif, yardımseverlik iklim tipinin ise pozitif yönde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Örgütlerde etik davranışların teşvik edilerek güven ortamının yaratılması önemli avantaj sağlayabilir. Etik kodlara sahip olan örgütler tüm paydaşları kapsayan bir güven ağına sahipken, etik olmayan bir örgütte güven azalır. Örgütsel etikle ilgili paylaşılan değerler örgütteki güven ve iletişimi desteklemektedir. Çalışanların etik değerler üzerinde uzlaşması, birbirlerine karşılıklı olarak güvenmeleri için bir ortam sağlar (Fukuyama 2000).

5.3. Etik İklimin Örgütsel Güven Düzeyi Üzerindeki Etkisi

Etik iklimin örgütsel güven düzeyi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla oluşturulan regresyon modelinde etik iklim genel puanının örgütsel güven genel puanına anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür. Elde edilen model %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Etik iklimin 1 puan artması örgütsel güven puanını 1,664 puan artırmaktadır. Örgütsel güven puanının %64,7'si etik iklim tarafından açıklanmaktadır (Tablo 4).

Literatürde, etik iklimin örgütsel güven üzerinde etkisi olduğunu ortaya koyan başka çalışmalar da bulunmaktadır. Büte (2011) etik iklimin, yöneticiye güven, işletmeye güven ve çalışma arkadaşlarına güven boyutlarının tümü üzerinde olumlu etkileri olduğunu bulmuştur ve örgütlerde etik ilkeler ve kuralların uygulanarak etik bir iklimin oluşturulmasının belirsizliği azaltarak, çalışanlara güvenli bir ortam sunduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde Altaş ve Kuzu (2013) da etik iklimin yöneticiye güven ve örgüte güven boyutları üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Başka bir çalışmada (Eren, Hayatoğlu 2011) da etik iklimin yöneticiye güven üzerinde pozitif yönde etkili olduğu bulunmuştur.

Tablo 4. Etik İklimin Örgütsel Güven Düzeyi Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişken (Örgütsel Güven)				
	B (Beta)	SE	t	p	Std. (B)
Sabit	-1,990	0,336	-5,922	0,000	
Etik İklim (Genel)	1,664	0,096	17,384	0,000	0,804

$R = 0,804$; $R^2 = 0,647$; $F = 302,187$; $p < 0,001$

Etik iklim alt boyutlarının örgütsel güven genel puanı üzerindeki etkisi incelendiğinde, etik iklimin tüm alt boyutlarının örgütsel güven puanı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür. Elde edilen model %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Egoist iklimin 1 puan artması örgütsel güven puanını 0,584 puan azaltmakta, yardımseverlik ikliminin 1 puan artması örgütsel güven puanını 0,884 puan artırmakta, ilkelilik ikliminin 1 puan artması ise örgütsel güven puanını 0,504 puan artırmaktadır. Örgütsel güven puanının %70,4'ü etik iklimin alt boyutları tarafından açıklanmaktadır (Tablo 5).

Egoizm ikliminde kişinin çıkarlarıyla başkalarının çıkarlarının çatışması sebebiyle çalışanların aynı kademede bulunduğu çalışma arkadaşlarına veya yöneticilerine güven duymaları zordur. Egoizm iklim tipinin yerel düzeyinde yer alan kurum çıkarı boyutunda güvenin oluşmasından söz edilebilir. Kurum çıkarı boyutunda da bencillik baskın olmakla birlikte, kurumun bir bütün olarak düşünülerek hareket edilmesi kuruma güven duygusunu ortaya çıkarabilir (Dönertaş 2008).

Yardımseverlik iklimi çalışanların iyiliğinin önemsenmesi ile ilgilidir ve çalışanlar daha yüksek bir örgüt desteği algılayabilirler (Eser 2007). Yardımseverliğin hâkim olduğu bir iklim tipinde, örgüt üyeleri birbirlerine yardımcı olma konusunda da daha isteklidir. Dolayısıyla bu iklim tiplerinde, çalışanların birbirlerine ve kurumlarına güven duymaları da

muhtemeldir. Ring ve Van De Ven (1992) de yardımseverlik etik iklim tipinin örgütlerde güven duyulmasını etkileyen faktörlerin en önemlisi olduğunu belirtmişlerdir.

İlkelik iklim tiplerinde ise başkalarının ihtiyaçlarına odaklanılır ancak kararlar, kural ve yönetmeliklere göre şekillenir. Bu tip iklimlerde kurallar ve prosedürlerin doğru olarak uygulanması durumunda, çalışanların birbirlerine ve kurumlarına güvenecekleri söylenebilir (Dönertaş 2008).

Tablo 5. Etik İklim Alt Boyutlarının Örgütsel Güven Düzeyi Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişken (Örgütsel Güven)				
	B (Beta)	SE	t	p	Std. (B)
Sabit	0,914	0,604	1,511	0,133	
Egoist İklim	-0,581	0,217	-2,679	0,008	-0,157
Yardımseverlik İklimi	0,884	0,092	9,640	0,000	0,729
İlkelik İklimi	0,504	0,152	3,310	0,001	0,246

$R = 0,839$; $R^2 = 0,704$; $F = 129,495$; $p < 0,001$

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Örgütsel güven, çalışanların ortak bir amaç peşinden gitmesinde işbirliği sağlayabilir ve bunun sonucu olarak örgütün başarılı olması mümkün olabilir. Örgütsel güven çalışanların bağlılığını ve iş tatminini olumlu olarak etkilemesi nedeniyle sunulan hizmetin kalitesini de olumlu etkileyebilir. Sağlık çalışanlarının örgütsel güveninin azalması sonucunda yaşanan devir hızının ve devamsızlığın artması, azalan motivasyon ve performans düşüklüğü gibi olumsuz sonuçlar, hasta bakım kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle hastane yöneticiler, personel arasında güveni geliştirmeye ve birbirine güvenen çalışanlarla çalışmaya önem vermelidir. Çalışanların örgütsel güven düzeylerinin sistematik olarak ölçülmesi ve değerlendirilmesi de önem taşımaktadır.

Örgütsel güvenin yüksek olması; örgütsel bağlılık, örgütsel vatandaşlık ve iş tatmininin artması, etkili iletişimin sağlanması, performansın artması, işten ayrılmaların azalması, gelişmiş bir kalite yönetimi, bilgi paylaşımının artması ve işbirliğinin gelişmesi gibi pek çok olumlu sonuçlar sağlamaktadır. Bu nedenle, örgütsel güven düzeyinin yüksek olması önemlidir. Hastane yönetimleri yalnız hemşirelerin değil, tüm çalışanlarının örgütsel güvenini artırıcı ilke ve politikalar geliştirmelidir. Bu anlamda, yönetimin verdiği taahhütleri yerine getirmesi, çalışanlarla iletişimde açık ve dürüst olması, çalışanların problem ve zayıflıklarından yararlanmaması ve çalışanları adilce teşvik edip ödüllendirmesi gerekir. Ayrıca, çalışanların yetkilendirilmesi, olumlu geribildirim ve katılımlarının sağlanması da örgütsel güveni güçlendirecektir.

Yöneticiler kendilerine ve örgütlerine duyulan güveni her zaman kontrol edemeseler de güven duygusunu güçlendirecek çeşitli uygulamalar gerçekleştirebilirler. Bunun için öncelikle süreçlerde ve karar vermede şeffaflığı sağlamalıdır. Karar verme kriterlerini açıkça tartışma, geribildirimde bulunma, adil ve eşit olarak uygulanan örgütsel politika ve prosedürler, şeffaflığı artırmada değerli stratejilerdir. Güveni artırmak isteyen yöneticiler çalışanlarını saygıyla ve dikkatle dinlemeli, onların ihtiyaçlarına empati ile ve duyarlılıkla yaklaşmalıdırlar. Kendileri ve örgüt hakkında bilgiyi paylaşan yöneticilerin güven sağlamaları da daha kolay olabilmektedir. Çalışanlar iş ile ilgili akılcı kararlar alabilmek için gerekli tüm bilginin kendileriyle paylaşıldığından emin olduklarında daha sorumlu davranmaya teşvik edilirler. Böylece örgütte hesap verebilirlik kültürü de oluşturulabilir.

Örgütsel güvenin sağlanmasında çalışanlarla açık iletişim kurulması, kritik bilgileri paylaşma, algı ve duyguları paylaşma ve çalışanların kararlara daha fazla dâhil edilmesi önemlidir. Sağlık çalışanlarının önemsendiklerini hissetmeleri ve kendilerini örgütsel takımın bir parçası olarak görmeleri de örgütsel güveni artıracak faktörlerdir.

Örgütün amacı doğrultusunda açık ve iyi tanımlanmış etik ilkeleri temel alarak oluşturulan örgütsel kurallar, çalışanların birbirleri ile ilişkilerinde olumlu bir atmosferin oluşumuna katkı sağlayacaktır. Çalışanlara yönelik etik kılavuz ve danışmanlıkların kurulması, örgütte kuralların uygulanmasını kolaylaştırmakta ve şeffaflık sağlayarak güven standardını yükseltmektedir (Öztürk, Coşkun 2000). Bu anlamda etik iklimin örgütsel güven düzeyi üzerinde etkili olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmada regresyon analizine göre, sağlık sektöründe oldukça önem taşıyan olumlu etik iklim algısına sahip olan hemşirelerin örgütsel güven düzeyleri de yüksektir. Etik iklim algısını artırmaya yönelik girişimlerin, örgütsel güven düzeyini artırmaya yardımcı olacağı görülmektedir. Bu nedenle hemşirelerin örgüte güven duymalarını sağlamak için öncelikle örgütte güçlü bir etik iklim sağlanmalıdır. Etik iklim, üst yönetimden başlayarak etik davranışa bağlılığı ve tüm çalışanlar için zorunlu etik eğitimi içermelidir. Yöneticiler tarafından çalışanların etik davranış gösterecekleri ortam sağlanmalıdır. Araştırmada örgütsel güven düzeyi üzerinde en etkili etik iklim boyutunun ise yardımseverlik iklimi olduğu görülmektedir. Örgütte sağlanan yardımseverlik iklimi sayesinde çalışanlar daha yüksek bir örgüt desteği algılayacaklar ve böylece birbirlerine ve kurumlarına daha fazla güven duyabileceklerdir.

Yöneticilerin örgütlerdeki etik iklimleri değiştirerek etik davranışları teşvik etmeleri mümkün görünmektedir. Bu nedenle öncelikle örgütün etik iklimi hakkında bilgi sahibi olmak önemlidir. Örgütlerin etik olmayan davranışları belirlemesi, bu davranışları denetleyip düzeltmesi, etik kural ve politikalar oluşturup yürürlüğe koyması ile etik davranışlar teşvik edilebilir. Yöneticiler, örgütteki etik iklimi belirleyerek örgütün stratejik amaçlarıyla uyumlu olup olmadığını değerlendirmelidir. Örgütü, üyelerinin etik ve yasa dışı davranışlarından koruyacak bir etik iklim yaratmak ve korumak sorumluluğu yöneticilere aittir. Yöneticilerin uyguladıkları politikalar da etik iklimi şekillendirerek örgütün etik karakterini belirleyebildiği gibi, etik iklim de alınan kararları etkileyerek, etik konulara karşı izlenecek adımlar açısından belirleyici olmaktadır.

Sağlık kuruluşları hem hastalarla hem de çalışanları ile ortaya çıkabilecek etik ve ahlaki sorunları belirleyebilmeli, bu sorunlara yönelik gerekli önlemleri almalı ve gereken etik iklimi oluşturmalıdırlar. Sağlık kuruluşlarında var olan etik sorunların fark edilmesi ve çalışanların etik davranışlarını geliştirmek için sağlık kuruluşları kendi etik kodlarını geliştirmeli ve etik rehberler hazırlamalıdır. Örgütte oluşturulan etik kodlar ile uygun bir etik iklim sağlanabilir. Bu yolla, örgütte olumsuz olay veya davranışlarla karşılaşma ihtimali azaltılmakla beraber, çalışanların bu tip olay veya davranışlarla karşılaştıklarında doğru kanallar aracılığı ile ihbarda bulunmaları sağlanabilir.

Güçlü etik iklimlere sahip olan örgütlerde bile çalışanların tutum ve davranışları geliştirilebilir. Çalışanların davranış ve tutumlarını değiştirmede en iyi örnek yöneticinin kendisidir. Çalışanlar, yöneticilerinin etik kuralların gereklerini ne kadar yerine getirdiklerini görme ihtiyacı duyabilirler. Örgütün etik iklimini iyileştirmenin bir yolu çalışanların işlerinde daha fazla inisiyatifte sahip olmalarının sağlanmasıdır.

Etik iklim yaratmada ödül ve ceza uygulamaları kullanılabilir. Doğru şekilde uygulanan disiplin kuralları ile çalışanların davranışları düzeltilebilir ve performans ve tatmin artışı sağlanabilir. Cezanın olmayışı ise etik olmayan davranışların oluşmasına fırsat tanıyabilir.

Disiplin kuralları olmaksızın tüm çalışanların etik politikalara uyması beklenemez. Bu nedenle, kademe ve statüsüne bakılmaksızın, etik ilke ihlallerinde herkese eşit uygulama yapılmalıdır. Örgütte etik dışı davranışlar, kazançları artıran faaliyetlerin gerçekleştirilmesini olumsuz şekilde etkiliyor ise, disiplin cezalarının yetersiz kaldığı durumlarda örgütte bazı kural ve prosedürlerin değiştirilmesi de gerekebilir.

Etik değerleri olan bir örgüt oluşturabilmek için ekip ruhuna dayalı bir kurum kültürü, sorumluluk bilincine sahip insan kaynakları yönetimi, etik açıdan açık bir iletişim gerekmektedir. Teknolojik gelişmeler, yoğun rekabet ortamı, ekonomik krizler, örgütlerin yeniden yapılanmaları gibi zorlayıcı çevresel faktörler nedeniyle örgütlerin etik davranması zorlaşmaktadır. Ancak, örgütler ortak değerlerin ve inançların paylaşılmasını sağlayarak, etik değerlere bağlı insan kaynakları istihdam ederek, çalışanların performans değerlendirmesinde ve kariyer planlamasında etik değerlere bağlı kalarak, iletişim yönetimini kullanarak ve eğitim ve geliştirme programlarında etik kurallara uyma, dürüstlük ve açıklığın yararlarını vurgulayarak etik iklim algısının artmasını sağlayabilirler. Bu şekilde çalışanların örgütsel güven düzeyi de artacak ve daha kaliteli bir hizmet sunumu elde edilebilecektir.

Çalışma sadece Ankara'daki bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yapılmıştır. Gelecek çalışmalar kamu ve özel hastaneleri de kapsayacak şekilde diğer sağlık çalışanlarının da etik iklim algılarının örgütsel güven düzeyi üzerindeki etkisini belirlemeye odaklanabilir. Böylece sadece hemşirelerin değil, ekip çalışması içerisinde olan tüm sağlık çalışanlarının etik iklim algılarının örgütsel güven düzeyi üzerindeki etkisi hakkında kapsamlı değerlendirmeler yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. Altaş S. S. ve Kuzu A. (2013) Örgütsel Etik, Örgütsel Güven ve Bireysel İş Performansı Arasındaki İlişki: Okul Öncesi Öğretmenleri Üzerinde Bir Araştırma. **Elektronik Mesleki Gelişim ve Araştırmalar Dergisi** 1 (2): 29-41.
2. 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.
3. Ayden C. ve Özkan Ö. (2014) Sağlık Çalışanlarının Kurumsal Güven ve Örgütsel Bağlılık Boyutları İtibariyle İncelenmesi; Malatya Devlet Hastanesi Sağlık Personeli Üzerine Bir Çalışma. **Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 24 (2): 151-167.
4. Barnett T. and Vaicys C. (2000) The Moderating Effect of Individual's Perceptions of Ethical Work Climate on Ethical Judgements and Behavioral Intentions. **Journal of Business Ethics** 27 (4): 351-362.
5. Borhani F., Jalali T., Abbaszadeh A. and Amiresmaili M. (2012) Nurses' Perception of Ethical Climate and Job Satisfaction. **Journal of Medical Ethics History of Medicine** 5 (6): 1-6.
6. Bulut H. (2012) Etik Liderliğin ve Etik İklimin Çalışanların Örgütsel Bağlılığına ve İş Performanslarına Etkileri. **Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, Gebze.
7. Büte M. (2011) Etik İklim, Örgütsel Güven ve Bireysel Performans Arasındaki İlişki. **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi** 25 (1): 171-192.

8. Calnan M. and Rowe R. (2005) Trust relations in the ‘new’ NHS: theoretical and methodological challenges. **Taking Stock of Trust’ E.S.R.C Conference.** <https://www.kent.ac.uk/scarr/events/Calnanand%20Rowe%20paper.pdf>, Erişim Tarihi: 03.07.2016.
9. Cullen J. B., Victor B. and Stephens C. (1989) An Ethical Weather Report: Assessing The Organization’s Ethical Climate. **Organizational Dynamics** 18 (2): 50-62.
10. Cullen J. B., Parboteeah K. P. and Victor B. (2003) The Effects of Ethical Climates on Organizational Commitment: A Two-Study Analysis. **Journal of Business Ethics** 46 (2): 127-141.
11. Cummings L. L. and Bromiley P. (1995) Organizational Trust Inventory Development and Validation. In R. Kramer & T. Tyler (Eds.), **Trust in organizations: Frontiers of theory and research.** London, US: Sage.
12. Demircan N. ve Ceylan A. (2003) Örgütsel Güven Kavramı: Nedenleri ve Sonuçları. **Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi** 10 (2): 139–150.
13. Dönertaş F. C. (2008) Etik İklimin Kuruma Güven Üzerindeki Etkisi. **Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
14. Ensari M. Ş. and Karabay M. E. (2016) The Mediating Effect of Perceived Ethical Climate on Organizational Commitment, Trust and Turnover Intention Interactions: A Research on Insurance Sector. **European Journal of Business and Social Sciences** 5 (1): 47-63.
15. Eren S. S. ve Hayatoğlu Ö. (2011) Etik İklimin Satış Elemanlarının İş Tutumlarına ve İş Performanslarına Etkisi: İlaç Sektöründe Bir Uygulama. **Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 7 (4): 109-128.
16. Eser G. (2007) Etik İklim ve Yöneticiye Güvenin Örgüte Bağlılığa Etkisi. **Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
17. Firth-Cozens J. (2004) Organisational Trust: The Keystone to Patient Safety. **Quality and Safety in Health Care** 13 (1): 56-61.
18. Fukuyama F. (2000) **Güven Sosyal Erdemler ve Refahın Yaratılması.** 2. Baskı, İşbankası Kültür Yayınları, İstanbul.
19. Gilson L., Palmer N. and Schneider H. (2005) Trust and Health Worker Performance: Exploring Aconceptual Framework Using South African Evidence. **Social Science and Medicine** 61 (7): 1418-1429.
20. Gül H. (2006) Etik Dışı Davranışlar ve Ussallaştırılması: Devlet Hastanelerinde Bir Uygulama. **Selçuk Üniversitesi Karaman İİBF Dergisi** 10 (9): 65-79.
21. Güngören M., Orhan F. ve Kurutkan N. (2013) Mikro Rekabetçilikte Yeni Yaklaşımlar Hastanelerde Oluşan Etik İklimin Kalite ve Akreditasyon Açısından Değerlendirilmesi. **Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi** 18 (1): 221-241.

22. Hall M., Dogan E., Zheng B. and Mishra A. (2001) Trust in Physicians and Medical Institutions. Does It Matter? **The Milbank Quarterly** 79 (4): 613-639.
23. Hart S. E. (2005) Hospital Ethical Climates and Registered Nurses' Turnover Intentions. **Journal of Nursing Scholarship** 37 (2): 173-177.
24. Hemşirelik Eğitimi Derneği (2016) **Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar**. http://www.hemed.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=550&Itemid=182, Erişim Tarihi: 10.04.2017.
25. Hwang J. I. and Park H. A. (2014) Nurses' Perception of Ethical Climate, Medical Error Experience and Intent-To-Leave. **Nursing Ethics** 21 (1): 28-42.
26. Johns J. (1996) A Concept Analysis of Trust. **Journal of Advanced Nursing** 24 (1): 76-83.
27. Kalaycı Ş. (2008) **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**. Ankara: Asil Yayın.
28. Kaplan M., Öğüt A., Karayel S. and İlhan İ. (2013) The Effects of Ethical Climate Types on Job Satisfaction: The Case of Tourism. **Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 31 (2): 117-133.
29. Mishra J. and Morrissey M. A. (1990) Trust in Employee/Employer Relationships: A Survey of West Michigan Managers. **Public Personnel Management** 19 (4): 443-461.
30. Neves P. and Caetano A. (2006) Social Exchange Processes in Organizational Change: The Roles of Trust and Control. **Journal of Change Management** 6 (4): 351-364.
31. Olson L. (1998) Hospital Nurses' Perception of Ethical Climate of Their Work Settings. **Journal of Nursing Scholarship** 30 (4): 345-349.
32. Örucü E. ve Özafşarlıoğlu S. (2013) Örgütsel Adaletin Çalışanların İşten Ayrılma Niyetine Etkisi: Güney Afrika Cumhuriyetinde Bir Uygulama. **Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 10 (23): 335-358.
33. Öztürk N. K. ve Coşkun B. (2000) Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma ve Kamu Hizmetlerinde Kalite: Etiksel Bir Bakış. **Türk İdare Dergisi** 72 (426): 159.
34. Pillay P. (2015) Resuscitating an Ethical Climate in the Health System: The Role of Healthcare Workers. **South African Medical Journal** 105 (4): 277-278.
35. Ring P. S. and Van De Ven A. H. (1992) Structuring Cooperative Relationships Between Organizations. **Strategic Management Journal** 13 (7): 463-498.
36. Schluter J., Winch S., Holzhauser K. and Henderson A. (2008) Nurses' Moral Sensitivity and Hospital Ethical Climate: A Literature Review. **Nursing Ethics** 15 (3): 304-321.

37. Simha A. and Stachowicz-Stanusch A. (2015) The Effects of Ethical Climates on Trust in Supervisor and Trust in Organization in a Polish Context. **Management Decision** 53 (1): 24-39.
38. Taşpınar Y., Şahin A. ve Örselli E. (2015) Kamu Kurumlarında Güven İklimi ve Etik İklim İlişkisi: Konya İli Kamu Bankaları Örneği. **Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi** 18 (1): 117-136.
39. Torun, M. K. (2013) Turizm Alanında Lisans ve Önlisans Eğitimi Veren Kurumlarda Etik İklimin Kuruma Güven Üzerindeki Etkisi. **Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, Düzce.
40. Tüzün İ. K. (2006) Örgütsel Güven, Örgütsel Kimlik ve Örgütsel Özdeşleşme İlişkisi; Uygulamalı Bir Çalışma. **Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi**, Ankara.
41. VanSandt C. V., Shepard J. M. and Zappe, S. M. (2006) An Examination of the Relationship Between Ethical Work Climate and Moral Awareness. **Journal of Business Ethics** 68 (4): 409-432.
42. Victor B. and Cullen J. B. (1988) The Organizational Basis of Ethical Work Climates. **Administrative Science Quarterly** 33 (1): 101-125.
43. Weber J. and Seger J. E. (2002) Influences Upon Organizational Ethical Subclimates: A Replication Study of a Single Firm at Two Points in Time. **Journal of Business Ethics** 41 (1): 69-84.
44. Wimbush J., Shepard J. and Markham S. (1997a) An Empirical Examination of the Relationship between Ethical Climate and Ethical Behavior from Multiple Levels of Analysis. **Journal of Business Ethics** 16 (16): 1705-1716.
45. Wimbush J. C., Shepard J. M. and Markham S. E. (1997b) An Empirical Examination of the Multi-Dimensionality of The Ethical Climate In Organizations'. **Journal of Business Ethics** 16 (1): 67-77.
46. Zehir C., Elçi M. and Savi F. (2003) Ethical Climate's Relationship to Job Satisfaction, Organizational Commitment, and Turnover Intention. **1st International Business and Professional Ethics Congress of Turkey**, Hacettepe, Ankara.

Yaşlı Bakımevi Çalışanlarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri

Perihan EREN BANA*
Nurten DAYIOĞLU**

ÖZ

Sağlık hizmetleri sunumunda ortaya çıkan güçlüklerden birisi de sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldığı stres faktörleridir. Özellikle yaşlı hizmetleri sunumu sırasında sağlık çalışanları gerek yaşlılığın doğası gereği ortaya çıkan kronik hastalıklarla gerekse yaşlının sosyal ve ruhsal kaynaklı sorunlarının getirdiği sıkıntılarla başa çıkmak zorundadır. Bu koşullarla birlikte yaşlı bakım hizmeti sunmakta olan çalışanların verdiği hizmet kalitesinde stres faktörlerinin de oldukça etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca yaşlılar için bakım hizmeti sunmakta olan sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldığı durumların sağlık yöneticileri tarafından doğru analiz edilmesi de önemlidir. Bu çalışmada, yaşlı bakımevi ve huzurevi çalışanlarının demografik özelliklerinin, eğitim düzeylerinin ve bakım verdikleri sürenin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri üzerindeki etkisi değerlendirildi. Çalışma, İstanbul ili içindeki özel yaşlı bakım evleri ve huzur evlerinde çalışan 111 personel ile gerçekleştirildi. Çalışanlar dağıtılan anket formlarını görev başındayken doldurdu. Çalışanların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini saptamak için STA-I (Durumluk Kaygı Düzeyi) ve STA-II (Sürekli Kaygı Düzeyi) Ölçeği'nden faydalanıldı. Veriler SPSS 20.0'da Eşlendirilmiş dizide t Testi, Bağımsız Gruplarda t Testi, Kruskal Wallis Testi, Mann-Whitney U Testi ve Korelasyon Analizi ile incelendi. Yaşlı bakımevi ve huzurevi çalışanlarının durumluk kaygı düzeyini etkileyen faktörler; bakım verme durumu ile işinden memnuniyet düzeyidir. Sürekli kaygı düzeyini etkileyen faktörler ise öğrenim düzeyi, bakım verme durumu, işinden memnuniyet düzeyi, bakım verme işine gün içinde ayırdığı zaman ve bakımından sorumlu olunan yaşlı sayısıdır. Elde edilen sonuçların literatürde yer alan diğer çalışmalardan elde edilen sonuçlarla uyumlu olduğu görülmektedir

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, bakımevi, çalışan, stres, kaygı

State and Trait Anxiety Levels of Elderly Healthcare Staff

ABSTRACT

One of the difficulties involved in the provision of health services is the stress factors faced by health care workers. Especially during the provision of the elderly care, healthcare workers have to overcome the problems of chronic diseases due to the nature of the elderly and of elderly's social and psychological conditions. It is thought that the quality of elderly care services is effected by these conditions. In addition it is also important for the health managers to analyze accurately the conditions that the healthcare providers have to face. In this study, the impact related to the demographic characteristics, the educational status and the duration of providing care were evaluated on the state and trait anxiety levels of the elderly healthcare staff. The study was carried with 111 workers in private elderly care centers in Istanbul. Employees filled in questionnaires at their workplaces. Two kinds of scales STA-I and STA-II were used to evaluate State Anxiety and Trait Anxiety Levels. The data were analyzed using SPSS 20.0 by Paired t Test, Independent t Test, Kruskal-Wallis Test, Mann-Whitney U test and Correlation Analysis. The factors affecting the level of state anxiety in elderly care staff are care giving conditions and job satisfaction. The factors affecting the level of trait anxiety are education, care giving status, job satisfaction, time spent on care giving (per day) and the number of elderly being served. The results obtained appear to comply with the results from other studies in the literature.

Keywords: Elderly, nursing, working, stress, anxiety

* Öğr. Gör., İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, perihanbana@gmail.com

** Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, nurten.dayioğlu@yeniyuzyl.edu.tr

I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerindeki ve sağlık sektöründeki teknolojik gelişmelerle birlikte toplumun öğrenim seviyesinin yükselmesinin yaşam koşullarına yaptığı olumlu katkılar yaşlı nüfus oranını arttırmaktadır (Öztop ve diğerleri 2008). Özellikle son elli yılda gözle görülür şekilde yaşanan bu değişime katkı sağlayan faktörlerden birisi de hastalıkların sağ kalım sürelerinin sağlık bilimlerindeki gelişmelere paralel bir şekilde artmış olmasıdır (Atagün ve diğerleri 2011). Bu değişimin yaşam süresine getirdiği olumlu katkılar dolayısıyla yaşlı nüfus oranının artışına bağlı olarak toplumsal sorunlar da ortaya çıkmaktadır (Öztop ve diğerleri 2008; Atagün ve diğerleri 2011). Konu sosyal açıdan değerlendirildiğinde, toplumumuzda yaşlanmış ebeveyni huzurevine bırakmaya olumlu bakılmaması, huzurevleri konusundaki olumsuz deneyimler ve duyular nedeniyle oluşan olumsuz kanı önemli bir sorun oluşturmaktadır (Aközer ve diğerleri 2011). Doğu kültüründe daha yaygın olduğunu söyleyebileceğimiz huzurevleriyle ilgili olumsuz algı, aynı ülke içinde birbirine yakın şehirlerde bile farklılık gösterebilmektedir. Huzurevlerinin özellikle çocukları tarafından terkedilmiş veya yalnız bırakılmış insanların kaldığı yer olmasıyla ilgili anlayış bu olumsuz algının temelini oluşturmaktadır (Polat, Hira 2017).

Huzurevleri hakkındaki olumsuz duyuların en önemli nedenlerinden biri de dolaylı ya da dolaysız yaşlı bakım hizmeti verenlerin maruz kaldığı risk faktörleridir. Sağlık çalışanları arasında doğrudan bakım hizmeti sunanlar bakım yükü açısından daha riskli bir grubu oluşturmaktadır (Atagün ve diğerleri 2011). Yaşlı hastaların bakımı dolayısıyla ortaya çıkan yükün engelli çocuk bakımı nedeniyle ortaya çıkan yükten daha fazla olduğu göz önünde bulundurulduğunda yaşlı bakım hizmeti sunan çalışanların karşı karşıya kaldığı güçlükler daha iyi anlaşılabilir (Karahana, İslam 2013). Yaşlı bakım evleri ile ilgili bir başka önemli sorun da evde bakım hizmeti verebilmenin gerektirdiği donanım ve bilgi yetersizliğidir (Aközer ve diğerleri 2011).

Yaşlıya bakım hizmeti sunan çalışanlar yaşlının ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılamak zorundadır (Baltayan 2012). Yaşlı bakım hizmeti veren çalışanların bakım sunma sorumlulukları arttıkça bakım sunma-bakım alma ilişkisi bakım verenin yaşamını sıkıntıya sokan, tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir zorunluluğa dönüşebilmektedir (Atagün ve diğerleri 2011). Yaşlıya verilmesi gereken bakımın çok yönlü olması, bakımın fiziksel ve tıbbi yönlerinin yanı sıra sosyal ve psikolojik yanlarının da ihmal edilmemesi ve farklı disiplinlerden uzmanların bulunduğu bir takım tarafından izlenmesi gerekmektedir (Aközer ve diğerleri 2011). Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanmalı ve değerlendirilmelidir. Bakımın çok yönlü ve sürekli olması bakım veren açısından zor bir durum olup (Özyeşil ve diğerleri 2013; Baltayan 2012; Capaso et al. 2016) kaygı oluşturabilmektedir (Özyeşil ve diğerleri 2013). Bakım alanın bitmeyen gereksinimleri nedeniyle hizmet verende yorgunluk, bitkinlik gibi fiziksel problemler görülebilir. Ayrıca çok yönlü problemle başa çıkmaya çabalayarak sürekli olarak bakım hizmeti vermek çalışanın fizyolojik ve psikolojik sağlığının kötüleşmesine neden olabilmektedir (Toseland et al. 2001; Capaso et al. 2016). Bakım hizmeti veren kişiler maruz kaldıkları durumların kendileri üzerine olan etkilerini yönetmekte başarısız olabilmekte; çaresizlik, suçluluk, öfke, korku ve sosyal yalıtım gibi duygular yaşayabilmektedirler (Atagün ve diğerleri 2011). Ortaya çıkan bu duyguların sebebi olarak kabul edilebilecek stresin son yıllarda insan sağlığı üzerindeki etkisi daha fazla tartışılmaktadır. 1950 yılında Selye tarafından çevresel stres faktörlerine karşı verilen bireysel tepki olarak tanımlanan stresin (Selye 1950) insan sağlığına zarar vermek yanında ölüme varan sonuçları olduğu yine Selye tarafından belirtilmektedir (Selye 1955).

Uzun süreli bakım hizmeti verme sağlık, sosyoekonomik durum, psikolojik durum gibi yaşam kalitesinin göstergelerini etkileyen bir süreçtir. Bakım verenin yaşadığı yük,

depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fizyolojik sorunlar, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar doğurabilmektedir (Atagün ve diğerleri 2011; Toseland et al. 2001; Woodhead et al. 2016). Yaşlı bakım hizmeti verenlerin yaşadığı fiziksel ve ruhsal sorunlar noktasında kişilik özelliklerinin ve yetiştikleri topluma ait kültürel özelliklerin etkili olduğu yönünde kanıtlar bulunmaktadır (Capaso et al. 2016). Özellikle bakım yükünün oluşturduğu ruhsal etkiden dolayı çalışanlar ruhsal destek almaya ihtiyaç duyabilmektedir (Özyeşil ve diğerleri 2013). Yaşlıya bakım vermekte olan yakınlarının kaygı düzeyinin arttığı görülmektedir (Öztop ve diğerleri 2008). Sağlık çalışanları geniş sorumluluk alanının yanı sıra bakım vermekte olan hasta yakınlarını da desteklemek durumundadır. Bu noktada sağlık çalışanlarından bakım verme işini üstlenen yaşlı yakınlarını rahatlatacak yaklaşımlar geliştirmesi beklenmektedir (Erdem 2010).

Bu çalışmada, insan kaynağının çok önemli olduğu sağlık hizmetleri dolayısıyla ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını başlatabilecek stres algısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bakım yükünün oldukça fazla olduğu yaşlı bakımı hizmetlerinde bakım hizmeti sunanların algıladıkları stres dolayısıyla yaşanabilecek sorunların önlenmesi açısından bu değerlendirmenin önemli olduğu düşünülmektedir.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

İstanbul'da toplam 79 özel yaşlı bakımevi ve huzurevi olduğu saptandı. Çalışmanın % 95 güven düzeyinde yürütülmesi için araştırma 9 huzurevinde gerçekleştirildi. Dağıtılan 150 anketten 135'i (anketlerin dönüş oranı % 90) çalışanlar tarafından görev başındayken dolduruldu. Anketlerden 24 tanesi değerlendirme dışı bırakıldı ve toplam 111 anket değerlendirmeye alındı. Anket formunda ilk bölümde demografik bilgiler, ikinci bölümde ise ölçek yer aldı. Çalışanların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin tespiti için STA-I (Durumluk Kaygı Düzeyi) ve STA-II (Sürekli Kaygı Düzeyi) Ölçeği'nden faydalanıldı. Ölçekler çalışmanın amacı ve verimliliği gözetilerek yeniden düzenlendi. Düzenleme, hem çalışanların ölçeği yanıtlamak için ayracağı zamanı azaltmak hem de sıkılıp yanlış yanıtlamalarına fırsat vermemek amacı ile yapıldı. Ölçekte soru sayısı arttıkça soruyu algılama ve doğru yanıtlama olasılığının da o kadar azalacağı dikkate alınarak, çalışmanın amacına en uygun olduğu düşünülen sorular seçildi. Bu çalışmaya özel oluşturulan ölçeğin güvenilirlik kat sayısı Cronbach's Alpha=0,786'dır. Verilerin daha kolay anlaşılır olması için katılımcıların '4' üzerinden yaptığı değerlendirmeler 100 üzerinden değerlendirmeye dönüştürüldü. Elde edilen veriler SPSS 20.0'da Eşlendirilmiş dizide t-Testi, Bağımsız Gruplarda t-Testi, Kruskal Wallis Testi, Mann-Whitney U Testi ve Korelasyon Analizi ile incelendi.

III. BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin % 65'i kadın, % 35'i erkek; % 51'i evli; %43'ü ilk veya ortaokul mezunudur. Genel durumluk kaygı düzeyi ortalaması 52,78; sürekli kaygı düzeyi ise ortalaması 53,41'dir; toplam grupta durumluk kaygı düzeyi ile sürekli kaygı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemektedir ($t=0,80$; $p=0,425$ Paired t Test).

Tablo 1. Demografik Durum ve Çalışma Koşulları Gruplarına İlişkin Durumluk Kaygı Düzeyi Ortalaması Standart Sapması ve Karşılaştırmalar

		Durumluk Kaygı	Test Değeri	p
Cinsiyet	Kadın (n=68)	52,23±10,99	t= 0,52	0,602
	Erkek (n=39)	53,36±10,27		
Medeni Durum	Bekar (n=55)	54,65±10,68	t= 1,84	0,068
	Evli (n=56)	50,94±10,54		
Öğrenim Durumu	İlkokul ve Ortaokul (n=48) (1)	53,39±10,28	KW Ki-Kare= 3,73	0,292
	Lise (n=21) (2)	50,28±11,94		
	Önlisans (n=22) (3)	55,73±11,40		
	Lisans ve Yüksek Lisans (n=20) (4)	50,69±9,37		
Bakım Verme Durumu	Doğrudan Bakım (n=66) (1)	54,74±9,78	KW Ki-Kare= 10,27	0,006
	Yardımcı Bakım (n=21) (2)	53,29±11,29		
	Diğer Çalışanlar (n=21) (3)	46,44±10,34 *(1,2)		
Çalışma Süresi	Bir Yıl ve Daha Az (n=47)	54,83±11,82	t= 0,77	0,439
	Bir Yıldan Fazla (n=40)	52,98±10,08		
İşinden Memnuniyet	Memnun Değil (n=26)	59,45±8,88	t= 3,84	0,0005
	Memnun (n=85)	50,74±10,45		

t: t Testi (Independent Samples Test)

KW Ki-Kare : Kruskal-Wallis Testi

Tablo 2. Gruplara İlişkin Sürekli Kaygı Düzeyi Ortalaması Standart Sapması ve Karşılaştırmalar

		Sürekli Kaygı	Test Değeri	p
Cinsiyet	Kadın (n=68)	53,47±9,15	t= 0,64	0,522
	Erkek (n=39)	52,27±9,52		
Medeni Durum	Bekar (n=55)	53,84±9,09	t= 0,48	0,633
	Evli (n=56)	52,98±9,81		
Öğrenim Durumu	İlkokul ve Ortaokul (n=48) (1)	56,44±7,37 *(2,4)	KW Ki-Kare= 9,93	0,019
	Lise (n=21) (2)	49,82±11,58		
	Önlisans (n=22) (3)	54,02±8,54		
	Lisans ve Yüksek Lisans (n=20) (4)	49,23±10,11		
Bakım Verme Durumu	Doğrudan Bakım (n=66) (1)	55,73±8,63	KW Ki-Kare= 10,97	0,004
	Yardımcı Bakım (n=21) (2)	51,72±9,79		
	Diğer Çalışanlar (n=21) (3)	48,02±9,02 *(1)		
Çalışma Süresi	Bir Yıl ve Daha Az (n=47)	53,42±9,39	t= 1,37	0,173
	Bir Yıldan Fazla (n=40)	56,15±9,04		
İşinden Memnuniyet	Memnun Değil (n=26)	56,54±8,31	t= 1,99	0,049
	Memnun (n=85)	52,45±8,58		

t: t Testi (Independent Samples Test)

KW Ki-Kare : Kruskal-Wallis Testi

Yaşlı bakımevi çalışanlarının cinsiyete ve medeni durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki fark önemli bulunmamıştır (Tablo 1 ve Tablo 2). Öğrenim durumuna göre incelendiğinde durumluk kaygı düzeyinde fark görülmezken ilkökul ve ortaokul mezunlarının sürekli kaygı düzeylerinin lise ve yükseköğrenim görmüş çalışanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 1 ve Tablo 2). Bakım hizmeti vermeyen çalışanların bakım hizmeti sunmakta olanlara göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 1 ve Tablo 2). Bakım hizmeti verme işinde çalışma süresi ise durumluk ve sürekli kaygı düzeyini etkilememektedir. Çalışanların işinden memnun olmaları durumluk ve sürekli kaygı düzeyini azaltmaktadır. (Tablo 1 ve Tablo 2).

Tablo 3. Gruplara İlişkin Sürekli Kaygı Düzeyi Ortalaması, Standart Sapması Karşılaştırmalar

Yaşlı Bakım Hizmetinde Çalışma Süresi	Kaygı Düzeyi		t	p
	Durumluk	Sürekli		
≤ 1 yıl	54,83±11,82	53,42±9,39	1,04	0,302
> 1 yıl	52,98±10,08	56,15±9,04	3,02	0,004

t: Eşlendirilmiş dizide t Testi

Tüm çalışanların durumluk kaygı düzeyi ile sürekli kaygı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamasına karşın (t=0,80; p=0,425) bir yıldan uzun süre yaşlı bakım hizmeti veren çalışanların iki kaygı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=3,02; p=0,004). Uzun süre yaşlı bakım hizmeti vermiş olmak sürekli kaygı düzeyini arttırmaktadır (Tablo 3).

Tablo 4. Korelasyon Analizi Sonuçları

	Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı
Yaş (yıl)	r= -0,18 ; p= 0,061	r= -0,16 ; p= 0,084
Ayrılan Zaman (saat)*	r= 0,19 ; p= 0,062	r= 0,25 ; p= 0,013
Yaşlı Sayısı**	r= 0,09 ; p= 0,462	r= 0,32 ; p= 0,007

***Ayrılan Zaman:** Bakım hizmeti için bir günde ayrılan zaman

****Yaşlı Sayısı:** Sorumlu olunan yaşlı sayısı

Çalışanların yaşı kaygı düzeylerini etkilememekle birlikte, sorumlu olunan yaşlı sayısı (r=0,32; p=0,007) ve yaşlıya hizmet için günde ayrılan zaman (r= 0,25; p=0,013) arttıkça sürekli kaygı düzeyi artmaktadır (Tablo 4).

IV. TARTIŞMA

Tüm çalışanların durumluk kaygı düzeyi ile sürekli kaygı düzeyi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak önemli fark görülmemiş olması Doğu ve Aslan'ın engelli anneleri ile yaptığı çalışmada elde ettiği sonuçla uyumlu görünmektedir (Doğu, Aslan 2008). İnsanların stres karşısında oluşturduğu direncin stresle başa çıkmak noktasında yeterliliğiyle ilgili olduğunu söyleyen ve bunu 'salutogenez' kavramıyla açıklayan Antonovsky'in teorisinden yola çıkarak stres algısına karşı zaman içinde direnç oluştuğunu söylemek mümkündür (Bağ 2017). İnsan vücudunu bağışıklık siteminde karşılaştığı patojenlere karşı oluşturduğu direnç gibi insanlar da stres faktörüne karşı direnç geliştirebilmektedir. Dolayısıyla stres algısı da kazanılan dirençle birlikte değişebilmektedir. Bu noktada stres faktörlerinin direnç geliştirme sürecinde başta duyarsızlaşma olmak üzere oluşturacağı olumsuz etkileri göz ardı etmemek gerekmektedir.

Doğrudan bakım hizmeti sunanlar, başka bir deyişle yaşlıyla doğrudan teması olanların durumluk ve kaygı düzeyi daha yüksektir. Elde edilen bulgular Cooper ve Barnett'in hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakım dolayısıyla artan kaygısını ortaya koyduğu çalışmayı destekler niteliktedir (Cooper, Barnett 2005). Yaşlı hastalara bakım veren hasta yakınlarının durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin duygusal yükü birlikte arttığı belirtilmektedir (Özyeşil ve diğerleri 2013).

Baltalayan'ın çalışmasında belirttiği bakım yükü ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyi ilişkisi çalışmamızda elde ettiğimiz yaşlı sayısı ve yaşlıya ayrılan günlük zamanla sürekli kaygının artmış olması bulgusuyla uyumluluk göstermektedir. Baltayan'ın da belirttiği gibi bu yükün çalışanların yaşam kalitesine yaptığı olumsuz etki de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durum çalışanların işe başladıktan bir süre sonra psikolojik desteğe ihtiyaç duyması ile de desteklenmektedir (Baltayan 2012). Konya ilinde engelli anneleri ile yapılan bir çalışmada annelerin çoğunluğunda sürekli kaygı durumuna rastlanmış olması da bakım yükünün neden olduğu kaygıyı açıklamaktadır (Doğu, Aslan 2008).

Engelli çocuklarına bakım vermekte olan annelerle yapılan çalışmada olumsuz deneyimlerin artmasının kaygı düzeyini artırdığı belirtilmektedir (Doğru, Arslan 2008). Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular da bu durumu desteklemektedir. Bir yıl ve daha az çalışanlar bir yıldan daha fazla çalışanlarla karşılaştırıldığında bir yıldan daha fazla çalışanların kaygı düzeyinin arttığı görülmüştür. Çalışmada elde edilen bulguların genel olarak literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

V. SONUÇ

Beklenen yaşam süresinin artması ile birlikte önemi daha çok ortaya çıkan yaşlı bakımı hizmetleri sağlık hizmetleri içinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Sağlık hizmetlerinde

kalitenin sağlanması büyük ölçüde çalışanlara bağlı olduğundan çalışanları etkileyen faktörlerin farkında olmak ve bu konuda gerekli önlemleri almak sağlık yöneticilerine düşen önemli bir görevdir.

Bu çalışmada yaşlı bakımevi ve huzurevi çalışanlarının durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Yaşlı bakımevi ve huzurevi çalışanlarının durumluk kaygı düzeyini etkileyen faktörler; bakım verme durumu ile işinden memnuniyet düzeyidir. Sürekli kaygı düzeyini etkileyen faktörler ise öğrenim düzeyi, bakım verme durumu, işinden memnuniyet düzeyi, bakım verme işine ayırdığı zaman (günde) ve bakımından sorumlu olunan yaşlı sayısıdır. Elde edilen sonuçların literatürde yer alan diğer çalışmalardan elde edilen bulgularla uyumlu olduğu görülmektedir.

Uzun süre bakım sunmaktan kaynaklanan gerginlik hem bakım verenin hem de hastanın sağlığında olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Atagün ve diğerleri 2011). Bakım verme işinde çalışanlar genellikle kadındır ve kadınların aşırı stres yaratan bakım verme eyleminden dolayı kaygı düzeyleri de artmaktadır (Baltayan 2012). Bakım yükünün ortaya çıkardığı olumsuz etkiler, kişiden kişiye değiştiği gibi toplumlar arasında da değişiklik göstermektedir (Atagün ve diğerleri 2011). Bu noktada bakım veren kişinin yaşlı bakımı konusundaki bilgisi de önemli olmaktadır. Örneğin Uyaroğlu ve Bodur tarafından Karaman ilinde çocuğunda zihinsel yetersizlik tespit edilmiş olan 91 anne ile yapılan çalışmada hemşire tarafından yapılan bilgilendirmelerin annelerde kaygı puanını azalttığı belirtilmektedir (Uyaroğlu, Bodur 2009).

Sağlık hizmeti sunan çalışanlar arasında özellikle bakım hizmeti verenlerin görev yelpazesinin oldukça geniş olması dolayısıyla ortaya çıkan rol belirsizliğinin de strese neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Herber, Johnston 2013). Yaşlı bakım hizmeti sunan sağlık çalışanlarının üstlendikleri rollerin yanı sıra yaşlılık konusundaki algılarının da kaygı düzeylerini etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Sadece bakım hizmeti vermek nedeniyle değil; kendi yaşamları açısından gelecekte yalnız kalma ve kendine yetememe korkusu veya ölüm düşüncesi nedeniyle de kaygı duyulabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Aközer ve diğerleri 2011). Çalışanların bu gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek kaygılarının eğitimle aşılabileceğine yönelik kanıtlar bulunmaktadır (Gual et al. 2014; Taşdemir, Gök 2012). Hatta eğitim seviyesi yüksek kişilerin ölüm kaygısının daha düşük olduğu da belirtilmektedir (Softa ve diğerleri 2011).

Yaşlı bakımı tüm boyutları ile incelendiğinde bakım vermenin, sadece sevgi ve iyi niyet ile yürütülemeyecek kadar çok boyutlu olduğu görülmektedir (Erdem 2005). Bakım yükü, bakım veren üzerinde pek çok olumsuz etkiye neden olabilmekte; hatta işiyle ilgili algısını da etkileyebilmekte; çalışanın bakım yükündeki artış iş memnuniyetini azaltmaktadır (Baltayan 2012).

Yaşlılara sunulacak hizmetlerin kaliteli ve işlevsel olabilmesinin ön koşulu bu hizmetleri sunan personelin konularında uzman olmaları ve bu işi severek, benimseyerek yapmaları ile mümkündür. Bu nedenle insan kaynaklarının seçiminde bu ilkelere bağlı kalınması ve personelin sürekli eğitilerek maddi ve manevi yönden desteklenmesi gerekmektedir (Durgun, Tümerdem 1999). Özellikle palyatif bakım hizmeti veren çalışanların psikolojik destek alması gerektiğinin önemi vurgulanmaktadır (Bilge ve diğerleri 2013; Atagün ve diğerleri 2011; Taşdemir, Gök 2012). Bakım verenlerin yükünün azaltılması, hizmet kalitesinin ve yaşlının yaşam kalitesinin artırılması açısından bakım hizmetlerinin çeşitlendirilmesi, tanıtılması ve kapsamının genişletilmesi, evde bakım hizmetlerinin artırılması, yaşlı konutları ve gündüz bakım hizmetinin yaygınlaştırılması önerilebilir (Aközer ve diğerleri 2011).

Yaşlılar için oluşturulan sosyal hizmet uygulamalarından drama ve sanat etkinliklerinin bakım yükünün oluşturduğu etkileri azaltmak amacıyla çalışanlara yönelik olarak da planlanması önerilebilir (Hasgül 2016). Yöneticilerin eğitim ve koçlukla desteklenen bir sosyal çevre yaratması uzun bakım sürecinde ortaya çıkabilecek tükenmişlik ve stresin olumsuz etkileri gibi sonuçları azaltacaktır (Woodhead et al. 2016). Bakım veren kurumlarda kalitenin sağlanması için standartlar oluşturulmalı ve değerlendirme yöntemleri geliştirilmelidir (Öztop ve diğerleri 2008). Bakım hizmetlerinde kalitenin sağlanması açısından bakım hizmeti sunan kişilerin davranışları önemlidir. Bu noktada standartların tek başına yeterli olamayacağı göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışanların algıladığı stresin neden olabileceği olumsuz sonuçlar değerlendirilmeli; çalışanların stres düzeyinin belirlenmesi için belli aralıklarla ölçümler yapılmalıdır. Ölçüm sonuçlarına göre strese neden olduğu saptanan faktörler konusunda çalışmalar yapılmalı; olumsuz değişime neden olan faktörlerin bir daha ortaya çıkmasını önlemek için tedbirler alınmalıdır.

Teşekkür: Araştırma sürecinde kurumlarında bu çalışmanın yapılmasına izin veren yöneticilere ve anketi doldurmayı kabul eden bütün çalışanlara teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Aközer M., Nuhurat C. ve Say Ş. (2011) Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. **Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi** 7(27): 103-128.
2. Polat S. ve Hira İ. (2017) Konaklama Birimi Olarak Huzurevleri Algısı. **Journal of Human Sciences** 14 (4): 3250-3267.
3. Doğru S. S. Y. ve Arslan E. (2008) Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyi İle Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 19(32):543-553.
4. Atagün M. İ., Balaban Ö. D., Atagün Z., Elagöz M. ve Özpolat A. Y. (2011) Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar** 3(3):513-552
5. Baltayan O. A. (2012) Yaşlı Hastalara Bakım Veren Kadınların Bakım Yüklerinin ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. **Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
6. Bilge A., Embel N. ve Kaya F. G. (2013) Sağlık Profesyoneli Olacak Öğrencilerin Ölümüne Karşı Tutumları, Ölüm Kaygıları Arasındaki İlişki ve Bunları Etkileyen Değişkenler. **Journal of Psychiatric Nursing** 4(3): 119-124.
7. Bağ B. (2017) Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Salutogenez Modeli. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar** 9(3): 284-300.
8. Cooper J. and Barnett M. (2005) Aspects of Caring For Dying Patients Which Cause Anxiety to First Year Student Nurses. **International Journal of Palliative Nursing** 11(8): 423-430.
9. Roberto C., Zurlo M. C. and Smith A. P. (2016) Ethnicity and Work-Related Stress in Eastern European Care Workers for the Elderly: An Application of a Proposed Multi-Dimensional Model. **Diversity and Equality in Health and Care** 13(2): 197-205.
10. Durgun B. ve Tümerdem Y. (1999) Kentleşme ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler. **Geriatri Dergisi** 2(3): 115-120.
11. Gual E. M., Sabado T. J., Porrassand B. D. and Royo M. C. (2014) The Impact of Death and Dying on Nursing Students: An Explanatory Model. **Journal of Clinical Nursing** 23(23-24):3501-3512.
12. Erdem D., Atçı H., Akan B., Albayrak D., Gökçınar D. ve Göğüş N. (2010) Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Asistanlarının Yoğun Bakım Çalışma Dönemlerinin, Tükenmişlik, İş Doyumu, İşe Bağlı Gerginlik ve Durumluluk-Süreklilik Kaygı Düzeylerine Etkisi. **Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırmalar Dergisi** 44(3): 93-99.
13. Erdem M. (2005) Yaşlıya Bakım Verme. **Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences** 8(3):101-106.
14. Esen D. (2011) Yaşlılarda Ölüm Kaygısı Düzeyini Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. **Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi** 4(1): 67-79.

15. Hasgül E. (2016) The Importance of Art in Social Work Practices. **International Journal of Innovative Research in Education** 3(2): 55- 60.
16. Herber O. R. and Johnston B. M. (2013) The Role of Healthcare Support Workers in Providing Palliative And End- of- Life Care in the Community: A Systematic Literature Review. **Health & Social Care in the Community** 21(3): 225-235.
17. Karahan A. Y. ve İslam S. (2013) Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması. **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi** 3(1):1-7.
18. Level A. (2009) Zihinsel Yetersizliği Olan Çocukların Anne-Babalarında Kaygı Düzeyi ve Bilgilendirmenin Kaygı Düzeyine Etkisi. **TAF Preventive Medicine Bulletin** 8(5): 405-412.
19. Öztop H., Şener A. ve Güven S. (2008) Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri. **Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi** 1(1): 39-49.
20. Özyeşil Z., Oluk A. ve Çakmak D. (2014) Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükünün Durumluk Sürekli Kaygıyı Yordama Düzeyi. **Anadolu Psikiyatri Hemşirelik Dergisi** 15: 39-44.
21. Selye H. (1950) **The Physiology and Pathology of Exposure to Stress**. Oxford Publishing, England.
22. Selye H. (1955) **Stres and Disease**. Butterworth&Co, Montreal.
23. Toseland R. W., Smith G. and McCallion P. (2001) **Familiy Caregivers of the Frail Elderly. Handbook of Social Work Practise with Vulnerable and Resilient Population**. Columbia University Press, USA.
24. Woodhead E. L., Northrop L. and Edelstein B. (2016) Stress, Social Support and Burnout Among Long-Term Care Nursing Staff. **Journal of Applied Gerontology** 35(1): 84-105
25. Yiğitoğlu G. T. ve Özer F. G. (2012) Determining Death Anxiety Among Health School Students. **International Journal of Human Sciences** 9(2): 303-317.

Maliyet Değer Analizi Sonuçlarının Parametrik Olasılık Dağılımlarına Karşı Duyarlılığı: Bir Markov Zinciri Monte Carlo Simülasyonu Uygulaması

Songül ÇINAROĞLU*

ÖZ

Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinin tüm aşamalarında belirsizlik ile karşılaşmakta olup, Bayesci (olasılıksal) süreçlerin modele dâhil edilmesi sayesinde model performansının optimizasyonu sağlanabilmektedir. Beta ve Gamma dağılımları parametrik olasılık dağılımları arasında sayılmakta ve maliyet etkililik (ME) analizinin bir türü olan maliyet değer (MD) analizlerinde model performansının incelenmesine imkân vermektedir. Bu çalışma ikincil veriler kullanılarak tasarlanmıştır. Beta ve Gamma dağılımlarının, diyabet hastalığında yaşam kontrol programından oluşan bir müdahale programından elde edilen MD analizi sonuçları üzerindeki etkisi karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Markov Zinciri Monte Carlo (MCMC) uygulanarak ulaşılan simülasyon sonuçları; Beta ve Gamma dağılımı kullanılarak elde edilen maliyet ve değerlerin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiğini ($p < 0,001$), Gamma dağılımından elde edilen maliyet ve değerlerin daha yüksek ve müdahale sonrası maliyet değişkenine ait dağılımın normale daha yakın olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca Gamma dağılımı kullanılarak elde edilen ilave QALY başına maliyetin (IMDO=157,71), Beta dağılımına göre (IMDO= 2425,19) daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışma sonuçları, Gamma dağılımının model uyumunun Beta dağılımına göre daha iyi olduğuna işaret etmektedir. İlerleyen araştırmalarda parametre, model ve örneklem belirsizliğini esas alarak model uyumunu artırmaya yönelik Bayesci yaklaşımlardan yararlanılması tavsiye edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Maliyet değer analizi, parametrik olasılık dağılımları, Beta dağılımı, Gamma dağılımı, Markov Zinciri Monte Carlo simülasyonu, diyabet, sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi

Sensitivity of Cost Utility Analysis Results to Parametric Probabilistic Distributions: An Application on Markov Chain Monte Carlo Simulation

ABSTRACT

It is encountered with uncertainty in every stages of health technology assessment and it is possible to optimize model performance through incorporating Bayesian (probabilistic) processes into the model. Beta and Gamma distributions are one of the parametric probability distributions and allow to observe cost utility (CU) analysis model performance, which is a kind of cost effectiveness (CE) analysis. This study designed by using secondary data. The effect of Beta and Gamma distributions examined comparatively on CU analysis results produced from an intervention programme consists of a lifestyle control programme in diabetes disease. Simulation results produced by using Markov Chain Monte Carlo (MCMC) shows that; The difference between cost and utility values produced by using Beta and Gamma distributions are statistically significant ($p < 0.001$), costs and utilities produced from Gamma distribution are higher and the distribution of cost variable after intervention is more closer to the normal distribution. Additionally, incremental cost per QALY (ICUR=157.71) for Gamma distribution is lower than that for Beta distribution (ICUR=2425.19). Study results point out that Gamma distribution model fit is better than Beta distribution. It is advisable for future studies to use Bayesian approaches to examine parameter, model and sample uncertainties to increase model fit.

Key Words: Cost utility analysis, parametric probabilistic distributions, Beta distribution, Gamma distribution, Markov Chain Monte Carlo simulation, diabetes, health technology assessment

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

I. GİRİŞ

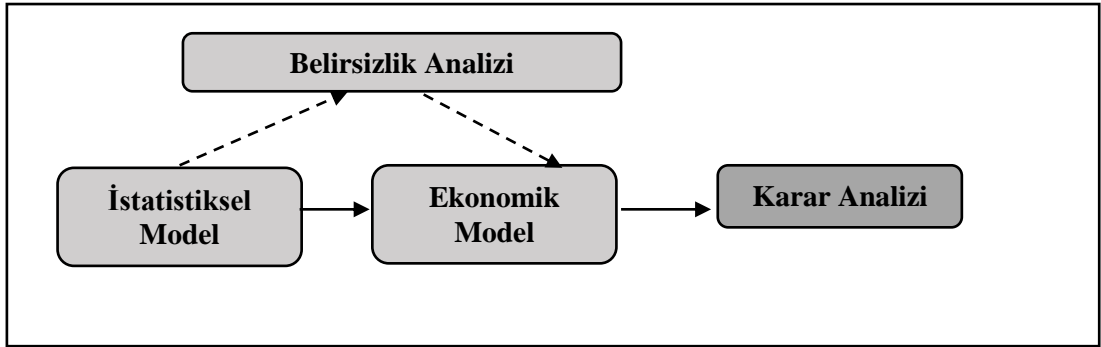
Sağlık alanı çok disiplinli özelliği nedeniyle belirsizlikten oldukça etkilenen bir alandır. Bu alanda kaynak tahsisi kararları birçok faktörden etkilenmesi nedeniyle karmaşık bir doğaya sahiptir ve verilen kararlar her zaman rasyonel değildir. Toplumun sağlık statüsünün iyileştirilmesi için sağlık alanında alınan kararlarda rasyonalitenin artırılması gerekmektedir. Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde yararlanılan Maliyet etkililik (ME) (cost effectiveness analysis) analizi, sağlık ekonomisinde yaygınlıkla kullanılan ekonomik değerlendirme tekniklerindedir. ME analizi bir verimlilik değerlendirme tekniği olarak kaynak tahsisinde verimlilik sağlanması için önemli bir kriterdir (Özgen, Tatar 2007). ME analizi bir multidisipliner araştırma alanı olarak; ekonomi, karar analizi, yöneylem araştırması disiplinler ekseninde gelişmiştir. Bu analizin kullanımı, 1970'li yılların ortasından itibaren gelişmeye başlamıştır. ME analizi sonucunda yeni tedavinin maliyet ve etki yönünde mevcut tedavi ile karşılaştırmalı olarak incelenmesi ve gerekli ya da gereksiz olduğu yönünde karar verilmesi mümkün olmaktadır (Tatar, Wertheimer 2010).

ME analizi, hem ekonomik değerlendirme tekniklerinin tamamı için kullanılan kapsayıcı bir kavram, hem de ekonomik değerlendirme tekniklerinden bir tanesidir. Maliyet minimizasyon (MM) analizi (cost minimization analysis), maliyet yarar (MY) analizi (cost benefit analysis), maliyet değer (MD) analizi (cost utility analysis), ME analizi ile birlikte sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde yaygınlıkla kullanılan ekonomik değerlendirme teknikleri arasında sayılmaktadır (Drummond et al. 2005). ME analizi türlerinden birisi olan MD analizinde alternatif sağlık müdahalelerinin sonuçları, sağlık statüsü hakkında verilen tercih puanları ve değer ağırlıkları itibariyle ayarlanmaktadır. En yaygın kullanılan ölçüt ise kaliteye ayarlanmış yaşam yılı (Quality Adjusted Life Year-QALY)'dir. Başka bir ölçü ise engelliğe ayarlanmış yaşam yılı (Disability Adjusted Life Year-DALY)'dir. QALY ve DALY hem yaşam süresi hem de subjektif iyilik halini birlikte barındıran ölçülerdir. MD analizi ile ME analizi benzer olmalarından dolayı aralarında ayırım yapmamak yönünde bir eğilim vardır. MD analizi sonuçlara “değer” atfetmeyi de içerdiğinden daha kapsamlıdır. Bunun yanı sıra MD analizi ME analizinden farklı olarak değişik sağlık müdahalelerini karşılaştırmaya olanak verdiği için sağlık kaynaklarının kullanımı konusunda karar vericilere daha ayrıntılı bilgi sunabilmekte, bu nedenle de sağlık teknolojilerinin karşılaştırılmasında sıklıkla tercih edilmektedir (Özgen, Tatar 2007).

Sağlıkta ekonomik değerlendirme teknikleri ile ilgili dikkate alınması gereken temel kriter, bu tekniklerin belirsizlik ile başa çıkma yeteneğinin geliştirilmesi sayesinde elde edilecek faydaların artırılacağıdır. Herhangi bir ekonomik değerlendirme sürecinde tüm parametrelerin bilinmesi mümkün olmadığından, belirsizlik konusu ekonomik değerlendirme ile ilgili karar verme sürecinin tüm aşamalarını etkilemektedir (Fenwick et al. 2001). Karar vericiler çoğunlukla yeni bir teknolojinin maliyeti ile ilgilenirler. Bu nedenle diğer parametreler ile karşılaştırıldığında maliyet, belirsizliklerden en fazla etkilenen konuların başında gelmektedir. Bu değerlendirmelerde üzerinde durulan nokta ise yeni teknolojinin uzun vadede maliyet avantajı sağlama durumudur (Edlin et al. 2015). Sağlıkta ekonomik değerlendirmelerin konusu çoğunlukla klinik denemeler olmakla birlikte, bu değerlendirmelerin katkısını artırabilmek için belirsizlik durumu ile başa çıkabilecek modelleme yaklaşımlarının kullanılması önerilmektedir. Önerilen yaklaşımlar arasında; (i) çalışmalar arasında karşılaştırılabilirliği sağlamaya yönelik olarak bir “referans” çalışmanın esas alındığı ve buna göre karşılaştırmalarda bulunan çalışmalar (ii) hastaların klinik ve demografik özelliklerinin ön plana çıkarıldığı modelleme yaklaşımları ve (iii) Bayesci istatistiksel yaklaşımlar kullanılarak bilinmeyen model parametrelerinin detaylı olarak incelendiği yaklaşımlar sayılabilmektedir (Briggs 2000).

ME analizine yönelik karar verme sürecinde dikkate alınması gereken çok sayıda kriter bulunmakla birlikte, verilen kararların toplumsal hedef ve değerler ile uyumlu olması gerekmektedir. Bu nedenle sağlıkta karar verme sürecinde çok kriterli analiz tekniklerinin kullanımına ihtiyaç vardır (van Baal et al. 2016). Bu tekniklerin kullanılabilmesi için belirsizlikler üç temel konu ile ilgili olabilmektedir. Bunlar; parametre, model ve örneklem belirsizliğidir (Hunink et al. 1998). Şekil 1’de MD analizinde ekonomik değerlendirme süreci gösterilmiştir. Buna göre ekonomik değerlendirme süreci istatistiksel modelleme süreci ile başlamaktadır. Uygun istatistiksel modelin kurulmasının ardından ekonomik model oluşturulmakta ve karar analizi gerçekleştirilmektedir. Bu sürecin tüm aşamalarında belirsizlik analizinden faydalanılmaktadır.

Şekil 1. Maliyet Değer Analizinde Ekonomik Değerlendirme Süreci



Kaynak: Baio et al. 2017

ME analizlerinin katkısının artırılabilmesi için uygun modelleme yaklaşımları kullanılarak, model parametrelerinin optimize edilmesi gerekmektedir (Briggs 2000). Belirsizliğin modellenmesi istatistik biliminin her dönem güncel konuları arasında yer almaktadır (Camerer, Weber 1992). Sağlık alanında belirsizlik ile ilgili parametrelerin modellenmesinde yalnızca belirli parametrelerin dikkate alınması, belirsizliğin gerçek seviyesini belirlemekten uzaklaşmak anlamına gelmekte, zayıf çıkarımlarda bulunmaya neden olmaktadır. Bu noktada önerilen; parametre, model ve örneklem gibi temel belirsizlik unsurlarını bir arada değerlendirerek, farklı modeller kullanmak, kıyaslamalarda bulunmak ve sonuçların optimizasyonudur (Edlin et al. 2015).

ME analizlerinde, maliyetler (costs) ve etkiler (effects) temel model parametrelerini oluşturmaktadır. Klinik boyutta ya da hasta tercihlerinin kullanılması durumunda sağlık alanında maliyetlerin genellenmesinde ciddi zorluklar söz konusu olmaktadır. Maliyet parametrelerindeki belirsizlikler ile uygun şekilde başa çıkabilmek için karar vericilerin uygun kanıtlara ihtiyaçları vardır (Briggs et al. 1994). Makro (hanehalkı düzeyinde) ve mikro (hastalık düzeyinde) ölçekte sağlık ile ilgili maliyetlerin modellenmesinde karşılaşılan temel problem, maliyet değişkenine ait dağılımın normal dağılım özelliği göstermeyerek aşırı sağa çarpık olmasıdır. Bu durum, model performansını bozucu bir etki yaratmaktadır. Bu nedenle çok sayıda denemeler yaparak, sağlık harcaması değişkenine en uygun dağılımın seçilmesi tavsiye edilmektedir (Manning 2008).

Ekonomik analizlerin büyük çoğunluğunda maliyetler ve etkiler tek bir zaman noktası itibariyle değerlendirilmektedir (Coyle 1996). Başka bir deyişle ekonomik değerlendirmelerin birçoğu doğası gereği deterministiktir. Bunun nedeni duyarlılık analizine yalnızca analiz sonucunda daha ihtiyatlı sonuçlar elde edilmek istendiğinde başvuruluyor olmasıdır. İstatistiksel analizlerde ve optimizasyon problemlerinin çözümünde olasılıksal (Bayesci) modelleme yaklaşımlarından yararlanılarak incelenen sürece rastgelelik özelliği kazandırılmaktadır (Purutçuoğlu 2013). Olasılıksal (Bayesci) yaklaşımların modelleme

sürecine dahil edilmesi ile birlikte, analistlerin tanımlanan belirsizlik hakkında kapsamlı bir değerlendirmede bulunması mümkün olmaktadır (Brennan et al. 2006). ME analizlerinde olasılıksal süreçlerin modele dahil edilmesi ile birlikte duyarlılık analizleri kullanılarak belirsizlik durumu ile başa çıkabilmek için temel parametre değerlerinde değişikliğe gidilmektedir (Coyle 1996).

ME analizlerinde parametre belirsizliği ile başa çıkabilmek için yararlanılabilecek başlıca parametrik olasılık dağılım türleri arasında; Beta, Gamma ve Lognormal dağılım sayılmaktadır. Beta dağılımı, Beta fonksiyonu ile tanımlanan, Euler integralinin birinci tipidir, bu dağılım 0 ile 1 arasında sınırlı değerler alan, sürekli yansız değişkenler için kullanılan bir dağılımdır (McDonald, Xu 1995). Olasılık kuramı ve istatistik bilim dalında sıklıkla kullanılan Gamma dağılımı ise iki parametrelili bir sürekli olasılık dağılımıdır (Alzaatreh et al. 2014). Bu dağılım, hiçbir zaman negatif değerler almayan bir dağılım olup, Gamma dağılımı kullanılarak farklı parametre değerleri ile değişik türde yapılar elde edilebilmektedir (Sarı, Güngör 2007). Diğer bir dağılım türü olan Lognormal dağılım, logaritması normal dağılım özelliği gösteren herhangi bir rassal değişken için tek kuyruklu bir olasılık dağılımıdır (Swamee 2002). Lognormal dağılım, Gamma dağılımına alternatif olarak, maliyet değişkeninin normal dağılım özelliği göstermemesi durumunda kullanılabilecek bir diğer dağılım türüdür. Log maliyetin normal dağıldığı varsayılmaktadır (Thompson, Nixon 2005). Lognormal model, bağımlı değişkende çok sayıda sıfır değerini göz ardı edip, sağa çarpık dağılımlı pozitif harcamaların modellenmesine odaklanır (Acar, Karabey 2016). Parametrik olasılık dağılım türleri olarak bilinen Beta, Gamma ve Lognormal dağılım türlerinden hangisinin en uygun dağılım türü olduğu konusunda tavsiye edilen yaklaşım, deneme ve karşılaştırma yöntemi ile veri setinin genel görünümü ve değişkenlerin özelliklerine bakarak, en uygun dağılımın hangisi olduğuna karar vermektir (Edlin et al. 2015).

ME analizlerinde model belirsizliği ile başa çıkabilmek amacıyla yararlanılan modelleme yaklaşımları arasında Markov modelleri ön plana çıkmaktadır. Markov model, sonlu sayıda durumla ifade edilebilen bir olasılıksal karar sürecinde, bu durumlar arasında geçişlerin, olasılık değerleriyle ifade edildiği bir yapıdır. Markov modelinde amaç, incelenen sorunun beklenen sonucuna ilişkin optimum yapıyı belirlemektir (Sonnenberg, Beck 1993; Süt ve diğerleri 2007). Markov model, zamana bağlı olarak tekrarlanan olayların ifade edilmesini ve bu olaylarla ilgili klinik durumların olasılık ve yararlarının daha hızlı gösterimini sağlamaktadır (Süt ve diğerleri 2007). Markov sisteminde olası tüm sağlık sonuçlarına yer verilmekte olup, modelde durumlar dairesel sembollerle, durumların geçiş yönü ise oklarla gösterilmektedir. Geçiş, Markov diyagramında bir sağlık durumundan diğer bir sağlık durumuna geçilmesi olasılığını gösteren bir kavramdır. Modelde, iyi bir sağlık durumundan kötü bir sağlık durumuna geçiş “başarısızlık oranıyla”, kötü bir sağlık durumundan iyi bir sağlık durumuna geçiş “onarım (iyileşme) oranıyla” ifade edilmektedir (Süt ve diğerleri 2007). Sağlık ekonomistleri, ME analizinde olasılıksal duyarlılık analizinden yararlanılması durumunda, geleneksel deterministik modeller karşısında daha avantajlı sonuçlar elde edileceğini belirtmektedir (Brennan et al. 2006). Bunun yanı sıra karar analizini geliştirmek isteyen araştırmacılar Monte Carlo simülasyonu gibi mikro simülasyon yöntemlerini analiz sürecine dahil etmektedirler. Monte Carlo simülasyonunda çok sayıda hipotetik hasta model sürecinden tek tek geçer ve bunların geçiş yolları kaydedilir. Monte Carlo yaklaşımının avantajı, ayrılma (dispersion) süresinin tahmininin tek tek simülasyon verilerinden elde edilebilir olmasıdır. Bu sayede maliyetler ve etkilerin simülasyonu yapılabilmektedir (Doubilet et al. 1985). Monte Carlo ve Kohort benzetimleri nadir gelişen olayların makul bir zaman süreci içerisinde ele alınması için uygun yöntemler arasında sayılmaktadır (Süt ve diğerleri 2007).

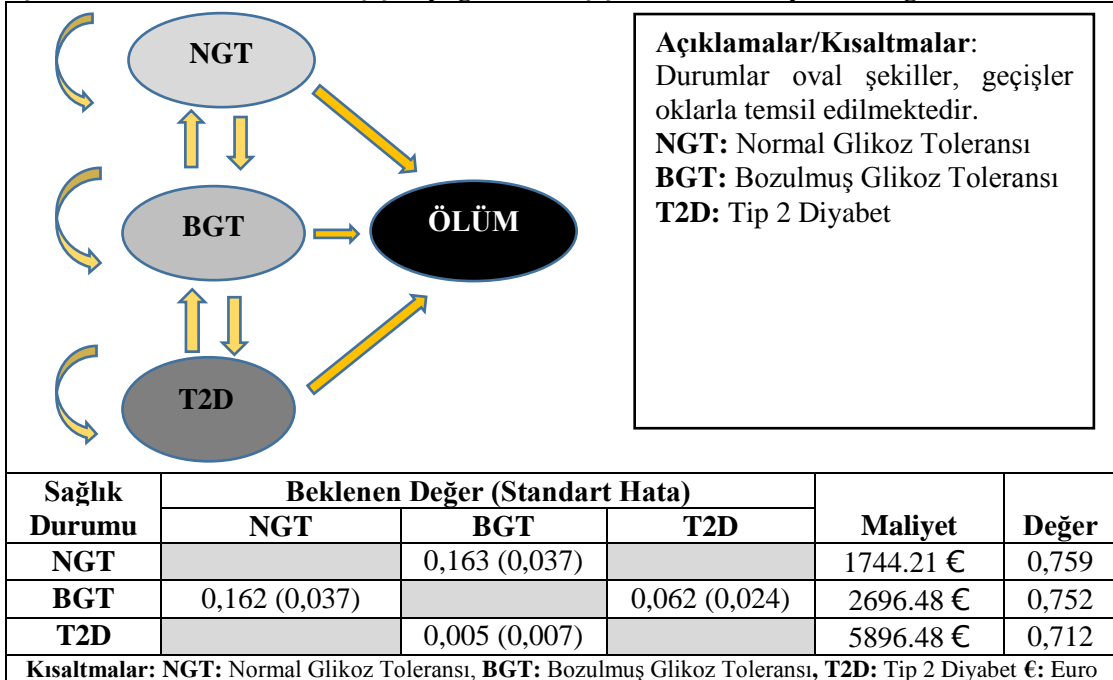
Bu çalışmada Beta ve Gamma dağılımlarından oluşmak üzere parametrik olasılık dağılımlarının ME sonuçları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla ikincil verilerden yararlanılmıştır. Diyabet hastalığını konu edinmiş olan Neumann et al. (2011) çalışmasında yer verilen dört farklı sağlık durumu, markov geçiş olasılıkları, maliyet ve değerler (utilities) üzerinden bir Markov Zinciri Monte Carlo (Markov Chain Monte Carlo-MCMC) simülasyonu yapılmıştır. Çalışmanın bir sonraki bölümünü oluşturan yöntem bölümünde, kullanılan veri kaynağı ve analiz yöntemi konularında bilgiler sunulmuş, üçüncü bölümde çalışmanın tanımlayıcı ve araştırma bulgularına yer verilmiş, dördüncü bölümde elde edilen sonuçlar literatürde benzer konuda yapılmış çalışmalar ile karşılaştırmalı olarak tartışılmış ve sonuç bölümünde çalışma sonuçları özetlenmiştir.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Veri Kaynağı, Markov Modeli ve Parametre Değerleri

Bu çalışmada yaşam tarzı kontrol programlarının Tip 2 diyabet hastalığını önlemedeki etkisi konusunda yapılan Neumann ve diğerleri (2011) çalışması esas alınmıştır. Çalışmada markov modeli kullanılarak, yaşam tarzı kontrol programlarının Tip 2 diyabet hastalığını önlemedeki rolü, bir yıllık bir zaman süreci esas alınarak incelenmiştir. Maliyet değer (MD) analizinin esas alındığı çalışmada, müdahalede bulunulan kişiler egzersiz ve diyet uygulamalarını içeren kapsamlı bir müdahaleden geçmişlerdir. Çalışma sonuçları yaşam tarzı kontrol programının MD oranı'nın yüksek olduğunu göstermiştir. Tanımlanan dört farklı sağlık durumu şu şekilde belirlenmiştir; normal glikoz toleransı (NGT), bozulmuş glikoz toleransı (BGT), tip 2 diyabet (T2D) ve ölüm (Ö)'dür. Şekil 2'de markov modeli etki diyagramı, durumlararası geçişlere ait beklenen değer ve standart hata değerleri, maliyetler ve değerler (utilities) gösterilmiştir.

Şekil 2. Markov Modeli Geçiş Diyagramı, Geçiş Matrisi, Maliyet ve Değer



Kaynak: Neumann et al. 2011

Şekil 2'de görülen durumlararası geçişlere ait beklenen değer ve standart hata değerleri ile maliyet ve değerler (utilities) Neumann ve diğerleri (2011) tarafından yayınlanmış

çalışmalardan elde edilmiştir. Buna göre, Caro ve diğerlerinin (2004) çalışmasından NGT'den BGT'ye geçiş değerleri ile BGT'den NGT'ye geçiş değerleri temin edilmiş olup, Tuomilehto ve diğerlerinin (2001) çalışmasından ise BGT'den T2D'ye ve T2D'den BGT'ye geçiş değerleri elde edilmiştir. Neumann ve diğerleri (2011) tarafından durumlararası geçişlerin Beta dağılımı özelliği gösterdiği belirtilerek, sırasıyla Alfa (α) ve Beta (β) parametrelerinin şu şekilde olduğu belirtilmiştir; NGT'den BGT'ye 16,28, 83,72; BGT'den NGT'ye 16,23, 83,77; BGT'den T2D'ye 6,23, 93,77; T2D'den BGT'ye 0,50, 99,50. Edlin ve diğerleri (2015) tarafından belirtildiği üzere Gamma dağılımına ait " α " ve " β " parametreleri, durumlararası geçişlere ait beklenen değer ve varyans değerleri kullanılarak üretilmektedir (Edlin et al. 2015). Bu çalışmada maliyetler Almanya'da T2D hastalığına ait toplam maliyetlerin belirlendiği Cost of Type 2 Diabetes in Germany (CODE-2) çalışmasından alınmıştır (Liebl 2007). Buna göre 2007 yılında Almanya'da sağlık durumu NGT olan bir kişinin 2007 yılı için yıllık doğrudan sağlık bakım maliyetinin 1.744.21 € olduğu belirtilmiştir. BGT ve T2D durumunda bulunmanın yıllık maliyetleri ise sırasıyla, 2696.48 € ve 5896.48 € olarak tespit edilmiştir. Kontodimopoulos ve diğerleri (2009) tarafından EQ-5D ve SF-6D anketleri kullanılarak Yunanistan'da yapılan araştırmada hesaplanan ortalama değerlerin (utilities) ise NGT, BGT ve T2D durumlarını temsil etmek üzere sırasıyla 0,759, 0,752 ve 0,712 olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışmada, MD sonuçlarının parametrik olasılık dağılımlarına karşı duyarlılığının incelenmesi amaçlandığından, parametrik olasılık dağılımlarının model sonuçları üzerindeki etkisini ortaya koyabilmek amacıyla stokastik modelleme yaklaşımı uygulanmış ve MCMC simülasyonu kullanılmıştır. MCMC simülasyonunda sağlık durumları arasındaki geçişlere ait Beta ve Gamma dağılımı için elde edilen " α " ve " β " parametrelerinden yararlanılmıştır. Aşağıda verilerin analizi konusunda detaylı bilgilere yer verilmiştir.

2.2. Verilerin Analizi

Çalışmada parametrik olasılık dağılımlarının MD analizi sonuçları üzerindeki etkisini ortaya koymak amacıyla Neumann ve diğerlerinin (2011) çalışmasında Beta dağılımı özelliği gösterdiği belirtilen durumlar arası geçişlere ait " α " ve " β " değerleri ile, maliyet ve değerler (utilities) kullanılmıştır. Yaşam tarzı konusundaki müdahalelerin MD sonuçları üzerindeki etkisinin incelendiği bu modelde, çalışmanın başlangıcında bireylerin %16'sı BGT iken, %84'ü NGT ve sıfır kişinin T2D olduğu raporlanmıştır. Bu çalışmada, modeli stokastik hale getirebilmek için Beta dağılımına ait " α " ve " β " parametreleri kullanılmış, Gamma dağılımına ait parametrelerin elde edilmesi için beklenen değer ve standart hata değerlerinden faydalanılmıştır. Modele katılan kişi sayısı sırasıyla 1000 ve 10,000 kişi olarak belirlenmiş, 50 yıllık süreliğine bir MCMC simülasyonu yapılmıştır. Tanımlayıcı bilgiler elde edildikten sonra, Beta ve Gamma dağılımı kullanılarak üretilen sonuçlar karşılaştırılmıştır. Müdahale öncesi ve sonrası maliyet değişkenine ait dağılım incelenmiş, ilave QALY başına maliyetler karşılaştırılmıştır. Stokastik model sonuçlarına ait maliyet ve değerler (utilities) MD düzlemi üzerinde karşılaştırmalı olarak gösterilmiştir.

III. BULGULAR

3.1. Tanımlayıcı Bilgiler

Tablo 1'de Beta ve Gamma dağılımlarından oluşmak üzere parametrik olasılık dağılımları kullanılarak elde edilen maliyet (M_B , M_G) ve değer (D_B , D_G)'lerin karşılaştırılmasına yer verilmiştir. 50 yıllık süreliğine, modele 1000 ve 10,000 kişi katılması durumunda Beta ve Gamma dağılımı kullanılarak elde edilen maliyet ve değerlere (utilities) ait MCMC simülasyon uygulaması sonuçlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular Gamma dağılımından yararlanılarak üretilen maliyet ve

değerlere (utilities) ait ortanca değerlerin, hem m¼dahale ¼ncesi hem de m¼dahale sonrası grubunda genel olarak daha y¼ksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra modele katılan kişi sayısının artması durumunda daha y¼ksek maliyet ve değerlere (utilities) ulaşıldığı g¼r¼lmektedir. MCMC sim¼lasyonu sonucunda Beta ve Gamma dağılımı kullanılarak ¼retilen farklı modeller için maliyet ve değerlere (utilities) ait sıra ortalamaları arasındaki farkın modele katılan kişi sayısı farklılaştırıldığında oluşturulan t¼m modeller için istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara işaret ettiği dikkat çekmektedir ($p < 0,001$) (bkz. Tablo 1).

Tablo 1. Parametrik Olasılık Dağılımlarından Elde Edilen Maliyet ve Değerlere Ait Tanımlayıcı Bilgiler

Beta Dağılımı				Gamma Dağılımı			Sıra Ortalaması		U testi	p
Müdahalede bulunmamanın toplam maliyeti (€)				Müdahalede bulunmamanın toplam maliyeti (€)						
M _{B1}	Modeldeki kişi sayısı	1000		M _{G1}	Modeldeki kişi sayısı	1000		394	<0,001	
	Ortanca	Min.	Mak.		Ortanca	Min.	Mak.			
	3714.14	1830.98	4393.48		7055.03	1978.02	12115.16			
M _{B2}	Modeldeki kişi sayısı	10.000		M _{G2}	Modeldeki kişi sayısı	10.000		0.000	<0,001	
	Ortanca	Min.	Mak.		Ortanca	Min.	Mak.			
	38922.71	20023	48314		18317.27	18317.27	18963.43			
Müdahalede bulunmanın toplam maliyeti (€)				Müdahalede bulunmanın toplam maliyeti (€)						
M _{B3}	Modeldeki kişi sayısı	1000		M _{G3}	Modeldeki kişi sayısı	1000		113	<0,001	
	Ortanca	Min.	Mak.		Ortanca	Min.	Mak.			
	127015.57	74743	295269		251818.06	243645.65	259880.17			
M _{B4}	Modeldeki kişi sayısı	10.000		M _{G4}	Modeldeki kişi sayısı	10.000		0.000	<0,001	
	Ortanca	Min.	Mak.		Ortanca	Min.	Mak.			
	1026845.50	649989	2896088		3294630.49	3294630.49	3358544.75			
Müdahalede bulunmamanın toplam değeri				Müdahalede bulunmamanın toplam değeri						
D _{B1}	Modeldeki kişi sayısı	1000		D _{G1}	Modeldeki kişi sayısı	1000		0.000	<0,001	
	Ortanca	Min.	Mak.		Ortanca	Min.	Mak.			
	691.70	681.18	731.55		2199.79	784.43	3610.45			
D _{B2}	Modeldeki kişi sayısı	10.000		D _{G2}	Modeldeki kişi sayısı	10.000		0.000	<0,001	
	Ortanca	Min.	Mak.		Ortanca	Min.	Mak.			
	7463.52	7303	7841		7910.38	7881.19	7910.38			
Müdahalede bulunmanın toplam değeri				Müdahalede bulunmanın toplam değeri						
D _{B3}	Modeldeki kişi sayısı	1000		D _{G3}	Modeldeki kişi sayısı	1000		2	<0,001	
	Ortanca	Min.	Mak.		Ortanca	Min.	Mak.			
	747.68	733	784		3756.13	778.63	6702.52			
D _{B4}	Modeldeki kişi sayısı	10.000		D _{G4}	Modeldeki kişi sayısı	10.000		0.000	<0,001	
	Ortanca	Min.	Mak.		Ortanca	Min.	Mak.			
	7437.82	7309	7836		7881.16	7881.16	7888.23			

Kısaltmalar: M_B : Beta dağılımı kullanılarak elde edilen maliyet, M_G : Gamma dağılımı kullanılarak elde edilen maliyet, D_B : Beta dağılımı kullanılarak elde edilen değer, D_G : Gamma dağılımı kullanılarak elde edilen değer, U testi: Mann Whitney U testi, Min.: Minimum değer, Mak.: Maksimum değer, €: Euro

3.2. Parametrik olasılık dağılımlarına göre maliyet değişkeninin dağılımı

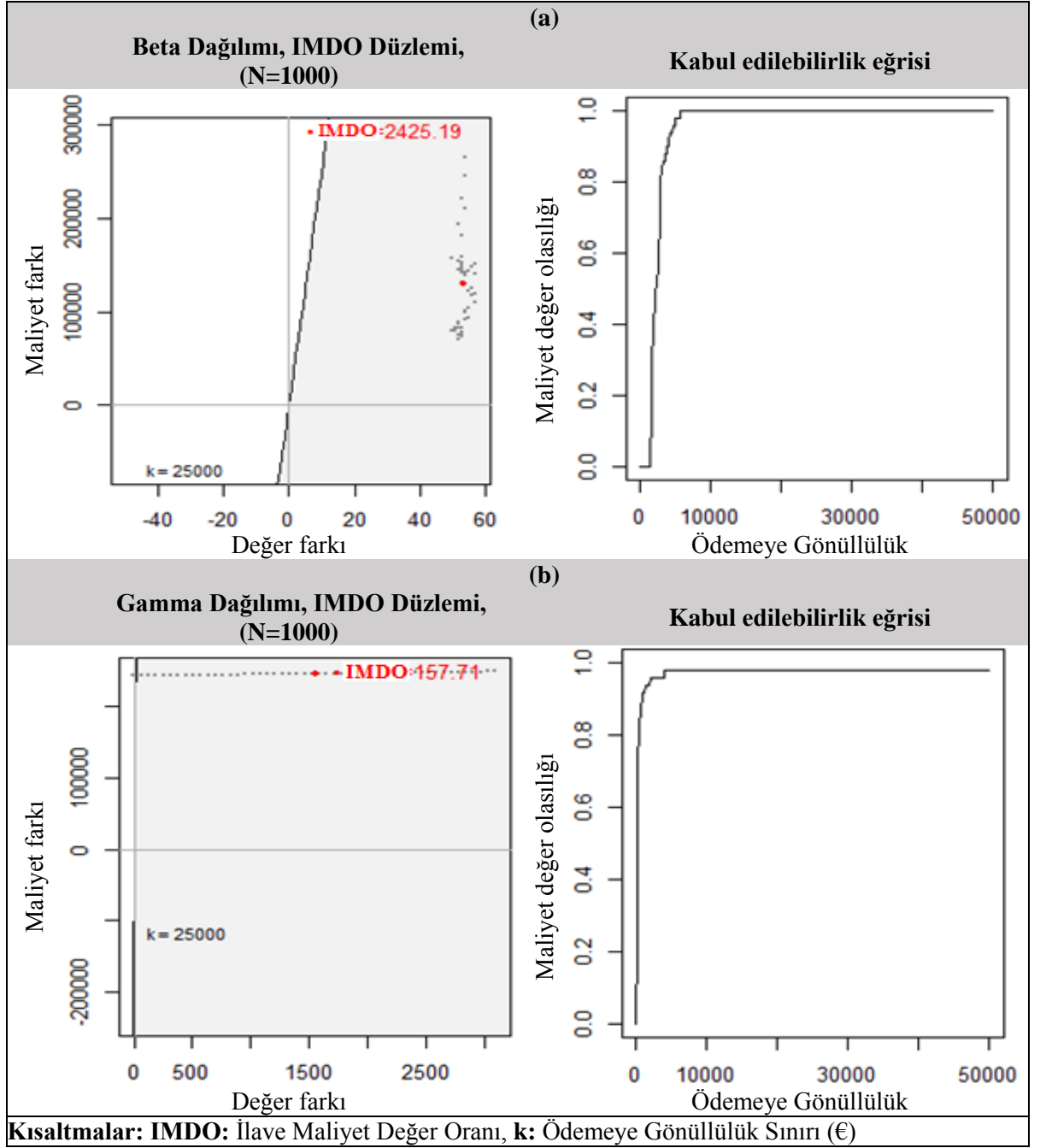
Tablo 2 (a) ve (b)'de MCMC simülasyon modeline 1000 kişi katıldığında, sırası ile Beta ve Gamma dağılımı kullanılarak elde edilen maliyet değişkeninin histogram grafiği ile yalnızca müdahale sonrası için maliyet değişkenine ait dağılımın olasılık yoğunluk fonksiyon grafiklerine yer verilmiştir. Buna göre, müdahale öncesi ve sonrasında Beta ve Gamma dağılımları kullanılarak üretilen maliyet değişkenine ait dağılımların normal dağılım özelliği göstermediği dikkat çekmektedir. Ayrıca, müdahale sonrası için Gamma dağılımı incelendiğinde olasılık yoğunluk fonksiyon grafiğinin Beta dağılımına göre nispeten normal dağılıma daha yakın bir görünüm sergilediği görülmektedir.

Tablo 2. Parametrik olasılık dağılımlarına göre maliyet değişkeninin dağılımı

(a)	
Müdahale öncesi maliyet değişkeninin dağılımı	Müdahale sonrası maliyet değişkeninin dağılımı
(b)	
Müdahale sonrası Gamma dağılımı olasılık yoğunluk fonksiyon grafiği	Müdahale sonrası Beta dağılımı olasılık yoğunluk fonksiyon grafiği

Beta ve Gamma dağılımları kullanıldığında ve modele 1000 kişi katıldığında, müdahale öncesi ve sonrasında elde edilen ilave maliyet ve değerlerin (utilities) MD düzlemi üzerinde sunumu Grafik 1 (a) ve (b)'de görülmektedir. MD düzlemi üzerinde görülen her bir nokta farklı simülasyon uygulamaları sonucunda elde edilen maliyet ve değeri (utility) temsil etmektedir. Bu noktalar gri renk ile gösterilen kabul edilebilirlik bölgesi içerisinde yer aldığında, müdahalede bulunmanın, müdahalede bulunmama durumuna göre belirlenen ödemeye gönüllülük sınırı ($k=25000$ €) itibarıyla ilave değeri daha yüksektir. Kırmızı nokta ise sonuçların (maliyet ve değerlerin) dağılımının ortalamasını temsil etmektedir. Beta ve Gamma dağılımları kullanılarak elde edilen İlave Maliyet Değer Oranı (IMDO) düzlemleri incelendiğinde, Gamma dağılımı kullanılarak yapılan MCMC simülasyon uygulamasından elde edilen MD düzleminde ilave QALY başına maliyetin (IMDO=157,71 €), Beta dağılımı kullanılarak yapılan MCMC simülasyon uygulamasından elde edilen MD düzleminde ilave QALY başına maliyetten (IMDO=2425,19 €) daha düşük olduğu görülmektedir. Aynı düzlem üzerinde Gamma dağılımı türetilerek elde edilen müdahale maliyetine ilişkin kabul bölgesinin daha geniş olması durumu dikkat çekmekte olup, MD olasılığı ile kabul edilebilirlik eğrisinin ise yüksek olduğu görülmektedir.

Grafik 1. IMDO Düzlemi



IV. TARTIŞMA

Bu çalışmada diyabet ile ilgili ikincil veriler kullanılarak, parametrik olasılık dağılım türleri arasında sayılan Beta ve Gamma dağılımlarından yararlanılmış, MCMC simülasyonu uygulanarak elde edilen maliyet ve değerler (utilities) karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Çalışma sonuçları Gamma dağılımından elde edilen maliyet ve değerlerin (utilities); Beta dağılımından elde edilen maliyet ve değerlere (utilities) göre daha yüksek olduğu, müdahale sonrası maliyet değişkenine ait olasılık yoğunluk dağılımının normal dağılıma daha yakın, MD düzleminde kabul edilebilirlik alanının daha geniş ve IMDO'nun ilave QALY başına daha düşük maliyete işaret ettiğini göstermiştir. Bu sonuçlar, Gamma dağılımı kullanılarak

ve MCMC simülasyonundan yararlanılarak üretilen parametre değerlerinin Beta dağılımına göre daha tercih edilebilir olduğu yönünde bulgular ortaya koymaktadır.

Ekonomik değerlendirmelerin birçoğu doğası gereği deterministiktir. Bunun anlamı duyarlılık analizine yalnızca analiz sonucunda daha ihtiyatlı sonuçlar elde edilmek istenildiğinde başvuruluyor olmasıdır. Bayesci yaklaşımların modelleme sürecine dâhil edilmesi sayesinde analistlerin tanımlanan belirsizlik hakkında kapsamlı bir değerlendirmede bulunması mümkün olmaktadır (Brennan et al. 2006). Bu nedenle ME analizinin temelini oluşturan karar analizini geliştirmek isteyen araştırmacılar, modelleme sürecine Monte Carlo simülasyonu gibi mikro simülasyon yöntemlerini dahil etmektedirler. Bu sayede maliyetler ve etkilerin simülasyonu, model parametrelerinin olasılıksal süreçler karşısındaki durumu gözlemlenmektedir (Doubilet et al. 1985). Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde kullanılan çok sayıda analitik yöntem, ölçüm ve değerlendirme yöntemi bulunmaktadır. Farklı sonuçlar arasında gözlem ve karşılaştırma yapma imkânı sayesinde analistler ve karar vericiler arasındaki fikir uyuşmazlıklarının çözümüne katkı sağlanmaktadır (Briggs 2000).

ME analizlerinde sıklıkla karşılaşılan belirsizlik durumu ile başa çıkabilmek için model parametrelerine ait dağılımların incelenmesine özel önem verilmektedir. Bayesci yaklaşımlar, farklı tür değişkenler için en uygun dağılım türünün ne olduğu konusunda çözüm önerileri sunmaktadır (Briggs et al. 2002). Parametre, model ve örneklem belirsizliği ile karşılaşıldığında parametrik olasılık dağılımları arasında sayılan Beta dağılımından sıklıkla yararlanılmaktadır. ME analizlerinin temel parametreleri arasında sayılan maliyet parametresi aşırı derecede sağa çarpık özellik gösteren, 0 ile artı sonsuz arasında değerler alan ve modellenmesi zor bir değişkendir (Manning 2008). Maliyet değişkeninin modellenmesinde yararlanılan bir dağılım türü Beta dağılımıdır. Bu dağılım temel bir parametrik olasılık dağılımı türü olup olasılık dağılımına uygun olarak, 0 ile 1 arasında değerler almaktadır (Edlin et al. 2015). Beta dağılımı, çarpık ve tek tepeli dağılımların modellenmesinde yararlanılan esnek bir yaklaşım olması nedeniyle maliyet değişkeninin modellenmesinde tavsiye edilen bir yaklaşımdır (Eugene et al. 2006). Beta dağılımı dışında sıklıkla tavsiye edilen diğer bir parametrik olasılık dağılımı ise Gamma dağılımıdır. Bu dağılım iki parametrelili bir sürekli olasılık dağılımıdır (Edlin et al. 2015). ME analizlerinde belirsizlik durumunun parametre değerleri ve model sonuçları üzerindeki etkisini inceleyen araştırmacılar Gamma dağılımının ME analizlerinde yararlanılabilecek, diğer bir parametrik olasılık dağılım türü olduğunu belirtmektedirler (Blough et al. 1999). Bu konudaki örneklerden birisi olarak diyabet tedavisinde sağlık teknolojilerini ME bakımından karşılaştırmalı olarak inceleyen Scuffham ve Carr (2003), Gamma dağılımının maliyet değişkeninin modellenmesinde ön plana çıkan bir parametrik olasılık dağılımı olduğunu belirtmiştir. Maliyet değişkeninin ortalaması sıfırdan farklı olan, yüksek değerleri temsilen aşırı uç değerlerin nadiren görüldüğü bir dağılıma sahip olması bu değişkeninin modellenmesinde Gamma dağılımının tercih edilmesinin nedenleri arasında sayılmaktadır (Scuffham, Carr 2003).

Gamma ve Beta dağılımları dışında ME analizlerinde parametre ve model belirsizliği ile başa çıkmak için kullanılan bir diğer parametrik olasılık dağılım türü de Lognormal dağılımdır. Lognormal dağılım, maliyet değişkenine uyumu yüksek, modellenen değişkenin özelliklerine bağlı olmak üzere, Gamma ve Beta dağılımlarına alternatif oluşturabilecek bir dağılımdır. Thompson ve Nixon (2005)'a göre bu dağılım kullanılarak elde edilen maliyet değişkeninin en önemli özelliği, ortalama değerinin yüksek olmasıdır. Beta, Gamma ve Lognormal dağılımları kullanılarak MCMC simülasyonundan elde edilen sonuçlar karşılaştırmalı olarak incelendiğinde, Gamma ve Lognormal dağılımlarına ait sonuçların birbiri ile uyumlu olduğu görülmektedir (Thompson, Nixon 2005). Edlin ve diğerleri (2015) ise Lognormal ve Gamma dağılımlarının aşırı sağa çarpık olmaları nedeniyle maliyet gibi uzun kuyruklu (long-tail) değişkenlerin modellenmesinde kullanılabileceğini vurgulamıştır.

Bunun yanı sıra ME analizlerinin değer (utility) parametresi ile ilgili en ufak değişikliklere karşı son derece duyarlı olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle modelin alternatif denemeler yolu ile geliştirilmesi önerilmektedir. Hangi parametrik dağılım türünün seçilmesi gerektiği konusunda dikkat edilmesi gereken nokta, Briggs ve diğerleri (2005) tarafından belirtildiği üzere model parametrelerine ait dağılımın türü belirlenerek modellemelerin buna uygun olarak yapılması gerektiğidir. Örneğin Gamma dağılımı özelliği gösteren bir model parametresi için Lognormal dağılım kullanılması hatalı ve yanlış sonuçlar elde edilmesine neden olacaktır. Bu nedenle bu çalışmada Neumann ve diğerleri (2011) tarafından geçiş olasılıkları ve maliyet parametrelerinin sırasıyla Beta ve Gamma dağılımı özelliği gösterdiği belirtildiğinden, Beta ve Gamma dağılımlarından yararlanılmış, Lognormal dağılım ise kullanılmamıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular, Briggs ve diğerleri (2005) ile Deb ve Burgess (2003) tarafından elde edilen sonuçlar ile uyumlu olarak, özellikle maliyet verilerinin modellenmesi için önerilen Gamma dağılımının iyi performans sergilediği ve model uyumunun yüksek olduğunu göstermektedir.

ME analizlerinde temel sınırlıklardan ve belirsizlik türlerinden birisi de örneklem büyüklüğüdür. Örneklem büyüklüğü model performansını belirlemekte ve etkilemektedir. ME analizleri çoğunlukla klinik araştırmaları konu edindiğinden, az sayıda kişi üzerinde yapılan randomize kontrollü deneylere dayanmaktadır (Briggs et al. 2005). Bu noktada, farklı örneklem büyüklüklerinin esas alındığı modelleme çalışmaları yaparak, örneklem büyüklüğündeki değişimin model sonuçları üzerindeki etkisinin incelenmesi tavsiye edilen bir yaklaşımdır (Briggs 2000). Örneklem büyüklüğünün ME analizi sonuçları üzerinde yaratmış olduğu etkileri inceleyen, Hunink ve diğerleri (1998), örneklem büyüklüğü arttıkça kabul edilebilirlik eğrisinin (acceptability curve) üst sınırlarının yükseldiği ve bunun ME'liği daha yüksek sonuçlar elde edilmesini sağladığını belirtmektedir. Bu çalışmada ise örneklem büyüklüğü arttıkça maliyet ve değer (utility) yükselmektedir. Buna ek olarak Beta ve Gamma dağılımından yararlanılarak daha büyük örneklemde elde edilen maliyet ve değerlere (utilities) ait sıra ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p < 0,001$) görülmektedir. Bu çalışmadan farklı olarak ilerleyen çalışmalarda örneklem büyüklüğündeki farklılığın ME sonuçları üzerinde yarattığı etkilerin detaylı olarak incelenmesi tavsiye edilmektedir.

Bayesci tekniklerin kullanıldığı ME modellerinde maliyet, etki ve yaşam kalitesi ile ilgili veriler bireysel olarak hasta seviyesinde elde edilmektedir. Ancak modellemelerde çoğu zaman değişkenler arasındaki korelasyona dayanan benzerlik ilişkileri dikkate alınmamaktadır. ME modellerinin geliştirilmesi için tavsiye edilen yaklaşımların başında, ME analizini oluşturan model parametreleri arasındaki etkileşimlerin dikkate alınması gelmektedir (Fryback et al. 2001). Bunların yanı sıra ME analizlerinin temel parametresini oluşturan maliyet verisi modellenmesi zor bir değişken olup, çok sayıda hastaya ulaşılması durumunda daha güvenilir maliyet modellerinin elde edileceği belirtilmektedir (Thompson, Nixon 2005). Özellikle nadir hastalıkların söz konusu olması durumunda, daha az sayıda hastaya ulaşılması nedeniyle maliyet değişkeninin modellenmesi zorlaşmaktadır. Bu nedenle MCMC simülasyonundan yararlanılması model parametrelerinin daha geniş bir perspektiften değerlendirilmesine imkân sağlamaktadır (Hunink et al. 1998). İlerleyen çalışmalarda, farklı parametrik olasılık dağılım türlerinin ME sonuçları üzerindeki etkilerinin ele alınması, farklı hastalık türleri söz konusu olduğunda maliyet değişkeninin dağılımı ve ME modellerinin incelenmesi ve örneklem büyüklüğünün sonuçlar üzerindeki etkisinin araştırılması önerilmektedir.

V. SONUÇ

Belirsizliğin modellenmesi istatistik biliminin güncel konularından birisidir. Yalnızca parametre belirsizliğine odaklanmak belirsizliğin gerçek seviyesini belirlemekten

uzaklaşmak anlamına gelmekte ve zayıf çıkarımlarda bulunmaya neden olmaktadır. Bu noktada çözüm önerisi olarak, farklı modeller kullanarak çok sayıda uygulama yapmak ve farklı modeller içerisinde öncelikli olanları belirlemek tavsiye edilmektedir (Briggs 2000). Bu çalışmada ikincil veriler kullanılmış olup, Beta ve Gamma dağılımlarından oluşmak üzere, parametrik olasılık dağılımlarının diyabet hastalığında yaşam kontrol programından oluşan bir müdahale programının MD analizi sonuçları üzerindeki etkisi incelenmiştir. MCMC simülasyonu uygulanarak elde edilen sonuçlar, Gamma dağılımından elde edilen maliyet ve değerlerin (utilities) daha yüksek, müdahale sonrası maliyet değişkenine ait dağılımın normale daha yakın, ilave QALY başına maliyetin daha düşük olduğunu göstermektedir. Çalışma sonuçları Gamma dağılımının Beta dağılımına göre üstün yönlerine vurgu yapmaktadır. ME analizlerinde belirsizlik analizi konusunda öncü çalışmalarda belirtildiği üzere, bu analizden en yüksek faydanın elde edilebilmesi için olasılık yaklaşımlarının modele dâhil edilmesi ve model parametrelerinin uyumlaştırılması gerekmektedir (Briggs 2000). Bu çerçevede ilerleyen araştırmalarda, farklı parametreler için uygun Bayesci yaklaşımlardan yararlanılarak model performansının optimizasyonu önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Acar A. Ş. ve Karabey U. (2016) Sağlık Sigortasında Toplam Hasar Tutarının Kestirimi İçin Tek-Kısım ve İki-Kısım Modellerin Karşılaştırılması. **İstatistikçiler Dergisi: İstatistik & Aktüerya** 2: 87-97.
2. Alzaatreh A., Famoye F. and Lee C. (2014) The Gamma-Normal Distribution: Properties and Applications. **Computational Statistics & Data Analysis** 69: 67-80.
3. Baio G., Berardi A. and Heath A. (2017) **Bayesian Cost-Effectiveness Analysis with the R Package BCEA**. Springer International Publishing AG, Switzerland.
4. Blough D. K., Madden C. W. and Hornbrook M. C. (1999) Modeling Risk Using Generalized Linear Models. **Journal of Health Economics** 18(2): 153-71.
5. Brennan A., Chick S. E. and Davies R. (2006) A Taxonomy of Model Structures for Economic Evaluation of Health Technologies. **Health Economics** 15(12): 1295-1310.
6. Briggs A., Sculpher M. and Buxton M. (1994) Uncertainty in the Economic Evaluation of Health Care Technologies: The Role of Sensitivity Analysis. **Health Economics** 3(2): 95-104.
7. Briggs A. H. (2000) Handling Uncertainty in Cost-Effectiveness Models. **Pharmacoeconomics** 17(5): 479-500.
8. Briggs A. H., Goeree R., Blackhouse G. and O'Brien B. J. (2002) Probabilistic Analysis of Cost-Effectiveness Models: Choosing Between Treatment Strategies for Gastroesophageal Reflux Disease. **Medical Decision Making** 22(4): 290-308.
9. Briggs A, Nixon R, Dixon S. and Thompson S. (2005) Parametric Modelling of Cost Data: Some Simulation Evidence. **Health Economics** 14(4): 421-428.
10. Camerer C. and Weber M. (1992) Recent Developments in Modeling Preferences: Uncertainty and Ambiguity **Journal of Risk and Uncertainty** 5(4): 325-370.

11. Caro J. J., Getsios D., Caro I., Klittich W. S. and O'Brien J. A. (2004) Economic Evaluations of Therapeutic Interventions to Prevent Type 2 Diabetes in Canada. **Diabetic Medicine** 21(11): 1229-1236.
12. Coyle D. (1996) Statistical Analysis in Pharmacoeconomic Studies: A Review of Current Issues and Standards. **PharmacoEconomics** 9(6): 506-516.
13. Deb P. and Burgess J. F. (2003) **A Quasi Experimental-Comparison of Econometric Models for Health Care Expenditures**, Hunter College Department of Economics Working Papers, 212.
14. Doubilet P., Begg C. B., Weinstein M. C., Braun P. and McNeil B. J. (1985) Probabilistic Sensitivity Analysis Using Monte Carlo Simulation. A Practical Approach. **Medical Decision Making** 5(2): 157-177.
15. Drummond M. F., Sculpher M. J., Torrance G. W., O'Brien B. J. and Stoddart G. L. (2005) **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes**, Third Edition, Oxford University Press, New York.
16. Edlin R., McCabe C., Hulme C., Hall P. and Wright J. (2015) **Cost Effectiveness Modelling for Health Technology Assessment - A Practical Course**. Springer International Publishing, Switzerland.
17. Eugene N., Lee C. and Famoye F. (2006) Beta-Normal Distribution and Its Applications. **Communications in Statistics-Theory and Methods** 31(4): 497-512.
18. Fenwick E., Claxton K. and Sculpher M. (2001) Representing Uncertainty: The Role of Cost-Effectiveness Acceptability Curves. **Health Economics** 10(8): 779-787.
19. Fryback D. G., Chinnis J. O. and Ulvila J. W. (2001) Bayesian Cost-Effectiveness Analysis An Example Using the GUSTO Trial. **International Journal of Technology Assessment in Health Care** 17(1): 83-97.
20. Hunink M. G., Bult J. R., de Vries J. and Weinstein M. C. (1998) Uncertainty in Decision Models Analyzing Cost-Effectiveness: The Joint Distribution Incremental Costs and Effectiveness Evaluated with a Nonparametric Bootstrap Method. **Medical Decision Making** 18(3): 337-346.
21. Kontodimopoulos N., Pappa E., Papadopoulos A.A., Tountas Y. and Niakas D. (2009). Comparing SF-6D and EQ-5D Utilities across Groups Differing in Health Status. **Quality of Life Research** 18(1) :87-97.
22. Liebl A. (2007). Costs Involved in the Early and Late Phases of Diabetes Mellitus. **Internist (Berl)** 48(7): 708-714.
23. Manning W. (2008) **Dealing with Skewed Data on Costs and Expenditures**. In ed. Jones A.M. The Elgar Companion to Health Economics, Second Edition, Edward Elgar Publishing, Inc., Massachusetts, USA.
24. McDonald J. B. and Xu Y.J. (1995) A Generalization of the Beta Distribution with Applications. **Journal of Econometrics** 66(1-2): 133-152.

25. Neumann A., Schwarz P. and Lindholm L. (2011) Estimating Cost-Effectiveness of Lifestyles Intervention Programmes to Prevent Diabetes Based on an Example from Germany: Markov Modelling. **Cost Effectiveness and Resource Allocation** 9(17): 1-13.
26. Özgen H. ve Tatar M. (2007) Sağlık Sektöründe Bir Verimlilik Değerlendirme Tekniği Olarak Maliyet Etkililik Analizi ve Türkiye’de Durum. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 10(2): 109-137.
27. Puruçcuoğlu V. (2013) Inference of the Stochastic MAPK Pathway by Modified Diffusion Bridge Method. **Central European Journal of Operations Research** 21(2): 415-429.
28. Sarı K. ve Güngör C. (2007) Tedarikçi Yönelimli Envanter Yaklaşımının Tedarik Zinciri Performansına Etkileri. **İTÜ Dergisi/ Seri D Mühendislik** 6(2): 29-40.
29. Schuffham P. and Carr L. (2003) The Cost-Effectiveness of Continuous Subcutaneous Insulin Infusion Compared with Multiple Daily Injections for the Management of Diabetes. **Diabetic Medicine** 20(7): 586-593.
30. Sonnenberg F. A. and Beck J. R. (1993) Markov Models in Medical Decision Making: A Practical Guide. **Medical Decision Making** 13(4): 322-338.
31. Süt N., Türe M. ve Şenocak M. (2007) Sağlık Alanında Karar Vermede Döngüsel Süreçlerin Kullanımı: Bir Markov Model Uygulaması. **Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 24(2): 109-113.
32. Swamee P. K. (2002) Near Lognormal Distribution. **Journal of Hydrologic Engineering** 7(6): 441-444.
33. Tatar M. ve Wertheimer A. I. (2010) **Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi İlaç Geri Ödeme Kararları İçin Bir Model Önerisi**, MN Medikal & Nobel, Ankara.
34. Thompson S. G. and Nixon R.M. (2005) How Sensitive are Cost-Effectiveness Analyses to Choice of Parametric Distributions? **Medical Decision Making** 25(4): 416-423.
35. Tuomilehto J., Lindström J., Eriksson J. G., Valle T. T., Hamalainen H., Ilanne-Parikka P., Keinanen-Kiukaanniemi S., Laakso M., Louheranta A., Rastas M., Salminen V. and Uusitupa M. (2001) Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle Among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. **New England Journal of Medicine** 344(18): 1343-1350.
36. van Baal P., Meltzer D. and Brouwer W. (2016) Future Costs, Fixed Healthcare Budgets, and the Decision Rules of Cost-Effectiveness Analysis. **Health Economics** 25(2): 237-248.

Hastane Çalışanlarında İletişim Doyumunun Örgütsel Muhalefet Davranışları Üzerine Etkisi*

Dilruba İZGÜDEN**
Ramazan ERDEM***

ÖZ

İletişim doymu kavramı, çalışanların örgütsel iletişimin çeşitli yönlerinden elde ettiği doym durumunu ifade etmektedir. Bir organizasyonun başarısı için, örgütün ve çalışanların farklı iletişim şekillerini anlamak çok önemlidir. Örgütsel muhalefet ise, çalışanların örgütte yaşadıkları olumsuzluklara, doymsuzluklara, etik dışı davranışlara yönelik olarak geri dönütler sağlayan, gelişim ve yenilikler için içinde fırsatlar barındıran çok önemli bir örgütsel iletişim aracıdır. Bu bakımdan iletişim doymu kavramı ile örgütsel muhalefet kavramı bir ilişki içerisinde olabilmektedir. Bu çalışmada hastane çalışanlarının iletişim doym düzeylerinin örgütsel muhalefet davranış tercihlerine olan etkileri araştırılmaktadır. Araştırmanın evrenini Isparta il merkezinde faaliyet göstermekte olan Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Devlet Hastanesi çalışanları oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında 410 hastane çalışanına ulaşılmıştır. Araştırmada veri aracı olarak Downs ve Hazen (1977) tarafından geliştirilen, Girişken (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlanan 35 ifadeden oluşan İletişim Doyumu Ölçeği ile Kassing (1998) tarafından hazırlanan, Aksel (2013) tarafından Türkçe'ye uyarlanan 20 ifadeden oluşan Örgütsel Muhalefet Ölçeği kullanılmıştır. İletişim doymunun örgütsel muhalefet davranışlarına etkisi regresyon analizi ile incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, iletişim doymu alt boyutlarının hastane çalışanlarının sergiledikleri örgütsel muhalefet davranışları üzerinde etkili olduğu ortaya çıkmıştır. İletişim doymu alt boyutlarından olan üst ile iletişim doymunun çalışanların dikey muhalefetlerini arttırdığı ve yatay muhalefetlerini ise azalttığı sonucu elde edilmiştir. Bunun yanı sıra yatay ve biçimsel olmayan iletişim boyutunun, çalışanların yatay muhalefet davranışları üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu bulunmuştur. Örgütsel bütünleşme boyutundan sağlanan doymun ise çalışanların örgütsel bağlılıklarını artırarak yer değiştirmiş muhalefet davranışı sergileme eğilimlerini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Son olarak, bireysel geri bildirim boyutundan sağlanan doym düzeyinin dikey muhalefet davranışları ve yer değiştirmiş muhalefet davranışları üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel Muhalefet, İletişim Doyumu, Hastane Çalışanları

The Effects of Communication Satisfaction on Organizational Dissent Behaviors in Hospital Employees

ABSTRACT

The concept of communication satisfaction refers to the satisfaction of employees in various aspects of organizational communication. It is very important to understand the different forms of communication of organizations and employees for success of an organization. Organizational dissent is a crucial organizational communication tool that provides opportunities for improvements and innovations, provide feedback to employees about negativities, dissatisfaction, unethical behaviors that they experience in organization. In this respect, the concept of communication satisfaction and

* Bu çalışma Dilruba İZGÜDEN'in "Hastane Çalışanlarında İletişim Doyumunun Örgütsel Muhalefet Davranışları Üzerine Etkisi" isimli tezinden üretilmiştir. Bu çalışma ÖYP-YL-06770 numaralı proje kapsamında Süleyman Demirel Üniversitesi Öğretim Üyesi Yetiştirme (ÖYP) Koordinatörlüğü tarafından desteklenmiştir. Ayrıca çalışma 13-15 Ekim 2017 tarihleri arasında 1. Uluslararası 11. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi'nde sunulmuş olan özet bildirinin genişletilmiş halidir.

** Arş. Gör., Süleyman Demirel Üniversitesi/İİBF/Sağlık Yönetimi Bölümü, dizguden@hotmail.com

*** Prof. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi/İİBF/Sağlık Yönetimi Bölümü, raerdem@yahoo.com

the concept of organizational opposition can be in a relationship. In this study, the effects of communication satisfaction levels of hospital employees on organizational dissent behavior preferences are investigated. The population of the study consists of hospital employees who are employed in Obstetrics and Infantile Diseases Hospital, Süleyman Demirel University Research and Practice Hospital and the State Hospital in the city center of the province of Isparta. 410 hospital employees were reached in scope of the study. The 35-item Communication Satisfaction Scale developed by Downs and Hazen (1977) and adapted into Turkish by Girişken (2015), and the 20-item Organizational Dissent Scale into Turkish by Aksel (2013) with the approval of Kassing (1998) were used as data collection tools. The effect of communication satisfaction on organizational opposition behavior was examined by regression analysis. According to the results of the research, it was found that communication satisfaction sub-dimensions have an effect on the organizational dissent behaviors displayed by the hospital employees. The result is that satisfaction of relation with supervisor which communication satisfaction sub-dimensions, increase in the employees' upward dissent and decrease their lateral dissent. Moreover, horizontal and informal communication dimension was found to have a positive effect on employee's lateral dissent. Satisfied with organizational integration dimension has reduced the tendency to displaced dissent behavior by increasing the organizational commitment of employees. Lastly, it is concluded that the level of satisfaction provided by the personal feedback dimension has a positive effect on laterat dissent behavior and displaced dissent behavior.

Key Words: Organizational Dissent, Communication Satisfaction, Hospital Employees

I. GİRİŞ

Hastaneler 24 saat faaliyette bulunan, insan sağlığının söz konusu olduğu ve emek unsurunun öne çıktığı, sağlık hizmetlerinin üretiminden sorumlu kurumlardır. Aşağıda detaylandırılacak olan, hastanelerin diğer kurumlardan farklılaşmasını sağlayan, kendine has birtakım özelliklerinin olması, hastanelerin yönetimini zor ve mühim bir konu haline getirmiştir. Hastanelerde, yöneticilerin çalışanlarını iyi anlaması ve bu doğrultuda düzenlemelere giderek, yönetim stratejileri geliştirmesi doğru sağlık çıktılarının elde edilebilmesi, yani istenen örgütsel hedeflere ulaşılabilmesi açısından önem arz etmektedir.

Bu çalışmanın konusu olan iletişim doyumu kavramı da örgütsel muhalefet kavramı da iletişimle ilişkili kavramlardır. İletişim doyumu kavramı, çalışanların örgütsel iletişimin çeşitli yönlerinden elde ettiği doyum durumunu ifade etmektedir (Crino, White 1981). Bir organizasyonun başarısı için, örgütün ve çalışanların farklı iletişim şekillerini anlamak çok önemli olabilmektedir (Hsu 2002). Örgütsel muhalefet ise çalışanların örgütte yaşadıkları olumsuzluklara, etik dışı davranışlara yönelik olarak geri dönütler sağlayan, gelişim ve yenilikler için, içinde fırsatlar barındıran çok önemli bir örgütsel iletişim aracıdır (Kassing 2011). Bu bağlamda iletişim doyumu ile örgütsel muhalefet birbiri ile ilişki içerisinde olabilecek kavramlardır. Bu çalışmayla hastane yöneticileri çalışanlarının iletişim doyumlarını ve bunun örgütsel muhalefet davranışları üzerinde ne tür etkileri olduğunu daha iyi anlayabilecek ve bu doğrultuda bir takım stratejiler geliştirebilecektir. Bu minvalde örgütsel muhalefet ve iletişim doyumu kavramlarını ele almak gerekmektedir.

1.1. Örgütsel Muhalefet

Örgütsel muhalefet, örgüt politikaları ve uygulamaları ile ilgili karşıt fikirlerin ve anlaşmazlıkların dile getirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Kassing 1997b). Örgüt üyeleri ile üstleri arasında yaşanan anlaşmazlıklar, örgütsel değişimin meydana getirdiği belirsizlik duygusu, kaynak dağıtımında meydana gelen adaletsizlikler, örgüt içerisindeki süreç ve uygulamalarda meydana gelen etkisizlik durumu, etik dışı uygulamalar, çalışan hakları ve örgütsel adalet konularında meydana gelen bozulmalar, müşteriler ve örgüt üyeleri için tehdit

oluşturabilecek durumlar kurum içinde örgütsel muhalefete neden olabilmektedir (Kassing, Armstrong 2002).

Garner (2013) örgütsel muhalefetle ilgili yapılan tanımların daha çok muhalefet eden çalışan üzerinden gittiğini fakat, örgütsel muhalefetin aslında bir süreç şeklinde yürüdüğünü, bu süreçte etkileşimin önemli bir unsur olduğunu ve diğer çalışanların ve yöneticilerin de örgütsel muhalefetten etkilendiğini ifade etmektedir.

Örgütsel muhalefet, çalışanlar açısından önemli bir iletişim aracı görevi görebilmektedir. Örgütsel muhalefet ile birlikte çalışan memnuniyeti ve performansı artış gösterebilecek ve yapılan işlerle ilgili önemli geri dönütler sağlanabilecektir (Garner 2013). Çalışanların örgüt içerisindeki olumlu ve olumsuz söylemlerinin, muhalefet davranışlarının; örgütün zayıf yönlerinin düzeltilmesi ve güçlü yönlerinin de pekiştirilmesi açısından gerekli olduğu düşünülmektedir (Luthans, Youssef 2007). Örgüt içerisinde yöneticilerin göremediği sorunları, çalışanlar işin içerisinde olup, sorunu yaşayan bireyler olduklarından daha iyi kavrayabilirler. Örgüt üyelerinin yaşadıkları ve gördükleri bu tür sorunları, yanlışları yöneticilerine bildirmesiyle, sorun öğrenilmiş olacak ve çözüme kavuşturulabilecektir. Bu nedenden ötürü örgütsel muhalefet yöneticiler açısından önemli bir bilgi kaynağı olabilmektedir. Stanley (1981) de benzer şekilde çalışmasında örgütlerde muhalefet eksikliğinin bazı yönetsel yanlışlıklara ve büyük stratejik ve taktiksel hatalara yol açabileceğini ifade etmiştir.

Muhalefet süreci tetikleyici bir olay (örgüt üyelerine yönelik davranışlar, örgütsel değişim, karar alma, etkisizlik, görev/ sorumluluklar, örgütsel kaynaklar, etik, performans değerlendirme ve zararın önlenmesi) ile başlamaktadır (Kassing 1997b; Redding 1985; Kassing, Armstrong 2002). Örgüt üyelerini tetikleyen olaylar, onların muhalefet etme davranışlarında (dikey muhalefet, yatay muhalefet, yer değiştirmiş muhalefet) da etkili olmaktadır. Yani örgüt üyelerini tetikleyen olaylar değiştikçe muhalefet etme davranışları da buna bağlı olarak değişebilmektedir (Kassing, Armstrong 2002).

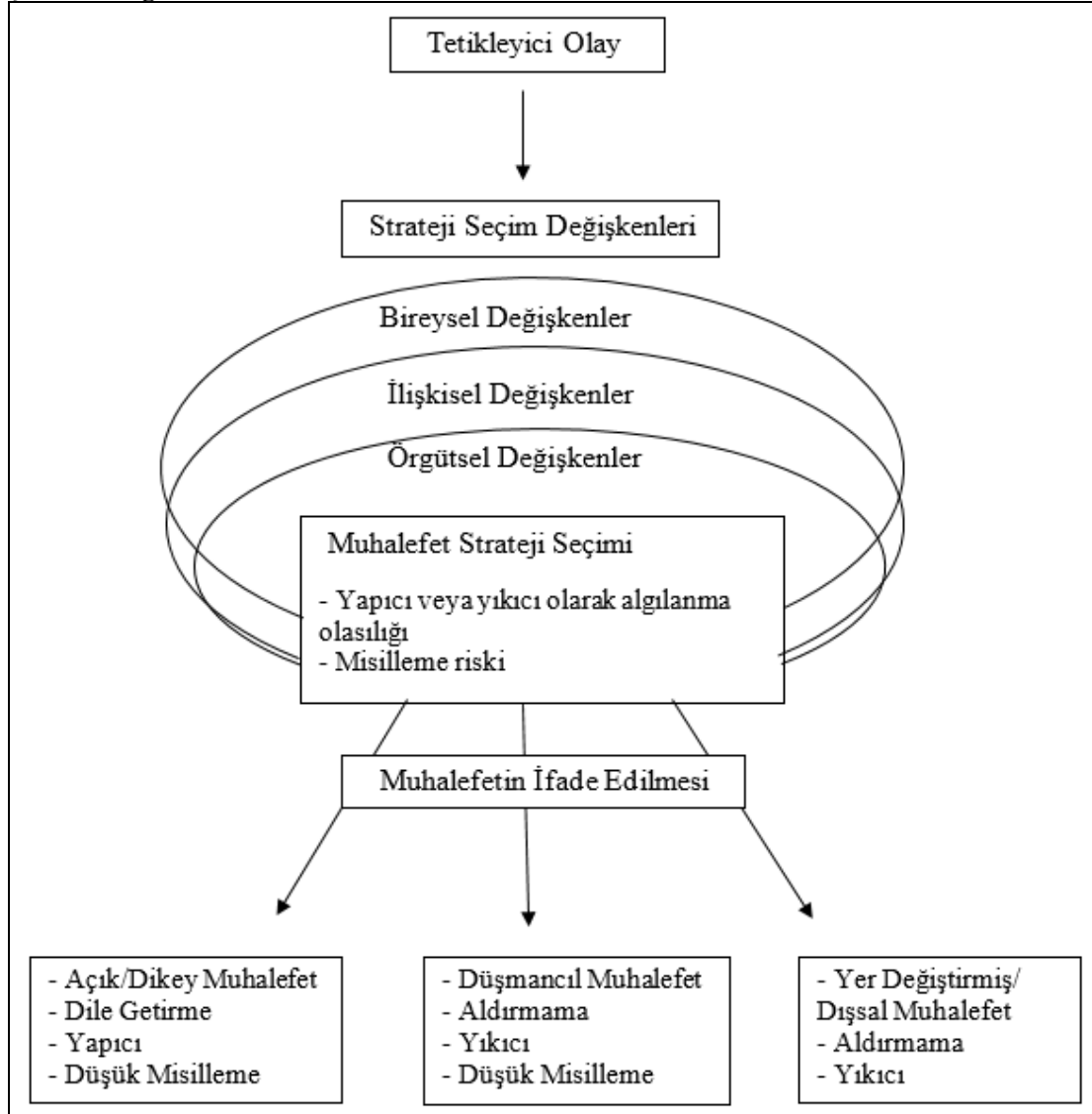
Örgüt üyelerinin muhalefet etmesini sağlayan tetikleyici unsurlar çeşitli olduğu gibi, örgüt üyelerinin muhalefet etmeyi tercih ettikleri konular da çeşitlilik gösterebilmektedir (Kassing 2011). Bahsi geçen bu muhalefet mesajları ilkesel muhalefet mesajları (ahlâki ve vicdani sorumluluk duygusu ile örgüte zarar verebilecek olan, yasadışı veya etik dışı durumlarda verilen muhalefet mesajları (Graham 1983) ve kişiye fayda sağlayan muhalefet mesajları (örgüt üyelerinin kendi durumlarını iyileştirmek, yükselmek, maaş artışı sağlamak vb. amaçlarla dile getirdiği muhalefet mesajları (Hegstrom 1999 Akt. Kassing, Armstrong 2002; Kassing 2011) olmak üzere iki türdür. Örgüt üyesinin seçeceği muhalefet mesajına göre onu tetikleyen olay da değişiklik gösterebilmektedir.

Örgütsel güç ve bu gücün kullanımı ile örgütsel politika kavramları da, örgütsel muhalefet ile ilişkili olabilecek kavramlardandır. Şöyle ki, örgütlerde gücü elinde bulunduranlar bunu örgütün hedeflerine ulaşmasını sağlayacak biçimde, kişisel çıkarları göz önüne almayarak kullanmalıdırlar (Erdoğan 1997), aksi takdirde çalışanlar bu durumu fark ederek örgütsel muhalefet davranışı sergileme yoluna gidebileceklerdir. Örgütte alınan kararlarda kaynakların dağıtımı vb. hususlarda net ve açık kural ve prosedürler yok ise karardan etkilenecek olan tüm kişi ve grupların ortak bir karara varması zorlaşacağından örgütsel politika kavramı gündeme gelebilecektir (Erdoğan 1997). Bu tür durumlarda objektif kararlar alınmadığı, örgütsel kaynakların görev ve sorumlulukların adaletsiz bir şekilde dağıtıldığı durumlarda çalışanlar açısından tetikleyici bir olay meydana gelmiş olacak ve çalışanlar yaşadıkları bu olumsuzluğu dile getirmek üzere örgütsel muhalefet davranışlarına yönelebilecektir (Tremblay et al. 2000; Kassing, Armstrong 2002; Kassing 2011).

Örgütsel muhalefet süreci çalışanların örgütün politika ve uygulamalarına ters düşen düşüncelerinin olması ya da bir sorun olduğunu algılamaları durumunda (Kassing 1997b) yani tetikleyici bir olayın meydana gelmesi (Redding 1985; Kassing 1997b) ile ortaya çıkmaktadır. Tetikleyici olayın meydana gelmesiyle birlikte, çalışanlar tepkilerini göstermek adına, muhalefetlerini dile getirmek üzere stratejileri belirlerken kendileri için en iyi yöntemi seçmeye çalışırlar, bunu yaparken de bazı faktörleri göz önüne alırlar; bireysel faktörler (iletişim tercihleri ve kişilik özellikleri), işyeri ilişkileri/ ilişkisel faktörler (iş arkadaşları ve yöneticileri ile), örgütsel etkiler/ faktörler (örgüt iklimi ve örgüt kültürü) (Kassing 1997a; Kassing 1997b; Kassing, Armstrong 2002; www.dissentworks.com). Çalışanların sergiledikleri bu muhalefet davranışları örgüt içerisinde olumlu ya da olumsuz bazı sonuçlar doğurabilmektedir (Graham 1983). Bahsi geçen tüm bu adımlar örgütsel muhalefet sürecini oluşturmaktadır. Örgütsel muhalefet süreci Şekil 1’de görülmektedir.

Örgütsel muhalefet sürecine dair bir örnek vermek gerekirse; hastane içerisinde çalışmakta olan hemşirelerin nöbet görevlendirmeleri bir üst yönetici konumunda olan başhemşireler tarafından yapılmaktadır. Hemşireler arasında yapılan bu görevlendirmede, hemşirelerden biri, kendince adaletsiz bir dağıtım olduğunu düşünür ise bu aşamada sorun algılanmış ve tetikleyici olay da meydana gelmiş olur. Tetikleyici olayın meydana gelmesiyle, hemşire yaşamış olduğu bu adaletsiz duruma tepki göstermek adına, kendi kişisel değerlerine, yöneticisiyle olan ilişkisine, örgüt kültürüne vb. bağlı olarak bir muhalif davranış sergileme stratejisi seçecektir. Eğer ki, hemşire başhemşiresiyle iletişim kurmada sıkıntı yaşamıyor, olumsuz bir geri dönüşle karşılaşacağını düşünmüyor ise, dikey muhalefet davranışı sergilemeyi tercih edebilecektir. Bunun dışında hemşire sorununu iş arkadaşlarıyla ya da kurum dışından üçüncü bir kişiyle paylaşmayı da tercih edebilecektir. Hemşirenin seçtiği muhalefet davranışı ile birlikte kendisine ve örgüte yönelik bazı olumlu ve olumsuz sonuçlar açığa çıkabilecektir. Tüm bu adımlar hastanede örgütsel muhalefet sürecini oluşturacaktır.

Şekil 1. Örgütsel Muhalefet Modeli



Kaynak: Kassing, 1997b: 323.

Örgütsel muhalefet davranışları yatay muhalefet, dikey muhalefet, yer değiştirmiş muhalefet olmak üzere 3 farklı biçimde ortaya çıkabilmektedir. Bu örgütsel muhalefet davranışları, aşağıda sırasıyla ele alınacaktır.

Yatay Muhalefet (*gizli muhalefet, örtük muhalefet, antogonistik muhalefet* (Kassing 1997b; Kassing, Avtgis 1999; Özdemir 2010; Ötken, Cenkci 2013; Yıldız 2013): Yatay muhalefet, çalışanların örgütle ilgili sıkıntılarını, örgütsel gücü elinde bulunduran yöneticilere karşı dile getirmekten ziyade iş arkadaşları gibi sıkıntı ile ilgili daha etkisiz kalabilecek kişilere karşı dile getirmesine denilmektedir (Kassing, Armstrong 2002; Goodboy et al. 2008). Örgütlerde çalışanların muhalefet etme imkânlarını engelleyen durumlar olduğunda ya da olumsuzlukları dile getirebilme motivasyonlarını düşürücü bir yapı mevcut olduğunda çalışanlar, muhalefetlerini genellikle yatay muhalefet şeklinde dile getirirler (Kassing 2000; Kassing, Armstrong 2002).

Dikey Muhalefet (*açık muhalefet*): Dikey muhalefet davranışında, çalışanlar muhalefet edilecek konu ile ilgili etkin rol oynayabilecek dinleyicilere karşı muhalefetlerini dile

getirirler. Çalışanlar muhalefetlerinin örgüt içerisinde yapıcı bir şekilde algılanacağını ve örgütte olumsuz bir geri dönüt ile karşılaşmayacaklarını hissettiklerinde dikey muhalefet davranışı sergileme yoluna gidebilmektedirler. Yani, dikey muhalefet yapıcı ve düşük misilleme ihtimalinin olduğu durumlarda ortaya çıkan bir muhalefet davranışıdır. Dikey muhalefet, direkt olarak ve açık bir şekilde yönetim kesimi, bir üst yönetici, kurumsal görevliler ve denetçilere karşı dile getirilen muhalefet davranışı türüdür (Kassing 1997a). Örgüt yapısı muhalefete izin verecek biçimde düzenlendiğinde, muhalif davranışlar sonucu olumsuz geri dönütlerle karşılaşılmadığında, muhalefet edinilen konu dikkate alınarak çözüm odaklı bir yaklaşım sergilendiğinde çalışanlar örgütsel muhalefet davranışlarından daha çok dikey muhalefet davranış stratejisini sergileme eğiliminde olabilecektir.

Çalışanların hangi muhalefet davranışını sergilemeyi tercih edeceği yöneticileriyle olan ilişkileri ile de büyük oranda bağlantılıdır. Yöneticileri ile ilişkileri iyi olmayan çalışanlar genelde yatay muhalefeti tercih etmekte iken, ilişkileri iyi olan çalışanlar daha çok dikey muhalefeti tercih etmektedir (Krone 1992). Çalışanlar dikey muhalefet yolunu tercih ederlerse cezalandırılacaklarını ya da yöneticilerinden olumsuz tepkiler alacaklarını düşündüklerinde yatay muhalefet davranışını daha çok tercih etmektedirler (Garner 2006). Bunun yanı sıra çalışanlar örgüt içerisinde kendilerinin düşman ya da rakip olarak algılandığını hissettiklerinde yatay muhalefet yolunu tercih edebilmektedirler (Kassing 1997a). Bunun sonucunda da muhalefetlerini dile getirirken agresif bir tutum sergileyebilirler (Kassing 2000).

Yer Değiştirmiş Muhalefet (dışsal muhalefet): Kassing (1997a) yer değiştirmiş muhalefeti, çalışanların muhalefetlerini örgüt dışındaki kişilere ya da örgüt içerisinde olup konuyla ilgili etkili olması mümkün olmayan kişilere doğru dile getirmesi olarak tanımlamaktadır. Örgüt dışındaki kişilere çalışma arkadaşları dışındaki arkadaşlar, kişinin eşi, aile üyeleri vb. gruplar girmektedir (Kaasing, Avtgis 1999; Kassing, Armstrong 2002). Örgüt içinden veya dışından konuya etki edemeyecek kişilere doğru yöneltilen örgütsel muhalefet türü olan yer değiştirmiş muhalefet ile çalışanların muhalefet ettiği konuya ilişkin uygun çözümler üretilemeyebilir. Bunun nedeni, konuya etki edebilecek olan yönetici grubuna sorunun ulaşamama ihtimalidir (Kassing 1997a). Çalışanlar örgüt içerisinde muhalefette bulduklarında bunun kötü olarak algılanacağını ve misilleme ile karşılaşacaklarını düşündüklerinde yer değiştirmiş muhalefet davranışını tercih edebilmektedirler (Kassing 1997a). Bunun yanı sıra, çalışanlar misilleme ile karşılaşacaklarını düşünerek yer değiştirmiş muhalefet davranışı sergilediklerinde örgütte yaşamış oldukları sorunlara çözüm bulunamayacak ve belki de örgüte olan bağlılıkları düşülebilecektir.

Çalışanlar örgütsel muhalefet davranışlarını sergilediklerinde bu durumun örgüt içerisinde doğurduğu bazı sonuçlar olmaktadır. Bu sonuçlar örgütsel muhalefet davranışını sergileyen çalışana örgüt ya da dış kaynaklar tarafından verilen cevaplar şeklinde olabildiği gibi, dile getirilen sorunun iç veya dış kaynaklarca çözülmesi gibi örgütü etkileyen sonuçlar şeklinde de olabilmektedir (Graham 1983). Örgütlerde muhalefet her zaman desteklenen bir olgu olmayabilmektedir. Örneğin, hiyerarşik yapının yoğun olduğu örgütlerde çalışanlar muhalefet etme konusunda tedirgin olurlar. Bunun nedeni de, bu tür örgütlerde üyelerin düşüncelerini dile getirirken bir korku içerisinde olması ve örgüt içinde iletişim konusunda bazı kısıtlamalar olmasındandır (Stanley 1981). Çalışanların örgütsel muhalefet davranışı sergilemeleri sonucunda örgütte yaşanan sorunlara çözüm önerileri geliştirme, önemli geri bildirimler elde etme gibi olumlu sonuçları olabileceği gibi, örgütsel muhalefet davranışı çalışanın yöneticisi ya da iş arkadaşları tarafından “mızımız, sızlanan”, “iyi bir ekip arkadaşı değil” gibi etiketler yemesine de yol açarak olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (Garner 2013).

Örgütsel muhalefet sayesinde yöneticiler, kurumlarıyla ilgili bazı bilgiler elde edebilmektedirler. Bu bilgiler çalışanların örgütte yaşadıkları olumsuzluklara, etik dışı davranışlara yönelik olarak geri dönütler sağlayan önemli içeriklere sahip olabilmekle birlikte, çalışanların işleri ya da iş arkadaşları hakkında aslı olmayan konularda yöneticilerine sağladığı yanıltıcı bilgiler şeklinde de kendini gösterebilmektedir. Bunun yanı sıra, örgütsel muhalefet gelişim ve yenilikler açısından içinde fırsatlar barındıran önemli bir örgütsel iletişim aracı olabilmekteyken, aynı zamanda medya, düzenleyici kurumlar gibi örgüt üzerinde etkisi olabilecek kanallara yönelik, doğru amaçlara hizmet etmeyecek şekilde dile getirilerek örgüt açısından zararlı sonuçlara da yol açabilmektedir. Örgütsel muhalefetin örgüt açısından olduğu gibi çalışanlar açısından da olumlu ve olumsuz tarafları bulunmaktadır. Örneğin; katı kuralların olduğu, fikir beyan etme özgürlüğünün tam manasıyla bulunmadığı örgütlerde, çalışanlar muhalefet davranışı sergilediklerinde, istenilmeyen çalışan olarak görülebilmekte ve yöneticileri tarafından cezalandırılabilirler. Fakat bunun yanı sıra, çalışanlar örgüt içerisinde doyumsuzluk yaşadıkları konuyla ilgili olarak muhalefet etmeleri sonucunda sorunlarının giderilmesi ile örgütteki doyum düzeyleri de artabilmektedir. Aynı zamanda daha önce de belirtildiği üzere örgütsel muhalefet davranışları yöneticiler için önemli geri dönütler sağlamakta ve yöneticiler bu geri dönütlerden edindikleri bilgiler doğrultusunda çalışanlarının doyum düzeylerini arttırarak onları örgütsel amaç ve hedefler doğrultusunda yönlendirebilecek ve örgüt içerisindeki çalışan gözüyle görülebilen birtakım sorunları tespit ederek çözüme kavuşturabileceklerdir.

1.2. İletişim Doyumu

İletişim doymu, bireylerin yaşamlarındaki iletişim çevresinden genel manada edindikleri hisleri anlatmaktadır (Downs, Hazen 1977). Bir organizasyonun başarısı için, örgütün ve çalışanların farklı iletişim şekillerini anlamak çok önemli olabilmektedir (Hsu 2002). Çalışanların iletişim doymu kavramı, bireylerin örgütsel iletişimin çeşitli yönlerinden elde ettiği doyum durumunu ifade etmektedir (Crino, White 1981). İletişim doymu, çalışanların örgütteki konumlarıyla bağlantılı olan iletişimlerinden elde ettikleri memnuniyet olarak tanımlanmaktadır (Mount, Back 1999).

Örgütlerde iletişim doymu, çalışanların iş doymuları üzerinde de etkili olmakta (Steele, Plenty 2014) ve bunun dışında da iletişimin doğurduğu pek çok sonucu olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan iletişim doymu çalışmaları sayesinde örgütlerdeki iletişim aksaklıkları giderilerek, mevcut iletişim iyileştirilebilmektedir (Hecht 1978). Araştırmacılar genellikle etkili ve doyurucu bir iletişimin, örgütün üretkenliğine, performansına ve dış müşteri odaklılığına katkıda bulunabileceğini düşünmektedirler. Aynı zamanda, araştırmacılar, iletişim doymunun çalışanların aldığı bilgi miktarı, örgütteki iletişim iklimi, yukarı yönlü iletişimin niteliği ve çalışanlar arası etkileşimin sıklığı vb. çok sayıda yapıdan oluştuğunu ortaya koymaktadırlar (Hargie et al. 2002).

Çeşitli iletişim değişkenleri ve stratejileri pek çok örgütsel hedefe katkıda bulunmaktadır (Downs, Hazen 1977). Downs ve Hazen'in 1977 yılında yapmış oldukları bir çalışma ile iletişim doymu kavramının çok boyutlu bir yapıda olduğu ortaya konulmuştur. Araştırmacılar, örgüt içerisinde çalışanların iletişimden elde ettikleri doymun; örgütsel bilgi, bireysel geri bildirim, iletişim iklimi, üst ile iletişim, iş bilgisi, yatay iletişim, araç kalitesi, ast ile iletişim, bölümler arası iletişim gibi pek çok farklı yönden oluştuğunu dile getirmişlerdir (Downs, Hazen 1977; Varona 2002).

Örgütler açısından son derece önemli olan iletişim doymu, bilginin yoğun olduğu sistemler içerisinde yer alan hastaneler açısından ayrı bir önem teşkil etmektedir. İstenen seviyede sağlık çıktıklarına ulaşılabilmesi, hastane çalışanlarının işlerini doğru bir şekilde

yapabilmesi açısından, çalışanların yeterli bilgiyi, doğru zamanda ve miktarda alabiliyor olmaları, yani kurumlarındaki iletişimden doyum sağlıyor olabilmeleri gerekmektedir. Bunun yanı sıra çalışanların örgütün amaç ve hedefleri doğrultusunda hareket etmelerinin sağlanabilmesi için hastane içerisindeki ast ve üst ile iletişim doyumlarının yeteri kadar sağlanıyor olması ve çalışanların örgüt amaç ve hedefleri konusunda yeterli bilgiyi edinmede sıkıntı yaşamıyor olması gerekmektedir.

Bu çalışma ile önemli bir örgütsel iletişim aracı olan örgütsel muhalefet kavramının, iletişim kavramıyla olan bu ilişki doğrultusunda araştırmacılar da merak uyandıran iletişimden sağlanan doyumun örgütsel muhalefet davranış tercihi üzerinde nasıl bir etkisinin olduğunu, iletişimin son derece önemli olduğu ve hata kabul etmeyen yapılarıyla sorunların bir an evvel tespit edilerek çözüme kavuşturulmasının gerektiği yapılar olan hastanelerdeki çalışanlar üzerinde yapılan bir uygulama çerçevesinde ortaya konulması planlanmıştır.

Hastaneler diğer işletmelerden farklı birtakım özelliklere sahip olmakta ve bu özellikler de hastane yönetimini diğer işletme yönetimlerine göre daha zor bir hale getirmektedir. Hastanelerin sağlık hizmeti üretebilmesi için sürecin girdi, dönüştürme süreci ve çıktı aşamalarının her birinde insan kaynağına ihtiyaç vardır. Konuyu açmak gerekirse; hastanelerde üretim süreçlerinde girdi olarak hastalar, dönüştürme sürecinde hekimler ve çıktı olarak da sağlıklı bireyler yer almaktadır. Bunların dışında hastane üretim sürecinde başka unsurlar da yer almakla birlikte görüldüğü üzere, hastaneler için insan unsuru hayati önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için insan kaynağı olmazsa olmazlardandır. Hastanelerde insan unsuru bu denli önemli olunca, sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde sunulmasında büyük rol oynayan çalışan faktörü de dikkati çekmektedir. Hastanelerde sağlık çıktılarının en üst seviyelerde olabilmesi için çalışanların istek ve şikâyetleri anlaşılabilir, işlerini en iyi şekilde yapmalarına imkân verecek ortamların hazırlanması gerekmektedir. Hastanelerde yöneticilerin çalışanlarını iyi anlaması ve bu doğrultuda düzenlemelere giderek, yönetim stratejileri geliştirmesi doğru sağlık çıktılarının elde edilebilmesi yani istenen örgütsel hedeflere ulaşılabilmesi açısından önem arz etmektedir.

Hastanelerde çalışanlar ile hastalar arasında, çalışanlar ile çalışanlar arasında ve hastalar ile hastalar arasında olmak üzere pek çok farklı yoldan iletişim faaliyeti gerçekleşmektedir. Yukarıda belirtildiği üzere insan kaynağı sağlık hizmeti sunumu için çok önemli olmakta ve sağlık çıktılarının oluşturulabilmesi için çalışanlar arasında iletişimin gerçekleşmesi gerekmektedir. Hastanelerde bölümler arası bağımlılık yüksek seviyededir. Bunu bir örnekle açıklamak gerekirse; hastaneye gelen bir hasta bir bölüme gitmekte ve oradaki hekim tahlil istemektedir. Hasta tahlilleri almak üzere laboratuvar bölümüne gittiğinde oradan alacağı tahliller laboratuvar bölümünün çıktısı olmaktadır, tahlilleri inceleyecek olan bölümün ise girdisi olacaktır. Yani, üretim sürecinde bir bölümün çıktısı, diğer bir bölümün girdisini oluşturabilmektedir. Bu nedenden dolayı bölümler arası iş birliğinin en etkili şekilde sağlanması doğru bir şekilde sağlık çıktılarının oluşturulabilmesi açısından çok önemlidir. Bölümler arası bu iş birliğinin sağlanması ise iletişim yolu ile gerçekleştirilebilmektedir. Eklemek gerekir ki, hastaneler dinamik ve değişken bir çevreye sahiptirler. Değişen bu çevreye ayak uydurabilmesi sürdürülebilirlik açısından hayati öneme sahiptir. Hastanelerin değişen çevreye ayak uydurması iletişimle mümkün hale gelebilmektedir. Aynı zamanda bu değişimlerin çalışanlara aktarılıp benimsetilmesi de iletişimle mümkündür.

Anlaşılmaktadır ki, hastaneler birtakım özellikler yönüyle diğer işletmelerden ayrılmakta ve yönetimi de bu bağlamda önem kazanmaktadır. İletişim konusu hastanelerde dikkat çeken bir konu olarak göze çarpmakta ve çalışanların iletişimden elde edecekleri doyum iş süreçlerini büyük ölçüde etkileyebilmektedir. İnsan sağlığının söz konusu olduğu hastanelerde hizmet üretim süreçlerinde yer alan çalışanların duydukları

memnuniyetsizliklerin, hizmet sunumunda meydana gelen etik dışı davranışların, yaşanan olumsuzlukların, farklı yahut karşıt görüş ve önerilerin bilinmesi bu tür sorunlara çözüm üretilmesi açısından hem çalışanların hem de yöneticilerin işlerini daha rahat bir şekilde yapmasını sağlayacaktır. Bu doğrultuda çalışanların ifade özgürlüğünün de sağlanabilmesi noktasında, örgütsel muhalefet davranışlarını sergileyebilmeleri hastane içerisinde elde ettikleri iletişim doyumundan etkilenebilecektir. Araştırmacılar çalışma kapsamında iletişim doyumundan elde edilen doyum düzeyinin ve bu doyumun sağlandığı boyutların, çalışanların örgütsel muhalefet davranışları üzerinde ne yönde etkisinin olduğunu incelemeyi amaçlamaktadır. Bu amaç çerçevesinde hastane içerisinde en çok hangi iletişim alt boyutundan doyum sağlandığı ve çalışanların en çok hangi örgütsel muhalefet davranışını sergileme eğiliminde olduğu tespit edilecek, aynı zamanda yöneticilerin iletişimin hangi kısımlarında düzeltmelere giderek çalışanlarını hangi örgütsel muhalefet davranışına yönlendirebileceği ortaya konulacaktır. Böylece hastane yöneticilerine; sorunların ortaya çıkmasını kolaylaştıracak, etik dışı uygulamaların önüne geçilmesini sağlayacak, memnuniyeti daha yüksek çalışanların olacağı bir yapının oluşması açısından gerekli bilgiler sağlanacaktır.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Amaç ve Önem

Hata toleransı olmayan ve profesyonelleşmenin yüksek düzeyde seyrettiği yapılar olan hastanelerde, hastane yöneticileri çalışanlarla iletişimden doyum sağlayarak çalışanların örgütsel amaçlar doğrultusunda motivasyonları yüksek, verimli ve etkili bir şekilde çalışmasını sağlayabilecek ve örgütsel muhalefet sayesinde de hastane içerisinde gerçekleşen ya da gerçekleşme ihtimali olan hataların öngörülerek düzeltilmesini sağlayabilecektir. Çalışanların hastane içerisinde gördükleri yanlış giden, etik dışı uygulamaları yahut yaşadıkları sorunları hastane yöneticilerine karşı dile getirebilir olmaları, çalışanların da yöneticilerin de işlerini kolaylaştıracak ve ifade özgürlüğü sağlanan çalışanların sağlık hizmetlerini “güler yüz politikası” çerçevesinde yürütmesi ile birlikte daha olumlu sağlık çıktılarının oluşması sağlanabilecektir. Bu minvalde hastane yöneticilerinin bu konular üzerinde durması ve iyileştirmeler yapması, hastanenin işleyişi açısından önem arz etmektedir. İletişimden doyum sağlayan çalışanların örgütsel muhalefet davranış tercihlerinin de bu çerçevede değişeceği düşünülmektedir. Çalışmanın amacı, hastane çalışanlarının iletişim doyumunu düzeylerinin ve örgütsel muhalefet davranış tercihlerinin tespit edilmesi ve hastane çalışanlarındaki iletişim doyumunu düzeylerinin örgütsel muhalefet davranış tercihlerine olan etkisinin ortaya konulmasıdır. Çalışma sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda hastane yöneticileri, çalışanlarının muhalefet etme biçimleri konusunda detaylı bilgiye sahip olarak bunu yönlendirebilir hale gelecekler ve çalışanların iletişim doyumları ile örgütsel muhalefet davranışları arasında bir etki söz konusu ise yöneticiler çalışanları ile iletişimlerini buna yönelik olarak düzenleyebileceklerdir. Aynı zamanda çalışma, örgütsel muhalefet konusunda Türkiye’de yapılan çalışmaların çok kısıtlı olması ve sağlık hizmetleri alanında bu konuyla ilgili yeterli çalışmanın mevcut olmamasından ötürü öncül bir nitelik taşımaktadır.

2.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini Isparta il merkezinde faaliyet göstermekte olan Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Isparta Devlet Hastanesi çalışanları oluşturmaktadır. Anketler hekim, hemşire/ebe, diğer sağlık personeli, idari personel ve diğer personele uygulanmıştır. Çalışmanın yapıldığı hastane yöneticilerinden alınan bilgiler doğrultusunda 3 hastanede toplam 3687 çalışan olduğu tespit edilmiştir. Belirtilen evrenden %95 güven aralığında 348

çalışana ulaşılması yeterli olmaktadır. Araştırma için bahsi geçen hastanelerden gerekli izinler alınarak, kolayda örneklem yoluyla 410 ankete ulaşılmış olup, elde edilen anketler değerlendirmeye alınmıştır.

2.2.1. Örneklem Özellikleri

Çalışmaya katılan hastane çalışanlarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Hastane Çalışanlarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	Frekans	%
Yaş (Yıl)		
-30	92	23,8
31-40	189	49,0
41+	105	27,2
Cinsiyet		
Erkek	194	48,3
Kadın	208	51,7
Medeni Durum		
Evli	310	78,7
Evli Değil	84	21,3
Eğitim Durumu		
İlköğretim	41	10,2
Lise	114	28,4
Ön Lisans	79	19,7
Lisans	117	29,2
Lisansüstü	50	12,5
Görev		
Hekim	49	12,3
Hemşire/Ebe	74	18,6
Diğer Sağlık Personeli	73	18,3
İdari Personel	63	15,8
Diğer Personel	139	34,9
Gelir (TL)		
-1499	131	37,3
1500-2999	94	26,8
3000+	126	35,9
Toplam Çalışma Yılı		
-5	66	17,2
6-10	104	27,1
11-15	81	21,1
16-20	79	20,6
21+	54	14,1
Kurumdaki Çalışma Yılı		
-4	110	28,9
5-9	100	26,2
10+	171	44,9
Çalıştığı Kurum		
Üniversite Hastanesi	247	60,2
Kadın Doğum Hastanesi	67	16,3
Devlet Hastanesi	96	23,4
Toplam	410	100,0

Tablo 1’de görüleceği üzere, araştırmaya katılan hastane çalışanlarının %23,8’inin 30 yaş ve altında, %49’unun 31-40 yaş aralığında ve %27,2’sinin 41 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların %48,3’ü erkeklerden oluşurken, %51,7’si kadınlardan oluşmaktadır. Medeni durumlarına göre bakıldığında hastane çalışanlarının yarıdan fazlasının (78,7) evli olduğu görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %10,2’sinin ilköğretim, %28,4’ünün lise, %19,7’sinin ön lisans, %29,2’sinin lisans ve %12,5’inin lisansüstü eğitime sahip olduğu ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının görev dağılımına bakıldığında, %12,3’ünü hekimler, %18,6’sını hemşireler/ebeler, %18,3’ünü diğer sağlık personeli, %15,8’ini idari personel ve %34,9’unu ise diğer personel oluşturmaktadır. Katılımcıların gelir durumu incelendiğinde ise, hastane çalışanlarının %37,3’ünün gelirinin 1499 TL ve altında, %26,8’inin gelirinin 1500-2999 TL arasında ve %35,9’unun 3000 TL ve üzerinde olduğu görülmektedir.

Ankete katılanların toplam çalışma yılları incelendiğinde, %17,2’si 5 yıldan az, %27,1’i 6-10 yıl, %21,1’i 11-15 yıl, %20,6’sı 16-20 yıl, %14,1’i 21 yıl ve üzeri olduğu görülmektedir. Katılımcıların kurumdaki çalışma yıllarına bakıldığında, % 28,9’unun 4 yıldan az, %26,2’sinin 5-9 yıl aralığında ve %44,9’unun da 10 yıl ve üzeri süreli olarak şuan buldukları kurumda çalıştığı görülmektedir.

Son olarak hastane çalışanlarının %60,2’si üniversite hastanesinde, %16,3’ü kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesinde ve %23,4’ünün ise devlet hastanesinde çalıştığı görülmektedir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak Downs ve Hazen (1977) tarafından geliştirilen, Girişken (2015) tarafından Türkçe’ye uyarlanan 35 ifadeden oluşan İletişim Doyumu Ölçeği ile Kassing (1998) tarafından hazırlanan, Aksel (2013) tarafından Türkçe’ye uyarlanan 20 ifadeden oluşan Örgütsel Muhalefet Ölçeği kullanılmıştır. İletişim doyumunu ölçeğinde Downs ve Hazen’in geliştirmiş olduğu ölçek boyutlarına sadık kalınarak genel örgütsel algı, bireysel geri bildirim, örgütsel bütünleşme, üst ile iletişim, iletişim iklimi, yatay ve biçimsel olmayan iletişim, araç kalitesi boyutları olmak üzere 7 boyut ele alınmıştır. Orijinal boyutlandırmada buna ek olarak ast ile iletişim boyutu yer almaktaysa da, bahsi geçen bu boyut sadece yöneticilere uygulanabilir olduğundan ve bu çalışmanın örnekleme uygun olmadığından bu boyuta ait sorular çalışmada kullanılmamıştır. Downs ve Hazen (1977)’nin ve Girişken (2015)’in (KMO: 0.902, Barlett testi değeri $X^2=15202,579$; $sd=528$; $p=0,000$) yapmış olduğu geçerlilik analizlerinde boyutların varyansa yaptığı toplam katkıyı sırasıyla %57,5 ve % 69,5 olarak bulmuştur. Bahsi geçen iki çalışma detaylı şekilde incelenerek, hem İngilizce hem de Türkçe yapılan geçerlilik analizleri ikna edici görüldüğünden bu çalışma kapsamında tekrar geçerlilik analizi yapılmamıştır. Çalışmamızda yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach’s Alfa değerleri genel örgütsel algı için 0,794, bireysel geri bildirim için 0,855, örgütsel bütünleşme için 0,754, üst ile iletişim için 0,861, iletişim iklimi için 0,836, yatay ve biçimsel olmayan iletişim için 0,725, araç kalitesi için ise 0,861 bulunmuştur. Örgütsel muhalefet ölçeğinde ise dikey muhalefet, yatay muhalefet ve yer değiştirmiş muhalefet alt boyutları ele alınmıştır. Aksel (2013) çalışmasında örgütsel muhalefet ölçeğinin geçerliliğini ölçmek için faktör analizi yapmış ve dikey muhalefet, yatay muhalefet ve yer değiştirmiş muhalefet olmak üzere 3 alt boyut elde etmiştir (KMO: 0.846, Barlett testi değeri $X^2=2091,052$; $sd=190$; $p=0,000$). Bu 3 faktörün varyansa yaptığı toplam katkı %51,996’dır. Çalışmamızda yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach’s Alfa değerleri dikey muhalefet için 0,833, yatay

muhalefet için 0,697 ve yer değiştirmiş muhalefet için ise 0,570 bulunmuştur. Veri toplama aracında 5'li Likert tipi ölçek kullanılmış olup, ankete cevap verenlerin ifadelerine katılma düzeyi hiç katılmıyorsa "1", tamamen katılıyorsa "5" puan aralığında ölçeklendirilmiştir.

2.4. Analiz Yöntemi

Anket formları aracılığıyla elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0) programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizinde bu programdan yararlanılmıştır. Ankette 5'li Likert yöntemi kullanılmış ve elde edilen puanların aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde hesaplamaları ile analiz edilmiştir. Ayrıca, istatistiksel değerlendirmeler bu puan ortalamaları üzerinden yapılmıştır. Ankete cevap verenlerin ifadelerine katılma düzeyi hiç katılmıyorsa "1", tamamen katılıyorsa "5" puan aralığında değerlendirilmiş ve puan ortalamaları şu aralıklarla düzenlenmiştir (Kaplanoğlu 2014): 1,00-1,179 "Hiç Katılmıyorum", 1,80-2,59 "Kısmen Katılmıyorum", 2,60-3,39 "Orta Düzeyde Katılıyorum", 3,40-4,19 "Çoğunlukla Katılıyorum", 4,20-5,00 "Tamamen Katılıyorum" şeklinde belirtilmiştir.

Veriler normallik testine tabi tutularak, her bir boyutun basıklık ve çarpıklık değerleri bulunmuştur (Tablo 4-5). Bunun sonucunda iletişim doyumu alt boyutları ve örgütsel muhalefet alt boyutlarının test istatistiği değerlerinin -1,96 ile +1,96 aralığında kaldığı görülmüştür. Anlaşılmaktadır ki; boyutlar normal dağılım göstermektedir (Can 2014). Bu doğrultuda parametrik testler kullanılmıştır. Son olarak bağımsız değişken olarak düşünülen iletişim doyumu boyutlarının bağımlı değişken olarak düşünülen örgütsel muhalefet boyutlarını ne kadar etkilediğine dair ortaya atılan hipotezleri incelemek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Değişken seçiminde ise "enter metodu" kullanılmıştır.

III. BULGULAR

3.1. Hastane Çalışanlarının İletişim Doyumlarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının İletişim Doyumu Anket'inde yer alan ifadelerine vermiş oldukları cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2. Hastane Çalışanlarının İletişim Doyumu ile İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları

No	İfadeler	\bar{x}	Ss
1	İşimdeki süreçler ile ilgili bilgi düzeyimden memnunum.	3,721	1,215
2	İşyerimdeki kişilerle ilgili bilgi düzeyim ve kalitesinden memnunum.	3,654	1,158
3	Örgüt politikaları ve amaçları ile ilgili bilgi düzeyim ve kalitesinden memnunum.	3,124	1,154
4	Yaptığım işin diğer çalışanların yaptığı iş ile karşılaştırılması hakkında bilgi verilir.	2,684	1,308
5	Yaptığım iş ile ilgili nasıl değerlendirildiğime ilişkin bilgi verilir.	2,688	1,320
6	İşimde gösterdiğim performans ve başarılarımın bilinirliği ile ilgili bilgi verilir.	2,613	1,337
7	Çalıştığım bölüme ait politika ve amaçlar hakkında bilgi verilir.	2,943	1,340
8	Yaptığım işin gereklilikleri ile ilgili bilgi verilir.	3,158	1,296
9	Çalıştığım kurumu etkileyen yasal düzenlemeler hakkında bilgi verilir.	2,918	1,348
10	Çalıştığım kurumda öngörülen değişiklikler ile ilgili bilgi verilir.	2,993	1,266
11	İşimi yaparken karşılaşılabileceğim problemlerin çözümüne ilişkin raporlar sunulur.	2,604	1,305
12	Personele özgü sosyal yardımlar ve maaş hakkında bilgi verilir.	2,514	1,367
13	Kurumumuzun mali durumu ile ilgili bilgi verilir.	2,212	1,307
14	Kurumumuzun başarı ve başarısızlıkları ile ilgili bilgi verilir.	2,556	1,309
15	Üstlerin, astların karşılaştığı problemleri bilmesi ve anlaması bakımından memnunum.	2,592	1,286
16	Örgütsel iletişimin amaçlara ulaşmak için çalışanlarda coşku uyandırması ve motive etmesi bakımından memnunum.	2,427	1,220
17	Yöneticimin beni dinleyip, önem vermesi bakımından memnunum.	2,781	1,361
18	Kurumumuzda çalışanların önemli düzeyde iletişim yeteneklerinin olması bakımından memnunum.	2,755	1,224
19	Yöneticimin iş ile ilgili problemleri çözmek için rehberlik etmesi bakımından memnunum.	2,673	1,305
20	Örgüt iletişimi kendimi kurumla özdeşleştirmemi ve örgütün canlı bir parçası olarak hissetmemi sağlar.	2,710	1,219
21	Örgüt iletişiminin iyi ve yararlı olması bakımından memnunum.	2,726	1,165
22	Yöneticimin bana güvenmesi bakımından memnunum.	3,211	1,307
23	İşimi yaparken ihtiyacım olan bilgiye zamanında ulaşıyorum.	3,286	1,242
24	Çatışmalar iletişim kanalları aracılığıyla uygun bir şekilde yönetilir.	2,873	1,175
25	Kurumumuzda fısıltı gazetesi/söylentiler hâkimdir.	3,436	1,403
26	Yöneticim yeni fikirlere açıktır.	3,012	1,339
27	Örgütün diğer üyeleriyle yatay iletişim doğru ve kendiliğinden oluşur.	2,975	1,115
28	İletişim teknikleri acil durumlara uyarlanabilir durumdadır.	3,022	1,145
29	Çalışma grubumun uyumlu olması bakımından memnunum.	3,507	1,224
30	Toplantılarımızın iyi organize edilmiş olması bakımından memnunum.	2,899	1,299
31	Denetlenme düzeyimin adil olması bakımından memnunum.	2,735	1,301
32	Yönerge ve raporların kısa, öz ve anlaşılır olması bakımından memnunum.	2,810	1,174
33	Kurumdaki iletişim tutumlarının sağlıklı olması bakımından memnunum.	2,893	1,187
34	Kurumda informal iletişimin etkili ve doğru olması bakımından memnunum.	2,825	1,196
35	Kurumdaki iletişim düzeyinin doğru olması bakımından memnunum.	2,913	1,196

Tablo 2'de İletişim Doyumu Anketinde yer alan her bir ifadenin aritmetik ortalamasına ve standart sapma dağılımlarına yer verilmiştir. Tabloya bakıldığında; 1, 2, 3, 8, 22, 25, 26, 28 ve 29'uncu ifadelerin ortalamalarının 3'ün üzerinde değer aldığı görülmektedir. Buna göre hastane çalışanlarının işlerindeki süreçlerle (3,721), kurumdaki kişilerle (3,654), örgüt politika ve amaçlarıyla (3,124) ve yaptıkları işin gereklilikleriyle (3,158) ilgili bilgilerin düzey ve kalitesi; yöneticilerinin kendilerine güvenmeleri (3,211), işlerini yaparken ihtiyaçları olan bilgiye zamanında ulaşabilmeleri (3,286) ve çalışma gruplarının uyumlu olması (3,507) bakımından genel manada memnun oldukları görülmektedir. Bunun yanı sıra, hastane çalışanları kurumlarında fısıltı gazetesi/söylentilerin hâkim olduğunu (3,436), yöneticilerinin yeni fikirlere açık olduğunu (3,012) ve kurumlarındaki iletişim tekniklerinin acil durumlara uyarlabilir durumda olduğunu (3,022) düşündükleri görülmektedir.

İletişim doyumu anketinin ifadeleri arasında 1. sırada olan "İşimdeki süreçler ile ilgili bilgi düzeyimden memnunum." ifadesi (3,721) hastane çalışanları tarafından katılım düzeyi en yüksek ifade olurken, anketin 13. sırasında yer alan "Kurumumuzun mali durumu ile ilgili bilgi verilir." ifadesi (2,212) ise hastane çalışanları tarafından katılım düzeyi en düşük olan ifade olarak görülmektedir.

3.2. Hastane Çalışanlarının Örgütsel Muhalefetlerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının Örgütsel Muhalefet Anketinde yer alan ifadelere vermiş oldukları cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 3. Hastane Çalışanlarının Örgütsel Muhalefet ile İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları

No	İfadeler	\bar{x}	Ss
36	İşyerinde soru sormaya ve karşıt görüş bildirmeye çekinirim.*	2,917	1,406
37	Evde işyeri ile ilgili konuları konuşmaktan kaçınırım.*	3,148	1,418
38	İşyerimdeki verimsizliği diğer çalışanların önünde eleştiririm.	2,753	1,285
39	Yönetimi sorgulayabilirim.	2,307	1,317
40	İşyeri politikalarını sorgulamakta çekimser davranırım.*	2,952	1,348
41	Diğer çalışanlar işyeriyle ilgili şikâyetlerde bulunduğu zaman ben de katılırım.	2,939	1,231
42	Ailemin önünde işle ilgili şikâyetlerde bulunmamayı tercih ederim.*	3,334	1,471
43	İşyerindeki uygulamalarla ilgili memnun olmadığımda bunu diğer çalışanlarla paylaşırım.	3,299	1,202
44	İşyerinde alınan kararlarla hemfikir olmadığımda bunu amirime söylerim.	2,918	1,402
45	İşyerinde alınan kararlar ile ilgili kaygılarımı ailem ve iş dışındaki arkadaşlarımla tartışırım.	2,684	1,309
46	Yürümediğini düşündüğüm organizasyonel değişikliklere ilişkin eleştirilerimi amirime ve yönetimden birine yaparım.	2,757	1,301
47	Diğer çalışanlara işyerindeki uygulamalarla ilgili hislerimi belli ederim.	3,100	1,236
48	İşyerinde alınan kararları sorguladığımda bu konuyu amirim veya diğer yöneticilerle konuşurum.	2,703	1,276
49	Ailemin ve iş dışındaki arkadaşlarımla yanında işyeri ile ilgili sıkıntılarımı nadiren dile getiririm.*	2,968	1,331
50	Amirime ve yönetime organizasyondaki verimsizliği düzeltmek adına önerilerde bulunurum.	2,731	1,294
51	İş dışındaki kişilerle işle ilgili kaygılarımı konuşurum.	2,399	1,268
52	Aynı fikirde olmadığım konuları yönetime karşı dile getirebilirim.	2,605	1,303
53	İş arkadaşlarıma sık sık işle ilgili şikâyetlerde bulunurum.	2,354	1,235
54	Çalışanlara adil davranılmadığını düşündüğümde yönetime bunu söylerim.	2,558	1,275
55	Tartışma açısından rahat hissetmediğim işle ilgili kararlar hakkında ailem ve arkadaşlarımla konuşurum.	2,701	1,299

*İşaretili ifadeler ters kodlanmıştır.

Tablo 3'te Örgütsel Muhalefet Anketinde yer alan her bir ifadenin aritmetik ortalamasına ve standart sapma dağılımlarına yer verilmiştir. Tabloya bakıldığında; örgütsel muhalefet anketinin ifadeleri arasında 42. sırada görülen "Ailemin önünde işle ilgili şikâyetlerde bulunmamayı tercih ederim." ifadesi (3,334) hastane çalışanları tarafından katılım düzeyi en yüksek ifade olurken, anketin 39. sırasında yer alan "Yönetimi sorgulayabilirim." ifadesi (2,307) ise hastane çalışanları tarafından katılım düzeyi en düşük olan ifade olarak görülmektedir.

Tabloya bakıldığında; 37, 42, 43 ve 47'inci ifadelerin ortalamalarının 3'ün üzerinde olduğu görülmektedir. Buna göre, hastane çalışanlarının genel manada evlerinde işyerleriyle ilgili sorunları konuşmaktan (3,148) ve ailelerinin önünde iş ile ilgili şikâyette bulunmaktan kaçındıkları (3,334); işyerlerindeki uygulamalarla ilgili hislerini (3,100) ve memnun olmadıkları durumları (3,299) diğer çalışanlarla paylaştıkları görülmektedir.

3.3. Boyutların Psikometrik Özellikleri

3.3.1. Hastane Çalışanlarının İletişim Doyumlarına İlişkin Boyutların Psikometrik Özellikleri

Araştırmada hastane çalışanlarının iletişim doyumları 7 boyut çerçevesinde değerlendirilmiş ve her bir boyutun aldığı değerler Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4. İletişim Doyumu Boyutlarının Psikometrik Özellikleri

Boyutlar	İfade Sayısı	Max/ Min	Cronbach’s Alfa	\bar{x}	Ss	Normallik Testi	
						Kurtosis (Basıklık)	Skewness (Çarpıklık)
Genel Örgütsel Algı	5	1-5	0,794	2,749	0,947	-0,364	0,372
Örgütsel Bütünleşme	5	1-5	0,754	3,205	0,902	-0,359	0,011
Bireysel Geri Bildirim	5	1-5	0,855	2,616	1,039	-0,679	0,377
Üst ile İletişim	5	1-5	0,861	2,768	1,037	-0,695	0,230
Yatay ve Biçimsel Olmayan İletişim	4	1-5	0,725	3,073	0,864	-0,343	0,130
Araç Kalitesi	5	1-5	0,861	2,952	0,990	-0,509	0,182
İletişim İklimi	5	1-5	0,836	2,786	0,938	-0,493	0,287

Tablo 4’de gösterilen her bir boyuta ait bilgiler aşağıda verilmiştir.

Genel Örgütsel Algı Boyutu: Bu boyut 5 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade hastane çalışanlarının hastanenin genel işleyişi hakkındaki bilgi düzeyinden memnuniyetlerini ifade etmektedir. Genel örgütsel algı boyutunun aritmetik ortalaması 2,749 ve standart sapması 0,947 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach’s Alpha) ise 0,794 olarak güvenilir bulunmuştur.

Örgütsel Bütünleşme Boyutu: Bu boyut 5 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade hastane çalışanlarının hastaneyle ve kendi işleriyle ilgili bilgi edinme düzeyinden memnuniyetlerini ifade etmektedir. Örgütsel bütünleşme boyutunun aritmetik ortalaması 3,205 ve standart sapması 0,902 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach’s Alpha) ise 0,754 olarak güvenilir bulunmuştur.

Bireysel Geri Bildirim Boyutu: Bu boyut 5 ifadeden oluşmaktadır. Bu boyuttaki her bir ifade hastane çalışanlarının performans değerlendirmelerinin nasıl yapılacağı ve bu değerlendirmelerin sonuçları vb. konularda ihtiyaç duydukları bilgilere ulaşabilme derecesini ifade etmektedir. Bireysel geri bildirim boyutunun aritmetik ortalaması 2,616 ve standart sapması 1,039 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach’s Alpha) ise 0,855 olarak güvenilir bulunmuştur.

Üst ile İletişim Boyutu: Bu boyut hastane çalışanlarının yöneticileriyle yapmış oldukları iletişimden elde ettikleri doyum düzeyini yansıtmakta ve 5 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 2,768 ve standart sapması 1,037 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach’s Alpha) ise 0,861 olarak güvenilir bulunmuştur.

Yatay ve Biçimsel Olmayan İletişim Boyutu: Boyut içerisindeki ifadelerden bir tanesi (anketteki 25'inci soru) güvenilirlik katsayısını düşürdüğü için boyuttan çıkarılmıştır. Bu nedenle boyut 4 ifadeden oluşmaktadır. Boyuttaki her ifade yatay ve biçimsel olmayan iletişim ağlarının doğruluğunu, açıklığını ve hastane çalışanlarının bu iletişim türlerinden elde ettikleri doyum ifade etmektedir. Yatay ve biçimsel olmayan iletişim boyutunun aritmetik ortalaması 3,073 ve standart sapması 0,864 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach's Alpha) ise 0,725 puan olarak güvenilir bulunmuştur.

Araç Kalitesi Boyutu: Toplamda 5 ifadeden oluşan bu boyut, toplantıların ne kadar düzgün organize edildiği, yönergelerin ne derece düzgün, kısa ve açık yazıldığı, örgütsel yayınların ne kadar yararlı olduğu ve örgütteki iletişim düzeyinin yeterliliği gibi konulardan hastane çalışanlarının doyum derecesini yansıtmaktadır. Araç kalitesi boyutunun aritmetik ortalaması 2,952 ve standart sapması 0,990 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach's Alpha) ise 0,861 puan olarak güvenilir bulunmuştur.

İletişim İklimi Boyutu: Bu boyut 5 ifadeden oluşmaktadır. Bu boyuttaki her bir ifade hastane çalışanlarını örgütsel amaçlar konusunda motive eden kapsamdaki iletişim çeşitleri, çalışanların örgütle özdeşleşmelerini sağlayan öğeler ile çalışanların örgüt içerisinde sağlıklı bir iletişim algılarının olması konularında sağlanan doyum ifade etmektedir. İletişim iklimi boyutunun aritmetik ortalaması 2,786 ve standart sapması 0,938 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach's Alpha) ise 0,836 olarak güvenilir bulunmuştur.

3.3.2. Hastane Çalışanlarının Örgütsel Muhalefet Davranışlarına İlişkin Boyutların Psikometrik Özellikleri

Araştırmada hastane çalışanlarının örgütsel muhalefet davranışları 3 boyut çerçevesinde değerlendirilmiş ve her bir boyutun aldığı değerler Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5. Örgütsel Muhalefet Boyutlarının Psikometrik Özellikleri

Boyutlar	İfade Sayısı	Max/Min	Cronbach's Alfa	\bar{x}	Ss	Normallik Testi	
						Kurtosis (Basıklık)	Skewness (Çarpıklık)
Dikey Muhalefet	9	1-5	0,833	2,725	0,858	-0,485	0,106
Yatay Muhalefet	5	1-5	0,697	2,885	0,834	-0,231	-0,054
Yer Değiştirmiş Muhalefet	6	1-5	0,570	2,704	1,755	0,077	0,113

Tablo 5'de gösterilen her bir boyuta ait bilgiler aşağıda verilmiştir.

Dikey Muhalefet Boyutu: Toplamda 9 ifadeden oluşan bu boyut, hastane çalışanlarının hastane politikaları ve uygulamaları ile ilgili karşıt fikirlerini ve anlaşmazlıklarını direkt olarak ve açık bir şekilde yönetim kesimi, bir üst yöneticilerine karşı dile getirilebilme düzeylerini ifade etmektedir. Dikey muhalefet boyutunun aritmetik ortalaması 2,725 ve standart sapması 0,858 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach's Alpha) ise 0,833 puan olarak güvenilir bulunmuştur.

Yatay Muhalefet Boyutu: Bu boyut 5 ifadeden oluşmaktadır. Bu boyuttaki her bir ifade, hastane çalışanlarının hastanedeki uygulamalarla ilgili görüşlerini, sorunlarını, şikâyetlerini çalışma arkadaşlarına karşı dile getirme düzeylerini ifade etmektedir. Yatay muhalefet boyutunun aritmetik ortalaması 2,885 ve standart sapması 0,834 olarak bulunmuştur.

Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach's Alpha) ise 0,697 olarak güvenilir bulunmuştur.

Yer Değiştirmiş Muhalefet: Bu boyut hastane çalışanlarının hastanede alınan kararlarla ilgili düşüncelerini, kaygılarını, işyeriyle ilgili sıkıntılarını aileleri ve iş dışındaki arkadaşları gibi örgütle bağlantısı olmayan kişilere karşı dile getirme düzeylerini ifade etmekte ve 6 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 2,704 ve standart sapması 1.755 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach's Alpha) ise 0,570 olarak güvenilir bulunmuştur.

3.4. İletişim Doyumunun Örgütsel Muhalefet Üzerine Etkisinin Analizi

Bu başlık altında çalışmadaki asıl merak edilen konu olan iletişim doyumu boyutlarının örgütsel muhalefet davranışları üzerindeki etkilerine dair elde edilen bulgular ortaya konulacaktır.

3.4.1. İletişim Doyumu Boyutlarının Dikey Muhalefet Üzerine Etkisinin Analizi

İletişim doyumu boyutlarının örgütsel muhalefet boyutlarından “dikey muhalefet” boyutu üzerine etkisinin regresyon analizi sonuçları Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. İletişim Doyumu Boyutlarının Dikey Muhalefet Üzerine Etkisinin Analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Genel Örgütsel Algı	Dikey Muhalefet	0,583	0,340	22,419	0,000	0,037	0,489	0,625
Örgütsel Bütünleşme						0,069	0,922	0,357
Bireysel Geri Bildirim						0,224	2,861	0,005*
Üst ile İletişim						0,207	2,099	0,037*
Yatay ve Biçimsel Olmayan İletişim						0,057	0,657	0,511
Araç Kalitesi						0,156	1,630	0,104
İletişim İklimi						-0,084	-0,814	0,416

Regresyon analizi sonucunda dikey muhalefet değişkenindeki değişimin %34’ü (R²=0,340) bağımsız değişkenler (genel örgütsel algı, örgütsel bütünleşme, bireysel geri bildirim, üst ile iletişim, yatay ve biçimsel olmayan iletişim, araç kalitesi ve iletişim iklimi) tarafından açıklanmaktadır. Ayrıca modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı açısından bir problem olmadığı görülmüştür (F=22,419, p=0,000).

Yapılan regresyon analizi sonucunda bağımsız değişkenlerden genel örgütsel algı (β=0,037, t=0,489, p=0,625), örgütsel bütünleşme (β=0,069, t=0,922, p=0,357), yatay ve biçimsel olmayan iletişim (β=0,057, t=0,657, p=0,511) ve araç kalitesi (β=0,156, t=1,630, p=0,104) boyutlarının dikey muhalefet boyutu üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Bağımsız değişkenlerden sadece iletişim iklimi boyutunun dikey muhalefet boyutu üzerinde negatif bir etkisinin olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($\beta=-0,084$, $t=-0,814$, $p=0,416$).

Bireysel geri bildirim ($\beta=0,224$, $t=2,861$, $p=0,005$) ve üst ile iletişim ($\beta=0,207$, $t=2,099$, $p=0,037$) boyutlarının ise dikey muhalefet üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Hastane çalışanlarının bireysel geri bildirim ve üst ile iletişimden edindikleri doyum düzeyi çalışanların dikey muhalefet davranışı sergileme eğilimlerini de olumlu bir şekilde etkilemektedir.

3.4.2. İletişim Doyumu Boyutlarının Yatay Muhalefet Üzerine Etkisinin Analizi

İletişim doyumu boyutlarının örgütsel muhalefet boyutlarından “yatay muhalefet” boyutu üzerine etkisinin regresyon analizi sonuçları Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. İletişim Doyumu Boyutlarının Yatay Muhalefet Üzerine Etkisinin Analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Genel Örgütsel Algı	Yatay Muhalefet	0,290	0,084	4,020	0,000	-0,047	-0,533	0,594
Örgütsel Bütünleşme						0,042	0,471	0,638
Bireysel Geri Bildirim						0,146	1,564	0,119
Üst ile İletişim						-0,248	-2,184	0,030*
Yatay ve Biçimsel Olmayan İletişim						0,228	2,235	0,026*
Araç Kalitesi						0,030	0,268	0,789
İletişim İklimi						-0,127	1,049	0,295

Regresyon analizi sonucunda yatay muhalefet değişkenindeki değişimin %8,4’ü ($R^2=0,084$) bağımsız değişkenler (genel örgütsel algı, örgütsel bütünleşme, bireysel geri bildirim, üst ile iletişim, yatay ve biçimsel olmayan iletişim, araç kalitesi ve iletişim iklimi) tarafından açıklanmaktadır. Ayrıca modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı açısından bir problem olmadığı görülmüştür ($F=4,020$, $p=0,000$).

Regresyon analizi sonucuna göre; bağımsız değişkenlerden genel örgütsel algı boyutunun yatay muhalefet boyutu üzerinde negatif bir etkisinin olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($\beta=-0,047$, $t=-0,533$, $p=0,594$).

Bağımsız değişkenlerden örgütsel bütünleşme ($\beta=0,042$, $t=0,471$, $p=0,638$), bireysel geri bildirim ($\beta=0,146$, $t=1,564$, $p=0,119$), araç kalitesi ($\beta=0,030$, $t=0,268$, $p=0,789$) ve iletişim iklimi ($\beta=0,127$, $t=1,049$, $p=0,295$) boyutlarının yatay muhalefet boyutu üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Üst ile iletişim boyutunun yatay muhalefet boyutu üzerinde negatif bir etkisinin olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\beta=-0,248$, $t=-2,184$, $p=0,030$). Bunun yanı sıra yatay ve biçimsel olmayan iletişim boyutunun yatay muhalefet boyutu üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu ve bu etkinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu

bulunmuştur ($\beta=0,228$, $t=2,235$, $p=0,026$).

3.4.3. İletişim Doymu Boyutlarının Yer Değiştirmiş Muhalefet Üzerine Etkisinin Analizi

İletişim doymu boyutlarının örgütsel muhalefet boyutlarından “yer değiştirmiş muhalefet” boyutu üzerine etkisinin regresyon analizi sonuçları Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. İletişim Doymu Boyutlarının Yer Değiştirmiş Muhalefet Üzerine Etkisinin Analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Genel Örgütsel Algı	Yer Değiştirmiş Muhalefet	0,290	0,084	4,018	0,000	0,018	0,201	0,841
Örgütsel Bütünleşme						-0,257	-2,880	0,004*
Bireysel Geri Bildirim						0,315	3,340	0,001*
Üst ile İletişim						0,121	1,065	0,288
Yatay ve Biçimsel Olmayan İletişim						0,168	1,650	0,100
Araç Kalitesi						-0,110	-0,977	0,330
İletişim İklimi						-0,080	-0,663	0,508

Regresyon analizi sonucunda yer değiştirmiş muhalefet değişkenindeki değişimin %8,4’ü ($R^2=0,084$) bağımsız değişkenler (genel örgütsel algı, örgütsel bütünleşme, bireysel geri bildirim, üst ile iletişim, yatay ve biçimsel olmayan iletişim, araç kalitesi ve iletişim iklimi) tarafından açıklanmaktadır. Ayrıca modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı açısından bir problem olmadığı görülmüştür ($F=4,018$, $p=0,000$).

Örgütsel bütünleşme boyutunun yer değiştirmiş muhalefet boyutu üzerinde negatif bir etkisinin olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\beta=-0,257$, $t=-2,880$, $p=0,004$). Bunun yanı bireysel geri bildirim boyutunun yer değiştirmiş muhalefet boyutu üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu ve bu etkinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\beta=0,315$, $t=3,340$, $p=0,001$).

Bağımsız değişkenlerden genel örgütsel algı ($\beta=0,018$, $t=0,201$, $p=0,841$), üst ile iletişim ($\beta=0,121$, $t=1,065$, $p=0,288$) ve yatay ve biçimsel olmayan iletişim ($\beta=0,168$, $t=1,650$, $p=0,100$) boyutlarının yer değiştirmiş muhalefet boyutu üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Araç kalitesi ($\beta=-0,110$, $t=-0,977$, $p=0,330$) ve iletişim iklimi ($\beta=-0,080$, $t=-0,663$, $p=0,508$) boyutlarının yer değiştirmiş muhalefet boyutu üzerinde negatif bir etkisinin olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

IV. TARTIŞMA

Bu bölümde yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular tartışılarak, örgütsel muhalefet ve iletişim doymu ile ilgili yapılan çalışmaların bulguları karşılaştırılmıştır.

Bu araştırmada katılımcıların demografik değişkenlere göre görev dağılımlarına bakıldığında; hekimlerin yoğun bir iş temposu içinde olmasından dolayı fazla zamanlarının olmamasının, diğer katılımcılara göre sayılarının az olmasına neden olduğu görülmektedir. ‘Diğer personel’ grubunun yüzdesinin fazla olmasının nedeni olarak da bazı çalışanların hangi kategoriye girdiğini bilmeyerek diğer kısmını işaretlemesi gösterilebilecektir.

Hastane çalışanlarının iletişim doyumlarına ilişkin ifadelerin ortalamalarına bakılarak; ifadeler arasında en yüksek “İşyerimdeki süreçler ile ilgili bilgi düzeyinden memnunum.” (3,721), en düşük ise “Kurumumuzun mali durumu ile ilgili bilgi verilir.” (2,212) ifadesinden doyum sağlandığı tespit edilmiştir. Buradan anlaşılacağı üzere, hastane çalışanları kurumlarının mali durumlarıyla ilgili yeterli bilgiyi edinemezken, işyeri süreçleriyle ilgili bilgi düzeyinden edindikleri doyum düzeyi ise diğer ifadelerle oranla yüksek seviyededir. Girişken (2015)’in yapmış olduğu “Bir Kamu Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının İletişim Doyumları ile Örgütsel Adalet Algıları Arasındaki İlişki” başlıklı yüksek lisans tezinde de (ast ile iletişim boyutunun ifadeleri çalışmamızda olmadığı için göz ardı edilmiştir) ifadelerin ortalamalarına bakıldığında, bu çalışmada olduğu gibi doyum düzeyi en yüksek olan ifade “İşyerimdeki süreçler ile ilgili bilgi düzeyinden memnunum.” (3,43) ifadesi olmuştur. İfadelerin ortalamalarına bakılarak doyum düzeyinin en düşük olduğu ifade ise bu çalışmada tespit edilenden farklı olarak, “Örgütsel iletişimin amaçlara ulaşması için çalışanlarda coşku uyandırması ve motive etmesi bakımından memnunum.” (2,02) ifadesinin olmuştur.

Hastane çalışanlarının örgütsel muhalefet davranışlarına ilişkin ifadelerin ortalamalarına bakıldığında; “Ailemin önünde işle ilgili şikâyetlerde bulunmamayı tercih ederim.” (3,334) ifadesi hastane çalışanları tarafından katılım düzeyi en yüksek ifade olurken, “Yönetimi sorgulayabilirim.” (2,307) ifadesi ise hastane çalışanları tarafından katılım düzeyi en düşük olan ifade olarak görülmektedir. Buradan, araştırmanın uygulandığı hastane çalışanlarının, yer değiştirmiş muhalefet boyutu ifadelerinden olan “Ailemin önünde işle ilgili şikâyetlerde bulunmamayı tercih ederim.” ifadesine katılım düzeylerinin yüksek olduğu, yani hastane çalışanlarının işleriyle ilgili konularda şikâyetlerini, sıkıntılarını ailelerinin önünde dile getirmeyi tercih etmediği sonucuna ulaşılmaktadır. Bunun yanı sıra elde edilen sonuçlara göre, çalışanların yönetimi rahat bir şekilde sorgulayamadığı ortaya konulmaktadır. Özdemir (2010)’in yapmış olduğu “Ankara İli Kamu Genel Liselerinde Görev Yapan Yönetici ve Öğretmenlerin Örgütsel Muhalefete İlişkin Görüşleri” başlıklı doktora tezinde Ankara ili merkez ilçelerden seçilen kamu genel liselerindeki öğretmenlerin muhalif davranışlarına ait ifadelerden “Yöneticinin kendisine itiraz ederim.” ifadesi 4.01 aritmetik ortalamayla en yüksek katılım düzeyine sahip olmuştur. “Konu hakkında basın kuruluşlarına bilgi veririm.” ifadesi ise 1,49 aritmetik ortalamayla Özdemir (2010)’in çalışmasında en düşük katılım düzeyine sahip olan ifade olmuştur. Benzer şekilde; Ağalday (2013) yapmış olduğu “İlköğretim Okullarında Görevli Öğretmenlerin Örgütsel Muhalefete İlişkin Görüşleri” başlıklı yüksek lisans tezinde Özdemir (2010)’in geliştirmiş olduğu örgütsel muhalefet ölçeğini kullanmış ve I. kademedeki görevli öğretmenlerin sergiledikleri muhalif davranışlara ait ifadelerden “Yöneticinin kendisine itiraz ederim.” ifadesi 3,95 aritmetik ortalamayla en yüksek katılım oranına sahip olmuştur. “Konu hakkında basın kuruluşlarına bilgi veririm.” ifadesi de 1,36 aritmetik ortalamayla Ağalday (2013)’in çalışmasında en düşük katılım düzeyine sahip ifade olmuştur. Buradan anlaşılacağı üzere; Isparta ilinde bu araştırmanın uygulanmış olduğu üniversite, kadın doğum ve devlet hastanesi çalışanları yönetimi sorgulayabilme konusunda çekimser kalmaktayken, Özdemir (2010)’in çalışmasına konu olan Ankara ili merkez ilçelerden seçilen kamu genel liselerindeki öğretmenlerin ve Ağalday (2013)’in çalışmasına konu olan Mardin ili ilköğretim okullarında I. kademedeki görevli öğretmenlerin yöneticilere itiraz etme konusunda daha rahat olduğu söylenebilmektedir.

Hastane çalışanlarının çalışma kapsamında örgütsel muhalefet ile ilgili ifadelerden aldıkları puanların ortalaması genel olarak 3'ün altında kalmıştır. Buradan anlaşılmaktadır ki, araştırmanın yapıldığı hastanelerde örgütsel muhalefet davranışları orta düzeyde sergilenmektedir. Ağalday (2013)'in çalışmasında öğretmenlerin örgütsel muhalefet davranışlarına ilişkin genel ortalaması da 3'ün altında bulunmuş ve ilköğretim okullarında öğretmenlerin genel olarak nadiren muhalif davranışlar sergilediği ortaya konmuştur. Ek olarak, Beldek (2015)'in Türkiye Şeker Fabrikaları A.Ş. Genel Müdürlüğü bünyesinde çalışan devlet memurlarının üzerinde yapmış olduğu çalışmada da katılımcılara örgütsel muhalefet ölçeği uygulanarak genel ortalama 2,64 bulunmuş ve katılımcıların örgütsel muhalefet algılarının genel manada düşük olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; hastane çalışanlarının iletişim doyumu alt boyutlarından elde ettiği doyum düzeyleri sırasıyla örgütsel bütünleşme (3,205), yatay ve biçimsel olmayan iletişim (3,073), araç kalitesi (2,952), üst ile iletişim (2,768), genel örgütsel algı (2,749), iletişim iklimi (2,786) ve bireysel geri bildirim (2,616) şeklindedir. Buradan anlaşılacağı üzere, hastane çalışanlarının hastaneyle ve kendi işleriyle ilgili bilgi edinme düzeyinden memnuniyetlerini ifade eden örgütsel bütünleşme boyutu en yüksek doyumu sağlamıştır. Gülnar'ın 2007 yılında "İletişim Doyumu Boyutları ile Örgütlenme Yapısı İlişkisi: Selçuk Üniversitesi Akademisyenleri Örneği" başlıklı Selçuk Üniversitesi akademisyenleri üzerinde 7'li puan cetveli şeklinde uygulamış olduğu çalışmada ise katılımcıların iletişim doyumu alt boyutları incelendiğinde en yüksek düzeyde doyum sağlanan ilk üç boyut sırasıyla yatay ve biçimsel olmayan iletişim (4.44), araç kalitesi (4.23) ve üst ile iletişim (4.09) olmuştur. Köksal (2012)'in yapmış olduğu "İlköğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenlerin İletişim Doyumunun Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tezinde katılımcıların iletişim doyumu alt boyutlarından elde ettiği doyum düzeyleri sırasıyla resmi olmayan yatay iletişim (3,92), örgütsel bütünleşme (3,68), genel örgütsel perspektif (3,56), kişisel geri bildirim (3,35), medya niteliği (araç kalitesi) (3,47), üstlerle iletişim (3,31) ve iletişim iklimi (3,29) şeklindedir. Görüleceği üzere, doyum düzeyinin yüksek olduğu iletişim doyumu alt boyutları bahsedilen çalışmalarda benzerlik göstermektedir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; hastane çalışanlarının örgütsel muhalefet davranışları alt boyutlarından daha çok hangilerini sergilemeyi tercih ettiklerine bakıldığında sırasıyla yatay muhalefet (2,885), dikey muhalefet (2,725) ve yer değiştirmiş muhalefet (2,704) gelmektedir. Buradan hastane çalışanlarının hastane politikaları, uygulamaları vb. konulardaki karşıt görüş ve düşüncelerini yönetim kesimi ve bir üst yöneticisiyle ya da ailesi ve iş dışı arkadaşlarıyla paylaşmaktan ziyade iş arkadaşlarına karşı dile getirmeyi tercih ettiği söylenebilmektedir. Fakat boyutların ortalamalarından da anlaşılacağı üzere örgütsel muhalefet davranışlarının alt boyutları arasında büyük farklar olmayıp, hastane çalışanları tarafından tercih edilme düzeyleri birbirine yakındır. Özdemir (2010)'in doktora tezinde Ankara ili merkez ilçelerden seçilen kamu genel liselerindeki öğretmenlerin muhalif davranışlarına ait yapmış olduğu çalışmada örgütsel muhalefet davranışları alt boyutları olarak açık (dikey) muhalefet, örtük (yatay) muhalefet ve haber uçurma davranışları ele alınmıştır. Bu bağlamda Özdemir (2010)'in çalışmasında öğretmenlerin örgütsel muhalefet davranışları alt boyutlarından daha çok hangilerini sergilemeyi tercih ettiklerine bakıldığında sırasıyla açık muhalefet, haber uçurma ve örtük muhalefet davranışları gelmektedir. Akada (2015) "Örgütsel Muhalefete İlişkin Öğretmen Görüşleri" başlıklı yüksek lisans tezinde İzmir ili Buca merkez ilçesinde kamu ortaokullarında görev yapan öğretmenlerin örgütsel muhalefet davranışlarına ilişkin görüşlerine yönelik yapmış olduğu çalışmada Özdemir (2010)'in geliştirdiği örgütsel muhalefet ölçeğini kullanmıştır. Akada (2015)'nin çalışmasında öğretmenlerin örgütsel muhalefet davranışları alt boyutlarından daha çok hangilerini sergilemeyi tercih ettiklerine bakıldığında sırasıyla yukarı (dikey) muhalefet (3,87), örtük (yatay) muhalefet (2,65) ve haber uçurma (2,75) gelmektedir. Yıldız (2014)'in "Örgütsel Muhalefet" çalışmasında da benzer bir biçimde öğretmenlerin örgütsel muhalefet

davranışları alt boyutları sıralaması açık muhalefet (2,74), örtük muhalefet (2,54), haber uçurma (2,29) şeklinde ortaya çıkmıştır. Buradan anlaşılacağı üzere; öğretmenler üzerinde yapılmış olan bahsi geçen çalışmalarda daha çok dikey muhalefet davranış eğilimleri yüksek bulunmaktayken, hastane çalışanları üzerinde yapılmış olan bu çalışmada farklı olarak yatay muhalefet davranış biçiminin daha çok tercih edildiği görülmektedir.

Yapılan araştırmalar sonucunda hastane çalışanlarının örgütsel muhalefet davranış eğilimlerini tespit etmek adına yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışma öncü bir nitelik taşımaktadır. Örgütsel muhalefet konusuyla ilgili çalışmaların daha çok öğretmenler üzerinde uygulandığı tespit edilmiştir. Bu doğrultuda hastane çalışanlarının sonuçlarının öğretmenlerin sonuçlarıyla kıyaslamasının ne derece uygun olduğu tartışmalı bir konudur. Hastaneler ve eğitim kurumları yapıları, işleyişleri, çalışanların nitelikleri, yönetim şekilleri vb. pek çok bakımdan birbirinden ayrılmaktadır. Bu nedenledir ki ileride konuyla ilgili olarak yapılacak çalışmalarda hem hastane çalışanları hem de diğer sektör çalışanları üzerinde uygulamalara gidilmesi gerektiği düşünülmektedir ki bu sayede kıyaslamalar ve yorumlamalar daha çarpıcı ve doğru sonuçlar ortaya koyabilsin.

Hastane çalışanlarındaki dikey muhalefet davranışı sergileme eğiliminin diğer çalışmalarda inceleme konusu olmuş olan öğretmenlere oranla daha düşük seviyede çıkması pek çok nedene bağlanabilir. Fakat bir il ve örneklem üzerinden hastane çalışanlarını genelleyerek iki farklı sektörün çalışanları arasında bu denli genel söylemlerde bulunmak doğru olmayabilecektir. Bu nedenden ötürü daha önce de belirtildiği gibi konuyla ilgili çalışmaların artırılması konunun derinlik kazanması ve daha doğru yorumlamalar yapılabilmesi açısından önem taşımaktadır.

İletişim doyumu boyutlarının dikey muhalefet üzerindeki etkisini ortaya koymak için yapılan regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında; bireysel geri bildirim ve üst ile iletişim boyutlarının dikey muhalefet üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu durum şu şekilde yorumlanabilir; hastane çalışanları üstleriyle edindikleri iletişimden doyum sağladıklarında yani yöneticiler çalışanların sorunlarını dinlemeye, çalışanlarla iletişim başlatmaya istekli olduklarında ve çalışanların problemlerine çözüm odaklı bir şekilde yaklaştıklarında, hastane çalışanlarının üst ile iletişim doyumları artacak ve buna bağlı olarak da çalışanlar dikey muhalefet yolunu tercih edeceklerdir. Çünkü çalışanların dikey muhalefeti tercih edebilmesi örgüt yapıları ve yönetici tutum ve davranışlarıyla bağlantılıdır. Eğer ki yöneticiler çalışanlarıyla iletişim kurma konusunda hevesli olur, çalışanların problemlerini, fikirlerini dinler, bunlara yönelik çalışmalar yapar ve çalışanların da örgüt kararlarının alınmasında etkin bir şekilde rol oynamasını sağlar ise çalışanlar örgüt içerisindeki uygulama ve politikalara yönelik karşıt görüşlerini, işle ilgili yaşadıkları sıkıntılarını daha rahat bir biçimde yöneticilerine karşı dile getirebileceklerdir. Bunun sonucunda, üst ile iletişimden doyum sağlanmasıyla birlikte çalışanların dikey muhalefet davranışları da artış gösterebilecektir.

Kassing (2000) yapmış olduğu bir çalışmada çalışanlar tarafından algılanan yönetici-çalışan ilişkisinin çalışanların örgütsel muhalefet davranışları ile ilişkisini incelemiştir. Bu çalışmanın sonucunda da benzer şekilde, çalışanlar tarafından algılanan yönetici-çalışan ilişkisi yüksek kalitede olduğunda çalışanlar dikey muhalefet davranışı sergileme eğiliminde iken, yönetici-çalışan arasında daha düşük kaliteli ilişkiler söz konusu olduğunda çalışanların daha çok yatay muhalefet davranışı sergileme eğiliminde oldukları ortaya konulmuştur.

Dikey muhalefet davranışlarının artması, yöneticiler açısından büyük avantajlar sağlayabilmektedir. Dikey muhalefet davranışları yöneticiler ve örgütün geneli açısından önemli bir bilgi kaynağı olarak görülmektedir. Çünkü başka yollardan elde edilemeyecek birçok bilgi, çalışanlardan sağlanabilecektir. Yöneticiler örgüt içerisinde kendilerinin fark

edemediği sorunları çalışanlar yoluyla öğrenebilecek ve bunlara karşı çözüm yolları üretebilecektir. Bunun dışında çalışanların doyum düzeyleri arttırılacak ve çalışanların sorunları da giderilerek örgüt amaç ve hedefleri doğrultusunda daha iyi bir şekilde motive olmaları sağlanabilecektir. Özellikle hastanelerde üretim çıktısı olarak insan sağlığının olduğu düşünülürse, bu husus hayati önem taşımaktadır. Ayrıca hastanelerde çalışanların doyum düzeyleri arttırılarak ve sorunlarına çözümler bulunarak hastaneler için çok önemli olan “güler yüz” politikası daha kolay bir şekilde uygulanacak, çalışanlar daha rahat olacağından, bunlar gelen hastalara ve sağlık çıktılarına da yansıtacaktır.

Bireysel geri bildirim boyutunun dikey muhalefet davranışları üzerindeki olumlu etkilerine gelecek olursak; çalışanlar performanslarının nasıl değerlendirildiği, değerlendirme sonuçlarının sunumu, başarıya ulaşmış ulaşılmadıkları, işlerini yaparken karşılaşılabilecekleri problemlerin çözümlerine ilişkin raporların sunumu ve yöneticilerinin karşılaştıkları problemleri bilmesi ve anlaması konuları bakımından doyum sağladıklarında, dikey muhalefet davranışı sergileme eğilimleri daha fazla olacaktır. Çünkü çalışanlar yöneticilerinden işleriyle ilgili karşılaştıkları sıkıntılar, performans değerlendirmeleri vb. konularda geri bildirimler aldıklarında, yöneticileri tarafından önemsendiklerini, işlerinin örgüt içerisinde önemli bir yeri olduğunu düşünerek, örgütte bir sorunla karşılaştıklarında bunu direkt olarak sorunu çözüme ulaştırabilecek olan yöneticilerine bildirme ihtiyacı hissederler.

İletişim doyumunu boyutlarının yatay muhalefet üzerindeki etkisini ortaya koymak için yapılan regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında; üst ile iletişim ve yatay ve biçimsel olmayan iletişim boyutlarının yatay muhalefet üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Üst ile iletişim boyutunun yatay muhalefet davranışı üzerindeki etkisi negatif yönlü bulunmuştur. Yani, hastane çalışanlarının üstlerle iletişim doyumları arttıkça yatay muhalefet sergileme eğilimleri azalacaktır. Bunun nedeni ise yukarıda belirtilen, çalışanların üstleriyle iletişimden elde ettikleri doyum düzeyinin artmasıyla dikey muhalefet davranışlarının da artmasından kaynaklanabilir. Yani çalışanların üst ile iletişim doyumunu arttıkça örgüt içerisindeki sorunlarını, düşüncelerini ya da uygulama ve örgüt politikalarına yönelik karşıt görüşlerini iş arkadaşlarıyla paylaşmak yerine direkt yöneticilerine karşı dile getirmeyi tercih edebileceklerdir. Şöyle ki, örgütte bu tarz bir sorun olduğunda bunu yöneticiye karşı dile getirmek, sorunun çözüme ulaşabilmesi açısından, iş arkadaşlarına karşı dile getirmeye oranla, daha iyi bir yöntem olabilmektedir. Eğer ki örgütte yöneticilerle iletişim kurma konusunda bir sıkıntı yaşanmıyorsa ve yöneticiler çalışanlarının problemlerini dinlemeye hevesli ve çözüm odaklı bir tutum içerisindeyse, çalışanlar da yatay muhalefet davranış eğilimlerini bu nedenlerden ötürü düşürebileceklerdir.

Yatay ve biçimsel olmayan iletişim boyutunun yatay muhalefet davranışları üzerindeki etkisine gelecek olursak; yatay ve biçimsel olmayan iletişim boyutunun yatay muhalefet davranışları üzerinde olumlu bir etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir. Aslında bu etki beklenen bir sonuçtur. Şöyle ki, yatay ve biçimsel olmayan iletişim doyumunu çalışanlar arasında olan, kendiliğinden oluşan, içerisinde dikey yönlü bir hiyerarşinin olmadığı iletişim türlerinden ve bunların açık ve doğru bir şekilde olup olmamasına bağlı olarak elde edilen doyumunu ifade etmektedir. Yatay muhalefet davranışları da çalışanların örgütle ilgili düşüncelerini, problemlerini iş arkadaşlarıyla paylaşması şeklinde olduğu için, çalışanların iş arkadaşlarıyla kurdukları iletişimden sağladıkları doyum oranıyla birlikte yatay muhalefet davranışı sergileme eğilimlerinin de artması doğal bir sonuç olacaktır.

Son olarak, iletişim doyumunu boyutlarının yer değiştirmiş muhalefet üzerindeki etkisini ortaya koymak için yapılan regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında; örgütsel bütünleşme boyutunun yer değiştirmiş muhalefet üzerinde negatif yönlü, bireysel geri bildirim boyutunun ise yer değiştirmiş muhalefet üzerinde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı

bir etkisinin olduğu belirlenmiştir. Buradan, hastane çalışanlarının hastaneyle ve kendi işleriyle ilgili bilgi edinme düzeylerinden memnuniyetleri arttıkça yer değiştirmiş muhalefet davranışları da azalacaktır denilebilmektedir. Çalışanlar kurumlarıyla ilgili (iş gereklilikleri, personel haberleri vb.) konularda bilgileri zamanında ve yeterli düzeyde aldıklarında, örgüt uygulamalarıyla ilgili karşıt görüş ve düşüncelerini iş dışı arkadaşları ya da aileleriyle paylaşmayı tercih etmemektedirler. Yer değiştirmiş muhalefette örgütle ilgili yaşanan sorunlar, fikir ve öneriler iş dışı arkadaşlar ve aile dışında bazı kişilere de aktarılabilen ve bu tür davranışlar örgüt için zararlı sonuçlar doğurabilmektedir. Huff ve diğerlerinin (1989) yapmış olduğu çalışmada örgütleriyle sağlıklı ve yeterli iletişim sağlayan çalışanların bu sayede kendilerini örgütteki süreçlere dâhil hissederek örgütsel bağlılıklarının arttığı sonucu elde edilmiştir. Buradan da anlaşılacağı üzere çalışanların iletişim doyumunu alt boyutlarından örgütsel bütünleşme boyutu doyumları arttıkça örgütsel bağlılıkları da artacağından, örgütle ilgili problemleri üçüncü taraflara taşımayı tercih etmeyerek, yer değiştirmiş muhalefet davranışını sergileme eğilimleri azalacaktır. Bunun yanı sıra, iletişim doyumunu alt boyutlarından bireysel geri bildirim boyutunun yer değiştirmiş muhalefet üzerinde olumlu bir etkisi bulunmaktadır. Yani, çalışanlar performanslarıyla ilgili, başarıya ulaşım ulaşılmadıkları vb. konularda geri dönütler aldıklarında yer değiştirmiş muhalefet davranışı sergileme eğilimleri artmaktadır. Açıkça söylemek gerekir ki, bu beklenen bir sonuç değildir. Bireysel geri bildirim boyutunun dikey muhalefete olumlu yönde bir etkisi varken, yer değiştirmiş muhalefet davranışına da olumlu etkisinin olması ilginç bir sonuçtur. Bunun altında yatan nedenler (perde arkasındaki nedenler) başka bir araştırma için çalışma konusu olabilecek niteliktedir.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, hastane çalışanlarının iletişim doyumunu alt boyutlarından elde ettikleri doyum düzeyleri ve bunların hastane çalışanlarının örgütsel muhalefet davranışı sergileme stratejileri üzerindeki etkileri incelenmiştir. Bu kapsamda, araştırmanın yapıldığı Isparta il merkezinde faaliyet göstermekte olan Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Isparta Devlet Hastanesi çalışanlarından oluşan toplam 410 katılımcıya ulaşılmıştır. Ankette bulunan ilk 35 ifadeyle “hastane çalışanlarının iletişim doyumunu alt boyutlarından elde ettikleri doyum düzeyleri”, kalan 20 ifadeyle ise “hastane çalışanlarının örgütsel muhalefet davranışı sergileme stratejileri” ölçülmüştür.

Çalışmada hastane çalışanlarının örgütsel muhalefet ile ilgili ifadelerden aldıkları puanlar doğrultusunda, araştırmanın yapıldığı hastanelerde örgütsel muhalefet davranışlarının orta düzeyde sergilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Hastane çalışanlarının sergiledikleri muhalefet davranışlarına bakıldığında en çok yatay muhalefet davranışlarının, sonrasında dikey muhalefet davranışlarının ve son olarak da yer değiştirmiş muhalefet davranışlarının sergilendiği görülmüştür.

Çalışmada, iletişim doyumunu alt boyutlarının hastane çalışanlarının sergiledikleri örgütsel muhalefet davranışları üzerinde etkili olduğu ortaya çıkmıştır. İletişim doyumunu alt boyutlarından olan üst ile iletişim doyumunun, çalışanların dikey muhalefetlerini arttırdığı ve yatay muhalefetlerini ise azalttığı sonucu elde edilmiştir. Bunun yanı sıra, yatay ve biçimsel olmayan iletişim boyutunun, çalışanların yatay muhalefet davranışları üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu bulunmuştur. İletişim doyumunu alt boyutlarından örgütsel bütünleşme boyutu doyumunun ise, çalışanların örgütsel bağlılıklarını arttırarak yer değiştirmiş muhalefet davranışı sergileme eğilimlerini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Son olarak, bireysel geri bildirim boyutundan sağlanan doyum düzeyinin dikey muhalefet davranışları ve yer değiştirmiş muhalefet davranışları üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Bu sonuçlardan hareketle aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Hastane yöneticileri, çalışanlarının kurumda yaşadıkları sorunları, kurumun politika ve uygulamalarından farklı düşen fikirlerini kendilerine yönelik olarak dile getirmelerini istiyor, dikey muhalefeti destekliyor ise çalışanlarıyla iletişim kurmaya, çalışanlarının problemlerini dinlemeye ve çözüm üretmeye istekli olmalıdırlar. Bu doğrultuda hastane yöneticileri hiyerarşik çerçevenin dışında çalışanlarıyla iletişim kurabilecekleri ortamlar (çalışanların sorunlarını ve karşıt görüşlerini daha rahat dile getirebileceği ortamlar) oluşturmalıdırlar. Kurum içerisinde çalışanlarla birebir yapılabilecek görüşmelerle birlikte, çalışanların sorunlarını dinlemeye yönelik toplantılar da gerçekleştirilebilir.
2. Hastane çalışanlarının kurumla ilgili olumsuz düşüncelerini hastane dışından kişilere anlatmaması açısından, çalışanlara hastanedeki süreçlerle, kendi yaptıkları işin gereklilikleriyle, hastanenin politika ve amaçlarıyla ilgili yeterli düzeyde bilgi verilmelidir. Hastane çalışanlarına kurum politika ve amaçları, iş süreçleri vb. konularda bilgiler raporlar halinde ya da düzenlenebilecek olan toplantılarla verilebilir.
3. Hastane çalışanlarının yaptıkları işlerle ilgili geri dönütler sağlanarak, hastanedeki uygulamalar hakkındaki karşıt düşüncelerini, yanlış gördükleri bir takım şeyleri yöneticilerine karşı dile getirmesi sağlanabilir. Bu kapsamda hastane çalışanlarının yapılan performans değerlendirmelerine yönelik çalışanlara raporlar sunulabilir.
4. Hastane çalışanlarının aldıkları puanlar (ortalamaları 3'ün altında) doğrultusunda çalışmanın yapıldığı hastanelerde genel manada çalışanların muhalif görüşlerini dile getirmedikleri görülmüştür. Hastane çalışanlarının örgütsel muhalefet davranışı sergileme eğilimlerinin düşük olmasının pek çok nedeni olabilir. Hastane çalışanlarının çekinmeden muhalif görüşlerini dile getirmesini sağlayacak örgütsel koşulların geliştirilmesi bu konuda etkili olabilir. Bu bağlamda, hastane yöneticileri çalışanların muhalefet davranışlarına yönelik ılımlı bir tutum sergileyerek, çalışanların muhalif davranışlar sergilediklerinde kendileri açısından kötü sonuçlar doğmayacağına inandırılması sağlanabilir.
5. Örgütsel muhalefet kavramıyla ilgili olarak hastane çalışanları ve diğer sektör çalışanları üzerinde yapılan çalışmaların sayısı artırılmalı ve kıyaslamalar yapılmalıdır.
6. Bireysel geri bildirim boyutunun yer değiştirmiş muhalefet davranışını üzerindeki olumlu etkisinin arka planında yatan nedenlerin ne olduğu araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ağalday B. (2013) İlköğretim Okullarında Görevli Öğretmenlerin Örgütsel Muhalefete İlişkin Görüşleri. **Dicle Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Diyarbakır.
2. Akada T. (2015) Örgütsel Muhalefete İlişkin Öğretmen Görüşleri. **Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İzmir.
3. Aksel S. F. (2013) Relationship Between Workplace Democracy and Organizational Dissent Behavior. **Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
4. Beldek E. G. (2015) Örgütsel Özdeşleşme Örgütsel Sinizm ve Örgütsel Muhalefet İlişkisi: Görgül Bir Araştırma. **Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
5. Can A. (2014) **SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi**. 3. Baskı. Pegem Akademi, Ankara.

6. Crino M. D. and White M. C. (1981) Satisfaction in Communication: An Examination of The Downs-Hazen Measure. **Psychological Reports** 49(3): 831-838.
7. Downs C. W. and Hazen M. D. (1977) A Factor Analytic Study of Communication Satisfaction. **Journal of Business Communication** 14(3): 63-73.
8. Erdoğan B. (1997) Örgütsel Güç ve Politika. **Yönetim** 8(26): 21-31.
9. Garner J. T. (2006) When Things Go Wrong At Work: Expressions of Organizational Dissent as Interpersonal Influence. **Texas A and M University, Unpublished Doctoral Dissertation**, Texas.
10. Garner J. T. (2013) Dissenters, Managers, and Coworkers: The Process of Co-Constructing Organizational Dissent and Dissent Effectiveness. **Management Communication Quarterly** 27(3): 373-395.
11. Girişken A. G. (2015) Bir Kamu Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının İletişim Doyumları İle Örgütsel Adalet Algıları Arasındaki İlişki. **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
12. Goodboy A. K., Chory R. M. and Dunleavy K. N. (2008) Organizational Dissent as a Function of Organizational Justice. **Communication Research Reports** 25(4): 255-265.
13. Graham J. W. (1983) Principled Organizational Dissent. **Northwestern University, Doctoral Dissertation**, Illinois.
14. Gülnar B. (2007) Araştırma Görevlilerinin İş Tatminini Sağlama Aracı Olarak Örgütsel İletişim ve İletişim Doyumu: Kamu ve Özel Üniversite Karşılaştırması. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi**, Konya.
15. Hargie O., Tourish D. and Wilson N. (2002) Communication Audits and The Effects of Increased Information: A Follow-Up Study. **The Journal of Business Communication** 39(4): 414-436.
16. Hecht M. L. (1978) The Conceptualization and Measurement of Interpersonal Communication Satisfaction. **Human Communication Research** 4(3): 253-264.
17. Hsu S. (2002) Internal Marketing in The Hospitality Industry: Communication Satisfaction and Organizational Commitment. **Eastern Michigan University, Unpublished Master Dissertation**, Michigan.
18. Huff A., Sproull L. and Kiesler S. (1989) Computer Communication and Organizational Commitment: Tracing The Relationship in A City Government. **Journal of Applied Social Psychology** 19(16): 1371-1391.
19. Kaplanoğlu E. (2014) Mesleki Stresin Temel Nedenleri ve Muhtemel Sonuçları: Manisa İlindeki SMMM'ler Üzerine Bir Araştırma. **Journal of Accounting and Finance** (64): 131-150.
20. Kassing J. W. and Armstrong T. A. (2002) Someone's Going to Hear About This: Examining the Association Between Dissent-Triggering Events and Employee's Dissent Expressions. **Management Communication Quarterly** 16(1): 39-65.

21. Kassing J. W. and Avtgis T. A. (1999) Examining the Relationship Between Organizational Dissent and Aggressive Communication. **Management Communication Quarterly** 13(1): 76-91.
22. Kassing J. W. (1997a) Development and Validation of the Organizational Dissent Scale. **Kent State University, Doctoral Dissertation**, Ohio.
23. Kassing J. W. (1997b) Articulating, Antagonizing, and Displacing: A Model of Employee Dissent. **Communication Studies** 48(4): 311-332.
24. Kassing J. W. (1998) Development and Validation of the Organizational Dissent Scale. **Management Communication Quarterly** 12(2): 183-229.
25. Kassing J. W. (2000) Investigating the Relationship Between Superior-Subordinate Relationship Quality and Employee Dissent. **Communication Research Reports** 17(1): 58-70.
26. Kassing J. W. (2011) **Dissent in Organizations**. Polity Press, United States.
27. Köksal K. E. (2012) İlköğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenlerin İletişim Doyumunun Belirlenmesi. **Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi**, Mersin.
28. Krone K. J. (1992) A Comparison of Organizational, Structural and Relationship Effects On Subordinates' Upward Influence Choices. **Communication Quarterly** 40(1): 1-15.
29. Luthans F. and Youssef C. M. (2007) Emerging Positive Organizational Behavior. **Journal of Management** 33(3): 321-349.
30. Mount D. J. and Back K. J. (1999) A Factor-Analytic Study of Communication Satisfaction in The Lodging Industry. **Journal of Hospitality and Tourism Research** 23(4): 401-418.
31. Ötken A. B. ve Cenkcı T. (2013) Beş Faktör Kişilik Modeli ve Örgütsel Muhalefet Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. **Öneri Dergisi** 10(39): 41-51.
32. Özdemir M. (2010) Ankara İli Kamu Genel Liselerinde Görev Yapan Yönetici ve Öğretmenlerin Örgütsel Muhalefete İlişkin Görüşleri. **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi**, Ankara.
33. Redding W. C. (1985) Rocking Boats, Blowing Whistles and Teaching Speech Communication. **Communication Education** 34(3): 245-258.
34. Stanley J. D. (1981) Dissent in Organizations. **Academy of Management Review** 6(1): 13-19.
35. Steele G. A. and Plenty D. (2014) Supervisor-Subordinate Communication Competence and Job and Communication Satisfaction. **International Journal of Business Communication** 52(3): 294-318.

36. Tremblay M., Sire B. and Balkin D. B. (2000) The Role of Organizational Justice in Pay and Employee Benefit Satisfaction and Its Effects on Work Attitudes. **Group & Organization Management** 25(3): 269-290.
37. Varona F. (2002) Conceptualization and Management of Communication Satisfaction and Organizational Commitment in Three Guatemalan Organizations. **American Communication Journal** 5(3): 114-136.
38. Yıldız K. (2013) Örgütsel Bağlılık İle Örgütsel Sinizm ve Örgütsel Muhalefet Arasındaki İlişki. **Turkish Studies–International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic** 8(6): 853-879.
39. Yıldız K. (2014) Örgütsel Muhalefet. **Akademik Bakış Dergisi** 43: 12-19.
40. www.dissentworks.com. Erişim Tarihi: 06.02.2018.

Hastane Türlerine Göre Hasta Memnuniyetini ve Hastane Seçimini Etkileyen Unsurlar

Görkem ATAMAN*
Emel KURŞUNLUOĞLU YARIMOĞLU**

ÖZ

Sağlık sektörü, hizmet sektörünün hızla gelişen türlerinden biri olmasına rağmen, yapısı gereği tanımlanması kolay olmayan bir sektördür. Çünkü sağlık bireylerin yaşamlarını sürdürmelerinde, yaşam kalitesinin artırılmasında ve ülkelerin kalkınmasında ciddi bir öneme sahiptir. Bu nedenle, hastaların sağlık hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerinin ölçülmesi ve hizmet memnuniyetini etkileyen unsurların belirlenmesi sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, İzmir ili merkez ilçelerinde yaşayan hastaların farklı hastane türlerine göre memnuniyetlerinin karşılaştırılması ve bu hastaneleri tercih etmelerindeki temel unsurların belirlenmesidir. Tabakalı örneklem kullanılarak 400 hasta üzerinde anket uygulanmış ve elde edilen veriler frekans tabloları, faktör analizi, ANOVA, bağımsız grup t testleri ve korelasyon analizleri ile analiz edilmiştir. Araştırma bulguları hastane türlerine göre karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiş ve hastane türlerine göre hastaneden duyulan memnuniyetin ve hastane seçimini etkileyen unsurların farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri, hasta memnuniyeti, özel hastane, kamu hastanesi

Factors Affecting Patient Satisfaction and Hospital Preferences Based on Hospital Types

ABSTRACT

Healthcare industry is not easy to define because of its structure; despite it is one of the rapidly growing types of the service industry. Because healthcare has a considerable importance in the survival of citizens, improvement in the quality of life, and development of countries. Thus, measuring patients' satisfaction regarding healthcare services and determining the factors affecting satisfaction make a great contribution to the improvement of healthcare services. The aim of this study was to compare the satisfaction level of the patients, who live in the central districts of İzmir City, based on different hospital types and to identify the factors that affect patients' hospital preferences. The survey was applied to 400 participants who were selected by stratified sampling, and data were analyzed by using frequency tables, factor analysis, ANOVA, independent group t-test, and correlation analysis. The results were comparatively interpreted based on the hospital types, and the findings showed that both satisfaction level and the main factors affecting hospital preferences differed according to type of the hospital.

Keywords: Healthcare services, patient satisfaction, private hospital, public hospital

I. GİRİŞ

Sağlık hizmeti, insan yaşamının sürdürülmesi, kaliteli yaşam düzeyinin sağlanması ve yükseltilmesi ve halk sağlığının kalkındırılması için gerekli en temel unsurlardandır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin seviyesi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin bir göstergesi olarak algılanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, sadece hasta veya engelli olmamak değil, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Sağlık sistemlerinin

* Dr. Öğr. Üyesi, Yaşar Üniversitesi, İşletme Bölümü, İzmir, gorkem.ataman@yasar.edu.tr

** Dr. Öğr. Üyesi, Yaşar Üniversitesi, İşletme Bölümü, İzmir, emel.kursunluoglu@yasar.edu.tr

en temel dört amacını ise tüm toplum için sağlıkta mutlak düzeyin sağlanması, sosyo-ekonomik gruplar arasında eşitlik, sosyal ve finansal risklerden korunması, cevap verebilirlik ve hasta odaklılık ve verimlilik olarak belirtmektedir (DSÖ 2000). Yani, sağlık hizmeti sunucularının tüketicilere, özellikle en temel tüketici olarak hastalarına, kaliteli, verimli, kabul edilebilir düzeyde ve eşit bir hizmet sunmaları gerekmektedir.

Bu sebeple, yaşantımızın hemen her alanında olduğu gibi, kişisel özellik, değer, yargı, tutum, davranış ve inançlardan dolayı kişilere göre farklılıklar gösteren, zor tanımlanabilen ve öznel olan hizmet kalitesi ve memnuniyet kavramları, günümüzde sağlık sektöründe de karşımıza çıkmaktadır (Kabaroglu ve diğerleri 2013). Yazında hastane hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetine ilişkin farklı tanımlar bulunmaktadır. En temel haliyle, Roemer ve Montoya-Aguilar (1998) sağlık hizmetlerinde kaliteyi “*kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin özellikli bir göstergesi*” olarak tanımlar iken Carr-Hill (1992) hasta memnuniyetini “*hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt*” olarak tanımlamaktadır.

Rekabetçi piyasada, hastaların sağlık hizmet kalitesi algısı, hastane seçimlerini ve memnuniyetlerini belirleyen en temel faktör olarak bilinmektedir (Bakan ve diğerleri 2014). Hızla gelişen yaşam standartları, sektörde ileri teknolojilerin kullanılması ve artan beklentiler, sağlık hizmeti sunucularının hizmet düzeylerinde sürekli ilerleme halinde olmalarını zorunlu duruma getirmektedir (Tezcan ve diğerleri 1999). Hizmet sektöründeki müşteri odaklılık, sağlık sektöründe de görülmekte ve sağlık hizmeti alan hastaların beklentilerinin gün geçtikçe daha önemli hale gelmesine neden olmaktadır. Bu nedenle, hastaların beklentilerinin anlaşılması sağlık hizmeti sunucularının mutlak görevleri arasında gelmektedir. Hasta istek ve beklentilerinin belirlenmesinde çoğunlukla memnuniyet anketleri kullanılmaktadır. Yani, profesyonel bir hastane yöneticisinin hasta memnuniyetine önem vermesi, memnuniyeti gerçekleştirmeyi amaç edinmesi ve memnuniyette sürekliliğin devam ettirilebilmesi uzun vadeli başarıda önemli bir faktördür. Bu nedenle, Margolis ve diğerleri (2003) hastanelerin tekrar tercih edilmesi ve geliştirilmesi gereken hizmet eksikliklerinin anlaşılabilmesi için hasta memnuniyet anketlerinin bir kere ile sınırlı kalmayıp periyodik olarak uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir.

Fakat sağlık gereksiniminin zorunluluk, süreklilik, ve karmaşıklık gösteren yapısı sebebiyle memnuniyet ile ilgili ölçütler, diğer hizmet sektörlerindeki ölçütlerden farklılık göstermektedir (Wilkin et al. 1992). Örneğin; restoran, alışveriş merkezi, GSM operatörleri gibi sektörlerde müşteriler memnuniyetsizliklerini alışveriş veya hizmet temin edilen işletmeyi değiştirerek gösterebilir iken sağlık sektöründe tercih edebilme ihtimali sınırlıdır (Özcan ve diğerleri 2008). Bu temelde iki faktörle ilişkilendirilebilir. Birinci faktör, özellikle acil servis gibi günlerin hatta dakikaların bile hayati önem taşıdığı durumlarda hastane yakınlığıdır. Bir diğer önemli faktör ise, bireylerin bağlı oldukları sağlık kurumlarıdır. Yılmaz (2001) ülkemizde bu sınırlılığın Kamu Hastaneleri’nde daha da belirgin olduğunu ifade etmiştir.

Ülkemizde özellikle son yıllarda halk sağlığının gelişmesi ve bireylerin sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin artırılması önem kazanmakta ve bu konuda ciddi yatırımlar yapılmaktadır. Yaşlı ve/veya evde bakım hizmetleri, aile hekimliği, toplum sağlığı merkezleri, özel hastanelerin yaygınlaştırılması ve kamu hastanesi olarak devlet hastanelerinin yanında özellikle üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinin açılmasına ağırlık verilmesi bu hizmetlerin başında gelmektedir. Memnuniyete ilişkin bilginin bu kurumların hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde ve sağlık hizmetlerinin planlanması ve yönetilmesinde en önemli bileşen olduğu düşünülerek bu çalışmada hasta memnuniyetini

etkileyen faktörlerin ve seviyelerinin hastane türlerine göre belirlenmesi ve memnuniyet düzeyinin hastane türlerine göre karşılaştırılması amaçlanmıştır.

II. SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTA MEMNUNİYETİ

Kotler ve Armstrong (1996) hizmeti dokunulamayan ve herhangi bir nesnenin sahipliği ile sonuçlanamayan, üretilmesi fiziksel bir ürün/hammaddeye bağlı olan veya olmayan bir faaliyet ve/veya yarar olarak ifade etmiştir. Parasuraman ve diğerleri (1985) ise hizmeti “*yer, zaman, biçim ve psikolojik açıdan yarar sağlayan tüm ekonomik faaliyetler*” olarak tanımlamışlardır. Hizmetler, soyut özellik gösterdikleri için üretildiği anda tüketilmekte ve depolanamayan bir özellik göstermekte, görsellik, nesnellik, mülkiyet ve aidiyet özellikleri bulundurmamaktadır (Eleren ve diğerleri 2007; Önsüz ve diğerleri 2008). Hizmetlerin ortaya çıkması ve değerlendirilmesinde insan faktörü en önemli unsur olarak ifade edilebilir.

Sağlık hizmeti ise kişilerin, çoğu zaman, önceki deneyimlerinin olmaması, bu nedenle kıyaslama, ölçüleme ve beklenti imkânlarının olmaması, genellikle değerlendirmeye fırsat bulamadan hazırlıksız yakalanması, fakat bir o kadar da zorunlu ve vazgeçilemez (Kıdak, Aksaraylı 2008) olmasından dolayı diğer hizmet türlerinden ayrılmaktadır. Sağlık hizmetleri, hasta ve hizmet sunucuları (hekim, hemşire, ambulans/hastane personeli...) arasındaki tıbbi faaliyet olarak algılansa da aynı zamanda bu kişilerin karşılıklı konuşma ve etkileşim kurmasını da gerektiren sosyal bir faaliyettir (Tarım 2000).

Benzer şekilde, hastanelerdeki süreç de diğer hizmet türlerine göre daha karmaşıktır (Özkan 2003). Özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği hastanelerde, hasta yatış hizmetlerinin yanında, poliklinik, servis, laboratuvar, ameliyathane, psikiyatri gibi pek çok farklı hizmetin sunulması gerekmektedir. Hastanelerde, müşterilerin yaşamın devamlılığı için vazgeçilemez olan sağlık hizmeti ihtiyacı ve özel ilgi beklentisi içindeki hastalar olduğu düşünüldüğünde, hastanelerin etkin bir şekilde ve çağdaş bir anlayış ile yönetilmesi kaçınılmazdır. Sağlık hizmetlerinde temel amaç; toplumun ihtiyacı olan hizmetleri, bireylerin istediği kalitede, talep edildiği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunabilmektir (Zerenler, Öğüt 2007).

Bir ülkenin sağlığa ne kadar önem verdiğinin en temel göstergesi o ülkedeki hastanelerdir. Özellikle de sağlık hizmetlerinin pahalı olduğu düşünüldüğünde, birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de hastanelerin etkin çalışması ve yönetilmesi büyük önem taşımaktadır (Taşlıyan, Gök 2012). Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetini şu şekilde tanımlamıştır (Resmi Gazete 2005): “*uzman, uzmanlık eğitimi görenler, hemşire ile eczacı, diyetisyen, fizik tedavi uzmanı, psikolog gibi diğer meslek mensupları tarafından birlikte yürütülen bir ekip çalışması olup, hastaya en iyi koşullarda, güvenilir araçlarla isabetli teşhisi koyarak, bakımının ve en kısa zamanda tedavisinin sağlanmasını, eğitim hastanelerinde ayrıca servis içi hasta başı eğitimlerini de gerçekleştirmenin amaçlandığı yataklı tedavi hizmetleri*”

Türkiye’de sağlık sektörü hizmet kalitesinin ve hasta memnuniyetinin iyileştirilmesi, daha fazla hasta odaklı olmak, ulaşımı kolaylaştırmak ve arttırmak, maliyetleri düşürmek gibi birçok problemle karşı karşıyadır. Sigorta firmalarının artan etkisi, tüketici dernekleri, kamu bilinçlenmesi ve baskısı gibi faktörlere bağlı olarak 1990’lardan bu yana Türkiye’de sağlık sektörü değişik bir yapılanma göstermektedir. Bu yapılanma altında kuruluşlar kamu, yarı-kamu (üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri gibi), özel ve hayırsever olarak sınıflandırılmaktadır. Fakat bunlar arasındaki ilişkilerin daha doğru bir şekilde yapılandırılması ve düzenlenmesi gerekmektedir (Camgöz ve diğerleri 2013).

Genel anlamda, hastaların verilen hizmeti nasıl algıladıklarına bağlı olan hasta memnuniyeti birçok faktöre dayanan, ifade edilmesi ve ölçülmesi zor olan bir kavramdır. Hasta memnuniyetinin belirlenmesinde; hastanın başvuru, teşhis, tedavi ve bakım sonuçlarının alınması ile ilgili süreçler ve hatta hastane sonrası bakım hizmetlerini ve kontrollerini içeren tüm süreçler de etkilidir. Literatürde, genel olarak, hizmetin sunulduğu ortam, zamanlama, hizmeti sunan kişilerin deneyimi, hizmetin sürekliliği, güvenilirliği, kişisel olması ve ayrıca hizmet sunucularının nezaketi, hizmete ulaşılabilirlik, hastanenin yakınlığı, sunulan hizmetin sonuca ulaştırması (hastanın sağlık durumunda iyileşme olması), beklenmedik durumlarda çözüm üretebilme yetkinliği ve hizmetin eksiksiz yerine getirilmiş olması gibi unsurların hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetini etkilediği belirtilmektedir (Al-Borie, Damanhour 2013; Demirer, Bülbül 2014; Rahman et al. 2007; Vural 2017).

Memnuniyete dair bilginin, kalite değerlendirilmesinde olduğu kadar sağlık sistemlerinin şekillenmesinde ve yönetilmesinde çok önemli olduğu söylenebilir. Bu yüzden, başta hastaneler olmak üzere sağlık hizmeti işletmelerinin rekabet üstünlüğü kazanabilmeleri için hasta memnuniyet faktörlerini belirlemesi ve değerlendirmesi önemlidir (Patwardhan, Patwardhan 2008). Andaleeb (2001), son yıllarda kamu ve özel sağlık işletmelerinde hasta memnuniyeti konusuna daha fazla önem verildiğinden ve memnuniyet ölçümü çalışmalarının gün geçtikçe daha yaygın hale getirildiğinden bahsetmektedir. Mandharia (2004) ise hasta memnuniyet araştırmalarının sağlık sistemlerinin yönetilmesi ve tasarlanması için etkin bir kalite değerlendirme ölçütü olduğunu belirtmektedir.

Hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve hastane kalitesinin belirlenmesi gibi konularla ilgili olarak sağlık işletmelerinde hasta memnuniyeti anket çalışmaları yapılmaktadır. Hasta memnuniyeti anket çalışmalarının amacı; hastaların deneyimledikleri sağlık hizmetinin kalitesi ile ilgili düşünceleri anlamak, hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri bulmak, sağlık işletmesi tercih nedenlerini belirlemek, sağlık işletmesinden beklentileri tanımlamak, hizmet karşılaştırmaları sürecinde yaşanan uygunsuzlukları anlamak ve sonuç olarak hizmet sunumunu hastaların istek ve ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tasarlamaktır (Yılmaz 2001).

Yazındaki çalışmalar incelendiğinde, hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri üç temel kategoriye ayırmak mümkündür:

- Hastaya ilişkin özellikler (sosyo-demografik değişkenler): hastaların sağlık hizmetlerini algılama seviyeleri sosyal durumlarına, eğitim düzeylerine, kültürel geçmişlerine (Uzun 2001; Türkgöz ve diğerleri 1998), yaş, cinsiyet, hastanede geçirilen süre (Emhan, Bez 2010), psikolojik durumlarına ve sağlık hizmetinden beklentilerine (Davis, Bush 2003) göre değişmektedir.
- Hizmet sunucusuna özgün özellikler: personelin kişiliği, eğitim düzeyi, donanımı, yetkinliği, hastaya gösterdiği ilgi, nezaket, şefkat (Forbes, Brown 1995).
- Kurumsal özellikler: Sağlık hizmetinin verildiği sağlık işletmesinin türü ve fiziksel imkânları (Şantaş ve diğerleri 2016; İçli ve diğerleri 2006; Yağcı, Duman 2006; Bakan ve diğerleri 2014; Zerenler, Ögüt 2007).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Türkiye’de sağlık sektöründe hastaneler, özel ve kamu hastaneleri olarak yapılandırılmışlardır. Kamu hastaneleri; üniversite, eğitim araştırma ve devlet hastaneleri şeklinde üç farklı gruba ayrılmıştır. Kamu hastanelerinde tedavi genellikle ücretsiz olarak sunulmakta; kamu hastaneleri dışında kalan özel hastanelerde ise hem ücretli hem de

sigortalı hasta bakılabildiği için tedavi fiyatları hastaneye göre değişkenlik göstermektedir. Bu araştırmanın amacı; üniversite, eğitim araştırma, devlet hastaneleri gibi kamu hastanelerinin ve özel hastanelerin sundukları hizmetlerin hasta memnuniyeti açısından incelenmesi ve memnuniyeti etkileyen faktörlerin hastane türlerine göre karşılaştırılması ve değerlendirilmesidir.

3.2. Anket Formu ve Kullanılan Ölçek

Araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden yüz yüze anket tekniği kullanılmıştır. 2017 Nisan ayında iki farklı odak grup çalışması yapılarak hastaların hastane seçimini etkileyen unsurlar belirlenmiştir. Literatürden ve odak grup çalışmalarından elde edilen unsurlara göre anket düzenlenmiştir. Anket formu dört bölümden oluşmuştur. İlk bölümde hastaların en çok tercih ettiği hastane ve hastaneye gitme alışkanlıkları ile ilgili sorular sorulmuştur. İkinci bölümde hastane seçimini etkileyen unsurlar ile ilgili sorular sorulmuştur. Üçüncü bölümde hastaların hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyet seviyelerini ölçmeye yönelik ölçek soruları yer almıştır. Araştırmada kullanılan ölçek Amerikan Müşteri Memnuniyeti Endeksi (Fornell et al. 1996)'dir. Ölçekte yer alan üç soru hasta memnuniyetine adapte edilmiş ve 5'li Likert Tipi ölçek kullanılarak 1: Kesinlikle Katılmıyorum 5: Kesinlikle Katılıyorum aralıklarıyla sorulmuştur. Anketin son bölümünde ise demografik sorular yer almıştır.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmada, Türkiye'nin üçüncü en kalabalık ili olan İzmir ilinde yaşayan kişiler ve bu ilde bulunan hastanelere odaklanılmıştır. Araştırmada, İzmir ili merkez ilçelerinde yaşayan kişilerden daha önce en az bir kez gitmiş oldukları İzmir ili merkez ilçelerinde bulunan hastaneleri değerlendirmeleri istenmiştir. Araştırma evreni İzmir ili merkez ilçelerinde yaşayan kişilerden oluşmuştur. Örneklem yöntemi olarak tabakalı örneklem yöntemi kullanılmış ve İzmir ili merkez ilçelerinde yaşayan kişiler ile araştırma yürütülmüştür. TÜİK (2016) verilerine göre; İzmir ili merkez ilçeleri nüfusu 2.891.492 kişiden oluşmaktadır. Anakütle büyüklüğü bilindiği zaman yapılan örneklem hesaplama formülüne göre; bu anakütle büyüklüğü için örneklem büyüklüğü 384 kişi yeterlidir. Örneklem büyüklüğü arttıkça araştırmanın güvenilirliği de artacağı için örneklem büyüklüğü 400 kişi olarak belirlenmiştir. Örneklem seçiminde ise İzmir ilinde bulunan her bir merkez ilçenin nüfusu toplam merkez ilçeler nüfusuna oranlanmıştır. Böylece her bir merkez ilçede ulaşılması gereken kişi sayısı belirlenmiştir. Bu hesaplamalar aşağıda bulunan Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Örneklem Hesaplaması

İlçeler	Nüfus	Oran (%)	Anket yapılacak kişi sayısı
Balçova Bel.-2335	78.121	2,701754	12
Bayraklı Bel.-4511	312.263	10,799373	44
Bornova Bel.-2336	435.162	15,049739	60
Buca Bel.-2337	470.768	16,281145	64
Çiğli Bel.-2338	182.349	6,3063982	24
Gaziemir Bel.-2339	132.365	4,5777405	20
Güzelbahçe Bel.-2340	29.774	1,0297106	4
Karabağlar Bel.-4512	477.238	16,504905	64
Karşıyaka Bel.-2341	333.250	11,525192	48
Konak Bel.-2342	375.490	12,986029	52
Narlidere Bel.-2343	64.712	2,2380141	8
Toplam	2.891.492	100	400

3.4. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri şu şekilde sıralanmıştır:

H₁: Hastaların memnuniyet seviyelerinde özel, üniversite, eğitim araştırma ve devlet hastanelerinden alınan sağlık hizmetleri açısından anlamlı bir farklılık vardır.

H₂: Hastaların memnuniyet seviyelerinde özel ve kamu hastanelerinden alınan sağlık hizmetleri açısından anlamlı bir farklılık vardır.

H₃: Hastaların hastane seçimini etkileyen unsurlar özel ve kamu hastanelerine göre farklılık göstermektedir.

H₄: En sık gidilen hastane ve yaşanan ilçe arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.5. Verilerin Analizi

Alan araştırmasına başlamadan önce 50 kişi ile pilot araştırma yapılmıştır. Pilot araştırma sonucunda anket son haline getirilerek Nisan-Ağustos 2017 tarihleri arasında alan araştırması gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde frekans tabloları, faktör analizi, Anova ve bağımsız örneklem T testlerinden yararlanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Kısıtları

Araştırmaya sadece İzmir ilinin merkez ilçelerinde yaşayan kişiler ve bu merkez ilçelerde bulunan hastaneler dâhil edilmiştir. İzmir'in dış ilçelerinde bulunan ve İzmir merkez ilçelerinde de yüksek bilinirliği olan Urla Devlet Hastanesi, Torbalı Özel Medifema Hastanesi gibi hastaneler araştırmaya dâhil edilmemiştir. Ayrıca İzmir ili dış ilçelerinde yaşayan kişiler araştırma kapsamına alınmamıştır.

IV. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Veriler

Araştırmaya katılan 400 katılımcının demografik verileri aşağıda bulunan Tablo 2'de gösterilmiştir. Buna göre; araştırmaya katılanların çoğu kadın, bekâr, üniversite mezunu, 19-28 yaş arasında, 1.501-3.000 TL hanehalkı geliri olan ve özel sektörde çalışan kişilerdir.

Tablo 2. Demografik Veriler

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	212	53,0
Erkek	188	47,0
Toplam	400	100
Eğitim		
İlkokul	10	2,5
Ortaokul	9	2,3
Lise	102	25,5
Üniversite	237	59,3
Lisansüstü	42	10,5
Toplam	400	100,0
Meslek		
Özel Sektör Çalışanı	162	40,5
Öğrenci	87	21,8
Kamu Sektörü Çalışanı	85	21,3
Emekli	30	7,5
Serbest Meslek	14	3,5
Ev Hanımı	13	3,3
Diğer	4	1,0
İşsiz	3	,8
STK	2	0,5
Toplam	400	100
Medeni Hal		
Evli	180	45,0
Bekâr	195	48,8
Kayıp veri	25	6,3
Toplam	375	93,8
Yaş		
19-28	153	38,3
29-38	87	21,8
39-48	59	14,8
49-58	38	9,5
59-68	26	6,5
69 ve üzeri	5	1,3
Kayıp veri	32	8,0
Toplam	368	92,0
Hanehalkı Geliri		
1.500 TL ve altı	26	6,5
1.501 TL-3.000 TL	100	25,0
3.001 TL-4.500 TL	92	23,0
4.501 TL-6.000 TL	76	19,0
6.001 TL-7.500 TL	43	10,8
7.501 TL ve üzeri	63	15,8
Toplam	400	100,0

Araştırmada, İzmir merkez ilçelerde bulunan kamu ve özel hastaneler listelenmiş ve katılımcıların bu listede en az bir kere hizmet aldıkları hastaneyi/hastaneleri işaretlemeleri istenmiştir. Katılımcılar tarafından en az bir kere gidilen kamu hastaneleri ve özel hastaneler

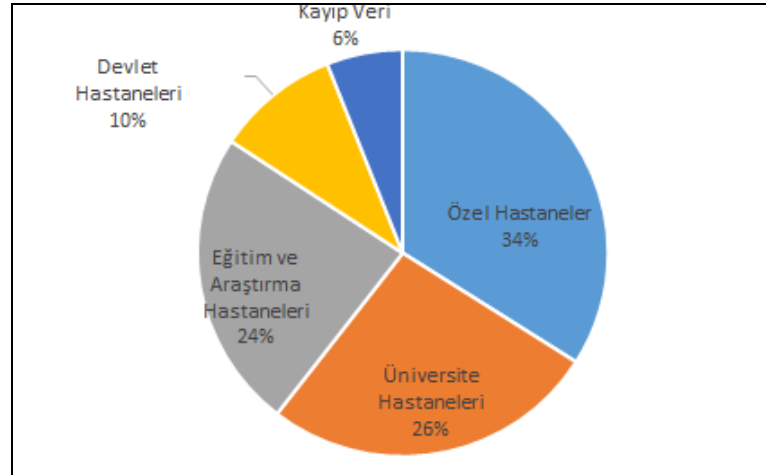
Tablo 3’de özetlenmiştir. Buna göre; katılımcıların büyük bir bölümü kamu hastanesi olarak Ege Üniversitesi Hastanesi’ne ve özel hastane olarak da Medikal Park’a en az bir kere gittiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 3. Gidilen Kamu ve Özel Hastaneler

	n	%
Kamu Hastaneleri		
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	207	51,8
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	122	30,5
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	88	22,0
Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	81	20,3
Alsancak Nevvar Salih İlgören Devlet Hastanesi	48	12,0
Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi	46	11,5
Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi	45	11,3
Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi	43	10,8
Çiğli Devlet Hastanesi	28	7,0
Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi	27	6,8
Türkan Özilhan Bornova Devlet Hastanesi	21	5,3
Özel Hastaneler		
Medical Park İzmir Hastanesi	127	31,8
Kent Hastanesi	117	29,3
Özel Egepol Hastanesi	100	25,0
Özel Gazi Hastanesi	55	13,8
Özel Ata Sağlık Hastanesi	47	11,8
Özel Su Hospital	43	10,8
Özel Karataş Hastanesi	24	6,0
Özel Batı Anadolu Central Hospital	16	4,0
Özel Ege Yaşam Hastanesi	15	3,8
Özel İzmir Hayat Hastanesi	10	2,5
Özel Çankaya Tıp Merkezi	8	2,0
Özel İzmir Hastanesi	8	2,0

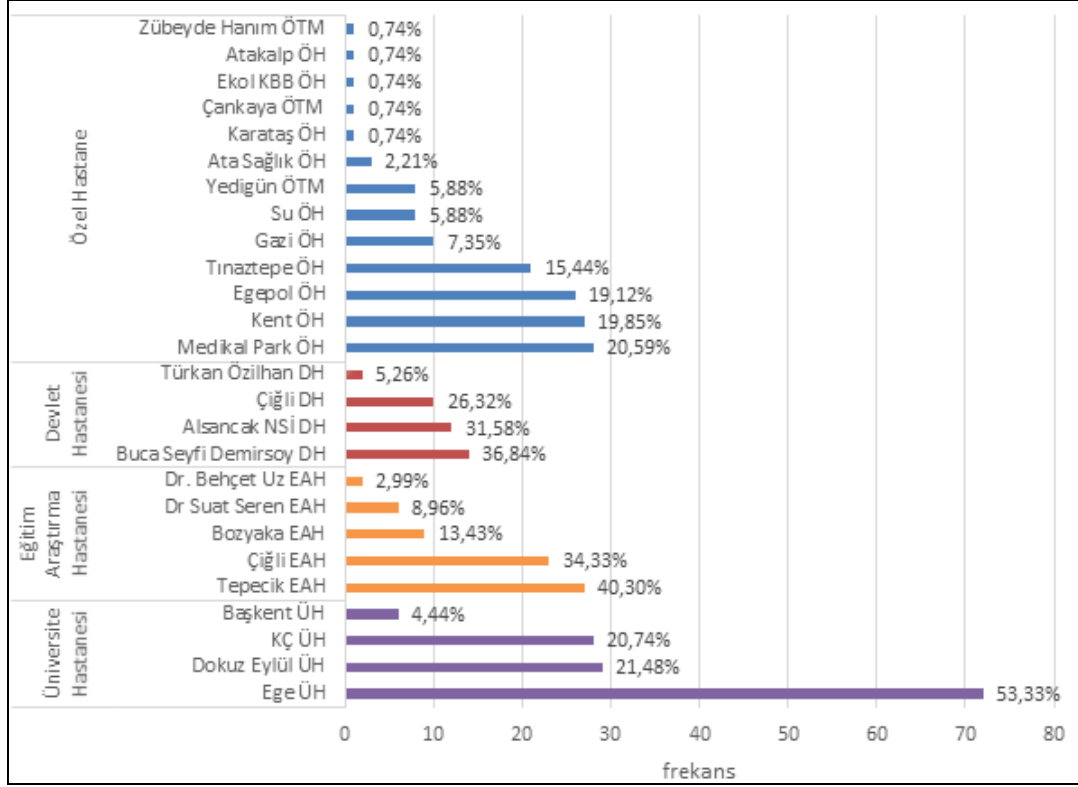
Araştırmada, katılımcıların en sık gittikleri hastaneyi belirtmeleri ve memnuniyet seviyelerini en sık gittiklerini belirttikleri hastaneye göre değerlendirmeleri istenmiştir. Hastane türlerine göre en sık gidilen hastane verisi Şekil 1’de gösterilmektedir. Şekil 1’de görüldüğü üzere özel hastaneler en sık tercih edilen hastaneler iken devlet hastaneleri en az sıklıkla tercih edilen hastanelerdir.

Şekil 1. Türlerine Göre En Sık Gidilen Hastane Dağılımı



En sık tercih edilen hastaneler ayrıntılı olarak aşağıda bulunan Şekil 2’de gösterilmektedir. Buna göre; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi en sık gidilen kamu hastanesi iken Medikal Park en çok tercih edilen özel hastane olarak belirlenmiştir. Tepecik Eğitim Araştırma ve Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastaneleri de kendi kategorileri arasında en sık ziyaret edilen hastaneler olarak görülmektedir.

Şekil 2. En Sık Gidilen Hastane Listesi



Ankette, hastanenin katılımcının ikamet adresine yakınlığının hastane seçimini etkilemesi hususu sorulmuştur. Katılımcıların 229 tanesi (%57,3) yakınlığın hastane seçimlerini etkilediklerini belirtirken, 49 tanesi (%12,3) etkilemediğini belirtmiştir. Kalan 122 katılımcı (%30,5) yakınlığın hastane seçimi üzerinde bazen etkili olabildiğini ifade etmiştir.

Ankette yakınlık dışında, katılımcıların en sık gittikleri hastaneyi tercih etmelerindeki hizmet sunucusuna ait ve kurumsal özelliklerden bir veya birkaçını belirtmeleri beklenmiştir. Kamu ve özel hastane kategorilerine göre, tercih sebeplerinin frekansları Tablo 4’de özetlenmiştir. Bu tabloya göre, doktorun tecrübesi ve uzmanlığı iki hastane türü için de hizmet sunucusu özellikleri göz önünde bulundurulduğunda seçimi etkileyen en önemli unsurlardır. Ancak, kurumsal özelliklere bakıldığında hastane türlerine göre farklılıklar gözlenmiştir. Örneğin, özel hastane tercih edenlerde hastanenin temiz olması en önemli unsur olarak karşımıza çıkarken, kamu hastanelerini tercih eden katılımcılar işlerin çabuk yürümesinin onlar için en önemli unsur olduğunu belirtmişlerdir. Dikkat çeken bir diğer farklılık da hastanede tanıdık olması unsurudur. Kamu hastanesini tercih eden katılımcılar için bu unsur, özel hastaneyi tercih edenlere göre daha fazla öneme sahip olarak gözlenmektedir.

Tablo 4. Hastane Türlerine Göre Hastane Seçimini Etkileyen Unsurlar

Unsur Türü	Hastane Seçimini Etkileyen Unsurlar	Kamu Hastanesi		Özel Hastane	
		Frekans	%	Frekans	%
Hizmet Sunucusuna Ait Özellikler	Doktorun tecrübesi	157	65,42	89	65,44
	Doktorun uzmanlığı	129	53,75	79	58,09
	Doktorun ilgisi	120	50,00	66	48,53
	Doktorun eğitimi	91	37,92	48	35,29
	Doktorun bilirliliği	62	25,83	46	33,82
Kurumsal Özellikler	Hastanede işlerin çabuk yürümesi	117	48,75	66	48,53
	Hastanenin temiz olması	107	44,58	79	58,09
	Hastanede bekleme süresinin kısa olması	96	40,00	51	37,50
	Hastanenin randevu sisteminin işler olması	83	34,58	45	33,09
	Hastanenin verdiği randevu saatlerine uyması	73	30,42	38	27,94
	Hastanenin genel fiziksel koşulları	69	28,75	44	32,35
	Hastanenin kalabalık olmaması	55	22,92	43	31,62
	Hastanenin ferahlığı	35	14,58	14	10,29
	Hastanede tanıdık biri olması	33	13,75	10	7,35
	Hastane odalarının genişliği	11	4,58	13	9,56
Hastanede rahatlatıcı müzik çalması	7	2,92	4	2,94	

4.2. Hipotez Testleri

Bu bölümde hipotez testine geçmeden önce memnuniyet ölçeğine keşfedici faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizinde, Temel Bileşenler Analizi ve varimax rotasyonu kullanılmıştır. Faktör analizi sonuçlarına göre; üç maddeden oluşan ölçek tek bir boyutta toplanmış ve bu boyut “Memnuniyet Boyutu” olarak adlandırılmıştır. Bu tek boyut toplam varyansın % 61,736’sını açıklamıştır. KMO değeri 0,559 ile yeterli örneklem düzeyine ulaşıldığını göstermiştir. Bartlett’s test sonucu ise 0,000 ile maddeler arasındaki ilişkinin varlığını göstermiştir. Aşağıda bulunan Tablo 5’de faktör analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 5. Faktör Analizi

	Memnuniyet Boyutu	Ortak Varyans
S3. Bu hastane hayalimdeki ideal hastaneye çok yakındır.	0,890	0,276
S2. Bu hastane beklentilerimin üzerindedir.	0,885	0,784
S1. Bu hastaneden memnunum.	0,526	0,792

Hastaların hastane türlerine göre memnuniyet seviyelerinin incelenmesi ile ilgili oluşturulan ilk hipotezin testi için birden farklı gruplar arasındaki varyansların karşılaştırılmasında kullanılan Anova Testi kullanılmıştır. Test sonucuna göre; memnuniyet açısından dört farklı hastane türü arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Bu durumda H_1 kabul edilir ve hastaların memnuniyet seviyelerinde özel, üniversite, eğitim araştırma ve devlet hastanelerinden alınan sağlık hizmetleri açısından anlamlı bir farklılık vardır. Teste ilişkin istatistikler Tablo 6’da özetlenmiştir.

Tablo 6. Anova Testi Sonuçları

Grup	n	Tanımlayıcı değişkenler		Anova Sonuçları					
		Ortalama	Std. Sapma		KT	sd	KO	F	p
Özel	135	0,2995082	0,96836771	G.arası	24,815	3	8,272	8,698	0,000
Üniversite	103	-0,1652162	1,01110239	G.içi	346,138	364	0,951		
Eğitim Araştırma	93	-0,1799432	0,89833268	Toplam	370,953	367			
Devlet	37	-0,4389882	1,07960760						
Toplam	368	-0,0259808	1,00537119						

Levene İstatistiği 0,848; sd1=3; sd2=364; p=0,468.

Hastaneler arasında memnuniyet açısından anlamlı bir farklılık olduğu görüldükten sonra, bu farklılığın hangi hastane türleri arasında olduğunu bulmak için varyansların eşit olduğu durumlarda kullanılan LSD Post Hoc testi kullanılmıştır. Test sonuçları Tablo 7’de gösterilmiştir. Tablo 7’ye göre; özel hastaneler ve üniversite, eğitim araştırma, devlet hastaneleri arasında memnuniyet açısından anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 7. LSD Post Hoc Testi sonuçları

(I) Hastane	(J) Hastane	Ort. Farkı (I-J)	Std. Hata	p
Özel	Üniversite	0,46472437*	0,12757836	0,000
	EA	0,47945135*	0,13141142	0,000
	Devlet	0,73849639*	0,18095497	0,000
Üniversite	Özel	-0,46472437*	0,12757836	0,000
	EA	0,01472697	0,13948965	0,916
	Devlet	0,27377202	0,18690399	0,144
Eğitim Araştırma (EA)	Özel	-0,47945135*	0,13141142	0,000
	Üniversite	-0,01472697	0,13948965	0,916
	Devlet	0,25904504	0,18954109	0,173
Devlet	Özel	-0,73849639*	0,18095497	0,000
	Üniversite	-0,27377202	0,18690399	0,144
	EA	-0,25904504	0,18954109	0,173

*0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Elde edilen farklılığın hangi yönde olduğunu anlamak için hastaneler özel ve kamu olmak üzere iki gruba ayrılmış ve bu gruplara Bağımsız Örneklem T testi uygulanmıştır. Benzer şekilde, H₃ hipotezinin testinde de yukarıda bulunan Tablo 4’de listelenen 16 temel unsurun özel ve kamu hastane türlerine göre toplam frekanslarını karşılaştırmak için de Bağımsız Örneklem T Testi kullanılmıştır. Bu iki hipotez için T testi sonuçları Tablo 8’de gösterilmiştir. Buna göre; H₂ kabul edilmiştir ve hastaların memnuniyet seviyelerinde özel ve kamu hastanelerinden alınan sağlık hizmetleri açısından anlamlı bir farklılık vardır. Aynı zamanda, H₃ de kabul edilmiş ve hastaların hastane tercih sebeplerinde özel ve kamu hastanelerine göre farklılık olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 8. t Testi sonuçları

	Gruplar	n	Ortalama	Std. Sapma	t	sd	p
Memnuniyet	Özel	135	0,2995082	0,96836771	4,872	366	0,000
	Kamu	233	-0,2145689	0,97976806			
Seçimi Etkileyen Unsurlar	Özel	16	78,0588	41,68104	2,758	32	0,010
	Kamu	16	45,4706	25,20694			

Son olarak H₄ hipotezi test edilmiştir. Her katılımcın yaşadığı ilçe ve en sık gittiği hastane verileri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı Pearson Korelasyon Testi ile analiz edilmiştir. Test sonucunda korelasyon katsayısının $r=0,171$ olduğu ve bu iki verinin arasında anlamlı bir korelasyon olduğu ($p=0,001$) gözlenmiştir. Bu sonuç, tanımlayıcı veriler kısmında belirtilen katılımcıların büyük bir bölümü (%57,3'ü) için hastanenin yakınlığının hastane seçiminde önemli bir faktör olduğu bulgusunu da desteklemektedir.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gelişen teknoloji ile birlikte günümüzde sağlık sektörünün hızla geliştiği ve giderek daha rekabetçi hale geldiği bilinmektedir. Bu ortamda, sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve iyileştirilmesi, sağlık sistemlerinin yönetilmesinde ve halk sağlığının geliştirilmesinde vazgeçilmez unsurlardandır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin doğası gereği hasta memnuniyetinin %100 sağlanamayabileceği durumların da olduğunu unutmamak gerekmektedir. Uygulanması zorunlu olan tıbbi protokoller bazı durumlarda hasta memnuniyetini olumsuz etkileyebilir. Örneğin; bir katatonik şizofreni vakasında, elektrokonvulsif tedavi (beyine elektrik şoku), kalbe elektrik şok veya ağrı veren tıbbi girişimler (çıkık oturtma, kırık oturtma...) gibi müdahaleler gerekebilmekte fakat bu tarz müdahalelerin uygulanması hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini düşürebilmektedir. Bu ve benzeri sebepler her ne kadar hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetini ölçümlemeyi zorlaştırırsa da sağlık işletmelerinin sınırlı kaynaklarının daha verimli kullanılması, maliyetlerin azaltılması, rekabet avantajı elde edilmesi ve halk sağlığının gelişmesi bakımından faydalı olacaktır. Özellikle hasta odaklılığın artması ile birlikte bu ve benzeri çalışmaların bulgularından yararlanılmasının daha etkin sonuçlar yaratabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, olasılıklı bir örneklem türü olan tabakalı örneklemin kullanılması yöntem açısından literatürdeki diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir. Çalışma alanı olarak sadece bir veya karşılaştırmalı iki hastane alınmayıp tanımlanan örnekleme ait tüm hastanelerin araştırmaya dâhil edilmesi de çalışmanın bulgularını daha genel kılmaktadır. Bu çalışmada vurgulanmak istenen bulgular ve bunlar doğrultusunda yapılan öneriler şu şekilde özetlenebilir.

- Özel hastanelerdeki hastaların memnuniyet düzeyi, kamu hastanelerindeki memnuniyet düzeyinden daha fazladır. Bu sonuç, literatürde farklı çalışmalarda da elde edilmiştir (Al-Borie, Damanhour 2011; Taner, Anthony 2006). Bu bulgu, özellikle kamu hastaneleri için daha detaylı nitel ve nicel veriyi bütünleştirecek bir çalışmanın gerekliliğini göstermektedir. Hatta sistemin hasta memnuniyetini iyileştirecek bir şekilde daha etkin planlanabilir bir hale gelmesi için sadece hastalardan değil, sistem içinde sistemin aksaklıklarını anlatabilecek personelden de görüş alınması ve veri toplanması gereklidir.
- Literatürde yapılan çalışmalar hasta memnuniyetini ölçerken genelde kamu ve özel hastane ayrımına gitmiştir (Bakan ve diğerleri 2014; Demirer, Bülbül 2014; Taşlıyan, Sibel 2012). Bunun yanında, tek bir hastane ve bu hastanedeki hasta memnuniyeti ölçümü üzerine yapılan çalışmalar da bulunmaktadır (Apay, Arslan 2009; Çağlıyan 2017; Emhan, Bez 2010; Kıdak, Aksaraylı 2008). Tek bir hastane türüne odaklanarak bu hastane türü için birden çok hastanenin hastalarından veri toplayıp bu veri doğrultusunda müşteri memnuniyetini ölçümlemeyi amaçlayan çalışmalar da bulunmaktadır (Papatya ve diğerleri 2012; Camgöz ve diğerleri 2013). Yağcı ve Duman (2006) ise hastane türlerine göre karşılaştırmalı analiz yapmış ve hastaların en iyi hizmeti özel hastanelerden, daha sonra üniversite hastanelerinden, daha sonra da devlet hastanelerinden aldıkları sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada ise, eğitim

araştırma hastaneleri de kamu hastaneleri kapsamına dâhil edilmiş ve özel hastanelerin yanı sıra 3 kamu hastanesi türü için de hasta memnuniyeti ölçülmesi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar, kamu hastaneleri arasında memnuniyet düzeylerinde bir farklılık olmadığını göstermektedir. Eğitim araştırma, üniversite ve devlet hastanelerinin yapılanmasında farklılıklar olduğu halde hasta memnuniyet seviyelerinde anlamlı bir fark gözlemlenmemesi ve bu kamu hastanelerindeki hasta memnuniyet seviyesinin özel hastanelere göre daha düşük olması bulguları dikkate alındığında, kamu hastanelerinde, özellikle üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde, bu konu üzerine odaklanması, hasta isteklerinin ve şikâyetlerinin anlaşılması ve hasta memnuniyetinin belirli aralıklarla ölçülmesi tavsiye edilmektedir.

- Hastaların hastane seçimini etkileyen unsurlar incelendiğinde gerek kamu gerekse özel hastane hastaları için hizmet sunucusuna ait özelliklerin (doktorun tecrübesi, uzmanlığı, ilgisi) kurumsal özelliklere göre daha etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Bu da, doktorların hatta genel olarak tüm sağlık personelinin hem tıbbi açıdan hem de hasta ilişkileri açısından iyi eğitim almasının hasta memnuniyeti üzerinde olumlu etkileri bulunacağını göstermektedir.
- Hastane seçimini etkileyen faktörlere bakıldığında göze çarpan bir unsur da “hastanede tanıdık olması” unsurudur. Bu unsur kamu hastanesi hastalarında, özel hastane hastalarına kıyasla daha fazla seçilmiştir. Bu bilgi ışığında, hastaların kamu hastanesinden hizmet alırken hastanede tanıdık birisinin olması halinde işlerinin hızlı yürüyeceğine ve daha kaliteli hizmet alacaklarına inandıklarını göstermektedir. DSÖ (2000) tanımına göre gruplar arasındaki eşitlik ilkesi dikkate alındığında, bu konu da sağlık hizmet sunucuları tarafından üzerinde durulması ve iyileştirmeye gidilmesi gereken bir konu olarak göze çarpmaktadır.
- Literatürde hastane hizmetine ulaşılabilirlik genel olarak birçok çalışmada memnuniyeti etkileyen faktör olarak belirtilmiştir (Zerenler, Ögüt 2008). Bu çalışmada bekleme süresi kısalığı, kolay randevu alma sistemi gibi faktörlerin yanı sıra hastanenin ikamet edilen semte yakın olmasının hastane seçimi ve hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Bulgularda ikamet edilen semt ve tercih edilen hastane arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre, hastaların genelde kendilerine yakın olan hastaneleri tercih ettiği ve bu hastanelerden sağlık hizmeti almak istedikleri sonucuna varılmıştır. Bu sonuç; sağlık hizmetinde kalitenin ve hasta memnuniyetinin, tek tek hastane bazında değil, bir bütün olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir. Yani, herhangi bir il/ilçe için bir veya birkaç hastanenin kaliteli hizmet veriyor olması, toplumsal açıdan sağlık hizmetlerinde kabul edilebilir bir düzeye ulaşıldığını göstermemektedir. Toplumsal açıdan kabul edilebilir sağlık hizmetlerine ulaşılmasında, tüm hastanelerin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesinin iyileştirilmesi gerekmektedir.

Özetle, sağlık hizmetlerinin doğası gereği, sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta memnuniyetinin ölçülmesi zor olabilmektedir. Fakat toplum sağlığının korunması ve toplumun gelişmesi açısından sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının belirlenmesi ve hasta memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi çok önemli bir konudur. Dolayısıyla, sağlık hizmeti sunucuları ve yöneticileri bu konu üzerinde çalışmalar geliştirmelidir. Hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyetinin artırılmasını amaç edinen hizmet sunucularının, öncelikle onların beklentilerini ve memnuniyetlerini etkileyen faktörleri doğru saptamaları gerekmektedir. Bunlar doğrultusunda; sunulan hizmetin performansının iyileştirilmesi, memnuniyet ölçümlerinin belirli aralıklarla tekrarlanması ve gerekli görüldüğünde yeniden iyileştirmeye gidilmesi şarttır. Sağlık hizmetlerinde sürdürülebilir bir iyileşme ve gelişme ancak bu şekilde sağlanabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Al-Borie H. M. and Damanhour A. M. (2013) Patients' Satisfaction of Service Quality in Saudi Hospitals: A SERVQUAL Analysis. **International Journal of Health Care Quality Assurance** 26(1): 20-30.
2. Andaleeb S. S. (2001) Service Quality Perceptions and Patient Satisfaction: A Study of Hospitals in a Developing Country. **Social Science & Medicine** 52(9): 1359-1370.
3. Apay S. E. ve Arslan S. (2009) Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri. **TAF Preventive Medicine Bulletin** 8(3): 239-244.
4. Bakan I., Büyükbese T. and Ersahan B. (2014) The Impact of Total Quality Service (TQS) on Healthcare and Patient Satisfaction: An Empirical Study of Turkish Private and Public Hospitals. **The International Journal of Health Planning and Management** 29(3): 292-315.
5. Camgöz H., Tarım M., Lonial S. and Yatkın A. (2013) QFD Application Using SERVQUAL for Private Hospitals: A Case Study. **Leadership in Health Services** 26(3): 175-183.
6. Carr-Hill R. A. (1992) The Measurement of Patient Satisfaction. **Journal of Public Health** 14(3): 236-249.
7. Çağlıyan V. (2017) Sağlık Kurumlarında Hizmet Kalitesi Analizi: Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** (37): 254-264.
8. Davis B. A. and Bush H. A. (2003) Patient Satisfaction of Emergency Nursing Care in the United States, Slovenia, and Australia. **Journal of Nursing Care Quality** 18(4): 267-274.
9. Demirer Ö. ve Bülbül H. (2014) Kamu ve Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini ve Tercih Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Analiz. **Amme İdaresi Dergisi** 47(2): 95-119.
10. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) (2000) **The World Health Report, Health Systems: Improving Performance**. http://www.who.int/whr/2000/en/whroo_en.pdf (Erişim Tarihi: 21.10.2017).
11. Emhan A. ve Bez Y. (2010) Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri. **Dicle Tıp Dergisi** 37(3): 241-247.
12. Eleren A., Bektaş Ç. ve Görmüş A. Ş. (2007) Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Yöntemi ile Ölçülmesi ve Hazır Yemek İşletmesinde Bir Uygulama. **Finans Politik & Ekonomik Yorumlar** 44(514): 75-88.
13. İçli G.E., Kuşuoğlu S. ve Aslan F. E. (2006) Sosyodemografik Değişkenlerin Hasta Memnuniyetine Etkisi. **Marmara Üniversitesi İİBF Dergisi** 11(1): 383-399.
14. Kabaroglu K., Eroğlu S. E., Onur Ö. E., Denizbaşı A. ve Akoğlu H. (2013) Acil Serviste Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. **Marmara Medical Journal** 26(2): 82-89.

15. Kıdak B. L. ve Aksaraylı M. (2008) Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 10(3): 87-122.
16. Kotler P. and Armstrong G. (1996) **Principles of Marketing**. Pearson, NJ.
17. Mandharia A. S., Hassanb A. A. and Haranb D. (2004) Association Between Perceived Health Status and Satisfaction with Quality of Care: Evidence from Users of Primary Health Care in. **Oman Family Practice** 21: 519-527.
18. Margolis S. A., Al-Marzouqi S., Revel T. and Reed R. L. (2003) Patient Satisfaction with Primary Health Care Services in the United Arab Emirates. **International Journal for Quality in Health Care** 15(3): 241-249.
19. Önsüz M. F., Topuzoğlu A., Cöbek U. C., Ertürk S., Yılmaz F. ve Birol S. (2008) İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi. **Marmara Medical Journal** 21(1): 033-049.
20. Özcan M., Özkaynak V. ve Toktaş İ. (2008) Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyleri. **Dicle Tıp Dergisi** 35(2): 96-101.
21. Özkan A. (2003) Hastane İşletmelerinde Maliyetleme Yaklaşımları. **Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 22(2): 113-130.
22. Papatya G., Papatya N. ve Hamşioğlu A. B. (2012) Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma. **Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 2(1): 87-108.
23. Patwardhan A. and Patwardhan D. (2008) Business Process Re-Engineering–Saviour or Just Another Fad? One UK Health Care Perspective. **International Journal of Health Care Quality Assurance** 21(3): 289-296.
24. Rahman S., Erdem R. ve Devebakan N. (2007) Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği ile Değerlendirilmesi: Elazığ'daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü** 9(3): 37-55.
25. Roemer M. I. and Montoya-Aguilar C. (1988) **Quality Assessment and Assurance in Primary Health Care**. World Health Organization, Geneva.
26. Resmi Gazete (2005) **Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik**. Kabul Tarihi: 01.04.2005. Yayımlı Tarihi: 05.05.2005, Sayı: 25806.
27. Şantaş F., Kurşun A. ve Kar A. (2016) Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 19(1): 17-33
28. Taner T. ve Antony J. (2006) Comparing Public and Private Hospital Care Service Quality in Turkey. **Leadership in Health Services** 19(2): 1-10.
29. Tarım M. (2000) **Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite**. Türk Ağır Sanayii ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayını, Ankara.

30. Taşlıyan M. ve Sibel G. Ö. K. (2012) Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. **Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 2(1): 69-94.
31. Tezcan S., Altunta K. H. ve Yeşildal N. (1999) Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Hizmetlerden Memnuniyet Düzeyi. **Hacettepe Tıp Dergisi** 30(3): 267-85.
32. Türkgöz Y. T., Aksoy A. ve Perçin A. P. (1998) Hasta Tatmininin Sosyo-Demografik Değişkenler ve Tedaviye Özgül Değişkenler Yönünden İncelenmesi. **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**. İçinde: Çoruh M. (Ed.) ss 33-43. Ankara, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara.
33. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2016) **İzmir İli İlçelere Göre Nüfus Dağılımı**. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr> (Erişim Tarihi: 06.03.2017).
34. Uzun Ö. (2001). Patient Satisfaction with Nursing Care at a University Hospital in Turkey. **Journal of Nursing Care Quality** 16(1): 24-33.
35. Wilkin D., Hallam L. and Doggett M. A. (1992) **Measures of Need and Outcome for Primary Health Care**. Oxford University Press, UK.
36. Yağcı M. İ. ve Duman T. (2006) Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması. **Doğuş Üniversitesi Dergisi** 7(2): 218-238.
37. Yılmaz M. (2001) Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 5(2): 69-74.
38. Zerenler M. ve Adem Ö. (2007) Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya örneği. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** (18): 501-519.

Applicable Performance Criteria to Evaluate Clinical Nurses

Emin KAHYA*
Nurten ORAL**

ABSTRACT

The assessment of nurse performance plays an important role in guaranteeing high quality clinic care to achieve desired patient outcomes. Although many performance criteria have been suggested in the evaluation literature, none is universally accepted for nurse evaluation. The purpose of this study is to select and weight the applicable performance criteria to assess the clinical nurses in a hospital. Some performance criteria were generated from previously cited literature. Twenty-seven task performance and eleven contextual criteria were identified in eight categories. A questionnaire containing 38 criteria was designed to determine the weight of each criterion for nurse evaluation. It was distributed to all the clinical charge nurses in a hospital and they were asked to assign an appropriate weight to each criterion. The findings indicate that the most convenient categories are "Clinical skill", "Professional skill" and "Contextual performance".

Keywords: Nurse, Performance Criterion, Competency, Performance Evaluation, Contextual Performance

Klinik Hemşirelerini Değerlemek İçin Uygulanabilir Performans Kriterleri

ÖZ

Hemşire performans değerlemesi, arzulanan hasta sonuçlarını başarmak için yüksek kaliteli klinik tedavisini garantilemede önemli bir rol oynar. Değerleme literatüründe pek çok performans değerlendirme kriteri önerilmesine rağmen, hiçbiri hemşire değerlendirme için evrensel kabul edilmiş değildir. Bu çalışmanın amacı, bir hastanede klinik hemşireleri değerlemek için uygulanabilir performans kriterlerini seçmek ve ağırlıklandırmaktır. Bazı performans kriterleri, ilgili yazından elde edilmiştir. 27 görev ve 11 bağlamsal performans kriteri 8 kategoride tanımlanmıştır. 38 kriteri kapsayan anket, hemşire değerlendirme için, her bir kriterin ağırlığını belirlemek amacıyla tasarlanmıştır. Anket, bir hastanedeki tüm klinik sorumlu hemşirelere dağıtılmış ve kendilerinde her kriter için uygun bir ağırlık ataması rica edilmiştir. Bulgular, en uygun kategorilerin "Klinik becerisi", "Mesleki beceri" ve "Bağlamsal performans" olduğunu işaret etmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Performans Kriteri, Yetkinlik, Performans Değerleme, Bağlamsal Performans

I. INTRODUCTION

Along with the increasing complexity of nursing services, hospital employers are demanding qualified and competent staff nurses for high quality clinical practices (Tzeng 2004). Ensuring staff competency is a critical function of today's nurse manager. It reduces the risk of error and improves the quality of care (Taylor 2000).

According to Webster, competence is defined as "having requisite or adequate ability or qualities". This definition implies that a standard for the requisite ability and quality should

* Prof. Dr., Eskişehir Osmangazi University, Engineering and Architecture Faculty, Department of Industrial Engineering, Eskişehir, ekahya@ogu.edu.tr

** Nursing Manager, Eskişehir Osmangazi Hospital, Eskişehir, noral@ogu.edu.tr

be predetermined and defined. Unit specific nursing standards of care and practice fulfill these criteria (Western 1994). Competency has been defined as “the ability to perform the task with desirable outcomes under the varied circumstances of the real world (Benner 1982; Dunn et al. 2000). The Manpower Service Commission described competency as a “description of something which a person who works in a given occupational area should be able to do” (Watkins 2000). Competence, competency, and competencies have been used in literature to describe various clinical or business skills as related to nurses’ performance, including quality of care and productivity (Tzeng, Ketefian 2003). Performance is clearly concerned with demonstrated ability to do something. The relationship between competence and performance is unclear (O’Connor et al. 2001) not only in nursing but also in the fields of medicine. Watson et al. (2002) discussed difference between competence and performance. While (1994) made an important distinction between the concepts of “competence” and “performance”. She concluded that since competence is concerned with perceived skills, it can not be directly measured, whereas performance as actual situated behavior is open to measurement and reflects what nurses actually do in clinical practice (Robb et al. 2002). Performance is a more observable concept. Performance evaluation is a measurement of efficiency, competency, effectiveness of the nursing process, and the activities used by the individual nurse in the care of patients.

Some authors (e.g. Lin et al. 2010; Tzeng 2003; Tzeng, Ketefian 2003; Zhang et al. 2001) have identified underlying competencies which contribute to effective nursing performance. Watson et al. (2002) investigated the evidence for use of clinical competence assessment in nursing. A review using systematic methods of literature pertaining to clinical competence was conducted on defined dates, databases, and search terms. It is highlighted that despite a 40-year history of researching and developing an instrument for measurement of clinical competencies in nursing, there is none that is universally accepted for this purpose. In these studies, basic competencies have frequently been categorized in the following groups; professional/technical skill, clinical skill, interpersonal communication, critical problem solving, ethic, leadership. Other competencies depend on the type, aim, policy of health organization, the health knowledge level of the manager.

One challenge health care manager face is the evaluation of work performance. Underlying the challenge is the struggle for objective and fair work evaluations (Timmreck 1998). An apparent confusion exists regarding how performance is distinguished from competence (Fitzpatrick et al. 1994). Performance word (criterion) is a method of measuring achievement of competency. The reliability of the performance evaluation, basically, depends on the competencies chosen. The evaluation system is used for two critical purposes; (i) to justify wage increases linked to salary, rewards, bonuses and promotion, and (ii) to determine weak and strong behaviors of staff in an assessment period. The health organizations should support training programs to improve staff’ deficient areas. Qualified and competent nurses provide high quality clinical care and then enhanced patients because skilled nurses are close to their patients and able to handle their needs. The basic problem is which criteria can be used to evaluate a nurse. The criteria vary from two to seven for each competency. One of the last studies defining the performance criteria is that Zhang et al. (2001) investigated the underlying competencies which contributed to effective nursing performance. They determined 47 successful criteria classified in ten groups.

There are many studies investigating the performance criteria to assess clinical nurses and developing a tool together with key literature and expert opinion. Several studies have reported on research into the testing of a tool’s validity and reliability implementing such a tool for clinically based assessment and integrative reviews of the literature on nursing competency standards (Halcomb et al. 2016; Chiarella et al. 2008; Robb et al. 2002).

Schwirian (1981) used factor analysis to develop a six dimension scale of performance, which incorporated 52 behaviors and skills in six underlying dimensions; leadership, critical care, teaching/collaboration, planning/evaluation, interpersonal relations/communication, and professional development (Utley-Smith 2004).

Fitzpatrick et al. (1997) developed a scale to measure clinical nurse performance by combining the Slater Nursing Competencies Rating Scale, which consists of 84 observable items arranged into six groups (psychosocial individual, psychosocial group, physical, general, communication, and professional implications), with key literature and the use of expert opinion. They classified the criteria into seven groups; (i) physical, (ii) psychosocial, (iii) professional, (iv) promotion of health and teaching skills, (v) care management skill and organization of workload, (vi) communication skills, and (vii) use of the nursing process in planning care. The scale was tested in three separate institutions in the Southeast of England to look at the performance.

Timmreck (1989) investigated how hospitals assess work performance of employees and how their performance appraisal systems are managed (e.g. How are the employees informed of the performance appraisal results?) in 47 small rural hospitals in the Western United States. The research findings showed that in some hospitals one purpose for conducting a performance appraisal was to increase quality of care.

Robb et al. (2002) presented a critical review of the research, which has been carried out to explore the measurement of nurses' clinical performance using the criteria stipulated by the Cochrane Research Database. They deduced that although several thorough pieces of research have been carried out and a variety of tools developed, none has met with universal approval.

A job evaluation (NHS JE – National Health Service Job Evaluation) and pay (AfC – Agenda for Change) systems and also staff evaluation (KSF – Knowledge and Skill Framework) tool was developed by Department of Health in UK (www.dh.gov.uk). The NHS KSF tool (<http://www.nhsemployers.org>) provides a means of recognizing the skills and knowledge that a person needs to apply to be effective in a particular NHS post. It consists of six core dimensions and 24 specific dimensions. These dimensions have been developed so as to assess all the staff in health organization.

Ko et al. (2007) described a scale to measure nurses performance in the hospital setting. The scale consisted of 4 factors (competency, attitude, willingness to improve, and application of nursing process) and a total of 17 items. In order to test validity and reliability, data was collected from 1,966 nurses in twenty eight hospitals. Data analysis including descriptive statistics, factor analysis and reliability coefficients was satisfied by the SAS 8.0 software.

Osman et al. (2011) developed a data envelopment analysis (model for nurse performance evaluation). The validity of the model was tested on thirty-two nurses in an intensive care unit at one of the most recognized hospitals in Lebanon.

Park and Lee (2011) developed a performance appraisal tool to assess the registered nurses in the neonatal intensive care unit. They identified 76 indicators classified into 4 domains of nursing: professional practice (49 items), responsibility of education (5 items), research (3 items) and leadership (19 items). The tool would be very to assess nurse performance and facilitate the professional growth of nurses.

Lee (2016) developed a performance appraisal tool for postoperative anesthesia care unit nurses. Subsequent to a review of the literature on nursing performance of nurses, a questionnaire including 63 items was developed. Through factor analysis, criteria were derived in 3 domains with 8 factors; a) Professional nursing practice (31 items) (2 factors) (High frequency nursing practice, Low frequency nursing practice), b) Education & Management (20 items) (4 factors) (Education & communication, Management of drug & equipment, Management of material & safety, Management of infection) and c) Research & Competency (12 items) (2 factor) (Research, Competency).

Aslan and Yıldırım (2017) developed a “Self-Report Contextual Performance Scale” which measures contextual performance levels of nurses working at hospitals. The target population was 500 nurses from two hospitals (one public and one private) on the European side of Istanbul. Exploratory factor analysis of the scale showed a Kaiser-Meyer Olkin (KMO) coefficient of 0.97 and the result of the Barlett test was found to be significant. It was noticed that items were best distributed around two factors. The Cronbach’s alpha coefficient was found to be 0.97 for the total scale.

Other essential studies were presented by authors (Schwirian 1978; Fitzpatrick et al. 1994; Riggio, Taylor 2000; Zhang et al. 2001; Tzeng 2004; Kalb et al. 2006; Chiarella et al. 2008; Lin et al. 2010; Nicholson et al. 2013; Halcomb et al. 2016).

Job performance is measured in terms of each employee’s **task and contextual performance**. Task performance relates to the proficiencies with which incumbents perform core technical activities that are important for their jobs (Arvey 1998). Contextual performance is defined as individual efforts that are not directly related to their main task function but are important because they shape the organizational, social, and psychological context that serves as the critical catalyst for task activities and processes (Werner 2000). In nursing literature, the authors have revealed the performance criteria as the behaviors on nursing competencies to measure the effectiveness of a nurse. In other words, job performance has been measured by the criteria coming from task performance set. Any study considering the contextual performance, and classifying these criteria in structural groups has not been seen.

Applicable measures and their weights for nurse evaluation depend on the type of hospital and care service and the preferences of the managers. Weighting assures equitable results when the relative importance is compared. Not weighting criteria means that each criterion will have the same relative importance on performance, which is never the case. To produce the weights, each criterion is assigned a proportional value – a percentage of the total – of the performance evaluation plan. One way to weight the criteria is to let each committee member offer his/her opinion of a percentage distribution. The average of the weights to find the consensus value for each criterion is calculated, which is named as Delphi technique.

In this study, the purpose is to select and weight the applicable performance criteria by using Delphi technique in a hospital. Some performance criteria were generated from previously cited literature. Twenty-seven task performance and eleven contextual criteria were identified in eight categories. A questionnaire containing 38 criteria was designed to determine the weight of each criterion for nurse evaluation. It was distributed to all the clinical charge nurses in a hospital and they were asked to assign an appropriate weight to each criterion. The average weights for each criterion to assess the clinical nurses was determined.

II. THE NATURE OF THE TASK AND CONTEXTUAL PERFORMANCE

Performance evaluation is the process that compares employees' job performance with job standards to measure how well the job is performed. There are two types of job performance: task performance and contextual performance.

In the current work psychology literature, task performance is defined as "the proficiency with which incumbents perform activities that are formally recognized as part of their jobs; activities that contribute to the organization's technical core either directly by implementing a part of its technological process, or indirectly by providing it with needed materials or services" (Borman, Motowidlo 1993). The task performance involves job related aspects that a particular employee is supposed to do at a given job. The job activities may include the quantity of work, quality of work done, speed of performing tasks, accuracy in work done and variety of the tasks being done or performed by the employee (Tufail et al. 2017; Edwards et al. 2008). Appropriate items to measure the efficiency of an employee depend on the nature of a job. In healthcare units, task performance is assessed by such items as "Managing nursing activities in time" and "Delivering well-prepared or careful nursing service to patient".

Contextual performance is defined as individual efforts that are not directly related to their main task function but are important because they shape the organizational, social, and psychological context that serve as the critical catalyst for task activities and processes (Werner 2000). Contextual performance including citizenship behaviour entails for activities other than core job and is mostly related to factors such as peers, work place and supervision. Common examples of contextual performance behaviors include helping coworkers, volunteering for task, and defending the organization (Griffin et al. 2000). The activities such as helping and supporting peers at work place, showing keen and learning attitude towards assigned tasks, defending and obeying supervision available at work, doing tasks for others which are not one's responsibility, sharing of information and managing work and responsibilities willingly (Tufail et al. 2017; Van Scotter 2000).

Coleman and Borman (2000) settled these behaviors on three groups;

1. Interpersonal citizenship: Behaviors that assist, support, and develop organization members through cooperative and facilitative efforts that go beyond expectations includes two sub-groups.

- i. Altruism:** Assisting and supporting organization members such as "helping other organization members".
- ii. Conscientiousness:** Assisting and supporting the performance of organization members through cooperation and facilitation efforts that go beyond expectations such as "Cooperating with other organization members".

2. Organizational citizenship: Citizenship behaviors that demonstrate commitment to the organization through allegiance and loyalty to the organization and organization objectives, and compliance with organizational rules, policies, and procedures include two sub-groups.

- i. Allegiance/Loyalty:** Assisting and supporting the organization by demonstrating a personal commitment to the organization such as "Endorsing, supporting, or defending organizational objectives".
- ii. Compliance:** Confirming and adhering to the organizational rules, policies, and procedures, demonstrating impersonal behavioral commitment to the organization and organizational objective such as "Following organizational rules and procedures".

3. Job/Task Conscientiousness (job dedication) : Extra efforts that go beyond role requirements, demonstrating dedication to the job, persistence, and the desire to maximize one's own job performance such as "Putting extra effort on own job".

Although task performance traditionally has received more attention than contextual performance, researchers have begun to empirically demonstrate that contextual performance yields a competitive advantage for organizations (Witt et al. 2002). Such helpful, considerate, and cooperative behaviors are expected to increase the effectiveness of workers, managers and work groups. They also improve organizational coordination by reducing friction among organizational members. Innovative and voluntary behaviors enhance an organization's ability to solve unanticipated problems and adapt to change.

III. METHOD

The objective of this article is to determine the weights of the performance criteria by using Delphi technique. We conducted a pilot study on a nurse performance evaluation system in a hospital. The hospital, which is the primary teaching and research facility, serves the population of near cities.

3.1. Criteria

In nurse performance evaluation literature, the performance criteria have focused on how the nurses achieve the nursing activities, that is named as task performance. However, contextual behaviors serve as a catalyst for task activities, contributing to better relationship among employees. The majority of manufacturing and service companies tend to add contextual performance to performance evaluation systems. Contextual behaviors have critical importance in health systems, and should settle in performance evaluation system.

The first stage of the study focused on a literature review regarding performance evaluation tools used in nursing to identify appropriate items for nursing activities. The items proving the most accurate and representative description of effective nurse performance in various clinical settings were derived from some cited studies (Liou, Cheng 2014; Ko et al. 2007; Meretoja et al. 2004; O'Connor et al. 2001; Zhang et al. 2001; Fitzpatrick et al. 1997; Schwirian 1978) and accessible tools (NHS KSF tool (www.dh.gov.uk)). Widely highlighted 27 task-oriented items focused on enhanced patient satisfaction, and quality of care were identified to measure nurse performance, and classified into seven categories.

Thirty-one contextual performance criteria (Appendix 1) were generated from several studies (Moorman, Wells 2003; Van Scotter 2000; Coloman, Borman 2000; Goodman, Svyantek 1999), and some applications. After achieved a consensus, eleven of them were included into contextual performance set. A total of 38 items were selected for the tool. Some minor refinements of items wording to enhance readability were incorporated into the final version (see Appendix 2) (Kahya, Oral 2018).

3.2. Participants

The participants in this study were comprised of the charge nurses of intensive care (8), medical clinics (13), surgical clinics (12), emergency, and operating room units so that they can predict the required criteria much more than the nurses. In order to determine the weights of the criteria, a questionnaire containing all 38 criteria under eight main criteria groups and personal information was designed. A cover sheet detailed instructions on how to apply the weight was also attached to questionnaire and was distributed to all (35) charge nurses in the hospital of Eskişehir Osmangazi University. They were asked to assign a

weight to the main criterion from 0 to 100% such that the total weight would be 100%. Thirty-one questionnaires were returned for a response rate of 88.57%.

3.3. Ethical Considerations

Second author, the nursing manager, briefed the hospital management about the aim and the procedure of the study. During the distribution of the questionnaires to charge nurses, it was guaranteed that their responses would remain confidential and anonymous, and also each one had the right not to respond to the questionnaire.

IV. RESULTS

The analysis of the data including descriptive statistics, was performed using SPSS software version 24. "One-way ANOVA: Post Hoc Multiple Comparison" Tukey test analyze, with 95% confidence level was employed to test whether the weights were significantly different between clinics of each criterion category.

The demographic characteristics were shown in Table 1. All participants were female. The majority has served in available clinic as a charge nurse for more than 6 years (9.53 ± 5.39), with ages ranging from 28 to 54 years (38.72 ± 5.19). The average lengths are 18.66 years for nursing experience, and 9.53 years for clinical supervisor experience. Among them, 16 (50%) had associate degree, 12 (37.5%) had graduated from college, and 4 (12.5%) were in a nursing master's degree program.

Table 1. General Characteristics of Participants

Characteristics	Levels	Number
Clinics	Medical clinics	12
	Surgical clinics	12
	Intensive care	7
	No answer	4
Education	Masters degree	3
	B.Sc. graduate	12
	Associate degree program graduate	16
	Nursing occupational high school	-
Working experience	1-10 years	2
	11-20 years	21
	21- years	8
Working experience as a charge nurse	1-5 years	7
	6-10 years	14
	11- years	10

4.1. The Weights of Main Criteria

As can be seen from Table 2, the average weights of the main criteria indicate that the order for main criteria was clinical skill (21.53%), professional skill (16.05%), contextual (12.97%), problem solving, interpersonal skill, teamwork, ethic, and leadership. The weights for four criteria; interpersonal skill, problem solving, professional ethic, and teamwork, were almost same (10%). Thus, the most important criteria to evaluate the nurses were clinical skill, professional skill, contextual, and problem solving.

Table 2. Weights for Main Criteria

Criterion Category	Mean	SD	Minimum	Maximum
Contextual	12.97	7.45	5	40
Professional skill	16.05	5.15	5	30
Clinical skill	21.53	6.92	10	40
Interpersonal skill	10.94	3.78	4	20
Problem solving	11.81	4.29	5	20
Professional ethic	9.00	3.03	3	15
Teamwork	10.32	3.47	4	20
Leadership	7.39	2.90	3	13

In many study (Tzeng 2003), exploring and comparing the scores of competencies or criteria used to evaluate the nurses, first four items have been commonly pointed out among the most preferred items. It is considerable result that one contextual performance criterion is one of the most needed criteria that have been neglected at related investigations. In a humanistic work role such a nursing, being able to do a task is not in itself enough; the task must be carried out by individuals who are able to contextualize care by respecting the patients' own values, cultural beliefs and approaches to health and ill-health (Watkins 2000).

4.2. The Effect of Clinic Type on Weighting

In order to investigate the effect of clinic type on criterion weighting, clinics were grouped into three categories; medical (14), surgical (10) and intensive care (7) units. Average weights for each category clinic were given in Table 3. The results showed that the nurses from different units were affected from the clinical conditions when giving a decision. "Clinical skill" and "Professional skill" were the most essential criteria for each of three type clinics. The order of the others changed among clinic types. Although problem solving was much more essential (third) for medical clinics, contextual performance was much more important in surgical and intensive care units. It is pointed out that teamwork was one of the first four categories in intensive care units.

Table 3. Average Weights for Clinic Categories

Criterion	Medical	Surgical	Intensive Care
Contextual	10,36	16,20	13.57
Professional skill	15,86	16,80	15.36
Clinical skill	23,36	18,80	21.79
Interpersonal skill	12,21	9,60	10.29
Problem solving	12,71	11,60	10.29
Professional ethic	10,00	9,10	6.86
Teamwork	9,57	9,60	12.86
Leadership	5,93	8,30	9.00

The results of the "One-way ANOVA: Post Hoc Multiple Comparison" Tukey test analyze showed that there was no significant difference between clinic types (all $p > 0.05$).

4.3. The Weights of Criteria

Participants were asked to share out the main criterion weight to its criteria (Table 4). After assigned the weights, it was seen that each charge nurse tended to increase the weights of some criteria which were enhanced but differences among the weights for each criterion vary till 5%.

The most important five criteria were found, from high to low mean values as follows:

- “Identify and assessing of the patient’s problems” in professional skill group,
- “General Professional skill” in professional skill group,
- “Planning patient care according to individual needs” in clinical skill group,
- “Identifying sudden changes related to the patient’s condition” in problem solving group,
- “Managing the nursing activities in time” in clinical skill group,

The ranking of the criteria demonstrates that criteria in professional skill, clinical skill, problem solving are the most ranked; interpersonal skill, ethic, and teamwork are intermediate required criteria, and the ranks of the others; leadership and contextual skill are greater than 20, in general.

Table 4. All the Weights

Category	Criterion	Weight
Contextual	Being thrifty	0.86
	Not complaining about organizational conditions	1.29
	Not keeping others engaged in individual problems	1.20
	Having absent	1.33
	Participating in training meeting	0.79
	Having a neat, clean appearance	0.91
	Taking responsibility for the tasks.	1.67
	Working hard with extra effort	1.42
	Working systematically	1.39
	Engaging in self-development to improve own effectiveness	0.96
	Obeying cleanliness rules	1.16
Professional skill	General Professional skill	4.62
	Identify and assessing of the patient’s problems	5.19
	Calmness	2.81
	Keeping nursing equipment in good condition	3.43
Clinical skill	Planning patient care according to individual needs	4.56
	Managing the nursing activities in time	4.40
	Delivering well-prepared or careful nursing service to the patient	4.16
	Monitoring the patient’s condition constantly and record his/her situation	3.84
	Making an effort to enhance his/her well-being	2.14
	Endorsing and following clinical rules, procedures and hospital policies	2.42
Interpersonal skill	Expressing enthusiasm for nursing work	3.92
	Cooperating with supervisor nurse	3.16
	Behaving in a friendly manner	3.86
Problem solving	Identifying sudden changes related to the patient’s condition	4.56
	Solving speedy the clinical problems	4.36
	Taking the initiative to solve a work problem	2.89
Professional ethic	Attitude to the patient and his/her family	3.10
	Confidentially	3.64
	Giving information to the patient and his/her family	2.26
Teamwork	Cooperating with the members of other teams	2.44
	Engaging responsibly in meetings and group activities	3.40
	Giving feedback to colleagues in a constructive way	2.83
	Engaging in and contributing to research-based practices	1.65
Leadership	Motivating the other nurses	2.03
	Coaching others in duties	1.78
	Having a supervisor attributes	1.39
	Helping to the entry-to-practice beginning level nurses	2.19

V. CONCLUSION

In this study, we investigated the weights of most preferable performance criteria to measure the performance of the clinical nurses by using a questionnaire to charge nurses in a medial center. The criteria weights were found with traditional method. It advanced the work of previous researchers in exploring the attributes of nurses prepared to meet both current and future demands of the healthcare organizations. The results indicated that “clinical skill” and “professional skill” categories had higher importance than the others. In several studies (Tzeng, Ketefian 2003) where exploring and comparing the scores of competencies or items used to assess nurse performance, the first four items have been commonly pointed out among the most preferred skills. Our results were different but overlapped because of the fact that six of items took place in the most desirable ten items.

Nurses working in medical center perceived that their jobs required more complicated skills than those nurses who worked in the other types of hospitals. In medical centers, care procedure is clearly defined and nursing knowledge is much more important than the others because of critical care activities. Interpersonal skill, problem solving and teamwork varied depending on type of clinic. While “Interpersonal skill” and “Problem solving” were much more important for the medical clinics, “Contextual” and “Problem solving” were the preliminary for the surgical clinics. We can deduce from these results that the requirement level of an criterion, more or less, varies dependent on type of clinic; some criteria can take much more dominant than the others.

The major limitation to this study is the generalizability. Although the study was applied in a big hospital and may not be generalized to nurses in other hospitals, the findings indicate that the weights can partly vary dependent on type of care service. A criterion can take much more important than the other clinic. This is not a dilemma. Organizational culture is efficient to select the criteria. In recent studies, teamwork, communication, and leadership begin going fore than before. It is not difficult to predict that both organizational culture such as mission, vision, and values of the hospital and innovation which are contextual performance measures should be new competencies in near future.

For the next attempts, two suggestions are essential as follows;

- a) While the number of nurse in a unit increases, it is required much time to evaluate the nurses. Between 15 and 20 criteria is ideal number to evaluate. Hospital management can select the criteria tracing the order in Table 4. When the number of criteria is decreased, the new weights can be calculated with consideration of the group weight or revised to be 100%.
- b) In traditional weighting methods, the decision makers, subjectively, assign a rough weight such as 5%, 10%, or 15% to a criterion. In this assignment, the consistency of the decision maker is not very high. No one gives a value like 8.25%. However, in Analytic Hierarchy Process (AHP) method, a new decision making method, a decision maker compares a criterion to another one and gives his/her individual preference as equal or moderate importance. Hence, it is expected that the weights determined by using AHP are much more consistent.

In conclusion, applicable criteria to measure nurse performance are, probably, one of the biggest challenges for broads of nursing. Our findings addressed the current scope of nursing; nurses are higher accountable for contextual performance, problem solving and interpersonal skill dimensions of nursing posts. In the next attempts to design a tool, it is expected that criteria linked to mission, vision, and values of organization will be considered.

REFERENCES

1. Arvey R. D. (1998) Performance Evaluation in Work Settings. **Annual Review of Psychology** 49(1): 141-168.
2. Aslan M. and Yıldırım A. (2017) The Contextual Performance Scale for Nurses Who Work at Hospitals: Validity and Reliability. **Journal of Education and Research in Nursing** 14(2): 104-111.
3. Benner P. (1982) Issues in Competency-Based Testing. **Nursing Outlook** 30(5): 303-309.
4. Borman W. C. and Motowidlo S. M. (1993) "Expanding the Criterion Domain to Include Elements of Contextual Performance". In Schmitt N. and Borman W. C. (eds.), **Personnel Selection in Organizations**, pp: 71-98. Jossey-Bass: San Francisco.
5. Chiarella M., Thoms D., Lau C. and McInnes E. (2008) An Overview of the Competency Movement in Nursing and Midwifery. **Collegian** 15(2): 45-53.
6. Coleman V. I. and Borman W. C. (2000) Investigating the Underlying Structure of the Citizenship Performance Domain. **Human Resource Management Review** 10(1): 25-44.
7. Dunn S.V., Lawson D., Robertson S., Underwood M., Clark, R., Valentine T., Walker N., Wilson-Row C., Crowder K. and Herewane D. (2000) The Development of Competency Standards for Specialist Critical Care Nurses. **Journal of Advanced Nursing** 31(2): 339-346.
8. Edwards B. D., Bell S. T., Arther J. W. and Decuir A. D. (2008) Relationship between Facets of Job Satisfaction and Task and Contextual Performance. **Applied Psychology: An International Review** 57(3): 441-465.
9. Fitzpatrick J. M., While A. E. and Roberts J. D. (1994) The Measurement of Nurse Performance and its Differentiation by Course of Preparation. **Journal of Advanced Nursing** 20(4): 761-768.
10. Fitzpatrick J. M., While A. E. and Roberts J. D. (1997) Measuring Clinical Nurse Performance: Development of the King's Nurse Performance Scale. **International Journal of Nursing Studies** 34(3): 222-230.
11. Goodman S. A. and Svyantek D. J. (1999) Person-Organization Fit and Contextual Performance: Do Shared Values Matter. **Journal of Vocational Behavior** 55(2): 254-275.
12. Griffin M. A., Neal A. and Neale M. (2000) The Contribution of Task Performance and Contextual Performance to Effectiveness: Investigating the Role of Situational Constraints. **Applied Psychology** 49(3): 517-533.
13. Halcomb E., Stephens M., Bryce J., Foley E. and Ashley C. (2016) Nursing Competency Standards in Primary Health Care: An Integrative Review. **Journal of Clinical Nursing** 25(9-10): 1193-1205.

14. Kahya E. and Oral N. (2018) Measurement of Clinical Nurse Performance: Developing a Tool Including Contextual Items. **Journal of Nursing Education and Practice** 8(6): 112-123.
15. Kalb K. B, Cherry N. M., Kauzloric J., Brender A., Green K., Miyagawa L. A. and Shinoda-Mettler A. (2006) A Competency-Based Approach to Public Health Nursing Performance Appraisal. **Public Health Nursing** 23(2): 115–138.
16. Ko Y. K., Lee T. W. and Lim J. Y. (2007) Development of a Performance Measurement Scale for Hospital Nurses. **Journal of Korean Academy of Nursing** 37(3): 286-294.
17. Lee Y.Y. (2016) Development of a Performance Appraisal Tool for Postoperative Anesthesia Care Unit Nurses. **Journal of Korean Academy of Nursing Administration** 22(3): 270-278.
18. Lin C. J., Hsu C. H., Li T. C., Mathers L. and Huang Y. C. (2010) Measuring Professional Competency of Public Health Nurses: Development of a Scale and Psychometric Evaluation. **Journal of Clinical Nursing** 19(21-22): 3161–3170.
19. Liou S. R. and Cheng C. Y. (2014) Developing and Validating the Clinical Competence Questionnaire: A Self-Assessment Instrument for Upcoming Baccalaureate Nursing Graduates. **Journal of Nursing Education and Practice** 4(2): 56-66.
20. Meretoja R., Isoaho H. and Leino-Kilpi H. (2004) Nurse Competence Scale: Development and Psychometric Testing. **Journal of Advanced Nursing** 47(2): 124-133.
21. Moorman R. H. and Wells D. L. (2003) Can Electronic Performance Monitoring be Fair? Exploring Relationship among Monitoring Characteristics, Perceived Fairness, and Job Performance. **Journal of Leadership and Organizational Studies** 20(2): 2-16.
22. Nicholson P., Griffin P., Gillis S., Wu M. and Dunning T. (2013) Measuring Nursing Competencies in the Operating Theatre: Instrument Development and Psychometric Analysis Using Item Response Theory. **Nurse Education Today** 33(9): 1088–1093.
23. O'Connor S. E., Pearce J., Smith R. L., Voegeli D. and Walton P. (2001) An Evaluation of the Clinical Performance of Newly Qualified Nurses: A Competency Based Assessment. **Nurse Education Today** 21(7): 559-568
24. Osman I. H. , Berbar L. N., Sidani Y., Al-Ayoubi B. and Emrouznejad A. (2011) Data Envelopment Analysis Model for the Appraisal and Relative Performance Evaluation of Nurses at an Intensive Care Unit. **Journal of Medical Systems** 35(5): 1039–1062.
25. Park K. O. and Lee Y. Y. (2011) Developing a Performance Appraisal Tool for Neonatal Intensive Care Unit Registered Nurses. **Journal of Korean Academic Society of Nursing Education** 17(2): 267-276.
26. Riggio R. E. and Taylor S. J. (2000) Personality and Communication Skills as Predictors of Hospice Nurse Performance. **Journal of Business and Psycholog** 15(3): 351-359.
27. Robb Y., Fleming V. and Dietert C. (2002) Measurement of Clinical Performance of Nurses : A Literature Review. **Nurse Education Today** 22(4): 293-300.

28. Schwirian P. M. (1978) Evaluating the Performance of Nurses: A Multidimensional Approach. **Nursing Research** 27(6): 347–351.
29. Schwirian P. M. (1981) Toward an Explanatory Model of Nursing Research. **Nursing Research** 30(4): 242-253.
30. Taylor K. (2000) Tackling the Issue of Nurse Competency. **Nursing Management** 31(9): 34-37.
31. Timmreck T. C. (1989) Performance Appraisal Systems in Rural Western Hospitals. **Health Care Management Review** 14(2): 31-43.
32. Timmreck T. C. (1998) Developing Successful Performance Appraisals Through Choosing Appropriate Words to Effectively Describe Work. **Health Care Management Review** 23(3):48-57.
33. Tufail M. S., Mahesar H. A. and Pathan S. K. (2017) Organizational Justice, Task and Contextual Performance: Empirical Analysis for Front Line Managers. **Grassroots** 51(1): 269-281.
34. Tzeng H. M. (2003) Demand and Supply for Nursing Competencies in Taiwan's Hospital Industry. **Nursing Economics** 21(3): 130-139.
35. Tzeng H. M. (2004) Nurse's Self-Assessment of Their Nursing Competencies, Job Demands and Job Performance in the Taiwan Hospital System. **International Journal of Nursing Studies** 41(5): 487-496.
36. Tzeng H. M. and Ketefian S. (2003) Demand for Nursing Competencies: An Exploratory Study in Taiwan's Hospital System. **Journal of Clinical Nursing** 12(4): 1-10.
37. Utley-Smith Q. (2004) Needed by New Baccalaureate Graduates. **Nursing Education Perspectives** 25(4): 166-170.
38. Van Scotter J. R. (2000) Relationships of Task Performance and Contextual Performance with Turnover, Job Satisfaction, and Affective Commitment. **Human Resource Management Review** 10(1): 79-95.
39. Watkins M. J. (2000) Competency for Nursing Practice. **Journal of Clinical Nursing** 9(3): 338-346.
40. Watson R., Stimpson A., Topping A. and Porock D. (2002) Clinical Competence Assessment in Nursing: A Systematic Review of the Literature. **Journal of Advanced Nursing** 39(5): 421-431.
41. Werner J. M. (2000) Implications of OCB and Contextual Performance for Human Resource Management. **Human Resource Management Review** 10(1): 3-24.
42. Western P. (1994) QA/QI and Nursing Competence: A Combined Model. **Nursing Management** 25(3): 44-46.
43. While A. E. (1994) Competence versus Performance: Which is the Most Important? **Journal of Advanced Nursing** 20(3): 525-531.

44. Witt L. A., Kacmar K. M., Carlson D. S. and Zivnuska S. (2002) Interactive Effects of Personality and Organizational Politics on Contextual Performance. **Journal of Organizational Behavior** 23(8): 911-926.
45. Zhang Z. X., Luk W., Arthur D. and Wong T. (2001) Nursing competencies: Personal Characteristics Contributing to Effective Nursing Performance. **Journal of Advanced Nursing** 33(4): 467-474.
46. www.dh.gov.uk
47. <http://www.nhsemployers.org>

Appendix 1: Contextual Performance Criteria

Dimension	Sub-dimension	Criterion
Interpersonal Citizenship	Altruism	Assisting co-workers with personal matters
		Altruism in helping individual organization members
	Conscientiousness	Spending resources with effectively
		Cooperating with others to solve problems
		Engaging responsibly in meetings and group activities.
Organizational Citizenship	Allegiance/Loyalty	Not complaining about organizational conditions
		Not keeping others engaged in individual problems
		Treatment the supervisor with respect
		Exhibiting punctuality arriving at work on time in the morning and after lunch breaks
		Absenteeism
		Participating in training meeting
		Suggesting procedural, administrative, or organizational improvements
	Compliance	Display proper appearance or bearing
		Following organization rules and procedures
		Exercise personal discipline and self-control
		Participating responsibility in the organization
		Complying with organizational values or policies
		Working safely
		Protecting equipment
Job Dedication	Job Dedication	Carrying out tasks in time
		Effectively handling new situations
		Volunteering to carry out tasks not part of own job
		Attention to important details
		Quality
		Working harder than necessary (Productivity)
		Working systematically
		Taking initiative to solve a work problem
		Engaging in self-development to improve own effectiveness
		Creativity to solve a work problem
		Generating new ideas to make things (tasks) better (Innovation)
		Planning and organizing posts

Taburculuğa Hazır Olmanın Boyutları: Belirleyicileri, Hasta Sonuçları ve Hastane Harcamaları ile İlişkisi*

Sıdika KAYA**
Gülay Sain GÜVEN***
Mesut TELEŞ****
Seda AYDAN*****
Cahit KORKU*****
Ahmet KAR*****

ÖZ

Hastaların hastanede kalış süresini kısaltmaya yönelik çabalar, bazı hastaların yeterince hazır olmadan taburcu edilmesine neden olabilmekte ve bu durum olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Bu çalışmanın amacı 1) taburculuğa hazır olmanın boyutlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, 2) bu boyutlara göre hasta sonuçlarının (taburcu olduktan sonra 30 gün içinde hastaneye plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı ve ölüm) karşılaştırılması ve 3) bu boyutlarda taburculuğa hazır olma durumuna göre 30 gün içinde plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı için hastanede yapılan harcamaların karşılaştırılmasıdır. Araştırmanın evrenini Ankara'daki bir üniversite hastanesinin iç hastalıkları servislerinden 1.2.2015-31.1.2016 tarihleri arasında taburcu olan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan 1601 hastanın taburculuğa hazır olma durumlarının değerlendirilmesinde Weiss ve diğerleri (2014) tarafından geliştirilen Readiness for Hospital Discharge Scale/Short Form'un (RHDS/SF) Türkçe versiyonu kullanılmıştır. RHDS/SF'nin dört boyutu bulunmaktadır: Hastanın kişisel durumu, bilgisi, baş etme becerisi ve beklenen desteği. Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, birikimli yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca (25.-75. yüzdeler) değerler, çubuk ve kutu-çizgi grafikleri ile incelenmiştir. Çıkarımsal istatistiklerde ise ki-kare testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann Whitney U testi, Spearman korelasyon katsayısı, eta katsayısı, Cramer V katsayısı, Pearson korelasyon katsayısı ve çoklu lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Hastalar en fazla beklenen destek boyutunda, en az ise bilgi boyutunda kendilerini taburculuğa hazır hissetmektedir. Yapılan çoklu lojistik regresyon analizlerine göre, hastaların taburculuğa hazır olma durumunun belirleyicileri RHDS/SF'nin dört boyutuna göre değişmektedir. Kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında taburculuğa hazır olmayan hastaların; 30 gün içinde plansız yeniden yatış, ölüm ve olumsuz bir sonuçla (plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı veya ölüm durumlarından herhangi biri ile) karşılaşma yüzdeleri daha yüksektir. Plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı için hastanede yapılan harcamalar, taburculuğa hazır olmanın boyutlarına göre anlamlı fark göstermemektedir. Hastaların özellikle kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında taburculuğa hazır olma algıları değerlendirilmeli ve buna göre gerekli önlemler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis kullanımı, hasta sonuçları, hastane, hastaneye yeniden yatış, taburculuğa hazır olma

* Bu çalışmanın ilk versiyonu 13-15 Ekim 2017 tarihleri arasında Trabzon'da düzenlenen "1. International 11. Health and Hospital Administration Conference" da sunulmuş, en iyi bildiri olarak seçilmiş ve "Prof. Adil Artukoğlu Best Paper Award" ödülü almıştır.

** 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

**** Dr. Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, mesutteles@hacettepe.edu.tr

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

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

***** Dr. Öğr. Üyesi, Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, ahmetkar@kku.edu.tr

Dimensions of Readiness for Discharge: Determinants and Associations with Patient Outcomes and Hospital Expenditures

ABSTRACT

Efforts to shorten patients' length of stay in the hospital may cause some patients to be discharged without adequate readiness, which could cause negative outcomes. The aims of this study are to 1) determine the factors affecting the dimensions of readiness for discharge, 2) compare patient outcomes (unplanned readmission to the hospital, emergency department visit, and death within 30 days after discharge) by these dimensions, and 3) compare hospital expenditures for 30-day unplanned readmission and emergency department visit by readiness for discharge in these dimensions. The population of the study was patients who were discharged from the internal medicine wards of a university hospital in Ankara between February 1, 2015 and January 31, 2016. The Turkish version of the Readiness for Hospital Discharge Scale/Short Form (RHDS/SF) developed by Weiss et al. (2014) was used to assess the readiness of the 1601 patients participated in the study. The RHDS/SF has four dimensions: the patient's personal status, knowledge, coping ability and expected support. Descriptive statistics were examined by frequency, percentage, cumulative percentage, mean, standard deviation, median (25th-75th percentiles) values, bar and box and whisker plots. For inferential statistics, chi-square test, significance test of difference between two means, Mann Whitney U test, *Spearman's correlation coefficient*, *eta coefficient*, *Cramer's V coefficient*, Pearson correlation coefficient and multiple logistic regression analysis were used. The dimension that patients felt most ready for discharge is expected support, while the dimension that they felt least ready is knowledge. According to multiple logistic regression analyzes, determinants of patients' readiness for discharge varied by the four dimensions of the RHDS/SF. The percentages of unplanned readmission, death, and negative outcome (unplanned readmission, emergency department visit or death) of patients who were not ready for discharge with respect to personal status and coping ability dimensions were higher. Hospital expenditures for unplanned readmissions and emergency department visits do not differ significantly with respect to the dimensions of readiness for discharge. Patients' perceptions of readiness for discharge must be assessed especially in personal status and coping ability dimensions and necessary precautions must be taken accordingly.

Key Words: Emergency department visit, hospital, hospital readmission, patient outcomes, readiness for discharge

I. GİRİŞ

Sağlık harcamalarının azaltılması için sağlık sistemleri üzerinde artan bir ekonomik baskı söz konusudur. Bu durum birçok hastanenin hastaların yatış süresini kısaltmasına ve hastaların ihtiyaçları tamamen karşılanmadan veya durumu tamamen iyileşmeden taburcu edilmesine neden olabilmektedir (Weiss et al. 2007; Mabire et al. 2015). Bu konudaki endişeler hastaların taburculuğa hazır olup olmadıklarının değerlendirilmesini gündeme getirmiştir. Lau ve diğerleri (2016) hastaların %23'ünün taburculuğa hazır olmadıklarını ortaya koymuştur. Hastaların taburculuğa hazır olma durumunun değerlendirilmesi hasta güvenliği, hasta tatmini ve hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçları açısından giderek önem kazanmaktadır (Weiss et al. 2006; Weiss et al. 2007). Taburculuğun kalitesi, hasta sonuçlarını iyileştirmek ve bakım maliyetlerini düşürmek için öncelik haline gelmiştir (Weiss et al. 2017).

Taburculuğa hazır olma kavramı Fenwick (1979) tarafından fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir kombinasyonu olarak tanımlanmıştır. Taburculuğa hazır olma konusu, hastaların bilişsel, duygusal ve psikomotor yetenekleri ile sınırlılıkları arasındaki dengenin yanı sıra, ailenin ve toplumun hastaya neler sağlayabileceği ile de ilgilidir (Fenwick 1979). Weiss ve diğerleri (2007) taburculuğa hazır olmanın boyutlarını; kişisel durum, bilgi, baş etme becerisi ve beklenen destek olarak belirlemiştir. Kişisel durum, hastanın taburcu olduğu gün kendisini nasıl hissettiğini; bilgi, hastanın evdeki kendi bakımı (örneğin, ilaçlar, tıbbi

tedaviler, kısıtlamalar ve hizmet sunucusuna erişim) ile ilgili olan taburculuk bilgisi hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunu; baş etme becerisi, hastanın evdeki bakım ihtiyaçlarını ne kadar iyi yönetebileceğini; beklenen destek ise hastanın ne kadar yardım ve duygusal desteğe sahip olduğunu ifade etmektedir (Weiss et al. 2007; Weiss et al. 2010).

Taburculuğa hazırlık, taburculuk planlamasının bir parçası olup hasta ve ailesinin sağlık kurumundan ayrılmaya hazır olma durumunun tahmin edilmesini sağlayan çok yönlü bir kavramdır. Taburculuğa hazırlık değerlendirme beş alanı içermektedir: Fizyolojik stabilite, hastanın ve ailesinin kendi kendine bakım yetkinliği (bilişsel ve psikomotor), kendi kendine bakımın yürütülmesinde algılanan öz-yeterlik, sosyal desteğin bulunabilirliği ve sağlık hizmetlerine erişim (Titler, Petit 1995).

Taburculuğa hazır olmanın farklı boyutları, hastaların sadece taburculuk sırasındaki fiziki durumlarının değerlendirilmesinin yeterli olmadığını ve taburculuğa hazır olmanın tüm boyutlarının ayrıntılı olarak incelenmesi gerektiğini göstermektedir. Hastaların fiziki durumlarının yanı sıra, evde kendi bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek bilgi ve becerilere sahip olarak taburcu edilmeleri önemlidir (Coşkun, Akbayrak 2001). Ayrıca, taburculuğa hazırlık aşamasında hastanın ev ortamındaki bakımı sırasında karşılaşılabileceği güçlükler, hastanın bakımına yardım eden kişilerin durumu ve karşılaştıkları problemler, hastanın ilaç ve hastalığa ilişkin semptomları yönetebilme kapasitesi gibi faktörler de dikkate alınmalı ve değerlendirilmelidir (Duran, Gürhan 2012).

Başarılı bir taburculuk sürecinde taburculuk sisteminin kurgusu önem arz etmektedir. Yam ve diğerleri (2012) yapılandırılmış, sistematik ve koordineli hastane taburculuk sisteminin hastanın hastaneden topluma geçişini kolaylaştırması, hastanın sağlık sonuçlarını hem klinik hem de sosyal yönlerden iyileştirmesi gerektiğini vurgulamakta ve taburculuk planlamasının beş ana bileşeni bulunduğunu belirtmektedir:

- Ön tarama ve değerlendirme
- Bakım planının ve nihai taburculuk planının geliştirilmesini kolaylaştırmak için devam eden klinik ve fonksiyonel değerlendirme de dahil olmak üzere taburculuk planlama süreci
- Hastaneye yatıştan taburculuğa kadar olan süreçlerin sürekliliği ve zamanlamasını içeren taburculuk koordinasyonu
- Hastanın hazır olmasına, taburculuk sonrası hizmetlerin bulunma ve kullanılabilme durumuna ve düzenlemelerin taburculuk öncesinde kontrol edilmesine odaklanan taburculuk uygulaması
- Taburculuk sonrası izlem.

Hastanede kalış sürelerinin kısalmasıyla sağlık hizmet sunucuları hastalar ve ailelerini evde bakım konusunda eğitmek için daha az zamana sahip olmaya başlamıştır. Hastalar ve ailelerinin evde bakım ihtiyaçlarının karşılanmaması, komplikasyon ve yeniden yatış riskini artırmaktadır (Titler, Petit 1995). Yatış sürelerinin kısalması, hastalar bakımının devamı içerisindeki düzeyler arasında geçiş yaparken, hizmet sunucuları arasında kapsayıcı, işbirlikçi ve bilgilendirilmiş karar verme ve hasta merkezli taburculuk planlaması ve eğitimine hastaların katılımı için daha az zaman kalmasına sebep olmaktadır. Sonuç olarak bazı hastalar tahmin edilenden daha fazla fiziksel ve duygusal ihtiyaçla taburcu olabilmektedir (Knier et al. 2015). Bu sebeplerle hastanın taburculuk sonrası süreçleri yönetebilmesi için gerekli bilgi ve becerilere sahip olması gerekmektedir; bu durum beraberinde taburculuk eğitimi son derece önemli hale getirmektedir. Taburculuk eğitimi yalnızca hastaların değil aynı zamanda hasta yakınlarının da bir ihtiyacdır (Duran, Gürhan 2012).

Hastalara taburculuk sonrası süreçlerle ilgili eğitim verilmesinin sağlık sonuçlarına etkisi olduğu gibi hastaların taburculuğa hazır olması üzerinde de etkisi bulunmaktadır. Türkmen ve Özbaşaran (2017) çalışmalarında doğum sonrası dönemde anne ve bebek bakımı konusunda eğitim alan lohusaların kendilerini taburculuğa hazır hissettiklerini bulmuştur. Maldonado ve diğerleri (2017) doğum sonrası hastaneden taburculuğa hazırlığın belirleyicilerini araştırdıkları çalışmalarında, hemşirelerin eğitim yeteneği ve verilen eğitimin içeriğinin önemli belirleyiciler olduğu sonucuna varmıştır.

Taburculuğa hazır olma durumu, tipik olarak klinik kriterlerin karşılanmasına dayalı bir tıbbi ekip kararıdır. Ancak sağlık hizmeti sunucularının değerlendirmeleri ile hastaların taburculuğa hazır olma algıları arasında farklılıklar olabilmektedir (Weiss et al. 2006; Weiss et al. 2007). Muhtemelen sağlık hizmeti sunucuları hastayı taburcu ederken, hastanın taburculuğa hazır olduğuna inanmaktadır. Ancak, Howard-Anderson ve diğerlerinin (2016) bulguları, genellikle hastaların taburculuğa hazır olma konusunda sağlık hizmeti sunucuları ile aynı fikirde olmadıklarını ortaya koymuştur. Hastanın taburcu olmak için kendisini hazır hissetmesi, taburculuk kararının verilmesinde önemli bir unsurdur. Bu nedenle taburculuğa hazır olma durumunun hasta algıları açısından da değerlendirilmesi önemlidir.

Taburculuğa hazır olma durumunu çeşitli hasta sonuçları ile ilişkilendiren çalışmalar bulunmaktadır. Brooke ve diğerleri (2015) taburculuğa hazır olmayan hastaların yeniden yatış riskinin, hazır olan hastalara göre, üç kat daha fazla olduğunu bulmuştur. Coffey ve McCarthy (2013) de düşük düzeydeki taburculuğa hazır olma algısının, yeniden yatışla anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Weiss ve diğerlerinin (2017) çalışmasında, hemşire değerlendirmesine göre taburculuğa hazır olma, yeniden yatışla negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Buna göre, 10 puanlık taburculuğa hazır olma ölçeğindeki bir puanlık artış, yeniden yatış olasılığını %52 azaltmaktadır. Howard-Anderson ve diğerleri (2016) yeniden yatan hastaların yaklaşık üçte birinin indeks taburculuk sırasında kendilerini hastaneden taburcu olmaya hazır hissetmediklerini bulmuştur. Howard-Anderson ve diğerleri (2014) başka bir çalışmada, hastaların %27'sinin yeniden yatışlarının önlenabilir olduğunu düşündüklerini tespit etmişlerdir. Hastaların bu düşünceleri ise; kendilerini hazır hissetmedikleri halde taburcu edilmeleri, bütün endişelerinin taburculuktan önce giderilmemesi, taburcu eden ekipten daha az memnun olmaları ve taburcu olurken birinci basamaktaki hekimden ya da uzmandan takip randevusunun alınmamış olması ile ilişkilendirilmiştir. Greysen ve diğerleri (2016) yeniden yatan 508 hastanın %20'sinin bu yatışlarını erken taburculuk (%8), zayıf kalitedeki hastane bakımı (%6) ve yetersiz taburculuk talimatları ya da takip bakımına (%6) atfettiklerini belirlemiştir. Weiss ve diğerleri (2010) ise taburculuğa hazır olma durumu ile plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımının ilişkili olduğunu bulmuştur. Bobay ve diğerlerine (2010) göre taburculuğa hazırlık, yeniden yatışların ve taburculuk sonrasında acil servis kullanımının azaltılması için temel stratejidir. Taburculuğa hazırlık durumu, sadece yeniden yatış ve acil servis kullanımı ile değil hasta memnuniyeti ile de ilişkili bulunmuştur. Schmocker ve diğerleri (2015) hastanın kendisini taburculuğa hazır hissetmesi ile hasta memnuniyeti (hekimle iletişimden, hemşireyle iletişimden ve genel olarak hastane deneyiminden memnuniyet) arasında güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Hastaların taburculuğa hazır olmaları ile ilişkili faktörlerin bilinmesi, sağlık çalışanlarının hastaların eve gitme konusundaki isteksizliklerini gidermelerine ve hastalar ile ailelerin kaygılarını gidermek için uygun stratejiler geliştirmelerine yardımcı olabilir (Heine et al. 2004). Taburculuğa hazır olma durumunun hastaların yaşı, cinsiyeti, sosyo-ekonomik durumu, eğitim durumu ve komorbiditesi gibi birçok faktörle ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Bernstein et al. 2002; Weiss, Piacentine 2006; Weiss et al. 2007; Bobay et al. 2010; Coffey, McCarthy 2013; Weiss et al. 2014; Schmocker et al. 2015; Lau et al. 2016).

Literatürde taburculuğa hazır olma durumunu etkileyen faktörleri ve hazırlık durumun sonuçlarını birlikte inceleyen çalışmalar (Bernstein et al. 2002; Weiss, Piacentine 2006; Weiss et al. 2007; Bobay et al. 2010; Weiss et al. 2010; Coffey, McCharty 2013; Schmocker et al. 2015; Lau et al. 2016) bulunmakla birlikte, bu faktör ve sonuçları taburculuğa hazır olmanın boyutlarına göre inceleyen çalışmalar (Bobay et al. 2010; Coffey, McCharty 2013) çok azdır.

Türkiye’de taburculuğa hazır olma durumu ile ilgili oldukça az sayıda çalışma yapılmış olup, bu çalışmalar genellikle yeni doğum yapmış annelerle sınırlıdır (Akın, Şahingeri 2010; Dağ ve diğerleri 2013; Altuntuğ, Ege 2013; Sis Çelik ve diğerleri 2014; Demirel Bozkurt ve diğerleri 2016; Burucu, Akın 2017). Bu çalışmalar dışında, psikiyatri hastalarının taburculuk eğitimi alma durumlarının değerlendirildiği başka bir çalışmada, hastaların %26,7’sinin taburcu olmaya kendini hazır hissetmediği belirlenmiştir (Duran, Gürhan 2012). Türkiye’de yapılmış çalışmalarda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yatış süresi gibi taburculuğa hazır olma durumunun belirleyicilerinden bazıları değerlendirilmiştir, ancak taburculuğa hazırlık durumuna göre bu çalışmada incelenen hasta sonuçlarını karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca, gerek ulusal gerekse uluslararası literatürde, taburculuğa hazır olma durumuna göre, taburculuk sonrasında olumsuz bir sonuçla karşılaşıldığında gerçekleşen hastane harcamalarını inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, çalışmanın amacı;

- Taburculuğa hazır olmanın boyutlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi,
- Bu boyutlara göre hasta sonuçlarının (taburcu olduktan sonra 30 gün içinde hastaneye plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı ve ölüm) karşılaştırılması ve
- Bu boyutlarda taburculuğa hazır olma durumuna göre 30 gün içinde plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı için hastanede yapılan harcamaların karşılaştırılması olarak belirlenmiştir.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Veri Toplama

Prospektif kohort araştırması şeklinde uygulanan bu çalışmada, hastaların taburculuğa hazır olma durumunu değerlendirmek için Weiss ve diğerleri (2014) tarafından geliştirilen Taburculuğa Hazır Olma Ölçeğinin kısa formu (Readiness for Hospital Discharge Scale/Short Form) kullanılmıştır. Orijinali İngilizce olan bu ölçek Türkçeye çevrilmiş ve Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur (Kaya et al. 2018a). Ölçek sekiz madde ve dört boyuttan oluşmaktadır ve ölçekteki maddeler 0-10 aralığındaki bir skala üzerinde değerlendirilmektedir (Weiss et al. 2014). Ölçeğin boyutları; hastanın kişisel durumu, hastanın bilgisi, hastanın baş etme becerisi ve hastanın beklenen desteğidir. Ölçek boyutlarının puanı ≥ 7 ise hasta taburculuğa hazır, < 7 ise hazır değil olarak değerlendirilmiştir (Lau et al. 2016; Weiss et al. 2014).

Taburculuğa Hazır Olma Ölçeğinin kısa formuna ek olarak hastalara sosyodemografik özellikleri, ikamet ettiği yer, hasta ile birlikte yaşayan bir kişinin olup olmadığı, taburcu olduktan sonra evde bakımına yardım edecek birinin olup olmadığı ve hastanın düzenli olarak görüldüğü bir doktoru olup olmadığı sorulmuştur. Ayrıca, hastaların taburcu olduğu sırada servisteki dolu ve boş yatak sayıları, taburcu olduğu gün ve yatış süreleri kaydedilmiştir. Anketler bu konuda eğitim verilmiş olan dokuz araştırma görevlisi tarafından, taburcu olacakları gün hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Çalışma, araştırmanın yapıldığı üniversitenin etik komisyonu tarafından onaylanmıştır.

Çalışmada incelenen sonuç değişkenleri şunlardır: Hasta taburcu olduktan sonra 30 gün içinde herhangi bir nedenle plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı, ölüm ve; plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı için hastanede yapılan toplam harcama tutarı. Plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı ve ölüm sonuçlarından herhangi birine sahip olma durumu “olumsuz sonuç” olarak tanımlanmıştır. Hastaların aynı hastanenin herhangi bir servisine yeniden yatıp yatmadığının ve acil servisini kullanıp kullanmadığının belirlenmesi için yatan her hastanın, taburcu olduğu tarihten 30 gün sonra, hastane bilgi sisteminden kayıtları kontrol edilmiştir. Hastanın yeniden yatışı var ise, bu yatışın planlanmış olup olmadığı araştırmanın yapıldığı servislerde çalışan iki asistan doktor tarafından belirlenmiştir. Bununla birlikte araştırmaya dahil edilen bütün hastaların ana tanısı (ICD-10 kodu), yoğun bakım ünitesi kullanımının olup olmadığı ve Charlson Comorbidite Index skoru (Charlson et al. 1987) da bu doktorlar tarafından hastanın tıbbi kayıtlarından yararlanılarak belirlenmiş ve kaydedilmiştir. Ayrıca, taburcu olduktan sonraki 30 gün içinde hastane dışında gerçekleşen ölümler de belirlenmiştir. Ölüm verileri Sağlık Bakanlığında elde edilmiştir. Hastanın plansız yeniden yatışı ve acil servis kullanımı için hastanede yapılan toplam harcamanın (Sosyal Güvenlik Kurumu’na fatura edilen tutarın ve hasta tarafından ödenen fatura tutarının) kaç TL olduğu da hastane bilgi sisteminden elde edilmiştir.

2.2. Çalışmanın Evreni ve Örneklem

Bu çalışmanın evreni, Ankara’daki yaklaşık 800 yataklı bir üniversite hastanesinin iç hastalıkları servislerinden 1 Şubat 2015 – 31 Ocak 2016 tarihleri arasındaki 1 yıl boyunca canlı taburcu olan 18 yaş ve üzerindeki tüm hastalardır. İç hastalıkları servislerine iç hastalıkları anabilim dalı çatısı altındaki tüm bilim dalları (nefroloji, gastroenteroloji, hematoloji, vb.) hasta yatırmakta, yataklar iç hastalıklarının tüm bilim dallarınca ortak olarak kullanılmaktadır. İç hastalıkları servislerinden taburcu olan hastalar topluca değerlendirilmiştir. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında ilgili servislerden 2622 hasta taburcu olmuştur. Taburculuğa hazır olma anketi hastaneden canlı taburcu olan hastalara uygulanabileceği için hastanede yatarken ölen hastalara anket yapılması mümkün değildir. Bu nedenle hastanede ölen hastalar (73 hasta) araştırmaya dahil edilmemiştir. Bunun dışında tedaviden vazgeçerek hastaneden ayrılan (34 hasta) ve başka hastaneye transfer edilen hastalar (1 hasta) da çalışma kapsamından çıkarılmıştır. Geriye kalan 2514 hastanın %63,7’sine (1601 hasta) ulaşılmıştır. Araştırmaya dahil edilen 1601 hastanın taburcu olduktan sonraki 30 gün içinde plansız yeniden yatış durumu, acil servis kullanım durumu, ölüm durumu ve olumsuz sonuç yaşama durumu değerlendirilmiştir.

Taburcu olduktan sonra 30 gün içinde ölen hastalar yeniden yatış yapamayacağı veya acil servise başvuramayacağı için bu hastalar plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı değerlendirmelerinde hariç tutulmuştur. Taburculuğa hazır olma ölçөгünü dolduran 1601 hastadan 31’i taburcu olduktan sonra 30 gün içinde ölmüştür. Dolayısıyla, plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı değerlendirmeleri 1570 (1601-31) hasta üzerinden yapılmıştır.

Ölüm değerlendirmesi 1601 hasta (taburcu olduktan sonra 30 gün içinde ölen 31 hasta ve kalan 1570 hasta) üzerinden yapılmıştır. Plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı ve ölüm değerlendirmeleri birbirinden bağımsız olarak yapılmıştır. Örneğin, bir hasta acil servise başvurmuş ve oradan da yatışı yapılmış olabilir. Bu durumda hem acil servis kullanımı var, hem de yeniden yatışı var olarak kabul edilmiştir. Olumsuz sonuç yaşama durumunda ise, plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı veya ölüm durumlarından herhangi birinin olması durumunda bu hastalar sadece 1 kez sayılmıştır. Olumsuz sonuç yaşama durumunun değerlendirilmesi 1601 hasta üzerinden yapılmıştır. Çalışmada, taburcu olduktan sonra 30 gün

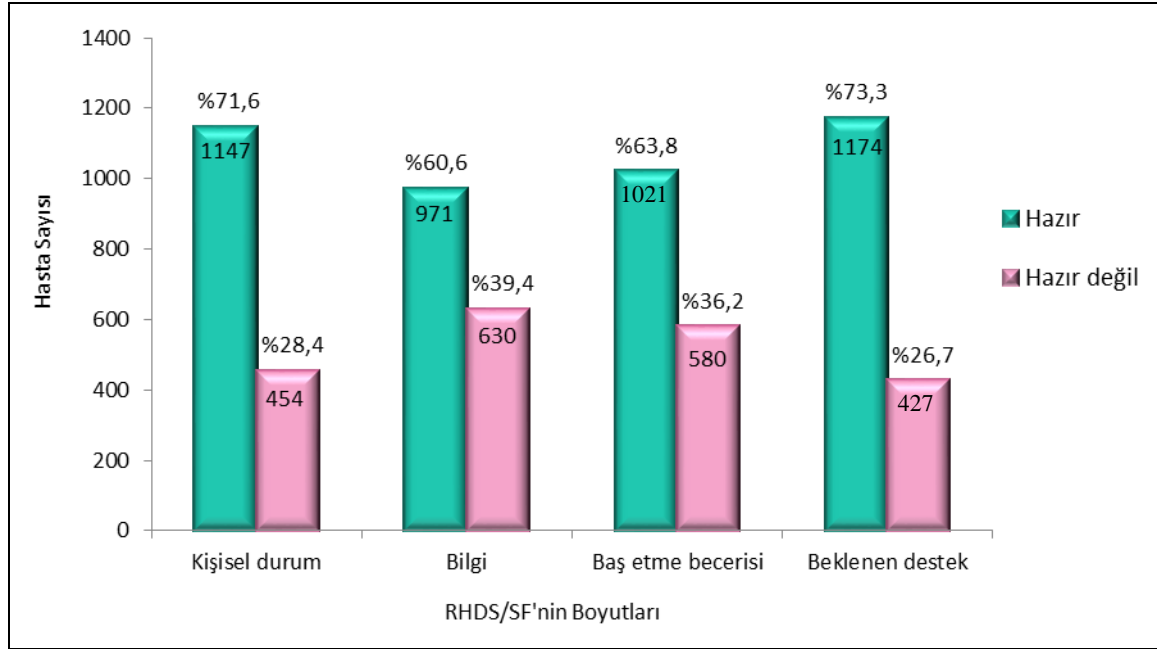
içinde her üç olumsuz sonucu da yaşayan hasta sayısı sadece 6'dır. Bu nedenle olumsuz sonuçların hepsini de yaşamış olan hastalar ile ilgili bir değerlendirme yapılmamıştır.

2.3. Verilerin Analizi

Veriler "SPSS 20.0" programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Hastaların özelliklerine göre taburculuğa hazır olma durumları frekans, yüzde, ortalama, standart sapma ve ortanca (25.-75. yüzdeler) değerler ile incelenmiştir. Hasta özelliklerine ilişkin veri türünün niteliksel olduğu durumlarda, hastaların özelliklerine göre RHDS/SF'nin boyutları bakımından taburculuğa hazır olma durumlarının karşılaştırılmasında ki-kare testleri kullanılmıştır. Ayrıca, hastaların RHDS/SF'nin boyutları bakımından taburculuğa hazır olma durumlarına göre hasta sonuçlarının karşılaştırılmasında da ki-kare testleri kullanılmıştır. Hasta özelliklerine ilişkin veri türünün niceliksel (sürekli sayısal) olduğu durumlarda ise hastaların RHDS/SF'nin boyutları bakımından taburculuğa hazır olma durumlarına göre bu özelliklerinin (nicel özelliklerinin) karşılaştırılmasında, verinin normal dağılım gösterip göstermemesine bağlı olarak iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Hastaların özellikleri ve RHDS/SF'nin boyutları arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde veri tipine bağlı olarak Spearman korelasyon katsayısı, eta katsayısı, Cramer V katsayısı ve Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. RHDS/SF'nin boyutlarına göre taburculuğa hazır olmayı etkileyen faktörler çoklu lojistik regresyon analizleriyle belirlenmiştir. Lojistik modellerin uyum iyilikleri Nagelkerke R², model ki-kare, Hosmer-Lemeshow ki-kare ve doğru sınıflama tablosu istatistikleri ile değerlendirilmiştir. RHDS/SF'nin boyutlarına göre taburculuğa hazır olan hastalar sayısı, yüzde ve birikimli yüzde değerleri ile incelenmiştir. RHDS/SF'nin boyutlarına ve geneline göre taburculuğa hazır olan ve olmayan hastaların plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı için hastanede yapılan harcamalar normal dağılım göstermediğinden, aykırı ve uç değerler içerdiğinden, bu harcamalar ortanca (25.-75. yüzdeler) değerleri ve kutu-çizgi grafikleri ile incelenmiştir.

III. BULGULAR

Araştırmaya katılan 1601 hastanın RHDS/SF'nin boyutları bakımından taburculuğa hazır olma durumları Şekil 1'de gösterilmiştir. Hastalar, RHDS/SF'nin boyutları bakımından taburculuğa hazır olma algılarına göre değerlendirildiğinde, en fazla beklenen destek (%73,3) ve kişisel durum (%71,6) boyutlarında, en az ise bilgi (%60,6) ve baş etme becerisi (%63,8) boyutlarında kendilerini taburculuğa hazır hissetmektedirler.

Şekil 1. Hastaların RHDS/SF'nin Boyutlarına Göre Taburculuğa Hazır Olma Durumları

Hastaların özellikleri ve taburculuğa hazır olma durumları karşılaştırılmıştır. Hastaların taburculuğa hazır olma durumuna göre niceliksel özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 1'de, hastaların niteliksel özelliklerine göre taburculuğa hazır olma durumlarının karşılaştırılması ise Tablo 2'de verilmiştir. Tablo 1'de görüldüğü gibi, RHDS/SF'nin boyutlarından kişisel durum, bilgi ve baş etme becerisi boyutlarında taburculuğa hazır olan hastaların yaşı daha küçüktür ($p<0,001$). Ayrıca, kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında taburculuğa hazır olan hastaların komorbidite skorları da daha düşüktür ($p<0,05$). Taburculuğa hazır olan ve olmayan hastaların baş etme becerisi boyutunda uzaklık; kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında ise yatış süresi ortancaları (veya dağılımları) arasında fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 1. Hastaların RHDS/SF'nin Boyutları Bakımından Taburculuğa Hazır Olma Durumuna Göre Niceliksel Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=1601)

Özellikler	Taburculuğa hazırlık durumu	RHDS/SF'nin boyutları			
		Kişisel durum	Bilgi	Baş etme becerisi	Beklenen destek
Yaş ^a	Hazır	54,8±18,3 ^d	54,7±18,8 ^d	52,4±17,7 ^d	56,6±18,8
	Hazır değil	62,1±17,9	60,2±17,4	64,7±17,1	57,7±17,4
Uzaklık (km) ^b	Hazır	24,0 (13,7-263,6)	24,0 (13,7-	24,4 (13,7-293,1) ^d	24,0 (13,7-276,6)
	Hazır değil	24,0 (13,7-267,0)	23,8 (13,7-246,2)	23,8 (13,7-196,5)	23,8 (13,7-241,3)
Dolu yatak oranı ^{c,a}	Hazır	0,85±0,1	0,85±0,1	0,85±0,1	0,85±0,1 ^e
	Hazır değil	0,86±0,1	0,85±0,1	0,85±0,1	0,86±0,1
Yatış süresi (gün) ^b	Hazır	9 (5-15) ^d	9 (5-16)	8 (4-14) ^d	9 (5-16)
	Hazır değil	11,5 (6-18)	11 (5-16)	12 (7-19)	10 (5-16)
Komorbidite Skoru ^a	Hazır	2,23±1,7 ^d	2,32±1,7	2,14±1,7 ^d	2,33±1,7
	Hazır değil	2,55±1,8	2,33±1,8	2,63±1,8	2,30±1,7

^aOrtalama±standart sapma; ^bOrtanca (25.-75. yüzdeler),

^c(Servisteki dolu yatak sayısı/Servisteki toplam yatak sayısı)*100, ^d $p<0,001$; ^e $p<0,05$

Tablo 2'ye göre, cinsiyeti kadın ve eğitim düzeyi düşük olan hastaların, boyutların tamamında taburculuğa hazır olma yüzdeleri daha düşüktür ($p<0,05$). Medeni durumu evli

olan hastaların baş etme becerisi ve beklenen destek boyutlarında taburculuğa hazır olma yüzdeleri daha yüksektir ($p<0,05$). Birlikte yaşadığı biri olan hastaların beklenen destek boyutunda; evde bakımına yardım edecek biri olan hastaların ise baş etme becerisi dışındaki boyutların tamamında taburculuğa hazır olma yüzdeleri daha yüksektir ($p<0,05$). Düzenli olarak görüldüğü bir doktoru bulunan ve ana tanısı neoplazm (ICD-10 kodu: C0-D48) olan hastaların bilgi boyutunda taburculuğa hazır olma yüzdeleri daha yüksek iken taburculuk öncesi hastanede yoğun bakım ünitesi kullanımı olan hastaların baş etme becerisi boyutunda taburculuğa hazır olma yüzdesi daha düşüktür ($p<0,05$). RHDS/SF'nin boyutları bakımından hastaların taburculuğa hazır olma durumları, hastaların taburcu olduğu günlere göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 2. Hastaların Niteliksel Özelliklerine Göre RHDS/SF'nin Boyutları Bakımından Taburculuğa Hazır Olma Durumlarının Karşılaştırılması (n=1601)

Özellikler	Kategoriler	RHDS/SF'nin boyutlarına göre taburculuğa hazır olan hastalar ^a			
		Kişisel durum	Bilgi	Baş etme becerisi	Beklenen destek
Cinsiyet	Kadın	554 (66,7) ^b	468 (56,4) ^b	474 (57,1) ^b	579 (69,8) ^b
	Erkek	593 (76,9)	503 (65,2)	547 (70,9)	595 (77,2)
Medeni durum	Evli	814 (72,9)	684 (61,2)	739 (66,2) ^c	838 (75,0) ^d
	Bekar	333 (68,8)	287 (59,3)	282 (58,3)	336 (69,4)
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	124 (55,9) ^b	93 (41,9) ^b	86 (38,7) ^b	159 (71,6) ^c
	İlk-orta okul	521 (72,3)	396 (54,9)	442 (61,3)	501 (69,5)
	Lise	236 (72,4)	221 (69,5)	241 (75,8)	251 (78,9)
	Önlisans ve üstü	266 (78,2)	261 (76,8)	252 (74,1)	263 (77,4)
Hastayla birlikte yaşayan biri	Var	1083 (72,1)	913 (60,7)	956 (63,6)	1143 (76,0) ^b
	Yok	64 (65,3)	58 (59,2)	66 (66,3)	31 (31,6)
Evde bakımına yardım edecek biri	Var	1035 (73,4) ^b	879 (62,3) ^b	897 (63,6)	1138 (80,7) ^b
	Yok	112 (58,9)	92 (48,4)	124 (65,3)	36 (18,9)
Düzenli doktor	Var	663 (72,3)	582 (63,5) ^c	581 (63,4)	682 (74,4)
	Yok	484 (70,8)	389 (56,9)	440 (64,3)	492 (71,9)
Taburcu olduğu gün	Pazartesi-Perşembe	767 (70,7)	655 (60,4)	697 (64,2)	781 (72,0)
	Cuma	308 (73,2)	265 (62,9)	261 (62,0)	324 (77,0)
	Hafta sonu	72 (75,8)	51 (53,7)	63 (66,3)	69 (72,6)
Ana tanı (ICD-10)	Neoplazm (C0-D48)	244 (74,4)	219 (66,8) ^d	223 (68,0)	247 (75,3)
	Diğer tanılar	903 (70,9)	752 (59,1)	798 (62,7)	927 (72,8)
YBÜ kullanımı	Var	60 (65,9)	53 (58,2)	35 (38,5) ^b	70 (76,9)
	Yok	1087 (72,0)	918 (60,8)	986 (65,3)	1104 (73,1)

^aSayı (sattır yüzdesi); ^b $p<0,001$; ^c $p<0,01$; ^d $p<0,05$

Hastaların özellikleri ve RHDS/SF'nin boyutları arasındaki ilişkiler Tablo 3'te verilmiştir. Hastaların özellikleri arasındaki ilişki katsayıları -0,27 ile 0,41 arasında değişmekte olup en yüksek ilişki hastayla birlikte yaşayan biri ile evde bakımına yardım edecek biri değişkenleri arasındadır ($r=0,41$, $p<0,01$). RHDS/SF'nin boyutları arasındaki ilişkilerde, en güçlü ilişki kişisel durum ve baş etme becerisi boyutları arasında ($r=0,54$, $p<0,01$) iken en zayıf ilişki ise baş etme becerisi ve beklenen destek boyutları arasındadır ($r=-0,02$, $p>0,05$). Hastaların özellikleri ile RHDS/SF'nin boyutları arasındaki ilişki katsayıları -0,37 ve 0,61 arasında değişmektedir. Bu ilişkilerden en güçlü ilişki evde bakımına yardım edecek biri ile beklenen destek boyutu arasında ($r=0,61$, $p<0,01$) olup pozitif yönlü iken bir sonraki en güçlü ilişki ise yaş ile baş etme becerisi boyutu arasında olup negatif yönlüdür ($r=-0,37$, $p<0,01$).

Tablo 3. Hastaların Özellikleri ve RHDS/SF'nin Boyutları Arasındaki Korelasyonlar

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Yaş ^e	1																	
2. Uzaklık (km) ^e	-0,27 ^{***}	1																
3. Yatak doluluk oranı ^e	-0,02 ^a	0,03 ^a	1															
4. Yatış süresi (gün) ^e	0,06 ^{a*}	0,04 ^a	0,08 ^{a**}	1														
5. Komorbidite skoru ^e	0,26 ^{a**}	-0,04 ^a	0,02 ^a	0,14 ^{a**}	1													
6. Cinsiyet ^f	0,03 ^b	0,04 ^b	0,01 ^b	0,01 ^b	0,08 ^{b**}	1												
7. Medeni durum ^f	0,10 ^{b**}	0,04 ^b	0,03 ^b	0,01 ^b	0,11 ^{b**}	0,15 ^{c**}	1											
8. Eğitim düzeyi ^g	0,34 ^{b**}	0,05 ^b	0,01 ^b	0,06 ^b	0,07 ^{b*}	0,32 ^{c**}	0,16 ^{c**}	1										
9. Hastayla birlikte yaşayan biri ^f	0,13 ^{b**}	0,06 ^{b**}	<0,01 ^b	0,03 ^b	0,04 ^b	0,05 ^{c*}	0,31 ^{c**}	0,07 ^{c*}	1									
10. Evde bakımına yardım edecek biri ^f	0,04 ^b	0,01 ^b	0,07 ^{b**}	0,03 ^b	0,03 ^b	0,11 ^{c**}	0,10 ^{c**}	0,06 ^c	0,41 ^{c**}	1								
11. Düzenli doktor ^f	0,05 ^b	<0,01 ^b	0,05 ^b	0,02 ^b	0,04 ^b	0,03 ^c	0,02 ^c	0,11 ^{c**}	0,02 ^c	0,06 ^{c*}	1							
12. Taburcu olduğu gün ^h	0,05 ^b	0,02 ^b	0,11 ^{b**}	0,06 ^b	0,02 ^b	0,06 ^c	0,03 ^c	0,05 ^c	0,02 ^c	0,02 ^c	0,03 ^c	1						
13. Ana tanı (ICD-10) ^f	0,10 ^{b**}	0,12 ^{b**}	<0,01 ^b	0,07 ^b	0,19 ^{b**}	0,10 ^{c**}	0,09 ^{c**}	0,09 ^{c**}	0,07 ^{c**}	0,07 ^{c**}	0,01 ^c	0,02 ^c	1					
14. YBÜ kullanımı ^f	0,05 ^{b*}	0,09 ^{b**}	0,03 ^b	0,14 ^b	0,05 ^{b*}	<0,01 ^c	0,02 ^c	0,01 ^c	0,02 ^c	<0,01 ^c	0,06 ^{c*}	0,03 ^c	0,07 ^{c**}	1				
15. Kişisel durum ^e	-0,22 ^{a**}	0,02 ^a	-0,03 ^a	-0,11 ^{a**}	-0,08 ^{a**}	0,10 ^{b**}	0,04 ^b	0,17 ^{b**}	0,05 ^{b*}	0,11 ^{b**}	0,01 ^b	0,02 ^b	0,02 ^b	0,05 ^b	1			
16. Bilgi ^e	-0,17 ^{a**}	0,02 ^a	0,01 ^a	-0,05 ^a	-0,02 ^a	0,09 ^{b**}	0,01 ^b	0,24 ^{b**}	0,01 ^b	0,09 ^{b**}	0,05 ^b	0,04 ^b	0,06 ^{b*}	0,01 ^b	0,25 ^{d**}	1		
17. Baş etme becerisi ^e	-0,37 ^{a**}	0,12 ^{a**}	-0,01 ^a	-0,21 ^{a**}	-0,16 ^{a**}	0,19 ^{b**}	0,11 ^{b**}	0,31 ^{b**}	0,02 ^b	0,01 ^b	0,02 ^b	0,03 ^b	0,04 ^b	0,17 ^{b**}	0,54 ^{d**}	0,22 ^{d**}	1	
18. Beklenen destek ^e	-0,03 ^a	0,05 ^{a*}	-0,07 ^{a**}	0,01 ^a	0,02 ^a	0,10 ^{b**}	0,09 ^{b**}	0,07 ^{b*}	0,33 ^{b**}	0,61 ^{b**}	0,01 ^b	0,05 ^b	0,03 ^b	0,03 ^b	0,13 ^{d**}	0,19 ^{d**}	-0,02 ^d	1

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

^aSpearman korelasyon katsayısı; ^bEta katsayısı; ^cCramer V katsayısı; ^dPearson korelasyon katsayısı^eSürekli sayısal veri.^f2 kategorili niteliksel veri (Cinsiyet=erkek,kadın; Medeni durum=evli,bekar; Hastayla birlikte yaşayan biri=var, yok; Evde bakımına yardım edecek biri=var, yok; Düzenli doktor=var, yok; Ana tanı (ICD-10)= Neoplazm (C0-D48), diğer tanıları; YBÜ kullanımı=var, yok).^g4 kategorili niteliksel veri: okuryazar değil, ilk-orta okul, lise, önlisans ve üstü.^h3 kategorili niteliksel veri: Pazartesi-Perşembe, Cuma, Hafta sonu.

RHDS/SF'nin boyutlarına göre taburculuğa hazır olmayı etkileyen özelliklerin belirlenmesi için yapılan çoklu lojistik regresyon analizinin sonuçları sırasıyla Tablo 4, 5, 6 ve 7'de verilmiştir. Tablo 4'e göre hastaların kişisel durum boyutunda taburculuğa hazır olma durumlarını etkileyen özellikler; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, evde bakıma yardım edecek biri ve komorbidite skoru değişkenleridir ($p < 0,05$). Modele göre, diğer değişkenlerin (özelliklerin) varlığında, yaş 1 yıl arttığında hastanın kişisel durum boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı 1,021 (%95 GA 1,029-1,013; $p < 0,001$) kat azalmaktadır. Erkek hastaların kadın hastalara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 1,464 (%95 GA 1,142-1,877; $p = 0,003$) kat fazladır. Eğitim düzeyi önlisans ve üstü mezunu olan hastaların okuryazar olmayan hastalara göre kişisel durum boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı 1,558 (%95 GA 1,024-2,369; $p < 0,038$) kat daha yüksektir. Evde bakımına yardım edecek biri olan hastaların, olmayanlara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 1,897 (%95 GA 1,326-2,713; $p < 0,001$) kat fazladır. Hastanın komorbidite skorundaki 1 puanlık artış hastanın kişisel durum boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığını 1,089 (%95 GA 1,167-1,018; $p = 0,013$) kat azaltmaktadır. Bu sonuçlara göre; yaşı daha küçük, cinsiyeti erkek, eğitim düzeyi daha yüksek, taburculuk sonrası evde bakımına yardım edecek biri bulunan ve komorbidite skoru daha düşük olan hastaların kişisel durum boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı daha yüksektir.

Tablo 4. Kişisel Durum Boyutunda Taburculuğa Hazır Olmayı Etkileyen Özellikler: Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Özellikler	β^a	SH ^b	Wald	Sd ^c	OO (%95 GA) ^d	p
Sabit	1,388	0,723	3,685	1	4,008	0,055
Yaş	-0,021	0,004	31,527	1	0,979 (0,972-0,987)	<0,001
Cinsiyet ^e	0,381	0,127	9,050	1	1,464 (1,142-1,877)	0,003
Medeni durum ^f	0,206	0,136	2,301	1	1,229 (0,941-1,605)	0,129
Eğitim Düzeyi ^g			5,425	3		0,143
Eğitim Düzeyi-İlk ve orta	0,336	0,174	3,735	1	1,400 (0,955-1,968)	0,053
Eğitim Düzeyi-Lise	0,207	0,212	0,946	1	1,229 (0,811-1,864)	0,331
Eğitim Düzeyi-Önlisans ve üstü	0,443	0,214	4,287	1	1,558 (1,024-2,369)	0,038
Uzaklık (km)	0,000	0,000	2,221	1	1,000 (0,999-1,000)	0,136
Hastayla birlikte yaşayan biri ^h	-0,414	0,269	2,368	1	0,661 (0,390-1,120)	0,124
Evde bakımına yardım edecek	0,640	0,183	12,280	1	1,897 (1,326-2,713)	<0,001
Düzenli Doktor ^h	0,065	0,118	0,303	1	1,067 (0,846-1,346)	0,582
Dolu yatak oranı	-0,430	0,609	0,498	1	0,651 (0,197-2,146)	0,480
Taburcu olduğu gün ⁱ			2,045	2		0,360
Taburcu olduğu gün-Cuma	0,101	0,133	0,570	1	1,106 (0,851-1,437)	0,450
Taburcu olduğu gün-Hafta sonu	0,337	0,258	1,708	1	1,401 (0,845-2,322)	0,191
Yatış süresi (gün)	-0,005	0,003	2,281	1	0,995 (0,989-1,001)	0,131
Ana tanı ^j	0,057	0,152	0,143	1	1,059 (0,787-1,426)	0,705
Komorbidite skoru	-0,086	0,035	6,152	1	0,918 (0,857-0,982)	0,013
Yoğun bakım ünitesi kullanımı ^k	0,164	0,242	0,461	1	1,179 (0,733-1,895)	0,497

Nagelkerke $R^2=0,093$ Model ki-kare= 107,179; $p < 0,001$ Hosmer-Lemeshow ki-kare= 6,225; $p = 0,622$

^aRegresyon katsayısı; ^bStandart hata; ^cSerbestlik derecesi; ^dOdds Oranı (%95 Güven Aralığı)

Referans kategoriler = ^ekadın; ^fbekar; ^gokur-yazar değil; ^hyok; ⁱPazartesi-Perşembe; ^jNeoplazm (CO-D48) dışındaki ana tanıları; ^kvar

Bağımlı değişken: 1= Hazır (Taburculuğa hazırlık skoru ≥ 7); 0= Hazır değil (Taburculuğa hazırlık skoru < 7)

Tablo 5'e göre hastaların bilgi boyutunda taburculuğa hazır olma durumlarını etkileyen özellikler; yaş, eğitim düzeyi, evde bakıma yardım edecek biri ve düzenli doktor değişkenleridir. Modele göre, diğer değişkenlerin (özelliklerin) varlığında, yaş 1 yıl arttığında hastanın bilgi boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı 1,011 (%95 GA 1,017-1,004; p=0,001) kat azalmaktadır. Eğitim düzeyi genel anlamda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Okuryazar olmayanlara göre bilgi boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı; lise mezunlarında 2,295 (%95 GA 1,539-3,423; p<0,001) kat, önlisans ve üstü mezunlarında 3,485 (% 95 GA 2,318-5,239; p<0,001) kat daha yüksektir. Evde bakımına yardım edecek biri olan hastaların, olmayanlara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 1,856 (%95 GA 1,305-2,639; p=0,001) kat fazladır. Düzenli olarak görüldüğü bir doktoru bulunan hastaların, düzenli olarak görüldüğü doktoru bulunmayan hastalara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 1,247 (%95 GA 1,006-1,544; p=0,044) kat daha fazladır. Bu sonuçlara göre; yaş daha küçük, eğitim düzeyi daha yüksek, taburculuk sonrası evde bakımına yardım edecek biri olan ve düzenli olarak görüldüğü bir doktoru bulunan hastaların bilgi boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı daha yüksektir.

Tablo 5. Bilgi Boyutunda Taburculuğa Hazır Olmayı Etkileyen Özellikler: Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Özellikler	β^a	SH ^b	Wald	Sd ^c	OO (%95 GA) ^d	p
Sabit	-0,797	0,666	1,433	1	0,451	0,231
Yaş	-0,011	0,003	10,729	1	0,989 (0,983-0,996)	0,001
Cinsiyet ^e	0,082	0,116	0,498	1	1,085 (0,865-1,361)	0,480
Medeni durum ^f	0,181	0,127	2,017	1	1,198 (0,934-1,537)	0,156
Eğitim Düzeyi ^g			49,926	3		<0,001
Eğitim Düzeyi-İlk ve orta	0,317	0,169	3,536	1	1,373 (0,987-1,911)	0,060
Eğitim Düzeyi-Lise	0,831	0,204	16,583	1	2,295 (1,539-3,423)	<0,001
Eğitim Düzeyi-Önlisans ve üstü	1,249	0,208	36,044	1	3,485 (2,318-5,239)	<0,001
Uzaklık (km)	0,000	0,000	0,002	1	1,000 (1,000-1,000)	0,966
Hastayla birlikte yaşayan biri ^h	-0,495	0,260	3,619	1	0,609 (0,366-1,015)	0,057
Evde bakımına yardım edecek biri ^h	0,619	0,180	11,862	1	1,856 (1,305-2,639)	0,001
Düzenli Doktor ^h	0,220	0,109	4,073	1	1,247 (1,006-1,544)	0,044
Dolu yatak oranı	0,620	0,554	1,254	1	1,859 (0,628-5,503)	0,263
Taburcu olduğu gün ⁱ			1,165	2		0,559
Taburcu olduğu gün-Cuma	0,057	0,124	0,210	1	1,058 (0,831-1,349)	0,647
Taburcu olduğu gün-Hafta sonu	-0,203	0,226	0,806	1	0,816 (0,524-1,271)	0,369
Yatış süresi (gün)	0,002	0,003	0,421	1	1,002 (0,996-1,009)	0,517
Ana tanı ^j	0,187	0,141	1,759	1	1,206 (0,914-1,590)	0,185
Komorbidite skoru	0,018	0,033	0,297	1	1,018 (0,954-1,087)	0,586
Yoğun bakım ünitesi kullanımı ^k	0,040	0,233	0,029	1	1,040 (0,659-1,643)	0,865

Nagelkerke R²=0,104

Model ki-kare= 127,692; p<0,001

Hosmer-Lemeshow ki-kare: 4,350; p=0,824

^aRegresyon katsayısı; ^bStandart hata; ^cSerbestlik derecesi; ^dOdds Oranı (%95 Güven Aralığı)

Referans kategoriler = ^ekadın; ^fbekar; ^gokur-yazar değil; ^hyok; ⁱPazartesi-Perşembe; ^jNeoplazm (C0-D48) dışındaki ana tanıları; ^kvar

Bağımlı değişken: 1= Hazır (Taburculuğa hazırlık skoru \geq 7); 0= Hazır değil (Taburculuğa hazırlık skoru < 7)

Tablo 6'ya göre hastaların baş etme becerisi boyutunda taburculuğa hazır olma durumlarını etkileyen özellikler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, hastayla birlikte

yaşayan kişi, yatış süresi, komorbidite skoru ve yoğun bakım ünitesi kullanımı değişkenleridir. Modele göre, diğer değişkenlerin (özelliklerin) varlığında, yaş 1 yıl arttığında hastanın baş etme becerisi boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı 1,037 (%95 GA 1,045-1,029; $p<0,001$) kat azalmaktadır. Erkek hastaların kadın hastalara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 1,602 (%95 GA 1,253-2,048; $p<0,001$) kat daha fazla iken evli hastaların bekar hastalara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 1,833 (%95 GA 1,389-2,418; $p<0,001$) kat daha yüksektir. Eğitim düzeyi genel anlamda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Okuryazar olmayanlara göre baş etme becerisi boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı; ilkokul ve ortaokul mezunlarında 1,583 (%95 GA 1,114-2,248; $p=0,01$) kat, lise mezunlarında 2,463 (%95 GA 1,596-3,801; $p<0,001$) kat, önlisans ve üstü mezunlarında 2,250 (%95 GA 1,470-3,444; $p<0,001$) kat daha yüksektir. Birlikte yaşadığı biri olan hastaların taburculuğa hazır olma olasılığı, birlikte yaşadığı biri olmayan hastalara göre 0,393 (%95 GA 0,227-0,678; $p=0,001$) kat daha yüksektir. Eğer bu tersten ifade edilirse; birlikte yaşadığı biri olmayan hastaların baş etme becerisi boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı, birlikte yaşadığı biri olan hastalara göre 2,545 (%95 GA 4,405-1,475; $p=0,001$) kat daha yüksektir. Hastanın yatış süresindeki 1 günlük artış, taburculuğa hazır olma olasılığını 1,011 (%95 GA 1,003-1,019; $p=0,008$) kat azaltırken komorbidite skorundaki 1 puanlık artış hastanın taburculuğa hazır olma olasılığını 1,121 (%95 GA 1,199-1,047; $p=0,001$) kat azaltmaktadır. Taburcu olmadan önce yoğun bakım ünitesi kullanımı olmayan hastaların, yoğun bakım ünitesi kullanımı olan hastalara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 2,751 (%95 GA 1,689-4,480; $p<0,001$) kat daha yüksektir. Bu sonuçlara göre; yaşı daha küçük, cinsiyeti erkek, medeni durumu evli ve eğitim düzeyi daha yüksek olan, yalnız yaşayan, yatış süresi daha kısa ve komorbidite skoru daha düşük olan ve taburculuk öncesi yoğun bakım ünitesi kullanımı olmayan hastaların baş etme becerisi boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı daha yüksektir.

Tablo 6. Baş Etme Becerisi Boyutunda Taburculuğa Hazır Olmayı Etkileyen Özellikler: Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Özellikler	β^a	SH ^b	Wald	Sd ^c	OO (%95 GA) ^d	p
Sabit	1,535	0,724	4,494	1	4,642	0,034
Yaş	-0,036	0,004	90,238	1	0,964 (0,957-0,972)	<0,001
Cinsiyet ^e	0,471	0,125	14,135	1	1,602 (1,253-2,048)	<0,001
Medeni durum ^f	0,606	0,141	18,359	1	1,833 (1,389-2,418)	<0,001
Eğitim Düzeyi ^g			20,418	3		<0,001
Eğitim Düzeyi-İlk ve orta	0,459	0,179	6,569	1	1,583 (1,114-2,248)	0,010
Eğitim Düzeyi-Lise	0,901	0,221	16,594	1	2,463 (1,596-3,801)	<0,001
Eğitim Düzeyi-Önlisans ve üstü	0,811	0,217	13,944	1	2,250 (1,470-3,444)	<0,001
Uzaklık (km)	0,000	0,000	0,859	1	1,000 (1,000-1,001)	0,354
Hastayla birlikte yaşayan biri ^h	-0,935	0,279	11,258	1	0,393 (0,227-0,678)	0,001
Evde bakımına yardım edecek biri ^h	-0,075	0,194	0,149	1	0,928 (0,635-1,357)	0,699
Düzenli Doktor ^h	-0,074	0,119	0,385	1	0,929 (0,736-1,172)	0,535
Dolu yatak oranı	-0,056	0,602	0,009	1	0,946 (0,291-3,077)	0,926
Taburcu olduğu gün ⁱ			3,345	2		0,188
Taburcu olduğu gün-Cuma	-0,167	0,132	1,608	1	0,846 (0,654-1,095)	0,205
Taburcu olduğu gün-Hafta sonu	0,281	0,251	1,258	1	1,325 (0,810-2,167)	0,262
Yatış süresi (gün)	-0,011	0,004	7,065	1	0,989 (0,981-0,997)	0,008
Ana tanı ^j	-0,009	0,149	0,004	1	0,991 (0,739-1,328)	0,950
Komorbidite skoru	-0,114	0,034	10,960	1	0,892 (0,834-0,955)	0,001
Yoğun bakım ünitesi kullanımı ^k	1,012	0,249	16,531	1	2,751 (1,689-4,480)	<0,001

Nagelkerke R²=0,234 Model ki-kare= 299,260; p<0,001 Hosmer-Lemeshow ki- kare: 13,197; p=0,105

^aRegresyon katsayısı; ^bStandart hata; ^cSerbestlik derecesi; ^dOdds Oranı (%95 Güven Aralığı)
Referans kategoriler = ^ekadın; ^fbekar; ^gokur-yazar değil; ^hyok; ⁱPazartesi-Perşembe; ^jNeoplazm (C0-D48) dışındaki ana tanıları; ^kvar
Bağımlı değişken: 1= Hazır (Taburculuğa hazırlık skoru \geq 7); 0= Hazır değil (Taburculuğa hazırlık skoru < 7)

Tablo 7'ye göre hastaların beklenen destek boyutunda taburculuğa hazır olma durumlarını etkileyen değişkenler; eğitim düzeyi, hastayla birlikte yaşayan biri ve evde bakıma yardım edecek biri değişkenleridir (p<0,001). Eğitim düzeyi genel anlamda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,005). Eğitim düzeyi değişkeninde referans kategori olarak ilk ve ortaokul mezunları seçilmiştir. Çünkü, ilk ve ortaokul mezunlarının beklenen destek boyutunda taburculuğa hazır olma yüzdesi (%69,5) okur-yazar olmayanların yüzdesinden (%71,6) daha düşüktür. Eğitim düzeyi değişkeninde diğer grupların referans kategoriye göre odds oranlarının anlamlı bulunabilmesi için yüzdesi en küçük olan grup (ilk ve ortaokul mezunları) referans kategori olarak belirlenmiştir. Referans kategori olarak okur-yazar değil grubu seçildiğinde, eğitim düzeyi değişkeni genel anlamda istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte, diğer grupların referans kategoriye göre odds oranları istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu nedenden dolayı eğitim düzeyi değişkeninde referans kategori olarak ilk ve ortaokul mezunları seçilmiştir. Lojistik modelde, diğer değişkenlerin (özelliklerin) varlığında, ilk ve ortaokul mezunlarına göre; lise mezunlarının taburculuğa hazır olma olasılığı 1,654 (%95 GA 1,152-2,377; p=0,006) kat, önlisans ve üstü mezunlarının 1,685 (%95 GA 1,184-2,396; p=0,004) kat daha yüksektir. Birlikte yaşadığı biri olan hastaların, olmayanlara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 2,288 (%95 GA 1,268-4,130; p=0,006) kat daha fazladır. Beklenen destek boyutunda, taburcu olduktan sonra hastanın evde bakımına yardım edecek birinin olup olmamasının etkisi diğer değişkenlere göre oldukça yüksektir. Taburculuk sonrası evde bakımına yardım edecek biri olan hastaların,

olmayanlara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 14,329 (%95 GA 9,501-21,602; $p < 0,001$) kat daha yüksektir. Bu sonuçlara göre; eğitim düzeyi daha yüksek, birlikte yaşadığı biri ve evde bakımına yardım edecek biri olan hastaların beklenen destek boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı daha yüksektir.

Tablo 7. Beklenen Destek Boyutunda Taburculuğa Hazır Olmayı Etkileyen Özellikler: Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Özellikler	β^a	SH ^b	Wald	Sd ^c	OO (%95 GA) ^d	p
Sabit	-1,172	0,834	1,977	1	0,310	0,160
Yaş	0,003	0,004	0,429	1	1,003 (0,995-1,041)	0,512
Cinsiyet ^e	0,166	0,138	1,442	1	1,180 (0,901-1,547)	0,230
Medeni durum ^f	-0,012	0,153	0,006	1	0,988 (0,732-1,333)	0,937
Eğitim Düzeyi ^g			12,748	3		0,005
Eğitim Düzeyi-İlk ve orta	0,302	0,209	2,099	1	1,353 (0,899-2,037)	0,147
Eğitim Düzeyi-Lise	0,503	0,185	7,414	1	1,654 (1,152-2,377)	0,006
Eğitim Düzeyi-Önlisans ve üstü	0,522	0,180	8,412	1	1,685 (1,184-2,396)	0,004
Uzaklık (km)	0,000	0,000	0,038	1	1,000 (1,000-1,000)	0,846
Hastayla birlikte yaşayan biri ^h	0,828	0,301	7,554	1	2,288 (1,268-4,130)	0,006
Evde bakımına yardım edecek biri ^h	2,662	0,210	161,219	1	14,329 (9,501-21,612)	<0,001
Düzenli Doktor ^h	-0,016	0,132	0,015	1	0,984 (0,760-1,274)	0,902
Dolu yatak oranı	-1,102	0,698	2,493	1	0,332 (0,085-1,305)	0,114
Taburcu olduğu gün ⁱ			2,748	2		0,253
Taburcu olduğu gün-Cuma	0,251	0,152	2,724	1	1,285 (0,954-1,731)	0,099
Taburcu olduğu gün-Hafta sonu	0,022	0,272	0,006	1	1,022 (0,599-1,743)	0,936
Yatış süresi (gün)	0,004	0,005	0,850	1	1,005 (0,995-1,014)	0,357
Ana tanı ^j	-0,104	0,165	0,401	1	0,901 (0,652-1,245)	0,527
Komorbidite skoru	0,000	0,040	0,000	1	1,000 (0,924-1,081)	0,996
Yoğun bakım ünitesi kullanımı ^k	-0,254	0,299	0,724	1	0,775 (0,432-1,393)	0,395

Nagelkerke $R^2=0,260$ Model ki-kare= 314,698; $p < 0,001$ Hosmer-Lemeshow ki-kare: 6,472; $p=0,595$

^aRegresyon katsayısı; ^bStandart hata; ^cSerbestlik derecesi; ^dOdds Oranı (%95 Güven Aralığı)
Referans kategoriler = ^ekadın; ^fbekar; ^gokur-yazar değil; ^hyok; ⁱPazartesi-Perşembe; ^jNeoplazm (C0-D48) dışındaki ana tanıları; ^kvar

Bağımlı değişken: 1= Hazır (Taburculuğa hazırlık skoru ≥ 7); 0= Hazır değil (Taburculuğa hazırlık skoru < 7)

RHDS/SF'nin boyutları için kurulan modellerin performansını değerlendirmede sınıflandırma tabloları da kullanılmıştır. Sınıflandırma tablolarında kesim noktası olarak genellikle 0,5 değeri kullanılmaktadır. Ancak, sınıflandırma hatasını azalttığı takdirde farklı bir kesim noktası belirlenebilir (Alpar 2013). Bu çalışmada, sınıflandırma hatalarını azalttığından her bir modelin sınıflandırması için farklı kesim noktaları belirlenmiştir. Tablo 8'e göre, kişisel durum, bilgi ve beklenen destek boyutlarında taburculuğa hazır olan ve olmayan hastaların doğru sınıflama yüzdeleri benzer olmakla birlikte, baş etme becerisi boyutunun doğru sınıflama yüzdeleri bu boyutlara göre daha yüksektir.

Tablo 8. RHDS/SF'nin Boyutları için Oluşturulan Sınıflandırma Tabloları

	Gözlenen	Kestirilen		Doğru sınıflama %
		Hazır	Hazır değil	
Kişisel durum	Hazır	692	455	61,8
	Hazır değil	173	280	60,3
	Toplam			60,8
Bilgi	Hazır	591	379	60,9
	Hazır değil	225	405	64,3
	Toplam			62,3
Baş etme becerisi	Hazır	687	333	67,4
	Hazır değil	174	406	70,0
	Toplam			68,3
Beklenen destek	Hazır	754	420	64,2
	Hazır değil	153	273	64,1
	Toplam			64,2

Kesim Noktaları: Kişisel durum=0,725; Bilgi=0,600; Baş etme becerisi=0,650; Beklenen destek=0,790

Tablo 9'da hastaların RHDS/SF'nin boyutları bakımından taburculuğa hazır olma durumlarına (kendi algılarına) göre sonuç değişkenleri karşılaştırıldığında, kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında taburculuğa hazır olmadan taburcu edilen hastaların plansız yeniden yatış, ölüm ve olumsuz sonuçlardan birine sahip olma yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bilgi ve beklenen destek boyutlarında ise hastaların taburculuğa hazır olma durumları ile hasta sonuçları arasında bir ilişki (bağ) bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9. Hastaların RHDS/SF'nin Boyutları Bakımından Taburculuğa Hazırlık Durumlarına Göre Hasta Sonuçları

Boyutlar ve taburculuğa hazırlık durumları	Hasta sonuçları (Var)			
	Plansız yeniden yatış (N=1570)	Acil servis kullanımı (N=1570)	Ölüm (N=1601)	Olumsuz sonuç ^a (N=1601)
Kişisel Durum				
Hazır	54 (4,8)	58 (5,1)	11 (1,0)	90 (7,8)
Hazır değil	34 (7,8)	23 (5,3)	20 (4,4)	62 (13,7)
	$\chi^2=5,633$; p=0,018	$\chi^2=0,024$; p=0,877	$\chi^2=20,344$; p<0,001	$\chi^2=12,777$; p<0,001
Bilgi				
Hazır	59 (6,2)	52 (5,4)	16 (1,6)	94 (9,7)
Hazır değil	29 (4,7)	29 (4,7)	15 (2,4)	58 (9,2)
	$\chi^2=1,512$; p=0,219	$\chi^2=0,407$; p=0,524	$\chi^2=1,082$; p=0,298	$\chi^2=0,100$; p=0,752
Baş etme becerisi				
Hazır	48 (4,7)	53 (5,2)	6 (0,6)	74 (7,2)
Hazır değil	40 (7,2)	28 (5,0)	25 (4,3)	78 (13,4)
	$\chi^2=4,165$; p=0,041	$\chi^2=0,023$; p=0,880	$\chi^2=27,996$; p<0,001	$\chi^2=16,549$; p<0,001
Beklenen Destek				
Hazır	67 (5,8)	66 (5,7)	23 (2,0)	117 (10)
Hazır değil	21 (5,0)	15 (3,6)	8 (1,9)	35 (8,2)
	$\chi^2=0,380$; p=0,538	$\chi^2=2,913$; p=0,088	$\chi^2=0,012$; p=0,91	$\chi^2=1,141$; p=0,286

^aOlumsuz sonuç: Taburcu olduktan sonra 30 gün içinde plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı veya ölüm durumlarından herhangi birini yaşayan kişileri ifade etmektedir.

RHDS/SF'nin boyutları bakımından hastaların taburculuğa hazır olma durumları incelendiğinde, hastaların taburcu olurken sadece yaklaşık üçte birinin (%32,5) boyutların tamamında kendilerini taburculuğa hazır hissettikleri (hazır olarak algıladıkları), yaklaşık üçte ikisinin (%67,5) ise en az bir veya daha fazla boyutta kendilerini taburculuğa hazır hissetmeden taburcu edildikleri görülmektedir. Hiçbir boyutta kendini taburculuğa hazır hissetmeden taburcu edilen hastaların yüzdesi ise %3,7'dir (Tablo 10).

Tablo 10. RHDS/SF'nin Boyutlarına Göre Taburculuğa Hazır Olan Hastalar

Boyutlara Göre Taburculuğa Hazır Olma Durumu	Sayı	%	Birikimli %
Hiçbir boyutta taburculuğa hazır olmayanlar	59	3,7	3,7
1 boyutta taburculuğa hazır olanlar	255	15,9	19,6
2 boyutta taburculuğa hazır olanlar	323	20,2	39,8
3 boyutta taburculuğa hazır olanlar	444	27,7	67,5
4 boyutta taburculuğa hazır olanlar	520	32,5	100,0
	1601	100,0	

Taburculuğa hazır olma durumu ve boyutlarına göre plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımına ilişkin harcamalar Tablo 11 ve Şekil 2-6'da gösterilmiştir. Boyutlar bakımından hastaların taburculuğa hazır olma durumuna göre plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımına ilişkin harcamalar değerlendirildiğinde farklı sonuçlar bulunmuştur. Kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında taburculuğa hazır olmayan hastaların; bilgi ve beklenen destek boyutlarında ise taburculuğa hazır olan hastaların plansız yeniden yatış harcamalarının ortancaları daha yüksektir. Kişisel durum ve bilgi boyutlarında taburculuğa hazır olan hastaların; baş etme becerisi ve beklenen destek boyutlarında ise taburculuğa hazır olmayan hastaların acil servis kullanımı harcamalarının ortancaları daha yüksektir.

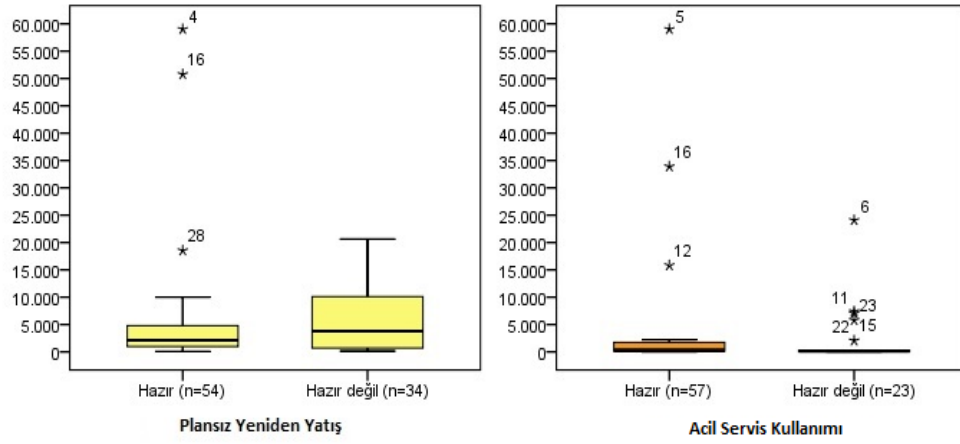
RHDS/SF'nin geneline göre değerlendirme yapıldığında ise, taburculuğa hazır olan hastaların plansız yeniden yatış harcamalarının ortancaları daha yüksek bulunurken, taburculuğa hazır olmayan hastaların acil servis kullanımı harcamalarının ortancaları daha yüksek bulunmuştur. RHDS/SF'nin geneli ve boyutları bakımından hastaların taburculuğa hazır olma durumlarına göre plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı harcamaları arasında farklılıklar bulunsa da bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 11. Taburculuğa Hazır Olan ve Olmayan Hastaların Plansız Yeniden Yatışı ve Acil Servis Kullanımı için Hastanede Yapılan Harcamalar (TL)

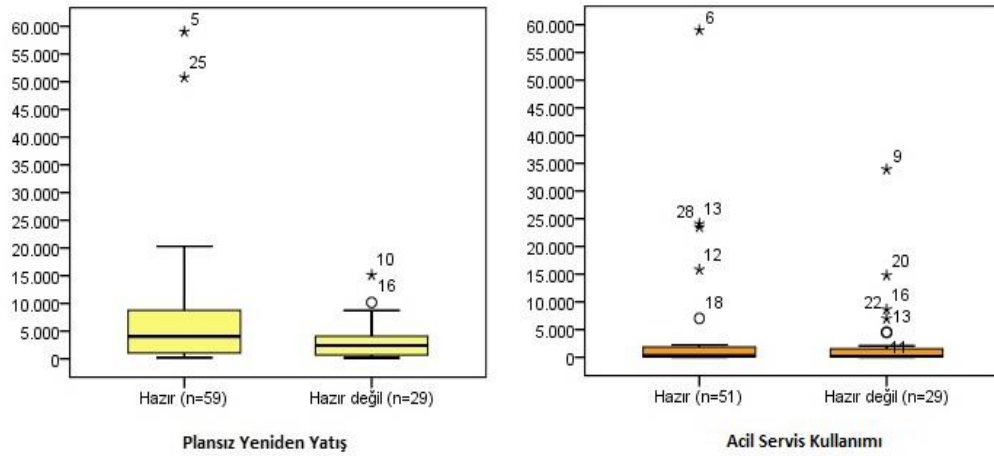
Boyutlar ve taburculuğa hazırlık durumları	Plansız yeniden yatış sırasında yapılan harcamalar (TL) N=88	Acil servis kullanımı sırasında yapılan harcamalar (TL) ^a N=80
	Ortanca (25.-75. yüzdeler)	Ortanca (25.-75. yüzdeler)
Kişisel Durum		
Hazır	1990 (746-4748)	221 (36-1736)
Hazır değil	3806 (687-10113)	161 (16-314)
	p=0,181; Z=-1,337	p=0,367; Z=-0,901
Bilgi		
Hazır	2473 (761-8670)	186 (23-1638)
Hazır değil	2388 (679-4263)	182 (73-182)
	p=0,354; Z=-0,928	p=0,868; Z=-0,166
Baş etme becerisi		
Hazır	2109 (782-4664)	167 (44-691)
Hazır değil	3134 (599-8659)	216 (16-7283)
	p=0,441; Z=-0,771	p=0,479; Z=-0,708
Beklenen Destek		
Hazır	2706 (761-7819)	171 (20-1736)
Hazır değil	2204 (612-4498)	227 (127-476)
	p=0,360; Z=-0,915	p=0,418; Z=-0,810
Genel		
Hazır	3081 (890-8617)	182 (39-1638)
Hazır değil	2430 (667-8617)	227 (17-1265)
	p=0,426; Z=-0,796	p=0,853; Z=-0,186

^aAcil servis kullanımı olan hastalardan birine ait harcama verisi eksiktir.

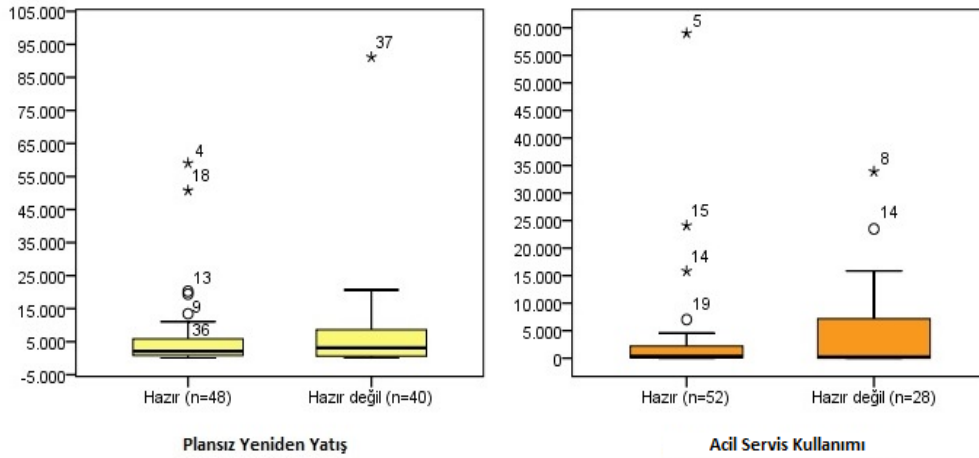
Şekil 2. Kişisel Duruma Göre Plansız Yeniden Yatış ve Acil Servis Kullanımı Harcamaları



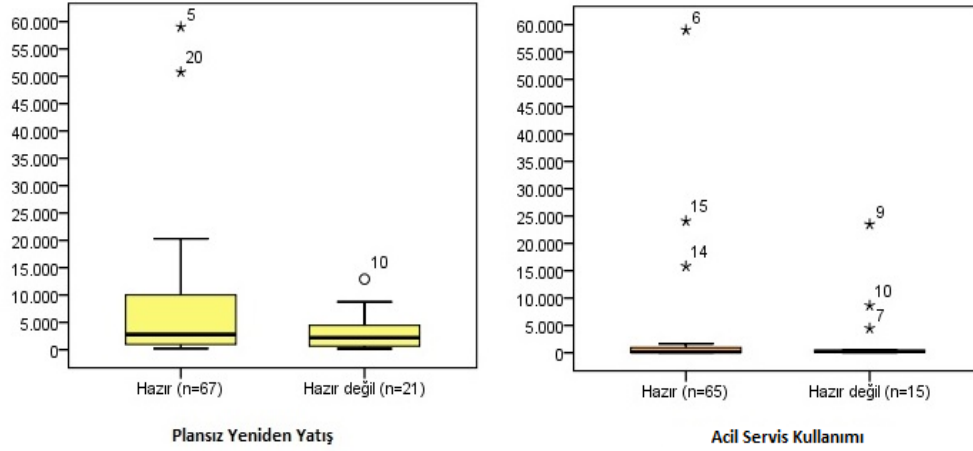
Şekil 3. Bilgi Düzeyine Göre Plansız Yeniden Yatış ve Acil Servis Kullanımı Harcamaları



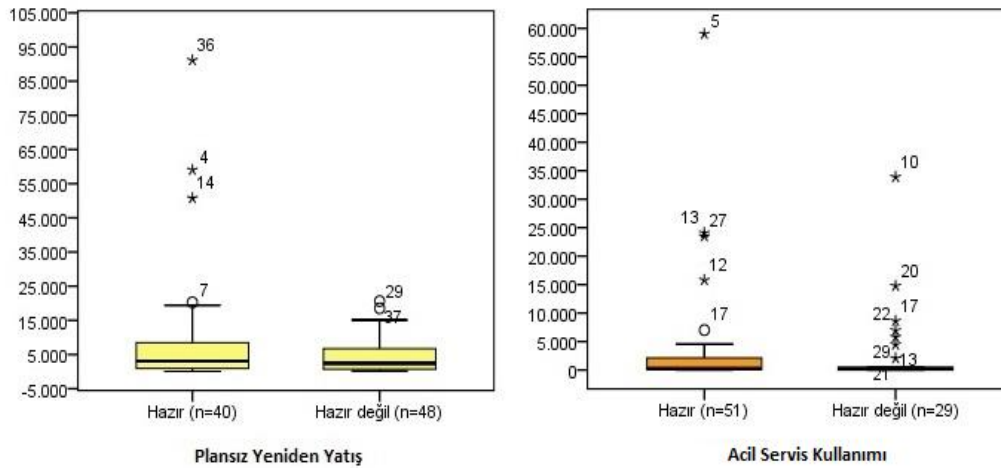
Şekil 4. Baş Etme Becerisine Göre Plansız Yeniden Yatış ve Acil Servis Kullanımı Harcamaları



Şekil 5. Beklenen Desteğe Göre Plansız Yeniden Yatış ve Acil Servis Kullanımı Harcamaları



Şekil 6. Taburculuğa Hazır Olma Genel Düzeyine Göre Plansız Yeniden Yatış ve Acil Servis Kullanımı Harcamaları



IV. TARTIŞMA

Hastalar, RHDS/SF'nin boyutları bakımından taburculuğa hazır olma algılarına göre değerlendirildiğinde, en fazla beklenen destek boyutunda, en az ise bilgi boyutunda kendilerini taburculuğa hazır hissetmektedirler. RHDS'nin boyut ortalamaları dikkate alınarak yapılan bazı çalışmalar bulunmaktadır. Bunlardan Weiss ve Piacentine'in (2006) ABD'de 121 hasta (dahili-cerrahi hasta) üzerinde RHDS'nin 21 maddelik versiyonu ile yapmış olduğu çalışmada, baş etme becerisi boyutu (8,5) en yüksek, kişisel durum boyutu (7,1) en düşük ortalamaya sahip boyut olmuştur. Weiss ve diğerlerinin (2010) ABD'de 162 hasta (dahili-cerrahi hasta) üzerinde yapmış olduğu başka bir çalışmada, baş etme becerisi boyutu (8,7) en yüksek, kişisel durum boyutu (7,5) en düşük ortalamaya sahip boyut olarak bulunmuştur. Coffey ve McCharty (2013) tarafından İrlanda'da 355 yaşlı hasta üzerinde yapılan bir çalışmada ise kişisel durum boyutu (7,7) en yüksek, beklenen destek boyutu (6,8) en düşük ortalamaya sahip boyut olmuştur. Bu sonuçlar incelendiğinde çalışmalardan farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Bu çalışmada beklenen destek boyutunda hazır olma yüzdesinin yüksek olması Türkiye'nin toplumsal yapısıyla ilgili olabilir. Türkiye'de tek kişilik hane halklarının yüzdesi 2016 yılında yaklaşık %15'tir (TÜİK 2017). Bu araştırmadan

elde edilen bulgulara göre de araştırma kapsamındaki hastaların %83'ünün evinde bakımına yardım edecek biri bulunmaktadır. Beklenen destek boyutu bu nedenle yüksek bulunmuş olabilir. Diğer taraftan hastaların kendilerini taburculuğa en az hazır hissettikleri boyut bilgi boyutudur. Bilgi boyutunun düşük olması, hastanın yeterince bilgilendirilmemesinden kaynaklanabileceği gibi, hastanın yapılan bilgilendirmeyi iyi düzeyde anlayamamasından da kaynaklanabilir ki; bu da sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilgilidir. Bu çalışmada okuryazar olmayan veya ilk-ortaokul mezunu hastaların toplam hastalar içindeki yüzdesi (%58,9) oldukça yüksektir. Williams ve diğerlerine (1998) göre sağlık okuryazarlık düzeyi ile hastanın yapılan bilgilendirmeyi anlama düzeyi arasında ilişki bulunmaktadır. Durusu Tanrıöver ve diğerlerine (2014) göre de Türkiye'de toplumun yalnızca üçte biri yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Dolayısıyla bilgi boyutunun düşük bulunmasında sağlık okur-yazarlık seviyesinin yetersizliğinin rolü olabilir.

RHDS/SF'nin alt boyutları hasta sonuçları açısından analiz edildiğinde, kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında hazır olmadan taburcu edilen hastaların plansız yeniden yatış, ölüm ve olumsuz sonuçlarla daha fazla karşılaştığı görülmüştür. Bilgi ve beklenen destek boyutları ile hasta sonuçları arasında bir bağlantı ortaya çıkmamıştır. Eve gitmeye fiziksel olarak hazır olmayan, enerjisi düşük olan (kişisel durum) ve evde hayatın taleplerini karşılayamayacak, kişisel bakımını yapamayacak durumda olan (baş etme becerisi) hastalar, taburcu olduktan sonra olumsuz sonuçlarla karşılaşma açısından daha fazla risk altındadır. Başka birçok çalışmada da hastanın fonksiyonel durumu ile yeniden yatışı arasında ilişki bulunmuştur (Hoyer et al. 2014; Greysen et al. 2015).

RHDS/SF'nin alt boyutlarında taburculuğa hazır olma durumunu etkileyebilecek özellikler tek değişkenli analizler ile analiz edildiğinde bazı gruplar arasında anlamlı fark bulunmasına karşın yapılan lojistik regresyon analizinde özelliklerin bir kısmının RHDS/SF'nin alt boyutlarını etkilediği bir kısmının ise etkilemediği görülmüştür. Yapılan tek değişkenli analizlere göre, kişisel durum boyutunda; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, evde bakıma yardım edecek biri, yatış süresi ve komorbidite skoru açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Bunlardan yatış süresi hariç diğer özelliklerin tamamının kişisel durum boyutunu etkilediği lojistik regresyon analiziyle ortaya çıkmıştır. Bilgi boyutunda; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, evde bakıma yardım edecek biri, düzenli doktorunun varlığı ve ana tanı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bunlardan cinsiyet ve ana tanı hariç diğer özelliklerin tamamının bilgi boyutunu etkilediği lojistik regresyon analiziyle ortaya çıkmıştır. Baş etme becerisi boyutunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, uzaklık, yatış süresi, komorbidite skoru ve YBÜ kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bu özelliklerden uzaklık hariç diğer özelliklerin tamamının baş etme becerisi boyutunu etkilediği lojistik regresyon analizi ile ortaya çıkmıştır. Ayrıca hastayla birlikte yaşayan kişi özelliği, tek değişkenli analizde anlamlı bulunmazken, lojistik regresyon analizinde anlamlı bulunmuştur. Beklenen destek boyutunda; cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, hastayla birlikte yaşayan kişi, evde bakıma yardım edecek biri ve dolu yatak oranı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bunlardan sadece eğitim düzeyi, hastayla birlikte yaşayan biri ve evde bakıma yardım edecek biri özelliklerinin beklenen destek boyutunu etkilediği lojistik regresyon analiziyle ortaya çıkmıştır.

Lojistik regresyon analizine göre yaş; RHDS/SF'nin boyutlarından kişisel durum, bilgi ve baş etme becerisi boyutlarını etkilemektedir. Yaş arttıkça hastaların bu boyutlarda taburculuğa hazır olma olasılığı azalmaktadır. Coffey ve McCharty (2013) 80 yaş ve üstü hastaların, 80 yaş altı hastalara göre, bilgi ve baş etme becerisinin daha düşük, beklenen desteğinin ise daha yüksek olduğunu bulmuştur. Weiss ve diğerleri (2007) ise yapmış oldukları çalışmada, hastanın yaşının taburcu olduktan sonra baş etme becerisini öngördüğünü; daha genç hastaların baş etmede güçlük çektiğini bulmuştur. Bobay ve diğerleri (2010) de yaş gruplarına göre RHDS'nin alt boyutları bakımından hastaların

taburculuğa hazırlık durumunu değerlendirmiştir. Genel olarak, beklenen destek dışındaki tüm boyutlarda yaşlı hastaların kendilerini eve gitmeye biraz daha fazla hazır hissettiklerini bulmuşlardır.

RHDS/SF'nin boyutları komorbidite skorları açısından değerlendirildiğinde, hastaların komorbidite skoru kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarını etkilemektedir. Hastaların komorbidite skorları arttıkça bu boyutlarda taburculuğa hazır olma olasılığı azalmaktadır. Cesari ve diğerleri (2006) yapmış oldukları çalışmada komorbidite ile yaşlıların fiziksel fonksiyon ölçümleri arasında ilişki olduğu ortaya koymuştur. Kişisel durum da baş etme becerisi ile ilişkili olduğundan komorbiditenin her ikisini de etkilemesi beklenebilir.

Hastanede yatış süresi, hastaların baş etme becerisini etkilemektedir. Yatış süresi arttıkça, baş etme becerisi açısından taburculuğa hazır olma olasılığı azalmaktadır. Baş etme becerisi hastaların kişisel durumuyla ilişkili olduğu için fiziksel olarak iyi durumda olmayan hastaların daha uzun süre hastanede yatırılmış olduğu söylenebilir. Nitekim yatış süresi ile yaş ($r=0,06$; $p<0,05$) ve komorbidite skoru ($r=0,14$; $p<0,001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Ayrıca, yoğun bakım ünitesi kullanımı olan hastaların yatış gün sayısı ortalaması ($22,9\pm 24,1$) yoğun bakım ünitesi kullanımı olmayan hastaların ortalamasından ($12,6\pm 16,6$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($t=4,04$; $p<0,001$).

Hastaların taburculuğa hazırlık durumu cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, cinsiyetin kişisel durum ve baş etme becerisini etkilediği görülmüştür. Bu boyutlarda kadın hastaların taburculuğa hazır olma olasılığı daha düşüktür. Bunun sebebi, kadınların evde daha fazla rol ve sorumluluklarının bulunması olabilir. Ayrıca, taburcu olduktan sonra evde bakımına yardım edecek birinin bulunmaması yüzdesi kadın hastalarda (%15,3), erkek hastalara (%8,2) göre daha yüksektir ($\chi^2 = 19,4$; $p<0,001$).

Araştırmanın bulgularına göre, hastaların eğitim düzeyi taburculuğa hazır olmanın bütün boyutlarını etkilemektedir. Eğitim düzeyi kişinin sağlık durumunu birçok açıdan dolaylı olarak etkilemektedir. Daha yüksek eğitim düzeyine sahip yetişkinlerin, sigara içme ve içki içme gibi riskli davranışlarda bulunma olasılığı daha düşüktür; diyet ve egzersizle ilgili sağlıklı davranışlara daha yatkın olma ihtimali daha yüksektir. İyi bir eğitimle elde edilen gelir ve zenginlik, sağlık durumunun başta gelen öngörücüleridir. Eğitim düzeyi yüksek kişiler, elde ettikleri gelire bağlı olarak daha iyi koşullarda yaşamaktadırlar. Eğitim; finansal, psikolojik ve duygusal destek sağlayan sosyal ağlar da dahil olmak üzere daha fazla sosyal destek ile ilişkilendirilmektedir (Zimmerman, Woolf 2014). Bu nedenle, genellikle eğitim düzeyi yüksek hastaların kendilerini taburculuğa daha fazla hazır hissetmesi beklenen bir durumdur.

Medeni durum baş etme becerisini etkilemektedir. Evli hastaların baş etme becerisi boyutunda taburculuğa hazır olma yüzdeleri, evli olmayanlara göre daha yüksektir. Evli hastaların, taburculuk sonrasında kişisel bakım (hijyen, banyo, tuvalet, beslenme, vb.) ve hayatın talepleri (alışveriş, fatura ödeme, vb.) konusunda eşlerinden yardım alacağı düşünülmektedir. Bu nedenle evli hastalar baş etme becerisi boyutunda evli olmayan hastalara göre kendilerini taburculuğa daha fazla hazır hissetmiş olabilirler.

Hasta ile birlikte yaşayan bir kişinin varlığı, baş etme becerisi ve beklenen desteği etkilemektedir. Birlikte yaşadığı biri bulunmayan (yalnız yaşayan) hastalar baş etme becerisi boyutunda kendilerini taburculuğa daha fazla hazır hissetmektedirler. Yalnız yaşayan hastaların yaş ortalaması ($66,1\pm 16,3$), birlikte yaşadığı biri olan hastaların yaş ortalamasından ($56,3\pm 18,4$) daha yüksektir ($t=5,7$; $p<0,001$). Kadın hastaların yalnız yaşama yüzdesi (%7,3) erkek hastaların yalnız yaşama yüzdesine göre (%4,8) daha yüksek

bulunmuştur ($\chi^2=4,5$; $p<0,05$). Bunların baş etme becerisini etkilediği düşünülmektedir. Beklenen destek boyutunda ise birlikte yaşadığı biri olan hastaların taburculuğa hazır olma olasılığının daha yüksek olması, beklenen bir durumdur.

Taburcu olduktan sonra evde hastanın bakımına yardım edecek birinin bulunması; kişisel durum, bilgi ve beklenen destek boyutlarını etkilemektedir. Hastanın bakımına yardım edecek birinin olması, beklenen destekle doğrudan ilişkilidir. Diğer taraftan, bu kişi, hastayla doktor arasında aracılık rolü ile hastanın bilgilendirme düzeyini artırabilir. Ayrıca, psikolojik destekle kişinin kendisini daha iyi hissetmesini sağlayarak kişisel durum boyutuna pozitif katkı sağlayabilir. Kutlu ve diğerleri (2011) de hastanın kanser tanısı ile baş etmesinde sosyal destek ağı ve duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığının önemli bir etken olduğunu vurgulamaktadır.

Hastanın düzenli olarak görüldüğü bir doktorun varlığı, bilgi boyutunu etkilemektedir. Düzenli doktoru bulunan hastaların bilgi boyutunda taburculuğa hazır olma yüzdeleri daha yüksektir. Düzenli olarak doktora görünen hastaların doktorla daha çok iletişim kurduğu, buna bağlı olarak da bilgi düzeyinin yükseldiği söylenebilir.

Taburculuk öncesi hastanede yoğun bakım ünitesi kullanımı, baş etme becerisini etkilemektedir. Taburculuk öncesinde hastanede yoğun bakım ünitesinde yatmış olan hastaların, baş etme becerisi boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı daha düşüktür. Hermans ve Van den Berghe (2015) yoğun bakım ünitesi kullanımının, kas güçsüzlüğü olarak adlandırılan kazanılmış güçsüzlüğe neden olabildiğini, Nordon-Craf ve diğerleri (2012) de bu hastaların genellikle önemli aktivite kısıtlamalarına sahip olduğunu, bu yüzden en temel faaliyetler için bile fiziksel yardıma ihtiyaçları olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle yoğun bakım ünitesi kullanımı sonrasında hastaların baş etme becerisinin olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir.

Aynı hastaların taburculuğa “genel olarak” hazır olma durumunun belirleyicilerinin incelendiği başka bir çalışmada yapılan çoklu lojistik regresyon analizi sonucunda ise, genel belirleyiciler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, taburcu olduktan sonra evde bakımına yardım edecek birinin varlığı ve yatış süresi olarak bulunmuştur. Ayrıca, taburculuğa “genel olarak” hazır olmama durumunun, hastaların demografik ve klinik özelliklerinin dahil olduğu çok sayıda kontrol değişkenlerinin varlığında bile, 30 gün içinde plansız yeniden yatış ve 30 gün içinde ölüm riskini artırdığı tespit edilmiştir (Kaya et al. 2018b).

RHDS/SF'nin boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, en güçlü ilişki kişisel durum ve baş etme becerisi boyutları arasında iken en zayıf ilişki ise baş etme becerisi ve beklenen destek boyutları arasındadır. Weiss ve Piacentine (2006) de RHDS'nin boyutları arasında en güçlü ilişkiyi kişisel durum ve baş etme becerisi boyutları arasında, en zayıf ilişkiyi ise bilgi ve beklenen destek boyutları arasında bulmakla birlikte baş etme becerisi ve beklenen destek boyutu arasında da düşük ilişki bulmuştur. Hem kişisel durum hem de baş etme becerisinde hastanın fiziksel ve psikolojik durumu etkili olduğundan bu iki boyut arasında yüksek ilişki beklenebilir. Beklenen destek boyutu kişinin çevresindeki kişilerden yardım alabilmesiyle, bilgi boyutu ise çoğunlukla hasta ile doktor arasındaki ilişkiyle ilgili olduğundan bu iki boyut arasında yüksek ilişki beklenmemektedir.

Üç hastadan ikisi kendisini taburculuğa tam olarak hazır hissetmediği (tüm boyutlarda hazır olmadığı) halde taburcu edilmiştir. Ayrıca az sayıda olsa da hiçbir boyutta taburculuğa hazır olmadığı halde taburcu edilen hastalar bulunmaktadır. Taburculuk sonrasında olumsuz sonuçlarla karşılaşma durumu, hastanın taburculuğa hazır olma durumuna göre değiştiğinden, hastaların taburculuğa hazırlık düzeyinin yükseltilmesi önemlidir.

Taburculuğa hazır olmadığı halde taburcu edilen hastalar daha sonra olumsuz bir sonuçla karşılaştığında, bu hastalar için hastanede yapılan harcama tutarlarının (taburculuğa hazır hastalara göre) daha yüksek olacağı düşünülmüştür. Ancak, araştırmanın bulguları bu düşünceyi desteklememektedir. Bu durum, olumsuz sonuçla karşılaşan hasta sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca, araştırma kapsamına alınan hastaların tamamı iç hastalıkları servislerinde yatan hastalar olmakla birlikte; hastaların tanıları, tedavi süreçleri ve sosyo-demografik özellikleri farklılık göstermektedir. Bu nedenle, harcama verisi normal dağılım göstermeyip, aykırı ve uç değerler içermektedir.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın amacı 1) taburculuğa hazır olmanın boyutlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, 2) bu boyutlara göre hasta sonuçlarının (taburcu olduktan sonra 30 gün içinde hastaneye plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı ve ölüm) karşılaştırılması ve 3) bu boyutlarda taburculuğa hazır olma durumuna göre 30 gün içinde plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı için hastanede yapılan harcamaların karşılaştırılmasıdır. Hastalar RHDS/SF'nin en fazla beklenen destek boyutunda, en az ise bilgi boyutunda kendilerini taburculuğa hazır hissetmektedirler. Bu nedenle, iyileştirme fırsatının en fazla olduğu boyut, bilgi boyutudur. Bilgi boyutu, hastanın eve gitmesinin ardından oluşabilecek sorunlarla ve uyması gereken kısıtlamalarla ilgili ne kadar bilgi sahibi olduğunu göstermektedir. Muhtemelen sağlık çalışanlarının en kolay müdahale edebileceği boyut da budur. Sağlık çalışanları, hastaların bu konularda daha iyi bilgilendirilmesini sağlayarak taburculuğa hazırlık düzeylerini yükseltebilir.

Taburculuğa hazır olmanın belirleyicileri, taburculuğa hazır olmanın boyutlarına göre farklılık göstermektedir. Bilgi ve beklenen destek boyutları bakımından hastaların taburculuğa hazır olma durumlarına göre hasta sonuçları arasında fark bulunmazken, kişisel durum ve baş etme becerisi boyutları bakımından taburculuğa hazır olmayan hastaların; plansız yeniden yatış, ölüm ve olumsuz bir sonuçla karşılaşma yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur. Boyutlar arasındaki en güçlü ilişki de kişisel durum ve baş etme becerisi boyutları arasındadır. Bu nedenle hastalar taburcu edilirken, kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında hazır olma durumlarına daha fazla dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu iki boyutu etkileyen ortak özellikler; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve komorbidite skorudur. Bu özelliklere ek olarak kişisel durumu, evde bakımına yardım edecek biri; baş etme becerisini ise medeni durum, yatış süresi ve yoğun bakım ünitesi kullanımı etkilemektedir. Bu özellikler çoğunlukla değiştirilebilir özellikler olmamakla birlikte, taburculuk planlamasında dikkate alınmalıdır. Eğitim düzeyi bütün boyutları etkilediğinden, eğitim düzeyi düşük hastalar taburcu edilirken bu hastaların hazırlık durumlarına daha fazla dikkat edilmesi ve bu hastalara taburculuk sonrası ilişkin bilgi verilirken bilgilendirmenin eğitim düzeylerine uygun şekilde yapılması önerilir. Sağlık okuryazarlığının artırılması da hastaların taburculuğa hazırlık düzeyini artırabilir.

Bu çalışmada taburcu edilen hastalardan yalnızca üçte birinin kendisini tüm boyutlarda taburculuğa hazır hissettiği ortaya çıkmıştır. Diğer taraftan hastaların %3,7'si ise hiçbir boyutta kendisini taburculuğa hazır hissetmemektedir. Yeterince hazır olmadan yapılan taburculuğun olumsuz sonuçları nedeniyle, hastaların tamamen hazır olduğunda taburcu edilmesi önerilmekle birlikte, bu her zaman mümkün olmayabilir. Örneğin kavrama düzeyi düşük olan bir hastanın bilgi boyutunda, aşırı derecede fiziksel yetersizliği bulunan bir hastanın kişisel durum boyutunda, yalnız yaşayan bir hastanın beklenen destek boyutunda tamamen hazır hale getirilmesi oldukça zor olabilir. Bu hastalar tamamen olmasa da mümkün olduğu kadar hazır hale getirilmeye çalışılmalıdır. Fiziksel yetersizliği bulunan ve yalnız yaşayan hastalarda, taburculuk sonrası bakım ve sosyal destek önemli hale

gelmektedir. Bu nedenle bu hastaların takibinin ve bakımının koordineli bir şekilde yürütülmesi sağlanarak olumsuz sonuçlarla karşılaşma riski azaltılabilir.

Taburculuğa hazır olmayan hastaların plansız yeniden yatış ve ölüm yüzdelerinin daha fazla olması, hem hastaların daha fazla sıkıntı çekmesi ve hayatını kaybetmesi, hem de gereksiz harcama yapılması bakımından sağlık yönetimi açısından önemlidir. Bu nedenle sağlık yöneticilerinin, hastaların taburculuğa hazır olarak taburcu edilebilmesi için gerekli önlemleri alması gerekmektedir. Bu önlemler; serviste hastaların taburculuğa hazırlık durumunun değerlendirilmesini içerdiği gibi, hastanede hastaların taburculuğa daha iyi hazırlanabilmesi için birimler ve sağlık çalışanları arasında iyi bir koordinasyonu da içerir. Hastaların taburculuk sonrasında takibinin yapılması, bakımın sürekliliğinin ve koordinasyonunun sağlanması ve bakım desteğinin geliştirilmesi de önemlidir. Bu açıdan evde bakım hizmetlerinin ve bakımevleri gibi kurumların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması önerilir.

Bu çalışma büyük bir üniversite hastanesinin iç hastalıkları servislerinde bir yıl boyunca taburcu olan hastalar üzerinde yürütülmüş olmakla birlikte, diğer hastane türlerinde yapılmamış olması çalışmanın sınırlılıklarından birisidir. Diğer bir sınırlılık, taburcu olan hastaların çalışmanın yapıldığı hastane dışındaki diğer hastanelere plansız yeniden yatışının, acil servis kullanımlarının ve bunlara ilişkin harcamaların izlenememiş olmasıdır. Bu sınırlılıklarına rağmen çalışmanın birçok güçlü yönü de bulunmaktadır. Birincisi, çalışma prospektif bir kohort çalışması olup bir yıldan uzun süre devam ettirilmiştir. İkincisi, sadece hastanede değil, hastane dışında gerçekleşen ölümler de tespit edilmiştir. Üçüncüsü, hasta kayıtlarında ve hastane bilgi sisteminde bulunmayan bazı veriler de (hastanın eğitim durumu, hasta ile birlikte yaşayan birinin bulunup bulunmadığı, taburcu olduktan sonra hastanın evde bakımına yardım edecek birinin bulunup bulunmadığı, hastanın düzenli olarak görüldüğü bir doktorunun olup olmadığı gibi) hastaların kendilerine sorarak elde edilmiştir. Bu nedenle, çalışmada elde edilen veriler idari kayıtlardan daha kapsamlı ve güvenilirlerdir.

Benzer çalışmaların farklı hastanelerde ve hastanelerin farklı servislerinde de yapılması önerilir. Hastaları farklı hastaneler ve sağlık kurumları arasında izleyebilmek için ülke çapında buna uygun sistemlerin tasarlanmasına ve geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Hastaların taburculuğa hazır olma durumuna göre, olumsuz sonuçlarla karşılaştıklarında hastanede yapılan harcamaların fark gösterip göstermediği konusunda, bu çalışmada varılan sonuçların genellenebilirliğini ortaya koyabilmek için de gelecekte yapılacak çalışmaların daha fazla sayıda hasta üzerinde veya belirli hastalıklar özelinde yapılması önerilir.

Teşekkür: Bu çalışmada kullanılan veriler, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından, 1001- Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Projelerini Destekleme Programı kapsamında, finansal olarak desteklenen 114K404 numaralı araştırma projesinden elde edilmiştir. Yazarlar TÜBİTAK'a ve araştırma ekibine içtenlikle teşekkür ederler.

KAYNAKLAR

1. Akın B. and Şahingeri M. (2010) Validity and Reliability of Turkish Version of Readiness for Hospital Discharge Scale–New Mother Form (RHD-NMF). **Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences** 13(1): 7-14.
2. Alpar R. (2013) **Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler**. Detay Yayıncılık, Ankara.
3. Altuntuğ K. and Ege E. (2013) Effects of Health Education on Mothers' Readiness for Postpartum Discharge from Hospital, on Postpartum Complaints, and Quality of Life. **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi** 15(2): 45-56.
4. Nordon-Craft A., Moss M., Quan D. and Schenkman M. (2012) Intensive Care Unit–Acquired Weakness: Implications for Physical Therapist Management. **Journal of the American Physical Therapy Association** 92(12): 1494–1506.
5. Bernstein H. H., Spino C., Baker A., Slora E. J., Touloukian C. L. and McCormick M. C. (2002) Postpartum Discharge: Do Varying Perceptions of Readiness Impact Health Outcomes? **Ambulatory Pediatrics** 2(5): 388-395.
6. Bobay K. L., Jerofke T. A., Weiss M. E. and Yakusheva O. (2010) Age-Related Differences in Perception of Quality of Discharge Teaching and Readiness for Hospital Discharge. **Geriatric Nursing** 31(3): 178-187.
7. Brooke B. S., Samourjian E., Sarfati M. R., Nguyen T. T., Greer D. and Kraiss L. W. (2015) Patient-Reported Readiness at Time of Discharge Predicts Readmission Following Vascular Surgery. **Journal of Vascular Surgery** 61(6): 188.
8. Burucu R. ve Akın B. (2017) Gebeliğin Üçüncü Trimestrında Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Sonu Taburculuğa Hazıroluşluk Düzeyine Etkisi. **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi** 4(2): 25-35.
9. Cesari M., Onder G., Russo A., Zamboni V., Barillaro C., Ferrucci L., Pahor M., Bernabei R. and Landi F. (2006) Comorbidity and Physical Function: Results from the Aging and Longevity Study in the Sirente Geographic Area. **Gerontology** 52(1): 24-32.
10. 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. **J Chronic Dis** 40(5): 373-383.
11. Coffey A. and McCarthy G. (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.
12. Coşkun H. ve Akbayrak N. (2001) Hastaların Kliniklere Kabul ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi. **C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 5(2): 63-68.
13. Dağ H., Dönmez S., Şen E. and Şirin A. (2013) Postpartum Discharge Readiness Situation of Women Who Had Vaginal Deliveries. **Gaziantep Medical Journal** 19(2): 65-70.

14. Demirel Bozkurt Ö., Hadımlı A., Öztürk Can H., Baykal Akmeşe Z. ve Rastgele H. (2016) Annelerin Doğum Sonrası Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluğu ve Etkileyen Faktörler. **1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi**.14-15 Nisan 2016, Başiskele, Kocaeli.
15. Duran S. ve Gürhan N. (2012) Psikiyatri Hastalarının Taburculuk Eğitimi Alma Durumunun Değerlendirilmesi. **F.Ü. Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi** 26(1): 39-44.
16. Durusu Tanrıöver M., Yıldırım H. H., Demiray Ready N., Çakır B. ve Akalın E. (2014) **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması**. Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
17. Fenwick A. M. (1979) An Interdisciplinary Tool For Assessing Patients' Readiness For Discharge in The Rehabilitation Setting. **Journal of Advanced Nursing** 4: 9-21.
18. Greysen S. R., Stijacic Cenzer I., Auerbach A. D. and Covinsky K.E. (2015) Functional Impairment and Hospital Readmission in Medicare Seniors. **JAMA Intern Med** 175(4): 559-565.
19. Greysen S. R., Harrison J. D., Kripalani S., Vasilevskis E., Robinson E., Metlay J., Schnipper J. L., Meltzer D., Sehgal N., Ruhnke G. W., Williams M. V. and Auerbach A. D. (2016) Understanding Patient-Centred Readmission Factors: A Multi-Site, Mixed-Methods Study. **BMJ Quality & Safety** 26(1): 33-41.
20. Heine J., Koch S. and Goldie P. (2004) Patients' Experiences of Readiness for Discharge Following A Total Hip Replacement. **Australian Journal of Physiotherapy** 50(4): 227-233.
21. Hermans G. and Van den Berghe G. (2015) Clinical Review: Intensive Care Unit Acquired Weakness. **Critical Care** 5(19): 274.
22. Howard-Anderson J., Lonowski S., Vangala S., Tseng C.H., Busuttill A. and Afsar-Manesh N. (2014) Readmissions in the Era of Patient Engagement. **JAMA Intern Med** 174(11): 1870-1872.
23. Howard-Anderson J., Busuttill A., Lonowski S., Vangala S. and Afsar-Manesh N. (2016) From Discharge to Readmission: Understanding the Process from the Patient Perspective. **Journal of Hospital Medicine** 11(6): 407-412.
24. Hoyer E.H., Needham D. M., Atanelov. L., Knox B., Friedman M. and Brotman D. J. (2014) Association of Impaired Functional Status at Hospital Discharge and Subsequent Rehospitalization. **Journal of Hospital Medicine** 9(5): 277-282.
25. Kaya S., Sain Güven G., Teleş M., Korku C., Aydan S., Kar A., Kartal N., Koca G. Ş. and Yıldız A. (2018a) Validity and Reliability of the Turkish Version of the Readiness for Hospital Discharge Scale/Short Form. **Journal of Nursing Management** 26(3): 295-301.
26. Kaya S., Sain Güven G., Aydan S., Kar A., Teleş M., Yıldız A., Koca G. Ş., Kartal N., Korku C., Ürek D., Bilgin Demir İ. and Toka O. (2018b) Patients' Readiness for Discharge: Predictors and Effects on Unplanned Readmissions, Emergency Department Visits and Death. **Journal of Nursing Management** doi: 10.1111/jonm.12605. [Epub ahead of print]

27. Knier S., Stichler J. F., Ferber L. and Catterall K. (2015) Patients' Perceptions Of The Quality Of Discharge Teaching And Readiness For Discharge. **Rehabilitation Nursing** 40(1): 30-39.
28. Kutlu R., Çivi S., Börüban M. C. ve Demir A. (2011) Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. **Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi** 27(3): 149-153.
29. Lau D., Padwal R. S., Mujumdar S. R., Pederson J. L., Belga S., Kahlon S., Fradette M., Boyko D. and McAlister F. A. (2016) Patient-Reported Discharge Readiness and 30-Day Risk of Readmission or Death: A Prospective Cohort Study. **The American Journal of Medicine** 129(1): 89-95.
30. Mabire C., Lecerf T., Büla C., Morin D., Blanc G. and Goulet C. (2015) Translation and Psychometric Evaluation of A French Version of The Readiness for Hospital Discharge Scale. **Journal of Clinical Nursing** 24(19-20): 2983-2992.
31. Maldonado G. M., Connelly C. and Bush R. A. (2017) Predictors of Readiness for Hospital Discharge After Birth: Building Evidence for Practice. **Worldviews on Evidence-Based Nursing** 14(2): 118-127.
32. Schmocker R. K., Holden S., 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. **American Collage of Surgeon** 221(6): 1073-1082.
33. Sis Çelik A., Türkoğlu N. ve Pasinlioğlu T. (2014) Annelerin Doğum Sonu Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk Düzeylerinin ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. **Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi** 3(2): 1-7.
34. Titler M. G. and Petit D. M. (1995) Discharge Readiness Assessment. **Journal of Cardiovascular Nursing** 9(4): 64-74.
35. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2017) Haber Bülteni. **İstatistiklerle Aile**. www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24646 (Erişim Tarihi:28.09.2017)
36. Türkmen H. ve Özbaşaran F. (2017) Vaginal Doğum Yapan Lohusalarda Taburculuğa Hazır Olma Durumlarının Değerlendirilmesi. **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi** 7(1): 24-29.
37. Weiss M. E. and Piacentine L. B. (2006) Psychometric Properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. **Journal of Nursing Measurement** 14(3): 163-180.
38. Weiss M. E., Ryan P. and Lokken L. (2006) Validity And Reliability of the Perceived Readiness for Discharge After Birth Scale. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing** 35(1): 34-45.
39. Weiss M. E., Piacentine L. B., Lokken L., Ancona J., Archer J., Gresser S., Holmes S. B., Toman S., Toy A. and Vega-Stramberg T. (2007) Percived Readiness for Hospital Discharge in Adult Medical-Surgical Patients. **Clinical Nurse Specialist** 21(1): 31-42.

40. Weiss M., Yakusheva O. and Bobay K. (2010) Nurse and Patient Perception of Discharge Readiness in Relation to Postdischarge Utilization. **Medical Care** 48(5): 482-486.
41. 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 Services Research** 49(1): 304-317.
42. Weiss M. E., Sawin K. J., Galton K., Johnson N., Klingbeil C., Lerret S., Malin S., Yakusheva O. and Schiffman R. (2017) Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children. **Journal of Pediatric Nursing** 34: 58-64.
43. Williams M. V., Baker D W., Parker R. and M. Nurss J. R. (1998) Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease. **Archives of Internal Medicine** 158(2): 166-172.
44. Yam C. H. K., Wong E. L. Y., Chan F. W. K., Wong F. Y. Y. and Yeoh E. K. (2012) Framework and Components for Effective Discharge Planning System: a Delphi Methodology. **Health Services Research** 12(396): 1-16.
45. Zimmerman E. and Woolf S. H. (2014) **Understanding the Relationship Between Education and Health**. Institute of Medicine. Discussion Paper. <https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH-UnderstandingTheRelationship1.pdf> (Erişim Tarihi: 18.11.2017)

Kamu Hastanelerinde Klinik Teknoloji Düzeyini Etkileyen Faktörler

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN*
Ayça KARAHAN**

ÖZ

Değişen teknolojilerin ve teknolojik adaptasyon süreçlerinin, rekabetin yoğun olduğu sağlık hizmetleri arzında önemli rolü bulunmaktadır. Klinik teknolojilerin örgütün diğer anahtar fonksiyonları ile ilişkilendirilmesi için teknoloji seçiminde ve kullanılmasında etkili olduğu düşünülen değişkenlerin kontrol altına alınması gerekmektedir. Çünkü örgüt için bu faktörleri olumlu yönde değiştirebilmek maliyet, etkililik, verimlilik ve hizmet kalitesi açısından önemlidir. Bu araştırmanın amacı, teknoloji seçiminde rol aldığı düşünülen faktörlerin/değişkenlerin hastanelerin sahip olduğu teknoloji yoğunluğuna etkisini ortaya koymaktır. Bu amaç doğrultusunda; Türkiye genelinde faaliyet gösteren tüm ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde idari ve mali hizmetler müdürü olarak görev yapan yöneticilerin bilgisine başvurulmuştur (n=832). Araştırmada örneklem seçilmeyip evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Anketleri eksiksiz yanıtlayan yöneticilerin sayısı toplam 390'dır (n=390). Araştırma verileri, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü izniyle çevrimiçi araştırma anketi aracılığıyla toplanmıştır. Araştırma bulgularına göre hastanelerin hasta sayısı, hizmet statüsü ve performans puanının hastanelerin kullandığı klinik teknoloji sayısını ya da başka bir ifade ile düzeyini etkilediği görülmüştür (p<0,05).

Anahtar Kelimeler: Teknoloji, Klinik Teknoloji, Hastane, Sağlık Teknolojileri

Factors Affecting The Level of Clinical Technology in Puplic Hospitals

ABSTRACT

Changing technologies and technological adoption processes have an important role on the health care supply in which competition is intensive. To associate clinical technologies with other organizational key functions, the variables which are influential on the selection and use of technology should keep under control. Because to be able to transform favorably these factors for the organization is important in terms of cost, effectiveness, efficiency and service quality. The aim of this research is to reveal the influence of factors/variables, which are thought to be playing a role on the technology selection, on the technology intensive that hospitals own. In accordance with this aim, the knowledge of managers who worked as administrative and financial services director were consulted in all secondary and tertiary hospitals all around the Turkey (n=832). In this research, it is aimed to reach all the population without any sample selection. The number of the managers that filled out the questionnaires completely is 390 in total (n=390). Research data were collected through an online research survey by the permission of the Turkish Ministry of Health Public Hospitals Head Office. According to the research findings, it was found that the number of patients, service status and performance score of the hospitals have an effect on the number of the clinical technologies, or in other words the level of the clinical technologies, used by the hospitals (p <0.05).

Key Words: Technology, Clinical Technogy, Hospital, Health Technologies

* Öğr. Gör. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gamze@hacettepe.edu.tr

** Öğr. Gör., Pamukkale Üniversitesi, Kale Meslek Yüksekokulu, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, akarahan@pau.edu.tr

I. GİRİŞ

Yunanca “techne” (τέχνη-sanat) ve “logia” (λογία-bilmek) kelimelerinin birleşiminden oluşan teknoloji kelimesinin sözlük anlamı temel alet, araç ve gereçleri yapmak için kullanılan sistematik direktif, bilgi ve yetenektir. Teknolojiyi hayatın neredeyse tüm alanlarında görmek mümkündür. Örneğin; üretim teknolojileri, bilgi teknolojileri, iletişim teknolojileri, ulaşım teknolojileri, eğitim, sağlık, güvenlik teknolojileri, askeri teknolojiler vb. Teknolojinin sağlık hizmetleri ve hastanelerde kullanımı ise, en yaygın şekliyle iki başlık altında toplanabilir. Bu teknolojiler sırasıyla; verilerin kaydedilmesi, muhafazası, belirli işlemlere tabi tutularak bilgilerin üretilmesi, üretilen bilgilere ulaşılması, saklanması ve nakledilmesi gibi işlemlerin etkili ve verimli yapılmasına imkân sağlayan “bilgi teknolojileri” ile sağlık hizmetleri üretimi ve sunumunda rol alan, temel tanı, tedavi ve rehabilitasyon amaçlarına hizmet eden klinik teknolojilerdir. Bu bağlamda Elektronik Reçete (E-Prescribing), Tele Sağlık (Telehealth), Web Sunucuları ve Web Hizmetleri (Web Portals and Web Services), Mobil Sağlık (Mobile Health), Radyo Frekans Tanımlama Mikro Çipleri (Radio Frequency Identification Microchips) gibi teknolojiler sağlık bilgi teknolojilerinin bileşenlerini ifade ederken, sağlık hizmeti üretmek için kullanılan donanım, cihaz, demirbaş, alet vb. (manyetik rezonans, röntgen, ultrasonografi, anjiyografi, mamografi, odyometre vb.) teknolojiler de klinik ya da sağlık teknolojisi bileşenlerini oluşturmaktadır.

Klinik teknolojilerdeki gelişmeler 18.yüzyılda Fahrenheit’in termometreyi ve Leeuwenhoek’un mikroskobu bulmasıyla hız kazanmıştır. Ardından, Laënnec stetoskobu, Simpson ise anesteziyi bulmuştur. Anestezi ve kan nakli tekniklerinin gelişimi ile cerrahi uygulamaların ilerlemesi medikal alet ve cihazlarının sanayileşmesine ve bu sanayiye yönelik teknolojinin de ilerlemesine yol açmıştır. Tıbbi cihazların en fazla gelişen alanlarından biri olan tıbbi görüntüleme teknolojisi 1895’de Wilhelm Conrad Röntgen’in ilk X-ışın tüpünü bulması ile başlamış, bu buluş aynı zamanda tıp tarihinde yeni bir dönemin başlangıcı olmuştur (Kiper 2013).

1970’li yıllarda görüntüleme ve tarama cihazlarında önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu kapsamda, 1970’de İngiliz elektrik mühendisi Godfrey Hounsfield ve Güney Afrika doğumlu fizikçi Allen Cormack ilk bilgisayarlı tomografi cihazını geliştirmişler, 1977’de ABD’li fizyolog Raymond Damadian ise ilk kez tüm vücudu tarayabilen Manyetik Rezonans (MR) cihazını geliştirmiştir (Kiper 2013). 20.yy’da yaşanan bu gelişme, sağlık hizmetleri sektörü için dönüm noktası olmuştur.

1980’lerde daha çok hasta üzerine odaklanılmış, teşhis ve tedavide gelişmeye yardımcı klinik sistemler geliştirilmiştir. Bu eğilim, 1990’ların sonlarına kadar devam etmiştir (Bolsin, Colson 2010). Yine bu süre içinde dijital teknolojiler ağırlıklı olarak kendini göstermiştir. Bilgisayarlar ortak kullanım alanlarına taşınmış, geniş miktarda veri ve görüntü kayıtları hekimler ve diğer sağlık personeli arasında e-teknolojiler aracılığıyla paylaşılmaya başlamıştır (Tan ve diğerleri 2005).

Sağlık sektöründe kullanılan teknolojinin çeşitliliği ve kapsamı düşünüldüğünde, sağlık teknolojileri bir taraftan hizmeti üreten ve sunan sağlık kuruluşları için rekabet avantajı yaratırken öte taraftan, bu kuruluşları maliyet, etkililik, verimlilik gibi kavramlarla karşı karşıya bırakmaktadır. Örgütün teknolojiye yaptığı yatırım, örgüt için arzulan bir değere ulaşmasına yardımcı olabilmelidir. Bu değer örgütün stratejik amaçlarını devam ettirebilmesi, öz yeteneklerini ve performansını geliştirebilmesi ya da karar vermede iyileşme ile sağlanabilir. Bu değeri yaratmak için seçilecek teknolojinin tüm stratejilerle, yasal düzenlemelerle, birleşik bilgi sistemleri seçimi ile yatırım yaklaşımları ve etkili örgütsel değişim ile uyumlu olması gerekmektedir. Arzulanan değeri elde etmede gösterilen

başarısızlık, örgütün önemli problemlerle karşı karşıya kalmasına yol açar ve örgütsel süreçler zarar görür (Wager et al. 2009).

Tıpta yapılan hatalar sadece, insan hayatını, hataya maruz kalan hastalar ile yakınlarını ve çevresini ilgilendirmeyip, aynı zamanda gelişen dünyada sağlık sistemlerinin maruz kaldığı finansal yükü de ifade eden bir kavramdır. Sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili verilere göre yalnızca klinik bilgileri toplamak ve paylaşmak için kullanılan geniş bilgisayar ve bilgi teknolojileri sistemlerine yapılan yatırımın Amerika’da, 2000 yılında 17 ile 29 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir. Aynı zaman içinde, bu teknolojiler sayesinde birçok ölüm vakasının da engellendiği düşünülmektedir (Bolsin, Colson 2010).

Sağlık teknolojisinin yaratacağı değer, hasta perspektifi, toplum perspektifi ya da sosyal perspektif, sağlık sistemi ve endüstri perspektifi olarak farklı paydaşlar açısından ele alınabilmektedir. Örneğin, hasta açısından; hayatta kalma ya da tanının etkililiği, belirti/acıyı azaltma, fonksiyonelliği artırma, istenmeyen etkilerin, yanlış uygulamaların azaltılması ya da fayda-risk oranının yükseltilmesi gibi değer elementleri ile ölçülebilir. Klinik çıktılar, yaşam kalitesi, fonksiyonellik, kaliteye ayarlanmış yaşam yılı (Quality-Adjusted Life Years–QALY*), engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı (Disability-Adjusted Life Years–DALY†) vb. ölçütler de sağlık çıktılarının ölçütü olabilir (Henshall, Schuller 2013a). Bunun yansırı, maliyet etkililik ya da maliyet fayda gibi ekonomik analiz tekniklerini içeren niceleyici yaklaşımlar ile teknolojinin kullanım kolaylığı, sosyal etkileri, yasal kabul edilebilirlik ve etik gibi ölçütleri içeren grup görüşmeleri, anket, gözlem vb. niteleyici yaklaşımlar da kullanılabilir (Henshall, Schuller 2013b).

Dünya’daki genel duruma bakıldığında, yeni teknolojiler sayesinde teşhis ve tedavi süreleri azalırken, bu yeni teknolojiler diğer yandan da sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Manyetik rezonans, tomografi cihazı gibi pahalı teknolojik ekipmanların sayısının son yirmi yılda çoğu OECD ülkesinde hızla arttığı görülmektedir. OECD ülkeleri arasında, 1milyon kişiye düşen manyetik rezonans ve tomografi tarayıcı sayısı en fazla olan ülke Japonya (1 milyon kişiye ortalama 46,9 manyetik rezonans cihazı ve ortalama 101,3 tomografi cihazı düşmektedir.) iken, Türkiye OECD ortalamasının altında (1 milyon kişiye ortalama 9,7 manyetik rezonans cihazı ve 13,8 tomografi cihazı düşmektedir) yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Ülkemizde, tıbbi cihazların yoğunluğu ile ilgili çeşitli tartışmalar gündeme gelmiştir. Tıbbi cihazların ya da genel bir ifade ile klinik teknolojilerin, bölgesel, kentsel ya da hastane bazlı sayısal dağılımında bir homojenlik söz konusu değildir. Mertler ve diğerleri (2015) tarafından Türkiye’de tıbbi cihazların sayısal durumu üzerine yapılan araştırmada, yataklı tedavi kurumlarında 1.000.000 kişiye düşen manyetik rezonans cihazı sayısında, Ege Bölgesi birinci sırada, İstanbul ikinci sırada, Batı Anadolu Bölgesi üçüncü sırada, Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nin ise son sırada yer aldığı görülmüştür. Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu Bölgeleri’nde 1.000.000 kişiye düşen manyetik rezonans cihazı sayısı en fazla Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelere aittir. Diğer bölgelerde ise 1.000.000 kişiye düşen manyetik rezonans cihazı sayısı en fazla özel

* QALY her bir yıla denk gelen yararlanım (util) ile sağ kalınan yılların çarpımının toplamıyla elde edilen bir değeri ifade etmektedir. Sağ kalınan yıldaki yararlanım; yani sağlıklı olma hali mükemmel olarak ifade edilmişse ‘1’ tam puan değeri alınırken, en kötü sağlık durumu ise ölümü ifade eden ‘0’ değerini almaktadır. Dolayısıyla ‘0’ ile ‘1’ arasındaki herhangi bir değer bireyin o yıl için QALY olarak ölçülmüş yararlanım düzeyi olarak belirtilir (Arı 2017).

† DALY, kavramsal olarak QALY’ye benzemekle birlikte önemli farklılıklar da içermektedir. İki ölçü arasındaki en önemli benzerlik yaşam kalitesinin ve yaşam süresinin birlikte değerlendirilmesi iken, en önemli farklılık DALY’nin sağlık yerine hastalığı ölçmesidir. Sonuç ölçütünün DALY olması durumunda ideal sağlık yani hastalığın veya sakatlığın olmaması 0, ölüm ise 1 ile ifade edilmektedir (Balçık ve Şahin, 2013).

sektördedir (Mertler ve diğerleri 2015). Dolayısıyla klinik cihazların dağılımında ve klinik cihaz sayıları üzerinde hastane statüsü ya da coğrafi bölge gibi birtakım etmenlerin etkili olduğu söylenebilir.

Uygun teknolojinin seçimini ve bu teknolojilerin sağlık kurumlarında kullanılmasını ve devamlılığın etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler bazen teknolojiye adaptasyonu kolaylaştırırken, bazen de teknoloji adaptasyonuna engel oluştururlar. Teknolojinin seçimi ve kullanımı aşamasında doğrudan ya da dolaylı etki oluşturabilecek bu faktörler; insan, çevre, örgütsel özellikler, ürün ya da hizmetin özellikleri, yönetim, liderlik, teknolojinin ya da yatırımın özellikleri, yasal düzenlemeler başlıkları altında toplanabilir. Teknolojik yatırım kararları, klinik hizmet sağlayıcılarını, hastane işletmelerini, hastayı, sosyal güvenlik kuruluşlarını, devlet politikalarını, ayrıca Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşları ilgilendiren kapsamlı kararlardır. Bu kararlarda rol oynayan değişkenlerin tanımlanması, doğru teknolojinin seçimi, teknolojinin kullanımı ve teknolojinin sürdürülebilirliği için önemlidir.

Kullanılan klinik teknolojinin yaratacağı sonuçların, bu denli çeşitli ve kapsamlı oluşturma sağlık kurum ve kuruluşlarının teknolojiye yapacakları yatırımlarda akılcı seçim, tasarım ve uygulamayı gerektirmektedir. Teknolojinin doğru seçimi, yerinde, doğru ve zamanında kullanılması, örgütsel süreç ve stratejilere uygunluğu, çalışanlar tarafından kabul edilmesi ve değerlendirilmesi son derece önemlidir. Yanlış seçilmiş, atıl kalmış ya da kalibrasyonu yapılmamış veya yanlış çıktılar veren teknoloji hasta, çalışan, kurum ve ülke ekonomisi için birçok yükü beraberinde getirecektir.

Hastanelerde kullanılan klinik ya da sağlık teknolojileri ile örgütsel performans veya örgütsel yapı arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma vardır. Bu araştırmaların ortak yönü teknolojinin bağımsız bir değişken olarak örgüt performansını ya da örgüt yapısını nasıl şekillendirdiğine yöneliktir. Örgütlerin kullandıkları teknolojinin örgüt yapılarını nasıl etkilediğini ve teknolojinin değişen düzeyleri için ne tür örgüt yapı ve süreçlerinin kullanılmasının uygun olacağı, 1950'li yıllardan itibaren pek çok araştırmacının ilgi odağı olmuştur. Konuyla ilgili ilk araştırmalar genel olarak, teknoloji, yapı ve performans arasındaki ilişkilerin daha iyi kavramlaştırılmasına yol açmıştır.

Sağlık teknolojileri ya da tıbbi teknoloji yatırım kararları politik, ekonomik, sosyo-kültürel, mali vb. birçok değişkenden etkilenebilen çok yönlü düşünmeyi gerektiren kararlardır. Ancak ülkemizde teknoloji seviyesini etkileyebilen bu etmenleri inceleyen herhangi bir bilimsel araştırmaya rastlanmamıştır. Teknolojinin çıktılarını, işletmelere olan etkisini, kurumsal performans ve verimlilik ile arasındaki ilişkiyi değerlendirmeye yönelik uluslararası alan dizinde çalışmalar bulunmakta, ancak bu araştırma kapsamında ele alınan teknoloji düzeyini etkileyen faktörleri tespit etmeye yönelik çalışma bulunmamaktadır. Özetle bu araştırmanın, amaç ve kavramsal çerçeve açısından özgün nitelik taşıdığı düşünülmektedir.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı faaliyet gösteren ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastanelerde idari ve mali hizmetler müdürü olarak görev yapan yöneticiler aracılığıyla, bu hastanelerde mevcut klinik teknoloji sayıları ortaya konmaya çalışılmış ve kullanılan klinik teknoloji düzeyini etkileyebileceği düşünülen bağımsız değişkenler ile klinik teknoloji düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

2.2. Araştırma Yöntemi ve Değişkenleri

Kesitsel bir alan araştırması olarak planlanan ve yürütülen araştırmanın bağımlı değişkeni klinik teknoloji skorudur. Klinik teknoloji skoru, Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti vermekte olan hastanelerde kullanılmakta olan klinik cihaz sayıları ortalamasıdır. Bu cihaz sayıları hastane yöneticilerine gönderilen anket formları aracılığıyla tespit edilmiştir.

Bağımsız değişken olarak seçilen faktörler hastane bilgi teknolojileri üzerine yapılan benzer çalışmalarda da kullanılmıştır. Ssewanyana ve Busler (2007) firma büyüklüğü gibi örgütsel faktörlerin bilgi teknolojileri kullanımını ve kabulünü etkilediğini, daha büyük firmaların uyum ve kullanım konusunda daha kabiliyetli olduğunu ifade etmişlerdir. Benzer şekilde başka bir çalışmada, örgütsel düzeyde teknoloji adaptasyonunda örgütün öncelikli stratejik seçeneklerinin, örgütün büyüklüğünün ve konumunun, bilgi güvenliğinin rolü olduğu belirtilmiştir (Spil et al. 2010).

Araştırmada bağımlı değişken (klinik teknoloji skoru) üzerinde etkisi olduğu düşünülen bağımsız değişkenler şunlardır;

- Ayaktan Hasta Sayısı (Diş ve Acil Poliklinikleri Dâhil)
- Yatan Hasta Sayısı
- Hastane Performans Puanı[‡]
- Hastanenin Hizmet Statüsü (Genel Hastane, Özel Dal, Sağlık Bakanlığı-Üniversite Ortak)
- Hastanenin Yer Aldığı Coğrafi Bölge
- Hastanenin Sahip Olduğu Kalite Sertifikasyonlarının Sayısı (ISO9001, ISO10002, ISO14001, ISO18001, ISO22000, ISO22310, ISO27001, JCI Akreditasyon, Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standardı)
- Toplam Yatak Sayısı (Yoğun Bakım Dâhil)

2.3. Evren

Bu araştırma kapsamında, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti vermekte olan hastanelerde idari ve mali hizmetler müdürü olarak görev yapan yöneticilerden, kendileriyle ve görev yaptıkları hastanelerle ilgili çeşitli bilgiler istenmiştir. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı ikinci ve üçüncü basamak hizmet veren hastanelerde idari ve mali hizmetler müdürü olarak görev yapan toplam 832 hastane yöneticisinden, örneklem çekilmeyip evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Ankette yer alan soruları eksiksiz yanıtlayan yöneticilerin sayısı toplam 390'dır (n=390). Hazırlanan web tabanlı anketler (Qualtrics Online Survey[§]) Sağlık Bakanlığı Kamu Hastane Genel Müdürlüğü'nün (77182748_774 sayılı) izni ile idari ve mali hizmetler müdürü olarak görev yapan yöneticilerin e-posta adreslerine gönderilmiş ve kendilerinden anketlerde yer alan soruları cevaplamaları istenmiştir. Ankette yer alan soruları eksiksiz yanıtlayan yöneticilerin sayısı 390'dır (cevaplama oranı, %56) ve bu sayı 0,05 örneklem hatası ve %95 güven seviyesi ile yeterli örneklem büyüklüğünü karşılamaktadır.

[‡] Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından sağlık tesisleri için her yıl: tıbbi kriterler, idari kriterler, mali kriterler, kalite, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyeti kriterleri, eğitim kriterleri, izlem ve veri doğrulama, kanıta dayalı gözlemsel değerlendirme ve genel değerlendirme kriterleri olmak üzere altı kriter grubu içerisinde yer alan karne göstergeleri esas alınarak hesaplanan ve 1.000 puan üzerinden değerlendirilerek elde edilen sonuçların aritmetik ortalamasıdır.

[§] Qualtrics Online Survey: Akademisyen ve öğrencilere yönelik çevrimiçi veri sağlamak üzere "Qualtrics" tarafından geliştirilmiş yazılım ürünleri.

2.4. Veri

Araştırma verilerinin toplanmasına yönelik, yöneticilere gönderilen soru formunun birinci bölümünde yöneticilere ve hastanelere yönelik tanımlayıcı sorular (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ayaktan hasta sayısı, yatan hasta sayısı, hastanenin hizmet statüsü, hastanenin yer aldığı coğrafi bölge, sahip olduğu kalite sertifikasyonları, yatak sayısı) ve ikinci bölümünde klinik teknoloji skorunu belirlemeye yönelik hastane kliniklerinde kullanılan 55 tür teknolojik cihazın maddelendiği ve karşılıklarına yöneticilerden sayı belirtmelerinin istendiği liste yer almaktadır. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nden alınan hastane performans puanları ise Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Verimlilik ve Kalite Yönetimi Daire Başkanlığı'nın 6 Boyutta Veri Etiketleme Yöntemi kullanılarak 25 hizmet sınıfı üzerinde yaptığı sağlık tesisi karne puanlarıdır.

2.5. Analiz

Veriler SPSS paket programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında, bilgilerine başvuru alan, idari ve mali hizmetler müdürü olarak görev yapan hastane yöneticilerinin çalıştıkları kurumlara ait özellikleri tanımlamak amacıyla frekans ve yüzde dağılımlarından yararlanılmıştır.

Bağımsız değişkenler ile klinik teknoloji arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla çok değişkenli regresyon analizi kullanılmıştır. Regresyon analizi ile bağımlı değişken üzerinde etkisi olduğu düşünülen bağımsız değişkenlerin, gözlenen değişimin ne kadarını açıkladığı belirlenmek istenmiştir. Klinik teknoloji skorundaki değişimi tek bir değişken ile açıklamak mümkün değildir. Bunun sonucu olarak, hastanelere ait bazı özelliklerin bu değişimde rolü olduğu düşünülerek çok sayıda bağımsız değişken ve tek bağımlı değişkenden oluşan regresyon modeli kullanılmıştır. Ölçüm yapılan bağımsız değişkenlerle bağımlı değişken arasındaki ilişkiyi açıklamak için değişkenlerin regresyon modeline eklenerek modele katkısının anlaşılmasını esas alan "Stepwise" ya da değişken ekleme ve eleme metodu kullanılmıştır. Bu sayede klinik teknoloji skorundaki değişikliğin en az sayıda ve en iyi hangi değişkenlerle açıklanabildiği görülmeye çalışılmıştır. Veri setinin regresyon analizine uygunluğu denetlenmiş, kategorik değişkenleri modele dâhil edebilmek için n-1 sayıda kukla (dummy) değişken kullanılmıştır.

III. BULGULAR

Tablo 1'de görüldüğü üzere araştırma sorularını yanıtlayan hastane yöneticilerinin çoğu 50-59 yaş arasında (%49) ve erkektir (%53,8). %68,2'si lisans mezunu olup hastane yöneticilerinin tamamı idari ve mali işler müdürü olarak görev yapmaktadır.

Tablo 1. Hastane Yöneticilerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

Yaş	f	%
30-39	76	19,5
40-49	123	31,5
50-59	191	49
Cinsiyet		
Kadın	180	46,2
Erkek	210	53,8
Eğitim		
Lisans	266	68,2
Lisans Üstü	124	31,8
İdari Görev		
İdari ve Mali İşler Müdürü	390	100
Toplam	390	100

Araştırma kapsamındaki hastanelerin büyük çoğunluğunu (%79) genel hastaneler oluşturmaktadır (Tablo 2). İkinci sırada ise özel dal hastaneleri (%18) yer almaktadır. Araştırmaya dâhil olan hastanelerin çoğunluğu İç Anadolu (%23) ve Marmara (%19) bölgelerinde yer almaktadır.

Tablo 3'te hastanelerin sunduğu hizmetler ile hastanelere ait göstergelere yönelik istatistiksel bulgular verilmektedir. Hastanelerin ortalama klinik teknoloji skoru 0,8'dir. Hastanelerin sahip olduğu kalite belgeleri ve sertifikasyon sayılarının ortalaması ise 1,4'tür. Ortalama ayaktan hasta sayısı 535.934 ve yatan hasta sayısı ise 14.600'dür.

Tablo 2. Araştırmaya Dâhil Olan Hastane Yöneticilerinin Çalıştığı Hastanelere Ait Tanımlayıcı Özellikler

Hastanenin Statüsü	f	%
Genel Hastane	307	78,7
Sağlık Bakanlığı-Üniversite Ortak Hastaneler	13	3,3
Özel Dal Hastaneler	70	17,9
Yer Aldığı Coğrafi Bölge		
İç Anadolu	89	22,9
Marmara	75	19,2
Güneydoğu	60	15,4
Ege	54	13,8
Doğu Anadolu	41	10,5
Akdeniz	36	9,2
Karadeniz	35	9,1
<i>Toplam</i>	<i>390</i>	<i>100</i>

Tablo 3. Araştırmaya Dâhil Olan Hastane Yöneticilerinin Çalıştığı Hastanelere Ait Tanımlayıcı Özellikler

Göstergeler	n	Min	Max	Ort.	S.s.
Klinik Teknoloji Skoru*	390	0	3,8	0,8	0,8
Hastane Kalite Sertifikasyonlarının Sayısı**	390	1	8	1,4	1
Hastane Performans Puanı	390	521,9	962,2	814,6	76,7
Ayaktan Hasta Sayısı (Diş ve Acil Dâhil)	390	23.105	3.221.968	535.934	522.351,7
Yatan Hasta Sayısı	390	0	95.548	14.599,9	812,8

* Klinik Teknoloji Skoru, her bir hastanenin sahip olduğu temel 55 tür klinik cihaz sayısının (MR, BT, FACO, ERCP, Tiroit Uptake Cihazı vb.) ortalamasıdır.

**Hastane Kalite Sertifikasyonlarının Sayısı, her bir hastanenin sahip olduğu kalite belgelerinin (ISO9001, ISO10002, ISO14001, ISO18001, ISO22000, ISO22310, ISO27001, JCI Akreditasyon, Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standardı) toplam sayısını göstermektedir.

Bağımsız değişkenler ile klinik teknoloji (bağımlı değişken) arasındaki ilişkiyi test etmek için yapılan çok değişkenli, aşamalı (stepwise) doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 4’te verilmiştir. Regresyon modeline göre ayaktan hasta sayısı (diş ve acil dâhil), yatan hasta sayısı, hastane performans puanı ve hastanenin statüsü ile klinik teknoloji skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Modelin klinik teknoloji toplam skorundaki varyansı açıklama yüzdesi (R^2) %83’dür. Durbin Watson (DW) katsayısına ve varyans şişme faktörüne bakıldığında (Varyans Artış Faktörü<10) tahmin değişkenleri arasında çoklu bağlantı problemi olmadığı görülmüştür.

Tablo 4. Hasta Sayısı, Hastane Hizmet Statüsü ve Performans Puanının Klinik Teknoloji Düzeyine Etkisi

	B	Std. Hata	β	t	p	Varyans Artış Faktörü
(Sabit)	0,55	0,17		3,28	0,00	
Hasta Sayısı						
Yatan Hasta Sayısı	0,00	0,00	0,47	10,19	0,00	4,99
Ayaktan Hasta Sayısı (Diş ve Acil Dâhil)	0,00	0,00	0,46	10,09	0,00	4,98
Hastane Hizmet Statüsü						
Özel Dal Hastanesi	0,29	0,09	0,07	3,33	0,00	1,05
Genel Hastane	Referans					
Hastane Performans Puanı	0,00	0,00	-0,06	-2,70	0,01	1,03

(R:0,916; R^2 :0,839; Düz. R^2 :0,837; F:501,571; p:0,000; DW:1,401.

Bağımlı Değişken: Klinik Teknoloji Skoru)

Modelde, yatan hasta sayısı ($\beta=0,47$; $p<0,05$), ayaktan hasta sayısı ($\beta=0,46$; $p<0,05$) ve genel hastaneler referans alındığında özel dal hastanesi statüsünde bulunmak ($\beta=0,07$; $p<0,05$) hastanede kullanılan klinik teknoloji skorundaki değişimi pozitif etkilemektedir. Hastane performans puanı (kurum birlik puanı) ise ($\beta=-0,06$; $p<0,05$) bağımlı değişken olan klinik teknoloji skorundaki değişimi negatif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı şekilde etkilemektedir. Araştırmaya dâhil edilen diğer bağımsız değişkenlerden coğrafi bölge ve kalite sertifikasyonlarının sayısı hiçbir modelde anlamlı bulunmamıştır.

IV. SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu araştırma kapsamında, kamu hastanelerinde kullanılan klinik teknoloji düzeyine etkisi olduğu düşünülen bağımsız değişkenler ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kamu hastanelerinde kullanılan klinik teknoloji düzeyi arasındaki ilişki çok değişkenli aşamalı regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre ayaktan hasta sayısı (dış ve acil dâhil), yatan hasta sayısı, hastane performans puanı ve hastanenin statüsü ile klinik teknoloji düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Yatan hasta sayısı ve ayaktan hasta sayısı sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili temel ölçütlerdendir. Sunulan hizmetin yoğunluğu ve niteliği ile doğru orantılı olarak teknolojiye duyulan gereksinim artabilmektedir. Bu teknolojiler internet, intranet, bilgisayar donanımları vb. bilgi teknolojileri olabileceği gibi, manyetik rezonans, röntgen, ventilatör, ürodinami, spirometre vb. klinik teknolojiler de olabilmektedir. Araştırma sonuçları kapsamında hasta sayısı arttıkça bu cihazlar da sayıca artış göstermektedir. Araştırma sonuçlarına göre hasta sayısı, özel dal hastanesi olma ve hastane birlik puanı değişkenleri, klinik teknoloji düzeyindeki ya da sayısındaki değişimin toplam %83'ünü açıklamaktadır.

Modern yönetim teorilerinden sıklıkla kullanılan yapısal durumsallık (structural contingency) yaklaşımını esas alan araştırmalarda bir örgütün yapısal özelliklerinin örgütsel etkililikle ilişkili olduğundan söz edilmektedir. Bir başka ifadeyle her durumda aynı etkililiğin ortaya konulamayacağıdır. Teoriye göre örgütün etkililiği örgütün yapısına, teknolojiye ve diğer çevresel koşullara bağlıdır. Örgütün etkililiği ile teknoloji arasındaki etkileşim iki yönlüdür. Kullanılan teknoloji örgütün etkililiğini biçimlendirirken, hastanelere ait bir takım özellikler de teknoloji seçimini, kullanımı ve değerlendirmesini etkiler. Hastanelerde sunulmakta olan hizmetin emek yoğun olduğu dikkat çekse de günümüzde teşhis, tedavi, koruyucu sağlık hizmetleri gibi çoğu hizmet türünde teknoloji hizmetin ayrılmaz parçası olmuştur. Dolayısıyla kullanılan klinik teknolojinin doğru, yerinde, zamanında ve verimli kullanılması tanı ve tedavinin başarısına doğrudan ya da dolaylı katkıda bulunur.

Chaudoir ve diğerleri tarafından (2013) sağlık teknoloji yatırımlarını etkileyen faktörleri değerlendirmek üzere yapılan benzer bir çalışmada, teknolojik yatırımları etkileyen faktörler örgüt, tedarikçi, yapı, hasta ve teknoloji seviyelerinde incelenmiştir. Bu faktörlerin teknoloji çıktıları (adaptasyon, uygunluk, yeniliğin maliyeti, etki, sürdürülebilirlik) üzerinde etkili olduğu görülmüştür.

Çalışma kapsamında anlamlı çıkan bir diğer değişken hastanenin hizmet statüsüdür. Özel dal hastanelerinde klinik teknolojilerin daha yoğun kullanıldığı göze çarpmaktadır. Uzmanlaşma ve araştırma-egitim amacı ile hizmet veren özel dal hastanelerinde klinik teknolojilerin, özellikle ileri tanı ve tedavi araçlarının yoğun kullanılması beklenen bir sonuçtur. Genel hastaneler referans alındığında eğitim-araştırma hastaneleri, kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastaneleri ya da üniversite hastanelerinde klinik teknolojilerin daha yoğun kullanıldığı söylenebilir.

Araştırmada hastanenin birlik performans puanı klinik teknoloji skorunu negatif etkileyen diğer bir örgütsel faktör olarak bulunmuştur. Performans puanlarına bakıldığında puanların 521 ile 962 arasında değişmekte olduğu görülmektedir. Hastanelerin %50'sinin puanı 700 ile 800 arasındadır. Hastanenin kurumsal göstergeleri yükseldikçe, teknolojiye yönelik direnç gelişebileceği düşünülmüştür. Yeni teknolojilerin kullanımı ile tanı ve tedavi protokollerinin gelişebileceği, bu nedenle mevcut ve sınırlı sayıda teknoloji ile hizmet sunumuna devam etmek bir tercih olmaktadır. Birlik puanı 700'den yüksek olan hastanelerin statüsüne bakıldığında yalnızca 28'inin üniversite ve özel dal statüsünde olduğu, 167 hastanenin genel

hastane olduğu görülmektedir. Dolayısıyla klinik teknolojiye etkisi olduğu düşünülen performans puanı genel hastanelerle karşılaştırıldığında, teknolojinin yoğun kullanıldığı özel dal hastanelerinde daha yüksektir.

Sonuç olarak sağlık kurumlarının vazgeçilmez girdilerinden olan klinik teknoloji kullanımını etkileyen birçok değişken vardır. Bu değişkenler örgütsel, çevresel veya yasal olarak farklı boyutlarda incelenebilir. Bu çalışmada hastanelerde teşhis ve tedavi sürecinde kullanılan klinik teknolojiler ele alınarak, bu teknolojilerin hastanedeki sayısını etkilediği düşünülen değişkenler açıklanmaya çalışılmıştır. Hastanelerde kullanılan bu teknolojilerin seçimi, kullanılması, değerlendirilmesi belirsizlik ortamı içinde yürümektedir. Devlet, hastaneler, sigorta şirketleri, hekimler, hastalar vb. ayrı amaçlara sahiptir. İçsel ve dışsal bu belirsizlikler klinik teknolojilerin seçimi ve sonuçlarının çoklu boyutta değerlendirilmesini gerektirir (Ivlev et al. 2015). Politika belirleyicilere, hastane yöneticilerine ve diğer karar vericilere öneride bulunması açısından, klinik teknoloji seçimi ve kullanımını etkileyen faktörleri farklı bakış açılarıyla ele alan araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Arı H. (2017) Sağlık Ekonomisinde Ekonomik Değerlendirme Teknikleri. **Sağlık Yönetimi Dergisi** 1(2): 25-31.
2. Balçık P. Y. ve Şahin B. (2013) Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Analizi ve Karar Analizi. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 16(2): 121-134.
3. Bolsin S. and Colson M. (2010) ‘IT Benefits in Healthcare Performance and Safety’. Health Information Systems: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications” In Joel J. P. C. Rodrigues. (ed.) **Medical Information Science Reference**, pp: 71-88.Idea Group Inc, Hershey.
4. Chaudoir S. R., Dugan A. G. and Barr C. H. (2013) Measuring Factors Affecting Implementation Of Health Innovations: A Systematic Review Of Structural, Organizational, Provider, Patient, And Innovation Level Measures. **Implementation Science** 8(1): 22.
5. Henshall C. and Schuller T. (2013a) Health Technology Assessment, Value-Based Decision Making, and Innovation. **International Journal of Technology Assessment in Health Care** 29(3): 353–359.
6. Henshall C. and Schuller T. (2013b) “HTA and Value: Assessing Value, Making Value-Based Decisions, and Sustaining Innovation”. **HTAi Policy Forum Meeting**, Barcelona.
7. Ivlev I., Vacek J. and Kneppo P. (2015) Multi-Criteria Decision Analysis For Supporting The Selection Of Medical Devices Under Uncertainty. **European Journal of Operational Research** 247(1): 216-228.
8. Kiper M. (2013) **Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Cihaz Sektörü ve Strateji Önerisi**. Türkiye Teknoloji Geliştirme Vakfı Yayınları, Ankara.
9. Mertler A. A., Karadoğan N. ve Tatarhan G. (2015) Türkiye’de Tıbbi Cihazların Sayısal Durumu Ve OECD Ülkeleri İle Karşılaştırmaları. **Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi** 1(1): 52-70.

10. Spil T. A., LeRouge C., Trimmer K. and Wiggins C. (2010) "IT Adoption and Evaluation in Healthcare: Evolutions and Insights in Theory, Methodology, and Practice". In Rodrigues J. (Ed.). **Health Information Systems: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications**, pp: 89-116. IGI Global, Hershey.
11. Ssewanyana J. and Busler M.(2007) Adoption and Usage of ICT in Developing Countries: Case of Ugandan Firms. **International Journal of Education and Development using Information and Communication Technology (IJEDICT)** 3(3): 49–59.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı (2014) **Sağlık İstatistikleri Yıllığı**. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
13. Tan J., Kifle M., Mbarika V. and Okoli C. (2005) "Diffusion Of E-Medicine'. E-Health Care Information Systems". In Tan J. (ed.) **E-Health Care Information Systems: An Introduction for Students and Professionals**, pp: 231-269. Jossey Boss Publishing, San Francisco.
14. Wager K. A., Lee F. W. and Glaser J. P. (2009) **Health Care Information Systems: A Practical Approach For Health Care Management**. John Wiley & Sons, San Francisco.

Üniversite Hastanesi mi; Bölge Ruh Sağlığı Hastanesi mi? Ayaktan Başvuran Psikiyatri Hastalarını Hangisi Daha Fazla Memnun Ediyor?

Şeref Can GÜLER*
Sertaç AK**
Ebru TURGUT***
Yunus Emre SÖNMEZ****

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, ülkemizde ayaktan psikiyatri hizmeti sunan iki önemli merkez türünde, hastaların memnuniyet düzeylerini belirlemek, bu verileri karşılaştırmak, memnuniyetin belirleyicilerini saptayıp merkezler arasında bu açıdan fark olup olmadığını göstermektir. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne ve Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (RSHH) Polikliniği'ne ayaktan başvuran hastalar, geliş sırasına göre 2016 yılı Ekim-Kasım ayları arasında çalışmaya alınmıştır. Onam verenler hastalara Sosyo-demografik formun yanında, geçerlik ve güvenilirlik çalışması tarafımızdan daha önce yapılmış olan Charleston Psikiyatriye Ayaktan Başvuran Hastalarda Memnuniyet Anketi uygulanmıştır. Çalışma öncesinde Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Çalışmaya Adana Dr. Ekrem Tok RSHH'den 103, Hacettepe Üniversitesi'nden ise 202 hasta katılmıştır. İki merkezin hastalarının verileri karşılaştırıldığında hastaların cinsiyet dağılımlarının benzer olduğu, eğitim düzeyleri, toplam hastalık süreleri, ailede ruhsal hastalık yükleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Memnuniyet anketinden alınan puanlar karşılaştırıldığında Hacettepe Üniversitesi'ne başvuranların ortalamaları 45,5 (ss=9,1); Adana Dr. Ekrem Tok RSHH'ne başvuranların ise 52,1 (ss=10,8) olduğu hesaplanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. 305 hastanın tümü alındığında lineer regresyon analizinde memnuniyet düzeyinin anlamlı bir yordayıcısı saptanamazken; merkezlere göre ayrıldığında yalnızca Hacettepe Üniversitesi'ne başvuran hastalarda ailede hastalık yükü artışının memnuniyet düzeyi artışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Çok sayıda değişken açısından birbirine benzeyen iki grupta yapılan bu çalışmada, bir üniversite hastanesinden memnuniyet düzeyinin düşük olması, memnuniyet düzeyi ile ilgili araştırmalarda hastaların beklenti düzeylerinin de nesnel araçlar ile belirlenmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ailede hastalık yükü arttıkça memnuniyetin artması sonucundan yola çıkarak ruh sağlığı hizmetleri ile daha önce başka bir yakını vasıtasıyla tanışmış bireylerin daha fazla ayırt edici oldukları iddia edilebilir.

Anahtar kelimler: Charleston, Memnuniyet, Üniversite, Ruh Sağlığı Hastanesi

* Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D., scangurel@gmail.com

** Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D., sertac@hacettepe.edu.tr

*** Arş. Gör. Dr. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D., ebrutrgt@outlook.com

**** Uzm. Dr. Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, yunusemresonmez@yahoo.co.uk

University Hospital or Regional Mental Health Hospital? Which of Them More Satisfied Psychiatric Outpatients?

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the satisfaction levels of patients, to identify the determinants of satisfaction and to see whether there is any difference between two important centers providing outpatients psychiatric services in our country. Patients who applied to Hacettepe University Adult Hospital Psychiatry Polyclinic and Adana Dr. Ekrem Tok Mental Health Hospital (MHH) Polyclinic as an outpatient were taken to study between October and November of 2016 according to the order of arrival. Charleston psychiatric outpatient satisfaction scale and socio-demographic form were administered to patients who had previously given consent. Permission was obtained from Hacettepe University Ethics Committee for Non-Interventional Clinical Investigations at the beginning of the study. 103 patients from Adana MHH and 202 patients from Hacettepe University participated. When the data of the two centers were compared, it was found that there was no statistically significant difference between the gender distributions of the patients, education levels, total illnesses duration, and family burden of the mental illnesses. When the scores obtained from the Satisfaction Survey are compared, the averages of the applicants to Hacettepe University are 45.5 (ss = 9.1); Adana MHH was 52.1 (ss = 10.8) and this difference was statistically significant. While no significant predictor of satisfaction in linear regression analysis was found when all 305 patients were pooled; it was determined that only the patients who applied to Hacettepe University were related to the increased level of satisfaction of the disease burden in the family. In this study, which is composed of two similar groups in terms of a large number of variables, the low level of satisfaction from a university hospital indicates that the expectations level of the patients should be determined with objective tools in researches related to satisfaction level. It can be argued that individuals who have previously met through mental health services with another relatives are more discriminatory because of increased satisfaction as the burden of disease increases in the family.

Key words: Charleston, Satisfaction, University, Mental Health Hospital

I. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan sağlık tanımına göre “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönden tam iyilik halidir”. Burada birbirleri ile doğrudan ilişkili beden, ruh sağlığı ve sosyal iyilik hali kategorilerine vurgu yapılmaktadır. Bu kategorilerden “ruh sağlığı” alanında bin yılı aşkın zamandır bir hizmet sunumunun yapıldığını bilmekteyiz. Halihazırda ülkemizde ruh sağlığı hizmetleri çok sayıda kurum tarafından sunulmaktadır. Son zamanlarda, sağlık merkezlerinde sunulan hizmetlerin değerlendirilmesinde, başvuranların algılarına dayalı ölçümler giderek değer kazanmaya başlamıştır. Sunulan sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanması, kurumların karşıladıkları talep doğrultusunda büyüebilmesi için başvuranlarda yüksek düzeyde memnuniyetin elde edilmesi amaçlanmaktadır. Bu alanda sık kullanılan değişkenler arasında en başlarda yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti ölçütleri gelmektedir. Genel görüş, bu ölçütleri hedefleyen araçlar ile elde edilen bilgilerin, verilen sağlık hizmetleri ile ilgili geçerli ve güvenilir bir değerlendirme sunduğu yönündedir (Rubin 1990; Aharony, Strasser 1993). Sağlık kurumu yöneticileri, hasta memnuniyetini, kurumlarının sürdürülebilirliğinin ve büyümesinin temel aracı olduğunu düşünmektedirler (Wolinski, Kurz 1984).

Verilen sağlık hizmetleri ile ilgili başvuranların memnuniyet düzeyi düştükçe, hekim önerilerine daha az uyulduğu çeşitli araştırmalarda ortaya konulmuştur (Ellwood, Paul 1986; Franciosi et al. 2004). Bunun yanında, memnun olanların tıbbi önerilere daha fazla uydukları ve daha az sağlık kurumu değiştirdikleri gözlenmiştir (Tüzün ve diğerleri 2009; Hardy et al. 1996; Taylor 1995). Hasta memnuniyeti ölçütlerinin genellikle hastanelerin tüm birimlerinde kullanılmak üzere geliştirilirken son zamanlarda belirli hasta gruplarına ve hizmet verilen

bölüme yönelik özel hasta memnuniyeti ölçütlerinin de geliştirildiği görülmektedir (Loblaw et al. 1999; Woodring et al. 2004).

Ruh sağlığı hizmetleri ülkemizde, ikinci basamak devlet hastaneleri, bölge ruh sağlığı hastaneleri, üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri aracılığı ile verilmektedir. Son dönemde rehabilitasyonu öne çıkaran toplum ruh sağlığı merkezleri gibi hizmet sunucuların ortaya çıkmasının oldukça yüz güldürücü sonuçlara yol açtığı gözlenmektedir.

İkinci basamak devlet hastanelerinde ruh sağlığı hizmetinin sunumunun kişilere bağlı biçimde oldukça farklılık gösterebilmesi, üçüncü basamak eğitim ve araştırma dal hastanelerinin ise imkânsızlıklar nedeniyle bölge ruh sağlığı hastanelerine benzer hizmet vermek zorunda kalma olasılığı gibi nedenler ile çalışmamızda bir üniversite hastanesi ruh sağlığı ve hastalıkları kliniği ile bir bölge ruh sağlığı hastanesinin sunduğu hizmetten memnuniyeti, bunu etkileyecek değişkenleri de kontrol ederek, karşılaştırmayı uygun bulduk.

Bu çalışmadaki amacımız, farklı hizmet sunucularına ayaktan başvuran hastaların memnuniyet düzeylerini ölçmek, iki hizmet sunucusunun verdikleri hizmet kaliteleri hakkında hasta memnuniyeti üzerinden fikir sahibi olmak, hizmetten memnuniyetinin belirleyicilerini saptamak ve bu belirleyicilerin her iki merkezde farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymaktır.

Bu çalışmanın etik açıdan uygunluğu Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

II. YÖNTEM

2.1. Gereçler

Demografik Bilgiler Anketi: Araştırmacılar tarafından oluşturulan bu araç ile katılımcıların, yaş, cinsiyet, medeni ve ekonomik durumu, eğitim düzeyi, meslekleri gibi sosyo-demografik bilgileri ile kendisi ve yakınlarındaki ruhsal bozukluklar, bunların süreleri, tanılarının nasıl konulduğu, kullanılan ilaçlar, genel sağlık ve psikiyatri ile ilişkili bilgileri edinme yolları saptanmıştır.

Charleston Psikiyatriye Ayaktan Başvuran Hastalarda Memnuniyet Anketi: Kendi özgün dilinde geçerli ve güvenilir olduğu daha önceden belirlenen ve özgün formunun dışında başka dillerde de ilgili çalışması yapılmış olan “Charleston Psychiatric Outpatient Satisfaction Scale” (CPOSS) başlıklı ölçüm aracını dilimiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması ekibimiz tarafından özel bir psikiyatri kliniğinden elde edilen bilgiler ışığında yapılmıştır ve anket Türkçe için geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Pellegrin et al. 2001; Elisha et al. 2012; Ak, Gürel 2017).

Anket likert tipi 15 sorudan oluşmaktadır. İlk 14 soru beşli likert tipi ölçek formuna uygun olup anketteki sorulara değışkine bağlı olarak 5: Mükemmel, 4: Çok iyi, 3: İyi, 2: Orta, 1: Kötü olarak kodlanmaktadır. 15. Soru ise “Bu merkezi bir arkadaşınıza ya da ailenizden birisine önerir misiniz?” olup cevapları 4: Kesinlikle Evet, 3: Muhtemelen Evet, 2: Muhtemelen Hayır, 1: Kesinlikle Hayır şeklinde yapılandırılmıştır.

Alınan toplam puan, sürekli bir değişken olarak memnuniyetin doğrusal bağlantılı bir göstergesi olarak kullanılabilir.

Şekil 1. Charleston Psikiyatriye Ayaktan Başvuran Hastalarda Memnuniyet Anketi

Charleston Psikiyatriye Ayaktan Başvuran Hastalarda Memnuniyet Anketi						
<i>Bizim ile ilgili görüşleriniz çok önemli. Her soruyu samimi düşünceleriniz doğrultusunda isminizi yazmadan yanıtlayınız. MÜKEMMEL- ÇOK İYİ – İYİ – ORTA – KÖTÜ seçeneklerinden bir tanesini işaretleyerek lütfen her bir ifadeyi derecelendiriniz. Eğer maddedeki ifade sizin başvurunuz için geçerli değil ise GEÇERLİ DEĞİL (G/D) seçeneğini tercih ediniz.</i>						
	MÜKEMMEL	ÇOK İYİ	İYİ	ORTA	KÖTÜ	BENİM İÇİN GEÇERLİ DEĞİL (G/D)
1.Sekreterin yardımseverliği	5	4	3	2	1	G/D
2.Ödemeler hakkında verilen bilgi	5	4	3	2	1	G/D
3.Muayene olmak için beklenen süre	5	4	3	2	1	G/D
4.Sorunuz hakkında size verilen bilginin düzeyi	5	4	3	2	1	G/D
5.Tedaviniz hakkında sizin görüşlerinizin de dikkate alınması	5	4	3	2	1	G/D
6.Bireysel ihtiyaçlarınız ile tedavi planının uyumu	5	4	3	2	1	G/D
7.Aldığınız hizmetin size faydası	5	4	3	2	1	G/D
8.Aldığınız hizmetin genel kalitesi	5	4	3	2	1	G/D
9.Bekleme odasının görünümü	5	4	3	2	1	G/D
10.Muayene odasının görünümü	5	4	3	2	1	G/D
11.Merkezin çalışma saatleri	5	4	3	2	1	G/D
12.Merkezin şehirdeki konumu	5	4	3	2	1	G/D
13.Araç park hizmeti	5	4	3	2	1	G/D
14.Kolay anlaşılır ve doğru fatura bilgisi	5	4	3	2	1	G/D

2.2. Uygulama

Bu çalışma kesitsel tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Psikiyatri A.D. polikliniğine ve Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (RSHH) polikliniğine ayaktan başvuran hastalar alınmıştır. Eş zamanlı olarak her iki merkezde, poliklinik başvuru sırasına göre 2016 yılı Ekim-Kasım ayları arasında çalışmaya davete onam veren ve formu okuyup, anlayıp cevaplayabilen hastalara Sosyo-demografik form, Charleston Psikiyatriye Ayaktan Başvuran Hastalarda Memnuniyet Anketi uygulanmıştır.

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu tarafından onaylanmış ve Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi yönetiminden gerekli resmi izin alınmıştır.

Çalışmanın istatistiksel analizi SPSS Version 22’de Lineer Lojistik Regresyon Analizi, Student T testi, Mann-Whitney U Testi Katsayısı kullanılarak yapılmıştır, korelasyon için ise rho Spearman katsayısı kullanılmıştır; $p < 0,05$ ise istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

III. BULGULAR

Çalışmaya Adana Dr. Ekrem Tok RSHH’den 103, Hacettepe Üniversitesi’nden ise 202 hasta katılmıştır. İki merkezin hastalarının verileri karşılaştırıldığında hastaların cinsiyet dağılımlarının benzer olduğu, eğitim düzeyleri, toplam hastalık süreleri, ailede ruhsal hastalık yükleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi'ne başvuran hastaların yaş ortalaması 37,2 (ss=14,5) Adana Dr. Ekrem Tok RSHH'ne başvuranların ise 33,5 (ss=11,7) saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Memnuniyet anketinden alınan puanlar karşılaştırıldığında Hacettepe Üniversitesi'ne başvuranların ortalamaları 45,5 (ss=9,1); Adana Dr. Ekrem Tok RSHH'ne başvuranların ise 52,1 (ss=10,8) olduğu hesaplanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 1. Sosyo-Demografik Değişkenler ve Memnuniyet Ortalamaları

	Merkez	n	Ortalama	Std Sapma	p
Charleston Toplam*	Üniversite	202	45,5	9,1	<0,001*
	RSHH	103	52,1	10,8	
Yaş*	Üniversite	202	37,2	14,5	0,02*
	RSHH	103	33,5	11,7	
Eğitim	Üniversite	202	3,9	1,00	0,19
	RSHH	103	3,7	1,01	
Ailede Ruhsal Hast.	Üniversite	202	0,40	0,44	0,73
	RSHH	103	0,42	0,45	
Kaç Aydır Rahatsız	Üniversite	202	87,6	79,4	0,82
	RSHH	103	73,0	50,0	
Çocuk Sayısı	Üniversite	202	1,9	0,44	0,93
	RSHH	103	1,9	0,58	

*p<0,05

Her iki merkezde uygulanan memnuniyet anketinde farkı oluşturan 3, 11, 13 ve 14. maddeler olmuştur. Bu maddelere göre RSHH'deki hastalar muayene için daha az beklemekten dolayı daha memnundurlar. Yine RSHH'ye başvuran hastalar merkezin çalışma saatinden ve kurumun park hizmetinden daha memnundurlar. 14. Maddede kolay ve anlaşılır fatura bilgisi sorgulanmıştır; özel hasta bakılmayan bir merkez olan RSHH ile karşılaştırma dikkate alınmamıştır. 14. Madde çıkarıldıktan sonra yapılan diğer analizler çıkarılmadan öncekiler ile herhangi bir farklılık göstermemiştir.

Tablo 2. Üniversite ve RSHH Arasında Farkı Oluşturan Maddeler

	Merkez	n	Ortalama	p
Charleston Toplam*	Üniversite	202	45,5	<0,001*
	RSHH	103	52,1	
Soru-3*	Üniversite	202	2,62	<0,001*
	RSHH	103	3,91	
Soru-11*	Üniversite	202	3,42	<0,001*
	RSHH	103	3,93	
Soru-13*	Üniversite	202	1,57	<0,001*
	RSHH	103	3,04	
Soru-14*	Üniversite	202	3,17	0,02*
	RSHH	103	3,56	

* p<0,05

305 hastanın tümü alındığında lineer regresyon analizinde memnuniyet düzeyinin anlamlı bir yordayıcısı saptanamazken; merkezlere göre ayrıldığında yalnızca Hacettepe Üniversitesi'ne başvuran hastalarda ailede hastalık yükü artışının memnuniyet düzeyi artışını yordadığı saptanmıştır.

Tablo 3. Merkezlerdeki Memnuniyetin Yordayıcıları

Merkez	Model	B	Std Hata	BETA	t	p
Hacettepe	Yaş	-0,039	0,053	-0,061	-0,738	0,462
	Eğitim	-0,687	0,758	-0,075	-0,906	0,366
	Ailede Ruhsal Hastalık *	-3,398	1,527	-0,177	-2,226	0,027
Adana	Yaş	0,033	0,097	0,037	0,335	0,738
	Eğitim	-1,068	1,139	-0,104	-0,938	0,351
	Ailede Ruhsal Hastalık	-0,278	2,280	-0,013	-0,122	0,903

Bağımlı Değişken: Charleston Toplam Puanı

*p<0,05

IV. TARTIŞMA

Saptanabildiği kadarı ile bu çalışma ülkemizde iki farklı ruh sağlığı hizmeti sunucusundan memnuniyetin karşılaştırıldığı ilk çalışmadır. Çalışmanın en önemli bulgusu RSHH'ye başvuran hastaların memnuniyet düzeyinin Üniversite hastanesine başvuran hastalarından daha yüksek saptanmasıdır. İki merkezin hastalarının verileri karşılaştırıldığında hastaların cinsiyet dağılımlarının benzer olması, eğitim düzeyleri, toplam hastalık süreleri, ailede ruhsal hastalık yükleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması bağımsız olarak memnuniyetin düzeyinin ya da içeriğinin karşılaştırma gücünü arttırmaktadır.

İki merkez arasında başvuran kişiler arasında yaş farkı ortaya çıkmıştır. Ruhsal rahatsızlıkların ortaya çıkış yaşlarının genellikle erken olduğu göz önüne alındığında bu yaş farkının ruhsal hastalık tanılarında ve bunların memnuniyete etkisi ile ilgili verilere etki etmeyeceğini düşünüyoruz. İki merkez arasındaki toplam hastalık süresinin ay cinsinden ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemesi de bu fikrimizi desteklemektedir.

2012'de David Elisa ve arkadaşlarının İsrail'de Charleston psikiyatrik memnuniyet ölçeği ile yaptıkları bir çalışmada tedavi süresi ile hastaların memnuniyeti arasında doğrusal bir ilişki olduğu gösterilmiştir.

Bizim çalışmamızda bu ilişki toplam grupta ters olarak bulunmuştur ($\rho=-0,203$). Bunun yanında merkezler ayrı olarak değerlendirildiğinde bu farkın Hacettepe örneklemini tarafından oluşturulduğu saptanmıştır [Hacettepe (ρ)= -0,247; Adana (ρ)= 0,010 ($p<0,05$)]. Bunun sebebi üniversite hastanesindeki kronik hastaların memnuniyetinin bu grupta daha güç sağlanması olduğu öne sürülebilir.

Her iki merkezde uygulanan memnuniyet anketinde farkı oluşturan 3, 11 ve 13 olmuştur. Bu maddelere göre RSHH'deki hastalar muayene için az beklemekten dolayı daha memnundurlar. Yine RSHH'ye başvuran hastalar merkezin çalışma saatinden ve kurumun park hizmetinden daha memnundurlar. Çok sayıda değişken açısından birbirine benzeyen iki grupta yapılan bu çalışmada bir üniversite hastanesinden memnuniyet düzeyinin düşük olması ve bu farkın lojistik bir takım gereksinimlerden etkilenmesi; bu gibi araştırmalarda hastaların beklenti düzeylerinin de nesnel araçlar ile belirlenmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Beklentilerin içerikleri belirlenmesi halinde bu yönde iyileştirmelerin önü açılacaktır.

Ailede ruhsal hastalık yükü arttıkça memnuniyetin azalması sonucundan yola çıkarak ruh sağlığı hizmetleri ile daha önce başka bir yakını vasıtasıyla tanışmış bireylerin daha fazla ayırt edici oldukları iddia edilebilir. Bu ayırt ediciliğin de üniversite hastanesinde bulunması beklenti düzeyleri ile ilgili saptamamızı doğrular nitelikte görünmektedir.

V. SONUÇ

Benzer çalışmaların çok sayıda merkezde ve çok daha fazla sayıda hasta ile yapılması; analizlere aile yakınlarının ya da bakım verenlerin de dâhil edilmesi durumunda verilerin değerlendirilmesi daha da güçlenecektir. Bu tür çalışmaların kurumların kendileri tarafından belli dönemlerde süreklilik arz eden bir biçimde yapılması durumunda, iyileştirme için oluşturulan değişikliklerin olumlu ya da olumsuz etkileri de saptanabilecektir. Bunun yanında çok sayıda merkezden alınan tüm verilerin bir havuz analizi ile (pooled analyses) gözden geçirilmesi ile ülkemizdeki ruh sağlığı hizmeti sunucularının hasta memnuniyetlerinin artırılması için gerekli geliştirme politikaları belirlenebilecektir.

KAYNAKLAR

1. Aharony L. and Strasser S. (1993) Patient Satisfaction: What We Know About And What We Still Need to Explore. **Medical Care Review** 50(1): 49-79.
2. Ak S. ve Gürel Ş.C. (2017) Charleston Psikiyatriye Ayaktan Başvuran Hastalarda Memnuniyet Anketinin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. **Fırat Tıp Dergisi** (Kabul Edilmiş Yayın).
3. Elisha D., Khawaled R., Radomislensky I. and Ponizovsky A. M. (2012) Validation of the Charleston Psychiatric Satisfaction Scale—Hebrew Version Adapted for Use in Israel. **Open Journal of Psychiatry** 2(2): 141-46.
4. Ellwood P.M. and Paul B. A. (1986) But What About Quality? **Health Affairs** 5(1): 135-140.
5. Franciosi M., Pellegrini F., De Berardis G., Belfiglio M., Di Nardo B., Greenfield S., ... and Nicolucci A. (2004) Correlates of Satisfaction for the Relationship with Their Physician in Type 2 Diabetic Patients. **Diabetes Res Clin Pract** 66(3): 277-286.
6. Hardy G.E., West M.A. and Hill F. (1996). Components and Predictors of Patient Satisfaction. **British Journal of Health Psychology** 1(1): 65-85.
7. Loblaw D.A., Bezjak A. and Bunston T. (1999) Development and Testing of a Visit-Specific Patient Satisfaction Questionnaire: The Princess Margaret Hospital Satisfaction with Doctor Questionnaire. **Journal of Clinical Oncology** 17(6): 1931-1938.
8. Pellegrin L.K., Stuart G.W., Maree B., Frueh B. C. and Ballenger J. C. (2001) A Brief Scale for Assessing Patients' Satisfaction with Care in Outpatient Psychiatric Services. **Psychiatric Services** 52(6): 816-19.
9. Rubin H. R. (1990) Can Patients Evaluate the Quality of Hospital Care? **Medical Care Review** 47(3): 267-326.
10. Taylor S. E. (1995) **Health Psychology**. 3rd Edition, McGraw-Hill, New York.

11. Tüzün E. H., Eker L. ve Daşkapan A. (2009) Fizik Tedavi Poliklinikleri İçin Hasta Memnuniyet Ölçeği: Güvenirliği ve Geçerliği. **Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi** 20(1): 09-16.
12. Wolinski F. D. and Kurz R. S. (1984) How the Public Chooses and Views Hospitals. **Hospital & Health Services Administration** 29(6): 58-67.
13. Woodring S., Polomano R. C., Haagen B. F., Haack M. M., Nunn R. R., Miller G. L., ... and Tan T. L. (2004) Development and Testing of Patient Satisfaction Measure for Inpatient Psychiatry Care. **Journal of Nursing Care Quality** 19(2): 137-148.

Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerinde 1923-1980 Dönemi İstihdam ve Maaş Rejimi

Kubilay YALÇINKAYA*

ÖZ

Bu çalışma ile Türkiye’de 1923-1980 dönemi sağlık hizmetlerinde istihdam ve maaş rejiminin, değişen devlet rolü çerçevesinde dönüşümünün ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu dönüşümü açıklamak amacıyla Resmi Gazete, mevzuat, Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığının yayımlanmış verilerinden faydalanılmıştır. Yapılan çalışma kapsamında elde edilen veriler, kamu sağlık hizmetlerinde görülen personel ve ücret politikalarının değişen devlet rolü ile dönüştüğünü göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kapitalizm, Sağlık Hizmetleri, İstihdam Rejimi, Maaş ve Ücret Rejimi

Public Health Services in Turkey, Employment and Salary Regime in the Period of 1923-1980

ABSTRACT

With this study it is aimed to put forward the transformation of employment and salary regime in healthcare services in Turkey during 1923-1980 period in the framework of the changing role of government. In order to explain this transformation Official Gazette, the legislation, the published data of the Ministry of Finance and Ministry of Health were used. The data obtained within the scope of the study show that the staff and wage policies in public healthcare services are transformed by the changing government role.

Key words: Capitalism, Healthcare Services, Employment Regime, Salary and Wage Regime

I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçimi kapitalizmin ortaya koyduğu siyasi ve iktisadi politikalarından etkilenmiştir. Kapitalizm, Türkiye Cumhuriyeti’nin inşa ve gelişimi döneminde, devlet aygıtının yeniden yapılandırılması ve dönüştürülmesinde belirleyici olmuştur. Türkiye Cumhuriyeti’nin tarihsel dönemselliğinde sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı da bu dönüşümle paralel gelişim göstermiştir.

Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşu döneminde “liberal” etkiler ile şekillenen ve inşa dönemi yaşayan sağlık hizmetleri, İkinci Dünya Savaşı sonrası “sosyal refah devleti” etkisi ile kamusal alan ağırlığı taşımıştır. Bu dönüşüm sağlık hizmetlerinin tanımını, sunumunu, finansmanını, personel istihdam ve ücret rejimini beraberinde değiştirmiştir.

1923-1980 dönemine ait yapılan bilimsel çalışmalar kamu sağlık hizmetlerinde yaşanan politika değişikliğini ortaya koymaya yönelik olup, personel ve maaş rejimine ilişkin ayrıntılı çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışma ile kamu sağlık hizmetlerinde personel ve maaş rejiminde yaşanan dönüşümün nedenselliğinin ve dönemselliğinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Çalışma, kamu sağlık hizmetlerinde uygulanan personel ve ücret politikalarının, değişen devlet rolü ile dönüşümünü ilişkilendirmektedir.

* Sağlık Memuru, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı, kubilay.yalcinkaya@saglik.gov.tr

II. DEVLET, SAĞLIK HİZMETLERİ ve KAMU PERSONEL REJİMİ

Bu bölümde modern devletin gelişim süreci, gelişim sürecinde ortaya koyduğu devlet düzeni ve devlet düzeninde sağlık hizmetlerinin konumlandırılmasına ilişkin temel kavramlara değinilecektir.

Kapitalizmde, sermayenin kendi pozisyonunu sağlamlaştırmasında devletin vazgeçilmez rolü olduğu vurgulanmaktadır (Kerman 2006). Gülaıp, kapitalizmde devletin rolünün, üretim sürecinin doğrudan örgütlenmesi olmadığını, bunun özel sektörle kapitalist yöntemlerle gerçekleşmesini sağlayacak ortamı sağlamak olduğunu vurgulamıştır (Gülaıp 1993). Kerman, devletin kapitalizmin öngördüğü politikalar için uygun zemini hazırlarken, bu politikaları hem uygulayıp hem de başarısızlığı durumunda oluşacak tepkileri giderme görevi olduğunu vurgulamıştır. Devletin kapitalizmdeki bu rolü, en iyi tüketici, en iyi müşteri, en iyi garantör olarak vurgulanmıştır (Kerman 2006).

Kapitalizmin devlete yüklediği rol liberal dönem, sosyal refah devleti dönemi farklılaşmıştır. Devlet rolünün bu değişimi, kapitalizmin dinamik yapısı ile krizler karşısında ortaya koyduğu çözümler ile ortaya çıkmıştır. Bu nedenle kapitalizm, devleti ortadan kaldırmak yerine sürdürülebilirliği çerçevesinde onu kontrol altında tutmayı amaçlamıştır (Kerman 2006).

Bu açıdan liberal ve sosyal refah devleti döneminde devlet ve sağlık hizmeti ilişkisini ortaya konulması gerekmektedir. Yayla, liberalizmi “*bireyciliğe dayalı, rasyonel bireylerin siyasal ve ekonomik alandaki hak ve özgürlüklerini güvence altına alan, piyasa ekonomisinin doğal işleyişine bırakarak, devletin ekonomiye müdahalesinin en az düzeye indirilmesini savunan bir doktrindir*” şeklinde tanımlamıştır. Liberal doktrin, Locke’un eserleri ile “siyasi liberalizm” özelliği kazanmış, daha sonra Adam Smith ve David Hume’un eserleriyle “ekonomik liberalizm” özelliği kazanmıştır. Liberalizm gelişimi ile birlikte siyasi ve ekonomik liberalizm bir bütünlük oluşturmuştur (Aktan 1995). Liberal yapı, kapitalizmin gelişiminin ekonomik alan ile siyasi alanın ayrımıyla ortaya konulabileceğini var sayar. Liberal perspektif bu nedenle devletin ekonomik alanda piyasaya, siyasal alanda ise topluma karşı sınırlandırılması gerektiğini vurgular. Mevcut piyasa başarısı için devletin, piyasaya müdahale edemeyeceği ve piyasaya uyumlu halde örgütlenmesi gerekmektedir (Somel 2015).

Liberalizm düşünürleri arasında en fazla tartışılan nokta liberalizmin “laissez – faire” ve “doğal düzen” ilkesidir. Bu ilkelere göre, ekonominin işleyişinde bir “doğal düzen” söz konusudur ve devlet bu alana müdahale etmemeli ya da sınırlı müdahale etmelidir. Doğal düzen ilk olarak fizyokratlar tarafından “laissez – faire, laissez-passer^{*}” ilkesiyle savunulurken, liberalizmin gelişimi ile doğal düzen anlayışı da değişime uğramıştır. Fizyokratlara göre doğal düzen tanrısalken, Smith “doğal düzenin” bireysel çıkarlarla (görünmez el) gerçekleşebileceğini savunmuştur (Aktan 1995).

Liberal doktrinde doğal düzeni savunanların görüşleri “anti-rasyonalizm” ya da “liberteryen evrimcilik” olarak bilinir. Anti-rasyonalizm karşıtı görüş ise “kurucu rasyonalizm” ya da “yapıcı rasyonalizm” olarak bilinir. “*Anti-rasyonalist liberal düşünürler (Adam Smith, David Hume, Herbert Spencer, F.A. Hayek, Frederic Bastiat ve diğerleri) insan müdahalesine karşı çıkarak ekonominin doğal işleyişine bırakılmasını savunurlar. Kurucu rasyonalist liberaller (John Locke, René Descartes, Milton Friedman, J.M.*

* 17 yy Fransız Fizyokrat Vincent de Gournay yaptığı çalışmada devletin ekonomiye müdahalesini eleştirerek, bırakınız yapsınlar bırakınız geçsinler ifadesi ile devletin özel sektöre müdahalesinin olmaması gerektiğini savunmuştur.

Buchanan ve diğerleri) doğal düzenin iyi işlemesi, için insan akli ürünü olan politikaların belirleyici olduğunu savunur”. İnsanların rasyonel varlıklar oldukları için iyi bir sosyal düzen oluşturacağını kabul ederler (Aktan 1995).

Locke, insanların hayatlarını, özgürlüklerini ve mallarını karşılıklı korumak amacıyla uygar topluma geçtiğini vurgular. İnsanların doğal haklara sahip olduğunu ve bu hakların devlet tarafından korunması gerektiğini savunur. Anti-rasyonalist düşünürlerden olan Hume, toplumsal kural ve kurumların kendiliğinden oluştuğunu ve müdahale edilmemesi gerekliliğini savunmuştur. Kural ve kurumların insanlara faydalı oldukları sürece varlıklarını sürdürdüğü ve değiştiğini vurgular (Yayla 1998). Liberalizmin devlet anlayışı “sınırlı ve sorumlu devlet” anlayışı olarak adlandırılır. Liberteryenistler hariç liberal düşünürler devletin; dış güvenlik, iç güvenlik, eğitim, sağlık, alt yapı vb. hizmetleri üstlenmesini, bunun dışındaki mal ve hizmet üretimini piyasa ekonomisine bırakılmasını savunur. Sınırlı ve sorumlu devlet anlayışı paternalizme ve müdahaleci devlet anlayışına karşı çıkmaktadır (Aktan 1995). Smith, Ulusların Zenginliği eserinde devletin doğal düzeni sağlayacağı başlıca üç görevi üstlenmesi gerektiği ve bunun dışında ekonominin doğal işleyişine müdahale etmemesi gerektiğini ifade etmiştir. Smith, devletin birinci görevinin toplumu şiddetten ve dış tehditlerden koruyacak güvenlik sistemi, ikincisi toplumun her üyesini diğer vatandaşların baskısından koruyacak adalet sistemi, üçüncü görev ise topluma yüksek derecede avantaj sağlayacak bazı kamusal hizmetlerin yapılması olarak görmüştür. Smith’in ortaya koyduğu ilk iki görev, genel anlamda kabul görürken son görevin yorumlara açık olduğu vurgulanmaktadır. Üçüncü görevin altyapı, sosyal güvenlik ve eğitim hizmetleri olduğu vurgulanmaktadır (Aktan 1995; Yayla 1998).

Klasik liberalizmin ortaya koyduğu piyasa ekonomisinin başarısında devlet müdahalesinin olmaması gerekliliği görüşü, Neo-klasik iktisatçılar tarafından eleştirilmiştir. Neo-klasik iktisatçılar piyasa ekonomisinin başarısızlığı üzerinde durur ve “piyasa ekonomisinin başarısızlığı teorisi” adını verdikleri teoriyi geliştirmişlerdir. Neo-klasik iktisatçılar, pozitif dışsallığın olduğu malların devletçe desteklenmesi gerektiği, negatif dışsallığın olduğu hizmetlerin ise devletçe üstlenilmesi gerekliliğini vurgular. Tam kamusal mallar dışında yarı kamusal, doğal tekelle, merit/demerit malların da devletçe üretilmesini savunurlar (Aktan 1995).

Neo-klasik iktisatçıların, klasik liberalizmi eleştirisi sonrası, 1929 Büyük Buhranı ile piyasa ekonomisinin başarısızlığına vurgu yapan John M. Keynes klasik liberalizmi eleştirmiş ve devletin ekonomiye aktif olarak müdahale etmesi gerekliliğini vurgulamıştır (Aktan 1995). Keynes’in ortaya koyduğu teori “genel teori” olarak adlandırılmıştır. Keynes, işsizlik paradoksunu efektif talep ilkesi ile çözmeye çalışmıştır. Yetersiz talebin, üretim hacmini kısıtlayacağını, bu durumun gelirlerde azalmaya yol açacağı ve efektif talebin düşeceğini belirtmiştir. Genel teoriye göre üretim düzeyi efektif taleple belirlenmekte, talep kendi arzını yaratmaktadır. Tüketimdeki artışın, gelirdeki artış ile sağlanacağına vurgulayan Keynes gelirin artırılması için ise yatırımların artması gerektiğini ve istikrarın önemini vurgulamıştır (Fisunoğlu, Tan 2009). 1929 Büyük Buhranı sonrası Keynesyen İktisat Okulu’nun “müdahaleci devlet” anlayışı önem kazanmış 1970’li yılların sonuna kadar uygulanmıştır (Uluç, Çelik 2006).

Keynes’in ortaya koyduğu “genel teori” çerçevesinde, sosyal refah devleti anlayışı kapitalist ekonomilerde “*sanayileşme ile ortaya çıkan sorunlar, artan işsizlik ve güvensizlik karşısında siyasal hakların gelişmesiyle devletin süreç karşısında seyirci kalamayacağı ve müdahale etmesi düşüncesinden hareketle gelişmiştir. Refah devleti şahıslara ve ailelere asgari bir gelir güvencesi veren, onları toplumsal tehlikelere karşı koruyan, sosyal güvenlik olanağı sağlayan, toplumsal konumları ne olursa olsun tüm yurttaşlara eğitim, sağlık, barınma gibi sosyal hizmetler ananında belli bir standart getiren devlettir*” (Durdu 2009).

Sosyal refah devleti, ekonominin etkinliği için devletin ekonomiye müdahalesinin gerekliliğini ve devletin sosyal yükümlülükleri üstlenmesi gerektiğini vurgulamıştır (Baltacı 2004). Sosyal refah devleti modeli devletin mal ve hizmet üretmek sosyo-ekonomik alanda var olmasıdır. Bu mal ve hizmetler arasında sağlık hizmetleri, eğitim hizmetleri, çalışma haklarının düzenlenmesi, sosyal güvenlik, sosyal politikalar yer almaktadır. Aksoy, sosyal refah devletinin temel özelliğinin toplumsal sorunların çözümünde devletin varlığının olması olarak göstermiştir (Aksoy 1998). Korukman, sosyal refah devleti döneminde kitlesel üretim – kitlesel tüketim yoluyla sermaye birikiminin ortaya konulan devlet örgütlenmesiyle örtüştüğünü ifade etmiştir (Korukman 2009). Bauman, sosyal refah devleti döneminde sağlık hizmetlerinin çalışmaya elverişli emeğin oluşturulması için eğitim gibi ön planda tutulduğunu ifade etmiştir (Zencir 2009).

Sosyal refah devleti modelinin yolunu açan sosyal politikaların ilk örneği “Bismarck modeli” ile gerçekleşmiştir. *“Bu yaklaşım sonrası sosyal refah devletinin temel argümanı olan serbest piyasanın tek başına ekonomik gelişmeyi sağlayamayacağı ve devletin müdahalesinin gerekliliği Beveridge Modeli ile bütünleşmiştir. Bu model üç amaçlı bir devlet politikası önermiştir: Bunlar, aile ödenekleriyle ailelere yardım, bir Ulusal Sağlık Merkezi kurularak kamu sağlığının iyileştirilmesi ve istihdamın düzenlenmesidir. Beveridge'nin sistemi, ödenekler aracılığıyla sağlık risklerini ve aile harcamalarını karşılayacak bir tamamlayıcı vergi finansmanı görmektedir. Beveridge'nin sosyal refah devleti modeli istihdam sorununun olmadığı bir devlet düzenini inşa ederek, tüm toplumu devletin koruma şemsiyesi altına almayı hedefleyen, geniş tabanlı bir modeldir”* (Durdu 2009).

Fülberth, 1945-1973 dönemindeki kapitalizmin, *“kar amacıyla yatırılan sermaye birikimini sağlamak amacıyla; kimya endüstrisine, makine endüstrisine ve madencilik sektörüne ait malların, kültür endüstrisinin maddi olmayan ürünlerinin, eğitim ve sağlık alanındaki hizmetlerin üretilmesi ve satılmasını sağladığını vurgulamıştır”* (Fülberth 2008). Sosyal refah devleti döneminde devlet, sermaye ve emek arasında bir derece uzlaşmayı temsil etmektedir (Baltacı 2004).

Kerman ve Eke, kapitalist düzen doğrultusunda devletin rol ve işlevlerinin de değiştirdiğini vurgulamıştır (Kerman, Eke 2014). Değişen devlet formlarına uygun sağlık hizmetleri dönüşmektedir. Örneğin, sınırlı sorumlu devlet modelinde devlet sağlık alanında genel politikaları belirleyip hizmetin üretimini genel olarak özel sektöre bırakmaktadır. Sosyal refah devleti modelinde ise devlet sağlık kurumlarının kurulması ve işletilmesi görevini üstlenebilmektedir (TÜSİAD 1995).

Ener ve Demircan, devletin dönüşümü doğrultusunda nicelik ve nitelik itibariyle etkilenen en önemli hizmet alanlarından birinin sağlık hizmetleri olduğunu vurgulamıştır. Ener ve Demircan, devletin sağlık hizmetlerinde ki geleneksel rolü olan finansman ve hizmet sunumu rolünün değişime uğradığını ve devlet örgütlerinin sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, planlanması ve denetiminin sağlanmasında üstlendiği görevlerin ön plana çıktığını ifade etmiştir (Ener, Demircan 2008).

Zencir, sağlık hizmetlerinin kapitalizmin farklı dönemlerinde üstlendiği rollere vurgu yapmıştır. Zencir, sağlık hizmetlerinin kapitalizmin erken döneminde ulus inşası ve emeğin yeniden üretimi için önemli yer tuttuğunu, sınıf mücadelesinin yoğun yaşandığı dönemde hegemonyanın kurulmasında etkili olduğunu vurgulamıştır (Zencir 2009). Önder, devletin piyasa koşullarını sağlamada ve sürdürülebilirlikteki işlevine vurgu yaparak, sağlık ve eğitim hizmetlerinin kamusal alana çekilmesinin kapitalist sistemin güvenliğini sağladığı gibi sermayenin sürdürülebilirliğine de katkı sağladığını ifade etmiştir (Önder 2003).

Değişen kamu örgütlenmesi beraberinde kamu personel ve maaş rejiminde dönüşümü zorunlu kılmaktadır. Dolayısıyla “*her birikim rejiminin bir devlet biçimi ve buna bağlı olarak bir bürokrasisi ve bu bürokrasinin niteliği ile bağlaşıklık biçimde bir kamu personel rejimi vardır*” (Aslan 2012). Değişen devlet rolü kamu personel rejimi ve maaş rejimini de etkilemektedir.

Güler, kapitalist sistemin yaşadığı kriz sonrası, devletin rolünün dönüşümüne paralel kamu personel rejiminin değişimini talep ettiğini vurgulamıştır (Güler 2006). Güler, kamu personel rejimine yönelik değişim taleplerinin yaşanan siyasal ve ekonomik dönüşümle açıklanabileceğini vurgulamıştır (Güler 2005). Bu çerçevede liberal, sosyal refah devleti kamu personel rejimleri nitelikleri bakımından farklılaşmaktadır.

Liberal devletin ortaya çıkışı, devlet örgütlerinde sürekli bürokrasinin çalıştırılmasını dayatmıştır. Liberal personel rejimi ile düzensiz şekilde makam satışı ve yağma şeklinde ortaya çıkan memurluğa giriş sisteminden, memurun açık sınavla işe alındığı döneme geçilmiştir. Bu dönem her kamu örgütü kendi personel rejimini belirlemiştir. Liberal personel rejiminde daimi memurluğun yanında geçici süreli çalışan memurların tüm haklarına sahip olmayan alt memurluk kategorileri de oluşturulmuştur (Aslan 2012).

Liberal kamu personel rejimi yerini İkinci Dünya Savaşı sonrası Fordist kamu personel rejimine bırakmıştır. Fordist kamu personel rejimi statü hukukuna dayalı bütün memurları kapsayan, merkezi özellikte, işe alma, yükselme ve maaş düzenlemenin yasal çerçevede gerçekleştiği, kariyer, liyakat ilkelerini barındıran niteliklere sahiptir (Aslan 2012).

III. TÜRKİYE’DE 1923-1980 DÖNEMİ KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNDE MAAŞ REJİMİ

Devletin ortaya çıkışıyla birlikte devletin toplumsal ve ekonomik hayata müdahalesi tartışılmış ve farklılaşmıştır. Klasik liberalizmde devletin tamamen bu alanlara müdahalesinin olmaması gerekliliği savunulurken, Smith’in devlete yüklediği üçüncü görevlerin sosyal hizmetlere yönelik olduğu tartışılmıştır. Neo-klasik iktisatçılar ise “piyasa ekonomisi başarısızlığı” teorisi ile devletin tam kamusal mallar dışında yarı kamusal, doğal tekel, merit/demerit malların da devletçe üretilmesi gerektiği savunmuştur. Pozitif dışsallığın olduğu malların devletçe desteklenmesi gerektiği, negatif dışsallığın olduğu malların ise devletçe üretilmesi gerektiği savunulmuştur (Yalçınkaya 2017).

Bu dönemin başında işgücünün güvenliği ve yetiştirilmesi kamu kuruluşlarının alt yapı çalışmalarının bir parçası olarak görülmüştür. Aynı şekilde işgücü güvenliği, hastalık ve kaza sigortaları ile üretici güçlerin ekonomi politikasına katkıda bulunduğu vurgulanmıştır (Fülberth 2008).

1929 Ekonomik Krizi sonrası ortaya çıkan, Keynes’in belirlediği “genel teori” 1945 sonrası kamuda yerleşmiş ve 1975 dönemine kadar uygulanmıştır. Bu dönemde, devletin aktif müdahale etmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Keynesyen iktisat, sosyal refah devleti ile “ulusal sağlık merkezi” kurularak kamu sağlığının iyileştirilmesi amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde yapılan bu dönüşüm, Keynesyen iktisat çerçevesinde devlet yatırımları olarak ortaya çıkmıştır (Aktan 1995; Dudu 2009).

Sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında, 1923-1980 dönemi değişen devlet rolü ile birlikte farklı politikalar uygulanmıştır. Öncelikle sağlık hizmetlerinin sunumu, klasik liberalizm etkisiyle merkezi idarenin görevleri arasında değerlendirilmemiş, neo-klasik iktisatçıların ortaya koyduğu “piyasa ekonomisi başarısızlığı” doğrultusunda, dışsallıkların

var olduğu bazı sağlık hizmetleri (koruyucu sağlık hizmetleri) merkezi idare tarafından sunulmuştur (Yalçınkaya 2017).

İkinci Dünya Savaşı ve sonrası sosyal refah devleti etkisi ile kamusal hizmetlerinde genişleme yaşanmıştır. Sosyal refah devleti döneminde, klasik liberal dönemde merkezi idarenin görevleri dışında tutulan tedavi edici hizmetler de merkezi idare görevleri arasına alınmıştır. Sağlık hizmetlerinde Keynesyen iktisat uygulamaları ile artan kamu yatırımları sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması doğrultusunda politikaların uygulanmasını sağlamıştır. Bu dönemde kapitalizm, devletin sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve satılması anlamında görev alması gerekliliğini savunmuştur.

3.1. Kamu Sağlık Hizmetlerinde İnşa Dönemi (1923-1930)

Ulus devlet olgusu, kapitalizmin dayandığı piyasa koşullarının hem oluşumunda hem de sürdürülebilirliğinde önemli yer tutmuştur. Önder, ulus devlet döneminde ulaştırma, eğitim ve sağlık hizmetlerinin kamusal hizmet alanına çekilmesinin, kapitalizmin güvenliğini sağlamanın yanında, sermayenin sürdürülebilirliğini de sağladığını vurgulamıştır. Önder, ulus devletin bu alanlarda yaptığı yatırımlarla sermaye açısından maliyetleri düşürerek tasarruf sağladığı gibi, yapılan sosyal harcamalarla sistemin uygulanmasında oluşabilecek tepkileri azaltarak, sistemin meşruluğuna katkı sağladığını ifade etmiştir (Önder 2003).

Türkiye Cumhuriyeti'nin ulus inşası olarak değerlendireceğimiz bu dönemde Osmanlı İmparatorluğu döneminde sistemli ve düzenli olarak kurulamamış kamu sağlık hizmetlerinin kurulması amaçlanmıştır. Kamu sağlık hizmetlerinin örgütlenme yapısının oluşturulmasına paralel olarak, kamu personel rejimi de yeniden kurgulanmıştır.

Ulus devlet öncesi, sağlık hizmetlerinin örgütlenme yapısı ve maaş düzenine bakacak olursak: Osmanlı İmparatorluğu'nda sağlık hizmetleri Hekimbaşılık kurumu tarafından yönetilmiş olup 1871'de çıkarılan Sivil Sağlık Hizmetleri Genel Yönetimi Tüzüğü (İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi) illerde sıhhiye müfettişleri, ilçelerde memleket tabiplikleri örgütlenmesine sahipken, 1912'de İçişleri Bakanlığına bağlı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Bu müdürlükler, Cumhuriyetin ilk döneminde örgütlenme modeli olarak kullanılan İl Sağlık Müdürlükleri ve Hükümet Tabipliklerine dönüştürülmüştür (Öztürk 1999). Maaş düzeninde ise, Osmanlı İmparatorluğu'nda mülki ve askeri memurlara, görevlerinin karşılığı, has, tımar ve zeamet usulü ile ödenmiştir. Memurlar 1838 yılından sonra ise bütçeden düzenli olarak ödeme almaya başlamışlardır (Maliye Bakanlığı 1952). Bu ödemeler, Muvazenei Umumiye Kanunu olan bütçe kanunlarına bağlı çizelgelerde yer almaktadır. 1929 öncesi memur aylıkları, 53 ücret türünde 4 TL'den başlayarak 155 TL'ye kadar uzanan geniş yelpazededir (Akın 1973).

Ulus devlet öncesi sağlık hizmetleri ve kamu personel rejiminde ki dağılık yapı Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk döneminde yoğun teşkilat kanunlarıyla yeniden inşa edilmeye çalışılmıştır. Sağlık hizmetlerinin ayrı bir bakanlık tarafından yürütülmesi ve devletin asli görevi olarak tanımlanması 03/05/1920 tarihi ve 3 Sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Bakanlığı Kanunu ile gerçekleşmiştir (Yalçınkaya 2017).

Cumhuriyetin ilanı öncesi 1920'de kurulan ilk meclisteki üyelerin ağırlığı, kamu personel rejiminin ve kamu sağlık personelinin özlük hakları ile ilgili yasaların şekillenmesinde etkili olmuştur. İlk meclis üyelerinin % 34,2'si sivil bürokrasiden, % 4'ü doktor ve eczacılardan oluşmuştur (Eraslan 2012). Meclisteki bu ağırlık 1924 Anayasasına memurlara ilişkin anayasal ilkelerin konulmasında etkili olmuştur. Anayasada memurların hizmete alınmaları, hizmetlerine son verilmesi, yükselme ve ilerlemeleri, nitelikleri, görevleri, hakları, aylık ve ödeneklerinin, kanunla oluşturulacağı ifade edilmiştir (Aslan 2012; Eraslan 2012).

Sağlık emek gücü açısından, Türkiye Cumhuriyeti ulus inşası döneminde, personel ve maaş rejimine ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. Bu dönem hem sağlık örgütü kurulmaya çalışılmış, hem de mesleki kriterler ve standartlar oluşturulmaya çalışılmıştır. Dönem için önemli kanunlardan biri Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunu’dur (Resmi Gazete 1928-Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun). Kanun sağlık personeliyle ilgili standartlar, çalışma şartları ve cezai sorumlulukları düzenlemiştir. Kanunla bu mesleklere dahil, kişilere Türk olma ve Türkiye Cumhuriyeti sınırları dahilindeki eğitim kurumlarından mezun olma şartı getirilmiştir. Yabancı ülkelerden mezun olan Türklerin ise, diplomalarını tasdik ettirme şartıyla mesleklerini icra edebileceği belirtilmiştir. Kanundan önce bu hakkı kazanmış yabancı tabip, diş tabibi, dişçiler ve ebelerin hakları saklı kalmış olup mesleklerini icra etmelerine izin verilmiştir. Kanun tüm tabiplerin mesleklerini yerine getirmeleri için öncelikle, mecburi hizmetlerini yapma şartı getirmiştir. Ancak bu durumda mahalin en büyük sıhhiye memuruna kayıt şartıyla muayene açma izninin alınacağı düzenlenmiştir. Kanunla, bir kişinin birçok yerde muayene açması yasaklandığı gibi, bu kişilerin aynı mahalde bir başka işyeri açmak üzere ticari faaliyette bulunması da yasaklanmıştır. Kanun, hizmetin direk merkezi idare ya da yerel yönetimler tarafından verilmesi gerektiğini vurgulamaktan uzaktır. Kanun mesleki, düzenleyici ve denetleyici rol üstlenmiştir. Çıkarılan kanunlarla, sağlık hizmetlerinde görev yapan mesleklere yönelik bütünlük sağlamaya çalışılmıştır. Bu dönem çıkarılan mevzuatla, anayasal devlet kapsamında sağlık hizmetlerinde bir otorite oluşturulmaya çalışılmış olup, sağlık hizmetlerinin düzensizliği aşılmaya çalışılmıştır.

Maaş-ücret temelli dönüşüm kapsamında, 1924 Anayasanın 93. Maddesinde bütün memurların niteliklerinin, hukuki görevlerinin, yükselmelerinin özel bir kanunla düzenlenmesine atıf yapılmış, bu doğrultuda 788 Sayılı Kanun çıkarılmıştır. Bu amaç çerçevesinde üç yıl içerisinde 1108 ve 1452 Sayılı Kanunlar çıkarılmıştır (Akın 1973).

788 Sayılı Memurin Kanunu; memuriyete kabul şartları, adaylık, atama, yer değiştirme, emeklilik, sicil, ceza, terfi, takdir, hak ve sorumluluklar gibi konularda düzenleme getirmiştir (Kantarcioglu 1977). Memurin Kanunu sonrası, Maaş Kanunu çıkarılmıştır (Resmi Gazete 1927-Maaş Kanunu). Bu kanundan kısa bir süre sonra, barem rejiminin ilk uygulama örneğini de oluşturan Devlet Memurları Maaşatının Tevhit ve Teadülüne Dair Kanun çıkarılmıştır (Resmi Gazete 1929-Devlet Memurları Maaşatının Tevhit ve Teadülüne Dair Kanun). Kanun incelendiğinde derece sisteminin A, B ve C serilerinden 1 ile 20 arası derecelerden oluştuğu görülmektedir. Kanunda maaşların vergiye tabi olmadığı görülmektedir. Bu kanundan on gün sonra Devlet Memurları Maaşatının Tevhit ve Teadülü Hakkındaki Kanuna Müzeyyel Kanun’u ile derece sistemi 20’den 19’a indirilmiştir (Resmi Gazete 1929-Devlet Memurları Maaşatının Tevhit ve Teadülü Hakkındaki Kanuna Müzeyyel Kanun). Sağlık hizmetlerinde görev yapan memurların maaşları, bir numaralı cetveldeki maaş asıllarına uymaktadır.

1108 ve 1452 Sayılı Kanun’lar kapsamında, maaş asılları katsayı ile çarpılarak maaş tutarları bulunmaktadır. Maaş asılları, harcırah ve emeklilik işlemleri ve kanunlarda atıf yapıma anlamında kullanılmıştır. Bu kanunla memurlar dışında, ücretli personel ücretlerinin yıllık bütçe kanunlarıyla saptanması amaçlanmıştır. Derecelendirmede 1 ile 5 derece arası (A) grubu, 6 ile 13 derece arası (B) grubu, 13 ile 20 derece arası (C) grubu şeklinde sınıflandırma yapılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin maaşı incelendiğinde hekimlerin 6. ve 7. derecede görev yaptıkları, il müdürlerinin 7. 8. ve 9. derecede, hükümet tabiplerinin 10. 11. ve 12. derecede, eczacıların 14. ve 15. derecede, hemşirelerin 18. derecede, asistanların 15. derecede, küçük sıhhat memurlarının 18. ve 19. derecede görev yaptıkları görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Sağlık Hizmetleri Merkezi Teşkilatta Maaş Tutarları

Derece	Görevi	Maaş Asılları	Tutar (TL)
2	Müsteşar	125	500
4	Hıfzısıhha İş. Müd.	90	288
6	Mütehassıs	70	210
7	Mütehassıs	60	180
7	1.Sınıf Sıhhat Müd.	60	180
8	2.Sınıf Sıhhat Müd.	50	150
9	3.Sınıf Sıhhat Müd.	45	126
15	Asistan	20	60
15	Eczacı	20	60
18	Hemşire	14	49
16	Kâtip	17.5	56

Kaynak: Resmi Gazete 1929-Devlet Memurları Maaşatının Tevhit ve Teadülüne Dair Kanun.

Dönemin sağlık hizmetleri merkezi teşkilatında, 113 personelin görev yaptığı ve maaşlarının, 1108 Sayılı Kanun'daki maaş asıllarına uyduğu görünmektedir. Sağlık hizmetlerinde maaş durumu incelendiğinde 6. derece hekim 210 TL, 18. derece hemşire 49 TL maaş almakta olup, hekim ve hemşire arasındaki maaş açıklığı 4,28'dir (Tablo 1).

Tablo 2. Hükümet Tabipleri ve Hastanelerde Uygulanan Maaş Tutarları

Hükümet Tabiplerinin Maaş Tutarları				
Derece	Görevi	Sayı	Maaş Asılları	Tutar (TL)
10	1.Sınıf Hükümet Tabiplikleri	100	40	108
11	2.Sınıf Hükümet Tabiplikleri	125	35	98
12	3.Sınıf Hükümet Tabiplikleri	168	30	84
Ankara Numune Hastanesi Maaş Tutarları				
Derece	Görevi	Sayı	Maaş Asılları	Tutar (TL)
7	Dahiliye Mütahassısı	1	60	180
7	Operatör	1	60	180
7	Lab. Şef. İntaniye Mütahassısı	1	60	180
8	KBB Mütahassısı	1	50	150
8	Göz Hastalıkları Mütahassısı	1	50	150
8	Cilt ve Zühreviya Mütahassısı	1	50	150
8	Nisahiye Mütahassısı	1	50	150
8	Akliye ve Asabiye Mütahassısı	1	50	150
8	İdrar Yolları Mütahassısı	1	50	150
7	Röntgen ve Elek. Mütahassısı	1	60	180
12	Operatör Muavini	1	30	84
15	Asistan	6	20	60
13	Eczacı Başı	1	25	75
15	Eczacı	1	20	60
15	İdari Memuru ve Mutemet	1	20	60
16	Ayniyat Mutemeti	1	17,5	56
20	Mubayaa Memuru	1	10	40
18	Kâtip	1	14	49
19	Kâtip	1	12	45
18	Hemşire	10	14	49
İstanbul Çocuk Hastanesi Maaş Tutarları				
Derece	Görevi	Sayı	Maaş Asılları	Tutar (TL)
7	Dahiliye Mütahassısı	1	60	180
7	Operatör	1	60	180
7	Çocuk Hastalıkları Mütahassısı	1	60	180
7	Lab. Şefi İntaniye Mütahassısı	1	60	180
8	KBB Mütahassısı	1	50	150
8	Göz Hastalıkları Mütahassısı	1	50	150
8	Cilt ve Zühreviya Mütahassısı	1	50	150
8	Nisahiye Mütahassısı	1	50	150
8	Röntgen ve Elek. Mütahassısı	1	50	150
12	Operatör Muavini	1	30	84
15	Asistan	4	20	60
13	Eczacı Başı	1	25	75
15	Eczacı	1	20	60
15	İdari Memuru ve Mutemet	1	20	60
16	Ayniyat Mutemeti	1	17,5	56
20	Mubayaa Memuru	1	10	40
18	Kâtip	1	14	49
19	Kâtip	1	12	45
18	Hemşire	8	14	49
19	Makinist ve Etü Memuru	1	12	45
20	Makinist ve Etü Memuru Muavini	1	10	40

Kaynak: Resmi Gazete 1229- Devlet Memurlarının MaaşatınınTevhid ve Teadülüne Dair Kanun

Bu dönem hastaneler bazında ücret ve kadro durumları incelendiğinde, Ankara Numune Hastanesi'nde 34 kadronun olduğu, 10 mütehassıs, 6 asistan, 2 eczacı, 10 hemşire, 6 idari personelin çalıştığı görülmektedir. İstanbul Çocuk Hastanesinde ise 31 kadronun olduğu görülmektedir. Bu kadroların 9'u mütehassıs, 4'ü asistan, 2'si eczacı, 8'i hemşire ve 8'i idari personel olarak çalışmaktadır (Tablo 2).

Ülke genelinde, merkezi idarenin ildeki temsilcisi niteliğini taşıyan hükümet tabiplerinin üç sınıfa ayrıldığı ve bu sınıflar gereği ücretlendirmeye gidildiği görülmektedir. Bu dönemde 393 hükümet tabibi görev yapmakta olup, maaşları hastanelerde görev yapan mütehassıs tabiplerden düşük, hemşirelerden yüksektir (Tablo 2).

Türkiye Cumhuriyeti'nin ulus inşası dönemi olarak nitelendirilen 1923-1930 dönemi sağlık hizmetlerinde örgütlenme yapısının oluşturulmaya çalışıldığı dönem olmuştur. Bu dönem sağlık hizmetlerinin sunulması özel sektör ve yerel yönetimlere bırakılmıştır. Merkezi idare tarafından yerel yönetimlere örnek olması ve ihtiyaçların karşılanması için Türkiye genelinde numune hastaneleri oluşturulmuştur. Bu dönem nüfus artışı ve sağlıklı toplum oluşturma anlamında koruyucu sağlık hizmetleri merkezi idarenin görevleri arasında görülmüştür.

Bu dönem sağlık hizmetlerindeki maaş rejimi değerlendirildiğinde: Hekimlerin, "A" grubu düzeyinde maaş alan bürokratlar sonrası en yüksek düzeyde maaş aldıkları görülmektedir. Hekimlerin yüksek düzey maaş almalarında sağlık örgütlülüğünün oluşumunda ihtiyaç duyulan hekimlerin özel muayenelerden kamuya çekme amacının etkili olduğu söylenebilir. İkinci olarak ise TBMM üyeleri arasındaki hekim ve bürokrasi ağırlığının etkili olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin maaş düzeyleri değerlendirildiğinde hemşirelerin en alt düzeyde maaş aldıkları görülmektedir. Hemşirelerin maaş düzeylerinin düşüklüğünde mesleki mevzuatının olmaması, mesleklaşma olgusunun tamamlanmamasının etkili olduğu söylenebilir. Yine maaş düzeylerinin düşüklüğünde devletin ulus inşası döneminde tedavi edici hizmetlerden ziyade koruyucu hizmetleri merkezi idare görevleri arasında görmesinin ve koruyucu hizmetleri ebe ve küçük sıhhat memurları üzerinden yürütmesinin etkili olduğu söylenebilir.

Sağlık Bakanlığı müsteşarı ile en düşük maaş alan 20. derece makinist ve etü memuru arasındaki maaş açıklığı 12,5'dir (Tablo 1). Merkezi idarenin il teşkilatında aynı unvan gurubundaki birinci sınıf ve üçüncü sınıf hükümet tabipleri maaş açıklığı 1,28'dir (Tablo 2).

Ankara Numune Hastanesi ve İstanbul Çocuk Hastanesinde uygulanan maaş tutarları karşılaştırıldığında benzer unvanlara ve branşlara sahip personelin arasında maaşların denk olduğu görülmektedir. İki hastanenin maaş açıklığına bakıldığında, 7. derecede görev yapan hekim ile 18. derecede görev yapan hemşire arasındaki maaş açıklığı 3,67'dir. Uzman hekimlerin branşları arasındaki derecelendirme farkında bu branşların özel sektördeki kazançlarının etkili olduğu ifade edilebilir (Tablo 2).

Maaş örnekleri incelendiğinde ülke genelinde merkez ve il teşkilatı düzeyinde maaş düzeyleri değişse de merkezi ve il düzeyinin kendi içinde maaş tutarları uyumluluk göstermektedir. Sağlık hizmetlerindeki maaş yelpazesi Aslan'ın (2012) yapmış olduğu çalışmada liberal dönemde maaş yelpazesinde açıklığın geniş olduğu saptamasını yansıtmaktadır.

1923-1929 yılları siyasal olduğu kadar iktisadi olarak da bir bütünlük taşımıştır. 1923-1924 ve 1928-1929 yılları (Toplam memur maaşlarının GSYİH içindeki payı) memurların milli gelirden aldıkları pay değişmeden kalmıştır (%6'nın biraz altında). Dönem boyunca

memurların milli ekonomi içindeki görelî durumlarının korunduğu reel gelirlerinde artma olduğu söylenebilir. Bu yıllar barış ortamıyla birlikte milli gelirden artışların bütün sosyal sınıflara yayıldığı bir dönem olmuş, bu durum sayesinde saltanatın, hilafetin kaldırılması ve devrimlerin geniş halk kesimince ciddi sorunla karşılaşmamasını sağlamıştır (Boratav 2013). Cumhuriyetin ilk dönemi bürokrasi açısından altın yıllar olarak geçmiştir, bu durum 1930’ların sonuna kadar sürmüştür (Aslan 2012).

3.2. Kamu Sağlık Hizmetlerinde Liberal Kamu Personel Rejimi Dönemi (1930-1945)

Türkiye Cumhuriyeti’nin ilk yıllarında 1929 Dünya Buhranı’nın sosyo-ekonomik örgütlenmeyi etkilediği vurgulanmıştır. 1929 Dünya Buhranı kapitalist ülkelerde devlet müdahalesine neden olmuş, Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB) ise Beş Yıllık Kalkınma planlarına yönelmiştir. Buhran yıllarında Türkiye Cumhuriyeti, İzmir İktisat Kongresi çerçevesinde belirlediği piyasanın örgütlenmesine izin veren örgütlenme biçiminden ve özel sektör eğiliminden, devletçilik ilkesine ve sınıai planlamasına geçmiştir (Somel 2015). Gülalp, 1923-1930 arasını kapitalizme geçiş dönemi olarak değerlendirirken 1930-1950 arasını devletçilik politikalarının uygulandığı devletçi dönem olarak değerlendirmiştir (Gülalp 1993). Bulut, devletçilik politikasının kapitalizmin alternatifi olarak görülmediğini ifade etmiştir. Devletçilik politikalarının uygulanmasının altında özel sektörün eksikliği yatmakta olup, bu politikalar özel sektörün tamamlanması ve himayesi amacıyla uygulanmıştır (Bulut 2007).

Somel, Birinci ve İkinci Kalkınma Planlarının Sovyet heyetlerin hazırladığı Sınıai Tesisat ve İşletme Raporu çerçevesinde hazırlanırken, sosyo-ekonomik örgütlenme ve devlet örgütlenmesinin ise Türk İktisadını Tetkik Heyeti çalışmaları ve ABD katkısı ile Batı liberalizmi etkisiyle ortaya çıktığını vurgulamıştır. Somel, 1930’larda kalkınma planları çerçevesinde SSCB etkisini dengelemek için örgütlenme yapısında kapitalist anlayışın tercih edildiğini ifade etmiştir (Somel 2015).

1930 sonrası İkinci Dünya Savaşı dönemine kadar iktisadi olarak korumacılık ve devletçilik, iki belirleyici özellik olarak baş göstermiştir (Boratav 2013). Bu dönem Türkiye’de devlet eliyle sermaye birikimi yolu seçilirken, barem rejimi de bütünüyle uygulamaya koyulmuştur (Aslan 2012).

Bu dönemde devlet desteğiyle Müslüman ticaret burjuvası bürokrasi ile birlikte hareket etmiş ve gayrimüslim komprador ticaret burjuvasının yerine geçmeyi amaçlamıştır (Boratav 2013). Bu uzlaşmanın karşılığı olarak emeklilik aylıklarının devlet desteğiyle fonlanması ve maaşlarda vergi muafiyeti elde edilmiştir (Aslan 2012). Gayrimüslim ticaret burjuvası karşısında oluşan Müslüman ticaret burjuvası ve bürokrasinin birlikteliği, bu dönem sağlık hizmetlerini ve sağlık personelinin etkileyen önemli kanunlardan biri olan Hususi Hastaneler Kanunu’nda da kendini göstermiştir. Bu kanun özel sağlık sektörünü düzenlemek amacıyla Sağlık Bakanlığına geniş yetki tanımıştır. Hastanelerde mesul müdürlere geniş yetki vermiş ve mesul müdürlerine Türk olma (Türkiye vatandaşı olma) ve devlet memurluğu yapmış olma şartı getirmiştir. Bu kanunla hekimlerin özel muayene ve evlerinde “yatarak hasta” bakmaları yasaklanmıştır. Kanunla hastanelerin yatak sayılarına göre personel sayılarına standart getirilmiştir (Resmi Gazete 1933- Hususi Hastaneler Kanunu).

Bu dönemde Memurin Kanunu, genel memur statüsünü kanun ile oluşturmuş bununla birlikte her bakanlığın kendi personel rejimi ortaya çıkmıştır. 1927-1936 arası Dışişleri, İçişleri, Bayındırlık ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıklarına ait memur kanunları çıkarılmıştır (Aslan 2012). 1452 Sayılı Kanun’un sağlık hizmetlerindeki etkisi yedi yıl sürmüştür. 1452 Sayılı Kanun ve 700 Sayılı Memurin Kanunu sağlık hizmetlerine uyarlanarak Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu çıkarılmıştır

(Resmi Gazete 1936-Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu). Kanun Sağlık Bakanlığına personel özlük işleri anlamında geniş yetkiler vermiştir.

Bu kanunla hastaneler; Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, hususi idare ve belediyelere bağlı hastaneler, Milli Müdaafa Teşkilatı'na bağlı hastaneler, özel sektöre bağlı hastaneler şeklinde dört gruba ayrılmıştır. 3017 Sayılı Kanun sağlık hizmetlerinde 1452 Sayılı Kanun ve Memurin Kanununun etkisini azaltmıştır. Kanunla sağlık hizmetlerini ulus devlet yapısı kapsamında planlamak ve uygulamasını sağlamak amacıyla ihtiyaç duyulan nitelikli insan gücünü kamu sektörüne çekmek amaçlanmıştır.

Kanunla, memurun maaş aldığı bütçeye bakılmaksızın tayin işlemleri merkezi idareye bırakılmıştır. Vekâlet encümeninin kararı ve vekilin onayıyla tayin işlemleri gerçekleşmiştir. Derece, cezalar, mezuniyet, istifa gibi düzenlenmeler yapılmıştır. Bu dönemde Tablo 3'te görüleceği gibi hekim ve hemşire maaşları merkezi teşkilat düzeyinde belirlenmiş olup bir önceki dönemde uygulandığı üzere hastane özelinde maaş durumu düzenlenmemiştir. Hem teşkilat hem de ücret anlamında merkezileşme eğilimi oluşmuştur. Düzenlemelerle ulusal planlar çerçevesinde sağlık hizmetlerinin bütünlük sağlanması ve eşit sunulması amacıyla personel dağılımı ve ücret konusunda merkezileşme ortaya çıkmıştır.

Bu dönem memurların maaşını alarak yurt dışına gönderilmesinin önü açılmıştır. Lüzumlu hallerde bugün de tartışılan, Sağlık Bakanlığına yabancı hekim, hemşire, kimyager ve teknisyen çalıştırma yetkisi tanınmıştır. Kanunla Almanya ve Avrupa'dan yetişmiş, tıp alanında akademik personelin tıp fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışmalarının önü açılmıştır. Köy sağlık teşkilatı için tayin edilecek hekim ve ebelerin ücret ve masraflarının vilayet hususi idare bütçesinden veya köy sandıklarından karşılanmasına karar verilmiştir. Sağlık koruyucularının ücret ve masraflarının ise köy sandıklarından karşılanması kararlaştırılmıştır.

3017 Sayılı Kanun'un ikinci bölüm başlığı Memurin Kanunu olarak belirlenmiş olup, memurların seçilmesi, yetiştirilmesi, yükselmesi, mesleki tanımları ve sınıflandırılması belirlenmiştir. Kanun sağlık personeline adaylık devresi getirilmiştir. Genel olarak sağlık meslek unvanlarında "Türkiye'de sanatını yapmaya izinli" ibaresi geçmekte olup vatandaşlık ve Türk olma (Türkiye vatandaşı olma) vurgusu yoktur.

Bu dönemde il teşkilatında 1.613 personel görev yapmaktadır. Mütihassıs ve eczacıların dereceleri yükseltilerek maaşlarında artışa gidilmiştir. Müsteşar 125 TL ile en yüksek maaşı alırken, en düşük maaşı 20 TL ile kâtip unvanı almaktadır. Bu kanunla hastanelere özgü mütehasıs, dış tabibi, eczacı, hemşire ve kâtiplerin kadroları ve ücretleri merkezi düzeyde belirlenmiştir (Tablo 3).

Bu dönemin il teşkilatındaki ücret durumuna bakacak olursak: En düşük maaşı küçük sıhhat memurları, hastabakıcı hemşireler ve kâtipler almakta olup en yüksek maaşı sıhhat ve içtimai muavenet müdürleri ve mütehasısalar almaktadır. Bu dönem mütehasısalar karşısında bürokrasinin (sıhhat ve içtimai muavenet müdürlerinin) maaşları yükselmiştir. Bu dönem 5. derece mütehasıs 192,30 TL, 17. derece hemşire 41,12 TL almakta olup, hekim ile hemşire arasındaki maaş açıklığı 4,67 olarak gerçekleşmiştir. 158,68 TL maaş alan 6. derece mütehasısla 17. derece hemşirenin maaş açıklığı 3,85 olarak gerçekleşmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Sağlık Bakanlığı Merkezi ve İl Teşkilatı Maaş Tutarı

Teşkilat		Derece	Görevi	Sayı	Maaş Asılları	Maaş Tutarı
Merkezi Teşkilat		2	Müsteşar		125	363.99
		3	Hıfzıssıhha İşleri Müdürü		100	295.87
		5	Mütehassıs		80	192.30
		6	Mütehassıs		70	158.68
		5	Mütehassıs Mühendis		80	192.30
		5	Mütehassıs Mimar		80	192.30
		8	Eczacı ve Kimyager		45	98.88
		18	Hemşire		14	37.99
İl Teşkilatı	Umumi Müfettişlik	4	Teftiş Heyeti Reisi		100	215.69
		4	Başmüfettiş		90	215.69
		5	Sihhi Müşavir	4	80	192.30
		6	Sihhi Müşavir Muavini	4	70	158.68
		7	Sihhi Müşavir Muavini	2	55	125.50
	Sıhhat ve İçtimai Muavenet Müdürleri	4	1.Sınıf Müdür	3	90	215.69
		5	2.Sınıf Müdür	5	80	192.30
		6	3.Sınıf Müdür	23	70	158.68
		7	4.Sınıf Müdür	31	55	125.50
	Hükümet Tabipleri	8	1.Sınıf Hükümet Tabipleri	89	45	98.88
		9	2.Sınıf Hükümet Tabipleri	100	40	85.27
		10	3.Sınıf Hükümet Tabipleri	120	35	78.51
		11	4.Sınıf Hükümet Tabipleri	150	30	67.82
	Mütehassıslar	5	1.Sınıf Mütehassıslar	10	80	192.30
		6	2.Sınıf Mütehassıslar	20	70	158.68
		7	3.Sınıf Mütehassıslar	37	55	125.50
		8	4.Sınıf Mütehassıslar	18	45	98.88
		9	5.Sınıf Mütehassıslar	15	40	85.27
	Eczacılar	7	1.Sınıf Eczacılar	2	55	125.50
		8	2.Sınıf Eczacılar	3	45	98.88
		9	3.Sınıf Eczacılar	4	40	85.27
		10	4.Sınıf Eczacılar	6	35	78.51
		11	5.Sınıf Eczacılar	6	30	67.82
		12	6.Sınıf Eczacılar	5	25	60.93
	Diş Tabipleri	9	1.Sınıf Diş Tabipleri	1	40	85.27
		10	2..Sınıf Diş Tabipleri	1	35	78.51
		11	3..Sınıf Diş Tabipleri	1	30	67.82
		12	4..Sınıf Diş Tabipleri	1	25	60.93
	Küçük Sıhhat Memurları	14	1.Sınıf KSM	34	20	49.46
		15	2..Sınıf KSM	59	17	46.40
		16	31.Sınıf KSM	100	16	43.35
		17	4.Sınıf KSM	425	14	41.12
		18	Diplomasız KSM	134	12	37.99
	Hastabakıcı Hemşireler	14	1.Sınıf Hastabakıcı	10	20	49.46
		15	2.Sınıf Hastabakıcı	20	17	46.40
		16	3.Sınıf Hastabakıcı	25	16	43.35
17		4.Sınıf Hastabakıcı	45	14	41.12	
Ebeler	14	1.Sınıf Ebeler		20	49.46	
	15	2.Sınıf Ebeler		17	46.40	
	16	3.Sınıf Ebeler		16	43.35	
Kâtipler	14	1.Sınıf Kâtipler	10	20	49.46	
	15	2.Sınıf Kâtipler	25	17	46.40	
	16	3.Sınıf Kâtipler	40	16	43.35	
	17	4.Sınıf Kâtipler	25	14	41.12	

Kaynak: Resmi Gazete 1936-Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin Kanun.

3017 Sayılı Kanun kapsamında hekim dışı personelin maaş ve dereceleri kurum nezdinde belirlenmiştir. Tablo 4'te Ankara Numune ve İstanbul Çocuk Hastanesi maaş tutarları aynı özellik taşıdığı ve maaşlarda denklik olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Ankara Numune ve İstanbul Çocuk Hastanesi Maaş Tutarları

Ankara Numune Hastanesi Maaş Tutarları				
Derece	Görevi	Sayı	Maaş	Tutar (TL)
10	Operatör Muavini	2	35	78,51
10	Dahiliye Muavini	2	35	78,51
10	Röntgen Muavini	2	35	78,51
14	Ayniyat Mutemedi	1	20	49,46
14	Levazım ve Satın Alma	1	20	49,46
16	Kâtip	3	16	43,35
16	Ambar Memuru	1	16	43,35
19	İmam ve Gassal	1	10	34,17
İstanbul Çocuk Hastanesi Maaş Tutarları				
Derece	Görevi	Sayı	Maaş	Tutar (TL)
10	Operatör Muavini	1	35	78,51
12	İdare Memuru	1	35	78,51
16	Ayniyat Mutemedi	1	16	43,35
16	Mubayaa	1	16	43,35
17	Kâtip	1	14	41,12
19	Kâtip	1	10	34,17
18	Makinist ve Etüv Memuru	1	12	37,99
19	Makinist Muavini	1	10	34,17
19	İmam ve Gassal	1	10	34,17

Kaynak: Resmi Gazete 1936-Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin Kanunu.

Bu dönem, benzer şekilde liberal dönemin maaş açıklığı korunmuştur. Bu açıklık Sağlık Bakanlığı özelinde 10,65'dir. Kanunun farklı bir uygulaması da, her unvanın kendi içinde sınıflandırmaya gitmesi ve bu sınıflandırmalar arasında ücret farklılığının belirgin olmasıdır. Yine yöneticiler sonrası en yüksek maaşı tabipler almış olup en düşük maaşı alan 18. ve 19. derece memurlardan sonra 17. derecede yer alan hemşireler olmuştur. Bu dönem hekimlerin özel muayenehanelerinde hasta bakmalarının önünde Kanun'da engel bulunmamaktadır. Bu gelirlerle birlikte, hekimlerin diğer memurlara göre refah düzeyi yüksek bir dönem geçirdiği söylenebilir.

Merkezi teşkilat, Ankara Numune Hastanesi ve İstanbul Çocuk Hastanesi personelin 1108, 1452 ve 3017 Sayılı Kanun'a göre maaş karşılaştırılmasına baktığımızda; 1929 yılında 500 TL alan müsteşarın maaşında % 21 kayıp yaşanmış ve 1936 yılına gelindiğinde maaşı 363,99 TL olmuştur. 1929 yılında 6. derece tabip 210 TL maaş alırken 1936 yılında % 24,43 kayıpla 158,68 TL maaş almıştır. 1929 yılında 18. derece hemşire 49 TL maaş alırken 1936 yılında % 16,08 TL kayıpla 41,12 TL maaş almıştır (1929 yılında 18. derece karşılığı maaş alan hemşire 1936 yılında 17. dereceye karşılık bulmuştur). Hekim ve hemşire arasındaki açıklık 4,28'den 3,85'e düşmüştür. Diğer unvanlarda olduğu gibi sağlık hizmetleri personeli maaşlarında yaşanan bu kayıplar, bir önceki kanuna göre derece artırılarak giderilmeye çalışılmıştır.

1939-1947 yılları arası kamu personel maaşında İkinci Dünya Savaşı dönemindeki ekonomik sorunlar etkili olmuştur. Bu etkileri azaltmak için kamu personeline gerek maddi

gerekse aynı yardımların yapılmasını öngören çeşitli kanunlar çıkarılmıştır. Çıkarılan kanunlarla ekonomik sorunların aşılabilmesi nedeniyle kurumların kuruluş kanunlarında çeşitli değişiklikler yapılarak veya bazı hükümler getirilerek özel kanunlar çıkarılarak kamu personelinin maddi yönden tatmin edilmesi yolu seçilmiştir (Tozan, Cevan 1977).

Bu düzenlemeden üç yıl sonra 3017 Sayılı Kanun, yerini 3656 Sayılı Kanun’a bırakmıştır. Devlet Memurları Aylıklarının Tevhid ve Teadülüne Dair Kanun, 30/06/1939 tarihinde çıkarılmıştır (Resmi Gazete 1939-Devlet Memurları Aylıklarının Tevhid ve Teadülüne Dair Kanun). Kanun kapsamlı bir kanun olup bu Kanun’un 25. maddesiyle yedi kanun tamamıyla, 92 kanun ise kısmen kaldırılmıştır. Kanunla dereceler 20’den 15’e düşürülmüştür.

Kanunla devlet memurları rejiminde katsayı ve gösterge sistemine sünger çekilerek derece, maaş aslı ve tutarı kalmıştır. Maaş aslı ise sadece emeklilik ve harcırah düzenlemelerinde kullanılmak üzere yerini korumuştur (Akın 1973). Memurin Kanununda kamuda ücretle çalışan herkes müstahdem olarak kabul görünürken 3656 Sayılı Kanunla bu grupta dahil olmak üzere tüm unvanlar memur sınıfına dahil olmuştur. Bu kanunla bundan önceki dönemde olmayan ücretli memur sınıfı ihdas edilmiştir.

Sağlık teşkilatının 1939 yılı itibariyle maaş durumu yorumlandığında; mütehassısların 5. 6. 7. 8. 9. derecelerde, hükümet tabiplerinin 8. 9. 10. 11. derecelerde, eczacıların 7. 8. 9. 10. 11. derecede, KSM 13. 14. ve 15. derecede, hemşirelerin ve kâtiplerin 13. ve 14. derecelerde görev yaptığı görülmektedir (Maliye Bakanlığı 1952).

Dönemin sağlık teşkilatı ile ilgili önemli kanunlarından biri de Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine ve Bu Kanuna Bazı Maddeler Eklenmesine Dair Kanun’udur (Resmi Gazete 1942-Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine ve Bu Kanuna Bazı Maddeler Eklenmesine Dair Kanun). Adından da anlaşılacağı gibi kanun Memurin Kanunu’nda sağlık hizmetleri doğrultusunda değişiklik getirmiştir.

Bu dönem mütehassis, eczacı, diş tabibi maaşları aynı kalırken hükümet tabibi, küçük sıhhat memurları, hemşire ve kâtiplerin maaşları derece yükseltilmesiyle artırılmıştır. Maaş durumlarının ayrıntısına bakıldığında 5. derece mütehassısın 255 TL, 14. derece hemşirenin 52 TL maaş aldığı görülmektedir. Hekim ve hemşire arasındaki maaş açıklığının 4,87 olarak gerçekleşmiştir (Tablo 5).

Bu Kanun sonrası Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilatı Yapılmasına ve 3017 Sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine Dair Kanun çıkarılmıştır (Resmi Gazete 1943-Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilatı Yapılmasına ve 3017 Numaralı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine Dair Kanun). Kanunla, köy teşkilatının köy hekimleri, köy ebeleri ve köy sağlık memurlarından oluşmasına karar verilmiştir. Köy ebeleri ve köy sağlık memurlarının köy enstitüleri kanunu gereğince köy öğretmenleri gibi aylık almaları kararlaştırılmıştır. Köy ebe ve sağlık memurlarına görev yaptıkları bölgede ailelerini ve kendi geçimlerini sağlayacak şekilde bütçesi köy sandıklarından karşılanmak üzere arazi alınıp kendilerine verilmesi kararlaştırılmıştır.

Devlet Memurları Aylıklarının Tevhid ve Teadülüne Dair Kanunun 18. Maddesinin Değiştirilmesi Hakkında Kanun ile tabiplere iki mesleki ya da biri mesleki diğeri idari iki ücretli ya da maaşlı görev yapma hakkı tanınmış ayrıca serbest tabip bulunmayan il ve

kazalarda üç mesleki görev hakkı tanınmıştır (Resmi Gazete 1944-Devlet Memurları Aylıklarının Tevhit ve Teadülüne Dair Kanununun 18 İnci Maddesinin Değiştirilmesi Hakkında Kanun). Ücreti fazla olan görevin tamamı karşılığı ücret, ikinci görev için üçte iki ücret üçüncü görev için ise üçte bir ücret verilmesi kararlaştırılmıştır. Hekimlere verilen mali haklarla maaşlardaki kayıplar giderilmeye çalışılmıştır.

Kanunla maaşlarda denklik çerçevesinde yeni ücret düzeylerinin bundan önce belirlenmiş ücretten düşük olması durumunda; yüksek maaşların her ay maaşlarının yirmi beşte biri indirilmek suretiyle 25 ayda aynı seviyeye düşürülmesine karar verilmiştir.

Tablo 5. Sağlık Hizmetleri İl Teşkilatı Maaş Tutarları

Teşkilat		Derece	Görevi	Sayı	Maaş Asılları	Maaş Tutarı
İl Teşkilatı	Hükümet Tabipleri	7	1.Sınıf Hükümet Tabipleri	40	60	155.44
		8	2.Sınıf Hükümet Tabipleri	123	50	131.70
		9	3.Sınıf Hükümet Tabipleri	132	40	113.50
		10	4.Sınıf Hükümet Tabipleri	350	35	96.30
	Mütehassıslar	5	1.Sınıf Mütehassıslar	20	80	225.11
		6	2.Sınıf Mütehassıslar	25	70	182.96
		7	3.Sınıf Mütehassıslar	39	60	155.44
		8	4.Sınıf Mütehassıslar	23	50	131.70
		9	5.Sınıf Mütehassıslar	19	40	113.50
		9	Mütehassıslar Muavini	26	40	113.50
	Eczacılar	6	Baş Eczacılar	3	70	182.96
		7	1.Sınıf Eczacılar	3	60	155.44
		8	2.Sınıf Eczacılar	5	50	131.70
		9	3.Sınıf Eczacılar	7	40	113.50
		10	4.Sınıf Eczacılar	7	35	96.30
		11	5.Sınıf Eczacılar	11	30	82.50
	Diş Tabibi	9	1.Sınıf Diş Tabipleri	2	40	113.50
		10	2..Sınıf Diş Tabipleri	2	35	96.30
		11	3..Sınıf Diş Tabipleri	2	30	82.50
	Küçük Sıhhat Memurları	11	1.Sınıf KSM	100	30	82.50
		12	2..Sınıf KSM	250	25	73.30
		13	3.Sınıf KSM	426	20	62.59
		14	Diplomasız KSM	134	15	52.35
	Hemşire	11	Baş Hemşireler	12	30	82.50
		12	1.Sınıf Hemşireler	30	25	73.30
		13	2.Sınıf Hemşireler	70	20	62.59
		14	3.Sınıf Hemşireler	28	15	52.35
	Kâtipler	12	1.Sınıf Kâtipler	20	25	73.30
		13	2.Sınıf Kâtipler	55	20	62.59
		14	3.Sınıf Kâtipler	81	15	52.35

Kaynak: Resmi Gazete 1942-Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine ve Bu Kanuna Bazı Maddeler Eklenmesine Dair Kanun; Tozan, Cevan 1977.

Tablo 6. 4609 Sayılı Kanun ile Merkezi ve İl Teşkilatı Maaş Tutarları

Teşkilat		Derece	Görevi	Sayı	Maaş Asılları	Maaş Tutarı
Merkezi Teşkilat		2	Müsteşar		125	467
		3	Hıfzıssıhha İşleri Müdürü		100	385
		5	Mütehassıs		80	262
		6	Mütehassıs		70	218
		5	Mütehassıs Mühendis		80	262
		5	Mütehassıs Mimar		80	262
		5	Mütehassıs Eczacı		80	262
		13	Kâtip		20	91
İl Teşkilat	Umumi Müfettiş	5	Sıhhi Müşavir	4	80	262
		6	Sıhhi Müşavir Muavini	4	70	218
		7	Sıhhi Müşavir Muavini	2	60	189
	Sıhhat ve İctimai Muavenet Müdürleri	4	1.Sınıf Müdür	4	90	298
		5	2.Sınıf Müdür	6	80	262
		6	3.Sınıf Müdür	26	70	218
		7	4.Sınıf Müdür	26	60	189
	Hükümet Tabipleri	8	1.Sınıf Hükümet Tabipleri	94	50	164
		9	2.Sınıf Hükümet Tabipleri	100	40	145
		10	3.Sınıf Hükümet Tabipleri	270	35	131
		11	4.Sınıf Hükümet Tabipleri	150	30	116
	Mütehassıslar	5	1.Sınıf Mütehassıslar	12	80	262
		6	2.Sınıf Mütehassıslar	23	70	218
		7	3.Sınıf Mütehassıslar	37	60	189
		8	4.Sınıf Mütehassıslar	21	50	164
		9	5.Sınıf Mütehassıslar	17	40	145
	Eczacılar	7	1.Sınıf Eczacılar	2	60	189
		8	2.Sınıf Eczacılar	5	50	164
		9	3.Sınıf Eczacılar	6	40	145
		10	4.Sınıf Eczacılar	7	35	131
		11	5.Sınıf Eczacılar	11	30	116
	Diş Tabipleri	9	1.Sınıf Diş Tabipleri	1	40	145
		10	2.Sınıf Diş Tabipleri	1	35	131
		11	3.Sınıf Diş Tabipleri	2	30	116
	Küçük Sıhhat Memurları	13	1.Sınıf KSM	103	20	91
		14	2.Sınıf KSM	525	15	80
		15	Diplomasız KSM	134	10	
	Hastabakıcı Hemşireler	13	1.Sınıf Hastabakıcı Hemşireler	20	20	91
		13	2.Sınıf Hastabakıcı Hemşireler	20	20	91
		14	3.Sınıf Hastabakıcı Hemşireler	39	15	80
		14	4.Sınıf Hastabakıcı Hemşireler	39	15	80
	Kâtipler	13	1.Sınıf Kâtipler	17	20	91
13		2.Sınıf Kâtipler	18	20	91	
14		3.Sınıf Kâtipler	32	15	80	
14		4.Sınıf Kâtipler	33	15	80	

Kaynak: Tozan, Cevan 1977.

Tablo 7. Ankara Numune Hastanesi Maaş Tutarları

Derece	Görevi	Sayı	Maaş Asılları	Tutar (TL)
9	Operatör Muavini	2	40	145
9	Dahiliye Muavini	2	40	145
9	Röntgen Muavini	2	40	145
8	İdare ve Muamelat	1	50	164
10	İdare Memuru ve	1	35	131
13	Ayniyat Mutemedi	1	20	91
13	Levazım ve Satın Alma	1	20	91
14	Kâtip	3	15	80
14	Ambar Memuru	1	15	80

Kaynak: Tozan, Cevan 1977.

Bu kanunda operatör muavini, dahiliye muavini röntgen muavinin dereceleri yükseltilerek ücretlerinde artış gerçekleşmiştir. İdare memuru ve mutemet, ayniyat memuru, levazım ve satın alma memuru, imam ve gassalın dereceleri düşmüş ancak maaşları aynı kalmıştır. Kâtip ve ambar memurunun dereceleri ve maaşları düşüş göstermiştir. Bu dönem kadroya idare ve muamelat müdürü de eklenmiştir. Genel anlamda mütehassıs, yönetici, dış tabibi ve eczacı maaşlarına bakıldığında artma ve aynı düzeyde kaldığı gözlenirken, hemşire yardımcı personel ve idari personelde ise aynı düzeyde kaldığı ya da düştüğü görülmektedir (Tablo 6, Tablo 7).

Dönemin memurlarda maaş rejimini etkileyen konulardan biri de, Devlet Memurları Aylıklarının Tevhid ve Teadülüne Dair Olan 3656 Sayılı Kanuna Ek Kanun'dur (Resmi Gazete 1944-Devlet Memurları Aylıklarının Tevhit ve Teadülüne Dair Olan 3656 Sayılı Kanuna Ek Kanun). Bu kanunla ücretli kadrolar kaldırılarak genel bütçe kapsamında maaşlı kadrolara geçiş olmuştur. Kanun sağlık alanında önemli yer tutan ücretli kadroları genel bütçe kapsamına almıştır. Kanun sonrasında çıkarılan 4988 Sayılı Kanunla ve 4609 Sayılı Kanun kapsamında 2. ve 3. görev yapma hakkı tanınmıştır (Resmi Gazete 1946-Devlet Memurları Aylıklarının Tevhit ve Teadülüne Dair Olan 3656 Sayılı Kanunla Buna Ek 4644 Sayılı Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun). 4805 Sayılı Kanun'la birer derece yükseltilmiş ilk defa %5 emekli keseneği kesilmeye başlanmıştır (Resmi Gazete 1945-Devlet Memurları Aylıklarının Tevhit ve Teadülüne Dair Olan 3656 Sayılı Kanunda Değişiklik Yapılması ve Aylıklardan % 5 Emeklilik Karşılığı Kesilmesi Hakkında Kanun).

İkinci Dünya Savaşı sonrası konulan aynı yardımların bir kısmı kaldırılmış olup barem rejiminde 4805 Sayılı Kanun'da değişikliğe gidilerek 1. derecenin aylığı 700 TL'ye, 14. derecenin aylığı 60 TL'ye çıkarılmıştır (Resmi Gazete 1945-Devlet Memurları Aylıklarının Tevhit ve Teadülüne Dair Olan 3656 Sayılı Kanunda Değişiklik Yapılması ve Aylıklardan % 5 Emeklilik Karşılığı Kesilmesi Hakkında Kanun). On iki ay sonra ise 4988 Sayılı Kanunla aylık tutarları değiştirilmiş 1. derecenin aylığı 1000, 14. derecenin aylığı 150 TL'ye çıkarılmıştır (Resmi Gazete 1946-Devlet Memurları Aylıklarının Tevhit ve Teadülüne Dair Olan 3656 Sayılı Kanunla Buna Ek 4644 Sayılı Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun).

Tablo 8. 1929-1945 Net Maaş Tutarları

Derece	1929	1931	1932	1935	1936	1939	1945 (2 çocuklu net)
1	600	575	454,6	434,44	432,12	426	550
2	500	480,2	382,82	365,84	363,99	359	467
3	400	385,26	311,04	297,24	295,87	292	385
4	288	261,4	226,5	216,63	215,69	222	298
5	256	247,4	202,07	193,1	192,3	193	262
6	210	203,2	166,72	159,33	158,68	157	218
7	165	159,83	131,84	125,99	125,5	128	189
8	126	122,41	103,79	99,19	98,88	108	164
9	108	105	89,49	85,52	85,27	93	145
10	98	95,7	82,37	78,72	78,51	79	131
11	84	82	71,14	67,99	67,82	68	116
12	75	73,44	63,9	61,07	60,93	60	106
13	66	64,7	56,67	54,16	54,04	49	91
14	60	58,83	51,84	49,56	49,46	41	80
15	56	54,99	48,63	46,48	46,4	40	
16	52	51,12	45,43	43,42	43,35		
17	49	48,2	43,02	41,12	41,12		
18	45	44,32	39,8	38,04	37,99		
19	40	39,47	35,87	34,21	34,17		

Kaynak: Yalçinkaya 2017.

İkinci Dünya Savaşı dönemi öncesi 1939 yılı maaşları ile 1929 yılı maaşları karşılaştırıldığında maaşlarda genel itibariyle düşüşler olmuştur. Müsteşar maaşındaki erime %29, mütehasıs maaşındaki erime %25,24 olurken, hemşire maaşındaki erime %8,8 olarak gerçekleşmiştir. 1939 yılındaki maaş tutarları üzerinden maaş açıklığı 3,82’dir (Tablo 8).

Tablo 8 incelendiğinde İkinci Dünya Savaşı’nın hemen sonrası, 1929 yılında 6. derece mütehasıs 210 TL alırken 1945 yılına gelindiğinde bu tutar 218 TL’ye yükselmiştir. 1929 yılında 14. derece hemşire 49 TL alırken 1945 yılına geldiğinde maaşı 80 TL’ye yükselmiştir. Hekim grubunun maaş düzeyi olarak 1929 yılı seviyesine geldiği görülmektedir. Maaş düzeyinde yüksek maaşlarda daha fazla erime olması maaş açıklığının kapanmasında etkili olmuştur. 1945 yılındaki maaş tutarları üzerinden hekim ve hemşire arasındaki maaş açıklığı 2,73’tür (Tablo 8). Bu değer, süreç içinde gerçekleşen en düşük seviyedir. Bu durum Aslan’ın (2012) liberal kamu personel rejiminin sonuna doğru maaşların kendi içindeki alt üst kümeler arasındaki fark gittikçe kapanmıştır tespitini yansıtmaktadır. Bu dönem maaşlarda yaşanan kayıplara karşı sık aralıklarla aylık düzeylerini belirleyen mevzuat değişikliğine gidilmiştir. Ancak yapılan değişiklikler kayıpları giderememiştir. Sağlık emek gücünün 1929 yılına göre 1939 yılında maaşlarında düşme, 1945 yılında ise 1938 yılına göre maaş düzeyinde artma olduğu tablolardan çıksa da bu artış toptan eşya fiyat endeksi (TEFE) oranıyla karşılaştırıldığında reel ücretlerde düşme olmuştur. 1929 yılında 100 olan TEFE 1938’de 61,49’a düşmüş, bu da maaşlarda dolaylı artışı sağlamıştır. Ancak bu durum, İkinci Dünya Savaşı döneminde farklı seyretmiş 1938’de 100 olan TEFE, 1945’de 444 olmuştur (Aslan 2012).

Bu dönem sağlık hizmetlerinde hastanelerin kurulması, sağlık hizmetleriyle ilgili mevzuatın oluşturulması, sağlık personelinin yetiştirilmesi, sağlık personeli ve sağlık kuruluşlarının standardının oluşturulması ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele adımları atılmıştır. Koruyucu hekimlik ve salgın hastalıklarla mücadele, Türkiye’de oluşturulmak istenen sanayiye dayalı kalkınma modeli için ihtiyaç duyulan nüfusu ve bu nüfusun

devamlılığını sağlamıştır. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması yeni cumhuriyetin ve devrimlerin geniş halk kitleleri tarafından kabulü açısından önemli yer tutmuştur.

1930 sonrası dönem bu dönem öncesi numune hastaneleri üzerinden gerçekleşen merkezi idare ağırlığı kendini sağlık personeli kanunları nezdinde de göstermiştir. Numune hastaneleri ile başlayan merkezileşme, personelin atama ve dağılımındaki merkezileşmeyle devam etmiştir. Personel kanunu çerçevesinde görülen ikincil ve üçüncül görevler, yurt dışından hekim çalıştırılmasına yönelik düzenlemeler, yurt dışına eğitim için personel görevlendirilmelerine yönelik düzenlemeler sağlık hizmetlerinde personel açığını kapatmaya yönelik düzenlemeler olmuştur.

Bu dönem Sovyet rejimi desteğiyle oluşturan sanayi sektörü için, sağlıklı nüfus önem taşımıştır. Bu amaçla merkezi idarenin koruyucu sağlık hizmetleri ve doğum hizmetlerine yönelik yatırımı artmıştır.

Bu dönem kurulan sanayileşme atılımı kapsamında artan borçlanma ve finansman sorunu tarım sektöründen karşılanmaya çalışılmış, yine tüketim mallarına yönelik sanayinin ihtiyacı olan tarımsal ürünlere talep kırsal nüfusun önemini ortaya koymuştur. Bu dönem, kırsal nüfusun yararlandığı köy sağlık teşkilatı kurulmuştur.

Merkezi idarenin sunduğu sağlık hizmetleri, sanayi sektörü için gerekli nüfusa yönelik sağlık hizmetleri sağlarken bu personelin ücretleri merkezi idarece karşılanmış ve ücretlerde merkezi düzeyde denklik oluşmuştur. Tarım sektörünün ihtiyaç duyduğu nüfusun sağlık hizmetleri köy sağlık teşkilatı tarafından karşılanmış ve burada görevlendirilen personelin ücretleri köy sandıkları ve köy arazileriyle karşılanmıştır.

Bu durum, ülkenin iktisadi yapısının değişmesiyle, devletin rolü ve sağlık hizmetinin niteliğini de değiştirdiğini ortaya koymaktadır. Bu değişim, beraberinde personel ve ücret rejiminin farklılaşmasına ve ayrışmasına neden olmuştur. Sektörel talebin karşılanmasında mesleğin konumu ve ihtiyacı karşılama özelliği, ücretin belirlenmesinde önem taşımıştır.

3.3. Kamu Sağlık Hizmetlerinde ve Kamu Personel Rejiminde Köklü Değişim Yılları (1945-1980)

İkinci Dünya Savaşı sonrası, sosyal refah devleti dönemi etkisiyle, sağlık hizmetlerinde 224 Sayılı Kanun, kamu personel rejiminde ise 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu etkili olmuştur. Dönemin, bir önceki dönemden ilk farklılığı, Ağustos 1946'da açıklanan hükümet programıyla ortaya çıkmaktadır. Açıklanan programla devlet ve özel sektör arasında işbirliği içinde özel sektör alanlarından devletin çekileceği ifade edilmiştir. Alınan kararlar devletin özel sektörün başarabileceği alanlardan çekilmesi ve özel sektörün gelişimi önündeki aykırı düzenlemeleri gidereceği ifade edilmiştir (Önder 2003).

1945 sonrası, Türkiye'de ekonomideki özel sektör vurgusu ile siyasi ve iktisadi bakımdan bir değişim başlamış ve çok partili rejime geçilmiştir. Bu geçiş sonrası, 1946 yılında kurulan Demokrat Parti, 1950 yılında iktidara gelmiştir (Boratav 2013). Türkiye çok partili döneme geçerken, dünyada da uluslararası örgütlerin devreye girdiği bir dönem yaşanmıştır (Önder 2003). Türkiye ekonomisi, 1946 yılında yaşanan devalüasyonun ardından devletçi politikalar yumuşatılmış ve uluslararası örgütlerin etkisinin altına girmiştir (Kerman 2006). 1946-1950 dönemi, Cumhuriyet Halk Partisi iktidarı döneminde başlayan Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası (IBRD) ile yürütülen planlama dönemi Demokrat Parti iktidarında devam etmiştir (Somel 2015). Uluslararası örgütler ve Marshall Yardımları çerçevesinde Max Thornburg tarafından hazırlanan rapor, özel sektöre daha fazla destek verilmesini önermiştir (Somel 2015).

Türkiye’de, Marshall yardımı ve Türkiye’nin 1948 yılında OECD üyesi olmasıyla birlikte, yabancı sermaye konusunda liberalleşmenin yaşandığı bir döneme geçilmiştir (Gülalp 1993). 1958 yılına gelindiğinde IMF ile yapılan borç anlaşmasındaki kalıcı olan iki madde önem taşımaktadır. Bu maddelerden ilki, ithal ikameci sanayileşme politikasının temelini oluşturan ithalat rejiminin kurulmasıdır. Bu madde, yurt içinde üretilen malların ithalatına kotalar koyarken ara girdiler ve yatırım mallarına serbestlik tanımıştır. Bu maddelerden ikincisi, ithal ikameci sanayileşme çabaları doğrultusunda OECD tarafından önerilen bir planlama örgütünün kurulmasıdır (Gülalp 1993). Bu amaçla kurulan Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı kamu özel kesim arasında dengenin kurulması amaçlanmış, İkinci ve Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planları ise özel sektör ağırlığı taşımıştır (Kerman 2006).

Nitekim bu dönem uluslararası kuruluşlar ve DPT sağlık hizmetlerine yönelik politika önerilerinde bulunmuştur. Bu dönemde, Türkiye’de diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de uluslararası örgütlerin rolü artmış, uluslararası örgütlerle teknik ve danışmanlık anlaşmaları imzalanmıştır. 12/10/1950 ve 12/08/1953 tarihlerinde Türkiye Hükümeti ile Dünya Sağlık Teşkilatı arasında sağlık alanında teknik ve yardım anlaşmaları imzalanmıştır. Bu dönem sonrası, bu anlaşmaların yansımaları yoğun bir şekilde kendini göstermiştir. Bu anlaşmalar sonucu parasal yardımlar, 1949 yılıyla ilk olarak 48.352 dolar ile başlamış, 1953 yılında 150.752 dolar olmuş, 1963’te ise 203.868 dolar olarak gerçekleşmiştir (Sağlık Bakanlığı 1961; Sağlık Bakanlığı 1965).

Türkiye Cumhuriyeti’nin, 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Bildirisi’ni kabul etmesi ve 1949 yılında Dünya Sağlık Örgütüne üye olması, sosyal politikaları uygulamasında etkili olmuştur. Nitekim sosyal politikalar kapsamında 1949 yılında Emekli Sandığı Kanunu, 1961 yılında 224 Sayılı Kanun, 1964 yılında Sosyal Sigortalar Kanunu, 1971 yılında Bağkur Kanunu kabul edilmiştir.

Bu dönem sosyal refah devleti etkisinde olsa da, özel sektör eğilimi devam etmiştir. 4 Nisan 1955 tarihinde Hastaneler Talimatnamesi, kamu hastanelerine ücretli ve ücretsiz kabul edilecek hastaları tanımlamıştır (Resmi Gazete 1955- Hastaneler Talimatnamesi). Talimatnameyle, kamu hastanelerinin sağlık hizmetlerini, ödeme gücü olan vatandaşlara ücret karşılığında sunması amaçlanmıştır. Talimatname ile aynı zamanda ve uyumlu 1955 yılında Sihat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Hastaneleriyle Rehabilitasyon Müesseselerine Verilecek Mütedavil Sermaye Hakkında Kanun çıkarılmıştır (Resmi Gazete 1955- Sihat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Hastaneleriyle Rehabilitasyon Müesseselerine Verilecek Mütedavil Sermaye Hakkında Kanun). Kanun, personele ilişkin hükümler taşımakla birlikte, kamu hastaneleri ücretle hizmet sunan müesseselere dönüştürülmüş ve döner sermayeli kuruluşlar haline getirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı, 1965 yılında yayımladığı çalışmada, Hastaneler Talimatnamesi’nin başarısızlığına vurgu yapılarak özel sektörün önündeki fon, vergi ve gümrük muafiyeti engelleri sıralamış ve bu alana yönelik çalışmalar için öneriler sunmuştur. Bu eksiklikler sonucunda, DPT’nin belirlediği her yıl özel sektöre ait 850 yeni yatak hedefinin, 1963 yılında ancak 33 yatak ile gerçekleştiği vurgulanmıştır (Sağlık Bakanlığı 1965).

Sağlık Bakanlığının 1965 yılında yayımladığı çalışmada dikkat çeken bir başka nokta ise 1955 yılında çıkan, daha sonra 209 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun ile düzenlemeye giden döner sermaye uygulamasına yönelik olmuştur. Bu çalışmada ödeme gücü olan vatandaşların, muayene ve tedavi ücretlerine katılmaları ve devlet bütçesinden ödenen kaynakların yoksul vatandaşlara yönelik hizmete aktarılması planlanmıştır. Hükümetin bu doğrultudaki adımlarının faydası vurgulanmıştır (Sağlık Bakanlığı 1965).

Hastaneler Talimatnamesi, Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Hastaneleriyle Rehabilitasyon Müesseselerine Verilecek Mütedavil Sermaye Hakkında Kanun ve Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun, Friedman'ın 1960'larda yayımlanan "Kapitalizm ve Özgürlük" eseri ile ortaya koyduğu "sınırlı devlet kuramı" ile örtüşmektedir. Kuram ile yarı kamusal mallar sınıfında yer alan sağlık hizmetlerinin özel sektöre arz edilebileceği ve yoksul kişilerin sağlık hizmetlerinin finansmanının devletçe karşılanması gerekliliği ifade edilmiştir. Kanun sosyal refah devleti döneminde devletin sağlık hizmeti üretilmesi ve satılması rolünü ortaya koymaktadır.

Boratav ve Aslan'ın sınıflandırmalarına ve dönemin yansıyan özelliklerine bakıldığında, sağlık hizmetlerinde ücret ve personel rejiminin bir kaos hali gösterdiği görülmektedir. Borem rejiminden çıkış, dönemsel krizlerden çıkış yolu olarak görülmektedir. Bunalım yıllarının sonuna doğru çıkarılan 12/01/1961 tarih 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve oluşan askeri darbelerle şekillenmiş ve 1977 ekonomik kriziyle tamamlanamamış, yerini neoliberal politikalar çerçevesinde ihtiyaç duyulan sağlık politikalarına bırakmıştır.

3.3.1. Kamu Sağlık Hizmetlerinin Bunalım ve Yeniden İnşa Dönemi (1945-1965)

1945-1965 dönemi, maaşlarda yaşanan kayıpların giderilmeye çalışıldığı dönem olmuştur. 4988 Sayılı Kanunla aylıklara yapılan zamların yetersizliği sonucu, 1939-1947 döneminde alınan tedbirler istenilen sonucu vermemiştir. Bu dönem sonrası 1950-1960 dönemi, iktidar değişikliğine sahne olmuş ve bu dönemde maaş ve diğer yan ödemelerde önemli değişiklikler yaşanmıştır. Bu dönem, ülke yönetiminde güçlü mülki idari bürokrasi yerini kalkınmacı bürokrasiye bırakmıştır. Özellikle Devlet Su İşleri ve Devlet Karayolları gibi kalkınmacı bürokrasinin ağırlık taşıdığı kurumlar başta olmak üzere bu dönem Yevmiyeli Teknik Personel statüsüne geçiş yaşanmıştır. Yevmiyeli Teknik Personel statüsü, yüksek ücret düzeyi ile düşük maaş düzeyinden kaçış yolu olarak görülmüştür (Boratav 2013; Aslan 2012; Tozan, Cevan 1977; Akın 1973).

Çıkarılan kanunlarla, 1926 yılında ortaya konan liberal kamu personel rejiminde değişikliğe gidilmiş ve memurun güvence statüsü kaldırılmıştır. 1949 yılında çıkarılan 5439 Sayılı Kanun, memurların bulunduğu bakanlıklarda görevlendirmesiyle ilgili geniş yetkiler tanımıştır. 1954 yılında çıkarılan 6422 Sayılı Kanun ile, 25 yılını dolduran memurlara resen emeklilik hükmü getirilmiştir. 6435 Sayılı Kanun ile, hiçbir gerekçe ve disiplin soruşturması gerektirmeden memuriyetten çıkarılmanın önü açılmıştır. Bu uygulamalar 1961 Anayasası'yla tersine çevrilmiş ve 1960 sonrası güçlü memur güvencesi kurulmuş ve hukuksal denetim ile sağlamlaştırılmıştır. Bu dönemde çıkarılan Devlet Personel Sendika Kanunu ve Devlet Memuru Kanunu, dönemin en önemli kanunlarından (Aslan 2012).

Maliye Bakanlığının 1952 yılında hazırlamış olduğu raporda maaş rejimi, aynı işi yapan memurların farklı maaş almaları, işlerin mahiyeti itibarıyla gruplandırılmamış olması, kadrosuzluk nedeniyle üst dereceye terfi ettirilmeyen memurlar, ehliyeti göz önünde bulundurmaması, satın alma gücünü göz ardı etmesi, özel sektör ve kamu sektörü arasındaki gelir uçurumu, İkinci Dünya Savaşı'nın ücretlerde açtığı kaybın giderilememesi nedeniyle eleştirilmiştir (Maliye Bakanlığı 1952). Hazırlanan raporda Avrupa ülkeleri ve ABD maaş sistemleri incelenmiş ve "Echelle Mobile" sistemi önerilmiştir. Modelle, ücretlerin hayat şartları ve enflasyon artışlarından korunabileceği savunulmuştur. Aynı raporda, asgari azami maaş şartlarının belirlenmesi, hizmet gruplarının belirlenmesi, özel sektörle kamu sektörü arasındaki ücret farklarının giderilmesi, derece ve kademelerde düzenleme, bölgeler arası farklılıkların maaşa yansıtılması, sosyal yardımlar, mikro ve makro gelişmelere uygunluk önerilmiştir (Maliye Bakanlığı 1952). Bu rapor maaş rejiminde yaşanan sıkıntıları ortaya

koymakla birlikte gerekli reform önerilerini de ortaya koymuş, ancak uygulanamamıştır (Tozan, Cevan 1977).

Maliye Bakanlığı hazırladığı raporla maaş rejimindeki sorun alanlarını belirlemiştir. Bu raporda ücretlerdeki kayıplara vurgu yapılmış olup, bu kayıpların giderilmediği vurgulanmıştır. Tablo 9’da 1939-1951 yılları maaş tutarları karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 9. 1939 ile 1951 Yılları Maaş Tutarları Karşılaştırması

Derece	1951 yılı Fiili Kadro Sayısı	1939 Aylıkları Endeksi	1951 Aylıkları Endeksi	Uğranan Kayıp	% İtibariyle Uğranılan Kayıp	1951 yılı itibariyle alınan ita Bekar	1951 yılı itibariyle alınan ita Evli 2Çocuklu	Olması gereken ita	Kayıp TL
1	48	1235	580.4	654.6	53.00	758,85	779.20	1657.87	878.67
2	97	1040	510.5	529.5	50.91	666,35	685.45	1396.31	710.86
3	350	845.6	444.4	401.2	47.44	579,1	596.70	1135.27	538.57
4	599	641.5	375.5	266.0	41.46	490,3	504.20	861.29	357.09
5	1298	558.0	332.9	225.1	40.34	433,75	446.95	749.16	302.21
6	1771	453.5	290.2	163.3	36.00	377,2	389.70	608.90	219.20
7	2448	369.2	247.6	121.6	32.93	320,65	332.45	495.67	163.22
8	3322	312.8	219.7	93.1	29.76	283,65	294.95	419.91	124.96
9	5213	269.6	191.0	78.6	29.15	246,65	256.50	362.03	105.53
10	8825	228.7	160.1	68.6	29.99	206,8	215.00	307.09	92.09
11	14960	195.9	145.8	50.1	25.57	187,8	195.75	262.99	67.24
12	12686	174.1	130.3	43.8	25.15	167,2	175.00	233.80	58.80
13	28812	148.6	115.4	33.2	22.34	147,35	155.00	199.58	44.58
14	10137	124.3	100	24.3	19.54	126,75	134.25	166.85	32.60
15	-	100	-	-	-	-	-	-	-

Kaynak: Maliye Bakanlığı 1952; Akın 1973.

Not: 1951 yılı gelir vergisi sonrası döneme ait maaş tutarları

Tablo 9’da en yüksek memurun eline net olarak 1951 yılında 779,20 TL geçerken en düşük memurun eline net 134,25 TL geçmekte olup, aradaki maaş açıklığı 5,80’dir. Sağlık teşkilatının maaş düzeyinde ise 5. derecede görev yapan mütehassısın maaşının 446,95 TL, 14. derece hemşirenin 134,25 TL aldığı görülmektedir. Hekim ve hemşire unvanları arasındaki maaş açıklığı 3,33’tür. Bu dönemde uygulanan gelir vergisi uygulaması maaş açıklığının azalmasını sağlamıştır.

1939 ile 1951 yılı maaş düzeyi karşılaştırıldığında, en yüksek memurun kaybı % 53 iken, en düşük memurun kaybı % 19,54’tür. Sağlık teşkilatının maaş durumu tablo üzerinden yorumlanacak olursa; 5. derecede görev yapan mütehassısın maaşında % 40,34 (302.21 TL), 14. derece hemşirenin maaşında % 19,54 (32.60 TL) kayıp olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 10. 1945, 1950, 1955 ve 1960 Yılları Memur Maaş Durumu

Dereceler	1945 2 çocuklu net	1950 2 çocuklu net	1955 2 çocuklu net	1960 2 çocuklu net
1	550	651	1010	1477
2	467	581	890	1318
3	385	560	776	1149
4	298	436	657	970
5	262	389	584	865
6	218	342	511	728
7	189	294	438	654
8	164	216	389	581
9	145	228	340	507
10	131	194	288	431
11	116	177	264	395
12	106	160	238	356
13	91	143	212	318
14	80	129	186	279

Kaynak: Tozan, Cevan 1977.

Not: Ayni ve Nakdi Yardımlar ve İkramiyeler Eklenmiş

Maaşlarda 1945-1960 dönemi derecelere göre 3 ile 4 kat arasında maaş artışı yaşanmış, ancak artışlar TEFE artışının altında kalmıştır. 1945-1960 dönemi derecelere göre maaş seyri Tablo 10'da görülmektedir. 1938 - 1961 yılları arası toptan eşya fiyatları 12 kat arttığı halde memur maaşları 4 kat artmış olup, en yüksek dereceli memur ile en düşük memur arasındaki fark azalmış, maaş yelpazesi daralmıştır (Tozan, Cevan 1977).

Tablo 11. 1939 – 1977 Yılları Arası Memur Maaşları

Derece	1939 Net	1959 (7244 Sayılı Kanun)	1961 Net	1962 Net	01.03.1970- 28.02.1973 2 Çocuklu Net (Çocuk Başına 10 TL) 1 Kademe	01.03.1974- 28.02.1975 2 Çocuklu Net (Çocuk Başına 25 TL) 1 Kademe	01.03.1975- 28.02.1977 2 Çocuklu Net (Çocuk Başına 50 TL) 1 Kademe
1	426	2000	2400	2700	3596,1	4026,15	4455,7
2	359	1750	2100	2362,5	3081,5	3466,4	3832,95
3	292	1500	1800	2025	2753,6	3116,35	3455,55
4	222	1250	1500	1687,5	2389,6	2739,2	3153,65
5	193	1100	1320	1485	2123,95	2455,1	2851,95
6	157	950	1140	1282,5	1826,8	2162	2521,1
7	128	800	960	1080	1666,2	1967,6	2284,94
8	108	700	840	945	1464,8	1755,7	2086,3
9	93	600	720	810	1259,2	1568,9	1870,2
10	79	500	600	675	1157,65	1439,2	1752,1
11	68	450	540	607,5	1026,1	1322	1648,2
12	60	400	480	540	944,55	1197,3	1535,2
13	49	350	420	472,5	853	1080,1	1422,2
14	41	300	360	405	610,85	957,9	1284,1

Kaynak: Tozan, Cevan 1977.

Not:7244 Sayılı Kanundan Ekleme Yapılmıştır

1938 toptan eşya fiyat endeksi 100 olarak kabul edildiğinde, TEFE 1970’de 1.960 iken, 1976’da 5.335 olarak gerçekleşmiştir (Tozan, Cevan 1977). 1939’da beşinci derecede görev yapan uzman hekim 193 TL maaş alırken, 1976’da maaşı 2.851 TL olmuştur, fiyat artışlarına göre ise 10.286 TL maaş alması gerekmektedir. Altıncı derecede görev yapan uzman hekim 1939’da 157 TL maaş alırken 1976’da maaşı 2.521 TL olmuştur, fiyat artışlarına göre ise 8.375 TL maaş alması gerekmektedir. 1939’da on ikinci derecede görev yapan hemşire 60 TL maaş alırken, 1976’da maaşı 1.535 TL olmuştur, fiyat artışlarına göre ise 3.201 TL maaş alması gerekmektedir. On üçüncü derecede görev yapan hemşire 49 TL maaş alırken, 1976’da maaşı 1.422 TL olmuştur, fiyat artışlarına göre ise 2.614 TL maaş alması gerekmektedir (Tablo 11).

Maaşlarda 1939-1944 yıllarındaki düşüş, 1946-1953 yılları arasındaki ekonomik büyümeyle, reel ücretlerde artış şeklinde seyretmiştir. Bu dönemi 1954–1961 döneminde yaşanan ekonomik durgunluk ve dalgalanmalar nedeniyle, maaşlarda da en düşük seviyenin yaşandığı yıllar izlemiştir. Fordist rejimin[†] temel niteliği olan içsel görelî eşitliğe 1945 sonrası ulaşılmış olup, 1938’de 10,21 olan yelpaze açıklığı 1947’de 5,28 inmiş ve bu oran 1962’de 5,1 olarak gerçekleşmiştir (Boratav 2013; Aslan 2012). 1961-1962 yılında 5. derece hekim ile 12. derece hemşire arasındaki maaş açıklığı 2,75, 1970-1973 yıllarında 2,24, 1974-1975 yıllarında 2,05, 1975-1977 yıllarında 1,85 olarak gerçekleşmiştir (Tablo 11).

1960–1970 yıllarını kapsayan dönemde de, memur maaşlarında ve barem rejiminde yaşanan sorunlara çözüm getirilememiştir. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun mali hükümlerinin ancak 1322 ve 1327 Sayılı Kanun’la 01/12/1970 tarihinde yürürlüğe konulması bu dönemde eski rejimin aksayan yönlerinin devam etmesine neden olmuştur. Bu aksaklıklar aynı düzeyde kalmayıp çıkarılan çeşitli kanunlarla maaş ve diğer ödemeler yönünden yeni gedikler açmış ve sorunlara yenileri eklenmiştir (Tozan, Cevan 1977).

Sosyal refah devleti dönemine uygun mevzuat açısından, 1950 sonrası sağlık hizmetlerinde önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Bu kanunlar, 1953 tarihli “TTB Kanunu”, “Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun”, 1954 tarihli “Hemşirelik Kanunu”, 1956 tarihli “Türk Eczacılar Birliği Kanunu”dur. Hemşirelik kanunu önemli olup, sağlık hizmet sınıfında en alt düzeyde maaş alan hemşirelerin meslekleşme ve örgütlenmesinin önünü açmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumu, 1946 yılında kurulmuş ve 1952 yılında kendi mensuplarına hizmet verebilmek için hastaneler kurmuştur. Bu özerk hastaneleri, KİT ve diğer Bakanlıkların kendi personeli için açtıkları hastaneler izlemiştir. 1954 yılında çıkarılan 6134 Sayılı Kanun ile İl Özel İdarelerine ve Belediyelere bağlı hastaneler, merkezleşme eğilimiyle Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır. Bu dönem kamu kurumları emek gücünün verimliliğini artıracak sağlık yatırımları yapmıştır.

Çalışmamız kapsamında, Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Hastaneleriyle Rehabilitasyon Müesseselerine Verilecek Mütedavil Sermaye Hakkında Kanun önemli yer tutmaktadır (Resmi Gazete 1955-Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Hastaneleriyle Rehabilitasyon Müesseselerine Verilecek Mütedavil Sermaye Hakkında Kanun). Kanunla döner sermaye uygulaması sağlık teşkilatına yerleşmiştir. Bu kanunla, hastanelerde görev alacak personelin bu bütçeden istihdamı öngörülmüştür. Kanunla, kurumların ücret karşılığı hizmet verilmesinin yolu açılmıştır. Bu Kanun sonrası gelişmeler devam etmiş ve bugünkü döner sermaye uygulamasının ve performansla yönelik ödemelerin temelini de oluşturan, 209 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunu’nun önu açılmıştır

[†] Fordist ve Post-Fordist kamu personel rejiminin, Türkiye’de kamu personel rejimine yansımaları konusu için, Onur Ender Aslan’ın “Devlet Personel ve Kamu Personel Rejimi” kitabından yararlanılmıştır.

(Resmi Gazete 1961-Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunu). Kanun'un 5. maddesiyle kurumda ihtiyaç halinde ücretleri döner sermayeden karşılanmak üzere personel istihdamının önü açılmıştır. Yine aynı Kanun'la, personele döner sermaye üzerinden verdiği hizmetle orantılı pay verilmesi sağlanmıştır. Bu Kanun sonrası, personele verilecek döner sermayenin daha net bir şekilde ortaya konması 25/06/1965 tarih 641 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumlarıyla Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki 209 Sayılı Kanuna Bazı Maddeler Eklenmesine ve Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine Dair Kanun ile sağlık personeline her ay maaşlarıyla birlikte tazminat verilmesi kabul edilmiştir. Bu tazminattan yararlanma şartı olarak mesleklerini serbest olarak yapma yasağı getirilmiştir. Kanun'la yabancı uzman çalıştırılabileceği kabul edilmiştir. Sözleşmeli olarak çalıştırılan personelin ücretlerinin döner sermayeden karşılanması kararlaştırılmıştır. Bu tazminatlarda üst sınır 2.500 TL olarak belirlenmiştir. Mesai saati dışında çalışan personele, döner sermayeden prim verilmesi kabul edilmiştir.

Kamuda Tablo 10 ve 11'de de görülen aylıklarda yaşanan kayıplar nedeniyle, diğer kamu kurumlarında görülen yevmiyeli teknik personel statüsüne geçiş eğilimi, Sağlık Bakanlığında da yaşanmıştır. Yevmiyeli teknik personele ilişkin ilk düzenleme, 30/04/1958 tarihinde uygulamaya konulan Muayyen ve Muvakkat Müddetli Hizmetlerde Çalıştırılacak Yevmiyeli Personel Talimatnamesi'dir (Resmi Gazete 1958-Muayyen ve Muvakkat Müddetli Hizmetlerde Çalıştırılacak Yevmiyeli Personel Talimatnamesi). Her ne kadar yönetmeliğin başlığında "belirli" ve "geçici" ibaresi kullanılsa da 04/04/1968 tarihinde yayımlanan 6/9789 Sayılı Kararnameyle sürekli görevlerde de yevmiyeli personel çalıştırılabileceğine dair hüküm getirilmiştir (Tozan, Cevan 1977).

Sağlık Bakanlığı da 224 Sayılı Kanun'la yevmiyeli teknik personele ilişkin ayrıcalıkları kendi personeline tanımıştır. 05/01/1961 tarih 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun; Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı, personel yapısı ve mali yapısı ile ilgili hükümler taşımaktadır. Bu kanun, hem teşkilat hem de personel kanunu özelliği taşımaktadır. Kanun'da sağlık personeli, "*Sağlık hizmetlerinde maaş, ücret, yevmiye ve mukavele ile istihdam edilen ve bu sahada mesleki eğitim görmüş olanlardır*" şeklinde tanımlanmıştır. Kanun'la yapılan işlerden katkı payı alınabileceği, teşkilata bağlı sağlık personelinin tam gün olarak da bilinen özel sektörde çalışamayacağı düzenlenmiştir. Aynı zamanda özel sektör personel yapısıyla ilgili de, belirleyici düzenlemeler getirilmiştir. Kanunla diğer kuruluşlardaki sağlık teşkilatının, Sağlık Bakanlığı'na devri öngörülmüştür. Personele 3 yıl mecburi hizmet getirilmiş, istifa eden personelin bir yıl süresince kuruma dönemeyeceği bir yıl süresince bulunduğu ilde, vazifesini yerine getiremeyeceği düzenlenmiştir. Kanunla, Sağlık Bakanlığı'nın sosyalleştirme bölgesinde mukavele (sözleşme) ile personel çalıştırabileceği düzenlenmiştir. Sözleşmeli personele verilecek ücret ile ilgili, "*Mukavele ile verilecek ücret miktarları bu meslek mensuplarının umumi serbest kazanç seviyeleri, hizmet süreleri, ihtisasları, işgal ettiği mevkinin önemi, yaptıkları vazifenin ağırlığı ve çalıştıkları bölgelerde maruz kaldıkları mahrumiyet şartları göz önüne alınarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teklifi ve Devlet Personel Dairesi'nin tespit ettiği esaslara göre Bakanlar Kurulunca verilir*" denilmektedir. Ücret belirlenmesinde değişik parametreler alınmış olup, özel sektörde kazanılan ücretin de belirleyiciliği ortaya konmuştur. Kanunla yevmiyeli teknik personele tanınan haklar, Sağlık Bakanlığında taşınmıştır. Hizmet karşılığı sağlık personeli tarafından katkı payı alınması öngörülmüştür. Hekimlerin istihdam ve tayini Bakanlığa bağlanırken, diğer personelin istihdam ve tayinlerinde İl Sağlık Müdürlükleri yetkili kılınmıştır.

Bu Kanuna bağlı olarak, 17/09/1963 tarihinde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmiş Olduğu Bölgelerde Sözleşme İle Çalıştırılacak Sağlık Personeline Verilecek Ücret ve

Tazminat İle Bu Personelin Çalışma Şeklini Gösterir Yönetmelik çıkarılmıştır (Resmi Gazete 1963-Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmiş Olduğu Bölgelerde Sözleşme İle Çalıştırılacak Sağlık Personeline Verilecek Ücret ve Tazminat İle Bu Personelin Çalışma Şeklini Gösterir Yönetmelik). Yönetmelikle, sosyalleştirme planlamaları sonrası sağlık personeline sözleşme ile verilecek ücretlerin çerçevesi oluşturulmuştur. Yönetmelik, bu tarihe kadar kamuda çalışmayan personeli de kamu çatısı altına çekmeyi amaçlamış ve bununla ilgili intibak düzenlemesine yer verilmiştir. Yönetmelik, bugün uygulanan sözleşmeli personel düzenlemesiyle benzerlik göstermekte olup, çalışma şartlarına da değinmektedir. Yönetmelik, kanunda olduğu gibi personelin serbest çalışmasına yasak getirmiş olup, personele genel serbest kazanç seviyeleri tazminatı ödemesini düzenlemiştir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi için, personele çalıştıkları bölgelere göre mahrumiyet şartları tazminatı düzenlemiş ayrıca seyyar hizmet tazminatı ödemesi düzenlenmiştir. Tablo 12 ve 13’te bir numaralı cetvelde, hekimlere uygulanacak tazminatlar gösterilmiş olup, iki numaralı cetvelde diğer sağlık personeline uygulanacak tazminatlar gösterilmiştir. Kıdeme göre aylık tutarı sütunundaki rakamlar, 7244 Sayılı Kanunda gösterilen miktara %35 ilavesiyle bulunan rakamlardır. Tazminat tutarları derece ve kıdeme göre değişmemekle birlikte, seyyar tazminat tutarı dışındaki tazminatlar meslek gruplarına göre değişmemektedir. Hekimlerin yararlandıkları ihtisas tazminatı ve işgal ettikleri mevkinin önemi tazminatı, diğer meslek grupları için geçerli olmamaktadır. Yönetmelikle, resmi tatil günleri haricinde günlük mesai, 8 saat olarak, cumartesi günleri için ise 4 saat mesai belirlenmiştir. Kanunla, sözleşmeden önce kamu kurumlarında çalıştırılan personelin sözleşme imzalamaya da emekli sandığına tabi olmaya devam etmesi sağlanmıştır. Bu düzenleme, bugünkü kadro karşılığı sözleşmeli personelle benzerlik göstermektedir. Yönetmelik mesleki düzenlemeler de getirmiştir. Yönetmelikle, hemşire ve ebeler yükseköğretim mezunu hemşire ve ebe, kolej mezunu hemşire ve ebe, hemşire ve ebe yardımcısı olmak üzere üçe ayrılmıştır. Yönetmelikte 09/12/1970 yılında düzenlemeye gidilmiş olup, hekimlerde çalıştıkları bölgelerde maruz kaldıkları mahrumiyet şartları ve yaptıkları vazifenin ağırlığı tazminatında değişikliğe gidilmiş, diğer personelden farklılaşmıştır. Yine 20/05/1969 tarihinde intibakı düzenlenen sıtma ve trahom savaş memurları, 26/07/1970 tarihinde bu yönetmelik kapsamına alınmıştır.

Tablo 12. Sosyalleştirilmiş Bölgelerde Hekimlere Uygulanan Tazminat Tutarları

Kıdeme Göre Aylık Tutarları	Genel Serbest Kazanç Seviyeleri Tazminatı Brüt	İhtisas Tazminatı Brüt	İşgal Ettikleri Mevkiin Önemi	Yaptıkları Vazifenin Ağırlığı ve Çalıştıkları Bölgelerde Maruz Kaldıkları Mahrumiyet Şartları Tazminatı			Seyyar Hizmet Tazminatı
				B	C	D	
2700	800	700	500	200	400	600	-
2362,50	800	700	500	200	400	600	-
2025	800	700	500	200	400	600	600
1687,50	800	700	500	200	400	600	600
1485	800	700	500	200	400	600	600
1282,50	800	700	500	200	400	600	600
1080	800	700	500	200	400	600	600
945	800	700	500	200	400	600	600
810	800	700	500	200	400	600	600
675	800	700	500	200	400	600	600

Kaynak: Tozan, Cevan 1977.

Tablo 13. Sosyalleştirilmiş Bölgelerde Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarına Uygulanan Tazminat Tutarları

Kıdeme Göre Aylık Tutarları	Yaptıkları İşin Ağırlığı ve Çalıştıkları Bölgede Maruz Kaldıkları Mahrumiyet Şartları Tazminatı	Seyyar Hizmet Tazminatı Yüksek İhtisas Yapanlar	Seyyar Hizmet Tazminatı Yüksek İhtisas Yapmayanlar
1500	200-600	600	300
1250	200-600	600	300
1100	200-600	600	300
950	200-600	600	300
800	200-600	600	300
700	200-600	600	300
600	200-600	600	300
500	200-600	600	300
450	200-600	600	300
400	200-600	600	200
350	200-600		200
300	200-600		200

Kaynak: Tozan, Cevan 1977.

Tablo 12 ve 13'te sunulan sosyalleştirme tazminatlarıyla ilgili veriler incelendiğinde, en yüksek maaş düzeyinde sözleşme imzalayan hekim ile en yüksek maaş düzeyinde sözleşme imzalayan hemşireler arasındaki gelir karşılaştırılması şu şekildedir; 2.700 TL maaş alan hekimin 2.600 TL tazminat alabileceği, 1.500 TL maaş alan hemşirenin 1.500 TL tazminat alabileceği görülmektedir. Her iki meslek grubunda, ek alınan tazminatların maaşları ile aynı düzeydedir. Her iki meslek grubunun maaş açıklığı 1,8 iken, ek tazminatlardaki açıklık 1,73 toplamda ise açıklık 1,76 olarak gerçekleşmiştir. Bu dönem sosyal refah devleti dönemin ruhuna uygun maaş açıklığı azalırken sosyalleştirme tazminatı olarak verilen ücrette de maaş açıklığına uyulmuştur.

Bu dönem, her iki meslek grubuna kırsal bölgelerde çalışmayı teşvik etme anlamında bölgenin özelliklerine göre 200 ile 600 TL arasında mahrumiyet şartları tazminatı verilmiştir. Yine 224 Sayılı Kanun kapsamında, önemi artan koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak anlamında hekimlere 600 TL, hemşirelere maaş tutarlarına göre 200 ile 300 TL seyyar hizmet tazminatı verilmiştir. Hekimlere ayrıca ihtisas yapanlara 700 TL ihtisas tazminatı, ayrıca ikinci bir görevle idari görev yerine getirenlere 500 TL işgal ettikleri mevkinin önemi tazminatı verilmiştir. Yine sosyalleştirme için önem taşıyan tam gün uygulamasını desteklemek anlamında, 800 TL serbest kazanç seviyeleri tazminatı verilmiştir. Görüldüğü gibi, verilen tazminat tutarları dönemin uygulanmak istenen sağlık politikalarının işlerlik kazanmasına yönelik olmuştur.

Bu dönem Devlet Memurları Kanunu'nun hemen öncesi 209 Sayılı Kanuna dayanılarak çıkarılan 06/07/1965 tarih 641 Sayılı Kanunun birinci maddesine göre, Bakanlığa bağlı döner sermayeli kurum ve hastanelerde görev yapan sağlık personeline 2.500 TL'ye kadar döner sermayeden tazminat ödenebileceği ve özel sektörde çalışamayacağı ve ikinci görev verilemeyeceği kararlaştırılmıştır. Bu dönemde, hekimleri tam güne geçiş için teşvik edici unsur olarak kullanılan serbest kazanç tazminatı sorunları çözülememiştir.

Kanun ücret rejimiyle ilgili önemli hükümler taşımakla birlikte, istihdam temelinde önemli hükümler barındırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bu dönem öncesi parçalanmış

örgütlenme yapısının merkezileşmesi ile uygulanan farklı istihdam ve ücret rejimleri bu yapı ile tek bir kanunda parçalı özelliğini sürdürmeye devam etmiştir. Kanunla performansla göre ödeme, mesai dışı çalışma ve mesai dışı çalışmaya prim ödemesi yevmiye üzerinden ücretlendirme, döner sermayeden pay alınması gibi hükümler taşımakla birlikte hem genel bütçeden hem döner sermaye bütçesinden maaş ve ücret alan personel istihdamı söz konusu olmuştur. Bugün uygulanan döner sermayeden maaş alan kadrolu, sözleşmeli ve kadro karşılığı sözleşmeli personel uygulaması gibi personel ve ücret rejimi politikaları ile benzerlikler taşımaktadır.

3.3.2. Kamu Sağlık Hizmetlerinde, 657 DMK ve 224 Sayılı Kanun’un Etkili Olduğu Yıllar (1965-1980)

Bu dönem, kamu personel rejiminde ve maaş rejiminde yaşanan kaos durumundan çıkılarak, Devlet Memurları Kanunu’nun uygulandığı dönem olmuştur. Sağlık hizmetlerinde ise, sosyal refah devleti dönemine uygun 224 Sayılı Kanun’un uygulandığı yıllar yaşanmıştır.

Dönemin, iktisat politikalarının temelini oluşturan ithal ikameci sanayileşme gereği ücret, bir maliyet unsuru olmakla birlikte, yeniden üretimi sağlayan bir talep unsuru özelliği de taşımaktadır. Bu nedenle, ücretleri ve sendikal hakkı baskı altında tutmanın da anlamı ortadan kalkmıştır (Boratav 2013). Bu doğrultuda çıkarılan, 624 Sayılı Devlet Personeli Sendika Kanunu ve 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu, Fordist özellik taşımıştır. Bu kanunlarla birlikte liberal kamu personel rejiminden kopuş yaşanmış, kamu personel rejiminde Fordist düzenlemelerin etkisi görülmüştür (Aslan 2012).

Fordist kamu personel rejiminde, memurluk statüsünün sınıflandırma, liyakat ve kariyer ilkelerini temel aldığı görülmekte olup bu ilkelerin kanunlarla güvence altına alındığı görülmektedir. Fordist kamu personel rejiminin önemli özelliği, memurun verimliliği ile iş akdinin sonlandırılmasının arasında bağ olmamasıdır. Bu durum, 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu’nda belirgin bir şekilde kendini göstermektedir. Devlet Memurları Kanunu’nda belirgin olarak görülen bir başka ilke ise, memurun kadrosunun kaldırılması durumunda işine son verme durumunun ortadan kaldırılması olmuştur. 1950’lerde sıkça yaşanan işe son verilme gerekçesi, böylece ortadan kaldırılmıştır. Ayrıca bir başka kazanım, memura sabit maaş güvencesi getirilmesidir (Aslan 2012).

Dönemin en önemli personel kanunu olan Devlet Memuru Kanunu, ilk çıkış tarihi itibarıyla uygulanamamış ve Kanun 1970 ile 1975 yılları arasında yoğun değişime uğramıştır. Kanunun mali hükümleri, 1966 yılı Genel Bütçe Kanununun 32. maddesiyle ertelenmiştir. Bu erteleme yolu 1967 ve 1968 bütçeleriyle devam etmiştir. Bu ertelemeyi Anayasa Mahkemesi “Bütçe Kanununa” bütçe dışı bir düzenleme konulamaz gerekçesiyle iptal etmiş, iptal kararının 28/02/1969 tarihinde yürürlüğe konulmasına karar verilmiştir. İptal gerekçesiyle 26/02/1969 Tarih 13127 Sayılı mükerrer Resmi Gazete’de yayınlanan 1127 Sayılı Kanun yürürlüğe konulmuştur. Kanunla Devlet Memurları Kanunu’na ilişkin düzenlemenin en geç 1971 yılına kadar tamamlanmasına karar verilmiştir. Bu düzenleme sonrası 31/07/1970 tarihli 1322 Sayılı Genel Kadro Kanunu ve sonrası 31/07/1970 Tarihli 1327 Sayılı Kanun çıkarılmıştır (Akin 1973).

TBMM, 23/05/1972 tarihinde Devlet Memurları Kanunu ile ilgili 2 yıllık yetki kanunu çıkarmıştır. Yetki kanununda istihdamdan, sosyal haklar, disiplin, intibak, eşit işe eşit ücret, eski ve yeni rejim arasındaki uyumsuzlukların giderilmesi ve ücret düzenlemesine kadar geniş bir alan çizilmiştir. Bu yetki kanununa istinaden, on bir kanun hükmünde kararname çıkarılmıştır. Kanun, ilk halinde kapsam olarak “Devlet Memuru kamu hizmetlerinin gerektiği asli ve sürekli görevlerde çalışan, genel veya katma bütçelerden veya bunlara bağlı

döner sermaye kuruluşlardan ve yahut kefalet sandıklarından aylık alanlara uygulanır” ifadesi varken, 1975 tarihli değişiklikle memurlara uygulanır şekilde değiştirilmiştir. İlk halinde, devlet memuru tanımında kuruluş bütçe tipi ayırımına giderek asli ve sürekli görevlerde görev yapan aylık alan kişiler memur olarak sayılırken, 1974 tarihli değişiklikle, kuruluş tipi ayırımına gidilmeden tüm kurumlar kapsama alınmıştır. İlk halinde devlet memuru, sözleşmeli personel ve yevmiyeli personel şeklinde üç istihdam şekli tanımlanmışken; değişiklikle memur, sözleşmeli personel, geçici personel, işçiler şeklinde dört istihdam şekli oluşmuştur. Kanunun ilk halinde sözleşmeli personel tanımı bugün kullanılan yapıdan çok farklı tanınmış olup Kanunda sözleşmeli personel tanımı şöyle yapılmıştır: *Sözleşmeli personel “Yurda yapılamayan özel ihtisas öğrenimine ihtiyaç gösteren belirli istisnai görevlerde kurumların bu kanundaki esaslara uygun olarak görev kanunları ile alacakları yetkiye dayanarak geçici süreli sözleşme ile çalıştırılan kişiler”* olarak tanımlanmıştır. Kanunun ilk halinde devlet memuru ise *“Devlet kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevlere devamlı vazife görmek üzere atanan genel veya katma bütçelerden veya bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşlardan veyahut kefalet sandıklarından aylık alan kişiler”* olarak tanımlanmıştır. Sözleşmeli personel, kanunda devlet memuru tanımı içine alınmamış olup, ayrı bir statü olarak tanımlanmıştır. Kanunun bu noktasında bugüne kadar işleyişini biraz da sözleşmeli personelin üzerinden yürüten Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın itirazına neden olmuştur. Kanunla ilgili dönemin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının görüşleri incelendiğinde Bakanlığın 224 Sayılı Kanun’la Bakanlığa sözleşme ile çalışan personelin 657 Devlet Memurları Kanunu kapsamına sözleşmeli olarak istihdam edilmesini talep etmiştir. Memurların yurtiçi ve yurtdışı serbest meslek icra yetkisi verilmemesiyle ilgili personelinin muaf tutulması istenmektedir. Hekimlere derece anlamında düzenleme yapılması, ücretlendirmenin düzenlenmesini, mahalli idarelerde görev yapan sağlık personelinin tayin yetkisinin Bakanlıkta olması nedeniyle kanuna konulmasını, emeklilerin yeniden işe alınması, istifa durumunda mesleğini icra edememesi durumları konusunda sağlık hizmetlerinin özelliği nedeniyle itiraz edilmiştir (Devlet Personel Dairesi, 1963). Bu itirazlar daha sonra kendini 1327 ve 1897 Sayılı Kanunlar ve 23/12/1972 Tarih 2 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile göstermiştir. Bu talepler doğrultusunda “05/01/1961 Tarihli ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun hükümlerine göre *“Sözleşme ile çalışmakta olan sağlık personeli aynı görevde kaldıkları sürece, bu kanunda belirtilen nitelik veya diğer şartlara göre derece ve kademelerinden alacakları aylıklar ile 1327 Sayılı Kanunun 71. maddeleriyle getirilen ek madde gereğince yapılan ödemelerin toplamı; eski kadrolarından fiilen almakta oldukları bu ödemeler yerine geçecek yeni ödemeler tespit oluncaya kadar mahrumiyet şartları ve seyyar hizmet tazminatı dışında kalan sözleşme ücretleri toplamından aşağı ise, aradaki fark kademe ilerlemesi ve derece yükselmesi suretiyle giderilinceye kadar kendilerine ödenmekte devam edilir”* düzenlemeleri yer almıştır. Yine iş gücü, iş riski ve temininde güçlük zammı ödenmesi kararı verilmiştir. Kanunla, özel sektörden kamu sektörüne sağlık ve teknik personel hareketi sağlanması için düzenlemeler yapılmış olup bu sınıflardaki kişilerin özel sektörde çalıştığı dönemler, kamu sektöründe çalışmış gibi değerlendirilmiştir (Kantarcioglu 1977).

1327 Sayılı Kanun ve 4/10195 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname uyarınca ortaya konan yevmiyeli teknik personel statüsüne son verilmiş, buna karşılık sözleşmeli personel istihdamını getirmiştir (Resmi Gazete 1958-Muayyen ve Muvakkat Müddetli Hizmetlerde Çalıştırılacak Yevmiyeli Personel Talimatnamesi, Resmi Gazete 1970-657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesi ve Bu Kanuna Bazı Maddeler Eklenmesine ve Bu Kanunun Kapsamı Dışında Kalan Kamu Personelinin Aylık ve Ücretlerine Dair Kanun) . 1960’larda kalkınmacı bürokrasi tarafından ayrıcalıklı statü olarak oluşturulan yevmiyeli personel statüsünün kaldırılmasının önünde, önemli direnç oluşturulmuştur (Aslan 2012). Daha sonra ortaya çıkan kanun hükmünde kararnemelerle, sık sık değiştirilmiştir. Kanunun 4. maddesinin “B” bendi *“Sözleşmeli personel deyimi, özel bir*

meslek bilgisine ve ihtisasına ihtiyaç gösteren geçici işlerde ve zaruri hallere münhasır olmak üzere, kanunla verilen yetkiye ve Maliye Bakanlığı ve Devlet Personel Dairesinin görüşlerine dayanılarak Bakanlar Kurulunca sözleşmeli olarak çalıştırılmasına karar verilen kimseleri ifade eder” şeklindedir. 1327 Sayılı Kanun bir kimsenin sözleşmeli olarak çalıştırılmasını belirli koşullara bağlamıştır. Görevin geçici nitelikte olması, zaruri bir halin bulunması, sözleşme ile çalıştırılacak personelin özel bir meslek bilgisine ve ihtisasına sahip olması ve bütün bunların yanı sıra kurumların kuruluş kanunlarında yer alması şartı getirmiş, 1970 ve 1972 yılları arasında 1327 Sayılı Kanun’un geçerli olduğu dönemde kamu kurumlarındaki sözleşmeli personel çalıştırma eğilimi azalmıştır. Sözleşmeli personele ödenen yüksek ücret nedeniyle 30.05.1974 tarihinde çıkarılan 12 Sayılı KHK ile 4/B maddesi genişletilmiştir. Yeni hükme göre “*Kalkınma planı, yıllık program ve iş programlarında yer alan önemli projelerin hazırlanması, gerçekleştirilmesi, işletilmesi ve işlerliği için zorunlu olan görevlerde çalışanlar ile dava adedinin azlığı nedeniyle kadrolu avukat istihdamının gerekli olmadığı yerlerde avukatların, Devlet konservatuarındaki öğretim görevlilerinin, Milli Savunma Bakanlığı ile Jandarma Genel Komutanlığı ve dış kuruluşlarda bazı hizmetlerde çalıştırılacak personelin de sözleşmeyle çalıştırılabilecekleri kabul edilmiştir*”. Aynı madde ile, sözleşmeli personele ödenecek ücretlerin üst sınırını belirleme yetkisi Bakanlar Kuruluna bırakılmıştır (Tozan, Cevan 1977). Bir başka önemli nokta ise, Kanun’la yevmiyeli teknik personelin 224 Sayılı Kanun kapsamında sağlık hizmetlerinin sosyalleşmesinde çalışan personelin intibakıyla ilgilidir. İlgili geçici maddelerle, bu personelin alacakları ücretlerin, sözleşme karşılığı aldıkları sözleşme ücretlerinden aşağı olması durumunda, aradaki farkın derece yükselmesi ve kademe ilerlemesi suretiyle giderilinceye kadar ödenmeye devam edilir denmektedir. Yevmiyeli teknik personel ve sosyalleştirme kapsamındaki sözleşmeli personelin ücret ayrıcalıkları sabit kalmakla birlikte devam etmiştir.

Fordist birikim rejimi dönemi memur maaşları incelendiğinde, 1938-1961 yıllarında reel maaşlarda %56 düşüş olurken, 1963-1980 yılları arası düşüş %51 olarak gerçekleşmiş, 1938-1980 yılları arası 42 yıllık dönemde ise reel maaşlarda %53’lük düşüş yaşanmıştır. 1970’te 1327 Sayılı Kanun ile yapılan intibakla bir artma yaşanmış, 1975 ile maaşlarda geriye dönüşle, 1969 düzeyine inmiştir. 1963–1980 arasındaki kayıp birinci derecenin ikinci kademesinde %77, beşinci derecenin ikinci kademesinde %44, on dördüncü derecenin ikinci kademesinde %20’dir (Aslan 2012). Bu dönem sağlık hizmetlerinde 224 Sayılı Kanun’dan kaynaklı ücretlerin 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa uyumu doğrultusunda yapılan intibak nedeniyle farklılıklar oluşmakta birlikte, eğilim kamu personeliyle aynı doğrultuda gerçekleşmiştir. Bu dönemde işgücü zammı ve tam gün düzenlemesiyle 1978 yılında yapılan zamlar sağlık hizmetlerindeki personelin maaş durumlarını değiştirmiştir. 1960-1970 dönemi 224 Sayılı Kanun ve yevmiyeli teknik personel ücret ayrıcalıkları kendini korumuş ve maaş açıklığı aynı düzeyde devam etmiştir. 1970 sonrası intibak düzenlemesiyle maaşlarda daha önceden 224 Sayılı Kanun kapsamında sözleşmeli personelle diğer personeller arasında farklılıklar oluşmuş ve bu durum 1970 döneminin sonunda gerçekleşen tam gün zammı olarak bilinen zamlara kadar devam etmiştir. Bu zamlar sonrası 1970 döneminin ikinci diliminin maaş karşılaştırması ve açıklığına bakmak daha doğru olacaktır. 1979 döneminde Ankara ili için 1/4 uzman hekim 23.375 TL, 12/3 hemşire 9.498 TL almakta olup aradaki maaş açıklığı 2,46’dır (Tablo 14).

Tablo 14. Yıllara Göre Sağlık Personelinin Net Maaşları

Yıl	Uzman Hekim 4/1		Pratisyen Hekim 8/3		Hemşire 12/3		Uzman Hekim Hemşire Maaşı Oranı	Asgari Ücret Net
	Net Maaş	Asgari Ücret Katı	Net Maaş	Asgari Ücret Katı	Net Maaş	Asgari Ücret Katı		
1979	23375	7,2	12077	3,7	9498	2,9	2,46	3.259
1980	38075	5,2	18514	2,5	10523	1,4	3,62	7.378
1981	46193	6,3	25837	3,5	13423	1,8	3,44	7.378

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 1989.

Not: Karşılaştırmalar araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Sosyal refah devleti döneminde, sağlık hizmetlerinin tüm yurda yayılması için çalışılmıştır. Bu dönem ithal ikameci sanayileşmeyle birlikte sanayi sektörü için gerekli sağlıklı nüfusun oluşması ve sağlıklı işgücünün devamlılığı anlamında da sağlık hizmetlerinin sunumu belirleyici olmuştur.

224 Sayılı Kanun doğrultusunda yaygınlaştırılan sağlık hizmetleri ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı hastanelerin açılması, sosyal refah devletinin sürdürülebilirliği ve üretimin artırılması için gerekli devlet yatırımları olarak ortaya çıkmıştır.

Bu dönemde, devlet yatırımlarının Keynesyen iktisat için önemli yer tutması ve ücretlerin üretimin arzı üzerindeki artırıcı etkisi kamu hizmetlerindeki maaş düzeyinde etkili olmuştur. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması anlamında uygulamaya konulan 224 Sayılı Kanun, maaşlarda yevmiyeli personele sağlanan ayrıcalığın kamu sağlık hizmetlerine taşınmasında etkili olmuştur.

1945-1960 döneminde maaş rejiminde yaşanan krizlere çözüm yolu olarak görülen yevmiyeli teknik personel statüsü yerini 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'na bırakmıştır. Devlet Memurları Kanunu'nun kamu personeli maaşında yaşanan krizleri çözeceği düşünülmüş ancak Kanun'un mali hükümleri 1970 sonrası uygulanabilmiştir. Kamu sağlık personelinin 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun kapsamına alınması sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında etkili olacağı düşünülen sosyalleştirilmiş bölgelerde sözleşme ile çalıştırılacak personelin mali haklarını kısıtlamış ve 224 Sayılı Kanun'un sağlık hizmetlerini yaygınlaştırma amacına zarar vermiştir[‡].

IV. SONUÇ

Klasik liberalizm döneminde, devletin sağlık hizmetlerinin sunulması alanında olmaması gerekliliği görüşü hakimken; neo-klasik iktisatçılar, “piyasa başarısızlığı teorisi” doğrultusunda, dışsallıklar nedeniyle bazı sağlık hizmetlerinin devlet tarafından üretilebileceğini vurgulamıştır. Sağlık hizmetlerinin sunulması, Türkiye Cumhuriyeti ulus inşası döneminde klasik ve neo-klasik iktisatçıların ortaya koyduğu fikirlerden etkilenmiştir.

Cumhuriyet'in ilk yılları, yoğun teşkilat ve mesleki kanunların çıkarıldığı yıllar olmuştur. Çıkarılan mevzuatla, sağlık hizmetlerinde bir otorite oluşturulmaya çalışılmış olup, sağlık hizmetlerinin düzensizliği aşılmaya çalışılmıştır.

[‡] 224 Sayılı Kanun ile sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla sağlık personeli açığı doğrultusunda diğer sağlık kurumlarından sağlık personelinin sosyalleştirilmiş bölgelerde çalıştırmak için ayrıcalıklı ücret politikası doğrultusunda çıkarılan düzenlemeleri 657 DMK kadük (değerini yitirmiş) duruma sokmuştur.

Bu dönemde sağlık hizmetleri istihdam rejimi, ilk olarak Memurin Kanunu ile genel personel rejimi ile düzenlenmek istenmiştir. Ancak “863 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” ve “3017 Sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu” ile Memurin Kanunu’nun kamu sağlık hizmetleri personel rejimi üzerindeki etkisi zayıflamış ve sağlık hizmetleri personel rejimi anlamında genel personel rejiminden farklılaşmıştır.

1920-1929 yılları kamuda çalışan personel sayısını artırma anlamında ücret, özendirici öge olarak kullanılmıştır. Merkezi teşkilatta hekimler ile hemşireler arasında maaş açıklığı bu dönemde 4,28 olarak gerçekleşmiş iken taşra hastanelerinde maaş açıklığı 3,67’dir. Bu dönem kamu sağlık hizmetlerinde maaş açıklıkları, liberal kamu personel rejimi dönemi maaş açıklıkları ile örtüşmektedir.

Ülke genelinde merkez ve il teşkilatı düzeyinde maaş düzeyleri değişse de, merkezi ve il düzeyinde maaşlar kendi içinde uyumluluk göstermektedir. Hekimler, maaş skalasında en yüksek bürokratlardan sonra gelirken, hemşirelerin maaş düzeyleri skalanın en altındadır. Ebe maaşlarının hemşire ücretlerinden daha yüksek olması, koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılmasından ve nüfusun artırılması amacıyla kaynaklanmaktadır.

1930-1945 dönemi hekim ile hemşireler arasında maaş açıklığı 3,85’e düşmüştür. 1939 yılında hekim maaşlarında 1929 yılına göre %26,12 erime gerçekleşirken hemşirelerin maaşında %18,08 erime gerçekleşmiş ve maaş açıklığı 4,17 olarak gerçekleşmiştir. 1942 yılında maaş açıklığı 4,87 olurken, İkinci Dünya Savaşı sonrası 3,50 olarak gerçekleşmiştir. Bu göstergeler Aslan’ın Liberal kamu personel rejiminin sonuna doğru maaşların kendi içindeki farkının gittikçe kapattığı savının, sağlık hizmetlerinde kendini gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Sosyal refah devleti döneminde, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde “genel teori” ve “ulusal sağlık merkezi” yaklaşımı etkili olmuştur. Devlet örgütleri bu dönemde “sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve satılması” rolünü üstlenmiştir. Sosyal refah devleti döneminde sağlık hizmetlerinin hem sosyal yatırım alanı olması hem de ücretin talep unsuru haline gelmesi nedeniyle sağlık emek gücü personel rejimi ve ücret rejiminde yevmiyeli teknik personel statüsü benzeri ayrıcalıklı konum elde etmiştir.

Sosyal refah devletinin etkisiyle merkezileşmenin yaşandığı ve sosyal devlet politikalarının etkisiyle sağlık hizmetlerinde 224 Sayılı Kanun’un sağlık hizmetlerini şekillendirdiği yıllar olmuştur. Bu dönemde Türkiye’de, diğer sektörlerde olduğu gibi uluslararası örgütlerin rolü artmış ve sağlık hizmetlerinde teknik ve danışmanlık anlaşmaları imzalanmıştır.

1945-1960 dönemi, memur statü ve hakları için kaos ortamı yaratmıştır. Bu dönem kamunun sağlık hizmetlerindeki rolü farklılaşmış ve “sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve satılması” rolü doğrultusunda döner sermaye ağırlıklı mevzuatlar çıkarılmıştır. Bu mevzuatlar çerçevesinde istihdam ve maaş rejimi özerk bir hal almıştır. İstihdam rejiminde sözleşmeler, maaş rejiminde ise sözleşme ücretleri etkili olmuştur. 1960 sonrası çıkarılan 224 Sayılı Kanun ve 1960’lı yılların sonlarına doğru uygulama alanı bulan 657 Sayılı DMK istihdam ve ücret rejimine yön vermiştir. 657 Sayılı DMK bundan önce sağlık personelinin genel memurluk kanunu altına alma eğilimini sağlamış ve 2000’li yıllara kadar sağlık hizmetlerinde istihdam ve maaş rejimi 657 Sayılı DMK ile şekillenmiştir.

1945-1960 dönemi sağlık hizmetleri maaş açıklığına göz atıldığında, 1945 yılında hekim ile hemşire arasındaki maaş açıklığı 3,27 iken, 1951 yılında 3,33 olmuş, 1960 yılında 3,47 olarak gerçekleşmiştir. 1960 sonrası, kamu personeli maaş durumunda artan farklılaşma ve

bunalım durumu, 224 Sayılı Kanun ile sağlık hizmetlerinde de kendini göstermiştir. 1960 sonrası sosyalleştirme tazminatlarıyla ilgili veriler incelendiğinde en yüksek maaş düzeyinde sözleşme imzalayan hekim ile en yüksek maaş düzeyinde sözleşme imzalayan hemşireler arasındaki gelir karşılaştırılması şu şekildedir; Her iki meslek grubunda ek alınan tazminatların maaşları ile aynı düzeydedir. Her iki meslek grubunun maaş açıklığı 1,8 iken ek tazminatlardaki açıklık 1,73, toplamda ise açıklık 1,76 olarak gerçekleşmiştir. Bu dönem, Fordist dönemin ruhuna uygun maaş açıklığı azalırken, sosyalleştirme tazminatı olarak verilen ücret de, Fordist maaş durumuna uygun olarak gerçekleşmiştir. 1960-1970 döneminde sosyalleştirme yasası ve yevmiyeli teknik personel statüsü ile ücret ayrıcalıkları kendini korumuş ve maaş açıklığı aynı düzeyde devam etmiştir. Bu dönem çıkarılan 657 Sayılı DMK sağlık hizmetlerini şekillendirmiştir. Kanun Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın özerk istihdam ve ücret rejimini kaldırması nedeniyle itirazına neden olmuştur.

Liberal ve sosyal refah devleti döneminde istihdam ve ücret politikası, ülkenin iktisadi yapısı ve devletin sağlık hizmet sunumu rolünden etkilenmiş ve dönüşmüştür. Sonuç olarak kapitalizmin yaşadığı krizlerle değişen devlet rolü, sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumunu da değiştirmektedir. Sağlık hizmetlerinin dönüşümünde temel neden, devletin sağlık hizmetleri rolünün değişimiyle, kamusal mal tanımının değişiminde yatmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumunda görülen bu değişim farklı istihdam türlerini kamu sağlık hizmetlerine taşıırken, maaş rejiminde ücret düzeyini belirlemiş ve gelir düzeylerinde farklılaşmalara neden olmuştur.

KAYNAKÇA

1. Akın M. (1973) 50 Yıl İçinde Personel Rejimimiz. **Mülkiyeler Birliği Dergisi** 17: 150-195.
2. Aksoy A. Ş. (1998) Yeni Sağ, Kamu Yönetimi ve Yerel Yönetim: Eleştirel Bir Yaklaşım. **Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi** 7(1): 3-13.
3. Aktan C. C. (1995) Klasik Liberalizm, Neo-Liberalizm ve Libertarizm. **Amme İdaresi Dergisi** 28(1): 4-32.
4. Aslan O. E. (2012) **Devlet Bürokrasi ve Kamu Personel Rejimi** (2. Basım). İmge Kitabevi, Ankara.
5. Baltacı C. (2004) Yeni Sağ Üzerine Bir Eleştiri. **Süleyman Demirel Üniversitesi İ.B.F. Dergisi** 9(2): 359-373.
6. Boratav K. (2013) **Türkiye İktisat Tarihi 1908-2009**. İmge Kitabevi, Ankara.
7. Bulut N. (2007) **İktidarın Gelişimi: Ekonomik İktidar Siyasal İktidar İlişkisi**. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
8. Devlet Personel Dairesi, (1963) **Devlet Personel Rejimi Hakkında Ön Rapor**, Ankara.
9. Durdu Z. (2009) Modern Devletin Dönüşümünde Bir Ara Dönem: Sosyal Refah Devleti. **Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 22: 37-50.
10. Ener M. ve Demircan E. (2008) Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları. **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi** 13(1): 57-82.

11. Eraslan C. (2012) **Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi**. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
12. Fisunluoğlu M. ve Tan B. K. (2009) Keynes Devrimi ve Keynesyen İktisat. **Ekonomik Yaklaşımlar** 20(70): 31-60.
13. Fülberth G. (2008) **Kapitalizmin Kısa Tarihi**. Yordam Kitap, İstanbul.
14. Gülalp H. (1993) **Kapitalizm Sınıflar ve Devlet**. Belge Yayınları, İstanbul.
15. Güler B. A. (2005) **Kamu Personeli: Sistem ve Yönetim**. İmge Kitabevi, Ankara.
16. Güler B. A. (2006) Sosyal Devlet ve Yerelleşme. **Memleket Siyaset Yönetim** 2: 17-34.
17. Kantarcıoğlu S. (1977) **Devlet Personel Rejimi Nasıldı? Ne Oldu? Yeni Düzenleme Nasıl Olmalıdır?** DPT Yayınları, Ankara.
18. Kerman U. (2006) Türkiye’de Devletin Küçültülmesi Sorunu. **Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi**, Ankara.
19. Kerman U. ve Eke E. (2014) Sosyal Devletten Neoliberal Devlete Türk Sağlık Sektöründeki Paydaşların Sağlıkta Dönüşüm Algısı. **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 19(1): 65-80.
20. Korukman A. (2009) “Alparslan Işıklı’ya Armağandır”. **Yeni Liberal Dönüşüm Sürecinde Devleti Küçültme Politikaları ve Seçenek Sorunu: Türkiye Örneği**. İçinde: Korukman, A. (ed.), ss:207-219. Mülkiyeler Birliği Yayını, Ankara.
21. Maliye Bakanlığı (1952) **Devlet Memurları Ücret Rejiminin Islahı Hakkında Rapor**. Maliye Tetkik Kurulu Neşriyatı, Başbakanlık Devlet Matbaası, Ankara.
22. Önder İ. (2003) **Kapitalist İlişkiler Bağlamında ve Türkiye’de Devletin Yeri ve İşlevi, Küresel Düzen: Birikim, Devlet ve Sınıflar**. İletişim Yayınları, Ankara.
23. Öztürk M. (1999) Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri. **SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi** 6(1): 37-41.
24. Resmi Gazete (1927) **Maaş Kanunu**. Kanun No: 1108, Kabul Tarihi: 02.07.1927, Yayım Tarihi: 02.07.1927, Sayı: 622.
25. Resmi Gazete (1928) **Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunu**. Kanun No: 1219, Kabul Tarihi: 11.04.1928, Yayım Tarihi: 14.04.1928, Sayı: 863.
26. Resmi Gazete (1929) **Devlet Memurları Maaşatının Tevhit ve Teadülüne Dair Kanun**. Kanun No: 1452, Kabul Tarihi: 18.05.1929, Yayım Tarihi: 30.06.1929, Sayı: 1229.
27. Resmi Gazete (1929) **Devlet Memurları Maaşatının Tevhit ve Teadülü Hakkındaki Kanuna Müzeyyel Kanun**. Kanun No: 1476, Kabul Tarihi: 18.05.1929, Yayım Tarihi: 30.06.1929, Sayı: 1229.

28. Resmi Gazete (1933) **Hususi Hastaneler Kanunu**. Kanun No: 2219, Kabul Tarihi: 24.05.1933, Yayım Tarihi: 05.06.1933, Sayı: 2419.
29. Resmi Gazete (1936) **Sihhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu**. Kanun No: 3017, Kabul Tarihi: 09.06.1936, Yayım Tarihi: 23.06.1936, Sayı: 3337.
30. Resmi Gazete (1939) **Devlet Memurları Aylıklarının Tevhid ve Teadülüne Dair Kanun**. Kanun No: 3656, Kabul Tarihi: 30.06.1939, Yayım Tarihi: 08.07.1939, Sayı: 4253.
31. Resmi Gazete (1942) **Sihhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine ve Bu Kanuna Bazı Maddeler Eklenmesine Dair Kanun**. Kanun No: 4258, Kabul Tarihi: 15.06.1942, Yayım Tarihi: 20.06.1942, Sayı: 5137.
32. Resmi Gazete (1943) **Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilâtı Yapılmasına ve 3017 Numaralı Sihhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine Dair Kanun**. Kanun No: 4459, Kabul Tarihi: 09.07.1943, Yayım Tarihi: 16.07.1943, Sayı: 5457.
33. Resmi Gazete (1944) **Devlet Memurları Aylıklarının Tevhit ve Teadülüne Dair Kanunun 18 İnci Maddesinin Değiştirilmesi Hakkında Kanun**. Kanun No: 4609, Kabul Tarihi: 10.07.1944, Yayım Tarihi: 15.07.1944, Sayı: 5757.
34. Resmi Gazete (1944) **Devlet Memurları Aylıklarının Tevhit ve Teadülüne Dair Olan 3656 Sayılı Kanuna Ek Kanun**. Kanun No: 4644, Kabul Tarihi: 03.08.1944, Yayım Tarihi: 12.08.1944, Sayı: 5781.
35. Resmi Gazete (1945) **Devlet Memurları Aylıklarının Tevhit ve Teadülüne Dair Olan 3656 Sayılı Kanunda Değişiklik Yapılması ve Aylıklardan % 5 Emeklilik Karşılığı Kesilmesi Hakkında Kanun**. Kanun No: 4805, Kabul Tarihi: 21.12.1945, Yayım Tarihi: 25.12.1945, Sayı: 6189.
36. Resmi Gazete (1946) **Devlet Memurları Aylıklarının Tevhit ve Teadülüne Dair Olan 3656 Sayılı Kanunla Buna Ek 4644 Sayılı Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun**. Kanun No: 4988, Kabul Tarihi: 28.12.1946, Yayım Tarihi: 31.12.1946, Sayı: 6494.
37. Resmi Gazete (1955) **Hastaneler Talimatnamesi**. Kanun No: 4/4502, Kabul Tarihi: 25.02.1955, Yayım Tarihi: 04.04.1955, Sayı: 8972.
38. Resmi Gazete (1955) **Sihhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Hastaneleriyle Rehabilitasyon Müesseselerine Verilecek Mütedavil Sermaye Hakkında Kanun**. Kanun No: 6561, Kabul Tarihi: 13.05.1955, Yayım Tarihi: 20.05.1955, Sayı: 9010.
39. Resmi Gazete (1958) **Muayyen ve Muvakkat Müddetli Hizmetlerde Çalıştırılacak Yevmiyeli Personel Talimatnamesi**. Kanun No: 4/10195, Kabul Tarihi: 30.04.1958, Yayım Tarihi: 30.04.1958, Sayı: 9895.

40. Resmi Gazete (1961) **Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunu**. Kanun No: 209, Kabul Tarihi: 04.01.1961, Yayımlanma Tarihi: 09.01.1961, Sayı: 10702.
41. Resmi Gazete (1963) **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmiş Olduğu Bölgelerde Sözleşme İle Çalıştırılacak Sağlık Personeline Verilecek Ücret ve Tazminat İle Bu Personelin Çalışma Şeklini Gösterir Yönetmelik**. Kanun No: 6/2150, Kabul Tarihi: 17.09.1963, Yayımlanma Tarihi: 17.09.1963, Sayı: 11507.
42. Resmi Gazete (1970) **657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesi ve Bu Kanuna Bazı Maddeler Eklenmesine ve Bu Kanunun Kapsamı Dışında Kalan Kamu Personelinin Aylık ve Ücretlerine Dair Kanun**. Kanun No: 1327, Kabul Tarihi: 31.07.1970, Yayımlanma Tarihi: 14.08.1970, Sayı: 13579.
43. Sağlık Bakanlığı (1989) **Özet Sağlık İstatistikleri**. Ankara
44. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1961) **Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Çalışmaları ve Tıbbi İstatistik Yıllığı 1956-1959**. Ankara.
45. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1965) **Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Çalışmaları ve Tıbbi İstatistik Yıllığı 1960-1963**. Ankara.
46. Somel A. (2015) Kamu Örgütlenmesinde Planlamanın Yeri: Türkiye’de Planlamanın Örgütlenmesinin Kökenleri ve Dönüşümü (1960-1980). **Memleket Siyaset Yönetim** 10 (24): 21-42.
47. Tozan S. ve Cevan F. (1977) **Kamu Personeline Sağlanan Mali ve Sosyal Haklar 1939-1976**. Başbakanlık Devlet Personel Dairesi, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
48. TÜSİAD (1995) **Optimal Devlet**. TÜSİAD Yayınları, Ankara.
49. Uluç A. ve Çelik A. (2006) Hayek’in Liberal Düşüncesinde Birey-Devlet İlişkisi. **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi** 18(18): 131-141.
50. Yalçınkaya K. (2017) **Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Maaş Rejiminden Ücret Rejimine Geçiş**, TODAİE Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Tezi.
51. Yayla A. (1998) **Liberalizm**. Liberte Yayınları, Ankara.
52. Zencir M. (2009) Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma, Sağlık Personelinin Sömürüsü Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri. **Toplum ve Hekim** 24(3): 161-240.