



# HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 24

Sayı/Number 1

Yıl/Year 2021

---

## Sağlık Çalışanlarının Beş Faktör Kişilik Özellikleri ile Şiddete Maruz Kalma ve Şiddet Görme Korkusu Arasındaki İlişki

*Özgün ÜNAL, Mahmut AKBOLAT, Gamze PALAN*

---

## Sağlık Kurumlarına Yapılan Geri Ödeme Yöntemleri: SUT-TİG Karşılaştırması

*Pınar ERDOĞAN*

---

## Doktorların Çalışma Yaşam Kalitesinin Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisi

*Dilek ŞAHİN, Zeynep EKİCİ, İbrahim Halil KAYRAL*

---

## Örgütsel Adaletin Örgütsel Sapma Davranışlarına Etkisi: Bir Hastane Örneği

*Fuat KORKMAZER, Mahfure PİROL*

---

## E-Nabız Uygulamasının Bilinirliği: Bir Üniversite-Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği

*Pınar GÜNGÖR KETENCİ, Sevda AYDIN BÜYÜK, Zeliha ARAS BALCI, Özlem ÖZTEKİN, Sunay GÜNER, Özgül GÖKTAŞ, Melek Meltem GÖKSEL*

---

## Hemşirelerin Örgütsel Etik İklim Algısı ile Brikolaj ve Yenilikçilik Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

*Bediye ÖZTAŞ, Gönül KURT, Meltem UĞURLU*

---

## Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Lider Üye Etkileşiminin İşten Ayrılma Niyetine Etkisinde İşe Yabancılaşmanın Aracılık Rolü

*Aysun TÜRE, İrfan AKKOÇ*

---

## Örgütsel Kimlik Algısının Örgütsel Bağlılığa Etkileri: Hakkâri Devlet Hastanesi Örneği

*Sinan DEMİR, Hava YAŞBAY KOBAL*

---

## OECD Ülkelerinde Hastane Yatış Süresini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

*Seda AYDAN, Cengiz ARIKAN*

---

## Covid-19 Küresel Salgınında Sağlık Çalışanlarının Belirsizliğe Tahammülsüzlüğünün Değerlendirilmesi

*Özden GÜDÜK, Özlem GÜDÜK, Ayten VURAL*

---

## Kaynak Bağımlılığı Düzeyinin Rekabet Stratejileri Üzerindeki Etkisi: Algılanan Çevresel Belirsizliğin Düzenleyici Rolü

*Hatice UÇAK, Metin KAPLAN*

---

## The Evaluation of the Effect of the Information Security Awareness Level in Medical Secretaries on the Security and Privacy Implementations of Electronic Health Records

*Tülin FİLİK, Demet ÜNALAN*

---

## Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesinin “İçkin Bileşen”i Olarak Etik

*Gamze NESİPOĞLU, Ahmet ÖZDİNÇ*

---

## Hemşireleri Kuruma Çeken Bir Hastane Modeli: Mıknatıs Hastaneler

*Fatma MANSUR, Feyziye TOMBAK DİZİLİ*



HACETTEPE  
**SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ**

Cilt/Volume: 24

Sayı/Number: 1

2021

e-ISSN 2148-9041

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

**Cilt: 24 Sayı: 1 Yıl: 2021**

**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 ERİGÜÇ

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

Pınar YALÇIN BALÇIK

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü/ Editorial Manager**

Gamze BAYIN DONAR

**Türkçe Dil Editörü / Turkish Language Editor**

Seda AYDAN

**İngilizce Dil Editörü / English Language Editor**

Songül ÇINAROĞLU

**Yayın Kurulu/Editorial Board**

Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Çağdaş Erkan AKYÜREK	Ankara Üniversitesi
Ersen ALOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Fikriye YILMAZ	Başkent Üniversitesi
Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN	Hacettepe Üniversitesi
Gülsün ERİGÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Menderes TARCAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Oğuz IŞIK	Hacettepe Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Özlem ÖZER	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Pınar YALÇIN BALÇIK	Hacettepe Üniversitesi
Seda AYDAN	Hacettepe Üniversitesi
Serap DURUKAN KÖSE	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Songül ÇINAROĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi

**Dergi Tasarım**

Birol YETİM  
Gülnur İLGÜN  
Murat KONCA  
Nazan KARTAL

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

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

**Gamze BAYIN DONAR**

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

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

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

*Yayın Türü:* Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda 4 Sayı (Mart, Haziran, Eylül, Aralık)  
*Yayının Yönetim* Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü  
*Yeri:* D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü 06800 Çankaya/Ankara, Tel No: 2976356-57-58  
*Yayın Tarihi* 24.03.2021

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.



## **Danışma Kurulu / Advisory Board**

İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi
Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi
Şebnem ASLAN	Selçuk Üniversitesi
Metin ATEŞ	Marmara Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
Fevziye ÇETİNKAYA	Erciyes Üniversitesi
Elif DİKMETAŞ YARDAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Ramazan ERDEM	Süleyman Demirel Üniversitesi
Gülsün ERİGÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Korkut ERSOY	Başkent Üniversitesi
Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Şahin KAVUNCUBAŞI	Başkent Üniversitesi
Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Mustafa KILIÇ	Hacettepe Üniversitesi
Simten MALHAN	Başkent Üniversitesi
Hacer ÖZGEN NARCI	İstinye Üniversitesi
Nermin ÖZGÜLBAŞ	Başkent Üniversitesi
Nurhan PAPATYA	Süleyman Demirel Üniversitesi
Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Menderes TARCAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Demet ÜNALAN	Erciyes Üniversitesi
Türkan YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU	Beykent Üniversitesi

## İÇİNDEKİLER

Araştırma	
Sağlık Çalışanlarının Beş Faktör Kişilik Özellikleri ile Şiddete Maruz Kalma ve Şiddet Görme Korkusu Arasındaki İlişki The Relationship between Five Factor Personality Traits of Health Workers and Exposure to Violence and Fear of Violence.....	1 - 14
<i>Özgün ÜNAL, Mahmut AKBOLAT, Gamze PALAN</i>	
Sağlık Kurumlarına Yapılan Geri Ödeme Yöntemleri: SUT-TİG Karşılaştırması Reimbursement Methods to Health Institutions: Health Practice Notification-DRG Comparison.....	15 - 28
<i>Pınar ERDOĞAN</i>	
Doktorların Çalışma Yaşam Kalitesinin Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisi The Effect of Doctors' Quality of Work Life on Organizational Commitment and Turnover Intention.....	29 - 42
<i>Dilek ŞAHİN, Zeynep EKİCİ, İbrahim Halil KAYRAL</i>	
Örgütsel Adaletin Örgütsel Sapma Davranışlarına Etkisi: Bir Hastane Örneği The Effect of Organizational Justice on Organizational Deviation Behaviors: A Hospital Example.....	43 - 62
<i>Fuat KORKMAZER, Mahfure PİROL</i>	
E-Nabız Uygulamasının Bilinirliği: Bir Üniversite-Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği Awareness of E-Nabız Application: A Case Study of A University-Education Research Hospital.....	63 - 80
<i>Pınar GÜNGÖR KETENCİ, Sevda AYDIN BÜYÜK, Zeliha ARAS BALCI, Özlem ÖZTEKİN, Sunay GÜNER, Özgül GÖKTAŞ, Melek Meltem GÖKSEL</i>	
Hemşirelerin Örgütsel Etik İklim Algısı ile Brikolaj ve Yenilikçilik Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi Assessment of the Relationship between Nurses' Organizational Ethical Climate Perception with Bricolage and Innovative Behavior.....	81 - 92
<i>Bediye ÖZTAŞ, Gönül KURT, Meltem UĞURLU</i>	
Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Lider Üye Etkileşiminin İşten Ayrılma Niyetine Etkisinde İşe Yabancılaşmanın Aracılık Rolü The Mediating Role of Work Alienation in the Effect of Leader-Member Exchange on Turnover Intentions in Nurses Working in a University Hospital.....	93 - 108
<i>Aysun TÜRE, İrfan AKKOÇ</i>	
Örgütsel Kimlik Algısının Örgütsel Bağlılığa Etkileri: Hakkâri Devlet Hastanesi Örneği The Effects of Organizational Identity Perception on Organizational Commitment: Example of Hakkari State Hospital.....	109 - 126
<i>Sinan DEMİR, Hava YAŞBAY KOBAL</i>	
OECD Ülkelerinde Hastane Yatış Süresini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi Examination of Factors Affecting Length of Hospital Stay in OECD Countries.....	127 - 138
<i>Seda AYDAN, Cengiz ARIKAN</i>	
Covid-19 Küresel Salgınında Sağlık Çalışanlarının Belirsizliğe Tahammülsüzlüğünün Değerlendirilmesi Assessing Healthcare Workers' Intolerance to Uncertainty during Covid-19 Pandemic..	139 - 150
<i>Özden GÜDÜK, Özlem GÜDÜK, Ayten VURAL</i>	

---

Kaynak Bağımlılığı Düzeyinin Rekabet Stratejileri Üzerindeki Etkisi: Algılanan Çevresel Belirsizliğin Düzenleyici Rolü The Effect of Resource Dependence Level on Competitive Strategies: Moderating Role of Perceived Environmental Uncertainty .....	151 - 182
<i>Hatice UÇAK, Metin KAPLAN</i>	
The Evaluation of the Effect of the Information Security Awareness Level in Medical Secretaries on the Security and Privacy Implementations of Electronic Health Records Tıbbi Sekreterlerde Bilgi Güvenliği Farkındalık Düzeyinin Elektronik Sağlık Kayıtlarının Güvenlik ve Mahremiyet Uygulamalarına Etkisinin Değerlendirilmesi .....	183 - 202
<i>Tülin FİLİK, Demet ÜNALAN</i>	
<b>Derleme</b>	
Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesinin “İçkin Bileşen”i Olarak Etik Ethics as the “Immanent Component” of Health Technology Assessment.....	203 - 218
<i>Gamze NESİPOĞLU, Ahmet ÖZDİNÇ</i>	
Hemşireleri Kuruma Çeken Bir Hastane Modeli: Mıknatıs Hastaneler A Hospital Model Attracting Nurses to the Institution: Magnet Hospitals .....	219 - 233
<i>Fatma MANSUR, Feyziye TOMBAK DİZİLİ</i>	

---

ARAŞTIRMA MAKALESİ

# SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BEŞ FAKTÖR KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE ŞİDDETE MARUZ KALMA VE ŞİDDET GÖRME KORKUSU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Özgün ÜNAL \*

Mahmut AKBOLAT \*\*

Gamze PALAN \*\*\*

## ÖZ

Sağlıkta şiddet en genel tanımıyla, sağlık personelinin iş başındayken hasta, hastaların yakınları veya başka herhangi biri tarafından fiziksel veya psikolojik saldırıya uğramasıdır. Sağlıkta şiddet gün geçtikçe artmakta ve sağlık çalışanlarını ciddi manada tehdit etmektedir. Bu nedenle sağlıkta şiddet konusunun ve yaşanan şiddet olaylarının nedenlerinin araştırılması oldukça büyük önem arz etmektedir. Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarını tespit etmek ve sağlık çalışanlarının kişilik özellikleri ile şiddete maruz kalma ve gelecekte şiddet görme korkusu yaşama arasındaki ilişkileri belirlemektir. Çalışmanın evreni, Sakarya ilinde faaliyet gösteren bir özel hastanede çalışan 135 hekim ve hemşireden oluşmaktadır. Herhangi bir örneklem seçilmeksizin bütün evrene ulaşılması hedeflenmiş, ancak 112 hemşire ve doktora ulaşılabilmektedir. Çalışmada veri toplama aracı olarak dört bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra, Spearman korelasyon analizi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında analiz edilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının yaşamış oldukları şiddet olayları ile kendi kişilik özellikleri arasında anlamlı ilişki görülmektedir. Bu nedenle sağlıkta şiddet konusunda araştırma yapacak araştırmacılara sağlık çalışanları, hastalar ve hasta yakınları ile ilgili diğer nedenleri araştırmaları önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Şiddet, Sağlıkta Şiddet, Şiddet Görme Korkusu, Kişilik Özellikleri, Beş Faktör Kişilik Özellikleri

## MAKALE HAKKINDA

\* Arş. Gör. Dr., Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sakarya, ozgununal@sakareya.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1245-2456>

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

 <https://orcid.org/0000-0002-2899-6722>

\*\*\* Avicenna Hospital, İstanbul, gamzepalan@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0012-2051>

Gönderim Tarihi: 13.01.2020

Kabul Tarihi: 13.01.2021

## Atıfta Bulunmak İçin:

Ünal, Ö., Akbolat, M., & Palan, G. (2021). Sağlık çalışanlarının beş faktör kişilik özellikleri ile şiddete maruz kalma ve şiddet görme korkusu arasındaki ilişki. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 1-14

## THE RELATIONSHIP BETWEEN FIVE FACTOR PERSONALITY TRAITS OF HEALTH WORKERS AND EXPOSURE TO VIOLENCE AND FEAR OF VIOLENCE

Özgün ÜNAL \*  
Mahmut AKBOLAT \*\*  
Gamze PALAN \*\*\*


### ABSTRACT

Violence in health is, in its most general definition, the physical or psychological assault of health personnel by patients, relatives or anyone else while they are at work. Violence in health is increasing day by day and threatens health professionals. Therefore, it is of great importance to investigate the issue of violence in health and the causes of violence. Therefore, the aim of this study is to determine exposure of violence to health workers and to determine the relationship between five factor personality traits and exposure to violence and fear of violence in the future. The population of the study consists of 135 physicians and nurses working in a private hospital in Sakarya province. It was aimed to reach the whole universe without selecting any sample and a total of 112 nurses and doctors could be reached. In this study, a questionnaire consisting of four sections was used as data collection tool. In addition to descriptive statistical methods, Spearman correlation analysis, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test were used as data analysis methods. The data were analyzed at 95% confidence interval. Considering the results of the study, it is seen that the violence events experienced by healthcare workers are not caused by their own personality traits. Therefore, researchers who will conduct research on violence in health are recommended to investigate other reasons related to healthcare workers, patients and their relatives.


**Keywords:** Violence, Violence In Health, Fear Of Violence, Personality Traits, Five Factor Personality Traits

### ARTICLE INFO

\* Dr., Sakarya University, ozgununal@sakareya.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2899-6722>

\*\* Prof. Dr., Sakarya University, makbolat@sakareya.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1245-2456>

\*\* Avicenna Hospital, gamzepalan@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0012-2051>

Received: 13.01.2020

Accepted: 13.01.2021

### Cite This Paper:

Ünal, Ö., Akbolat, M., & Palan, G. (2021). Sağlık çalışanlarının beş faktör kişilik özellikleri ile şiddete maruz kalma ve şiddet görme korkusu arasındaki ilişki. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 1-14

## **I. GİRİŞ**

Şiddet, sahip olunan gücün ve iktidarın, fiziksel ya da ruhsal bir yaralanmaya ve kayba neden olacak biçimde bireyin kendisine, bir başka insana, bir gruba ya da bir topluma doğrudan ya da dolaylı yolla uygulanmasıdır (World Health Organization [WHO], 2002). İş yerinde şiddet ise bireylerin işlerinin başındayken kişi veya kişiler tarafından istismara veya saldırıya maruz kalmasıdır (Warshaw ve Messite, 1996). Bu kapsamda sağlıkta şiddet, işini icra ederken sağlık personeline hastalar, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir birey tarafından uygulanan ve sağlık personeli için risk oluşturan; tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan bir durumdur (Turhan vd., 2014; Saines, 1999).

Şiddet, üzerinde durulması gereken öncelikli bir halk sağlığı sorunudur ve sağlık sektörü çalışanları bu sorundan etkilenmektedir (Yeşilbaş, 2016). Şiddet, insanlık tarihiyle ortaya çıkan karmaşık bir çatışma halidir. Şiddet günlük hayatın her alanında karşılaşılan bir olgu olmakla birlikte iş yaşamını da oldukça etkilemektedir. Yaklaşık 25 milyon insan her yıl işyerinde şiddet mağduru olmaktadır (Alioğlu, 2014). İşyerinde karşılaşılan şiddet vakaları ise çalışanlar üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Daha önce yapılmış çalışmalarda iş yerinde yaşanan şiddet olaylarının çalışanların streslerini artırdığı belirlenmiş olup (International Labour Office [ILO], 2013); yüksek stresin verimliliği ve motivasyonu düşürebileceği, işin yavaşlamasına, performans dalgalanmalarına ve çeşitli hastalıklara neden olabileceği ortaya konulmuştur (İştar, 2012; Ailen, 1983). Hasta ve hasta yakınlarıyla yakın iletişim halinde çalışan sağlık çalışanları da şiddete maruz kalma açısından büyük risk taşımaktadır (Milet ve Yanık, 2017; Hahn vd., 2012). Son yıllarda sağlık sektöründe hemen her gün karşılaşılan şiddet olaylarının şayet önlem alınmazsa hayati önem taşıyan sağlık hizmetlerinin sunumuna ciddi zararlar verebileceği düşünülmektedir. Öyle ki şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının kendilerini tehdit altında hissetmeleri, stres ve kaygı yaşamaları yaptıkları işin kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecektir. Bu nedenle iş yeri şiddetinin nedenlerinin belirlenmesi, şiddet olaylarının ve girişimlerinin engellenmesi, sağlık sektörü açısından hayati öneme sahiptir.

Sağlık sektöründe günden güne artan ve önemli bir problem haline gelen şiddet konusunda yapılan akademik çalışmalar sağlıkta şiddetin önemini vurgulamak bakımından çarpıcı sonuçlar ortaya koymaktadır. Örneğin; Demiroğlu ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmanın bulguları sağlık çalışanlarının %74,6'sının şiddete maruz kaldığını; şiddete maruz kalanların %17'sinin fiziksel şiddet, %41'inin sözlü şiddet yaşadıklarını göstermektedir. Ayrıca, şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %86'sında görev sırasında şiddet görme korkusu olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanları üzerine yapılan bir başka çalışmada 310 katılımcının 142'sinin son bir yılda şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Aydin, 2008).

Yerli yazında olduğu kadar uluslararası yazında da sağlıkta şiddet konusunda birçok çalışma ve önemli sonuç bulunmaktadır. Jafree (2017) hemşireler ile gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların %73,1'inin son bir yıl içerisinde şiddetin çeşitli formlarına maruz kaldığını tespit etmiştir. Katılımcıların %53,4'ü fiziksel şiddete, %57,3'ü sözel şiddete ve %26,9'u cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Bir başka çalışmada ise son bir yıl içerisinde katılımcıların %16,5'inin fiziksel, %72,5'inin ise sözel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (Zafar vd., 2013). Görüldüğü üzere sağlıkta şiddet ile hem Türkiye'de hem de dünyada oldukça sık karşılaşılan bir olgudur.

Sağlıkta şiddet konusunda yapılan çalışmalar, şiddetin maruz kalan sağlık personeline performans düşüşüne (Fernandes vd., 1999), moral bozukluğuna (International Council of Nurses [ICN], 2007), anksiyeteye (Akca vd., 2014; Ayrancı vd., 2006), işten ayrılma niyetine ve tükenmişliğe (Estry-Behar vd., 2008) neden olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçlar açıkça göstermektedir ki yaşanan şiddet olayları sağlık çalışanlarının, hastalar için hayati önem taşıyan işlerini en iyi şekilde yapmalarına engel olabilmektedir. Bu nedenle sağlıkta şiddet konusunun tüm yönleriyle irdelenmesi ve çözüm önerileri geliştirilmesi oldukça büyük önem arz etmektedir.

Kişilik insanların davranışları ile ilgili bir kavramdır. Kişilik en basit tanımıyla, bireyi diğerlerinden ayıran ve öz yapısıyla uyumlu tutum ve davranışlarıdır (Aslan, 2008). Kişilik bireyin zihinsel, duygusal, sosyal ve fiziksel özelliklerinin süreklilik gösteren yönlerini içerir. Bu bakımdan

kişiliğin, bireyin eğilim, davranış ve ilişki kalıpları ile tepkilerini belirleyen en temel unsur olduğu söylenebilir (Özdemir vd., 2012).

Kişiliğe ilişkin ortaya atılan pek çok model bulunmaktadır. Bunlardan bazıları, A tipi ve B tipi kişilik, Myers-Briggs kişilik tipleri ve beş faktör kişilik modelidir. (Sığırı ve Gürbüz, 2014). 1985 yılında geliştirilen beş faktör kişilik modeli bilimsel gözleme dayanan, kişiliği beş temel boyutta ele alan ve insanları kategorilere ayırmak yerine barındırdığı beş kişilik boyutunda farklı düzeylere yerleştiren bir modeldir (Girgin, 2007). Bu nedenle çalışma kapsamında beş faktör kişilik özellikleri kullanılmıştır.

Beş Faktör farklı çalışmalarda farklı şekilde adlandırılrsa da içerikleri aynıdır. Bu faktörler uyumluluk, sorumluluk, öz disiplin, nörotiklik, dışa dönüklük, gelişime açıklıktır (Sığırı ve Gürbüz, 2014; McCrea ve Costa, 1985).

*Uyumluluk*; güven, yumuşak başlılık, açık sözlülük, fedakârlık, alçakgönüllülük gibi özellikleri içinde barındıran faktördür. *Sorumluluk-öz disiplin*, yeterlilik, düzen, başarı arayışı, içsel disiplin, ihtiyatlılık gibi özelliklerin bulunduğu faktördür. *Duygusal dengelilik*, depresyon, sinirlilik, hassasiyet, sevecenlik, içine kapanıklık gibi özelliklerden oluşan faktördür. *Dışa dönüklük*; coşkunluk, iddiacılık, hareketlilik, heyecan arama, pozitif duygu gibi özellikleri içinde barındıran faktördür. *Yeniliklere açıklık* ise hayal gücü, estetik, hissiyat, değerler, fikirler, icraat gibi gelişime açık olmayla ilgili özellikleri taşıyan faktördür.

Bireylerin kişilik özellikleri şiddete meyilli olmalarında önemli bir faktördür (Pailing vd., 2014). Sağlık personeline yönelik şiddetin sıklıkla hastalar ve hasta yakınları tarafından uygulanmasına (Chang ve Chou; 2016; Spector vd., 2014) karşılık yaşanan şiddet olaylarının bizzat sağlık personelinin kendisinden de kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yani şiddet uygulayanların kişiliği kadar, şiddet mağdurlarının kişilik özelliği de şiddet uygulanmasında etkili olabilir. Özgüveni düşük, çekingen ve çatışma yönetimi becerisi olmayan bireyler şiddet için “kolay hedef” olarak nitelendirilmektedir (Özen, 2007).

Bu çalışmanın amacı; sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarını tespit edilmesi, şiddete maruz kalmaları ile şiddet görme korkusu yaşamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi ve sağlık çalışanlarının beş faktör kişilik özellikleri ile şiddete maruz kalma ve şiddet görme korkusu arasındaki ilişkilerin belirlenmesidir. Ayrıca çalışmada sağlık çalışanlarının şiddet görmesinde ve şiddet görme korkusu yaşamalarında sosyo-demografik özelliklerinin bir farklılık oluşturup oluşturmadığının belirlenmesi de amaçlanmaktadır. Bu amaçla çalışmanın hipotezleri aşağıdaki şekilde oluşturulmuştur.

H<sub>1</sub>: Sağlık çalışanlarının kişilik özellikleri ile şiddet görme korkusu arasında ilişki vardır.

H<sub>2</sub>: Sağlık çalışanlarının kişilik özellikleri ile şiddet görme korkusu arasında ilişki vardır.

H<sub>3</sub>: Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri şiddet maruz kalmada farklılık oluşturur.

H<sub>4</sub>: Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri şiddet görme korkusunda farklılık oluşturur.

## II. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Çalışmanın evrenini Sakarya ilinde faaliyet gösteren bir özel hastanede en az bir yıl çalışan hekim ve hemşireler oluşturmaktadır. Çalışma 10 Temmuz 2019-10 Ağustos 2019 tarihleri arasında yapılmış olup bu tarihler arasında hastanede toplam 135 hekim ve hemşire (46 hekim, 89 hemşire) çalışmaktadır. Ulaşılan nihai örneklem 83 hemşire ve 29 doktor olmak üzere toplamda 112 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Çalışma yapılmadan önce Sakarya Üniversitesi Etik Kurulu'nun 10.07.2019 tarih ve E.9098 sayılı yazılılarıyla etik kurallara uygunluk onayı ve çalışmanın yürütüldüğü hastaneden çalışmanın yapılabileceğine dair izin alınmıştır.

Çalışmada veri toplama aracı olarak dört bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anketin birinci bölümü, çalışanların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyimleri, görevleri, hastalar tarafından daha önce fiziksel veya sözel şiddete maruz kalıp kalmadıklarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölüm, kişilik özelliklerinin belirlenmesine yönelik olarak Somer ve Goldberg (1999) tarafından geliştirilen ve İmamoğlu ve Beydoğan (2011) tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmaları yapılan Beş Faktör Kişilik Envanterinden meydana gelmektedir. Ölçek, dışadönüklük, duygusal dengelilik, sorumluluk, yeniliklere açıklık ve uyumluluk şeklinde adlandırılan 5 boyut ve 25 sorudan oluşmaktadır. Anketin üçüncü bölümünde Rogers (1994) tarafından geliştirilen ve Akbolat ve arkadaşları (2019) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Şiddet Maruz Kalma Ölçeği ve son bölümünde Rogers (1994) tarafından geliştirilen ve Akbolat ve arkadaşları (2019) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan Şiddet Görme Korkusu Ölçeği kullanılmıştır. Ölçekler 5'li Likert yapıda şekillendirilmiştir.

Çalışmada veriler analiz edilmeden önce yapılan normallik testleri sonucunda, verilerin normal dağılım sergilemediği anlaşıldığından nonparametrik testlerden yararlanılmıştır. Çalışmada veri analiz yöntemi olarak tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra, Spearman korelasyon analizi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Çalışmanın tek bir özel hastanede uygulanması önemli bir kısıttır. Araştırmanın birkaç ilde kamu ve özel hastanelere uygulanması araştırmanın genellenebilirliğini önemli ölçüde artıracaktır.

### III. BULGULAR

Çalışmada kullanılan ölçeklerin tamamının Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları daha önce gerçekleştirildiğinden bu çalışmada ayrıca geçerlilik çalışması yapılmamıştır. Kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 1'de görülmektedir. Tabloda görüldüğü üzere ölçeklerin tamamının Cronbach Alpha katsayısı 0,80'nin üzerinde olup, çalışmada kullanılan ölçekler yüksek güvenilirliğe sahiptir (Coşkun vd., 2015).

Çalışmada kullanılan ölçeklere katılımcıların verdikleri cevapların ortalamalarına bakıldığında en yüksek ortalama beş faktör kişilik ölçeğinin sorumluluk boyutuna aittir. Ayrıca, Beş faktör kişilik özelliği ölçeğinin alt boyutlarına yüksek seviyede katılım olduğu söylenebilir. Katılımcıların şiddete maruz kalma ölçeğine katılımları oldukça düşük olmasına karşılık, şiddet görme korkusu orta seviyeye yakındır.

**Tablo 1. Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi ve Ortalamaları**

	<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>Ort.</b>	<b>S. S.</b>
Dışa Dönüklük	0,829	4,057	0,626
Duygusal Dengelilik	0,853	3,924	0,690
Sorumluluk	0,912	4,330	0,583
Yeniliklere Açıklık	0,909	4,161	0,677
Uyumluluk	0,851	4,179	0,636
Şiddet Görme Korkusu	0,973	2,527	0,683
Şiddet Maruz Kalma	0,916	1,584	0,799

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular tablo 2'de görülmektedir. Çoğunluğu kadınlardan (%74,1) oluşan katılımcıların yaşları 18 ile 65 arasında değişmektedir ve yaş ortalamaları 29,66±10,93'dir. Katılımcıların mesleki deneyimleri 1 ila 40 yıl arasında değişmektedir ve ortalaması 7,85±9,43'dür. Katılımcıların %58'i lise mezunudur ve %74'ü hemşirelerden oluşmaktadır. 112 katılımcının 18'i (%16,1) hasta ve/veya hasta yakını tarafından fiziksel şiddet ve 63'ü (%56,3) sözel şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir.



**Tablo 2. Sosyo-Demografik Bulgular**

Sosyo-Demografik Özellikler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	83	74,1
	Erkek	29	25,9
Yaş	18-21	24	21,4
	22-25	29	25,9
	26-30	23	20,5
	31-40	22	19,6
	≥41	14	12,5
Eğitim Durumu	Lise	65	58,0
	Ön Lisans	12	10,7
	Lisans	8	7,1
	Lisansüstü	27	24,1
Mesleki Deneyim	1	22	19,6
	2-3	23	20,5
	4-5	23	20,5
	6-10	20	17,9
	≥11	24	21,4
Unvan	Doktor	29	25,9
	Hemşire	83	74,1
Daha Önce Fiziksel Şiddete Maruz	Kalan	18	16,1
	Kalmayan	94	83,9
Daha Önce Sözel Şiddete Maruz	Kalan	63	56,3
	Kalmayan	49	43,8

Tablo 3'te katılımcıların daha sözel şiddete maruz kalmalarıyla, daha önce fiziksel şiddete maruz kalmaları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi yer almaktadır. Çalışma sonuçlarına göre katılımcıların daha önce sözel şiddete maruz kalmalarıyla daha önce fiziksel şiddete maruz kalmaları arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $\chi^2=6,392$   $p=0,011$ ). Buna göre sağlık çalışanlarına uygulanan sözel şiddet ile fiziksel şiddet birbirini arttırmaktadır.

**Tablo3. Fiziksel Şiddet ile Sözel Şiddet Arasındaki İlişki**

			Sözel şiddet		Toplam
			Evet	Hayır	
Fiziksel şiddet	Evet	Gözlenen	15	3	18
		Beklenen	10,1	7,9	18
	Hayır	Gözlenen	48	46	94
		Beklenen	52,9	41,1	94
Toplam	Gözlenen	63	49	112	
	Beklenen	63,0	49,0	112	

Çalışanların beş faktör kişilik özellikleri ile şiddet görmeleri ve şiddet görme korkusu yaşamaları arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan Spearman korelasyon analizi bulguları Tablo 4'te yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi, çalışanların beş faktör kişilik özellikleri ile şiddete maruz kalmaları ve şiddet görme korkusu yaşamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Bu bulgular sağlık çalışanlarının kişilik özelliklerinin şiddet görmelerine neden olmadığını göstermesi bakımından önemlidir. Bu durum genel olarak şiddetin kaynağının hasta ya da hasta yakınları olduğunu göstermektedir. Buna karşılık, şiddete maruz kalma ile şiddet görme korkusu arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır. Buna göre çalışanların şiddet olaylarına maruz kalmaları şiddet görme korkularını arttırmaktadır. Bu bulgulara göre  $H_1$  ve  $H_2$  reddedilmiştir.

**Tablo 4. Korelasyon Analizi**

	1	2	3	4	5	6
<b>1. Dışadönüklük</b>	1,000					
<b>2. Duygusal dengelilik</b>	0,622**	1,000				
<b>3. Sorumluluk</b>	0,612**	0,551**	1,000			
<b>4. Yeniliklere açıklık</b>	0,632**	0,723**	0,583**	1,000		
<b>5. Uyumluluk</b>	0,431**	0,577**	0,606**	0,523**	1,000	
<b>6. Şiddet Görme Korkusu</b>	-0,009	-0,163	0,022	-0,036	-0,016	1,000
<b>7. Şiddet Maruz Kalma</b>	-0,016	-0,147	0,073	-0,017	-0,165	0,433**

\*\* &lt;0,001

Çalışanların cinsiyetlerinin şiddet görme korkusunda ve şiddete maruz kalma durumunda farklılık oluşturup oluşturmadığını belirlemek için yapılan analiz sonuçları Tablo 5'te görülmektedir. Bu sonuçlara göre çalışanların şiddet görme korkusu yaşamasında cinsiyet herhangi bir farklılık oluşturmamaktadır. Ancak şiddete maruz kalma durumunda cinsiyet istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır. Buna göre erkek katılımcılar kadın katılımcılara oranla daha fazla şiddete maruz kalmaktadırlar.

**Tablo 5. Cinsiyete Göre Fark Tablosu**

Cinsiyet		n	Mean Rank	MWU	p
<b>Şiddet Görme Korkusu</b>	<b>Kadın</b>	83	54,83	1064,500	0,354
	<b>Erkek</b>	29	61,29		
<b>Şiddet Maruz Kalma</b>	<b>Kadın</b>	83	52,01	831,000	0,012
	<b>Erkek</b>	29	69,34		

Çalışanların unvanların şiddet görme korkusunda ve şiddete maruz kalma durumunda farklılık oluşturup oluşturmadığını belirlemek üzere gerçekleştirilen analiz sonuçları Tablo 6'da yer almaktadır. Ayrıntısı tabloda görüldüğü üzere çalışanların şiddet görme korkusu yaşamasında unvanları bakımından herhangi bir farklılık görülmemesine karşılık; şiddete maruz kalma durumunda unvan bakımından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre doktor katılımcılar hemşire katılımcılara oranla daha fazla şiddete maruz kalmaktadırlar.

**Tablo 6. Unvana Göre Fark Tablosu**

Unvan		Ort.	S.S.	MWU	p
<b>Şiddet Görme Korkusu</b>	<b>Doktor</b>	29	55,07	1162,000	0,782
	<b>Hemşire</b>	83	57,00		
<b>Şiddet Maruz Kalma</b>	<b>Doktor</b>	29	72,12	750,500	0,002
	<b>Hemşire</b>	83	51,04		

Çalışanların yaşlarının şiddet görme korkusunda ve şiddete maruz kalmalarında bir farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek üzere yapılan analiz sonuçları Tablo 7'de görülmektedir. Buna göre katılımcıların yaşları şiddete maruz kalmada istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır. Bu farklılık 18-21 yaş grubu ile 31-40 yaş arası; 18-21 yaş grubu ile 41 yaş ve üzeri grup arasında ki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Tabloda görüldüğü üzere 41 yaş ve üzeri grup 18-21 yaş grubuna göre daha fazla şiddet maruz kaldığını ifade etmiştir.

**Tablo 7. Yaşa Göre Fark Tablosu**

Yaş	N	Mean Rank	x <sup>2</sup>	p	Gammes-Howell	
<b>Şiddet Görme Korkusu</b>	<b>18-21</b>	24	58,04	1,649	0,800	
	<b>22-25</b>	29	60,17			
	<b>26-30</b>	23	49,37			
	<b>31-40</b>	22	55,75			
	<b>≥41</b>	14	59,14			
<b>Şiddet Görme</b>	<b>18-21</b>	24	40,77	16,200	0,003	1-5 p=0,043
	<b>22-25</b>	29	51,66			
	<b>26-30</b>	23	54,39			
	<b>31-40</b>	22	67,91			
	<b>≥41</b>	14	79,04			

Çalışanların mesleki deneyimlerinin şiddet görme korkusunda ve şiddete maruz kalmalarında bir farklılık oluşturup oluşturmadığını test etmek amacıyla yapılan analiz sonuçları Tablo 8’de görülmektedir. Buna göre katılımcıların mesleki deneyimleri şiddete maruz kalmada istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır. Analiz sonucuna göre farklılık 1 yıllık mesleki deneyimi olanlar, 2-3 yıllık mesleki deneyimi olanlar ve 4-5 yıllık mesleki deneyimi olanlar ile 11 yıl ve üzeri mesleki deneyimi olanlar arasında ki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Tabloda görüldüğü üzere mesleki deneyim arttıkça şiddete maruz kalma durumunun görülme olasılığı da artmaktadır. Bu bulgular tablo 6’daki bulgular ile birbirini desteklemektedir.

**Tablo 8. Mesleki Deneyime Göre Fark Tablosu**

Mesleki Deneyim	n	Mean Rank	x <sup>2</sup>	p	Gammes-Howell	
<b>Şiddet Görme Korkusu</b>	<b>1</b>	22	48,41	3,418	0,491	
	<b>2-3</b>	23	58,70			
	<b>4-5</b>	23	51,80			
	<b>6-10</b>	20	64,53			
	<b>≥11</b>	24	59,63			
<b>Şiddet Maruz Kalma</b>	<b>1</b>	22	45,50	22,548	0,000	1-4 p=0,047 1-5 p=0,005
	<b>2-3</b>	23	44,30			
	<b>4-5</b>	23	45,72			
	<b>6-10</b>	20	68,83			
	<b>≥11</b>	24	78,33			

Çalışanların eğitim durumlarının şiddet görme korkusunda ve şiddete maruz kalmalarında bir farklılık oluşturup oluşturmadığını test etmek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçları Tablo 9’da görülmektedir. Buna göre katılımcıların eğitim durumları şiddete maruz kalmada istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır. Ayrıntısı tabloda görüldüğü üzere lise mezunu çalışanlar ile lisansüstü mezunu çalışanlar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlıdır. Hekimlerin tamamının lisansüstü mezunu olduğu göz önüne alındığında bu bulgular Tablo 5’deki bulgular ile birbirini desteklemektedir.

**Tablo 9. Eğitim Durumuna Göre Fark Tablosu**

Eğitim Durumu		n	Mean Rank	x <sup>2</sup>	p	Gammes-Howell
Şiddet Görme Korkusu	Lise	65	53,27	4,856	0,183	
	Ön Lisans	12	75,54			
	Lisans	8	53,81			
	Lisansüstü	27	56,61			
Şiddet Maruz Kalma	Lise	65	48,52	10,851	0,013	1-4 p=0,042
	Ön Lisans	12	63,79			
	Lisans	8	58,63			
	Lisansüstü	27	71,85			

#### IV. SONUÇ VE TARTIŞMA

Sağlıkta şiddet konusu hem Türkiye’de hem tüm dünyada oldukça yaygın bir problemdir. Çalışma sonucunda katılımcıların %16’sının daha önce hasta ve hasta yakınları tarafından fiziksel şiddet gördüğü; %56’sının ise sözel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Hem ulusal hem uluslararası alan yazında yer alan çalışmalarda da benzer sonuçlar yer almaktadır. Ulusal yazında yer alan çalışmalardan Aydın (2008)’in çalışması katılımcıların %45,8’inin daha önce şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Akca ve diğerleri (2014)’nin çalışmasında ise katılımcıların %24,2’sinin daha önce şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. Uluslararası yazında ise Zafar ve diğerleri (2016)’nin çalışmasında her 6 hekimden 1’inin fiziksel şiddete maruz kaldığı ileri sürülmektedir. Bu sonuçlar sağlıkta şiddetin hem ulusal hem de uluslararası düzeyde oldukça yaygın bir problem olduğunu gözler önüne sermektedir.

Çalışmada kullanılan ölçeklere katılımcıların verdikleri cevapların ortalamaları dikkate alındığında beş faktör kişilik özelliği ölçeğinin alt boyutlarının ortalamalarının genel olarak yüksek seviyede olduğu görülmektedir. Alan yazınında yer alan ve sağlık çalışanları ile gerçekleştirilmiş çalışmalar incelendiğinde ise Mert Şencan (2016) beş faktör kişilik özelliklerinden dışa dönüklük, sorumluluk, yeniliklere açıklık ve uyumluluk boyutlarının ortalamalarını yüksek seviyede bulurken duygusal dengelilik boyutunun ortalamasını orta seviyede bulmuştur. Çalışmanın sonuçları ile Mert Şencan (2016)’in çalışmasının sonuçları birbirlerini desteklemektedir. Bir diğer çalışmada ise sağlık çalışanlarının beş faktör kişilik özelliklerinin ortalamaları orta seviyede bulunurken duygusal dengelilik boyutunun ortalaması diğer boyutlara oranla daha düşük seviyede bulunmuştur (Özdemir (2019). Bu çalışmanın sonuçları da kısmen araştırma sonuçlarını desteklemektedir. Zira bu çalışmada da duygusal dengelilik boyutunun ortalama puanı diğer boyutlara oranla daha düşük bulunmuştur. Her üç çalışmada da duygusal dengelilik boyutu ortalama puanının diğer boyutlara oranla daha düşük olması sağlık çalışanlarının yaptıkları işin doğası gereği duygusal dalgalanmalar yaşayabildiğini ortaya koymaktadır.

Katılımcıların şiddete maruz kalma ölçeğine katılımları ise oldukça düşük seviyedeysen, şiddet görme korkusu ölçeğine katılımları orta seviyeye yakındır. Bu sonuç, çalışmanın gerçekleştirildiği hastanede şiddet vakalarına çok az rastlansa da çalışanların sağlık sektöründe yaşanan şiddet olaylarının farkında olduklarını ve bu nedenle şiddet görme korkusu yaşadıkları göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının kişilik özelliklerinin şiddete maruz kalma ve şiddet görme korkusu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları, sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmaları ile kişilik özellikleri (alınan dışadönüklük, duygusal dengelilik, sorumluluk, yeniliklere açıklık ve uyumluluk) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir. Alan yazında kişilik özelliklerinin şiddet görmeye etkili olabileceğine yönelik bilgiler mevcuttur. Örneğin Cinoğlu (2015) melankolik kişilerin şiddete hedef olma ihtimallerinin yüksek olduğunu belirtmiştir. Ancak bu sav herhangi ampirik bir çalışma ile desteklenmemiştir. Dolayısıyla çalışmanın sonuçları ile zıt veya benzer herhangi bir bulguya alan yazınında rastlanılmamıştır.

Çalışmanın bir diğer amacı çalışanların sosyo-demografik özelliklerinin şiddete maruz kalmada bir farklılık oluşturup oluşturmadığının da belirlenmesidir. Buna yönelik yapılan analiz sonuçları şiddete maruz kalma durumunda cinsiyetin anlamlı fark oluşturduğu ve erkeklerin kadınlara göre daha fazla şiddete maruz kaldıklarını göstermektedir. Alan yazınında bu bulguyu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (James vd., 2006; Gerberich vd., 2004). Çalışmadan elde edilen diğer bir sonuç, doktorların hemşirelerden daha fazla şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Alan yazınında bu sonuca paralel (Bıçkıcı, 2013; Ayrancı vd., 2006) ve zıt (Eker vd., 2011) sonuçlar bulunmaktadır.

Çalışanların yaşlarının ve mesleki deneyimlerinin şiddete maruz kalmada anlamlı farklılık oluşturduğu sonuçları çalışmadan elde edilen ve birbirini destekleyen diğer sonuçlardır. Çalışmada 41 yaş üstü personelin 18-21 yaş personele göre daha fazla şiddete maruz kaldıkları ve 11 yıl ve üzeri çalışma deneyimi olan personelin 5 yıl ve altı deneyime sahip personele oranla daha fazla şiddete maruz kaldıkları sonucu bulunmuştur. Ayrancı ve diğerlerinin (2006) çalışmasında 31-50 yaş arası çalışanların daha fazla şiddete maruz kaldıkları bulgusu ve mesleki deneyimin şiddete maruz kalmada farklılık oluşturduğu bulgusu çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir. Çalışmanın bir diğer sonucu eğitim düzeyinin şiddete maruz kalmada anlamlı farklılık oluşturduğu sonucudur. Bu sonucu Çamcı ve Kutlu (2011)'nin çalışmalarında elde ettikleri bulgu desteklemektedir.

Çalışmada ele alınan bir diğer husus ise sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmaları ile şiddet görme korkusu yaşamaları arasındaki ilişkinin bulunmasıdır. Yapılan korelasyon analizi neticesinde sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmaları, sağlık çalışanlarında gelecekte şiddet görme korkusu oluşmasına neden olduğunu göstermektedir. Alan yazınında bu bulguyu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin Akbolat ve diğerleri (2017) ile Demiroğlu (2015) şiddete maruz kalmanın gelecekte şiddet görme korkusunu etkilediğini ortaya koyarken, Günaydın ve Kutlu (2012) şiddet mağduru personellerin kendilerini koruma konusunda daha hassas davrandıklarını vurgulamaktadırlar. Bu sonuç şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının işlerini yaparken sürekli kaygılı olacaklarını, bu nedenle işlerine tam anlamıyla odaklanamayabileceklerini göstermektedir. Bunun da hastalara sunulan sağlık hizmetinin kalitesini doğrudan etkileyeceği açıktır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar şiddete maruz kalmada doktorların, yaşı ve mesleki deneyimi daha yüksek olan sağlık çalışanlarının daha dezavantajlı olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar göz önüne alındığında şiddete maruz kalma konusunda risk taşıyan grupların şiddet konusunda bilgilendirmeleri ve personel görev dağılımı yapılırken bu grupların göz önünde bulundurularak mümkün olduğunca şiddet olaylarını önlemeye yönelik görev dağılımlarının yapılması önerilebilir.

Çalışmanın sonuçları sağlık çalışanlarının yaşamış oldukları şiddet olaylarının kendi kişilik özelliklerinden kaynaklanmadığını ortaya koymaktadır. Buna göre sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin temelinde hastalara, hasta yakınlarına veya sağlık sistemine ilişkin başka herhangi bir neden yatıyor olabilir. Bu nedenle daha sonraki araştırmacıların sağlıkta şiddete neden olabilecek muhtemel diğer faktörleri araştırmaları önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Ailen, R. (1983). *Human stress: It's nature and control*. New York: McMillan Publication.
- Akbolat, M., Ünal, Ö., Amarat, M & Durmuş, A. (2017). The effects of direct violence and witnessed violence on future fear of violence and turnover intention: a study on health employees. *6th World Conference on Business, Economics and Management (BEM-2017)*, North Cyprus, 04-06 May 2017 (pp. 28).
- Akca, N., Yılmaz, A., & Işık, O. (2014). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: özel bir tıp merkezi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1), 1-11.
- Aslan, S. (2008). Kişilik, huy ve psikopatoloji. *Rewiews, Cases and Hypotheses in Psychiatry RCHP*, 2(1-2), 7-18.
- Aydın, M. (2008). *Isparta-Burdur health workers' violence and perception of violence*. Turkish Medical Association. Isparta-Burdur Medical Chamber Presidency.
- Ayrancı, U., Yenilmez, C., Balcı, Y., & Kaptanoğlu, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. *Journal of interpersonal violence*, 21(2), 276-296.
- Bıçkıcı, F. (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve neden olan faktörler: bir devlet hastanesi örneği. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 5(1), 43-56.
- Chang, H. E., & Cho, S. H., (2016). Workplace violence and job outcomes of newly licensed nurses. *Asian Nursing Research*, 10(4), 271-276.
- Cinoğlu, A. (2015). Sağlık kurumlarında şiddet. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- Coşkun, R., Altunışık, R., Bayraktaroğlu, S., & Yıldırım, E. (2015). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri (8. Baskı)*. Sakarya Kitabevi.
- Çamcı, O., & Kutlu, Y. (2011). Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 9-16.
- Demiroğlu, T., Kilinc, E. & Atay, E. (2015). Violence towards health professionals: the case of Kilis city. *Journal of Health Sciences*, 24, 49-55.
- Eker, H. H., Topçu, İ., Şahingöz, S., Özder, A., & Aydın, H. (2011). Bir eğitim ve araştırma hastanesindeki şiddet sıklığı. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(3), 16-22.
- Estryn-Behar, M., Van Der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M., & Hasselhorn, H. M. (2008). Violence risks in nursing—results from the European 'NEXT' Study. *Occupational Medicine*, 58(2), 107-114.
- Fernandes, C., Bouthillette, F., Raboud, J.M., Bullock, L., Moore, C., Christenson, J.M., ..., & Way, M. (1999). Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ*; 161(10), 1245-1248.
- Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., & Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and environmental medicine*, 61(6), 495-503.

- Girgin, B. (2007). *Beş faktör kişilik modelinin işyerinde duygusal tacize (mobbinge) etkileri.* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.
- Günaydın, N. & Kutlu, Y. (2012). Experience of workplace violence among nurses in health-care settings. *Journal of Psychiatric Nursing*, 3(1), 1-5.
- Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2685-2699.
- ICN, International Council of Nurses. (2007). *Guidelines on coping with violence in the work place.* Geneva, Switzerland.
- ILO, International Labour Office (2013). *Work-related violence and its integration into existing surveys.* [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/meetingdocument/wcms\\_222231.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/meetingdocument/wcms_222231.pdf).
- İmamoğlu, E. O., & Beydoğan, B. (2011). Impact of self-orientations and workcontext related variables on the well-being of public and private-sector Turkish employees. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 145(4), 267-296.
- İştar, E. (2012). Stres ve verimlilik ilişkisi. *Akademik Bakış Dergisi*, 33 (Kasım-Aralık), 1-21.
- Jafree, S. R. (2017). Workplace violence against women nurses working in two public sector hospitals of Lahore, Pakistan. *Nursing outlook*, 65(4), 420-427.
- James, A., Madeley, R., & Dove, A. (2006). Violence and aggression in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 23(6), 431-434.
- Mert Şencan, M. N. (2016). Beş faktör kişilik özellikleri ile işkolizm arasındaki ilişkinin incelenmesi: kamu sektöründe çalışanlar üzerinde bir araştırma. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5(3), 229-246.
- Milet, M. & Yanık, A. (2017). Workplace violence against health workers. *International Journal of Health Management and Strategies Research*, 3(2), 25-36.
- Özdemir, A. (2019). *Şiddete maruz kalma durumunun beş faktör kişilik özelliği ve duygusal zekâ boyutu ile 112 çalışanları üzerinde değerlendirilmesi.* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Özdemir, O., Özdemir, P. G., Kadak, M. T., & Nasıroğlu, S. (2012). Kişilik gelişimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4), 566-589
- Özen, S. (2007). İşyerinde şiddet ve nedenleri. *İş,Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 9(3), 1-24.
- Pailing, A., Boon, J., & Egan, V. (2014). Personality, the dark triad and violence. *Personality and Individual Differences*, 67, 81-86.
- Rogers, A. K. (1994). *Violence at work: personal and organizational outcomes.* (Master Thesis), The University of Guelph, Canada.
- Saines J. C. (1999). Violence and aggression in A&E: *Recommendations for action.* *Accident and Emergency Nursing*. 7(1), 8-12.
- Sıgır, Ü., & S. Gürbüz (2014). *Örgütsel davranış.* 2. Baskı. Ankara: Beta Yayınları.

- Somer, O., & Goldberg, L. R. (1999) The structure of Turkish trait-descriptive adjectives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 431-450.
- Spector, P. E., Zhou, Z. E., & Che, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 72-84.
- Turhan, Ö., Ahmed, F., Aslan, D., Erişgen, G., Çakır, B., & Şengelen, M. (2014). *Önlenebilir bir sorun: hekime yönelik şiddet araştırmalardan yararlanılan değerlendirilmeler ve çözüm önerileri*. Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Warshaw L. J. & J. Messite (1996). Workplace violence: preventive and interventive strategies. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 38(10), 993-1006.
- WHO, World Health Organization. (2002). A universal challenge. World Report on Violence and Health: Summar, Geneva.
- Yeşilbaş, H. (2016). Sağlıkta şiddete genel bakış. *YÖHED, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, Şubat*, 3(1), 44-54.
- Zafar, W., Khan, U. R., Siddiqui, S. A., Jamali, S., & Razzak, J. A., (2016). Workplace violence and self-reported psychological health: coping with post-traumatic stress, mental distress, and burnout among physicians working in the emergency departments compared to other specialties in Pakistan. *The Journal of Emergency Medicine*, 50(1), 167-177.
- Zafar, W., Siddiqui, E., Ejaz, K., Shehzad, M. U., Khan, U. R., Jamali, S., & Razzak, J. A. (2013). Health care personnel and workplace violence in the emergency departments of a volatile metropolis: results from Karachi, Pakistan. *The Journal of Emergency Medicine*, 45(5), 761-772.





## SAĞLIK KURUMLARINA YAPILAN GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ: SUT-TİG KARŞILAŞTIRMASI

Pınar ERDOĞAN \*

### ÖZ

Bu çalışmada, Karaman Devlet Hastanesi'nin 2018 yılı Tanı İlişkili Gruplar (TİG) verileri kullanılarak dolaşım sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, endokrin, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar ile böbrek ve idrar yolları hastalıkları major tanı sınıfında yer alan her bir TİG'in toplam bağıl değer içindeki oranı ile Sosyal Güvenlik Kurumu Medula sisteminde yer alan aynı vakalar için hesaplanan toplam fatura tutarının içindeki oranının kıyaslanması, böylece bu üç majör tanı sınıfına ait TİG ve Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ödeme oranlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya ait veriler [tigkds.saglik.gov.tr](http://tigkds.saglik.gov.tr) ve [medula.sgk.gov.tr](http://medula.sgk.gov.tr) adreslerinden elde edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre 2018 yılı dolaşım sistemi hastalıkları major tanı sınıfına ait 1.147 vakanın oluşturduğu 36 TİG'den 25'inde TİG ödeme oranı SUT ödeme oranına göre daha yüksek bulgulanırken, 11 TİG'de bulunan vakalarda ise SUT ödeme oranı TİG ödeme oranından daha yüksek bulgulanmıştır. Sindirim sistemi hastalıkları major tanı sınıfı ait 178 vakanın oluşturduğu 31 TİG'den 17'si toplam bağıl içinde SUT'a göre daha yüksek oranda faturalandırılırken, 14 TİG'de bulunan vakalarda ise SUT ödeme oranı TİG'den daha yüksek oranda bulgulanmıştır. Endokrin, nutrisyonel (beslenme) ve metabolik hastalıklar major tanı sınıfına ait 292 vakanın oluşturduğu 9 TİG'den 4'ü toplam bağıl içinde SUT'a göre daha yüksek oranda faturalandırılırken, 5 TİG'de bulunan vakalarda ise SUT ödeme oranı TİG'den daha yüksek oranda bulgulanmıştır. Böbrek ve idrar yolları hastalıkları major tanı sınıfına ait toplam. 171 vakanın oluşturduğu 15 TİG'den 8'i toplam bağıl içinde SUT'a göre daha yüksek oranda faturalandırılırken, 7 TİG'de bulunan vakalarda ise SUT ödeme oranı TİG'den daha yüksek oranda bulgulanmıştır. Araştırma bulgularına göre iki yöntem arasında biri diğerine ödeme oranları açısından net bir şekilde üstünlük sağlamamıştır. Her bir geri ödeme yönteminin istenilen etkilerinin yanında istenmeyen etkileri de bulunmaktadır. Ülkelerin tüm sağlık hizmetlerinin finansmanında tek bir geri ödeme yöntemini benimsemek yerine farklı yöntemlerin farklı üstünlüklerinden faydalanması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Geri Ödeme Yöntemleri, Global Bütçe, TİG

### MAKALE HAKKINDA

\* Dr. Öğretim Üyesi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, [perdogan@kmu.edu.tr](mailto:perdogan@kmu.edu.tr)

 <https://orcid.org/0000-0000-7817-1342>

Gönderim Tarihi: 25.02.2020

Kabul Tarihi: 02.12.2020

### Atıfta Bulunmak İçin:

Erdoğan, P. (2021). Sağlık kurumlarına yapılan geri ödeme yöntemleri: SUT-TİG karşılaştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 15-28

## REIMBURSEMENT METHODS TO HEALTH INSTITUTIONS: HEALTH PRACTICE NOTIFICATION–DRG COMPARISON

Pınar ERDOĞAN \*

### ABSTRACT

*In this study, the ratio of each DRG in the circulatory system diseases, digestive system diseases, endocrine, nutritional and metabolic diseases and kidney and urinary tract diseases major diagnostic class using the DRG data of 2018 in a total relative value and SSI for the same cases in the Medula system. It is aimed to compare the ratio of the calculated total invoice amount, thus comparing the DRG and health practice notification payment rates of these three MDC. The data of the study were obtained from [tigkds.saglik.gov.tr](http://tigkds.saglik.gov.tr) and [medula.sgk.gov.tr](http://medula.sgk.gov.tr). According to the findings, the DRG payment rate was higher in 25 of the 36 DRGs of 1,147 cases of the circulatory system diseases major diagnosis class in 2018, while the rate of health practice notification payment was found to be higher than DRG in 11 DRG cases. While 17 of 31 DRGs, consisting of 178 cases belonging to major diagnostic class of digestive system diseases, were invoiced at a higher rate than health practice notification in total relative, the rate of health practice notification payment was found to be higher than DRG in 14 DRG cases. While 4 out of 9 DRGs consisting of 292 cases of endocrine, nutritional (nutritional) and metabolic diseases major diagnostic class are billed at a higher rate than health practice notification, the rate of payment of health practice notification in 5 DRGs was found higher than DRG. While 8 out of 15 DRGs consisting of 171 cases of kidney and urinary tract diseases major diagnostic class are billed at a higher rate than health practice notification, the rate of payment of health practice notification in 7 DRGs was found higher than DRG. According to the research findings, one of the two methods did not clearly outperform the other in terms of payment rates. In addition to the desired effects, each reimbursement method has unwanted effects. It is recommended that countries benefit from different advantages of different methods instead of adopting a single reimbursement method in financing all health services.*

**Keywords:** Reimbursement Methods, Global Budget, DRG

### ARTICLE INFO

\* Assist. Prof., Karamanoğlu Mehmetbey University, [perdogan@kmu.edu.tr](mailto:perdogan@kmu.edu.tr)

 <https://orcid.org/0000-0000-7817-1342>

Received: 25.02.2020

Accepted: 02.12.2020

### Cite This Paper:

Erdoğan, P. (2021). Sağlık kurumlarına yapılan geri ödeme yöntemleri: SUT-TİG karşılaştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 15-28

## I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerindeki hızlı gelişmelerin beraberinde getirdiği artan yaşam süresi ve kronik hastalıklar gelişmiş ve özellikle gelişmekte olan ülkeler için önemli bir sorun oluşturmaya başlamıştır. Her geçen gün artan sağlık giderleri ülke karar alıcılarını mümkün olan en uygun geri ödeme yöntemini seçmeye zorlamaktadır (Akbulut, 2012).

Bir geri ödeme sistemini ülkeler için seçilebilir yapan pek çok etken vardır. Bunlardan öncelikli belirtilmesi gerekenlerden bazıları geri ödeme sisteminin ülkenin demokratik yapısına, gelişmişlik düzeyine, toplum yapısına, siyasal ve ekonomik yapısına uygun olmasıdır (Kadıız, 2011). Bu kriterlere ilaveten karar vericilerin bir geri ödeme yöntemi seçerken seçilen yöntemin 3 temel kriteri taşımasına dikkat etmeleri gerekmektedir. Bu kriterler (Waters ve Hussey, 2004; Kadıız, 2011):

- Sağlık tesisine yapılan ödeme miktarı, sağlık tesisinin bu hizmet sunumunda katlandığı gideri karşılamalıdır.
- Sağlık tesisine yapılan ödeme miktarı AR-GE çalışmalarına imkan verecek payı içermelidir.
- Sağlık tesisine yapılan ödemelerin tedavi tipleri arasında dengesizlik yaratacak farkları olmamalıdır.

Seçilen geri ödeme yöntemi eğer bu 3 temel kriteri karşılamıyorsa sağlık hizmet sunucularından kaliteli bir sağlık hizmeti beklentisinin karşılanması mümkün değildir.

Bu çalışmada başlıca geri ödeme yöntemlerinden vaka temelli ödeme (TİG) ve Türkiye’de uygulanan global bütçe ödeme yöntemi (SUT temelli) incelenecektir. Günümüzde Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler için aktif olarak kullanılan geri ödeme yöntemi global bütçe ödeme yöntemidir. TİG sistemi ise Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde ve üniversite hastanelerinde veri gönderme aşamasında olup henüz geri ödeme yöntemi olarak kullanılmaya başlanmamıştır. Her iki ödeme yöntemi de geri ödeme düzeylerini belirlerken farklı bilgilerden veri elde ederek farklı teknikler kullanarak doğru ödeme miktarıyla doğru maliyeti ilişkilendirmeye çalışmaktadır (Waters ve Hussey, 2004).

## II. SAĞLIK HİZMETLERİNDE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİ

Sağlık hizmetlerinde geri ödeme sistemi “sağlık hizmet ödeyicileri tarafından (hükümet, sigorta şirketleri, hastalar vb.) sağlık hizmet sağlayıcılarına (hekim, fizyoterapist, hemşire, hasta, huzur evi vb.) paranın tahsis edilme şekli” (Jegers vd., 2002) olarak tanımlanmaktadır. Geri ödeme sistemleri sağlık hizmetini üreten sağlık kurumuna sağlık hizmetini finanse eden kurumun sosyal güvenlik yelpazesi altında bulunan bireylerin kullandığı sağlık hizmetleri neticesinde ödeme yapması şeklindeki ilişkiyi tanımlamaktadır (Akbulut, 2012). Bu sistemlerinin temel amacı bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini uygun yer, zaman, kalite ve kurumda almasını sağlamak ve bu amacı tüm nüfusu kapsayacak şekilde uygulamaktır (Yıldırım, 2012).

Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasında genellikle farklı ödeme sistemleri, sağlık hizmetlerinin masrafları hakkında mevcut bilgiler ve sağlık kurumlarının ve sağlık hizmeti alanların genel özellikleri dikkate alınarak belirlenmektedir (Waters ve Hussey, 2004). Seçilecek her yöntem sağlık hizmetlerinde kalite, yönetim, kaynak dağılımı gibi pek çok konuyu etkileyerek ortaya konulacak sağlık hizmetlerinin özelliğini etkilemektedir (Akbulut, 2012). Örneğin sağlık kurumunun üretmiş olduğu sağlık hizmetine yapılan ödeme miktarı gerçek maliyetleri yansıtmazsa, sağlık kurumlarının yetersiz ödemeleri telafi etmek için gayri resmi ödeme talep etmesi ya da yüksek maliyetli hastaları tedavi etmekten kaçınması gibi bir dizi istenmeyen sonuç ortaya çıkabilmektedir (Waters ve Hussey, 2004). Bu sebeple sağlık kurumlarına yapılacak ödeme yöntemi seçilirken; “*hizmet sunucularının kalite ve kantite olarak yeterli hizmet sağlayabilmesine olanak verecek güdüleyici özelliklere sahip olması ve aşırı, gereksiz hizmet sunumu ve israfi önleyecek nitelikleri taşıması beklenmektedir.*” (Akbulut, 2012)

Sağlık kurumlarına yapılan geri ödeme yöntemleri hizmet başı, günlük, kişi başı ve vaka başı ödeme yöntemleri olarak sınıflandırılabilir gibi, ödeme şeklinin sabit ya da değişkenliğini esas alan veya hizmetin verilmesinden önce ya da verildikten sonra ödenmesini esas alan ileriye ve geriye yönelik ödeme yöntemleri de farklı geri ödeme yöntemi sınıflandırmaları olarak karşımıza çıkmaktadır (Akbulut, 2012). Sağlık hizmetleri arttıkça veya azaldıkça, sağlık kurumuna ödenen tutar değişmiyorsa ödeme sistemi 'sabit', tutar değişiyorsa bu ödeme sistemi 'değişken' olarak kabul edilmektedir (Waters ve Hussey, 2004). Değişken geri ödeme sistemleri sağlık hizmet sağlayıcılarının gelirlerini artırmak amacıyla herhangi bir sağlık yararı sağlamayan hatta hastalara zarar verebilecek düzeyde aşırı hizmet üretimine neden olabileme riski oluştururken, sabit geri ödeme sistemleri ise; sağlık hizmet sağlayıcılarının hizmet üretim maliyetlerini aşırı düşürme çabasıyla daha az hizmet üretimine ve hastaların gerekli olan sağlık bakım hizmetinden daha azını almasına neden olabilmektedir (Jegers vd., 2002).

Sağlık hizmetlerinde geri ödeme sistemlerini sınıflandırmanın bir diğer önemli boyutu geriye dönük ve ileriye dönük ödeme ayrımıdır. Geriye dönük ödeme sisteminde sağlık hizmet sağlayıcılarına üretmiş oldukları hizmet nedeniyle oluşan maliyetlerin tamamı ya da bir kısmı maliyetler ortaya çıktıktan sonra ödenir. İleriye dönük ödeme sistemlerinde ise hizmet sağlayıcısına yapılacak ödeme oranları önceden belirlenmektedir (Akyürek, 2012). Geriye dönük ödeme sisteminde oluşan maliyetlerin tamamı sağlık hizmet ödeyicileri tarafından karşılandığı için sağlık hizmet sağlayıcıları hizmet maliyetlerini düşürmek için herhangi bir çaba göstermeme eğilimde bulunurken, ileriye dönük geri ödeme sisteminde ise sağlık hizmet sağlayıcılarının üzerindeki yüksek maliyeti düşürme motivasyonu hastalar için yine gereksinim duyduğu bakımı alamama riski oluşturmaktadır (Jegers vd., 2002).

Sağlık hizmetleri finansman yöntemlerinin sabit-değişken, ileriye dönük- geriye dönük gibi temel ayrımlarına ilaveten bu iki temel özelliği kapsamında bulunduran ve ülkeden ülkeye değişen başka bir finansman ayrımı da üç grupta ele alınmaktadır. Bunlar (Aydemir ve Ağırbaş, 2017):

- Hizmet özelliklerine dayalı ödeme sistemleri ( hizmet başı ödeme sistemi)
- Hizmet sağlayıcılarının özelliklerine dayalı ödeme sistemleri (global bütçe)
- Hasta karakteristiğini temel alan ödeme sistemleri (TİG)

Hizmet başı ödeme sistemi; sunulan her bir hizmetin belirlenen fiyat üzerinden sağlık hizmet sunucuları tarafından ödeyici kurumlara fatura edildiği sistemdir (Aydemir ve Ağırbaş, 2017). Sağlık kurumlarında verimliliği artırıcı özelliğinin yanında yüksek ve öngörülemez maliyet düzeyleri sistemin temel özellikleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Barnum vd., 1995). Global bütçeye dayalı ödeme sistemi, belirli bir dönemde yapılan sağlık hizmetlerini karşılayan, ileriye yönelik, sabit bir geri ödeme şeklidir (Barnum vd., 1995; Waters ve Hussey, 2004). Yönetilmesi diğer ödeme yöntemlerine göre daha kolay olduğundan, genellikle düşük ve orta gelirli ülkelerdeki sağlık kuruluşları için en yaygın kullanılan geri ödeme yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır (Waters ve Hussey, 2004). Vaka başına ödeme yönteminde ise sağlık kurumlarına tedavi ettikleri her bir vaka türü için ödeme yapılmaktadır (Akbulut, 2012). Üç geri ödeme yönteminin olumlu ve olumsuz yönlerini ortaya koyan Tablo aşağıda verilmiştir.

**Tablo 1. Sağlık Hizmetleri Geri Ödeme Yöntemleri Özellikleri**

Ödeme Yöntemi	Maliyet Kontrolü	Kalite	İdari Kontrol	Sağlık Kurumu Tatmin	Hasta Tatmini	İleriye/Geriye Dönük Ödeme	Sabit/Değişken
<b>Hizmet Başı Ödeme Yöntemi</b>	Etkili Değil	Çok İyi	Çok Zor	İyi	İyi	Geriye	Değişken
<b>Bütçe Ödeme Yöntemi</b>	Çok Etkili	Orta	Kolay	Orta	Orta	İleriye	Sabit
<b>Vaka Başına Ödeme Yöntemi</b>	Etkili	İyi	Zor	Orta	İyi	İleriye/Geriye	Değişken

**Kaynak:** Waters ve Hussey, 2004; Akbulut, 2012

Hizmet başı ödeme yöntemi hastaneler ve hastane çalışanları açısından daha fazla sağlık hizmeti üretme noktasında güçlü özendirici bir sistemdir. Hastanelerin maliyet endişesinin olmayışı, kompleks sağlık hizmeti gereksinimi duyan hastalar için tedavi olma şansını yükselttiğinden hasta tatmin düzeyini, üretilen her hizmetin karşılığının ödeniyor olması da sağlık kurumunun tatmin düzeyini yükseltici etki yapmaktadır. Buna karşın hizmet başı geri ödeme sisteminin; aşırı ve gereksiz hizmet hacmi ve talebi artırma, sağlık hizmetlerinin daha çok gelir seviyesi yüksek yerlere kayması, yolsuzlukların artması, hastalara aşırı ve gereksiz müdahalelerde bulunma eğilimine yol açması, getirisi olmayan ya da düşük olan koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci plana atılması gibi pek çok olumsuz sonuçları karşımıza çıkmaktadır (Top ve Tarcan, 2007).

Global bütçe ödeme sistemi, üretilen sağlık hizmetlerinin maliyetlerine bağlı olmadığından, ödenen fiyatlar genellikle güncel seviyelerde değildir. Yönetimi kolay bir yöntem olduğundan tercih edilen bir ödeme sistemidir. Ancak yönetim kolaylığı sağlık hizmetleri finansmanında aranan tek fayda en önemli etken değildir. Üretilen sağlık hizmet maliyetlerinden bağımsız olan sistem, yetersiz sağlık hizmet sunulmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle global bütçe ödeme sistemini kullanan pek çok yüksek gelirli ülke daha karmaşık ödeme sistemine geçmektedir (Waters ve Hussey, 2004).

Hastanelere tedavi edilen vakanın türüne göre ödeme yapılan vaka başına ödeme sisteminde geri ödemeler; genellikle hastanın gerçek maliyetlerinden (örn. kalış süresi) bağımsız olarak, vaka başına ödemenin belirlendiği ileriye dönük bir şekilde uygulanmaktadır (Jegers vd., 2002). Bu sistemde bir sağlık hizmetinin fiyatı belirlenirken öncelikle bir teşhis sınıflandırma sistemi geliştirilir, ardından sınıflar içerisindeki her bir grubun nisbi ağırlıkları belirlenir ve ağırlık birimi başına ödeme belirlenir (Waters ve Hussey, 2004). Sağlık hizmet sunucuları için üretilen hizmetin karşılığı neredeyse tam olarak alındığı için yüksek tatmin sağlamasının yanında, sağlık hizmet sunucularına kaynakları etkin kullanma ve maliyeti düşürme teşviki de sağlamaktadır (Akyürek, 2012). Sistemin olumsuz etkileri ise; taburcu esasında çalıştığı için hastaların erken taburcu edilmesine, sağlık kurumunun maliyeti düşük vakalara yönelmesine neden olabilmektedir ve ayrıca uygulanması zor bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır (Akbulut, 2012).

### 2.1. Türkiye’de Geri Ödeme Sistemleri

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) en aktif rol oynayan kurumdur ve hemen hemen tüm sağlık hizmetleri SGK tarafından satın alınır. SGK’nın sağlık hizmeti satın alımında -hangi ödeme yöntemi (hizmet başı ödeme, paket fiyat, global bütçe) kullanılırsa kullanılsın- temel kılavuzu bütün hizmet ve işlemlerin fiyatlarının yer aldığı Sağlık Uygulama Tebliğidir (Kalkınma Bakanlığı, 2013). Türkiye’de günümüzde Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde ve bazı üniversite hastanelerinde global bütçe modeli uygulanırken, diğer üniversite hastaneleri ile özel hastanelerde Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)’ine dayalı çeşitli ödeme şekilleri (hizmet başı, vaka başı) kullanılmaktadır. 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanmaya başlanmasıyla (Arık ve İleri, 2016) birlikte hızla artan sağlık harcamaları 2010 yılında hizmet başı

yapılan sağlık ödeme yönteminin global bütçe yöntemine (götürü bedel üzerinden ödeme) değişmesiyle sonuçlanmıştır ve halen günümüzde bu yöntem kullanılmaktadır. Tüm hastane giderlerini kapsayan (ilaç, tetkik, tıbbi sarf malzemesi vb.) sistem Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde (Akbulut, 2012) ve niversite hastanelerinde (2013 yılı itibariyle ) geçerlidir (www.saglik.gov.tr)

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında bir proje olarak başlayan ve 2005-2008 yıllarında 8 pilot hastanede kodlama çalışmalarına başlanan vaka başı ödeme sistemi uygulaması TİG (Erdoğan ve şanlı, 2019) ilk olarak 2010 yılında ödeme sistemine dahil edilmiştir. İlk olarak 50 pilot hastanede başlanan ödemeye, 2011 Ocak ayı itibariyle tüm kamu hastaneleri dahil edilmiştir. Hastaneye ait ödemenin %10'luk kısmının TİG esaslı verilmesi şeklinde yapılan uygulama (Arık ve İleri, 2016) ok kısa bir süre içinde iptal edilmiş ve tüm demeler tekrar global bütçe üzerinden yapılmaya başlanmıştır.

### III. ARAşTIRMA

#### 3.1. Amaç

Bu çalışmada, bir devlet hastanesinin 2018 yılı TİG verileri kapsamında dolaşım sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları ve endokrin, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar major tanı sınıfında yer alan her bir TİG'in toplam bağlı değer içindeki oranı ile Medula sisteminde yer alan aynı vakalar için hesaplanan toplam fatura tutarı içindeki oranının kıyaslanması, böylece bu üç Majör Tanı Sınıfına ait TİG ve SUT ödeme oranlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

#### 3.2. Veri

Çalışmada kullanılan 2018 yılına ait veriler Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) karar destek sistemi web sayfalarından elde edilmiştir. Vakalar arasında eşleşme "yatış GSS kodları" aracılığıyla sağlanmıştır. TİG ve SUT kodlama-faturalandırma usul ve esasları farklı olduğundan iki sistem dönemleri arasındaki kayıtlar birebir örtüşmemektedir. Bu nedenle örtüşmeyen vakalar çalışmaya dahil edilmemiş, aynı vakalar (hastalar) alışma kapsamına alınmıştır.

TİG sisteminde parasal değer yerine sağlık hizmet giderleri için maliyet verileri ile hesaplanan bağlı değer kavramı kullanılmaktadır (TİG Bilgilendirme Rehberi, 2014). Bu sebeple TİG sisteminde vakaların oran hesaplamasında bağlı değer kullanılmıştır. Ayrıca alışmada TİG sisteminde geçerli olan MTS kullanılmıştır. TİG'de 16013 tanı, 6055 işlem ve 2408 morfoloji, 25 majör tanı sınıfını oluşturmaktadır. 25 majör tanı sınıfı altında toplam 665 TİG kullanılmaktadır (TİG Bilgilendirme Rehberi, 2014).

#### 3.3. Çalışma İzni

Bu araştırmada kullanılan verilerin kullanımı için Karaman İl Sağlık Müdürlüğünden 21.01.2019 tarih ve 87757741-799-E.37 sayılı yazısıyla izin alınmıştır.

### IV. BULGULAR

2018 yılında hastane yatışı yapılarak tedavi edilen dolaşım sistemi hastalıkları MTS'sine ait 1147 vakanın bağlı değerleri ve fatura tutarları karşılaştırılmıştır. TİG sisteminde dolaşım sistemi hastalıklarına ait toplam 67 TİG bulunmakta iken çalışma bulgularımızda 36 TİG'e rastlanmış diğer TİG'lerde hasta yatışı yapılmamıştır. 36 TİG'de gerçekleşen bağlılar ve fatura tutarlarına ait bilgiler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. 2018 yılı Dolaşım Sistemi Vakalarına Ait Bağlı Değer (TİG)- Fatura Tutarı (SUT) Karşılaştırma

TİG	Vaka Sayısı	Toplam Bağlı	Bağlı Oran (%)	Fatura Tutarı (TL)	Fatura Oran (%)	SUT'a göre TİG Ödeme Oranı Yönü
F09B	1	5,24	0,27	653,13	0,04	↑
F10Z	394	1028,34	52,64	1.031.795,99	59,51	↓
F14A	5	12,55	0,64	12.000,99	0,69	↓
F14C	10	18,1	0,93	25.920,56	1,50	↓
F15Z	61	82,35	4,22	140.589,37	8,11	↓
F16Z	5	8,35	0,43	8.972,65	0,52	↓
F17Z	1	3,39	0,17	1.708,60	0,10	↑
F40Z	9	16,47	0,84	35.197,83	2,03	↓
F41A	20	44	2,25	21.821,67	1,26	↑
F41B	81	123,12	6,30	65.290,31	3,77	↑
F42A	91	78,26	4,01	58.970,11	3,40	↑
F42B	117	60,84	3,11	75.304,64	4,34	↓
F60A	17	23,8	1,22	14.209,18	0,82	↑
F60B	51	64,26	3,29	23.908,17	1,38	↑
F60C	7	14,21	0,73	5.748,79	0,33	↑
F62A	23	71,07	3,64	22.965,68	1,32	↑
F62B	139	182,09	9,32	102.872,61	5,93	↑
F63A	1	1,49	0,08	23.034,77	1,33	↓
F65A	2	3,7	0,19	1.858,36	0,11	↑
F65B	2	1,92	0,10	2.167,79	0,13	↓
F66A	7	10,08	0,52	10.846,23	0,63	↓
F66B	2	1,9	0,10	979,36	0,06	↑
F67A	3	2,91	0,15	2.822,29	0,16	↓
F67B	3	1,59	0,08	1.244,27	0,07	↑
F69A	1	1,84	0,09	909,42	0,05	↑
F69B	2	1,74	0,09	542,38	0,03	↑
F70A	3	6,78	0,35	1.411,36	0,08	↑
F70B	8	8,32	0,43	4.192,82	0,24	↑
F71A	6	8,04	0,41	3.802,64	0,22	↑
F71B	28	25,2	1,29	9.407,75	0,54	↑
F72A	2	2,7	0,14	1.372,19	0,08	↑
F72B	19	16,72	0,86	4.759,63	0,27	↑
F73A	2	1,3	0,07	458,61	0,03	↑
F73B	2	0,92	0,05	778,25	0,04	↑
F74Z	7	3,36	0,17	1.535,34	0,09	↑
F75A	1	2,3	0,12	1.818,33	0,10	↑
F75C	14	14,28	0,73	11.859,87	0,68	↑
<b>Toplam</b>	<b>1147</b>	<b>1953,53</b>	<b>100,00</b>	<b>1.733.731,94</b>	<b>100,00</b>	

2018 yılı dolaşım sistemi hastalıkları major tanı sınıfı (MTS)'na ait 1.147 vakanın oluşturduğu toplam bağlı tutarı 1.953,53, Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre aynı hastaların aynı yatış periyodunda fatura tutarları 1.733.731,94 TL olarak gerçekleşmiştir. 1.147 vakanın oluşturduğu 36 TİG'den 25'i toplam bağlı içinde SUT'a göre daha yüksek oranda faturalandırılırken, 11 TİG'de bulunan vakalarda ise SUT ödeme oranı TİG'den daha yüksek oranda bulunmuştur.



2018 yılında hastane yatışı yapılarak tedavi edilen sindirim sistemi hastalıkları MTS'sine ait 178 vakanın bağıl değerleri ve fatura tutarları karşılaştırılmıştır. TİG sisteminde sindirim sistemi hastalıklarına ait toplam 52 TİG bulunmakta iken çalışma bulgularımızda 31 TİG'e rastlanmış diğer TİG'lerde hasta yatışı yapılmamıştır. 31 TİG'le gerçekleşen bağıllar ve fatura tutarlarına ait bilgiler Tablo 3'te verilmiştir.

**Tablo 3. 2018 Yılı Sindirim Sistemi Vakalarına Ait Bağıl Değer (TİG)- Fatura Tutarı (SUT) Karşılaştırma**

TİG	Vaka Sayısı	Toplam Bağıl	Bağıl Oran (%)	Fatura Tutarı (TL)	Fatura Oran (%)	SUT'a göre TİG Ödeme Oranı Yönü
G02A	2	8,78	4,39	7.143,96	3,35	↑
G02B	3	9,42	4,71	9.962,86	4,68	↑
G03A	1	4,91	2,45	1.412,35	0,66	↑
G03B	2	4,3	2,15	3.940,14	1,85	↑
G03C	2	1,5	0,75	1.388,68	0,65	↑
G04B	1	1,26	0,63	1.548,91	0,73	↓
G07A	2	2,2	1,10	1.584,71	0,74	↑
G07B	1	0,85	0,42	832,49	0,39	↑
G09Z	1	0,74	0,37	599,40	0,28	↑
G12A	1	3,72	1,86	5.801,20	2,72	↓
G42A	27	29,97	14,97	42.826,90	20,10	↓
G42B	2	0,56	0,28	1.313,17	0,62	↓
G44B	4	3,68	1,84	3.820,69	1,79	↑
G45A	14	12,04	6,01	10.426,83	4,89	↑
G46A	6	13,8	6,89	16.075,48	7,54	↓
G46B	7	9,1	4,55	8.859,52	4,16	↑
G60A	5	10,05	5,02	26.208,59	12,30	↓
G60B	3	4,38	2,19	4.740,70	2,22	↓
G61A	11	10,56	5,28	15.699,07	7,37	↓
G61B	10	6,4	3,20	12.845,91	6,03	↓
G63Z	1	1,01	0,50	1.784,40	0,84	↓
G64Z	21	17,43	8,71	2.472,24	1,16	↑
G65A	7	9,24	4,62	4.405,89	2,07	↑
G65B	2	1,38	0,69	935,91	0,44	↑
G66A	4	2,88	1,44	3.163,28	1,48	↑
G66B	6	2,88	1,44	2.624,21	1,23	↑
G67A	14	16,66	8,32	8.099,95	3,80	↑
G67B	12	6,36	3,18	5.926,61	2,78	↑
G68B	1	0,4	0,20	1.476,03	0,69	↓
G70A	3	2,76	1,38	3.642,32	1,71	↓
G70B	2	0,96	0,48	1.512,28	0,71	↓
<b>Toplam</b>	178	200,18	100	213.074,68	100,00	

2018 yılı sindirim sistemi hastalıkları major tanı sınıfı (MTS)'na ait 178 vakanın oluşturduğu toplam bağıl tutarı 200,18 iken, Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre aynı hastaların aynı yatış periyodunda fatura tutarları 213.074,68 TL olarak gerçekleşmiştir. 178 vakanın oluşturduğu 31 TİG'den 17'si toplam bağıl içinde SUT'a göre daha yüksek oranda faturalandırılırken, 14 TİG'de bulunan vakalarda ise SUT ödeme oranı TİG'den daha yüksek oranda bulunmuştur.

2018 yılında hastane yatışı yapılarak tedavi edilen endokrin, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar MTS'sine ait 292 vakanın bağıl değerleri ve fatura tutarları karşılaştırılmıştır. TİG sisteminde toplam Endokrin, nutrisyonel ve metabolik hastalıklara ait toplam 19 TİG bulunmakta iken çalışma bulgularımızda 9 TİG'e rastlanmıştır. 9 TİG'le gerçekleşen bağıllar ve fatura tutarlarına ait bilgiler Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4. 2018 Yılı Endokrin, Nutrisyonel (Beslenme) ve Metabolik Hastalıklar Vakalarına Ait Bağıl Değer (TİG)- Fatura Tutarı (SUT) Karşılaştırma**

TİG	Vaka Sayısı	Toplam Bağıl	Bağıl Oran (%)	Fatura Tutarı (TL)	Fatura Oran (%)	SUT'a göre TİG Ödeme Oranı Yönü
K40Z	5	5,8	1,63	5,180,32	2,86	↓
K60A	15	20,4	5,74	17.491,28	9,64	↓
K60B	165	161,7	45,54	71.052,42	39,16	↑
K61Z	12	38,28	10,78	14.887,77	8,21	↑
K62A	20	61,2	17,23	36.605,49	20,18	↓
K62B	24	28,56	8,04	14.036,05	7,74	↑
K62C	27	20,79	5,85	14.442,75	7,96	↓
K63Z	2	1,66	0,47	2664,78	1,47	↓
K64B	22	16,72	4,71	5067,2	2,79	↑
<b>Toplam</b>	292	355,11	100	181.428,06	100,00	

2018 yılı endokrin, nutrisyonel (beslenme) ve metabolik hastalıklar major tanı sınıfı (MTS)'na ait toplam 292 vakanın oluşturduğu toplam bağıl tutarı 355,11 iken, Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre aynı hastaların aynı yatış periyodunda fatura tutarları 181.428,06 TL olarak gerçekleşmiştir. 292 vakanın oluşturduğu 9 TİG'den 4'ü toplam bağıl içinde SUT'a göre daha yüksek oranda faturalandırılırken, 5 TİG'de bulunan vakalarda ise SUT ödeme oranı TİG'den daha yüksek oranda bulunmuştur.

2018 yılında hastane yatışı yapılarak tedavi edilen böbrek ve idrar yolları hastalıkları MTS'sine ait 171 vakanın bağıl değerleri ve fatura tutarları karşılaştırılmıştır. TİG sisteminde toplam böbrek ve idrar yolları hastalıklarına ait toplam 37 TİG bulunmakta iken çalışma bulgularımızda 15 TİG'e rastlanmıştır. 15 TİG'le gerçekleşen bağıllar ve fatura tutarlarına ait bilgiler Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 5. 2018 Yılı Böbrek ve İdrar Yolları Hastalıkları Vakalarına Ait Bağlı Değer (TİG)-Fatura Tutarı (SUT) Karşılaştırma**

TİG	Vaka Sayısı	Toplam Bağlı	Bağlı Oran (%)	Fatura Tutarı (TL)	Fatura Oran (%)	SUT'a göre TİG Ödeme Oranı Yönü
L09A	1	6,14	2,01	9.730,96	3,27	↓
L09C	2	1,48	0,48	2.312,04	0,78	↓
L60A	26	79,3	25,94	87.699,94	29,48	↓
L60B	27	52,38	17,13	34.797,06	11,70	↑
L60C	41	50,84	16,63	34.459,43	11,58	↑
L62A	1	3,1	1,01	308,51	0,10	↑
L63A	14	31,92	10,44	30.449,95	10,24	↑
L63B	11	13,09	4,28	15.517,78	5,22	↓
L63C	5	3,8	1,24	2.996,78	1,01	↑
L64Z	1	0,68	0,22	532,6	0,18	↑
L65A	7	9,52	3,11	17.229,83	5,79	↓
L65B	5	2,55	0,83	10.033,90	3,37	↓
L67A	7	25,13	8,22	23.340,44	7,85	↑
L67B	8	14,72	4,81	14.033,68	4,72	↑
L67C	15	11,1	3,63	14.028,39	4,72	↓
<b>Toplam</b>	<b>171</b>	<b>305,75</b>	<b>100</b>	<b>297471,3</b>	<b>100</b>	

2018 yılı böbrek ve idrar yolları hastalıkları major tanı sınıfına ait toplam 171 vakanın oluşturduğu toplam bağlı tutarı 305,75 iken, Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre aynı hastaların aynı yatış periyodunda fatura tutarları 297.471,3 TL olarak gerçekleşmiştir. 171 vakanın oluşturduğu 15 TİG'den 8'i toplam bağlı içinde SUT'a göre daha yüksek oranda faturalandırılırken, 7 TİG'de bulunan vakalarda ise SUT ödeme oranı TİG'den daha yüksek oranda bulgulanmıştır.

## V. SONUÇLAR, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bir devlet hastanesinde 2018 yılı 4 ayı major tanı sınıfında (dolaşım sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, endokrin, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar ve böbrek ve idrar yolları hastalıkları) yer alan vakaların toplam bağlı değer içindeki yüzdelik oranı ile SUT'a göre gerçekleşen toplam fatura tutarındaki yüzdelik oranının kıyaslanmasının amaçlandığı bu çalışmanın bulguları ışığında sonuçlar şu şekildedir:

- 2018 yılı dolaşım sistemi hastalıkları major tanı sınıfına ait 1.147 vakanın oluşturduğu 36 TİG'den 25'inde TİG ödeme oranı SUT'a göre daha yüksek bulgulanırken, 11 TİG'de bulunan vakalarda ise SUT ödeme oranı TİG'den daha yüksek bulgulanmıştır.
- İki ödeme sistemi arasında en büyük fark %6,87'lik oranla F10Z TİG'inde bulunan vakalara aittir. F10Z (Koroner Müdahale, Perkütan, Akut Myokard Enfarktı Bulunan) TİG'inde bulunan vakalarının TİG'e göre toplam dolaşım sistemi vakaları içindeki ödeme oranı %52,64 iken, SUT'a göre fatura edilen aynı vakaların toplam dolaşım sistemi vakaları içindeki ödeme oranı %59,51'dir. Bu bulgu kısaca F10Z TİG'inde bulunan vakalar için SUT sistemi TİG sisteminden daha yüksek geri ödeme oranına sahiptir şeklinde yorumlanmıştır. Yine aynı şekilde F15Z (Koroner Müdahale, Perkütan, Akut Myokard Enfarktı Bulunmayan, Stent İmplantasyonu Yapılan) TİG'inde bulunan hastalara yapılan SUT ödeme oranı %8,11 iken, TİG ödeme oranı %4,22 olarak bulgulanmıştır. İki ödeme yöntemi arasında %3,89 oranla SUT sistemi lehine farklılık bulgulanmıştır. F62B (Kalp Yetmezliği ve Şok, Katastrofik KK Bulunmayan) TİG'inde bulunan hastalara yapılan ödemelerin oranı ise payı %3,39'luk farkla TİG sistemi lehinedir.

- 2018 yılı sindirim sistemi hastalıkları major tanı sınıfına ait 178 vakanın oluşturduğu 31 TİG'den 17'si toplam bağıl içinde SUT'a göre daha yüksek oranda faturalandırılırken, 14 TİG'de bulunan vakalarda ise SUT ödeme oranı TİG'den daha yüksek oranda bulgulanmıştır.
- İki ödeme sistemi arasında en büyük fark %7,55'lik oranla G64Z (Enflamatuvar Bağırsak Hastalığı) TİG'inde bulunan vakalara aittir. G64Z TİG'inde bulunan vakaların toplam sindirim sistemi vakaları içindeki ödeme oranı %8,71 iken, SUT'a göre fatura edilen aynı vakaların toplam sindirim sistemi vakaları içindeki ödeme oranı %1,16'dır. İki ödeme yöntemi arasında %7,55 oranında TİG sistemi lehine farklılık bulgulanmıştır. G60A (Sindirim Sistemi, Malinite, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan) TİG'inde bulunan hastalara yapılan ödemelerin payı SUT ödemelerinde %12,30, TİG sisteminde %5,02'lik orana sahiptir. İki ödeme yöntemi arasında %7,28 oranında SUT sistemi lehine farklılık bulgulanmıştır.
- 2018 yılı endokrin, nutrisyonel (beslenme) ve metabolik hastalıklar major tanı sınıfı'na ait 292 vakanın oluşturduğu 9 TİG'den 4'ü toplam bağıl içinde SUT'a göre daha yüksek oranda faturalandırılırken, 5 TİG'de bulunan vakalarda ise SUT ödeme oranı TİG'den daha yüksek oranda bulgulanmıştır.
- İki ödeme sistemi arasında en büyük fark %6,38'lik oranla K60B TİG'inde bulunan vakalara aittir. K60B (Diyabet, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan) TİG'inde bulunan vakaların TİG ödeme sistemine göre toplam endokrin, nutrisyonel (beslenme) ve metabolik hastalık vakaları içindeki ödeme oranı %45,54 iken, SUT'a göre fatura edilen aynı vakaların toplam endokrin, nutrisyonel (beslenme) ve metabolik hastalık vakaları içindeki ödeme oranı %39,16'dır. İki ödeme yöntemi arasında %6,38 oranında TİG sistemi lehine farklılık bulgulanmıştır. 2. Büyük farklılık ise K62A (Metabolik Hastalıklar, Çeşitli, Katastrofik KK Bulunan) TİG'inde bulgulanmıştır. Bu grubun SUT ödeme oranı %20,18 iken, TİG ödeme oranı %17,23 olarak bulgulanmıştır. İki ödeme yöntemi arasında %2,95 oranında SUT sistemi lehine farklılık bulgulanmıştır.
- 2018 yılı böbrek ve idrar yolları hastalıkları major tanı sınıfına ait 171 vakanın oluşturduğu 15 TİG'den 8'i toplam bağıl içinde SUT'a göre daha yüksek oranda faturalandırılırken, 7 TİG'de bulunan vakalarda ise SUT ödeme oranı TİG'den daha yüksek oranda bulgulanmıştır.
- İki ödeme sistemi arasında en büyük fark %5,43'lük oranla L60B TİG'inde bulunan vakalara aittir. L60B (Böbrek Yetmezliği, Şiddetli KK Bulunan) TİG'inde bulunan vakaların TİG ödeme sistemine göre toplam böbrek ve idrar yolları hastalıkları vakaları içindeki ödeme oranı %17,13 iken, SUT'a göre fatura edilen aynı vakaların toplam endokrin, nutrisyonel (beslenme) ve metabolik hastalık vakaları içindeki ödeme oranı %11,70'dir. İki ödeme yöntemi arasında %5,43 oranında TİG sistemi lehine farklılık bulgulanmıştır. 2. Büyük farklılık ise L60C (Böbrek Yetmezliği, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan) TİG'inde bulgulanmıştır. Bu grubun SUT ödeme oranı %11,58 iken, TİG ödeme oranı %16,63 olarak bulgulanmıştır. İki ödeme yöntemi arasında %5,04 oranında TİG sistemi lehine farklılık bulgulanmıştır. İki ödeme sistemi arasında 3.büyük farklılık L60A (Böbrek Yetmezliği, Katastrofik KK Bulunan) TİG'inde bulgulanmıştır. Bu grubun SUT ödeme oranı %29,48 iken, TİG ödeme oranı %25,94 olarak bulgulanmıştır. İki ödeme yöntemi arasında %3,55 oranında SUT sistemi lehine farklılık bulgulanmıştır.

Sonuçlardan da görüleceği üzere değerlendirilen TİG'lerden 46'sında TİG sistemi, 30'unda ise SUT sistemi daha yüksek ödeme yapmaktadır. İki ödeme yönteminin de daha yüksek ödeme yaptığı veya daha az ödeme yaptığı TİG'ler bulunmaktadır. Bu sebeple iki yöntem arasında biri diğerine ödeme oranları açısından net bir şekilde üstünlük sağlamamıştır. Ancak geri ödeme sistemlerinin üstünlüklerini sadece ödeme oranları açısından değerlendirmek doğru bir yaklaşım değildir. Bir geri ödeme yönteminde özellikle maliyet, kalite ve hasta tatmini gibi değişkenlerin geri ödeme sistemi değerlendirmesinde mutlaka göz önüne alınması gerekmektedir.

Aas (1995)'a göre her bir geri ödeme yönteminin istenilen etkilerinin yanında istenmeyen etkileri de bulunmaktadır. Bir yöntem bir diğerinin istenmeyen etkisini ortadan kaldırırken, başka istenmeyen etkilere yol açabilmektedir. Bu sebeple tek bir geri ödeme yöntemi yerine ödeme yöntemlerinin prensiplerini birleştirerek sağlık hizmetlerini finanse etmek daha mantıklı olabilmektedir. Bu prensipten yola çıkan Aas (1995) global bütçeyle birlikte olası vaka başına geri ödeme sisteminin beraber kullanımının hem maliyetleri kontrol etmede hem de verimlilik arttırmada etkili olabileceğini

öne sürmektedir. Global bütçe uygulaması maliyet kontrolü sağlamakla birlikte kaynakların verimli kullanımının sağlanmasında son derece yetersizdir. Vaka başı ödeme sisteminde ise tam tersine kaynaklar çok daha verimli kullanılırken maliyet kontrolü sınırlıdır (Aas, 1995). Böyle bir model Norveç 1991-1993 yıllarında denenmiş (Carlsen, 1994) ancak model başarılı olmamıştır. Bunun sebebini uygulanan %70-30 kombinasyona bağlayan Aas (1995)'a göre sabit maliyetlerin tamamının global bütçe kapsamında olması nedeniyle verimliliği çok az teşvik etmiştir. Böyle bir teşvikin yaratılması için en azından vaka başına marjinal maliyetleri karşılayacak bir ödeme bütçe kapsamında olmalıdır. Aas (1995) gelecek yıl için global bütçenin %60, tedavi edilen hastalar için ileriye dönük vaka başı oranının %40 şeklinde bir ödeme sisteminin her iki sistemin olumlu sonuçlarından yararlanılması ile sonuçlanacağını belirtmektedir (Aas, 1995).

Çalışma verileri bağlamında ülkelerin tüm sağlık hizmetlerinin finansmanında tek bir geri ödeme yöntemini benimsemek yerine farklı yöntemlerin farklı üstünlüklerinden faydalanmak amacıyla birkaç sistemi birlikte kullanarak sağlık hizmetlerinde istenilen kaliteye ulaşmalarında olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda sağlık ve sosyal güvenlik kurumu yöneticilerinin sağlık hizmetlerinin finansmanında tek bir sistem yerine birden fazla sistemin entegrasyonunun sağlanması ve sağlık finansmanında birbirine entegre edilmiş birden fazla sağlık finansman yönteminin uygulanması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Aas, I. M. (1995). Incentives and financing methods. *Health Policy*, 34(3), 205-220.
- Akbulut, Y. (2012). Sağlık sigortacılığında ödeme yöntemleri. İçinde Hasan Hüseyin Yıldırım (Ed.), *Sağlık sigortacılığı* (1. bs., ss.100-122). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi AÖF Yayınları.
- Akyürek, Ç. E. (2012). Sağlıkta bir geri ödeme yöntemi olarak global bütçe ve Türkiye. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2(2), 124-153.
- Arık, Ö., & İleri, Y. Y. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanında Türkiye’de yeni yaklaşım; teşhis ilişkili gruplar (TİG). *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 45-50.
- Aydemir, İ., & Ağırbaş, İ. (2017). Sağlık kurumlarına yapılan geri ödeme yöntemleri: Teşhis ilişkili gruplar. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(1), 1-21.
- Barnum, H., Kutzin, J., & Saxenian, H. (1995). Incentives and provider payment methods. *The International Journal of Health Planning and Management*, 10(1), 23-45.
- Carlsen, F. (1994). Hospital financing in Norway. *Health Policy*, 28(2), 79-88.
- Erdoğan, P., & Şanlı, Y. (2019). Karaman ilinde 2012-2018 yılları arasında hasta yatışına ve ölümüne sebep olan hastalıkların tıg sistemi aracılığıyla MTS dağılımının araştırılması: Retrospektif bir çalışma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(4), 781-798.
- Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D., & Gilles, W. (2002). A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, 60(3), 255-273.
- Kadıız, Y.(2011). *DRG ile geri ödeme sistemi ve hastane yöneticilerinin bu sisteme ilişkin tutumları* (Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Kalkınma Bakanlığı (2013, 10 Temmuz). *10. Kalkınma planı 2014-2018*. [https://sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/ Onuncu- Kalk% C4% B1nma-Plan% C4% B1-2014-2018.pdf](https://sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Onuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2014-2018.pdf)
- Sağlık Bakanlığı (S.B) <https://shgmsgudb.saglik.gov.tr/TR-7133/ozel-ve-universite-hastanelerinin-tig-veri-sistemine-veri-gondermesi-hakkinda-resmi-yazionemli.html>
- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). Medula. <https://medula.sgk.gov.tr/hastane/login.jsf>
- Teşhis İlişkili Gruplar (TİG). Karar Destek Sistemi, <http://tigkds.saglik.gov.tr/kdslogin>
- Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı (2014). *Teşhis ilişkili gruplar bilgilendirme rehberi*. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı, Ankara.
- Top, M., & Tarcan, M. (2007). Hastane sektöründe kaynak akışı: Hastane ödeme yöntemleri (mekanizmaları). *Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 9(1), 169-189.
- Waters, H. R., & Hussey, P. (2004). Pricing health services for purchasers—A review of methods and experiences. *Health Policy*, 70(2), 175-184.
- Yıldırım H. H. (2012) Sağlık harcamaları ve sağlık finansmanı. İçinde Hasan Hüseyin Yıldırım (Ed.) *Sağlık sigortacılığı*, (1. bs., ss.40-70). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi AÖF Yayınları.



ARAŞTIRMA MAKALESİ

# DOKTORLARIN ÇALIŞMA YAŞAM KALİTESİNİN ÖRGÜTSEL BAĞLILIK VE İŞTEN AYRILMA NİYETİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ\*

Dilek ŞAHİN \*\*  
Zeynep EKİCİ \*\*\*  
İbrahim Halil KAYRAL \*\*\*\*

## ÖZ


Doktorların çalışma ortamlarına ilişkin algıları onların çalıştıkları kuruma karşı tutumlarını ve sundukları sağlık hizmetinin kalitesini etkilemektedir. Bu araştırmanın amacı, kamu bünyesinde hizmet veren bir üniversite hastanesinde çalışan doktorların çalışma yaşam kalitesi, örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyetlerinin saptanması ve çalışma yaşam kalitesinin örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisinin belirlenmesidir. Araştırma bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiş, doktorların tamamından veri toplanması hedeflenmiş, çalışmada gönüllülük esasına uygun olarak 173 doktordan anket aracılığıyla veri toplanmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin analizi sonucunda çalışma yaşam kalitesi arttıkça örgütsel bağlılığın arttığı ( $R^2=0,172$ ,  $p<0,05$ ) ve çalışma yaşam kalitesi arttıkça işten ayrılma niyetinin azaldığı saptanmıştır ( $R^2=0,171$ ,  $p<0,05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Çalışma Yaşam Kalitesi, Örgütsel Bağlılık, İşten Ayrılma Niyeti


## MAKALE HAKKINDA

\* Bu çalışma 10-13 Ekim 2019 tarihleri arasında Sakarya ilinde gerçekleştirilen 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi kongresindeki Doktorların Çalışma Yaşam Kalitesinin Sosyo-Demografik ve Çalışma Koşullarına İlişkin Bir Takım Özelliklere Göre İncelenmesi isimli bildirinin genişletilmiş halidir.

\*\* Dr. Öğr. Üyesi, Düzce Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, dileksahin@duzce.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-0865-7763>

\*\*\* Uzman, Bolu İl Sağlık Müdürlüğü İl Kalite Koordinatörlüğü, kiziltugzeynep@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2153-782X>

\*\*\*\* Dr. Öğr. Üyesi, Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ikayral@gmail.com,

 <https://orcid.org/0000-0003-1734-6844>

Gönderim Tarihi: 29.04.2020

Kabul Tarihi: 28.12.2020

## Atıfta Bulunmak İçin:

Şahin, D., Ekici, Z. & Kayral, H. İ. (2021). Doktorların çalışma yaşam kalitesinin örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 29-42



# THE EFFECT OF DOCTORS' QUALITY OF WORK LIFE ON ORGANIZATIONAL COMMITMENT AND TURNOVER INTENTION\*

Dilek ŞAHİN \*\*  
Zeynep EKİCİ \*\*\*  
İbrahim Halil KAYRAL \*\*\*\*

## ABSTRACT

Doctors' perceptions of their work environment affect their attitudes towards the organization and the quality of the health service they provide. The purpose of this research is to determine the quality of work life, organizational commitment and turnover intention the doctors working in a public university hospital, and determining the effect of quality of work on organizational commitment and turnover intention. The research was carried out in a university hospital, it was aimed to collect data from all doctors, and questionnaire data were collected from 173 doctors voluntarily. Analysis of the results obtained in the study showed that as the quality of work life increases, organizational commitment increases ( $R^2=0.172$ ,  $p<0.05$ ) and as the quality of work life increases, the turnover intention decreases ( $R^2=0.171$ ,  $p<0.05$ ).

**Keywords:** Quality of Work Life, Organizational Commitment, Turnover Intention


## ARTICLE INFO

\* This study is the expanded version of the paper titled Examination of Doctors' Quality Of Life by Socio Demographic and Working Conditions at the The 3th International 13th National Congress on Health and Hospital Administration, 10-13 October 2019 in Sakarya.

\*\* Assist. Prof., Düzce University, dileksahin@duzce.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-0865-7763>.

\*\*\* Specialist, Bolu Provincial Health Directorate Provincial Quality Coordinator, kiziltugzeynep@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2153-782X>

\*\*\*\* Asst. Prof., Bakırçay University, ikayral@gmail.com,

 <https://orcid.org/0000-0003-1734-6844>

Received: 29.04.2020

Accepted: 28.12.2020

## Cite This Paper:

Şahin, D., Ekici, Z. & Kayral, H. İ. (2021). The effect of doctors' quality of work life on organizational commitment and turnover intention. Hacettepe Journal of Health Administration, 24(1), 29-42

## I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin doğası gereği iş süreçleri hatasız, özenli ve yüksek kalitede gerçekleştirilmek durumundadır. Sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeli ise normal çalışma saatleri ve günleri dışında mesai yapmakta, bireylerin yaşamını ilgilendiren risk ve sorumlulukları yerine getirmekte, zamanla yarışmakta, eş zamanlı olarak farklı ve ileri teknoloji ürünleri kullanmakta, iş güvenliği riskleriyle sık sık karşı karşıya kalmakta ve yoğun ve stresli bir ortamda çalışmalarını sürdürmektedir (Catak ve Bahçecik, 2015; Hipp vd., 2015; Saygılı vd., 2016). Doktorlar ise verdiği kararlar ile kurumların istenen çıktılara ulaşmasına yardımcı olan öncelikli meslek grupları arasında yer almaktadır. Son yıllarda, sağlık hizmetleri sunumunda hasta merkezli bir anlayış hâkim olmaktadır. Sağlık hizmeti sunan kurumlar, bu beklentilere cevap verebilmek ve hizmet kalitesini artırabilmek amacıyla iç veya dış ölçütlere göre belirlenmiş kalite göstergesi olan çıktılara ulaşma gayretindedir. Bu çabalar da çoğu zaman doktorlara ilave prosedür, görev ve/veya sorumluluklar olarak yansımaktadır. Böylesi güçlükleri içeren bir çalışma ortamı, çalışma yaşam kalitesini, örgüte karşı bağlılık düzeyini etkilemekte, çalışanların iş ortamlarından beklentilerini etkileyerek iş yerini değiştirme niyeti üzerinde etkili bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Aşağıda alt bölümlerde, çalışma yaşam kalitesi, işten ayrılma niyeti ve örgütsel bağlılık bu bağlamda ele alınmıştır.

### 1.1. Çalışma Yaşamı Kalitesi

Çalışma yaşam kalitesi yaklaşımı ilk kez 1950'li yıllarda Londra Tavistock İnsan İlişkileri Enstitüsünde genel ve sistematik bir anlayışla incelenmiştir. Ölçümüne yönelik ilk çalışma ise 1975 yılında Walton tarafından gerçekleştirildiği kabul edilmektedir (Akar ve Üstüner, 2017). Günümüzde çalışma yaşam kalitesi, çalışanların fiziki ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak çalışma yaşamını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen tüm faktörleri birlikte göz önünde bulunduran çalışma ortamı-çalışan uyumunu sağlayan ve çalışmanı güçlendiren bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır (Catak ve Bahçecik, 2015; Demirbilek ve Türkan, 2008; Türkay, 2015).

Sağlıklı çalışma ortamı ve çalışan sağlığı ile ilgili İngiltere'de 2015-2016 yılı istatistiklerine göre 1,3 milyon çalışan meslek hastalığına yakalanmış; işyerinde yaralanmaların yıllık maliyeti 4,8 milyar pound olarak hesaplanmış ve 500 bin çalışanın iş ile ilişkili stres, depresyon ve anksiyete ile yüz yüze kaldığı belirlenmiştir. Bu veriler ışığında işyerlerinde işyeri güvenliği sağlığı uygulamaları yanı sıra sağlıklı çalışma ortamlarının oluşturulması için işbirlikleri, eğitimler, finansal ve yasal düzenlemeler yapılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Zekioglu vd., 2019). Ülkemizde doktorların çalışma yaşamı kalitesine ilişkin Türk ve diğerlerinin (2012) yürüttükleri araştırmada 61 pratisyen 113 uzman doktorun çalışma yaşam kalitesine ilişkin görüşleri ele alınmıştır. Sonuç olarak hekimlerin ücretlendirmelerinde adil davranılmadığını düşündüğü ve günlük muayene edilen hasta sayısının çalışma yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir.

Lourenção ve diğerlerinin (2010) asistan doktorları kapsayan 42 araştırma sonuçlarının derlendiği bir çalışmada ise yoğun ve uzun saatler çalışmaya bağlı olarak çalışma yaşam kalitesini düşüren tükenmişlik, stress, depresyon, uyku bozukluğunun yüksek oranda ortaya çıktığı raporlanmıştır. Devamında da çalışma yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumlara ilişkin yüzdeler aktarılmıştır. Asistanların, %78.40'ı tükenme sendromundan olumsuz etkilenmekte, %42'si büyük bir stres yaşamakta, %38'i yaygın bir uyku problemi yaşamakta, %46'sı alkol veya ilaç kullanmakta (antihistaminik, uyku ilacı, stres azaltıcı ilaçlar...), %81'i depresyon yaşamaktadır.

Çalışma ortamının geliştirilmesiyle daha az devamsızlık, daha fazla örgütsel bağlılık ve sonunda daha yüksek iş performansı ortaya çıkmaktadır (Akar ve Üstüner, 2017). Çalışma yaşam kalitesinin yüksek olması öğretmen (Erdem, 2010; Hong vd., 2010; Huang vd., 2007; Karaköse ve Bozgeyikli, 2012; Singh ve Singh, 2015), havaalanı çalışanı (Demir, 2010), seyahat acentesi (Türkay, 2015) gibi çeşitli meslek grupları açısından değerlendirildiğinde işyerine bağlılığı, istekliliği ve çabayı arttırdığı, işgören devir hızı ve işten ayrılma niyetini de azalttığı belirlenmiştir (Demir, 2010; Tuncer, 2012).

## 1.2. Örgütsel Bağlılık

Örgütsel bağlılık genel olarak çalışanın örgütüyle psikolojik olarak bütünleşmesi, örgütün amaç ve hedeflerini özümsemesi ve kişinin örgütte kalmak için duyduğu arzu olarak tanımlanmaktadır (Erdem, 2010; Tekingündüz ve Kurtuldu, 2015). Örgütsel bağlılık konusu ilk defa Whyte tarafından 1956 yılında ele alınmıştır (Karataş ve Güleş, 2010). Örgütsel bağlılıktan söz edilebilmesi için; çalışanların örgütün üyesi olmak için yürekten arzu ve istek duymaları, çalışanın örgütün amaç ve çıkarlarına hizmet etmek için güçlü bir çaba içinde olmaları, çalışanların örgütün amaçlarını, normlarını, değerlerini benimseyerek, örgüt kültürünün oluşmasına ve onun sürdürülmesine gönüllü katkıda bulunmaları ve onları benimsemeleridir (Eren, 2012).

Çağdaş araştırmalarda öne çıkan belli başlı kavramsal çerçevelerden birisi Allen ve Meyer (1990) tarafından ortaya atılmıştır. Araştırmacılar, üç bileşenli bir model öne sürmüşlerdir. Bileşenlerden ilki devam bağlılığıdır. Çalışanların bir işyerinde gösterdiği çaba ve geçirdiği zamanın bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Örgütten ayrılmanın getireceği maliyetlerin farkında olma anlamını taşımaktadır. Normatif bağlılık ise çalışanların sürekli çalışmak ve örgütte kalmak için yükümlülük hissetmeleridir. İçselleştirilmiş normatif görev inancı ve zorunluluk bireyleri kuruluşa üyeliklerini sürdürmeye sevk etmektedir. Üçüncüsü ise duygusal bağlılıktır. Çalışanın örgüte duygusal bağlılığını, örgütle bütünleşmesini yansıtmaktadır. Güçlü bir duygusal bağlılığı olan çalışanlar organizasyonun beklentileri için en iyisini yapmaya çalışmaktadırlar (Gül, 2002; Wasti, 2003).

Örgütsel bağlılık yönetim organizasyon alanında da en çok tartışılan konulardan birisidir. Örneğin Türkiye’de öğretmenlerin örgütsel bağlılığı üzerinde gerçekleştirilmiş 28 çalışmanın dahil edildiği bir meta analiz çalışmasında örgüte ilişkin negatif psikolojik faktörlerin olumsuz orta düzey, olumlu psikolojik faktörlerin ve örgütsel uygulamaların olumlu orta düzey ilişkisi olduğu saptanmıştır (Arslan ve Yıldız, 2015). Örgütsel bağlılık ve onu etkileyebilecek farklı değişkenler ile ilgili oldukça geniş bir literatür vardır. Ancak, tıbbi hizmet sunumunda ekip lideri konumunda olan doktorların örgütsel bağlılığının incelendiği araştırmalar göreceli olarak oldukça sınırlıdır. Bu araştırmalardan birisinde Kuusio ve diğerleri (2010) birinci basamakta hizmet sunan pratisyen doktorların diğer tıbbi hizmetlerde çalışanlara göre örgütsel bağlılıklarının daha düşük ve işten ayrılma niyetlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gökçe ve diğerlerinin (2014) özel hastanede sürdürdükleri araştırmada hastanede çalışan doktorların liderlik davranışı algılarının örgütsel bağlılık düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu bir etkisi olduğunu tespit etmiştir.

## 1.3. İşten Ayrılma Niyeti

İşten ayrılma niyeti, çalışanın genellikle çalışma ortamındaki koşullarla ilgili tatminsizliği sebebiyle ortaya çıkmaktadır ve örgütten ayrılmayı planlamasını ifade etmektedir. İşten ayrılmayı düşünen çalışanlar, örgütten ayrılmak konusunda amaçlı ve planlı bir kararı veya niyeti vardır (Örücü ve Özafşarlıoğlu, 2013; Tekingündüz vd., 2015). İşten ayrılma niyetinin, işten ayrılma davranışına dönüşmesi bir süreçtir ve işten ayrılmayı düşünme, yeni bir iş arayışına girme, alternatif iş olanaklarını değerlendirme, kalmaya ya da gitmeye karar verme evrelerinden oluşmaktadır (Addae vd., 2006).

Hangi sebeple olursa olsun çalışanın ayrılmasının işletmelere doğrudan ve dolaylı maliyetleri bulunmaktadır. Yeni bir personelin bulunması, işe alınması ve eğitimi gibi faaliyetler doğrudan maliyetleri içermektedir. Dolaylı maliyetler arasında ise yeni çalışanın işini öğrenene kadar düşük verimlilikle çalışması, kurumsal bellek ve kurum kültürünün zayıflaması, kurumda çalışmayı sürdüren personelin iş yükünün artması vb. etmenlerse bu kapsamda sıralanabilir (Tekingündüz vd., 2015; Yıldız, 2013).

## 1.4. Çalışmanın Önemi ve Amacı

Çalışma yaşamı insanların en aktif ve uzun vakitlerini geçirdiği zaman dilimidir. İş, insanların hayatlarındaki en önemli faaliyetlerden biridir, çalışanların çabaları, zamanları, becerileri ve yetenekleri karşılığında onların hem ekonomik hem de psikolojik veya sosyal ihtiyaçlarını karşılamada

katkı sağlamaktadır (González-Baltazar vd., 2015; Saygılı vd., 2016). Sağlık çalışanları arasında doktorlar tıbbi hizmetlere ilişkin temel sorumlulukları üstlenen grup olarak öne çıkmaktadır. Bazı durumlarda da hastalarla ilgili karmaşık klinik ve duygusal sorunları yönetmeye ek olarak idari ve yönetsel roller üstlenmek zorunda kalmaktadırlar. Türkiye’de eğitim ve araştırma hastanelerinde bu görevlere ilaveten öğrenci ve/veya asistanlarının eğitimiyle ilgili sorumluluklar da yüklenmektedir.

Alan yazına göz atıldığında doktorların çalışma yaşamı kalitesi (Bragard vd., 2015) ile örgütsel bağlılığı (Mathieu ve Zajac, 1990) ve işten ayrılma niyeti (Lu vd., 2017) arasındaki ilişkilerin incelendiği araştırmalar bulunmaktadır. Ancak, doktorlarda çalışma yaşam kalitesinin örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyetine etkisine yönelik bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu noktadan hareketle araştırma planlanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı, kamu bünyesinde hizmet veren bir üniversite hastanesinde çalışan doktorların çalışma yaşam kalitesi, örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyeti düzeylerinin saptanması ve çalışma yaşam kalitesinin örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisinin belirlenmesidir. Bu kapsamda çalışmada şu alt sorulara yanıt aranmıştır:

1-Doktorların çalışma yaşam kalitesi ile örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyetleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2-Doktorların çalışma yaşam kalitesi, örgütsel bağlılık ile işten ayrılma niyetini yordamakta mıdır?

## II. YÖNTEM

Bu bölümde katılımcılar ve araştırma prosedürüne ilişkin bilgiler ile veri toplama araçlarına ve veri analizine yönelik açıklamalara yer verilmiştir.

### 2.1. Katılımcılar ve Prosedür

Araştırmanın çalışma grubu bir kamu üniversitesine bağlı olarak hizmet veren eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan farklı branş ve unvandaki doktorların tamamından oluşturulmuştur. Çalışma grubu oluşturulurken, hastanede çalışan farklı branşlardaki 275 doktorun (öğretim üyesi ve asistan) tamamına gönüllülük esasına uygun olarak ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya katılan 173 kişiden dönen veriler ile analizler sürdürülmüştür, geri dönüş oranı %62,9’dur. Araştırma süreci başlamadan önce, ölçme araçlarının kullanımı için izin alınmıştır. Daha sonra, ilgili Üniversitenin Klinik Araştırmalar ve Etik Kurulundan onay ve araştırmanın yapılacağı hastaneden resmi izin alınmıştır. Veriler, kesitsel olarak araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile gönüllülük esasına göre, katılımcıların uygun olduğu zamanlarda (öğle arası, çay molası vb.), hastanenin muhtelif yerlerinde 02 Mayıs ve 25 Haziran 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

### 2.2. Veri Toplama Aracı

Araştırmada kullanılan anket dört bölümden oluşmaktadır, ilk bölüm mesleki ve sosyo-demografik bilgi toplama formuna ait sorulardan, ikinci bölüm çalışma yaşam kalitesi ölçeğine ait sorulardan, üçüncü bölüm örgütsel bağlılık ölçeğine ait sorulardan ve son bölüm işten ayrılma niyeti ölçeğine ait sorulardan oluşmaktadır.

*Çalışma yaşam kalitesi ölçeği:* Katılımcıların çalışma yaşam kalitesinin belirlenebilmesi için Van Laar ve diğerleri (2007) tarafından geliştirilen Akar ve Üstüner (2017) tarafından Türk kültürüne uyarlanan “Çalışma Hayatına İlişkin Yaşam Kalitesi (Work-Related Quality of Life - WRQoL)” ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 5’li likert tipidir. Toplam puan arttıkça çalışma yaşam kalitesi puanı artmaktadır. Ölçekte yer alan 7., 9. ve 19. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekte, iş ve kariyer memnuniyeti, genel iyilik hali, aile-iş yaşam dengesi, işyeri stresi, işyerinde kontrol ve çalışma koşulları olarak isimlendirilen toplamda altı alt boyut mevcuttur. Orijinal ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,72-0,90 aralığında yer almakta iken, ölçek tamamı için bu değer 0,94’tür. Akar ve

Üstüner'in çalışmasında ise söz konusu değer alt boyutlar için 0,70-0,91 aralığında, ölçek tamamı ise 0,93 olarak hesaplanmıştır. Test-tekrar test sonucunda elde edilen kararlılık değeri alt boyutlar için 0,73-0,81, ölçek tamamı 0,88 olarak belirlenmiştir. Doğrulamalı faktör analizi (DFA) sonucunda ortaya çıkan modelin uyumlu olduğu görülmüştür ( $\chi^2/df= 1,79$ ,  $NNFI= 0,95$ ,  $CFI= 0,96$ ,  $RMSEA= 0,050$  ve  $SRMR= 0,051$ ). Bu çalışmada ölçeğe ilişkin Cronbach alfa ise iş ve kariyer memnuniyeti, genel iyilik hali, işyerinde kontrol, işyeri stresi, çalışma koşulları ve aile-iş yaşam dengesi alt faktörleri ve genel ölçek için sırasıyla 0,64, 0,84, 0,79, 0,65, 0,68 ve 0,91 olarak belirlenmiştir. Tüm alt faktörlere ait Cronbach Alpha değerleri, önerilen değer olan 0,60'in üzerindedir (Yıldız ve Uzunsakal, 2018).

*Örgütsel bağlılık ölçeği:* Katılımcıların örgütsel bağlılık düzeylerinin belirlenebilmesi için Meyer ve diğerleri (1993) tarafından geliştirilen ve geçerlilik çalışması Hoş ve Oksay (2015) tarafından yapılan ölçme aracı kullanılmıştır. Toplam puan arttıkça örgütsel bağlılık puanı artmaktadır. Uyarılma çalışması sonucu toplam varyansın %69'unun açıklanabildiği görülmüştür. Alt faktörler, duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılık olarak isimlendirilmiştir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayıları söz konusu alt faktörlere göre sırasıyla 0,85, 0,83 ve 0,77 iken uyarılma çalışmasında 0,82, 0,81 ve 0,84 olarak hesaplanmıştır, bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayıları 0,91, 0,72 ve 0,77 olarak bulunmuştur.

*İşten ayrılma niyeti ölçeği:* Çalışanların işten ayrılma niyetlerinin belirlenebilmesi için Seyrek ve İnal (2017) tarafından geçerlilik çalışması yapılmış işten ayrılma ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 5'li likert tipidir. Toplam puan arttıkça işten ayrılma niyeti artmaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,91 olarak hesaplanmış ve güvenilirlik için yeterli olarak yorumlanmıştır. Bu çalışmada ölçek toplamına ilişkin Cronbach alfa katsayısı 0,89 olarak hesaplanmıştır.

*Mesleki ve sosyo-demografik bilgi toplama formu:* Araştırmacılar tarafından hazırlanmış ve katılımcıların çalışma durumları ve sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgilerin toplanması amacıyla kullanılmıştır.

### 2.3. Verilerin Analizi

Doktorlara ilişkin bilgi formuna bağlı olarak frekans ve yüzde değerlerinden yararlanılarak betimsel istatistik yapılmıştır. Araştırmada verilerin analizinde kullanılacak testleri belirlemek amacıyla normallik ve çoklu doğrusallık bağlantısı varsayımları incelenmiştir. Verilerin normallik varsayımları incelendiğinde tüm maddelerin basıklık değeri -0,044 ile 0,799 ve çarpıklık değeri -0,002 ile 0,890 arasındadır. Basıklık ve çarpıklık değerlerinin  $\pm 1,5$  aralığında olması nedeniyle normallik dağılımı varsayımının karşılandığı kabul edilmiştir (Çokluk vd., 2012). İlaveten, regresyon analizleri öncesinde Varyans Artış Faktörü (VIF) değerleri de incelenmiştir. VIF değerlerinin 1,934- 3,762 aralığında olduğu ve 10'un üzerinde bir değere rastlanmadığı için çoklu doğrusal bağlantının bulunmadığı yorumuna varılarak, veri setinin analizler için uygun olduğu değerlendirilmiştir (Büyükuysa ve Öz, 2016). Değişkenlerin arasındaki ilişkileri test etmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi ve Basit Doğrusal Regresyon analizi kullanılmıştır. Analizler, SPSS 19.00 paket programı yardımı ile yapılmıştır.

## III. BULGULAR

Çalışmada ilk önce katılımcıların sosyo-demografik dağılımlarının ve çalışma durumlarına ilişkin özelliklerinin frekans ve yüzdeleri hesaplanarak Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri**

Değişkenler	Kategoriler	Frekans (f)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	59	34,1
	Erkek	114	65,9
Medeni Durum	Evli	120	69,4
	Bekar	53	30,6
Yaş	20-29	71	41,0
	30-39	52	30,1
	40-49	32	18,5
	50 ve üstü	18	10,4
Unvan	Asistan hekim	79	45,7
	Uzman hekim	22	12,7
	Dr. Öğr. Üyesi	33	19,7
	Doçent	20	11,6
	Profesör	19	11,0
Meslek yılı	5 yıl altı	73	42,2
	6-10 yıl	37	21,4
	11-15 yıl	16	9,2
	16-20 yıl	21	12,1
	21 yıl ve üzeri	26	15,0
Kurumda çalışma yılı (Mesleki kıdem)	5 yıl altı	132	76,3
	6-10 yıl	28	16,2
	11-15 yıl	5	2,9
	16-20 yıl	6	3,5
	21 yıl ve üzeri	2	1,2
Ortalama haftalık mesai (Çalışma saati)	40 saat ve altı	69	39,9
	41-50 saat	42	24,3
	51-60 saat	18	10,4
	61-70 saat	19	11,0
	71 ve üstü	25	14,5
Nöbet hizmeti	Evet	124	71,7
	Hayır	49	28,3

Araştırmada ilk önce “Doktorların çalışma yaşam kalitesi ile örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyetleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmıştır. Söz konusu değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere Pearson Korelasyon analizi yapılmış ve sonuçlar Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2’ye göre doktorların çalışma yaşam kalitesi algıları aritmetik ortalamaları alt boyutlara göre incelendiğinde, iş ve kariyer memnuniyeti için  $\bar{X}= 3,53\pm,53$ , genel iyilik hali  $\bar{X}= 3,40\pm,68$ , iş yerinde kontrol  $\bar{X}= 3,35\pm,85$ , iş stresi  $\bar{X}= 3,06\pm,92$ , çalışma koşulları  $\bar{X}= 3,15\pm,73$ , aile-iş yaşam dengesi  $\bar{X}= 3,21\pm,78$ ’dir. Çalışma yaşam kalitesinin genel toplamı ise  $\bar{X}= 3,34\pm,55$  olarak hesaplanmıştır. Çalışma yaşam kalitesinin boyutlarından en yüksek değer iş ve kariyer memnuniyeti olduğu görülürken, en düşük değer iş stresi boyutunda çıktığı saptanmıştır. Başka bir ifade ile iş stres düzeylerinin diğer boyutlara göre çalışma yaşam kalitesi açısından en olumsuz düzeyde olduğu belirlenmiştir. Örgütsel bağlılığın ortalamaları alt boyutlara göre incelendiğinde; duygusal bağlılık  $\bar{X}= 3,04\pm,87$ , devam bağlılığı  $\bar{X}= 2,82\pm,65$  ve normatif bağlılık  $\bar{X}= 2,76\pm,73$  olarak hesaplanmıştır. Örgütsel bağlılığın genel toplamı  $\bar{X}= 2,88\pm,43$ ’dir. Bununla birlikte doktorların işten ayrılma niyeti ortalamalarının  $\bar{X}= 1,96\pm,91$  olduğu görülmüştür. Bu durum doktorlar arasında işten ayrılma niyetinin düşük olduğu anlamına gelmektedir.

Tablo 2’ye göz atıldığında, çalışma yaşamı kalitesi toplam puanı ile örgütsel bağlılık toplam puanı arasında anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde ( $r= 0,414$ ,  $p<0,01$ ), işten ayrılma niyeti toplam puanı

ile örgütsel bağlılık toplam puanı arasında anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde ( $r = -0,247$ ,  $p < 0,01$ ) işten ayrılma niyeti toplam puanı ve çalışma yaşam kalitesi toplam puanı arasında anlamlı negatif yönlü ve orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir ( $r = -0,413$ ,  $p < 0,01$ ).

**Tablo 2. Katılımcıların Çalışma Yaşam Kalitesi, Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyeti Toplam ve Alt Boyut Merkezi ve Yaygınlık Ölçütleri ile Puan Korelasyonları**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. İş ve kariyer memnuniyeti	1											
2. Genel iyilik hali	0,636**	1										
3. İş Yerinde kontrol	0,652**	0,532**	1									
4. İş Stresi	0,261**	0,488**	0,226**	1								
5. Çalışma koşulları	0,665**	0,660**	0,619**	0,340**	1							
6. Aile-İş yaşam dengesi	0,527**	0,559**	0,563**	0,329**	0,602**	1						
7. Duygusal bağlılık	0,445**	0,475**	0,497**	0,285**	0,571**	0,531**	1					
8. Devam bağlılık	-0,273**	-0,385**	-0,197**	-0,392**	-0,263**	-0,281**	-0,342**	1				
9. Normatif bağlılık	0,321**	0,337**	0,261**	0,329**	0,323**	0,233**	0,437**	-0,187*	1			
10. İşten ayrılma niyeti	-0,328**	-0,441**	-0,140	-0,344**	-0,342**	-0,294**	-0,395**	0,260**	-0,210**	1		
11. Çalışma yaşam kalitesi toplam	0,831**	0,872**	0,775**	0,530**	0,832**	0,758**	0,599**	-0,384**	0,386**	-0,413**	1	
12. Örgütsel bağlılık toplam	0,331**	0,301**	0,380**	0,156**	0,428**	0,345**	0,749**	0,202**	0,712**	-0,247**	0,414**	1
Ortalama	3,53	3,40	3,35	3,06	3,15	3,21	3,04	2,82	2,76	1,96	3,34	2,88
Standart Sapma	0,53	0,68	0,85	0,92	0,73	0,78	0,87	0,65	0,73	0,91	0,55	0,43

\*\*  $p < 0,01$

Araştırmanın ikinci sorusu, “Doktorların çalışma yaşam kalitesi, örgütsel bağlılık ile işten ayrılma niyetini yordamakta mıdır?” Söz konusu problem durumuna ilişkin çalışma yaşam kalitesi ve örgütsel bağlılık ile çalışma yaşam kalitesi ve işten ayrılma niyetini yordama durumu basit regresyon analizi ile yapılmıştır. Analizlere ilişkin sonuçlar aşağıda Tablo 3’de yer almaktadır.

**Tablo 3. Çalışma Yaşam Kalitesinin Örgütsel Bağlılığa ve İşten Ayrılma Niyetine Yönelik Etkisi**

Değişken		B	Standart Hata	B	t	p
Örgütsel Bağlılık	Sabit	1,810	0,183		9,916	0,000
	Çalışma Yaşam Kalitesi	0,321	0,054	0,414	5,952	0,000
$R = 0,414$ , $R^2 = 0,172$ , $F_{(5,432)} = 35,427$ , $p = 0,000$						
İşten Ayrılma Niyeti	Sabit	4,225	0,387		10,929	0,000
	Çalışma Yaşam Kalitesi	-0,677	0,114	-0,413	-5,936	0,000
$R = 0,413$ , $R^2 = 0,171$ , $F_{(24,224)} = 35,231$ , $p = 0,000$						

Tablo 3’e göz atıldığında, çalışma yaşam kalitesi ile örgütsel bağlılık arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmaktadır [ $R = ,414$   $R^2 = ,172$ ,  $F_{(5,432)} = 35,427$ ,  $p = ,000$ ]. Çalışma yaşam kalitesi örgütsel bağlılığa ilişkin toplam varyansın % 17’sini açıklamaktadır. Çalışma yaşam kalitesi

puanındaki 1 birimlik artış örgütsel bağlılık puanında 0,321'lik artışa neden olmaktadır. Modelin tahmini sonucu;

$$Y(\text{Örgütsel Bağlılık}) = 1,810 + 0,321X(\text{Çalışma Yaşam Kalitesi}) \text{ olarak bulunmuştur.}$$

Çalışma yaşam kalitesi ile işten ayrılma niyeti arasında ise negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır [ $R = 0,413$ ,  $R^2 = 0,171$ ,  $F_{(24,224)} = 35,231$ ,  $p = 0,000$ ]. Çalışma yaşam kalitesi değişkeni işten ayrılma niyetine ilişkin toplam varyansın %17'sini açıklamaktadır. Çalışma yaşam kalitesi puanındaki bir birimlik artış, işten ayrılma puanında -0,677 puanlık bir azalışa neden olmaktadır. Modelin tahmini sonucu;

$$Y(\text{İşten Ayrılma Eğilimi}) = 4,225 - 0,677X(\text{Çalışma Yaşam Kalitesi}) \text{ olarak bulunmuştur.}$$

#### IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada üniversite hastanesinde görev yapan doktorların çalışma yaşam kalitesi, örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyetleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmış ve bu doğrultuda çalışma yaşam kalitesinin işten ayrılma niyeti ve örgütsel bağlılığı anlamlı olarak yordama durumu incelenmiştir. Verilerin analizinde önce değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon analizleri ile incelenmiş ilişki saptanması sonucunda regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir.

Araştırma bulgularında elde edilen Tablo 2'deki sonuçlar değerlendirildiğinde çalışma yaşam kalitesinin boyutlarından en yüksek değeri iş ve kariyer memnuniyeti, en düşük değeri ise iş stresi olduğu sonucu elde edilmiştir. Çalışma yaşam kalitesinin artırılması için doktorların iş stresini azaltmaya yönelik fazla iş yükünün önlenmesi, yönetici desteği, serbest zaman etkinliklerinin desteklenmesi gibi stres düzeyini düşürmeye yönelik faaliyetlere ağırlık verilebilir. Araştırmanın bir diğer önemli bulgusu örgütsel bağlılığın, ortalama değerinin altında bulunmasıdır. Bu durum örgütsel rolleri gerçekleştirilmede isteksizlik, örgütsel amaçlara odaklanamama, devamsızlık gibi istenmeyen sonuçlara neden olabilmektedir. Çalışma yaşam kalitesinin artırılması ve özellikle iş stresinin azaltılması ile birlikte örgütsel bağlılığın da artabileceği göz önünde bulundurulabilir. Bununla birlikte doktorların işten ayrılma niyetinin ortalama değerden düşük olduğu görülmüştür. Bu durum istenen örgütsel çıktılar, insan kaynakları politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması açısından olumlu bir etki oluşturabileceği değerlendirilebilir.

Araştırma kapsamında regresyon analizi sonucuna göre çalışma yaşam kalitesi ile örgütsel bağlılık arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Analiz sonuçlarına göre çalışma yaşam kalitesinde meydana gelecek bir puanlık artış örgütsel bağlılıkta 0,312 puanlık bir artışa yol açmaktadır. Ayrıca kurulan modelin açıklama gücü %17 olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Bir meta analiz çalışmasında, çalışma yaşam kalitesinin örgütsel bağlılığın %47'sini açıkladığı saptanmıştır (Mathieu ve Zajac, 1990). Alan yazında farklı sektörlerdeki iş görenleri kapsayan çalışmalarda da bu bulguları destekler sonuçlar ortaya çıktığı görülmektedir (Huang vd., 2007; Parvar vd., 2013; Erdem, 2010; Karaköse ve Bozgeyikli, 2012; Türkay, 2015; Normala, 2010). Öte yandan, tam tersi durum da geçerlidir. Çalışma yaşam kalitesi düşüğe örgütsel bağlılık da azalmaktadır (Arslan ve Yıldız, 2015).

Çalışmadaki bir diğer çarpıcı bulgu, çalışma yaşam kalitesi ile işten ayrılma niyeti arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilmesidir. Buna göre çalışma yaşam kalitesinde meydana gelecek bir puanlık artış işten ayrılma niyetinde 0,677 puanlık bir azalışa yol açmaktadır. Ayrıca kurulan modelin açıklama gücü %17 olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Başka bir deyişle, çalışma yaşam kalitesinin artırılması doktorların işten ayrılma niyetlerini azaltmada önemli bir etmen olduğu yorumuna varılabilir. Farklı meslek gruplarını içeren çalışmalarda da bu bulguları destekler nitelikte sonuçlara ulaşılmıştır. Huang ve diğerleri (2007) denetçiler, Demir'in (2011) hava limanı çalışanları ve Yıldız'ın (2013) antrenörler üzerinde yaptığı araştırma bulgularında da bu çalışmaya paralel sonuçlar saptanmıştır.



Sağlık profesyonellerinin çalışma ortamları fiziksel, psikolojik, ekonomik ve örgütsel imkanlar ile biçimlenmektedir. Türkiye'deki doktorların göreceli olarak yoğun bir iş yükü bulunmaktadır (Tanrıverdi ve Teker, 2010). Ayrıca, çalışma ortamında sunulan iş ve kariyer olanakları veya çalışanın işine son verildiğinde hali hazırda alternatif işlerin olması (Lee vd., 2004), iş yerindeki stres düzeyi (Lourenção vd., 2010; Mathieu ve Zajac, 1990), mobbing (Cook vd., 1996) gibi belli başlıca etmenler çalışanların çalışma yaşamının kalitesini etkilemektedir.

Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmelere bağlı olarak hasta ve hasta yakınları hem nitelik hem de nicelik açısından geçmişe göre daha bilinçli seçimler yapmaktadır. Sağlık yöneticileri, hizmet alanların artan taleplerine karşın, maliyet ve rekabet baskısı altında daha verimli, kaliteli ve etkin hizmet sunmak zorunda kalmaktadır. Bu durum, iş görenlerin iş yükü ve buna bağlı stresini yükseltmektedir. Öte yandan, sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algıları onların tatmin düzeyini ve sundukları hizmetleri de etkilemektedir. Çalışanların beklentilerinin karşılanmadığı bir kurumda, sağlık profesyonellerinin hastaları ile olan ilişkileri zayıflamakta, işe yönelik olumsuz tutumlar artmakta, işin gerekliliklerini yerine getirmede ise düşük motivasyon sergilemektedirler. Tam tersi durumlarda ise hizmet sunumunun kalitesi ve hastaların memnuniyet düzeyini artırmakta (Halbesleben vd., 2008; McHugh vd., 2011), sigorta ve sağlık bakım maliyetleri azalmakta, çalışan performansı yükselmekte, tükenmişlik düzeyi azalmakta ve kuruma karşı artan bir sorumluluk ve bağlılık gelişmektedir (Zekioglu vd., 2019). Bu araştırma kapsamında da çalışma yaşam kalitesi açısından optimum çıktılara ulaşılabilmesi ise doktorların iş stresinin azaltılması ve çalışma koşullarının daha yükseltilmesi konusunda çalışmalara başvurulması gereği anlaşılmaktadır.

Elde edilen bu bulgular sağlık tesislerinde sağlıklı çalışma yaşamı koşullarının sağlanmasının öneminin ortaya konulması açısından başta sağlık politikalarını belirleyen ulusal otoriteler olmak üzere, sivil toplum kuruluşları ve tüm sağlık yöneticileri ile akademisyenlerine önemli ipuçları sağlayabilecektir. Özellikle hasta tatmini ve hasta güvenliği gibi konularda hizmet alanların beklenti düzeylerinin karşılanması, bu beklentilerin karşılanma düzeylerinin standardize edilmesi kaliteli hizmet sunumunda önem arz etmektedir.

Bu çalışmanın bir takım sınırlılıkları vardır. Bunlardan ilki ve belki de en önemlisi çalışmanın tek bir üniversite hastanesinde yürütülmüş olmasıdır. Bu sınırlılık minimize edilebilmesi için örneklem seçimine gidilmemiş, hastanede çalışan doktorların tamamından veri toplanması hedeflenmiş ve doktorların %62,9'undan veri toplanmıştır. Bu sınırlılık göz önünde bulundurularak, bu çalışma sonuçları Türkiye örneklemini temsil edecek şekilde genişletilerek test edilebilir. Çalışmanın bir diğer sınırlılığı ise veri toplama aracı olarak nicel değerlendirme araçları kullanılmıştır. Nicel değerlendirme araçları doğası gereği, bir duruma ilişkin hızlı şekilde çok fazla denekten veri toplanması avantajına sahiptir. Bireysel farklılıklara ilişkin sınırlı düzeyde bilgi toplanabilmektedir. Bu sınırlılık, konuya ilgi duyan araştırmacılar için bir başka çalışma konusu olarak ele alınabilir. Değişkenler arasındaki ilişkinin nedenleri nitel araçların kullanıldığı bir başka çalışmada derinlemesine incelenebilir.

## KAYNAKLAR

- Addae, H. M., Praveen Parboteeah, K., & Davis, E. E. (2006). Organizational commitment and intentions to quit. *International Journal of Organizational Analysis*, 14(3), 225–238.
- Akar, H., & Üstüner, M. (2017). İş yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18, 159–176.
- Allen, N. J. & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychological Society*, 63, 1-18.
- Arslan, A., & Yıldız, N. (2015). Meta-analysis of the variables that predict the organizational commitment of teachers in Turkey. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, 11(4), 1310–1335.
- Bragard, I., Dupuis, G., & Fleet, R. (2015). Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians. *European Journal of Emergency Medicine*, 22(4), 227–234.
- Büyükuysa, M. Ç., & Öz, İ. İ. (2016). Çoklu doğrusal bağıntı varlığında en küçük karelere alternatif yaklaşım: Ridge regresyon. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(2), 110–114.
- Catak, T., & Bahçecik, N. (2015). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 85–95.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu G. & Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik SPSS ve LISREL uygulamaları* (2. bs.). PEGEM Akademi.
- Cook, D. J., Liutkus, J. F., Risdon, C. L., Griffith, L. E., Guyatt, G. H., & Walter, S. D. (1996). Residents' experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. *Canada Medical Association Journal*, 154(11), 1657–1665.
- Demir, M. (2010). İşgörenlerin çalışma yaşamı kalitesi algılamalarının işte kalma niyeti ve işe devamsızlık ile ilişkisi. *Ege Akademik Bakış*, 11(3), 453–465.
- Demirbilek, S., & Türkan, Ö. U. (2008). Çalışma yaşamı kalitesinin artırılmasında personel güçlendirmenin rolü. *"İş, Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 10(1), 47–67.
- Erdem, M. (2010). Öğretmen Algılarına göre liselerde iş yaşamı kalitesi ve örgütsel bağlılıkla ilişkisi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 16(4), 511–536.
- Eren, E. (2012). *Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi* (13. bs.). Ankara: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Gökçe, B., Güney, S., & Katrınlı, A. (2014). Does doctors' perception of hospital leadership style and organizational culture influence their organizational commitment? *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 42(9), 1549–1561.
- González-Baltazar, R., Hidalgo-Santacruz, G., León-Cortés, S. G., Contreras-Estrada, M. I., Aldrete-Rodríguez, M. G., Hidalgo-González, B. J., & Barrera-Vega, J. A. (2015). Quality of work life and mental health in primary care physicians. *Procedia Manufacturing*, 3, 4935–4940.
- Gül, H. (2002). Örgütsel bağlılık yaklaşımlarının mukayesesi ve değerlendirilmesi. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 2(1), 37–56.

- Halbesleben, J. R. B., Wakefield, B. J., Wakefield, D. S., & Cooper, L. B. (2008). Nurse burnout and patient safety outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, 30(5), 560–577.
- Hipp, M., Pilz, L., Al-Batran, S. E., Hautmann, M. G., & Hofheinz, R. D. (2015). Workload and quality of life of medical doctors in the field of oncology in Germany – A survey of the working group quality of life of the AIO for the study group of internal oncology. *Oncology Research and Treatment*, 38(4), 154–159.
- Hong, K., Tan, K., & Bujang, S. (2010). Relationships between work life quality of teachers with work commitment, stress and satisfaction: A study in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Jurnal Teknologi*, 52(1), 1–15.
- Hoş, C., & Oksay, A. (2015). Hemşirelerde örgütsel bağlılık ile iş tatmini ilişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(4), 1–24.
- Huang, T.-C., Lawler, J., & Lei, C.-Y. (2007). The effect of quality of work life on commitment and turnover intention. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 35(6), 735–750.
- Karaköse, B., & Bozgeyikli, H. (2012). Örgütsel bağlılık ve çalışma yaşamı kalitesi arasındaki ilişki: Rehberlik araştırma merkezlerinde çalışan personel üzerine bir çalışma. *HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 1(2), 164-180.
- Karataş, S., & Güleş, H. (2010). İlköğretim okulu öğretmenlerinin iş tatmini ile örgütsel bağlılığı arasındaki ilişki. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(2), 74–89.
- Kuusio, H., Heponiemi, T., Sinervo, T., & Elovainio, M. (2010). Organizational commitment among general practitioners: A cross-sectional study of the role of psychosocial factors. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(2), 108–114.
- Lee, T. W., Mitchell, T. R., Sablinski, C. J., Burton, J. P., & Holtom, C. (2004). The effects of job embeddedness on organizational citizenship, job performance, volitional absences, and voluntary turnover. *Academy of Management Journal*, 47(5), 711–722.
- Lourenção, L. G., Moscardini, A. C., & Soler, Z. A. S. G. (2010). Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(1), 81–91.
- Lu, Y., Hu, X. M., Huang, X. L., Zhuang, X. D., Guo, P., Feng, L. F., Hu, W., Chen, L., Zou, H., & Hao, Y. T. (2017). The relationship between job satisfaction, work stress, work-family conflict, and turnover intention among physicians in Guangdong, China: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(5), 1–12.
- Mathieu, J. E., & Zajac, D. M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108(2), 171–194.
- McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30(2), 202–210.
- Meyer, J. P., Allen, N. J., & Smith, C. A. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78(4), 538–551.
- Normala, D. (2010). Investigating the relationship between quality of work life and organizational commitment amongst employees in Malaysian firms. *International Journal of Business and Management*, 5(10), 75-82.

- Örücü, E., & Özafşarlıoğlu, S. (2013). Örgütsel adaletin çalışanların işten ayrılma niyetine etkisi: Güney Afrika Cumhuriyetinde bir uygulama. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(23), 335–358.
- Parvar, M. R. F., Allameh, S. M., & Ansari, R. (2013). Effect of quality of work life on organizational commitment by SEM. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 3(10), 135–144.
- Saygılı, M., Avcı, K., & Sönmez, S. (2016). Sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitesine ilişkin bir değerlendirme: Bir kamu hastanesi örneği. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 52, 437–451.
- Seyrek, İ. H., & İnal, O. (2017). İşten ayrılma niyeti ile ilişkili faktörler: Bilgi teknolojisi çalışanları üzerine bir araştırma. *Doğu Anadolu Sosyal Bilimlerde Eğilimler Dergisi*, 1(1), 63–74.
- Singh, O. P., & Singh, S. K. (2015). Quality of work life of teachers working in higher educational institutions: A Strategic approach towards teacher's excellence. *International Journal of Advance Research in Computer Science and Management Studies*, 3(9), 2321–7782.
- Tanrıverdi, H., & Teker, Ç. (2010). Eğitim hastanelerinde asistan doktorların klinik iş yükleri bakımından performans ölçütlerinin karşılaştırılması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 114–136.
- Tekingündüz, S., & Kurtuldu, A. (2015). İşten ayrılma niyeti, iş tatmini, örgütsel bağlılık, liderlik ve iş stresi arasındaki ilişkilerin analizi: Bir hastane örneği. *International Journal of Human Sciences*, 12(1), 1501–1517.
- Tekingündüz, S., Top, M., & Seçkin, M. (2015). İş tatmini, performans, iş stresi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkilerin incelenmesi: Hastane örneği. *Verimlilik Dergisi*, 4, 39–64.
- Tuncer, M. (2013). Çalışma yaşam kalitesinin otel işletmesi çalışanları üzerindeki etkileri. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 57-78.
- Türk, Y. Z., Çetin, M., & Fedai, T. (2012). Genç hekimlerde çalışma yaşam kalitesinin belirleyicileri. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(3), 172–181.
- Türkay, O. (2015). Çalışma yaşamı kalitesinin iş memnuniyeti ve bağlılık üzerine etkileri: Seyahat acentaları üzerine bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(1), 239–256.
- Van Laar, D., Edwards, J. A., & Easton, S. (2007). The work-related quality of life scale for healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 325–333.
- Wasti, S. A. (2003). Organizational commitment, turnover intentions and the influence of cultural values. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76(3), 303–321.
- Yıldız, D., & Uzunsakal, E. (2018). Alan araştırmalarında güvenilirlik testlerinin karşılaştırılması ve tarımsal veriler üzerine bir uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 14–28.
- Yıldız, S. M. (2013). Spor ve fiziksel etkinlik işletmelerinde iş yaşam kalitesinin çalışanların işten ayrılma niyetine etkisi. *Ege Akademik Bakış*, 13(3), 317–324.
- Zekioğlu, A., Topçu, H. G., & Tengilimoğlu, D. (2019). Sağlık çalışanlarının sağlıklı çalışma ortamına ilişkin algılarının incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 455–463.



# ÖRGÜTSEL ADALETİN ÖRGÜTSEL SAPMA DAVRANIŞLARINA ETKİSİ: BİR HASTANE ÖRNEĞİ

Fuat KORKMAZER \*  
Mahfure PİROL \*\*

## ÖZ

Çalışanlar, yaşamın her alanında olduğu gibi çalışma yaşamlarında da adalet olgusu üzerinde önemle durmaktadır. Bu nedenle işletme içerisindeki adaletsiz uygulamalara karşı bazı olumsuz davranışlarla tepkilerini göstermektedir. Bu olumsuz davranışlar, örgütsel sapma davranışları olarak ele alınmaktadır. Bu araştırmada örgütsel adalet algısının çalışanların örgütsel sapma davranışları üzerindeki etkisini araştırmak amaçlanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Örgütsel Adalet Ölçeği ile Örgütsel Sapma Ölçeğinden yararlanılmıştır. Araştırma bir kamu hastanesinin idari ve klinik birimlerinde çalışan 284 sağlık çalışanına uygulanmıştır. Araştırma sonucunda örgütsel adalet ile örgütsel sapma davranışları arasında düşük düzeyde, negatif yönlü ve anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca örgütsel adaletin tüm alt boyutlarıyla (işlem adaleti, dağıtım adaleti ve etkileşimsel adalet) birlikte çalışanların örgütsel sapma davranışları üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, çalışanların örgütsel sapma davranışlarını düşürebilecek önerilerde bulunulmuştur.


**Anahtar Kelimeler:** Örgütsel Adalet, Örgütsel Sapma, Sağlık Çalışanları

## MAKALE HAKKINDA

\* Dr. Öğr. Üyesi, Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, f.korkmazer@alparslan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2734-7309>

\*\* Öğretim Görevlisi, Muş Alparslan Üniversitesi, Sosyal Bilimler MYO, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, m.pirol@alparslan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-2954-5568>

Gönderim Tarihi: 27.05.2020

Kabul Tarihi: 09.12.2020

## Atıfta Bulunmak İçin:

Korkmazer, F. & Pirol, M. (2021). Örgütsel Adaletin Örgütsel Sapma Davranışlarına Etkisi: Bir hastane Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 43-62

## THE EFFECT OF ORGANIZATIONAL JUSTICE ON ORGANIZATIONAL DEVIATION BEHAVIORS: A HOSPITAL EXAMPLE

Fuat KORKMAZER \*  
Mahfure PİROL \*\*

### ABSTRACT

Employees attach great importance to the phenomenon of justice in their working lives as in all areas of life. For this reason, they show their reactions to unfair practices within the business with some negative behaviors. These negative behaviors are considered as organizational deviation behaviors. In this study, it was aimed to investigate the effect of organizational justice perception on organizational deviation behaviors of employees. Organizational Justice Scale and Organizational Deviation Scale were used as data collection tools. The research was applied to 284 health workers working in administrative and clinical units of a public hospital. As a result of the research, it was determined that there is a low level, negative and significant relationship between organizational justice and organizational deviation behaviors. In addition, it has been determined that organizational justice has a significant effect on organizational deviation behaviors of workers with all the sub-dimensions (transaction justice, distribution justice and interactional justice). In line with the findings obtained from the research, suggestions were made to reduce the organizational deviation behaviors of the employees.

**Keywords:** Organizational Justice, Organizational Deviance Behaviors, Health Workers

### ARTICLE INFO

\* Assist. Prof., Muş Alparslan University, f.korkmazer@alparslan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2734-7309>

\*\* Lecturer, Muş Alparslan University, m.pirol@alparslan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-2954-5568>

Received: 27.05.2020

Accepted: 09.12.2020

### Cite This Paper:

Korkmazer, F. & Pirol, M. (2021). Örgütsel Adaletin Örgütsel Sapma Davranışlarına Etkisi: Bir Hastane Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 43-62

## I. GİRİŞ

İşletmeler, belirli bir amaç etrafında toplanmış kişiler ve yapılardan oluşmaktadır. İşletmeler yaşamını sürdürebilmek için kazanç elde edeceği bir işte çalışmak amacıyla bir araya gelen çalışanlar ve kar elde etmek isteyen işletme sahiplerine uygun ortamı hazırlayan kuruluşlardır. Bu kuruluşlarda çeşitli kademelerde görev alan çalışanların beklentileri, çalışma koşulları ve faaliyetleri örgüt yaşantısının temelini oluşturmaktadır. İşletme yöneticileri, işletme bünyesindeki çalışanlarının, işletmedeki görev, çalışma süresi, motivasyonu; kısacası yapmakla yükümlü oldukları tüm faaliyetlerden sorumludur. Bu sorumluluğun yöneticilerde olması, onların adil yönetim hususunda daha duyarlı ve bilinçli hareket etmelerini gerekli kılmaktadır. Bu sorumluluklar örgütsel adalet kavramını beraberinde ortaya çıkarmaktadır. İşletme sahipleri uygulanan sistemin adil olduğu kanaati taşısa da çalışanlar nezdinde bazen aynı kanaat oluşmamaktadır. İşletme sahipleri ile çalışanlar arasındaki algı düzeyinin birbirine yakın ya da aynı olması, örgütsel adaletin uygulanabilirliğini güçlü kılmaktadır. Örgütsel adaletin yeterince uygulandığı işletmelerde çalışanlar açısından memnuniyet, iş tatmini, bağlılık, güven ve örgütsel vatandaşlık davranışı, örgüt açısından ise üretkenliğin yüksek olması, olumlu çalışma ortamı ve güçlü örgütsel kültür gibi olumlu sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Örgütsel adaletin yeterince uygulanmadığı işletmelerde ise çalışanlardan örgüte yönelik saldırı, sabotaj ve hırsızlık gibi olumsuz davranışlar ile bunun sonucunda örgüt açısından üretkenliğin düşük olması, çalışma ortamının huzursuzluğu ve zayıf örgütsel kültür gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Beugre, 2002).

İşletmelerde meydana gelen sapmayla ilgili bazı davranışlar öznel olmaktadır. Bu davranışların kişiye göre değişmesi tespit edilmesini ve ölçülmesini zorlaştırabilir. Bireyin bu davranışı neden gerçekleştirdiğini bilmek her zaman kolay olmayabilir. Bu nedenle yöneticilerin önemlilik derecesine bakmaksızın, bir sapma davranışı meydana geldiğinde buna engel olması ve bu davranışın nedenlerini anlayarak daha büyük sorunların oluşmasını önlemeye çalışması gerekir (Lawrence ve Robinson, 2007). Bir işletmede adaletin olması çalışanları motive etmektedir. Çalışma ortamında, işletme çalışanları adaletin eksikliği hissettiklerinde moralleri düşmekte, işten kaçmakta, sorumluluk almada isteksiz olmakta, başka iş arayışına girmekte ve işletmeye karşı intikam alma haline bile bürünebilmektedir.

Sağlık kurumlarında, kurumların yapısından ötürü birçok farklı meslek beraber çalışmak durumundadır. Bu kurumlarda çalışanların birlikte uyumlu bir şekilde çalışması herkesin arzuladığı bir durumdur. Fakat çalışanlar çalıştıkları kurumlarda her zaman istenen davranışları sergileme eğiliminde olmamaktadır. Sapkın davranışlar örgütsel yaşamın kalitesi, çalışanların moral ve motivasyonu, örgütsel bağlılığı ve iş tatminini olumsuz etkilemektedir (Özdevecioğlu ve Aksoy, 2005). Sağlık kurumlarının ehemmiyetli kaynaklarından biri olan çalışanlar, tedarikçilerle, hasta ve yakınları ile ve kendi aralarında yoğun bir iletişim ve etkileşim içerisindedir. Bu durum, kurumun hizmetlerinin kalitesi, performansı, kurumsal imajı ve sürekliliğini etkilemektedir. Bundan dolayı literatürde sağlık çalışanları üzerine pek çok araştırma yapılmakta ve hususiyetle örgütsel davranış konuları üzerinde durulmaktadır (Bayın ve Yeşilaydın, 2014). Sağlık çalışanlarının diğer meslek gruplarına nazaran daha ağır sorumlulukları bulunmaktadır. Yaptıkları işlerin insan hayatına doğrudan etkisinin olması sebebiyle, hata yapma lükslerinin olmadığı görevleri bulunmaktadır. Bu sebeple, beklentilerinin öğrenilip karşılanması ve görevlerini hakkıyla yapmalarını olumsuz etkileyen faktörlerin tespit edilerek iyileştirilmesi gerekmektedir. Böylelikle sağlık çalışanları daha özverili bir şekilde görevlerini yerine getirecek, hizmet sundukları bireyler de aldıkları hizmetten memnun kalacaktır.

### 1.1. Örgütsel Adalet

Adalet; doğruluk, dürüstlük, yansızlık ve kararları doğru vermeyi, herkese eşit şekilde davranmayı yaşam şekli haline getirebilmektir. Bu açıdan ele alındığında, kişilerin haklarının göz önünde bulundurulması, herkesin hak ettiği ödül ve ceza ile karşılaşmasıdır (Abbasoğlu, 2015). Örgütsel adalet, doğrudan işyeriyle ilgili olduğu gibi adalet rolünü tanımlamak için de kullanılan, ödül ceza işlemleri, yöneticilerin çalışanlara karşı tutumlarının çalışanlarca nasıl algılandığını açıklamak için kullanılan terimdir (Irak, 2004). Örgütsel adalet, bireylerin ait oldukları örgüt içinde kendilerine karşı



yapılan uygulamalarda eşit davranıp davranılmadığına ilişkin algıları olarak tanımlanmaktadır. Bu algı kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Ayrıca örgüt içerisinde uygulanan terfi, ödül, ceza ve ücret gibi uygulamaların çalışanlara tebliğ ediliş biçimi olarak da tanımlanmaktadır (İçerli,2010). Örgütsel adalet tüm örgütsel süreçlerin her bir döneminde etkili olan bir ögedir. Öyle ki işverenler örgütteki tüm çalışanların yetkilerinin, sorumluluklarının yapmakla yükümlü oldukları tüm faaliyetlerin herkese adil bir şekilde dağıtılmasından sorumludur (Bilsel, 2013 Akt; Abbasoğlu, 2015). Özünde, örgütsel adaletin önemini destekleyen araştırmacıların inancı, çalışanların adil davranıldığına inanmaları halinde olumlu tutum sergileme olasılıkları daha yüksek olduğudur (Moorman,1991). Greenberg (1987) örgütsel adaleti iş yerinde adil davranmanın rolünü açıklama çabası etrafında tanımlamıştır.

Örgütsel adalet oluş şekilleri bakımından çeşitli seviyelerden oluşmaktadır. Örgütsel adaletin oluştuğu aşamalarda örgüt üyelerinin örgütsel adalet anlayışları şekillenirken kendilerine çeşitli ölçütler belirlemekte ve bu ölçütlerin bireylere ne düzeyde adaletli davranıldığını belirlemede kullanılmaktadır (Acar, 2019). Söz konusu bu kıstaslar aynı zamanda örgütsel adaletin boyutlarını da teşkil etmektedir. Örgütsel adaletin boyutları: işlem adaleti, dağıtım adaleti ve de etkileşimsel adalet şeklinde 3 farklı boyutta incelenmektedir (Greenberg, 1987).

*Dağıtım adaleti*, örgüt içerisindeki adil olmayan dağıtım sonrası çalışan tepkilerini ve kişilerin adaletsizlikten kaçma uğraşlarını inceleyerek reaktif özellik göstermektedir (Çakır, 2006). Örgütlerde adalet kavramı sosyal-psikolojiden ortaya çıkmıştır. Dağıtım adaleti, sonuçların algılanan adaletliliği ile ilgilenirken, sonuçların dağılımının ayrılmaz bir parçası olduğu örgütsel bağlamda güçlü çıkarımlar yapma potansiyeli vardır (Charash ve Spector, 2001). *İşlem adaleti*, örgütte görevlerin dağılımı yapılırken söz konusu olmaktadır. Dağıtım adaletini odak noktası olarak yapılan çalışmalarda insanların adaletsizlik ile karşılaştıkları durumda verdikleri tepkileri anlama ve bu tepkileri öngörme ile ilgili yaşanan problemler araştırmacıları işlem adaletine yönlendirmiştir. İşlem adaleti veya Prosedür adaleti bir sorunu çözümlenebilmek için kullanılan tekniklerin adil ve tatmin edici olduğu inancı olarak tanımlanmaktadır (Greenberg, 1987; Taşkiran, 2011; Dahmaz, 2019). *Etkileşimsel adalet*, 1980'li yılların sonlarına doğru yapılan çalışmalar insanların birbirleri ile olan ilişkilerinin de bir adalet biçimi olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle adalet kavramına üçüncü bir boyut olan etkileşim adaleti kavramı eklenmiştir (Öğmen, 2019). İşlemsel adaletin bir uzantısı olan etkileşimsel adalet, örgütsel uygulamaların insan tarafına, yani yönetimin alıcısına karşı davranış biçimine aittir. Dolayısıyla, etkileşimsel adalet, kibarlık dürüstlük ve saygı gibi kaynak ile adalet alıcısı arasındaki iletişim sürecinin yönleriyle ilgilidir (Bies ve Moag, 1986; Tyler ve Bies, 1990).

Cropanzano ve arkadaşları, (2007) örgütsel adaletin alt boyutlarını aşağıdaki tabloda özetlemiştir.

**Tablo 1. Örgütsel Adaletin Boyutları**

<b>1. Dağıtım Adaleti: Kazanımların uygunluğu</b>
<b>Eşitlik:</b> Çalışanların ödüllendirilmesinin yaptıkları katkıya bağlı olması <b>Eşit Paylaşım:</b> Her bir çalışana kabaca aynı ücretin ödenmesinin gerekliliği <b>İhtiyaç:</b> Çalışanın kişisel olarak gereksinim duyduğu faydanın sağlanması
<b>2. İşlem Adaleti: Dağıtım sürecinin uygunluğu</b>
<b>Tutarlılık:</b> Tüm çalışanlara aynı şekilde davranılması <b>Tarafsızlık:</b> Hiçbir kişi ya da grubu ima etmeden ayrımcılık ve kötü muamelenin önlenmesi <b>Doğruluk:</b> Kararların doğru bilgiye dayandırılması <b>Herkesi temsil etme kaygısı:</b> Dağıtım alacak olanların (pay sahiplerinin) ortak bir karar alması <b>Düzeltilme:</b> Süreç ya da diğer mekanizmalarda yapılan hatalar için düzeltme hakkının olması <b>Etik Kurallar:</b> Profesyonel şekilde yürütülen standartların ihlal edilememesi.
<b>3. Etkileşim Adaleti: Otoriteye ve diğer çalışanlara karşı yerinde davranışlar sergileme uygunluğu</b>
<b>Kişilerarası adalet:</b> Çalışanlara dürüst, kibar ve saygı çerçevesinde davranılması <b>Bilgisel adalet:</b> Çalışanlarla doğru bilgi paylaşılması

**Kaynak:** Cropanzano vd., 2007

## 1.2. Örgütsel Sapma

Sapma kavramı, belirli bir davranışın toplumun inanç, tutum ve davranışlarından farklılık göstermesi olarak nitelendirilmektedir. Diğer bir deyişle, sapma davranışı, normlardan fark edilir tarzda ayrılan veya standartlara uymayan davranış biçimi olarak ifade edilmekte ve sapma kavramı çoğunlukla olumsuz olarak algılanmaktadır (Lucas ve Friedrich, 2005; Demir, 2010; Thomas, 2003 Akt: Bayın ve Yeşilaydın, 2014). Sapma davranışı yasal açıdan kabul edilebilir veya edilmeyebilir, ancak önemli olan genel sosyal normlarla çeliştiğidir (Karelia ve Keck, 2013). Sapma davranışı farklı şekillerde tanımlansa bile neredeyse her toplumda bazı ortak sınıflandırmalarla ele alınmaktadır. Buna göre, suçluluk, intihar, alkolizm, madde bağımlılığı, duygu, düşünce ve davranış bozuklukları, cinsel sapkınlıklar hemen hemen her toplumda sapma davranışı türleri olarak görülmektedir (Arıkan,1986).

Genellikle doğrudan kuruluşa yönelik sapkın davranışlar örgütsel sapma olarak adlandırılır (Agwa, 2018). Örgütsel sapma; örgütü ve örgütün çalışanlarını rahatsız edebilecek işten kaçma, görevi doğru yapmama, fiziksel saldırıda bulunma, sözlü saldırıda bulunma, hırsızlık, sabotaj vb. her türlü hareket tarzını kapsamaktadır (Spector ve Fox, 2002). Vaguan, örgütsel sapmayı, resmi hedeflerden, normatif standartlardan ve beklentilerden sapan ve beklenenden daha düşük sonuçlarla ortaya çıkan bir faaliyet, durum veya oluşum olarak tanımlar (Akt: Aksu, 2016). Bununla birlikte, yaygın örneklerinden biri, bu davranışların önemli toplumsal normları ihlal etmesi ve başkalarına zarar verme potansiyeline sahip olmasıdır (Agwa, 2018; Aquino vd., 2004).

Örgütsel sapma davranışlarını detaylı olarak inceleyen ilk çalışma Holinger ve Clark (1982) tarafından yapılmıştır. Araştırmacılar bu çalışmada örgütsel sapmayı iki boyutta ele almıştır. Boyutlardan ilki “örgüte özgü davranışlar (Mülkiyet sapması)”; ikincisi ise “üretimde özgü davranışlar (Üretim sapması)” şeklinde isimlendirilmiştir (Akt: Bayın ve Yeşilaydın, 2014). Mülkiyet sapmasında örgüte ait malların izin alınmadan kendi üzerine geçirme, zarar verme gibi davranışlardır. İş yerinden çalma eyleminde bulunmak, indirim haklarını amaç dışı kullanmak, az çalışmaya karşılık daha fazla ücret alma mülkiyet sapmasına örnek olarak verilebilmektedir (Avcı vd., 2007). Üretim sapması üretimle ve örgüt içinde işle ilgili kuralların dışına çıkma davranışları olarak belirtilmektedir. Bunlar; işe geç gelme, devamsızlık, çalışmada özensizlik, iş akışını yavaşlatma, iş yerinde alkol ve bağımlılık yapıcı madde kullanma gibi davranışları içermektedir (Hollinger ve Clark, 1982 Akt: Öztürk, 2019).

Örgütsel sapma boyutları ile ilgili farklı araştırmacıların geliştirdiği modellerden en çok rağbet gören, Robinson ve Bennett (1995)'in geliştirdiği modeldir (Akt: Avcı vd., 2007). Robinson ve Bennett, Hollinger ve Clark'ın yaptığı sınıflandırmayı baz alarak bu davranışlara bireylerarası sapma davranışlarının da eklendiği kapsamlı bir tanımlama meydana getirmişlerdir. Araştırmacılar örgütsel sapmayı, önemli örgütsel normları ihlal eden ve bunu yaparak bir örgütün refahını tehdit eden çalışan davranışı olarak tanımlanmaktadır. Robinson ve Bennett (1995)'e göre örgütsel sapma davranışları iki alt boyuttan meydana gelmekte ve her boyutta da iki grup halinde bir dizi davranışlar bulunmaktadır. Araştırmacılar bu alt boyutları, örgüte yönelik sapma ve bireylerarası sapma olmak üzere ikiye ayırmaktadır. Örgüte yönelik sapma, düşük ya da yüksek önem derecesine göre kendi içerisinde üretim sapması ve mülkiyet/ekipman sapması şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Bunun gibi bireylerarası sapma alt boyutu da düşük ya da yüksek önem derecesine göre kendi içerisinde politik sapma ve kişisel çatışma şeklinde ikiye ayrılmaktadır (Akt: Bayın ve Yeşilaydın, 2014).

Bennett ve Robinson (2000) örgütsel sapma davranışlarını örgütsel normları ihlal eden gönüllü eylemler olarak görmektedir. Bu sebeple örgütsel sapma davranışı ile birlikte etik kavramı da gündeme gelmektedir. Bennett ve Robinson (2000)'a göre ise bireyler iki tür sapma davranışı gösterirler. Kurumdaki diğer çalışanlara yönelik gösterilen sapma türünü kişilerarası sapma, örgütü hedef alan sapma türünü ise örgüte yönelik sapma olarak isimlendirmiştir. *Bireylerarası sapma*, örgütteki çalışanlara yönelik davranış biçimini ele alır ve istismar, zorbalık ve fiziksel saldırıyı içeren davranışlar şeklinde tanımlanır (Robinson ve Bennett, 1995). Örgüte yönelik *sapma*, kayıtsızlık, örgütsel normlara uyulmaması veya örgütsel politikaların ihlali şeklinde ortaya çıkabilir (Mulki vd., 2006). Örgütsel sapma davranışı olarak görülen her davranış aynı zamanda etik olmayan bir davranış olarak görülmeyebilir (Vardi ve Wiener, 1996).

Robinson ve Bennett (1995)'in örgüte yönelik düşük düzeyde önemli olan *üretim sapması*; işletmede yapılacak işe ilişkin belirlenmiş olan kuralların ihlal edilmesidir. Yüksek düzeyde önemli olan *ekipman sapması* ise izin almadan işletmenin varlığı ya da maddi kaynaklarına zarar vermek veya onları elde etmektir. İşletmeye ait olan varlıkların izinsiz kullanımı örgütsel sapma olarak tanımlanabileceği gibi toplumsal normlara göre de etik olmayan bir davranış şeklidir. Bireylerarası düşük düzeyde önemli olan *politik sapma*; sosyal etkileşime yönelik kişisel ya da politik açıdan dezavantajlı olan çalışanların sergilediği davranışlardır. Yüksek düzeyde önemli olan *kişisel çatışma* ise; işletmenin diğer çalışanlarına yönelik hasımane ve saldırgan tavırların sergilenmesi şeklinde tanımlanmıştır (Gültaş, 2019). Alt boyutlara ilişkin davranışlar Şekil 2.'de detaylı bir şekilde gösterilmektedir.

**Şekil 1. Robinson ve Bennett'in Örgütsel Sapma Boyutlandırması**

ÖRGÜTE YÖNELİK			
AZ ÖNEMLİ	<b>ÜRETİM SAPMASI</b> - İşten erken çıkılması - Fazla mola verilmesi - Kasıtlı şekilde yavaş çalışılması - Kaynakların israf edilmesi	<b>MÜLKİYET/EKİPMAN SAPMASI</b> - Ekipmanların sabote edilmesi - Rüşvet alınması - Çalışılan saatlerinin doğru söylememesi - Örgütte ait malzemelerin çalınması	ÇOK ÖNEMLİ
	<b>POLİTİK SAPMA</b> - Adam kayırılması - Çalışma arkadaşları hakkında dedikodu yapılması - Çalışma arkadaşlarının suçlaması - Çalışma arkadaşları ile yararsız rekabete girişilmesi	<b>KİŞİSEL ÇATIŞMA</b> - Cinsel taciz - Sözlü taciz - Çalışma arkadaşlarına ait malzemelerin çalınması - Çalışma arkadaşlarının tehlikeye atılması	
BİREYLERARASI			

**Kaynak:** Robinson ve Bennett, 1995

İşyeri sapmasının doğası ve nedenleri üzerine çalışan araştırmacılar örgütsel adaleti sapmanın önemli bir etkeni olarak tanımlamışlardır (Agwa, 2018; Çolak, 2019). Çalışanların işyerinde adalet algılarına ilişkin olarak örgütsel adaletin, bireylerin motivasyonları ve işteki performansları üzerinde önemli bir etkisi vardır (Cropanzano vd., 2001). Bireyin kuruma kazandırdıkları ile karşılığında aldığı bedelin eşit olmadığına inanması gibi algılar örgütsel sapma davranışı üzerinde etkilidir (Çolak, 2019). Eğer bu tür bireyler istismar edilmiş veya haksız muamele görürlerse, genel olarak kuruluşa ve bazen de gönderen yöneticiye veya diğer çalışanlara yönelik sapkın davranışlarda bulunma olasılıkları daha yüksek olacaktır (Agwa, 2018)

## II. YÖNTEM

### 2.1. Araştırma Amacı ve Hipotezleri

Bu araştırma ile sağlık çalışanlarının örgütsel adaletle ilişkin algılarının örgütsel sapma davranışları üzerindeki etkisini belirlemek ve sağlık kurumlarına bu doğrultuda gerekli farkındalık oluşturarak yapılacak öneriler neticesinde örgütsel adaleti sağlayacak ilkeler çerçevesinde bir sağlık hizmeti sunulması için gerekli örgütsel adaleti oluşturma avantajı sağlanması amaçlanmıştır. Araştırmanın hipotezleri;

H<sub>1</sub>: Sağlık çalışanlarının örgütsel adaletle ilişkin algıları örgütsel sapma davranışlarını etkilemektedir.

H<sub>2</sub>: Demografik bilgilere göre, örgütsel adalet algıları farklılık göstermektedir.

H<sub>3</sub>: Demografik bilgilere göre, örgütsel sapma davranışları farklılık göstermektedir.

## 2.2. Evren ve Örneklem

Araştırma evreni Muş Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihte kurumda çalışan personel sayısı 862'dir. Araştırmada basit tesadüfi örneklem yöntemiyle %5 örneklem hatasında 450 kişiye ulaşılabilmektedir. Hesaplamalar, Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2014) tarafından geliştirilen örneklem hesaplama yöntemi ile hesaplanmıştır. Kişilerin uygulanan ankete katılmak istememeleri, anketlerin boş verilmesi nedeniyle dağıtılan anket formlarından 297'si geri dönmüş, geri dönen anketlerden 13 tanesi eksik ve yanlış doldurulduğu için değerlendirme dışında bırakılmış ve geriye kalan anketlerin 284'ü analize uygun görülmüştür. Örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında belirlenmiştir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan 2014).

**Tablo 2. Örneklem Büyüklükleri ( $\alpha=0,05$  için)**

Evren Büyüklüğü	+-0,03 örnekleme hatası (d)			+-0,05 örnekleme hatası (d)			+-0,10 örnekleme hatası (d)		
	p=0,5 q=0,5	p=0,8 q=0,2	p=0,3 q=0,7	p=0,5 q=0,5	p=0,8 q=0,2	p=0,3 q=0,7	p=0,5 q=0,5	p=0,8 q=0,2	p=0,3 q=0,7
100	92	87	90	80	71	77	49	38	45
500	341	289	321	217	165	196	81	55	70
750	441	358	409	254	185	226	85	57	73
1000	516	406	473	278	198	244	88	58	75
2500	748	537	660	333	224	286	93	60	78

**Kaynak:** Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2014

Anketler, araştırmanın yapılacağı kurumdaki resmi yazılı izin alındıktan sonra elden dağıtılıp toplanmıştır. Eksiksiz doldurulan veriler istatistiksel değerlendirmeye alınmış ve veriler değerlendirilirken, frekans dağılımı, yüzdelik, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis ve Pearson korelasyon testlerinden yararlanılmıştır.

## 2.3. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Kişisel bilgiler formu, örgütsel adalet ölçeği ve örgütsel sapma ölçeğinden faydalanılmıştır. Kişisel bilgiler formu, katılımcıların demografik bilgilerini içeren yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekteki ve kurumdaki hizmet süresi, unvan durumu ve yöneticilik görevi olup olmama durumuna ilişkin 8 sorudan oluşmaktadır.

**Örgütsel Adalet Ölçeği:** Örgütsel Adalet ölçeği üç bölümden ve toplamda 21 ifadeden oluşmaktadır. Bu ölçek Sayü (2014) tarafından Nieoff ve Moorman (1993) ile Price ve Mueller (1986)'in geliştirdiği ölçekler, bir araya getirilerek kullanılmıştır. Nieoff ve Moorman'a ait ölçek, işlem adaleti ile etkileşim adaleti boyutlarını, Price ve Mueller (1986) ait ölçek ise dağıtım adaletini ölçmek için kullanılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri tarafımızca 0,969 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre ölçek oldukça güvenilirdir.

**Örgütsel Sapma Ölçeği:** Robinson ve Bennett (2000) 'in geliştirdiği ve Gültaş (2019) tarafından Türkçeye uyarlanan Örgütsel Sapma Davranışları Ölçeğinden faydalanılmıştır. Örgütsel Sapma davranışları ölçeği iki boyuttan (örgüte yönelik sapma, bireylerarası sapma) oluşmaktadır. Örgütsel sapma davranışlarıyla ilgili ankette bulunan ifadelerde 5'li Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,773 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre ölçek güvenilirdir.

## 2.4. Verilerin Analizi

Anketlerden elde edilen veriler SPSS veri tabanına aktararak "SPSS 21.0" programı ile istatistiksel analizler yapılarak değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Analizler sonucu elde edilen bilgiler değerlendirilerek yorumlanmıştır. Örneklem gruplarının normal dağılım gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla, örneklem büyüklüğü 50'den fazla olduğu için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır.

ve sonuçları Tablo 3'te verilmiştir. Ayrıca Örgütsel adalet ve örgütsel sapma ölçeklerinin ilişkisine yönelik Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) Amos 23 paket programı ile analiz edilmiştir.

**Tablo 3. Normallik Testi Sonuçları**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Örgütsel Adalet	0,094	284	0,000	0,953	284	0,000
Örgütsel Sapma	0,195	284	0,000	0,834	284	0,000

a. Lilliefors Significance Correction

Örgütsel adalet toplam puan ve üç alt boyut ile ilgili dağılım ( $p < 0,05$ ) Örgütsel Sapma toplam puan ve iki alt boyut ile ilgili dağılım normal olmadığı ve basıklık ile çarpıklık değerleri normal sınırlar dâhilinde olmadığı için verilerin analizinde parametrik olmayan testlerden istifade edilmiştir. İki alt grubu olan veriler için Mann-Whitney U Testi, ikiden fazla alt gruptan oluşan veriler için de Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

### 2.5. Araştırma Etiği

Araştırmanın yürütülebilmesi için Muş İl Sağlık Müdürlüğünden gereken yazılı izin alınmıştır. Konu ile ilgili 28.02.2019 tarihi ile Muş Alparslan Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan etik kurul kararı alınmıştır (No: 11). Çalışmaya katılan katılımcılara, çalışmanın amacı açıklanarak gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiştir.

### III. BULGULAR

Bu bölümde Örgütsel Sapma ile Örgütsel adalet ve alt boyutları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile test edilmiştir. Örgütsel adalet alt boyutları (dağıtım adaleti, işlem adaleti, etkileşimsel adalet) bağımsız değişken, Örgütsel Sapma ise bağımlı değişken olarak kabul edilmiş, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkene olan etkisi çoklu doğrusal regresyon analiziyle değerlendirilmeye tabi tutulmuştur.

Katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin bilgiler Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının Demografik Özellikleri**

		Sayı	Yüzde (%)
Yaş	18-25	89	31,3
	26-30	91	32,0
	31-35	46	16,2
	36-40	34	12,0
	41 ve üstü	24	8,5
Cinsiyet	Kadın	131	46,1
	Erkek	153	53,9
Medeni Durum	Evli	149	52,5
	Bekâr	135	47,5
Öğrenim Durumu	Lise	56	19,7
	Ön lisans	65	22,9
	Lisans	138	48,6
	Lisansüstü	25	8,8
Meslekte Çalışma Süresi	1 yıldan az	37	13,0
	1-5 yıl	129	45,4
	6-10 yıl	72	25,4
	11 yıl ve üstü	46	16,2
Kurumda Çalışma Süresi	1 yıldan az	58	20,4
	1-5 yıl	143	50,4
	6-10 yıl	58	20,4
	11 yıl ve üstü	25	8,8
Unvan Durumu	Tabip	26	9,2
	Tabip dışı sağlık personeli	180	63,4
	İdari personel	78	27,5
Yöneticilik Görevi Durumu	Evet	15	5,3
	Hayır	269	94,7

Tablo 4'te görüldüğü gibi katılımcıların yarısından fazlası %63,3 30 yaş altı sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Tablo 4 cinsiyet açısından incelendiğinde katılımcıların çoğunluğu (%53,9) erkeklerden oluşurken, daha düşük düzeyde katılım (%46,1) ise kadınlardan oluşmaktadır. Öğrenim durumu açısından, en yüksek katılımı %48,6 ile lisans mezunları oluştururken, bunu %22,9 ile ön lisans mezunu katılımcılar, %19,7 ile lise mezunları ve %8,8 ile de lisansüstü mezunlar izlemektedir. Meslekte çalışma süresine bakıldığında, en fazla katılımı %45,4 ile 1-5 yıl çalışanlar oluşturmakta, bunu %25,4 ile 6-10 yıl çalışanlar ve %16,2 ile 11 yıl ve üstü çalışanlar izlemektedir. En az katılım ise %13 ile 1 yıldan az süre ile çalışanlardan oluşmaktadır. Kurumda çalışma süresine bakıldığında, en yüksek katılımı %50,4 ile 1-5 yıl çalışanlar oluşturmakta, bunu %20,4 ile 6-10 yıl çalışanlar ile 1 yıldan az çalışanlar izlemektedir. En az katılım ise %8,8 ile 11 yıl ve üstü süre ile çalışanlardan oluşmaktadır. Katılımcıların çalıştıkları unvanlara bakıldığında, Yönetici görevi olan çalışanların oranı %6,5 olarak görülmekteyken, sağlık hizmetlerinin direkt olarak sunulduğu klinik hizmet birimlerinde çalışanların oranı % 93,5'tir. Katılımcıların çalıştıkları unvanlara bakıldığında, yarısından fazlası %63,3 tabip dışı sağlık personeli olarak görülmekteyken, bunu %27,5 ile idari personeller, %9,2 ile tabipler izlemektedir. Tablo 4'e yöneticilik görevi olma durumuna göre bakıldığında katılımcıların büyük çoğunluğunun (%94,7) yöneticilik görevi olmadığı, çok düşük düzeyde katılım (%5,3) ise yöneticilik görevi olanlardan oluşmaktadır.

### 3.1. Geçerlik ve Güvenirliliğe İlişkin Bulgular

Anketin güvenilirliği, iç tutarlılık katsayıları değerlendirilerek her ölçek ve alt boyutlar için ayrıca hesaplanmıştır.

**Tablo 5. Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Sonuçları**

Ölçek	n	Cronbach $\alpha$
<b>Örgütsel Adalet</b>	<b>21</b>	<b>0,969</b>
Dağıtım Adaleti	6	0,923
İşlem Adaleti	6	0,940
Etkileşimsel Adalet	9	0,964
<b>Örgütsel Sapma</b>	<b>19</b>	<b>0,773</b>
Bireylerarası Sapma	7	0,720
Örgüte Yönelik Sapma	12	0,708

Alpar (2014)'a göre anketin güvenilirliğinin test edilmesinde kullanılan Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 60-79 arasında olduğunda oldukça güvenilir, 80-100 arasında olduğunda ise ölçek yüksek güvenilirlikte kabul edilmektedir. Örgütsel adalet ölçeğinin geçerliliği alt boyutlarda incelendiğinde etkileşimsel adalet alt boyutunda güvenilirlik katsayısının en büyük (0,964), dağıtım adaleti alt boyutunda ise güvenilirliğin en düşük (0,923) olduğu tespit edilmiştir. Örgütsel adalet ölçeği tüm alt boyutları ile birlikte değerlendirildiğinde anketin güvenilirliğinin (0,969) olması yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermiştir. Örgütsel Sapma ölçeğinin güvenilirlik katsayısının ise (0,773) olarak tespit edilmesi, anketin oldukça güvenilir olduğunu göstermiştir.

Yapısal eşitlik modelinde öncelikle ölçme modeli (jenerik model) test edilmekte, modelde bir sorunun olmadığı görüldükten ya da sorunlar çözüldükten sonra da yapısal model test edilmektedir. Modelin test edilmesi neticesinde elde edilen uyum indeksleri modeliyle veri arasında uyum olduğunu gösterdiğinde, yapısal açıdan kurulan hipotezler kabul edilmekte; uyum indeksleri model ile veri arasında uyum olmadığını gösterdiğinde ise hipotezler reddedilmektedir (Meydan ve Şeşen 2015).

**Tablo 6. Araştırma Modeli İçin DFA Sonuçları Uyum İndeksleri**

(Uyum İndeksleri)	Ölçüm	İyi Uyum	Kabul Edilebilir	Sonuç
$\chi^2/sd$	<b>2,282</b>	<3	<4-5	İyi Uyum
CFI	<b>0,968</b>	>0,97	>0,95	Kabul Edilebilir
RMSEA	<b>0,067</b>	<0,05	0,06- 0,08	Kabul Edilebilir
GFI	<b>0,879</b>	>0,90	0,89- 0,85	Kabul Edilebilir
AGFI	<b>0,852</b>	>0,90	0,89- 0,85	Kabul Edilebilir
RMR	<b>0,078</b>	<0,05	0,06- 0,08	Kabul Edilebilir

Tablo 6'ya göre; oluşan sonuçlar modelin yeterli uyum sağladığını göstermektedir. Bu durumda örgütsel adaletle ilişkin algıların örgütsel sapma davranışları üzerinde etkisi olduğu söylenebilir. Yapısal Eşitlik Modeli için uyum istatistikleri ile ilgili farklı parametreler kullanılmıştır. Kullanılması gereken parametrelerin hangisi olduğu ile ilgili bir fikir birliğine varılmasa da, birkaç parametrenin birlikte kullanılması önerilmektedir. Bu bağlamda, en az üç uyumluluk (Fit) test grubundan birer tanesi kullanılmalıdır. Bunlardan en sık kullanılanları (Chi-Square Goodness), GFI, AGFI, CFI, NFI, RMR ve RMSEA'dır (Meydan ve Şeşen, 2015).

### 3.2. Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar ve Regresyon Analizi Sonuçları

Tablo 7'ye göre; örgütsel adalet; örgütsel sapmayı negatif olarak anlamlı azaltmaktadır. Örgütsel Adaletin tüm alt boyutları (dağıtımsal adalet, işlemsel adalet ve etkileşimsel adalet) Örgütsel Sapmayı anlamlı olarak azaltmaktadır.

**Tablo 7. YEM ile Regresyon Analizi Sonuçları**

Bağımlı		Bağımsız	Estimate	S.E.	C.R.	p
Örgütsel Sapma	<---	Örgütsel Adalet	-0,340	0,047	-8,251	***
Örgütsel Sapma	<---	Dağıtımsal Adalet	-0,276	0,028	-4,520	***
Örgütsel Sapma	<---	İşlemsel Adalet	-0,237	0,024	-3,190	***
Örgütsel Sapma	<---	Etkileşimsel Adalet	-0,380	0,039	-8,709	***

Tablo 8'e göre; Örgütsel adalet ile örgütsel sapma arasında negatif yönlü orta kuvvette bir ilişki görülmektedir. Örgütsel adaletin tüm alt boyutları ile örgütsel sapma arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Örgütsel adalet ile tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. En yüksek ilişki etkileşimsel adalet alt boyutunda görülürken en düşük ilişki ise Prosedürel işlem adaleti alt boyutunda görülmektedir.

**Tablo 8. Değişkenler Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi**

		Örgütsel Adalet	Dağıtımsal Adalet	İşlemsel Adaleti	Etkileşimsel Adalet	Örgütsel Sapma
Örgütsel Adalet	C	1,000	0,912**	0,938**	0,952**	-0,264**
	S		0,000	0,000	0,000	0,000
Dağıtımsal Adalet	C		1,000	0,812**	0,787**	-0,238**
	S			0,000	0,000	0,000
İşlemsel Adalet	C			1,000	0,836**	-0,182**
	S				0,000	0,000
Etkileşimsel Adalet	C				1,000	-0,300**
	S					0,000
Örgütsel Sapma	C					1,000
	S					

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

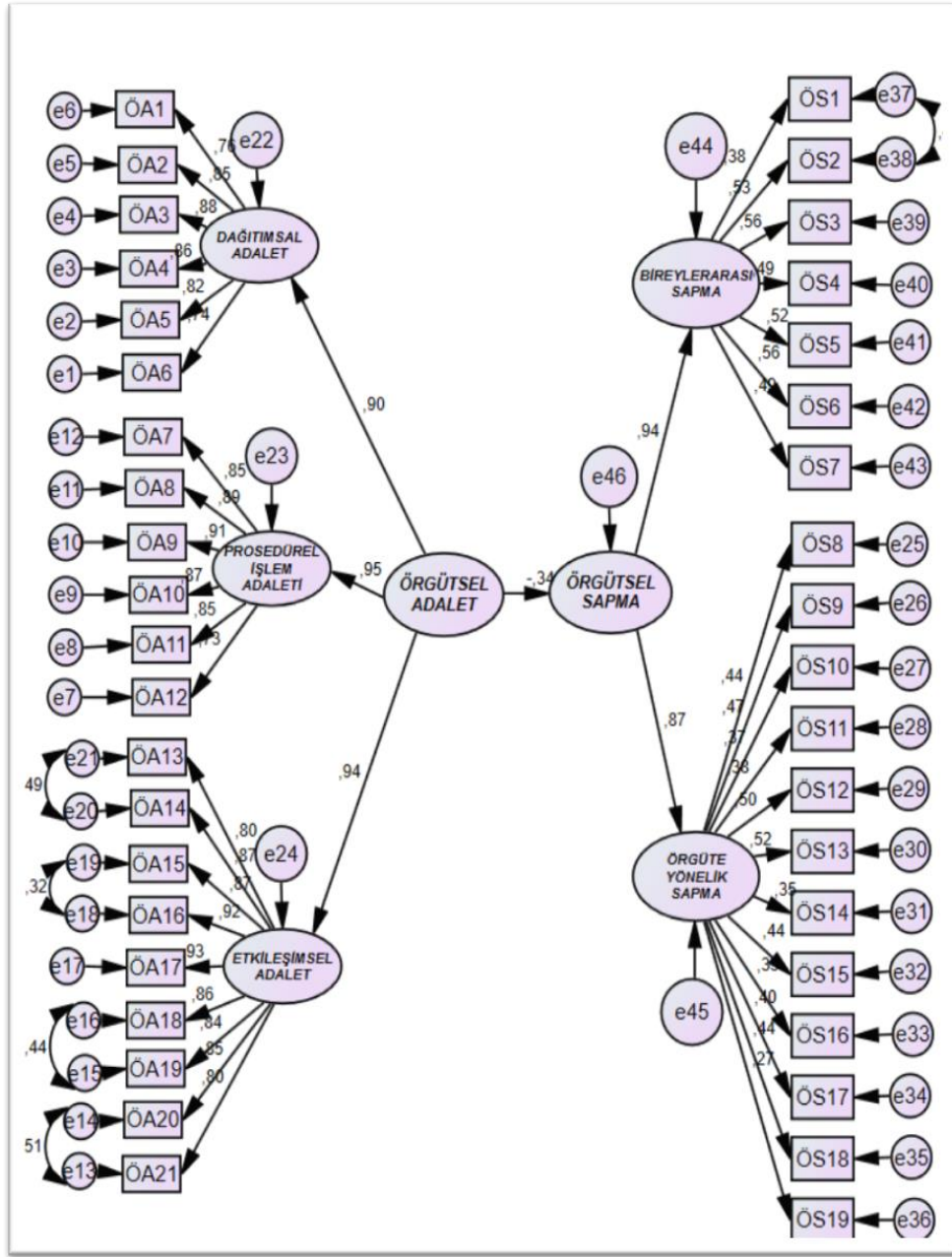
### 3.3. Yapısal Eşitlik Modeline İlişkin Bulgular

YEM'e ait uyum indeks değerleri ve programın önerdiği modifikasyon önerisi de dikkate alınarak model Şekil 2'deki son halini almıştır.

Şekil 2'de oklar üzerinde yer alan sayılar path katsayılarıdır. Path katsayıları, standartlaştırılmış regresyon katsayılarıdır. Bir path katsayısı, bağımsız değişkendeki bir standart sapmalık değişimin bağımlı değişkende yaratacağı sapma miktarını gösterir. Bu açıklamalar ışığında örgütsel adalet ölçeğine bakıldığında örgütsel sapma ölçeği üzerinde ( $\beta$ : -0,34) negatif yönlü bir etkisinin olduğu söylenebilir.



Şekil 2. Araştırmaya Ait Yapısal Eşitlik Modeli



Araştırmada ayrıca katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, çalışanın unvan bilgisi ve yöneticilik görevi olma durumuna göre örgütsel adalet ile örgütsel sapma algı düzeylerinde bir farklılık olup olmadığına da bakılmıştır.

**Tablo 9. Yaş, Öğrenim Durumu Meslekte Çalışma Süresi Meslekte Çalışma Süresi ve Unvan Gruplarının Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması**

		n	Örgütsel Adalet		Örgütsel Sapma	
			Mean Rank	P	Mean Rank	P
Yaş	18-25	89	146,39	0,435	151,35	0,127
	26-30	91	132,79		135,34	
	31-35	46	135,42		159,95	
	36-40	34	155,01		135,82	
	41 ve üstü	24	160,75		112,85	
Öğrenim Durumu	Lise	56	176,88	0,000*	129,24	0,538
	Ön lisans	65	151,69		140,75	
	Lisans	138	126,00		147,97	
	Lisansüstü	25	123,62		146,58	
Meslekte Çalışma Süresi	1 yıldan az	37	173,20	0,037*	122,48	0,045*
	1-5 yıl	129	145,21		138,67	
	6-10 yıl	72	141,64		145,31	
	11 yıl ve üstü	46	132,49		160,70	
Kurumda Çalışma Süresi	1 yıldan az	58	167,32	0,012*	131,84	0,026*
	1-5 yıl	143	154,12		143,56	
	6-10 yıl	58	143,45		154,13	
	11 yıl ve üstü	25	133,24		162,24	
Unvan	Tabip	26	133,46	0,423	148,69	0,207
	Tabip Dışı Sağlık Personeli	180	139,46		147,68	
	İdari Personel	78	152,52		128,49	

Katılımcıların örgütsel adalet algılarının demografik özelliklere göre karşılaştırıldığı Kruskal Wallis testine göre; örgütsel adalet algısının yaş ve unvan grupları arasında anlamlı bir farkın olmadığı; öğrenim durumu, meslekte çalışma süresi ve kurumda çalışma süresi grupları arasında ise anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir. Meslekte ve kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olan çalışanların 1-5 yıl, 6-10 yıl ile 11 yıl ve üstü sürede çalışanlardan daha yüksek ortalamaya sahip oldukları görülmüştür. Meslekte ve kurumda çalışma süresi arttıkça örgütsel adalet algısı puanı ortalamasının düştüğü şeklinde yorumlanabilir. Bu durum, çalışanların meslekte ve kurumda çalışma süresi arttıkça örgütsel adalet ile ilgili beklentilerinin düştüğü ve bu çalışanların hizmetlerin sunulduğu kurumun örgütsel adaletini değerlendirirken hassasiyetlerinin meslekte daha az süreli çalışanlara nazaran daha düşük olmasından kaynaklanması ile açıklanabilir. Ayrıca lise mezunu çalışanların ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu çalışanlarından daha yüksek ortalamaya sahip oldukları görülmüştür. Öğrenim düzeyi yükseldikçe örgütsel adalet algısı puanı ortalamasının düştüğü şeklinde yorumlanabilir. Bu durum, çalışanların öğrenim düzeyi yükseldikçe örgütsel adalet ile ilgili beklentilerinde artış olduğu ve bu çalışanların hizmetlerin sunulduğu kurumundaki uygulamaları değerlendirirken hassasiyetlerinin arttığı ile açıklanabilir.

Katılımcıların örgütsel sapma davranışlarının demografik özelliklere göre karşılaştırıldığı Kruskal Wallis testine göre; örgütsel sapma davranışlarının yaş, öğrenim durumu ve unvan grupları arasında anlamlı bir farkın bulunmadığı; meslekte çalışma süresi ve kurumda çalışma süresi grupları arasında ise anlamlı bir farkın bulunduğu tespit edilmiştir. Meslekte ve kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olan çalışanların 1-5 yıl, 6-10 yıl ile 11 yıl ve üstü sürede çalışanlardan daha düşük ortalamaya sahip oldukları görülmüştür. Meslekte ve kurumda çalışma süresi arttıkça örgütsel sapma puanı ortalamasının yükseldiği şeklinde yorumlanabilir. Bu durum, çalışanların meslekte ve kurumda çalışma süresi arttıkça örgütsel sapma ile ilgili hassasiyetlerinin düştüğü ve bu çalışanların hizmetlerin sunulduğu kurumun sapma davranışının sonuçları ile ilgili endişelerinin meslekte daha az süreli çalışanlara nazaran daha düşük olmasından kaynaklanması ile açıklanabilir.

**Tablo 10. Yaş, Öğrenim durumu Meslekte Çalışma Süresi Meslekte Çalışma Süresi ve Unvan Gruplarının Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması**

		n	Örgütsel Adalet		Örgütsel Sapma	
			Mean	p	Mean	p
Cinsiyet	Kadın	131	148,96	0,000*	141,71	0,881
	Erkek	153	173,92		143,17	
Medeni Durum	Evlü	149	144,37	0,608	133,87	0,078
	Bekâr	134	139,37		151,04	
Yöneticilik Görev Durumu	Yönetici	15	172,90	0,013*	123,47	0,355
	Çalışan	269	123,87		143,56	

Katılımcıların örgütsel adalet algılarının demografik özelliklere göre karşılaştırıldığı Mann Whitney testine göre; örgütsel adalet algısının yöneticilik görev durumu ve cinsiyet grupları arasında anlamlı bir farkın bulunduğu; medeni durum grupları arasında ise anlamlı bir farkın bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda yöneticilik görevi olan çalışanların örgütsel adalet algısı düzeyinin yöneticilik görevi olmayan diğer çalışanlara nazaran daha yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca kadın çalışanların örgütsel adalet ile ilgili beklentilerinin yüksek olduğu ve bu çalışanların hizmetlerin sunulduğu kurumundaki uygulamaları değerlendirirken erkek çalışanlara nazaran daha hassas davranmaları ile açıklanabilir.

Katılımcıların örgütsel sapma davranışlarının demografik özelliklere göre karşılaştırıldığı Mann Whitney testine göre; örgütsel sapma davranışlarının cinsiyet, medeni durum ve yöneticilik görev durumu grupları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir.

Bu sonuçlara göre; hipotezlerin durumu (0,05 anlamlılık düzeyinde) aşağıdaki gibidir.

- H1: Sağlık çalışanlarının örgütsel adaletle ilişkin algılarının örgütsel sapma davranışları üzerinde etkisi vardır hipotezi kabul edilmiştir.
- H2 Demografik bilgilere göre, örgütsel adalet algıları farklılık göstermektedir hipotezi kısmen kabul edilmiştir.
- H3 Demografik bilgilere göre, örgütsel sapma davranışları farklılık göstermektedir hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

#### IV. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışanlar işletme içerisindeki tüm uygulamalardan etkilenmektedir. Çalışanlar, işletmenin iç ve dış çevresinde gelişen olayların adil olup olmadığını değerlendirmekte ve karşılaştıkları adaletsizliklere de farklı şekillerde tepki vermektedirler. Sağlık kurumlarında çoğunlukla, kaynakların sınırlı olduğu ve bunları talep edenlerin çok sayıda kişi olduğu durumlar için kararlar alınmaktadır. Sağlık çalışanları kurumlarındaki kişilerarası ilişkileri, alınan kararları, kaynakların dağıtılma şeklini, uygulanan kural ve usulleri adalet perspektifinden değerlendirmektedir. Yöneticilerin, çalışanların görev dağılımları ya da terfi işlemlerinde taraflı davranması, kurum içerisinde performansın değerlendirilmesindeki eşitsizlikler, çalışanlarla kurulan iletişimde açık ve dürüst olunmaması ve çalışanların ödüllendirilmesinin yeterli düzeyde olmaması, çalışanların adalet algısını zedelemektedir.

İnsan kaynaklarında yaşanan değişimler doğrultusunda insan unsuru hizmet sektöründe özellikle emek yoğun olan sağlık sektöründe ön plana çıkmış, bir değer olarak görülmekte ve kritik bir sermaye olarak değerlendirilmektedir. Bu yönüyle sağlık kuruluşları toplum nezdinde olumlu bir itibar oluşturmak için insan kaynağı üzerinde etik değerlere uygun ve adaletli uygulamalar doğrultusunda değişim yapmak durumundadır.

Araştırma sonuçları incelendiğinde, örgütsel sapma davranışının çalışanların örgütsel adalet algılarından etkilendiği görülmüştür. Bu bulgu (Aquino vd., 1999; Mccardle, 2007; Holtz ve Harold,

2010; Demir, 2011; Yeşiltaş vd., 2012; Nasurdin vd., 2014; Yalap, 2016) tarafından yapılan çalışmaların sonuçları ile desteklenmektedir.

Ayrıca katılımcıların demografik bilgilerine göre örgütsel adalet algısı düzeylerinde ve örgütsel sapma davranışlarında kısmen bir farklılık olduğu da tespit edilmiştir.

Araştırma bulgularına bakıldığında, cinsiyetin örgütsel adalet algısı üzerinde anlamlı bir farklılık görülmüştür. Bu bulgu, (Bernerth vd., 2007; Forret ve Love, 2007; Karacaoğlu ve Yörük, 2012; Yalap, 2016) tarafından yapılan çalışmaların sonuçları ile desteklenmemektedir. Kadınların erkeklere oranla daha düşük örgütsel adalet algısına sahip olması, olumsuz herhangi bir uygulama karşısında daha hassas ve duyarlı yaklaşımları ile açıklanabilir. Araştırmaya katılan çalışanların cinsiyetlerine göre örgütsel sapma davranışlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu bulgu Chullen ve diğerleri (2010), Bayın ve Yeşilaydın (2014) ile Gültaş (2019) tarafından yapılan çalışma sonuçları ile desteklenmektedir. Diğer taraftan (Kobbs ve Arvey, 1993; Grasmick ve Kobayashi, 2002; Avcı vd., 2007) tarafından yapılan çalışma sonuçları ile desteklenmemektedir Örgütsel sapma davranışlarının cinsiyet üzerinde herhangi bir etkisinin olmaması, çalışılan kurumda kadın ve erkek gruplarının aynı şekilde tavır sergilediklerinin bir göstergesi olabilir. Bu durum kadın ve erkek kişilik yapılarının çalışma koşullarının zor olması ve özel hayatlarındaki rolleri ile açıklanabilir.

Örnekleme yaş değişkeni açısından bakıldığında, hem örgütsel adalet hem de örgütsel sapma davranışları üzerinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Literatürde örgütsel adalet ve örgütsel sapma davranışının bir arada kullanıldığı sınırlı çalışmalar üzerinden araştırmanın bu bulgusu (Burruoghs, 2001; Syaebani ve Sobri, 2011; İyigün, 2011; Yalap, 2016; Gültaş, 2019) tarafından yapılan çalışma sonuçları ile desteklenmektedir. Bu araştırma sonuçlarının aksine örgütsel sapma davranışı (Chullen vd., 2010; Wolff vd., 2010; Bayın ve Yeşilaydın, 2014) tarafından yapılan çalışmalarda, katılımcıların yaşları anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu bulgular arasındaki farklar kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan çalışanların medeni durumlarına göre, hem örgütsel adalet algısı hem de örgütsel sapma davranışlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu bulgu Bayın ve Yeşilaydın (2014) ile Gültaş (2019) tarafından yapılan çalışma sonuçları ile desteklenmektedir. Literatürde örgütsel adalet algılamalarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterdiğini destekleyen araştırmalara da rastlamak mümkündür (Akduman ve Yüksekbilgili, 2015; Yalap, 2016). Katılımcıların öğrenim durumlarına göre, örgütsel adalet algısında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Yalap (2016) tarafından yapılan çalışmada ise örgütsel adalet algısında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Örgütsel sapma davranışlarında ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu bulgu Bayın ve Yeşilaydın (2014), Yalap (2016) ve Gültaş (2019) tarafından yapılan çalışma sonuçları ile desteklenmektedir.

Araştırmaya katılan çalışanların meslekte ve kurumda çalışma süresi değişkenine bakıldığında hem örgütsel adalet algısı hem de örgütsel sapma davranışları üzerinde anlamlı bir farklılık görülmüştür. Bu bulgu; Hollinger (1986), Hollinger ve diğerleri (1992), Appelbaum ve diğerleri (2005), Chullen ve diğerleri (2010) ile Wolff ve diğerleri (2010) tarafından yapılan çalışma sonuçları ile desteklenmektedir. Bu çalışmalarda uzun yıllar çalışanların daha az süre çalışanlara göre daha az sapma davranışı gösterdiği ifade edilmiştir. Bayın ve Yeşilaydın (2014) tarafından yapılan çalışmada ise örgütsel sapma davranışında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Katılımcıların unvan grupları arasında hem örgütsel adalet algısı hem de örgütsel sapma davranışlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Yöneticilik görev durumu açısından örgütsel adalet algısında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu örgütsel sapma davranışları üzerinde anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda yöneticilik görevi olanlar örgütsel adaletin tesis edicisi konumunda oldukları için adalet algısı düzeyinin yöneticilik görevi olmayan diğer çalışanlara nazaran daha yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırma sonuçlarına göre işletme sahipleri ve yöneticiler, çalışanlarının örgütsel adalet algılamalarını yükseltmek ve örgütsel sapma davranışlarını düşürmek için:

- İşletme içerisindeki tüm süreçlerde ve çalışanlara yönelik gerçekleştirilen tüm politikalarda adil olunmalıdır.
- Ücret, ödül, terfi, zam gibi kazanımların dağıtımı ve bu dağıtım esnasında uygulanan süreçlerde şeffaf ve adil davranılmalı, yaptıkları işlerde takdir edilirken çalışanlara adil davranılmalıdır.
- İşletme içerisinde ast-üst ilişkileriyle birlikte, çalışanların iş arkadaşları ile ilişkilerinde insancıl yaklaşımlar benimsenerek etik kurallar doğrultusunda hareket edilmelidir.
- Çalışanlara görev, yetki ve sorumluluk verilirken bilgi, beceri ve yetenekleri ile doğru orantılı olacak şekilde karar verilmelidir.
- Çalışanlara diğer çalışanlar gibi değerli olduğu hissettirilmeli ve kurum içerisinde ekip üyelerine veya kurumun tüm birimlerindeki çalışanlara eşit davranılmalıdır.
- Çalışanların birbirini daha iyi tanınmasına vesile olabilecek ve kişilerarası etkileşimi ve iletişimi olumlu yönde geliştirecek etkinlikler düzenlenmelidir.
- İşletme içerisinde informal iletişim desteklenmeli ve farklı birimlerde çalışanların birbirleriyle iletişimini güçlendirici sosyal aktiviteler düzenlenmelidir.

Çalışmanın ileride yapılacak çalışmalara da yol göstermesi beklenmektedir. Araştırma, sadece sağlık sektöründeki çalışanlar üzerinde yapıldığından, diğer sektörlerde de uygulanması konunun gelişimine katkı sağlayacaktır. Bu çalışma Türkiye’de bir ilde kamuya bağlı bir hastanede çalışan sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Tüm sağlık çalışanları ile ilgili genelleme yapılabilmesi için, diğer illerdeki kamu ve özel sektörde çalışan sağlık çalışanlarına da benzer bir çalışmanın uygulanması konuya katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

- Abbasoğlu, Ş. (2015). *İş görenlerde örgütsel adalet algısı ve örgütsel adaletin çalışanların iş motivasyonu üzerindeki etkisi: bir devlet hastanesi örneği*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans). Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Acar, E. (2019). *Taşeronlaşmanın sağlık çalışanlarında örgütsel adalet ve örgütsel bağlılık üzerindeki etkisi: Çanakkale’de bir uygulama*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.
- Akduman, G. Z., & Yüksekbilgili, Z. (2015). Medeni durumuna göre örgütsel adalet algısı. *Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-13.
- Agwa, A. M. F. (2018). Workplace deviance behaviors. *Intechopen* 25-38. <https://www.intechopen.com/books/leadership/workplace-deviance-behaviors>
- Aksu, A. (2016). Organizational deviance and multi-factor leadership. *Academiz Journals*, 11(8), 589-597.
- Alpar, R. (2014). *Uygulamalı istatistik ve geçerlilik-güvenilirlik*. (3. Baskı), Detay Yayıncılık, Ankara.
- Arıkan, Ç. (1986). Psiko-sosyal yönleriyle sapma. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi*. 1(2-3), 123-140.
- Avcı, N., Küçükusta, D., & Tütüncü, Ö. (2007). İşyeri sapma davranışı: konaklama işletmelerinde bir uygulama. *Çeşme Ulusal Turizm Sempozyumu*, İzmir.
- Appelbaum, S. H., Deguire, K. J., & Lay, M. (2005). The relationship of ethical climate to deviant workplace behavior. *Corporate Governance*, 7(4), 43-56.
- Aquino, K., Lewis, U. M., & Bradfield, M. (1999). Justice constructs, negative affectivity, and employee deviance: a proposed model and test. *Journal of Organizational Behaviour*, 20(7), 1073-1091.

- Aquino, K., Galperin, B. L., & Bennett, R. J. (2004). Social status and aggressiveness as moderators of the relationship between interactional justice and workplace deviance. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(5), 1001-1029.
- Bayın, G., & Yeşilaydın, G. (2014). Hemşirelerde örgütsel sapma davranışının analizi: bir üniversite hastanesi örneği. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 81-107.
- Bennet, R., & Robinson, S. (2000). Development of a measure of workplace deviance. *Journal Of Applied Psychology*, 85(3), 349-360.
- Bernerth, B. J., Armenakis, A. A., Feild S. H., & Walker, J. H. (2007). Justice, cynicism, and commitment: a study of important organizational change variables. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 43(3), 303-326.
- Beugre, C. D. (2002). Understanding organizational justice and its impact on managing employees: An african perspective. *International Journal of Human Resource Management*, 13(7), 1091-1104.
- Bies, R. J., & Moag, J. F. (1986). Interactional justice: Communication criteria of fairness. In R. J. Lewicki, B. H. Sheppard, & M. H. Bazerman (Eds.). *Research on negotiations in organizations* (pp:43-55). CT: JAI Press, Greenwich.
- Bilsel, M. A. (2013). *Örgütsel adalet algısının banka çalışanlarının performans ve motivasyonlarına etkisi: Bir araştırma*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Burroughs, M. S. (2001). *The role of dispositional aggressiveness and organizational injustice on deviant workplace behavior*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). The University of Tennessee, USA.
- Chullen, C. L., Dunford, B. B., Angermeier, I., Boss, R. W., & Boss, A. D. (2010). Minimizing deviant behavior in healthcare organizations: The effects of supportive leadership and job design. *Journal of Healthcare Management*, 55(6), 381-397.
- Cropanzano, R., Rupp, D., Mohler, C., & Schminke, M. (2001). Three roads to organizational justice. In: Ferris G, (Ed.). *Research in Personnel and Human Resources Management* (pp: 1-113). Elsevier Science, Oxford.
- Cropanzano, R., Bowen, D. E., & Gilliland, S. W. (2007). The management of organizational justice. *Academy of Management Executive*, 21(4), 24-48.
- Cohen-Charash, Y., & Spector, P. E. (2001). The role of justice in organizations: A meta- analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 86(2), 278-321.
- Çakır, Ö. (2006). *Ücret adaletinin iş davranışları üzerindeki etkileri*. Kamu-İş Kamu İşletmeleri İşverenleri Sendikası Yayınları, Ankara.
- Çolak, F. (2019). *Okulların liderlik kapasitesi ve öğretmenlerin örgütsel sapma davranışları arasındaki ilişki (Muğla ili örneği)*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla.
- Dahmaz, A. (2019). *Sınıf öğretmenlerinin örgütsel adalet ve duygusal emek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- Demir, M. (2010). Örgütsel Sapma davranışının kontrolünde duygusal zekânın rolü: Konaklama işletmelerinde bir araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 26, 196-207.

- Demir, M. (2011). Effects of organizational justice, trust and commitment on employees' deviant behavior. *Anatolia-An International Journal of Tourism and Hospitality Research*, 22(2), 204-221.
- Demir, M., & Tütüncü, Ö. (2010). Ağırlama işletmelerinde örgütsel sapma ile işten ayrılma eğilimi arasındaki ilişki. *Turizm Araştırmaları Dergisi*, 21(1), 64-74.
- Forret, M., & Love, S. M. (2007). Employee justice perceptions and coworker relationships. *Leadership & Organization Development Journal*, 29(3), 248-260.
- Grasmick, H. G., & Kobayashi, E., (2002). Workplace deviance in Japan: applying an extended model of deterrence. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 23(1), 21-43.
- Greenberg, J. (1987). A taxonomy of organizational justice theories. *Academy of Management Review*, 12(1), 9-22.
- Gültaç, S. A. (2019). *Örgütsel sapma ve nezaketsizlik davranışları ilişkisinde işyerinde dışlanmanın aracı rolü: sağlık kurumlarında bir araştırma*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Hollinger, R. C., & Clark, J. P. (1982). Formal and informal social controls of employee deviance. *Sociological Quarterly*, 23(3), 333-343.
- Hollinger, R. C., Slora, K. B., & Terris, W. (1992). Deviance in the fast-food restaurant: Correlates of employee theft, altruism and counter productivity. *Deviant Behavior*, 13(2), 155-184.
- Hollinger, R. C. (1986). Acts against the workplace: Social bonding and employee deviance. *Deviant Behavior*, 7(1), 53-75.
- Holtz, C. B., & Harold, M. C. (2010). Interpersonal justice and deviance: the moderating effects of interpersonal justice values and justice orientation. *Journal of Management*, 20(10), 1-52.
- Irak, D. U. (2004). Örgütsel adalet: ortaya çıkışı, kuramsal yaklaşımlar ve bugünkü durumu. *Türkiye Psikologlar Derneği Türk Psikoloji Yazıları*, 7(13), 25-43.
- İçerli, L. (2010). Örgütsel adalet: Kuramsal bir yaklaşım. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 5(1), 68-69.
- İyigün, N. Ö., & Çetin, C. (2012). Psikolojik kontratın örgütsel sapma üzerindeki etkisi: İlaç sektöründe bir araştırma. *Öneri Dergisi*, 10(37), 15-29.
- Karacaoğlu, K., & Yörük, D. (2012). Çalışanların nepotizm ve örgütsel adalet algılamaları: Orta Anadolu bölgesinde bir aile işletmesi uygulaması. *"İŞ, GÜÇ" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 14(3), 43-64.
- Karelaiia, N., & Keck, S. (2013). When deviant leaders are punished more than non-leaders: The role of deviance severity. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(5), 783-796.
- Kobbs, S. W., & Arvey, R. D. (1993). Distinguishing deviant and non-deviant nurses using the personnel reaction blank. *Journal of Business and Psychology*, 8(2), 255-264.
- Lucas, G. M., & Friedrich, J. (2005). Individual differences in workplace deviance and integrity as predictors of academic dishonesty. *Ethics & Behavior*, 15(1), 15-35.
- Mantell, M. R. (1994). *Ticking bombs: Defusing violence in the workplace*. Irwin Professional Publishing, USA.

- Mccardle, G. J. (2007). Organizational justice and workplace deviance: the role of organizational structure, powerlessness, and information salience. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). University of Central Florida, Orlando.
- Meydan, C. H., & Şeşen, H. (2015), *Yapısal eşitlik modellemesi – AMOS uygulamaları*. Detay Yayıncılık, Ankara.
- Moorman, R. H. (1991). Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: do fairness perceptions influence employee citizenship? *Journal of Applied Psychology*, 76(6), 845.
- Mulki, J. P., Jamillo, F., & Locander, W. B. (2006). Emotional exhaustion and organizational deviance: can the right job and a leader's style make a difference. *Journal of Business Research*, 59(12), 222–1230.
- Nasurdm, M. A., Ahmad, H. N., & Razallı, A. A. (2014). Politics, justice, stress, and deviant behaviour in organizations: An empirical analysis. *International Journal of Business and Society*, 15(2), 235-254.
- Niehoff, B. P., & Moorman, R. H. (1993). Justice as a mediator of the relationships between methods of monitoring and organizational citizenship behavior. *Academy of Management Journal*, 36, 527-556.
- Öğmen, E. (2019). *Örgütsel adalet, iş doyumu ve hemşirelik*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Özdevecioğlu, M., & Aksoy, M. S. (2005). Organizasyonlarda sabotaj: Türleri, amaçları, hedefleri ve yönetimi. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(1), 95-109.
- Öztürk, C. (2019). *Otel işletmelerinde kuşaklara göre örgütsel sapmanın belirlenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Price, J. L., & Mueller, C. (1986). *Absenteeism and turnover of hospital employees*. JAI Press, Greenwich.
- Robinson, S., & Bennet, R. (1995). A typology of deviant workplace behaviors: A multi- dimensional scaling study. *Academy of Management Journal*, 38(2), 555-572.
- Sayü, P. (2014). *The relationship between organizational justice and work alienation*. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Spector, P. E., & Fox, S. (2002). An emotion-centered model of voluntary work behavior some parallels between counterproductive work behavior and organizational citizenship behavior. *Human Resource Management Review*, 12(2), 269–292.
- Syaebani, I. M., & Sobri, R. R. (2011). Relationship between organizational justice perception and engagement in deviant workplace behavior. *The South East Asian Journal of Management*, 5(1), 37-49.
- Taşkıran, E. (2011). *Liderlik ve örgütsel sessizlik arasındaki etkileşim, örgütsel adaletin rolü*. Beta Basım Yayım, İstanbul.
- Thomas, R. K. (2003). *Society and health sociology for health professionals*. Kluwer Academic Publishers, USA.



- Tyler, T. R., & Bies, R. J. (1990). Beyond formal procedures: The interpersonal context of procedural justice. In J. S. Carroll (Ed.). *Applied social psychology and organizational settings* (pp: 77-98). NJ: Erlbaum, Hillsdale.
- Vardi, Y., & Wiener, Y. (1996). Misbehavior in organization: a motivational framework. *Organization Science*, 7(2), 151-165.
- Wolff, A. C., Ratner, P. A., Robinson, S. L., Oliffe, J. L., & Hall, L. M. (2010). Beyond generational differences: A literature review of the impact of relational diversity on nurses' attitudes and work. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 948-969.
- Yalap, O. (2016). *Çalışanların örgütsel adalet algulamalarının sapma davranışları üzerinde etkisi: tekstil sektöründe bir araştırma*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat.
- Yazıcıoğlu, Y., & Erdoğan, S. (2014). *SPSS uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri*, (4. Baskı). Detay Yayıncılık, Ankara.
- Yeşiltaş, M., Çeken, H., & Sormaz, Ü. (2012). Etik liderlik ve örgütsel adaletin örgütsel sapma davranışları üzerindeki etkisi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 28(1), 18-39.

## E-NABIZ UYGULAMASININ BİLİNİRLİĞİ: BİR ÜNİVERSİTE- EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ \*

Pınar GÜNGÖR KETENCİ <sup>1</sup>  
Sevda AYDIN BÜYÜK <sup>2</sup>  
Zeliha ARAS BALCI <sup>3</sup>  
Özlem ÖZTEKİN <sup>4</sup>  
Sunay GÜNER <sup>5</sup>  
Özgül GÖKTAŞ <sup>6</sup>  
Melek Meltem GÖKSEL <sup>7</sup>

### ÖZ

Mobil sağlık uygulamaları, teknolojinin hızla geliştiği çağımızda gün geçtikçe yaygınlaşmaktadır. Sağlık hizmeti kullanıcılarını bilinçlendirme, ilaçların nasıl kullanılacağı, akıllı telefonla randevu alma, tahlil, teşhis ve radyolojik görüntülere ulaşma mobil sağlık uygulamaları ile kolaylaşmaktadır. Aynı zamanda obezite, kronik hastalıklar veya öncülleri bu uygulamalar ile uzaktan izlenebilmektedir. Çalışma, bir üniversite ile afilliye olan eğitim araştırma hastanesinde T.C. Sağlık Bakanlığı e-Nabız uygulamasının hastane çalışanları tarafından bilinirliğini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak kullanılan anket formu, Ekiyor (2017) ve Karahisar'ın (2018) kullandığı anket formlarından faydalanılarak oluşturulmuştur. Anket formu, sosyodemografik bilgileri içeren 5 soru, mobil sağlık ve özelinde e-Nabız uygulamasını kullanma durumu, uygulamayı kullanmanın faydaları, sağlık hizmetinin gelişimi konularını içeren 15 soru ve e-Nabız ile ilgili önermeleri içeren 17 soru olmak üzere toplamda 37 sorudan oluşmaktadır. Çalışmaya hastane çalışanlarının %37,8'i (n=906) dahil edilmiştir. Katılımcıların %38,5'i 26-35 yaşları arasındadır. %39,6'sı hemşire ve %10,3'ü hekimdir. %21,7'si e-Nabız dışında bir mobil sağlık uygulaması kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %68,9'u e-Nabız uygulamasından haberdardır. Haberdar olanların %51,2'si e-nabız uygulamasını kullanmadıklarını belirtmiştir. Uygulamayı kullanmama nedenlerine bakıldığında; %28'i şifre almaya vakit bulamadıklarını, %26,2'si ise e-Nabız ile ilgili eğitim almadıklarını ifade etmiştir. Katılımcıların %49,4'ü uygulamanın kullanımının Türkiye'de sağlık harcamalarını azaltacağını, %36,9'u e-Nabız uygulamasının güncel veri içerdiği konusunda fikri olmadığını, %61,5'i e-Nabız uygulamasında hekimlerin puanlandırıldığından haberi olmadığını, %36,4'ü ise kişisel sağlık bilgilerinin korunması konusunda fikri olmadığını beyan etmiştir. Çalışmaya katılanların yaş ve meslek grupları ile e-Nabız uygulamasından haberdar olma ve uygulamanın kullanımı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). e-Nabız uygulamasının güvenilirliği sorgulanmasına rağmen uygulamanın, bireylerin sağlık arşivini oluşturmada ve tekrarlanan tetkiklerin önüne geçerek sağlık harcamalarını azaltmada yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Mobil Sağlık Uygulamaları, Sağlık Bilşimi, Veri Güvenliği, E-Nabız

### MAKALE HAKKINDA

\* 20-23 Haziran 2019, 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi'nde, Poster Bildiri Olarak Sunulmuştur.

<sup>1</sup> Doktora Öğrencisi, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, p\_gungor18@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6154-8481>

<sup>2</sup> Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Medeniyet Üni. Göztepe EAH, sevdaab@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2795-4651>

<sup>3</sup> Msc, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Medeniyet Üni. Göztepe EAH, zelihaaras@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4263-8910>

<sup>4</sup> Msc, Sağlık Bakım Hiz. Md, Erenköy Fizik Ted. ve Reh. Hast., ozlemoztekinfir@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9179-1551>

<sup>5</sup> Msc, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Medeniyet Üni. Göztepe EAH, sunay20@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3794-9255>

<sup>6</sup> Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Medeniyet Üni. Göztepe EAH, ozgultaspinar@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5634-916X>

<sup>7</sup> Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Medeniyet Üni. Göztepe EAH, mmeltemgoksel@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8482-1946>

Gönderim Tarihi: 27.05.2020

Kabul Tarihi: 24.11.2020

### Atıfta Bulunmak İçin:

Ketenci, P.G., Büyük, S.A., Balci, Z.A., Öztekin, Ö., Güner, S., Göktas, Ö., Ekici, M., (2021). E-nabız Uygulamasının Bilinirliği: Bir Üniversite-Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 63-80

## AWARENESS OF E-NABIZ APPLICATION: A CASE STUDY OF A UNIVERSITY-EDUCATION RESEARCH HOSPITAL\*

Pınar GÜNGÖR KETENCİ<sup>1</sup>  
Sevda AYDIN BÜYÜK<sup>2</sup>  
Zeliha ARAS BALCI<sup>3</sup>  
Özlem ÖZTEKİN<sup>4</sup>  
Sunay GÜNER<sup>5</sup>  
Özgül GÖKTAŞ<sup>6</sup>  
Melek Meltem GÖKSEL<sup>7</sup>

### ABSTRACT


Mobile health applications are becoming more common in our age when technology is rapidly developing. Mobile health applications make it easier for health service users to raise awareness, use drugs, make appointments, analyze, diagnose and reach radiological images. At the same time, obesity, chronic diseases or precursors can be monitored remotely with mobile applications. This study was carried out in a university-education research hospital in order to reveal the awareness of the Ministry of Health e-nabiz application by hospital staff. As a means of collecting data, a questionnaire form which was developed by using Ekiyor (2017) and Karahisar (2018) questionnaires was used. The questionnaire form includes 37 questions consisting of 5 questions on social-demographic information; usage of mobile health applications, especially e-Nabiz application; 15 questions on developments of health services, benefits of the application and 17 questions on suggestions regarding e-Nabiz application. 37.8% (n=906) of hospital employees were included in the study. 38.5% of the participants are between the ages of 26-35. 39,6% were nurses and 10,3% were physicians. 21.7% of them stated that they used a mobile health application other than e-Nabiz. 68.9% of the participants were aware of e-Nabiz application. 51.2% of those who were informed stated that they did not use e-Nabiz application. The reasons for not using the application were with 28% having no time to get a password and with 26.2% getting no training for the application. 49.4% of the participants said that e-Nabiz application would reduce health spending in Turkey, 36.9% had no idea if the application contains current data, 61.5% thought that the doctors were unaware that the graded, in the application, 36.4% had no idea if personal health informations were protected. A significant difference was found between the age and occupational groups of the participants and their awareness and use of e-Nabiz application ( $p<0.05$ ). In this study the participants agreed that e-Nabiz application will help to decrease health expenditures by creating health archives of individuals and avoiding repeated examinations.


**Keywords:** Mobile Health Applications, Health Informatics, Data Security, E-Nabiz


### ARTICLE INFO


\* Presented as a Poster Presentation at the 4th International Health Sciences and Management Congress, 20-23 June 2019.


<sup>1</sup> Üsküdar University, p\_gungor18@hotmail.com,  <https://orcid.org/0000-0001-6154-8481>


<sup>2</sup> Medeniyet University Goztepe Hospital, sevdaab@gmail.com,  <https://orcid.org/0000-0002-2795-4651>.

<sup>3</sup> Medeniyet University Goztepe Hospital, zelihaaras@gmail.com,  <https://orcid.org/0000-0003-4263-8910>

<sup>4</sup> Erenköy Physical Therapy and Rehabilitation Hospital, ozlemoztekinfr@gmail.com,  <https://orcid.org/0000-0001-9179-1551>

<sup>5</sup> Medeniyet University Goztepe Hospital, sunay20@gmail.com,  <https://orcid.org/0000-0003-3794-9255>

<sup>6</sup> Medeniyet University Goztepe Hospital, ozgultaspinar@hotmail.com,  <https://orcid.org/0000-0002-5634-916X>

<sup>7</sup> Medeniyet University Goztepe Hospital, mmeltemgoksel@gmail.com,  <https://orcid.org/0000-0001-8482-1946>

Received: 27.05.2020

Accepted: 24.11.2020

### Cite This Paper:

Ketenci, P.G., Büyük, S.A., Balci, Z.A., Öztekin, Ö., Güner, S., Gökteş, Ö., Ekici, M., (2021). E-nabiz Uygulamasının Bilinirliği: Bir Üniversite-Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 63-80

## I. GİRİŞ

Akıllı cihazların hayatımıza girmesiyle zamandan tasarruf etmek, bilgiye hızlı ulaşabilmek için “uygulamalar (applications)” gündeme gelmiştir. Bu uygulamalardan biri de mobil sağlık uygulamalarıdır (Kopmaz ve Arslanoğlu, 2018).

Mobil sağlık, akıllı telefon, tablet gibi cihazlar aracılığıyla, özellikle sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine ve bazı sağlıklı yaşam parametrelerinin ölçülmesi, kaydedilmesine imkân sağlayan mobil uygulamalardır (Yaşın ve Özen, 2011). Mobil sağlık kavramı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından da akıllı telefonlar, kişisel asistanlar gibi bilgi teknolojilerinin sağlık uygulamaları ile entegrasyonu olarak tanımlanmaktadır (Güler ve Eby, 2015). Mobil sağlık uygulamalarına dair ilk adımlar astronotların sağlık durumlarının uzaydan takip edilmesi amacıyla 1960’lı yıllarda atılmış, 2010 yılından sonra yaygınlık kazanmıştır (Kılıç, 2017). Bireyler nabız takibi, kalori hesaplama, günlük attığı adım sayısını hesaplama, içtiği suyu takip etme gibi sağlık durumlarını ilgilendiren verileri kontrol etmeye başlamıştır (Toygar, 2018). Bireysel düzeyde bu tür mobil sağlık uygulamalarına rastlarken yönetimsel düzeyde; sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine dair “eğitim ve öğretim sistemleri”, sağlık profesyonellerine tanı ve teşhis sürecinde destek vermesine dair “bakım noktası ve teşhis”, hastaların tedaviye cevap verme süresinin takibine dair “hasta izleme”, bulaşıcı hastalık takibine dair “hastalık ve salgın gözetimi”, kazalar ve felaket durumlarına dair “acil tıbbi yanıt sistemleri”, tüm sağlık verilerinin depolanması ve yönetilmesine dair “sağlık bilgi sistemleri” gibi farklı düzeylerde uygulamalar geliştirilmiştir (Demir ve Arslan, 2017).

Ulusal düzeyde en kapsamlı biçimde ve Sağlık Bakanlığının sunduğu hizmetleri, kişisel asistan ve hasta ile buluşturan uygulama e-Nabız adıyla 2015 yılında kullanılmaya başlanmıştır. e-Nabız uygulaması, kişisel bir sağlık sistemi olup, Sağlık Bakanlığının kuruluşları ile entegre olarak çalışmaktadır. e-Nabız uygulamasıyla, sağlık verileri web servis sağlayıcısıyla toplanmakta, sistematik olarak güncel sağlık verileri kaydedilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi, 2015). Sistemin kullanıcı ara yüzüyle, büyük datanın bir bileşeni olan hastalar, aynı zamanda kendi sağlık verisini izleyebilir, yönetebilir konuma gelmektedir.

Kişisel verilerin güvenliği 07.04.2016 tarihli ve 29677 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında “*Kişilerin e-Nabız’da paylaşmış olduğu bilgiler, kişilerin onayı dışında ya da yargı kararı ve/veya yasal bir yükümlülük altında bulunmadığı sürece herhangi bir üçüncü şahıs, kurum ve kuruluş ile hiçbir nedenden ötürü paylaşılmayacak ya da verilmeyecektir. Yasal düzenlemelerle bu bilgilerin açıklanmasını gerektiren bir durum gerçekleşmediği sürece hiçbir istisna ile bu bilgiler açıklanmayacaktır*” şeklinde belirtilerek güvence altına alınmaktadır (Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, 2016).

Çalışma, bir üniversite ile afiliye olan eğitim araştırma hastanesinde Sağlık Bakanlığı e-Nabız uygulamasının hastane çalışanları tarafından bilinirliğini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

## II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Aşağıda araştırmanın kavramsal çerçevesine yönelik, mobil sağlık ve mobil sağlık uygulamaları ile e-Nabız uygulaması konularına değinilmiş olup daha sonra araştırmanın bulgularına yer verilmiştir.

### 2.1. Mobil Sağlık ve Mobil Sağlık Uygulamaları

Dünya Sağlık Örgütü, mobil sağlığı “*tıbbi ve halk sağlığı uygulamalarının cep telefonları, hasta izleme cihazları, kişisel dijital asistanlar gibi uygulamalar ile desteklenmesi*” olarak tanımlamaktadır (Perez vd., 2013).

Mobil sağlık veya kısaca mSağlık “*sağlık hizmetlerinin, mobil iletişim cihazları aracılığı ile verildiği*” bir durumu anlatmaktadır. Yani; sağlık bilgilerinin tablet, bilgisayar, cep telefonu gibi mobil iletişim ve multimedya teknolojileri ile iletildiği, yapılandırıldığı ve aktörler arasında bağlantı sağlandığı bir ortamdır. Bahse konu aktörler, sağlık hizmeti kullanıcıları (hastalar, hasta yakınları,

sağlıklı bireyler), sağlık çalışanları, hastaneler, eczaneler, mobil sağlık kuruluşları, bakım evleri, geri ödeme kurumları, ilaç ve tıbbi cihaz kurumlarıdır (Tezcan, 2016).

Mobil sağlık uygulamalarının tarihçesi incelendiğinde; 1920'lerde bir yazarın, radyo aracılığıyla bir hekimin hastalarını uzaktan muayene edebileceğini bildirmesi, sağlıkta mobil uygulamaların ilk kez anılması olarak nitelendirilmiştir. İlk uygulamanın ise; astronotların sağlık durumlarının uzaydan takibinin yapılması amacıyla 1960'lı yıllarda gerçekleştiği görülmüştür. 1975'lerde taşınabilir tıbbi cihazlar ortaya çıkmıştır (Kratzman, 2013). 2000'li yıllarda akıllı telefonların yaygınlaşması ile telefonlara yönelik sağlık uygulamaları geliştirilmiştir.

Yakın bir gelecekte bireysel ve kurumsal sağlık okuryazarlığında günümüze nazaran daha fazla artış söz konusu olacağı göz önünde bulundurulursa, sağlığın çok daha fazla kişiselleşeceği öngörülmektedir. Yani bireylerin sağlıkları ile ilgili sorumluluklarını daha fazla alacağı, koruyucu sağlık ve hastalık yönetiminde bireysel kararlarını kullanabileceği düşünülmektedir. Sağlığın kişiselleştirilmesinde; kronik hastalık yönetimi, bağımsız yaşama ve sağlığı koruma modelleri ön plana çıkmaktadır. Mobil teknolojilerin; bireylerin daha sağlıklı olmasına, hastalıklarını yönetmeye, sağlıklı yaşam sürelerini uzatarak bağımsızlıklarını arttırmaya ve bunların sonucu olarak da sağlık harcamalarını düşürmeye yönelik büyük bir role sahip olacağı öngörülmektedir (Tezcan, 2016).

Dünyada mobil sağlık uygulamalarına bakıldığında; Dünya Sağlık Örgütü'nün 2011 yılında mobil sağlık üzerine yaptığı araştırmada; 112 üye ülkenin %83'ünde en az bir adet mobil sağlık uygulamasına dair proje ya da girişim gerçekleştirildiği raporlanmıştır. Üye ülkelerin %75'inde dört veya daha fazla sayıda proje veya girişim rapor edilmiş, 19 ülkede ise herhangi bir mobil sağlık proje veya girişimine rastlanmamıştır (World Health Organization, 2011). Bu projelerden bazıları; Out TB, Wired Mothers, VidaNET, The Uganda Health Information Network, SMS to Monitor Malaria in Remote Areas, SIMmed, Screening for Oral Cancer, Phones for Health, Mobile Midwife, Medical Smart Card, Healthline'dır (mHealth Guidelines, 2016).

Mobil sağlık uygulamaları, *“eğitim ve öğretim, bakım sonrası destek, hasta izleme, hastalık ve salgın gözetimi, acil tıbbi yanıt sistemleri, sağlık bilgi sistemleri, mobil öğrenme ve sağlık finansmanı uygulamaları gibi başlıklarda”* toplanmaktadır (Kopmaz ve Arslanoğlu, 2018). Ülkemizde mobil sağlık uygulamaları Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu ve özel sektör tarafından geliştirilmektedir. Türkiye'deki mobil sağlık uygulamaları örneklerine bakıldığında; Wimax Ambulans Pilot Projesi, Adıyaman Teletıp Pilot Projesi, Sağlık 365, Turkcell Bebeğimi Beklerken/Büyütürken, Turkcell Diyet, Sağlıkmetre, Doro Kolay Telefon Mobil İlaç Hatırlatma, Sağlık Takipçim, Vodafone Cep Sağlık, Başakşehir Living Lab, Uzaktan Güvenli Hasta Takibi, Sağlık Artı, Ankara yaşam Destek Merkezi, Avea Alo Doktorum, Türk Telekom Videofon Klinik, Mymedix Kişisel Sağlık Takip Sistemi, Avea Anne Oluyorum, Avea-Acıbadem Kronik Hastalık Yönetimi, Mobil Tahlil Projesi, MHRS (Merkezi Hastane Randevu Sistemi), e-Nabız (Kişisel Sağlık Sistemi) gibi uygulamalar yer almaktadır (Tezcan, 2016).

## 2.2. E-Nabız Uygulaması

Sağlık Bakanlığı otoriteleri, bireylerin daha kaliteli ve ihtiyaç duyduğu hizmeti almasını sağlamak, sağlık çalışanlarının işini kolaylaştırmak amacıyla sağlık teknolojilerinden faydalanmaktadır. Bu bağlamda hem sağlık kurumlarının dijitalleşmesine destek olmak hem de bireylerin aldığı sağlık hizmeti ile ilgili tüm detaylara erişimini kolaylaştırmak amacıyla birçok uygulama geliştirilmiştir. Bunlar; e-Nabız, Tele Radyoloji Sistemi, Karar Destek Sistemi, e-Rapor, SİNA (Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler), Mekansal İş Zekası gibi sağlığın bilişimle bulunduğu uygulamalardır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2020).

Sağlık Bakanlığı, 2014 yılında *“vatandaş odaklı mobil sağlık uygulamalarına”* yönelik ayrıntılı çalışma yürütmüştür. Çalışma dâhilinde, Sağlık Bakanlığına ait resmi mobil uygulama hesaplarının, ilgili mobil uygulama sağlayıcıları ile entegrasyonu tamamlanmıştır. Sağlık Bilgi Sistemleri bünyesinde yeni mobil uygulamalar geliştirmek ve bu hesapları yönetmek için gerekli insan gücü, alt yapı ve teçhizat çalışmalarını sürdürmüştür. Bu kapsamda daha önce geliştirilen mobil uygulamaların

kontrollü olarak tek merkezden yönetilmesi sağlanmıştır. Diğer taraftan “vatandaş odaklı mobil sağlık uygulamaları” geliştirme işlemlerine başlanmıştır. Geliştirilen uygulamalar; aile hekimim kim, kişisel elektronik sağlık kaydı, en yakın hastane, en yakın eczane, nöbetçi eczane, hastalık ve semptomlarına dair genel bilgiler veren mobil sağlık uygulaması, ilaç endikasyonları ile ilgili uygulama ve e-Nabız (Kişisel Sağlık Sistemi)’dir (Tezcan, 2016).

3 Nisan 2015 tarihinde kullanıma açılan e-Nabız uygulamasına T.C. kimlik numarası ve bireyler tarafından oluşturulan şifre ile erişim sağlanmaktadır. Şifre, aile hekiminden alınabildiği gibi e-Devlet kapısından da giriş sağlanarak alınabilmektedir. Tüm bireyler; şimdiki ve geçmiş hastane ziyaretleri, laboratuvar tahlilleri, radyoloji görüntüleri, reçeteleri gibi birçok sağlık verisine e-Nabız (Kişisel Sağlık Sistemi) uygulamasını kullanarak ulaşabilmektedir. Sistemde bulunan sağlık verilerine, bireylerin istekleri ve yetkileri doğrultusunda ilgili sağlık personelleri ve sağlık kuruluşları erişebilmektedir. Uygulamada kan bağıışı geçmişi, alerjiler, acil durum notları, organ bağıışı bildirimleri, randevu işlemleri, çocukların aşı takip bilgileri, gebelik izlemi, kronik hastalık yönetimi gibi özellikler ile temel sağlık göstergelerinin eklendiği bölüm ve sporcu sağlık bilgilerinin işlendiği alan da mevcuttur (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2016; Yeşiltaş, 2018).

e-Nabız uygulaması 15.680.458 kişi tarafından aktif bir şekilde kullanılmaktadır. e-Nabız uygulamasının aktif hizmet verdiği Nisan 2015 tarihi itibarıyla 452.449.566 kez sayfa görüntülemesi yapılmıştır. Kullanıcıların %53,84’ü erkek %46,16’sı kadındır. Sistemi kullananların yaş dağılımları incelendiğinde en fazla kullanan grubun 25-34 yaş grubunda yer aldığı görülmektedir. Sisteme 50.834 hekimin erişimi vardır ve 17.198.050 kez hasta verisine erişim sağlanmıştır. 67.776 kişi e-Nabız uygulaması üzerinden kan bağıışı sistemine kayıt yaptırmıştır. 257.779 kişi 3.967.666 organını bağıışlama bildiriminde bulunmuştur. 1.321.900 kişi de aile hekimini değiştirme talebinde bulunmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2020).

### III. YÖNTEM

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre sağlıkla ilgili küresel sorunların başında, “*tüm ülkelerde sağlık harcamalarının yüksekliği, yüksek sağlık harcamalarına rağmen hizmet kalitesi ve hizmete erişimin beklenen düzeylerde olmaması ve doktor-hemşire açığı*” yer almaktadır (World Health Organization, 2012). Onlarca soruna ilişkin sağlık politikası karar vericilerinin gelecekle ilgili planlamaları ise; “*kendi sağlığını korumaya ve yönetmeye yönlendirilmiş bir toplum, hastalık sağaltımından sağlıklı yaşam yönetimine odaklanmış bir bakış açısı, doğumdan ölüme tıbbi verilerin işlendiği ve bilgi haline getirildiği, tababetin kanıta dayalı yapılmasını sağlayan bir alt yapı, hastanın odakta olduğu entegre bir bakım konsepti, sürdürülebilir finansal modeller*” olarak sıralanabilir (World Health Organization, 2011). Sıralanan çözümlere ilişkin kullanılabilecek en önemli fırsatlardan biri de mobil sağlık uygulamalarıdır. e-Nabız isimli sağlık net online sistemi de T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından bu amaçla geliştirilmiştir.

Araştırma İstanbul ilinde Sağlık Bakanlığına bağlı bir üniversite ile afiliye olan eğitim araştırma hastanesinde e-Nabız uygulamasının sağlık çalışanları tarafından bilinirliğinin araştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak tasarlanmıştır. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 66.000 m<sup>2</sup> arazi üzerine kurulmuş olup; toplamda 2396 sağlık çalışanı ile günde ortalama 6000 hastaya acil sağlık hizmeti, ayaktan ve yatarak tedavi ve yoğun bakım hizmetlerini kapsayan sağlık hizmeti sunulmaktadır (İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2020). Çalışmanın evreni, çalışma süresi içerisinde ilgili hastanede çalışan tüm sağlık çalışanlarıdır (N=2396). Çalışmaya katılmayı kabul edenler (n=906) örnekleme oluşturmuştur. Katılımcılar arasında e-Nabız uygulamasından haberdar olmayanların anketleri (n=282) sonlandırılmıştır.

Araştırmada anket tekniği kullanılmıştır. Veriler, Ekiyor (2017) ve Karahisar’ın (2018) araştırmalarında kullandığı anket formlarından faydalanarak oluşturulan 37 soruluk anket formu ile toplanmıştır. Anket formunda sosyo-demografik bilgileri içeren 5 soru; mobil sağlık ve özelinde e-Nabız uygulamasını kullanma durumu, uygulamayı kullanmanın faydaları, sağlık hizmetinin gelişimi konularını içeren 15 soru ve e-Nabız ile ilgili önermeleri içeren 17 soru yer almaktadır. Anketler yüz

yüze görüşme şeklinde yapılmıştır. Yüz yüze görüşmenin kısıtlı olduğu durumlarda anket formları katılımcılara verilmiş ve 30-60 dakika sonrasında alınmıştır. Sağlık çalışanlarına uygulanmak üzere oluşturulan anket formunun Cronbach' Alpha Değeri 0,845 olarak bulunmuştur.

Araştırma, kaynak ve zaman kısıtlılığı nedenleriyle İstanbul'da geniş yelpazede sağlık hizmeti sunan ve insan kaynağı açısından zengin bir hastanede gerçekleştirilmiş ve anılan hastanedeki sağlık çalışanları ile sınırlı tutulmuştur. Bu sebeple sonuçlar bütün evrene genellenemez. Araştırma, oluşturulan anket formundaki sorular ile sınırlıdır.

Katılımcılardan elde edilen veriler, SPSS 22.0 ile analiz edilmiş ve tablolar halinde sunulmuştur. Veriler, 20.04.2019-20.05.2019 tarihleri arasında toplanmış olup çalışma için gerekli etik kurul onayı alınmıştır\*.

#### IV. BULGULAR

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri, e-Nabız uygulamasına ilişkin katılımcı görüşleri ve Ki-kare analizleri tablolar halinde sunulmuştur.

**Tablo 1. Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri**

Özellikler	f	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	549	60,6
Erkek	357	39,4
<b>Yaş</b>		
18-25	164	18,1
26-35	349	38,5
36-45	268	29,6
46-54	96	10,6
55 yaş ve üzeri	29	3,2
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	492	54,3
Bekâr	414	45,7
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlköğretim	154	17,0
Lise	222	24,5
Ön lisans	93	10,3
Lisans	321	35,4
Lisansüstü ve üzeri	116	12,8
<b>Meslek</b>		
Hekim	93	10,3
Hemşire	359	39,6
Eczacı	7	0,8
Temizlik personeli	74	8,2
Klinik destek personeli	100	11,0
Bilgi sistem kullanım elemanı	97	10,7
Teknisyen	78	8,6
Ebe	11	1,2
Güvenlik personeli	17	1,9
Diğer branşlar	70	7,7
<b>Toplam</b>	<b>906</b>	<b>100,0</b>

\* S.B. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu (2013-KAEK-64): 17.04.2019 tarih ve 2019/0193 nolu karar.

Araştırmaya katılanların; %60,6'sı kadın, %54,3'ü evli, %35,4'ü lisans mezunudur. Katılımcıların %39,6'sı hemşire, %11'i klinik destek personeli, %10,7'si bilgi sistem kullanım elemanı ve %10,3'ü hekimdir.

**Tablo 2. Araştırmaya Katılanların Mobil Uygulama Kullanımına Yönelik Bulguları**

Özellikler	f	%
<i>Sağlıkla ilgili herhangi bir mobil uygulama kullanıyor musunuz? (e-Nabız dışında)</i>		
Evet	197	21,7
Hayır	709	78,3
<b>Toplam</b>	<b>906</b>	<b>100,0</b>
<i>Evet ise kullanılan uygulamalar</i>		
“Adım Sayar”	124	62,9
“Sağlık” ve “Adım Sayar”	26	13,2
“Adım Sayar” ve “Kilo Takibi”	7	3,6
Su İçme Programı	9	4,6
Kalp Hızı	13	6,6
Özel Gün Takvimi	11	5,6
İkiden Fazla Uygulama	7	3,6
<b>Toplam</b>	<b>197</b>	<b>100,0</b>

Katılımcıların %78,3'ü e-Nabız dışında sağlıkla ilgili herhangi bir mobil uygulama kullanmıyorken %21,7'si en az bir tane mobil sağlık uygulaması kullanmaktadır. Mobil sağlık uygulaması kullananların %62,9'u “Adım Sayar”, %13,2'si “Sağlık” ve “Adım Sayar”, %6,6'sı kalp hızı ölçme uygulamaları, %5,6'sı özel gün takvimi olan uygulamalar, %4,6'sı su içmeyi hatırlatıcı uygulamalar, %3,6'sı “Adım Sayar” ve “Kilo Takibi” uygulamaları, %3,6'sı ise ikiden fazla uygulama kullandıklarını ifade etmiştir.



**Tablo 3. Araştırmaya Katılanların e-Nabız Uygulamasının Bilinirliğine Yönelik Bulguları**

Özellikler	f	%
<i>e-Nabız uygulamasından haberdar mısınız?</i>		
Evet haberdarım	624	68,9
Hayır hiç duymadım	282	31,1
<b>Toplam</b>	<b>906</b>	<b>100,0</b>
<i>Evet ise; nereden haberdarsınız?</i>		
İnternet	264	42,5
Kamu spotu	154	24,8
Televizyon ve internet	98	15,7
Hasta yakınları	7	1,1
Sağlık Bakanlığı haberleri	22	3,8
Arkadaşlar	30	4,8
Aile hekimi	4	0,6
Gazete - medya	35	5,6
MHRS	4	0,6
e-Devlet	2	0,3
<b>Toplam</b>	<b>624</b>	<b>100,0</b>
<i>e-Nabız uygulamasını kullanıyor musunuz?</i>		
Evet	311	49,8
Hayır	313	50,2
<b>Toplam</b>	<b>624</b>	<b>100,0</b>
<i>Kullanmama sebebiniz?</i>		
Uygulamaya giriş yapmak için şifrenin nereden alınacağını bilmiyorum	35	11,2
Şifrem yok ve şifre almaya vakit bulamıyorum (şifrem olsa kullanırdım)	89	28,4
Konuyla ilgili herhangi bir eğitim almadığım için	77	24,6
Çeşitli kaynaklardan (medya, arkadaşlarım vs.) edindiğim bilgiler nedeniyle	27	8,6
Gerek duymadım, ihtiyacım olmadı	84	26,8
Detaylı bilgi içermiyor	1	0,3
<b>Toplam</b>	<b>313</b>	<b>100,0</b>
<i>e-Nabız uygulamasını kullanma şekliniz?</i>		
Bilgisayar	123	39,5
Cep telefonu	184	59,2
Tablet	4	1,3
<b>Toplam</b>	<b>311</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılanların %68,9'u e-Nabız uygulamasından haberdar olduklarını, %31,1'i haberdar olmadıklarını beyan etmiştir. e-Nabız uygulamasından haberdar olmayan %31,1'lik katılımcı çalışmanın devamına dahil edilmemiştir. Haberdar olan katılımcıların, %42,5'i internet, %24,8'i kamu spotu, %15,7'si televizyon ve internet vasıtasıyla haberdar olduklarını belirtmiştir. e-Nabız uygulamasından haberdar olanların %49,8'i uygulamayı kullandıklarını belirtirken %50,2'si uygulamayı kullanmadıklarını beyan etmiştir. Uygulamayı kullanmayanların, %28,4'ü şifrelerinin olmadığını ve şifre almaya vakit bulamadıklarını, %26,8'i uygulamayı kullanmaya gerek duymadıklarını ve şimdiye kadar ihtiyaçları olmadığını, %24,6'sı uygulamayla ilgili herhangi bir eğitim, bilgilendirme almadıklarını belirtmiştir. e-Nabız uygulamasını kullananların %59,2'si cep telefonlarına indirdikleri uygulama vasıtasıyla, %39,5'i ise e-Nabız'ın internet sayfasından uygulamayı kullandıklarını belirtmiştir.

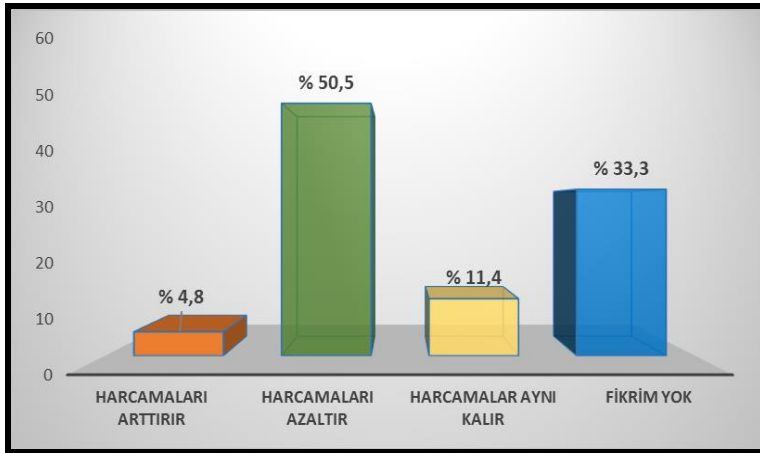
**Tablo 4. e-Nabız Uygulamasına Yönelik Görüşler**

e-Nabız Uygulamasına Yönelik Görüşler	Evet (%)	Hayır (%)	Fikrim yok (%)
<b>e-Nabız Uygulamasının;</b>			
Tanıdıklara tavsiye edilme durumu	45,7	4,2	50,1
İşlerini kolaylaştırma durumu	43,9	5,9	50,2
İşlerini hızlandırma durumu	43,6	6,3	50,1
Tasarımını kullanışlı bulma durumu	41,8	8	50,2
Koruyucu sağlık hizmetinin gelişmesinde faydalı bulma durumu	56,9	8,5	34,6
Hastaneye başvuru sayısında azalma sağlama durumu	39,7	30,8	29,5
Kronik hastalığı olanların takibinin yapılması durumu	54,2	7,7	38,1
Kişisel sağlık verilerini koruma durumu	48,1	20,6	31,3

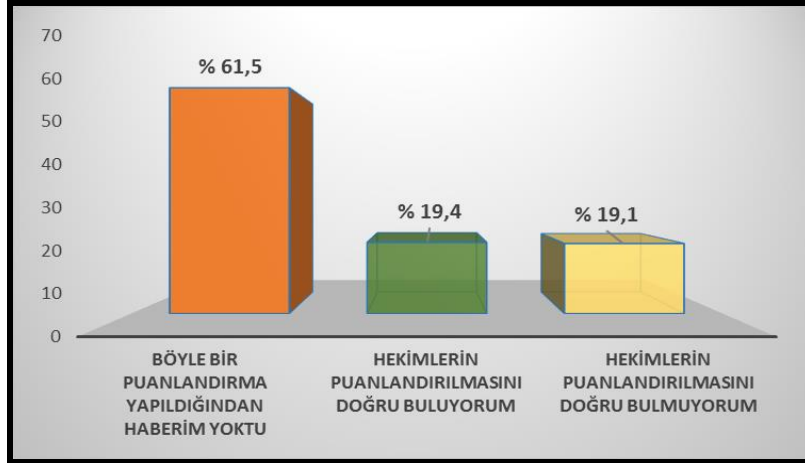
Katılımcıların %45,7'si e-Nabız uygulamasını tanıdıklarına tavsiye edebileceğini, %43,9'u e-Nabız uygulamasının işlerinde kolaylık sağlayacağını, %43,6'sı e-Nabız uygulamasının işlerini hızlandıracağını, %41,8'i e-Nabız uygulamasının tasarımını kullanışlı bulduğunu, %56,9'u e-Nabız uygulamasının koruyucu sağlık hizmetinin gelişmesinde faydalı olduğunu, %39,7'si e-Nabız uygulamasının kullanılmasıyla hastaların hastaneye başvuru sayısında azalma sağlayacağını, %54,2'si e-Nabız uygulamasının kullanımı ile kronik hastalığı olan bireylerin takibinin yapılabileceğini, %48,1'i e-Nabız uygulamasında bireylerin kişisel sağlık verilerinin korunacağını ifade etmiştir.

Katılımcıların e-Nabız uygulamasına yönelik ek görüşleri şu şekildedir:

- e-Nabız uygulamasının kullanımına dair eğitim verilmeli (%28,3).
- e-Nabız uygulaması sıklıkla güncellenmeli (%22,8).
- Kişisel sağlık verilerinin korunduğu garanti edilmeli (%11,7).
- e-Nabız uygulamasına dair tanıtım ve reklamlar arttırılmalı (%9,4).
- Uygulamanın kullanımı basitleştirilmeli (%8,2).
- Uygulamanın yazılımı geliştirilmeli (%7,8).
- Uygulamaya ilaç raporlarının eklenmesi gerekli (%5,5).
- Uygulamaya randevu sistemi eklenmeli (%3,7).
- Uygulamanın içeriği zenginleştirilmeli (%2,4).

**Grafik 1. e-Nabız Uygulamasının Sağlık Harcamalarına Etkisine İlişkin Görüşler**

Tablo 5'te katılımcıların e-Nabız uygulaması kullanımının, sağlık harcamalarına etkisine ilişkin görüşlerine bakıldığında %50,5'i sağlık harcamalarını azaltacağını, %4,8'i harcamaları arttıracığını, %11,4'ü harcamaların aynı kalacağını ifade etmiştir.

**Grafik 2. e-Nabız Uygulamasında Hekimlerin Hastalar Tarafından Değerlendirilmesine İlişkin Görüşler**

Katılımcıların %19,1'i e-Nabız uygulamasında hekimlerin hastalar tarafından puanlandırılmasının doğru olmadığı görüşündedir.

**Tablo 8. e-Nabız (Kişisel Sağlık Sistemi) hakkındaki ifadelerine verilen cevapların dağılımı(n=624)**

	Kesinlikle katılıyorum		Katılıyorum		Fikrim Yok		Katılmıyorum		Kesinlikle katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
e-Nabız uygulamasını faydalı buluyorum.	236	37,8	253	40,5	112	17,9	17	2,7	6	1,0
e-Nabız uygulamasının doğru bir uygulama olduğunu düşünüyorum.	229	36,7	257	41,2	116	18,6	18	2,9	4	0,6
e-Nabız uygulamasında dayatma olmadığından, benim açımdan uygun olduğunu düşünüyorum.	210	33,7	259	41,5	123	19,7	25	4,0	7	1,1
e-Nabız mobil uygulamasında bulunan 112 acil butonunun, acil müdahaleye ihtiyaç duyulan durumlarda 112 acil servisin haberdar edilmesinin yararlı olduğunu düşünmekteyim.	237	38,0	219	35,1	142	22,8	20	3,2	6	1,0
e-Nabız uygulaması güncel verilerimi içerir.	167	26,8	209	33,5	222	35,6	18	2,9	8	1,3
Anlaşılabilir bir uygulamadır.	165	26,4	227	36,4	205	32,9	22	3,5	5	0,8
Geçmiş tetkik ve raporları sunması bakımından yararlı buluyorum.	201	32,2	240	38,5	155	24,8	20	3,2	8	1,3
Kişisel sağlık bilgilerimin korunması bakımından güvenlidir.	153	24,5	177	28,4	219	35,1	39	6,3	36	5,8
e-Nabız'daki bilgiler yanıltıcı değildir.	149	23,9	215	34,5	233	37,3	22	3,5	5	0,8
e-Nabız web sitesi gerekli bilgileri verdi.	135	21,6	226	36,2	246	39,4	12	1,9	5	0,8
e-Nabız uygulaması kendi sağlık arşivimi oluşturma imkanı sağlar.	155	24,8	224	35,9	221	35,4	19	3,0	5	0,8
e-Nabız uygulaması ile birden fazla konu için bakış açısı oluşturabilirim.	136	21,8	220	35,3	241	38,6	23	3,7	4	0,6
Uygulama ile sağlık bilgim hakkında detayları görebiliyorum.	158	25,3	224	35,9	214	34,3	24	3,8	4	0,6
e-Nabız uygulaması sağlık bilgilerim hakkında birçok veri teminine imkan verir.	159	25,5	239	38,3	202	32,4	21	3,4	3	0,5
e-Nabız uygulaması ile sağlık bilgilerimi takip etmek daha kolay.	178	28,5	240	38,5	177	28,4	22	3,5	7	1,1
e-Nabız uygulamasının kullanımı kolay ve mantıklıdır.	164	26,3	230	36,9	196	31,4	24	3,8	10	1,6
Uygulamada sağlık bilgilerim net bir şekilde sunuldu.	159	25,5	211	33,8	227	36,4	20	3,2	7	1,1

Katılımcıların %78,3'ü e-Nabız uygulamasını faydalı bulduklarını, %77,9'u doğru bir uygulama olduğunu, %73,1'i 112 acil butonunun yararlı olduğunu, %62,8'i anlaşılabilir bir uygulama olduğunu, %70,5'i geçmiş tetkik ve raporları sunması bakımından yararlı bulduğunu, %60,7'si kendi sağlık arşivlerini oluşturma imkanı sağladığını belirtmiştir. %61,2'si sağlık bilgileri hakkında detayları görebildiğini, %63,8'i sağlık bilgileri hakkında birçok veri teminine imkan verdiğini, %67'si sağlık bilgilerinin takip etmenin daha kolay olduğunu, %63,2'si uygulamanın kullanımının kolay ve mantıklı olduğunu ifade etmiştir. %35,6'sı e-Nabız uygulamasının güncel veri içeriği, %35,1'i kişisel sağlık bilgilerinin korunması bakımından güvenilirliği, %37,3'ü uygulamadaki bilgilerin yanlıtlılığı, %39,4'ü e-Nabızın web sitesinden gerekli bilgileri verip vermediği, %38,6'sı uygulamanın birden fazla konu için bakış açısı oluşturması, %36,4'ü ise uygulamada sağlık bilgilerinin net bir şekilde sunulması hususlarında fikir beyan etmemiştir.

**Tablo 9. e-Nabız Uygulamasından Haberdar Olma Durumuna İlişkin Ki-kare Analizleri**

e-Nabız Uygulamasından Haberdar Olma Durumu					
Yaş	Evet		Hayır		Test değeri p
	n	%	n	%	
18-25	123	75	41	25	$\chi^2: 9,763$ <b>*0,002</b>
26-35	251	71,9	98	28,1	
36-45	176	65,7	92	34,3	
46-54	55	57,3	41	42,7	
55 yaş ve üzeri	19	65,5	10	34,5	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	404	73,6	145	26,4	$\chi^2: 14,443$ <b>*0,002</b>
Erkek	220	61,6	137	38,4	
<b>Eğitim</b>					
İlköğretim	70	45,5	84	54,5	$\chi^2: 91,158$ <b>*0,000</b>
Lise	125	56,3	97	43,7	
Önlisans	73	78,5	20	21,5	
Lisans	253	78,8	68	21,2	
Lisans ve üzeri	103	88,8	13	11,2	

Katılımcıların e-Nabız uygulamasından haberdar olma durumları ile değişkenler arasında bağlantı olup olmadığının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen Ki-kare analizinde; 18-25 yaş grubunun diğer yaş gruplarından; kadınların erkeklerden, lisans ve üzeri eğitilmiş grubun diğer eğitimli gruplardan daha fazla olmak üzere e-Nabız uygulamasından haberdar oldukları görülmektedir ( $p < 0,005$ ).

**Tablo 10. e-Nabız Uygulamasını Kullanma Durumuna İlişkin Ki-kare Analizleri**

e-Nabız Uygulamasını Kullanma Durumu					
Yaş	Evet		Hayır		Test değeri p
	n	%	n	%	
18-25	62	49,6	63	50,4	$\chi^2: 8,809$ <b>*0,003</b>
26-35	131	51,4	124	48,6	
36-45	83	47,7	91	52,3	
46-54	26	45,6	31	54,4	
55 yaş ve üzeri	9	45,0	11	55,0	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	187	45,4	225	54,6	$\chi^2: 20,241$ <b>*0,000</b>
Erkek	124	55,1	101	44,9	
<b>Eğitim</b>					
İlköğretim	34	47,2	38	52,8	$\chi^2: 58,365$ <b>*0,000</b>
Lise	66	50,0	66	50,0	
Önlisans	43	57,3	32	42,7	
Lisans	117	45,9	138	54,1	
Lisans ve üzeri	51	49,5	52	50,5	

Katılımcıların e-Nabız uygulamasını kullanma durumları ile değişkenler arasında bağlantı olup olmadığının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen Ki-kare analizinde; 26-35 yaş grubunun diğer yaş gruplarından; kadınların erkeklerden ve önlisans eğitilmiş grubun diğer eğitimli gruplardan daha fazla olmak üzere e-Nabız uygulamasını kullandıkları görülmektedir ( $p<0,005$ ).

**Tablo 11. e-Nabız Uygulamasının İşi Kolaylaştırma Durumu İle Cinsiyet Değişkenine İlişkin Ki-kare Analizi**

e-Nabız Uygulamasının İşi Kolaylaştırma Durumu							
Cinsiyet	Evet		Hayır		Fikrim Yok		Test değeri p
	n	%	n	%	n	%	
Kadın	164	39,7	22	5,3	227	55,0	$\chi^2$ : 21,633 *0,000
Erkek	110	48,9	15	6,7	100	44,4	

Katılımcıların e-Nabız uygulamasının işi kolaylaştırmasına yönelik görüşleri ile cinsiyetleri arasında bağlantı olup olmadığının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen Ki-kare analizinde; erkeklerin kadınlara göre daha fazla olmak üzere e-Nabız uygulamasının kullanımının işlerinde kolaylık sağlayacağını ifade ettikleri görülmektedir ( $p<0,005$ ).

**Tablo 12. e-Nabız Uygulamasının Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Gelişmesinde Faydalı Olma Durumuna İlişkin Ki-kare Analizleri**

e-Nabız Uygulamasının Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Gelişmesinde Faydalı Olma Durumu							
Yaş	Evet		Hayır		Fikrim Yok		Test değeri p
	n	%	n	%	n	%	
18-25	85	67,5	6	4,8	35	27,8	$\chi^2$ : 13,704 *0,000
26-35	143	56,5	25	9,9	85	33,6	
36-45	98	55,1	13	7,3	67	37,6	
46-54	31	54,4	3	5,3	23	40,4	
55 yaş ve üzeri	8	40	6	30	6	30	
Cinsiyet							
Kadın	240	58,5	31	7,6	139	33,9	$\chi^2$ : 15,706 *0,001
Erkek	125	55,8	22	9,8	77	34,4	
Eğitim							
İlköğretim	33	46,5	6	8,5	32	45,1	$\chi^2$ : 73,807 *0,000
Lise	73	55,3	9	6,8	50	37,9	
Önlisans	42	56,8	8	10,8	24	32,4	
Lisans	157	62,1	21	8,3	75	29,6	
Lisans ve üzeri	60	57,7	9	8,7	35	33,7	

Katılımcıların e-Nabız uygulamasının koruyucu sağlık hizmetlerine faydasına dair görüşleri ile değişkenler arasında bağlantı olup olmadığının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen ki-kare analizinde; 18-25 yaş grubunun diğer yaş gruplarından, kadınların erkeklerden, lisans eğitilmiş grubun diğer eğitimli gruplardan daha fazla olmak üzere e-Nabız uygulamasının koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesinde fayda sağlayacağını düşündükleri görülmektedir ( $p<0,005$ ).

## V. TARTIŞMA VE SONUÇ

İletişim teknolojisindeki gelişmelerle dünya genelinde cep telefonu kullanım oranları hızla artmaktadır. Dünyanın %57'si 2015 yılında cep telefonu kullanıcısı iken 2019 yılına gelindiğinde bu oran %62'lere ulaşmıştır. İstatistikler, cep telefonu kullanıcı sayısını 2015'te 4,15 milyar olarak

gösterirken 2019 yılında bu sayıya 53 milyon kullanıcının daha eklenerek sayının 4.68 milyara ulaştığını göstermektedir. 2020 yılında bu sayının 4,78 milyara kadar çıkması beklenmektedir. Dünya genelinde 2014 yılında akıllı telefon kullanıcıları 1,57 milyar kişi iken ilerleyen yıllarda bu sayının artması beklenmektedir (Demir, 2016).

2018 yılında Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu (BTK) tarafından, mobil abone sayısının 78,9 milyon olduğu, akıllı telefon kullanıcı sayısının ise 31 milyonu geçerek toplam nüfusun %38'ine ulaştığı belirtilmektedir (Palacı vd., 2016).

e-Nabız isimli sağlık net online sistemi, hem toplum ve kişilerin sağlığını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek hem de kişisel sağlık verilerinin güvenlik, bütünlük ve gizliliğini koruyarak kişilerin kendi dijital sağlık verilerine ulaşabilmelerini sağlamak amacıyla kurulmuştur. Kurulan bu sistem, kişilere sağlık durumları hakkında bilgi vererek kişilerin kendi sağlık durumuna yönelik alınacak kararlara katılımını sağlamayı, teşhis ve tedavi sürelerini kısaltarak, gereksiz tetkiklerin önüne geçerek kişilerin ve ülkenin ekonomisine katkı sağlamayı amaçlamıştır (Eke vd., 2019).

e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi ile bireyler daha önceki hastane ziyaretlerine, tetkiklerine, radyolojik görüntülerine, reçetelerine ulaşabileceği gibi organ bağışi, kemik iliği ve kan bağışi için kayıt yaptırabilmekte; aynı zamanda uyku verilerini, aşı takvimlerini, adım sayılarını, nabız, tansiyon, şeker verilerini uygulama ile takip edebilmektedir (İnal ve Çağiltay, 2019).

Bireyler, günlük yapılacak işleri mobil teknoloji kullanımıyla daha pratik, istenilen ortamlarda ve esnek zamanlarda yapmayı tercih etmektedir. Mobil sağlık uygulamaları da bireylere kendi sağlıklarına ait verileri takip etmek, şahıslarına ait sağlık verilerine diledikleri zaman ve mekândan erişebilme olanağı sağlamaktadır. Bu sebeple e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi Türkiye için önemli bir veri tabanı platformudur.

Bir üniversite ile afiliye olan eğitim araştırma hastanesinde e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi uygulamasının tüm hastane çalışanları tarafından bilinirliğini ortaya koymak amacıyla yapılan çalışmaya katılanların %60,6'sı kadın, %54,3'ü evli, %35,4'ü lisans mezunudur. Katılımcıların meslek gruplarına bakıldığında %39,6'sının hemşire, %11'inin klinik destek personeli, %10,7'sinin bilgi sistem kullanım elemanı ve %10,3'ünün hekim olduğu görülmektedir. %78,3'ü katılımcı e-Nabız dışında herhangi bir mobil uygulama kullanmadığını %21,7'i ise en az bir tane mobil sağlık uygulaması kullanmaktadır. En çok kullanılan mobil sağlık uygulamasının "Adım Sayar" (%62,9) olduğu, daha sonra ise sırasıyla "Sağlık ve Adım Sayar" (%13,2), kalp hızı (%6,6) ve özel gün takvimi (%5,6), su içme hatırlatıcı (%4,6) ve "Adım Sayar" ve "Kilo Takibi" (%3,6) uygulamaları olduğu görülmektedir. Karahisar'ın (2018) çalışmasında ise katılımcıların %87,9'u e-Nabız dışında sağlık ile ilgili herhangi bir mobil uygulama kullanmadıklarını belirtmiştir. İki çalışmada da büyük oranda e-Nabız dışında sağlık ile ilgili mobil uygulama kullanılmadığı tespit edilmiştir. Mobil sağlık uygulamalarının kullanımı; kullanıcıları fiziksel aktivite yapmaya teşvik eder, ilaçlarını düzenli ve vaktinde almaya yardımcı olur. Kalp atım hızını, kan basıncını, uyku düzenini, kilosunu kontrol etmeye fırsat tanır. Bireyin kendi sağlık verilerini izlemesi, sağlığına ilişkin bilgi ve becerisinin artmasına, sağlıklı yaşam için gerekli önlemleri almasına ve sağlığını geliştirmesine destek olur. Kişinin sağlık bilgi düzeyinin gelişmesinin yanı sıra sağlık okuryazarlığının da artmasını sağlar (Kopmaz ve Arslanoğlu, 2018). Sağlık hizmeti sunucularının e-nabız veya mobil sağlık uygulamalarını kullanması, bireysel düzeyde kendi sağlıklarını takip etmelerini sağlayacağı gibi, aynı zamanda rol model oldukları toplumun da bu uygulamaları kullanmasını teşvik edeceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunun e-Nabız uygulamasından haberdar olduğu (%68,9) görülmektedir. Haberdar olan katılımcılar internet (%42,5), kamu spotu (%24,8), televizyon ve internet (%15,7) vasıtasıyla haberdar olduklarını belirtmiştir. e-Nabız uygulamasından haberdar olanların %49,8'i uygulamayı kullanmaktadır. Uygulamayı kullanmayan katılımcılar, kullanmama nedeni olarak şifrelerinin olmadığını (%28,4) ve şifre almaya vakit bulamadıklarını, uygulamayı kullanmaya gerek duymadıklarını (%26,8) ve uygulamayla ilgili herhangi bir eğitim, bilgilendirme almadıklarını (%24,6) belirtmiştir. Katılımcıların %59,2'si e-nabız uygulamasını cep telefonlarına

indirdiklerini, %39,5'i ise uygulamaya internet sayfasından ulaştıklarını belirtmiştir. Ekiyor ve Çetin'in çalışmasında da sağlık çalışanlarının %71,2'sinin e-Nabız uygulamasından haberdar oldukları belirtilmiştir. Hangi kanalla haberdar olduklarına bakıldığında ise; %36,8'inin internetten, %28,8'inin televizyon reklamlarından, %20,8'inin ise tanıdıklar vasıtasıyla haberdar oldukları tespit edilmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %18,2'sinin e-Nabız uygulamasını kullandıkları belirlenmiş olup bu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Ekiyor ve Çetin, 2017). Her iki çalışmada da katılımcıların e-Nabız uygulamasından haberdar olduğu ancak uygulama kullanımının az olduğu görülmektedir. Bu nedenle kişilerin davranış değiştirmelerini sağlayacak faaliyetler planlanması gerektiği düşünülmektedir.

Ekiyor ve Çetin'in (2017) çalışmasında katılımcıların %66,1'i e-Nabız uygulamasını tanıdıklarına tavsiye edebileceklerini bildirirken, bu çalışmada katılımcıların %45,7'si e-Nabız uygulamasını tanıdıklarına tavsiye edeceğini belirtmiştir. e-Nabız uygulamasına dair kamu spotları, dijital platformda bilgilendirmeler, eğitimler bulunmaktadır. e-Nabız şifreleri aile hekimliklerinden alınabildiği gibi e-Devlet kapısından giriş yapılarak da alınabilmektedir. Şifre ile giriş sağlandıktan sonra hastane ziyaretlerine, tetkiklere, yazılan reçetelere dair tüm bilgilere bir tıklama ile ulaşılabilir. Bireyler son yıllarda, aynı hastalık için aynı branştaki hekime farklı hastanelerde muayene olma, hastalıklarını teyit etme gereksinimi duymaktadır. Bir hastanede çektiği röntgeni veya benzer tüm tetkikleri başka bir hastanede tekrar yaptırmadan e-Nabız sistemi üzerinden hekime gösterebilmektedir. Bu sayede hem bireylerin zaman kaybının önüne geçilmekte hem de tekrarlı çekim/tetkik önlenmektedir. Uygulamanın kullanımı sonrası görülen faydanın ölçülebilir sonuçları görüldükçe ve sağlık çalışanları ile paylaşıldıkça, uygulama kullanımının ve tavsiye edilme durumunun artacağı düşünülmektedir.

Katılımcıların %43,9'u e-Nabız uygulamasının işlerde kolaylık sağlayacağını, %43,6'sı e-Nabız uygulamasının işleri hızlandıracağını, %56,9'u e-Nabız uygulamasının koruyucu sağlık hizmetinin gelişmesine faydalı olacağını, %39,7'si e-Nabız uygulamasının kullanılmasıyla hastaların hastaneye başvuru sayısında azalma olacağını, %54,2'si e-Nabız uygulaması ile kronik hastalığa sahip bireylerin takibinin yapılabileceğini belirtmiş, %48,1'i ise e-Nabız uygulamasında bireylerin kişisel sağlık verilerinin korunduğunu düşündüğünü ifade etmiştir. Karahisar'ın (2018) çalışmasında da araştırmaya katılanların %34,7'si e-Nabız uygulamasında bireylerin kişisel sağlık verilerinin korunduğunu beyan ederken, %41,2'lik kesim kararsız kalmıştır. e-Nabız uygulamasına bireylerin yalnızca kendi şifreleri ile girmeleri; kişisel sağlık verilerine bireyin verdiği yetki dahilindeki hekimlerin, sağlık kurumlarının ulaşabilmesi ile uygulamayı ve kullanımını bilmemekten kaynaklı ilk dönemdeki kişisel sağlık verilerinin korunması konusundaki endişelerin, daha sonra giderildiği düşünülmektedir.

Katılımcıların %50,5'i e-Nabız uygulamasının kullanımının Türkiye'deki sağlık harcamalarını azaltacağını düşünürken %4,8'i harcamaların artacağını, %11,4'ü ise harcamaların aynı kalacağını belirtmiştir. Karahisar'ın (2018) yaptığı çalışmada ise katılımcıların %44,7'sinin e-Nabız uygulamasının kullanımı ile Türkiye'deki sağlık harcamalarının azalabileceğini, %32,7'si değişim göstermeyeceğini belirtmiştir. Her iki çalışmada da sağlık çalışanları e-Nabız uygulamasının sağlık harcamalarını azaltacağını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılanların %19,1'i e-Nabız uygulamasında hastalar tarafından hekimleri değerlendirmek amacıyla puan verilmesini doğru bulmadıklarını %61,5'i bu uygulamadan haberdar olmadıklarını ifade etmiştir. Karahisar'ın (2018) yaptığı çalışmada da katılımcıların %80,4'ü e-Nabız uygulamasında hastalar tarafından hekimlerin puanlandırılmasının doğru olmadığı görüşündedir. e-Nabız uygulamasında hastalar tarafından hekimlerin değerlendirilmesi amacıyla puan verilmesi konusunda bilgilendirme eksikliği olduğu düşünülmektedir. Bu konuda kullanıcı ve hizmet sunucuya amaca yönelik bilgilendirme yapılması gerekmektedir.

Araştırmaya katılanların %78,3'ü e-Nabız uygulamasının faydalı olduğunu, %77,9'u doğru bir uygulama olduğunu, %73,1'i 112 acil butonunun yararlı olduğunu, %62,8'i uygulamanın anlaşılır olduğunu, %70,5'i geçmiş tetkik ve raporları sunması bakımından yararlı bulduğunu, %60,7'si kendi sağlık arşivlerini oluşturma imkânı sağladığını, %61,2'si sağlık bilgileri hakkında detayları

görebildiğini, %63,8'i sağlık bilgileri hakkında birçok veri teminine imkân verdiğini, %67'si sağlık bilgilerinin takip etmenin daha kolay olduğunu, %63,2'si uygulamanın kullanımının kolay ve mantıklı olduğunu belirtmektedir. Buna rağmen katılımcıların %35,6'sı e-Nabız uygulamasının güncel veri içerdiğini, %35,1'i kişisel sağlık bilgilerinin korunması bakımından güvenilir olduğunu, %37,3'ü uygulamadaki bilgilerin yanıltıcı olmadığını, %39,4'ü e-Nabızın web sitesinden gerekli bilgileri verildiğini, %36,4'ü ise uygulamada sağlık bilgilerinin net bir şekilde sunulduğunu beyan etmemiştir. Sonuçlar, e-Nabız uygulaması ile ilgili sağlık çalışanlarının olumlu düşünceleri olduğu ancak kullanımı ve veri güvenliği konusunda bilgi eksikliğinden kaynaklanan çekincelerinin olduğunu düşündürmektedir.

Yapılan çalışmada 18-25 yaş grubunda yer alan katılımcıların diğer yaş gruplarından; kadınların erkeklerden, lisans ve üzeri eğitimi grubun diğer eğitimi gruplardan daha fazla e-Nabız uygulamasından haberdar oldukları görülmektedir ( $p<0,005$ ). 18-25 yaş grubunun teknolojiyi kullanmaya daha yatkın, kadınların ise erkeklere göre sağlık ve estetik kaygılarının daha fazla olması sebebiyle uygulamadan daha fazla haberdar oldukları düşünülmüştür.

26-35 yaş grubunda yer alan katılımcıların diğer yaş gruplarından; kadınların erkeklerden, ön lisans eğitimi grubun diğer eğitimi gruplardan daha fazla e-Nabız uygulamasını kullandıkları; ayrıca erkeklerin kadınlara göre e-Nabız uygulamasının sağlık işlemlerini kolaylaştırdığını düşündüğü görülmektedir ( $p<0,005$ ). Yeşiltaş'ın çalışmasında da eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin uygulamayı kullanma durumlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Yeşiltaş, 2018). Bu çalışmada önlisans eğitim grubunda görev yapan çalışanların, e-Nabız uygulamasını daha fazla kullanma nedeninin; laboratuvar, radyoloji, bilgi sistemleri gibi tanı ve tetkik birimlerinde görevli olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. e-Nabız uygulamasının koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesinde katılımcılardan 18-25 yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre, kadınların erkeklere göre, lisans eğitimi grubun diğer eğitimi gruplara göre daha fazla fayda sağlayacağını düşündükleri görülmektedir ( $p<0,005$ ).

Tanımlayıcı olan bu çalışmada mevcut literatür ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Sağlık çalışanlarının anket formunda bulunan ifadelerle verdikleri yanıtlara göre sağlık çalışanlarının e-Nabız uygulaması ile ilgili orta üstü seviyede bilinirliğe sahip oldukları, buna rağmen araştırmaya katılan sağlık çalışanları tarafından e-Nabız uygulaması kullanımının yaygın olmadığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarına verilecek eğitim ve şifre temini ile e-Nabız uygulamasının kullanımının artacağı düşünülmektedir. e-Nabız uygulamasının kullanımının artırılması ile bir sonraki aşamada mobil sağlık uygulamalarının kullanımının bireysel düzeyde sağlığın geliştirilmesine katkısı, sağlık politikasına karar vericilerin sağlık planlamalarına etkisi, hastaneye gereksiz başvuruların önlenmesine katkısı ve tekrarlı tetkik isteme oranlarına etkisi gibi çalışmaların planlanabileceği düşünülmektedir. Günümüzde sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi ile mobil sağlık uygulamalarının kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. e-Nabız uygulamasının kullanımı; bireylerin kendi sağlık arşivini oluşturmasına, sağlık göstergelerini yakından takip etmesine, tekrarlı tetkiklerin önüne geçilmesine, gereksiz hastane başvurularının azaltılması ve sağlık okuryazarlığının artırılmasına katkı sağlayacaktır.



## KAYNAKLAR

- Demir, H. (2016). *Mobil sağlık uygulamalarının sağlık hizmetlerine işlem maliyeti yaklaşımı bağlamında etkisi: Hastane yöneticileri üzerine bir araştırma*. (Yüksek lisans Tezi). Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir.
- Demir, H., & Arslan, E. T. (2017). Mobil sağlık uygulamalarının hastanelerde kullanılabilirliği: hastane yöneticileri üzerine bir araştırma. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 19(33),71-83.
- Eke, E., Kişi, M., & Uğurluoğlu, D. (2019). E-sağlık uygulamalarının farkındalığına yönelik bir araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(2), 510-522.
- Ekiyor, A., & Çetin, A. (2017). Sağlık hizmeti sunumunda ve sosyal pazarlama kapsamında e-nabız uygulamasının bilinirliği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(1), 88-103.
- Güler, E., & Eby, G. (2015). Akıllı ekranlarda mobil sağlık uygulamaları. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 45-51.
- İnal, Y., & Çağiltay, E. N. (2019). E-nabız mobil sağlık uygulamasına yönelik kullanıcı değerlendirmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(2), 375-388.
- Karahisar, T. (2018). E-Nabız Uygulamasının Sağlık Profesyonelleri Tarafından Kullanımı: İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Görevli Doktorlar Üzerine Bir Araştırma. 5. *Uluslararası Sosyal Beşeri ve İktisadi Bilimler Sempozyumu Bildiri Kitabı*, ss.25-42.
- Kılıç, T. (2017). E-sağlık, iyi uygulama örneği; Hollanda. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 203-217.
- Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (2016). 05.05.2020 <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6698.pdf>.
- Kopmaz, B., & Arslanoğlu, A. (2018). Mobil sağlık uygulamaları ve akıllı sağlık uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(4), 251-255.
- Kratzmann, V. (2013). *Where Did Mobile Health Come From? Team Finland Business*. 29.09.2020 <http://www.finland.org/Public/default.aspx?contentid=269582&culture=en-US>.
- Palacı, H., Yarar, O., Kuru, İ., & Gülhan, Y. (2016). Akıllı telefonlardaki sağlık uygulamalarının sertifikasyon, geçerlilik, güvenilirlik ve kullanıcı açısından değerlendirilmesi. *Tıp Teknolojileri Kongresi*, 308-311, Antalya.
- Perez, M. B., Diaz, T. I., & Coronado, L. M. (2013). Mobile health applicationas for the most prevelant conditions by the world health organization: rewiev and analysis. *Journal of Medicine Internet Research*, 15(6), 120.
- Report of the Working Group on mHealth Assessment Guidelines (2016-2017). 05.10.2020. <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/report-working-group-mhealth-assessment-guidelines>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı E-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi. 01.05.2020 <https://enabiz.gov.tr/Yardim/Index>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi. *Tarihçe*. 05.05.2020 <https://goztepeah.saglik.gov.tr/TR,88150/tarihce.html>.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (2016). *Sağlık.Net Online ve e-Nabız Hakkında 2016/6 Genelgesi*. 01.05.2020 <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,13119/sagliknet-online-ve-e-nabiz-hakkinda-20166-sayili-genelge.html>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2020). 05.05.2020 <https://sbsgm.saglik.gov.tr/>.
- Tezcan, C. (2016). *Sağlığa Yenilikçi Bir Bakış Açısı: Mobil Sağlık*. TÜSİAD Yayınları, Ankara.
- Toygar, Ş. A. (2018). E-sağlık uygulamaları. *Yasama Dergisi*, 37(1), 101-123.
- World Health Organization (2011). *mHealth: New Horizons for Health through Mobile Technologies-Second Global Survey on eHealth*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44607>
- World Health Organization (2012). *World Health Statistics 2012*. [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2012\\_Full.pdf](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf)
- Yaşın, B., & Özen, H. (2011). Gender difference in the use of internet for health information search. *Ege Akademik Bakış*, 11(2), 229-240.
- Yeşiltaş, A. (2018). E-nabız uygulamasının kullanımını etkileyen faktörler. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(4), 290-295.



# HEMŞİRELERİN ÖRGÜTSEL ETİK İKLİM ALGISI İLE BRİKOLAJ VE YENİLİKÇİLİK DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bediye ÖZTAŞ\*  
Gönül KURT\*\*  
Meltem UĞURLU\*\*\*

## ÖZ

Bu araştırmanın amacı; hemşirelerin örgütsel etik iklim algıları ile yenilikçilik davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Kesitsel tipte yürütülen çalışmanın verileri 15 Mayıs-15 Temmuz 2020 tarihlerinde toplanmıştır. Çalışma online olarak yürütülmüş ve 180 hemşireye ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında; 'Katılımcı Tanılama Formu', 'Örgütsel Etik İklim Ölçeği', 'Brikolaj Ölçeği' ve 'Bireysel Yenilikçilik Ölçeği' kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk-W Testi ile değerlendirilmiş ve non-parametrik testler kullanılmıştır. Verilerin dağılımları, kesikli veriler için sayı ve yüzde, sürekli veriler için ortalama±standart sapma olarak gösterilmiştir. Karşılaştırmalı istatistiklerde, iki grup arası karşılaştırmalar için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Çoklu grup değerlendirmelerinde p değerinin 0,05'ten küçük olması durumunda farklılığın hangi grup(lar)dan kaynaklandığını belirlemek için Post-Hoc testlerden Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U Testi yapılmıştır. Tüm analizler için yanılma düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların Örgütsel Etik İklim Ölçeği toplam puan ortalaması; 76,88±9,87, Brikolaj Ölçeği toplam puan ortalaması; 32,72±4,73, Bireysel Yenilikçilik Ölçeği toplam puan ortalaması; 60,47±6,18 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin Örgütsel Etik İklim Ölçeği ile Brikolaj Ölçeği ( $r=0,447$ ,  $p=0,000$ ) ve Bireysel Yenilikçilik Ölçeği ( $r=0,257$ ,  $p=0,000$ ) toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ancak zayıf bir korelasyon bulunmuştur. Hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda pozitif örgütsel etik iklim algısı, hemşirelerin bilim ve teknolojik gelişmelere uyum sağlayarak yenilikçi davranışlarda bulunmalarını sağlayacak, dolayısıyla sağlık alanında maliyet etkin hizmet sunumunda sinerji oluşturacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Brikolaj, Hemşire, Örgütsel Etik İklim, Yenilikçilik

## MAKALE HAKKINDA

\* Dr. Öğr. Üyesi., Ankara Medipol Üniversitesi, oztasbediye2@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6775-1405>

\*\* Dr. Öğr. Üyesi., Sakarya Üniversitesi, f.gonul@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2341-4391>

\*\*\* Dr. Öğr. Üyesi., Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi, meltemugurlu17@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9183-219X>

Gönderim Tarihi: 10.08.2020

Kabul Tarihi: 09.12.2020

## Atıfta Bulunmak İçin:

Öztaş, B., Kurt, Uğurlu, M. (2021). Hemşirelerin örgütsel etik iklim algısı ile brikolaj ve yenilikçilik davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 81-92

## ASSESSMENT OF THE RELATIONSHIP BETWEEN NURSES' ORGANIZATIONAL ETHICAL CLIMATE PERCEPTION WITH BRICOLAGE AND INNOVATIVE BEHAVIOR

Bediye ÖZTAŞ\*  
Gönül KURT\*\*  
Meltem UĞURLU\*\*\*

### ABSTRACT

The purpose of this study is to evaluate the relationship between the nurses' organizational ethical climate perceptions and their innovative behaviors. The data of the cross-sectional study were collected between 15 May and 15 July 2020. The study was conducted online and 180 nurses were reached. In collecting data, "Participant Identification Form", "Organizational Ethical Climate Scale", "Bricolage Scale" and "Individual Innovation Scale" were used. The suitability of the data for normal distribution was evaluated with the Shapiro-Wilk-W Test and non-parametric tests were used. The distributions of the data are shown as number and percentage for discrete data, mean  $\pm$  standard deviation for continuous data. In comparative statistics, Mann-Whitney U test was used for comparisons between two groups, and Kruskal-Wallis test was used in more than two groups. In case of p value less than 0.05 in multiple group evaluations, Bonferroni Corrected Mann-Whitney U Test, which is one of the Post-Hoc tests, was performed to determine which group (s) originated from the difference. The error level was determined as 0.05 for all analyzes. The total score average of Organizational Ethical Climate Scale;  $76.88 \pm 9.87$ , total score average of Bricolage Scale;  $32.72 \pm 4.73$ , total score average of Individual Innovation Scale; It was found to be  $60.47 \pm 6.18$ . A statistically significant, positive, but weak correlation was found between the total scores of the nurses with the Organizational Ethical Climate Scale and Bricolage Scale ( $r = 0.447$ ,  $p = 0.000$ ) and Individual Innovation Scale ( $r = 0.257$ ,  $p = 0.000$ ). Positive organizational ethical climate perception in the institutions where nurses work, will enable nurses to adopt innovative behaviors by adapting to scientific and technological developments, and therefore will create synergy in cost effective service delivery in the field of health.

**Keywords:** Bricolage, Innovation, Nurse, Organizational Ethical Climate

### ARTICLE INFO

\* Ankara Medipol University, oztasbediye2@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6775-1405>

\*\* Sakarya University, f.gonul@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2341-4391>

\*\*\* Gülhane Sağlık Bilimleri University, meltemugurlu17@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9183-219X>

Received: 10.08.2020

Accepted: 09.12.2020

### Cite This Paper:

Öztaş, B., Kurt, G., Uğurlu, M. (2021). Hemşirelerin örgütsel etik iklim algısı ile brikolaj ve yenilikçilik davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 81-92

## I. GİRİŞ

Örgütsel etik iklim kavramı ilk olarak Victor ve Cullen tarafından 1980 li yıllarda bir organizasyonda neyin doğru davranış olduğu ve etik durumların nasıl ele alınması gerektiği konusunda örgütte oluşmuş ortak algı şeklinde tanımlanmıştır (Victor ve Cullen, 1987). Başka bir ifadeyle örgütsel etik iklim; bir şirket ya da örgütte çalışanların etik davranışlarda bulunması için formal ya da informal olarak şekillendirilmiş beklentiler ile örgüt tarafından çalışanların örgüt prosedür ve politikalarına uymaları için oluşturulmuş genel algılar şeklinde tanımlanmaktadır (Teresi vd., 2019). Etik iklim, bir örgütün üyeleri arasında doğru davranışın ne olduğuna ilişkin paylaşılan algıları ifade etmektedir (Martin ve Cullen, 2006). Bu doğrultuda örgütsel etik iklim çalışanların davranışlarını etkileyen majör komponentlerden biridir (Atabay vd., 2015). Literatürde örgütsel etik iklimle ilgili çalışmaların değerlendirildiği derlemelerde olumlu bir etik iklimin, çalışanların birçok yönde performanslarını yükselttiği sonucuna ulaşılmıştır (Newman vd., 2017; Koskenvuori vd., 2019). Sağlık alanındaki örgütlerin oluşturdukları etik iklim de çalışanların davranışlarını etkilemektedir. Sağlık sisteminin önemli bir mensubu olan hemşireler hem klinisyen hem de akademisyen olarak sağlık alanında hizmet vermektedir. Hemşirelerin çalıştıkları kuruluş farketmeksizin verdikleri hizmette iyi olmalarını etkileyen önemli unsurlardan biri de örgütsel etik iklimdir. Literatürde hemşirelerle yapılan çalışmalarda örgütsel etik iklimin çoğunlukla hemşirelerin iş memnuniyeti, profesyonel yeterlilik, bireyselleştirilmiş bakım, organizasyonel destek, bakım kalitesi, iş birliği konuları ile ilişkilendirildiği görülmüştür (Konkenvuori vd., 2019). Hemşirelerin bilim ve teknolojik gelişmelere uyum sağlayarak sundukları bakım ve hizmetin kalitesini arttırmaları için sağlık alanında yenilikler yapmaları ve bunları uygulamalarına yansıtmaları, maliyet etkin ve kaliteli hizmet sunumu için gerekmektedir (Krontoft vd., 2017; Senyard vd., 2014). Yenilikçilik kavramı; değişime veya yeni şeyleri denemeye istekli olma ve herhangi bir yeniliği diğerlerine göre daha önce benimseme derecesi olarak ifade edilmektedir (Kılıçer ve Odabaşı, 2010). Brikolaj kavramı ise ilk olarak 1966 yılında Fransız antropolog Levi-Strauss tarafından ‘İnsanların ellerinde bulunan kaynakları kullanarak bir şeyler yapması’ olarak tanımlanmıştır (Duymedjian ve Ruling, 2010). 2005 yılında Baker ve Nelson, brikolajı ‘yeni problemlerle baş edebilmek için eldeki kaynakları birleştirerek yeni bir şeyler yapmak’ şeklinde tanımlanmıştır (Baker ve Nelson, 2005). Yenilikçiliğin bir kolu olarak brikolaj, kaynak kısıtlılığı olduğunda bile mevcut kaynakları kullanmak ve yaratıcı bir şekilde bir araya getirerek yenilik yapmakla bire bir örtüşen bir kavramdır. Hemşirelerin yenilikçi davranışlarda bulunmaları ise örgüt ikliminin yeniliklere uyum sağlayıcı bir özelliğe sahip olması ile mümkün olabilir. Yaratıcılığı ve inovasyonu destekleyen bir örgütsel iklim yapısı çalışanların performansını ve motivasyonunu artırarak örgütlere rekabet üstünlüğü sunabilir (Shanker vd., 2017). Bu kapsamda bu çalışma ile hemşirelerin örgütsel etik iklim algıları ile brikolaj ve yenilikçilik davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla yapılan araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- Hemşirelerin örgütsel etik iklim algıları nasıldır?
- Hemşirelerin brikolaj ve yenilikçi davranışları nasıldır?
- Hemşirelerin örgütsel etik iklim algıları ile brikolaj ve yenilikçilik davranışları arasında bir ilişki var mıdır?

## II. YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu çalışma 15 Mayıs-15 Temmuz 2020 tarihleri arasında online ortamda yürütülmüştür. Çalışmada bir hastane ya da üniversitede görev yapan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 180 hemşire çalışma kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamında kolayda örneklem yöntemi kullanılmış olup araştırmacılar mesleki ve kişisel bağlantıları aracılığıyla örneklem kapsamındaki hemşirelere ulaşmıştır. Çalışmaya başlamadan önce araştırmacının etik kurul onayı alınmıştır (Sayı:74791132-109/333 Tarih:13.05.2020).

### 2.1. Veri toplama araçları

Verilerin toplanmasında ‘Katılımcı Tanılama Formu’, ‘Örgütsel Etik İklim Ölçeği’ (ÖEİÖ), ‘Brikolaj Ölçeği’ ve ‘Bireysel Yenilikçilik Ölçeği’ (BYÖ) kullanılmıştır.

Katılımcı tanılama formu; araştırmacılar tarafından literatür incelemesi doğrultusunda hazırlanmış olup, hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerini sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. (Krontoft vd., 2017; Ghorbani vd., 2014; Baksi vd., 2020; Polster ve Villines, 2017; Sarıköse ve Türkmen, 2020; Baykal vd., 2012; Karatuzla ve Köse, 2019; Yılmaz ve Yıldırım, 2019; Tiryaki ve Bahçecik, 2014)

ÖEİÖ, Cullen, Victor ve Bronson (1993) tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Özen ve Durkan (2016) tarafından yapılmıştır. ÖEİÖ; örgütlerde etik karar alma ve etik çalışma iklimini belirlemek için kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanmış hali 22 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Birinci alt boyutta (1-7.maddeler) sosyal sorumluluk, örgüt çıkarları ve verimlilik ön plana çıkmaktadır. İkinci alt boyut (8-11.maddeler) örgütün kural ve yöntemleri ile yasalar ve mesleki ilkeleri içermektedir. Üçüncü alt boyut (12-15.maddeler) maddeleri; bireysel çıkar, arkadaşlık, takım ruhu ve sosyal sorumluluğa aittir. Dördüncü alt boyut (16-19.maddeler) maddeleri, bireysel ahlak, arkadaşlık ve örgüt çıkarlarına aittir. Beşinci alt boyut (20-22.maddeler) maddeleri ise örgüt kuralları ve yöntemleri ile verimliliğe aittir. Ölçek beşli likert tipinde olup; tamamen yanlış (1), çoğu zaman yanlış (2), bazen doğru (3), çoğu zaman doğru (4), her zaman doğru (5) olarak belirlenmiştir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçek toplam puanı, tüm maddelere verilen yanıtların puanının toplanmasıyla elde edilmektedir. Ölçekten 22 ile 110 arasında puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe örgütsel etik iklimin pozitif yönde olduğu yorumu yapılmaktadır. Sırasıyla alt boyut cronbach's alpha değerleri; 0,83; 0,78; 0,71; 0,71; 0,72 olarak bulunmuştur. Ölçeğin cronbach's alpha değeri ise; 0,87 olarak bulunmuştur (Özen ve Durkan, 2016). Bu çalışmada ÖEİÖ'nün cronbach alpha değeri 0,88 olarak bulunmuştur.

Brikolaj Ölçeği, 2014 yılında geliştirilmiştir (Senyard vd., 2014). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2018 yılında yapılmıştır (Öztaş vd., 2018). Sekiz maddeden oluşan ölçek brikolaj aktivitelerinden oluşmaktadır. Ölçek; hiç (1), nadiren (2), bazen (3), sıklıkla (4), her zaman (5), bilmiyorum (0) seçeneklerinden oluşan 6'lı likert tipi bir değerlendirmeyi içermektedir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçek toplam puanı, tüm maddelere verilen yanıtların puanının toplanmasıyla elde edilmektedir. Ölçek toplam puanı 0-40 arasındadır. Alınan puanın yüksek olması brikolaj aktivitelerinin yüksek düzeyde gösterildiğine işaret etmektedir. Senyard vd., (2014)'nin çalışmalarında Cronbach's alpha değeri 0.82, Krontoft vd., (2017)'nin çalışmasında ölçek Cronbach's alpha değeri 0,70 olarak bulunmuştur. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında cronbach's alpha değeri 0,90 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada Brikolaj Ölçeği'nin cronbach alpha değeri 0,90 olarak bulunmuştur.

BYÖ, Hurt, Joseph ve Cook, tarafından geliştirilmiştir (Hurt vd., 1977). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Kılıçer ve Odabaşı (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek 20 madde olup 5'li likert türünde yanıtlanmaktadır. Ölçekte her ifade kesinlikle katılmıyorum: 1, katılmıyorum: 2, ortadayım: 3, katılıyorum: 4, kesinlikle katılıyorum: 5 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin 12 maddesi pozitif (1,2,3,5,8,9,11,12,14,16,18,19), 8 maddesi negatiftir (4,6,7,10,13,15,17,20). Ölçek toplam puanı, pozitif maddelerden alınan toplam puandan, negatif maddelerden alınan toplam puanın çıkarılması ile elde edilen puana 42 puan eklenmesiyle hesaplanmaktadır. Ölçekten 14 ile 94 arasında puan alınabilmektedir. Alınan puan 80'in üstünde ise "yenilikçi", 69-80 arasında ise "öncü", 57-68 arasında ise "sorgulayıcı", 46-56 arasında ise "kuşkucu" ve 46 puanın altında ise "geleneği" olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,82 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada BYÖ'nün cronbach alpha değeri 0,87 olarak bulunmuştur.

## 2.2. Verilerin toplanması

Verilerin toplanmasında Google Form aracılığı ile oluşturulmuş veri toplama formunun bağlantı adresi online olarak hemşirelere gönderilmiştir. Formlarda yer alan sorular görüntülenmeden önce, araştırmanın amacı ve metoduna ilişkin bilgilendirme katılımcıların ekranında görüntülenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler veri toplama formlarını doldurmuştur. Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır. Veri toplama formlarının doldurulması her bir katılımcı için ortalama 10 dakika sürmüştür.

### 2.3. Verilerin analizi

Veriler, Google Form üzerinden öncelikle Microsoft Excell Programı'na sonrasında SPSS istatistik programına aktarılmıştır. Çalışmanın verileri SPSS for Windows Version 22.0 ile (IBM Corporation, Armonk, New York, USA) analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk-W Testi ile değerlendirilmiş ve anlamlılık değerleri 0.05'ten küçük olduğu için ileri düzey çözümlenelerde non-parametrik testler kullanılmıştır. Verilerin dağılımları, kesikli veriler için sayı ve yüzde, sürekli veriler için ortalama±standart sapma olarak gösterilmiştir. Karşılaştırmalı istatistiklerde, iki grup arası karşılaştırmalar için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Çoklu grup değerlendirmelerinde p değerinin 0,05'ten küçük olması durumunda farklılığın hangi grup(lar)dan kaynaklandığını belirlemek için Post-Hoc testlerden Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U Testi yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin karşılaştırmalarında Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır. Tüm analizler için yanılma düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir

### III. BULGULAR

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması 35,28±6,86 olup %97,2 i kadındır. Hemşirelerin %68,3 ü evlidir. Çalışma kapsamındaki hemşirelerin %45 i lisans mezunudur ve %51,6'sı hemşirelikte lisansüstü eğitim yapmıştır. Hemşirelerin %77,8'i hastanede çalışmaktadır ve %25,6'sının toplam çalışma süresi 16-20 yıldır (Tablo 1).

**Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulgular**

Özellik	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	175	97,2
Erkek	5	2,8
<b>Medeni durum</b>		
Evli	123	68,3
Bekar	57	31,7
<b>Eğitim durumu</b>		
Lise	4	2,2
Ön Lisans	2	1,1
Lisans	81	45
Yüksek lisans	53	29,4
Doktora	40	22,2
<b>Çalışılan yer</b>		
Cerrahi birim	64	35,6
Dahili birim	47	26,1
Acil ve ayaktan birim	29	16,1
Üniversite	40	22,2
<b>Çalışma Süresi</b>		
1 yıldan az	10	5,6
1-5 yıl	22	12,2
6-10 yıl	34	18,9
11-15 yıl	33	18,3
16-20 yıl	46	25,6
21 yıl üstü	35	19,4
<b>Toplam</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

Katılımcıların ÖEİÖ toplam puan ortalaması; 76,88±9,87, Brikolaj Ölçeği toplam puan ortalaması; 32,72±4,73, BYÖ toplam puan ortalaması; 60,47±6,18 olarak bulunmuştur (Tablo 2).



**Tablo 2. Hemşirelerin Örgütsel Etik İklim Ölçeği, Brikolaj Ölçeği ve Bireysel Yenilikçilik Ölçeği Puanlarının Dağılımı**

	$\bar{X} \pm SS$
<b>ÖEİÖ</b>	76,88±9,87
<b>Brikolaj Ölçeği</b>	32,72±4,73
<b>BYÖ</b>	60,47±6,18

$\bar{X}$  : Ortalama; *SS*: Standart Sapma

Hemşirelerin ÖEİÖ, Brikolaj Ölçeği ve BYÖ arasındaki korelasyonel değerlendirme Tablo 3'te verilmiştir. Hemşirelerin ÖEİÖ ile Brikolaj Ölçeği ( $r=0,447$ ,  $p=0,000$ ) ve BYÖ ( $r=0,257$ ,  $p=0,000$ ) toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ancak zayıf bir korelasyon bulunmuştur. Buna göre örgütsel etik iklim algıları yüksek olan hemşirelerin brikolaj aktiviteleri ve bireysel yenilikçilik özellikleri daha yüksektir. Aynı zamanda hemşirelerin Brikolaj Ölçeği ile BYÖ toplam puanları arasında anlamlı, pozitif yönde, çok zayıf bir korelasyon bulunmuştur ( $r=0,233$ ,  $p=0,002$ ). Buna göre brikolaj aktiviteleri yüksek olan hemşirelerin yenilikçilik özellikleri daha yüksektir.

**Tablo 3. Hemşirelerin Örgütsel Etik İklim Ölçeği, Brikolaj Ölçeği ve Bireysel Yenilikçilik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması**

Ölçekler	<i>p</i>	<i>r</i>
<b>ÖEİÖ / Brikolaj Ölçeği</b>	0,000	0,447
<b>ÖEİÖ / BYÖ</b>	0,000	0,257
<b>Brikolaj Ölçeği / BYÖ</b>	0,002	0,233

*r*: Spearman's Korelasyon Testi

Hemşirelerin bazı sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile ÖEİÖ, BYÖ ve Brikolaj Ölçeği puanları arasındaki ilişki Tablo 4'de verilmiştir. Hemşirelerin ÖEİÖ ve Brikolaj Ölçeği toplam puanları ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kadın hemşirelerin ÖEİÖ ( $p=0,031$ ) ve Brikolaj Ölçeği ( $p=0,016$ ) toplam puanları erkeklere göre istatistiksel olarak daha yüksektir. Ayrıca hemşirelerin BYÖ toplam puanı ile medeni durum arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bekar olan hemşirelerin BYÖ toplam puanı evli olan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,040$ ). Aynı zamanda Brikolaj Ölçeği toplam puan ortalaması hemşirelerin eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak farklılık göstermiştir ( $p<0,05$ ). Buna göre doktora eğitimine sahip olan hemşirelerin, lisans ( $p=0,009$ ,  $z=-2,605$ ) ve yüksek lisans ( $p=0,002$ ,  $z=-3,117$ ) mezunu hemşirelere göre Brikolaj Ölçeği toplam puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin çalıştıkları birim ve çalışma yılı ile ÖEİÖ, Brikolaj Ölçeği, BYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Tabloda yer almayan bir bulgu olarak yaş değişkeni ile ÖEİÖ, Brikolaj Ölçeği ve BYÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri ile Örgütsel Etik İklim Ölçeği, Brikolaj Ölçeği ve Bireysel Yenilikçilik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması**

	ÖEİÖ	Brikolaj Ölçeği	BYÖ
Sosyodemografik ve Mesleki Özellikler	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	77,15±9,76	32,85±4,72	60,41±6,02
Erkek	67,40±9,65	28,40±2,60	62,60±11,19
<b>z / p</b>	<b>-2,152/ 0,031</b>	<b>-2,418/ 0,016</b>	-,476/ 0,634
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	76,63±9,34	32,59±4,80	59,89±6,14
Bekar	77,40±10,98	33,00±4,60	61,72±6,13
<b>z / p</b>	<b>-,585/ 0,559</b>	<b>-,490/ 0,624</b>	<b>-2,053/ 0,040</b>
<b>Eğitim durumu</b>			
Lise	80,75±4,34	34,75±5,31	59,00±9,27
Önlisans	86,00±4,24	31,00±2,82	61,50±2,12
Lisans	76,73±9,01	32,46±4,29	60,43±6,56
Yüksek lisans	76,17±11,53	31,47±5,41	59,94±6,20
Doktora	77,28±9,71	34,80±4,02	61,33±5,25
<b><math>\chi^2 / p</math></b>	<b>4,255/ 0,373</b>	<b>11,749/ 0,019</b>	3,914/ 0,418
<b>Çalışılan birim</b>			
Cerrahi birim	76,94±11,14	33,13±4,72	59,48±5,56
Dahili birim	75,00±8,31	31,45±4,78	60,89±7,33
Acil-Ayaktan birim	78,55±7,63	32,83±4,01	60,66±5,44
Üniversite	77,78±10,76	33,50±5,02	61,40±6,17
<b><math>\chi^2 / p</math></b>	<b>4,833/ 0,184</b>	<b>6,102/ 0,107</b>	2,249/ 0,522
<b>Çalışma süresi</b>			
1 yıldan az	79,40±7,51	35,00±4,32	57,80±6,76
1-5 yıl	76,00±8,13	31,55±4,55	62,18±6,95
6-10 yıl	73,79±9,47	31,50±5,17	61,03±6,71
11-15 yıl	77,15±8,77	32,85±4,10	60,45±7,28
16-20 yıl	78,35±11,46	33,76±4,87	59,70±4,60
21 yıl ve üstü	77,51±10,40	32,51±4,63	60,63±5,67
<b><math>\chi^2 / p</math></b>	<b>5,642/ 0,343</b>	<b>10,486/ 0,063</b>	5,030/ 0,412

$\bar{X}$  : Ortalama; SS: Standart Sapma;  $\chi^2$ : Kruskal-Wallis test; z: Mann Whitney U testi

#### IV. TARTIŞMA

Bu çalışma ile hemşirelerin örgütsel etik iklim algısı ile brikolaj ve yenilikçilik davranışları arasındaki ilişkinin ortaya konması amaçlanmıştır. Örgütsel etik iklim algısı birçok konuda çalışanların performanslarını ve motivasyonunu dolayısıyla çalışanların sundukları hizmet kalitesini etkilemektedir (Newman vd., 2017). Pozitif bir örgütsel etik iklim algısı çalışanların performanslarına da pozitif yönde ivme kazandırmaktadır (Koskenvuori vd., 2019). Bu çalışmada hastanede klinisyen olarak üniversitede ise akademisyen olarak çalışan hemşirelerin örgütsel etik iklim algısı toplam puanı 76,88±9,87 olarak bulunmuştur. Çalışmada istatistiksel olarak fark çıkmasa da üniversitede çalışanların ÖEİÖ puanları hastanede çalışan hemşirelerden yüksek olmakla birlikte ortalamaya yakın değerlerdedir. Örgütsel etik iklim ölçeğinden alınabilecek minimum değer 22, maksimum değer ise 110 olduğu göz önünde bulundurulduğunda örgütsel etik iklim algısının orta düzeyden biraz daha yüksek olduğu söylenebilir. Yapılan bir çalışmada üniversitede akademisyen olarak çalışan hemşirelerin etik iklim puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır (Baykal vd., 2012). Hastanede çalışan hemşirelerle yapılan çalışmalarda da örgütsel etik iklim algılarının orta düzey ile yüksek düzey arasında bulunduğu belirtilmiştir (Karagözoğlu vd., 2014; Yılmaz vd., 2019; Tiryaki

vd., 2014). Hemşireler için örgütsel etik iklim algısı ne kadar yüksek olursa iş doyumu, hemşirelik bakım kalitesi, örgüte bağlılık, örgütün sunduğu hizmet kalitesi o kadar yüksek olacaktır (Hwang ve Park, 2014; Yılmaz vd., 2019; Borhani vd., 2012)

Bu çalışmada hemşirelerin Brikolaj Ölçeği'nden aldıkları puanın ise  $32,72 \pm 4,73$  olduğu görülmüştür. Bu ölçekten alınabilecek maksimum puana göre hemşirelerin yüksek düzeyde brikolaj aktiviteleri gösterdikleri söylenebilir. Hemşirelerin brikolaj aktivitelerine yönelik davranışlarını değerlendiren bir çalışmada da hemşirelerin büyük çoğunluğu brikolaj aktiviteleri gösterdiklerini ifade etmişlerdir (Krontoft vd., 2017). Yenilikçi bir yaklaşım olarak brikolajın sağlık alanında kullanılması mevcut kaynakları kullanarak maliyet etkin bir şekilde yenilik yapmaya ve hizmet sunmaya katkı sağlayacaktır (Maniago, 2018).

Bu çalışmada BYÖ toplam puanı  $60,47 \pm 6,18$  olarak bulunmuştur. Hemşirelerin ölçek değerlendirmesine göre yenilikçilik algılarının 'sorgulayıcı' kategorisinde olduğu görülmektedir. Bir çalışmada hemşirelerin BYÖ toplam puanı  $70,71 \pm 9,79$  olarak 'öncü' kategorisinde olduğu belirlenmiştir (Baksi vd., 2020). Bir diğer çalışmada ise BYÖ toplam puan ortalaması  $66,62 \pm 8,37$  olarak 'sorgulayıcı' kategorisinde olduğu belirlenmiştir (Zengin vd., 2019). Benzer şekilde bir çalışmada hemşirelerin BYÖ puanı  $68,36 \pm 8,32$  olarak sorgulayıcı kategorisinde belirlenmiştir (Sarıköse ve Türkmen, 2020). Hemşirelerle yapılan bir başka çalışmada ise hemşireler orta düzeyde yenilikçi bulunmuştur (Polster ve Villines, 2017). Çalışma sonuçlarından yola çıkarak hemşirelerin bireysel yenilikçilik açısından sorgulayıcı ve öncü kategorisinde yer aldığı görülmektedir. Sağlık örgütünün önemli bir zincirini oluşturan hemşirelerin teknolojik gelişmeler ışığında sürekli değişen sağlık hizmetlerinde bakım kalitesini artırabilmeleri için yenilikçi olmaları gerekmektedir. Yenilikçi uygulamalar, hemşirelik bakımının bilimsel bilgi ve teknolojik gelişmelere paralel sunulmasında önemli katkılar sağlayacaktır.

Bu çalışmada cinsiyet değişkenine göre ÖEİÖ toplam ölçek puanı kadın hemşirelerde daha yüksek bulunmuştur. İsrail'de hemşirelerin örgütsel etik iklim algısı üzerine yapılan bir çalışmada cinsiyet değişkeninin örgütsel etik iklim algısı üzerine etkili bir değişken olmadığı saptanmıştır (Goldman ve Tabak, 2010). Yoğun bakım hemşireleri ile yapılan bir çalışmada etik iklim kapsamında cinsiyet değişkeninin farklılık oluşturmadığı belirtilmiştir (Karagözoğlu vd., 2014). Hastanede çalışan hemşirelerle yapılan bir diğer çalışmada da cinsiyetin örgütsel etik iklimi etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Ghorbani vd., 2014). Literatürdeki çalışmalarla bu çalışmanın sonuçları paralellik göstermemektedir. Bu çalışmada Brikolaj Ölçeği puanları kadınlar lehine istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Yenilikçiliğin bir türü olarak brikolaj eldeki kaynakları kullanarak maliyet etkin bir şekilde yenilik yapmayı içermektedir (Krontoft vd., 2017). Hemşirelik mesleğini icra eden çoğunluğu oluşturan kısmın kadın hemşireler olduğu düşünülürse hemşirelerin çoğunluğunun bu yöndeki pozitif davranışları istendik bir durumdur. Bireysel yenilikçilik ölçek puanları ise cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermemektedir. Bazı çalışmalarda bu konuda sonuçlar paralellik göstermektedir (Baksi vd., 2020; Polster ve Villines, 2017). Yapılan bir çalışmada ise BYÖ puanları erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (Zengin vd., 2019).

Bu çalışmada medeni durum değişkenine göre ÖEİÖ puanları ile Brikolaj Ölçeği puanları farklılık göstermemektedir. Hemşirelerle yapılmış örgütsel etik iklim çalışmalarında sonuçlar paralellik göstermektedir (Karagözoğlu vd., 2014, Yılmaz ve Yıldırım, 2019). Brikolaj Ölçeği ile yapılmış bir çalışmada medeni duruma ilişkin bir değerlendirmeye rastlanmamıştır. BYÖ puanlarına bakıldığında ise bekar hemşireler lehine istatistiksel bir farklılık saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda medeni duruma ilişkin bireysel yenilikçilik açısından herhangi bir farklılık bulunmamıştır (Baksi vd., 2020, Zengin vd., 2019). Sonuçlardaki bu farklılıkların çalışmalardaki örneklem sayı ve niteliğindeki farklılıklardan kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir.

Bu çalışmada eğitim durumu değişkenine göre ÖEİÖ puanları açısından bir farklılık bulunmamıştır. Yapılan bir çalışmada lisans ve yüksek lisans eğitim düzeyindeki hemşirelerin lise ve önlisans eğitim düzeyindeki hemşirelere göre etik iklim puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Karagözoğlu vd., 2014). Bir diğer çalışmada da lise ve önlisans eğitim düzeyindeki hemşirelerin

lisans düzeyindeki hemşirelerden etik iklim puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Yılmaz ve Yıldırım, 2019). Bu çalışmalar eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin etik iklim algılarının daha pozitif olduğu yönünde veriler sunmaktadır. Brikolaj Ölçeği puanlarına bakıldığında ise doktora eğitim düzeyindeki hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. BYÖ puanları açısından eğitim düzeyi istatistiksel olarak bir farklılık yaratmamıştır. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Baksi vd., 2020; Zengin vd., 2019).

Bu çalışmada ÖEİÖ, Brikolaj Ölçeği ve BYÖ puanları arasında pozitif yönde ancak zayıf bir korelasyon saptanmıştır. Literatürde hemşirelerin örgütsel etik iklim algısı ile yenilikçilik davranışlarını inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Bununla birlikte farklı gruplarda örgütsel etik iklim ile yenilikçilik davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar mevcuttur. İran’da bir sigorta şirketi çalışanları ile yapılan çalışmada etik iklim ile inovasyon arasında pozitif önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır (Kavousi ve Mansouri, 2015). Benzer şekilde bir şirketin yöneticileri ile yapılan çalışmada da örgütsel iklimin inovasyon ve performans üzerine mutlak bir rol oynadığı ifade edilmiştir (Shanker vd., 2017). Bir şirkette orta düzey yönetici olan katılımcılarla yürütülen bir çalışmada da yine örgütsel etik iklimi ile inovatif davranışlar arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (Çavuş ve Biçer, 2016). Bir diğer çalışmada ise otel işletmelerinde çalışan bireylerin etik iklim algısının yenilikçi çalışma davranışı üzerinde olumlu bir etkisi olduğu sonucuna varılmıştır (Topçu vd., 2015). Şirket yöneticileri ile yapılmış bir çalışmada da destekleyici bir örgütsel algının inovasyon davranışları üzerinde olumlu etkisi olduğu ifade edilmiştir (Qi vd., 2019). Her örgütte olduğu gibi sağlık örgütlerinde de rekabet üstünlüğü sağlama ve örgütsel başarının yollarından birisi yenilikçiliktir. Bir kuruluşun etik ikliminin pozitif olması çalışanların yenilikçi davranışlarını da pozitif yönde etkilemektedir. Bu çalışmada örgütsel etik iklim algısı ile yenilikçi davranışlar arasında zayıf da olsa pozitif bir ilişki vardır. Çalışma sonuçları doğrultusunda gerek akademisyen olarak gerek klinisyen olarak görev yapan hemşirelerin yenilikçi davranışlarının geliştirilebilmesi için örgütteki etik iklimin önemli olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin örgütsel etik iklim algılarının periyodik olarak değerlendirilmesi, iyileştirme çabaları kapsamında eğitim başta olmak üzere gerekli girişimlerin planlanarak uygulanması yenilikçi davranışların artması ile sonuçlanacaktır.

#### **Araştırmanın sınırlılıkları**

Bu araştırmanın bulguları tüm hemşirelere genellenemez.

#### **V. SONUÇ**

Sonuç olarak; bu çalışmada hemşirelerin örgütsel etik iklim algısı ile yenilikçi davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda algıladıkları pozitif örgütsel etik iklim, bilim ve teknolojik gelişmelere uyum sağlayarak yenilikçi davranışlarda bulunmalarını sağlayacak, dolayısıyla sağlık alanında maliyet etkin hizmet sunumunda sinerji oluşturacaktır.

## KAYNAKLAR

- Atabay, G., Cangarli, B.G., & Penbek, S. (2015). Impact of ethical climate on moral distress revisited: Multidimensional view. *Nursing Ethics*, 22(1), 103–116.
- Baksi, A., Sürücü, H.A., & Kurt, G. (2020). Hemşirelerin bireysel yenilikçilik davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 310-315.
- Baykal, Ü., Altuntaş, S., Öztürk, H., Sökmen, S., İntepeler, Ş.S., & Kantek, F. (2012). Hemşirelik eğitimi veren kurumlarda etik çalışma iklimi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(1), 26-34.
- Borhani, F., Jalali, T., Abbaszadeh, A., & Amiresmaili, M. (2012). Nurses' perception of ethical climate and job satisfaction. *Journal of Medical Ethics History of Medicine*, 5(6), 1-6.
- Cullen, J. B., Victor, B., & Bronson, J. W. (1993). The ethical climate questionnaire: An assessment of its development and validity. *Psychological Reports*, 73(2), 667-674.
- Çavuş, M.F., & Biçer, M. (2016). Relationship between organizational ethical climate and innovative behavior: An Example from Turkey. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 6(10), 117-127.
- Ghorbani, A.A., Hesamzadeh, A., Khademloo, M., Khalili, S., Hesamzadeh, S., & Berger, V. (2014). Public and private hospital nurses' perceptions of the ethical climate in their work settings. *Nursing and Midwifery Studies*, 3(1), e12867.
- Goldman, A., & Tabak, N. (2010). Perception of ethical climate and its relationship to nurses' demographic characteristics and job satisfaction. *Nursing Ethics*, 17(2), 233–246.
- Hurt, H. T., Joseph, K., & Cook, C. D. (1977). Scales for the measurement of innovativeness. *Human Communication Research*, 4(1), 58-65.
- Hwang, J.I., & Park, H.A. (2014). Nurses' perception of ethical climate, medical error experience and intent-to-leave. *Nursing Ethics*, 21(1), 28-42.
- Karagözoğlu, Ş., Özden, D., & Yıldırım, G. (2014). Yoğun bakım hemşirelerinin hastane etik iklim algısı. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 16(1), 34-45.
- Karatuzla, M., & Köse, T.U. (2019). Hemşirelikte etik iklim algısı. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 465-470.
- Kavousi E., & Mansouri, M. (2015). Impact of organization's ethical climate and innovation on performance of employees in Iran insurance company. *Applied Mathematics in Engineering, Management and Technology*, 3(1), 753-761.
- Kılıçer, K., & Odabaşı, H.F. (2010). Bireysel yenilikçilik ölçeği (BYÖ): Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 38, 150-164.
- Koskenvuori, J., Numminen, O., & Suhonen, R. (2019). Ethical climate in nursing environment: Ascoping review. *Nursing Ethics*, 26(2), 327–345.
- Krontoft, A., Fuglsang, L., & Kronborg, H. (2017). Innovation activity among nurses: the translation and preliminary validation of the bricolage measure – a mixed-method study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(3), 151-159.

- Maniago, J.D. (2018) Practice change and bricolage in nursing: A literature review. *International Journal of Nursing Science*, 8(1), 1-7.
- Martin, K.D., & Cullen, J.B. (2006). Continuities and extensions of ethical climate theory: A meta-analytic review. *Journal of Business Ethics*, 69(2), 175–194.
- Newman, A., Round, H., Bhattacharya, S., & Roy, A. (2017). Ethical climates in organizations: a review and research agenda. *Business Ethics Quarterly*, 27(4), 475–512.
- Özen, F., & Durkan, E. (2016). Algılanan örgütsel etik iklim ile öğretmenlik meslek etiği arasındaki ilişki. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 22(4), 593-627.
- Öztaş, B., Kurt, G., Gezginci, E., & Bağcıvan, G. (2018). *Öztaş brikolaj ölçeği'nin türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması*. 1. Uluslararası İnovatif Hemşirelik Kongresi, İstanbul.
- Polster, D., & Villines, D. (2017). An exploratory descriptive study of registered nurse innovation. *Clinical Nurse Specialist*, 31(1), E1-E9.
- Sarıköse, S., & Türkmen, E. (2020) The relationship between demographic and occupational variables, transformational leadership perceptions and individual innovativeness in nurses. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1126–1133.
- Senyard, J., Baker, T., Steffens, P., & Davidsson, P. (2014). Bricolage as a path to innovativeness for resource-constrained new firms. *J Prod Innov Manag*, 31(2), 211–230.
- Shanker, R., Bhanugopan, R., Heijden, B. & Farrell, M. (2017). Organizational climate for innovation and organizational performance: The mediating effect of innovative work behavior. *Journal of Vocational Behavior*, 100, 67–77.
- Tiryaki, H.Ş., & Bahçecik, N. (2014). Bir üniversite hastanesinde çalışan yönetici hemşire ve hemşirelerin kurumsal iklimi algılayışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 1-15.
- Qi, L., Liu, B., Wei, X., & Hu, Y. (2019). Impact of inclusive leadership on employee innovative behavior: Perceived organizational support as a mediator. *PLoS One*, 14(2), e0212091.
- Teresi, M., Pietroni, D.D., Barattucci, M., Giannella, V.A., & Pagliaro, S. (2019). Ethical climate(s), organizational identification, and employees' behavior. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-13.
- Topcu, M.K., Gursoy, A., & Gurson, P. (2015). The role of the servant leadership on the relation between ethical climate perception and innovative work. *European Research Studies*, 18(1), 67-80.
- Victor, B., & Cullen, J. B. (1987). A theory and measure of ethical climate in organizations. *Research in Corporate Social Performance and Policy*, 9, 51–71.
- Yılmaz, A.T., & Yıldırım, A. (2019). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin etik iklim algısı. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(69), 162-76.
- Zengin, H., Tiryaki, Ö., & Çınar, N. (2019). Hemşirelikte yenilikçilik ve ilişkili faktörler. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(6), 207-217.



# BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE LİDER ÜYE ETKİLEŞİMİNİN İŞTEN AYRILMA NİYETİNE ETKİSİNDE İŞE YABANCILAŞMANIN ARACILIK ROLÜ

Aysun TÜRE \*  
İrfan AKKOÇ \*\*


## ÖZ

*Araştırmanın amacı, hemşirelerde algılanan lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyetine etkisinde işe yabancılaştırmanın aracılık rolünün araştırılmasıdır. Çalışma evreni olarak Eskişehir’de hizmet veren bir üniversitenin Sağlık, Uygulama ve Araştırma hastanesinde (N=560) çalışan hemşireler alınmıştır. Demografik özellikler ve üç değişkene ait ifadelerinin yer aldığı anket formu ile 342 hemşireden toplanan veriler kullanılarak, araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişkiler doğrulayıcı faktör analizi, korelasyon analizi, yapısal eşiklik modeli ve bootstrap istatistiksel yöntemler ile analiz edilmiştir. Bu analizler sonucunda, lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyetine etkisinde işe yabancılaştırmanın kısmi aracılık etkisinin olduğu tespit edilmiştir.*


**Anahtar Kelimeler:** Lider Üye Etkileşimi, İşten Ayrılma Niyeti, İşte Yabancılaştırma, Hemşirelik

## MAKALE HAKKINDA

\* Dr. Öğr. Üyesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, aysunnture@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2513-0904>

\*\* Doç. Dr., Toros Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Mersin, dr.irfanakkoc@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5653-0508>

Gönderim Tarihi: 04.09.2020

Kabul Tarihi: 01.03.2021

## Atıfta Bulunmak İçin:

Türe, A. ve Akkoç, İ. (2021). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde lider üye etkileşiminin işten ayrılma niyetine etkisinde işe yabancılaştırmanın aracılık rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 93-108



# THE MEDIATING ROLE OF WORK ALIENATION IN THE EFFECT OF LEADER-MEMBER EXCHANGE ON TURNOVER INTENTIONS IN NURSES WORKING IN A UNIVERSITY HOSPITAL

Aysun TÜRE \*  
İrfan AKKOÇ \*\*


## ABSTRACT

*This study sought to investigate the effects of leader-member exchange on turnover intentions, mediating role of work alienation in these effects. The population of the research is the nurses working in the health, practice and research hospital of a university operating in Eskişehir. Descriptive questionnaire-based survey was conducted. Data collected from 342 nurses were used with a questionnaire including demographic characteristics and items of three variables. The research variables were analyzed using statistical methods such as confirmatory factor analysis, correlation analysis, structural equality model and bootstrapping method. As a result of these analyzes, it was determined that work alienation has a partial mediating effect on the effect of leader-member exchange on turnover intentions.*


**Keywords:** Leader-Member Exchange, Work Alienation, Turnover Intentions, Nursing

## ARTICLE INFO

\* Assist. Prof., Eskişehir Osmangazi University, aysunnture@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2513-0904>

\*\* Assoc. Prof., Toros University, dr.irfanakkoc@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5653-0508>

Received: 04.09.2020

Accepted: 01.03.2021

## Cite This Paper:

Türe, A. ve Akkoç, İ. (2021). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde lider üye etkileşiminin işten ayrılma niyetine etkisinde işe yabancılaşmanın aracılık rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 93-108

## **I. GİRİŞ**

Sağlık bakım ortamları rol belirsizliği, rol çatışması, iş yükü, iş stresi (Akkoç vd., 2020), sınırlı kariyer fırsatları, ağır hastalık ve hasta ölümleriyle yüzleşmek gibi çok çeşitli stres faktörlerinin etkisine maruz kalan iş çevresine sahiptir (Schaefer ve Moos, 1993). COVID 19 salgını ve buna benzer salgınların gelecekte ortaya çıkma olasılığının artması ile birlikte sağlık profesyonelleri artan iş talepleriyle karşı karşıya kalmaktadır. İş talebi kavramı aynı zamanda kişinin sorumluluklarının kayda değer çaba gerektiren (yani psikolojik ve/veya fiziksel) ve dolayısıyla strese neden olan yönlerini de içermektedir (Panatik vd., 2011). Bu zorlu koşullar hemşirelerin işe bağlılıklarının azalmasına ve işten ayrılmalarına neden olmaktadır. Önümüzdeki 10-20 yıl içinde, küresel ölçekte bir hemşire açığının oluşacağı öngörülmektedir (Moloney vd., 2018). Daha da önemlisi yapılan çalışmalar küresel ölçekte birçok hemşirenin işi bırakmayı planladığını göstermektedir (Flinkman vd., 2010; Heininen vd., 2013). Bu nedenle hemşirelerin mesleklerinden ayrılmalarına yönelik araştırmalar oldukça önemlidir. Çalışanların işten ayrılması hem örgütsel hem de bireysel düzeyde, insan kaynakları için kritik bir konudur. Örgütsel açıdan bakıldığında, işten ayrılma nitelikli çalışan kaybını temsil eder, bu durum ayrılanların yerine istihdam edilen çalışanların eğitim ile ilgili yatırım maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Liu vd., 2010). Çalışanların değiştirilmesi, çalışanların katılımı ve eğitimi için ek örgütsel kaynakların harcanmasına yol açabilmektedir (Choi ve Lee, 2014). Aslında, işten ayrılma niyeti, yetenekli çalışanların kaybı, işin yapılmasındaki zorluklar ve potansiyel maliyetler yoluyla örgütsel verimliliği etkilemektedir (Matz vd., 2014). Günümüzde en iyi profesyonel yetenekleri korumak ve yeni çalışanları seçmek ve işe almak ile ilgili maliyetleri kontrol etmek gittikçe zorlaşmaktadır (Tymon vd., 2011). Dolayısıyla kalifiye çalışanların işten ayrılma tutumuna sahip olmaları ve bu durumun işten ayrılma ile sonuçlanması liderler için çözüm üretilmesi gereken karmaşık bir problem olarak ortaya çıkmaktadır. Bu problemin çözüme kavuşturulmasında liderin anahtar rol üstlenebileceği değerlendirilmektedir. Çünkü İşten ayrılma niyetinin önemli belirleyici değişkenlerinden birisi liderliktir (Long ve Thean, 2011).

İşten ayrılma niyeti, işten ayrılma ile yakından ilişkilidir. Genel olarak literatür, işten ayrılmanın, iş ile ilgili, bireysel ve ekonomik olmak üzere birçok farklı değişkenle ilişkili olduğunu göstermektedir (Muchinsky ve Morrow, 1980). Bu kapsamda çalışanlarda işten ayrılma niyetinin oluşmasının engellenmesi ve çalışan bağlılığının artırılması zorlu ve karmaşık bir iştir; bazı araştırmacılar, bir çalışanın lider üye etkileşim olarak bilinen lideri ile paylaştığı ilişki kalitesinin, işe katılımı teşvik etmede çok önemli bir rol oynadığını öne sürmektedir (Macey ve Schneider, 2008). Lider-üye etkileşimi teorisinin temel iddiası, liderlerin lider-üye etkileşimi farklılaşması olarak adlandırılmış bir fenomen olan doğrudan ilişkiler ile farklı tipte değişim ilişkileri geliştirmeleridir (Liden vd., 2006). Bu ilişkilerin kalitesi lider ile çalışanların tutum ve davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir (Gerstner ve Day, 1997; Sparrowe ve Liden, 1997). Ayrıca liderler örgütün temsilcileri olduğundan, davranışları çalışanların tutum ve davranışlarını şekillendirmede kritik rol oynamaktadır (Joo, 2010; Tymon vd., 2011). Lider ve çalışanlar arasındaki ilişkilerin kalitesi genellikle Lider-üye etkileşimi teorisi ile incelenir. Lider-üye etkileşimi teorisi, yüksek kaliteli lider-üye etkileşiminin yüksek derecede karşılıklı güven, saygı ve sadakat ile karakterize olduğunu öne sürerken, düşük kaliteli lider-üye etkileşimi ise iş sözleşmesi ile belirtilen ekonomik değişimlerle sınırlı olmaktadır (Graen ve Uhl Bien, 1995; Uhl-Bien ve Maslyn, 2003). Düşük kaliteli ilişkilere kıyasla yüksek kaliteli lider-üye etkileşimi içerisinde yer alan çalışanlara, lider daha fazla zaman ayırmakta, yönlendirmede bulunmakta ve duygusal destek vermektedir (Sparrowe ve Liden, 1997). Lider-üye etkileşimi teorisi iki nedenden dolayı liderlik teorileri arasından tercih edilmektedir. Birincisi, lider-üye etkileşimi her lider ve çalışan arasındaki bireysel ikili ilişkiye odaklanan tek teoridir (Dansereau vd., 1975; Graen ve Uhl-Bien, 1995). Lider-üye etkileşimi teorisi aynı liderin farklı çalışanlar ile çeşitli ilişkiler geliştirebileceğini ileri sürmektedir (Dansereau vd., 1975). İkincisi, lider-üye etkileşiminin liderler ve çalışanlar arasındaki bağlantıya odaklanması, lider-üye etkileşimi teorisinin liderlik öncülleri ve sonuçları arasındaki varsayılmış ilişkinin güçlü ve anlamlı bir açıklamasını sağlamaktadır. Bu faydalar göz önüne alındığında, lider-üye etkileşiminin çalışan davranışları üzerindeki açıklayıcı gücü bu değişkene ilişkin araştırmalara ilgiyi arttırmaktadır. Bu çalışmada lider-üye etkileşimi teorisi bakış açısıyla hemşirelerin işten ayrılma niyeti ve işe yabancılaşma ilişkileri açıklanmaya çalışılmıştır.

Sonuç olarak, araştırmanın temel amacı, işe yabancılaşmanın lider üye etkileşimi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkiye aracılık edip etmediğini belirlemektir. İkincisi ise, lider üye etkileşimi ve işe yabancılaşma gibi farklı yapıların işten ayrılma niyeti ile ilişkili (ve yordayıcıları) olup olmadığıdır. Bu çalışmada, lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyetini üzerindeki etkisinde bu etkiyi aktaran bir yapı olarak işe yabancılaşma değişkenine yer verilmiştir.

## II. TEORİ VE HİPOTEZLER

### 2.1. Lider Üye Etkileşimi ve İşten Ayrılma Niyeti İlişkisi

Lider-üye etkileşimi, lider ve astları arasındaki ikili ilişkilere odaklanan bir yaklaşımdır (Graen ve Uhl-Bien, 1995). Lider üye etkileşimi teorisi lider-üye ilişkilerinin, liderler ve üyeler arasındaki bir dizi etkileşim veya değişim yoluyla zaman içinde geliştirildiğini savunmaktadır (Dienesch ve Liden, 1986). Sosyal değişim teorisinden (Blau, 1964) yararlanarak açıklanan, lider-üye etkileşim teorisi, liderlerin iki taraf arasında değiş tokuş edilen çaba, kaynak ve desteğe dayanarak çalışanlar ile farklılaşmış ilişkiler oluşturduğunu önermektedir (Dansereau vd., 1975; Graen ve Uhl-Bien, 1995). Liderler ile astları arasında kurulan ilişkinin yüksek kalitede olması, örgütte bilgi paylaşımının olduğunu ve çalışanların örgüt bünyesinde alınan kararlara katılımının yüksek olduğunu göstermektedir. Söz konusu durum çalışanların örgütlerine olan bağlılıklarını arttırmakta ve işten ayrılma gibi olumsuz davranışlardan uzaklaşmalarını sağlamaktadır (Gerstner ve Day, 1997; Dulebohn vd., 2012).

İşten ayrılma niyeti, çalışanların örgütü gönüllü olarak terk etme niyetini ifade etmektedir (Nicol vd., 2011). Hemşireler arasında işten ayrılma niyeti, fiili işten ayrılmaya ilişkin en önemli belirleyicidir (Hayes vd., 2006). Hemşireler ve liderler arasındaki yapıcı ilişki, grup uyumu ve olumlu sosyal iklim yaratılmasında son derece önemlidir. Bu doğrultuda ekip çalışmasını geliştirerek ve sisteme birçok fayda sağlayarak çalışanları destekleyebilir. Destekleyici ilişkiler oluşturmak ve sürdürmek, politika belirleme ve yürütme kararları almaya katılmak çalışma ortamını iyileştirmede ve hemşirelerin işten ayrılma niyetinin azaltılmasında önemlidir (Ohly ve Fritz, 2010; Duffield vd., 2011). Yapılan çalışmalar, lider ile çalışanlar arasındaki ilişkinin kalitesi ile çalışanların işten ayrılma niyetleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (Ballinger vd., 2010; Rosen vd., 2011; Kim vd., 2017). Bu kapsamda teori ve çalışmalardan yola çıkılarak hipotez 1 geliştirilmiştir.

Hipotez 1: Lider üye etkileşimi hemşirelerin işten ayrılma niyetini negatif ve anlamlı olarak etkiler.

### 2.2. Lider Üye Etkileşimi ve İşe Yabancılaşma İlişkisi

Kaynakların Korunması Teori'si, tüm çalışanların değer verdikleri kaynakları kazanma ve koruma eğiliminde olduklarına işaret etmektedir. Bu kaynaklar tehdit edildiğinde, kaybolduğunda veya yeterince telafi edilmediğinde (Hobfoll, 1989), stres reaksiyonları meydana gelmektedir. Kaynaklarının daha fazla tükenmesini önlemek için, çalışanlar yeni ve daha fazla kaynak elde etmek için kalan kaynakları kullanarak veya çabalarını geri çekerek strese cevap verebilirler (Ng ve Feldman, 2012). Stres reaksiyonu, çalışanların çabalarını geri çekme şeklinde gerçekleşmesi durumunda işe yabancılaşma ortaya çıkmaktadır. İşe yabancılaşma, çalışanın çeşitli sebeplerle işine olan coşkusunu, ilgisini ve bağlılığını yitirmesi sonucunda bireyin kendi içinde yaşadığı psikolojik bir durum (Hirschfeld, vd., 2000) olarak açıklanmaktadır.

Liderin çalışanlar ile ilişkisinin, örgütte görev başarısı için gerekli olduğu düşünülmektedir (Lee ve Jablin, 1995). Lider ve çalışan arasındaki uyumsuzlukların, çalışanların ayrılma niyeti ile ilişkili olduğu (Wilhelm vd., 1993) bilinmektedir. Bu nedenle, zayıf lider ve çalışan ilişkileri, yabancılaşmayı tetikleyen bir faktör olabilir. İş ilişkilerinin doğası, yabancılaşmayı önemli ölçüde etkileyen bir husustur. Lider-üye etkileşimi iş ilişkileri doğasını belirleyen önemli bir faktördür (Dansereau vd., 1975; Graen ve Uhl-Bien, 1995). Dolayısıyla liderlerin çalışanların işe yabancılaşma algıları üzerinde belirleyici bir role sahip olduğu belirtilmektedir (Sarros vd., 2002; Banai ve Reisel, 2007; Ceylan ve

Sulu, 2010; Kanten ve Ülker, 2014; Tüzün, 2014). Bu kapsamda teori ve çalışmalardan yola çıkılarak hipotez 2 geliştirilmiştir.

Hipotez 2: Lider üye etkileşimi hemşirelerin işe yabancılaşmasını negatif ve anlamlı olarak etkiler.

### 2.3. İşe yabancılaşma ve İşten Ayrılma Niyeti İlişkisi

İşten ayrılma niyeti işten ayrılmayı düşünmeyi, yeni bir iş arayışına girmeyi, alternatif iş olanaklarını değerlendirmeyi, mevcut işte çalışmaya devam etmeyi veya ayrılma kararını kapsayan bir süreçtir (Addae vd., 2006). Çalışanın işe yabancılaşmasının bu sürecin hızlanmasına ve işten ayrılma kararının alınmasında belirleyici bir role sahip olduğu düşünülmektedir. İşe yabancılaşma çalışanın çalışma yaşamına karşı göstermiş olduğu ilgisizliktir (Hirschfeld ve Feild, 2000.) İşe yabancılaşma algısına sahip birey, kaygı, stres, depresyon ve bir takım zihinsel hastalıklar yaşayabilmekte ve işe karşı ilgisi kalmadığı için verimi dramatik bir şekilde azalmaktadır. Dolayısıyla işe geç kalma, iş devamsızlığı, iş sürecinde olmasına rağmen işe katkıda bulunmama ve işe karşı zarar verici davranışlar sergileyebilmektedir (Farahbod vd., 2012). İşe yabancılaşma aynı zamanda çalışanlarda işten ayrılma niyetini oluşturmaktadır (Chiaburu vd., 2014). Yapılan çalışmalar, işe yabancılaşma ile işten ayrılma niyeti arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (Chiaburu vd., 2014; Tuna ve Yeşiltaş, 2014; Tokmak, 2020). Bu kapsamda çalışmalardan yola çıkılarak hipotez 3 geliştirilmiştir.

Hipotez 3: İşe yabancılaşma hemşirelerin işten ayrılma niyetini negatif ve anlamlı olarak etkiler.

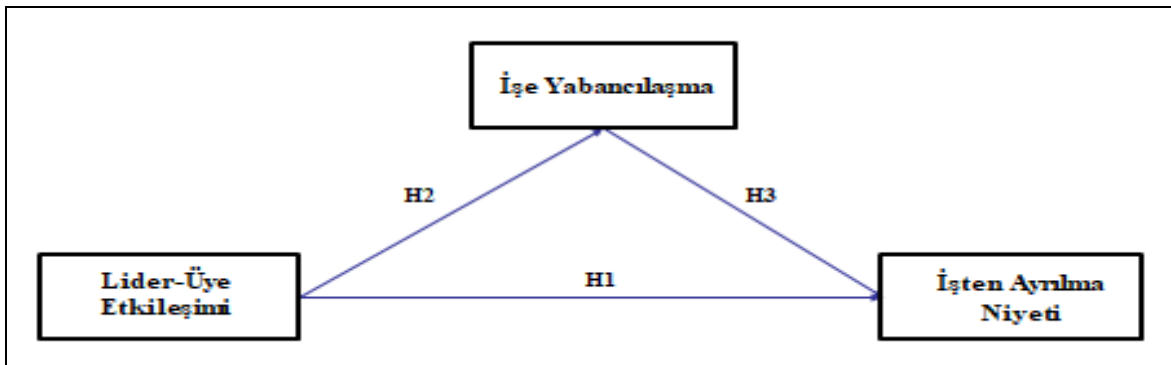
### 2.4. İşe Yabancılaşmanın Aracılık Etkisi

Literatürde işe yabancılaşma değişkeninin çeşitli bağımsız ve bağımlı değişkenlerin yer aldığı araştırma modellerinde aracılık rolüne ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (Kanten ve Ülker, 2014; Altay ve Dedeoğlu, 2016; Li ve Chen, 2018). “Aracılık değişkenleri, bir değişkenin etkisini başka bir değişkene aktaran davranışsal, biyolojik, psikolojik veya sosyal yapılarıdır. Aracılık etkisi, araştırmacının bir değişkenin diğer bir değişkeni etkilediği süreci açıklayabilmesinin bir yoludur” (MacKinnon vd., 2007). Bu kapsamda algılanan lider-üye etkileşiminin hemşirelerin işten ayrılma niyetini etkileme sürecini açıklayabilmek ve bu süreçte işe yabancılaşmanın rolünün belirlenmesi için hipotez 4 geliştirilmiştir.

Hipotez 4: Lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyetine etkisinde işe yabancılaşmanın aracılık etkisi vardır.

Kuramdan ve araştırmalardan yola çıkılarak oluşturulan araştırma modeli ve hipotezler Şekil 1’de sunulmuştur.

Şekil 1. Araştırmanın Kavramsal Modeli ve Hipotezler



### III. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

#### 3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'nın 14 Şubat 2020 tarihli ve 16 nolu karar sayısı ile etik kurul izni alınarak ve klinik hemşirelerin gönüllü katılımı ile bu araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evreni Eskişehir'de faaliyet gösteren bir üniversitenin sağlık, uygulama ve araştırma hastanesinde (n= 560) çalışan hemşirelerdir. Çalışmanın örnekleme kolayda örnekleme yöntemiyle tesadüfi olarak seçilen hemşirelerden oluşmaktadır. %95 güvenilirlik sınırları içerisinde örneklem büyüklüğü 227 kişi olarak hesap edilmiştir (Sekaran, 1992). Katılımcılardan geri dönüşü sağlanan anketlerden tamamlanmayan anket formları çıkarıldıktan sonra, 342'si analiz yapmak için uygun bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin (Tablo 1); %75,1'i kadın (n=257), %51,1'i (n=209) evli ve %57'si (n=195) lisans mezunudur. Örneklemin, yaş ortalaması 31,89, çalışma yılı ortalaması ise 10,14 yıldır.

**Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri (n = 342)**

Özellik	n	%		
Eğitim Düzeyi	Lise	21,1		
	Ön Lisans	21,9		
	Lisans	57		
Cinsiyet	Kadın	75,1		
	Erkek	24,9		
Medeni Durum	Evli	61,1		
	Bekar	38,9		
Yaş	En Düşük	Ort.	SH	
	18	55	31,89	8,01
Hemşire Olarak Çalışma Süresi (yıl)	1	30	10,14	7,58

#### 3.2. Verilerin Analizi

342 katılımcıdan elde edilen verilerin SPSS ve POROCESSE eklenti programında analizleri yapılmıştır. İlk aşamada ölçme modelinin veri ile uyumuna bakılmıştır. Araştırma modelinde yer alan değişkenlere ait ölçüklerin yapısal geçerliğini ortaya koymak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Analizde en yüksek olabilirlik (Maksimum Likelihood) kestirim yöntemi kullanılmıştır. Daha sonra tanımlayıcı istatistikler ve korelasyon analizi yapılmıştır.

Aracılık analizlerinde çeşitli araştırmacılar Yapısal Eşitlik Modeli ile birlikte Bootstrap yönteminin kullanılmasının (Cheung ve Lau, 2008; MacKinnon vd., 2002) ve Bootstrap yönteminin Sobel testine göre daha iyi sonuçlar verdiğini (Hayes, 2009) yaptıkları çalışmalar ile göstermişlerdir. Bu nedenle çalışmamızda hipotezlerin test edilmesinde her iki analiz yöntemi birlikte kullanılmıştır. PROCESS makrosunda model tahminleri tipik olarak uygulanan normal en küçük kareler yöntemi ile regresyon-tabanlı (diğer yapısal eşitlik modelleme programlarında olduğu gibi) yol analizi ile yapılmaktadır (Hayes, 2013). Bootstrap yöntemi geleneksel yaklaşımlarda gözlemlenen güven aralığı tahmin etmedeki yanlışlıklar nedeniyle ortaya çıkan birincil hataları önlemektedir (MacKinnon vd., 2004).

#### 3.3. Ölçekler

Lider-üye etkileşimi ölçeği: Hemşirelerin lider-üye etkileşimi tutumlarının ölçülmesinde Graen, Liden ve Hoel (1982) tarafından geliştirilen ve dört ifadeden oluşan lider-üye etkileşimi ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Çalışkan, Akkoç ve Turunç (2011) tarafından yapılmıştır.

**İşe Yabancılaşma Ölçeği:** Hemşirelerin işe yabancılaşma tutumlarını belirlemek üzere Hirschfeld ve Field (2000) tarafından geliştirilen 8 ifadeden oluşan işe yabancılaşma ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kanten ve Ülker (2014) tarafından yapılmıştır.

**İşten Ayrılma Niyeti Ölçeği:** Hemşirelerin işten ayrılma niyetlerini belirlemek üzere Cammann, Fichman, Jenkins ve Klesh (1979) tarafından geliştirilen 3 maddeli ölçek kullanılmıştır.

Araştırmada cevaplar 5'li Likert ölçeği ile alınmıştır. Ölçeklerde yer alan ifadelerin puanlanması 1- kesinlikle katılmıyorum, 5 - kesinlikle katılıyorum şeklindedir.

#### IV. BULGULAR

İlk olarak, değişkenlerimizin yapı geçerliliğini incelemek için ölçüm modeli test edilmiştir. Ölçüm modeli, ilgili gizil yapılarını yansıtan ölçek maddeleri içeren çalışma değişkenlerinden oluşmaktadır. Ölçüm modeli lider-üye etkileşimi (beş ifade), işten ayrılma niyeti (üç ifade) ve işe yabancılaşma (sekiz ifade) olmak üzere üç değişkenden oluşmaktadır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda gözlemlenen faktör yükleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve 0,63-0,87 arasında değişen değerler almıştır (işten ayrılma niyeti ve işe yabancılaşma ölçeklerine ait birer adet ifade faktör yükleri düşük çıkması nedeniyle çıkarılmıştır). Tablo 2'de görüldüğü gibi, doğrulayıcı faktör analizinin model uyum iyiliği değerleri, ölçüm modelinin verilere kabul edilebilir düzeyde uyum sağladığını göstermektedir ( $\chi^2/sd = 2,74$ ;  $p < 0,001$ ; CFI = 0,95; TLI = 0,94; RMSEA= 0,07; SRMR= 0,05).

**Tablo 2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları**

Gösterge	İyi Uyum Değerleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri	Araştırma Modeli
$\chi^2$	-	-	200,292
Sd	-	-	75
$\chi^2/sd$	$\leq 3$	$\leq 5$	2,745
p değeri	-	-	0,000
CFI	$\geq 0,95$	$0,90 \leq CFI < 0,95$	0,950
TLI	$\geq 0,95$	$0,90 \leq TLI < 0,95$	0,938
RMSEA	$\leq 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,072
SRMR	$\leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,08$	0,053

**Kaynak:** Hair vd., 2010; Kline, 2011

İkinci aşamada, algılanan lider-üye etkileşimi, işten ayrılma niyeti ve işe yabancılaşma değişkenlerine ilişkin hemşirelerden elde edilen verilerin güvenilirlik, ortalama, standart sapma ve korelasyon analizine ilişkin bulgular Tablo 3'de sunulmuştur. Araştırma modelinde yer alan bağımlı, bağımsız ve aracı değişkenler arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (Tablo 3). İki değişken arasında korelasyon katsayısının mutlak değeri, 0,70 ile 1,00 arasında yüksek; 0,70 ile 0,30 arasında orta; 0,30 ile 0,00 arasında ise düşük düzeyde bir ilişki olduğu ifade edilmektedir (Büyüköztürk, 2014). Korelasyon analiz sonuçlarına göre bağımsız değişken lider-üye etkileşimi ile bağımlı değişken işten ayrılma niyeti ve aracı değişken işe yabancılaşma ile arasında negatif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı ( $p < 0,01$ ) ilişkilerin olduğu tespit edilmiştir.

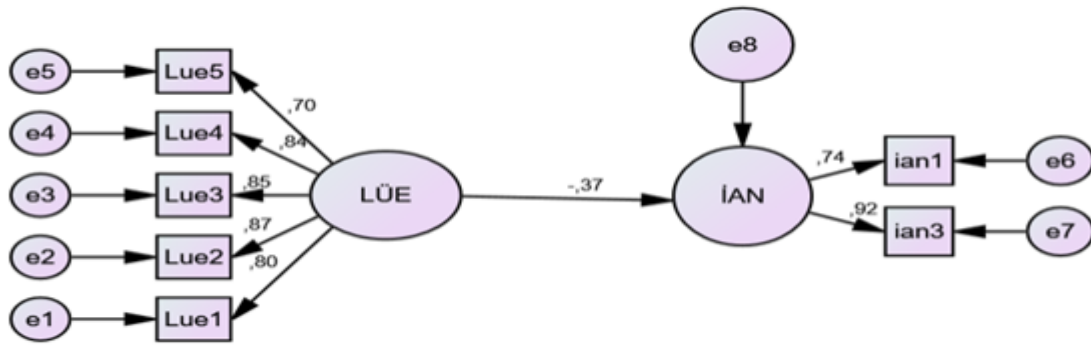
**Tablo 3. Verilere İlişkin Güvenirlik, Ortalama, Standart Sapma ve Korelasyon Değerleri**

	Cronbach Alpha	Ortalama	Standart Sapma	1	2	3
1. Lider-Üye Etkileşimi	0,906	3,342	0,952			
2. İşe Yabancılaşma	0,803	2,454	0,974	-0,189**		
3. İşten Ayrılma Niyeti	0,877	2,466	1,127	-0,320**	0,499**	

\*\* $p \leq 0,01$

Son aşamada hipotezleri test etmek amacıyla yol diyagramı oluşturularak aracılık testi yapılmıştır. Yol analizi, araştırmadan elde edilen verilerin oluşturduğu modeli doğrulayıp doğrulamadığını bununla birlikte değişkenlerin dolaylı etkilerini test edebilen bir yöntemdir (Meydan ve Şeşen, 2011). Bağımlı değişkenin bağımsız değişken üzerindeki etkisinde Aracı değişkenin, rolünü görmek için yol analizi, önemli bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu kapsamda ilk koşul olan egzogen (bağımsız) değişkenin endojen (bağımlı) değişken üzerindeki etkisinin anlamlı olup olmadığını test etmek maksadıyla yapısal eşitlik modeli oluşturulmuş ve Şekil 2’de gösterilmiştir. Lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisini görmek amacıyla oluşturulan yapısal eşitlik modeline ait uyum değerleri;  $\chi^2/sd= 2,218$ , CFI= 0,988, NFI= 0,979, IFI= 0,988 ve GFI= 0,977, SRMR= 0,026 olarak ölçülmüş ve iyi uyum değerleri olduğu tespit edilmiştir. RMSEA= 0,060 değeri ise kabul edilebilir düzeydedir (Hair vd., 2010; Kline, 2011). Analiz bulgularına göre lider-üye etkileşimi, işten ayrılma niyeti üzerinde negatif yönde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır ( $\beta= -0,37$ ,  $p<0,001$ ). İlk koşul olan bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir etkisi olmalı şartı böylelikle sağlanmış olmaktadır. Bu bulgulara göre Hipotez1 desteklenmektedir.

Şekil 2. Birinci Model Test Sonucu

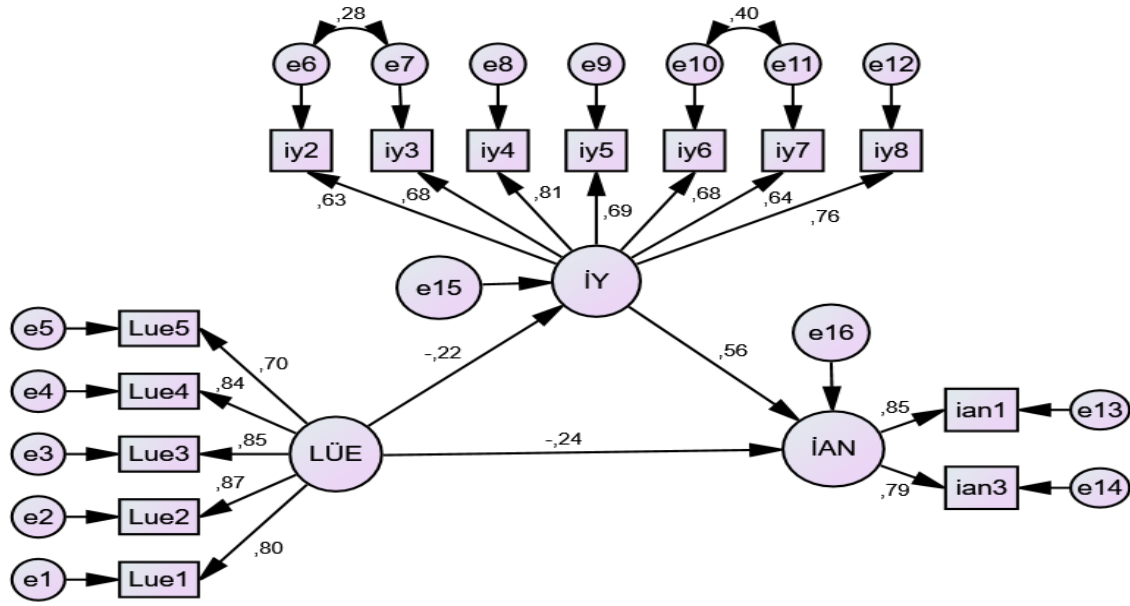


Aracılık testinin ikinci aşamasında lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisinde işe yabancılaşma değişkeninin aracılık etkisini test etmek amacıyla Şekil 3’deki yol diyagramı oluşturulmuştur.

Aracılık analizinde diğer şartların sağlanıp sağlanmadığını tespit etmek amacıyla oluşturulan yapısal eşitlik modelinin uyum değerleri  $\chi^2/sd= 2,486$ , CFI= 0,958 ve IFI= 0,959 olarak ölçülmüş ve iyi uyum değerlerine sahip olduğu görülmüştür. NFI= 0,933, GFI= 0,930, RMSEA= 0,066, SRMR= 0,050 değerleri ise kabul edilebilir düzeyde uyum değerleridir (Hair vd., 2010; Kline, 2011).

Lider-üye etkileşimi, işe yabancılaşmayı anlamlı ve negatif yönde etkilemektedir ( $\beta= -0,22$ ,  $p<0,001$ ). Bu bulguya göre ikinci koşul olan bağımsız değişkenin aracı değişken üzerindeki etkisinin anlamlı çıkması şartı sağlanmıştır. İşe yabancılaşma işten ayrılma niyetini anlamlı ve pozitif yönde etkilemektedir ( $\beta= 0,56$ ,  $p<0,001$ ). Bu bulgu üçüncü koşul olan aracı değişkenin bağımlı değişken üzerinde anlamlı etkisi olması şartını karşılamaktadır. Lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisi, işe yabancılaşma değişkeninin modelde yer alması ile birlikte ( $\beta= -0,24$ ,  $p<0,001$ ) azalmış ancak devam etmiştir. Bu bulgulara göre lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyeti üzerinde etkisinde işe yabancılaşmanın kısmi aracılık etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre Hipotez2, Hipotez3 ve aracılık hipotezi olan Hipotez4 desteklenmektedir.

Şekil 3. İkinci Model Test Sonucu



Araştırmanın bu aşamasında yapısal eşitlik modeli ile elde edilen bulgular Hayes'in (2013) önerdiği Bootstrap yöntemi ile test edilmiştir. PROCESS makro ile araştırma modelindeki aracı değişkenlerin etkisi bootstrap yöntemi ile hesaplanmakta (Hayes, 2013) ve bootstrap güven aralığı temel alınarak yorumlanmaktadır (Preacher ve Hayes, 2008). Bu araştırma için önerilen modelin karşılığı Model 4 olup aracılık ilişkilerini içermektedir (Hayes, 2013). Bu çalışma modelinde yer alan değişkenler arasında toplam, direkt ve dolaylı etkiler bootstrap yöntemi (Hayes ve Scharkow, 2013) 5000 yeniden örnekleme, %95 simetrik güven aralığı ile kullanılmıştır (Preacher ve Hayes, 2008). Bu çalışmada aracı değişken olan işe yabancılaşmanın dolaylı etkisi bootstrap yöntemi kullanılarak açıklanmaya çalışılmıştır. %95 güven aralığında bootstrap üst (BootULCI) ve alt (BootLLCI) değerlerinin her ikisinin de birlikte sıfırın üstünde veya altında ölçülmesi durumunda aracı değişkenin, bağımsız ile bağımlı değişken arasındaki ilişkide aracılık rolünün anlamlı olduğu (Hayes, 2013) ifade edilmektedir. Araştırma modelinde yer alan bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde yapılan analizleri neticesinde lider-üye etkileşiminin işe yabancılaşma ile ilişkisi ve bu iki değişkenin işten ayrılma niyetine olan ilişkileri içeren yol katsayıları Tablo 4'te toplam, doğrudan ve dolaylı etkileri ise Tablo 5'de görülmektedir.

Modelde yer alan değişkenler arasındaki ilişkilerin yol katsayılarını gösteren yol analizinde; lider-üye etkileşimi ile işe yabancılaşma değişkeni arasında yol katsayısının  $a = -0,19$  ve anlamlı bir ilişki olduğu ( $p < 0,001$ ), işe yabancılaşma ile işten ayrılma niyeti arasındaki yol katsayısının  $b = 0,53$  ve anlamlı bir ilişki olduğu ( $p < 0,001$ ), lider-üye etkileşimi ile işten ayrılma niyeti arasında yol katsayısının  $c = -0,28$  ( $p < 0,001$ ) ve lider-üye etkileşiminin işe yabancılaşma üzerinden işten ayrılma niyeti üzerinde oluşan yol katsayısının  $c = -0,38$  ve ( $p < 0,001$ ) anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu bulgular, yapısal eşitlik modelinde elde edilen bulgular ile örtüşmekte ve Hipotez 1, Hipotez 2 ve Hipotez 3 desteklenmektedir.



**Tablo 4. Yol Analizi Sonuçları**

<b>Model: İşe Yabancılaşma</b>						
<b>R</b>	<b>R - sg</b>	<b>MSE</b>	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>p</b>
0,1893	0,0358	0,9185	12,6348	1,0000	340,0000	0,0004
	<b><math>\beta</math></b>	<b>se</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>LLCI</b>	<b>ULCI</b>
Sabit	3,1016	0,1894	16,3752	0,0000	2,7291	3,4742
Lider-üye Etkileş.	-0,1937	0,0545	-3,5545	0,0004	-0,3009	-0,0865
<b>Model: İşten Ayrılma Niyeti</b>						
<b>R</b>	<b>R - sg</b>	<b>MSE</b>	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>p</b>
0,5493	0,3017	0,8937	73,2382	2,0000	339,0000	0,0000
	<b><math>\beta</math></b>	<b>se</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>LLCI</b>	<b>ULCI</b>
Sabit	2,1023	0,2499	8,4131	0,0000	1,6107	2,5938
Lider-üye Etkileş.	-0,2773	0,0548	-5,0649	0,0000	-0,3850	-0,1696
İşe Yabancılaşma	0,5261	0,0535	9,8345	0,0000	0,2626	0,6313
<b>Model: Toplam Etki (İşten Ayrılma Niyeti)</b>						
<b>R</b>	<b>R - sg</b>	<b>MSE</b>	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>p</b>
0,3201	0,1025	1,1453	38,8282	1,0000	340,0000	0,0000
	<b><math>\beta</math></b>	<b>se</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>LLCI</b>	<b>ULCI</b>
Sabit	3,7340	0,2115	17,6543	0,0000	3,3180	3,9006
Lider-üye Etkileş.	-0,3792	0,0609	-6,2312	0,0000	-0,4989	-0,2595

Bootstrap örneklem büyüklüğü= 5000; LLCI= %95 güven aralığında alt sınır; ULCI= %95 güven aralığında üst sınır.

Tablo 5'te görüldüğü gibi Bootstrap sonuçların %95 güven aralığında alt limiti (BootLLCI= -0,1821) ve üst limiti (BootULCI= -0,0354) sıfırın altında olduğu için aracılık rolü istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (Hayes, 2013). Lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyeti üzerinde işe yabancılaşma ile dolaylı bir ilişki içinde olduğu anlaşılmaktadır. Bu bulguya göre aracılık hipotezi (H4) desteklenmektedir.

Aracılık ilişkisinin büyüklüğü için tam standart dolaylı etki değeri ( $\beta$ ) esas alınmaktadır (Preacher ve Kelly, 2011). İşe yabancılaşma değişkeninin aracılık ilişkisinin büyüklüğü Tablo 5'in son satırında yer alan lider üye etkileşiminin işten ayrılma niyeti üzerindeki tam standart dolaylı etkisinde görüleceği gibi alt seviye güven (%95) aralığında -0,15 ve üst seviye güven (%95) aralığında -0,03 olarak ölçülmüştür.

**Tablo 5. Lider-Üye Etkileşiminin Toplam, Doğrudan ve Dolaylı Etkileri**

<b>Lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyeti üzerindeki toplam etkisi</b>						
	<b><math>\beta</math></b>	<b>se</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>LLCI</b>	<b>ULCI</b>
	-0,3792	0,0609	-6,2312	0,0000	-0,4989	-0,2595
<b>Lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyeti üzerindeki doğrudan etkisi</b>						
	<b><math>\beta</math></b>	<b>se</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>LLCI</b>	<b>ULCI</b>
	-0,2773	0,0548	-5,0649	0,0000	-0,3850	0,1696
<b>Lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyeti zerindeki dolaylı etkisi</b>						
	<b><math>\beta</math></b>		<b>BootSE</b>	<b>BootLLCI</b>	<b>BootULCI</b>	
İşe Yabancılaşma	-0,1019		0,0377	-0,1821	-0,0354	
<b>Lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyeti üzerindeki kısmi standart dolaylı etkisi</b>						
	<b><math>\beta</math></b>		<b>BootSE</b>	<b>BootLLCI</b>	<b>BootULCI</b>	
İşe Yabancılaşma	-0,0904		0,0332	-0,1612	-0,0313	
<b>Lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyeti üzerindeki tam standart dolaylı etkisi</b>						
	<b><math>\beta</math></b>		<b>BootSE</b>	<b>BootLLCI</b>	<b>BootULCI</b>	
İşe Yabancılaşma	-0,0860		0,0313	-0,1519	-0,0299	

Bootstrap örneklem büyüklüğü= 5000; se= standart hata katsayısı; LLCI= %95 güven aralığında alt sınır; ULCI= %95 güven aralığında üst sınır.

## V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, lider-üye etkileşimi ve işe yabancılaşmanın hemşirelerin işten ayrılma niyetlerini yordayıp yordamadığı yapısal eşitlik modeli ve bootstrap yöntemi ile test edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda, hemşirelerin algıladığı lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyetini doğrudan ve işe yabancılaşmanın aracılığıyla dolaylı olarak yordadığı bulgusuna ulaşılmıştır.

Bulgular çerçevesinde lider-üye etkileşimi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkide işe yabancılaşmanın kısmi aracılık etkisine sahip olduğu tespit edilmiştir. İşe yabancılaşma modele dâhil edildiğinde lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisi azalmıştır. Lider-üye etkileşimi işten ayrılma niyetini işe yabancılaşmanın geliştirici yöndeki katkısı ile daha güçlü bir şekilde açıklamaktadır.

Yürütülen analizler sonucunda araştırmanın aracılık hipotezi doğrulanmış, lider-üye etkileşiminin işe yabancılaşma değişkeni aracılığı ile işten ayrılma niyetini yordadığı ortaya çıkmıştır. Böylece işe yabancılaşma değişkeninin lider-üye etkileşimi ile işten ayrılma niyeti arasında aracılık etkisi kanıtlanmıştır. Bu bulgular; daha önce lider-üye etkileşimi ile işten ayrılma niyeti ilişkisini (Ballinger vd., 2010; Rosen vd., 2011; Kim vd., 2017), lider-üye etkileşimi ile işe yabancılaşma ilişkisini (Ceylan ve Sulu, 2010; Banai ve Reisel, 2007; Kanten ve Ülker, 2014; Sarros, vd., 2002) ve işe yabancılaşma ile işten ayrılma niyeti ilişkisini (Chiaburu vd., 2014; Tuna ve Yeşiltaş, 2014; Tokmak, 2020) inceleyen araştırmaların bulguları ile örtüşmektedir.

Lider-üye etkileşiminin işe yabancılaşma aracılığıyla işten ayrılma niyeti üzerindeki tam standart dolaylı etkisi alt güven (%95) aralığında -0,1519 ve üst güven (%95) aralığında -0,0299'dur. Literatür incelemelerinde işe yabancılaşma değişkeninin modele dâhil edildiği diğer bir ifade ile bu iki değişken arasında aracılık rolünü araştıran başka bir çalışmaya rastlanmadığından bu araştırmanın bulguları üzerinden bir kıyas yapma imkânı elde edilememiştir.

Bu çalışma, liderler-üye etkileşiminin hemşirelerin işten ayrılma niyetini azaltabileceğini göstererek Lider-Üye Etkileşim Teori'si hakkındaki literatüre katkıda bulunmaktadır. Lider Üye Etkileşim Teori'sine uygun olarak, araştırmamızda lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyeti ve işe yabancılaşmanın engellenmesinde önemli bir kaynak olduğu kanıtlanmıştır. Her ne kadar lider-üye etkileşiminin işten ayrılma niyeti (Ballinger vd., 2010; Rosen vd., 2011; Kim vd., 2017) ve işe yabancılaşma (Ceylan ve Sulu, 2010; Banai ve Reisel, 2007; Kanten ve Ülker, 2014; Sarros vd., 2002) ile doğrudan ve negatif olarak ilişkili olduğu gösterilse de, lider-üye etkileşimi ve işten ayrılma niyetinin nasıl ilişkili olduğu hakkında çok fazla şey bilinmemektedir. Çalışmamız, liderlerin hem kaliteli lider üye etkileşimi oluşturmaları hem de dolaylı olarak işe yabancılaşma değişkeni üzerinden hemşirelere ulaşması hemşirelerin işten ayrılma niyetini ortadan kaldırma veya minimum düzeye düşürülmesini sağlayacak şekilde etkileyebileceğini göstermektedir.

Bu çalışmada aracı değişken olarak olumsuz bir tutum olan işe yabancılaşma belirlenmiştir. Sonuçlar lider-üye etkileşiminin yalnızca hemşirelerin işe yabancılaşmasını doğrudan etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda işe yabancılaşmasının aracılık etkileri yoluyla işten ayrılma niyetini de etkilediğini göstermiştir. Bu nedenle çalışmamız, işe yabancılaşmanın lider-üye etkileşimi ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkide önemli bir rol oynadığını ortaya koymuştur. Bu çalışma bildiğimiz kadarıyla, lider-üye etkileşimi ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkide aracı olarak işe yabancılaşma değişkenine yer veren ilk çalışmadır.

Liderlerin oluşturacağı kaliteli etkileşimler aracılığı ile hemşirelerin meslektaşlarıyla güçlü bir ilişki kurması işten ayrılma niyeti ve işe yabancılaşmayı azaltmanın etkili bir yönetimi olabilir. Kaliteli lider çalışan etkileşimi işten ayrılma niyeti ve işe yabancılaşma tutumlarını azaltmada önemli bir rol üstlenebilir. Örneğin liderler, hemşirelerin karar verme sürecine katılmalarını sağlayabilir ve onlara işlerini kontrol etmeleri için belirli yetkiler verebilir. Ayrıca hemşirelerin iş motivasyonunu arttırılması, iş ve rol streslerinin azaltılması sağlanarak örgütte kaliteli etkileşim çevresi oluşturulabilir ve

böylelikle hemşirelerin işten ayrılma niyeti ve işe yabancılaşma tutumlarının ortaya çıkması önlenebilir.

## KAYNAKLAR

- Addae, H. M., Parboteeah, K. P., & Davis, E. E. (2006). Organizational commitment and intentions to quit: An examination of the moderating effects of psychological contract breach in Trinidad and Tobago. *International Journal of Organizational Analysis*, 14, 225-238.
- Akkoç, İ., Okun, O., & Türe, A. (2020). The effect of role-related stressors on nurses' burnout syndrome: The mediating role of work-related stress. *Perspective in Psychiatry Care*. <https://doi.org/10.1111/ppc.12581>.
- Altay, H., & Dedeoğlu, B. B. (2016). Etik liderlik ve örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişkide örgütsel sinizm ve işe yabancılaşmanın aracılık rolü Antakya turizm sektörü çalışanları örneği. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, Özel Sayı*, 458-474.
- Ballinger, G. A., Lehman, D. W., & Schoorman, F. D. (2010). Leader-member exchange and turnover before and after succession events. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 113(1), 25-36.
- Banai, M., Reisel, W. D., & Probst, T. M. (2004). A managerial and personal control model: predictions of work alienation and organizational commitment in Hungary. *Journal of International Management*, 10(3), 375-392.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. New York: Wiley.
- Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Cammann, C., Fichman, M., Jenkins, D., & Klesh, J. (1979). The michigan organisational assessment questionnaire (Unpublished manuscript). University of Michigan, Michigan.
- Ceylan, A., & Sulu, S. (2010). Work alienation as a mediator of the relationship of procedural injustice to job stress. *South East European Journal of Economics and Business*, 5(2), 65-74.
- Cheung, G. W., & Lau, R. S. (2008). Testing mediation and suppression effects of latent variables: bootstrapping with structural equation models. *Organizational Research Methods*, 11(2), 296-325.
- Chiaburu, D. S., Thundiyil, T., & Wang, J. (2014). Alienation and its correlates: A meta-analysis. *European Management Journal*, 32(1), 24-36.
- Choi, Y., & Lee, D. (2014). Psychological capital, big five traits, and employee outcomes. *Journal of Managerial Psychology*, 29(2), 122-140.
- Çalışkan, A., Akkoç, İ., & Turunç, Ö. (2011). Örgütsel performansın artırılmasında motivasyonel davranışların rolü: yenilikçilik ve girişimciliğin aracılık rolü. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(3), 363-401.
- Dansereau, F., Graen, G. B., & Haga, W. J. (1975). A vertical dyad linkage approach to leadership within formal organizations: A longitudinal investigation of the role making process. *Organizational Behavior and Human Performance*, 13, 46-78.
- Dienesch, R. M., & Liden, R. C. (1986). Leader-member exchange model of leadership: a critique and further development. *Academy Of Management Review*, 11(3), 618-634.
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24, 244-255.

- Dulebohn, J. H., Bommer, W. H., Liden, R. C., Brouer, R. L., & Ferris, G. R. (2012). A meta-analysis of antecedents and consequences of leader-member exchange: Integrating the past with an eye toward the future. *Journal of Management*, 38(6), 1715-1759.
- Farahbod, F., Azadehdel, M. R., Goudarzvand-Chegini, M., & Ashraf, A. N. (2012). Work alienation: Historical backgrounds, concepts, reasons and effects. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 2(8), 8408-8415.
- Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., & Salanterä, S. (2010). Nurses' intention to leave the profession: Integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1422-1434.
- Gerstner, C. R., & Day, D. V. (1997). Meta-analytic review of leader-member exchange theory: Correlates and construct issues. *Journal of Applied Psychology*, 82, 827-844.
- Graen, G. B., & Uhl-Bien, M. (1995). Relationship-based approach to leadership: development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: applying a multi-level multi-domain perspective. *Leadership Quarterly*, 6, 219-47.
- Graen, G. B., Liden, R. C., & Hoel, W. (1982). Role of Leadership in The Employee Withdrawal Process. *Journal of Applied Psychology*, 67, 868-872.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis*, (7th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: statistical mediation analysis in the new millenium. *Communication Monographs*, 76(4), 408-420.
- Hayes, A. F., & Scharkow, M. (2013). The Relative Trustworthiness of Inferential Tests of the İndirect Effect in Statistical Mediation Analysis: Does Method Really Matter? *Psychological Science*, 24(10), 1918-1927.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York: Guilford Press.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H. K., North, N., & Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 237-263.
- Hirschfeld, R. R., & Feild, H. S. (2000). Work centrality and work alienation: Distinct aspects of a general commitment to work. *Journal of Organizational Behavior*, 21(7), 789-800.
- Hirschfeld, R. R., Feild, H. S., & Bedeian, A. G. (2000). Work alienation as an individual-difference construct for predicting workplace adjustment: A test in two samples. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 1880-1902.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Joo, B. K. (2010). Organizational commitment for knowledge workers: the roles of perceived organizational learning culture, leader-member exchange quality and turnover intention. *Human Resource Development Quarterly*, 21(1), 69-85.
- Kanten, P., & Ülker, E. F. (2014). Yönetim tarzının üretkenlik karşıtı iş davranışlarına etkisinde işe yabancılaşmanın aracılık rolü. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 32, 16-41.
- Kim, S., Tam, L., Kim, J. N., & Rhee, Y. (2017). Determinants of employee turnover intention: understanding the roles of organizational justice, supervisory justice, authoritarian organizational culture and organization – employee relationship quality. *Corporate Communications: An International Journal*, 22(3), 308-328.

- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*, (3rd ed.). The Guilford Press, New York.
- Lee, J., & Jablin, F. M. (1995). Maintenance communication in superior-subordinate work relationships. *Human Communication Research*, 22(2), 220-257.
- Li, S., & Chen, Y. (2018). The relationship between psychological contract breach and employees' counterproductive work behaviors: The mediating effect of organizational cynicism and work alienation. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-13.
- Liden, R. C., Erdogan, B., Wayne, S. J., & Sparrowe, R. T. (2006). Leader-member exchange, differentiation, and task interdependence: Implications for individual and group performance. *Journal of Organizational Behavior*, 27(6), 723-746.
- Liu, B., Liu, J., & Hu, J. (2010). Person organization fit, job satisfaction, and turnover intention: An empirical study in the Chinese public sector. *Social Behavior and Personality*, 38(5), 615-626.
- Long, C. S., & Thean, L. Y. (2011). Relationship between leadership style, job satisfaction and employees' turnover intention: a literature review. *Research Journal of Business Management*, 5(3), 91-100.
- Macey, W. H., & Schneider, B. (2008). The meaning of employee engagement. *Industrial and Organizational Psychology*, 1(1), 3-30.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39(1), 99-128.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., & Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods*, 7, 83-104.
- Matz, A., Woo, Y., & Kim, B. (2014). A meta-analysis of the correlates of turnover intent in criminal justice organizations: does agency type matter. *Journal of Criminal Justice*, 42(3), 233-242.
- Moloney, W., Boxall, P., Parsons, M., & Cheung, G. (2018). Factors predicting registered nurses' intentions to leave their organisation and profession? A job demands-resources framework. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 864-875.
- Muchinsky, P. M., & Morrow, P. C. (1980). A multidimensional model of voluntary employee turnover. *Journal of Vocational Behavior*, 17(3), 263-290.
- Ng, T. W., & Feldman, D. C. (2012). Employee voice behavior: A meta-analytic test of the conservation of resources framework. *Journal of Organizational Behavior*, 33, 216-234.
- Nicol, A., Rounding, K., & Macintyre, A. (2011). The impact of social dominance orientation and right-wing Authorization on the relation between person-organization fit with commitment, satisfaction, and turnover intentions. *Personality and Individual Differences*, 51, 893-898.
- Ohly, S., & Fritz, C. (2010). Work characteristics, challenge appraisal, creativity, and proactive behavior: A multi-level study. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 543-565.
- Panatik, S. A., O'Driscoll, M. P., & Anderson, M. H. (2011). Job demands and work-related psychological responses among Malaysian technical workers: the moderating effects of self-efficacy. *Work & Stress*, 25(4), 355-370.
- Preacher, K. J., & Kelly, K. (2011). Effect size measures for mediation models: Quantitative strategies for communicating indirect effects. *Psychological Methods*, 16(2), 93-115.

- Rosen, C. C., Harris, K. J., & Kacmar, K. M. (2011). LMX, context perceptions, and performance: an uncertainty management perspective. *Journal of Management*, 37(3), 819-838.
- Sarros, J. C., Teanewski, G. A., Winter, R. P., Santora, J. C., & Densten, I. L. (2002). Work alienation and organizational leadership. *British Journal of Management*, 13(4), 285-304.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1993). Relationship, task, and system stressors in the health care workplace. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 3(4), 285-298.
- Sekaran, U. (1992). *Research methods for business*. Canada: John Wiley ve Sons.
- Sparrowe, R. T., & Liden, R. C. (1997). Process and structure in leader-member exchange. *Academy of Management Review*, 22(2), 522-552.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*, (Sixth edition). United States: Pearson Education.
- Tokmak, M. (2020). Algılanan örgütsel desteğin çalışanların işe yabancılaşması ve işten ayrılma niyetine etkisi üzerine bir araştırma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(2), 429-439.
- Tuna, M., & Yeşiltaş, M. (2014). Etik iklim, işe yabancılaşma ve örgütsel özdeşleşmenin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisi: otel işletmelerinde bir araştırma. *Anatolia. Turizm Araştırmaları Dergisi*, 25(1), 105-117.
- Tüzün, A. (2014). *Algılanan örgütsel destek ve lider-üye etkileşiminin işe yabancılaşma üzerine etkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi.
- Tymon, W. G., Stumpf, S. A., & Smith, R. R. (2011). Manager support predicts turnover of professionals in India. *Career Development International*, 16(3), 293-312.
- Uhl-Bien, M., & Maslyn, J. M. (2003). Reciprocity in manager-subordinate relationships: Components, configurations, and outcomes. *Journal of Management*, 29(4), 511-532.
- Wilhelm, C. C., Herd, A. M., & Steiner, D. D. (1993). Attributional conflict between managers and subordinates: an investigation of leader-member exchange effects. *Journal of Organizational Behavior*, 14(6), 531-544.



## ÖRGÜTSEL KİMLİK ALGISININ ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞA ETKİLERİ: HAKKÂRİ DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

Sinan DEMİR\*  
Hava YAŞBAY KOBAL\*\*

### ÖZ

*Araştırmanın amacı; hastane çalışanlarındaki örgütsel kimlik algısının örgütsel bağlılık düzeyi üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Bu bağlamda araştırma, Hakkâri Devlet Hastanesi'nde görev yapan 120 çalışan ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri Örgütsel Bağlılık Ölçeği ve Örgütsel Kimlik Algısı Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırmanın analizi Bağımsız Örneklem T Testi, ANOVA Pearson Korelasyon Analizi ve Regresyon Analizi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısı ile örgütsel bağlılık, duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılık arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında örgüt kimliği algısının örgütsel bağlılığı, duygusal bağlılığı, devam bağlılığı ve normatif bağlılığı pozitif yönde etkilediği sonucuna varılmıştır.*

**Anahtar Kelimeler:** Örgütsel Bağlılık, İmaj, Motivasyon, Sosyal Kimlik, Örgütsel Kimlik

### MAKALE HAKKINDA

\* İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, [sinan\\_cule@hotmail.com](mailto:sinan_cule@hotmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0003-0306-5670>

\*\* Dr. Öğr. Üyesi, Hakkâri Üniversitesi, [havayasybay@hakkari.edu.tr](mailto:havayasybay@hakkari.edu.tr)

 <https://orcid.org/0000-0002-2589-785X>

Gönderim Tarihi: 11.09.2020

Kabul Tarihi: 28.12.2020

### Atıfta Bulunmak İçin:

Demir, S. & Yaşbay Kobal, H. (2021). Örgütsel kimlik algısının örgütsel bağlılığa etkileri: Hakkari Devlet Hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(1), 109-126



# THE EFFECTS OF ORGANIZATIONAL IDENTITY PERCEPTION ON ORGANIZATIONAL COMMITMENT: EXAMPLE OF HAKKARI STATE HOSPITAL

Sinan DEMİR\*  
Hava YAŞBAY KOBAL\*\*


## ABSTRACT

*The aim of this research is to examine the effect of organizational identity perception among hospital staff on organizational commitment level. In this context, the research was carried out with 120 employees working in Hakkâri State Hospital. The data of the research were collected with the Organizational Commitment Scale and the Organizational Identity Perception Scale. The analysis of the study was carried out with Independent Sample T-Test, ANOVA and Pearson Correlation Analysis. As a result of the research, it has been determined that there is a moderately strong positive correlation between the organizational identity perception of the hospital personnel and organizational commitment, emotional commitment, continuance commitment and normative commitment. In addition, it was concluded that the perception of organizational identity positively affects organizational commitment, emotional commitment, continuance commitment and normative commitment.*

**Keywords:** Organizational Commitment, Image, Motivation, Social Identity, Organizational Identity

## ARTICLE INFO

\* İstanbul Yeni Yüzyıl University, [sinan\\_cule@hotmail.com](mailto:sinan_cule@hotmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0003-0306-5670>

\*\* Hakkâri University, [havayasybay@hakkaei.edu.tr](mailto:havayasybay@hakkaei.edu.tr)

 <https://orcid.org/0000-0002-2589-785X>

Received: 11.09.2020

Accepted: 28.12.2020

## Cite This Paper:

Demir, S. & Yaşbay Kobal, H. (2021). Örgütsel kimlik algısının örgütsel bağlılığa etkileri: Hakkâri Devlet Hastanesi örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 109-126

## I. GİRİŞ

“Hayat boyu devam eden, kimliği değerlendirme uğraşından daha büyüleyici başka bir konu var mı? Başka hangi konu eylemleri bu kadar çok etkiliyor? İnsan olmanın ne anlama geldiğini kavramakla çok ilgili olan kimlik kavramının, aynı zamanda insan yaratımlarının en karmaşık ve büyüleyici alanlarından biri olan örgütlerin merkezinde yer alması şaşırtıcı olmamalıdır” ifadeleriyle Whetten ve Godfrey (1998), örgütsel kimliğin örgütler için önemini anlatmaktadır. Örgütsel kimlik, son on yılda örgütlerin birçok yönünü analiz etmenin önemli bir aracı haline gelmiştir.

Örgütsel kimlik araştırmaları, sosyal kimlik teorisine dayanmaktadır. Sosyal kimlik alanındaki akademisyenler (Tajfel, 1982; Turner, 1982), insanların kendilerini ve diğerlerini çeşitli sosyal veya demografik gruplara (ör. cinsiyet, ırk, etnik köken, din, meslek vb.) göre sınıflandırdığı önermesiyle başlamaktadır. Bu sosyal sınıflandırma şeması, bireylerin kendilerini belirli bir grupla özdeşleşme duygusu yoluyla tanımlamalarını sağlamaktadır. Örgütsel kimlik özünde sosyal özdeşleşmenin bir alt türü olarak görülebilir (Foreman ve Whetten, 2002). Bu anlamda örgütsel kimliğin örgüt üyelerinin davranışlarını etkileyen çok güçlü bir değişken olduğu (Ashforth ve Mael, 1989) ifade edilebilir. Literatürdeki çalışmalardan bir kısmı örgütsel kimlik algısı ile çalışan tatmini, örgütsel bağlılık gibi olumlu örgütsel çıktılar arasında ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Brown, 1969; Lee, 1971; Ashforth ve Mael, 1989).

Bir tutum olarak örgütsel bağlılık, (1) belirli bir örgütün üyesi olarak kalmaya yönelik güçlü bir istek duymak, (2) örgüt adına yüksek düzeyde çaba gösterme istekliliği ve (3) örgütün değerlerine ve hedeflerine kesin bir inanç ve bunların kabulüdür (Luthans, 2011). Örgüt üyelerinin iş ile ilgili davranışlarını anlamada oldukça önemli teşhis ve tespitler sunmasından dolayı tüm örgütler için örgütsel bağlılık kavramı büyük bir öneme sahiptir (İnce ve Gül, 2005). Örgüte bağlılık örgüt üyelerinin örgütlerini benimsemesi, aidiyet duygusunun güçlenmesi, kişilerin örgütleriyle özdeşleşmesi, örgütün gönüllü bir tanıtıcısı gibi olumlu birtakım sonuçlar sağlamaktadır (Erkmen ve Çerik, 2007).

Günümüzde örgütlerin sahip oldukları kimlik, etkileşim içerisinde oldukları diğer grupları, olumlu veya olumsuz şekilde etkilemektedir. Bu sebeple, örgütler uygun ve başarılı bir kimlik edinme çabasıdadır. Bu kimliğin oluşma sürecinde çalışanların algıladıkları kimlik özellikleri, örgüte duydukları bağlılık üzerinde etkili olan önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmakta (Okay, 1999), örgütsel kimlik algısı yüksek olan ve örgütün değerleri ile bütünleşen üyelerin örgütsel bağlılığının artması beklenmektedir.

Hastaların fiziksel ve ruhsal sağlığının iyileştirilerek sağlık hizmetlerinin karşılanması amacıyla kurulan, sürekli hizmet veren kurumlar olarak hastanelerde çalışanların örgütlerinin kimliği ile özdeşleşerek örgüte bağlılıklarının artması önemli hale gelmektedir (Rahmani vd., 2015). Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde, bu çalışmada örgütsel kimlik kavramının örgütsel bağlılığı etkileyebilecek bir unsur olduğu düşüncesinden hareketle Hakkâri Devlet Hastanesi çalışanlarındaki örgütsel kimlik algılarının örgüte olan bağlılıklarını ne düzeyde ve yönde etkilediği araştırılmıştır.

### 1.1. Kavramsal Çerçeve

Bu bölümde örgütsel kimlik ve örgütsel bağlılık kavramlarına ilişkin açıklamalara yer verilmiştir.

#### 1.1.1. Örgütsel Kimlik

Son yıllarda, örgütsel kimlik konusuna olan ilginin artmasıyla birlikte örgütsel kimliğin sonuçlarını araştıran ampirik ve teorik çalışmaların hacminde de bir artış olmuştur. Örgütsel alanda bu, bireysel düzey (kişilerin örgütteki benlik duygusuyla ilgili), grup düzeyi (grupların ve bölümlerin kimliği ile ilgili), örgütsel düzey (örgütün bir bütün olarak kimliğiyle ilgili) ve kültürel düzey (örgütler arasında ve toplumdaki ortak kimlikler ile ilgili) olmak üzere birden çok analiz düzeyini kapsamaktadır (Cornelissen vd., 2007; Ravasi ve VanRekom, 2003).

Yönetim alanında ün yapmış bilim adamlarının kimliğe olan ilgisi 1985'ten önceki zamanlara dayanmaktadır. Balmer (1994), 1950'lerde ABD'de şirketlerin logoları etrafında kimlik sorunlarına ilgi duyulduğunu ifade etmiştir. Pazarlama alanında başlayan bu ilgi daha sonra da yönetimin genel olarak örgütün ne olduğuna dair fikrini dış kitlelere nasıl ifade ettiğini kapsayacak şekilde yönetim ve organizasyon alanında genişletilmiştir. Literatürde ilk olarak Blau ve Scott'un (1962) çalışmalarında bir kimliği olan örgütlerden bahsedildiği ifade edilse de Selznick'in (1957) örgütlerin de bir kimliği olduğuna dair fikri, kurumsallaşma hakkındaki klasik çalışmasında da yer almaktadır. Selznick'in (1957) kurumsallaşmış örgütünde kimlik, örgüte ayırt edici bir özellik kazandırmaktadır. Kimlik, kurumsallaşma sürecinin tarihsel bir üründür. Blau ve Scott (1962) ve Selznick (1957) kimlik kavramını kullanmalarına rağmen, konu hakkında derinlemesine çalışmaların yapılması uzun zaman almıştır. Bu anlamda örgütsel kimlik kavramına dair akademik ilginin başlangıç noktası olarak Albert ve Whetten'in (1985) "Organizational Identity" isimli çalışması gösterilmektedir. Makale, örgütsel kimlik kavramının ilk defa kapsamlı olarak ele alınmasını sağlamıştır ve makalede hala sıkça atıfta bulunulan ve eleştirilen bir tanım sunulmuştur (Brunninge, 2005).

Albert ve Whetten'e göre örgütsel kimlik, bir örgütün üyeleri tarafından örgüt hakkında en merkezi ve ayırt edici ve kalıcı olarak algılanan özelliklerdir. Daha genel olarak örgütsel kimlik örgütlerin "Biz kimiz?" sorusuna verdikleri yanıt olarak tanımlanmaktadır. Bu soruya verilecek cevaplar aşağıdaki üç özelliğin tümünü karşılamalıdır (Whetten ve Godfrey, 1998; Gioia vd., 2000; Whetten ve Mackey, 2002; Corley, 2004; Brunninge, 2005; Corley vd., 2006):

- Örgüt üyelerine göre örgütün merkezi/temel özelliği
- Örgütü diğer örgütlerden ayıran özellikler
- Örgütün geçmişle (ve muhtemelen gelecekle) bağına devam ettiren kalıcı veya devam eden özellikleridir.

Bu tanımlayıcı özellikleri çürüten olaylar, üyelerin örgütlerinin kimliğine ilişkin algılarını tehdit edebilir. Dutton ve diğerleri (1994), iki tür örgütsel kimlik algısı arasında ayırım yapmanın önemli olduğunu öne sürmüşlerdir: 1) üyeler tarafından algılanan örgütsel kimlik (yani üyelerin örgütlerinin merkezi, ayırt edici ve kalıcı özelliklerinin olduğuna inanmaları) 2) yorumlanan dış kimlik (yani diğerlerinin örgütün merkezi, ayırt edici ve kalıcı özelliklerine dair inançları) (Elsbach ve Kramer, 1996).

Örgüt kimliği örgüt üyesinin örgütün kim olduğu hakkında sahip olduğu inançlar ve yapılar kümesidir. Bu yapılar kümesi "genellikle kökleşmiş ve gizli varsayımlara gömülmüştür" ve eylemi yorumlamak için kullanılmaktadır (Reger vd., 1994).

### 1.1.2. Örgütsel Bağlılık

Bağlılık kavramı ilk olarak Harold Guetzkov (1955) tarafından ele alınmıştır. Guetzkov (1955) bağlılığı, kişiyi belli bir düşünceye, kişiye veya gruba karşı önceden hazırlayan davranış olarak tanımlamaktadır. Guetzkov'un ardından örgütsel bağlılık kavramı 1956 yılında Whyte tarafından ele alınmıştır. Whyte, "Örgüt İnsanı" isimli çalışmasında, örgütsel insanı sadece örgütte çalışan değil, aynı zamanda örgüte ait olan kişi olarak tanımlamaktadır. Yazara göre örgüt insanı ait olma duygusunun nihai gereksinimi olduğuna inanmaktadır (Çöl, 2009). Kavram, Whyte'dan sonra başta Porter olmak üzere Etzioni, Steers, Mowday, Allen, Meyer, Becker gibi pek çok araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (İnce ve Gül, 2005).

Porter ve arkadaşları tarafından 1974'te geliştirilen 15 maddelik ölçeğin güvenilirliği ve geçerliliği test edilmiş (Mathieu ve Zajac, 1990) ve birçok çalışmada uygulanmıştır (Buchko vd., 1998; Meyer ve Allen, 1997; Morris ve Sherman, 1981). Porter ve diğerlerine (1974) göre örgütsel bağlılık, çalışanın örgütle bütünleşmesinin gücüdür. Allen ve Meyer (1990) örgütsel bağlılığı, çalışan ve örgütü birbirine bağlayan ve örgütte kalma kararıyla sonuçlanan psikolojik bir bağ olarak tanımlarken; Balay (2000), örgütsel bağlılığı kavram olarak kişinin içinde bulunmuş olduğu örgütlerin amaçlarına ve değer yargılarına bağlanması şeklinde ifade etmektedir.

Örgütsel bağlılığı Meyer ile Allen (1997) duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılık olarak üç süreç şeklinde incelemişlerdir. Duygusal bağlılık, çalışanın ve örgütün değer ve hedeflerinin uyum içinde olması, çalışanın örgütle psikolojik veya duygusal bağlantı içinde olması, özdeşleşmesi ve örgüte katılımıdır. Örgüt içindeki bireyler duygusal tercihleri sonucunda istedikleri için örgütte kalma isteği olarak duymaktadırlar (Allen ve Meyer, 1990; Meyer ve Allen, 1991). Devam bağlılığı; örgütten ayrılmanın maliyetli olacağına inanmaya dayanmaktadır. Çalışanların örgüt ile ilişkilerini kesmesi sonucunda bu ayrılma sonucunun örgüte getireceği maliyeti ve olumsuzlukları dikkate alması, bu durum sonucunda örgüte kalmaya devam etmesi durumu olarak tanımlanır. Çalışan birey örgüt içinde kalma ya da gitme arasında bir tercih yapmak zorunda kalırsa maliyet/fayda hesaplamalarını yapar ve ayrılma maliyetlerinin yüksek olduğu sonucuna varır ise örgüt içinde kalma tercihini seçer (Allen ve Meyer, 1990; Meyer ve Allen, 1991; Meyer ve Allen, 1997; Wasti, 2002). Normatif bağlılık ise; örgüt içinde zorunlu olarak var olma duygusu ve durumudur. Çalışanlar etiksel bir görev duygusu ile ve örgütü bırakmama zorunluluğu hissetmeleri ve bu yönde bir inançları olması sebebiyle kendilerini örgüte bağlı hissederler (Meyer ve Allen 1997). Wiener'e (1982) göre normatif bağlılık, örgüte giriş öncesindeki ailesel veya kültürel sosyalleşme süreçleri ve örgüte girişten sonraki örgütsel sosyalleşme süreçleri tarafından içselleştirilen normatif baskıların sonucunda oluşmaktadır (Gautam vd., 2004; Stephens vd., 2004).

Örgütsel bağlılık tutumu, bir dizi kişisel (yaş, örgütteki görev süresi, kariyer uyumu, olumlu veya olumsuz duygulanım veya iç veya dış kontrol özellikleri gibi eğilimler) ve örgütsel (iş tasarımı, değerler, destek, liderlik tarzı) değişkenler tarafından belirlenmektedir. Hem erken (Mowday vd., 1979) hem de daha yeni (Mathieu ve Zajac, 1990; Meyer ve Allen, 1997; Benkhoff, 1997; Lum vd., 1998) araştırmalar, örgütsel bağlılık ile yüksek performans, düşük iş devir oranı ve düşük devamsızlık gibi istenen sonuçlar arasında pozitif bir ilişkinin desteklendiğini göstermektedir. Örgütsel bağlılığın, sıcak, destekleyici bir örgüt iklimi algısı (Luthans, 1992) ve yardım etmeye istekli iyi bir ekip üyesi olmak (Bishop ve Scott, 1997) gibi diğer istenen sonuçlarla ilgili olduğuna dair de kanıtlar vardır (Luthans, 2011).

## 1.2. Örgütsel Kimlik ve Örgütsel Bağlılık İlişkisi

Örgütsel bağlılığı yüksek olan çalışanlar genellikle örgütün özelliklerini kendi özellikleriymiş gibi içselleştirir. Bu nedenle örgütsel kimlik, örgütsel bağlılık ölçümlerine sıklıkla dahil edilmektedir. O'Reilly ve Chatman (1986), Kelman (1961), belirli bir kişi (veya grup) ile bağlılığı ve taklit edilmesini vurgulayan sosyal etki modeline dayanarak kimliği örgütsel bağlılığın bir temeli olarak tanımlamışlardır. Örgütsel kimlik, örgüte üyeleriyle olan ilişkilerinin ötesinde bir psikolojik gerçeklikle itibar kazandırırken, kişinin örgüte bağlılık hissetmesini sağlamaktadır (Mael ve Ashforth, 1995).

Dutton ve diğerlerine (1994) göre üyeler, örgütlerine atfettikleri özellikleri kendi özlerine dahil ettiklerinde örgütlerine bağlanırlar. Bağlılık sürecinin bir parçası olarak, örgütsel kimlik düzeyi, çalışanların örgütü kendilerinin bir parçası olarak görme derecesini göstermektedir. Örgütsel kimlik, üyelerin örgütün tanımlayıcı özelliklerini kendileri için tanımlayıcı özellikler olarak benimsediklerinde ortaya çıkan bir psikolojik bağlanma biçimidir. Örgütsel kimlik güçlü olduğunda, çalışanlar örgüte özgü, merkezi ve örgüt hakkında kalıcı olduğuna inandıkları şeylerin büyük bir bölümünü kendilerine özgü, merkezi ve kendileri hakkında kalıcı olduğuna inandıkları şeylere dahil etmişlerdir ve örgüt üyeliği kendini tanımlama için sıklıkla kullanılan bir temel haline gelmiştir. Bu nedenle örgütsel kimlik, çalışan ve örgüt arasında psikolojik bir bağ yaratmakta (Tüzün ve Çağlar, 2008), çalışanlar örgüt ile özdeşleşmekte ve bu sayede bağlılık düzeyleri artmaktadır (Duman vd., 2013).

Foreman ve Whetten, (2002) kırsal kooperatiflerin 2.000 üyesinden elde ettikleri veriler ile yaptıkları çalışmada örgütsel kimliğin çalışanların örgütle bağlanma sürecine etkisini araştırmışlardır. Örgüt çalışanları kimlik algılarını ve beklentilerini bilişsel olarak karşılaştırır ve ortaya çıkan kimlik uyumu düzeyi, örgütsel bağlılık düzeylerini önemli ölçüde etkilemektedir. Dolayısıyla, örgütsel kimlik algısının, üyelerin örgütsel bağlılıkları üzerinde önemli etkileri vardır. Özellikle, örgütsel kimlik uyumunun ikinci dereceden şekline karşılık gelen terimler, üyelerin mevcut ve ideal kimlikler arasında

bilişsel bir karşılaştırma yaptıkları iddiasını destekleyerek duygusal bağlılık üzerinde önemli etkilere sahiptir. Ancak, kimlik karşılaştırmalarının bir üyenin devam bağlılığı düzeyi üzerinde güçlü etkileri yoktur. Bunun yerine, bu tür bir bağlılık en iyi şekilde üyelerin sosyal ve ekonomik bağımlılıkları ile açıklanmaktadır (Foreman ve Whetten, 2002).

Dukerich ve diğerleri (2002)'nin yaptıkları çalışmada algılanan örgütsel kimliğin, örgüt içerisinde çalışanların örgütsel bağlılıklarını olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşmışlardır. Çalışma, örgütsel kimliğin örgüte dışsal çekicilik kattığı değerlendirmeleri ile çalışanların örgütsel bağlılık davranış sürecine katılma istekleri arasında varolan ilişkiyi net bir şekilde göstermektedir (Dukerich vd., 2002).

## II. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algılarının örgütsel bağlılık düzeylerine olan etkisinin test edilmesi amacıyla ilişkisel tarama modeliyle yapılmıştır. “İlişkisel tarama modeli, iki ve ikiden fazla sayıdaki değişim durumunu ve bu değişimin derecesini belirtmeyi amaç edinen bir çalışma ve araştırma modelidir” (Karasar, 2016). Anket uygulaması; Hakkâri Devlet Hastanesi’nde 15-28 Şubat 2020 tarihleri arasında anketi cevaplamayı kabul eden çalışanlara yapılmıştır.

### 2.1. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın ana kütlelerini, Hakkâri Devlet Hastanesinde görev yapan yaklaşık 230 personel oluşturmaktadır. Bu özelliği sağlayan tüm çalışanlara ulaşılması mümkün olmadığı için örneklem üzerinden çalışılması uygun bulunmuştur. Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2004) tarafından hazırlanan örneklem büyüklüğü standartlarına göre  $p=0,8$  ve  $q=0,2$  olasılıklarında,  $0,10$  örnekleme hatasıyla  $\alpha=0,05$  güven aralığında 1000 üzerinde kişiden oluşan ana kütlede en az 81 kişilik bir örneklem ile çalışılması gerekmektedir. Araştırmanın örnekleme amaçlı örnekleme yöntemlerinden, kolayda örnekleme yolu ile seçilmiştir. Araştırmanın veri toplama aşamasında 120 çalışana ulaşılmıştır.

### 2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kişisel bilgi formu, örgütsel bağlılık ölçeği ve örgütsel kimlik algısı ölçekleri kullanılmıştır. Çalışmada Allen ve Meyer (1990) tarafından geliştirilen Örgütsel Bağlılık Ölçeğinden yararlanılmıştır. Örgütsel bağlılığı ölçen ifadelerden 4, 5, 6, 8, 9, 12, 19, 20 ve 25 numaralı sorular ters kodlanmıştır. Örgütsel kimlik algısını ölçmek için Jones ve Volpe (2010) tarafından geliştirilen ölçeğinde 6 maddelik ölçekten yararlanılmıştır. Ölçekte yer alan ifadeler beşli likert ölçeğine göre (kesinlikle katılıyorum=5, oldukça katılıyorum=4, az çok katılıyorum=3, çoğunlukla katılmıyorum=2 kesinlikle katılmıyorum=1) düzenlenmiştir.

Ölçeklerde yer alan alt boyutların açıklayıcılığı açımlayıcı faktör analizi ile ve sonrasında elde edilen faktörlerin araştırmanın verisi ile uyumluluğu doğrulayıcı faktör analizi ile incelenmiştir. Verilerin analizleri Sosyal Bilimler İstatistik Paket Programı (SPSS) 22 kullanılarak yapılmıştır. “Güvenilirlik analizi kullanılan ölçme aracının ne kadar tutarlı ölçüm yapabildiğini göstermektedir. Katsayının en az 0,70 değerinde olması gerekmektedir” (Gürbüz ve Şahin, 2016).

Çalışmada yer alan bilgilere göre tüm ölçeklerin ve alt boyutlarının çoğunluğunun iç tutarlılık düzeyinin yeterli güvenilirlikte olduğu görülmektedir ( $\alpha>0,70$ ). Bunun yanında örgütsel bağlılık ölçeği için yapılan açımlayıcı faktör analizinde uygulanan varimax rotasyonu sonucu özdeğeri 1’in üzerinde 3 faktör olduğu belirlenmiştir. Ölçekte yer alan tüm maddenin açıkladığı toplam varyans %85,73 olarak tespit edilmiştir ve bu durum istatistiksel olarak gerekli görülen %40’ın altında olmama (Karagöz ve Ekici 2016) kistasını sağlamaktadır. Benzer şekilde örgütsel kimlik algısı ölçeği için yapılan açımlayıcı faktör analizinde uygulanan varimax rotasyonu sonucu özdeğeri 1’in üzerinde 1 faktör olduğu belirlenmiştir. Tüm maddeler uygun şekilde tek faktöre yerleşmiştir. Ölçekte yer alan tüm maddenin açıkladığı toplam varyans %70,01 olarak tespit edilmiştir ve bu durum istatistiksel olarak gerekli görülen %40’ın altında olmama (Karagöz ve Ekici, 2016) kistasını sağlamaktadır.

### 2.3. Araştırmanın hipotezleri

H1: Hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeyi demografik değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2: Hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısı demografik değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H3: Hastane çalışanlarındaki örgütsel kimlik algısı, çalışanların örgütsel bağlılık düzeyleri üzerinde pozitif yönde bir etkiye sahiptir.

H4: Hastane çalışanlarındaki örgütsel kimlik algısı, çalışanların duygusal bağlılık düzeyleri üzerinde pozitif yönde bir etkiye sahiptir.

H5: Hastane çalışanlarındaki örgütsel kimlik algısı, çalışanların devam bağlılık düzeyleri üzerinde pozitif yönde bir etkiye sahiptir.

H6: Hastane çalışanlarındaki örgütsel kimlik algısı, çalışanların normatif bağlılık düzeyleri üzerinde pozitif yönde bir etkiye sahiptir.

## III. BULGULAR

### 3.1. Demografik Özellikler

Bu bölümde katılımcılara ait bazı demografik özelliklere ait sayı ve yüzdeler yer verilmiştir.

Tablo 1’de görüldüğü üzere katılımcıların %44,17’si kadın; %55,83’ü erkek; %25,83’ü 18-23 yaş, %25,00’i 24-29 yaş, %25,00’i 30-35 yaş ve %24,17’si 36 yaş ve üzerinde; %37,50’si bekar ve %62,50’si evli; %24,17’si lise mezunu, %25,00’i ön lisans mezunu, %28,33’ü lisans mezunu, %22,50’si lisansüstü eğitim mezunu; %22,50’si 2.000-5.000 TL, %33,33’ü 5.001-8.000 TL, %23,33’ü 8.001-11.000 TL, %20,83’ü 12.000 TL ve üzeri gelir aralığına sahiptir. Katılımcıların %23,33’ü doktor, %16,67’si hemşire, %33,33’ü hasta bakıcı ve tekniker, %26,67’si diğer hastane personeli; %60’ı yöneticilik görevine sahip, %40’ı yöneticilik görevine sahip değildir. Son olarak, katılımcıların %25,83’ü 0-4 yıl arası, 24,17’si 5-9 yıl arası, %30’u 10-14 yıl arası, %20’si 15 yıl üzeri çalışma süresine sahiptir.

**Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	53	44,17
	Erkek	67	55,83
<b>Yaş</b>	18-23 Yaş	31	25,83
	24-29 Yaş	30	25,00
	30-35 Yaş	30	25,00
	36 Yaş ve üzeri	29	24,17
<b>Medeni Durumu</b>	Bekar	45	37,50
	Evli	75	62,50
<b>Eğitim Durumu</b>	Lise	29	24,17
	Ön Lisans	30	25,00
	Lisans	34	28,33
	Lisansüstü	27	22,50
<b>Aylık Gelir</b>	2.000-5.000 TL	27	22,50
	5.001-8.000 TL	40	33,33
	8.001-11.000 TL	28	23,33
	12.000 TL ve üzeri	25	20,83
<b>Ünvan</b>	Doktor	28	23,33
	Hemşire	20	16,67
	Hasta Bakıcı ve Tekniker	40	33,33
	Diğer Hastane Personeli (Hizmetli, otomasyon, güvenlik görevlisi vb..)	32	26,67
<b>Yöneticilik Görevine Sahip Olma Durumu</b>	Evet	72	60,00
	Hayır	48	40,00
<b>Kurumda Toplam Çalışma Yılı</b>	0-4 Yıl	31	25,83
	5-9 Yıl	29	24,17
	10-14 Yıl	36	30,00
	15 Yıl ve üzeri	24	20,00

**3.2. Değişkenlerin Ortalama Değerleri**

Ölçeklerden alınan puanlara ilişkin özet istatistiklere Tablo 2’de ve Tablo 3’de yer verilmiştir.

**Tablo 2. Örgütsel Bağlılık Ölçeğine İlişkin Ortalama Değerler**

	$\bar{X}$	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Örgütsel Bağlılık	3,22	1	5
Duygusal Bağlılık	3,23	1	5
Devam Bağlılığı	3,27	1	5
Normatif Bağlılık	3,15	1	5

Katılımcıların örgütsel bağlılık ortalaması  $\bar{X} = 3,22$ , duygusal bağlılık ortalaması  $\bar{X} = 3,23$ , devam bağlılığı ortalaması  $\bar{X} = 3,27$  ve normatif bağlılık ortalaması  $\bar{X} = 3,15$ ’dir.

**Tablo 3. Örgütsel Kimlik Ölçeğine İlişkin Ortalama Değerler**

	$\bar{X}$	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Örgütsel Kimlik	3,02	1	5

Katılımcıların örgütsel kimlik algısı ortalaması  $\bar{X} = 3,01$ ’dir.

Demografik değişkenler açısından hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeyleri arasındaki farkın anlamlılığının test edilmesi amacıyla yapılan Bağımsız örneklem T-Testi sonuçları Tablo 4'de yer almaktadır.

**Tablo 4. Hastane Çalışanlarının Örgütsel Bağlılık Düzeylerinin Demografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi**

	Örgütsel Bağlılık	N	$\bar{X}$	SS	F	sd	p	Dunnet T3	LSD
Cinsiyet	Kadın	53	78,58	25,03	-0,706	118	0,482	—	—
	Erkek	67	81,94	26,51					
Yaş	18-23 Yaş	31	62,90	21,21	15,032	3,116	0,000	2,3>1,4	—
	24-29 Yaş	30	86,57	28,10					
	30-35 Yaş	30	98,93	15,80					
	36 Yaş ve Üzeri	29	73,79	21,94					
Medeni Durum	Bekar	45	77,29	27,74	-1,042	118	0,299	—	—
	Evli	75	82,36	24,59					
Eğitim Durumu	Lise	29	75,86	25,38	0,407	3,116	0,748	—	—
	Ön Lisans	30	82,37	24,74					
	Lisans	34	82,06	25,69					
	Lisansüstü	27	81,26	28,37					
Aylık Gelir	2000-5000 TL	27	109,74	14,59	44,823	3,116	0,000	—	1>2>3>4
	5001-8000 TL	40	83,85	15,72					
	8001-11000 TL	28	69,82	22,49					
	12000 TL ve Üzeri	27	55,32	18,14					
Ünvan	Diğer Hastane Personeli	32	106,66	17,21	44,822	3,116	0,000	—	1>2>3,4
	Hasta Bakıcı ve Tekniker	40	83,95	15,31					
	Hemşire	20	62,50	18,85					
	Doktor	28	58,36	20,77					
Yöneticilik Görevine Sahip Olma	Evet	72	87,99	25,87	4,173	118	0,000	—	—
	Hayır	48	69,17	21,44					
Kurumda Toplam Çalışma Yılı	0-4 Yıl	31	71,13	19,70	12,297	3,116	0,000	4>1,2,3	—
	5-9 Yıl	29	82,24	22,59					
	10-14 Yıl	36	71,33	27,94					
	15 Yıl ve Üzeri	24	104,04	17,33					

Tablo 4'te sunulan Bağımsız örneklem T Testi sonuçları değerlendirildiğinde hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerinde cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. ANOVA sonuçları değerlendirilmeye alındığında hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık ( $F_{(3,116)}=-0,706$ ,  $p<0,001$ ) düzeyinde yaş değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farklılığın sebebi olan grubun saptanması amacıyla gerçekleştirilen Dunnet T3 testi neticesinde 24-35 yaş arası olan hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeyinin diğer yaş gruplarında olan hastane çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bağımsız örneklem T Testi sonuçları değerlendirildiğinde, hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık ( $t_{(118)}=-1,042$ ,  $p>0,05$ ) düzeylerinde medeni durum ve eğitim durumu değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. ANOVA sonuçları değerlendirilmeye alındığında hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık ( $F_{(3,116)}=44,823$ ,  $p<0,001$ ) düzeylerinde aylık gelir değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farklılığın sebebi olan grubun saptanması amacıyla gerçekleştirilen LSD testi neticesinde aylık geliri düşük olan hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerinin aylık geliri daha yüksek olan hastane çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık ( $F_{(3,116)}=44,822$ ,  $p<0,001$ ) düzeylerinde ünvan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farklılığın sebebi olan grubun saptanması



amacıyla gerçekleştirilen LSD testi neticesinde diğer hastane personelinin örgütsel bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bağımsız örneklem T Testi sonuçları değerlendirildiğinde, hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık ( $t_{(118)}=4,173$ ,  $p<0,001$ ) düzeylerinde yöneticilik görevine sahip olma durumu değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu belirlenmiştir. İncelenen ortalamalar neticesinde yöneticilik görevi almış olan hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerinin yöneticilik görevi almamış olan hastane çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Son olarak, hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık ( $F_{(3,116)}=12,297$ ,  $p <0,001$ ) düzeylerinde kurumda toplam çalışma yılı değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farklılığın sebebi olan grubun saptanması amacıyla gerçekleştirilen Dunnet T3 testi neticesinde 15 yıl ve üzeri süredir kurumda çalışmakta olan hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerinin daha kısa süredir kurumda çalışmakta olan hastane çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Örgütsel kimlik açısından hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algıları arasındaki farkın anlamlılığının test edilmesi amacıyla yapılan Bağımsız örneklem T-Testi sonuçları Tablo 5'te yer almaktadır.

**Tablo 5. Hastane Çalışanlarının Örgütsel Kimlik Algısı Düzeylerinin Demografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi**

	Örgütsel Kimlik	N	$\bar{X}$	SS	F	sd	p	Dunnet T3	LSD
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	53	17,66	6,06	-0,686	118	0,494	—	—
	Erkek	67	18,43	6,18					
<b>Yaş</b>	18-23 Yaş	31	16,45	6,17	5,894	3,116	0,001	3>1	—
	24-29 Yaş	30	17,47	6,32					
	30-35 Yaş	30	21,87	5,16					
	36 Yaş ve Üzeri	29	16,59	5,29					
<b>Medeni Durum</b>	Bekar	45	17,00	6,26	-1,524	118	0,130	—	—
	Evli	75	18,75	5,97					
<b>Eğitim Durumu</b>	Lise	29	17,90	5,89	0,538	3,116	0,657	—	—
	Ön Lisans	30	17,33	6,39					
	Lisans	34	19,18	4,83					
	Lisansüstü	27	17,78	7,50					
<b>Aylık Gelir</b>	2000-5000 TL	27	24,48	5,24	62,260	3,116	0,000	1>2>3>4	—
	5001-8000 TL	40	19,90	4,09					
	8001-11000 TL	28	16,00	3,16					
	12000 TL ve Üzeri	27	10,64	1,66					
<b>Ünvan</b>	Diğer Hastane Personeli	32	24,41	4,80	72,498	3,116	0,000	1>2>3,4	—
	Hasta Bakıcı ve Tekniker	40	19,18	4,06					
	Hemşire	20	16,05	2,48					
	Doktor	28	10,79	1,62					
<b>Yöneticilik Görevine Sahip Olma</b>	Evet	72	19,51	6,29	3,243	118	0,002	—	—
	Hayır	48	15,96	5,20					
<b>Kurumda Toplam Çalışma Yılı</b>	0-4 Yıl	31	18,68	4,03	11,136	3,116	0,000	—	4>1,2,3
	5-9 Yıl	29	16,21	5,95					
	10-14 Yıl	36	15,61	6,25					
	15 Yıl ve Üzeri	24	23,33	5,15					

Tablo 5'de sunulan Bağımsız örneklem T Testi sonuçları değerlendirildiğinde, örgütsel kimlik algısı ( $t_{(118)}=-0,686$ ,  $p>0,05$ ) düzeyinde cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olmadığı belirlenmiştir.

ANOVA sonuçları değerlendirildiğinde, örgütsel kimlik algısı ( $F_{(3,116)}=5,894, p<0,01$ ) düzeyinde yaş değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farklılığın sebebi olan grubun saptanması amacıyla gerçekleştirilen Dunnet T3 testi neticesinde 30-35 yaş arası olan hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bağımsız Örneklem T Testi sonuçları değerlendirilmeye alındığında, örgütsel kimlik algısı ( $t_{(118)}=-1,524, p>0,05$ ) düzeyinde medeni durum ve eğitim durumu  $F_{(3,116)}=0,538, p>0,05$  değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. ANOVA sonuçları değerlendirilmeye alındığında, örgütsel kimlik algısı ( $F_{(3,116)}=62,260, p<0,001$ ) düzeyinde aylık gelir değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farklılığın sebebi olan grubun saptanması amacıyla gerçekleştirilen Dunnet T3 testi neticesinde aylık geliri düşük olan hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısının aylık geliri daha yüksek olan hastane çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Diğer taraftan örgütsel kimlik algısı ( $F_{(3,116)}=72,498, p<0,001$ ) düzeyinde meslek değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farklılığın sebebi olan grubun saptanması amacıyla gerçekleştirilen Dunnet T3 testi neticesinde diğer hastane personelinin örgütsel kimlik algısının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Tablo 5’de sunulan Bağımsız Örneklem T Testi sonuçları değerlendirilmeye alındığında, örgütsel kimlik algısı ( $t_{(118)}=3,243, p<0,01$ ) düzeyinde yöneticilik görevine sahip olma durumu değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu belirlenmiştir. İncelenen ortalamalar neticesinde yöneticilik görevi almış olan hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısının yöneticilik görevi almamış olan hastane çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Son olarak, örgütsel kimlik algısı ( $F_{(3,116)}=1,136, p <0,001$ ) düzeyinde kurumda toplam çalışma yılı değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farklılığın sebebi olan grubun saptanması amacıyla gerçekleştirilen Dunnet T3 testi neticesinde 15 yıl ve üzeri süredir kurumda çalışmakta olan hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısının daha kısa süredir kurumda çalışmakta olan hastane çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

### 3.3. Değişkenlere İlişkin Korelasyon Analizi

Hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık, duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılık düzeyleri ile örgütsel kimlik algısı arasındaki ilişkinin anlamlılığının test edilmesi amacıyla yapılan Pearson Korelasyon Analizi yapılmış, Tablo 6’da analiz sonuçlarına yer verilmiştir

**Tablo 6. Değişkenlere İlişkin Korelasyon Düzeyleri**

	1.	2.	3.	4.	5.
<b>Örgütsel Bağlılık</b>	1,00				
<b>Duygusal Bağlılık</b>	0,97**	1,00			
<b>Devam Bağlılığı</b>	0,98**	0,96**	1,00		
<b>Normatif Bağlılık</b>	0,94**	0,85**	0,88**	1,00	
<b>Örgütsel Kimlik Algısı</b>	0,56**	0,49**	0,55**	0,60**	1,00

\*\*<0,001

Tablo 6’da sunulan Pearson korelasyon analizi sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısı ile örgütsel bağlılık ( $r_{(118)}=0,56, p<0,001$ ), duygusal bağlılık ( $r_{(118)}=0,49, p<0,001$ ), devam bağlılığı ( $r_{(118)}=0,55, p<0,001$ ) ve normatif bağlılık ( $r_{(118)}=0,60, p<0,001$ ) arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre açıklayıcılık oranlarının yüksek çıkması ve sonuçların 0,40 ve 0,60 arasında değerler alması sebebiyle hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısı ile örgütsel bağlılık, duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılık arasında pozitif yönde orta kuvvetli ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır.

### 3.4. Hastane Çalışanlarının Örgütsel Kimlik Algısının Örgütsel Bağlılık Düzeyi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısının örgütsel bağlılık düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlılığının test edilmesi amacıyla yapılan doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 7’de yer almaktadır.

**Tablo 7. Hastane Çalışanlarının Örgütsel Kimlik Algısının Örgütsel Bağlılık Düzeyi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi**

	B	SH	$\beta$	t	p	F	Model (p)	R <sup>2</sup>
(Sabit)	37,336	6,125		6,096	0,000	55,182	0,000	0,319
Örgütsel Kimlik Algısı	2,384	0,321	0,564	7,428	0,000			

Tablo 7’de yer alan basit doğrusal regresyon analizi bulguları değerlendirildiğinde; hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısının, örgütsel bağlılık üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin oluşu belirlenmiştir ( $F_{(1,118)} = 55,182$ ,  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,32$ ). Modelin açıklayıcılık oranının %32 olduğu gözlenmiştir. Buna göre örgüt kimliği algısının ( $\beta = 0,56$ ) örgütsel bağlılığı pozitif yönde etkilediği gözlenmiştir.

Hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısının duygusal bağlılık düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlılığının test edilmesi amacıyla yapılan doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 8’de yer almaktadır.

**Tablo 8. Hastane Çalışanlarının Örgüt Kimliği Algısının Duygusal Bağlılık Düzeyi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi**

	B	SH	$\beta$	t	p	F	Model (p)	R <sup>2</sup>
(Sabit)	12,960	2,243		5,777	0,000	36,565	0,000	0,237
Örgütsel Kimlik Algısı	0,711	0,118	0,486	6,047	0,000			

Tablo 8’de yer alan basit doğrusal regresyon analizi bulguları değerlendirildiğinde; hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısının, duygusal bağlılık üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin oluşu belirlenmiştir ( $F_{(1,118)} = 36,565$ ,  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,24$ ). Modelin açıklayıcılık oranının %24 olduğu gözlenmiştir. Buna göre örgütsel kimlik algısının ( $\beta = 0,49$ ) duygusal bağlılığı pozitif yönde etkilediği gözlenmiştir.

**Tablo 9. Hastane Çalışanlarının Örgüt Kimliği Algısının Devam Bağlılığı Düzeyi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi**

	B	SH	$\beta$	t	p	F	Model (p)	R <sup>2</sup>
(Sabit)	14,428	2,190		6,589	0,000	52,287	0,000	0,307
Örgütsel Kimlik Algısı	0,829	0,115	0,554	7,231	0,000			

Tablo 9’da yer alan basit doğrusal regresyon analizi bulguları değerlendirildiğinde; hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısının, devam bağlılığı üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin oluşu belirlenmiştir ( $F_{(1,118)} = 52,287$ ,  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,31$ ). Modelin açıklayıcılık oranının %31 olduğu gözlenmiştir. Buna göre örgütsel kimlik algısının ( $\beta = 0,55$ ) devam bağlılığını pozitif yönde etkilediği gözlenmiştir.

**Tablo 10. Hastane Çalışanlarının Örgüt Kimliği Algısının Normatif Bağlılık Düzeyi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi**

	B	SH	$\beta$	t	p	F	Model (p)	R <sup>2</sup>
(Sabit)	9,949	1,992		4,995	0,000	65,356	0,000	0,356
Örgütsel Kimlik Algısı	0,843	0,104	0,597	8,084	0,000			

Tablo 10’da yer alan basit doğrusal regresyon analizi bulguları değerlendirildiğinde; hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısının, normatif bağlılık üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin oluşu belirlenmiştir ( $F_{(1,118)} = 65,356, p < 0,001, R^2 = 0,36$ ). Modelin açıklayıcılık oranının %36 olduğu gözlenmiştir. Buna göre örgütsel kimlik algısının ( $\beta=0,60$ ) normatif bağlılığı pozitif yönde etkilediği gözlenmiştir.

#### IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmanın amacı; hastane çalışanlarındaki örgütsel kimlik algısının örgütsel bağlılık düzeyi üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Bu bağlamda araştırma, Hakkâri Devlet Hastanesi’nde görev yapan 120 çalışan gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri Örgütsel Bağlılık Ölçeği ve Örgütsel Kimlik Algısı Ölçeği ile toplanmış, SPSS nicel analiz programı ile analiz edilmiştir.

Katılımcıların örgütsel bağlılık ortalaması  $\bar{X}=3,22$ , duygusal bağlılık ortalaması  $\bar{X}=3,23$ , devam bağlılığı ortalaması  $\bar{X}=3,27$  ve normatif bağlılık ortalaması  $\bar{X}=3,15$  iken Allen ve Meyer (1990)’in makalesinde duygusal bağlılık ortalaması  $\bar{X}=4,63$ , devam bağlılığı ortalaması  $\bar{X}=4,51$  ve normatif bağlılık ortalaması  $\bar{X}=3,77$  olduğu görülmektedir. Katılımcıların örgütsel kimlik algısı ortalaması  $\bar{X}=3,01$ ’dir. Jones ve Volpe (2010)’nin makalesinde ölçek ortalaması  $\bar{X}=3,81$ ’dir. Dolayısıyla çalışmanın ölçek ortalamalarının literatürdeki öncü çalışmalara yakın olduğu ifade edilebilir.

Analizler sonucunda 24-35 yaş arası olan hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerinin diğer yaş grubunda olan hastane çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna sebep olarak kuruma adaptasyon sürelerini tamamlamış olmaları gösterilebilir. 36 yaş ve üzeri yaş grubunda yer alan çalışanları örgütsel bağlılık düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum, bağlamsal koşullarla açıklanabilir. Örneklemin Hakkari’de yer alması nedeniyle 36 yaş ve üzerinde olan çalışanlar edindikleri deneyimle daha iyi fiziki şartlara sahip şehirlerde yer alan örgütlerde iş alternatifleri bularak örgütten ayrılmak isteyebilirler. Bu değerlendirme gelecekteki çalışmalarda nitel yöntemlerle elde edilecek veriler ile analiz edilebilir. Bulgulara göre aylık geliri düşük olan hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerinin aylık geliri daha yüksek olan hastane çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna neden olarak da ekonomik sıkıntı ve başka iş imkanlarının sınırlı oluşu gösterilebilir (Katz ve Kahn, 2005’den akt. Hoş ve Oksay, 2015). Diğer hastane personelinin örgütsel bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu grupta yer alan çalışanların çoğunun taşeron firmalar bünyesinde çalışıyor olması ve işlerini kaybetme korkusuna sahip olmaları bu bulgunun nedeni olarak gösterilebilir. Çalışmanın sonuçlarından biri de yöneticilik görevi almış olan hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerinin yöneticilik görevi almamış olan hastane çalışanlarına kıyasla daha yüksek olmasıdır. Yöneticilik görevine sahip kişiler örgütlerin işleyişi ve çalışmasında rol oynayan kişilerdir. Bu nedenle örgütsel bağlılık düzeyi yüksek bireyler olarak bunun önemini çalışanlarına da benimsetmeye çalışmaktadırlar. Diğer taraftan, 15 yıl ve üzeri süredir örgütte çalışmakta olan hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerinin daha kısa süredir kurumda çalışmakta olan hastane çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna sebep olarak iş hayatındaki tecrübe, işe adaptasyonun sağlanmış olması ve işin tanımını daha iyi biliyor olmaları ve yüksek maaş kriteri neden olarak gösterilebilir.

Araştırma sonuçlarına göre 30-35 yaş arası olan hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısının 18-23 yaş arası olan hastane çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna sebep olarak iş hayatındaki tecrübe, işe uyumun sağlanmış olması gösterilebilir. Bulgulara göre aylık geliri düşük

olan hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısının aylık geliri daha yüksek olan hastane çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aylık geliri düşük çalışanların iş kaybı kaygısı taşıyabilmeleri nedeniyle buldukları örgütlerin her türlü koşuluna adapte olmak zorunda hissedebilirler. Bu sebeple bu çalışanların örgütün değerlerine en sadık bireyler olması sebebiyle örgütsel kimlik algıları yüksek olabilir. Diğer hastane personelinin örgütsel kimlik algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu kişiler aylık geliri düşük bireylerdir. Örgüt içinde aktif rol oynamaları bu kişilerin kurumlarının değerlerine olan bağlılığı ve örgütsel kimlik algılarını artırabilir. Diğer taraftan, yöneticilik görevi almış olan hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısının yöneticilik görevi almamış olan hastane çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışanlar örgütün farklı bir konuma gelmesini sağlayan örgütsel kimlik oluşturma aşamasında aktif rol alan bireylerdir. Bu sebeple bu kişiler örgütsel kimlik algısı yüksek olan bireylerdir. Son olarak, 15 yıl ve üzeri süredir hastanede çalışan bireylerin örgütsel kimlik algısının daha kısa süredir kurumda çalışmakta olan hastane çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Uzun zaman dilimini kapsayacak şekilde bir örgütte çalışan bireyler o örgütün her alanında aktif rol almışlardır. Bu çalışanların örgüte uyumu sağlamış olmaları bu bireylerin kurumsal olarak değer yargılarını artırırken aynı zamanda örgütlerini benimsemelerini sağlamaktadır. Ayrıca uzun yıllardır aynı örgütte çalışanlar ayrılmayı örgüte haksızlık olarak nitelendirerek örgüte bağlı kalma davranışı sergileyebilirler.

Hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısının örgütsel bağlılık, duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılık düzeyleri üzerinde etkisi ve bu etkinin anlamlılığının test edilmesi amacıyla yapılan Regresyon Analizi sonuçlarına göre açıklayıcılık oranlarının yüksek çıkması ve sonuçların 0,40 ve 0,60 arasında değerler alması sebebiyle hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısının örgütsel bağlılığı, duygusal bağlılığı, devam bağlılığı ve normatif bağlılığı üzerinde pozitif yönde orta kuvvetli etki ettiği sonucuna varılmıştır. Araştırma sonuçları Dutton ve diğerlerinin (1994), Foreman ve Whetten (2002)'nin ve Dukerich ve diğerlerinin (2002) araştırma sonuçları ile tutarlıdır.

Araştırmanın kapsamının belirlenmesi sürecinde zaman ve maddi kısıtlar nedeniyle sadece kamu sektöründe çalışan meslek grubu üzerinde veri toplanmasına karar verilmiş ve araştırmanın kapsamı kamu sektöründeki Hakkâri Devlet Hastanesi çalışanlarıyla sınırlandırılmıştır. Araştırmada hastane çalışanlarının örgütsel kimlik algısının örgütsel bağlılık düzeyi üzerindeki etkisi incelenmektedir. Araştırmanın sahip olduğu kısıtlardan biri yapıldığı çalışmanın sadece bir sağlık kuruluşunda yapılmış olmasıdır. Bu anlamda, farklı demografik özellikler, farklı çalışma yapıları gibi özelliklerin farklı sonuçlar doğurabileceği göz önünde bulundurularak çalışmanın farklı sağlık sektörlerinin bulunduğu illerde tekrarlanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Diğer taraftan, gelecekteki araştırmalarda, çalışanlar tarafından algılanan örgütsel kimlik ile onların örgütsel eylemler hakkındaki beklentileri arasındaki ilişki dikkate alınabilir. Bu tür araştırmalar, örgütün eylemleri beklentilerini aştığında veya karşılamadığında üyelerin nasıl tepki verdiğinin anlaşılmasına yardımcı olacaktır. Örgütsel kimlik ve örgütsel bağlılık kapsamında bireylerin içinde buldukları örgüt adına yaşanan olumsuz sonuçlar düşünüldüğünde, örgütlerin bu duruma kayıtsız kalmaları düşünülemez. Özellikle bu iki konunun örgütlerdeki çalışanları duygusal, devam ve normatif olarak nasıl etkilediği ve bu etkinin olumsuz olması durumunda örgütteki yöneticiler tarafından tamamen ortadan kaldırılamasa bile en aza indirgenmesi konusunda önlemler alınması gerekmektedir. Yöneticilerin bu konuda, örgütte yönetim- çalışan iş birliğine dayanan bir uyumu sağlaması önemli hale gelmektedir.

**KAYNAKLAR**

- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance, and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63(1), 1-18.
- Ashforth, B. E., & Mael F. A. (1989). Social identity theory and the organization. *The Academy of Management Review*, 14(1), 20-39.
- Balay, R. (2000). *Yönetici ve öğretmenlerde örgütsel bağlılık*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Benkhoff, B. (1997). Ignoring commitment is costly: New approaches establish the missing link between commitment and performance, *Human Relations*, 50(6), 701-726.
- Bishop, See J. W., & Scott, K. D. (1997). How commitment affects team performances, *HR Magazine*, February, 42(2), 107-111.
- Blau, P., & Scott, R. (1962). *Formal organizations*. Scranton: Chandler Publishing Company.
- Brunninge, O. (2005). *Organizational self- understanding and the strategy process*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Strategy dynamics in Scania and Handelsbanken. JIBS, Jönköping.
- Corley, K.G. (2004). Defined by our strategy or our culture: Hierarchical differences in perception of organizational identity and change. *Human Relations*, 57(9), 1145-1177.
- Corley, K., Harquail, C. V., Pratt, M., Glynn, A., Fiol, C. M., & Hatch, M. J. (2006). Guiding organizational identity through aged adolescence. *Journal of Management Inquiry*, 15(2), 85-99.
- Cornelissen, J.P., Haslam, S.A., & Balmer, J.M. (2007). Social identity, organizational identity and corporate identity: Towards an integrated understanding of processes, patternings and products. *British Journal of Management*, 18, 1-16.
- Çöl, G., (2004). Örgütsel bağlılık kavramı ve benzer Kavramlarla İlişkisi. *İş, Güç Endüstri İlişkileri İnsan Kaynakları Dergisi*, 6(2).  
<http://www.isguc.org/?p=article&id=233&cilt=6&sayi=2&yil=2004>
- Dukerich, J.M., Golden, B.R., & Shortell, S.M. (2002). Beauty is in the eye of the beholder: The impact of organizational identification, identity, and image on the cooperative behaviors of physicians. *Administrative Science Quarterly*, 47(3), 507-533.
- Duman, Ş.A., Paşamehmetoğlu, A., & Poyraz, A.B. (2013). Örgütsel kimlik algısı, örgütsel bağlılık ve örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma, *Journal of Business Economics and Political Science*, 2(4), 75-89.
- Dutton, J.E., Dukerich, J.M., & Harquail, C.M. (1994). Organizational images and member identification. *Administrative Science Quarterly*, 39(2), 239-263.
- Elsbach, K. & Kramer, R. (1996). Members response to organizational identity threats: encountering and countering the Business Week rankings. *Administrative Science Quarterly*, 41(3), 442-476.
- Erkmen, T., & Çerik, Ş. (2007). Kurum imajını oluşturan kurum kimliği boyutları bağlamında örgüte bağlılığın incelenmesi: Üniversite öğrencileri üzerine bir uygulama. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Öneri Dergisi*, 7(28), 107-119.
- Foreman, P., & Whetten, D.A. (2002). Members' identification with multiple-identity organizations. *Organization Science*, 13(6), 618-635.

- Gautam, T., Dick, R. V., & Wagner, U. (2004). Organizational identification and organizational commitment: Distinct aspects of two related concepts. *Asian Journal of Social Psychology*, 7(3), 301-315.
- Gioia, D., Schultz, M., & Corley, K. (2000). Organizational identity, image and adaptive instability. *Academy of Management Review*, 25(1), 63-81.
- Gürbüz, S. & Şahin, F. (2016). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri felsefe, yöntem, analiz* (3. baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hoş, C. & Oksay, A. (2015). Hemşirelerde örgütsel bağlılık ve iş tatmini ilişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(4), 1-24.
- Jones C, Volpe, E.H. (2010). Organizational identification, extending our understanding of social identities through social networks. *Journal of Organizational Behavior*, 32(3), 413-434.
- İnce, M., & Gül, H. (2005). *Yönetimde yeni bir paradigma: Örgütsel bağlılık*. Ankara: İleri Giden Ofset.
- Karagöz, Y. & Ekici, S. (2016). Sosyal bilimlerde yapılan uygulamalı araştırmalarda kullanılan istatistiksel teknikler ve ölçekler. *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 5(1), 25-43.
- Karasar, N. (2016). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Katz, D. & Kahn R. L. (2005). *Örgütlerin toplumsal psikolojisi*. (Çeviren H. Can, Y. Bayar), Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları.
- Lum, L., Kervin, J., Clark, K., Ried, F. & Sirola, W. (1998). Explaining nursing turnover Intent: job satisfaction, pay satisfaction, or organizational commitment? *Journal of Organizational Behavior*, 19(3), 305-320.
- Luthans, F. (2011). *Organizational behavior*. McGraw-Hill Inc.
- Mael, F., & Ashforth, B. (1995). Loyal from day one: Biodata organizational identification, and turnover among newcomers. *Personnel Psychology*, 48(2), 309-333.
- Mathieu, J. E., & Zajac, D.M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, aorrelates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108(2), 171-194.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89.
- Meyer, J.P. & Allen, N. J. (1997). *Commitment in the workplace: Theory, research, and application*. Thousand Oaks, Sage.
- Okay A. (1999). *Kurum kimliği*, İstanbul: Mediacat Yayınları.
- Ravasi, D., & Van Rekom, J. (2003). Key issues in organizational identity and identification theory. *Corporate Reputation Review*, 6(2), 862-898.
- Reger, R. K., Gustafson, L. T., DeMarie, S. M., & Mullane, J. V. (1994). Reframing the organization: why implementing total quality is easier said than done. *Academy of Management Review*, 19(3), 565-584.
- Selznick, P. (1957). *Leadership in administration*. Harper & Row.

- Stephens, R. D., Dawley, David. D., & Stephens, D. B. (2004). Director role potential as antecedents of normative and affective commitment on nonprofit boards. *Organizational Analysis*, 12(4), 395-413.
- Tüzün, İ. K., & Çağlar İ. (2008). Örgütsel özdeşleşme kavramı ve iletişim etkinliği ilişkisi. *E Journal of Yaşar University*, 9(2), 1011-1027.
- Porter, L. W., Steers, R.M., Mowday, R.T., & Boulian, P.V. (1974). Organizational commitment, job satisfaction and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59(5), 603-609.
- Rahmani, H., Azari, S., Vasokolaee, G. R., Mirghaed, M.T., & Raadabadi, M. (2015). Organizational culture and organizational commitment; correlational study in hospital staffs. *Asian Social Science*, 11(5), 143-149.
- Tajfel, H. (1982). Social psychology of intergroup relations. *Annual Review Psychology*, 33(1), 1-39.
- Turner, J. C. (1982). *Towards a cognitive redefinition of the social group*. In Social Identity and Intergroup Relations. (H. Tajfel, Edition). Cambridge University Press.
- Wasti, S.A. (2002). Meyer ve Allen'in üç boyutlu örgütsel bağlılık ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizi. *VIII Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildirisi*, Nevşehir
- Whetten, D. A., & Godfrey, P.C. (1998). *Identity in organizations: building theory through conversations*. Sage.
- Whetten, D. A., & Mackey, A. (2002). A social actor conception of organizational identity and its implications for the study of organizational reputation. *Business and Society*, 41(4), 393-414.
- Wiener, Y. (1982). Commitment in organizations: A normative view. *Academy of Management Review*, 7(3), 418-428.





# OECD ÜLKELERİNDE HASTANE YATIŞ SÜRESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Seda AYDAN \*  
Cengiz ARIKAN \*\*


## ÖZ

Bir hastanın hastaneye başvurusu ile taburculuğu arasında geçen süre olarak ifade edilebilecek olan "hastanede yatış süresi" pek çok çalışmada kalite, performans ve verimlilik ile ilgili önemli bir sonuç ölçüsü olarak değerlendirilmektedir. Yatış süresinin kısa olması; hastanın kısa sürede etkin şekilde tedavi edilmiş olmasından kaynaklanabilir ve bu kalite göstergesi olarak kullanılabilir. Ancak hasta çeşitli nedenlerle gereken yeterli tedaviyi almadan çıkmış olabilir ve bunu değerlendirmek her zaman mümkün olmamaktadır. Hastanın yeterli tedaviyi almadan çıkması, sağlık çalışanı ve yatak sayısının yetersiz olması gibi kaynaklarla ilişkili ya da doğrudan sağlık statüsüne bağlı olarak da gelişmiş olabilir. Bu doğrultuda çalışmada, OECD ülkelerinde, yatak sayısı, sağlık çalışanı sayısı (doktor ve hemşire sayısı) ve bireylerin algıladıkları sağlık statüsünün (kötü sağlık statüsüne sahip olma oranı) yatış süresi üzerindeki etkisini incelemek amaçlanmıştır. Çalışma kapsamında seçilmiş OECD ülkelerinin 2005-2017 yıllarına ait yıllık verileri kullanılarak panel modeller tahmin edilmiştir. Spesifikasyon testleri neticesinde belirlenen en uygun model olan sabit etkiler modeline göre; seçilmiş OECD ülkelerinde ortalama hastane yatış süresi 5,55'tir. Yatış süresi üzerinde 1.000 kişiye düşen yatak sayısı ve algılanan sağlık statüsü pozitif, 1000 kişiye düşen sağlık hizmeti çalışanı sayısı ise negatif etki yaratmaktadır. Yatış süresini sadece verilen sağlık hizmetinin kalitesi belirlememektedir ve bazen kısa bazen ise uzun yatış süresi kaliteli hizmet sunumunun göstergesi olabilir. Bu nedenle, yatış süresi bir kalite göstergesi olarak kullanılırken; yatak sayısı, sağlık çalışanı sayısı gibi kaynaklara ilişkin ve doğrudan sağlık statüsüne ilişkin pek çok faktörle birlikte değerlendirilmelidir.


**Anahtar Kelimeler:** Hastane Yatış Süresi, Kalite Göstergesi, Hastane Yatak Sayısı, Algılanan Sağlık Statüsü, Panel Veri

## MAKALE HAKKINDA

\* Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, sedaaydan@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1221-6768>

\*\*Dr., TC Ticaret Bakanlığı- Risk Yönetimi, Tasfiye ve Döner Sermaye Genel Müdürlüğü, c.arikan@ticaret.gov.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-8926-5707>

Gönderim Tarihi: 27.09.2020

Kabul Tarihi: 24.11.2020

## Atıfta Bulunmak İçin:

Aydan, S. ve Arkan, C. (2021). OECD Ülkelerinde Hastane Yatış Süresini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 127-138

## EXAMINATION OF FACTORS AFFECTING LENGTH OF HOSPITAL STAY IN OECD COUNTRIES

Seda AYDAN \*  
Cengiz ARIKAN \*\*


### ABSTRACT

*Length of hospital stay, which can be expressed as the time between a patient's admission to the hospital and discharge, is considered an important outcome measure regarding quality, performance and efficiency in many studies. Shorter length of stay may result from the patient being treated effectively in a short time and this can be used as a quality indicator. However, the patient may have left without adequate treatment for various reasons and it is not always possible to evaluate this. The patient leaving without receiving adequate treatment may also have developed due to reasons related to resources such as insufficient number of healthcare professionals and beds or directly to health status. In this direction, the study aimed to examine the effect of the number of hospital beds, the number of healthcare professionals (number of doctors and nurses) and perceived health status (the proportion of those with bad health status) on the length of stay in OECD countries. In this study, panel models was estimated by using yearly data from 2005 to 2017 for selected OECD countries. According to fixed effect panel data model which is determined by specification tests, an average length of hospital stay in selected OECD countries is 5.55 days. The number of hospital beds per 1000 inhabitants and perceived health status have a positive, the number of healthcare professionals per 1000 inhabitants has a negative effect on length of stay. The length of stay is not determined solely by the quality of the healthcare service provided, and sometimes shorter and sometimes longer length of stay may indicate quality care. Therefore, while length of stay is used as a quality indicator it should be evaluated together with many factors related to resources such as number of healthcare professionals and beds and directly related to health status.*

**Keywords:** Length of Hospital Stay, Quality Indicator, Hospital Beds, Perceived Health Status, Panel Data

### ARTICLE INFO

\* Assist. Prof., Hacettepe University, sedaaydan@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1221-6768>

\*\* T.R. Ministry of Commerce, c.arikan@ticaret.gov.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-8926-5707>

Received: 27.09.2020

Accepted: 24.11.2020

### Cite This Paper:

Aydan, S. ve Arkan, C. (2021). OECD Ülkelerinde Hastane Yatış Süresini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 127-138

## I. GİRİŞ

“Bir hastanın hastaneye başvurması ile taburculuğu arasında geçen süre” olarak ifade edilebilecek olan hastanede yatış süresinin kontrolü önemli görülmektedir (Mozes, 1989). Pek çok çalışmada yatış süresi, kalite ve performans iyileştirme ve verimlilik ile ilgili önemli bir sonuç ölçüsü ve göstergesi olarak değerlendirilmektedir (American College of Surgeons Committee on Trauma, 1999; Englert vd., 2001; Guru vd., 2005; Jimenez vd., 1999; O’Keefe vd., 1999; Thomas vd., 1997). Hastanede yatış süresi hastanede verilen tıbbi hizmete bağlı sağlık maliyetinin de önemli bir belirleyicisidir (Mozes, 1989).

O’Keefe ve diğerleri (1999) hastanede yatış süresinin, kaynak kullanımının anlamlı bir ölçüsünü temsil ettiğini ve bakımı iyileştirme çabalarına odaklanmaya yardımcı olabileceğini belirtmiştir. Amerikan Cerrahlar Koleji Travma Komitesi (The American College of Surgeons Committee on Trauma) (1999) bir performans iyileştirme programı için örnek sonuç ölçütü olarak yatış süresini kullanmaktadır. Başka bir çalışmada (Guru vd., 2005) yatış süresinin koroner arter bypass ameliyatı için önemli kalite göstergelerinden biri olarak kullanılabilirliği ortaya konmuştur. Thomas ve diğerleri (1997) yatış süresinin, hastane performansının değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan bir gösterge olduğunu, en yaygın olarak ise, hastane verimliliğinin bir göstergesi olarak kullanıldığını belirtmiştir. Daha uzun ortalama yatış süresine sahip hastanelerin kaynak kullanımında nispeten verimsiz olduğu ve düşük yatış süreli olanların verimli olduğu düşünülmektedir. Rapoport ve diğerleri (2003) yatış süresini hastane yoğun bakımının ekonomik performansını değerlendirmek için kullanmıştır. Jimenez ve diğerleri (1999) ise yatış süresini bakımın verimliliğinin bir göstergesi olarak kullanmıştır. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD) ve Dünya Sağlık Örgütü’nün (2012) birlikte hazırladığı raporda da yatış süresi, hastane kaynaklarının nasıl kullanıldığını gösteren verimliliğin bir ölçüsü olarak ele alınmıştır (OECD/World Health Organization, 2012).

Hastaların şifa ile taburcu edilmesi şartı ile, ortalama hastanede yatış süresinin düşük çıkması sonucunda, hastane performansı yüksek olarak kabul edilebilir (Yiğit ve Ağırbaş, 2004). Ancak yapılan çalışmalarda hastaların gereken tedaviyi alıp almadığını belirlemek genellikle mümkün olmamakta ve tek başına yatış süreleri üzerinden analizler ve değerlendirmeler yapılmaktadır. Hastane yatış süresinin kısa olması, hastanın kısa sürede tedavi edilerek taburcu edildiğinin bir göstergesi olabilir. Ancak, hastanın yeterli tedaviyi almadan taburcu edilmiş olabileceği durumlar da söz konusu olabilir. Hastanın yatış süresi klinik veya klinik olmayan nedenlere bağlı olarak değişebilir. Hastanın hastalığının ağır olması, komorbiditesinin yüksek olması gibi klinik nedenler hastanın uzun süre yatmasını gerektirebilir. Bu durumda, farklı vakalar farklı yatış süreleri gerektirir. Hastalar, sağlık hizmeti sunucularının sonuçları beklemeleri nedeniyle geç karar vermesi, teşhis için yapılacak testlerin geç planlanması, taburculuk planının hazırlanmasındaki gecikmeler veya bilirkişiye erişimin sınırlı olması nedeniyle konsültasyon için bekleme gibi kaynaklara bağlı veya teknik nedenlerle de hastane yatışlarında uzamalar yaşayabilirler (Selker vd., 1989). Bu nedenle, yatış süresini klinik faktörler önemli ölçüde etkilerken, klinik olmayan faktörlerin de dikkate alınması önemlidir. Örneğin, bir hastanedeki yatak sayısı da yatış süresini etkileyebilir. Yatak sayısı az olan hastaneler, hastaları bir an önce taburcu ederek yeni hastaları kabul etmek isteyebilirler. Ayrıca, maliyetlerini düşürmek isteyen hastaneler de hastaları hastanede uzun süre tutmak istemeyerek, hastanın gerekli tedaviyi almadan çıkmasına yol açabilirler. Brasel ve diğerleri (2007) da yatış süresinin klinik olmayan faktörlerden de etkilenebileceğini belirtmiştir. Buna göre, hastaların ödeme şekli, hastanenin yaşadıkları yere uzaklığı gibi faktörlerin yatış süresi üzerindeki etkisini anlamlı bulmuşlardır.

Numanoğlu Tekin ve diğerlerinin (2016) hastane yatış süresini etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçladıkları çalışmanın sonuçlarına göre; hastane yatış süresinin yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalık olup olmama durumu, hastanenin bulunduğu coğrafik bölge, hastane yatak kapasitesi, hastane mülkiyet durumu, yatış yapılan mevsim, hastane hizmet türü ve hastane yerleşim yerinden etkilendiği ortaya konulmuştur. Görüldüğü üzere, hastane yatış süresi verilen sağlık hizmetinin kalitesi dışında pek çok faktörden etkilenebilmektedir. Bu nedenle, hastanede yatış süresinin bir kalite ve performans göstergesi olarak kullanılabilmesi için, hastaların tamamen tedavi olarak hastaneden ayrılıp

ayılmadıklarının bilinmesi gerekir. Yatış süresinin verilen hizmetin kalitesiyle beraber ölçülemediği, tek başına ölçüt olarak ele alındığı durumlarda, yatış süresinin bazen kısa olması bazen ise uzun olması kaliteli bakımın bir göstergesi olabilir. Dolayısıyla, yatış süresinin bir kalite göstergesi olarak nasıl değerlendirilmesi gerektiği üzerinde düşünülmelidir. Yatış süresinin kalite göstergesi olarak kullanımı karmaşıktır ve bunu tartışan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Brasel vd., 2007; Cram, 2019; Thomas vd., 1997).

Thomas ve diğerleri (1997) yatış süresi ile bakım kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemişler ve yatış süresinin kaliteyle ilgili olduğunun düşünülebileceğini belirtmişlerdir. Thomas ve diğerlerine göre; örneğin, hastaneler, maliyetleri düşürmek amacıyla hastaları erken taburcu ettikleri durumda, ortaya çıkan beklenenden önemli ölçüde düşük yatış süreleri düşük kaliteli bakımın göstergesi olarak düşünülebilir. Diğer yandan, düşük kaliteli bakım komplikasyonlara neden olursa, yatış süreleri uzama eğilimi gösterir. Bu varsayım altında, beklenenden daha uzun yatış süreleri düşük kaliteli bakımın göstergesi olarak görülebilir. Thomas ve diğerleri (1997) inceledikleri 13 klinik durumun her birinde, kalitesiz bakım alan vakaların, bakımı kabul edilebilir kalitede olan vakalardan önemli ölçüde daha uzun yatış sürelerine sahip olduğunu bulmuşlardır.

Özetle, yatış süresinin kısa olması, iyi sunulan ve kısa sürede tedavi sağlayan bir sağlık hizmetinin göstergesi olabilir ve bu durumda düşük yatış süresi yüksek kaliteli bakımın bir göstergesi olarak yorumlanabilecektir. Ancak, hasta gereken yeterli tedaviyi almadan çıkmış olabilir ve bunu değerlendirmek her zaman mümkün olmamaktadır. Bu durum hastanenin yeterli yatağa ya da diğer kaynaklara sahip olmaması, maliyetleri azaltmak istemesi veya hastadan kaynaklı nedenlerle gerçekleşebilir. Yatış süresinin uzun olması ise, hastanın ağır bir hastalığa sahip olması ve komorbiditesinin yüksek olmasından kaynaklanabileceği gibi; düşük kaliteli bakım nedeniyle hastada komplikasyon oluşması, hizmeti sunanların tedavide başarılı olamaması ya da hastanedeki diğer teknik nedenlerden kaynaklanıyor da olabilir.

Yatış süresinin; hastaların taburculuğa hazır olma durumu (Kaya vd., 2018), hastaların hastaneye yeniden yatış oranları (Garg vd., 2018; Gorman vd., 2010; Heggsted, 2002; Kossovsky vd., 1999; Shah vd., 2018; Shu vd., 2012), beklenen yaşam süresi (Bayın, 2016; Çınaroğlu, 2016), ölüm oranı (Lingsma vd., 2018) gibi çeşitli göstergelerle ilişkili olması nedeniyle incelenmesi son derece önemli olan bir göstergedir. Çalışmada, yatış süresinin sadece verilen tıbbi bakım ile ilgili olmadığını ortaya koyabilmek için, OECD ülkelerinde, sağlık kaynaklarından yatak sayısının ve sağlık çalışanı (doktor ve hemşire) sayısının ve algılanan sağlık statüsünün (kötü sağlık statüsüne sahip olma oranı) yatış süresi üzerindeki etkisini incelemek amaçlanmıştır.

## II. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmada, seçilmiş OECD ülkelerinde; yatak sayısı, sağlık çalışanı sayısının (doktor ve hemşire sayısı) ve bireylerin algıladıkları sağlık statüsünün (kötü sağlık statüsüne sahip olma oranı) yatış süresi üzerindeki etkisini incelemek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, yatış süresi bağımlı değişken, yatak sayısı, sağlık çalışanı sayısı ve algılanan sağlık statüsü bağımsız değişkenler olarak ele alınmıştır. Çalışmada kullanılan bu değişkenlere ilişkin veriler OECD veri tabanından elde edilmiştir. OECD ortalama **hastane yatış süresini** “*hastaların hastanede geçirdiği ortalama gün sayısı*” olarak tanımlamıştır. Genellikle bir yıl boyunca tüm yatan hastalar tarafından kalınan toplam gün sayısının kabul veya taburcu sayısına bölünmesiyle ölçülmektedir. Analize dâhil edilen **hastane yatağı**, hastanelerde yatan hastalara hizmet vermek için kullanıma hazır yatak sayısıdır ve bu gösterge 1000 kişi başına düşen yatak sayısı ile ölçülmektedir. **Sağlık çalışanı sayısı** ise doktor ve hemşire sayılarını içermekte ve 1000 kişi başına ile ölçülmektedir. **Algılanan sağlık statüsü** ise, 15 yaş üstünde kötü ya da çok kötü hisseden nüfus oranı dâhil edilmiştir (OECD Data, 2020; OECD Stat, 2020).

Mümkün olan en yüksek gözlem sayısına ulaşmak ve mümkün olan en geniş veri seti ile yapılan tahminler daha tutarlı tahmin ediciler üretmektedir. Ancak, OECD ülkeleri için kesintisiz bir şekilde sağlık istatistiklerin tamamına ulaşmak mümkün olmamaktadır. Bu sebeple, zaman aralığı ve ülke sayısını maksimum kılacak bir seçim yapılarak veri dönemi ve ülkeler belirlenmiştir. Bu kapsamda,

çalışmaya belirtilen serilere ilişkin 2005-2017 yıllarına ait veriler 21 OECD ülkesi için derlenmiştir. Bu şekilde araştırmaya dâhil edilen ülkeler; Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Avusturya, Belçika, Estonya, Fransa, İspanya, İsrail, İsveç, İsviçre, İzlanda, Kanada, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Norveç, Polonya, Slovakya, Slovenya ve Türkiye'dir. Serilerde bazı yıllara ait gözlemler olmadığından bu değerler yerine tahmin değerleri kullanılmıştır.

Seçilmiş OECD ülkeleri için yatak sayısı, sağlık çalışanı sayısı ve algılanan sağlık statüsü değişkenlerinin hastane yatış süresi üzerindeki etkilerini inceleyen bu çalışmada panel veri analizi kullanılmıştır. Panel veri seti hem zaman serisi hem de yatay kesit gözlemlerine ait verileri barındırdığından, daha fazla veri ile çalışma imkânı sağlamaktadır. Gözlem sayısı ve serbestlik derecesi arttığından değişkenler arasındaki çoklu doğrusal bağlantı azalmakta ve tahminlerin etkinlikleri ve güvenilirlikleri artmaktadır (Tatoğlu, 2018). Diğer taraftan panel belirli bir grup için zaman serisi boyutunda gözlemlenen iktisadi sorunları analiz etmede kullanılan bir yöntemdir. Serilerin birim kök sınamaları yapılmış ve seriler düzeyde durağan oldukları için serilerin düzey değerleri kullanılarak panel modeller tahmin edilmiştir. Analizler Stata 14 paket programında yapılmıştır.

## 2.1. Kısıtlılıklar

Çalışmada incelenen değişkenler, bireyler ya da hastaneler bazında değil, ülkelerin genel verileri üzerinden yapılmıştır. Bu nedenle hastaların sağlık statüsü, komorbidite skorları, yatak başına düşen sağlık çalışanı sayısı gibi hasta ve hastanelere ait ayrıntılı veriler değerlendirilememiş çalışma genel bir bakış açısı sunmuştur. Ayrıca, ülkelere ilişkin verilerin eksik olması nedeniyle bazı OECD ülkeleri analize katılamamıştır.

## III. BULGULAR

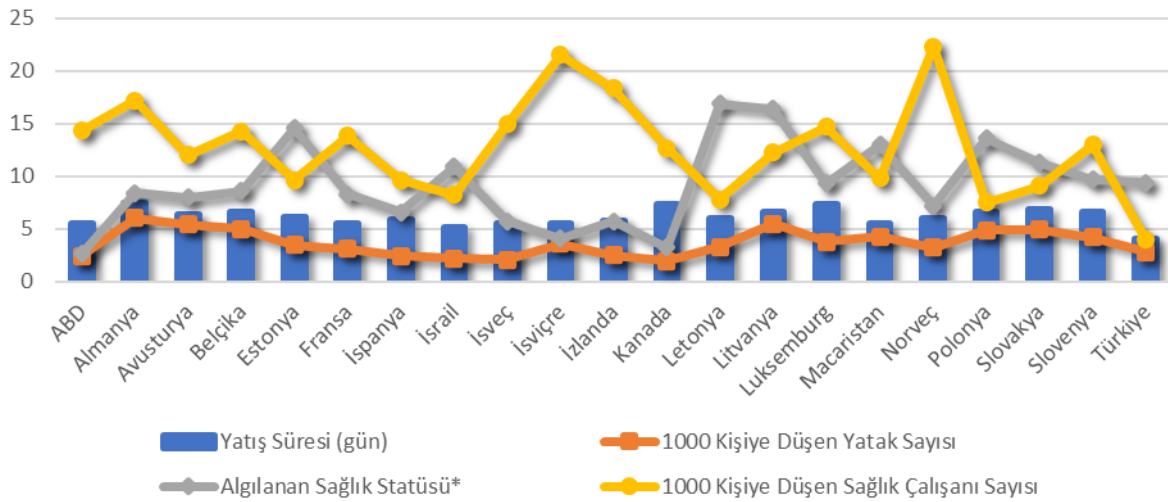
Analize dâhil edilen OECD ülkelerinde 2005-2017 yılları arasındaki; yatış süresi ortalama 6,33 gün, 1000 kişi başına düşen sağlık çalışanı sayısı ortalama 11,92, hastane yatak sayısı ise ortalama 3,97'dir. Algılanan sağlık statüsü kötü ya da çok kötü olanların oranı ise %10,54'tür (Tablo 1).

**Tablo 1. Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler**

Göstergeler	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
1.000 kişi başına düşen sağlık çalışanı sayısı	11,92	4,114	2,61	22,33
1.000 kişi başına düşen yatak sayısı	3,97	1,314	1,96	6,43
Algılanan sağlık statüsü*	10,54	5,247	2,50	22,70
Yatış süresi (gün)	6,33	0,971	3,90	8,80

\* 15 yaş üstü nüfusta sağlık statüsünü kötü ya da çok kötü algılayanların oranı

Ülkelerin 2017 yılına ait göstergelerine bakıldığında, en yüksek ortalama yatış süresi Almanya'ya (7,5) ait olmakla birlikte, en yüksek hastane yatağı sayısı (6,02) da yine Almanya'ya aittir. Almanya'dan sonra ortalama yatış süresi en yüksek olan diğer ülkeler Kanada (7,4) ve Lüksemburg (7,4)'tur. Ortalama 1,96 yatak sayısı ile 1000 kişiye düşen en az yatak sayısına sahip olan ülke Kanada'dır. En düşük ortalama yatış süresi ortalama 4,1 ile Türkiye'ye ait olmakla birlikte, 1.000 kişiye düşen sağlık çalışanı sayısı da yine Türkiye'ye (3,94) aittir. Türkiye'den sonra ortalama yatış süresi en az olan diğer ülkeler İsrail (5,1), ABD (5,5), İsveç (5,5), İsviçre (5,5), Macaristan (5,5)'dir. 1000 kişiye düşen sağlık çalışanı sayısı en fazla olan ülke ortalama 22,33 ile Norveç'tir. Sağlık statüsünü kötü ya da çok kötü olarak algılayanların oranının en fazla olduğu ülke 16,9 ile Letonya iken, bu oranın en az olduğu ülke 2,6 ile ABD'dir (Grafik 1).

**Grafik 1. Ülkelerin 2017 Yılına Ait Göstergeleri**

\* 15 yaş üstü nüfusta sağlık statüsünü kötü ya da çok kötü algılayanların oranı

Çalışma kapsamında yer alan ülkelerin 2005-2017 yıllarına ait verileri kullanılarak havuzlanmış, rastgele etkiler ve sabit etkiler panel modelleri tahmin edilmiştir. Tanımlanan değişkenler kullanılarak elde edilen tahmin sonuçları Tablo 2’de yer almaktadır.

**Tablo 2. Panel Model Tahmin Sonuçları**

Bağımlı Değişken: Hastane Yatış Süresi			
Bağımsız Değişkenler	Havuzlanmış Regresyon	Rastgele Etkiler	Sabit Etkiler
1.000 Kişiyeye Düşen Yatak Sayısı	0,476*** (11,800)	0,427*** (6,030)	0,326*** (3,690)
1.000 Kişiyeye Düşen Sağlık Çalışanı Sayısı	0,004 (0,290)	-0,020 (-0,740)	-0,091 (-2,520)
Algılanan Sağlık Statüsü	-0,047*** (-3,650)	0,027 (1,640)	0,054*** (3,040)
Sabit	4,880*** (17,910)	4,583*** (8,710)	5,550*** (8,350)
F / Wald	53,860***	60,040***	21,440***
Breusch-Pagan Testi	781,580***		
Hausmann Testi	17,620***		
Parantez içindeki değerler t istatistiklerini, *, ** ve *** ise sırasıyla %10, %5 ve %1 anlamlılık düzeylerini göstermektedir.			

Hastane yatış süresi için hem sabit etkiler hem rastgele etkiler hem de havuzlanmış panel modeller tahmin edilmiştir. Hangi modelin en uygun model olduğunu belirlemek amacıyla ilk olarak havuzlanmış modelin geçerli olduğu yokluk hipotezine karşı rastgele etkilerin geçerli olduğunun sınıandığı Breush Pagan testi yapılmış ve yokluk hipotezi %5 anlamlılık düzeyinde reddedilmiştir. Ardından rastgele etkiler modelin geçerli olduğu yokluk hipotezine karşı sabit etkiler modelinin geçerli olduğu hipotezlerin sınaması Hausmann testi aracılığıyla yapılmış ve yokluk hipotezi %5 anlamlılık düzeyinde reddedilmiştir. Her iki bağımlı değişken için kurulan modeller için de, değişkenlerin sabit etkiler modeli ile tahmin edilmesinin uygun olduğuna karar verilmiştir. Daha sonra, tahmin edilen sabit etkiler modelinin geçerliliğini sınamak amacıyla ekonometrik varsayımlar bozulmaları incelenmiştir. Varsayım bozulmalarına ilişkin test sonuçları Tablo 3’te yer almaktadır.

**Tablo 3. Varsayım Bozulmaları Test Sonuçları**

Varsayım Bozulumu	Test İstatistiği
LBI Testi (Otokorelasyon)	5,510***
CD Testi (Yatay Kesit Bağımlılığı)	1,463
Modified Wald (Değişen Varyans)	13427,900***

Yatay kesit bağımlılığının olup olmadığı Pesaran CD LM testi ile, otokorelasyon olup olmadığı Baltagi Wu LBI testi ile ve değişen varyans olup olmadığı Modifiye edilmiş Wald testi ile araştırılmış ve kurulan yokluk hipotezleri, otokorelasyon ve değişen varyans için %1 anlamlılık düzeyinde reddedilmiş ancak yatay kesit bağımlılığı için kurulan hipotez reddedilememiştir. Sonuç olarak modelde değişen varyans ve otokorelasyon sorunu bulunmaktadır.

Modellerde değişen varyans, otokorelasyon ya da yatay kesit bağımlılığı sorunlarından en az birinin olması halinde varyanslar ve dolayısıyla da standart hatalar, t ve F istatistiklerinin geçerlilikleri etkilenmektedir. Bu durumu bertaraf etmek için modeller dirençli standart hatalar üreten tahmin yöntemleri kullanılmalıdır (Tatoğlu, 2018). Sabit etkiler için dirençli standart hatalar üreten Driscoll Karay ile modeller tahmin edilmiş olup sonuçları Tablo 4'te yer almaktadır.

**Tablo 4. Driscoll Karay Panel Model Tahmin Sonuçları**

Bağımsız Değişkenler	Sabit Etkiler
Bağımlı Değişken: Hastane Yatış Süresi	
1.000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı	0,326*** (6,470)
1.000 Kişiye Düşen Sağlık Çalışanı Sayısı	-0,091*** (-3,510)
Algılanan Sağlık Statüsü	0,054** (2,330)
Sabit	5,550*** (12,200)
F İstatistiği	178,650***
Parantez içindeki değerler t istatistiklerini, **, * ve *** ise sırasıyla %10, %5 ve %1 anlamlılık düzeylerini göstermektedir.	

2005-2017 dönemi için tahmin edilen sabit etkiler modeline göre; seçilmiş OECD ülkelerinde ortalama hastane yatış süresi 5,55 gündür. 1000 kişiye düşen yatak sayısının ve algılanan sağlık statüsünün hastane yatış süresi üzerinde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. 1000 kişiye düşen yatak sayısı bir birim arttığında, hastane yatış süresi ortalama 0,326 gün ve algılanan sağlık statüsü bir birim arttığında ise hastane yatış süresi ortalama 0,054 gün artmaktadır. Diğer taraftan, 1000 kişiye düşen hekim ve hemşire sayısını gösteren sağlık çalışanı sayısının hastane yatış süresi üzerinde negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir etki yarattığı bulunmuştur. 1000 kişiye düşen sağlık çalışanı sayısı 1 birim arttığında hastane yatış süresi ortalama 0,091 gün azalmaktadır.

#### IV. TARTIŞMA

Ülkelerde kişi başına düşen hastane yatağı sayısı, sağlık çalışanı sayısı ve algılanan sağlık statüsünün yatış süresi üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Kişi başına düşen hastane yatağındaki artışın yatış süresi üzerinde anlamlı ve pozitif yönde etkiye sahip olması, daha fazla hastane yatağına sahip olan ülkelerde hastaların daha uzun yatabilme imkânı bulabildiklerini gösteriyor olabilir. Dolayısıyla, bu durum daha az yatağa sahip olan ülkelerde, kaynağın yetersiz olması nedeniyle, hastaların gerekli tedaviyi tam olarak almadan ya da taburculuğa hazır olmadan hastaneden ayrıldıklarını gösterebilir. Hastane yatak kapasitesinin artması ile birlikte yatış süresinin de arttığını ortaya koyan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Krantz vd., 2008; Numanoğlu Tekin vd., 2016).



Sağlık statüsünün kötü ya da çok kötü olarak algılandığı ülkelerde ortalama yatış süresi daha fazladır. Bunun nedeni daha ağır hastalıklara veya yüksek komorbiditeye sahip olma olabilir. Daha ağır hastalığı olan ülkelerde bireylerin algılanan sağlık statüsünü kötü ya da çok kötü olarak değerlendirmesi daha olasıdır ve bu kişilerin daha uzun yatış sürelerine sahip olması da beklendik bir durumdur. Çeşitli çalışmalarda yüksek komorbiditenin yatış süresini anlamlı şekilde artırdığını ortaya konmuştur (Culakova vd., 2014; Deniz vd., 2015; Hong vd., 2013; Numanoglu Tekin vd., 2016). Rushton ve diğerlerinin çalışmasında (2016) ise komorbidite sayısı yatış süresi ile ilişkili bulunmamış ancak şiddetli hastalık artan yatış süresi ile ilişkili bulunmuştur.

Sağlık çalışanı sayısının artmasıyla yatış süresinin azalması ise, hastalara daha fazla zaman ayırarak daha etkili bir sağlık hizmeti sunulabildiğinin, böylece hastaların kısa sürede tedavi edilerek taburcu edildiklerinin göstergesi olabilir. Ayrıca, yetersiz personel bulunan birimlerde yatan hastaların, daha çok personele sahip birimlerdekilere kıyasla olumsuz bir olay veya hata yaşama riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Nozokomiyal enfeksiyonlar, düşmeler, basınç ülserleri ve ilaç hataları, hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca yaşayabilecekleri yan etkiler ve hatalardır (Moisoglou vd., 2019). Buna göre, sağlık çalışanı sayısının yetersiz olmasına bağlı olarak gelişebilecek olumsuz olay ya da hataya maruz kalan hastaların hastanede yatış süresinin uzaması daha mümkündür. Özetle, yetersiz sağlık çalışanına bağlı olarak gerçekleşen düşük kaliteli bakım komplikasyonlara neden olursa, yatış süreleri uzama eğilimi gösterecektir. Sayılan olumsuz olaylar ile ilişkili en önemli sağlık çalışanlarının başında ise, hemşire ve doktorlar gelmektedir. Bu nedenle hemşire ve doktorların sayısının yatış süresi üzerindeki azaltıcı etkisi son derece anlaşılabilir.

Temel hemşirelik fonksiyonlarının yerine getirilmesi ve güçlendirilmesinin yatış sürelerinin azaltılmasına yardımcı olacağı belirtilmektedir (Todai, 2016). Bu nedenle, hemşire sayısının yetersiz olması durumunda hastaların yatış süreleri uzayabilir. Diğer taraftan, Bucheli ve Martina (2014)'nın çalışmasında, acil serviste yoğun olan akşam vardiyasına bir doktorun eklenmesinin ardından taburcu edilen ayakta tedavi gören hastaların yatış süresi 176 dakikadan 137 dakikaya düşmüştür. Ek bir doktor, acil serviste ayakta tedavi gören hastaların yatış süresini önemli ölçüde azaltmıştır. Bu da çalışmamıza benzer şekilde, doktor sayısının yatış süresi üzerindeki azaltıcı etkisini göstermektedir.

Her ne kadar sunulan hizmetin kalitesi yatış süresi üzerindeki en önemli faktörlerden biri olsa da (Svensen vd., 2009) yatış süresini sunulan sağlık hizmetinin kalitesi dışında etkileyen başka faktörlerin de olduğu göz ardı edilmemelidir. Hastane yatış süresini uzamasını ya da daha kısalmasını sağlayan çeşitli faktörler vardır. Brasel ve diğerleri (2007) de klinik olmayan faktörlerin yatış süresini önemli ölçüde etkilediğini ve yatış süresinin bir kalite göstergesi olarak ele alınacağı durumda, bu faktörlerin de mutlaka dikkate alınması gerektiğini belirtmiştir. Hasta ve yakınlarının gözünden bakıldığında yatış süresi nadiren öncelikli bir konudur. Yatış süresi, hastanede yatan hastalar için çoğu memnuniyet ölçümünde yer almamaktadır. Hasta ve yakınları, haklı olarak ölüm oranları gibi ciddi sonuçlara ve hastalar tarafından bildirilen sonuç ve deneyim göstergelerine öncelik verirler. Doktorlar ve diğer ön saflarda çalışan klinisyenler de ödevici kurumlar ve hastane yönetimi teşvik etmese yatış süresine çok öncelik vermeyebilirler (Cram, 2019). Dolayısıyla, bir kalite göstergesi olarak yatış süresine odaklanırken, yatış süresini azaltan ya da artıran faktörleri de dikkate almak doğru görünmektedir.

Farklı hastalıklara ve farklı şartlara sahip olan pek çok hasta için standart bir yatış süresinden söz etmek mümkün görünmemektedir. Bu doğrultuda, hastane yatış süresini azaltmaya yönelik politikaların da dikkatli belirlenmesi önem arz etmektedir. Weiss ve diğerleri (2007), hastanelerde yatış süresini en aza indirmeye odaklanan modern yaklaşımlarla hastaların iyileşme aşamasını tamamlamadan taburcu edilebileceklerini belirtmiştir. Yatış süresinin mutlaka hizmetin kalitesi ile birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Yatış süreleri kısaltılırken hizmetin kalitesinden ödün verilmemelidir.

## V. SONUÇ

Yatış süresini sadece verilen sağlık hizmetinin kalitesi belirlememektedir. Hastane yatağı, sağlık çalışanı gibi kaynaklar veya hastaların sağlık statüsü de yatış süresini etkileyebilmektedir. Bu nedenle, yatış süresi bir kalite göstergesi olarak kullanılırken bu faktörler de dikkate alınarak değerlendirilmelidir. Hastanın uygun tedaviyi alarak, tam iyilik haliyle taburcu olmasının sağlanabilmesi için gerekli olan yatış süresi farklı durumlarda, farklı hastalar için değişiklik gösterebilmektedir. Bu nedenle, kapsamlı olarak yatış süresini etkileyen faktörlerin dâhil edildiği, farklı klinikler ve uygulamalar bazında, farklı hastalar için uygun yatış süresini hesaplamaya yönelik ileri bir çalışma yapılması önerilebilir. Böyle bir hesaplama; hastaların sağlık statüsü, komorbidite skorları, yatak başına düşen sağlık çalışanı sayısı gibi ayrıntılı verileri içeren, hastalar ve hastaneler bazında değerlendirme yapmayı gerektirmektedir. Hastane yatağı, sağlık çalışanı gibi kaynakların yatış süresinde etkili olması, bu kaynakların doğru planlanmasını da zorunlu kılmaktadır.

Yatış süresinin uzaması hastanın gerekli tedaviyi almasını sağlarken, yatış süresinin gereğinden uzun olması enfeksiyon gibi hastane kaynaklı yan etkilere de neden olabilmektedir. Dolayısıyla, daha uzun ya da daha kısa yatış sürelerinin; hastalar, sağlık sonuçları ve yeniden yatış gibi çeşitli göstergeler üzerindeki etkisine yönelik çalışmalara da ihtiyaç vardır.

Günümüzde daha kısa yatış sürelerine yönelik bir eğilim söz konusudur. Ancak, yatış süresini etkileyen pek çok faktör de olduğu düşünüldüğünde, daha kısa yatış süresinin uygun olup olmadığı, sunulan tedavinin yeterliliğini ölçmek de zorlaşmaktadır. Yatış süresinin bu denli karmaşık bir gösterge olması, yatış sürelerini kısaltma politikaları üzerinde düşünmeyi gerekli kılmaktadır. Yatış süreleri kısaltılırken, hastanın tamamen iyileştiğinden ve taburcu olmaya hazır olduğundan emin olunmalıdır. Yatış sürelerinin kısaltılması; tıbbi hataların azaltılması, teknik aksaklık ve eksikliklerin giderilmesi, doğru bir taburculuk planı izlenmesi gibi yollarla gereksiz gecikmeler azaltılarak sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

- American College of Surgeons Committee on Trauma (1999). *Resources for optimal care of the injured patient*. Chicago: American College of Surgeons.
- Bayın, G. (2016). Determination of factors affecting life expectancy at birth and at age 65. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 20(3), 93-103.
- Brasel, K. J., Lim, H. J., Nirula, R., & Wigelt, J. A. (2007). Length of stay an appropriate quality measure? *Archives of Surgery*, 142(5), 461-466.
- Bucheli, B., & Martina, B. (2004). Reduced length of stay in medical emergency department patients: A prospective controlled study on emergency physician staffing. *European Journal of Emergency Medicine*, 11(1), 29-34.
- Cram, P. (2019). Hospital length of stay ... a measure of what, exactly? *Medical Care*, 57(10), 751-752.
- Culakova, E., Poniewierski, M. S., Crawford, J., Dale, D. C., & Lyman, G. H. (2014). Impact of comorbidities on length of stay and mortality in hospitalized patients with cancer and febrile neutropenia. *Blood*, 124(21), 2601.
- Çınaroğlu, S. (2016). Relationships between effectiveness and outcome indicators in health: An application of path model. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(4), 397-411.
- Deniz, S., Çeldir Emre, J., Baysak, A., & Özdemir, Ö. (2015). KOAH alevlenme tanısıyla yatırılan ekonomik yükü ve maliyete etki eden faktörler. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 22(4), 126-130.
- Englert, J., Davis, K. M., & Koch, K. E. (2001). Using clinical practice analysis to improve care. *The Joint Commission journal on Quality Improvement*, 27(6), 291-301.
- Garg, S. K., Campbell, J. P., Anugwom, C., Wadhwa, V., Singh, R., Gupta, N., & Sanaka, M. R. (2018). Incidence and predictors of readmissions in acute pancreatitis: a nationwide analysis. *Pancreas*, 47(1), 46-54.
- Gorman, J., Vellinga, A., Gilmartin, J. J., & O'Keeffe, S. T. (2010). Frequency and risk factors associated with emergency medical readmissions in Galway University Hospitals. *Irish journal of medical science*, 179(2), 255-258.
- Guru, V., Anderson, G. M., Femes, S. E., O'Connor, G. T., Grover, F. L., & Tu, J. V. (2005). Canadian CABG surgery quality indicator consensus panel. The identification and development of Canadian coronary artery bypass graft surgery quality indicators. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 130(5), 1257.
- Heggested, T. (2002). Do hospital length of stay and staffing ratio affect elderly patients' risk of readmission? A Nation-wide Study of Norwegian Hospitals. *Health Services Research*, 37(3), 647-665.
- Hong, J., Leeb, W. K., Kimb, M. K., Leec, B. E., Shind, S. D., & Park, H. (2013). Effect of comorbidity on length of hospital stay and in-hospital mortality among unintentionally injured patients. *Accident Analysis and Prevention*, 52, 44-50.
- Jimenez, R., Lopez, L., Dominguez, D., & Farinas, H. (1999). Difference between observed and predicted length of stay as an indicator of inpatient care inefficiency. *International Journal for Quality in Healthcare*, 2(5), 375-384.

- Kaya, S., Sain Guven, G., Aydan, S., Kar, A., Teleş, M., Yıldız, A., ... & Toka, O. (2018). Patients' readiness for discharge: Predictors and effects on unplanned readmissions, emergency department visits and death. *Journal of Nursing Management*, 26(6), 707-716.
- Kossovsky, M. P., Perneger, T. V., Sarasin, F. P., Bolla, F., Borst, F., & Gaspoz, J. M. (1999). Comparison between planned and unplanned readmissions to a department of internal medicine. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(2), 151-156.
- Krantz, M. J., Tanner, J., Horwich, T. B., Yancy, C., Albert, N. M., Hernandez, A., Dai, D., & Fonarow, G. C. (2008). Influence of hospital length of stay for heart failure on quality of care. *The American Journal of Cardiology*, 102, 1693-1697.
- Lingsma, H. F., Bottle, A., Middleton, S., Kievit, J., Steyerberg, E. W., & Marang-Van De Mheen, P. J. (2018). Evaluation of hospital outcomes: The relation between length-of-stay, readmission, and mortality in a large international administrative database. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-10.
- Moisoglou, I., Galanis, P., Meimeti, E., Drelioni, A., Kolovos, P., & Prezerakos, P. (2019). Nursing staff and patients' length of stay. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(6), 1004-1012.
- Mozes, B. (1989). Unnecessary hospitalization days. *Israel Journal of Medical Sciences*, 25(7), 360-361.
- Numanoğlu Tekin, R., Yılmaz, F., İltis, H. K., & Malhan, S. (2016). Determination of factors affecting length of stay with multinomial logistic regression in Turkey. *Sosyal Güvençe Dergisi*, 5(10), 74-94.
- O'Keefe, G. E., Jurkovich, G. J., & Maier, R. V. (1999). Defining excess resource utilization and identifying associated factors for trauma victims. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 46(3), 473-478.
- OECD Data (2020, March 10). *Health*. <https://data.oecd.org/health.htm>
- OECD Stat (2020, March 10). *Perceived health status*. <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=58315>
- OECD/World Health Organization. (2012). *Health at a glance: Asia/Pacific 2012*, OECD Publishing.
- Rapoport, J., Teres, D., Zhao, Y., & Lemeshow, S. (2003). Length of stay data as a guide to hospital economic performance for ICU patients. *Medical Care*, 41(3), 386.
- Rushton, J., Evans, I., Carr, S., Mathews, C., Morgan, W., Dean, S., Chisambara, C., Mustafa, N., Stone, H., & Hussain, I. (2016). Impact of disease severity and comorbidities on length of stay (LOS) in COPD. *European Respiratory Journal*, 48, PA4157.
- Selker, H. P., Beshanky, J. R., Pauker, S. G., & Kassirer, J. P. (1989). The epidemiology of delays in a teaching hospital. *Medical Care*, 27(2), 112-129.
- Shah, R., Haydek, C., Mulki, R., & Qayed, E. (2018). Incidence and predictors of 30-day readmissions in patients hospitalized with chronic pancreatitis: A nationwide analysis. *Pancreatology*, 18(4), 386-393.
- Shu, C. C., Lin, Y. F., Hsu, N. C., & Ko, W. J. (2012). Risk factors for 30-day readmission in general medical patients admitted from the emergency department: A single centre study. *Internal Medicine Journal*, 42(6), 677-682.

- Svendsen, M. L., Ehlers, L. H., Andersen, G., & Johnsen, S. P. (2009). Quality of care and length of hospital stay among patients with stroke. *Medical Care*, 47(5), 575-582.
- Tatoğlu, F. Y. (2018). *Panel veri ekonometrisi stata uygulamalı*. İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Thomas, J. W., Guire, K. E., & Horvat, G. G. (1997). Is patient length of stay related to quality of care. *Hospital Health Service Administration*, 42(4), 489-507.
- Today, M. (2016). *Nurses' role in reducing length of stay at the hospitals*. *Hospital Case Management*. <https://www.hospitalcasemanagement.net/en/?p=840>
- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., & Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31-42.
- Yiğit, V., Ağırbağ, İ. (2004). Effect of capacity use ratio on costs in hospitals: An application in the Ministry of Health Tokat Maternity and Child Care Hospital. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(2), 141-162.

# COVID-19 KÜRESEL SALGININDA SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜĞÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özden GÜDÜK \*  
Özlem GÜDÜK \*\*  
Ayten VURAL \*\*\*

## ÖZ

Bu çalışmanın amacı, Çin'de ortaya çıkıp tüm dünyaya yayılan Covid-19 salgını nedeniyle yaşanan belirsizlik durumunun sağlık çalışanları üzerindeki etkisini araştırmaktır. Veriler, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini ve Covid-19 salgınındaki çalışma durumlarını ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğini içeren bir anket ile elde edilmiştir. Hastanedeki sağlık personelinden çalışmaya katılmaya gönüllü olan 284 kişi Haziran-Eylül ayları arasında anketi online olarak yanıtlamıştır. Veri SPSS programı ile analiz edilmiş, normal dağılım gösterdiği için T Testi ve Çok Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır. Anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir. Cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim seviyesi, meslek ya da çalışılan süre ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Diğer yandan karantinede kalmamış olanların, esnek mesaide çalışanların ve arkadaşları ile birlikte yaşayanların belirsizliğe tahammülsüzlüğü daha düşük bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,01$ ,  $p=0,00$ ,  $p=0,001$ ). Belirsizlik bireyin kaygısını artıran önemli bir faktördür. Belirsizliğe tahammülsüzlüğü daha yüksek olanların psikolojik ya da uyum sorunları yaşama ihtimali daha yüksektir. Covid-19 salgınından dolayı yaşanan belirsizliğe karşı sağlık çalışanlarının güçlendirilmesi hem onların sağlığı hem de salgın ile mücadele açısından önemli ve gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Belirsizliğe tahammülsüzlük, COVID-19, Koronavirüs, Sağlık Çalışanları, Küresel Salgın

## MAKALE HAKKINDA

\*Dr. Öğr. Üyesi., Yüksek İhtisas Üniversitesi, ozdenguduk@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2268-0428>

\*\*Dr., S.B.Ü. Fatih Sultan Mehmet Eğitime ve Araştırma Hastanesi, gudukozelem@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0929-1302>

\*\*\* Hemş. S.B.Ü. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, avgule@gmail.com,

 <https://orcid.org/0000-0002-8564-7043>

Gönderim Tarihi: 03.11.2020

Kabul Tarihi: 16.02.2021

## Atıfta Bulunmak İçin:

Güdük, Ö., Güdük, Ö., & Vural, A. (2021). COVID-19 Küresel Salgınında Sağlık Çalışanlarının Belirsizliğe Tahammülsüzlüğünün Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 139-150

## ASSESSING HEALTHCARE WORKERS' INTOLERANCE TO UNCERTAINTY DURING COVID-19 PANDEMIC

Özden GÜDÜK \*  
Özlem GÜDÜK \*\*  
Ayten VURAL \*\*\*

### ABSTRACT

The aim of this study is to investigate the effect of intolerance to uncertainty on healthcare workers due to the Covid-19 pandemic that emerged in China and spread all over the world. The data was obtained through a questionnaire that includes the socio-demographic characteristics of the participants and their work conditions during the Covid-19 pandemic and the scale of intolerance to uncertainty. 284 healthcare workers in the hospital who volunteered to participate in the study answered the questionnaire online between June and September. The data was analyzed with the SPSS program, T Test and Analysis of Variance were applied because data was normal distribution. Significance was accepted as  $p < 0.05$ . There was no statistically significant relationship between gender, marital status, age, education level, occupation or duration of employment and intolerance to uncertainty. On the other hand, the intolerance of uncertainty was found to be lower in those who did not stay in quarantine, those who work flexible shifts, and those who live with their friends ( $p=0.01$ ,  $p=0.00$ ,  $p=0.00$ , respectively). Uncertainty is an important factor that increases an individual's anxiety. Those who are more intolerant of uncertainty are more likely to experience psychological or adaptation problems. Empowering healthcare workers against uncertainty due to the Covid-19 pandemic is important and necessary for both their health and the fight against the epidemic.

**Keywords:** Intolerance to uncertainty, COVID-19, Coronavirus, Healthcare workers, Pandemic

### ARTICLE INFO

\* Assist. Prof., Yüksek İhtisas University, ozdenguduk@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2268-0428>

\*\*Dr., S.B.Ü. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, gudukozlem@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0929-1302>

\*\*\* Nurse, S.B.Ü. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, avgule@gmail.com,

 <https://orcid.org/0000-0002-8564-7043>

Received: 03.11.2020

Accepted: 16.02.2021

### Cite This Paper:

Güdük, Ö., Güdük, Ö., & Vural, A. (2021). COVID-19 Küresel Salgınında Sağlık Çalışanlarının Belirsizliğe Tahammülsüzlüğünün Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 139-150

## I. GİRİŞ

İlk olarak 2019 yılının sonlarında Çin'in Wuhan Eyaletinde görülen ve ardından hızla tüm dünyaya yayılan Covid-19 hastalığı, birçok kişinin enfekte olmasına ve binlerce ölüme neden olmuştur (Usher ve Durkin, 2020; Wang Tang, Wei, 2020). Ülkemizde ise ilk vaka 11 Mart 2020 tarihinde kayıt altına alınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Covid-19 küresel salgınının yayılmasını önlemek amacıyla ülkeler sosyal mesafe, izolasyon veya genel karantina uygulaması gibi birtakım önlemler almıştır. Küresel salgınla birlikte değişen yaşam koşulları bireylerde hapsedilme ve özgürlüğün kaybedilmesi hissi, sevdiklerinden ayrılma, rutinlerdeki değişiklikler, sosyal yaşamın dönüşümü, sağlıkla ilgili endişeler ve finansal sorunları ortaya çıkarmıştır (Asmundson ve Taylor, 2020; Fiorillo ve Gorwood, 2020; Harper vd., 2020; Reger vd., 2020).

Covid-19 küresel salgınına önlemeye yönelik henüz ilaç üretilmemiş olmasına rağmen onaylanmış ve kullanıma başlanmış birkaç aşı bulunmakta ve 50'den fazla farklı aşı çalışması devam etmektedir. Ancak güvenli ve etkili aşının geliştirilmesi, değerlendirilmesi ve geniş ölçekte üretmesi önünde zorluklar bulunmaktadır (World Health Organisation [WHO], 2020). Kitlesele çapta aşılama başlamış olmasına karşılık hem ülkemizde hem de dünyada aşılama oranları istenilen seviyelere gelememiştir (Our World in Data, 2021). Bu durum hastalıkla mücadelede belirsizliği doğurmaktadır. Toplumdaki diğer bireylere oranla sağlık çalışanları Covid-19 hastalığından dolayı daha büyük baskı altındadır (Zhang vd., 2020).

Yakın ya da uzak geleceğin öngörülememesi ya da bir olayın, durumun ve davranışın sonucunun kestirilememesi belirsizlik olarak tanımlanmaktadır (Sarı, 2007). Belirsizliğe tahammülsüzlük, genel olarak belirsiz durumlara veya gelecekteki tahmin edilemeyen olaylara olumsuz tepki verme yönündeki bilişsel ve duygusal bir eğilim olarak tanımlanır (Freeston vd., 1994). Bilinmezlik ve belirsizliğin arttığı durumlarda kişinin kaygı düzeyi de artmaktadır. Ancak verilen tepki kişiden kişiye farklı olabilmekte; kimileri bu durumun üstesinden kolayca gelirken kimileri ise baş etmekte zorlanmaktadır (Dugas vd., 2004; Geçgin ve Sahranç, 2017). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün obsesif-kompulsif bozukluk, sosyal kaygı, sosyal fobi, depresyon, panik bozukluk, agorafobi ve yeme bozuklukları gibi psikolojik ve uyum sorunlarına yol açtığı bilinmektedir (Geçgin ve Sahranç, 2017; Buhr ve Dugas, 2006). Belirsizliğe tahammülsüzlük bireyin yaşam kalitesini ve aynı zamanda öznel iyi oluşunu da negatif etkilemektedir (Atak vd., 2016).

Asmundson ve Taylor (2020), belirsizliğe tahammülsüzlüğü Covid-19 ile ilişkili anksiyete riskini artırabilecek potansiyel bir bireysel farklılık faktörü olarak tanımlamıştır. Covid-19 küresel salgını bağlamında, belirsizliğe karşı yüksek tahammülsüzlük, Covid-19 enfeksiyonu ve ölüm için algılanan riskle ilişkili endişeyi ve olumsuz duyguyu daha da şiddetlendirerek sağlık kaygısının artmasına neden olabilir (Tull vd., 2020). Hastalıkla ilgili olayların seyrini belirleyememek; halihazırda enfekte olup olmadığımız, akrabalarımızın ve arkadaşlarımızın enfekte olup olmayacağı, ülke ekonomisinin etkilenip etkilenmeyeceği, gelirimizin düşüp düşmeyeceği, malzeme kıtlığı olup olmayacağı vb. durumun kendisinin ön görülemezliği, mevcut küresel salgının en stresli yönlerinden biridir ve yanlış bilgi ve önyargılı haberlerle birleştiğinde, ruh sağlığını ciddi şekilde etkileyebilir (Valle vd., 2020).

Covid-19 küresel salgını, sağlık çalışanlarının iş yükünü artırmanın yanı sıra sosyal izolasyon ve sosyal ayrımcılıkla karşı karşıya kalmalarına da neden olmuştur (Erkal-Aksoy ve Koçak, 2020; Tükel, 2020). Kişisel koruyucu donanıma erişim sıkıntısı, enfekte olma kaygısı, çalışma saatlerinin uzaması, sevdiklerine hastalığı taşıma endişesi ve bu nedenle kendi evi yerine otel, yurt vb. yerlerde konaklaması gibi pek çok faktör sağlık çalışanlarında strese neden olmaktadır (Mabel ve Bridges, 2020; Tükel, 2020; Que vd., 2020).

Bu çalışmada, büyük bir belirsizlik kaynağı olan Covid-19 küresel salgınının sağlık çalışanlarının belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini etkileyip etkilemediği araştırılmaktadır.



## II. YÖNTEM

Çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlanmış ve İstanbul'daki bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapmakta olan sağlık çalışanları evren olarak alınmıştır. Çalışmanın yapıldığı dönemde hastanede aktif çalışmakta olan toplam sağlık çalışanı sayısı 697'dir. Anket tüm sağlık çalışanlarına gönderilmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden 284 kişi 19/07/2020-30/09/2020 tarihleri arasında anketi online olarak yanıtlamıştır. Anketin cevaplanma oranı %40'tır. 18 yaş altı çalışanlar, staj yapan öğrenciler ve sürekli işçi sınıfında yer alan destek personeli araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Anket öncesinde katılımcılara bilgilendirme yapılarak onamları alınmıştır.

Ankette katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik 8 soru, Covid-19 ilişkili 8 soru ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği'ne ait 26 ifade yer almaktadır. Online hazırlanan anketin linki hastanede görev yapan tüm sağlık çalışanlarına gönderilmiş ve ankete katılımlarını sağlamak amacıyla üç ayrı zamanda hatırlatma mesajı gönderilmiştir.

Çalışmada kullanılan Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği; Freeston ve diğerleri (1994), tarafından Fransızca olarak hazırlanmış ve Buhr ve Dugas (2002) tarafından İngilizce'ye (The Intolerance of Uncertainty Scale) uyarlanmıştır. Ölçeğin uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Sarı ve Dağ (2009) tarafından yapılmış ve bir madde korelasyonu düşük olduğu için ölçekten çıkarılmıştır. Bahsi geçen çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,93 ve test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,66 olarak yeterli düzeylerde bulunmuştur. Ölçek, belirsiz durumlara karşı kişinin gösterdiği duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkileri belirlemektedir. 27 maddeden oluşan bu ölçek 'Beni Hiç Tanımlamıyor' (1) ile 'Beni Tam Olarak Tanımlıyor' (5) arasında değişen 5'li Likert tipi bir yapıdadır. Ölçek toplam puanından alınan yüksek puan, belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksek olduğunu göstermektedir (Coşkun, 2019).

İstatistik analizler IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Version 22.0 ile yapılmıştır. Kolmogorov-Smirnov Testi uygulanmış ve verilerin normal dağıldığı görülmüştür. Bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve gruplar arasındaki farkı ortaya koymak için Tukey testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

Ölçeğe dair güvenilirlik analizi yapılmış, güvenilirlik katsayısı yüksek bulunmuştur (Cronbach's Alpha=0,964).

Çalışma öncesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan 02/07/2020 tarih ve 116.2017.186 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

## III. BULGULAR

Çalışmaya katılan 284 sağlık çalışanının %74,3'ü kadın ve %54,1'i bekadır. Yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde %43,7'sinin 26-34 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Katılımcıların yarısından fazlası (%54,5) lisans düzeyinde eğitim sahibi ve büyük çoğunluğu (%65,3) hemşiredir. Toplam çalışma süresi bakımından 5 yıl ve daha az çalışanların katılımcıların %47,4'ünü oluşturduğu görülmektedir (Tablo 1).

**Tablo 1. Katılımcılara Ait Özellikler**

Değişken	Gruplar	n	%
Yaş	25 yaş ve altı	63	23,5
	26-34 yaş arası	117	43,7
	35 yaş ve üstü	88	32,8
Cinsiyet	Kadın	199	74,3
	Erkek	69	25,7
Medeni Durum	Bekar	145	54,1
	Evli	123	45,9
Eğitim Düzeyi	Lise	15	5,6
	Önlisans	49	18,3
	Lisans	146	54,5
	Yüksek lisans / Doktora	58	21,6
Meslek	Doktor	50	18,7
	Hemşire	175	65,3
	Tekniker (laboratuvar, radyoloji, anestezi)	26	9,7
	Diğer	17	6,3
Çalışma Süresi	5 yıl ve daha az	127	47,4
	6-19 yıl	92	34,4
	20 yıl ve üzeri	43	16,0
	Belirtilmemiş	6	2,2

Tablo 2'deki katılımcıların Covid-19 ile ilgili özelliklerine bakıldığında, kronik bir hastalığı olduğunu belirtenlerin oranı %13,8'dir. Katılımcıların %45,9'u eş ve çocuklarından oluşan aileleri ile birlikte yaşadığını ifade etmiştir.

Covid-19 küresel salgını ilan edildikten sonraki çalışma şartlarına yönelik sorulara verilen cevaplara göre; katılımcıların %51,9'u 45 saatin üzerinde, %65,7'si esnek mesai olmaksızın karışık mesai şeklinde ve %42,2'si Covid-19 tanısı konulmuş hastalara hizmet veren birimlerde çalıştığını ifade etmiştir (Tablo 2).

Katılımcıların %67,2'si kendisine Covid-19 testi yapıldığını ve sadece %6,7'si Covid-19 tanısı konulduğunu belirtmiştir. Tanı konulanların büyük çoğunluğu (%77,7) evde tedavi gördüğünü belirtmiştir. Katılımcıların %19'u karantina süreci yaşamıştır. Covid-19 tanısı konulan mesai arkadaşı olanlar %63,4 ve aile üyesi olanlar %31'dir. Katılımcıların %8,6'sı Covid-19 nedeniyle bir yakınının vefat ettiğini ifade etmiştir. Bir yakını vefat ettiğini belirtenlerin hiçbiri kendi aile üyelerinden birinin kaybını yaşamadığı, 3 kişi çalışma arkadaşı, 1 kişi yakın arkadaşı, 21 kişi ise akraba veya komşularından vefat eden olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2. Katılımcıların Covid-19 Sürecinden Etkilenme Durumu**

Değişken	Gruplar	n	%
Kronik hastalık varlığı	Evet	37	13,8
	Hayır	231	86,2
Birlikte yaşanılan kişiler	Yalnız	78	29,1
	Aile ile birlikte (eş/çocuk)	123	45,9
	Aile ile birlikte (anne/baba/kardeş)	35	13,1
	Arkadaş ile birlikte	32	11,9
Covid-19 küresel salgını sürecinde haftalık çalışma süresi	40 saat altında	36	13,4
	40-45 saat arasında	93	34,7
	45 saat üzerinde	139	51,9
Covid-19 küresel salgını sürecinde vardiya düzeni	Gündüz mesai (esnek mesai olmaksızın)	44	16,4
	Gündüz+ gece+ hafta sonu karışık (esnek mesai olmaksızın)	176	65,7
	Esnek mesai	48	17,9
Covid-19 küresel salgını sürecinde görev yapılan birim	Acil servis	21	7,8
	Covid-19 hasta tedavi edilen kliniklerde	113	42,2
	Palyatif bakım ünitesi	26	9,7
	Laboratuvar+Radyoloji	26	9,7
	Diğer	82	30,6
Covid-19 testi yapılma durumu	Evet	180	67,2
	Hayır	88	32,8
Covid-19 tanı konulma durumu	Evet	18	6,7
	Hayır	250	93,3
Tedavinin yapıldığı yer (n=18)	Ev	14	77,7
	Hastane	4	22,3
Karantinada kalma durumu	Evet	51	19
	Hayır	217	81
Yakın çevresinde Covid-19 hastalığına bağlı etkilenme	Mesai arkadaşına tanı konuldu	170	63,4
	Aile üyelerinden birine tanı konuldu	83	31
	Covid-19 nedeniyle bir yakını vefat etti	23	8,6

Tablo 3'te katılımcıların sosyo-demografik ve çalışma özellikleri ile belirsizliğe tahammülsüzlük durumları arasındaki ilişki gösterilmektedir. Buna göre cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim seviyesi, meslek ya da çalışılan süre ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 3).

**Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Çalışma Özellikleri İle Belirsizliğe Tahammülsüzlük Durumları Arasındaki İlişki**

Değişken	Gruplar	n	Ort.	SS	T / F	p
Cinsiyet	Kadın	199	3,08	0,80	1,908	0,058
	Erkek	69	2,88	0,74		
Medeni durum	Evli	123	3,12	0,80	-1,764	0,079
	Bekar	145	2,95	0,77		
Yaş	25 yaş ve altı	63	2,92	0,85	0,898	0,409
	26-34 yaş	117	3,04	0,72		
	35 yaş ve üstü	88	3,10	0,83		
Eğitim düzeyi	Lise + Önlisans	64	2,89	0,66	2,679	0,070
	Lisans	146	3,02	0,83		
	Yüksek Lisans/Doktora	58	3,22	0,80		
Meslek	Doktor	50	3,13	0,86	0,958	0,413
	Hemşire	175	3,03	0,80		
	Tekniker (laboratuar, radyoloji, anestezi)	17	2,81	0,65		
	Diğer	26	3,08	0,63		
Meslekte çalışma süresi	5 yıl ve daha az	127	2,96	0,79	2,018	0,135
	6-19 yıl	92	3,16	0,83		
	20 yıl ve üstü	43	2,95	0,67		

Katılımcıların Covid-19 ile ilgili özellikleri ile belirsizliğe tahammülsüzlük durumları incelendiğinde; karantinada kalma, vardiya düzeni ve birlikte yaşanan kişiler değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,01$ ,  $p=0,00$ ,  $p=0,00$ ). Karantina süreci yaşayanların belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği ortalamaları diğer gruba göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Vardiya düzeni ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,00$ ). Esnek çalışma grubunda bulunanlar ile hem gündüz hem de gece mesaisi yapanlar arasında anlamlı farklılık vardır. Esnek çalışma düzeni olan personelin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri daha düşük (ort.=2,68) çıkmıştır (Tablo 4). Vardiya düzeninde farklılığın hangi gruplar arasında görüldüğünü tespit etmek üzere Tukey testi yapılmıştır. Esnek çalışma düzeni olan grup ile hem gece hem de gündüz karışık çalışan grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ).

Aynı evde birlikte yaşanan kişiler ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p=0,00$ ). Arkadaşları ile birlikte yaşayanların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi diğer tüm gruplara göre daha düşük olup (ort.=2,58) gruplar arasındaki farklılık Tukey testi ile değerlendirildiğinde arkadaşı ile birlikte yaşayanlar ile diğer tüm gruplar arasında anlamlı derecede farklılık olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4. Katılımcıların Covid-19 İle İlgili Özellikleri İle Belirsizliğe Tahammülsüzlük Durumları Arasındaki İlişki**

Değişken	Gruplar	n	Ort.	SS	T / F	p
Kronik hastalık varlığı	Evet	37	2,99	0,85	-0,266	0,791
	Hayır	231	3,03	0,78		
Covid-19 test yaptırma	Evet	180	3,07	0,83	1,287	0,200
	Hayır	88	2,95	0,70		
Covid-19 tanısı konulma	Evet	18	3,02	0,85	-0,077	0,938
	Hayır	250	3,03	0,79		
Karantinada kalma	Evet	51	3,27	0,72	2,427	<b>0,016</b>
	Hayır	217	2,97	0,79		
Mesai arkadaşına tanı konması	Evet	170	3,04	0,78	0,358	0,721
	Hayır	98	3,00	0,81		
Aile üyesinden birine tanı konması	Evet	83	3,05	0,82	0,297	0,767
	Hayır	185	3,02	0,78		
Küresel salgın süresince çalıştığı birim	Covid-19 Klinikleri	113	3,12	0,78	-1,530	0,127
	Diğer	155	2,97	0,79		
Haftalık toplam çalışma saati	40 saatten az	36	2,94	0,82	0,327	0,721
	40-45 saat	93	3,06	0,79		
	45 saatten fazla	139	3,04	0,79		
Vardiya düzeni	Gündüz	44	3,01	0,72	6,638	<b>0,002</b>
	Gündüz+Gece	176	3,13	0,76		
	Esnek Çalışma	48	2,68	0,87		
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	78	3,05	0,69	4,284	<b>0,006</b>
	Aile (eş ve çocuk)	123	3,11	0,79		
	Aile (anne-baba, kardeş)	35	3,13	0,83		
	Arkadaşlar	32	2,58	0,84		

#### IV. TARTIŞMA

Bu çalışmada Covid-19 küresel salgınının, sağlık çalışanlarının belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyine etkisi araştırılmıştır.

Çalışmanın sonucuna göre; bireylerin cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim seviyesi gibi özellikleri ile belirsizliğe tahammülsüzlük durumları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Benzer şekilde meslek veya toplam çalışma yılının da bir farklılık bulunmamıştır. Belge'nin (2019) çalışmasında da cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim seviyesi ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında ilişki yoktur. Cinsiyet faktörü ile ilgili farklı sonuçlar sunan çalışmalar vardır; Sarı (2007) kadınların belirsizliğe tahammülsüzlüğünün erkeklere göre daha düşük olduğunu, Barahmand (2008) ve Parlapani ve diğerleri (2020) ise erkeklerin belirsizliğe tahammülsüzlüğünün daha düşük olduğunu ifade etmektedir. Bununla birlikte başka çalışmalar ise cinsiyetin belirsizliğe tahammülsüzlük üzerinde etkisi olmadığını ortaya koymaktadır (Geçgin ve Sahranc, 2017; Coşkun, 2019; Boelen vd., 2014; Duman, 2020). Valle ve arkadaşlarının Covid-19'un ve karantinanın bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlüğü üzerine etkisini incelediği çalışmasında yaş ve cinsiyetin düşük etkisi bulunmuş; genç kadınların belirsizliğe tahammülsüzlüğünün daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Valle vd., 2020). Bu çalışmada olduğu gibi bir başka çalışmada da medeni durum ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (Coşkun, 2019).

Küresel salgın hastalıklarının ve karantinada kalmanın bir takım olumsuz psikolojik sonuçları olduğu ifade edilmektedir (Öztürk vd., 2020). Başka bir çalışmada, belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan

bireylerde, sosyal izolasyon ve daha yüksek kaygının ilişkili olduğu bulunmuştur (Smith vd., 2020). Duman'ın (2020) ve Bakıoğlu ve diğerlerinin (2020) çalışmaları ise Covid-19 korkusu ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında pozitif yönlü ilişki olduğu bulunmuştur. Bu çalışmanın bulguları bir anlamda bahsedilen çalışmaları destekler niteliktedir. Covid-19 nedeniyle karantina süreci yaşayan kişilerin olumsuz etkilendiği, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna karşılık, Covid-19 risk grubunda bulunma, Covid-19 test yaptırma ve Covid-19 tanısı konulmasının belirsizliğe tahammülsüzlük ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır. Benzer şekilde Tull ve diğerlerinin (2020) çalışmasında da belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksek olması ile sağlık kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Mertens ve diğerlerinin (2020) çalışmasında bireylerin kendilerinin ve başkalarının güvenliği ile ilgili endişelerin yanı sıra günlük rutinlerde meydana gelen değişikliklerin Covid-19 kaygısına yüksek etkisi; karantina ve virüsü yanlışlıkla yaymanın ise daha düşük etkisi olduğu ortaya konulmuştur. Erkal ve diğerleri (2020), hemşire ve ebeler üzerine yaptıkları çalışmada katılımcıların %62,4'ünün belirsiz durumla başa çıkmakta zorlandığını ve %72'sinin aile bireylerini Covid-19 virüsü ile enfekte etme korkusu yaşadıklarını ifade etmiştir. Bahsedilen çalışmada, aile ve özel hayatında zorluk yaşadığını ifade edenlerin belirsizliğe tahammülsüzlüğü daha yüksek bulunmuştur. Yine başka bir çalışmada katılımcıların %74'ü COVID-19'u aileye ve sevdiklerine taşıma kaygısı yaşadıklarını belirtmiştir (Shechter vd., 2020). Bu çalışmada eş, çocuk, anne, baba gibi aile üyeleri ile birlikte yaşayanların belirsizliğe tahammülsüzlüğü daha yüksek iken arkadaşları ile aynı evi paylaşanların tahammülsüzlüğü daha düşük bulunmuştur. Bu durumun, aile bireyleri ile yaşayanların virüsü eve taşıma ve hastalığı bulaştırma endişesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının çalıştığı vardiyalar ile belirsizliğe tahammülsüzlükleri arasındaki ilişkiye dair çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Çin'de yapılan bir çalışma, Covid-19 küresel salgınında ön saflarda çalışan hemşirelerin, çalışma saatlerinin daha kısa olmasını tercih ettiklerini göstermektedir. Fakat bu tercihin birimlere göre farklılık gösterdiği; yoğun bakım hemşirelerinin tercih ettikleri çalışma saatleri ile mevcut durumda çalışma saatlerinin birbiri ile örtüştüğü buna karşılık diğer birimlerde çalışan hemşirelerin vardiyalarında daha az saat çalışmayı tercih ettiği görülmüştür. Araştırmacılar bu durumun yoğun bakımda çalışan hemşirelerin sayıca daha çok olması nedeniyle iş yüklerini daha az algılanmasından kaynaklanabileceğini ifade etmektedir (Zhang vd., 2020). Bu çalışmada çalışılan birim ya da toplam çalışma süresi ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bununla birlikte çalışma düzeninin ile belirsizliğe tahammülsüzlüğe etkisinin bulunduğu, esnek çalışma düzenine dahil olanların belirsizliğe tahammülsüzlüğü daha düşük bulunmuştur. Patterson ve diğerlerinin (2018) da belirttiği üzere, daha kısa vardiya süreleri tükenmişlik ve tükenmişlik ile ilgili riskleri azaltmak için daha uzun vardiya sürelerine göre daha faydalıdır.

#### IV. KISITLILIKLAR

Çalışmanın kısıtlılığı tek bir hastanede uygulanmış olması ve evrenin %40'ının çalışmaya katılmaya gönüllü olmasıdır. Ulusal çapta daha geniş katılımlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

#### VI. SONUÇ

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile kaygı ve depresif belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bilinmektedir (Valle vd., 2020; Tantan-Ulu ve Yaka, 2020). Tüm dünyada ciddi etkileri olan Covid-19 küresel salgını, tüm bireyler ve özellikle de sağlık çalışanları üzerinde büyük bir belirsizliğe neden olmuştur. Sağlık çalışanları küresel salgınla mücadelede ön saflarda yer alan kişilerdir. Bu nedenle küresel salgın durumlarında yaşanan belirsizliğin sağlık çalışanlarında uzun vadeli zihinsel ve fiziksel iyilik hali üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak için etkili müdahaleler geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

Karantina süreci yaşayanlar, vardiyalı çalışanlar ve aile ile birlikte yaşayanların belirsizliğe tahammülsüzlüğü daha yüksek bulunmuştur. Sağlık çalışanlarına yönelik psikolojik destek

birimlerinin geliştirilmesi ve çalışanların bu birimlerden aktif yararlanabilmeleri sağlanmalıdır. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi, mümkünse çalışma sürelerinin ya da gece vardiyası sayısının azaltılması önerilmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının virüse maruziyetini engellemek için uygun ve yeterli kişisel korucu ekipman temin edilmelidir. Böylece sağlık çalışanlarının virüsle temas etme endişesi ve bu virüsü eve taşıyarak aile bireylerine bulaştırma korkusu azalacaktır.

### **Teşekkür**

Çalışmaya uzman görüş desteği veren Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Doktor Esra Koca'ya teşekkür ederiz.

### **Çıkar Çatışması**

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

### **Araştırmanın Etik Yönü**

Çalışma öncesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan 02/07/2020 tarih ve 116.2017.186 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

### **Araştırma Desteği**

Çalışma için hiçbir kurum, kuruluş ya da kişiden mali destek alınmamıştır.

### **KAYNAKLAR**

- Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders*, 70, 1-2.
- Atak, H., Syed, M., Çok, F., & Tonga, Z. (2016). Yeni bir nöropsikolojik kavram olarak tamamlanma ihtiyacı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 290-302.
- Bakioğlu, F., Korkmaz, O., & Ercan, H. (2020). Fear of COVID-19 and positivity: mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00331-y>.
- Barahmand, U. (2008). Age and gender differences in adolescent worry. *Personality And Individual Differences*, 45(8), 778-783.
- Belge, J. (2019). *Bir grup yetişkinde depresif semptomlar, anksiyete semptomları ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. (Yüksek lisans tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
- Boelen, P. A., Reijntjes, A., & Carleton, N. R. (2004). Intolerance of uncertainty and adult separation anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(2), 133-144.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the english version. *Behav Res Ther*, 40, 931-945.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Anxiety Disord*, 20, 222-236.
- Coşkun E. (2019). *Duygusal zeka ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün stresle başa çıkma tarzlarına etkisinin incelenmesi*. (Yüksek lisans tezi). Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, İstanbul.

- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. In RG Heimberg CL, Turk DS, Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143-163). New York: Guilford Press.
- Duman, N. (2020). Üniversite öğrencilerinde Covid-19 korkusu ve belirsizliğe tahammülsüzlük. *The Journal of Social Science*, 4(8), 426-437.
- Erkal-Aksoy, Y., & Koçak, V. (2020). Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19 outbreak: The case of Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34, 427-433.
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63,1-2.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6),791-802.
- Geçgin, F. M., & Sahraç, Ü. (2017). Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişki. *Sakarya University Journal of Education*, 7(4),739-755.
- Harper, C. A., Satchell, L. P., Fido, D., & Latzman, R. D. (2020). Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 27,1-14.
- Mabel, J., & Bridges, J. (2020). Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 29,2742-2750.
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Saleminck, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *J Anxiety Disord*, doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102258.
- Our World in Data. (2020). *Coronavirus (COVID-19) Vaccinations*. 25.01.2020 <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>.
- Öztürk, İ., Akalın, S., Özgüner, İ., & Şakiroğlu, M. (2020). Covid-19 salgınının ve karantinanın psikolojik etkileri. *Turkish Studies*, 15(4), 885-903.
- Parlapani, E., Holeva, V., Nikopoulou, V. A., Sereslis, K., Athanasiadou, M., Godosidis, A., & et al. (2020). Intolerance of uncertainty and loneliness in older adults during the Covid-19 pandemic. *Front. Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00842>.
- Patterson, P. D., Runyon, M. S., Higgins, J. S., Weaver, M. D., Teasley, E. M., Kroemer, A. J., & et al. (2018). Shorter versus longer shift durations to mitigate fatigue and fatigue-related risks in emergency medical services personnel and related shift workers: A systematic review. *Prehospital Emergency Care*, 15(sup1), 28-36.
- Que, J., Shi, L., Deng, J., & et al. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General Psychiatry*, 33(3), e100259.
- Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2020). Suicide mortality and coronavirus disease 2019-A perfect storm? *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060>.
- Sağlık Bakanlığı. (2020). *COVID-19 Bilgilendirme Sayfası*. 11.10.2020 <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>.



- Sarı, S. (2007). Sürekli kaygının yordayıcıları olarak belirsizliğe tahammülsüzlük, endişe ile ilgili inançlar ve kontrol odağının incelenmesi. (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Sarı, S., & Dağ, İ. (2009). Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği, endişe ile ilgili olumlu inançlar ölçeği ve endişenin sonuçları ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 261-270.
- Smith, B. M., Twohy, A. J., & Smith, G. S. (2020). Psychological inflexibility and intolerance of uncertainty moderate the relationship between social isolation and mental health outcomes during COVID-19. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 162-174.
- Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., & et al. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*, 66, 1-8.
- Tantan-Ulu, Ş., & Yaka, B. (2020). Kaygı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve karar verme arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 21(1), 89-100.
- Tull, T. M., Barbano, A. C., Scamaldo, K. M., Richmond, J. R., Edmonds, K. A., Rose, J. P., & et al. (2020). The prospective influence of COVID-19 affective risk assessments and intolerance of uncertainty on later dimensions of health anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 75 doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102290.
- Tükel, R. (2020). Covid-19 pandemi sürecinde ruh sağlığı. *Türk Tabipler Birliği Covid-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu*. 30.09.2020 [https://www.ttb.org.tr/arsiv\\_haber.php](https://www.ttb.org.tr/arsiv_haber.php).
- Usher, K., & Durkin, J. (2020). The COVID-19 pandemic and mental health impacts. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 315-318.
- Valle, M. V., Andrés, M. L., Urquijo, S., Yerro-Avincetto, M., López-Morales, H., & Canet-Juric, L. (2020). Intolerance of uncertainty over COVID-19 pandemic and its effect on anxiety and depressive symptoms. *Interamerican Journal of Psychology*, 54(2), e1335.
- Wang, W., Tang, J., & Wei, F. (2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *Journal of Medical Virology*, 92(4), 441-447.
- WHO. (2020). *Accelerating a safe and effective COVID-19 vaccine*. 09.10.2020 <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/accelerating-a-safe-and-effective-covid-19-vaccine>
- Zhang, X., Jiang, Z., Yuan, X., Wang, Y., Huang, D., Hu, R., & et al. (2020). Withdrawn: Nurses reports of actual work hours and preferred work hours per shift among frontline nurses during coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103635.

# KAYNAK BAĞIMLILIĞI DÜZEYİNİN REKABET STRATEJİLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: ALGILANAN ÇEVRESEL BELİRSİZLİĞİN DÜZENLEYİCİ ROLÜ

Hatice UÇAK\*  
Metin KAPLAN\*\*

## ÖZ

Bu çalışmanın amacı, kaynak bağımlılığı düzeyinin, rekabet stratejileri üzerindeki etkisini ortaya koymak ve bu değişkenler arasındaki ilişkide algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici rolü oynayıp oynamadığını tespit etmektir. Araştırmanın örneklemini Türkiye'deki özel hastanelerde görev yapan yöneticiler oluşturmaktadır (n=203). Model ve hipotezleri test etmek için basit doğrusal regresyon analizi, çoklu regresyon analizi ve üç aşamalı moderatör değişkenli hiyerarşik regresyon analizinden yararlanılmıştır. Araştırma bulgularına göre, kaynak bağımlılığının boyutlarından varlık özgüllüğü, kaynak bulunurluğu belirsizliği ve kaynağın birbirine karşılıklı bağımlılığı maliyet liderliği stratejisini pozitif ve anlamlı şekilde etkilerken, bu boyutlardan sadece varlık özgüllüğünün farklılaştırma stratejisini pozitif ve anlamlı şekilde etkilediği saptanmıştır. Buna karşın kaynak bağımlılığının boyutlarının hiçbirinin odaklanma stratejisi üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı gözlenmiştir. Ayrıca algılanan çevresel belirsizliğin maliyet liderliği, farklılaştırma ve odaklanma stratejileri üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu ortaya konmuştur. Öte yandan kaynak bağımlılığına dair algılanan çevresel belirsizliğin yüksek olduğu durumlarda kaynak bağımlılığının boyutlarından esneklik ile farklılaştırma stratejisi arasındaki ilişkide algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici etkiye sahip olduğu ortaya konmuştur. Benzer şekilde kaynak bağımlılığına dair algılanan çevresel belirsizliğin yüksek olduğu durumlarda kaynak bağımlılığının boyutlarından teknolojik belirsizlik ile maliyet liderliği, farklılaştırma ve odaklanma stratejileri arasındaki ilişkide algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte kaynak bağımlılığına dair algılanan çevresel belirsizliğin hem düşük hem de yüksek olduğu durumlarda kaynak bağımlılığının boyutlarından teknolojik belirsizlik ile odaklanma stratejisi ilişkisinde algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca Türkiye'de özel sağlık işletmelerinin kaynak bağımlılığı nedeniyle dışa bağımlı oldukları, kaynak temini açısından tedarikçi ilişkisinin önemli olduğu ve özel hastanelerin neredeyse yarısının sahip oldukları kaynakları etkili kullanmadıkları tespit edilmiştir. Kaynak bağımlılığı ile ilgili belirsizlikleri azaltmak özel hastanelerin en yaygın yararlandıkları yöntemlerinin "Reklam ve Halkla İlişkiler", "İşbirliği Yapma" ve "Sözleşmeli Üretim veya Hizmet" olduğu ortaya konmuştur. Sonuçta araştırmanın bazı kısıtlarının bulunduğu vurgulandıktan sonra, özel hastane yöneticilerine konu ile ilişkili araştırma bulgularına dayalı olarak bazı önerilerde bulunulmuştur. Ayrıca gelecekte benzer konularda yapılacak araştırmalara ilişkin de öneriler sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Kaynak Bağımlılığı, Rekabet Stratejileri, Algılanan Çevresel Belirsizlik, Özel Hastaneler

## MAKALE HAKKINDA

\* Dr. Öğretim Üyesi, Kapadokya Üniversitesi MYO, hatice.ucak@kapadokya.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-2513-0904>

\*\* Doç. Dr., Nevşehir Üniversitesi Hacıbektaş Veli Üniversitesi İİBF, mkaplan@nevsehir.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5653-0508>

Gönderim Tarihi: 09.11.2020

Kabul Tarihi: 01.03.2021

## Atıfta Bulunmak İçin:

Uçak, H. ve Kaplan, M. (2021). Kaynak bağımlılığı düzeyinin rekabet stratejileri üzerindeki etkisi: algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 151-182

## THE EFFECT OF RESOURCE DEPENDENCE LEVEL ON COMPETITIVE STRATEGIES: MODERATING ROLE OF PERCEIVED ENVIRONMENTAL UNCERTAINTY

Hatice UÇAK\*  
Metin KAPLAN\*\*

### ABSTRACT

The purpose of this study is to reveal the effects of resource dependence level on competitive strategies and to determine whether perceived environmental uncertainty plays a moderator role in the relationship between these variables or not. The sampling of the study consisted of executives employing in private hospitals in Turkey (n=203). Linear Regression Analysis, Multiple Regression Analysis and a three-step moderated hierarchical regression analysis were used to test the models and hypotheses. According to the findings of the research, it has been determined that while asset specificity, resource availability uncertainty, and resource interdependence as the dimensions of resource dependence affect the cost leadership strategy positively and significantly, only the dimension of asset specificity affects the differentiation strategy positively and significantly. On the other hand, it was observed that none of the dimensions of resource dependence had a significant effect on the strategy of focus. Moreover, it has been observed that perceived environmental uncertainty has a positive effect on cost leadership, differentiation and focusing strategies. On the other hand, in cases where perceived environmental uncertainty is high, it has been shown that perceived environmental uncertainty have a moderating effect between the dimension of flexibility of resource dependence and differentiation strategy. Similarly, in cases where perceived environmental uncertainty regarding resource dependence is high, it has been determined that perceived environmental uncertainty has a moderating effect in the relationship between technological uncertainty, which is one of the dimensions of resource dependence and, both cost leadership strategy and differentiation strategy. However, in cases where perceived environmental uncertainty regarding resource dependence is both low and high, it has been determined that perceived environmental uncertainty has a moderating effect in the relationship between technological uncertainty which is one of the dimensions of resource dependence and the strategy of focus. Furthermore, it stated that they are foreign-dependent because of the resource dependence of private health organizations in Turkey, supplier relationships is important in terms of providing resources and private hospitals have the resources they have almost half were found to use effectively. It has been demonstrated that the most common methods used by private hospitals to reduce uncertainties regarding resource dependence are advertising and public relations, cooperation and contractual production or service. As a result, after emphasizing that the research has some limitations, some suggestions were made to private hospital managers based on the research findings related to the subject and suggestions for future research on similar topics were presented.

**Keywords:** Resource Dependence, Competitive Strategies, Perceived Environmental Uncertainty, Private Hospitals

### ARTICLE INFO

\* Assist. Prof., Kapadokya University, hatice.ucak@kapadokya.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-2513-0904>

\*\* Assoc. Prof., Nevşehir University, mkaplan@nevsehir.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5653-0508>

Received: 09.11.2020

Accepted: 01.03.2021

### Cite This Paper:

Uçak, H. ve Kaplan, M. (2021). Kaynak bağımlılığı düzeyinin rekabet stratejileri üzerindeki etkisi: algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 151-182

## I. GİRİŞ

Bütün işletmelerin faaliyetlerini sürdürebilmeleri için çeşitli kaynaklara gereksinimleri vardır. İşletmeler bu kaynakların temini için diğer örgütler ile etkileşime girmek ve bağımlılıklarını azaltacak yollar bulmayı amaçlamaktadır. Sağlık işletmeleri de hizmet üreten bir sektör olarak ileri düzey tıbbi teknoloji ve çok sayıda malzeme kalemi ile kaynak bağımlılığını en yüksek düzeyde yaşayan sektörlerdendir. Özellikle hem toplumsal hem de bireysel yaşamı ve refahı doğrudan etkilediğinden ülkelerin ekonomik performansının ve aynı zamanda gelişmişlik düzeyinin en temel göstergelerinden birisi olan sağlık sektörünün kaynağa olan bağımlılıklarını azaltacak stratejiler uygulaması önemli olabilmektedir. Bu bağlamda özel hastaneler açısından kaynak bağımlılığının boyutları rekabet stratejilerini nasıl ve ne yönde etkilemektedir? Algılanan çevresel belirsizliğin yüksek ve düşük olduğunda bu etkinin şiddetinde bir değişme olmakta mıdır?" araştırma sorusundan hareketle çalışmanın amacı; özel hastaneler özelinde, kaynak bağımlılığı düzeyinin rekabet stratejileri üzerindeki etkilerini ortaya koymak ve bu iki değişken üzerinde algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici rol oynayıp oynamadığını belirlemektir. Araştırmanın evrenini Türkiye'deki özel hastane yöneticileri oluşturmaktadır.

Kaynak bağımlılığı ve adı geçen boyutları ile rekabet stratejileri arasındaki ilişkilerde algılanan çevresel belirsizlik düzenleyici rolü hakkında daha önce herhangi bir çalışmaya rastlanmadığından bu araştırma sonuçları literatüre katkı niteliğindedir. Ayrıca, kaynak bağımlılığının, rekabet stratejilerinin ve algılanan çevresel belirsizliğin ve bu üç değişkenin boyutlarının sağlık sektörü bağlamında teorik olarak ele alınmasının literatüre farklı bir sektör açısından da katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Son olarak da özel hastanelerde araştırma modelindeki değişkenler daha önce herhangi bir çalışmada birlikte kullanılmadıkları için bu durum çalışmayı özgün kılmaktadır. Ayrıca bu çalışmada rekabet stratejileri için yeni bir ölçek oluşturularak alana bir katkı sağlanmıştır.

## II. TEORİK ÇERÇEVE

Araştırma kapsamında yer alan teorik kavramlar kaynak bağımlılığı kuramı, rekabet stratejileri ve algılanan çevresel belirsizliktir. Çalışmanın ilk bölümünde kaynak bağımlılığı kuramının tarihsel gelişimi, yönetim yaklaşımlarındaki yeri, kuramın temel varsayımları, özellikleri, kuramının boyutları, kurama yöneltilen eleştiriler, kaynak bağımlılığı kuramının diğer kuramlarla ilişkisi ve kaynak bağımlılığının yönetilmesinde uygulanan eylem ve stratejiler açıklanmıştır. İkinci bölümünde rekabet kavramı, rekabetin tarihsel gelişimi, rekabeti güdüleyen güçler, Porter'ın rekabet stratejileri; maliyet liderliği, farklılaştırma, odaklanma stratejilerini ve günümüzdeki farklı-güncel olan rekabet stratejileri de ele alınmıştır. Üçüncü bölümünde ise kaynak bağımlılığı ve rekabet stratejileri arasında düzenleyici rol oynayan çevre kavramı, örgütü etkileyen çevre unsurları, çevresel belirsizlikler, algılanan çevresel belirsizlik ve boyutları ele alınmıştır. Ayrıca tüm kavramların farklı değişkenler ile yapılmış çalışmaları ve konuyla ilgili araştırma bulgularına değinilmektedir.

### 2.1. Kaynak Bağımlılığı Kuramı

Kaynak bağımlılığı kuramının ortaya çıkışı 1950'li yılların sonu ve 1960'ların başında yönetim ve örgütlenme konusunda durumsallık yaklaşımı (koşul bağımlılık) adını alacak araştırmalar ile ortaya çıkmıştır. Kaynak bağımlılığı kuramının temeli Thompson (1967)'a dayanmakla birlikte kuram Pfeffer ve Salancik (1978) tarafından geliştirilmiştir. 1967 yılında Thompson, kaynakların örgüt dışından örgüt içine akışını ve bu akıştaki belirsizliği incelemiş ve kurama ışık tutan bulgular elde etmiştir.

Pfeffer ve Salancik (1978) kaynak bağımlılığı kuramını, örgütlerin, tümüyle kendi kendilerine yeterli olmadıkları için ihtiyaç duydukları kaynakların temininde başka kaynak sahipleri ile etkileşime girdiklerinden dış çevreye olan bağımlılıkları olarak tanımlarlar. Ayrıca bir örgütün davranışını anlamak için o davranışın anlaşılması gerektiğini ifade ederler. Örgütlerin incelenmesine önemli yenilikler getiren bu yaklaşımla ilgili fikirlerin sınanması ve kaynak bağımlılığının ilk kullanımı

Pfeffer'in, Pfeffer ve diğerlerinin yaptıkları çalışmalarda görülmüştür (Üsdiken, 2010; Koç ve Sayılar, 2016).

Davis ve Cobb (2010), kaynak bağımlılığı kuramının üç temel fikri olduğunu ileri sürer:

- Kaynak bağımlılığında sosyal çevre önemlidir.
- Örgütler özerkliklerini artırmak ve çıkarlarını korumak için strateji oluştururlar.
- Örgütler için sadece rasyonellik veya verimlilik değil, gücün de örgütlerin iç ve dış eylemlerini anlamak için önemli olduğunu ifade ederler.

Örgütler tümüyle kendi kendilerine yeterli olmadıklarından gereksinim duydukları bütün kaynakları dış çevreden elde edemezler ve işlevlerini içsel olarak sağlayamazlar. Bu durum, örgütlerin gereksinimleri için çevredeki diğer örgütler ile ilişki içine girmelerini gerektirir. Bu ilişkinin çevreyi örgüt için gizemli kılan unsurlardan biri olduğunu ifade eder. Ayrıca kaynak bağımlılığının birbiri ile ilişkili üç yüzü olduğunu ifade etmektedir (Üsdiken, 2010):

- Kaynak bağımlılığının birinci yüzü, örgütlerin çevreye olan bağımlılıkları ve bu bağımlılıklara karşı neler yaptıklarıyla ilgilidir. Bağımlılık ve güç önemli olmakla birlikte, ilgi çevreye yöneliktir. Örgütler güç elde etmek için çevreyle ilişkilerine yönelik bir takım stratejiler üzerine yoğunlaşırlar. Bu stratejiler; yönetim kurallarına girme, ortak girişim kurma, siyaset yapma, satın alma ve firma birleşmeleridir.
- Kaynak bağımlılığının ikinci yüzü, örgütü güç ve bağımlılık sistemi olarak görmesidir. Örgütü oluşturan yapı içindeki kişiler ve gruplar çıkarları, beklenti ve hedefleri için örgütün karar alma süreçlerini etkileyerek daha fazla pay elde etmek için siyaset yaparlar. Bu konuyla ilgili çalışmalarda yönetici değişikliği ve örgütler arası örgütlenmelere rastlanıldığı ifade edilmektedir.
- Kaynak bağımlılığı kuramının üçüncü yüzü ise, örgütleri olayları şekillendiren, alan yaratan, sınırları belli, çıkarları ve özellikleriyle benzeri olmayan hareketler gösteren varlıklar olarak başrolde görmektedir. Bu, kaynak bağımlılığını diğer kuramsalcı düşüncelerden ayıran önemli bir özelliktir.

## 2.2. Kaynak Bağımlılığının Boyutları

Bu çalışmada, kaynak bağımlılığı düzeyini ölçmek için Fink ve diğerleri (2006) tarafından geliştirilen ölçek kullanıldığından boyutlar aşağıda verilmiştir. Bu ölçekte; ilişki odak, güç kullanımı üzerindeki kısıtlama, dayanışma, rol bütünlüğü, karşılıklı olma, esneklik, varlık özgüllüğü, teknolojik belirsizlik, kaynak yoğunluğu, kaynak bulunurluğu belirsizliği, kaynağın birbirine karşılıklı bağımlılığı olmak üzere 11 boyut bulunmaktadır (Fink vd., 2006). Tablo 1'de boyutlar kısaca açıklanmıştır.

**Tablo 1. Kaynak Bağımlılığının Kuramının Boyutları**

<b>İlişkisel Odak</b>	Örgütün, tedarikçi ve rakip firmalar arasındaki ilişkinin önemini vurgular.
<b>Güç kullanımı üzerindeki kısıtlama</b>	Güç kullanımı üzerindeki kısıtlama, tarafların sözleşme altındaki yasal haklarını hangi kapsamda kullanacaklarını yansıtır.
<b>Dayanışma</b>	Bir değişim ilişkisinin yaratıldığı ve sürdürüldüğü süreçte, örgütün diğer örgütler ve rakipler arasındaki ilişkilerinde, bir defalık işlemler serisinde ya da uzun vadeli kaynak temininde bu karmaşık ilişki güvene dayanmalıdır.
<b>Rol bütünlüğü</b>	Örgüt, tedarikçi ve müşteri arasındaki ilişkide alış ve satışın ötesinde taraflar arasındaki beklentiler hem ticari hem de ticari olmayan konular nedeniyle karmaşıktır.
<b>Karşılıklı olma</b>	Karşılıklı olma, bir ilişkide tarafların karşılıklı ortaklık esasına uygun davranmasını ve taraflardan birinin kendi yararını gözetecek şekilde davranmasını engelleyeceğini ifade etmektedir.
<b>Esneklik</b>	Örgüt, koşullar değiştiğinde ya da beklenmeyen bir durum karşısında örgüt içi işlevleri kolayca yapabilecek esnekliğe sahip olmalıdır.
<b>Varlık özgünlüğü</b>	Varlık özgünlüğü, örgütteki bazı işlemlerin o işleme özgü yatırım yapma gerekliliğini ifade etmektedir.
<b>Teknolojik belirsizlik</b>	İşletme tarafından var olan teknolojinin vaat ettiği çok özel gereksinimleri yerine getirip getiremeyeceğinin bilinmemesidir.
<b>Kaynak yoğunluğu</b>	Örgütlerin buldukları sektörde gereksinim duydukları kaynağın çok olması durumudur.
<b>Kaynak bulunurluğu belirsizliği</b>	Rekabetin yaşandığı hammadde ve yarı mamul piyasasında kaynak bulma ile ilişkili faaliyet gösteren tedarikçi, müşteri ve rakipler, kaynağın fiyatındaki değişimler, kaynak bulmada belirsizliği oluşturmaktadır.
<b>Kaynağın birbirine karşılıklı bağımlılığı</b>	Kaynakların birbirine bağlı olması, kurumlar arası bağlantıların sayısı ve şekli ile ilişkilidir.

**Kaynak:** Fink vd., 2006; Kalemci, 2015; Fidanboy ve Alan, 2013; Uysal ve İpçioğlu, 2008

### 2.3. Rekabet Stratejileri

İşletmelerin buldukları sektörde karşılıklı olarak birbirlerine ve çevrelerine bağımlı olduğunu savunan Newman, Ansof ve Andrews gibi teorisyenlerce geliştirilen görüşleri özenle birleştiren Porter'ın endüstriyel örgüt teorilerini stratejiye uygulamasıyla gerçekleştirdiği beş rekabetçi güç modeli en kabul gören yaklaşım olmuştur (Akgemici, 2008).

Porter'a göre bir sektördeki rekabetin oluşumu beş temel rekabet gücüne bağlıdır (Porter, 2015); sektördeki rakipler, sektöre yeni girecek olan firmalar, tedarikçiler, alıcılar ve ikame firmalardır. Rekabet gücüyle başa çıkmada sektördeki diğer rakipleri devre dışı bırakmak için potansiyel olarak başarılı olabilecek 3 genel stratejik yaklaşımın bulunduğunu ileri sürmektedir.

- Toplam maliyet liderliği stratejisi
- Farklılaştırma stratejisi
- Odaklanma stratejisidir.

#### 2.3.1. Maliyet Liderliği Stratejisi

Sadece üretilen mal ve hizmetin fiyatında indirim yapılmasını değil, aynı zamanda tüm üretim işlemlerinde kaliteden ödün vermeden, sınırlı sayıda standart özellikler sunarak maliyetin düşürülmesini amaçlar. Bu stratejiyle örgütler büyük bir müşteri grubuna hitap etmeyi hedefler. (Porter, 2015; Bakoğlu, 2010; Barca ve Esen, 2012). Örneğin hava yolları işletmelerinden Pegasus, Onur Air, Atlas Jet ve Sun Express gibi havayolu işletmeleri bu stratejiyi uygulamaktadırlar.

### 2.3.2. Farklılaştırma Stratejisi

Örgütün sunduğu ürün ve hizmeti farklılaştırarak tüm sektörde benzeri olmayan yeni ve kabul edilebilen başka bir ürün yaratmaktır (Porter, 2015). Örneğin; Boyner grubu, Türkiye'nin ilk sıkıştırılmış giysi koleksiyonu T-Box ile minicik kutulara sığdırılan tişört, atlet ve havlularla gençlerin gözdesi olmuştur. Ürünler, uçaklarda, tatil koylarındaki küçük motorlarda ve mağaza tezgâhlarında satışa sunulmuştur. Minik kutu içinde ürün talimatnamesi ve 19,95 liraya satılan ürünün ambalaj içinde geri ödenecek 5 kuruşu ile farklılaştırma stratejisi uygulanmıştır (Ülgen ve Mirze, 2016).

### 2.3.3. Odaklanma Stratejileri

Genel stratejilerin üçüncüsü olan odaklanma stratejileri, örgütün ürettiği ürünlerin bir müşteri kesitine veya coğrafi bölgelerde bulunan pazarlar üzerine odaklanmasıdır. Odaklanma stratejisinin iki alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar; düşük maliyete odaklanma ve farklılaştırmaya odaklanma stratejileridir. Hedeflerini tüm sektör çapında gerçekleştirirken, odaklanma stratejisi belirli bir hedef için çok iyi ürün veya hizmet sunmaya, rakiplerinden daha etkin olmaya odaklanır (Porter, 2015). Düşük maliyete odaklanma örneği: Toyota, Lexus segmentinde Mercedes, Cadillac ve Jaguar gibi modellere benzer otomobiller üreterek düşük maliyet ve farklılaştırılmış ürün sunmaktadır. Farklılaştırmaya odaklanma örneği: Türkiye'de Vakko, üst gelir düzeyine sahip müşteriye odaklanarak bu gruba yönelik çok çeşitliliği olan eşarp ve fular üretim sunmaktadır.

### 2.4. Algılanan Çevresel Belirsizlik

Çevresel unsurlar konusundaki bilgi eksikliği/yetersizliği nedeniyle çevreyi algılamadaki eksiklik/yetersizliğin yanı sıra bu belirsizliklerin, örgütte yaratacağı değişimleri ve uygulanacak işlem/süreçlerin sonuçlarını öngörebilme yetersizliği olarak açıklanmaktadır (Milliken, 1987). Algının aynı zamanda karar vericinin kişisel özellikleri tarafından yönlendirilen bireysel bir süreç olduğunu söyleyen Duncan (1972), hem örgütün hem de karar vericinin özelliklerinin dikkate alınması gerektiğini ileri sürer (Duncan, 1972; Akt. Ondersteijn vd., 2006). Bu çalışmada algılanan çevresel belirsizliğin rolü araştırılacağından boyutları aşağıda verilmiştir. Matanda ve Freeman (2009) tarafından geliştirilen çevresel boyutlar; pazar dalgalanması, çevresel değişkenlik ve rekabet yoğunluğudur.

## III. ARAŞTIRMA METODOLOJİSİ

Bu bölümde özel hastanelerde, kaynak bağımlılığı düzeyinin rekabet stratejileri üzerindeki etkisi ve algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici rolünü belirlemeye yönelik olarak araştırmanın amacı, önemi, yöntemi ve bulgularına yer verilmektedir. Makalede sayfa kısıtlılığı nedeniyle sadece kabul edilen hipotezlerin tabloları ve ekte tüm hipotezlere yer verilmiştir.

### 3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Türkiye'deki özel hastanelerde görev yapan yöneticiler oluşturmaktadır. Bütçe ve zaman kısıtı nedeniyle evrenin tümüne ulaşma olanağı bulunmadığından araştırmada örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. Araştırmanın konusu olan özel hastanelerde görev yapan yönetici sayısı tam bilinmediği için Özdamar (2001)'in geliştirdiği  $n = z^2(pq) / e^2$  formülü dikkate alınarak %5 hata payı ve %90 güven aralığı kullanılarak örneklem hacmi 164 olarak hesaplanmıştır (Ural ve Kılıç, 2013).

$$N = z^2(pq) / e^2 = (1,28)^2(0,5)(0,5)/(0,05)^2 = 163,84$$

Araştırmacının kendisi tarafından gerçekleştirilen ve basit tesadüfi örnekleme yoluyla özel hastanelere dağıtılan 400 anketten 250 tanesi geri dönüş sağlamıştır. Ancak bu anketlerden 203 tanesi analize dâhil edilmiştir. Anketlerin geri dönüş oranı %49,8 olarak gerçekleşmiştir. Bu oran bilimsel açıdan yeterli ve kabul edilebilirdir.

### 3.2. Ölçekler

Bu çalışmada özel hastanelerde kaynak bağımlılığı düzeyinin rekabet stratejileri üzerindeki etkisi ve bu ilişkide algılanan çevresel belirsizliğinin düzenleyici rolü analiz edilmektedir. Çalışmadaki temel araştırma değişkenleri; kaynak bağımlılığı ve rekabet stratejileri iken, algılanan çevresel belirsizlik ise düzenleyici değişkendir. Bu çalışmada anket formu A,B,C,D ve E şeklinde bölümlere ayrılmıştır.

**Kaynak Bağımlılığı Ölçeği:** Fink ve diğerleri (2006) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Ölçek; ilişkisel odak (4 ifade), güç kullanımı üzerindeki kısıtlama (4 ifade), dayanışma (4 ifade), rol bütünlüğü (4 ifade), karşılıklı olma (4 ifade), esneklik (4 ifade), varlık özgüllüğü (4 ifade), teknolojik belirsizlik (3 ifade), kaynak yoğunluğu (4 ifade), kaynak bulunurluğu belirsizliği (3 ifade) ve kaynağın birbirine karşılıklı bağımlılığı (2 ifade) olmak üzere 11 boyut ve 40 ifadeden oluşmaktadır. Ayrıca 5'li Likert tipi ölçek kullanılmıştır (1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum). Kaynak bağımlılığı ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayıları Tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo 2. Kaynak Bağımlılığı Ölçeğinin Cronbach's Alpha Katsayıları**

Boyutlar	İfadeler	Cronbach's Alpha
<b>Kaynak bağımlılığı kuramı ölçeğinin</b>		<b>0,815</b>
İlişkisel odak boyutu	4 ifadeden biri çıkarılarak 3 ifade üzerinden	0,722
Güç kullanım boyutu	4 ifadesinden biri çıkarılarak 3 ifade üzerinden	0,794
Rol bütünlüğü boyutu	-	0,734
Karşılıklı olma boyutu	-	0,833
Esneklik boyutu	4 ifadesinden biri çıkarılarak 3 ifade üzerinden	0,703
Varlık özgüllüğü boyutu	4 ifadesinden biri çıkarılarak 3 ifade üzerinden	0,853
Teknolojik belirsizlik boyutu	3 ifadesinden biri çıkarılarak 2 ifade üzerinden	0,853
Kaynak yoğunluğu boyutu	-	0,766
Kaynak bulunurluğu belirsizliği boyutu	-	0,814
Kaynağın birbirine karşılıklı bağımlılığı boyutu	-	0,766
<i>Dayanışma boyutunun güvenlik ve geçerliliği sağlanamadığından o boyut analizden çıkarılmıştır.</i>		

**Rekabet Stratejisi Ölçeği:** Parnell (2011), Zahra ve Covin (1993), Karacaoğlu (2011) ve Bakoğlu (2010) tarafından geliştirilen ölçeklerden yararlanılarak yeni bir ölçek oluşturulmuştur. Ölçek; maliyet liderliği stratejisi (9 ifade), farklılaştırma stratejisi (9 ifade), odaklanma strateji (9 ifade) olmak üzere 3 boyut ve 27 ifadeden oluşmaktadır. Ayrıca 5'li Likert tipi ölçek kullanılmıştır (1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum). Rekabet stratejileri ölçeğinin güvenilirlik katsayıları Tablo 3'te verilmiştir.



**Tablo 3. Rekabet Stratejileri Ölçeğinin Güvenilirlik Katsayıları**

Boyutlar	İfadeler	Cronbach's Alpha
<b>Rekabet stratejileri ölçeğinin</b>		<b>0,892</b>
Maliyet liderliği stratejisi boyutu	-	0,722
Farklılaştırma stratejisi boyutu	-	0,800
Odaklanma stratejisi boyutu	9 ifadesinden biri çıkarılarak 8 ifade üzerinden	0,869

**Algılanan Çevresel Belirsizlik Ölçeği:** Matanda ve Freeman (2009) tarafından geliştirilen ölçek; pazar dalgalanması (5 ifade), çevresel değişkenlik (5 ifade) ve rekabet yoğunluğu (4 ifade) olmak üzere toplam üç boyut ve 14 ifadeden oluşmaktadır. Ayrıca 5'li Likert tipi ölçek kullanılmıştır (1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum). Algılanan çevresel belirsizlik ölçeğinin güvenilirlik katsayıları Tablo 4'te gösterilmiştir.

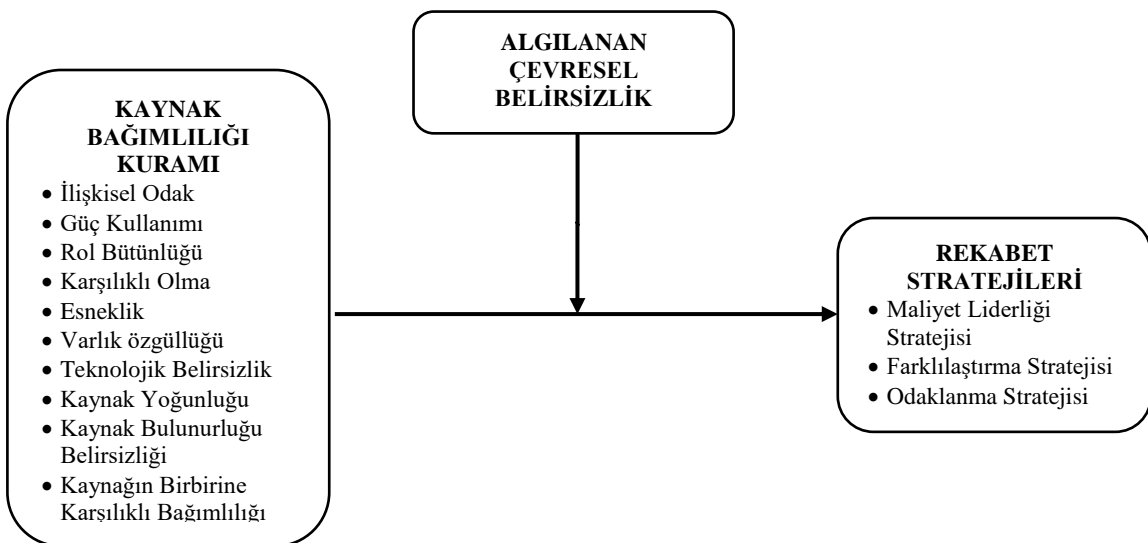
**Tablo 4. Algılanan Çevresel Belirsizlik Ölçeğinin ve Boyutlarının Güvenilirlik Katsayıları**

Boyutlar	İfadeler	Cronbach's Alpha
<b>Algılanan çevresel belirsizlik</b>		<b>0,877</b>
Pazar dalgalanma boyutu	5 ifadesinde 2 ifade çıkarılarak 3 ifade üzerinden	0,840
Çevresel değişkenlik boyutu	-	0,838
Rekabet yoğunluğu boyutu	-	0,818

### 3.3. Model ve Hipotezler

Bu bölümde kaynak bağımlılığı kuramının rekabet stratejileri üzerine etkisi ile ilgili yapılan kısıtlı araştırma için İzdaş (2018) tarafından su ürünleri sektöründe yapılan çalışma ve araştırmanın amacı doğrultusundan hareketle aşağıdaki model ve hipotezler kurulmuştur (Şekil 1).

#### Şekil 1. Kavramsal Araştırma Modeli



Araştırma için, kaynak bağımlılığı kuramının alt boyutlarına yönelik 30 hipotez, algılanan çevresel belirsizliğin üç stratejisi üzerine 3 hipotez ve algılanan çevresel belirsizliğin, kaynak bağımlılığı kuramının boyutları ve maliyet liderliği stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynaması üzerine 30 hipotez olmak üzere toplam 63 hipotez tasarlanmıştır.

### 3.4. Veri Analiz Yöntemleri

Çalışmanın verileri, 2019-2020 yılı içinde Türkiye'deki özel hastanelerde görev yapan 203 yöneticiden elde edilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği tespit etmek için Tek Yönlü Kolmogorov Smirnov testi yapılmıştır. Pearson Korelasyon analizi, çoklu regresyon analizi ve algılanan çevresel belirsizliğin rekabet stratejileri üzerindeki etkisini ölçmek için basit doğrusal regresyon yapılmıştır. Sonrasında, Hayes (2017) tarafından geliştirilen Process Makrosu yardımıyla kaynak bağımlılığı kuramının boyutları ile rekabet strateji arasındaki ilişkilerde algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici etkiye sahip olup olmadığını test etmek için üç aşamalı moderatör değişkenli hiyerarşik regresyon analizinden yararlanılmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için Nevşehir Hacı Bektaş Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan etik kurul izni (09.09.2019; 19697 sayılı yazı) alınmış ve anketin yapıldığı özel hastanelere ekte etik kurul izin belgesi de sunulmuştur.

## IV. ARAŞTIRMA BULGULARI

Yapılan araştırmanın bu bölümünde araştırmaya katılan özel hastane yöneticilerinin demografik özelliklerine, araştırma bulgularına ve model ile hipotezlerin test edilmesi gibi konulara yer verilmektedir.

### 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri ile İlgili Araştırma Bulguları

Araştırmaya katılan özel hastane yöneticilerinin demografik özellikleri cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, çalışma yılı, hastanenin yaşı, yatak sayısı ve yöneticilerin hastanelerde buldukları yönetici pozisyonu aşağıda Tablo 5'te verilmektedir.

Tablo 5'de görüldüğü üzere katılım gösterenlerin %66,5'i kadın, %33,5'u erkek grubunu oluşturmakta ve %57,6'sı evli, %42,4'ünün bekâr olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan yöneticilerin eğitim durumuna bakıldığında %16,3'ü lise mezunu, %16,3'ü meslek yüksekokulu mezunu, %30,5'i fakülte ve dengi okul mezunu ve %36,9'unun ise yüksek lisans/doktora mezunu olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin yaş aralığına bakıldığında, %13,8'i 25 yaş ve aşağı yaş aralığında, %26,1'i 26-35 yaş aralığında, %37,9'u 36-45 yaş aralığında, %17,2'si 46-55 yaş aralığında ve son olarak %4,9'unun ise 56 ve üzeri yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların hastanedeki çalışma yıllarına bakıldığında, %10,8'inin 1 yıldan az, %32,5'inin 1-3 yıl arasında, %21,2'sinin 4-6 yıl arasında, %13,8'inin 7-9 yıl arasında ve %21,7'sinin ise 10 yıl ve üzerinde çalışma yılına sahip olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan yöneticilerin çalıştıkları hastanenin yaşı sorulduğunda %25,1'i 5 yaş ve altında, %28,1'i 6-10 yaş aralığında, %17,7'si 11-15 yaş aralığında son olarak %28,6 ile 16 ve üzeri yaş aralığında olan kıdemli hastaneler olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan yöneticilerin çalıştıkları hastanedeki çalışan sayısına bakıldığında %0,5'i 10 çalışandan az, %3,0'ı 11-50 çalışan, %3,9'unda 51-100 çalışan ve son olarak %92,6'sında 101 ve üzeri çalışan bulunmaktadır. Bu hastanelerin yatak sayısına bakıldığında, %7,4'ünde 25-50 yatak, %29,1'inde 51-75 yatak ve %62,6'sında yatak sayısının 100 ve üzeri olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan yöneticilerin buldukları görevlere bakıldığında; %7,5'inin hastane sahibi, yönetim kurulu başkanı, yönetim kurulu üyesi, genel müdür, genel müdür yardımcısı, medikal direktör, başhekim ve başhekim yardımcısı gibi üst yönetimde bulunduğu, %25,4'ünün, hastane müdürü, gece müdürü, hemşirelik hizmetleri direktörü, klinik bölüm başkanı, anlaşmalı kurumlar direktörü, insan kaynakları müdürü, kurumsal iletişim/pazarlama müdürü, satın alma müdürü, faturalama SGK müdürü gibi orta yönetim kademesinde görev yaptığı, %42,4'ünün de hasta bakım hizmetleri müdür yardımcısı, otelcilik ve destek hizmetleri müdürü, biyomedikal direktörü, kalite ve hasta ilişkileri direktörü, misafir hizmetleri sorumlusu ve klinik/poliklinik/ünitelerin sorumlu hemşiresi gibi alt yönetim grubunda bulunduğu tespit edilmiştir.

Yönetici grubunun %29,6'lık bir kısmı "Diğer" seçeneğini işaretlediği tespit edilmiştir. Bunun nedeninin son yıllarda özel hastane yönetim kademelerine pek çok yeni pozisyon eklenmesi ve araştırma kapsamında bu pozisyonların ankette belirtilmemesi olduğu düşünülmektedir.

**Tablo 5. Demografik Özellikler**

Demografik Özellikler	F	Yüzde (%)	Demografik Özellikler	n	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>			<b>Hastanenin Yatak Sayısı</b>		
Kadın	135	66,5	25- 50	15	7,4
Erkek	68	33,5	51- 75	59	29,1
<b>Medeni Durum</b>			100 ve üzeri	127	62,6
Evli	117	57,6	<b>Göreviniz</b>		
Bekâr	86	42,4	Hastane sahibi	2	1,0
<b>Eğitim Durumu</b>			Yönetim kurulu başkanı	2	1,0
Lise	33	16,3	Yönetim kurulu üyesi	1	0,5
Meslek yüksekokulu	33	16,3	Genel müdür	1	0,5
Fakülte ve dengi okul	62	30,5	Genel müd. yrd.	1	0,5
Master ve doktora	75	36,9	Medikal direktör	1	0,5
<b>Yaş</b>			Başhekim	2	1,0
25 yaş ve aşağısı	28	13,8	Başhekim yrd.	5	2,5
26-35 arası	53	26,1	Hemşirelik hizmetleri direktörü	13	6,4
36-45 arası	77	37,9	Anlaşmalı kurumlar direktörü	1	0,5
46-55 arası	35	17,2	Hastane müdürü	5	2,5
56 yaş ve üzeri	10	4,9	Gece müdürü	5	2,5
<b>Çalışma Yılı</b>			İnsan kaynakları müdürü	2	1,0
1 yıldan az	22	10,8	Kurumsal iletişim/ pazarlama müdürü	2	1,0
1-3 yıl	66	32,5	Hasta bakım hizmetleri müdürü	3	1,5
4-6 yıl	43	21,2	Klinik bölüm başkanı	4	2,0
7-9 yıl	28	13,8	Hasta bakım hizmetleri müdür yrd.	3	1,5
10 yıl ve üzeri	44	21,7	Satın alma müdürü	3	1,5
<b>Hastanenizin Yaşı</b>			Faturalama SGK müdürü	1	0,5
5 yaş ve daha az	51	25,1	Misafir hizmetleri sorumlusu	2	1,0
6-10 yaş arası	57	28,1	Biyomedikal müd./direktörü	1	0,5
11-15 yaş arası	36	17,7	Kalite ve hasta ilişkileri direktörü	4	2,0
16 yaş ve daha fazla	58	28,6	Otelcilik ve destek hizmetleri müdürü	3	1,5
<b>Çalışan Sayısı</b>			Klinik/poliklinik /ünite vb.) sorumlu hemşiresi	76	37,4
10 kişiden az	1	,5	Diğer	60	29,6
11-50 kişi	6	3,0			
51-100 kişi	8	3,9			
101 kişi ve üzeri	188	92,6			

## 4.2. Örgütsel Hedefle ile İlgili Araştırma Bulguları

Örgütsel hedefle ilgili alanda üç soru ifadesi bulunmaktadır. Bu soruların yanıtları tablo halinde gösterilmiş ve yorumlanmıştır:

### a) Hastanelerde Örgütsel Hedeflere Ulaşmada Mevcut Kaynakların Yeterliliği

Sağlık işletmelerinin veya hastanelerin, sahip olduğu tüm finansal ve üretim kaynaklarını dikkate alarak mevcut kaynaklarının örgütsel hedeflere ulaşmak için yeterli olup olmadığına dair bulgular Tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 6. Hastanelerde Örgütsel Hedeflere Ulaşmada Mevcut Kaynakların Yeterliliği**

Mevcut Kaynakların Yeterlilik Düzeyi	n	Yüzde (%)
Hiç yeterli değil	7	3,4
Yetersiz	14	7
Orta düzeyde yeterli	67	33,3
Yeterli	101	50,2
Çok yeterli	9	4,4
Cevap yok	3	1,5
<b>Toplam</b>	<b>201</b>	<b>100,0</b>

Tablo 6'da hastanelerdeki mevcut kaynakların örgütsel hedeflere ulaşmada yeterli olup-olmadığı sorgulandığında %3,4'nün hiç yeterli değil, %7'nin yetersiz, %33,3'ünün orta düzeyde yeterli, %50,2'sinin yeterli ve %4,4'ünün çok yeterli bulunduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hastane yöneticilerinin %43,7'si örgütsel hedeflere ulaşmak için kaynaklarının yeterli olmadığını ve dışarıya bağımlı olduklarını belirtmişlerdir.

### b) Hastane Performansının Kaynak Temin Etmedeki İşlevi ve Önemi

Yöneticilerin, hastanelerin performansının, dış paydaşlardan veya kaynak sağlayıcılardan kaynak elde etmedeki derecesi ile ilgili algılarına dair bulgular Tablo 7'de görülmektedir.

**Tablo 7. Hastane Performansının Kaynak Temin Etmedeki İşlevi ve Önemi**

Hastane Performansının Önemi	Sayı	Yüzde (%)
Hiç önemli değil	1	0,5
Önemli değil	5	2,4
Orta düzeyde önemli	30	14,9
Önemli	92	45,8
Çok önemli	70	34,8
Cevap yok	3	1,4
<b>Toplam</b>	<b>201</b>	<b>100,0</b>

Tablo 7'de hastanelerin performanslarının kaynak temin etmedeki işlevi ve önemini hastane için hiç önemli bulmayanlar %0,05, önemli olmadığını düşünenler %2,4'ü önemli değil, orta düzeyde önemli olduğunu ifade edenler %14,9, önemli olduğunu düşünenler %45,8 ve çok önemli bulanlar %34,8 olarak tespit edilmiştir. Bu durum, yöneticilerin %80,6'sının (önemli ve çok önemli) hastane performansının kaynak temini ile çok yakın bir ilişkisi olduğunu ifade etmektedirler.

### c) Hastanelerin Kaynakları Etkili Kullanma Düzeyi

Örgütsel hedef ile ilgili soruların sonucunda, araştırmaya katılan yöneticilerin çalıştıkları hastanelerin kaynakları etkili kullanıp kullanmadıklarına dair görüşleri sorulmuş ve cevapları tablo 8'de sunulmaktadır.

**Tablo 8. Hastanelerin Kaynakları Etkili Kullanma Düzeyi**

Kaynakları Etkili Kullanma Düzeyi	n	Yüzde (%)
Hiç etkili değil	1	0,5
Etkili değil	9	4,5
Orta düzeyde etkili	73	36,3
Etkili	107	53,2
Çok Etkili	8	4
Kayıp Değer	3	1,5
<b>Toplam</b>	<b>201</b>	<b>100,0</b>

Tablo 8’de araştırmaya katılan yöneticilerin %5’i hastanelerinde kaynaklarının etkili kullanmadıklarını, %36,3’ü orta düzeyde etkili kullandıklarını, %53,2’si etkili ve %4’ü ise çok etkili kullandıklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuç Türkiye’de özel sağlık işletmelerinin %41,3’ünün sahip oldukları kaynakları etkili kullanmadıklarını göstermektedir.

### 4.3. Hastanelerin Çevresel ve Kaynak Bağımlılığı ile İlgili Belirsizlikleri Azaltma Stratejileri ile İlgili Araştırma Bulguları

Hastanelerin, çevresel bağımlılığı en aza indirmek, kaynak bağımlılığı ile ilgili riskleri azaltmak, girdilerin teminindeki belirsizliklerin üstesinden gelmek, dışsal ilişkileri iyileştirmek ve iş bağlantılarını sürdürmek için izledikleri stratejiler/yöntemler ile ilgili bulgular aşağıda Tablo 9’da görülmektedir.

**Tablo 9. Hastanelerin Çevresel ve Kaynak Bağımlılığı ile İlgili Belirsizlikleri Azaltma Stratejileri**

Kaynak bağımlılığı stratejileri	Sayı	Yüzde	Kaynak bağımlılığı stratejileri	Sayı	Yüzde
Reklam ve halkla ilişkiler faaliyeti yürütme	125	59,5	Lisans anlaşmaları	52	24,8
İşbirliği yapma	119	56,7	Bayilikler/Şubeler	51	24,3
Sözleşmeli üretim veya hizmet	84	40,0	Pazarlama araştırması uzmanları gibi sınır birim iş görenlerden yararlanmak suretiyle bilgi akışını sağlayarak belirsizliği azaltma.	47	22,4
Hastanenin etkinliğini artırmak için yeni yönetici istihdam etme veya yönetici yedekleme.	74	35,2	Ortak girişim kurma	44	21,0
Çeşitli yasal anlaşmalar yapma	78	37,1	Politik araçlarla (lobicilik vs.) hükümet düzenlemelerini şekillendirme	26	12,4
Know-how anlaşmaları	73	34,8	Bir yöneticiyi hem rakibin hem de firmamızın ortak yönetim kurulu üyesi olarak belirleme	24	11,4
Stratejik ittifaklar yapma	59	28,1	Distribütörlükler	21	10,0
Ar-Ge departmanı, malzeme deposu gibi tampon kuruluşlardan yararlanmak suretiyle belirsizliği azaltma.	58	27,6	Firma birleşmesine gitme	19	9,0
Taşeronluk sözleşmeleri	57	27,1	Franchising	15	7,1
Bağışlardan yararlanma	57	27,1	Kooptasyon (Müşteriyi yönetim kuruluna alma)	12	5,7
<b>Yönetim sözleşmesi</b>	-	-	Konsorsiyum kurma	6	2,9
			Diğer	6	2,9

Tablo 9’da hastanelerin çevresel ve kaynak bağımlılığı ile ilgili belirsizlikleri azaltma stratejilerinde en yüksek kullanılan %59,5 oranında reklam ve halkla ilişkiler faaliyeti yürütme, %56,7 işbirliği yapma, %40 sözleşmeli üretim ve hizmet, %37,1 çeşitli yasal anlaşmalar, %35,2 hastanenin etkinliğini artırmak için yeni yönetici istihdam etme veya yönetici yedekleme, %34,8 know-how anlaşmaları, %28,1 stratejik ittifaklar yapma, %27,6 Ar-Ge departmanı, malzeme deposu gibi tampon kuruluşlardan yararlanmak suretiyle belirsizliği azaltma, %27,1 taşeronluk sözleşmeleri, %24,8’i lisans anlaşmaları yapma, %21,0 ortak girişim, %24,3 bayii ve şubeler açma, %22,4 pazarlama araştırması uzmanları gibi sınır birim iş görenlerden yararlanmak suretiyle bilgi akışını sağlayarak belirsizliği azaltma, %27,1 bağışlardan yararlanma, %12,4 politik araçlarla (lobicilik vs.) hükümet düzenlemelerini şekillendirme, %11,4 bir yöneticiyi hem rakibin hem de firmamızın ortak yönetim kurulu üyesi olarak belirleme, %10,0 distribütörlük yürütme, %9,0 firma birleşmesine gitme, %7,1 franchising, %5,7 kooptasyon, %2,9 konsorsiyum kurma ve %2,9’u ise diğer kategorisinde yer aldığı görülmektedir.

#### **4.4. Araştırma Hipotezlerinin Test Edilmesine İlişkin Bulguları**

Çalışmada Kolmogorov-Smirnov testi yardımıyla değişkenlerin normal dağıldığı gözlemlenince sonra araştırma değişkenleri arasındaki ilişkileri saptamak için yapılan Pearson Korelasyon analizi sonuçları Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10’da kaynak bağımlılığı alt boyutlarının, algılanan çevresel belirsizlik ve boyutları ve rekabet stratejileri alt boyutları arasındaki anlamlı ilişkide çoğunluğun arasında anlamlı ilişki olduğu, çok az bir kısmının ise ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir. Korelasyon analizi sonuçlarından hareketle değişkenler arasındaki ilişkilerin çoğunlukla düşük ve orta düzey olduğu algılanan çevresel belirsizliğin boyutları arasındaki ilişkinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 10. Araştırma Değişkenleri ile İlgili Korelasyon Katsayıları ve Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	X	St. Sp	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1.İO	3,14	0,977	1																
2.GK	2,96	0,787	0,265**	1															
3.RB	3,27	0,687	0,407**	0,321**	1														
4.KO	3,34	0,657	0,444**	0,188**	0,411**	1													
5.ES	2,91	0,902	-0,164*	-0,159*	-0,318**	-0,280**	1												
6.VO	3,51	0,73046	0,235**	0,305**	0,381**	0,449**	-0,264**	1											
7.TB	3,26	1,088	-0,008	0,000	0,117	0,252**	-0,128	0,290**	1										
8.KY	2,96	0,730	0,277**	0,187*	0,372**	0,191**	-0,277**	0,136	0,126	1									
9.KBB	3,18	0,748	0,194**	0,268**	0,448**	0,288**	-0,384**	0,222**	0,110	0,411**	1								
10.KKB	3,45	0,753	0,259**	0,172*	0,303**	0,281**	-0,228**	0,268**	0,182*	0,238**	0,393**	1							
11.ACB	3,33	0,628	0,201**	0,113	0,315**	0,185*	-0,313**	0,336**	0,180*	0,172*	0,283**	0,246**	1						
12.PD	3,53	0,790	0,181*	0,104	0,328**	0,144*	-0,248**	0,367**	0,128	0,146*	0,205**	0,166*	0,842**	1					
13.ÇD	3,19	0,696	0,200**	0,117	0,295**	0,195**	-0,293**	0,271**	0,147*	0,179*	0,269**	0,191**	0,925**	0,713**	1				
14.RY	3,35	0,694	0,141	0,072	0,206**	0,134	-0,272**	0,260**	0,196**	0,120	0,257**	0,288**	0,838**	0,540**	0,650**	1			
15.MLS	3,81	0,800	-0,021	-0,010	0,055	0,078	-0,061	0,293**	0,155*	-0,012	0,192**	0,298**	0,419**	0,334**	0,323**	0,448**	1		
16.FS	3,91	0,773	0,051	0,168*	0,132	,134	0,027	0,317**	0,145*	-0,042	0,067	0,186*	0,372**	0,288**	0,325**	0,358**	0,524**	1	
17.OS	3,56	0,648	0,123	0,195**	0,169*	0,156*	-0,131	0,235**	0,135	0,003	0,154*	0,140	0,461**	0,377**	0,391**	0,438**	0,483**	0,550**	1

**Değişkenler:** İO: İlişkisel Odak, GK: Güç Kullanımı, RB: Rol Bütünlüğü, KO: Karşılıklı Olma, ES: Esneklik, VO: Varlık Özgünlüğü, TB: Teknolojik Belirsizlik, KY: Kaynak Yoğunluğu, KBB: Kaynak Bulunurluğu Belirsizliği, KKB: Kaynağın Birbirine Karşılıklı Bağımlılığı, ACB: Algılanan Çevresel Belirsizlik, PD: Pazar Dalgalanma, ÇD: Çevresel Değişkenlik, RY: Rekabet Yoğunluğu, MLS: Maliyet Liderliği Stratejisi, FS: Farklılaştırma Stratejisi, OS: Odaklanma Stratejisi

\*\*Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (Çift-yönlü).

\* Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı (Çift-yönlü).

#### 4.5. Değişkenler Arasındaki Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları ile İlgili Araştırma Bulguları

Kaynak bağımlılığı boyutlarının maliyet liderliği, farklılaştırma ve odaklanma stratejilerine etkilerine ilişkin bulgular Tablo 11, 12 ve 13’de sunulmuştur.

**Tablo 11. Kaynak Bağımlılığının Boyutlarının Maliyet Liderliği Stratejisine Etkileri**

Model I Bağımsız Değişkenler	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize edilmiş	t	p	İç İlişki İstatistikleri	
	B	Standart Hata	Beta			Tolerans Değeri	VIF değeri
(Sabit)	2,288	0,548		4,171	0,000		
1.İlişkisel Odak	-0,049	0,067	-0,060	-0,731	0,466	0,680	1,471
2.Güç Kullanımı	-0,116	0,076	-0,114	-1,535	0,127	0,814	1,229
3.Rol Bütünlüğü	-0,093	0,101	-0,080	-0,921	0,358	0,601	1,665
4.Karşılıklı Olma	-0,103	0,104	-0,085	-0,989	0,324	0,616	1,623
5.Esneklik	0,045	0,067	0,051	0,671	0,503	0,788	1,269
6.Varlık Özgünlüğü	0,346	0,090	<b>0,316</b>	<b>3,846</b>	<b>0,000</b>	0,670	1,492
7.Teknolojik Belirsizlik	0,034	0,054	0,046	0,635	0,526	0,849	1,178
8.Kaynak Yoğunluğu	-0,106	0,085	-0,097	-1,243	0,216	0,748	1,337
9. Kaynak Bulunurluğu Belirsizliği	0,192	0,091	<b>0,180</b>	<b>2,113</b>	<b>0,036</b>	0,623	1,604
10. Kaynağın Birbirine Karşılıklı Bağımlılığı	0,267	0,081	<b>0,252</b>	<b>3,288</b>	<b>0,001</b>	0,773	1,294
R <sup>2</sup> = ,199, Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = ,154, F <sub>(10-199)</sub> = 4,392; p=,000<0,01; Durbin-Watson Katsayısı: 1,716							
<b>Bağımlı Değişken:</b> Maliyet Liderliği Stratejisi; *p< 0,05, **p< 0,01							

Tablo 11’de regresyon analizi bulgularına göre, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından *varlık özgüllüğü* ( $\beta=0,316$ ;  $p<0,01$ ), *kaynak bulunurluğu belirsizliği* ( $\beta=0,180$ ;  $p<0,05$ ) ve *kaynağın birbirine karşılıklı bağımlılığı* ( $\beta=0,252$ ;  $p<0,01$ ), maliyet liderliği stratejisini pozitif ve anlamlı şekilde etkilemektedir. Bu bulgulara göre **H1f**, **H1i** ve **H1j** hipotezleri desteklenmiştir.

Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarının bağımsız değişken ve farklılaştırma stratejisinin bağımlı değişken olarak girdiği Model II çoklu regresyon analizi yardımıyla test edilmiştir. Modele ilişkin bulgular Tablo 12’de verilmiştir.

**Tablo 12. Kaynak Bağımlılığının Boyutlarının Farklılaştırma Stratejisine Etkileri**

Model II Bağımsız Değişkenler	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize edilmiş	t	p	İç İlişki İstatistikleri	
	B	Standart Hata	Beta			Tolerans Değeri	VIF değeri
(Sabit)	1,930	0,546		3,535	0,001		
1.İlişkisel Odak	-0,031	0,067	-0,039	-0,464	0,643	0,680	1,471
2.Güç Kullanımı	0,096	0,075	0,098	1,271	0,205	0,814	1,229
3.Rol Bütünlüğü	0,053	0,101	0,047	0,528	0,598	0,601	1,665
4.Karşılıklı Olma	-0,010	0,104	-0,008	-0,093	0,926	0,616	1,623
5.Esneklik	0,113	0,067	0,132	1,695	0,092	0,788	1,269
6.Varlık Özgünlüğü	0,291	0,090	<b>0,275</b>	<b>3,248</b>	<b>0,001</b>	0,670	1,492
7.Teknolojik Belirsizlik	0,048	0,053	0,067	0,896	0,371	0,849	1,178
8.Kaynak Yoğunluğu	-0,114	0,085	-0,108	-1,348	0,179	0,748	1,337
9. Kaynak Bulunurluğu Belirsizliği	0,002	0,091	0,002	0,028	0,978	0,623	1,604
10. Kaynağın Birbirine Karşılıklı Bağımlılığı	0,140	0,081	0,136	1,727	0,086	0,773	1,294
R <sup>2</sup> = ,150, Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = ,102, F <sub>(10-199)</sub> = 3,123; p=,001<0,01; Durbin-Watson Katsayısı: 1,945							
<b>Bağımlı Değişken:</b> Farklılaştırma Stratejisi; *p< 0,05, **p< 0,01							



Tablo 12’de regresyon analizi bulgularına göre, kaynak bağımlılığı boyutlarından **varlık özgüllüğü** ( $\beta=0,275;p<0,01$ ), farklılaştırma stratejisini pozitif ve anlamlı şekilde etkilemektedir. Bu bulgulara göre **H2f hipotezi desteklenmiştir**.

Kaynak bağımlılığı boyutlarının bağımsız değişken ve odaklanma stratejisinin bağımlı değişken olarak girdiği Model III çoklu regresyon analizi yardımıyla test edilmiştir. Modele ilişkin bulgular Tablo 13’te sunulmuştur.

**Tablo 13. Kaynak Bağımlılığı Boyutlarının Odaklanma Stratejisine Etkileri**

Model III Bağımsız Değişkenler	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize edilmiş	t	P	İç İlişki İstatistikleri	
	B	Standart Hata	Beta			Tolerans Değeri	VIF değeri
(Sabit)	2,595	0,470		5,516	0,000		
1.İlişkisel Odak	0,035	0,057	0,053	0,609	0,544	0,680	1,471
2.Güç Kullanımı	0,100	0,065	0,121	1,534	0,127	0,814	1,229
3.Rol Bütünlüğü	0,038	0,087	0,041	0,442	0,659	0,601	1,665
4.Karşılıklı Olma	-0,006	0,090	-0,006	-0,070	0,944	0,616	1,623
5.Esneklik	-0,032	0,058	-0,044	-0,551	0,582	0,788	1,269
6.Varlık Özgünlüğü	0,112	0,077	0,126	1,445	0,150	0,670	1,492
7.Teknolojik Belirsizlik	0,054	0,046	0,091	1,181	0,239	0,849	1,178
8.Kaynak Yoğunluğu	-0,115	0,073	-0,130	-1,576	0,117	0,748	1,337
9. Kaynak Bulunurluğu Belirsizliği	0,069	0,078	0,079	0,880	0,380	0,623	1,604
10. Kaynağın Birbirine Karşılıklı Bağımlılığı	0,030	0,070	0,035	0,426	0,670	0,773	1,294
R <sup>2</sup> = 0,100, Düzeltilmiş R <sup>2</sup> =0,050, F (10-199)= 1,976; p=,038<0,05; Durbin-Watson Katsayısı: 1,835							
Bağımlı Değişken: Odaklanma Stratejisi; *p< 0,05 **p< 0,01							

Tablo 13’te regresyon analizi bulgularına göre, kaynak bağımlılığı boyutları odaklanma stratejisini etkilememektedir. Bu bulgulara göre **H3a, H3b, H3c, H3f, H3g, H3i ve H3j hipotezleri reddedilmiştir** (Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından H3a: ilişkisel odak, H3b: güç kullanımı, H3c:rol bütünlüğü, H3f: varlık özgüllüğü, H3g: teknolojik belirsizlik, H3i: kaynak bulunurluğu belirsizliği ve H3j:kaynağın birbirine karşılıklı bağımlılığı, odaklanma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir).

Bununla birlikte kaynak bağımlılığının boyutlarından **esneklik** ( $\beta=-0,044$ ;  $p>0,05$ ), **kaynak yoğunluğu** ( $\beta= -0,130$ ;  $p>0,05$ ) ve **karşılıklı olma** ( $\beta= -0,006$ ;  $p>0,05$ ) odaklanma stratejisini negatif ama anlamlı olmayan bir şekilde etkilemektedir. Bu yüzden **H3d, H3e ve H3h hipotezleri de desteklenmemiştir** (Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından H3d: esneklik, H3e:kaynak bağımlılığı ve H3h: karşılıklı olma, odaklanma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir).

#### 4.6. Algılanan Çevresel Belirsizliğin Rekabet Stratejileri Üzerine Etkileri

Algılanan çevresel belirsizliğin rekabet stratejileri üzerine etkilerine ilişkin bulgular Tablo 14’de sunulmuştur. Baron ve Kenny’ye (1986) göre, düzenleyici değişkenli hiyerarşik regresyonda düzenleyici değişken ile bağımlı değişken arasında anlamlı ilişki olması koşul olduğundan algılanan çevresel belirsizliğin rekabet stratejileri üzerindeki etkilerini ortaya koymak için basit doğrusal regresyon analizinden yararlanılmıştır. Tablo 14’de algılanan çevresel belirsizliğin maliyet liderliği, farklılaştırma ve odaklanma rekabet stratejileri üzerine etkileri verilmiştir.

**Tablo 14. Algılanan Çevresel Belirsizliğin Rekabet Stratejileri Üzerine Etkileri**

İlişki	Sabit	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	F	Modelin Anlam Düzeyi
		B	Std. Hata	Beta						
ACB→MLS	2,048	0,532	0,080	0,424	6,636	0,000	0,180	0,176	44,039	0,000
ACB→FS	2,160	0,515	0,086	0,388	5,976	0,000	0,151	0,147	35,717	0,000
AC→OS	1,839	0,510	0,071	0,451	7,164	0,000	0,203	0,199	51,320	0,000

n= 202, Bağımlı Değişken: Maliyet Liderliği Stratejisi (MLS), Farklılaştırma Stratejisi (FS), Odaklanma Stratejisi (OS) \*\*p<0.001, \*p<0.05

Tablo 14'teki basit regresyon analizi bulguları incelendiğinde; her üç modelin de anlamlı olduğu görülmektedir. Regresyon analizi bulgularına göre algılanan çevresel belirsizlik, hem *maliyet liderliği stratejisini* ( $\beta=0,424$ ;  $p<0,01$ ), hem *farklılaştırma stratejisini* ( $\beta=0,388$ ;  $p<0,01$ ), hem de *odaklanma stratejisini* ( $\beta=0,451$ ;  $p<0,01$ ) pozitif ve anlamlı şekilde etkilemektedir. Bu durumda, bulgulara göre H4a, H4b ve H4c hipotezleri kabul edilmiştir.

#### 4.7. Kaynak Bağımlılığı Boyutları ile Rekabet Stratejileri İlişkisinde Algılanan Çevresel Belirsizliğin Düzenleyici Etkisi

Kaynak bağımlılığı boyutları ile rekabet stratejileri ilişkisinde algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici etkisinin bulunduğu iki boyut bulunmaktadır. Bu boyutlar *esneklik* ve *teknolojik belirsizlik* boyutlarıdır:

##### ▪ Esneklik ile Rekabet Stratejileri İlişkisinde Algılanan Çevresel Belirsizliğin Düzenleyici Etkisi

Kaynak bağımlılığı kuramının esneklik boyutunun rekabet stratejileri üzerine etkisi ile ilgili araştırma hipotezlerini test etmek için Hayes'in (2017) Process Makrosundan yararlanılarak düzenleyici değişkenli hiyerarşik regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 15).

Tablo 15'deki düzenleyici değişkenli hiyerarşik regresyon analizi bulgularına göre bağımsız değişken kaynak bağımlılığının boyutlarından esneklik (ES) ile bağımlı değişken olan maliyet liderliği stratejisi (MLS) ilişkisinde algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici etkisinin test edildiği Model VIIIa (*Maliyet liderliği stratejisi*) ( $R^2=0,205$ ;  $F_{(3-199)}= 5,3158$ ;  $p<0,01$ ) istatistiksel açıdan anlamlı görünmektedir. Modelde belirleyici değişkenler, bağımlı değişken olan MLS'deki varyansın %20,5'ini açıklamaktadır. Bu durumda belirleyici değişkenler MLS'ye orta düzeyde etki etmektedir.

Model VIIIa'da Esneklik boyutunun (ES) Maliyet liderliği stratejisinin (MLS) üzerinde pozitif, ama anlamlı olmayan bir etkiye sahip olduğu ortaya konmuştur ( $\beta=0,0953$ ;  $p>0,05$ ). Buna karşın ACB'nin MLS üzerinde pozitif ve anlamlı etkiye sahip olduğu gözlenmiştir ( $\beta=0,609$ ;  $p<0,01$ ). Ayrıca ES\*ACB etkileşim teriminin MLS üzerinde pozitif, ama anlamlı olmayan bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır ( $\beta=0,1019$ ;  $p>0,05$ ). Öte yandan düşük ACB düzeyinde ES'deki 1 birimlik artış MLS'de 0,0289 birimlik bir artışa yol açarken, yüksek ACB düzeyinde ES'deki 1 birimlik artış MLS'de 0,1617 birimlik bir artışa yol açmaktadır. Fakat algılanan çevresel belirsizliğin hem yüksek hem de düşük olduğu durumlarda ES maliyet liderliği stratejisi üzerinde pozitif ama anlamlı olmayan bir etkiye sahiptir. Buna ilaveten bu modelde etkileşim terimi, ek olarak MLS'deki varyansı %0,061 açıklamaktadır. Son olarak düzenleyici etkiyi test etmeye yönelik %95 güven aralığı Bootstrap tahminlerine bakıldığında algılanan çevresel belirsizliğin alt sınır değerleri (LLCI=-0,1660;ULCI=0,2239) ve üst sınır değerleri (LLCI=-0,0147;ULCI=0,3380) 0 (sıfırı) kapsadığı için Algılanan çevresel belirsizliğin Esne ES ile MLS ilişkisinde düzenleyici rolü oynamamaktadır. Bu durumda **H5e hipotezi ret edilmiştir** (*Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından esneklik ile maliyet liderliği stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır*).

**Tablo 15. Düzenleyici Değişken Algılanan Çevresel Belirsizlik Açısından Kaynak Bağımlılığının Esneklik Boyutunun Rekabet Stratejileri Üzerine Etkileri**

Model VIII Değişkenler	Bağımlı Değişkenler								
	Y (a- Maliyet Liderliği Stratejisi)			Y (b- Farklılaştırma Stratejisi)			Y (c- Odaklanma Stratejisi)		
	$\beta$	S.H	p	$\beta$	S.H	p	$\beta$	S.H	p
Sabit	3,8183**	0,0595	0,0000	3,8617**	0,0595	0,0000	3,5048**	0,0490	0,0000
M (Algılanan Çevresel Belirsizlik-ACB)	0,6095**	0,1642	0,0003	0,6212**	0,0943	0,0000	0,5499**	0,0926	0,0000
X (Esneklik-ES)	0,0953	0,0653	0,1464	0,2011*	0,0710	0,0051	0,0891	0,0621	0,1528
Etkileşim Terimi (ES x ACB)	0,1019	0,1043	0,3297	0,0048	0,1019	0,9625	-0,1093	0,1030	0,2899
R <sup>2</sup>	0,205			0,195			0,228		
$\Delta R^2$	0,0061			0,0080			0,0085		
F <sub>(3-199)</sub>	5,3158			18,1042			19,8181 *		
$\Delta F$	0,9550			0,7122			1,1263		
p	p<0,01			p<0,01			p<0,01		
%95 Güven Aralıkları Düzeyinde	Düşük ACB Düzeyinde Dolaylı Etki ( $\beta$ )			Düşük ACB Düzeyinde Dolaylı Etki ( $\beta$ )			Düşük ACB Düzeyinde Dolaylı Etki ( $\beta$ )		
	0,0289			0,1979			0,1603		
	LLCI	ULCI		LLCI	ULCI		LLCI	ULCI	
	-0,1660	0,2239		-0,0303	0,4261		-0,0486	0,3692	
	Yüksek ACB Düzeyinde Dolaylı Etki ( $\beta$ )			Yüksek ACB Düzeyinde Dolaylı Etki ( $\beta$ )			Yüksek ACB Düzeyinde Dolaylı Etki ( $\beta$ )		
	0,1617			0,2042			0,0179		
LLCI	ULCI		LLCI	ULCI		LLCI	ULCI		
-0,0147	0,3380		0,0577	0,3507		-0,1282	0,1639		
n=203; *p<0,05 **p<0,01									

Yukarıdaki bulgulara göre Model VIIIa (*Maliyet Liderliği Stratejisi*) için regresyon denklemi şu şekildedir:

$$Y = \beta_0 (\text{Sabit}) + \beta_1 (\text{ACB}) + \beta_2 (\text{ES}) + \beta_3 (\text{ES} \times \text{ACB})$$

$$Y = 3,8183 (\text{Sabit}) + 0,609 (\text{ACB}) + 0,0953 (\text{ES}) + 0,1019 (\text{ES} \times \text{ACB})$$

Tablo 15'teki araştırma bulgularına göre bağımsız değişken esneklik (ES) ile bağımlı değişken olan farklılaştırma stratejisi (FS) ilişkisinde düzenleyici değişken olarak algılanan çevresel belirsizliğin etkisinin test edildiği Model VIIIb (*Farklılaştırma Stratejisi*) ( $R^2=0,195$ ;  $F_{(3-199)}= 18,1042$ ;  $p<0,01$ ) istatistiksel açıdan anlamlıdır. Bu model incelendiğinde belirleyici değişkenler, bağımlı değişken olan FS'deki varyansın %19,5'ini açıklamaktadır. Yani belirleyici değişkenler FS üzerinde orta düzeyde etkili olmaktadır.

Model VIIIb (*Farklılaştırma Stratejisi*) ES'nin FS üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu ortaya konmuştur ( $\beta = 0,2011$ ;  $p<0,01$ ). Benzer şekilde ACB'nin de FS üzerinde pozitif ve anlamlı etkiye sahip olduğu gözlenmiştir ( $\beta = 0,621$ ;  $p<0,01$ ). Ayrıca ES\*ACB etkileşim terimi FS üzerinde pozitif, ama anlamlı olmayan şekilde etkilemektedir ( $\beta = 0,0048$ ;  $p>0,05$ ). Bu bağlamda düşük ACB düzeyinde ES'deki 1 birimlik artış FS'de 0,1979 birimlik bir artışa yol açarken, yüksek ACB düzeyinde ES'deki 1 birimlik artış FS'de 0,2042 birimlik bir artışa neden olmaktadır. Ancak ACB'nin düşük olduğu durumlarda ES maliyet liderliği stratejisi üzerinde pozitif ama anlamlı olmayan bir etkiye sahip iken, ACB'nin yüksek olduğu durumlarda ES maliyet liderliği stratesini pozitif ve anlamlı şekilde etkilemektedir. Söz konusu modelde etkileşim terimi, ilave olarak FS'deki varyansı %0,080 açıklamaktadır.

ACB'nin düzenleyici etkisini test etmek için BC önyükleme yöntemi kullanılmıştır. Burada düzenleyici etkiye dair %95 güven aralığı Bootstrap tahminlerine bakıldığında düşük ACB düzeyinde

ES'nin FS üzerindeki etkisinde anlamlı olmayan bir artış söz konusudur ( $\beta=0,1979$ ; %95 CI [-0,0303 ile 0,4261]). Yani bu etki  $p<0,01$  anlam düzeyinde anlamlı bir biçimde sıfırdan farklılaşmadığından düzenleyici rolü oynamamaktadır. Bu durumda düşük ACB düzeyinde **H6e hipotezi** ret edilmiştir.

Buna karşın yüksek ACB düzeyinde ES'nin FS üzerindeki etkisinde anlamlı bir artma söz konusudur ( $\beta=0,2042$ ; %95CI[0,0577 ile 0,3507]). Sınır değerleri 0(Sıfır)'ı kapsamadığı için bu bulgu **H6e hipotezini desteklemektedir** (*Algılanan çevresel belirsizlik yüksek ise kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından esneklik ile farklılaştırma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır*).

Bununla birlikte düzenleyici değişken bağımlı değişken olan FS'nin varyansını ek olarak %0,08 açıklamaktadır.

Söz konusu bulgulara göre Model VIIIb'nin (**Farklaştırılma stratejisi**) regresyon denklemi şu şekildedir:

$$Y = \beta_0 (\text{Sabit}) + \beta_1 (\text{ACB}) + \beta_2 (\text{ES}) + \beta_3 (\text{ES} \times \text{ACB})$$

$$Y = 3,8617 (\text{Sabit}) + 0,621 (\text{ACB}) + 0,2011 (\text{ES}) + 0,0048 (\text{ES} \times \text{ACB})$$

Tablo 15'te görüldüğü üzere bağımsız değişken kaynak bağımlılığının boyutlarından esneklik (ES) ile bağımlı değişken olan odaklanma stratejisi (OS) ilişkisinde algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici etkisinin test edildiği Model VIIIc (**Odaklanma stratejisi**) ( $R^2=0,228$ ;  $F_{(3,199)}=19,8181$ ;  $p<0,01$ ) istatistiksel açıdan anlamlıdır. Bu modelde de belirleyici değişkenler, OS'deki varyansın %22,8'ini açıklamakta, yani bu değişkene orta düzeyde etki etmektedir.

Model VIIIc'de ES, OS'yi pozitif, ama anlamlı olmayan bir şekilde etkilemektedir ( $\beta=0,089$ ;  $p>0,05$ ). Ancak ACB, OS üzerinde pozitif ve anlamlı etkiye sahiptir ( $\beta=0,549$ ;  $p<0,01$ ). Ayrıca ES\*ACB etkileşim teriminin OS üzerinde negatif, ama anlamlı olmayan bir etkiye sahiptir ( $\beta=0,1093$ ;  $p>0,05$ ).

Öte yandan ACB'nin düşük olduğu durumlarda ES'deki 1 birimlik artış OS'de 0,1603 birimlik bir artışa neden olurken, ACB'nin yüksek olduğu durumlarda ES'deki 1 birimlik artış OS'de 0,0179 birimlik bir artışa sebebiyet vermektedir. Fakat ACB'nin gerek yüksek gerekse düşük olduğu durumlarda ES, OS'yi pozitif ama anlamlı olmayan şekilde etkilemektedir. Ayrıca modelde etkileşim terimi, ilave olarak OS'deki varyansın sadece %0,085'ini açıklamaktadır.

Bu değerlendirmeden sonra düzenleyici etkiyi test etmek için %95 güven aralığı Bootstrap tahminleri dikkate alındığında ACB'nin alt sınır değerleri (LLCI=-0,0486;ULCI=0,3692) ve üst sınır değerlerinin (LLCI=-0,1282;ULCI=0,1639) 0 (sıfır) kapsaması nedeniyle ACB'nin ES ile OS ilişkisinde düzenleyici etkiye sahip olmadığı açıktır. Bu durumda **H7e hipotezi ret edilmiştir** (*Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından esneklik ile odaklanma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır*).

Yukarıdaki verilere göre Model VIIIc'nin (**Odaklanma stratejisi**) regresyon denklemi şu şekildedir:

$$Y = \beta_0 (\text{Sabit}) + \beta_1 (\text{ACB}) + \beta_2 (\text{ES}) + \beta_3 (\text{ES} \times \text{ACB})$$

$$Y = 3,5048 (\text{Sabit}) + 0,549 (\text{ACB}) + 0,0891 (\text{ES}) + [-0,1093 (\text{ES} \times \text{ACB})].$$

▪ **Teknolojik Belirsizlik ile Rekabet Stratejileri İlişkisinde Algılanan Çevresel Belirsizliğin Düzenleyici Etkisi**

Kaynak bağımlılığının teknolojik belirsizlik boyutunun rekabet stratejileri üzerine etkisi ile ilgili araştırma hipotezlerini test etmek için Hayes'in (2017) Process Makrosundan yararlanılarak düzenleyici değişkenli hiyerarşik regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 16).

**Tablo 16. Düzenleyici Değişken Algılanan Çevresel Belirsizlik Açısından Kaynak Bağımlılığının Teknolojik Belirsizlik Boyutunun Rekabet Stratejileri Üzerine Etkileri**

X Değişkenler	Bağımlı Değişkenler								
	Y (a-Maliyet Liderliği Stratejisi)			Y (b-Farklılaştırma Stratejisi)			Y (c-Odaklanma Stratejisi)		
	$\beta$	S.H	p	$\beta$	S.H	p	$\beta$	S.H	p
Sabit	3,7891**	0,0509	0,0000	3,8481**	0,0567	0,0000	3,5060	0,0459	0,0000
M (Algılanan Çevresel Belirsizlik-ACB)	0,4853**	0,1268	0,0002	0,4696**	0,0778	0,0000	0,4646	0,0714	0,0000
X (Teknolojik Belirsizlik-TB)	0,0242	0,0427	0,5724	0,0330	0,0533	0,5360	-0,0012	0,0489	0,9798
Etkileşim Terimi (TBx ACB)	0,1888**	0,0699	0,0075	0,1771**	0,0611	0,0042	0,2099	0,0617	0,0008
R <sup>2</sup>	0,214			0,178			0,254		
$\Delta R^2$	0,0333			0,0262			0,0506		
F <sub>(3-199)</sub>	5,4560			18,8974			34,1837		
$\Delta F$	7,2892			8,3913			11,5748		
p	p<0,01			p<0,01			p<0,01		
%95 Güven Aralıkları Düzeyinde	Düşük ACB Düzeyinde Dolaylı Etki ( $\beta$ )			Düşük ACB Düzeyinde Dolaylı Etki ( $\beta$ )			Düşük ACB Düzeyinde Dolaylı Etki ( $\beta$ )		
	-0,1000			-0,0834			-0,1392		
	LLCI	ULCI		LLCI	ULCI		LLCI	ULCI	
	-0,2303	0,0304		-0,2295	0,0627		-0,2769	-0,0016	
	Yüksek ACB Düzeyinde Dolaylı Etki ( $\beta$ )			Yüksek ACB Düzeyinde Dolaylı Etki ( $\beta$ )			Yüksek ACB Düzeyinde Dolaylı Etki ( $\beta$ )		
	0,1483			0,1495			0,1368		
	LLCI	ULCI		LLCI	ULCI		LLCI	ULCI	
0,0315	0,2652		0,0341	0,2648		0,0251	0,2484		
n=203; *p<0,05 **p<0,01									

Tablo 16'da teknolojik belirsizlik ile rekabet stratejileri arasındaki ilişkilerde algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici etkiye sahip olup olmadığını test etmeye yönelik düzenleyici değişkenli hiyerarşik regresyon analizi bulguları sunulmuştur.

Maliyet liderliği stratejisine ilişkin araştırma bulgularına göre, bağımsız değişken teknolojik belirsizlik (TB) ile bağımlı değişken maliyet liderliği (MLS) ilişkisinde düzenleyici değişken olarak ACB'nin etkisinin test edildiği Model Xa'nın (*Maliyet liderliği stratejisi*) ( $R^2=0,205$ ;  $F_{(3, 203)}=5,3158$ ;  $p<0,01$ ) istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulgulardan anlaşılmaktadır. Bu modelde belirleyici değişkenler, bağımlı değişken MLS'deki varyansın %19,5'ini açıklayarak, bu değişkene orta düzeyde etki etmektedir. Model Xa'da TB'nin MLS üzerinde pozitif ama anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ( $\beta=0,0242$ ;  $p>0,05$ ).

Buna karşın ACB, MLS'ye pozitif ve anlamlı bir şekilde etki etmektedir ( $\beta=0,485$ ;  $p<0,01$ ). Benzer şekilde TB\*ACB etkileşim terimi de MLS'yi pozitif ve anlamlı şekilde etkilemektedir ( $\beta=0,1888$ ;  $p<0,01$ ). Bu durum analiz edildiğinde, ACB'nin düşük düzeylerinde TB'deki 1 birimlik artış MLS'de 0,1000 birimlik bir azalışa yol açarken, ACB'nin yüksek düzeylerinde TB'deki 1 birimlik artış MLS'de 0,1483 birimlik bir artışa neden olmaktadır.

ACB'nin düşük düzeylerinde TB, MLS üzerinde negatif ama anlamlı olmayan bir etkiye sahip olmasına karşın, ACB'nin yüksek düzeylerinde TB, MLS üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahiptir. Modelde etkileşim terimi, ek olarak MLS'deki varyansın %3,33'ünü açıklamaktadır. ACB'nin düzenleyici etkisini test etmek için BC önyükleme yönteminden yararlanılmıştır.

ACB'nin düzenleyici etkisine dair %95 güven aralığı Bootstrap tahminleri incelendiğinde ACB'nin düşük düzeylerinde TB'nin MLS üzerindeki etkisinde anlamlı olmayan bir azalış mevcuttur ( $\beta = -0,1000$ ; %95 CI [-0,2303 ile 0,0304]).

Yani bu etki  $p < 0,05$  anlam düzeyinde anlamlı bir biçimde sıfırdan farklılaşmadığı için düzenleyici rolü oynamamaktadır. Bu durumda düşük ACB düzeyinde **H5g hipotezi reddedilmiştir** (*Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından teknolojik belirsizlik ile maliyet liderliği stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır*).

Aksine yüksek ACB düzeyinde TB'nin MLS üzerindeki etkisinde anlamlı bir artış olduğu gözlenmektedir ( $\beta = 0,1483$ ; %95 CI [0,0315 ile 0,2652]). Görüldüğü gibi burada alt ve üst sınır değerleri 0(sıfır)'ı kapsamadığından **H5g hipotezi desteklenmektedir** (*Algılanan çevresel belirsizlik yüksek ise kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından teknolojik belirsizlik ile maliyet liderliği stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır*).

Yukarıdaki bulgular çerçevesinde Model Xa'nin (**Maliyet liderliği stratejisi**) regresyon denklemi şu şekildedir:

$$Y = \beta_0 (\text{Sabit}) + \beta_1 (\text{ACB}) + \beta_2 (\text{TB}) + \beta_3 (\text{TB} \times \text{ACB})$$

$$Y = 3,7891 (\text{Sabit}) + 0,4853 (\text{ACB}) + 0,0242 (\text{TB}) + 0,1888 (\text{TB} \times \text{ACB})$$

Farklılaştırma stratejisine ilişkin Tablo 16'daki bulgulara göre, bağımsız değişken kaynak bağımlılığının boyutlarından TB ile bağımlı değişken FS ilişkisinde ACB'nin düzenleyici etkisinin test edildiği Model Xb'nin (**Farklılaştırma stratejisi**) istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $R^2 = 0,178$ ;  $F_{(3-203)} = 18,8974$ ;  $p < 0,01$ ). Bu modelde bağımsız ve aracı değişkenler, FS'deki varyansın %17,8'ini açıklamaktadır. Bu bulguya göre belirleyici değişkenler bağımlı değişkene orta düzeyde etki etmektedir.

Model Xb'nin bulgularına göre TB, FS'yi pozitif ama anlamlı olmayan bir şekilde etkilemektedir ( $\beta = 0,0330$ ;  $p > 0,05$ ).

Buna karşın ACB, FS'yi pozitif ve anlamlı şekilde etkilemektedir ( $\beta = 0,469$ ;  $p < 0,01$ ). Benzer şekilde TB\*ACB etkileşim terimi de FS üzerinde pozitif ama anlamlı olmayan bir etkiye sahiptir ( $\beta = 0,1771$ ;  $p < 0,01$ ).

Diğer yandan ACB'nin düşük olduğu durumlarda TB'deki 1 birimlik artış FS'de 0,0834 birimlik bir azalışa sebebiyet verirken; ACB'nin yüksek olduğu durumlarda TB'deki 1 birimlik artış FS'de 0,1495 birimlik bir artışa yol açmaktadır. Ancak ACB'nin düşük olduğu durumlarda TB, FS'yi negatif ama anlamlı olmayan şekilde etkilerken, ACB'nin yüksek olduğu durumlarda TB, FS'yi pozitif ve anlamlı şekilde etkilemektedir. Etkileşim terimi, aynı zamanda ek olarak FS'deki varyansın %2,62'sini açıklamaktadır.

Son olarak düzenleyici etkiyi test etmek için %95 güven aralığı Bootstrap tahminleri göz önüne alındığında ACB'nin düşük olduğu durumlarda TB'nin FS üzerindeki etkisinde anlamlı olmayan bir

azalış mevcuttur ( $\beta=-0,0834$ ; %95 CI [ -0,2295 ile 0,0627]). Bu sınırlar anlamlı bir biçimde sıfırdan farklılaşmadığı için ACB düzenleyici etkiye sahip değildir. Bu yüzden ACB'nin düşük olduğu durumda **H6g hipotezi reddedilmiştir**.

Buna karşın ACB'nin yüksek olduğu durumda TB'nin FS üzerindeki etkisinde anlamlı bir artış olduğu gözlenmektedir ( $\beta=0,1495$ ; %95 CI [0,0341 ile 0,2648]). Bu alt ve üst sınır değerleri 0(sıfır)'ı kapsamadığı için **H6g hipotezi kabul edilmiştir** (*Algılanan çevresel belirsizlik yüksek ise kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından teknolojik belirsizlik ile farklılaştırma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.*

Yukarıdaki bulgularla Model Xb'nin (**Farklılaştırma stratejisi**) regresyon denklemi şu şekildedir:

$$Y = \beta_0 (\text{Sabit}) + \beta_1 (\text{ACB}) + \beta_2 (\text{TB}) + \beta_3 (\text{TB} \times \text{ACB})$$

$$Y = 3,8481 (\text{Sabit}) + 0,469 (\text{ACB}) + 0,0330 (\text{TB}) + 0,1771 (\text{TB} \times \text{ACB})$$

Odaklanma stratejisine dair düzenleyici değişkenli hiyerarşik regresyon analizi bulgularına göre, bağımsız değişken teknolojik belirsizlik (TB) ile bağımlı değişken odaklanma stratejisi (OS) ilişkisinde düzenleyici değişken olarak ACB'nin etkisinin test edildiği Model Xc ( $R^2=0,256$ ;  $F_{(3-203)}=34,1837$ ;  $p<0,01$ ) istatistiksel açıdan anlamlıdır.

Model Xc'de (**Odaklanma stratejisi**) bağımsız ve düzenleyici değişkenler, bağımlı değişken OS'deki varyansın %25,6'sını açıklamakta ve bu değişkene orta düzeyde etki ettikleri görülmektedir.

Model Xc'nin bulguları incelendiğinde; TB'nin OS üzerinde negatif ama anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır ( $\beta=-0,0012$ ;  $p>0,05$ ). Ancak ACB'nin, OS üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ( $\beta=0,464$ ;  $p<0,01$ ). Benzer şekilde TB\*ACB etkileşim terimi de OS üzerinde pozitif ve anlamlı etkiye sahiptir ( $\beta=0,2099$ ;  $p<0,01$ ). Bununla birlikte ACB'nin düşük olduğu durumlarda TB'deki 1 birimlik artış OS'de 0,1392 birimlik bir azalışa yol açarken, ACB'nin yüksek olduğu durumlarda TB'deki 1 birimlik artış OS'de 0,1368 birimlik bir artışa sebep olmaktadır.

ACB'nin düşük olduğu durumda TB, OS'yi negatif ama anlamlı olmayan bir şekilde etkilerken, ACB'nin yüksek olduğu durumlarda TB, OS'yi pozitif ve anlamlı bir şekilde etkilemektedir. Buna ilaveten bu modelde etkileşim teriminin, ek olarak OS'deki varyansın %5,06'sını açıkladığı görülebilir.

Diğer yandan ACB'nin düzenleyici etkisini ortaya koymak için %95 güven aralığı Bootstrap tahminleri dikkatle incelendiğinde, ACB'nin düşük olduğu durumlarda TB'nin OS üzerindeki etkisinde anlamlı bir azalış söz konusudur ( $\beta=-0,1392$ ; %95 CI [ -0,2769 ile -0,0016]).

Bu sınırlar anlamlı bir biçimde sıfırdan farklılaştığından ACB düzenleyici etkiye sahiptir. Dolayısıyla ACB'nin düşük olduğu durumda **H7g hipotezi kabul edilmiştir**. Yine ACB'nin yüksek olduğu durumda ise TB'nin OS üzerindeki etkisinde anlamlı bir artış gözlenmektedir ( $\beta=0,1368$ ; CI [0,0251 ile 0,2484]). Bu alt ve üst sınır değerlerinin 0(sıfır)'ı kapsamaması nedeniyle **H7g hipotezi desteklenmiştir** (*Algılanan çevresel belirsizlik hem yüksek hemde düşük olduğunda da kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından teknolojik belirsizlik ile odaklanma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.*

Yukarıdaki bulgularla Model Xb'nin (**Odaklanma stratejisi**) regresyon denklemi şu şekildedir:

$$Y = \beta_0 (\text{Sabit}) + \beta_1 (\text{ACB}) + \beta_2 (\text{TB}) + \beta_3 (\text{TB} \times \text{ACB})$$

$$Y = 3,5060 (\text{Sabit}) + 0,464 (\text{ACB}) + [-0,0012 (\text{TB})] + 0,2099 (\text{TB} \times \text{ACB})$$

Sonuç olarak kabul edilen hipotezlerin daha anlaşılır olması amacıyla Tablo 17’de verilmiştir.

**Tablo 17. Kabul Edilen Hipotezler**

KABUL EDİLEN HİPOTEZLER	SONUÇ 11 hipotez
<b>Hipotez 1f-1i-1j:</b> Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından varlık özgünlüğü, kaynak bulunurluğu belirsizliği kaynağın birbirine karşılıklı bağımlılığı maliyet liderliği stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.	Kabul
<b>Hipotez 2f:</b> Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından varlık özgünlüğü, farklılaştırma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.	Kabul
<b>Hipotez 4a:</b> Algılanan çevresel belirsizlik, maliyet liderliği stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.	Kabul
<b>Hipotez 4b:</b> Algılanan çevresel belirsizlik, farklılaştırma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.	Kabul
<b>Hipotez 4c:</b> Algılanan çevresel belirsizlik, odaklanma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.	Kabul
<b>Hipotez 5g:</b> Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından teknolojik belirsizlik ile maliyet liderliği stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.	Kabul (ACB yüksek ise)
<b>Hipotez 6e:</b> Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından esneklik ile farklılaştırma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.	Kabul (ACB yüksek ise)
<b>Hipotez 6g:</b> Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından teknolojik belirsizlik ile farklılaştırma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.	Kabul (ACB yüksek ise)
<b>Hipotez 7g:</b> Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından teknolojik belirsizlik ile odaklanma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.	Kabul (ACB düşük-yüksek ise)
<b>Hipotezlerin tamamı Ek olarak yer almaktadır.</b>	

## V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık, hizmet üreten bir sektör olarak hem toplumsal hem de kişisel yaşamı doğrudan ilgilendirdiğinden ülkelerin ekonomik performansını, bilimsel ve teknolojik alandaki gelişimini etkileyen en önemli sektörlerden biri olduğu söylenebilir. Küreselleşen dünyada insan sağlığının iyileştirilmesi için yapılan bilimsel ve teknolojik gelişmeler, dünyada olduğu gibi Türkiye’deki hastanelerinin yönetim yaklaşımlarında yeni stratejiler ve politikalar geliştirilmesine neden olmaktadır.

Bir toplumda sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişimi, sağlık alanında kullanılan kaynakların etkili ve verimli kullanımı ile mümkün olabilmektedir. Hastaneler faaliyetlerini sürdürebilmek için çok çeşitli girdilere ihtiyaç duyarlar. Bu nedenle kaynaklara olan bağımlılıkları yüksek düzeydedir. Sağlık sektöründeki özel hastaneler arasında yaşanan yoğun rekabet ve kaynaklarının büyük bir kısmının döviz cinsinden temini nedeniyle hastaneler çevrelerindeki belirsizlikten kolaylıkla etkilenirler. Bu nedenle hastaneler kaynaklara olan bağımlılıklarını azaltacak eylem ve stratejileri uygulamaya ihtiyaç duymaktadırlar.

Bu araştırma ile Türkiye’deki özel hastanelerde kaynak bağımlılığı düzeyinin rekabet stratejileri üzerindeki etkileri, algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici rolüne dair bir saha araştırması ve anket tekniği ile oluşturulan veri setinden hareketle analiz edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre;



- Türkiye’de özel sağlık işletmelerinin kaynak bağımlılığı nedeniyle dışa bağımlı oldukları, yöneticilerin %80,6’sının hastane performansının kaynak temini ile çok yakın bir ilişkisi olduğu ve özel hastanelerin neredeyse yarısına yakınının ise (%43,7) sahip oldukları kaynakları etkili kullanmadıkları tespit edilmiştir.
- Kaynak bağımlılığı ile ilgili belirsizlikleri ve riskleri azaltmak için özel hastanelerin en yaygın yararlandıkları yöntemlerin reklam ve halkla ilişkiler (%59,5), işbirliği yapma (%56,7), sözleşmeli üretim veya hizmet (%40), çeşitli yasal anlaşmalar (%37,1) ve know-how anlaşmaları (%34,8) olduğu ortaya konmuştur. Aslında Türkiye’de sağlık alanının ticarileşmesine ve daha çok kazanmaya yönelmesine yol açan reklamın yapılması yasaktır. Ancak yine de pek çok özel sağlık kuruluşu tarafından reklam önemli bir araç olarak kullanılmaktadır. Bu çelişkinin nedeni, farklı araştırmalara konu olabilir.
- Hastanelerde reklam ve hakla ilişkilerden sonra işbirliği yapma stratejilerinin kullanıldığı tespit edilmiştir. Bunun nedeninin sağlık kurumları arasındaki işbirliğinin “Afiliasyon Yönetmeliği (2020)” ve “Vakıf Üniversiteleri İle Özel Hastanelerin İşbirliği Usul ve Esasları (2017)” ile işbirliğinin yasal olarak desteklenmesinin sonucu olduğu düşünülmektedir (OHSAD, 2020). Özel hastanelerde kaynak bağımlılığını ve belirsizlikleri azaltmak için en fazla benimsenen üçüncü stratejinin sözleşmeli hizmet ve üretimi olduğu görülmektedir. Bu stratejinin benimsenme nedeni, Sosyal Güvenlik Kurumu’nun özel sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti satın alım sözleşmesinin (2018) yürürlüğe girmesidir.
- Özel hastaneler kaynak bağımlılığını azaltmak ve bu konuda belirsizlikleri gidermek için özel sağlık kurumlarının sağlık turizmine olan talepleri sebebiyle yurtiçi ve yurt dışı özel sağlık sigorta şirketleri ile yasal anlaşmalar yapmaktadır.
- Özel hastaneler know-how anlaşmaları da tercih etmektedir. Son yıllarda sağlık sektöründeki ileri tıbbi teknolojik cihazlar; robotik cerrahi, spinal cerrahi ve hibrit ameliyathaneler için know-how anlaşmaları etkin bir stratejidir. Güner ve Gürler’in (2011) Türkiye’deki otomotiv sektörü ile yabancı firmalar arasında yaptıkları ortak işbirliklerini incelediği çalışmada, bu sektörde know-how anlaşmalarının benimsediğine dair bulguları çalışmanın bulgularını desteklemektedir.
- Çalışmada kaynak bağımlılığı ile ilgili belirsizliği azaltmak için hastanelerin %11,4’ü yönetim kurullarına yerel toplumdan müşterilerini ve rakiplerini almakta ve %5,7’si ise kooptasyondan yararlanmaktadır. Bununla birlikte Pfeffer (1973)’in hastanede yaptığı araştırma sonuçlarına bakıldığında, hastane yönetim kurullarına yerel toplumu dâhil eden özel hastaneler çevreyi birleştiren yöneticileri tercih ederken, yerel topluma daha az bağımlı devlet hastaneleri yönetim kurulunun idari fonksiyonuna yarar sağlayacak yöneticiler seçmiştir. Yönetim kurullarını çevresel gerekliliği göz ardı ederek oluşturan kuruluşlar daha verimsiz olurken, kooptasyon stratejisini benimseyenlerin çevrenin desteğini almada oldukça başarılı olduğu ve organizasyonun bağlamıyla açıklandığı görülebilir. Bu bulgular çalışmanın bulgularını desteklemektedir.
- Bu çalışmada özel hastanelerde sırasıyla farklılaştırma stratejisi, maliyet liderliği stratejisi ve en son odaklanma stratejisinin uygulandığı tespit edilmiştir. Akbolat ve Işık (2012) tarafından Türkiye’de kamu ve özel hastaneler üzerinde yapılan araştırmada da farklılaştırma stratejisinin özel hastanelerde uygulandığı tespit edilmiştir. Bu bulgu, çalışmanın bulgularını desteklemektedir.
- Çoklu regresyon analizi bulgularına göre, özel hastanelerde kaynak bağımlılığının boyutlarından varlık özgüllüğü, kaynak bulunurluğu belirsizliği ve kaynağın birbirine karşılıklı bağımlılığının maliyet liderliği stratejisini pozitif ve anlamlı şekilde etkilediği tespit edilmiştir. Kaynak bağımlılığının boyutlarından sadece varlık özgüllüğünün farklılaştırma stratejisini pozitif ve anlamlı şekilde etkilediği tespit edilmiştir. Bu bulgular kaynak bağımlılığı teorisinin

temel fikirleri ile tutarlı sonuçlar olmasına karşın literatürde destekleyici ampirik bulgular bulunmamaktadır. Sadece İzdaş (2018), Muğla ve Bodrum çevresinde su ürünleri sektöründe faaliyet gösteren Genelci örgütlerin (kendi yaşamları için çevresel kaynakların bolluğuna ve çeşitliliğine sahip örgütler) kaynak bağımlılığını azaltmak için maliyet liderliğini, özselci örgütlerin (dar bir kesim genişliğine sahip olan örgütler) kaynak bağımlılığını azaltmak için farklılaştırma stratejilerini uyguladığını tespit etmiştir. Bu bulgu kaynak bağımlılığı ile rekabet stratejileri ile ilişkiyi dolaylı olarak desteklemektedir. Bu nedenle çalışma bulguları ilk tespit olduğu için literatüre katkı olarak düşünülebilir. Buna karşın kaynak bağımlılığının boyutlarından hiçbiri odaklanma stratejisi üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildir.

- Algılanan çevresel belirsizliğin Porter'ın maliyet liderliği, farklılaştırma ve odaklanma stratejilerini pozitif etkilediği saptanmıştır. Ancak algılanan çevresel belirsizlik, odaklanma ve maliyet liderliği stratejisine göre farklılaştırma stratejisini daha az etkilemektedir. Dal ve Akçagün (2013) Türkiye'de 500 büyük sanayi kuruluşu ve ikinci 500 büyük sanayi kuruluşu arasında yer alan hazır giyim firmaları üzerinde yaptıkları çalışmada, firmalar arasında mevcut rekabetin yüksek olduğu durumlarda maliyet liderliği stratejisi izlediklerini tespit etmişlerdir. Ancak genelde bir ürün markası olan hazır giyim firmalarının ise daha çok farklılaştırma stratejisi izledikleri saptanmıştır. Bu bulgu, çalışmamızın farklılaştırma stratejisi bulguları ile paralellik göstermektedir.
- Kaynak bağımlılığına ilişkin esnekliğin yüksek olduğu durumlarda kaynak bağımlılığının boyutlarından esneklik ile farklılaştırma stratejisi arasındaki ilişkide algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici etkiye sahip olduğu gözlenmiştir. Benzer şekilde kaynak bağımlılığına ilişkin teknolojik belirsizliğin yüksek olduğu durumlarda kaynak bağımlılığının boyutlarından teknolojik belirsizlik ile hem maliyet liderliği stratejisi hem de farklılaştırma stratejisi ilişkisinde algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici etkiye sahip olduğu saptanmıştır.
- Ayrıca kaynak bağımlılığına ilişkin teknolojik belirsizliğin hem düşük hem de yüksek olduğu durumlarda kaynak bağımlılığının boyutlarından teknolojik belirsizlik ile odaklanma stratejisi ilişkisinde algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Kaynak bağımlılığının adı geçen boyutları ile rekabet stratejileri arasındaki ilişkilerde algılanan çevresel belirsizlik düzenleyici rolü hakkında daha önce herhangi bir çalışmaya rastlanmadığından bu bulgu literatüre katkı niteliğindedir.

Son olarak, özel hastanelerde araştırma modelindeki değişkenler daha önce herhangi bir çalışmada birlikte kullanılmadıkları için yapılan çalışmayı özgün kılmaktadır. Yine bu çalışmada, rekabet stratejileri için yeni bir ölçek oluşturularak alana bir katkı sağlanmıştır. Ayrıca özel hastane yöneticilerinde kaynak bağımlılığına yönelik bir farkındalık yaratılacağı için bu bağımlılığı azaltacak yöntemlerin varlığının bilinmesi rekabet üstünlüğü sağlamada bir fırsat olarak değerlendirilebilir.

Araştırma sonuçlarından hareketle özel hastane yöneticilerinin rekabet üstünlüğü sağlamak ve kaynaklara olan bağımlılık düzeylerini azaltmak ve çevresel belirsizliği kontrol altına almak için şu öneriler sunulabilir:

- Hastane yöneticilerinin neredeyse yarısı örgütsel amaçlara ulaşmak için kaynaklarının yeterli olmadığını ve dışarıya bağımlı olduklarını belirtmişlerdir. Bu bulguya göre yöneticiler, örgütsel hedeflere ulaşmayı kolaylaştıracak ortak girişim, yönetici değişikliği, birleşmeler gibi kaynak bağımlılığını azaltma ve belirsizlik yönetimi stratejilerine de ağırlık vermelidirler.
- Araştırmanın bulguları Türkiye'de özel sağlık işletmelerinin %43,7'sinin sahip oldukları kaynakları etkili kullanmadıklarını ortaya koymuştur. Bu işletmelerin kaynakları kullanırken örgüt içi etkin denetim ve yalın yönetim kadar kaynakların temini stratejilerinin riski dağıtacak ve kaynağın etkin kullanacak şekilde seçilmesi önerilebilir. Ayrıca mal ve hizmet üretim sürecinde çalışanların ve müşterilerinin sesine kulak verilerek "Kalite Fonksiyon Göçerimi" benzeri sistemlerin uygulanması kaynakların etkin kullanımını sağlayabilir (Özgener, 2003).

- Araştırma bulgularının kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarıyla ilgili sonuçlarına göre, özel hastane yöneticilerinin kaynak bağımlılığını azaltmada kaynak bağımlılığının varlık özgüllüğü boyutunda hastaneye özgü olan yatırımlara ağırlık vermeleri, kaynak bulunurluğu belirsizliğini azaltmada ve kaynak tedarikinde buldukları çevreyi doğru tanımlamaları ve mümkün ise kooptasyon stratejisi ile çevresel destek almaları önemli olacaktır.
- Ayrıca kaynağın birbirine karşılıklı bağımlılığı boyutunda, müşteri ve tedarikçiler arasındaki işbirliğini güçlendirmek için ortak girişim kurma, yönetim kurulunda yer alma, meslek ve ticaret odalarına üye olma gibi politika ve stratejiler bağlamında kaynak bağımlılığını yönetmek için gerekli bilgilere ulaşma olanağı elde edebilirler.
- Yöneticiler açısından kaynak bağımlılığının varlık özgüllüğü boyutundaki yatırımlarında, robotik cerrahi, girişimsel cerrahinin yapıldığı hastanın hastanede kalış süresini azaltan hibrit ameliyathaneler kurarak farklılaştırma stratejisi uygulayabilirler. Ayrıca bu strateji ile algılanan çevresel belirsizliğin yüksek olduğu durumları da kontrol altına alabilirler. Ancak hastaneler bu stratejileri uygularken, hastanenin alt yapısına ve bu teknolojiyi kullanabilecek uzman çalışanlarına ve bu farklılaştırmayı algılayacak müşteri potansiyeline sahip olup olmadıklarını önceden hesaplayabilmelidirler.
- Çevresel belirsizliğin yüksek olduğu durumlarda kaynak bağımlılığının boyutlarından esneklik ve teknolojik belirsizliği ile farklılaştırma stratejisi arasındaki ilişkide algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici rolü oynadığı saptanmıştır. Yöneticiler, çevresel unsurlarla ilgili bilgi yetersizliği nedeniyle çevreyi algılamadaki eksiklik olarak nitelendirilen algılanan çevresel belirsizlik ortamında teknolojik belirsizliği ve esnekliği yönetemeyebilirler. Bununla birlikte çevresel unsurlarla ilgili bilgi sahibi olmayan işletmeler, farklılaştırma stratejisi uygulamalarında sorun yaşayabilirler. Bu nedenle işletmelerin kaynak bağımlılığı ile ilgili esneklik ve teknolojik belirsizliğin olduğu durumlarda çevresel belirsizliği azaltacak bilgilere sahip olması ve bu bilgileri toplayacak etkin yöntemlere gereksinimi bulunmaktadır. Örneğin, özel hastaneler sağlık hizmeti alan hastalar için karşılamalı ve hastanın muayene, laboratuvar, radyoloji vb. gibi tüm poliklinik sürecinde hasta refakati sağlayacak sağlık alanında bilgili yer hostesleri ile farklılaştırılmış rekabet stratejisi uygulayabilirler.
- Kaynak bağımlılığının boyutlarından teknolojik belirsizlik, algılanan çevresel belirsizliğin yüksek olduğu durumlarda maliyet liderliği stratejisini etkilediği, algılanan çevresel belirsizliğin düşük ve yüksek olduğu durumlarda ise odaklanma stratejisi ilişkisini etkilediği saptanmıştır. Bu bağlamda algılanan çevresel belirsizlik düşük dâhi olsa geleceğe dair bilgi eksikliği ve geleceği öngörmedeki yetersizlik en fazla odaklanma stratejilerini etkilemektedir. Odaklanma stratejisi izleyen özel hastanelerin başarılı stratejistler istihdam etmesi ve strateji geliştirme kuruluşlarından destek alması gerekir. Maliyet liderliği stratejisi ise daha çok teknolojik belirsizlik ile ilgili çevresel belirsizliğin yüksek olmasından etkilenmektedir. Bu nedenle hastanelerin teknolojik gelişmelerle ilgili bilgileri sürekli güncellemesi maliyet liderliği stratejinin uygulamadaki risklerini azaltabilir.
- Bu çalışmadan algılanan çevresel belirsizlikten en az etkilenen stratejinin farklılaştırılma stratejisi olduğu gözlenmiştir. Bu kapsamda özel hastaneler alışlagelmiş hizmet sunumundan farklı olarak; sağlık hizmet sunumunu hastanın hastaneye başvurusu ve taburculuk süreci ile sınırlı tutmayarak hastasının evde bakımını da yürütebilecek birimler aracılığıyla farklılaştırma stratejisi uygulayarak hasta ve hasta ailesinden sadık müşteriler yaratabilirler.
- Porter'ın maliyet liderliği, farklılaştırma ve odaklanma stratejilerini yoğun rekabet ile başa çıkmak için nadiren bir arada kullanmakta ve bir işletmenin üç genel strateji için uygun olması çok nadir bir durum olduğunu ifade etmektedir. Bu nadir durumu yaratamayan işletmeler kıvılcık okyanusta sıkışıp kalmakta ve varlığını koruyamamaktadır. Bu nedenle günümüzün çok başarılı "Lufthansa Airlines – Shop & Miles: Uçarken Kazanın", "Garanti Bankası: Çocuklara Yönelik Minibank" şirketlerinde (Ağraş vd., 2017) olduğu gibi özel hastaneler mavi okyanus stratejisi

araçlarını kullanarak “yeni değer” yaratabilirler ya da “ulaşamadıkları müşterilere” nasıl ulaşabilecekleri konusunda araştırma yapabilirler.

Bütün alan araştırmalarında olduğu gibi bu araştırmanın da katkılarının yanı sıra bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlar:

- Çalışmanın ilk temel kısıtlayıcısı, alan araştırmasının özel hastaneler ile sınırlı tutulmuş olmasıdır. Dolayısıyla, yapılacak olan değerlendirmeler sadece özel hastaneler ölçeğinde geçerlidir. Bir bütün olarak sağlık sektöründe konuya yönelik bakış açısını görebilmek için farklı stratejik boyutlarda araştırmalara gereksinim olduğu bilinmelidir. Bu araştırma sonuçları, diğer sektörler örneğinde gerçekleştirilecek çalışmalar için yol gösterici bulgular sunabilir. Bu bulguların diğer sektörlerde geçerli olup olmadığı, söz konusu sektörlerde yapılacak çalışmalar sonucunda ulaşılan bulgularla karşılaştırılması neticesinde görülebilir. Farklı sektörlerde yapılacak olan araştırmalarda kaynak bağımlılığının azaltılmasına yönelik farklı eylem ve stratejiler ile ilgili çalışmalar yöneticilere önemli aktarımlar sağlayacaktır.
- İkincisi, rekabet ölçeklerinden derlenerek hazırlanan yeni rekabet stratejileri ölçeği, Türkçe stratejik yönetim yazınında ilk kullanılan çalışmalardan birisidir. Bu araştırmanın yazın kısmı incelendiğinde yabancı yazında da az sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Bu ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği konusunda farklı ulusal kültürlerde ve sektörlerde daha fazla bilimsel çalışmaya ihtiyaç vardır.
- Üçüncüsü, özel hastanelerin bilimsel nitelikli araştırmaya katılımı konusunda yaşanan zorluktur. Araştırma kapsamında sorulan soruları hastaneye ait özel bilgilerin paylaşılması olarak algıladıklarından yöneticilerin kimi zaman yüz yüze ikna edilmeleri, bazı özel hastanelerin kendi etik kurullarından alınan izin çerçevesinde araştırmaya izin vermeleri nedeniyle başvuru süreci ve sonucunun beklenmesi gerektiğinden bu süreç zaman kaybına yol açmıştır. Dolayısıyla gelecekte bu tür çalışmaların Sağlık Bakanlığı aracılığıyla tüm sağlık kurum ve kuruluşlar ele alınarak yapılması faydalı olacaktır. Ayrıca farklı kültürlerde ve farklı gelişmişlik düzeyine sahip olan ülkelerdeki sağlık sektörlerinde, kaynak bağımlılığına yönelik uygulanan rekabet stratejileri ve sonuçları da araştırma konusu olarak ele alınabilir.
- Dördüncüsü, katılımcıların bilgiyi paylaşma ve cevap vermede çekingen davranmaları ve anketi cevaplandırmaya yeterli zaman ayırmamaları ve bu bağlamda geri dönüş oranı bir başka kısıt olarak tespit edilmiştir.
- Bu çalışmada kaynak bağımlılığı düzeyinin rekabet stratejileri üzerindeki etkileri ve algılanan çevresel belirsizliğin düzenleyici rolü incelenmiştir. Bundan sonraki çalışmalarda özel sağlık kuruluşlarında farklı rekabet stratejileri, mavi okyanus stratejisi gibi, kaynak bağımlılığını azaltmadaki etkisi incelenebilir.
- Ayrıca gelecekte bu alanda çalışma yapacak araştırmacılara, kaynak bağımlılığı kuramının boyutları ve rekabet stratejilerinin örgütsel çıktılar üzerindeki etkisinin incelenebileceği turizm sektörü, imalat sektörü veya bilişim sektörü gibi farklı sektörlerde saha araştırması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

- Ağraş, S., Atbaş, F., & Şeyba, E. (2017). Mavi okyanus stratejisi: Dünyadan ve Türkiye'den örnekler, *Yönetim, Ekonomi, Edebiyat, İslami ve Politik Bilimler Dergisi*, 2(2), 126-144.
- Akbolat, M., & Işık, O. (2012). Hastanelerde rekabet stratejileri ve performans. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 401-442.
- Akgemici, T. (2008). *Stratejik Yönetim* (2.bs.). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Bakoğlu, R. (2010). *Çağdaş stratejik yönetim* (1.bs.). İstanbul: Beta Yayınları.
- Barca, M., & Esen, S. (2012). Rekabet avantajı sağlama ve sürdürmede stratejik yaklaşımlar. *e-Journal of New World Sciences Academy*, 7(2), 89-107.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Dal, V., & Akçagün, E. (2013) *Türk hazır giyim sanayinin uluslararası pazarlarda üstünlük sağlaması için rekabet stratejisi önerileri*. İstanbul Sanayi Odası – Marmara Üniversitesi Doktora / Yüksek Lisans Tezlerine Sanayi Desteği Projesi, İstanbul.
- Davis, G. F., & Cobb, J. A. (2010). Resource dependence theory: Past and future, In *Stanford's organization theory renaissance, 1970–2000*. Emerald Group Publishing Limited, 21-42.
- Fidanboy, Ö. C., & Alan, H. (2013). Kaynak bağımlılığı ve stratejik işbirliği ilişkisi: Kaynak özelliklerinin iş birliği oluşumuna etkileri. *Savunma Bilimleri Dergisi*, 12(1), 123-145
- Fink, R. C., Edelman, L. F., Hatten, K. J., & James, W. L. (2006). Transaction cost economics, resource dependence theory, and customer–supplier relationships. *Industrial and Corporate Change*, 15(3), 497–529.
- İzdaş, H. (2018). Kaynak bağımlılığını azaltma stratejilerinin sürdürülebilir rekabet üstünlüğüne etkisi üzerine bir araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(2), 312-334.
- Kalemci, A. R. (2015). *Örgüt kuramları: İşlem maliyet kuramı* (3.bs.). İstanbul: Beta Yayınları.
- Karacaoğlu, K. (2011). İşletmelerin rekabet üstünlüğü anlayışlarını etkileyen öğelerin endüstri temelli ve kaynak temelli bakış açısına göre belirlenmesi: Kayseri ilinde bir araştırma. *Çukurova*
- Koç, O., & Sayılar, Y. (2016). Örgüt araştırmalarında kaynak bağımlılığı perspektifi: Kuramsal bir değerlendirme. *İ.Ü. İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yönetim Dergisi*, 27(80), 143-146.
- Koçel, T. (2015). *İşletme Yöneticiliği: Modern Sonrası Güncel Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Matanda, M. J., & Freeman, S. (2009). Effect of perceived environmental uncertainty on exporter–importer inter-organisational relationships and export performance improvement. *International Business Review*, 18(1), 89-107.
- Miliken, J. F. (1987). Three types of perceived uncertainty about the environment: State, effect and response uncertainty. *Academy of Management, Newyork University*, 12(1), 133-143.

- OHSAD, Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği . (2020). Afiliasyon Yönetmeliği, <https://ohsad.org/wp-content/uploads/2017/05/10914usul-ve-esaslar-isbirligipdf.pdf>, (20.05.2020).
- OHSAD, Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği . (2020). Vakıf Üniversiteleri İle Özel Hastanelerin İşbirliği Usul ve Esasları (2017) <https://ohsad.org/wp-content/uploads/2017/05/10914usul-ve-esaslar-isbirligipdf.pdf> (20.05.2020).
- Ondersteijn, C. J. M., Giesen, G. W. J., & Huirne, R. B. M. (2006). Perceived environmental uncertainty in Dutch dairy farming: The effect of external farm context on strategic choice. *Agricultural Systems*, 88(2-3), 205-226.
- Özgener, Ş. (2003). Quality function deployment: A teamwork approach. *Total Quality Management&Business Excellence*, 14(9), 969-979.
- Parnell, A. J. (2011). Strategic capabilities, competitive strategy, and performance among retailers in Argentina, Peru and the United States. *Management Decision*, 49(1), 139-155.
- Pfeffer, J., & Salancik, G. (1978). *The external control of organizations: A resource dependence perspective*. New York: Harper and Row.
- Porter, M. E. (2015). *Rekabet stratejisi; sektör içinde yapısal analiz*. Gülen Ulubilgen (çev.). İstanbul, Agora Kitaplığı.
- SGK, Sosyal Güvenlik Kurumu (2020, 5 Mayıs). Özel sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti satın alım sözleşmesi 2018,
- Ural, A., & Kılıç, İ. (2013). *Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi* (4.bs). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Uysal, G., & İpçioğlu, İ. (2008). Kaynak bağımlılığı kuramının kritik bir unsuru olarak kaynak belirsizliği ve müşteri –tedarikçi arasındaki ilişkiyel değişime etkisi. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(2), 49-59.
- Ülgen, H., & Mirze, S. K. (2016). *İşletmelerde stratejik yönetim* (8.bs.). İstanbul: Beta Yayınları.
- Zahra, S. A., & Covin, J. G. (1993). Business strategy, technology policy and firm performance. *Strategic Management Journal*, 14(6), 451-478.

## EK: HİPOTEZLER

**Hipotez 1a:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından ilişkisel odak, maliyet liderliği stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 1b:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından güç kullanımı, maliyet liderliği stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 1c:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından rol bütünlüğü, maliyet liderliği stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 1d:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından karşılıklı olma, maliyet liderliği stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 1e:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından esneklik, maliyet liderliği stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 1f:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından varlık özgüllüğü, maliyet liderliği stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 1g:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından teknolojik belirsizlik, maliyet liderliği stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 1h:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynak yoğunluğu, maliyet liderliği stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 1i:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynak bulunurluğu belirsizliği, maliyet liderliği stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 1j:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynağın birbirine karşılıklı bağımlılığı, maliyet liderliği stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 2a:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından ilişkisel odak, farklılaştırma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 2b:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından güç kullanımı, farklılaştırma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 2c:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından rol bütünlüğü, farklılaştırma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 2d:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından karşılıklı olma, farklılaştırma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 2e:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından esneklik, farklılaştırma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 2f:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından varlık özgüllüğü, farklılaştırma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 2g:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından teknolojik belirsizlik, farklılaştırma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 2h:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynak yoğunluğu, farklılaştırma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 2i:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynak bulunurluğu belirsizliği, farklılaştırma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 2j:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynağın birbirine karşılıklı bağımlılığı, farklılaştırma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 3a:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından ilişkisel odak, odaklanma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 3b:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından güç kullanımı, odaklanma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 3c:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından rol bütünlüğü, odaklanma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 3d:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından karşılıklı olma, odaklanma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 3e:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından esneklik, odaklanma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 3f:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından varlık özgüllüğü, odaklanma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 3g:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından teknolojik belirsizlik, odaklanma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 3h:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynak yoğunluğu, odaklanma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 3i:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynak bulunurluğu belirsizliği, odaklanma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 3j:** Kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynağın birbirine karşılıklı bağımlılığı, odaklanma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 4a:** Algılanan çevresel belirsizlik, maliyet liderliği stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 4b:** Algılanan çevresel belirsizlik, farklılaştırma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 4c:** Algılanan çevresel belirsizlik, odaklanma stratejisi üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

**Hipotez 5a:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından ilişkisel odak ile maliyet liderliği stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 5b:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından güç kullanımı ile maliyet liderliği stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 5c:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından rol bütünlüğü ile maliyet liderliği stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 5d:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından karşılıklı olma ile maliyet liderliği stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 5e:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından esneklik ile maliyet liderliği stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 5f:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından varlık özgüllüğü ile maliyet liderliği stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 5g:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından teknolojik belirsizlik ile maliyet liderliği stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 5h:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynak yoğunluğu ile maliyet liderliği stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 5i:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynak bulunurluğu belirsizliği ile maliyet liderliği stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 5j:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynağın birbirine karşılıklı bağımlılığı ile maliyet liderliği stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 6a:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından ilişkisel odak ile farklılaştırma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 6b:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından güç kullanımı ile farklılaştırma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 6c:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından rol bütünlüğü ile farklılaştırma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 6d:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından karşılıklı olma ile farklılaştırma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 6e:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından esneklik ile farklılaştırma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.



**Hipotez 6f:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından varlık özgüllüğü ile farklılaştırma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 6g:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından teknolojik belirsizlik ile farklılaştırma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 6h:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynak yoğunluğu ile farklılaştırma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 6i:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynak bulunurluğu belirsizliği ile farklılaştırma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 6j:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynağın birbirine karşılıklı bağımlılığı ile farklılaştırma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 7a:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından ilişkisel odak ile odaklanma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 7b:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından güç kullanımı ile odaklanma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 7c:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından rol bütünlüğü ile odaklanma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 7d:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından karşılıklı olma ile odaklanma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 7e:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından esneklik ile odaklanma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 7f:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından varlık özgüllüğü ile odaklanma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 7g:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından teknolojik belirsizlik ile odaklanma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 7h:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynak yoğunluğu ile odaklanma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 7i:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynak bulunurluğu belirsizliği ile odaklanma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

**Hipotez 7j:** Algılanan çevresel belirsizlik, kaynak bağımlılığı kuramının boyutlarından kaynağın birbirine karşılıklı bağımlılığı ile odaklanma stratejisi arasındaki ilişkide düzenleyici rolü oynayacaktır.

# THE EVALUATION OF THE EFFECT OF THE INFORMATION SECURITY AWARENESS LEVEL IN MEDICAL SECRETARIES ON THE SECURITY AND PRIVACY IMPLEMENTATIONS OF ELECTRONIC HEALTH RECORDS

Tülin FİLİK \*  
Demet ÜNALAN \*\*

## ABSTRACT

*In this research, it is objected to “Evaluate the effect of the awareness level of information security in the medical secretaries on the security and privacy applications of electronic health records.” The population of the research includes 258 medical secretaries working at Erciyes University, Health Research and Implementation Center. The study was conducted on 210 (80.7%) medical secretaries accepting to participate in the research voluntarily. The data in the research were collected using a questionnaire form for determining the descriptive characteristics of the medical secretaries together with “Information Security Awareness Scale (ISAS)” and “The Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards.” In the presentation of the descriptive characteristics of the obtained results, mean, standard deviation, median, minimum and maximum values were indicated as well as number and percentage distributions. In intergroup comparisons, independent two samples t test and one-way analysis of variance were performed for quantitative variables. In multivariate analysis, structural equation modeling analysis was performed in order to confirm the relationship between ISAS and The Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards on a model. A positive and high level of statistically significant relation was found between the ISAS sub-scale scores and The Adjustment of Electronic Health Records Security and Privacy Standards sub-scale scores of the medical secretaries ( $p < 0.01$ ). In the structural equation modeling analysis performed in order to confirm the relationship between ISAS and The Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards on a model, it was revealed that the relationship between the two structures has a great and significant coefficient.*

**Keywords:** Medical Secretary, Information Security, Electronic Medical Records, Privacy

## ARTICLE INFO

\* Science Specialist, PhD Student, Kayseri University, Department of Healthcare Management, tulinfilik@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3264-8226>

\*\* Prof. Dr, Erciyes University, Halil Bayraktar Vocational Health College, Department of Medical Services and Techniques, unalandemet@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9854-437x>

Received: 12.11.2020

Accepted: 16.02.2021

## Cite This Paper:

Filik, T. & Ünal, D. (2021). The Evaluation of The Effect of The Information Security Awareness Level in Medical Secretaries on The Security and Privacy Implementations of Electronic Health Records. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(1), 183-202

# TIBBİ SEKRETERLERDE BİLGİ GÜVENLİĞİ FARKINDALIK DÜZEYİNİN ELEKTRONİK SAĞLIK KAYITLARININ GÜVENLİK VE MAHREMİYET UYGULAMALARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tülin FİLİK \*  
Demet ÜNALAN \*\*

## ÖZ

Bu araştırmada, “Tıbbi sekreterlerde bilgi güvenliği farkındalık düzeyinin elektronik sağlık kayıtlarının güvenlik ve mahremiyet uygulamalarına etkisinin değerlendirilmesi” amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini; Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan, 258 tıbbi sekreter oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 210 (%80.7) tıbbi sekreter ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veriler tıbbi sekreterlerin tanımlayıcı özelliklerini belirlemeye yönelik anket formu ile “Bilgi Güvenliği Farkındalık Ölçeği (BGFÖ)” ve “Elektronik Sağlık Kayıtları Güvenlik ve Mahremiyet Standartlarına Uyum Ölçeği” ile toplanmıştır. Elde edilen bulguların tanımlayıcı özellikleri sunumunda sayı ve yüzde dağılımları yanı sıra ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve büyük değerler gösterilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda nicel değişkenler için bağımsız iki örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Çok değişkenli analizde BGFÖ ile Elektronik Sağlık Kayıtları Güvenlik Mahremiyeti Standartlarına Uyum ölçeği arasındaki ilişkinin bir model üzerinde doğrulanması amacıyla yapısal eşitlik modellemesi analizi yapılmıştır. Tıbbi Sekreterlerin BGFÖ alt boyut puanları ve Elektronik Sağlık Kayıtları Güvenlik Mahremiyeti Standartlarına Uyum ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişkide pozitif yönde orta ve yüksek düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). BGFÖ ile Elektronik Sağlık Kayıtları Güvenlik Mahremiyeti Standartlarına Uyum ölçeği arasındaki ilişkinin bir model üzerinde doğrulanması amacıyla oluşturulan yapısal eşitlik modellemesi analizinde iki yapı arasındaki ilişkinin büyük ve anlamlı katsayıya sahip olduğu ortaya konulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Tıbbi Sekreter, Bilgi Güvenliği, Elektronik Sağlık Kayıtları, Mahremiyet

## MAKALE HAKKINDA

\* Dr. Öğrencisi, Kayseri Üniversitesi, tulinfilik@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3264-8226>

\*\* Prof. Dr., Erciyes Üniversitesi, unalandemet@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9854-437x>

Gönderim Tarihi: 12.11.2020

Kabul Tarihi: 16.02.2021

## Atıfta Bulunmak İçin::

Filik, T. & Ünalın, D. (2021). The Evaluation of The Effect of The Information Security Awareness Level in Medical Secretaries on The Security and Privacy Implementations of Electronic Health Records. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 183-202

## **I. INTRODUCTION**

In order to increase the efficiency of an institution, it is aimed to accelerate the business processes, enhance the quality and facilitate the audit by using information technologies. The fact that information technology is used in every field and it has become indispensable, it has started to be used in many institutions and information is the most important competitive element has made it necessary to protect the produced information (Yılmaz, 2014).

Health care institutions of today having advanced technology aim at improving the quality of serving healthcare by using the advantages of the information and communication technologies. Information security is defined as the measures taken to protect information from misuse, access, disclosure, destruction, change of content or damage. Information security, playing an important role to provide the sustainability of organizations, ensures the important information of businesses in various environments, especially electronic records to be protected (Baykara et.al., 2013).

Electronic health record (EHR) can be defined as recording and storing the service records of those receiving healthcare services and any kind of administrative and medical data by using electronic systems, and as any kind of information transmitted, accessed, contacted and processed. EHR includes private and valuable information of people. In addition, it supports the work-flow of the healthcare professionals working at healthcare service delivery and reports the analysis of these records (Işık et.al., 2013). EHR system is a structuring providing data processing by ensuring data integrity and security.

## **II. BASIC CONCEPTS RELATED TO INFORMATION**

### **2.1. The Concept of Information and Its Importance**

Information, which has been thought hard by philosophers for centuries, is a concept that cannot be defined overall. Turkish Language Society defines information as “a whole of facts and principles that human mind is able to understand, information, knowledge. The fact, knowledge and experience obtained by learning, search or observation. Thoughts, knowledge and experience emerged by working of human intelligence. Basic thoughts that mind comprehend generally and at first feeling. The meaning that one attributes to the data by using rules.”

In this century, information is evaluated as one of the most important factors of production. Thus, the most important property for institutions is the information they have. Institutional information refers to any kind of explicit and implicit information of an institution that is specific to the institution, based on written or oral experiences formed over the years or that the institution obtained from outside (Odabaş, 2003).

Information is a message including meaning in related issues. The objective of information is to help in making decisions and solving problems or when there is an opportunity. Information comes both from present (communication) and past (processed data or restructured description) sources. Thus, information is a concept formed in human mind as a result of the gathering together and evaluation of the experiences and information that an individual obtains during the interaction of his/her environment (Liew, 2013).

The purpose of information security is to ensure to protect the privacy of personal information by carrying out the infrastructure that will protect information integrity and provide its accessibility, and to improve the institutional reputation by protecting the confidentiality of customer and staff information. Information property's loss, damage, being stolen, being in danger and the interruption of institutions' activities is prevented by implementing security controls for the activities of information processing. Due to the conveniences and opportunities that information technologies provide, using information technologies has become an obligation for many organizations to perform their activities.

As the dependency on information technologies increases, the sensitivity for the measurements to be taken against security risks that can occur in these technologies also increases (Acılar, 2009).

## **2.2 Information Management**

Information management is a process necessary for the businesses to increase and maintain their competitive capacities against existing and potential competitors of national and international economies. With this point of view, information management can be stated as the strategies or processes aiming at defining, obtaining and using information efficiently (Aras, 2018).

The outputs of the information in the institutions that realize information management are new products and applications, new technologies, systems, structures, operations, processes, relationships, contacts, services, markets and new information. Information is productive, and outputs obtained support the existence and the future of institutions (Alkan, 2003).

### **2.2.1. Information Security Management System**

Even if one of the safety principles is violated or suffered, security is endangered. The main purpose of information security is to preserve information properties, to be accessible by authorized people or institutions and to protect privacy and confidentiality in order to ensure the continuity of the system (Baran, 2019).

With the establishment of information security management system, it is performed to apply a series of audit functions, to form processes in order facilities, environment and tools in which information is processed to be operated and managed relevantly and safely, to define responsibilities, to develop appropriate methods and to carry on security controls against malicious codes and applications in order to protect the integrity of the software and information; thus interruption of institutions' activities is prevented (Vural and Sağıroğlu, 2008).

### **2.2.2. National and International Standards in Information Security Management System**

There are important concerns related to confidentiality and security due to the sensitivity of the healthcare data. It is required to be very careful to protect the health data and privacy of the patients. Concerns restrict healthcare service providers for accessing individual insurance data that can improve healthcare receivers' experiences related to their health and individualize the service and care they receive. The data is quite defenseless against attacks since most healthcare services have centralized. Security systems promising absolute control on the data that means that personal information cannot be sold or shared without express consent of consumers are needed. There are two policies and arrangement models in different countries in order to protect the data in healthcare services. Based on the basic confidentiality codes, among these, there is HIPAA in the USA, The Regulation of Health Information Privacy 2002 in Australia and Medical Confidentiality Code and Health Insurance Code. The other model is to accept personal health information as a part of personal information or sensitive information. Governments make law such as Data Protection Law in England and the Personal Information Protection and Electronic Documents Act (PIPEDA) in Canada (Hong, 2018).

In our country, some institutions have been imposed obligation to conform with the information security standard or to get certificate of conformity and some institutions have been imposed obligation to conform with the standard without getting the certificate of conformity with 27730 numbered "Notification of TS ISO/IEC 27001 Standard Operating within the Scope of Electronic Communication Security" related to information security management (Official Gazette, 2010).

Information security management system operated in health care institutions is at great importance for information security risk management. ISO 27001 information security management used for this purpose should be evaluated in the manner of including all processes in hospitals (Tavakoli et al., 2014).

The top international standard of Information Security Management System is ISO 27001 Information Security Management System standard.

Health information systems are created, protected and kept by using computer technology. The use of this technology creates new problems in protecting patients. Patients require health care organizations to develop comprehensive privacy and security programs. Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Security Rule issued in 2003 highlights the need and importance of information and comprehensive security programs in protecting health (Wager et al., 2009).

Those participating in healthcare service delivery, accident and health insurance companies, companies delivering, selling and leasing medical stuff and service plans and other related organizations have to fulfill HIPAA standards obligations. The main purpose of HIPAA standards is to discourage institutions from open access applications to health records because health record histories of individuals may include more personal information than needed (Paksoy, 2019).

The National Health Information System (NHIS) is a system that the health information of those receiving healthcare from institutions and organizations delivering health care in Turkey and the information of manpower, movable and immovable properties and administrative and financial data related to these institutions and organizations gather under a central structure.

### **III. INFORMATION SYSTEMS**

Information system can be defined as an information clusters system, which also included itself as a subsystem, necessary to gather, store, process, deliver, decide and transmit information clusters within a wider system having other subsystems. Every organization needs different quality of information depending on a different service field, a different way of working and the type of work performed. Information systems are classified in different features according to the management levels in organizations, functional fields and their way of supporting management (Ömürbek and Altın, 2009).

With the increase in the fields information technologies used have increased day by day, many implementations and services have been transferred to electronic environment. Applications and services such as e-state, e-health, e-commerce, e-municipality and e-school have become a part of daily life. Carrying out operations, storage and communication by using information technologies makes information security in digital media, accordingly information security important (Akgün and Topal, 2015).

#### **3.1. Health Information Systems**

In our age, information technologies are becoming increasingly widespread in health service delivery, healthcare services are becoming more technology dependent. Health information systems and decision support systems are developing immensely and technology performance is increasing incrementally. Computer use requires employees to have new qualifications such as, education, obtaining and implementing theoretical and analytical information, a different approach and the habit of continuous learning. Rapid advancements in information technologies have enabled significant innovations providing great achievements in healthcare field as they have in other disciplines (Işık and Akbolat, 2010).

With the use of current technology in healthcare sector remarkably, some risks of technology have been encountered. As well as all data in the electronic environment, it has become obligatory to take security measures for risks that also threaten personal health data. Since current technologies increase the risks of privacy, integrity and accessibility of personal health data, the security of health data are endangered. Due to the importance of the privacy of personal health data, it becomes essential to take measures and to determine and decrease the risks. In accordance with the importance of the security of

information technologies, “Information Security Policies Guide” (The Ministry of Health, 2018) was issued by The General Directory of Health Information Systems.

### **3.2 Hospital Information System**

Hospitals are service businesses that are affected greatly by technological improvements and work in knowledge intensive. Advancement of information technologies has made the use of information systems in also corporations delivering healthcare service essential as it has in all sectors. Healthcare corporations place great emphasis on the use of information systems, and in order to provide quality service delivery to patients and manage hospitals better, the demand of Hospital Information System (HIS) has emerged (Esatoğlu and Köksal, 2010).

Hospitals use information systems in many fields such as management services, identifying patients, supporting the decisions about patients to be made by doctors, guidance for the work of health professionals and laboratory services (Tengilimoğlu et al., 2017).

Two main factors are mentioned in today’s health information systems; electronic health records and individual health records. All health data a health system may need are in the electronic health records. Individual health records include the personal data and personal health records of patients. Although communication and access to information are made easy by these systems, it is required to provide accordance between the health system and patients (Tang and Lansky, 2005).

### **3.3 Basic Components Constituting Hospital Information Management Systems**

Systems for supporting healthcare service providers and healthcare management are used to carry out many operations starting from patient admission and registration procedures to the invoicing the charges received from patients. As well as steadily continuing activities, support is provided for the management also in analysis and reporting. Systems to support the management can be sorted as following: Patient admission, consultation, appointment and record information system, patient payment and invoice information system (Wager et al., 2009).

During the development of HIMS, the needs of the stakeholders who will use this system come to the fore as the main determinants. At this point, it is seen that healthcare employees, executives, suppliers, decision makers and patients are the stakeholders. In this context, information systems to be used for healthcare services’ delivery are usually divided into three classes (Tengilimoğlu et al., 2017).

Information intensity of healthcare services has been increasing rapidly. With the use of information systems, remarkable improvements have experienced in the management of chronic diseases. A decrease is observed in medical mistakes such as inappropriate use of antibiotics, faulty prescriptions and unexpected side effects. Healthcare professionals can access medical information of patients faster and easily. In addition, saving is provided by avoiding unnecessary tests and workups. Important amount of time is saved in the service delivery provided for patients. Health data can be archived more appropriately, healthcare staff can have better communication with patients and devote more time for them. It is reported that productivity, efficiency and cost effectiveness is ensured (Raymond and Dold, 2002).

## **IV. ELECTRONIC HEALTH RECORDS AND THEIR IMPORTANCE**

### **4.1. Medical Documentation: Definition and Importance**

In “The Regulation on the Procedures and Principles to be Adopted in Official Correspondences,” ‘document’ is defined as “any kind of information or document received or prepared by the management to carry out an individual transaction, organizational function or organizational transaction, preserving the chain of concern by constituting evidence for the related function or

transaction with its content, relation and form, and autographed or signed by electronic signature and recorded in EDMS or institutional document record system.”

Documentation is defined as a process consisting of many activities; refers the method created to determine and obtain the information needed, the recording of the information and the storage of the recorded information in appropriate environments, or the collection, arrangement and presentation of the already existing documents containing the required information to the users who need it or refers a part of the process (Guzman and Verstappen, 2003).

Medical documentation; medical document is defined as the documents created by regularly sorting out the data obtained from the actions performed for human health, and medical documentation refers to all processes regarding archiving these document appropriately with scientific and legal rules and presenting them to institutions or patients when required (Esatoğlu and Artukoğlu, 2000).

Medical documentation is at great importance for hospitals, patients receiving healthcare service, healthcare professionals, forensic medicine, public health and health professionals who conduct medical researches (as data source for their researches) (Tengilimoğlu and Çıtak, 2003).

#### **4.2. Electronic Health Record System**

In developed countries, Electronic Health Records have distinct advantages providing a wider acceptability than paper records. These include the opportunity of improving the quality in patient care and security in health care institutions, the opportunity of cost reduction and increase in the productivity of organizations, access to medical records from remote locations, improved speed and the convenience of recording and reducing the occurrences of prescription errors by eliminating hand written prescriptions (Attah, 2017).

EU countries have both adopted EHRs and confirmed the commitments for patient privacy principles. The USA system is lack of a strong framework of the privacy of healthcare services and this will affect the application of EHRs. If the USA applies EHRs efficiently, technical and politic aspects of the privacy should be in the center of the discussion (Hiller et al., 2011).

#### **4.3. Duties and Responsibilities of Medical Secretaries**

In English, the word ‘secretary’ is derived from ‘secret’, which means confidential, and secretary means the one keeping secret. In the dictionary of Turkish Language Society, secretary is defined as “a person providing communication and being able to exchange correspondence to help a certain office or person in private and state institutions; clerk.”

Medical secretaryship is different from other types of secretaryships in terms of the specialty. Medical secretaries should know the processes and characteristics of health care institutions and medical terminology very well. They perform duties of vital importance such as recording in the service areas such as clinics, polyclinics, laboratories, operating theatres and intensive care units in hospitals. In healthcare service delivery, recording the data in an orderly way, accessing them easily and the analysis of the information is related to a good operation of medical secretaryship services. Highly educated medical secretaries and well planned secretaryship services are required in improving the quality of healthcare service delivery and delivering fast and economic service to patients, relatives and other related institutions (Tengilimoğlu and Çıtak, 2003).

### **V. THE PROTECTION OF PERSONAL DATA**

Personal data refers to any kind of information about an identified or identifiable natural person. To be able to mention personal data, the data should belong to a natural person.



Personal data is defined as “Any kind of information belonging to an identified or identifiable natural person” in the 24.03.2016 dated and 6698 numbered code issued in the 04.04.2016 dated and 29677 numbered Official Gazette. It is defined as “All information about an identified or identifiable natural person” in the Convention for the Protection of Individuals with regard to Automatic Processing of Personal Data, European Treaty Series, No. 108 (Council of Europe, 1981). Data protection principles were determined in the Guidelines issued by OECD in 1980.

### **5.1. The Concept of Personal Health Information**

Countries should establish a comprehensive legal and political framework throughout the country including privacy and privacy rights, which are among human rights, for privacy and security. The framework should contain administrative and technical policies, procedures, instructions and standards in order to provide the utility, integrity, privacy and physical security of health information, to balance high utility advantages for planning and operations of public health and to ensure researches by protecting personal rights. Such a comprehensive framework will help to provide the consistency and integrity in electronic health record application, thus will reduce the risk of undesired result. While all frameworks should be adapted to local needs, contexts, priorities and values, a clearly defined framework is definitely preferred over an implicit one. Even if overall frameworks have advantages, it is important for each setting to adopt a bespoke approach handling local contexts and problems (WHO, 2017).

Personal health data are in the sensitive data category. Therefore, more strict measures of protection are stipulated compared to other types of data. Accordingly, in the cases that explicit consent is not required, these data can be processed only by the people having the responsibility of keeping secrets or authorized institutions and organizations. There is no such a limitation for other data types included in the category of sensitive data (Akgül, 2013).

In the Law of Personal Data Protection, medical information of patients is in the definition of special quality personal data. Special quality personal data is defined as individuals’ races, ethnic origins, political opinions, philosophical beliefs, religions, sects and other beliefs, appearances, memberships of society, foundation or union, health, sexual lives, criminal convictions and the data related to security measurements and biometric and genetic data (Law of Personal Data Protection, 2016).

### **5.2. The Importance of Personal Health Data in Healthcare Services**

Privacy is a human right, and citizens’ control of their health data should be supported by the policy of privacy and security of the national electronic health records. The policy should contain necessary procedures for those who might be suffered from violations. These policies can ensure protection against social or economic discrimination and establish trust to healthcare system. In addition, care should be taken to ensure that critical health data remains accessible at the point of healthcare, and systems should exist to manage privacy protection in the context of infectious diseases and/or environmental hazards. Appropriate software and control infrastructure is required for patients’ control of their data and to monitor who has viewed a record or who a record has been transferred to. The infrastructure of monitoring privacy violations requires establishing special teams (WHO, 2017).

## **VI. METHOD**

This cross-sectional study was conducted on 280 participants working at Erciye University Health Implementation Center (HIRC) as medical secretaries between the dates of October – December 2019. Sample was not selected in the research, and it was aimed to reach the whole population. The study was conducted with 210 (80.7%) medical secretaries who accepted to participate in the research voluntarily.

The data in the research were collected by a questionnaire form for determining the descriptive characteristics of the medical secretaries, "Information Security Awareness Scale" and "The Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards." As descriptive characteristics, secretaries answered the questionnaire for "Knowledge, Attitudes and Behaviors Related to Information Security and Electronic Health Records Privacy."

#### **a) Questionnaire Form**

A questionnaire form with two parts was used in the study. In the first part of the questionnaire form, which was prepared in the light of similar previous studies (Öztürk, 2014; Özata, 2016; Paksoy, 2019), Patient Right Regulation and literature, 11 questions were asked related to gender, age, marital status, education status, the department they work at, the unit they work in the institution, the state of working suitable for the professional education, overall working period in the profession, the state of receiving training about electronic health records, working period in the institution and the experience period of electronic health record use. The second part included 10 questions asked to evaluate medical secretaries' Knowledge, Attitudes and Behavior patterns of Electronic Health Records' Privacy.

The questionnaires in the study were conducted by the researcher by using face to face interview technique.

#### **b) Information Security Awareness Scale**

Information Security Awareness Scale, developed by Keser and Güldüren (2015) was used in the research. The questions were prepared in 5 point likert scale. The participants were asked to score the items as "Strongly Disagree (1)," "Disagree (2)," "Undecided (3)," "Agree (4)" and "Strongly Agree (5)" (Appendix 1).

The scale includes 34 items, and two subscales as "attacks and threats" and "protection of personal data." The first 16 items in the scale are the questions for determining the awareness for attacks and threats, and the items from 17 to 34 are for specifying the awareness for personal data protection. Keser and Güldüren found the overall Cronbach alpha reliability coefficient of the scale as 0.97, for "attacks and threats" subscale as 0.97 and for "personal data protection" subscale as 0.94. In the research, findings are interpreted by using the original factor structure of Keser and Güldüren's (Keser and Güldüren, 2015).

#### **c) The Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy**

The Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy, which was developed by Paksoy by being based on the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) standards was used in the research. The questions were prepared in accordance with the 5-point likert scale. In the grading, the participants were asked to score the items as "Strongly Disagree (1)," "Disagree (2)," "Undecided (3)," "Agree (4)" and "Strongly Agree (5)" (Appendix 2).

As a result of the factor analysis, 24th, 25th, 26th, 29th and 35th questions were omitted from the scale since they were the items resulting high factor load value in more than one factor. The scale with 20 questions including 3 factors explains 56.93% of the total variance with its final form (Brown, 2015). The scale, obtained with factor analysis, evaluated in the subscales of Security and Privacy Policies, Organizational Security and Training and Security by considering the literature. Security and Privacy Policies includes the 22nd, 16th, 20th, 18th, 19th, 21st, 17th and 23rd questions, Organizational Security includes the 38th, 37th, 32nd, 33rd, 36th and 39th questions and Training and Security Applications includes the 40th, 27th, 30th, 31st, 28th and 34th questions. The reliability of the scale was evaluated by Cronbach Alpha reliability coefficient. For all items indicating internal consistency, Cronbach Alpha reliability coefficient was determined as 0,879 for Security and Privacy

Policies, as 0,871 for Organizational Security and as 0, 804 for Training and Security Applications, and it was observed that there was internal consistency (Erbil, 2009; Field, 2009).

### **Statistical Evaluation**

In the statistical analysis, SPSS 25 and Stata 14.0 statistics software were used. Number and percentage distributions, mean, standard deviation, median and minimum and maximum values were revealed in the presentation of the descriptive characteristics of the obtained data. The compliance test for normal distribution was performed in order to decide to use whether parametric or nonparametric tests in the statistical analysis for Information Security Awareness Scale and the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards. Parametric tests were decided to be used in the analysis to be performed for the scales. In the between-group comparisons, independent two-sample independent t-test and one-way analysis of variance were used for quantitative variables. Tukey (post-hoc test) method was used as the multiple comparison analysis. The significance level was accepted as  $p < 0.05$  in the evaluations. Correlation analysis was performed to test the relation between the total and subscale scores of the Adjustment Scale of the Electronic Health Records Security and Privacy Standards and total and subscale scores of ISAS. Multivariate linear regression analysis was performed to determine the effect of ISAS subscales on the EHR total score in the multivariate analysis. The obtained results were presented in the form of standardized beta and significance level and the effect size of each variable.

Ethics Committee Approval (committee name, date and number): This study was approved by Kayseri University Ethics Committee (26.09.2019 dated and 26 numbered).

## **VII. RESULTS**

60.2% of the medical secretaries were at the age range of 34-43, 32.7% were at the age range of 24-33, 69.7% of them were female, 81.5% were married, 53.3% had associate degree and 34% had bachelor's degree.

31.8% of the medical secretaries worked at polyclinics, 30.4% at clinics, 19.9% at laboratories and 18.0% at administrative units.

55.2% of the medical secretaries worked at the departments suitable for their professional education, the overall working periods of the 47.4% were at the range of 0-11 years and the working period at the institution of the 47.4% was 11-20 years.

41.2% of the medical secretaries stated that "recording and sharing health records on the computer environment affected information security and privacy negatively," 96.7% stated they "believed the importance of privacy, which is the essential right of patients, and personal information privacy," 96.2% stated they "followed the rules preventing patients to be affected by their diseases," 97.6% stated they "protected the privacy/personal information privacy of the patients incapable for protecting themselves," 97.2% stated "the confidentiality of the private lives/personal information of the patients was ensured unless there was a legal obstacle" and 91.0% stated that "the private and personal information of the patient was never shared with others without the patient's consent / approval."

68.2% of the medical secretaries stated the reason for possible information security / privacy violations in hospitals as carelessness, 62.6% of them as busyness and 54.0% as unawareness.

While 90.5% of the medical secretaries stated that hospitals are responsible for ensuring the security of the health records, 82.0% stated that healthcare professionals are responsible.

82.9% of the medical secretaries state the primary privacy area of the patients as their private life and personal information, 72.0% of them as their health state and 63% as the bodies of the patients.

**Table 1. Subscale Averages of Information Security Awareness Scale and the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards of the Individuals Included in the Research Group**

Subscales	Mean	Standard Deviation
<b>Information Security Awareness Scale</b>		
Awareness for attacks and threats	3.1	1.1
Personal Data Protection	4.0	0.7
Information Security Awareness General	3.6	0.8
<b>The Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards</b>		
Security and Privacy Strategies	3.8	0.8
Organizational Security	4.0	0.7
Training and Security Policies	3.5	0.8

Among Information Security Scale (ISAS) subscales, the level of “Personal Data Protection” was determined as high ( $4.0\pm 0.7$ ), the level of “the Awareness for Attacks and Threats” was as moderate ( $3.1\pm 1.1$ ) and the level of “Information Security Awareness General” as ( $3.6\pm 0.8$ ).

It was determined that, among the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards subscales, medical secretaries received the highest score from “Organizational Security” ( $4.0\pm 0.7$ ) and the lowest score from “Training and Security Policies” ( $3.5\pm 0.8$ ) (Table 1).

When the ISAS subscale scores of the medical secretaries were analyzed in terms of their demographic and socio-cultural characteristics, the difference between the groups in terms of gender was found statistically significant. Female secretaries’ score averages of the Awareness for Attacks and Threats subscale, Personal Data Protection subscale and Information Security Awareness General subscale were found significantly higher when compared to the male secretaries ( $p < 0.05$ ).

When the distribution of the subscale scores of the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards of the medical secretaries were analyzed in terms of demographic and socio-cultural characteristics, the difference between the groups in terms of gender in Organizational Security subscale was found significant. Male medical secretaries’ organizational security subscale scores were found significantly higher than the female secretaries’ ( $p < 0.05$ ).

When the distribution of the subscale scores of ISAS of the medical secretaries were analyzed in term of the unit they work, a statistically significant difference was found in Personal Data Protection and Information Security Awareness General subscales between the groups. Personal Data Protection and Information Security Awareness General subscale score averages of those working at polyclinics was found significantly higher than the other groups’ ( $p < 0.05$ ).

When the ISAS subscale scores of the medical secretaries in terms of the overall working period, the difference in the Awareness for Attacks and Threats, Personal Information Security and Information Security Awareness General subscales between the groups was found significant. The subscale scores averages of the medical secretaries working at the range of 1-10 years was found significantly higher than the others’ ( $p < 0.05$ ).

When the ISAS subscale score distributions of the individuals included in the research group was analyzed in terms of the working period in the institution, a statistically significant difference was found in the Personal Data Protection and Security Information Awareness General subscales between the groups. The subscale score averages of the medical secretaries working at the institution at the range of 1-10 years determined as significantly higher than the others’ ( $p < 0.05$ ).

When the ISAS subscale score distributions of the medical secretaries were analyzed in terms of using Electronic Health Records, a statistically significant difference was determined in the subscales of the Awareness for Attacks and Threats, Personal Data Protection and Information Security Awareness General between the groups. The subscale score averages of the medical secretaries using Electronic Health Records at the range of 1-10 years were found significantly higher than the others' ( $p<0.05$ ).

When the subscale score distributions of the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards were analyzed in terms of the state of working at the suitable department for professional education, the difference between the groups in the Training and Security Policies scores and the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards total scores was found statistically significant. The scores of the medical secretaries working at the suitable departments for their professional education were significantly higher than those stated they did not work at the suitable departments for their professional education ( $p<0.05$ ).

When the distributions of the ISAS subscale scores of the individuals included in the research group in terms of knowledge, attitudes and behaviors related to information security and privacy were analyzed, the subscale scores of the Awareness for Attacks and Threats of the medical secretaries stating they always protected "the privacy / personal information privacy of the patients incapable to protect themselves" were found significantly higher than those stating sometimes they provided it ( $p<0.05$ ).

The distributions of the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards subscale scores of the medical secretaries in terms of the Knowledge, Attitudes and Behaviors Related to Electronic Health Records Privacy were analyzed. As a result, Security and Privacy Strategies scores and the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards total scores of the medical secretaries stating they always followed the "the rules preventing patients to be affected by their diseases" were found significantly higher than those stating they sometimes followed the rules ( $p<0.05$ ).

The Organizational Security subscale scores of the medical secretaries stating they always followed "the rules preventing patients to be affected by their diseases" were found significantly higher than those stating they sometimes followed the rules ( $p<0.05$ ).

**Table 2. The correlation between Information Security Awareness Scale, the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards, subscale scores and some variables**

Subscales	Age	Overall Working Period	Working Period at the Institution	EHRs use experience
<b>Information Security Scale</b>				
Attacks and threats	$r = -0.151^*$	$r = -0.162^*$	$r = -0.164^*$	$r = -0.152^*$
Personal Data Protection	$r = -0.208^{**}$	$r = -0.239^{**}$	$r = -0.235^{**}$	$r = -0.194^{**}$
ISAS total score	$r = -0.191^{**}$	$r = -0.212^{**}$	$r = -0.212^{**}$	$r = -0.185^{**}$
<b>The Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards</b>				
Security and privacy strategies	$r = -0.087$	$r = -0.084$	$r = -0.125$	$r = -0.047$
Organizational security	$r = 0.038$	$r = -0.014$	$r = 0.008$	$r = 0.011$
Training and security policies	$r = 0.027$	$r = 0.004$	$r = -0.037$	$r = -0.001$
Total score	$r = -0.019$	$r = -0.042$	$r = -0.068$	$r = -0.019$

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$

When the correlation between the scores of ISAS, the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards and subscale scores and some variables was analyzed, a statistically significant, negative, very weak and weak correlation was found between age, overall working period, working period at the institution and EHRs use experience period and ISAS and subscale scores ( $p < 0.01$ ) (Table 2).

**Table 3. The correlation between Information Security Awareness Scale and the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards subscale scores of the medical secretaries**

Information Security Awareness Scale subscales	The Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards			
	Security and Privacy Strategies	Organizational Security	Training and Security Policies	Scale Total Score
Awareness for Attacks and Threats	r= 0.517 p<0.01	r= 0.494 p<0.01	r= 0.550 p<0.01	r= 0.584 p<0.01
Personal Data Protection	r= 0.556 p<0.01	r= 0.586 p<0.01	r= 0.520 p<0.01	r= 0.620 p<0.01
Information Security Awareness General	r= 0.581 p<0.01	r= 0.580 p<0.01	r= 0.583 p<0.01	r= 0.651 p<0.01

When the correlation between the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards and Information Security Awareness Scale subscales scores of the individuals included in the research group was analyzed, statistically significant, positive, moderate and high correlation was found between the scales and the subscales ( $p < 0.01$ ) (Table 3).

**Table 4. The effect of the Information Security Awareness Scale subscales on the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards total score, the result of the multivariate linear regression analysis**

	Coef.	S.Beta	t	Sig.	$\eta^2$
ISAS Attacks and threats subscale	0.186	0.299	4.132	0.000	0.076
ISAS Personal Data Protection subscale	0.379	0.413	5.708	0.000	0.135
Invariant	1.671		8.400	0.000	

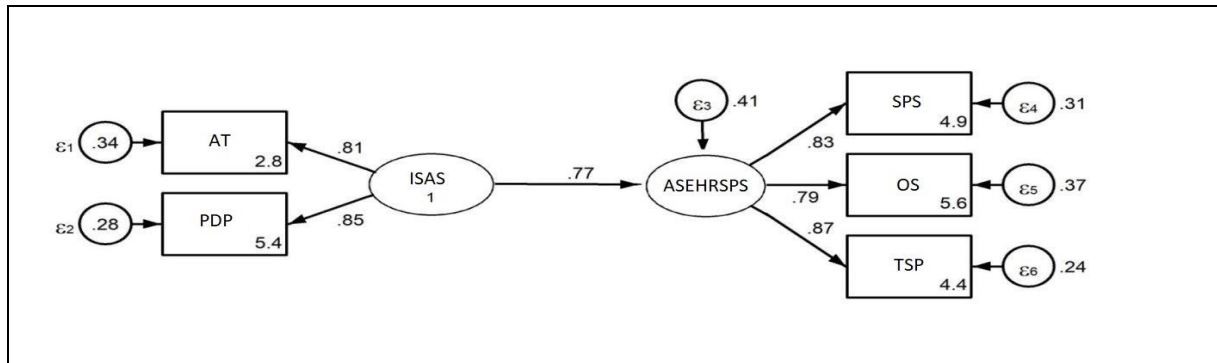
$R^2=0.431$  Coef.: Regression coefficient, S.Beta: standardized regression (beta) coefficient,

$\eta^2$ : Eta Squared-effect size (0.01-0.04 low, 0.06-0.13 moderate, 0.14-0.20 high)

As a result of the multivariate regression analysis, it was determined that ISAS attacks and threats and personal data protection subscales separately affected the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards scores of the medical secretaries that they obtained over the total score. Accordingly, while the standardized beta value of the personal data protection was at the level of 0.413, a value of 0.299 was observed in the attacks and threats subscale ( $p < 0.001$ ).

When the effect size of the variables in the model on the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards was analyzed, it was found that the effect size was at moderate level with 0.076 in ISAS attacks and threats subscale, and with 0.135 in ISAS personal data protection subscale. The coefficient of determination of the model is  $R^2=0.431$ . The obtained result indicates that information security level has a very important role in conforming to Electronic Health Records Security and Privacy Standards (Table 4).

**Figure 1. The structural equation modeling between ISAS and the Adjustment Score of Electronic Health Records Security and Privacy Standards**



**ISAS:** Information Security Awareness Scale, **AT:** Attacks and Threats, **PDP:** Personal Data Protection, **ASEHRSPS:** the Adjustment Score of Electronic Health Records Security and Privacy Standards, **SPS:** Security and Privacy Strategies, **OS:** Organizational Security, **TSP:** Training and Security Policies

**Table 5. Testing the correlation between Information Security Awareness Scale and the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards via structural equation modeling**

Variables	Coef. (%95CI)	Z	p
<b>Structure model</b>			
The Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards ← ISAS	0.77 (0.68-0.85)	17.82	0.000
<b>Measurement model</b>			
Awareness for Attacks and Threats ← ISAS	0.81 (0.74-0.88)	21.92	0.000
Personal Data Protection ← ISAS	0.84(0.77-0.91)	23.73	0.000
Security and Privacy Strategies ← The Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards	0.83(0.77-0.88)	29.36	0.000
Organizational Security ← The Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards	0.79(0.73-0.85)	24.96	0.000
Training and Security Policies ← The Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards	0.87(0.82-0.92)	34.67	0.000

Chi-square=14.17, sad=4, p=0.006, RMSEA=0.110, CFI=0.982, SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) =0.020

As a result of the structural equation modeling created to confirm the correlation between Information Security Awareness Scale and the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards, the correlation between the two structure is observed to have a large and significant coefficient [0.77 (p<0.001)]. CFI (Comparative Fit Index) that shows the goodness of fit of the created model is at the good level with the value 0.98. Chi-square/degrees of freedom is about 4, and RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) is slightly above the limit with the value of 0.11. Standardized RMR (Root Mean Square Residuals) value is at good level with 0.02. It is observed that this significant model created reveals an adequate structure (Table 5).

### VIII. DISCUSSION AND CONCLUSION

In our study, it was determined that medical secretaries obtained the highest score from the ISAS “Personal Data Protection” subscale, and the lowest score from “Information Security Awareness General” subscale. In the study conducted by Çelik-Çöp (2017) on Quality Directors, the level of Personal Data Protection of the directors was determined as high, and the levels of the Awareness for Attacks and Threats and Information Security Awareness General were determined as moderate. In the

study conducted by Taner (2019), the level of Information Security Awareness were reported as generally low. Our study results reveal that the awareness level of “Personal Data Protection” of the medical secretaries is high rather than the operation of the process, and this result is important.

It was determined that medical secretaries obtained the highest score from “Organizational Security”, the subscale of the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards scale, and the lowest score from “Training and Security Policies.” When the average scores of the subscales of Electronic Health Records Security and Privacy were evaluated in the study by Paksoy (2019), it was reported that highest score was in “Organizational Security,” and the lowest score was in “Training and Security Applications.” Our study findings are similar to the findings in the study by Paksoy (2019).

In our study, the score averages of ISAS subscales “Awareness for Attacks and Threats,” “Personal Data Protection” and “Information Security Awareness” of female participants were found significantly higher than males ( $p < 0.05$ ). It might be thought that the high level of the Awareness for Attacks and Threats of females is related to that they did not feel secure about attacks and threats as much as males and they feel incompetent in protecting themselves. The fact that female secretaries had high levels of Personal Data Protection and Information Security Awareness might be an indication that they are more sensitive when compared to males.

In the research conducted by Öztezcan (2017) in order to reveal the information security level awareness of the administrative and academic staff working at Marmara University, it was observed that female staff had less awareness for the matters related to attacks and threats and personal data protection. Our study findings do not correspond with the results of some other similar studies. It is believed that one of the reasons of this difference is a result of that sample groups are different.

In our study, subscale scores of organizational security of the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards of male medical strategies were found significantly higher than the female secretaries’ ( $p < 0.05$ ). Yılmaz et al. (2016) conducted a study on teachers working at private and state schools in Balıkesir province titled “Digital Data Security Awareness of Teachers,” and revealed that digital data security awareness of female teachers was lower than male teachers’. On the other hand, in the study conducted to evaluate the knowledge and attitudes of nurses in the context of electronic health records and information applications, it was reported that attitude score averages of the nurses for information technologies applications did not differ significantly in terms of the gender variable (Çakırlar, 2016). Based on all these results, studies to be conducted with the same and well-attended sample groups are needed to make definite judgments related to the issue.

In our study, the score averages of ISAS Personal Data Protection and Information Security Awareness General of the medical secretaries working at polyclinics were found significantly higher than those working at other units ( $p < 0.05$ ). With the study by Terlemez (2014), it was revealed the thoughts of the medical secretaries and administrative staff working at Namık Kemal University Health Implementation and Research Center about information and archive systems, and most of the participants reported that they believed electronic environment should be used and the measures for document security and protection should be improved. In our study, it was determined that the awareness levels of Personal Data Protection and Information Security the medical secretaries working at polyclinics were high, and this result might be related to that since patient circulation is high in polyclinics and it might be easier to get patient information, the staff feels the requirement of being more careful and deliberate.

In our study, it was determined that the medical secretaries having overall working period and working period at the institution at the range of 1-10 years obtained significantly higher subscale score averages of ISAS Awareness of Attacks and Threats, Personal Data Protection and Information Security Awareness General when compared to other secretaries having other working periods ( $p < 0.05$ ). These results can be explained by the fact that secretaries at the beginning of their working life embrace their jobs more enthusiastically, they have the expectation of promotion and their



occupational knowledge and equipped is new. In other words, it might be thought that as the working period in the profession increases, factors such as decrease in the enthusiasm and idealism in the beginning, becoming of secondary importance of promotion expectation and development of tiredness might be effective. In our study, it was found that medical secretaries using Electronic Health Record at the range of 1-10 years had significantly higher subscale score averages of the Awareness for Attacks and Threats, Personal Data Protection and Information Security Awareness when compared to those using electronic health records other ranges of time periods, and this finding supports the above mentioned discussions.

In our study, the scores of Training and Security Policies subscale of the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards and the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards total scores of the medical secretaries working at the suitable department for their professional education found significantly higher than those stating they did not work at the suitable department for their professional education ( $p < 0.05$ ). This result can be explained by the fact that being employed at the departments suitable for their professional education increases medical secretaries' enthusiasm since their professional knowledge and equipment is high and also they work at their occupational field. In the compilation study by Ay (2008), the importance of the arrangement of curriculums in health education and including the subject of information technologies before and after graduation is emphasized in order electronic health record systems to be used and maintained efficiently.

In our study, the subscale scores of ISAS Awareness for Attacks and Threats, Personal Data Protection and Information Security General of the medical secretaries who stated they always protected "the confidentiality of the privacy / personal information of the patients incapable to protect themselves" were found significantly higher than those stating they sometimes provided protection ( $p < 0.05$ ). In the study by Adeyato-Odepidan (2016) it is stated that healthcare service providers should provide adequate protection for the health information and privacy of the patients, and institutions should inform their employees about privacy policy and introduce the passwords. It is an expected result that Medical Secretaries who stated in our study that they always protected "the confidentiality of the privacy / personal information of the patients incapable to protect themselves" will demonstrate these successful practices in other fields.

In our study, Security and Privacy Strategies and the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards total scores of the medical secretaries who stated they always followed "the rules preventing patients to be affected by their diseases" were found significantly higher than those stating they sometimes followed the mentioned rules ( $p < 0.05$ ). In the study titled "The Evaluation of Patient Confidentiality Implementations in Hospitals in the Context of Quality Standards in Healthcare: The Case of Konya" by Özata (2016), it was revealed that the hospitals in the context of the study generally exercised due care of the patient privacy protection and they made necessary arrangements. The fact that medical secretaries stating they always followed the rules preventing patients to be affected by their diseases had high scores of Security and Privacy Strategies and high total scores of the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards conforms with the approach that a success in a field is observed in other fields. Similarly, Organizational Security subscale scores of the medical secretaries stating they always followed the rules preventing patients to be affected by their diseases were found significantly higher than those stating they sometimes followed the rules in question ( $p < 0.05$ ).

In our study, a negative, very weak and weak statistically significant correlation was found between the ages, overall working periods, working periods in the institution and EHRs use experience of the medical secretaries and their ISAS and its subscale scores ( $p < 0.01$ ). In the study conducted by Karakaya (2018) to search for the Importance of Medical Documentation for Health Care Institutions, it was found that as the age averages of the participants decreased, their perception level of electronic medical record system increased, and as the age increased, the perception decreased.

It can be foreseen that ISAS the Awareness for Attacks and Threats, Personal Data Protection and Information Security Awareness General subscale scores might decrease in relation to the reasons such as the decrease in the enthusiasm for working and promotion and not their knowledge being updated as the ages, overall working periods, working periods in the institution and EHR use experiences of the medical secretaries increased. In the study conducted by Karakaya (2018), it was determined that the perception levels of the participants in the Form Medical Record subscale did not affected by the increase or decrease in the working periods. However, a significant correlation was found between the perception of Medical Record System in terms of Electronic Record System and Quality Accreditation and working periods. With the increase in the participants' working periods in the institution, their perception levels of Medical Record System in terms of EHRs and Quality Accreditation decreased, but with the decrease in the working periods perception levels increased.

When the correlation between the ISAS subscale scores and the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards subscale scores was examined, a positive, moderate and high level of statistically significant correlation was found between the scales and subscales ( $p < 0.01$ ). In the analysis of structural equation modeling, which was created to confirm the correlation between Information Security Awareness Scale and the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards on a model, it was revealed that the correlation between the two structures had a large and significant coefficient ( $p < 0.001$ ). This result means that as the medical secretaries have Information Security Awareness, the Adjustment of Electronic Health Records Security Privacy Standards will increase, and the opposite is also true. In another word, this situation is a cause and effect relation. In Paksoy's research result, it is emphasized that the practice of the standards determined for the security and privacy of electronic health records and regular training delivery is quite important in adopting the culture of information security and privacy.

Consequently, the effect of the Information Security Awareness levels of the medical secretaries on the Adjustment of Electronic Health Records Security and Privacy Standards was searched in this study, and it was revealed that as a result of the analysis of structural equation modeling created to confirm the correlation between Information Security Awareness Scale and the Adjustment Scale of Electronic Health Records Security and Privacy Standards, the correlation between the two structures had a large and significant coefficient.

### **Limitations and Recommendations**

The research findings are limited with the data obtained from those working at Erciyes University Health Implementation and Research Center (HIRC) as medical secretaries.

The awareness levels of the medical secretaries in our study is high, and since the security and privacy of the information of those receiving healthcare service delivery is evaluated as one of the fundamental human rights, and against the possibility of being obtained of these data by individuals or organizations that will use them for their personal interests, hospital directors should take the measures related to software, encoding and protection that are necessary especially for electronic medical record systems.

### **REFERENCES**

- Acılar, A., (2009). İşletmelerde bilgi güvenliği ve örgüt kültürü. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 1(1), 30.
- Adeyato-Odepidan, M., (2016). *Electronic health record systems - A study of privacy in the region kronoberg of Sweden*. (Master's Thesis). Linnaeus University, Sweden.
- Akgül, A., (2013). *Kişisel verilerin korunması açısından idarenin hukuki sorumluluğu ve yargısal denetimi*. (Doktora Tezi). Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.

- Akgün, Ö. E., & Topal, M., (2015). Eğitim fakültesi son sınıf öğrencilerinin bilişim güvenliği farkındalıkları: Sakarya Üniversitesi eğitim fakültesi örneği. *Sakarya University Journal of Education*, 5(2), 98-121.
- Alkan, N. (2003). Tıp ve sağlık kuruluşlarında bilgi yönetimi. *Bilgi Dünyası*, 4(2), 122-145.
- Aras, M. (2018). İşletmelerde bilgi koruma stratejileri. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 8(3), 613-621.
- Ay, F. (2008). Elektronik hasta kayıtları: Güvenlik, etik ve yasal sorunlar. *Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 9(2), 65-175.
- Baran, S., & Şener, E. (2019). Hastanelerde bilgi güvenliği yönetimi: Nitel bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 10(23), 108-125.
- Baykara, M., Daş, R., & Karadoğan, İ. (2013). Bilgi güvenliği sistemlerinde kullanılan çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1), 21-30.
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. Guilford publications, New York.
- Çakırlar, A. (2016). *Hemşirelerin elektronik sağlık kaydı ve bilişim uygulamaları kapsamındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Bilim Üniversitesi, İstanbul.
- Çelik-Çöp, Ç. (2017). *Kalite yönetim direktörlerinin bilgi güvenliği farkındalığı: İstanbul İli örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Erbil, N. (2009). Hasta hakları kullanma tutumu ölçeğinin geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 826-838.
- Esatoğlu, A. E., & Artukoğlu, A. (2000). Tıbbi dokümantasyon tarihi ve tıbbi dokümantasyon ile ilgili meslektaşının gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı*, 1(1), 13.
- Esatoğlu, A. E., & Köksal, A. (2010). *Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Yönetimi*. Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları, Ankara.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. (2th Edition), SAGE Publications, London.
- Guzman, M., & Verstappen, B. (2003). Human rights information and documentation systems. *Cenevre, İnsan Hakları İzleme ve Dökümantasyon Dizisi*, 2, 5-9.
- Hiller, J., McMullen, M. S., Chumney, W. M., & Baumer, D. L. (2011). *Privacy and Security in the Implementation of Health Information Technology (Electronic Health Records): U.S. and EU Compared*. Virginia: Sci. & Tech.
- Hong, L., Luo, M., Wang, R., Lu, P., Lu, W., & Lu L. (2018). Big data in health care: Applications and challenges. *Data and Information Management*, 2(3), 175-197.
- Işık, O., & Akbolat, M. (2010). Bilgi teknolojileri ve hastane bilgi sistemleri kullanımı: Sağlık çalışanları üzerine bir araştırma. *Bilgi Dünyası*, 11(2), 365-389.
- Işık, O. (2013). Sağlık bilgi sistemlerinin gelişimi. Yılmaz A. (editör), *Sağlık Kurumlarında Bilgi Sistemleri* (ss.2-23). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.

- Karakaya, İ. (2018). *Tıbbi dokümantasyonun sağlık kurumları açısından önemi ve bir uygulama: Kamu ve özel hastane çalışanlarının tıbbi kayıt sistemine yönelik tutumları*. (Yüksek Lisans Tezi). Arel Üniversitesi, İstanbul.
- Keser, H., & Güldüren. C. (2015). Bilgi güvenliği farkındalık ölçeği (BGFÖ) geliştirme çalışması. *K. Ü. Kastamonu Eğitim Dergisi*, 23(3), 1167-1184.
- Liew, A. (2013). DIKIW: Data, information, knowledge, intelligence, wisdom and their inter relationships. *Business Management Dynamics*, 2(10), 49- 62.
- Odabaş, H. (2003). Kurumsal bilgi yönetimi. *Türk Kütüphaneciliği*, 17(4), 357-386.
- Attah, A. O. (2017). *Implementing the electronic health record in a Nigerian secondary healthcare facility: Prospects and challenges*. (Master's Thesis). The Arctic University of Norway, Norway.
- Ömürbek, N., & Altın, F. (2009). Sağlık bilişim sistemlerinin uygulanmasına ilişkin bir araştırma: İzmir örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19, 211-232.
- Özata, M., & Özer, K. (2016). Hastanelerde hasta mahremiyetine yönelik uygulamalarının sağlıkta kalite standartları bağlamında değerlendirilmesi: Konya örneği. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 45, 11-33.
- Öztezcan, B. A. (2017). *Bilgi güvenliği farkındalığı üzerine bir araştırma: Marmara Üniversitesi örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Öztürk, H., Özçelik, S. K., & Bahçecik, N. (2014). Hemşirelerin hasta mahremiyetine özen gösterme durumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(3), 19-31.
- Paksoy, V. M. (2019). *Elektronik sağlık kayıtlarının güvenlik ve mahremiyet uygulamalarının özel hastanelerde değerlendirilmesi: Kayseri İli örneği*. (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Raymond, B., & Dold, C. (2002). *Clinical Information Systems: Achieving The Vision*. Oakland: Kaiser Permanente.
- Resmî Gazete (2010). *Elektronik Haberleşme Güvenliği Kapsamında TS ISO/IEC 27001 Standardı Uygulanmasına İlişkin Tebliğ*, sayı: 27730 mükerrer.
- Resmî Gazete (2016). *Kişisel Verilerin Korunması Kanunu*, sayı: 29677 mükerrer.
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Tam Donanımlı Dijital Hastane Kılavuzu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı yayınları.
- Taner, E. (2019). *Güvenlik güçlerinin bilgi güvenliği farkındalığına yönelik bir betimleme*. (Yüksek Lisans Tezi). Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
- Tang, P. C., & Lansky, D. (2005). The missing link: Bridging the patient-provider health information gap. *Health Affairs*, 24(5), 1290-1295.
- Tavakoli, N., Ehteshami, A., Hassanzadeh, A., & Amini, F. (2014). Information security management in Isfahan University of Medical Sciences Academic Hospitals in 2014. *Int Journal Health System Disaster Management*, 2(3), 175-179.
- Tengilimoğlu, D., & Çıtak N. (2003). *Yönetici ve Tıp Sekreterliği*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat M. (2017). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. (8.Basım), Nobel Yayıncılık, Ankara.

Terlemez, B., şahin D., & Dilek, F. (2014). Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezindeki tıbbi sekreterler ve idari personelin bilgi ve arşiv sistemleri hakkındaki düşünceleri. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, Bürokon Özel Sayısı, 376.

The World Health Organization (WHO) and the Pan American Health Organization. (2017). *Handbook for Electronic Health Records Implementation*. Geneva: WHO Publishing.

Vural, Y., & Sağıroğlu, ř. (2008). Kurumsal bilgi güvenliği ve standartları üzerine bir inceleme. *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 23(2), 507-522.

Wager, A., Lee, F., & Glaser, J. (2009). Healthcare information systems. *Jossey-Bass*, 28(29), 251-277.

Yılmaz, E., şahin, Y. L., & Akbulut, Y. (2016). Öğretmenlerin dijital veri güvenliği farkındalığı. *Sakarya University Journal of Education*, 6(2), 26-45.

Yılmaz, H. (2014-15). TS ISO/IEC 27001 bilgi güvenliği yönetimi standardı kapsamında bilgi güvenliği yönetim sisteminin kurulması ve bilgi güvenliği risk analizi. *Denetişim*, 15, 45-59.

# SAĞLIK TEKNOLOJİSİ DEĞERLENDİRMESİNİN “İÇKİN BİLEŞEN”İ OLARAK ETİK

Gamze NESİPOĞLU \*  
Ahmet ÖZDİNÇ \*\*

## ÖZ

Tıbbın uğraş alanında kullanılan teknolojilerin daha uzun, daha sağlıklı ve daha “kusursuz” bir yaşam sunarken, adil dağıtımı, etik açıdan haklı çıkarılması ve törel değerlere uygunluğu sorunsal oluşturmuştur. Sağlık hizmetlerinde teknoloji uygulamalarının bahsi geçen çift etkili mahiyeti “sağlık teknolojisi değerlendirme”ni (STD) elzem kılmıştır. Batı’da “tıbbi teknoloji değerlendirme” düşüncesiyle 1960’lı yılların ortalarında temelleri atılan STD’nin zamanla kapsamı genişlemiş ve içeriği geliştirilerek, günümüze kadar uygulanmıştır. STD ile kullanılan teknolojilerin uzun ve kısa erimde etkililik, güvenlik, maliyet, hukuk ve etik boyutlarıyla hasta, kurum ve toplum açısından irdelenmesi esas alınmıştır. Aynı zamanda zararın önlenmesi, faydanın yükseltilmesi, insan onuru ve haklarının korunması, adaletin temin edilmesi, özerklik, mahremiyet ve gizliliğe saygı duyulması da hedeflenmiştir. Şeffaflık, mahremiyet ve gizliliğin korunması, hasta ve toplumun “en üst yararı”nın sağlanması, eşitlik ve adaletin olanaklı kılınması STD’nin değerlendirme boyutlarında ve uygulanmasında salık verilen temel ilkeler olarak belirlenmiştir. STD’nin etiğe içkinliği bir diğer ifadeyle özünde bulunan ve kalıcı olan ahlaki özelliği, mahiyeti ve temel ilkelerinde görülebilmektedir. Dolayısıyla STD’nin, sağlık teknolojisinin “sosyal ve ahlaki norm ve değerlerle ilişkisinin incelenmesi” anlamına gelen “etik analiz”ine gereksinim ortaya çıkmaktadır. Zira etik analizin karar vericilere ve sağlık politikası üreticilerine yardımcı olması bağlamında da önemi yadsınamaz niteliktedir. Etiği, STD’nin “içkin bileşen”i olarak değerlendiren ve tanılamak amacıyla yapılan bu çalışmada; sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımının tıbbın değerlerine uygunluğu, etikle bütünlüğü ve ortaya çıkan değer sorunlarına etik açıdan haklı çıkarılabilir çözüm bulunması bağlamında STD’nin içeriği irdelenmiştir. STD’nin mahiyeti, değerlendirme boyutları ve temel ilkeleri incelenerek, her bir aşamasında etiğe içkinliğinin ve etik analizin öneminin ortaya konulması hedeflenmiştir.


**Anahtar Kelimeler:** Etik, Etik Analiz, Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesi, STD, Temel İlkeler

## MAKALE HAKKINDA

\* Arş. Gör. Uzm., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, gamze.nesipoglu@istanbul.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2313-5608>

\*\* Öğr. Gör. Dr. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, ahmet.ozdinc@istanbul.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0012-6637>

Gönderim Tarihi: 10.08.2020

Kabul Tarihi: 22.02.2021

## Atıfta Bulunmak İçin:

Nesipoğlu, G., & Özdiñç, A. (2021). Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesinin “içkin bileşen”i olarak etik. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 203-218

## ETHICS AS THE “IMMANENT COMPONENT” OF HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Gamze NESİPOĞLU \*

Ahmet ÖZDİNCİ \*\*


### ABSTRACT

While the technologies used in health care offer a longer, healthier and more “impeccable” life, they also lead to a paradox within the context of fair use, ethical justification and compliance with moral values. The above-mentioned dual-impact quiddity of technology applications in health care made “health technology assessment” (HTA) necessary. HTA, which was based on the approach of “medical technology assessment” in the mid-1960s, in the West, expanded over time and has been conducted today since its scope has been expanded and its content has been improved. It was grounded on short- and long-term consequences of use of technology in terms of effectiveness, safety, cost-effectiveness, law and ethics with regard to the patient, institution and society by means of HTA. Furthermore, it was aimed at preventing harm, enhancing benefit, protecting human dignity and rights, ensuring justice and respect for autonomy, privacy and confidentiality. Transparency, preservation of confidentiality and privacy, ensuring the “highest benefit” of patient/society, enabling equality and justice were designated as the “key principles of HTA” recommended at the aspects and conduct of HTA. The immanence of HTA to ethics, in other words the moral character of being as a natural and permanent part of HTA, can be noticed in its essence and key principles. Therefore, there is a need for “ethical analysis”, which briefly means to “examine the relationship between technology and social-moral norms and values”, of health technology in order to reveal that ethics is the “immanent component” of HTA. Importance of ethical analysis within the context of supporting decision-makers and health policy-makers is incontrovertible. In this study, the role of HTA was scrutinized in sense of compatibility of technology use in healthcare with values of medicine, its ethical integrity and finding ethically justified solutions for the value issues arising from the use of technology. It was aimed to unveil the immanence of HTA to ethics at each stage and through the process by analyzing the essence, aspects, key principles and ethical analysis of HTA.

**Keywords:** Ethics, Ethical Analysis, Health Technology Assessment, HTA, Key Principles

### ARTICLE INFO

\* Istanbul University-Cerrahpasa, gamze.nesipoglu@istanbul.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2313-5608>

\*\* Istanbul University-Cerrahpasa ahmet.ozdinc@istanbul.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0012-6637>

Received: 10.08.2020

Accepted: 22.02.2021

### Cite This Paper:

Nesipoğlu, G. & Özdiñç, A. (2021). Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesinin “içkin bileşen”i olarak etik. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 203-218

## I. GİRİŞ

"Teknoloji" kavramı etimolojik olarak Yunanca "bir alana ilişkin yöntemli ve sistemli çalışma, yetenek ve zanaat"ı ifade eden *tekhne* sözcüğünden köken almıştır. Bu sözcüğün "kural, ilke, bilgi ve bilim" anlamlarına gelen *logia/logos* sözcüğü ile birleşiminden türemiştir (Audi, 1999). Kavramsal kökeniyle bağlantılı olarak insanın yaşadığı çevreyi kontrol altına almak, "doğaya egemen olmak" ve daha "iyi"ye ulaşmak amacını gütmektedir. Bu amaç doğrultusunda üretilen alet, makine, cihaz gibi araçları ve geliştirilen yöntemleri içermektedir. Ayrıca araç ve yöntemlerle insana kazandırdığı yeti, yetke ve erki de ifade etmektedir (Alkan, 1998; Demirel, 1993). Teknolojinin tıbbın uğraş alanında bilimsel dayanaklarla gelişmeye başlaması ise 15. yüzyılda anatomi, fizyoloji ve patoloji alanlarındaki ilerlemelerle koşutluk göstermiştir. Bilimsel ilerlemelerle döngüsel ve süregelen olarak geliştirilen teknolojik ürünler de zamanla basit alet ve cihazlardan daha karmaşık bir yapıya evrilmeye başlamıştır. Teknolojinin sürekli gelişim gösteren mahiyeti tıbbi teknolojiye de yansımış; enjektör (1789) ve stetoskop (1816) gibi "basit" sayılabilecek tıbbi aletlerden yapay zekâyla donatılmış tam otonom tıbbi robotlara uzayan daha girift bir nitelik sergilemiştir (Yörükoğulları ve Orhun, 2013). Ne var ki 1970'li yıllarda özellikle tıbbi biyoloji ve genetik mühendisliğindeki çalışmalarla tıp teknolojisinde önemli dönüşümler sosyoekonomik, yasal ve etik sorunlara da yol açmıştır (Goodman, 1992). Bu noktada, teknolojideki dönüşüme yanıt verme ve sorunlara çözüm bulma arayışıyla standardizasyon çalışmalarına ağırlık verilmiştir. Teknoloji uygulamalarının değerlendirilmesine yönelik yaklaşımının temelleri de bu şekilde atılmıştır (Karadayı vd., 2020). "Teknolojinin değerlendirilmesi"ne yönelik ilk adım 1960'lı yılların ortalarında özellikle endüstri, kimya, tarım ve tıpta teknolojinin kullanımıyla karşılaşılan olumsuzluklar ve zararlar ile atıldığı da öne sürülmüştür (Goodman, 2019; Brooks ve Bowers, 1970). Tıbbi teknolojinin değerlendirilmesi fikrinin de bu dönemde oluştuğu, 1960'lı yıllardan itibaren tıbbi uygulamalarda yeni ve "güçlü" teknolojilerin "kontrol edilemez" şekilde varlık göstermesinin etkili olduğu savunulmuştur (Ten Have, 2004). Bir diğer görüş ise tıp teknolojisi değerlendirmesinin Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1970'li yıllarda maliyet hesaplarıyla ortaya çıktığını savunmuştur. Tıp teknolojisinden zamanla sağlık teknolojisi değerlendirmesine evrilen yaklaşımla başlangıçta yaşam destek cihazları ve yapay kalp uygulamaları değerlendirilmiştir (Ten Have, 2004; Karadayı vd., 2020). Günümüzde ise kök hücre araştırmaları, genetik testler ve yapay organlar (organoid) gibi teknoloji ürünleri ekonomik, sosyal, yasal ve etik boyutlarıyla irdelenmektedir. STD ile yapılan çok boyutlu irdelenmenin art alanında insanlığa, sosyal kabullere ve kanıksanmış etik değerlere dair kaygıların da örtük olarak bulunduğu ifade edilebilir.

Nitekim ABD Ulusal Araştırma Konseyi (National Research Council [NRC]) tarafından yapılan *in vitro* fertilizasyon, ilaçlarla davranışsal müdahale ve yaşlanmanın geciktirilmesinde kullanılan teknolojilerin değerlendirme de yukarıdaki savı destekler niteliktedir. Zira bahsi geçen uygulamaların değerlendirmesinde beden bütünlüğü, özerklik, kalıtım, doğum ve ölüm gibi insana dair temel değerlerle ilgili kaygı ve sorunlar belirleyici olmuştur (NRC, 1975; Banta, 2009). Salt yukarıda belirtilen dönemde değil, günümüzde de "genetik tasarımı bebek", sayborg ("makine insan"), kriyojenik (bedenin dondurulması) ve organoid gibi teknoloji uygulamalarının çift etkisinden söz edilebilir. Diğer bir ifadeyle teknoloji ürünlerinin tıbbın uğraş alanında kullanımı sunduğu faydalarına karşın, ekonomik, sosyal, yasal ve etik sorunlara da yol açmaktadır (Arnstein, 1977). Nihai olarak geçmişten günümüze tıbbi uygulamalarda teknolojinin insanın gelişimi, yaşamın uzaması, yaşlılığın geciktirilmesi, insana dair "engel ve kusur"ların azaltılması/giderilmesi gibi faydaları yadsınamaz niteliktedir. Ancak yaşam ve ölüme yüklenen anlamın değişmesi, beden bütünlüğünün bozulması, özerkliğin ihlali, teknoloji ürünlerine adil erişimde ve sınırlı kaynakların adil dağıtımda güçlükler gibi etik ikilem/sorunlara da neden olmaktadır. Dolayısıyla sürekli gelişim gösteren mahiyeti ile bir yandan yaşamı kolaylaştırırken, öte yandan değerleri çıkmaza sokan paradoksal mahiyeti sağlık teknolojisinin değerlendirilmesini elzem kılmaktadır.

### 1.1. "Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesi"nin (STD) Anlamı ve Mahiyeti

Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesi (STD); teknoloji kullanımının kısa ve uzun erimli etkileri, riskleri ve sonuçlarının ekonomik, sosyal, yasal ve etik açıdan irdelenerek, uygun politika ve stratejik



plan üretilmesini sağlayan değerlendirme sürecidir (Banta ve Luce, 1993). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da “sağlık teknolojilerinin ve uygulamalarının özellikleri, sonuçları ve etkilerinin sistematik olarak değerlendirilmesi” (World Health Organization [WHO], 2015a) şeklinde tanımlanmaktadır. Ancak bu tanımda değerlendirmenin amacı ve hangi boyutlarda yapıldığı belirtilmemektedir. DSÖ’nün tanımındaki bu belirsizlik, “sağlık hizmetlerinin sunumunda teknoloji ürünlerinin tıbbi, ekonomik ve etik açıdan doğru ve verimli kullanım ve uygulanmasını sağlamak amacıyla yapılan güvenlik, etkinlik, etkililik, maliyet ve maliyet etkinliğinin değerlendirilmesi” (Stephens vd., 2012) tanımıyla giderilebilmektedir. Değerlendirmenin salt tıbbi, ekonomik ve etik boyutuna dikkat çekilen bu tanımla da STD’nin törel değerler ve halk sağlığı bağlamında sosyal boyutunun göz ardı edildiği anlaşılmaktadır. Öte yandan DSÖ’nün tanımında sağlık teknolojisiyle tıbbin uğraş alanında kullanılan alet, cihaz, yöntem ve uygulamaları içeren geniş kapsamına işaret edilmektedir. Kaldı ki STD; tıbbi görüntüleme onkolojik cerrahiye, acil servisten yoğun bakıma ve psikiyatriye kadar farklı disiplinlerde çeşitli amaçlarla uygulanmaktadır. Radyolojide; radyoterapi, ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntülemenin klinik etkililik, maliyet etkinliği ve adalet açılarından değerlendirilmesi örnek olarak verilebilir. Cerrahide; onkolojik cerrahi, ürolojik cerrahi ve robotik cerrahinin karşılaştırılarak güvenlik, klinik etkililik ve maliyet incelenmesi STD ile yapılabilmektedir. Ayrıca psikiyatri, yoğun bakım ve acil serviste özellikle tedavi yöntemine karar verilmesi, güvenlik, bütçe düzenlemesi ve başarı oranının saptanması amacıyla STD’nin uygulandığı görülebilmektedir. Klinik ve araştırma boyutları ile ilaç ve aşıların klinik ve tedavi etkinliği STD yardımıyla saptanabilmektedir. Organizasyon boyutuyla da sağlık kurumunda şeffaflık, hesap verebilirlik ve sınırlı kaynakların adil dağıtım noktalarında değerlendirmeye olanak sunmaktadır (Karadayı vd., 2020). STD’nin; hastanın değerlerini koruyarak, en yüksek yararına karar vermeyi sağlayan sağlık politikalarının üretilmesine yardımcı olma özelliği de bulunmaktadır. Dolayısıyla sağlık teknolojisinin güvenli, etkili, sistematik, şeffaf ve tarafsız bir şekilde kullanılması amacıyla klinik, sosyal, ekonomik ve etik açılardan değerlendirilmesi STD’nin çok boyutlu mahiyetine işaret etmektedir (Mittermayer vd., 2010). Nitekim DSÖ’nün 2015 yılında 125 üye ülkede STD uygulamasına ilişkin yaptığı araştırma raporunda; STD’nin geniş kapsamlı, çok yönlü ve çok boyutlu özelliklerine dikkat çekilmektedir. Zira raporda; STD ile güvenlik, klinik etkililik, maliyet etkinliği, örgütsel etki, adalet, etik sorunlar, fizibilite ve sağlık çalışanlarının nitelikleri gibi birçok konu çok boyutlu olarak ele alınmaktadır (WHO, 2015b). Bunun yanı sıra STD ile edinilen veriler ışığında sağlık politikası üretiminde öncelikler tayin edilebilmekte, sağlık sigortasının kapsamı belirlenebilmekte ve sağlık sisteminde verilen kararların nedenleri saptanabilmektedir. Sağlık teknolojilerinin kullanımında ise harcamalara, kaynakların dağıtımına, kullanılan teknolojilerin güvenli ve etkili olup olmadığına ilişkin veriler STD ile edinilebilmektedir (Berg vd., 2004). Kısaca, tıbbin uğraş alanında karar vericiler ve politika üreticileri için verilen kararların, uygulanan yöntemlerin, izlenen prosedürlerin ve üretilen politikaların değerlendirilmesi bağlamında STD’nin rehber niteliğinde olduğu ifade edilebilir.

## II. STD VE ETİK

### 2.1. Değerlendirme Boyutları ve “Bütünleyici Parçası” Olarak Etik

Sağlık teknolojisinin insan sağlığını doğrudan etkilemesi ve kullanım alanı bağlamında değer yüklü olması STD ile etik bağlantısını ele almayı gerektirmektedir. Nitekim fayda, risk ve maliyet etkinliği ile ilgili kaygılar, özünde etik kaygılara atıfta bulunmaktadır. Ayrıca STD’nin etik içerimi tıbbin uğraş alanına ilişkin değer ve normlarla da ayrılmaz bir bütünlük sergilemektedir (Zellers, 2015). Bu nedenle etik, STD’nin “bütünleyen”i olarak değerlendirilmektedir ki Hoffmann ve arkadaşları da bu savı şu şekilde ifade etmektedir: “Etik, başlangıcından bugüne STD’nin temel bir parçasıdır ve teknoloji değerlendirmesine yönelik ilk tanımlar etiği açıkça içermektedir” (Hofmann vd., 2015). Bunun yanı sıra Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Kurumları Uluslararası İletişim Ağı (International Network of Agencies for Health Technology Assessment, [INAHTA]) tarafından yürütülen bir anket çalışmasında; STD uygulanan kurumların %80’inin etiği, “değerlendirmenin ayrılmaz ve bütünleyici bir parçası” olarak düşündükleri saptanmıştır (INAHTA, 2003). Arellano ve arkadaşları tarafından STD uzmanları ile yapılan çalışmada da katılımcıların %90’ının etikle ilgili sonuçlara önem verilmesi gerektiğini, %58,4’ünün ise etiği STD’nin “ayrılmaz bir parçası” olarak düşündükleri tespit

edilmiştir (Arellano vd., 2011). STD'nin etikle bütünlüğünün tanıtılmasına yönelik kuramsal temellendirme ise şu şekilde yapılmıştır: Sağlık teknolojisi uygulamalarının insan sağlığı, yaşamı ve refahıyla doğrudan ilgili olması nedeniyle uygulamanın sonuçları etikle de doğrudan ilişkilendirilebilir. Zira ağrı ve acının giderilmesi, sağlık ve refahın geliştirilmesi etik açıdan da fayda sunar. Dolayısıyla teknoloji kullanımının risk ve faydalarını değerlendirirken de etkinlik ve güvenlik analizini yaparken de temelde tüm bunların "ahlaki iyi"ye (toplumsal fayda) ulaşmak için yapıldığı ön varsayımı bulunur. Öte yandan teknoloji, insan yaşamını doğrudan iyileştirmek amacıyla üretildiği için kullanımı iyi yaşamı çevreleyen birçok etik soruna da yol açabilmektedir (Hofmann, 2008). Bu nedenle gerek STD'nin sağlık hizmetlerinin niteliğini yükseltme amacını gerçekleştirmek, gerekse insan ve toplumun sağlık ve refahını geliştirerek ahlaki "iyi"ye ulaşmak için STD ile etik bütünlüğünün ön kabulüyle değerlendirme yapılmalıdır. STD de bu amacı doğrultusunda tıbbın uğraş alanında teknoloji uygulamalarını; "sağlık sorunu ve teknolojinin mevcut kullanımı", "teknolojinin tanımı ve teknik özellikleri", "güvenlik", "klinik etkililik", "maliyet ve ekonomik değerlendirme", "örgütsel açıdan", "etik açıdan", "sosyal açıdan" ve "yasal açıdan" irdeleyerek, dokuz boyutta ele almaktadır (EUnetHTA, 2012). Bahsi geçen boyutlardan salt etik açıdan yapılan değerlendirmenin değil, güvenlik, klinik etkililik, sosyal ve yasal açıdan yapılan değerlendirmelerin de amaç ve parametre bağlamında STD'nin etikle içkinliğine örnek teşkil ettiği ifade edilebilir.

Nitekim "güvenlik boyutu"nda teknoloji uygulamasının hastaya verebileceği zarar(lar); zarar(lar)ın sıklığı, şiddeti ve süresi; topluma, doğaya ve sağlık teknolojisi uygulayıcılarına yönelik olası zarar(lar) ve zarar görmesi olası hasta grupları saptanmaktadır. "Klinik etkililik boyutu"nda; kullanılan teknolojinin hastanın vücut fonksiyonları, yaşam kalitesi, çalışma gücü ve önceki yaşam koşullarına dönme süresi üzerindeki etkisi incelenmektedir. Ayrıca kullanılan teknoloji ürününün fayda ve riskleri ile hedef hastalığın ilerlemesini/nüksetmesini nasıl etkilediği de irdelenmektedir. Bu noktada da zarar vermeme ve yararlılığın esas alındığı anlaşılmaktadır. "Hasta ve sosyal yönler boyutu"nda; ilgili teknolojinin uygulandığı süreçte ve sonrasında hastanın, yakınlarının ve toplumun sağlık teknolojisi hakkındaki düşünceleri, kaygıları ve teknolojiye yükledikleri anlam tanımlanmaya çalışılmaktadır (Yiğit ve Erdem, 2016). Değerlendirmenin bu boyutunda STD sürecine hastanın da paydaş olarak katılması gerekli görülmekte ve bu gereklilik dört önermeyle temellendirilmektedir. İlk önermede; Alma Ata Bildirgesinin "Tüm insanların hem bireysel hem de toplum olarak kendi sağlık hizmetlerini planlama ve yürütülmesi işlerine katılmaları hakları ve görevleridir" maddesi dayanak alınmıştır (Alma Ata Bildirgesi, 1978). Bu önerme ile esasen STD'de sağlık teknolojilerine ve hizmetlere erişimde hastaların "seslerini duyurma ve işitilme hakkı"na saygı duyulduğu ifade edilmektedir. İkinci önermede; sağlık hizmetinin, hastaların temel kişisel ve ahlaki değerleri ile uyumlu olması gerektiği savunulmaktadır. Üçüncü önermede; hastaların mevcut durumları, tedavi gereksinimleri ve verilebilecek hizmet koşullarına ilişkin özgün bilgi ve içgörüyü sahip oldukları düşüncesiyle sürece katılmaları gerektiği ileri sürülmektedir. Dördüncü önermede ise hastaların ilgili sürece katılımıyla erken bilimsel görüş edinilebileceği böylece STD'nin yöntem bilimsel (metodolojik) ilerlemesine katkıda bulunabileceği ifade edilmektedir (Wale vd., 2017). Ayrıca sağlık teknolojisinin özellikle kaynakların sınırlı olduğu, belli bir hasta grubunda kullanımı ve risk hesabının yapılamadığı durumlarda STD'nin klinik ve sosyal boyutları açısından sorunsal oluşturmaktadır. Bu doğrultuda sosyal açıdan yapılan değerlendirmede bütüncül anlayışla hastanın, sağlık çalışanının ve toplumun gereksinimlerinin belirlenmesi, özellikle hastanın beklenti ve tercihlerine önem verilmesi gerektirmektedir. Zira genellikle hekim ve sağlık çalışanının değerlendirilmesiyle sınırlanan bu boyutta özellikle kullanılan teknolojiyle ilgili toplumsal refleksin değerlendirilmesi salık verilmektedir. Kaldı ki toplumsal refleksle yönelik sosyal kaygılar, kullanılan teknoloji ile toplumun ahlaki norm ve değerleri arasındaki örtüşmeyen noktalara işaret etmektedir (Ten Have, 2004). Kullanılmakta olan sağlık teknolojisinin hastaya yönelik değerlendirmesi bağlantılı olarak toplumun değerlendirilmesi anlamına geldiği için bu boyutta STD'nin hekim ve sağlık çalışanının görüşlerinin ötesine geçmesi ve ilgili tüm paydaşları içermesi önemli görülmektedir. Böylece değerlendirilen sağlık teknolojisinin oluşturduğu değerler ile toplumun değerlerinin koşutluk gösterip göstermediğine ve ilgili teknolojiye dair toplumsal kabule ya da redde dair bilgi edinebilir.

Öte yandan STD'nin "yasal boyutu"nda; sağlık teknolojisi kullanımı özerklik, aydınlatılmış onam, karar verme yetkisi, mahremiyet ve gizlilik açılarından irdelenmektedir. "Etik boyutu"nda ise

kullanılan teknolojinin hasta ve diğer paydaşlar açısından fayda ve riskleri, istenmeyen ve öngörülemez sonuçları, savunmasız bireylerde kullanılıp kullanılmayacağı, kullanımının hastanın özerkliğini etkileyip etkilemeyeceği değerlendirilmektedir. Bunun yanı sıra kişisel değerleri ve ahlaki statüyü etkileyip etkilemeyeceği, kullanımında zorlama ihtimalinin olup olmadığı, insan onuruna ve biyopsikososyal varlık bütünlüğüne etkisi, mahremiyet alanını işgal edip etmeyeceği ve kaynakları dağıtımındaki rolü irdelenmektedir (Yiğit ve Erdem, 2016). Yasal açıdan yapılan değerlendirmede de yasa ile etiğin kavşak noktasında bulunan hususların ele alındığı; yasal boyutunun da etikle iç içe olduğu anlaşılmaktadır. STD uygulamasında etiğin önemi, değerlendirmenin etiğe uygunluğunun yanı sıra üç anlayışa dayanmaktadır: Bu anlayışlardan ilki; sağlık teknolojilerinin uygulanmasıyla oluşan ahlaki sonuçlara, ikincisi teknolojinin de kendinde değer taşıdığına ve bu değer STD sürecinde toplumun mevcut ahlaki değerleriyle uyumlu olması gerektiğidir. Üçüncü anlayış ise nihai hedefi sağlık ve refahı yükseltmek olan sağlık hizmetlerinin kendinde değer yüklü olduğu, dolayısıyla hizmet sunumunda kullanılan teknolojinin bu amaç ve değerlerle de örtüşmesi gerektiğine ilişkindir (Saarni vd., 2008). Bahsi geçen üç anlayışla dolaylı olarak kullanıma ve değerlendirmeye alınan teknolojilerin doğru seçimi, kaynakların adil dağıtımı ve sağlık politikalarının etik açıdan haklı çıkarılabilmesi de olanaklı kılınabilir.

Kaldı ki bir teknolojinin kullanıma seçilmesi, diğerinden vazgeçilmesi anlamına gelmektedir ki bu da kaynakların sağlık hizmetleri içinde veya toplumun daha geniş kesimlerinde yeniden dağıtımına yol açmaktadır. Bu noktada, sağlık politikası üretkenlerin de kararlarında ilgili tüm değerleri dikkate alarak bireysel ve toplumsal faydayı dengelemesi beklenmektedir (Oliver vd., 2004). STD; tıbbın uğraş alanında kullanılan teknolojilerin etkililik, etkinlik, güvenlik, ekonomik, kurumsal, sosyal, yasal ve etik açılardan birçok boyutta değerlendirilmesini olanaklı kılmaktadır. Bu boyutlar sadece hekim ve sağlık çalışanını değil hasta, hasta yakını, toplum, sağlık politikası üreticileri ve sağlık sistemi yöneticilerini de içermektedir. Değerlendirme boyutlarında ayrıca zarar vermeme, yararlılık, adalet, hastanın özerkliği, gizliliği ve mahremiyetine saygı, sosyal norm ve değerlere uygunluk, faydanın dengelenmesi gibi hususların ele alındığı da görülmektedir. Dolayısıyla değerlendirme boyutlarının örtük ya da açık biçimde etik kaygı taşıdığı; etiğin, bu boyutların “ayrılmaz ve bütünleyici parçası” olduğu anlaşılmaktadır.

## **2.2. Etik Zeminden Yükselen “STD’nin Temel İlkeleri”**

STD’nin değer yüklü doğasına dayanak oluşturmak amacıyla kurgulanmasından uygulanmasına kadar tüm süreç ve aşamalarında etik değer, ilke ve normların gözetilmesinin yanı sıra özgün değerine ve nihai amacına karşılık gelecek ilkelere de gereksinim duyulmuştur. Bu gereksinimi karşılamak üzere değerlendirmenin nihai amacına ulaşmasını ve etikle bütünlüğünü somut kılmasını sağlayacak “STD’nin temel ilkeleri” Drummond ve diğerleri (Drummond vd., 2008) tarafından geliştirilmiştir. Drummond ve diğerleri tarafından önerilen, dört bölümden oluşan, on beş temel ilke özetlenerek, aşağıda sunulmuştur:

### **“STD’nin Temel İlkeleri”**

#### **STD Programlarının Yapısı**

1. STD’nin amacı ve kapsamı açıkça belirtilmeli, kullanımı amacıyla ilgili olmalıdır: Değerlendirme soruları açıkça tanımlanabilmeli ve STD süreci kapsamlı, çok disiplinli ve çok paydaşlı olmalıdır. Süreç, ele alınacak soruları yanıtlayabilmeli ve STD uygulaması ile teknolojinin kullanımına ilişkin kararlar arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmelidir.
2. STD süreci tarafsız ve şeffaf olmalıdır: STD sonucunda yapılan değerlendirmeye göre verilen kararlar birden çok paydaşı etkilediği için sorunlara yol açabilmektedir. STD’nin tüm süreçlerinde bu durum dikkate alınmalı, süreç özellikle kararlara katılan, ödeme ve uygulamalardan sorumlu olan kurum/kuruluşlardan bağımsız yürütülmelidir.

3. STD uygulaması ilgili tüm teknolojileri içermelidir: Kaynakların dağıtımında ve değerlendirilmesinde hataya mahal vermemek adına ilgili tüm teknolojiler değerlendirme kapsamına alınmalıdır. Kaynakların dağıtımıyla ilgili kararların adil ve doğru olması amacıyla sağlık hizmetlerinin tüm aşamalarında kullanılan teknolojik ürün, yöntem ve prosedürler eksiksiz olarak değerlendirilmelidir.
4. STD seçim süreci için öncelikleri belirleyecek şeffaf bir sistem oluşturulmalıdır: Seçilen teknolojilerin değerlendirilmesi halinde ortaya çıkabilecek yanlılığı saptamak ve engellemek adına söz konusu teknolojilerin nasıl seçildiği ve öncelikli kılındığı açıkça belirtilmelidir.

### **STD Uygulama Yöntemleri**

5. STD uygulaması kullanılan teknolojinin maliyet ve faydalarını değerlendirebilecek uygun yöntemleri içermelidir: Değerlendirme sürecinde yapılan analiz ve sentezler uygun kılavuzları esas almalı ve sistematik yaklaşımlarla temellendirilmelidir. Paydaşların ve toplumun STD sürecine ve değerlendirme sonrasında edinilen bulgulara güvenini tesis etmek için çözümleyici (analitik) yöntemler geliştirilmeli ve tutarlı bir şekilde uygulanmalıdır.
6. STD uygulaması çok sayıda ve çeşitli verileri (araştırma sonuçlarını ve kanıtları) incelemelidir: Değerlendirmede birden fazla paydaşın uygulamayla ilgili düşüncelerini (klinik, ekonomik, sosyal, etik, vd.) ifade etmesine olanak verilmelidir. STD deneysel, yarı-deneysel, gözlemsel ve nitel (kalitatif) araştırmaların yanı sıra klinik olarak anlamlı sayıda kişiden edinilen verileri incelemeli, ekonomik ve sosyal etkileşimi de değerlendirebilmelidir.
7. STD uygulaması toplumsal bakış açısını tam olarak içermelidir: Toplumun yararını ve teknoloji uygulamalarının toplumsal etkililiğini en üst düzeye çıkarabilmek amacıyla STD sağlık sisteminin belirli paydaşları tarafından uygulanan klinik kararları ve sağlık politikalarını bu paydaşlarla sınırlı bakış açısından arındırmalıdır. Ayrıca sınırlı bakış açısıyla yapılan uygulamaların yol açtığı hataları tanımlamalı ve toplumsal bakış açısını tam olarak içerebilmelidir.
8. STD uygulaması maliyet ve harcamalarla ilgili belirsizlikleri açıkça tanımlayabilmelidir: Maliyet etkinliği analizinin güvenilirliğini kontrol etmek ve sonuçlarla ilgili belirsizlikleri açıkça tanımlamak amacıyla duyarlılık analizleri yapılmalıdır. Kaynakların dağıtımında yapılabilen tahmin hatalarından ve kullanılan analitik yöntemlerin sınırlılıklarından ötürü STD bulgularının güvenilirliği duyarlılık analizleri ile garanti edilmelidir.
9. STD uygulaması genellenebilirlik ve aktarılabirlik ile ilgili sorunları dikkate almalı ve sorgulamalıdır: Sağlık hizmetleri küresel nitelik kazandıkça, STD bulgularının genellenebilirlik ve aktarılabirliğinin önemi de artmaktadır. Dolayısıyla hastalık değişkenleri, müdahaleler, müdahalelere verilen yanıtlar ile hastalar, sağlık çalışanları, sağlık sistemi ve toplum genelinde sonuçları da göz önüne alınmalıdır. STD bulgularının klinik popülasyon ve sağlık politikası açısından genellenebilirlik ve aktarılabirliği incelenmelidir.

### **STD Yürütme Süreçleri**

10. STD sürecini yürütenler ilgili tüm paydaşları sürece doğrudan dâhil etmelidir: STD sürecinin tüm aşamalarında ilgili paydaşların düşüncelerini anlayabilmek adına tüm anahtar paydaşlara STD yönetiminde aktif rol verilmelidir. Böylece daha yaygın, daha çok kabul gören, daha fazla uygulama şansı bulunan ve daha yüksek nitelikte değerlendirme yapılabilir. Bu anlayış, tüm paydaşları sürece dâhil etmesi nedeniyle ayrıca sürecin şeffaflık ve güvenilirliğini de artıracaktır.
11. STD sürecini yürütenler uygun tüm verileri incelemelidir: STD sürecinde kişisel ya da genel ilgili tüm veriler değerlendirmeye alınmalıdır. Kişisel verilerin değerlendirildiği durumlarda,

mahremiyet ve gizlilik geniş kapsamından doğan belirsizliği giderecek şekilde dar anlamda tanımlanmalı ve korunmalıdır. Bu süreçte de şeffaf olunmalı, ilgili kararların anlaşılmasını ve bu kararlara güven duyulmasını sağlamak amacıyla mevcut verilerin [anonimleştirilerek] mümkün olan en kısa zamanda kamuya açık hale getirilmesi için çaba gösterilmelidir.

12. STD bulgularının uygulanması denetlenmelidir: STD bulguları temel alınarak verilen kararların sonuçları bu uygulamanın yararlı olup olmadığını belirleyebilir. STD bulgularının adil bir şekilde uygulandığından emin olmak için uygulamanın denetlenmesi gerekir. Ayrıca STD uygulamasının gerektiğinde güncellenmesi de uygulamanın takibini ve denetimini gerektirmektedir.

### **Karar Vermede STD Kullanımı**

13. STD uygulaması zamanında yapılmaz: STD, sağlık teknolojilerinin dağıtımı ve kullanımıyla ilgili kararlar verildiğinde de uygulanmalı ve yapılan değerlendirme güncel tutulmalıdır. STD'nin mahiyeti ve amacı gereği "tek seferlik" bir etkinlik olmaması, yeni veriler elde edildikçe yapılan değerlendirmenin gözden geçirilerek, güncellenmesini gerektirmektedir. Dolayısıyla STD uygulaması, zamanlama açısından, yeni teknolojilerin geliştirilmesinde atılan adımlar ve bu teknolojilerin sağlık alanında kullanıma başlanması ile tutarlılık göstermelidir.
14. STD uygulamasının sonuçları farklı karar vericilere anlaşılır bir şekilde bildirilmelidir: STD uygulaması birden çok paydaşı içerdiğinden paydaşların farklı gereksinimlerini karşılayabilmek için etkili iletişim stratejileri geliştirilmelidir. İletişim kaynaklı sorunların giderilmesini sağlayacak yaklaşım, etkileşime dayalı bir modelin geliştirilmesi ile sağlanabilmektedir. Bu noktada değerlendirme sonuçları salt hekim ya da farklı karar vericilerle değil, aynı zamanda STD'nin başlıca hedef kitlesi olan hasta ve toplumla da teknik olmayan ve anlaşılır bir dille paylaşılmalıdır. Böylece STD bulgularına dayalı kararların ve kararların ardındaki bilimsel dayanakların hasta ve toplum tarafından anlaşılması da olanaklı kılınabilir.
15. STD bulgularına dayalı karar verme süreci şeffaf olmalı ve açıkça tanımlanmalıdır: STD uygulaması, uygulamadan edinilen bulgular ve bulgulara dayalı karar verme süreci şeffaf olmalıdır. Böylece özellikle adaletle ilgili olası sorunların önüne geçilebilir. Bu aşamada öncelikle kararda esas alınan değerlendirme bulgularının yayımlanması ve yaygın bir şekilde dağıtılması ile şeffaflık sağlanabilir (Drummond vd., 2008; Stephens vd., 2012).

Drummond ve arkadaşları tarafından önerilen "STD'nin temel ilkeleri"; STD uygulamasının yapısı, yöntemleri, süreci ve sağlık teknolojilerinin kullanımına ilişkin kararların değerlendirilmesi bağlamında dört bölüm, on beş ilkeden oluşmaktadır. Yukarıda özetlenen ilkelerin; şeffaflık, toplumun "en üst yararı", mahremiyet ve gizliliğin korunması, tarafsızlık ve adalet bağlamında etik ilke ve değerleri de içkin olarak yansıttığı anlaşılmaktadır. Bunun yanı sıra salt sağlık hizmeti sunanlar ve politika üreticilerinin değil, sağlık teknolojisi uygulamalarından doğrudan etkilenen hastaların ve dolaylı biçimde toplumun da paydaş olarak yürütme sürecine dâhil edilmesi ve kararlara dair bilgilendirilmesi de dikkat çekmektedir. Bu durum, sözü geçen ilkelerin adalet ve hesap verebilirlik temelinden yükseldiği savını da desteklemektedir. Dolayısıyla temel ilkelerin de STD'nin yapısından uygulanmasına, sonuçlarının değerlendirilmesinden ilgili kararlarda esas alınmasına kadar her aşamada etik zeminden yükseldiği ileri sürülebilmektedir.

### **2.3. Değerlendirme Sürecinin Zorunlu Koşulu: "Etik Analiz"**

"Etik analiz"; kısaca belirli bir durum olgu ya da etik sorunla ilgili verilecek kararın etik açıdan haklı çıkarılmasını sağlayan usa vurma (akıl yürütme) yöntemini ifade etmektedir. Belirli bir olguya, duruma ya da etik soruna ilişkin verilecek kararı etik açıdan kabul edilebilir kılmak amacıyla uygun etik yöntemle yapılan sistematik inceleme olarak da tanımlanmaktadır. STD'nin etik analizi ise değerlendirmenin etik açıdan nasıl tanımlandığını ve yorumlandığını belirleyen, sağlık sistemine

sunduğu katkıları ortaya koyan, ilgili paydaşların değerlerini içeren ve sınırlı kaynakların adil dağıtımını için gerekli adımları öneren sistematik yaklaşımdır (Abrishami vd., 2017). Kısaca, kullanılan teknolojinin ilgili etik ilke ve değerlerin yanı sıra sosyal ve ahlaki norm ve değerlerle ilişkisinin incelenmesini ihsas etmektedir. Bu nedenle etik analiz, kullanılan teknolojiye dair sonuçların norm ve değerler bağlamında anlaşılmasında, bu sonuçların etiğe uygunluğuna göre kullanıma devam edilmesinde ya da kullanımdan vazgeçilmesi noktasında da önemli bir yer teşkil etmektedir. Sosyal ve ahlaki norm ve değerlerin sosyopolitik, kültürel, yasal ve ekonomik unsurlarla olan ilişkisi de dikkate alındığında, etik analizin önemi belirginleşmektedir (EUnetHTA, 2012). Etik boyutun yanı sıra STD kapsamında yer alması salık verilen etik analiz, karar vericilerin değerlendirecek ve kullanılacak teknolojilerin seçiminde belirleyici rol üstlenmektedir. Bunun yanı sıra mevcut sağlık politikalarıyla ilgili bilgilerin yorumlanıp, değerlendirmesinde de yardımcı olabilmektedir (Williams ve Cookson, 2006). Ne var ki STD sürecinde etik analizin gerekliliğini savunan düşüncelere karşın, STD uygulamasında saptanan ve analiz gerektiren etik sorunlara yeterince değinilmediği ifade edilmektedir (Lehoux vd., 2004). Bu doğrultuda Avrupa Birliği Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Ağı (European Network for Health Technology Assessment, [EUnetHTA]) tarafından geliştirilen "STD Çekirdek Modeli"de, STD sürecinde ve teknoloji uygulamasında karşılaşılan etik sorunların saptanması ve analizi için yöneltilmesi gereken sorular, etik analize başlama noktasında rehber niteliktedir (Refolo vd., 2016). Fayda-zarar dengesi, adalet, özerkliğe, insana ve insan haklarına saygı ile STD'nin etik sonuçları kapsamında yöneltilen başlıca sorular, sorunsal alan ve açıklamaları aşağıdaki tabloda (Tablo 1) verilmiştir (EUnetHTA, 2016; Saarni vd., 2008):

**Tablo 1. "STD Çekirdek Modelinde Ele Alınan Etik Sorunlar"**

Sorunsal Alan: Etik Sorunun Kaynağı	Soru	Açıklama
<b>"İnsana Saygı"</b>  <b>Teknoloji Kullanımının Toplumsal Değer ve İnançlarla Çatışması</b>	"Teknolojinin kullanımı hastanın, belirli grupların ve/veya toplumun ahlaki, dini ya da kültürel bütünlüğünü olumsuz yönde etkiliyor mu?"	Sağlık teknolojisinin kullanıldığı bir toplumda belirli bir kişi (hasta), grup ya da toplumun değerleri ile ilgili sorunlar yaşanabilir. Etik analizde; belirli kişilerin ya da toplumun inanç ve değerlerinden ötürü yaşadığı/yaşayabileceği değer sorunlarının saptanması, tanımlanması ve ilgili kişilerce kabul edilebilir olasılıkların önerilmesi gerekir. Örneğin; kan transfüzyonu (Yehova Şahitleri için), ötanazi ve kürtaj.
<b>"Fayda-Zarar Dengesi"</b>  <b>Zarar Vermeme ve Yararlılık İlkeleriyle İlgili Sorunlar</b>	"Teknoloji kullanımının hastaya, hasta yakınlarına ve topluma bilinen ve olası fayda ve zararları nelerdir?"  "Fayda ve zararı kim, nasıl dengeleyecektir?"	Sağlık hizmetlerinde kullanılan bazı teknolojiler salt teknolojinin doğrudan uygulandığı hastalar üzerinde değil, aynı zamanda diğer paydaşlar üzerinde de dolaylı olarak zararlı sonuçlara yol açabilir. Fizyolojik, psikolojik, sosyal ya da ekonomik boyutta oluşabilen zararın saptanması, tanımlanması, giderilmesi ve olası zararların engellenmesi gerekir. Örneğin; genetik incelemeler/testler; sadece genetik özellikleri incelenen hastaya değil, hastanın ailesi ve yakınlarına da zarar verebilir.
<b>"Özerklik"</b>  <b>Özerkliğe Saygı ile İlgili Sorunlar (Özerk Kararın Engellenmesi)</b>	"Teknolojinin kullanımı, hastanın karar verme yetisini ya da özerkliğini olumsuz yönde etkiliyor mu?"  "Teknolojinin kullanımı, hastanın özerkliğini gerçekleştirme yolunda özel ya da destekleyici bir müdahale gerektiriyor mu?"	"Kendisini yönetebilen özne" olarak hasta, karar verme yetisinde ve yaşında olduğu sürece, klinikte "kendi kaderini tayin etme" hakkına sahiptir. Ancak bazı teknolojilerin kullanımına yönelik geliştirilen sağlık politikaları belirli durumlarda hastanın karar verme yetisinin olumsuz etkilenmesine yol açabilir. Doğrudan ya da dolaylı olarak hastanın özerkliğinin ihlal edilmesine neden olabilir. Örneğin; Alzheimer ya da Demans hastasına uygulanan gen terapisi.
<b>"Adalet"</b>  <b>Adalet ve Eşitlik ile İlgili Sorunlar</b>	"Teknolojinin kullanımı ya da kullanımdan çekilmesi kaynakların dağıtımını nasıl etkiliyor ve adalet açısından hangi sorunlara yol açıyor?"  "Belirli bir kişi ya da grubun ilgili teknolojiye erişiminde engel(ler) söz konusu mudur?"	Teknolojiyi kullanma kararı aynı zamanda kaynakların yeniden dağıtımına da gelir. Kaynakların büyük miktarda yeniden dağıtım, eşit derecede gereksinim duyan hastaların eşit erişimi noktasında soruna yol açabilir. Ayrıca coğrafi bölge, cinsiyet, etnisite, sağlık sigortası ve ekonomik olanaklar gibi nedenler de potansiyel ayrımcılık nedeni olabilir. Etik analizde bu unsurların göz önüne alınarak, ilgili teknolojinin kullanımı eşitlik ve adalet esasıyla olanaklı kılınmalıdır.

\* Tablo 1, EUnetHTA, 2016 kaynağından birebir tercüme olmayıp, ilgili iki kaynak (EUnetHTA, 2016 ile Saarni vd., 2008) sentezlenerek, hazırlanmıştır.

STD uygulamasının zorunlu koşulu olarak etik analiz, sağlık hizmetlerinde özellikle teknoloji kullanımı nedeniyle yaşanan etik sorunların çözümlenerek “iyi” karar verilmesinde ve toplumun değerleri ile uyumlu sağlık politikalarının üretilmesinde önem arz etmektedir. Bu nedenle STD’de etik analizin içselleştirilmesi ve analiz yöntemlerinin geliştirilmesine yönelik gereksinim oluşmaktadır (Duthie ve Bond, 2011). Zira etik analiz için genel kabul görmüş belirli bir yöntem ve ölçün bulunmamaktadır. Nitekim Martins ve arkadaşları (Martins vd., 2017) tarafından yapılan literatür incelemesinde, STD etik analizinde farklı yöntemlerin kullanıldığı tespit edilmiştir. Bu incelemeye göre etik analizde kullanılan yöntemler; “normatif temelli analiz, vaka karşılaştırmasına dayalı analiz, önceden tanımlanmış anket uygulamasına dayalı analiz ve tartışmaya dayalı analiz” başlıkları altında sınıflandırılmıştır. Etik analizde başvuru alanları arasında “ilkecilik”, “örnek vakalara dayalı (kazuistik) etik usullama”, “tutarlılık analizi” ile “interaktif ve katılımcı STD yaklaşımı” gibi farklı yöntemlerin kullanıldığı ileri sürülmüştür (Bellemare vd., 2018; Saarni vd., 2008). Normatif temelli analiz kapsamında kullanılan ilkecilik; kısaca “[k]aynağını genel ahlaktan alan ve yapısal temelleri ilkeler tarafından oluşturulan yaklaşım” olarak tanımlanmaktadır (Oğuz, 2001). Tıbbın uğraş alanında kararların etiğe uygun kılınması ve değer sorunlarının etik açıdan haklı çıkarılacak şekilde çözülmesi için ağırlıklı olarak başvuru alanları Tom L. Beauchamp (1939) ve James F. Childress (1940) tarafından geliştirilmiştir (Beauchamp ve Childress, 2001). Beauchamp ve Childress’in 1979 yılında yayımladıkları Biyomedikal Etiğin İlkeleri (*Principles of Biomedical Ethics*) adlı kitapta “yararlılık”, “zarar vermeme”, “özerkliğe saygı” ve “adalet” biyomedikal etiğin “dört temel ilke”si olarak belirlenmiştir (Beauchamp ve Childress, 2001). Günümüzde de başvuru alanları temel ilkelerin yanı sıra “gerçeği söyleme”, “sözünde durma”, “kötü davranmama”, “eşitlik”, “sır saklama”, “aydınlatılmış onam” ve “bireye saygı” da sağlık alanında başvuru alanları arasında yer almaktadır. Vaka karşılaştırmasına dayalı analiz kapsamında başvuru alanları “örnek vakalara dayalı etik usullama”; etik açıdan sorunlu bir vakanın, benzer vakalarla analogi kurularak karşılaştırılıp, çözülmesi anlamına gelmektedir. Kurulan analogiyle benzer vakada izlenen yol ve verilen karar esas alınmaktadır. (Oğuz vd., 2005). Analizi yapılacak vaka öncelikle mevcut koşullara uygun olarak tanımlanmaktadır. Tanımlanan vaka, benzer vakalarla aynı bağlamda değerlendirilip, etiğe uygun karar verilmektedir (Jonsen, 2004). “Tutarlılık analizi”nde; etik önermeler, değerler ya da kuramların farklı düzeylerdeki tutarlılığı, mantıksal olarak tutarlı bir önerme dizisiyle test edilmektedir (Saarni vd., 2008). “İnteraktif ve katılımcı STD yaklaşımı”nda ise ön yargıyı azaltmak ve STD’nin geçerliliği ile uygulanabilirliğini geliştirmek amacıyla farklı paydaşların görüşlerine başvurulmaktadır (Reuzel vd., 2001). Böylece belirli paydaşların görüşleri ile sınırlanmadan, ilgili tüm paydaşların düşünce ve değerlerine ilişkin bilgi edinilmektedir (Bombard vd., 2011). Bu yöntem, “STD sürecini yürütenler, ilgili tüm paydaşları sürece doğrudan dâhil etmelidir” temel ilkesi ile de uyumlu görünmektedir. Farklı yöntemlere başvurulmasına karşın, etik ilkelerin evrensel ve normatif mahiyetiyle etik analize analitik bir yöntem ve yol haritası sunabileceği savunulmaktadır. STD sürecinde saptanan etik sorunları tanımlayıp, analiz etmek ve çözüm önerilerinde bulunmak için en önemli araçlardan birinin etik ilkeler olduğu savunusunun çoğunlukta olduğu görülmektedir (Ten Have, 2004). Öte yandan analizin tek bir yöntemle değil, birden çok yöntemle yapılmasının mantık açısından daha doğru, etik açıdan daha iyi değerlendirmeye olanak sunacağı da ifade edilmektedir (Hofmann, 2008). Kısaca, STD sürecinde etik analize ilişkin henüz kanıksanmış bir yöntem olmasa da analizin STD’nin zorunlu koşulu olduğu ileri sürülmektedir. Ancak STD’nin tüm süreçlerinin etik açıdan haklı çıkarılmasında, değerlendirilen teknolojinin sonuçlarında ve değerlendirme sürecinde karşılaşılan etik sorunların çözümünde elzem olan etik analiz için uzlaşmış bir yöntemin bulunmaması ise önemli bir eksiklik olarak değerlendirilmektedir (EUnetHTA, 2016). Bu durum hem değer sorunlarının çeşitliliği hem de evrensel değerlerin yanı sıra görece nitelik taşıyan toplumsal ve ahlaki değerlerin varlığıyla açıklanabilir. Kullanılan yöntemlerdeki çeşitliliğe ve özgün bir yöntemin bulunmamasına karşın, Assasi ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilen STD etik analizinde başvurulabilecek temel algoritma<sup>‡</sup> (izlenecek yol) rehber niteliğinde yol göstermektedir.

<sup>‡</sup> STD etik analizinde başvurulabilecek yolu gösteren bu algoritma, Assasi ve arkadaşları tarafından hazırlanan “STD’de Etik Değerlendirme Sürecinde Atılacak Rehber Adımlar” kapsamında yer alan “Etik Analiz” bölümünün tercümesidir [bkz. Assasi, N., Tarride, J. E., O’Reilly, D., Schwartz, L. (2016). Steps toward improving ethical evaluation in health technology assessment: a proposed framework. *BMC Medical Ethics*, 17(1), 34-[49].

Tablo 2. STD etik analiz algoritması

Atılacak Adım	İzlenecek Yol	Yanıtlanması Gereken Sorular
1.	<b>Tanımladığımız etik sorunu çözmek üzere uygun bir yöntem seçin.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Literatürde hangi yöntemler kullanılmıştır ya da benzer sorunların çözümünde hangi yöntemlere başvurulmuştur?</li> <li>▪ Etik değerlendirmede esas alınan kuramsal paradigma (faydacı etik, deontolojik etik, erdem etiği gibi) hangisidir?</li> <li>▪ Analizin amacını, alanını, ilgili kaynakları ve paydaş katılım fizibilitesini dikkate alarak, etik verileri toplamak ve analiz etmek için en pratik ve güvenilir yaklaşım hangisidir?</li> </ul>
2.	<b>Yöntemi seçme nedeninizi gerekçelendirin.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etik analiz kapsamında yapılan değerlendirme sorularını en iyi şekilde yanıtlayacak kuramsal paradigma hangisidir, neden?</li> <li>▪ Seçilen kuramsal paradigma, değerlendirme sorularını yanıtlamada nasıl yardımcı olabilir?</li> </ul>
3.	<b>Mevcut bilgileri gözden geçirin ve aşağıdaki yollarla daha fazla bilgi edinin:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicel ve nitel araştırmaları içeren literatüre ilişkin kapsamlı bir inceleme yapın.</li> <li>▪ Tartışma yöntemlerini kullanın.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etik analizin amacına hizmet edecek yeterlikte veri toplandı mı?</li> <li>▪ Teknolojinin etik, sosyal ve/veya yasal etkileri ile ilgili literatürde yer alan bilgiler nelerdir?</li> <li>▪ Teknolojinin farklı sosyal ve kültürel bağlamlarda kullanımına ilişkin herhangi bir (geçmişe dönük, güncel veya geleceğe yönelik) bilgi bulunmakta mıdır?</li> <li>▪ Literatürde [ilgili] teknoloji kullanımını destekleyen ya da kullanımına karşı çıkan önermeler bulunmakta mıdır?</li> <li>▪ İlgili paydaşların değerleri ve tercihleri nelerdir?</li> <li>▪ İlgili teknolojinin kullanımına dair yerel, toplumsal ve politik düzeylerde ne tür tartışmalar yapılmıştır? Bu düzeylerde teknoloji kullanımıyla ilgili olası çatışmalar neler olabilir?</li> </ul>
4.	<b>Tüm kaynaklardan toplanan verilerin, etik analizde değerlendirilmesini sağlayın.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etik analizde tüm olası kaynaklardan (nicel ve nitel araştırmalar, paydaşlarla yapılan görüşme verileri ve uzman görüşü gibi) veri toplandı mı?</li> </ul>
5.	<b>Toplanan verileri mantık ve tutarlılık, geçerlilik ve güvenilirlik açısından inceleyin.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toplanan verilerin iç tutarlılık düzeyi nedir? Bu veriler güvenilir midir?</li> <li>▪ Toplanan verilerde kendi içinde çelişki ya da tutarsızlık var mıdır?</li> <li>▪ Toplanan verilerde olgular ve değerler arasında mantıksal bir ilişki söz konusu mudur?</li> <li>▪ Değerlendirme sonuçlarının genellenebilirliğini etkileyebilecek etki-faktörleri nelerdir?</li> </ul>
6.	<b>Toplanan verileri (olgular ve değerleri) etik önermelerle sentezleyip, bu önermelerle birleştirin. Bu adımda aşağıdaki yolu izleyin:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Biyomedikal etik ilkelerine göre değerlendirme yapın.</li> <li>▪ Etik sorunlara, etik kuramlar üzerinden felsefi önermeler üretin.</li> <li>▪ Olası çözüm önerileri üzerine akıl yürütün.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Teknolojinin kullanılması, biyomedikal etiğin temel ilkeleri (yararlılık, zarar vermeme, özerkliğe saygı, adalet) ile çelişiyor mu?</li> <li>▪ İlgili teknolojinin kullanımını savunan önermeler nelerdir?</li> <li>▪ İlgili teknolojinin kullanımına karşı çıkan önermeler nelerdir?</li> <li>▪ Teknolojinin klinik ya da ekonomik faydaları, seçilmiş (çeşitli) kuramlar ve değer bağlamında etik açıdan haklı çıkarılabilir mi?</li> <li>▪ İlgili önermeler sağlam ve anlaşılır mıdır?</li> <li>▪ Eyleme yönelik olası seçenekler ve bu seçeneklerin sonuçları neler olabilir?</li> </ul>
7.	<b>Kendi değerlerinizi ve felsefi yöneliminizi açıklayın.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konuyla ilgili düşünceleriniz (görüşünüz) nedir?</li> <li>▪ Paydaşların/politika üreticilerin yerinde olsaydınız, verileri nasıl yorumlardınız?</li> <li>▪ Bu konuda düşünce ve görüşlerinizin zaman içinde değişmeyeceğinden ne kadar eminsiniz?</li> </ul>

**Kaynak:** Assasi vd. (2016)

Yukarıdaki algoritma da etik analizin, salt STD uygulamasında yaşanan etik sorunların çözümünde değil, değerlendirmenin başından karar verme sürecine kadar her aşamasında etiğe uygunluğu olanaklı kılan sistematik bir yaklaşım olduğuna örnek teşkil etmektedir. Bunun yanı sıra STD'nin etik açıdan sadece belirli bir etik kuram ve yöntemle sınırlanmadığı, paydaşların ve toplumun değerlerinin de dikkate alındığı görülmektedir. Analizi yapan uzmanın kendi değer ve felsefi yönelimini açıklaması da olası ön yargı ya da yönlendirmelere mahal vermemek adına önem arz etmektedir. Yine, verilerdeki



kaynak ve kapsamın geniş tutulması da birden fazla yöntem ve eklektik yaklaşımla etik analizin yapılması gerektiği savını destekler niteliktedir.

### III. SONUÇ

Sağlık teknolojisi değerlendirmesi (STD); tıbbın uğraş alanında kullanılan teknolojilerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması hedefi doğrultusunda ilgili teknolojinin güvenlik, klinik etkililik, maliyet, kurum, hasta, toplum, hukuk ve etik boyutlarıyla irdelenmesini ifade etmektedir. Bu nedenle salt tıp ve biyoteknoloji ile değil, aynı zamanda ekonomi, politika, hukuk, sosyoloji ve (biyo)etikle de ilişkili görünmektedir. Dolayısıyla kapsamlı, çok boyutlu ve çok disiplinli bir yaklaşım olarak da değerlendirilebilmektedir. STD'nin bu özelliği; ilgili paydaşların uygulamanın öznesi olan hastaya ve topluma karşı sorumluluğunu oluşturmaktadır. Bu sorumluluk; karar vericilerin ve politika üreticilerinin kullanılan teknolojinin klinikteki, hastadaki ve toplumdaki karşılığına ilişkin bilgi edinmesini de gerektirmektedir. Ayrıca hastanın inanç ve değerleri özelinden sosyal ve ahlaki değerleri de dikkate almalarını elzem kılmaktadır. Sosyal ve ahlaki değerlerin göz önünde bulundurulması; hastanın STD sürecine paydaş olarak katılımını da sağlamaktadır. Bu doğrultuda edinilen veriler, teknolojinin oluşturduğu değerle koşutluk ya da aykırılık bağlamında mevcut teknolojinin yaygınlaştırılması ya da kullanımına son verilmesinde de belirleyici rol üstlenmektedir. Değerlendirmenin diğer boyutları da zararın önlenmesi, faydanın yükseltilmesi, insan onurunun ve haklarının korunması, özerkliğin gerçekleştirilmesi, adaletin temin edilmesi, mahremiyet ve gizliliğe saygı gösterilmesi hedefleriyle STD'nin, etik esastan yükselen bir yaklaşım olduğuna işaret etmektedir. STD'nin etikle ayrılmaz ilişkisini gösteren özellikleri hastanın/toplumun “en üst yararı”nı, mahremiyet ve gizliliği koruyacak; şeffaflık, tarafsızlık, eşitlik ve adaleti olanaklı kılacak ilkelere de gereksinim doğurmaktadır. STD'nin temel ilkeleri de bu gereksinimi karşılayacak nitelikte görünmektedir. Yine, uygulamanın etik açıdan kabul edilebilir olması ve sonucunda saptanan etik sorunların tanımlanıp etiğe uygun çözüm önerileri üretilmesi yolunda “etik analiz” zorunluluk arz etmektedir. Etik analiz ile saptanan sorunlara önerilen çözümlerin ötesinde zararın önlenmesi, yararın yükseltilmesi; insana, değerlerine, haklarına ve özerkliğine saygı gösterilmesi; ilgili teknolojiye eşit erişim ve adalet de olanaklı kılınmaktadır. Nihai olarak STD'nin mahiyetinden uygulamasına ve uygulama sonuçlarının irdelenmesine kadar tüm boyut ve süreçlerinde etikle ayrılmaz bir bütünlük oluşturduğu ve etiğin STD'nin “içkin bileşen”i olduğu ileri sürülebilir.

**KAYNAKLAR**

- Abrishami, P., Oortwijn, W., & Hofmann, B. (2017). Ethics in HTA: examining the need for expansion. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(10), 551-553.
- Alkan, C. (1998). *Eğitim teknolojisi*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Alma Ata Bildirgesi (1978/2007, Haziran 29). *Alma Ata Bildirgesi*. Madde IV. [https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&view=article&id=521:temel-saik-hmetleruluslararası-konferansi-bdalma-ata&catid=6:uluslararasılge&Itemid=36](https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=521:temel-saik-hmetleruluslararası-konferansi-bdalma-ata&catid=6:uluslararasılge&Itemid=36)
- Arellano, L. E., Willett, J. M., & Borry, P. (2011). International survey on attitudes towards ethics in health technology assessment: An exploratory study. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 27(1), 50-54.
- Arnstein, S. R. (1977). Technology assessment: opportunities and obstacles. *IEEE Transactions on Systems, Man, and Cybernetics*, 7(8), 571-582.
- Assasi, N., Tarride, J. E., O'Reilly, D., & Schwartz, L. (2016). Steps toward improving ethical evaluation in health technology assessment: a proposed framework. *BMC Medical Ethics*, 17(1), 34-49.
- Audi, R. (1999). Technology. In *Cambridge dictionary of philosophy*. (Second edition). Cambridge University Press.
- Banta, D. (2009). What is technology assessment? *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25(1), 7-9.
- Banta, H. D., & Luce, B. R. (1993). *Health care technology and its assessment: an international perspective*. Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (Fifth Edition). Oxford University Press.
- Bellemare, C. A., Dagenais, P., K-Bédard, S., Béland, J. P., Bernier, L., Daniel, C. E., Gagnon, H., Legault, G. A., Parent, M., & Patenaude, J. (2018). Ethics in health technology assessment: a systematic review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 34(5), 447-457.
- Berg, M., Van Der Grinten, T., & Klazinga, N. (2004). Technology assessment, priority setting, and appropriate care in Dutch health care? *Int J Technol Assess Health Care*, 20(1), 35-43.
- Bombard, Y., Abelson, J., Simeonov, D., & Gauvin, FP. (2011). Eliciting ethical and social values in health technology assessment: A participatory approach. *Soc Sci Med*, 73(1), 135-144.
- Brooks, H., & Bowers, R. (1970). The assessment of technology. *Scientific American*, 222(2), 13-20.
- Demirel, Ö. (1993). *Eğitim terimleri sözlüğü*. (Birinci Baskı). Usem Yayınları.
- Drummond, M. F., Schwartz, J. S., Jönsson, B., Luce, B. R., Neumann, P. J., Siebert, U., & Sullivan, S. D. (2008). Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 24(3), 244-258.
- Duthie, K. & Bond, K. (2011). Improving ethics analysis in health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 27(1), 64-70.

- EUnetHTA, European Network for Health Technology Assessment. (2012). *The final hta core model for screening technologies*. (EUnetHTA Joint Action on HTA 2010-2012). EUnetHTA. [https://eunethta.eu/wp-content/uploads/2018/01/HTACoreModelForScreeningTechnologies1-0Final\\_0-1.pdf](https://eunethta.eu/wp-content/uploads/2018/01/HTACoreModelForScreeningTechnologies1-0Final_0-1.pdf)
- EUnetHTA, European Network for Health Technology Assessment. (2016). *Hta core model-version 3.0*. (EUnetHTA Joint Action on HTA 2012-2015). EUnetHTA. <https://eunethta.eu/wp-content/uploads/2018/01/HTACoreModel3.0.pdf>
- Goodman, A. (1992). It's time to rethink health care technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 8(2), 335-358.
- Goodman, C. S. (2019). *HTA 101: Introduction to health technology assessment*. National information center on health services research and health care technology. <https://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/ta10103.html>.
- Hofmann, B. M. (2008). Why ethics should be part of health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 24(4), 423-429.
- Hofmann, B. M., Bakke-Lysdahl, K., & Droste, S. (2015). Evaluation of ethical aspects in health technology assessment: more methods than applications? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 15(1), 5-7.
- INAHTA, International Network of Agencies for Health Technology Assessment. (2013, March). *Handling ethical issues in INAHTA Agencies*. INAHTA. [www.inahta.org/upload/Newsletters/Newsletter%20Jan-Mar%2003.pdf](http://www.inahta.org/upload/Newsletters/Newsletter%20Jan-Mar%2003.pdf)
- Jonsen, A. R. (2004). *Encyclopedia of bioethics* (Third Edition). Macmillan Reference.
- Karadayı, M. A., Yılmaz, B. Ö., Erol, B. E., & Tozan, H. (2020). Sağlık teknolojisi değerlendirmede çok kriterli karar verme yaklaşımları üzerine bir derleme çalışması. *Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 8(1), 264-289.
- Lehoux, P., Tailliez, S., Denis, J. L., & Hivon, M. (2004). Redefining health technology assessment in Canada: diversification of products and contextualization of findings. *Int J Technol Assess Health Care*, 20(3), 325-336.
- Martins, R., Barreto, J., & Elias, F. (2017). VP140 Methods for ethical analysis in the Health Technology Assessment. *Int J Technol Assess Health Care*, 33(S1), 213-214.
- Mittermayer, R., Huić, M., & Mestrović, J. (2010). Quality of health care, accreditation, and health technology assessment in Croatia: Role of agency for quality and accreditation in health. *Acta Med Croatica*, 64(5), 425-434.
- NRC, National Research Council. (1975). *Assessing biomedical technologies: An inquiry into the nature of the process*. The National Academies Press.
- Oğuz, Y. (2001). *Felsefi yaklaşımların ışığında klinik etiğe giriş*. *Klinik Etik*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri
- Oğuz, Y. N., Tepe, H., Büken, N. Ö., & Kucur, D. K. (2005). *Biyetik terimleri sözlüğü*. Türkiye Felsefe Kurumu.

- Oliver, A., Mossialos, E., & Robinson, R. (2004). Health technology assessment and its influence on health-care priority setting. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 20(1), 1-10.
- Refolo, P., Sacchini, S., Brereton, L., Gerhardus, A., Hofmann, B. M., & Lysdahl, K. B. (2016) Why is it so difficult to integrate ethics in health technology assessment (HTA)? The epistemological viewpoint. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 20(20), 4202-4208.
- Reuzel, R. P. B., van der Wilt, G. J., Ten Have, H., & de Vries-Robb, P. F. (2001). Interactive 10. technology assessment and wide reflective equilibrium. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 26(3), 245-61.
- Saarni, S. I., Hofmann, B., Lampe, K., Lühmann, D., Mäkelä, M., Velasco-Garrido, M. & Autti-Rämö, I. (2008). Ethical analysis to improve decision-making on health technologies. *Bull World Health Organ*, 86, 617-623.
- Stephens, J. M., Handke, B., & Doshi, J. A. (2012). International survey of methods used in health technology assessment (HTA): Does practice meet the principles proposed for good research? *Comparative Effectiveness Research*, 2, 29-44.
- Ten Have, H. (2004). Ethical perspectives on health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 20(1), 71-76.
- Wale, J., Scott, A. M., Hofmann, B. M., Garner, S., Low, E., & Sansom, L. (2017). Why patients should be involved in health technology assessment? *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 33(1), 1-4.
- Williams, A. H., & Cookson, R. A. (2006). Equity-efficiency trade-offs in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*, 22(1), 1-9.
- WHO, World Health Organization. (2015a). *Developing an approach for using health technology assessments in reimbursement systems for medical products*. WHO Press.
- WHO, World Health Organization. (2015b). *Global survey on health technology assessment by national authorities: main findings*. WHO Press.
- Yiğit, A., & Erdem, R. (2016). Sağlık teknolojisi değerlendirme: kavramsal bir çerçeve. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(23), 215-249.
- Yörükoğulları, E, & Orhun, Ö. (2013). *Bilim ve teknoloji tarihi*. Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Zellers, A. (2015). *Rethinking ethics assessment in health technology assessment: a nonlinear approach*. (Doctoral Dissertation). Duquesne University. Pittsburgh.



## HEMŞİRELERİ KURUMA ÇEKEN BİR HASTANE MODELİ: MIKNATIS HASTANELER

Fatma MANSUR\*  
Feyziye TOMBAK DİZİLİ\*\*


### ÖZ

Hemşire işgücünün yetersiz olduğu ve yüksek devir hızlarının yaşandığı 1980'lerde, sağlık kurum ve kuruluşlarında hemşireleri kuruma çekme ve kurumda tutma önemli bir konu haline gelmiştir. Konu üzerine yapılan çalışmalar, çalışma ortamlarının önemini vurgulamış ve çalışma ortamının tükenmişlik, işten ayrılma ve tatmin ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada hemşireleri kuruma çekme ve kurumda tutma konusunda başarılı olan hastaneler olarak tanımlanan mıknatis hastaneler, bu hastanelerin özellikleri, mıknatis hastane olarak akredite edilmek için gereken koşullar, mıknatis hastanelerin kuruma sağladığı faydalar ve hemşireler üzerindeki etkileri belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırma verilerini elde etmek amacıyla ulusal ve uluslararası literatürde "mıknatis hastaneler" ile ilgili yapılmış çalışmalar taranmıştır. Ulusal literatürde mıknatis hastanelerle ilgili çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Bu anlamda araştırmanın hem ulusal literatüre katkı sağlaması hem de sağlık kurumlarına yönetsel anlamda farklı bir bakış açısı sunması amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda hemşireleri kuruma çekme ve kurumda tutma konusunda başarılı olan hastanelerin birtakım ortak özellikleri olduğu tespit edilmiştir. Bu özelliklerin kuruma hemşire çekme ve kurumda tutma konusunda mıknatis görevi gördüğü ve bu kurumların da birer mıknatis hastane olduğu ileri sürülmüştür. Mıknatis hastane kavramının ortaya atılmasıyla birlikte bu alanda çalışmalar yapılmış ve standartlar seti ortaya konmuştur. Amerikan Hemşireleri Yetki Belgelendirme Merkezi, mıknatis organizasyonları yetkilendirmek için gönüllü bir onaylama programı geliştirmiş ve standartları sağlayan kurumları mıknatis hastane olarak akredite etmiştir. Mıknatis hastane statüsünü elde eden kurumların, daha destekleyici çalışma ortamlarına sahip oldukları tespit edilmiştir. Ayrıca bu hastanelerin, örgütsel, bireysel ve hasta çıktıları açısından mıknatis olmayan kurumlara göre daha etkili ve verimli oldukları ve daha kaliteli hizmet sundukları tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Mıknatis Hastane, Hastane Modeli, Mıknatis Hastane Akreditasyonu, Çalışma Ortamı, Hemşire

### MAKALE HAKKINDA

\* Dr. Öğr. Üyesi., Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi, fatma.mansur@hbv.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0336-6329>

\*\* Arş. Gör., Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi, feyziye.tombak@hbv.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-7592-510X>

Gönderim Tarihi: 12.10.2020

Kabul Tarihi: 02.02.2021

### Atıfta Bulunmak İçin:

Mansur, F. & Tombak Dizili, F. (2021). Hemşireleri kuruma çeken bir hastane modeli: Mıknatis hastaneler. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 219-233

## A HOSPITAL MODEL ATTRACTING NURSES TO THE INSTITUTION: MAGNET HOSPITALS

Fatma MANSUR\*  
Feyziye TOMBAK DİZİLİ\*\*


### ABSTRACT

*In the 1980s, when the nurse workforce was insufficient and high turnover rates were experienced, attracting and retaining nurses in health institutions and organizations has become an important issue. Studies on the subject highlighted the importance of work environments and showed that the work environments are associated with burnout, turnover and satisfaction. In this study, it was tried to determine the magnet hospitals, which are defined as hospitals that are successful in attracting and keeping nurses in institutions, the characteristics of these hospitals, the conditions required to be accredited as a magnet hospital, the benefits provided by magnet hospitals to the institution and their effects on nurses. In order to obtain research data, studies on "magnet hospitals" in national and international literature were scanned. There are not many studies on magnet hospitals in the national literature. In this sense, the study aims to contribute to the national literature and to present a different managerial perspective to health institutions. As a result of the study, it was determined that hospitals that are successful in attracting and keeping nurses to institutions have some common characteristics. It has been suggested that these characteristics act as a magnet for attracting nurses to the institution. Therefore, these institutions are named as magnet hospitals. With the introduction of the concept of magnet hospital, studies have been carried out in this area and a set of standards has been introduced. The American Nurses Credentialing Center has developed a voluntary certification program to authorize magnet organizations and has accredited institutions that meet standards as a magnet hospitals. It has been determined that institutions that obtain magnet hospital status have more supportive working environments. In addition, it has been determined that these hospitals are more effective and efficient than non-magnet institutions in terms of organizational, individual and patient outcomes, and provide better quality service.*

**Keywords:** Magnet Hospital, Hospital Model, Magnet Hospital Accreditation, Work Environment, Nurse

### ARTICLE INFO

\* Assist. Prof., Ankara Hacı Bayram Veli University, fatma.mansur@hbv.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0336-6329>

\*\* Ankara Hacı Bayram Veli University, feyziye.tombak@hbv.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-7592-510X>

Received: 12.10.2020

Accepted: 02.02.2021

### Cite This Paper:

Mansur, F. & Tombak Dizili, F. (2021). Hemşireleri kuruma çeken bir hastane modeli: Mıknatıs hastaneler. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1), 219-233

## I. GİRİŞ

Hemşireler, sağlık sistemindeki boşlukları görmesi ve sonuçlarını değerlendirmesi açısından ülkedeki sağlık politikasının şekillendirilmesinde önemli bir role sahiptir. Çalışmalar, hemşirelerin sağlık hizmetlerinin pek çok alanında etkisinin olduğunu göstermektedir. Bu alanlar; tıbbi hataların azaltılması; hasta güvenliğinin ve bakım kalitesinin iyileştirilmesi; sağlıklı yaşamın geliştirilmesi ve önleyici bakımın genişletilmesi; sağlık bakım verimliliğinin artırılması ve maliyetlerin düşürülmesi; sağlık sistemi aracılığıyla bakım koordinasyonu; yaşlanan bir nüfusa uyum sağlayan sağlık sistemine yönelik yardım ve sağlık hizmetlerine erişimi artırmak olarak sıralanabilir (Yıldırım vd., 2012).

Hemşireler, sağlık politikalarının şekillenmesinde ve karmaşık hastane organizasyonlarının etkili işleyişi ile mükemmel hasta bakımındaki becerileri ve uygulamaları ile sağlık sisteminde önemli bir aktördür. Ancak literatür, hemşirelerin çalıştıkları yerlerde kendilerini değerli ve saygın hissetmediklerini göstermektedir. Bu durum örgütsel bağlılıklarının düşmesine ve işten ayrılma niyeti ile işgücü devir hızlarının yükselmesine neden olmaktadır (Stone vd., 2019). Bununla birlikte, hemşirelerin çalışma ortamlarına ait algıladıkları aşırı iş yükü ve aşırı iş stresi, uzun süreli çalışma koşulları, görev, yetki ve sorumlulukların belirsizliği, bağımsız olamama ve otonomi yetersizliği, yönetici desteğinin yetersizliği, kararlara katılamama, kariyer imkanlarının yetersizliği gibi etkenler de motivasyonlarının, iş yaşam kalitelerinin ve verimliliklerinin düşmesine ve işten ayrılma niyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Dargahi ve Nasle Seragi, 2007; Lacey vd., 2007; Dede ve Çınar, 2008; Erşan vd., 2013; Güçlü, 2014: 13-14; Çatak ve Bahçecik, 2015; Çalışkan ve Bekmezci, 2019).

1980'lerde hastanelerde önemli bir hemşirelik sıkıntısı ve yüksek devir hızı görülmekteydi (Kelly vd., 2012). Hastanelerdeki işgücü devir hızının yüksek olduğu ve bunun da oldukça maliyetli olduğu yapılan çalışmalar sonucunda ortaya konmuştur. Örneğin, 1990-2004 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalar incelendiğinde, hemşirelerin ikame maliyetlerinin, uzmanlığa bağlı olarak 10.000 ila 64.000 \$ arasında değiştiği görülmektedir. İşgücü devir hızının finansal maliyetlerine ek olarak, hasta bakım kalitesinin düşeceği ve yanlış uygulamaların artacağı da ileri sürülmektedir. İşgücü devir hızının ve devamsızlığın artması; hasta memnuniyeti, kalış süresi, komplikasyon oranları ve ölüm oranlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Bret Becton vd., 2009).

Hemşire devir hızı ve hemşirelerin işten ayrılma niyetlerine ilişkin yapılan çalışmalarda, işten ayrılma ya da ayrılma niyetinin çalışma ortamları ile doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir (Türkmen vd., 2011). Ayrıca tükenmişliği etkileyen faktörler açısından mesleki ve çalışma ortamı ile ilgili faktörlerin ilk sırada yer aldığına dair bulgular da bulunmaktadır (Yüksel Kaçan ve Örsal, 2018). Uluslararası Hemşireler Birliği'nin 2007 yılında yayınladığı raporda ise hemşire iş gücü krizini tetikleyen en önemli sorunun olumsuz çalışma ortamları olduğu ve bunun da hem hasta hem de hemşire çıktılarını negatif yönde etkilediği belirtilmektedir (Türkmen, 2015).

Hemşirelerin iş doyumsuzluğu, iş stresi, hekim hemşire ilişkilerindeki olumsuzluklar, artan iş yükü ve tüm bunları kapsayan olumsuz çalışma koşulları hemşirelerin işten ayrılmalarını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Yaprak ve Seren, 2010). Dolayısıyla hemşirelerin çalışma yaşamlarında önemli iyileştirmeler yapılmadığı sürece, dünya çapında hemşirelik işgücünde öngörülen kriz gerçekleşecektir (Jasper, 2007). Ancak tam tersi olan, üstün performansı destekleyen ve hemşireleri işe çekme ve bağlama gücü olan ortamlar da bulunmaktadır (Yaprak ve Seren, 2010). Nitekim 1980'lerde hemşirelerin hastaneden ayrılma hızlarının yüksek olduğu dönemde bazı hastanelerde bu durumun yaşanmadığı hatta hemşirelerin bu kurumlarda memnun olarak yüksek doluluk oranıyla çalıştıkları gözlenmiştir. 1980'lerde, Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından hemşirelere yönelik araştırma yapan bir araştırmacı grubuna hemşire tutma oranları yüksek olan bu hastaneler arasında ortak özellikleri araştırmak için ABD çapında bir araştırma yaptırılmıştır. Çalışma sonucunda, hemşireleri kuruma çeken 14 magnetik güç ortaya konmuştur (Evans vd., 2014). Daha destekleyici çalışma ortamları nedeniyle hemşireler için "mıknatıs" görevi gören bu kurumlara "mıknatıs hastane" adı verilmiştir. 1990 yılında, Amerikan Hemşireler Birliği'nin alt komitesi olan Amerikan Hemşireleri Yetki Belgelendirme Merkezi (The American Nurses Credentialing Center - ANCC) mıknatıs organizasyonları belgelendirmek için gönüllü bir onaylama programı geliştirmiş ve



ilk Mıknatis Hastane olarak 1994'te Seattle'daki Washington Üniversitesi Tıp Merkezi belgelendirilmiştir (Kelly vd., 2012; Evans vd., 2014). Mıknatis Onaylama Programı özünde, mutlu bir kadroyla, hemşirelik hizmetlerini geliştirmek amacıyla yol haritası sunan bir akreditasyon programıdır. Bununla birlikte, hemşirelik eğitimi ve gelişimine yatırımların yapılması, meslekler arası iş birliğine dayalı uygulamaların artırılması, karşılıklı saygı, özerklik ve paylaşılan değerlere odaklanan bir kültür yaratılması amaçlanmaktadır (American Nurses Credentialing Center, 2021a).

Bu çalışma ile Mıknatis Hastane kavramına dikkat çekilerek, mıknatis hastanelerin taşıdığı özellikler, mıknatis hastane olarak akredite edilmek amacıyla sağlanması gereken koşullar ve bu hastanelerin hemşirelerin iş çıktılarına olan etkilerinin belirlenerek, sağlık kurumları açısından öneminin ortaya konması amaçlanmıştır. Bu amaçla yerli ve yabancı literatürde “mıknatis hastaneler” ile ilgili yapılan çalışmalar taranmıştır.

## II. MIKNATIS HASTANELER

Hemşirelerin çalışma koşullarında son yıllarda meydana gelen değişikliklerin, çalışma ortamını etkilediği ve iş doyumu, tükenmişlik, algılanan bakım kalitesi ve hastanın refahı gibi alanları etkileyebileceği gösterilmiştir (Sillero ve Zabalegui, 2018). Hemşirelerin, olumlu bir ortamda çalıştıklarında, örgütsel düzeyde yeterli kaynak ve destekle, genel bakım kalitesini optimize edebileceği (Stimpfel vd., 2014), olumlu bir ortamda çalışmadıklarında ise işten ayrılmalarının olabileceği (Ritter, 2011) vurgulanmaktadır.

Özellikle 1980'lerde hemşire eksikliğinin ve işten ayrılmaların yaşandığı sırada, bazı hastanelerin çalışanlarını kuruma çektiği ve muhafaza ettiği görülmüştür. Bu tür hastanelerdeki insan kaynakları uygulamaları ve kurumsal özellikler incelenerek personeli bu kurumlara çeken nedenler araştırılmıştır. ANA tarafından yapılan çalışmalar sonucunda, bu hastanelerin personeli kendisine çeken 14 gücün (Tablo 1) olduğu belirlenmiştir. Bu hastanelerin personeli kendisine çekme ve onları kurumda tutma durumlarını tanımlayabilmek için mıknatis kavramı kullanılmış ve “mıknatis hastane” tanımı yapılmıştır (Evans vd., 2014).

Mıknatis hastane kavramı ilk olarak ABD'de ANA tarafından geliştirilmiş ve hemşirelerin işe alınması, elde tutulması ve motive edilmesi konusunda “başarılı” olarak görülen sağlık bakım kuruluşları olarak tanımlanmıştır (Aiken vd., 2008). Bu kuruluşlar, kaliteli hasta bakımı, güvenlik, disiplinler arası iş birliği, olumlu iletişim, profesyonel bakım uygulama modelleri, profesyonel gelişim için daha fazla fırsat ve diğer hastanelerden daha iyi uygulama ortamları için hemşireleri cezbetme ve tutma kapasitesi göstermektedir (Sillero ve Zabalegui, 2018).

Mıknatis hastanelerin sahip olduğu Magnetik Güçler aşağıda sıralanmış ve kısaca açıklanmıştır (Thomas ve Herrin, 2008; Messmer ve Turkel, 2010; Benedictine University, 2021);

1.Güç “Hemşire liderlerin kalitesi”: Risk almaya ve personeli desteklemeye istekli olan bilgili ve güçlü hemşire liderlerini ifade etmektedir. Bu hemşireler, günlük hemşirelik hizmetleri faaliyetlerinde, stratejik ve vizyoner bir felsefeyi takip ederler.

2.Güç “Organizasyon yapısı”: Hemşirelik bölümlerinin birim bazlı karar vermesine olanak sağlayan ve hemşirelerin organizasyondaki çeşitli komitelerde yer aldıkları merkezi olmayan bir yapıyı işaret etmektedir. Organizasyon yapısı dinamik ve değişime duyarlıdır.

3.Güç “Yönetim şekli”: Organizasyonun her seviyesindeki personeli birer yönetici olarak gören bir anlayışa sahiptir. Bu anlayış personelin fikirlerinin hastane yönetimi tarafından dikkate alınıp değer verildiği bir yönetim şeklini ifade etmektedir. Yönetimin ve hemşire liderlerin, personel katılımını desteklediği ve geri bildirimleri teşvik ettiği bir yönetim şeklidir.

4.Güç “Kişisel politika ve programlar”: Hemşire katılımıyla oluşturulan ve rekabetçi özellikleri barındıran politika ve programlardır. Profesyonel ve kişisel yaşamları harmanlamaya izin veren ve

bireysel ihtiyaçları barındıran esnek çalışma programlarını içermektedir. Bunun yanında ücret ve sosyal hakları içerisine almakta ve hem klinik hem de idari alanlarda pek çok terfi fırsatı sunmaktadır.

5.Güç “Profesyonel bakım modeli”: Hemşirelerin hasta bakımındaki yetki, sorumluluk ve hesap verme zorunluluğunu ifade etmektedir. Bu anlamda hemşireler hem kendi uygulamalarından hem de bakımın koordinasyonundan sorumludur. Bakım modelleri, hastanın ihtiyaçları dikkate alınarak istenen sağlık sonuçlarının elde edilmesi için yetenekli hemşire ve yeterli kaynakların entegrasyonunu içermektedir.

6.Güç “Bakım kalitesi”: Hemşirelerin hastalarına kaliteli bakım verdikleri ve sağlık kuruluşlarının da bu bakıma öncülük ettikleri bir durumu ifade etmektedir. Ayrıca hemşire liderleri, çalıştıkları birimlerde hizmet sunum kalitesini ve olumlu hasta sonuçlarını teşvik edecek ortamları sağlamaktan sorumlu tutulmuştur.

7.Güç “Kalite geliştirme”: Sağlık kuruluşlarının kaliteyi ölçmek için yapı, süreç ve organizasyona yönelik programlara sahip olması gerekmektedir. Bu anlamda hemşirelerin çalışma ortamıyla ilgili olarak bakım kalitesini arttırmak için, hemşirelerle iş birliği yapması gerekmektedir. Dolayısıyla kalite geliştirme, hemşirelerin kalite iyileştirme sürecine katıldığı ve hasta bakımını iyileştirmeye yardımcı olduğu bir süreci ifade etmektedir.

8.Güç “Konsültasyon ve kaynaklar”: Sağlık hizmet sunumu için kaynakların yeterli ve ulaşılabilir olduğu ve gerektiğinde konsültasyonun sağlanması için akran desteğini içeren uygulamaları kapsamaktadır. Hemşireler için kanıta dayalı uygulama, eleştirel düşünme, araştırma kaynaklarına erişim gibi fırsatlar sunmaktadır.

9.Güç “Özerklik”: Hemşirelerin yeterlilik, mesleki uzmanlık ve bilgiye dayalı olarak hasta bakımı için uygun olan hemşirelik faaliyetlerini değerlendirme ve sağlama becerisi olarak tanımlanmaktadır. Bu beceriler, hemşirelerin multidisipliner bir ekibin üyesi olarak mesleki standartlarına uygun bir şekilde bağımsız çalışmalarına izin veren bir yapıyı ifade etmektedir.

10.Güç “Toplum ve sağlık bakım organizasyonları”: Çeşitli uzun vadeli sosyal yardım programları ile toplumdaki varlıklarını sürdüren sağlık bakım organizasyonlarını ifade etmektedir. Bu organizasyonlar, toplumun öncelikli sağlık sorunlarını belirlemeye ve ele almaya fırsat sağlayan, toplumla demokratik ve güçlü bir ortaklık geliştirmek için ilişkiler kurmaktadır.

11.Güç “Hemşire eğiticiler”: Hemşirelik uygulamalarının tümünde, hastalara, ailelere, akranlarına ve diğer sağlık profesyonellerine karşı öğretici bir rol üstlenen hemşireleri ifade etmektedir. Bu anlamda profesyonel hemşireler, organizasyon ve toplum için eğitim faaliyetlerine katılırlar.

12.Güç “Hemşire imajı”: Sağlık kuruluşlarının varlıklarını sürdürebilmeleri için hemşireleri yetkin, güvenilir, değerli ve saygı duyulan bireyler olarak görmesini ifade etmektedir. Hemşireler tarafından sağlanan hizmetler, diğer sağlık profesyonelleri tarafından da gerekli görülmektedir. Dolayısıyla hemşireler, sağlık kuruluşlarının hasta bakımının sağlanmasında önemli bir yere sahiptir.

13.Güç “Disiplinler arası ilişkiler”: Hekim, hemşire, eczacı, terapist ve diğer sağlık profesyonellerinin birbirlerine saygılı davranması ve olumlu ilişkiler kurmasını ifade etmektedir. Disiplinler içinde ve disiplinler arasında iş birliğine dayalı ilişkilerin kurulması, istenen sağlık sonuçlarının elde edilmesinde önemli katkılar sağlamaktadır. Bununla birlikte sağlık kuruluşunda çeşitli çatışma yönetim stratejileri bulunmakta ve gerektiğinde etkin şekilde kullanılmaktadır.

14.Güç “Mesleki gelişim”: Sağlık kuruluşlarının oryantasyon, hizmet içi eğitim, sürekli eğitim, örgün eğitim ve kariyer gelişimini vurgulamaktadır. Bu kuruluşlarda personelin kişisel ve mesleki gelişimine değer verilmekte ve personel çeşitli şekillerde desteklenmektedir.

Mıknatıs hastanelerin başarısının yukarıdaki 14 magnetik güçten kaynaklandığının ileri sürülmesiyle, bu hastanelerde, hemşirelerin kendilerini değerli ve saygın hissetmelerinin sağlandığı, sürekli eğitim ve profesyonel gelişmelerinin desteklendiği, hekim-hemşire ilişkileri ve işbirliğinin iyi olduğu, hemşirelerin otonomi sahibi olduğu ve otonomilerinin artması için desteklendiği, hastaya değer veren bir hizmet ortamının yaratıldığı, çalışanların sayı ve nitelik olarak yeterli olduğu ve hemşirelerin yöneticilerden destek aldığı bir yapı (Türkmen vd., 2011) olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle mıknatıs hastane kavramı hemşirelik mesleğinde çalışma ortamlarını dönüştürmek ve sürekli mükemmellik arayışı için bir felsefe ve sembol haline gelmiştir. Sağlık kuruluşlarında bu felsefenin uygulanabilmesi için ANCC tarafından Mıknatıs Onaylama Programı geliştirilmiştir.

## 2.1.Mıknatıs Onaylama Programı

Mıknatıs Onaylama Programı, sağlık bakım organizasyonlarında hemşirelik hizmetlerinin mükemmelliği için (Türkoğlu ve Gün, 2006) ANCC tarafından geliştirilen, çalışma ortamını değerlendirmeye yönelik “Mıknatıs Standartları” ndan oluşan (Türkmen, 2015) ve temelinde 14 magnetik gücün bulunduğu (Chen ve Johantgen, 2010) bir akreditasyon programıdır.

Mıknatıs Onaylama Programı, kalite iyileştirme ve mükemmel hemşirelik bakımı sunma taahhüdü ile sağlık tesislerini onaylamak için tasarlanmış bir girişimdir. Bu program, iyileştirilmiş hasta sonuçlarını destekleyen ve oluşturan sürdürülebilir bir kültüre odaklanarak hemşire işgücünü kuruma çekme ve elde tutma için geliştirilen standartlar setidir. Bu standartların temeli 14 magnetik güce dayanan 5 temel ilkedен oluşmaktadır. Başka bir deyişle, 14 magnetik gücü 5 model bileşenine yapılandırır. 14 güç, programın temeli olarak korunurken daha akıcı dokümantasyon sağlamaktadır. Programın 5 ilkesi ise (Tablo 1); dönüşümcü liderlik, personeli güçlendiren bir yapı, yerleşik bir profesyonel hemşirelik uygulama modeli, bilgi üretimi ve uygulaması için destek ve sağlam kalite iyileştirme mekanizmalarıdır (Chen ve Johantgen, 2010; Bekelis vd., 2017; Van Bogaert vd., 2018; Amerikan Nurses Association, 2017b; Amerikan Nurses Association, 2019). Bu standartları sağlayan hastaneler ANCC’ye başvuru yaparak akreditasyon belgesi alabilmektedir (Türkmen, 2015).

ANCC’ye başvuran kuruluş, çalışma ortamlarında Manyetik Güçlerin varlığını göstermek için belgeler sunmaktadır. Hemşirelerden oluşan bir değerlendirme ekibi sunulan belgeleri inceleyerek ve saha gezileri yaparak gelişim derecesine ilişkin bir puanlama yapmaktadır. Belgelerde yer alan bilgiler, hemşireliğin uygulandığı ortamda doğrulanmaktadır. Değerleme ekibi bulgularını, mıknatıs statüsü kararının verilebilmesi için Mıknatıs Komisyonu’na bildirmektedir. Standartları sağlayan kuruluşlara ilk başvurular için 2 yıl süre ile mıknatıs statüsü verilmektedir. Bu sürenin sonunda kuruluş yeniden onaylama için tekrar başvuruda bulunmakta ve 4 yıl süre ile mıknatıs statüsü kazanmaktadır (American Nurses Association , 2017a). 1990 yılında gönüllülük esasına dayalı olarak farklı bir isimle geliştirilen bu program, 2002 yılında Mıknatıs Onaylama Programı ismini almıştır. Programın ilk akreditesi 1994 yılında Washington Üniversitesi Tıp Merkezi olmuştur (American Nurses Association, 2019).

Mıknatıs Onaylama Programı kriterleri, ABD’ye özgüdür. Rochdale projesi ise ABD dışındaki kimlik doğrulama programının uygulanabilirliğini belirleyen ilk pilot proje olarak ele alınmıştır. Bu nedenle ABD dışındaki ilk Mıknatıs Hastane Birleşik Krallık’taki Rochdale Hastanesi olarak kabul edilmiştir (Aiken vd., 2008). Dünya genelinde mevcut mıknatıs hastane sayısı 530 (American Nurses Credentialing Center, 2020) olarak belirlenirken, bu hastanelerin, Amerika, Kanada, Singapur, Lübnan, Sudi Arabistan ve Avustralya’daki hastaneler olduğu (Kömürcü vd., 2014) ve daha çok eğitim hastaneleri olduğu tespit edilmiştir (McHugh vd., 2013). Türkiye’de bazı sağlık kuruluşları da başvuruda bulunmuş fakat uygulamaya geçememiştir (Kömürcü vd., 2014). 2020 yılı itibariyle Türkiye’de henüz mıknatıs statüsünü elde etmiş bir sağlık kuruluşu bulunmamaktadır (American Nurses Credentialing Center, 2020).

**Tablo 1.** Mıknatıs Onaylama Programı'nın 5 İlkesi ve Bu İlkelere Karşılık Gelen Magnetik Güçler

<b>Mıknatıs Onaylama Programı Bileşenleri</b>	<b>Karşılık Gelen Magnetik Güçler</b>
<i>1. Dönüşümcü liderlik:</i> Bu model bileşeninin amacı sadece problemleri çözmek, bozuk sistemleri düzeltmek ve personeli güçlendirmek değil, aynı zamanda organizasyonları geleceği karşılamak için dönüştürmektir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemşire Liderlerin Kalitesi (Güç 1)</li> <li>• Yönetim Şekli (Güç 3)</li> </ul>
<i>2. Personeli güçlendiren bir yapı (Yapısal Güçlendirme):</i> Örgütsel hedeflere ulaşmak, istenen sonuçları elde etmek için personelin geliştirilmesi, yönlendirilmesi ve yetkilendirilmesini öngören bir yapıyı ifade etmektedir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizasyon Yapısı (Güç 2)</li> <li>• Kişisel Politikalar ve Programlar (Güç 4)</li> <li>• Toplum ve Sağlık Bakım Organizasyonları (Güç 10)</li> <li>• Hemşire İmajı (Güç 12)</li> <li>• Mesleki Gelişim (Güç 14)</li> </ul>
<i>3. Yerleşik profesyonel hemşirelik uygulama modeli (Örnek Profesyonel Uygulamalar):</i> Mıknatıs organizasyonunun başarısı, hemşirelikte örnek profesyonel uygulamalardan kaynaklanmaktadır. Bu, hemşireliğin rolünün kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını, bu rolün hastalar, aileler, topluluklar ve disiplinler arası ekiple uygulanmasını, yeni bilgi ve kanıtların uygulanmasını içermektedir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesyonel Bakım Modeli (Güç 5)</li> <li>• Konsültasyon ve Kaynaklar (Güç 8)</li> <li>• Özerklik (Güç 9)</li> <li>• Hemşire Eğiticiler (Güç 11)</li> <li>• Disiplinler arası İlişkiler (Güç 13)</li> </ul>
<i>4. Bilgi üretimi ve uygulaması için destek (Yeni Bilgi, Yenilik ve İyileştirmeler):</i> Yeni bilgi, yenilikler ve iyileştirmeler açısından hasta bakımına, organizasyona ve mesleğe katkıda bulunmak için etik ve mesleki sorumluluğu ifade etmektedir. Bu bileşen, yeni bakım modellerini, mevcut kanıtların uygulanmasını, yeni kanıtları ve hemşirelik bilimine görünür katkıları içermektedir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kalite Geliştirme (Güç 7)</li> </ul>
<i>5. Sağlam kalite iyileştirme mekanizmaları (Ampirik Kalite Sonuçları):</i> Hemşirelikle ilgili klinik çıktıların işgücü çıktıları, hasta ve tüketici çıktıları ile organizasyonel çıktılar olarak sınıflandırılmasını içermektedir. Bu çıktıların nicel ölçütler olarak geliştirilmesi, kuruluşun gerektiğinde kendisini kontrol etmesi ve geliştirilecek yönlere dair işarette bulunması açısından önemlidir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bakım Kalitesi (Güç 6)</li> </ul>

**Kaynak:** American Nurses Association (2017b)

Mıknatıslı kurumların kanıtlanmış iyileştirilmiş sonuçları, Mıknatıs statüsüne ulaşmayı cazip hale getirirse de birçok hastanenin bu statüyü kazanmasını engelleyebilecek bazı durumlar bulunmaktadır. Mıknatıs statüsü elde etme süreci, hastane yatak büyüklüğüne bağlı olarak 2021 yılı için, 58.000 ila 121.250\$ arasında değişebilmektedir. Bu fiyatların dışında ödenmesi gereken başvuru ücretleri, ziyaret ücretleri, yeniden başvuru ücretleri ve uzatma ücretleri gibi ek ücretler de bulunmaktadır. Bu masraflar bazı hastanelerin Mıknatıs statüsü aramasını engelleyebilmektedir (Evans vd., 2014; American Nurses Credentialing Center, 2021b). Ancak Higdon vd. (2013), küçük hastanelerde dahi Mıknatıs statüsüne ulaşmak için bir yol haritası oluşturan, maliyet-fayda analizi, sonuç ölçümleri ve finansal etki verilerini içeren Mıknatıs adlandırma yolculuğu için bir iş stratejisi geliştirmiştir.

Mıknatıs Onaylama Programı, istenen hasta sonuçları ile ilgili olarak hemşirelerin çalışma ortamında örgütsel reformu amaçlayan ve kanıta dayalı süreçler sağlayarak (McHugh vd., 2013) kariyerlerinde eğitim ve gelişimi destekleyen standartlar setidir. Bu standartlar, en iyi donanıma ve eğitime sahip hemşireler, en iyi hasta bakım uygulamaları, en iyi çalışma ortamı ve hasta ile hemşireler için en iyi sonuçları sağlama konusunda rehberlik etmektedir (Türkoğlu ve Gün, 2006).

## 2.2.Mıknatıs Hastanelerde Çıktılar

Sağlık bakım organizasyonlarında üretilen hizmetlerin doğrudan insan hayatı ve sağlığı ile ilgili olması bu organizasyonlarda güvenli ve kaliteli bakımın sağlanması ve hemşirelerin kurumda tutulabilmesi için sağlıklı çalışma ortamının oluşturulmasını önemli hale getirmektedir.

Bu alanda yapılan çalışmalar mıknatıs hastane kavramının ortaya atılması ve mıknatıs hastane özelliklerinin belirlenmeye çalışılması ile başlamaktadır. Sonrasında bir kalite standartları programı olan “Mıknatıs Hastane Onaylama Programı”nın geliştirilmesi ve standartları sağlayan hastanelere “Mıknatıs Hastane” unvanının verilmesi ile devam etmektedir. Bu anlamda yapılan çalışmalar sertifikalandırılan hastanelerin süreç ve çıktılarını incelemiş ve başarılarını ortaya koymuştur.

Mıknatıs hastanelerin, hemşirelere mükemmel çalışma ortamları sağlayarak yüksek iş memnuniyeti, düşük duygusal tükenme ve düşük ayrılma niyeti sağlaması nedeniyle hemşireleri kuruma çekme ve kurumda tutma konusunda oldukça başarılı oldukları bilinmektedir (Ritter, 2011; Biegger vd., 2016). Dolayısıyla mıknatıs hastaneler üzerine yapılan araştırmalar, iyi insan kaynakları uygulamaları, personel özellikleri ve bakım dışı sonuçlar arasındaki pozitif bağlantıları vurgulamıştır (Aiken vd., 2008).

Dünyada ve Türkiye’de hemşire sayısındaki azalmanın en önemli nedenlerinden biri işten ayrılmalar olarak bilinmektedir (Yaprak ve Seren, 2010). Bir diğer faktör ise deneyimli hemşirelerin emekliliğe yaklaşması ve daha az kişinin bu mesleğe girişi, ciddi bir hemşire sıkıntısıyla karşı karşıya kalınmasına neden olmaktadır (Laschinger vd., 2003). Yetersiz personel, işyerinde kötü iş tatminine neden olabilecek bir stres faktörüdür. Yetersizlik, yalnızca personel sayısı ile değil, aynı zamanda bu personelin hastaların ihtiyaçları ile ilgili sahip olduğu beceri ve bilgi ile de ilgilidir (Jasper, 2007). Dolayısıyla işten ayrılmaların fazla ve mesleki memnuniyetsizliğin olduğu bir kurumda hasta memnuniyetinden bahsetmek de oldukça güçtür. Mıknatıs hastane özelliklerine sahip bir örgüt kültürü ise personeli kendisine çekme ve elde tutma için yeterli kaynak ve güce sahip olan bir yapıyı işaret etmektedir. Bu yapı olumlu çalışma ortamını da içine alan, hemşirelere ekip halinde çalışmaya, herkes için sağlık hizmetlerini geliştirmeye ilham veren bir ortamdır.

İşten ayrılma niyetinin mesleki memnuniyetsizlik, iş yükünden memnuniyetsizlik, meslektaşlardan memnuniyetsizlik ve idari destekten memnuniyetsizlik ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde (Lynn ve Redman, 2005) mıknatıs kurumlardaki hemşirelerin yüksek memnuniyeti, onları kendi kurumlarında çalışmaya devam etme konusunda istekli olduklarını ortaya koymuştur. İş tatmini ve bir kuruluşla çalışmaya devam etme niyetinin birleşik etkisi düşük devir hızı ve yüksek elde tutma olarak açıklanmıştır (Stone vd., 2019). Bu tesislerin daha düşük hemşirelik tükenme oranlarına sahip olduğu ve genel finansal performansın iyileştiği görülmüştür (Bekelis vd., 2017).

Mıknatıs hastane üzerine yapılan çalışmalar, mıknatıs statüsüne sahip hastanelerin daha az örgütsel hiyerarşiye ve artan hemşirelik özerkliğine sahip olduğunu, kalite kıyaslama ve raporlamaya yatırım yaptığını, daha yüksek hemşirelik memnuniyetine sahip olduğunu ve örgütün genel performansında iyileşmeler olduğunu göstermiştir (Kramer ve Schmalenberg, 2004; Brady Schwartz, 2005; Kramer ve Schmalenberg, 2005; Hess vd., 2011; Joyce-McCoach and Crookes, 2011; Houston vd., 2012; Kelly vd., 2012; Stimpfel vd., 2014; Jayawardhana vd., 2015; Bekelis vd., 2017). Bu tür kurumsal kaliteyi iyileştirmeye olan bağlılık, hemşirelere ve hekimlere kanıta dayalı bakım sunma, etkili iletişim kurma ve hasta sorunlarını daha çabuk tanımlama konusunda yardımcı olmaktadır. Karar verme sürecine hemşirelik katılımını teşvik eden bir örgüt kültürünü, hekim-hemşire iş birliğini, daha güvenli çalışma ortamlarını ve etkili disiplinler arası bakımı desteklemektedir (Tourangeau ve Cranley, 2006; Armstrong vd., 2009; Belekis vd., 2017). Bunun bir sonucu olarak, mıknatıs hastaneler diğer hastanelerden daha iyi değer sunmaktadır (Silber vd., 2016).

Mıknatıs hastanelerde, iğne batması yaralanmalarında (Aiken vd., 1997) ve kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarında önemli bir azalma (Drenkard, 2010), iş başarısında ise önemli bir artış (Graystone, 2019b) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca düşük seviyede hemşire tükenmişliği, iş memnuniyetsizliği ve

ayırılma niyeti olduğu da görülmüştür (Brady Schwartz, 2005; Ulrich vd., 2007). Mıknatıs hastane özelliklerinin, yönetime duyulan güvenin artması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu hastanelerde çalışan hemşirelerin büyük bir kısmının kendi uygulamalarını kendilerinin kontrol ettikleri, politika kararlarına katıldıkları ve yaptıkları katkıların büyük beğeni topladıkları bildirilmiştir (Laschinger vd., 2003)

Örgütsel açıdan düşünüldüğünde mıknatıs hastanelerin, hastane mali performansı üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu, kârlılıktaki iyileşmelerin, geliri artırma (pazar payını artırma ve / veya geri ödeme yoluyla) ve/veya giderleri azaltma (hastane maliyetlerindeki azalmalar yoluyla) üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir (Karim, 2018). Tuazon (2007), mıknatıs yolculuğunun zaman, planlama, sabır ve iyi geliştirilmiş bir bütçe gerektirmesine rağmen, kuruluşun işletme marjlarında %4 ila %16'lık bir artış potansiyeli olduğunu vurgulamaktadır. Dolayısıyla mıknatıs kurum olma cazip hale gelebilmektedir. Uluslararası ortamda da benzer bulgular bu düşüncüyü desteklemektedir. Birleşik Krallık'taki Oxford Üniversite Hastaneleri tarafından yaptırılan bir analiz, Ulusal Sağlık Hizmetinin ANCC'nin Mıknatıs Onaylama Programı'na uygun iyileştirmeler getirmesi halinde yılda en az 3,74 milyon £ tasarruf edebileceğini tespit etmiştir (Graystone, 2019a). Mıknatıs statüsü elde etmenin yanı sıra kurumların mıknatıs sürecine girmesinin de olumlu sonuçları beraberinde getirdiğine dair bulgular bulunmaktadır. Kutney Lee ve diğerleri (2015) tarafından yapılan çalışmada, mıknatıs sürecine giren hastanelerin işgücü istikrarı ile ilgili sonuçlarda dikkate değer iyileşmeler gösterdiği belirlenmiştir. Örneğin, ayrılma niyetinde olduğunu bildiren hemşirelerin yaklaşık %16'sı, yedi yıllık bir süre içerisinde, niyetlerinden vazgeçmiştir.

Mıknatıs hastaneler, örgütsel ve bireysel olumlu çıktılarla ilişkilendirildiği gibi daha iyi hasta sonuçlarıyla da ilişkilendirilmiştir. Düşme (Dunton vd., 2007; Lake vd., 2010; Fisher ve Nichols, 2019), yatan hasta ölüm (Aiken vd., 1994; Aiken vd., 1999), travma sonrası ölüm (Evans vd., 2014), operasyon sonrası ölüm (Kutney Lee vd., 2015), karşılanamayan hemşirelik bakımı (Kalisch ve Lee, 2012) oranları mıknatıs olmayan hastanelere göre oldukça düşük bulunmuştur. Mıknatıs hastanelerinde tedavi edilen cerrahi hastaların 30 gün içinde ölme ve postoperatif bir komplikasyondan ölme olasılığının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Friese vd., 2015). Ayrıca taburcu olma ve kalış süresi diğer hastanelere göre daha kısa bulunmuştur (Bekelis vd., 2017; Missios ve Bekelis, 2018). Bunların bir sonucu olarak, yüksek bakım kalitesi (Schmalenberg ve Kramer, 2008) ve yüksek hasta memnuniyeti (Aiken vd., 1997; Aiken vd., 2010; Smith, 2014) görülmektedir. Mıknatıs hastanelerde çalışan hemşirelerin ilaç hatası yaşamadıkları bildirilmiştir (Callicutt, 2015). Bununla birlikte, hastanın çevrilmesi, besleme, eksiksiz belgeleme, hasta eğitimi, ağız bakımı, intravenöz (IV) kateter bakımı, çağrıya yanıt verme, etkin ilaç değerlendirme ve cilt/yara bakımı gibi bakımların mıknatıs hastanelerde daha fazla yerine getirildiği bildirilmiştir (Zencir ve Eşer, 2015). Mıknatıs hastanelerin akut hastalar ve yaşamlarının sonunda olan hastalarda olumlu ve istenen sonuçlara katkı sağladığı da görülmektedir. Nitekim Lasater ve Schlak (2020) tarafından yapılan çalışma, mıknatıs hastanelerde, yaşam sonu bakım kalitesinin daha yüksek olduğunu vurgulamıştır. Bu durum, hastaların yaşam sonu bakım kararının, hasta, hasta yakını, hemşire, hekim ve diğer ilgilileri de içeren bir ekip çalışmasıyla verilmesinden kaynaklanmaktadır.

Mıknatıs hastane ortamlarının hasta güvenliğini destekleyen hasta merkezli bir yaklaşımı teşvik ettiği ve hasta güvenliğini arttırdığı tespit edilmiştir (Armstrong ve Laschinger, 2009). Bununla birlikte Jayawardhana ve diğerleri (2014) yaptıkları çalışmada mıknatıs hastanelerdeki üstün hemşirelik ortamının daha yüksek net hasta geliri sağlayabileceğini ve bunun yılda fazladan 1,2 milyon \$ 'a ulaşabileceğini tespit etmiştir.

Mıknatıs hastanelerdeki olumlu ve istenen çıktıları sunan çalışmalara rağmen, ANCC tarafından Mıknatıs onaylama işleminin hasta sonuçlarındaki iyileşme ile ilişkili olup olmadığının açık olmadığını ileri sürenler de bulunmaktadır (Bekelis vd., 2017). Mıknatıs hastanelerin hasta sonuçlarındaki iyileşmeye herhangi bir etkisinin olup olmadığını belirlemeye yönelik çalışmalara da ihtiyaç duyulmaktadır.

### III. SONUÇ

Mıknatis hastane kavramına dikkat çekilmek amacıyla yapılan bu çalışma, hemşireleri kuruma çekme ve kurumda tutma konusunda başarılı olan hastanelerin özerklik, kalite geliştirme, disiplinler arası ilişkiler, mesleki gelişim, profesyonel bakım kalitesi, hemşirelik imajı, kişisel politika ve programlar gibi bazı ortak özelliklere sahip olduğunu vurgulamaktadır.

Bu özellikler dikkate alındığında mıknatis hastaneler; risk alma ve personelini desteklemeye gönüllü olan lider hemşirelerin önderliğinde kaliteli hasta bakım hizmetlerinin verilmesi ve koordine edilmesinde tüm hemşirelere sorumluluk veren, hizmet sunumunda akran desteği sağlayan, meslek standartlarına uygun bir şekilde hemşirelere bağımsız çalışma ve bağımsız karar alma imkanı sağlayan, sağlık hizmetlerinin sunumunda hemşirelere hasta-hasta yakını-diğer hemşireleri eğitme misyonu yükleyen, kaliteyi sürekli geliştiren ve kalite iyileştirme sürecinde hemşirelerin aktif katılımını sağlayan, güven-saygı kavramlarının yer aldığı olumlu hemşire imajı yaratmaya çalışan, tüm çalışanları kararlara katılmaya davet eden, terfi-ödül-ücretlendirme konularında rekabeti özendirici program ve politikalara sahip, sağlık alanında sosyal sorumluluk projelerine katılmada aktif ve gönüllü olan, iletişim-etkileşim-değişim kavramları ile yakından ilişkili kurumlardır.

Bu özellikler mıknatis hastanelerin örgütsel, bireysel ve hasta çıktıları olumlu yönde etkilemektedir. Mıknatis hastanelerin hemşireler üzerindeki etkisi, işten ayrılma niyetinde, işgücü devir hızında, tükenmişlikte ve memnuniyetsizlikte düşüşe; iş tatmini, kanıta dayalı bakım sunma, etkili iletişim kurmada ise artışa neden olmaktadır. Sağlık kuruluşu açısından maliyetleri azaltan; kalite, örgütsel performans ve kârlılıkta artışlara neden olan bir etkiye sahiptir. Hasta ve toplum açısından ise hizmet sunumun merkezine hastayı alarak ve hastayı sürece dahil ederek bakım kalitesini yükselten, yüksek hasta memnuniyetini sağlayan böylece hasta güvenliği kültürünün oluşmasına zemin hazırlayan, aynı zamanda sağlığa yönelik sosyal sorumluluk projelerini yürüterek toplumsal fayda yaratan bir yapıya sahiptir.

Mıknatis hastane programı, birçok kişi tarafından profesyonel hemşirelik uygulamalarını ve optimum hasta sonuçlarını teşvik etmek için organizasyon yapısının standardı olarak kabul edilmektedir. Bu ayırt edici özellikler, zaman içinde sürdürülen bakım kalitesine ve mükemmel hemşirelik uygulamalarına götüren ve profesyonel hemşirelik uygulamalarında yeniliği teşvik eden uygulamaları içermektedir (Spaulding vd., 2020). Ayrıca, paylaşılan bir yönetim modeli geliştirmenin ve sürdürmenin ve hemşirelerin hasta sonuçlarını iyileştirmek için mevcut bakım süreçlerini iyileştirme konusunda güçlendirmenin önemini vurgulamaktadır. Dolayısıyla mıknatis statüsü, hemşireler için yalnızca olumlu bir çalışma ortamı değil, aynı zamanda daha iyi hasta sonuçlarını sağlayan kurum ve kuruluşlar için bir mükemmellik mührü olarak kabul edilmektedir.

Kaliteli hasta bakımı ile mükemmel hemşirelik hizmetlerini sağlamayı amaçlayan Mıknatis hastane programı, hasta ve hasta yakınlarını bakım sürecinde ve/veya karar almada daha aktif hale getiren, hemşirelere daha fazla söz hakkı tanıyan, hemşirelerin toplumdaki ve kurumdaki imajını yükselten, sürekli eğitimler ile daha kaliteli bakımı teşvik eden, bölümler arası iletişim ve etkileşimi güçlü tutmayı sağlayan bir yapıyı ifade etmektedir. Bu yapının, yönetimi ve paydaşları ortak karar almaya teşvik eden bir yönetim örneği olduğu söylenebilir.

Bir insan kaynağı yatırımı olan mıknatis hastaneler her ne kadar hemşirelik mesleği için gündeme gelse de mıknatis hastane standartlarının uygulanması diğer personel için de olumlu bir çalışma ortamını işaret etmektedir. Bu ortam temelde hemşireler ve diğer personel arasında ekip çalışmasını, güçlendirmeyi, saygıyı, yeniliği, sağlık hizmetlerini geliştirmeye ilham veren bir ortamı içine alan bir bakım ve çalışma ortamı kültürünü ifade etmektedir.

Türkiye’de henüz mıknatis statüsüne sahip bir sağlık kuruluşu bulunmamaktadır. Mıknatis hastanelerin, toplum, sağlık kuruluşu, sağlık profesyonelleri ve diğer paydaşlar açısından olumlu çıktıları düşünüldüğünde, mıknatis statüsünü elde etmenin sağlık kuruluşları açısından bir rekabet avantajı olacağı düşünülmektedir. Sağlık profesyonelleri açısından kurum daha çekici hale gelerek

sağlık kuruluşunun, nitelikli personeli bünyesine katma konusunda daha seçici davranmasına neden olabilecektir. Hasta ve hasta yakınları açısından ise sağlık kuruluşunun kalite ve güven imajının desteklendiği söylenebilir. Bu nedenle sağlık kuruluşlarının Mıknatıs statüsü kazanmaları hem hastane yöneticileri hem de sağlık politikaları ile teşvik edilebilir. Mıknatıs statüsü elde etmenin yanı sıra kurumların mıknatıs sürecine girmesinin de olumlu sonuçları beraberinde getirdiğine dair bulgular, bu öneriyi desteklemektedir.

Türkiye’de bu konuyla ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu nedenle bu çalışma ile mıknatıs hastane kavramına dikkat çekilerek paydaşlar açısından olumlu sonuçlarına yer verilmiştir. Yerli literatürde konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır. Sağlık kuruluşlarında, Magnetik Güçlerin varlığı ya da Mıknatıs Onaylama Programındaki kriterler açısından değerlendirmeler yapılabilir. Değerlendirme sonuçlarında yüksek potansiyele sahip sağlık kuruluşları, konuyla ilgili bilgilendirilerek mıknatıs statüsü alma konusunda teşvik edilebilir.

## KAYNAKLAR

- American Nurses Association (2017a). *Magnet research materials and resources (2017)*. <http://www.nursingworld.org/>
- Amerikan Nurses Association (2017b). *Magnet Model - Creating a Magnet Culture*. <http://www.nursingworld.org/>
- American Nurses Association (2019). *About magnet*. <http://www.nursingworld.org/>
- American Nurses Credentialing Center (2020, September 9). *Find a magnet organization*. <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/find-a-magnet-organization/>
- American Nurses Credentialing Center (2021a, January 8). *Why become magnet?* <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/about-magnet/why-become-magnet/>
- American Nurses Credentialing Center (2021b, January 8). *Application Fees- Starting January 1,2021*. <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/apply/magnet-fees/application-fees-2021/>
- Aiken, L. H., Buchan, J., Ball, J., & Rafferty, A. M. (2008). Transformative impact of Magnet designation: England case study. *Journal of Clinical Nursing, 17*(24), 3330-3337.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Klocinski, J. L. (1997). Hospital nurses' occupational exposure to blood: Prospective, retrospective, and institutional reports. *American Journal of Public Health, 87*(1), 103-107.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Lake, E. T., Sochalski, J. & Weber, A.L. (1999). Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care, 37*(8), 760-772.
- Aiken, L. H., Smith H., & Lake E. T. (1994). Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care, 32*(8), 771-787.
- Armstrong, K. J., & Laschinger H. (2009). Structural empowerment, magnet hospital characteristics and patient safety culture. *Journal of Nursing Care Quality, 21*(2), 124-132.
- Armstrong, K., Laschinger, H., & Wong, C. (2009). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. *Journal of Nursing Care Quality, 24*(1), 55-62.



- Bret Becton, J., Matthews, M. C., Hartley, D. L., & Whitaker, D. H. (2009). Using biodata to predict turnover, organizational commitment, and job performance in healthcare. *International Journal of Selection and Assessment*, 17(2), 189-202.
- Benedictine University (2021, January 8). *Fourteen characteristics of magnet hospitals*. <https://online.ben.edu/programs/msn/resources/fourteen-characteristics-of-magnet-hospitals>.
- Bekelis, K., Missios, S., & MacKenzie, T. A. (2017). Association of magnet status with hospitalization outcomes for ischemic stroke patients. *Journal of the American Heart Association*, 6(4), e005880.
- Biegger, A., De Geest, S., Schubert, M., & Ausserhofer, D. (2016). The 'magnetic forces' of Swiss acute care hospitals: A secondary data analysis on nurses' job satisfaction and their intention to leave their current job. *NursingPlus Open*, 2, 15-20.
- Van Bogaert, P., Slootmans, S., Roosen, I., Van Aken, P., Hans, G. H., & Franck, E. (2018). Staff empowerment and engagement in a magnet® recognized and joint commission international accredited academic centre in Belgium: A cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-12.
- Brady Schwartz, D. C. (2005). Further evidence on the magnet recognition program: Implications for nursing leaders. *Journal of Nursing Administration*, 35(9), 397-403.
- Callicutt, J. D. (2015). *Structural empowerment's influence on nursing outcomes in Magnet™ and non-Magnet™ healthcare organizations* (Doctoral dissertation). The University of North Carolina, Greensboro.
- Chen, Y. M., & Johantgen, M. E. (2010). Magnet hospital attributes in European hospitals: A multilevel model of job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 47(8), 1001-1012.
- Çalışkan, A., & Bekmezci, M. (2019). Aşırı iş yükünün işten ayrılma niyetine etkisinde iş tatmini ve yaşam tatmininin rolü, sağlık kurumu çalışanları örneği. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(31), 381-431.
- Çatak, T., & Bahçecik, N. (2015). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 85-95.
- Dargahi, H., & Nasle Seragi, J. (2007). An approach model for employees' improving quality of work life (IQWL). *Iranian Journal of Public Health*, 36(4), 81-86.
- Dede, M., & Çınar, S. (2008). Dahiliye yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlükler ve iş doyumlarının belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(1), 3-14.
- Drenkard, K. (2010). The business case for Magnet®. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 40(6), 263-271.
- Dunton, N., Gajewski, B., Klaus S., & Pierson, B. (2007). The relationship of nursing workforce characteristics to patient outcomes. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3), 1-11.
- Erşan, E.E., Yıldırım, G., Doğan, O., & Doğan, S. (2013). Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 115-121.

- Evans, T., Rittenhouse, K., Horst, M., Osler, T., Rogers, A., Miller, J.A., Martin, C., Mooney, C., & Rogers, F. B. (2014). Magnet hospitals are a magnet for higher survival rates at adult trauma centers. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 77(1), 89-94.
- Fischer, J. P., & Nichols, C. (2019). Leadership practices and patient outcomes in Magnet® vs. non-Magnet hospitals. *Nursing management*, 50(5), 26-31.
- Friese, C. R., Xia, R., Ghaferi, A., & Birkmeyer Banerjee M. (2015). Hospitals in ‘magnet’ program show better patient outcomes on mortality measures compared to non-‘magnet’ hospitals. *Health Affairs Journal*, 34(6), 986-992.
- Graystone, R. (2019a). The value of magnet® recognition. *Journal of Nursing Administration*, 49(10S), 1-3.
- Graystone, R. (2019b). The value of magnet® recognition for specialty hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 49(6), 289-290.
- Güçlü, A. (2014). *Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yaşam kalitesi ile işten ayrılma niyetleri arasındaki ilişki* (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Hess, R., DesRoches, C., Donelan, K., Norman, L., & Buerhaus, P. I. (2011). Perceptions of nurses in magnet® hospitals, non-magnet hospitals, and hospitals pursuing magnet status. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 41(7/8), 315-323.
- Higdon, K., Clickner, D., Gray, F., Woody, G., & Shirey, M. (2013). Business case for magnet® in a small hospital. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 43(2), 113-118.
- Houston, S., Leveille, M., Luquire, R., Fike, A., Ogola, G. O., & Chando, S. (2012). Decisional involvement in Magnet®, magnet-aspiring, and non-magnet hospitals. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42(12), 586-591.
- Jasper, M. (2007). The significance of the working environment to nurses’ job satisfaction and retention. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 245-247.
- Jayawardhana, J., Welton, J. M., & Lindrooth, R. C. (2014). Is there a business case for magnet hospitals? Estimates of the cost and revenue implications of becoming a magnet. *Medical care*, 52(5), 400-406.
- Joyce-McCoach, J., & Crookes, P. (2011). Measuring ‘magnetism’ in Australian nursing environments. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 13-22.
- Kalisch, B. J., & Lee, K. H. (2012). Missed nursing care: Magnet versus non-magnet hospitals. *Nursing Outlook*, 60(5), 32-39.
- Karim, S. A., Pink, G. H., Reiter, K. L., Holmes, G. M., Jones, C. B., & Woodard, E. K. (2018). The effect of the magnet recognition signal on hospital financial performance. *Journal of Healthcare Management*, 63(6), 131-146.
- Kelly, L. A., McHugh, M. D., & Aiken, L. H. (2012). Nurse outcomes in magnet® and non-magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 42(10 Suppl), 44-49.
- Kömürcü, N., Durmaz, A., Bayram, N., Genç Koyucu, R., Karaman, Ö.E., & Toker, E. (2014). Sağlık hizmetlerinde kalite standartları ve modelleri. *Sağlıkta Kalite ve Performans Dergisi*, 7(1), 95-114.

- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2004). Development and evaluation of essentials of magnetism tool. *The Journal of Nursing Administration*, 34(7),365-378.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. E. (2005). Best quality patient care: A historical perspective on magnet hospitals. *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), 275-287.
- Kutney Lee, A., Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Quinn, L. W., & Aiken, L. H. (2015). Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. *Medical Care*, 53(6), 550–557.
- Lacey, S. R., Cox, K. S., Lorfing, K. C., Teasley, S. L., Carroll, C. A., & Sexton, K. (2007). Nursing support, workload, and intent to stay in Magnet, Magnet-aspiring, and non-Magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration/ JONA*, 37(4), 199-205.
- Lake, E. T., Shang, J., Klaus, S., & Dunton, N. E. (2010). Patient falls: Association with hospital Magnet status and nursing unit staffing. *Research in Nursing & Health*, 33(5), 413-425.
- Lasater, K. B., & Schlak, A. E. (2020). Quality of End of Life Care in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 50(2), 72-77.
- Laschinger, H. K. S., Almost, J., & Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: Making the link. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 33(7/8), 410-422.
- Lynn, M. R., & Redman, R. W. (2005). Faces of the nursing shortage: Influences on staff nurses' intentions to leave their positions or nursing. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 35(5), 264-270.
- Messmer, P. R., & Turkel, M. C. (2010). Magnetism and the nursing workforce. *Annual Review of Nursing Research*, 28(1), 233-252.
- McHugh, M. D., Kelly, L. A., Smith, H. L., Wu, E. S., Vanak, J. M., & Aiken, L. H. (2013). Lower mortality in magnet hospitals. *Medical Care*, 51(5), 382.
- Missios, S., & Bekelis K. (2018). Association of hospitalization for neurosurgical operations in magnet hospitals with mortality and length of stay. *Neurosurgery*, 82(3), 372-377.
- Ritter, D. (2011). The relationship between healthy work environments and retention of nurses in a hospital setting. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 27-32.
- Schmalenberg, C., & Kramer, M. (2008). Essential of a productive nurse's working environment. *Nursing Research*, 57(1), 2–13.
- Silber, J. H., Rosenbaum, P. R., McHugh, M. D., Ludwig, J. M., Smith, H. L., Niknam, B. A., ... & Aiken, L. H. (2016). Comparison of the value of nursing work environments in hospitals across different levels of patient risk. *JAMA Surgery*, 151(6), 527-536.
- Sillero, A., & Zabalegui, A. (2018). Organizational factors and burnout of perioperative nurses. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 14, 132.
- Smith, S. A. (2014). Magnet hospitals: Higher rates of patient satisfaction. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 15(1-2), 30-41.
- Spaulding, A., Hamadi, H., Moody, L., Lentz, L., Liu, X. A., & Wu, Y. J. (2020). Do Magnet®-Designated Hospitals Perform Better on Medicare's Value-Based Purchasing Program?. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 50(7/8), 395-401.

- Stimpfel, A. W., Rosen, M. J. E., & McHugh, M. D. (2015). Understanding the role of the professional practice environment on quality of care in magnet® and non-magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 45(10 Suppl), 52-58.
- Stone, L., Arneil, M., Coventry, L., Casey, V., Moss, S., Cavadino, A., ... & McCarthy, A. L. (2019). Benchmarking nurse outcomes in Australian magnet® hospitals: Cross-sectional survey. *BMC nursing*, 18(1), 1-11.
- Thomas, J., & Herrin, D. (2008). Executive master of science in nursing program: Incorporating the 14 Forces of Magnetism. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 38(2), 64-67.
- Tourangeau, A. E., & Cranley, L. A. (2006). Nurse intention to remain employed: Understanding and strengthening determinants. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 497-509.
- Tuazon, N. (2007). Is magnet a money-maker? *Nursing Management*, 36(2), 24-31.
- Türkmen, E., Badır, A., Balcı, S., & Akkuş Topçu, S. (2011). Hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 13(2), 5-20.
- Türkmen, E. (2015). Hemşire istihdamının hasta ve hemşire sonuçları ile organizasyonel çıktılara etkisi: Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insan gücünü planlama. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(3), 69-80.
- Türkoğlu, N., & Gün, S. (2006). Uluslararası akreditasyon standartlarına göre yoğun bakım ünitelerinde hemşirelik hizmetleri kalite yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 14-18.
- Ulrich, B. T., Buerhaus, P. I., Donelan, K., Norman, L., & Dittus, R. (2007). Magnet status and registered nurse views of the work environment and nursing as a career. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 37(5), 212-220.
- Yaprak, E., & Seren, Ş. (2010). Hemşirelerin işten ayrılma niyetleri ve örgüt ikliminin hemşire istihdamına etkisi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 7(1), 28-33.
- Yıldırım, D., Kısa, S., & Hisar, F. (2012). Validity and reliability of the Turkish version of the essentials of magnetism scale (EOM II). *International Nursing Review*, 59(4), 570-576.
- Yüksel Kaçan, C., & Örsal, Ö. (2018). Yoğun bakım hemşirelerinde tükenmişliği etkileyen faktörler: Sistemik derleme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 22(1), 25-36.
- Zencir, G., & Eşer, İ. (2015). Hemşirelikte yeni bir kavram: Karşılanamayan hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1), 83-94.